



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**« DEPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE
L'UTERUS EN BRETAGNE :
ENJEUX ET FAISABILITÉ »**

– Groupe n°10 –

- Audrey DELEPLACE (IASS)
- Anne-Emmanuelle THOMAS (IASS)
- Laure LEANDRI (D3S)
- Marion NAUDON (D3S)
- Fabienne MARION (DS)
- Paula POGGI (ISP)
- Luc BOISSEAU (IASS)
- François MALLERET(EDH)
- Sébastien LE CORRE (EDH)
- Laëtitia JEHANNO (EDH)

Animateur

– *Paul LE MEUT*

Sommaire

INTRODUCTION	1
<u>1 UN DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS EST ENVISAGEABLE AU NIVEAU REGIONAL</u>	3
1.1 L'INTERET DU PASSAGE D'UN DEPISTAGE INDIVIDUEL SPONTANE A UN DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS	3
1.1.1 LES CARENCES DU DEPISTAGE INDIVIDUEL	3
1.1.2 LES OBJECTIFS ASSIGNES A UN DEPISTAGE ORGANISE ET SES AVANTAGES	6
1.2 LES DEPISTAGES ORGANISES FONT PREUVE DE LEUR EFFICACITE	8
1.2.1 EN FRANCE	8
1.2.2 LES EXPERIENCES ETRANGERES	11
1.2.3 LE CANCER DU COL DE L'UTERUS : UN CANDIDAT IDEAL AU DEPISTAGE ORGANISE	13
1.3 L'APPROCHE REGIONALE D'UN DEPISTAGE ORGANISE EST ENVISAGEABLE : ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION EN BRETAGNE	14
1.3.1 EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ET ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DE DEPISTAGE EN BRETAGNE	14
1.3.2 LES PROJETS EN COURS EN BRETAGNE	17
<u>2 LES CONDITIONS DE MISE EN PLACE D'UN DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS PEUVENT ETRE APPREHENDEES SELON DIFFERENTS SCENARII</u>	18
2.1 LES CONDITIONS PREALABLES A LA REUSSITE D'UN DEPISTAGE ORGANISE AU NIVEAU REGIONAL	18
2.1.1 DES SOURCES DE DONNEES FIABLES ET UNE PROCEDURE DE SUIVI DES PATIENTES	18
2.1.2 L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE FORMES EN MATIERE DE DEPISTAGE	18
2.1.3 INFORMATION DES FEMMES VISEES PAR UNE CAMPAGNE DE DEPISTAGE	19
2.1.4 AVOIR DES STRUCTURES DE GESTION DE DEPISTAGE SOLIDES	19
2.2 LES SCENARII PRECONISES	20
2.2.1 UN RENFORCEMENT DU DEPISTAGE INDIVIDUEL AVEC COMMUNICATION	20
2.2.2 LA MISE EN PLACE D'UN DEPISTAGE DE MASSE	21

2.2.3	LA MISE EN PLACE D'UN DEPISTAGE ORGANISE CONSTRUIT AUTOUR DES FEMMES ECHAPPANT AU DEPISTAGE INDIVIDUEL.	22
2.2.4	SYNTHESE DES COMPOSANTES DU COUT DES ACTIONS DE DEPISTAGE	24
2.3	LES INDICATEURS A METTRE EN PLACE POUR EVALUER LE SCENARIO RETENU	27
CONCLUSION		28
BIBLIOGRAPHIE		I
LISTE DES ANNEXES		III

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

Les membres du groupe n°10 remercient Mme Emmanuelle Guevara et M. François-Xavier Schweyer pour la préparation et l'organisation du Module Inter Professionnel 2009 qui a constitué une occasion privilégiée pour les élèves de l'EHESP de se rencontrer entre filières autour d'une étude commune.

Les auteurs souhaitent également remercier le Docteur Paul Le Meut, médecin généraliste et animateur du groupe MIP n°10 pour ses recommandations et sa compétence sur une problématique qui nous était peu familière à l'origine et qui s'est avérée relativement technique.

Le groupe tenait enfin à remercier les nombreuses personnes qui ont accepté de se prêter à un entretien, malgré un emploi du temps souvent chargé. Leur expertise et leur disponibilité nous ont été cruciales pour étayer notre travail et renforcer sa validité.

Liste des sigles utilisés

- ✓ ACP : Anato^mo Cyto Pathologiste
- ✓ AFAQAP : Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et cytologie Pathologique
- ✓ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- ✓ CANAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des non-salariés
- ✓ CCU : Cancer du col de l'Utérus
- ✓ CIN : Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale
- ✓ CMU : Couverture Maladie Universelle
- ✓ CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- ✓ CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- ✓ DGS : Direction Générale de la Santé
- ✓ EPAS : Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux
- ✓ FCU : Frottis Cervico-Utérin
- ✓ HAS : Haute Autorité de Santé
- ✓ HPV : Papillomavirus humain
- ✓ INCa : Institut National du Cancer
- ✓ InVS : Institut National de Veille Sanitaire
- ✓ IST : Infection Sexuellement Transmissible
- ✓ MSA : Mutualité Sociale Agricole
- ✓ ORS : Observatoire Régional de Santé

INTRODUCTION

En 2005, 3068 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus (CCU) ont été détectés et par ailleurs, 1067 femmes en sont mortes plaçant le cancer du col de l'utérus au 10^{ème} rang des cancers féminins en France. Le taux de survie à 5 ans s'élève à 67.8%. [Chiffres INCa]

Différents organismes se sont positionnés sur la question du dépistage du CCU et ont défini des préconisations qui visent à améliorer la prévention de cette maladie. Ainsi, en 1990, la conférence de Lille a recommandé le dépistage organisé du CCU, ce qu'a confirmé l'ANAES en 1995. L'Union Européenne recommande également ce type de dépistage depuis 2003. En outre, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique s'est fixé pour objectif de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an du cancer du col de l'utérus, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage des femmes de 25 à 65 ans de 80% et l'utilisation du test HPV.

Le plan Cancer 2003-2007 dans sa 26^{ème} mesure souhaite renforcer le dépistage individuel du CCU, en particulier par une action en faveur des femmes à risque. Trois actions sont prévues :

- élargir l'offre de frottis à de nouveaux acteurs de proximité (planning familial, médecin du travail) pour les femmes non suivies par un gynécologue ;
- développer des actions d'information ;
- et faciliter l'utilisation du test HPV.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, actuellement en discussion, prévoit le renforcement du rôle des sages-femmes en matière de prévention et de dépistage, ainsi que le dépistage systématique des femmes enceintes. Le nouveau plan cancer 2009-2013, qui a vocation à appliquer ces dispositions, constate que la stratégie du dépistage organisé du CCU tarde à se mettre en place au niveau national.

Il faut noter par ailleurs que la mise sur le marché de deux vaccins en 2007 peut avoir des effets pervers sur la mise en place du dépistage organisé du CCU. En effet, le vaccin coûteux ne rend pas caduc le dépistage dans la mesure où il ne protège que de certains papillomavirus humains (HPV), où une méconnaissance existe sur la durée de son efficacité et où il ne concerne qu'une partie de la population.

Le dépistage du cancer consiste en une identification des personnes atteintes d'un cancer ou d'une lésion précancéreuse à l'aide d'un ou plusieurs tests. Ce dépistage n'est envisageable que si les tests ont une performance prédictive suffisante, avec un coût raisonnable et s'il existe un traitement avec un bénéfice pour les personnes identifiées. Or, à l'heure actuelle, ce test de dépistage existe et est pratiqué ; il s'agit du Frottis Cervico-Utérin, réalisé lors d'une consultation chez un généraliste ou un gynécologue, de manière individuelle et spontanée. Organiser systématiquement ce dépistage aurait un intérêt en matière de prévention du CCU, d'autant que plus la maladie est détectée précocement, plus la conduite thérapeutique pourra être anticipée et adaptée. Par ailleurs, c'est un cancer d'évolution lente avec dès lors une possibilité de réduire la mortalité. Or, il n'est pas envisagé une telle organisation au niveau national à l'instar des cancers du sein et colorectal. Il faut donc s'appuyer sur les structures locales pour un tel dépistage à l'exemple des départements pilotes – Bas-Rhin, Isère, Martinique, Haut-Rhin et Doubs.

Dans ce cadre et alors qu'un cahier des charges¹ a été réalisé au niveau national et qu'un appel à projet² est en cours pour étendre les expériences locales, il convient d'étudier l'implémentation du dépistage organisé en Bretagne.

Un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est envisageable au niveau régional (I). Les conditions de sa mise en place peuvent être appréhendées selon différents scénarii (II)

¹ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer_uterus/cctp.pdf

² Cf annexe 7

1 Un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est envisageable au niveau régional

1.1 L'intérêt du passage d'un dépistage individuel spontané à un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

1.1.1 Les carences du dépistage individuel

A l'exception d'expériences départementales isolées organisant le dépistage, le cancer du col de l'utérus fait l'objet d'un dépistage individuel c'est-à-dire d'un dépistage réalisé sur les conseils d'un tiers ou de la propre initiative de la patiente. A ce titre, il est recommandé que les femmes de 25 à 65 ans effectuent un frottis cervico-utérin tous les trois ans après deux frottis normaux effectués à un an d'intervalle (Conférence de consensus de Lille sur le dépistage du CCU de 1990, publications successives de l'ANAES). Le frottis peut être réalisé par un médecin gynécologue ou généraliste, au cours d'une consultation, mais aussi dans les centres d'examens de santé de l'Assurance maladie, dans les centres mutualistes ou dans un laboratoire sur prescription médicale.

Un ensemble d'éléments en faveur du dépistage individuel explique qu'il n'a pas encore été envisagé au niveau national de généraliser le dépistage organisé. En effet, le dépistage individuel est une pratique répandue en France. Cinq millions de frottis sont réalisés chaque année portant le taux de couverture du dépistage pour les femmes de 25 à 65 ans à 60%³. En outre, le taux d'incidence annuel du cancer du col de l'utérus a diminué de 2,9% entre 1980 et 2005 et le taux d'évolution annuel de la mortalité a baissé de 4% sur cette même période⁴.

Toutefois, l'Assurance maladie a mis en évidence que les bons résultats apparents du dépistage individuel sont insuffisants du fait de l'existence d'une mauvaise répartition des frottis et d'un rythme de frottis supérieur aux recommandations actuelles chez certaines femmes. Ainsi, si le nombre de FCU remboursés permet de couvrir plus de la moitié des femmes de la tranche d'âge cible du dépistage (25-65 ans), plus de 40% d'entre elles n'ont pas fait de frottis en trois ans et plus de 34% n'en ont pas fait en 6 ans.

³ Rapport Grünfeld – 2009

⁴ « Dépistage du cancer du col utérin ». www.ligue-cancer.net

De ce fait, plusieurs études ont porté sur la perception par les femmes du cancer du col de l'utérus et de son dépistage et ont cherché à identifier les freins au dépistage individuel⁵ au-delà même du phénomène classique de la peur du cancer.

a) Il ressort, en premier lieu, une méconnaissance réelle de la maladie et de son dépistage. Certaines femmes estiment que ce cancer ne les concerne pas du fait qu'elles sont ménopausées et ne consultent plus un gynécologue. D'autres ne sont pas sensibilisées en raison de la moindre médiatisation de ce cancer au regard des autres, en particulier le cancer du sein. Enfin, nombre d'entre elles ignorent que les frottis permettent de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses.

b) Les femmes sont aussi réticentes en ce qui concerne la pratique du frottis car il touche à la sphère gynécologique et sexuelle. Elles assimilent les pathologies du col de l'utérus à des Infections Sexuellement Transmissibles et les perçoivent comme « honteuses ». En outre, le frottis est vécu comme un examen intrusif et gênant, et cela d'autant plus si le professionnel de santé qui le réalise est un homme.

c) Le milieu socio-économique interfère également dans le refus ou l'impossibilité de se faire dépister. Les femmes socialement défavorisées dont l'accès aux soins est difficile (absence ou insuffisance de suivi médical, faibles revenus, médecins exerçant en secteur 2, refus de la CMU...) ne se font pas dépister. Selon les données de l'EPAS (Echantillon permanent d'assurés sociaux), 14,5% des femmes bénéficiaires de la CMU effectuent un frottis dans l'année contre 25,3% pour les autres bénéficiaires du régime général.

d) De même, des éléments d'ordre culturel tels que l'origine ethnique, la barrière de la langue, les croyances constituent autant de blocages à la démarche du dépistage. Dès lors, la mauvaise répartition des frottis et l'existence de freins multiples nuisent à l'efficacité du dépistage individuel, dont le coût global, incluant la prise en charge des frottis anormaux, a été estimé à 174,2 millions d'euros pour l'Assurance maladie pour l'année 2004⁶. Le frottis est pris en charge par celle-ci à hauteur de 70 % en général, hors dépassement d'honoraires (coût d'un frottis : 15,40 euros). Le respect strict des recommandations pourrait donner un nouveau souffle au dispositif actuel. Des études ont ainsi soulevé qu'un dépistage qui

⁵ INCa – « Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France » - 2007

Office de lutte contre le cancer - « Campagne départementale de sensibilisation à la prévention du cancer du col de l'utérus dès 25 ans en Isère »

⁶ BERGERON C., BREUGELMANS J.-G, BOUEE S., LORANS C., BENARD S., REMY V., 2006, « Coût du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin en France ». Gynécologie obstétrique et fertilité, vol. 34, n°11, pp. 1036-1042

débiterait à 25 ans (et non avant) à raison d'un frottis tous les trois ans plutôt qu'un tous les ans aurait « *une efficacité presque aussi importante, un coût environ trois fois plus faible, un coût marginal par année supplémentaire d'espérance de vie gagnée plus de cinquante fois plus faible et beaucoup moins d'effets délétères (faux positifs, faux négatifs, sur diagnostics et sur traitements)* »⁷.

Le cancer du col de l'utérus

Facteurs de risque :

On estime que plus de 99% des cas font suite à une primo-infection à un **Human Papilloma Virus** (HPV). Les principaux facteurs de risque reconnus sont ceux d'une exposition au HPV (premiers rapports précoces, partenaires multiples,...)

Le Human Papillomavirus HPV :

Le HPV est un virus qui se transmet le plus souvent par voie sexuelle. Il s'agit d'une infection très fréquente puisque 50 à 75% des femmes de 15 à 44 ans sont ou ont été exposées aux HPV. Il en existe de nombreux types dont certains seulement peuvent être responsables d'une lésion cancéreuse au niveau du col de l'utérus. Les plus fréquemment impliqués sont les HPV 16 et 18 qui sont responsables de 70% des CCU en France.

Histoire naturelle :

Le cancer du col de l'utérus est une maladie à évolution lente (10 à 15 ans en moyenne entre la primo-infection par un HPV et les premières lésions cancéreuses). L'infection par le HPV est le plus souvent transitoire. La persistance d'un HPV oncogène peut être responsable du développement d'une lésion qui peut soit régresser soit évoluer vers une lésion précancéreuse, qui peut elle même régresser ou évoluer vers un CCU.

Symptômes :

Au stade de lésion précancéreuse : il n'y a le plus souvent **aucun** symptôme. Au stade de cancer, les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont : des leucorrhées (émission de pertes non sanglantes), métrorragies (émission de sang) et douleurs.

Prévention primaire :

Il existe un vaccin dirigé contre les HPV les plus fréquemment impliqués.

Prévention secondaire :

Dépistage par frottis cervico-utérin.

Traitement :

Le traitement comporte le plus souvent un traitement chirurgical allant de la conisation (ablation

⁷ WAIT Suzanne. Le coût du dépistage du cancer du sein et des cancers gynécologiques en France. Bull Cancer 90 : 997-1004, novembre 2003.

d'une partie du col) à la colpohystérectomie élargie (ablation du col de l'utérus et de l'utérus associé à un curage ganglionnaire). Au traitement chirurgical, peut être associée une radiothérapie voire une chimiothérapie.

 **Pronostic :**

Le pronostic est d'autant meilleur que le cancer est à un stade précoce (la survie à 5 ans varie de 5 à 15% au stade IV à 85 à 90% au stade IB) d'où l'importance de porter un diagnostic précoce par le dépistage.

1.1.2 Les objectifs assignés à un dépistage organisé et ses avantages

a) Baisse de la mortalité

La baisse de la mortalité est l'objectif principal de la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. En effet, il s'agit de dépister précocement les lésions oncogènes, puisque plus le CCU est pris en charge tôt, moins le traitement est invasif et plus il est performant. Ceci permet donc de réduire la mortalité liée au CCU.

Toutefois, il faut manier avec précaution l'indicateur du taux d'incidence : dans le Doubs⁸, le taux d'incidence des cancers in situ a augmenté significativement suite à la mise en place d'un dépistage organisé du CCU. En 1990, il y avait 58 nouveaux cas de cancers in situ (donc localisés et peu développés), contre 95 en 2000, ce qui correspond à des taux d'incidence respectifs de 24,2 et 38 pour 100 000 femmes, soit une progression de 57% en dix ans. En revanche, le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs est resté relativement stable dans le Doubs entre 1990 (28 nouveaux cas) et 2000 (25 nouveaux cas). Sur la période, les taux d'incidence des cancers invasifs sont faibles et varient peu. Ainsi, on peut considérer que, dans un premier temps, l'objectif d'un dépistage organisé est de réduire le taux d'incidence des cancers invasifs, mais qu'en revanche une baisse de l'incidence des cancers in situ n'est pas forcément l'objectif.

De cet objectif global qu'est la baisse de la mortalité consécutive à un meilleur dépistage du CCU, découlent différents sous-objectifs.

b) Améliorer la couverture de la population dépistée

Le dépistage individuel et opportuniste a pour conséquence d'exclure certaines catégories de population, qui peuvent être mal ou peu informées. Un dépistage ciblé permettrait d'accroître le taux de couverture de ces populations.

⁸ ORS Franche-Comté « Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs », mai 2005

c) *Améliorer le suivi des femmes présentant un frottis anormal*

Un programme de dépistage organisé implique la mise en place d'un fichier recensant les femmes participant au dépistage. Cela permet un meilleur suivi des femmes dont le frottis est anormal par rapport à un dépistage individuel opportuniste.

d) *Impliquer les professionnels dans le dépistage*

L'existence d'un dépistage organisé et les campagnes d'information qui l'accompagnent (à destination du grand public et des professionnels) contribuent à impliquer les professionnels, constitués dans notre cas des gynécologues, médecins généralistes et ACP. En rappelant aux professionnels l'intérêt de pratiquer un frottis tous les trois ans, les campagnes d'information sur le dépistage peuvent permettre une meilleure diffusion de l'information entre les praticiens et leurs patientes ; ils peuvent être amenés à leur proposer de manière plus systématique un frottis, ou les orienter vers une structure qui s'en charge.

e) *Améliorer la qualité des frottis*

Un dépistage organisé a pour objectif d'améliorer la qualité des frottis, d'une part en matière de prélèvements et d'autre part en matière d'analyse cyto-pathologique. Ce dépistage, en incluant une formation des médecins, vise à résoudre le problème des mauvais prélèvements, et à l'instar du cancer du sein, à organiser une double lecture des frottis.

f) *Atteindre un niveau satisfaisant d'efficience*

Il existe peu d'études relatives aux dépenses engendrées par le dépistage organisé du CCU en France. En 1996, l'implémentation d'un dépistage organisé au niveau national avait été évaluée à 150 millions de francs par an⁹ (22,8 millions d'euros). Mais, seule l'estimation des coûts directs a été réalisée. Or, la prise en compte des coûts indirects est nécessaire. En effet, si les coûts directs liés aux moyens techniques et à la mise en place des programmes de dépistage sont aisément quantifiables, les coûts indirects (suivi des cas positifs, perte de productivité) et les coûts psychologiques (impact sur la qualité de vie, anxiété générée par un faux-positif) requièrent une analyse plus fine¹⁰.

En France, le dépistage individuel génère un coût supplémentaire par rapport aux dépistages organisés centralisés (les frottis sont réalisés et interprétés dans un seul endroit)

⁹ SCHAFFER P. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Bull Cancer 1996, 1996 ; 83 : 736-41

existants dans d'autres pays européens. Ceci provient notamment des frottis réitérés inutilement en dehors des préconisations quant à la périodicité. Le dépistage spontané demeure le plus onéreux avec 42% de surcoût selon une étude menée en Belgique. En France, selon l'étude de 1996, l'économie réalisée par le dépistage organisé s'élèverait à 350 millions de francs (53 millions d'euros).

1.2 Les dépistages organisés font preuve de leur efficacité

1.2.1 En France

a) Les dépistages organisés pour les cancers du sein et colorectal

En France, le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique, c'est le cas du cancer du sein et du cancer colorectal, soit de façon individuelle à l'initiative du professionnel de santé ou de la patiente (CCU).

Un programme de dépistage organisé du cancer du sein a été instauré par les pouvoirs publics pour les femmes de 50 à 74 ans. Ce programme a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2004. Il suit les recommandations européennes pour l'assurance qualité de la mammographie de dépistage qui concernent toute la chaîne du dépistage, de la réalisation de la mammographie au diagnostic, ainsi que l'évaluation. Concrètement, le programme prévoit d'inviter tous les 2 ans par courrier toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans pour réaliser une mammographie chez un radiologue agréé. Cet examen est pris en charge à 100%. En l'absence de la possibilité d'une prévention efficace, le dépistage est un moyen déterminant de lutter contre ce cancer du sein. Si 70% des femmes de la tranche d'âge y participaient, on estime que la mortalité par ce cancer pourrait être réduite de 30%, soit environ 3 000 décès évités chaque année.

Le dépistage du cancer colorectal a été expérimenté dans 2 départements en 2002, puis étendu progressivement à 88 départements en 2007. En 2008, il est entré dans sa phase de généralisation à tout le territoire. Tous les hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans sont invités tous les deux ans par courrier à aborder la question du dépistage du cancer colorectal avec leur médecin traitant et à effectuer un test de recherche de sang dans les selles s'il s'avère indiqué dans leur cas. Le pronostic associé au cancer colorectal est étroitement lié au stade de développement de la maladie au moment du diagnostic, d'où l'intérêt de détecter le plus tôt possible ce cancer. Ainsi, le taux de survie à 5 ans d'un

¹⁰ WAIT Suzanne. Le coût du dépistage du cancer du sein et des cancers gynécologiques en France. Bull Cancer 90 : 997-1004, novembre 2003.

cancer colorectal diagnostiqué au stade I (le plus précoce) est de 94%. En faisant un test tous les deux ans entre 50 et 74 ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal si la participation de la population atteint 50 %. La diminution de la mortalité est d'au moins 30 % chez les participants au dépistage.

Les programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal sont structurés sur plusieurs niveaux. Au niveau national, l'Etat définit la politique de santé publique (Loi du 9 août 2004) et en particulier, la liste des programmes de dépistage des cancers en accord avec l'HAS et l'assurance maladie. Ensuite, il revient à l'INCa et aux groupes techniques spécifiques, d'élaborer les stratégies de mise en œuvre du plan national et de rédiger les cahiers des charges associés au dépistage.

La mise en application des programmes de dépistage est décentralisée au niveau départemental. Actuellement, 90 structures de gestion du dépistage, dont près de 90 % sont de nature associative, assurent la promotion des programmes de dépistages organisés. Elles sont financées par l'Etat, l'Assurance maladie et, pour près de la moitié d'entre elles également, par les conseils généraux. Elles gèrent la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages, envoient les lettres d'invitation et de relance, et assurent le suivi de ces personnes. Par ailleurs, elles participent à la sensibilisation et à l'information des populations, organisent la formation des professionnels de santé et veillent à la qualité du dispositif. Enfin, elles collectent les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes et les transmettent à l'InVS. Pour le dépistage du cancer colorectal, elles sont responsables de l'approvisionnement des médecins généralistes en tests de dépistage.

b) Les expérimentations pilotes en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus

En France, depuis les années 1990, 5 départements ont expérimenté un dépistage dit « organisé » du CCU. Il s'agit d'initiatives locales étant donné qu'il n'y avait pas, à leur démarrage, de cahier des charges national opposable contrairement aux autres dépistages (sein et colorectal). Chaque structure de gestion a donc adopté une organisation différente comme le montre le tableau ci-dessous.

	Isère	Martinique	Alsace (Bas-Rhin puis Haut-Rhin)	Doubs
Ancienneté du programme.	1991	1991	1994 et 2001	1993-2004
Effectif/pop.cible	137 000	120 000	480 000	150 000
Tranches d'âge/ pop cible	50-74 ans	20-65 ans	25-65 ans	25-65 ans
Modalité d'invitation	- invitation tous les 2 ans de toutes les femmes - suivi de positifs	- invitation tous les 3 ans de toutes les femmes - recueil de tous les FCU avec suivi des positifs	- invitation des femmes n'ayant pas réalisé un FCU au cours des 3 dernières années - recueil de tous les FCU avec suivi des positifs	Seules les femmes ayant déjà réalisé un frottis sont concernées

Expérience régionale Alsacienne

Le programme régional de dépistage initié par l'association EVE cible les femmes entre 25-65 ans, et se cantonne à celles n'y ayant pas accès individuellement. Ces dernières sont identifiées grâce au croisement des fichiers des caisses d'assurance maladie et de la base des ACP. Ce programme permet une couverture de plus de 70 % de la population avec une participation maximale des 30-50 ans et une amélioration de la participation des femmes de plus 50 ans. De plus, l'association EVE estime qu'un tel programme permet de garantir la qualité des frottis et la sécurité des patientes.

Expérience en Isère

Initié en 1991, le programme est associé aux deux autres dépistages organisés (cancer du sein et cancer colorectal) et ne s'adresse qu'aux personnes de plus de 50 ans. Cette stratégie s'appuie sur le médecin généraliste pour réaliser le frottis. La base de données d'invitation est construite à partir des fichiers des caisses d'assurance maladie.

Expérience en Martinique

La Martinique présente un contexte épidémiologique particulier nécessitant un dépistage dès l'âge de 20 ans et une prise en charge à 100 % des frottis.

Expérience du Doubs

Le programme n'était pas réellement un dépistage organisé mais un suivi de cohorte des femmes déjà dépistées. Il a été arrêté en 2004 en raison d'un problème organisationnel.

Globalement, il ressort de l'évaluation des 4 expériences-pilotes effectives, réalisée par l'InVS¹¹, que les programmes contribuent à une nette augmentation de la **couverture** de dépistage, en particulier dans les départements métropolitains. Si la participation des femmes jeunes est au final plus forte, le dépistage organisé permet parallèlement de maintenir un niveau élevé de dépistage chez les femmes de plus de 50 ans ; ce qui était un des objectifs initiaux. De plus, la **qualité** des prélèvements vérifiée par des indicateurs s'est révélée très satisfaisante. Enfin, la part importante de lésions précancéreuses détectées par rapport au nombre de cancers, démontre l'efficacité d'un tel programme (sur 484 304 frottis, 139 cancers et 1823 lésions précancéreuses ont été identifiés) et permet ainsi une prise en charge thérapeutique précoce.

1.2.2 Les expériences étrangères

Dans la plupart des pays européens, le dépistage du CCU existe de façon spontanée, à l'initiative des femmes ou des médecins. Ce type de dépistage individuel reste prédominant en Europe. Toutefois, en 2004, sept pays européens avaient un programme national de dépistage organisé (Finlande, Royaume-Uni, Danemark, Suède, Islande, Pays-Bas et Norvège). La Slovénie et une partie de l'Italie les ont récemment rejoints. Dans les Etats du nord de l'Europe, la participation au dépistage organisé est élevée. À titre d'exemple, en 2000, elle était de 75 % au Danemark, 93 % en Finlande, 77 % au Pays-Bas et de 82 % en Suède.

Dans certains pays (Finlande, Islande, Suède), la mise en place d'un dépistage organisé a permis une diminution importante (jusqu'à 80 %) de l'incidence et de la mortalité de ce cancer¹². L'évolution de la mortalité par CCU au Danemark, en Finlande, en Islande, en Norvège et en Suède, depuis le début des années cinquante, a été étudiée en relation avec l'extension et l'intensification des programmes de dépistage organisé. Une corrélation a été trouvée entre la couverture en termes de population atteinte par les programmes de dépistage organisé et la diminution de l'incidence du cancer invasif du col utérin.

¹¹ Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus – évaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes » de l'InVS, juin 2007.

Effet du dépistage organisé sur le taux de mortalité (1965-1982)

	Population couverte par le dépistage	Baisse de la mortalité
Islande	Quasi exhaustive	80%
Finlande	93%	50%
Danemark	40%	25%
Norvège	5%	10%

Ces données peuvent permettre de conclure que les programmes de dépistage organisé ont eu un impact majeur sur la réduction de la mortalité par cancer du col de l'utérus dans les pays nordiques¹³.

L'exemple finlandais

Depuis 1970, un dépistage est organisé pour les femmes de 30 à 60 ans, avec un test tous les 5 ans. Les examens sont réalisés par des infirmières spécialisées qui envoient le frottis au cytologiste. Le dépistage, en 1996, couvrait 89 % de la population cible avec une compliance de 73 %. Si l'on y ajoute le dépistage opportuniste, 93 % de la population cible fait le test. En 1995, l'incidence du cancer du col est de 4,5 pour 100 000 femmes. Pour 256 616 femmes testées en 1996, on a détecté 1 037 lésions précancéreuses, 57 cancers in situ, 4 cancers micro-invasifs et 17 cancers invasifs. Ainsi depuis 1970, l'incidence du cancer a diminué de 70 à 80 %. Les cancers invasifs deviennent très rares, alors que les précurseurs (CIN) tendent à augmenter, ce qui montre qu'il ne faut pas relâcher le protocole. Il faut souligner le rôle complémentaire du dépistage opportuniste, efficace mais accompagné d'une proportion plus élevée de tests inutilement répétés. Le modèle finlandais montre qu'un protocole simple, avec examens espacés mais couvrant bien la cible peut faire baisser significativement l'incidence du CCU.

¹² Hakama, 1982 ; Hakama et al., 1986; Laara et al., 1987 ; Sankila et al., 2000 ; Circ, 2005

¹³ Laara et al., 1987

1.2.3 Le cancer du col de l'utérus : un candidat idéal au dépistage organisé

Le CCU est un candidat idéal au dépistage organisé. En effet, il répond aux critères de Wilson et Jungner (1968) qui fixent les conditions que doit remplir un programme de dépistage pour qu'il soit opportun de le mettre en place.

Critères de Wilson et Jungner...	... Appliqués au cancer du col de l'utérus
La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.	En 2005, le CCU a fait 1067 morts.
Un traitement d'efficacité démontrée doit pouvoir être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été détectée.	La conisation réalisée dans les stades précoces de la maladie est très efficace (presque 100% de taux de survie à 5 ans).
Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.	La biopsie sous colposcopie permet d'affiner les résultats du frottis. La cryothérapie, le traitement au laser, la conisation, l'hystérectomie, la radiothérapie ou la chimiothérapie sont les différents traitements possibles du CCU.
Il faut que la maladie soit décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.	Le frottis permet de détecter les lésions précancéreuses (CIN 1, CIN 2, CIN 3) et les cellules cancéreuses.
Une épreuve ou un examen de dépistage efficace doit exister.	Le FCU est performant pour dépister le CCU.
Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population.	Le frottis est un examen simple, indolore et sans conséquence sur la santé.
Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie, non seulement son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.	C'est effectivement le cas (voir l'encadré sur l'histoire naturelle du CCU).
Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.	L'ANAES a publié en 2002 des recommandations de bonnes pratiques sur « la conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal ». Le CNGOF a également publié des recommandations pour la pratique clinique (prévention du CCU) en décembre 2007.
Il faut que le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.	Un frottis coûte 15,40 euros. Un dépistage organisé permettrait de réduire le nombre de frottis fait inutilement, et permettrait de toucher davantage les femmes à risque, dont le CCU est souvent détecté plus tard, et nécessite des soins beaucoup plus coûteux.
Il faut assurer la continuité d'action dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».	Les recommandations prévoient un frottis dans l'année qui suit les premiers rapports sexuels, puis un frottis un an plus tard, et en cas de résultat négatif, un frottis sera pratiqué tous les trois ans. Les expériences françaises proposent un dépistage tous les trois ans pour les femmes entre 25 et 65 ans.

1.3 L'approche régionale d'un dépistage organisé est envisageable : état des lieux de la situation en Bretagne

1.3.1 Epidémiologie du cancer du col de l'utérus et état des lieux des pratiques de dépistage en Bretagne

a) *Données épidémiologiques*

✚ Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence du cancer du col de l'utérus de 1980 à 2005 en Bretagne

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Nombre de nouveaux cas	224	198	178	165	157	150
Taux d'incidence	16,2	14,0	12,4	11,3	10,4	9,6

✚ Répartition par âge des nouveaux cas et du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus en 2005 en Bretagne

	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 et +
Nombre de nvx cas	0	0	1	4	12	19	23	19	14	13	8	8	8	8	8	5
Taux d'incidence	0	0,1	0,7	4,1	11,9	18,8	21,7	18,4	13,9	12,1	11,4	10,8	10,3	11,0	11,8	11,2

On constate que, en 2005, le taux d'incidence a diminué, passant de 16,2 pour 100 000 femmes à 9,6 pour 100 000, soit une baisse de plus de 6 points. Il est le plus élevé pour la tranche d'âge 35-49 ans et est relativement stable pour les tranches d'âge 50-85 ans et plus. Par ailleurs, on note une diminution de 33% du nombre de nouveaux cas en Bretagne entre 1980 et 2005.

b) *Etat des lieux des pratiques de dépistage en Bretagne*

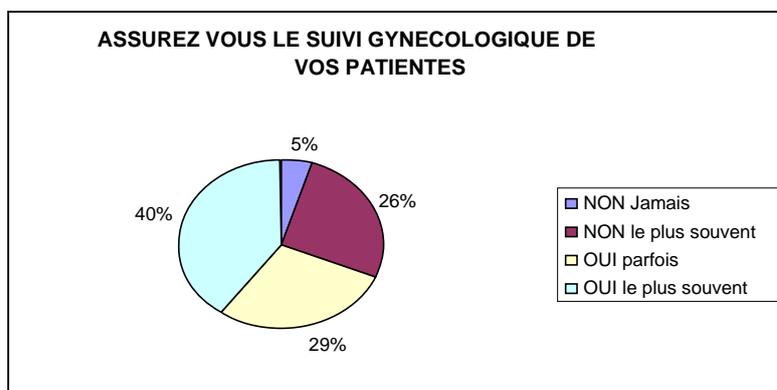
Le nombre de décès dû au CCU en Bretagne entre 2000 et 2006 est relativement stable avec une moyenne de 38 décès par an. Les tranches d'âge les plus concernées par ce cancer sont celles de 35-54 ans et 75-84 ans.

Année	Classe d'âge								Total
	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+	
2000	1	11	4	4	5	11	1	0	37
2001	0	9	7	5	7	10	2	0	40
2002	4	5	7	5	5	5	2	0	33
2003	1	9	5	6	7	8	1	1	38
2004	2	4	12	5	5	10	2	0	40
2005	1	12	11	3	6	9	3	0	45
2006	2	2	5	5	6	7	5	0	32
TOTAL	11	52	51	33	41	60	16	1	265

Données CépiDC. Le code CIM 10 choisi est le C53 (cancer du col de l'utérus) pour la région Bretagne.

Afin de réaliser un état des lieux des pratiques de dépistage en Bretagne, une enquête téléphonique a été menée pour recueillir 100 réponses de médecins généralistes¹⁴. Les objectifs du travail, présenté ci-après, consistent à mettre en lumière la pratique gynécologique des médecins généralistes et en particulier, la réalisation du FCU dans le dépistage du CCR.

Malgré une impression globale par les généralistes d'une baisse de leur activité gynécologique, il ressort que 40% des médecins généralistes en région Bretagne assurent le plus souvent le suivi gynécologique de leurs patientes, et 5% ne le font jamais.

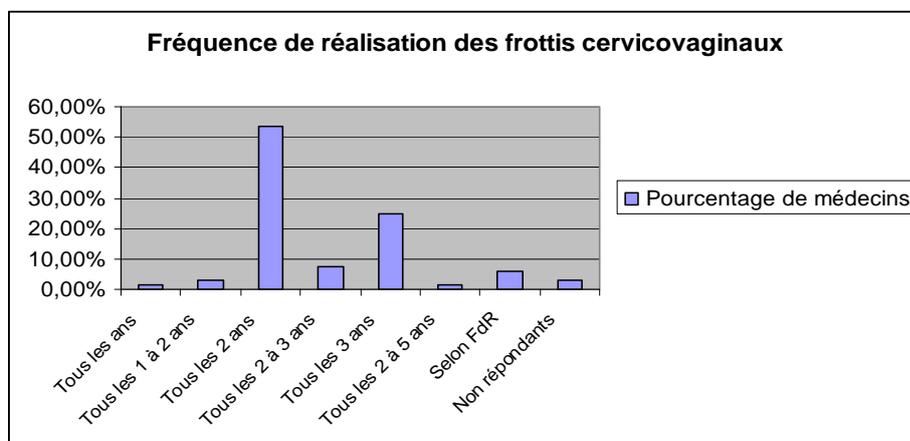


Quelle que soit la taille de la ville, 40% des médecins généralistes assurent le suivi gynécologique¹⁵. La proportion de médecins généralistes qui assurent le suivi gynécologique de leurs patientes est significativement plus importante chez les femmes. Concernant l'ensemble des médecins disant assurer le suivi gynécologique, la quasi-totalité pratique elle-même le FCU, les autres délèguent le geste technique à des laboratoires

¹⁴ La méthodologie de l'enquête figure en annexe 2.

¹⁵ Cf Annexe 3 sur les résultats de l'enquête téléphonique

d'anatomo-pathologie. Les pratiques en termes de tranches d'âge ciblées et de fréquence sont très hétérogènes. En termes de tranches d'âge, seuls 14% des médecins respectent les recommandations en vigueur (25 à 65 ans). Concernant les fréquences, plus de la moitié réalise un frottis tous les deux ans, et un quart tous les 3 ans.



Les médecins interrogés s'assurent, dans leur ensemble, que leur patientes ont un frottis régulièrement. Certains d'entre eux travaillent avec un logiciel informatique doté d'un système d'alarme leur permettant d'interpeler en temps voulu leurs patientes.

Concernant les médecins qui n'assurent pas ce suivi, différents motifs sont invoqués. Le premier tient au fait qu'une forte proportion des patientes est déjà suivie par un gynécologue. Pour les autres, il est invoqué la réticence des patientes à bénéficier d'un tel suivi par leur médecin généraliste, des difficultés matérielles, et la réticence du médecin généraliste lui-même.

MOTIFS INVOQUES	NOMBRE	POURCENTAGE
Patientes déjà suivies par un gynécologue	11	37,9%
Difficultés matérielles	4	13,8%
Réticence des patientes	4	13,8%
Pas le rôle du médecin généraliste	4	13,8%
Manque d'intérêt	3	10,3%
Manque de temps	2	6,9%
"parce que je suis un homme"	1	3,4%
TOTAL REPONDANTS	29	100,0%

Cependant tous s'assurent que leurs patientes bénéficient d'un frottis de manière régulière et donnent des informations sur le CCU quand ils le jugent nécessaire. Enfin, la plupart des médecins a un sentiment généralement favorable à la mise en place d'un dépistage organisé en Bretagne.

1.3.2 Les projets en cours en Bretagne

En Ille-et-Vilaine, ADECI 35 (association pour le dépistage des cancers en Ille-et-Vilaine) n'a pas voulu répondre à l'appel d'offre 2009 de la DGS. En effet, le taux de couverture déjà important par le seul dépistage individuel (70% de femmes dépistées) laissait présager une faible efficacité d'un dépistage organisé pour sensibiliser les 30% restants. Toutefois, l'association est en train de réaliser une étude sur la mise en place de ce dépistage, insistant sur la définition d'une population cible (les femmes précaires, les femmes vivant en habitat rural et les femmes de plus de 50 ans) et sur la nécessité de trouver des méthodologies innovantes de présentation du dépistage par la diversification des partenaires associés (les travailleurs sociaux, les délégués ruraux de la MSA, les médecins du travail et les comités féminins).

Dans sa méthodologie de travail, l'association mobilise l'ensemble des professionnels de santé par le biais du médecin-relais : sur un territoire, elle identifie un médecin qu'elle forme et qui sollicite ses confrères sur le programme de dépistage. C'est un système qui fonctionne bien, le médecin ayant plus de légitimité et donc d'impact auprès de ses confrères que l'association, structure de gestion.

Dans le Finistère, où 60% des femmes ne sont pas correctement dépistées, l'ADEC 29 (association pour le dépistage du cancer) a répondu à l'appel d'offre. L'objectif est modeste : il s'agit d'augmenter le taux de participation des femmes concernées de 10%, c'est-à-dire d'augmenter le nombre de frottis réalisés de 5000 à 6000 par an. L'action concrète de l'association consistera à contrôler la stricte application du cahier des charges national du programme de dépistage.

Dans une première phase, il faudra inviter, à se faire dépister, les femmes de 25 à 65 ans n'ayant pas fait de frottis depuis trois ans, grâce à divers moyens de communication. Le ciblage sera affiné, au fur et à mesure, aux populations qui répondent moins bien aux incitations. Dans une deuxième phase, l'ADEC recueillera les données auprès des laboratoires qui seront déposées au Centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie et Cytologie Pathologiques (Crisap). Dans une troisième phase, l'association s'assurera du suivi des tests positifs.

Les obstacles seront en premier lieu liés au manque de motivation des femmes, et en second lieu, à l'offre de soin insuffisante de médecins gynécologues. L'action d'incitation et de sensibilisation doit donc être centrée sur les généralistes.

2 Les conditions de mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus peuvent être appréhendées selon différents scénarii

2.1 Les conditions préalables à la réussite d'un dépistage organisé au niveau régional

2.1.1 Des sources de données fiables et une procédure de suivi des patientes

Actuellement, deux types de bases de données utilisés par les départements pilotes sont intéressants à croiser pour inviter les femmes ciblées par un dépistage organisé en Bretagne : d'une part, les fichiers des caisses d'assurance maladie pour accéder à l'ensemble des assurés et ayants-droits et d'autre part, la base anatomo-cyto-pathologique qui recense les femmes se faisant déjà dépister. C'est le cas dans la région Alsace où le croisement de ces deux sources permet d'inviter exclusivement les femmes qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage individuel.

Concernant la procédure de suivi des patientes dépistées :

- en cas de frottis normal, l'information de la patiente doit être systématiquement réalisée pour la fidéliser et faciliter les rappels selon l'intervalle recommandé.
- en cas de frottis anormal, la patiente doit être systématiquement informée par son médecin qui lui explique le résultat et l'oriente pour réaliser les tests diagnostiques (FCU de contrôle, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, test HPV...etc).

2.1.2 L'engagement des professionnels de santé formés en matière de dépistage

a) Adhésion des professionnels et en particulier du médecin généraliste

En sus des gynécologues dont la répartition en Bretagne est en faveur des zones urbaines, le médecin généraliste est le mieux placé pour atténuer l'inégalité d'accès au dépistage et augmenter l'offre de frottis. En effet, du fait de sa proximité, en tant que médecin de premier recours, il est un acteur majeur en matière de prévention. La réussite d'un dépistage organisé repose dès lors sur son adhésion au projet. Mais pour cela, il doit être équipé du matériel nécessaire pour réaliser les frottis et être formé. A défaut, l'alternative est d'adresser la patiente à une personne compétente. Par ailleurs, la possession d'un logiciel métier intégrant un système d'alarme contribue à la régularité du dépistage.

b) Formation des professionnels indispensable à la qualité du dépistage

Des procédures d'assurance qualité sont détaillées dans un cahier des charges élaboré par le Comité technique national du dépistage du CCU datant de 2005. La formation des professionnels, et notamment des médecins généralistes réalisant les frottis, est une condition incontournable pour assurer la qualité du dépistage.

Pour ce qui concerne l'analyse des frottis, les ACP libéraux ou hospitaliers se fondent sur le système de Bethesda 2001. D'une manière générale, les actions de la profession sont importantes en faveur de l'assurance qualité de l'interprétation des frottis. L'Association française d'assurance qualité en anatomie et cytologie pathologie (Afaqap) reconnue par l'HAS, élabore des recommandations de bonnes pratiques en la matière. Les ACP se sont également dotés d'outils pour la codification, le recueil et l'exploitation des lésions qu'ils identifient, la standardisation des comptes-rendus et le contrôle de leurs techniques.

2.1.3 Information des femmes visées par une campagne de dépistage

Avant le démarrage d'un dépistage organisé en Bretagne, il est nécessaire d'informer et de sensibiliser les femmes afin qu'elles soient réceptives aux invitations. Dans ce but, divers supports de communication peuvent être élaborés : encarts dans les journaux locaux, affichage chez les professionnels¹⁶, spots à la télévision... Ces modes de communication peuvent en outre faciliter la dispensation d'informations par le médecin généraliste.

2.1.4 Avoir des structures de gestion de dépistage solides

Les structures de gestion du dépistage sont en grande majorité des associations. Or, il existe des fragilités financière et organisationnelle de ces structures. Il faut donc les consolider au niveau régional par des mutualisations. Des clarifications sont à opérer entre l'assurance maladie et ces structures en matière de transmission des bases de données d'invitations et de leur mise à jour.

¹⁶ Cf Annexe 8

2.2 Les scenarii préconisés

Les scenarii envisagés se sont inspirés des critères définis dans le cahier des charges rédigé par le Groupe Technique National en 2005.

2.2.1 Un renforcement du dépistage individuel avec communication

a) *Organisation*

Partant du constat que la pratique du dépistage individuel est répandue (70% des femmes en Ille-Et-Vilaine par exemple¹⁷), il s'agit alors de renforcer le système existant. Pour cela, une campagne d'information destinée à la fois aux professionnels et au grand public est envisageable, afin de rappeler l'intérêt des frottis réalisés régulièrement. Cette campagne d'information peut être diffusée dans les journaux régionaux, à la radio et à la télévision locales...complétée par une distribution de plaquettes d'information dans les centres de santé, les cabinets de généralistes, de gynécologues, à l'hôpital et dans les centres de dépistage des IST.

Cette campagne présente un triple avantage. D'une part, en rappelant les bonnes pratiques aux médecins, on peut espérer limiter les dépistages réalisés à intervalle trop court. D'autre part, cela incitera les médecins (en particulier les généralistes) à systématiser les frottis auprès de leurs patientes, à les orienter vers un laboratoire d'analyses médicales ou tout au moins à leur conseiller d'en faire un auprès de leur gynécologue. Enfin, les femmes, sensibilisées au CCU, peuvent elles-mêmes faire la demande à leur médecin d'un frottis de dépistage.

b) *Composantes du coût des actions de dépistage*

Cf le document de synthèse (2.2.4)

⇒ Le coût est limité mais compte tenu des disparités des pratiques de dépistage individuel entre les départements (seules 40% des femmes dans le Finistère se font dépister), de l'existence de nombreux freins à ce mode de dépistage (Cf 1.1.1), d'un accès inégal à l'offre de soins (en zone rurale, pour les personnes en situation de précarité), ce scénario n'est pas satisfaisant et ne peut donc pas être retenu.

¹⁷ Données de l'ADECI 35

2.2.2 La mise en place d'un dépistage de masse

a) Organisation

La population ciblée est toutes les femmes de 25 à 74 ans en Bretagne, soit 951 732¹⁸ femmes. En effet, le taux d'incidence du CCU reste stable à partir de 50 ans et ce jusqu'à 74 ans, d'où l'intérêt de poursuivre le dépistage au-delà de 65 ans. L'invitation des femmes appartenant à cette tranche se fait par courrier : chaque femme domiciliée en Bretagne reçoit une lettre pour réaliser un frottis, avec un bon de prise en charge à destination du professionnel qui réalisera le frottis. Nous proposons une prise en charge du frottis à 100% par la Sécurité Sociale. Le bon de prise en charge sera joint au frottis (système d'étiquette mentionnant que le frottis est effectué dans le cadre du dépistage organisé). Ce bon permet de tracer les femmes ayant été dépistées.

Certains professionnels ont des difficultés à réaliser la technique conventionnelle, si bien que les prélèvements sont ininterprétables. Le frottis en phase liquide paraît aussi fiable, tout en étant moins délicat à réaliser, ce qui permet de réduire le nombre de frottis ininterprétables. Il présente néanmoins l'inconvénient d'être plus onéreux que le frottis conventionnel. On peut envisager que ce soit la structure de gestion qui délivre les kits de frottis aux médecins généralistes, aux gynécologues et aux laboratoires d'analyses médicales.

Une procédure uniformisée d'analyse¹⁹ des frottis est à envisager. Une fois le frottis réalisé, il peut être analysé dans un premier temps dans un laboratoire d'analyses médicales, puis envoyé dans un centre départemental de lecture des frottis. Un ACP pourrait venir y faire une vacation afin d'effectuer la double lecture. Ce centre qui recueille tous les frottis envoie les bons de prise en charge à la structure régionale de gestion qui enregistre dans un système d'information toutes les femmes qui ont bénéficié du dépistage, en précisant la date du frottis, afin de pouvoir les rappeler tous les 3 ans. Le compte-rendu de chaque lecture doit être rédigé selon le système de Bethesda de 2001 et envoyé à la patiente et au médecin prescripteur. Ensuite, si le frottis s'avère positif, les médecins doivent se reporter aux recommandations de l'ANAES de 2002 en matière de prise en charge des femmes ayant eu un frottis anormal.

Les femmes qui n'ont pas répondu dans un délai de six mois à la première invitation seront relancées par courrier, une première fois, puis une deuxième fois six mois

¹⁸ INSEE, estimation population 1er Janvier 2007

¹⁹ Cf Annexe 6

plus tard si la première relance est restée infructueuse. Tous les trois ans, les femmes qui ont déjà bénéficié d'un dépistage seront rappelées par courrier.

b) Composantes du coût des actions de dépistage

Cf le document de synthèse (2.2.4)

⇒ Le coût global (technique, organisationnel...) de ce programme semble être trop important d'autant plus au regard du nombre de femmes déjà dépistées à titre individuel. Ce constat nous conduit à rejeter la mise en place d'un tel dispositif.

2.2.3 La mise en place d'un dépistage organisé construit autour des femmes échappant au dépistage individuel.

a) Organisation

Les objectifs sont de toucher les femmes qui ne se font pas dépister individuellement et d'aboutir à une répartition optimale des frottis sans en augmenter leur nombre. Seraient concernées par ce dépistage organisé :

- toutes les femmes de 50 à 74 ans car une fois ménopausées, celles-ci ne consultent plus facilement leur gynécologue, les médecins généralistes ne réalisent pas systématiquement un frottis, et alors que l'incidence du CCU dans cette tranche d'âge reste stable en Bretagne. Il s'agit de la même population que pour le dépistage du cancer du sein, ce qui présente l'avantage de pouvoir réutiliser les fichiers.

- les femmes de 25 à 49 ans n'ayant pas bénéficié d'un frottis au cours des 3 années précédentes. Cette proposition se justifie par le fait qu'il s'agit de renforcer le dépistage des femmes qui ne le font pas de manière spontanée, et notamment les femmes en situation précaire malgré un dépistage individuel conséquent dans cette tranche d'âge. Aussi, nous envisageons une prise en charge à 100% par l'assurance maladie, afin que le coût du frottis ne soit pas un obstacle pour les femmes qui n'ont pas de mutuelle et qui ne bénéficient pas de la CMU-C.

Le déroulement de la campagne de dépistage²⁰ est ensuite identique à celui proposé précédemment dans le scénario 2 (invitation par courrier, bon de prise en charge, première lecture puis deuxième lecture en un lieu centralisé, structure de gestion régionale ...) Les femmes qui n'ont pas répondu dans un délai de six mois à la première invitation seront relancées par courrier, une première fois, puis une deuxième fois six mois plus tard si la

première relance est restée infructueuse. Tous les trois ans, les femmes qui ont déjà bénéficié d'un dépistage seront rappelées par courrier.

b) Diversification des partenaires associés au dépistage

Selon un médecin coordonateur de l'ADECI 35, il faut diversifier les vecteurs d'informations sur le dépistage du CCU selon le profil des femmes non dépistées : impliquer les médecins du travail pour les femmes en activité de 50-60 ans, les délégués ruraux de la MSA pour les femmes habitant en milieu rural et les travailleurs sociaux pour les femmes précaires.

Par ailleurs, on peut s'interroger, à l'instar d'autres campagnes de dépistage (sein), sur l'opportunité de créer une équipe mobile de dépistage qui se rendrait dans certains quartiers des grandes villes et des zones rurales de la région, afin de toucher au mieux les femmes ayant des difficultés d'accès aux soins. On peut reprendre l'initiative de l'association ADECI 35 concernant la mise en place d'un médecin relais car c'est un système qui fonctionne bien pour les autres dépistages organisés.

c) Composantes du coût des actions de dépistage

Cf le document de synthèse (2.2.4)

⇒ Ce scénario nous semble le plus pertinent dans un contexte de dépenses de santé contraint. En effet, il a l'avantage de rechercher une meilleure couverture du dépistage des femmes tout en visant une relative maîtrise des coûts. Il prend acte du déficit des médecins gynécologues implantés en Bretagne par un renforcement du rôle des médecins généralistes. Par ailleurs, la mise en place d'une structure régionale et d'une double lecture des frottis apportent une amélioration dans la qualité du frottis et le suivi des femmes.

Compte tenu du contexte national qui n'est pas enclin à la mise en œuvre d'un dépistage organisé de masse, nous optons pour un scénario médian en ayant conscience que les femmes réalisant un frottis à titre individuel n'ont pas la même assurance qualité que celles le réalisant dans le cadre que nous proposons au niveau régional. A terme, si l'évaluation est concluante (réduction des faux-négatifs et faux-positifs...), l'ensemble des frottis pourrait bénéficier d'une double lecture.

²⁰ Cf Annexe 7

2.2.4 Synthèse des composantes du coût des actions de dépistage

Composantes		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Coûts directs				
Population cible			951 732 femmes	De 50 à 74 ans : 449 294 femmes Approximativement de 25 à 49 ans : 200 975 femmes ²¹ Soit au total : 650 269 femmes
Coûts techniques	Formation du personnel médical et technique	Pas à la charge du programme (formation initiale)	Par la structure de gestion (formation médicale continue)	Par la structure de gestion (formation médicale continue)
	Temps personnel (généralistes/gynécologue, laboratoires, etc.) pour réaliser les tests de dépistage et leur interprétation	Uniquement simple lecture	Double lecture mais demande beaucoup de personnels sachant le nombre de frottis réalisés.	Double lecture
	Consommables nécessaires à la réalisation des tests (clichés, frottis, lames, etc.)	Pas de distribution de kits	Kit frottis distribués aux MG et gynécologues : distribution de masse	Kit frottis distribués aux MG et gynécologues : seulement pour les frottis réalisés dans le cadre du dépistage
	Frais d'assurance-qualité des appareils et des techniques	A la charge des laboratoires	Pour les 4 centres départementaux, à la charge du programme	Pour les 4 centres départementaux, à la charge du programme
Coûts organisationnels	Frais d'installation du programme	Aucun	Limités car couplage avec les structures déjà existantes pour cancers sein et colorectal (Adec, Adec, ...)	Limités car couplage avec les structures déjà existantes pour cancers sein et colorectal (Adec, Adec, ...)
	Mise en place des structures de coordination des programmes	Non	Une structure régionale de gestion à créer, 4 centres départementaux de lecture à coupler avec cancers sein et colorectal	Une structure régionale de gestion à créer, 4 centres départementaux de lecture à coupler avec cancers sein et colorectal
	Convocation des participantes	Non, logiciel métier géré par les médecins	Envoi des invitations à toutes les femmes de 25 à 74 ans tous les 3 ans+ relances	Envoi des invitations à toutes les femmes de 50 à 74 ans + celles non dépistées individuellement entre 25 et 49 ans

²¹ On part du postulat que 60% des femmes de 25 à 49 ans réalisent un frottis.

	Gestion des données	Non	Bons de prise en charge, système d'information régional	Bons de prise en charge, système d'information régional
	Administration du programme (personnel et bénévole)	GRSP	1 médecin coordonnateur dans la structure régionale et dans chaque centre départemental + personnel administratif	1 médecin coordonnateur dans la structure régionale et dans chaque centre départemental + personnel administratif
	Évaluation continue du programme	Non	Suivi des indicateurs (Cf. 2.3)	Suivi des indicateurs (Cf. 2.3)
	Suivi épidémiologique des participantes	Non	Oui, via le système d'information régional	Oui, via le système d'information régional
	Campagne de communication	Oui, massive et grand public	Oui, aux médecins généralistes et aux femmes	Oui, aux médecins généralistes et aux femmes
Coûts indirects				
Suivi des cas positifs	Examens complémentaires et biopsies	Ces coûts indirects font partie intégrante du coût de la mise en place d'un dépistage, mais compte-tenu du temps imparti, il nous est impossible de les évaluer.		
	Traitement des cancers détectés (chirurgie, traitements hormonaux, chimiothérapie, radiothérapie, etc.)			
	Soins de suivi, surveillance			
	Traitement palliatif (le cas échéant)			
	Arrêts de travail, temps perdu des activités habituelles des femmes dépistées et traitées pour un cancer			
Coûts intangibles				
Coûts psychologiques, impact sur la qualité de vie	Anxiété, inquiétude à tort des femmes ayant un faux positif			
	Effets délétères occasionnés par les faux négatifs			
	Anxiété causée par l'avance au diagnostic			

2.3 Les indicateurs à mettre en place pour évaluer le scénario retenu

<u>Indicateurs pour l'évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus</u>	
<p>• <u>Critères d'évaluation à court terme</u></p> <p>1. Impact de la campagne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de couverture féminine par rapport à la population Insee - Taux de participation des professionnels (médecins généralistes et spécialistes) à la campagne <p>2. Qualité des frottis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition des frottis en fonction du résultat (système Bethesda, 2001) - Taux de frottis « non satisfaisant » - Répartition des frottis anormaux, en fonction des anomalies cytologiques diagnostiquées par cycle et par classe d'âge - Analyse de la corrélation histo-cytologique <p>3. Qualité de la campagne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de femmes ayant un frottis anormal et nécessitant un examen complémentaire - Taux de femmes ayant pratiqué les examens complémentaires dans les délais requis - Résultats des typages viraux <p>• <u>Critères d'évaluation à long terme</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux d'incidence standardisé des cancers invasifs et in situ et leur évolution au cours du temps - Taux estimé de la mortalité par cancer du col de l'utérus et évolution dans le temps 	<p>• <u>Critères d'évaluation de l'utilisation des ressources</u></p> <p>1. Nombre de frottis par femme</p> <p>2. Etude du respect du rythme de dépistage</p> <p>• <u>Critères d'évaluation de la participation des professionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Répartition des frottis en fonction du type de prescripteur (spécialistes, généralistes, autres) - Etude du profil des médecins généralistes participant <p>• <u>Critères d'évaluation de la participation des laboratoires d'anatomo-cytopathologie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Participations des laboratoires - Transmission des données - Qualité du codage des examens

Conclusion

Un certain nombre d'éléments, qu'il s'agisse des exemples étrangers ou des expériences pilotes menées en France, milite pour la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. L'échelon régional, en l'occurrence, la Bretagne, semble d'autant plus pertinent que les réformes en cours renforcent à ce niveau la définition de la politique de santé publique.

Le scénario préconisé est bâti en fonction d'objectifs précis à atteindre : réduction de la mortalité via la progression du taux de couverture de dépistage du CCU, amélioration de la qualité de l'analyse des frottis par la mise en œuvre d'une double lecture et enfin optimisation du suivi des femmes dépistées. Le dispositif s'appuie largement sur l'implication des médecins généralistes, véritable pilier de l'offre de soins.

Si le modèle proposé tend à intégrer un certain nombre de contraintes, le manque de temps imparti nous a empêchés d'étayer davantage sa faisabilité effective.

Par ailleurs, des études sur l'efficacité et la pertinence d'une nouvelle technique de dépistage du cancer du col de l'utérus – l'auto-prélèvement vaginal – sont en cours et pourraient conduire à faire évoluer le dispositif de dépistage organisé.

Bibliographie

- (1) Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- (2) Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports www.sante.gouv.fr
« Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France » :
www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer_uterus/rapport_col_inca.pdf -
Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus :
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer_uterus/cctp.pdf
- (3) Ligue contre le cancer www.ligue-cancer.net
Dossier de presse « Semaine nationale de lutte contre le cancer 17 au 23 mars 2008 »
Dossier de presse « 2009 Cancer colorectal »
« Le dépistage des cancers »
« Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France » - 2007
« Les cancers de l'appareil génital féminin »
- (4) Institut national du cancer www.e-cancer.fr
Plan cancer 2003-2007
Rapport GRÜNFELD au Président de la République- 26 mars 2009-Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013
« Col de l'utérus (cancer) : questions sur le dépistage »
- (5) Institut de veille sanitaire www.invs.sante.fr/
« Evaluation épidémiologique du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus – État des connaissances – Actualisation 2008 »
« Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005) »
Conférence de presse du 21 février 2008 :
http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiqués/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf
« Surveillance épidémiologique des cancers »
« Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? »
« Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Evaluation épidémiologique des 4 départements pilotes »
« Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : guide du format des données et définitions des indicateurs de l'évaluation épidémiologique »
- (6) Haute autorité de santé www.has-sante.fr/
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/frottis_final_-_recommandations.pdf
- (7) Institut national de la statistique et des études économiques www.insee.fr/
- (8) Association pour le dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine www.adeci35.fr
- (9) Association Eve www.eve.asso.fr/
- (10) Office de lutte contre le cancer www.odlc.org
« Campagne départementale de sensibilisation à la prévention du cancer du col de l'utérus dès 25 ans en Isère »

- (11) Observatoire régional de santé Bretagne www.orsb.asso.fr
« Tableau de bord- Les cancers en Bretagne »
« Bilan Plan Cancer 2003-2006 »
- (12) Observatoire régional de santé Franche-Comté <http://www.ors-franche.comte.org/>
« Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs », mai 2005
- (13) REMONTET L., BUEMI A., VELTEN M., JOUGLA E., ESTEVE J. « Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Réseau Français des Registres de Cancer » (FRANCIM) sept. 2002.
- (14) Rapport du Haut Conseil de la santé publique. Evaluation du Plan Cancer. Janvier 2009, 495 pages.
- (15) BAUDIER F, SCHAPMAN S., GIORDANELLA JP. « Les recommandations des sites expérimentaux pour la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France » CNAMTS/Société Française de Santé publique, 2000.
- (16) Rapport du groupe technique sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, 25 août 2006, 35 pages.
- (17) BOMAN F., DUHAMEL A., TRINH QD, DEKEN V, LEROY JL, BEUSCART R. Evaluation du dépistage cytologique des cancers et lésions précancéreuses du col utérin. Bull Cancer 90 : 643-7, 2003.
- (18) WAIT Suzanne. Le coût du dépistage du cancer du sein et des cancers gynécologiques en France. Bull Cancer 90 : 997-1004, novembre 2003.
- (19) GAUTIER Caroline, Thèse, Le suivi cytologique des femmes ayant présenté un cancer invasif du col : Etude de 192 patientes bretonnes. Université de Rennes 1, faculté de médecine, 9 octobre 2008, 107 pages.
- (20) PERRET Judith, Thèse, Le frottis cervical de dépistage dans le cadre du mouvement français pour le planning familial de Rennes. Etude rétrospective de 1019 dossiers sur 3 ans, Université de Rennes 1, faculté de médecine, 26 novembre 2002, 96 pages.
- (21) Rapport Module interprofessionnel de santé publique. Dépistage du cancer du col de l'utérus en France : les conditions de la mise en place d'un dépistage organisé, ENSP, 2005, 28 pages.
- (22) HAGUENOER Ken, Mémoire, Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France : mise en place de la première évaluation conjointe des trois initiatives locales, ENSP, 2006, 59 pages.
- (23) SCHAFFER P. Le dépistage du cancer du col de l'utérus. Bull Cancer 1996, 1996 ; 83 : 736-41
- (24) R. LAMBERT. Un modèle de dépistage du cancer, journal faxe d'hépatogastro-entérologie, Janvier 2002-3.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Méthodologie globale

ANNEXE 2 : Méthodologie de l'enquête téléphonique

ANNEXE 3 : Résultats de l'enquête téléphonique

ANNEXE 4 : Listes des personnes interrogées

ANNEXE 5 : Le frottis cervico-utérin (FCU)

ANNEXE 6 : Les acteurs du dépistage organisé

ANNEXE 7 : Le déroulement d'une campagne de dépistage

ANNEXE 8 : Appel à projets de l'INCA – Mai 2009

ANNEXE 9 : Affichage de communication sur le dépistage en Isère

ANNEXE 10 : Glossaire

ANNEXE 1 : Méthodologie globale

Phases de problématisation et d'investigation

La première rencontre avec l'animateur a permis de présenter le thème de l'étude, d'expliquer le cancer du col de l'utérus, d'expliciter les enjeux du sujet et de réfléchir autour de la problématique du dépistage organisé. Pour affiner la problématique, un travail important de recherche documentaire a été réalisé. L'animateur nous a orienté vers des interlocuteurs compétents sur ce sujet. Les prises de rendez-vous et certains contacts téléphoniques ont eu lieu dès la première semaine.

La répartition du travail s'est opérée en binômes sur des aspects précis du sujet. Ainsi, deux personnes sur trois jours ont réalisé l'enquête téléphonique. Ils ont passé pas moins de 525 appels. Des comptes-rendus entre les divers sous groupes ont eu lieu quotidiennement afin de suivre la progression du travail réalisé.

Peu d'entretiens ont été effectués sur site dans la mesure où cela n'apportait pas une plus-value au regard du temps et du coût des déplacements.

Phase d'analyse

Un temps important en groupe a été consacré à la définition de la problématique et à l'élaboration du plan détaillé. Les entretiens téléphoniques et sur site se sont poursuivis, ce qui a permis au fur et à mesure d'alimenter la réflexion et de préciser le contenu du plan.

Une répartition de la rédaction a été opérée selon le thème sur lequel chacun avait réalisé des recherches avec une personne ressource polyvalente. La relecture des parties s'est faite au fur et à mesure pour vérifier la cohérence de l'ensemble et la pertinence au vu de la problématique. Une réflexion commune a été menée pour élaborer les scénarii.

En définitive, le MIP s'est réalisé dans la bonne humeur facilitant la cohésion du groupe et permettant un travail efficace.

ANNEXE 2 : Méthodologie de l'enquête téléphonique

La mise en œuvre d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus semble devoir faire intervenir les acteurs médicaux de premier recours, à savoir les médecins généralistes. Par conséquent, il ne nous a pas paru pertinent d'interroger les spécialistes, les gynécologues, compte tenu de la pratique courante du frottis cervico-utérin qu'est la leur. Pour cette raison, un panel représentatif de médecins généralistes a été choisi selon un modèle prenant en considération leur répartition sur le territoire. Nous avons souhaité, dans un souci de représentativité, obtenir une centaine de réponses.

La méthode retenue est la suivante :

Considérant la population bretonne de 3 094 534 habitants et sa répartition en fonction de la taille des communes (approximativement 2 100 000 habitants dans les communes de moins de 10 000 habitants, 446 000 habitants dans les communes de 10 000 à 50 000 habitants, et enfin 530 000 habitants dans les communes de plus de 50 000 habitants) cf. www.insee.fr/) il a été convenu d'interroger :

- 15 médecins généralistes dans les communes de plus de 50 000 habitants
- 20 médecins généralistes dans les communes de 10 000 à 50 000 habitants
- 65 médecins généralistes dans les communes de moins de 10 000 habitants

Le questionnaire soumis a été élaboré sous forme de questions fermées, dont les réponses ont été recueillies sur une base Excel, permettant ainsi rapidité dans l'exécution et praticité dans la phase d'analyse.

Communes d'origine des médecins généralistes auditionnés :

- COMMUNES DE PLUS DE 50 000 HABITANTS

Rennes, Brest, Quimper, Lorient, et Vannes.

- COMMUNES DE 10 000 à 50 000 HABITANTS

Saint-Brieuc, Lanester, Concarneau, Lannion, Ploemeur, Morlaix, Pontivy.

- COMMUNES DE MOINS DE 10 000 HABITANTS :

• **Département du Finistère (29) :** Lesneven, Carhaix, Landivisiau, le Conquet, Saint-Pol-de-Leon, Lanmeur, Pont l'Abbe, Crozon, Rosporden, Tregunc, Plougastel, Pont-Aven,

Locmaria Plouzane, Saint-Martin-des-Champs, Penmarch, Lannilis, Chateaulin, Bannalec, Scaer.

• **Département du Morbihan (56)** : Quiberon, Muzillac, Ploermel, Carnac, Larmor-Plage, Baud, Locminé, Belle-Ile-en-Mer, Languidic, Kervignac, Riantec, Grand-Champ, Plescop, Sarzeau.

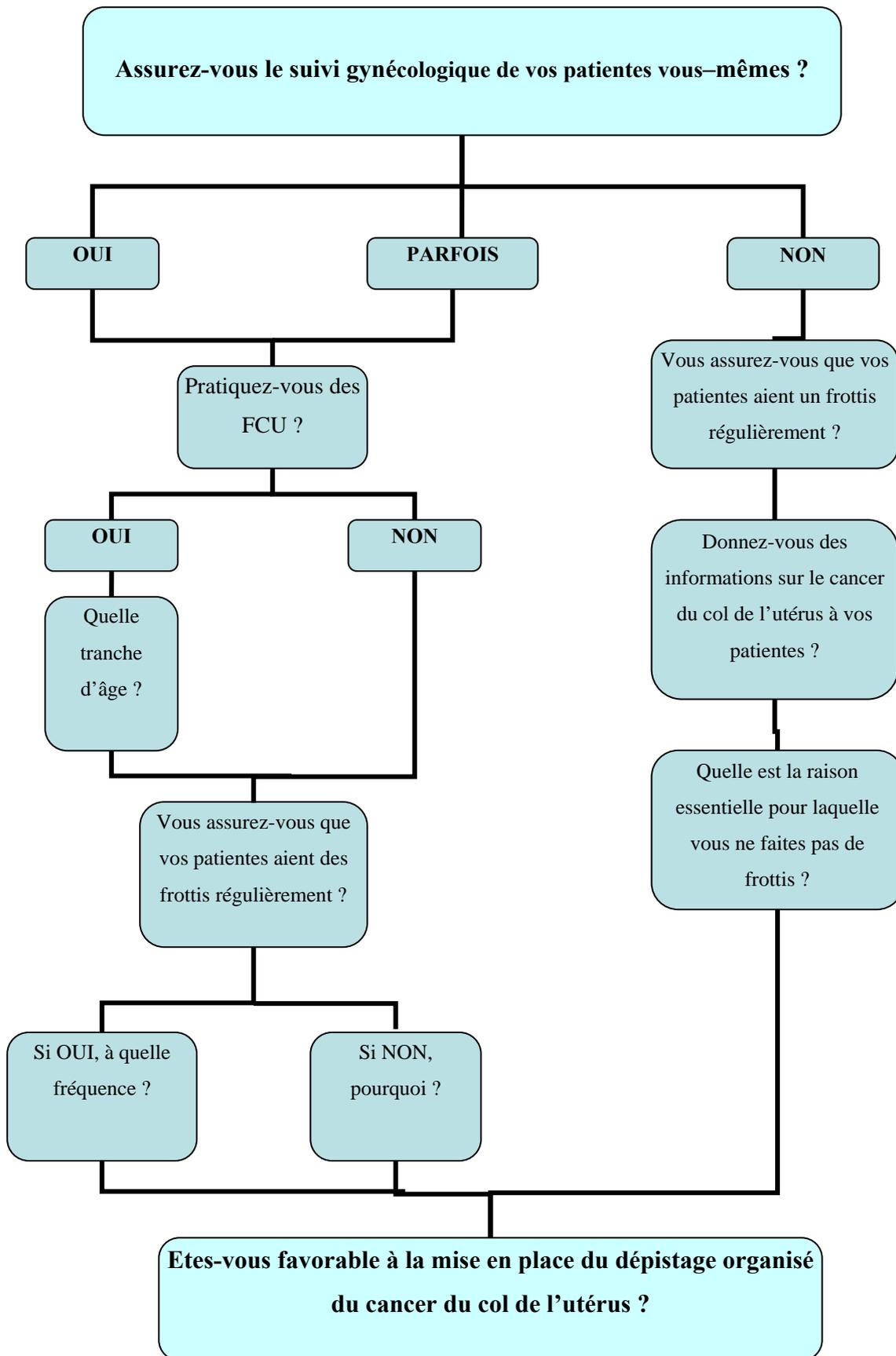
• **Département de l'Ille-et-Vilaine (35)** : Chantepie, Pace, Betton, le Rheu, Cancale, Guichen, Liffre, Janze, Pleurtuit, Dol-de-Bretagne, Noyal-sur-Vilaine, Acigné, Chateaubourg.

• **Département des Côtes d'Armor (22)** : Guingamp, Paimpol, Trégueux, la Chèze, Plérin, Langueux, Binic, Mur-De-Bretagne, Pordic, Pledran, Quevert, Quintin, Perros-Guirrec, Ploumagoar.

Nombre d'appels effectués

62 communes de moins de 10 000 habitants ont, de façon aléatoire, été sélectionnées, et ce, de manière relativement équitable entre les quatre départements bretons, ainsi que 8 communes de 10 000 à 50 000 habitants et 5 communes de plus de 50 000 habitants. A raison de 7 médecins généralistes sollicités par commune en moyenne, un total de 525 appels a été passé, correspondant à un taux de réponse de 19%.

✚ Questionnaire soumis aux médecins généralistes

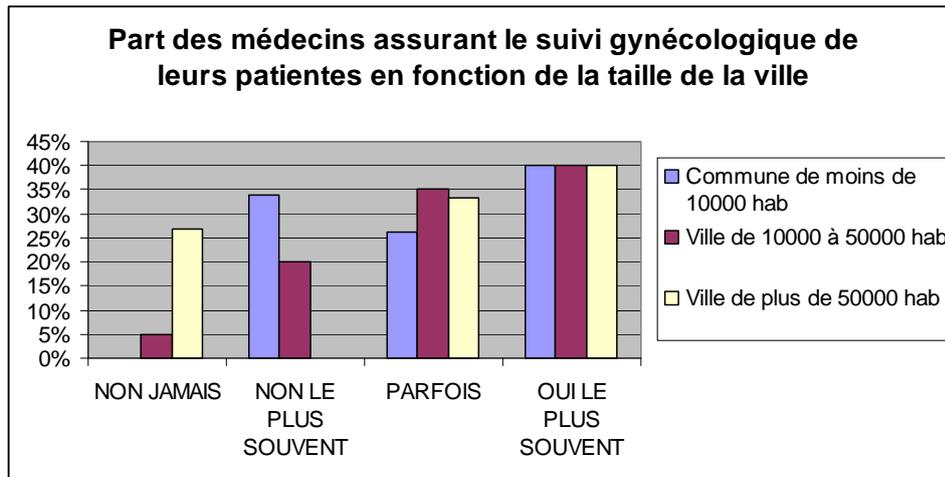


ANNEXE 3 : Résultats de l'enquête téléphonique

+ Suivi gynécologique effectué par les médecins généralistes et taille de la commune

Rural ou urbain	Assurez-vous vous-mêmes, le suivi gynécologique de vos patientes ?				Total
	Non jamais	Non le plus souvent	Parfois	Oui le plus souvent	
Commune de moins de 10000 hab	0,00%	33,85%	26,15%	40,00%	100,00%
Ville de 10000 à 50000 hab	5,00%	20,00%	35,00%	40,00%	100,00%
Ville de plus de 50000 hab	26,67%	0,00%	33,33%	40,00%	100,00%

Quelle que soit la taille de la ville, 40% des médecins généralistes assurent le suivi gynécologique.



+ Suivi gynécologique effectué par les médecins généralistes et sexe du médecin

NOMBRE	ASSUREZ VOUS LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE VOS PATIENTES ?		
	NON	OUI	TOTAL
SEXE			
F	1	27	28
H	30	42	72
TOTAL	31	69	100

Test d'indépendance du Chi-deux

Par le test d'indépendance du Chi-deux qui suit, nous montrons que les médecins femmes réalisent significativement plus de frottis que les médecins hommes.

Soit l'hypothèse nulle : les deux variables sont indépendantes

Soit l'hypothèse alternative : les deux variables ne sont pas indépendantes

Rappel des effectifs observés :

	OUI	NON
Femmes	1	27
Hommes	30	42

On calcule les effectifs théoriques :

	OUI	NON
Femmes	8,68	19,32
Hommes	22,32	49,68

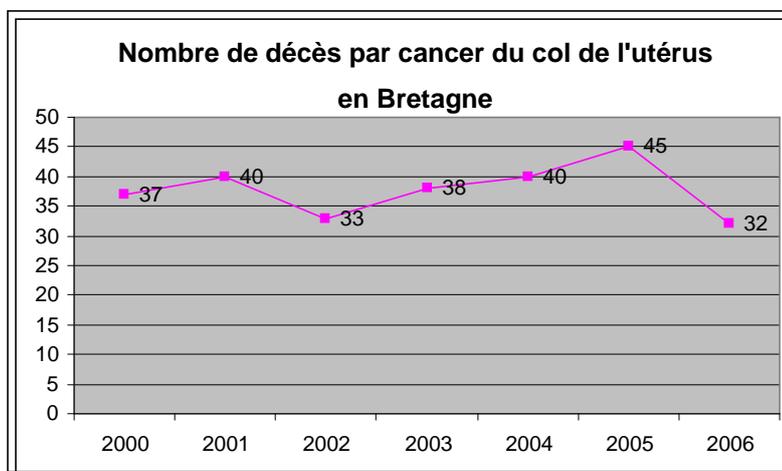
On calcule ensuite la quantité suivante :

$$D = \sum (\text{effectifs observés} - \text{effectifs théoriques})^2 / (\text{effectifs théoriques})$$

Sous l'hypothèse nulle, D suit une loi du Chi-deux à 1 degré de liberté. Avec un seuil de significativité de 95%, D doit être inférieur à 3,841 pour que l'on accepte l'hypothèse nulle. **Or, D=13,67795365.** On rejette donc l'hypothèse nulle et on accepte l'hypothèse alternative avec 95% de significativité.

Les deux variables sont donc dépendantes de manière significative ; les femmes réalisent significativement plus de frottis que les hommes.

Epidémiologie des cancers du col de l'utérus en Bretagne



Source : Cepidc, nombre de décès par cancer du col de l'utérus en Bretagne

ANNEXE 4 : Liste des personnes interrogées

Sur site

- Dr Christine PIETTE, médecin coordinateur de santé publique, ADECI 35

Par téléphone

- Dr FOL, médecin en santé publique à l'ADEC29 (BREST)
- Dr Frédéric STAROZ, anatomo-cytopathologiste, Quimper (29)
- Dr Muriel FENDER, médecin de l'association EVE (67)
- Dr BONNANS, médecin de l'association ADECA FC (25)

Par mails

- Professeur Marie-Cécile VACHER-LAVENU, anatomo-cytopathologiste, Présidente du Groupe Technique National
- Professeur Jean-Charles BOULANGER, gynécologue-obstétricien, membre du Groupe Technique National

Le Professeur Jean LEVEQUE, gynécologue-obstétricien au CHU de RENNES, a été contacté pour fixer une entrevue, mais son emploi du temps ne nous a pas permis de le rencontrer.

ANNEXE 5 : Le frottis cervico-utérin

C'est un examen de dépistage des cancers du col utérin dont le principe repose sur l'analyse microscopique de lames cellulaires après recueil des cellules du col utérin.

✚ Conditions de prélèvement d'un frottis du col de l'utérus :

L'amélioration de la qualité des frottis du col de l'utérus implique le respect d'un certain nombre de recommandations :

- le frottis devrait être effectué à distance des rapports sexuels (48 heures), en dehors des périodes menstruelles, de toute thérapeutique locale ou d'infection et si nécessaire après traitement oestrogénique chez la femme ménopausée ;
- il est important d'expliquer à la patiente le but de l'examen et la technique, et de la rassurer ;
- il faut éviter de faire le toucher vaginal avant le frottis et d'utiliser un lubrifiant ;
- avant de faire le frottis, le col doit être correctement exposé à l'aide d'un spéculum
- le prélèvement doit concerner la totalité de l'orifice cervical externe et l'endocol.

✚ Les différents temps de la réalisation du frottis :

Installation de la patiente

La patiente est installée en position gynécologique, les fesses au bord de la table. Le spéculum est introduit délicatement jusqu'à visualiser le col de l'utérus.



Prélèvement de l'exocol

Il est nécessaire d'obtenir un prélèvement de la zone de jonction entre l'épithélium pavimenteux de l'exocol et l'épithélium cylindrique de l'endocol. En effet, cette zone est le siège privilégié des infections à papilloma virus humain (HPV) et donc dans un second temps, d'une possible lésion précancéreuse ou dysplasie.

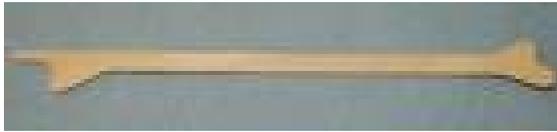
Prélèvement de l'endocol

Le prélèvement endocervical permet de dépister les lésions de l'épithélium glandulaire (Néoplasies glandulaires intra épithéliales ou Dysplasies glandulaires) et les lésions malpighiennes haut situées dans l'endocol (surtout chez les patientes ménopausées).

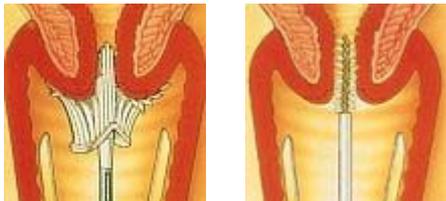
Préparation des prélèvements

Il existe deux techniques :

- Utilisation d'une spatule d'Ayre (frottis conventionnel)



- Utilisation d'une brosse ou d'un écouvillon (frottis phase liquide)



La qualité du prélèvement est essentielle pour les 2 méthodes.

- Frottis conventionnel : les prélèvements doivent être étalés uniformément sur une lame et fixé par un spray conventionnel en vaporisant à 25 cm pour ne pas disperser les cellules.

- Frottis en phase liquide ou frottis en couche mince : l'écouvillon ou la brosse sont lavés dans le pot contenant un conservateur cellulaire liquide. Cette méthode réduit le nombre des frottis non interprétables et permet l'utilisation du matériel résiduel pour d'autres méthodes diagnostiques, en particulier la réalisation d'un test HPV.

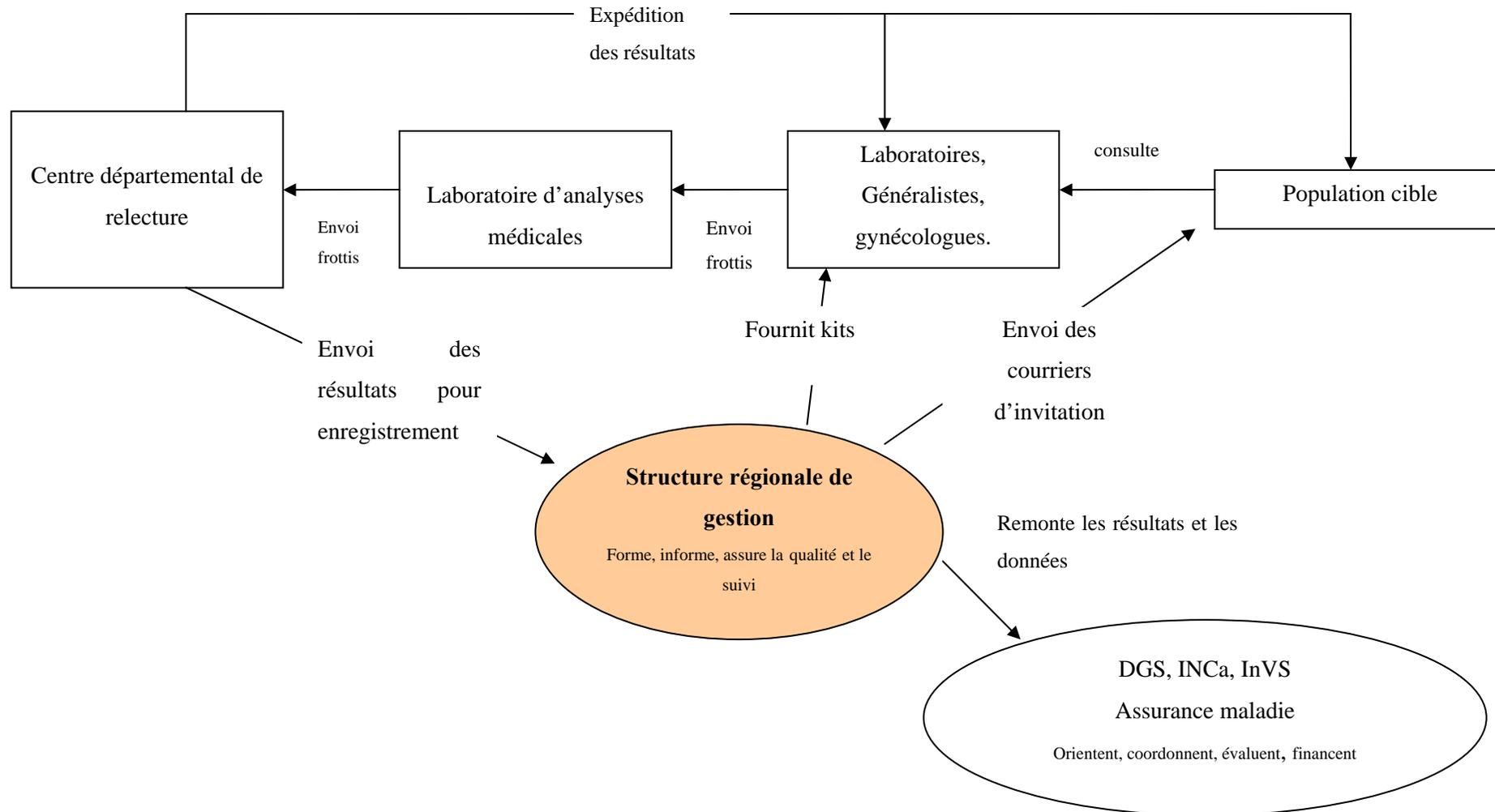
Le prélèvement doit être associé à une feuille de transmission comportant la date du prélèvement, les nom et prénom de la patiente, la date de naissance, la date des dernières règles ou indiquer si la femme est ménopausée, le motif de l'examen (dépistage, contrôle), les éventuels antécédents gynécologiques et thérapeutiques, le type de contraception utilisée.

Interprétation dans un laboratoire d'anatomopathologie :

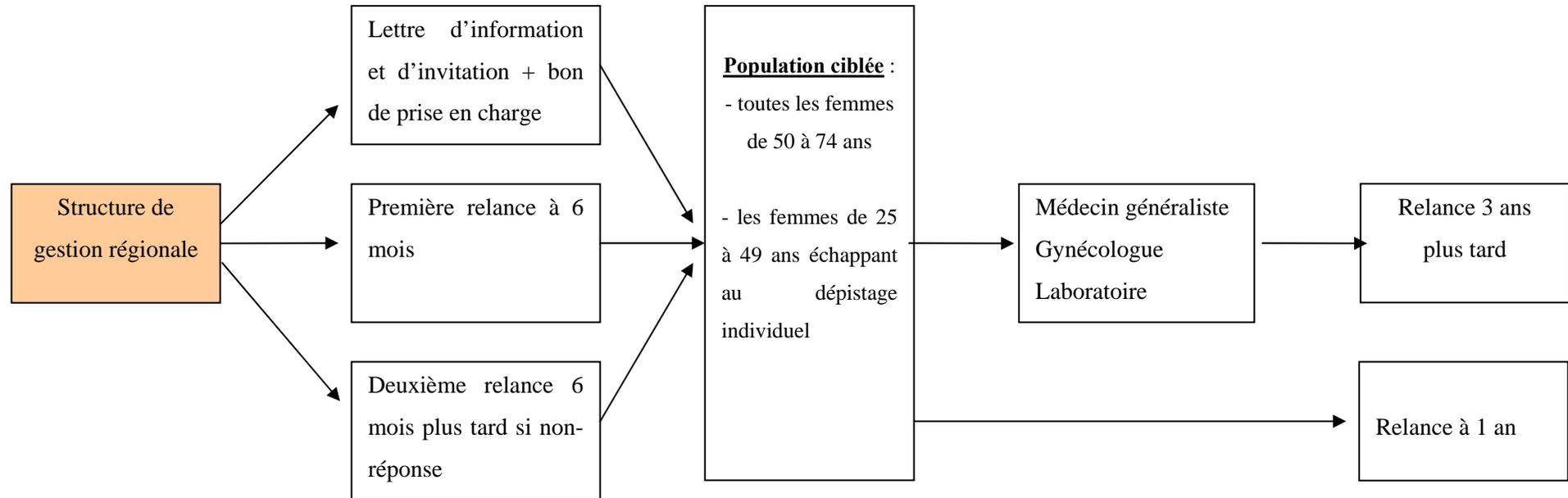
Le système de Bethesda 2001 est seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique. Il s'applique quelle que soit la technique du frottis. L'interprétation comporte 3 temps :

- qualité du prélèvement ;
- interprétation des résultats : absence de lésions malpighiennes, anomalie des lésions malpighiennes, anomalie des cellules glandulaires, autres ;
- précisions, notes et recommandations.

ANNEXE 6 : Les acteurs du dépistage organisé



ANNEXE 7 : Déroulement d'une campagne d'invitation lors d'un dépistage organisé



ANNEXE 8 : Appel à projets 2009 - INCA



APPEL A PROJETS 2009

SOUTIEN AUX ACTIONS MENEES PAR LES ASSOCIATIONS

POUR AMELIORER LE DEPISTAGE, LA DETECTION PRECOCE, ET LA PREVENTION DES CANCERS

Date limite d'envoi des dossiers : 15 mai 2009

AAP 2009 as.depi-prev

1/8

SOMMAIRE

1. CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS	3
2. OBJECTIF ET CHAMPS DE L'APPEL A PROJETS	4
3. MODALITES DE PARTICIPATION	4
4. CRITERES D'ELIGIBILITE ET D'EVALUATION DES PROJETS	5
5. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT	6
6. CALENDRIER DE L'APPEL À PROJETS ET DE LA SELECTION	7
7. MODALITES DE SOUMISSION	7
8. PUBLICATION DES RESULTATS	8
9. CONTACTS	8

1. CONTEXTE DE L'APPEL A PROJETS

Institution publique autonome créée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'Institut National du Cancer (INCa) a une vocation d'Agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie. Il est chargé d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France, de mettre en œuvre une politique de recherche sur le cancer et de garantir aux malades l'égalité d'accès aux soins.

Dans sa composition, l'Institut National du Cancer associe l'Etat et les acteurs de la lutte contre le cancer, professionnels de la santé, de la recherche, et représentants de patients. Il travaille avec ses deux ministères de tutelle - recherche et santé – qui le financent à parts égales.

La principale mission de l'Institut National du Cancer est l'expertise en cancérologie, à travers l'anticipation des problématiques, l'évaluation, le suivi, la diffusion, la gestion et l'animation de projets. L'Institut agit avec et à travers les opérateurs via des partenariats, appels à projets compétitifs, financement des projets, actions incitatives et accompagnement des expérimentations.

Il intervient notamment pour :

- Coordonner la prévention, le diagnostic précoce et impulser une dynamique sur le dépistage ;
- Accompagner l'évolution du système de soins pour permettre à chaque patient un accès égal, sur tout le territoire, à des soins de qualité ;
- Stimuler une recherche en cancérologie innovante et compétitive et accélérer le transfert entre la connaissance et la pratique de soins.

Pour mener à bien ses missions et mettre en œuvre ses priorités, l'Institut National du Cancer a besoin du relais sur le terrain du tissu associatif. Les associations mènent en effet avec dynamisme et efficacité des actions nationales et de proximité, diversifiées et innovantes, adéquates et reproductibles, en lien direct avec des partenaires locaux.

Dans ce contexte, la direction de la Santé Publique (départements Dépistage et Prévention) de l'Institut National du Cancer lance un appel à projets compétitif en direction des associations pour soutenir :

- l'élaboration, la mise en place à titre expérimental, et l'évaluation d'actions de dépistage et de détection précoce des cancers auprès de la population générale ou de publics ciblés,
- la promotion ou l'observation-évaluation d'actions de prévention des facteurs de risque de cancers auprès de la population générale et plus particulièrement de publics en situation de précarité,
- l'évaluation des politiques de contrôle du tabac.

2. OBJECTIF ET CHAMPS DE L'APPEL A PROJETS

Cet appel à projets a pour objectif de promouvoir la mise en place d'actions diversifiées, reproductibles et mutualisables, et innovantes menées par les associations en faveur du dépistage et de la détection précoce des cancers, et de la prévention des cancers.

Les projets devront viser prioritairement les populations ou les actions spécifiques suivantes :

➤ Pour le Dépistage :

- Les populations ciblées par les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers du sein et cancer colorectal,
- Les populations ciblées par un programme pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Les populations en situation de précarité ou d'isolement géographique afin d'améliorer l'accès aux dépistages,
- les populations pouvant faire l'objet d'un dépistage ou de mesure de détection précoce d'un cancer (cavité buccale et peau).

Axe prioritaire : dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

➤ Pour la Prévention :

- Actions contribuant à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions:
 - o de prévention des facteurs de risques (tabac, alimentation, alcool, obésité), et de promotion des facteurs protecteurs (activité physique, alimentation, allaitement),
 - o de prévention des expositions professionnelles et environnementales (connaissance des facteurs de risques, des expositions, des cumuls d'exposition et pour les cancers professionnels, amélioration de la reconnaissance et de la réparation),
 - o de prévention tertiaire (survenue de seconds cancers).

Axe prioritaire : Prévention auprès des populations précaires, entre autres analyse des différenciations sociales d'expositions aux risques, analyse des freins à la prévention et élaboration d'actions

- Evaluation des politiques de contrôle du tabac (concernant notamment les articles 6 et 11 de la CCLAT) et la diffusion de l'information vers les pays francophones.

3. MODALITES DE PARTICIPATION

3.1 Structures concernées :

Cet appel à projets s'adresse aux associations nationales ou locales, qui œuvrent à la promotion, au soutien et au renforcement du dépistage, de la détection précoce et de la prévention des cancers. Ces associations doivent s'inscrire dans une dynamique partenariale et territoriale, en s'appuyant si possible sur des relais institutionnels et les collectivités locales.

3.2 Quels projets sont susceptibles d'être retenus?

Les projets susceptibles d'être retenus dans le cadre du présent appel à projets devront proposer une ou plusieurs actions en faveur d'une ou plusieurs populations concernées par le champ de l'appel.

Les projets proposant des actions coordonnées et des modalités innovantes seront privilégiés. **Les projets locaux devront s'appuyer sur des stratégies comparatives, reproductibles, permettant d'envisager leur mise en place à un niveau national.** Les actions proposées doivent répondre aux objectifs fixés dans cet appel à projets. La méthodologie doit être rigoureuse. Les modalités et moyens d'évaluation des actions doivent être décrits. Le financement des projets retenus est un financement non pérenne.

Les projets doivent veiller à ne pas interférer avec les programmes nationaux de dépistage mis en place par les pouvoirs publics et les actions de communication qui les accompagnent.

Le financement de structures et de brochures d'information est exclu de cet appel à projets.

4. CRITERES D'ELIGIBILITE ET D'EVALUATION DES PROJETS

Les projets sont présélectionnés sur la base des critères d'éligibilité, puis soumis à la procédure d'évaluation.

4.1 Critères d'éligibilité

Pour être éligibles, les projets doivent répondre aux conditions suivantes :

- Les projets doivent répondre au champ de l'appel à projets tel qu'énoncé au point 2 ;
- Les projets doivent être précisément exposés quant à leur contexte, leur réalisation, leur financement, leurs résultats attendus et leur évaluation ;
- Les dossiers doivent être complets et être soumis dans les délais, sous forme électronique et sous forme papier, au format demandé (cf. dossier de candidature) ;
- Un référent technique devra être désigné, il est intitulé « coordonnateur » du projet. Il sera responsable de la mise en place des modalités liées au projet, de la production des documents requis et de la communication des résultats ;
- Un calendrier des étapes-clés de la mise en œuvre du projet devra être présenté. Il sera l'élément essentiel pour le suivi des résultats.

Important : les dossiers ne satisfaisant pas aux critères d'éligibilité ne seront pas soumis à avis d'experts et ne pourront donc faire l'objet d'un financement de l'Institut National du Cancer.

4.2 Critères d'évaluation / sélection du projet

4.2.1 Qualités techniques

- Structuration, cohérence, effet levier et caractère si possible innovant du projet ;
- Clarté des objectifs ;
- Positionnement du projet dans l'environnement médico-social du bassin de vie dans lequel il s'inscrit ; le recours aux partenariats et aux mutualisations est fortement recommandé ;
- Caractère intégré de l'approche proposée, pertinence méthodologique ;
- Aptitude de l'association et du référent technique à diriger le projet ;
- Réactivité et rapidité de la mise en œuvre du projet ;
- Capacité à mener le projet indépendamment de tout intérêt à des fins commerciales ;
- Pertinence des modalités prévues en vue de l'évaluation des réalisations.

4.2.2 Faisabilité

- Adéquation entre les ressources humaines, l'environnement technologique, sanitaire et/ou médico-social et les besoins du projet ;
- Crédibilité du calendrier du projet ;
- Crédibilité et justification du financement demandé.

5. DISPOSITIONS GENERALES POUR LE FINANCEMENT

- Le financement accordé est non pérenne ;
- Le financement attribué pour tout ou partie d'un projet ne pourra pas couvrir plus de **12 mois**.
- Les cofinancements sont souhaitables et doivent être précisés dans le dossier de candidature ;
- En règle générale, l'aide accordée peut financer :
 - de l'équipement¹;
 - du fonctionnement du projet ;
 - des frais de missions ;
 - du personnel spécifique à la contribution ou à la mise en place du projet ;
- Le financement attribué n'a pas pour vocation à participer au fonctionnement structurel de l'association ;
- Les frais de gestion s'élèvent au maximum à 4% du montant du financement alloué par l'INCa.

¹ Est considéré comme entrant dans la rubrique équipement tout matériel dépassant 500 Euros

- Le financement attribué à chaque projet sera apporté sous forme d'une subvention dans le cadre d'une convention entre l'INCa et l'association gestionnaire désignée dans le dossier de candidature.
- Lorsque la subvention allouée est supérieure à 23 000 euros, une convention sera signée entre l'Institut et l'association bénéficiaire des fonds et précisera notamment les modalités de versement de la subvention allouée.
- Lorsque la subvention est inférieure à 23 000 euros, le versement sera fait sous forme de décision attributive.
- L'emploi du financement à la réalisation du projet fera l'objet d'un suivi de l'Institut National du Cancer.

6. CALENDRIER DE L'APPEL À PROJETS ET DE LA SÉLECTION

- Date de lancement de l'appel à projets : 16 février 2009
- Date limite d'envoi à l'INCa des dossiers par voie électronique et postale (1 original et 2 copies, le cachet de la poste faisant foi) : 15 mai 2009
- Date prévisionnelle de notification et de publication des résultats : septembre 2009

7. MODALITES DE SOUMISSION

En vue de postuler à l'appel à projets, les associations candidates devront transmettre **un dossier de candidature complet (à télécharger)**, comprenant l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation du projet.

<p>par courriel à l'adresse suivante :</p> <p>Pour les dossiers « dépistage » : as.depi2009@institutcancer.fr</p> <p>Pour les dossiers « prévention » : as.prev2009@institutcancer.fr</p>
<p>et</p> <p>par voie postale (1 original et 2 copies) (le cachet de la poste faisant foi)</p> <p>à l'adresse suivante :</p> <p>Institut National du Cancer</p> <p>AAP 2009 : SOUTIEN AUX ACTIONS MENEES PAR LES ASSOCIATIONS-dépistage</p> <p>52, Avenue André Morizet 92513 Boulogne-Billancourt, Cedex</p>

8. PUBLICATION DES RESULTATS

Les résultats seront publiés sur le site Internet de l'Institut National du Cancer.

Ils seront communiqués par écrit au Président des associations porteuses et une copie sera adressée au coordonnateur du projet lorsque ce dernier est rattaché à une structure juridique distincte de l'association.

Une annexe financière sera adressée aux associations dont le dossier a été retenu, ces dernières devant la retourner dûment complétée à l'Institut, puis selon le montant de la subvention, une convention ou une décision attributive permettra le versement.

9. CONTACTS

Pour toute information de nature administrative, scientifique ou technique, contacter :

➤ Pour le dépistage : as.depi2009@institutcancer.fr

➤ Pour la prévention : as.prev2009@institutcancer.fr

POUR PRÉVENIR LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



**COMME ELLES,
PENSEZ À FAIRE VOTRE FROTTIS**
CET EXAMEN DE DÉPISTAGE EST RECOMMANDÉ
À PARTIR DE **25 ANS**, TOUS LES **3 ANS**.

PARLEZ-EN AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT OU VOTRE GYNÉCOLOGUE

Image: Bureau & Poulletier, 2009 - © ODLIC 0800 37 38 82 - www.odlc.org - *Médical gratuit, déposé en France, 6014.

POUR EN SAVOIR PLUS CONTACTEZ L'ODLC
0 800 37 38 82* - www.odlc.org



ANNEXE 10 : Glossaire

+ **Anatomo-cytopathologie** : spécialité médicale comportant une activité de laboratoire. Elle consiste en l'observation, l'identification, la description des modifications structurales des tissus, des organes, des cellules pour établir un diagnostic.

+ **Biopsie** : prélèvement chirurgical d'un petit échantillon de tissu pour permettre le diagnostic précis d'une lésion suspecte.

+ **Cancer in situ** : cancer limité à une zone précise comme le col de l'utérus.

+ **Cancer invasif** : cancer à un stade avancé rendant le pronostic vital incertain.

+ **CIN (Néoplasie Intra-épithéliale Cervicale)** : cf lésions précancéreuses

+ **Col de l'utérus** : relie la partie basse de l'utérus au vagin.

+ **Colposcopie** : diagnostic au cours duquel un colposcopiste qualifié examine visuellement le col de l'utérus pour y chercher des signes d'anomalies cellulaires.

+ **Dépistage cervical** : processus qui consiste à prélever des cellules à la surface du col de l'utérus par un professionnel de la santé.

+ **Frottis cervico-utérin** : test de dépistage qui permet le prélèvement des cellules à la surface du col de l'utérus. Les cellules sont alors examinées sous microscope. Selon l'aspect de ces cellules on pourra alors supposer que le col de l'utérus est normal, ou qu'il présente des anomalies pouvant correspondre à des lésions précancéreuses appelées aussi dysplasies.

+ **Lésions précancéreuses** (ou dysplasies) : cellules anormales précancéreuses qui sont détectables lors d'un frottis de dépistage du col de l'utérus. Il existe une classification en 3 catégories de ces lésions en fonction de leur gravité : CIN 1 (bas grade) CIN 2 et CIN 3 (haut-grade). Les lésions de haut grade sont celles qui sont à risque de cancer.

+ **Spéculum** : instrument permettant de visualiser et d'examiner le col de l'utérus et le vagin.

+ **Taux d'incidence** : nombre de nouveaux cas sur une année au sein d'une population donnée (pour 100 000 femmes en matière de cancer du col de l'utérus).

+ **Taux de prévalence** : nombre total de cas dans une population déterminée à un moment donné sans distinction de l'ancienneté sur l'ensemble de la population.

+ **Taux de mortalité** : proportion de femmes décédées du fait d'une maladie dans une population donnée et sur un an.