

Dominique DOUMONT – Carole FEULIEN - UCL-RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain¹.

" Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons "

2^{ème} partie : Situation en France, en Suisse, au Canada, aux Pays-Bas et en Angleterre.

1° Introduction

En Belgique, à l'heure actuelle, près de 700 cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués chaque année. Ce cancer est le 5^{ème} en fréquence chez la femme (après le sein, le colon, les ovaires et le rectum). En 2004, 532 femmes sont décédées d'un cancer de l'utérus (Registre du Cancer).

Le dépistage par frottis détecte des lésions précancéreuses qui peuvent alors être traitées localement et permet donc d'éviter l'apparition de très nombreux cancers du col de l'utérus. Les différentes études réalisées jusqu'à présent montrent qu'un dépistage réalisé tous les 3 à 5 ans chez les femmes âgées de 35 à 60 ans, au moyen d'un frottis de col classique, réduit d'au moins 80 % l'incidence du cancer du col. Le conseil scientifique de l'Europe recommande, quant à lui, la réalisation d'un test de dépistage tous les 3 ans (Recommandations Européennes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne, 1999).

Cependant, en Belgique, alors que le Plan national de lutte contre le cancer annonçait, début 2008, l'instauration d'un programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus pour les femmes âgées de 25 à 64 ans. A l'heure actuelle, seul le dépistage 'opportuniste/individuel' est de rigueur.

D'après le rapport KCE (2007), en Belgique, 59 % des femmes âgées de 25 à 64 ans bénéficient du dépistage 'opportuniste/individuel'. Par ailleurs, le taux de dépistage chez beaucoup de femmes est excessif (un frottis par an) et engendre un important surcoût pour la collectivité.

Notons l'existence récente de vaccins qui protègent contre certains types de papillomavirus humain (HPV), responsables d'environ 70 % des cancers du col utérin. Ces vaccinations sont recommandées aux adolescentes et aux jeunes femmes âgées de moins de 26 ans et ce avant les premiers contacts sexuels, c'est-à-dire avant le risque d'être infectée par le HPV. Mais le dépistage par frottis reste indispensable pour ces jeunes femmes puisque le vaccin ne couvre pas tous les types de papillomavirus humains.

Dans le cadre de la préparation à la mise en place d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, la Direction Générale de la santé, sollicitée par le Cabinet de la Ministre Laanan, nous demande de réaliser un tour d'horizon des pratiques de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus déjà mises en place dans d'autres pays européens et/ou anglo-saxons.

Ce dossier technique devrait ainsi permettre de comparer les pratiques de dépistage, d'identifier les démarches positives et d'émettre des recommandations.

¹ L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, C. Feulien et S. Roussel.

2° Méthodologie

Pour rédiger ce dossier technique, une recherche sur les bases de données Eric, Psycinfo, ScienceDirect, PubMed et CAIRN a été réalisée. Les mots-clés étaient identiques pour chacune des bases de données : « cancer du col de l'utérus », « cancer du col utérin », « dépistage cancer utérus », « programme de prévention cancer utérus », « programme de vaccination », « cervical cancer prevention », « cervical cancer », « cancer screening cervical program ».

A partir de ces mots-clés, une vingtaine d'articles pertinents ont été sélectionnés. Cependant, après une première analyse, il fut constaté que très peu de ces articles abordaient en tant que telle l'évaluation d'un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Une recherche complémentaire a donc été effectuée sur les sites officiels de promotion de la santé de France, de Suisse, du Canada et d'Angleterre. Nous y avons trouvé les programmes officiels les plus récents avec leur évaluation.

Enfin, dans un souci de clarté, il a été décidé que ce dossier technique consacré aux pratiques de dépistage du cancer du col utérin serait divisé en deux parties : une première partie (10 références bibliographiques ont été retenues) qui a pour objectif principal de fournir un aperçu général des pratiques de dépistage du cancer du col principalement à l'échelle européenne et anglo-saxonne (Doumont et Deccache, 2011)² et une seconde partie (14 références bibliographiques ont été retenues) dans laquelle la situation des pays suivants est investiguée de manière plus approfondie : la France, la Suisse, le Canada, les Pays-Bas et l'Angleterre.

3° Situation de dépistage en France

En France, le cancer du col de l'utérus se place en dixième position en terme de fréquence des cancers féminins avec un nombre estimé de cas s'élevant approximativement à 3 068 cas en 2005. Si l'on considère le taux d'incidence standardisé à l'échelle mondiale, il occupe alors la neuvième position : taux d'incidence estimé à 7,1 pour 100 000 femmes ((Belot et al., 2008), cités par la HAS (2010)).

En France, les pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus, fondées sur la conférence de consensus de Lille (1990) et sur les recommandations de l'ANAES 2002 et 2004, sont encore essentiellement de type individuel/spontané. Rappelons que l'ANAES recommande un dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) auprès des femmes âgées de 25 à 65 ans, une fois tous les trois ans, ceci après la réalisation de deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle.

Enfin, 17,5 millions de femmes âgées de 25 à 65 ans sont concernées par le dépistage du cancer du col utérin et plus de six millions de frottis cervico-utérins sont réalisés chaque année en France (HAS, 2010).

S'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de programme national de dépistage du cancer du col, plusieurs départements ont toutefois mis en place des expérimentations locales de dépistage organisé pour ce type de cancer : le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, le Doubs, la Martinique et l'Isère. D'autres initiatives, à l'échelle infra-départementale, ont vu le jour dans les régions marseillaise et lyonnaise et ont ciblé une population de femmes en situation médico-sociale précaire. En 2009, seuls l'Isère, le Bas et le Haut-Rhin ainsi que la Martinique bénéficiaient encore d'un programme de dépistage organisé. Six projets d'expérimentations de stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus ont démarré en 2010 (départements du Cher, de l'Indre-et-Loire, du Val-de-Marne, région Auvergne et enfin la Réunion).

² Ce dossier est téléchargeable sur le site du RESO, à l'adresse suivante : <http://www.uclouvain.be/reso-dossiers.html>.

En 2010, la Haute Autorité de santé, sollicitée par le Direction générale de la santé, a réalisé un état des lieux des pratiques et stratégies de dépistage du cancer du col : dépistage organisé, dépistage opportuniste/individuel, dépistage organisé ciblé. Cette évaluation avait pour but de répondre notamment aux questions suivantes :

- Quel est l'état des pratiques de dépistage en France ?
- Quel bilan des expériences françaises de dépistage organisé ?
- Quelle efficacité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel en termes de santé publique et quel niveau d'efficience ?
- Quelle(s) stratégie(s) pour augmenter l'efficacité et l'efficience du dépistage ?
- Quel impact attendu de la vaccination d'une organisation du dépistage en France ?

Etat des pratiques de dépistage en France

D'après la HAS (2010), sur la période couvrant 2006 à 2008, dans le régime général en France (hors sections locales mutualistes), le taux de couverture du frottis cervico-utérin triennal est estimé à 56,6 % pour une population de femmes âgées de 25 à 65 ans. Toutefois, ce taux bien que stable depuis six ans (57%) ne prend en compte que les FCU réalisés dans le secteur libéral. Les enquêtes déclaratives quant à elles font état, pour cette même tranche d'âge, d'un taux de couverture global pour le France métropolitaine proche de 80 à 85 %. Le rapport d'évaluation précise qu'une trop faible proportion de femmes (7,9 %) respecte scrupuleusement l'intervalle recommandé, à savoir trois ans, avant de réaliser un nouveau frottis. D'autres (40,6 %) par contre bénéficient « *d'un suivi trop rapproché*³ » alors qu'une partie de la population cible (51,6 %) « *échappent totalement au dépistage*⁴ ». Les auteurs du rapport d'évaluation concluent que les « *volumes de frottis cervico-utérins réalisés au niveau national* » correspondraient à un taux de couverture de près de 90 % si toutes les femmes concernées par le dépistage ne réalisaient qu'un seul frottis cervico-utérin triennal. Enfin, le taux de couverture diffère en fonction des tranches d'âge : 60 % pour les 25-49 ans, près de 46 % pour les moins de 25 ans pour ensuite chuter à 42 % pour les 60-64 ans et à 35 % pour les 65-69 ans.

Relevons encore de fortes disparités géographiques dans la pratique des frottis cervico-utérins. Un premier groupe (11 départements dont l'Ouest parisien, le Bas-Rhin, la Haute-Garonne, la Gironde, l'Isère) présente des taux de couverture élevé mais la forte densité de médecins gynécologues et le faible nombre de bénéficiaires CMUc (couverture maladie universelle complémentaire) sont sans doute liés à ce bon taux de couverture. Un second groupe composé d'une trentaine de départements (notamment la Picardie, la Corse du Sud, le Doubs, le Cher, etc.) présente un taux de couverture de dépistage inférieur à 50 % mais la densité des gynécologues y est plus faible et les taux de bénéficiaires de la CMUc sont moyens à élevés. Le troisième groupe, qui comprend les 4 départements d'Outre-mer, témoigne du taux de couverture le plus faible et est caractérisé par une démographie médicale défavorable. Le dernier et quatrième groupe est caractérisé par des départements présentant des valeurs moyennes des indicateurs. La densité des professionnels de santé (gynécologues) et le niveau socio-économique expliquent, selon les auteurs, 40 % de la variabilité des taux de couverture.

³ Rythme entre deux frottis cervico-utérins inférieur à deux ans et demi

⁴ Absence de frottis cervico-utérin en six ans ou rythme supérieur entre deux frottis supérieur à trois et demi.

Bilan des expériences françaises de dépistage organisé

Les programmes expérimentaux de dépistage organisé dans plusieurs départements (cfr supra) ont la particularité de présenter chacun « un profil différent tant du point de vue des modalités organisationnelles que des stratégies mises en œuvre ». En effet, devant l'inexistence au démarrage des programmes d'un cahier des charges national, chaque programme pilote a donc 'initié' son propre mode opératoire : modalités d'invitation, sélection de la population cible, prise en charge, recueil des données, etc. Sur base d'un cahier des charges national réalisé en 2005, deux programmes métropolitains (couvrant trois des quatre départements initiaux) ont dû bénéficier d'une harmonisation en 2010.

Ces programmes ont fait l'objet d'une évaluation réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2007 (Duport et al., 2007) qui soulignait l'importance de « *l'apport de ces organisations en termes de participation et de qualité, notamment par l'atteinte de taux de couverture à 3 ans de 71% dans le Bas-Rhin, programme le plus ancien, ainsi qu'un maintien de la couverture à un niveau élevé après 50 ans (en Alsace et en Isère)* ». Duport et al. (2007) identifient également un meilleur suivi des femmes ayant subi un frotté qui s'est révélé anormal et cette « *amélioration concerne la totalité des patientes dépistées et pas seulement celles qui sont sollicitées par invitation ou relance* ». Enfin, une analyse réalisée à partir d'informations concernant les remboursements du régime général de l'assurance maladie a permis de montrer que les taux de couverture sur trois ans étaient plus élevés pour les trois départements ayant bénéficié d'un programme de dépistage organisé et, après ajustement de l'offre de soins et de la situation socio-économique, une différence statistiquement significative sur les taux de couverture à 5 ans a été observée, « *soit un impact positif en termes de taux de couverture de près de 5 % (différence non significative sur le taux de couverture à trois ans)* » pour les départements où les programmes de dépistage étaient organisés. « *Un impact significatif positif du dépistage organisé a également été mesuré chez les femmes âgées de 50 à 65 ans (+8,5 % de couverture)* ». Toutefois, « *les données disponibles ne permettent pas de conclure quant à l'efficacité des expériences de dépistage organisé en termes de cancers évités et de diminution de mortalité* ».

D'autres expériences ont été menées en régions lyonnaise et marseillaise.

Trois campagnes expérimentales de dépistage organisé du cancer du col ont été mises en place dans les Bouches-du-Rhône en 2001, 2003 et 2005. Ces campagnes ciblaient les populations de femmes en situation de précarité médico-sociale. Toutefois, malgré des réajustements de stratégies (meilleure identification des femmes ne bénéficiant pas de FCU, sites de prélèvement gratuits, adaptation du courrier d'invitation, collaboration avec les relais sociaux, stratégies de relance, etc.) après chacune des campagnes, les résultats en terme de participation sont restés insatisfaisants. Une nouvelle expérimentation est actuellement en cours et concerne le recours à l'auto-prélèvement vaginal cytologique à domicile. Deux tableaux récapitulatifs reprennent les principaux résultats des trois campagnes menées entre 2001 et 2005 ((Piana et al., 2007) in HAS (2010)).

Tableau 51. Récapitulatif des 3 campagnes expérimentales menées dans les Bouches-du-Rhône en 2001, 2003 et 2005			
	Campagne de 2001	Campagne de 2003	Campagne de 2005
Modalité d'invitation	Courrier pour inviter à consulter le médecin traitant pour réaliser un FCU.	Courrier pour réaliser un FCU dans un centre médico-social ou dans un laboratoire d'analyses médicales ou chez le gynécologue.	Invitations envoyées en 7 vagues successives avec relance au 6 ^e mois pour les non-répondantes.
Population invitée	Femmes de 20 à 69 ans affiliées à la sécurité sociale et sans FCU depuis plus de 3 ans.	Femmes de 25 à 69 ans affiliées à la sécurité sociale et sans FCU depuis plus de 2 ans.	Femmes de 25 à 69 ans affiliées à la sécurité sociale et sans FCU depuis plus de 2 ans.
Base utilisée pour la sélection	Fichier de la CPCAM	Fichier de la CPCAM	Fichier de la CPCAM
Caractéristiques de la population invitée	Proportion importante d'origine étrangère et/ou en situation précaire (38,7 à 43,3 %).	Proportion importante d'origine étrangère et/ou en situation précaire.	Proportion importante d'origine étrangère (37,2 %) et/ou en situation précaire (37,3 %).
Lieu d'habitation	Femmes résidant dans les quartiers Nord de Marseille (Girone et 3 ^e arrondissement).	Femmes résidant dans les quartiers nord de Marseille (2 ^e et 3 ^e arrondissement).	Femmes résidant dans le 15 ^e et le 16 ^e arrondissement de Marseille.
Gratuité pour les femmes invitées	Hors les bénéficiaires de la CMU, l'avance des frais des consultations et de l'intervention est à la charge des femmes. Un seul acte de prélèvement était gratuit.	Oui, l'absence du tiers payant des interventions. Avance de frais si le FCU est réalisé par un gynécologue.	Oui, quel que soit le lieu de prélèvement d'abord par la femme seul pour le gynécologue et le gynécologue (avance de frais).
Objectifs de la campagne	- Tester les modalités de recrutement des femmes n'ayant pas fait de FCU depuis plus de 3 ans. - Évaluer l'effet d'une communication auprès des femmes invitées par les travailleurs des centres sociaux et des infirmières et l'efficacité d'une relance d'invitation.	- Tester les modalités de recrutement des femmes n'ayant pas fait de FCU depuis plus de 2 ans. - Évaluer l'effet d'une communication auprès des femmes invitées par les travailleurs des centres sociaux et les infirmières et l'efficacité d'une relance d'invitation.	- Tester les modalités de recrutement des femmes n'ayant pas fait de FCU depuis plus de 2 ans. - Évaluer l'effet d'une communication auprès des femmes invitées par les travailleurs des centres sociaux et les infirmières et l'efficacité d'une relance d'invitation. - Évaluer et améliorer la qualité des prélèvements.
Lieu de prélèvement		Centre médico-social, laboratoire d'analyses médicales, chez le gynécologue.	MCS, gynécologue, centre mutualiste, centre d'examen de santé, centre médico-social, ou laboratoire d'analyses médicales.
Spécificités propres à chaque campagne		Séance de formation aux prélèvements sur mammographie (25 participantes).	Séance de formation aux prélèvements sur mammographie.
Patientes non sélectionnées	- Patientes ayant fait leur FCU dans les hôpitaux publics ou dans les centres médico-sociaux du conseil général. - Patientes n'ayant pas eu de remboursement depuis plus de 2 ans.	- Patientes ayant fait leur FCU dans les hôpitaux publics ou dans les centres médico-sociaux du conseil général. - Patientes n'ayant pas eu de remboursement depuis plus de 2 ans.	- Patientes ayant fait leur FCU dans les hôpitaux publics ou dans les centres médico-sociaux du conseil général. - Patientes n'ayant pas eu de remboursement depuis plus de 2 ans.
Communication auprès des soignants	Information préalable à la campagne diffusée aux MCS, gynécologues, laboratoires d'analyses médicales des arrondissements concernés et infirmières et à tous les laboratoires d'anatomie-cytopathologie de France.		

Tableau 52. Résultats des 3 campagnes expérimentales menées dans les Bouches-du-Rhône en 2001, 2003 et 2005			
	Campagne de 2001	Campagne de 2003	Campagne de 2005
Nombre de femmes invitées	12 001	12 091	10 695 et 12 041 relance
Nombre de femmes ne répondant pas à l'adresse indiquée	1 326	1 490	1 059
Nombre de femmes n'ayant pas répondu	3 884	7 872	13 322
Nombre de refus de participation exprimés	1 049	2 730	2 059
Raisons des refus	78 % avaient déjà eu un FCU dans les 3 dernières années, 16 % n'avaient plus d'adresse.	80 % avaient déjà eu un FCU dans les 2 dernières années.	
Nombre de FCU réalisés	171 (1,42 %)	367 (3,08 %)	953 (dont 571 suite aux invitations et 358 suite à la relance) (5,58 %)
Taux de participation par caractéristique de la population	Les femmes avec CMU participent moins. Le taux de FCU réalisés augmente avec l'âge : 0,74 % avant 30 ans et 2,91 % de 60 à 70 ans.	Le taux de FCU est encore faible. Le taux de FCU réalisés augmente avec l'âge : 1,16 % avant 30 ans et 4,57 % après 60 ans.	Le taux de FCU réalisés augmente avec l'âge : 2,56 % avant 30 ans et 13 % après 60 ans.
Lieux des prélèvements	- Gynécologues (46 %) - Laboratoires d'analyses médicales (38,7 %) - Centripédiers (12,9 %) - Centre médico-social (6,4 %) - Cabinet d'anatomie-cytopathologie (10,6 %)	- Laboratoires d'analyses médicales figurant sur la liste d'invitation (sans avance de frais) - Gynécologues (12,6 %) - CMS (11,6 %) - Autres laboratoires (6,3 %) - Centripédiers (1,5 %) - Cabinets d'anatomie-cytopathologie (1 %)	- La majorité des prélèvements ont été réalisés dans les sites sans avance de frais. - Centre mutualiste (32 %) - Deux laboratoires d'analyses médicales mentionnés sur la liste d'invitation (17,7 %) - Gynécologues libéraux (10,7 %) - Laboratoires non mentionnés sur la liste d'invitation (9,2 %) - CMS (6,6 %) - Centripédiers (1,2 %) - Centre d'examen de santé (0,3 %)
Qualité des prélèvements	- 81,3 % des prélèvements étaient satisfaisants (30,2 % des FCU réalisées chez le gynécologue étaient satisfaisantes contre 69,6 % chez les centripédiers). - Les autres FCU (18,7 %) ont été classées comme « évaluation limitée ».	- 81,4% des prélèvements étaient satisfaisants. - Les FCU satisfaisantes ont été réalisées chez le gynécologue (84,1 %) et dans un CMS (83,5 %) (sans chez les centripédiers). - 17,9 % ont été classées comme « évaluation limitée ». - 0,7 % des FCU sont non-interprétables.	- 80,6% des prélèvements étaient satisfaisants. - Les prélèvements satisfaisants ont été réalisés chez les gynécologues libéraux (87 %), dans les CMS (83,5 %) et chez les laboratoires d'analyses médicales ayant un médecin préleveur (85,4 %).
Nombre d'anomalies détectées	5 (2,92 %)	10 (2,62 %)	24 (2,59 %)
Type d'anomalies détectées	- 2 anomalies glandulaires de signalisation indéterminées - 1 anomalie malignité de signalisation indéterminée - 1 néoplasie intra-épithéliale de haut grade - 1 carcinome	- 6 ASC-US - 4 néoplasies intra-épithéliales de bas grade	- 14 ASC-US - 3 néoplasies intra-épithéliales de bas grade - 5 néoplasies intra-épithéliales de haut grade

Enfin, en ce qui concerne le programme de dépistage organisé en région Lyonnaise mis en place entre 1993 et 1996 et qui s'adressait aux femmes âgées de 25 à 65 ans invitées par lettres personnalisées et sensibilisées par une campagne de communication et des professionnels de santé, seul un taux brut de participation s'élevant à 12,3 % était observé.

Les auteurs du rapport HAS (2010) concluent qu'en dépit de procédures d'invitation élaborées, « *les résultats sont restés très modestes en termes de participation au dépistage. Ces tentatives illustrent la difficulté à mobiliser certaines catégories de la population* ».

Ces différentes expériences de dépistage, confrontées à une revue de littérature, ont toutefois permis d'identifier un certain nombre de freins liés au dépistage : freins liés à la participation et freins liés à l'offre en matière de prélèvement.

En ce qui concerne les freins liés à la participation, les auteurs distinguent :

- les freins liés à patiente (freins sociodémographiques et comportementaux, freins socio-économiques, freins liés aux représentations, freins en lien avec d'anciennes expériences de dépistage, etc.).
- les freins liés à l'accessibilité en matière de soins et l'offre de soins (démographie médicale, coût, accessibilité géographique, etc.)
- les freins liés à l'examen de dépistage et l'organisation de celui-ci (sphère publique, sphère privée, difficulté de cibler la population, etc.)

Ces freins sont largement documentés dans le rapport réalisé par la HAS (2010), pp. 144-150, téléchargeable à l'adresse suivante : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/argumentaire_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf.

D'autres études, notamment provenant de l'enquête FADO (Duport et al. (2007) & (2008a), cités par Doumont (2011)) se sont intéressées aux facteurs d'adhésion liés au dépistage organisé de cancers féminins. Brièvement, en voici les principales interprétations :

« *En résumé, le principal facteur associé à une pratique plus fréquente d'un des deux dépistages (cancer du sein ou cancer du col) est le fait d'avoir déjà réalisé récemment un de ces deux dépistages, ceci indépendamment d'autres facteurs identifiés dans la tranche d'âge 50-65 ans commune aux deux types de dépistage. Les auteurs évoquent également « l'existence d'un état d'esprit vis-à-vis du dépistage » (op. cit. pp. 311). Les facteurs liés au dépistage du cancer du sein concernent aussi l'accès et le recours aux soins ; quant aux facteurs liés au dépistage du cancer du col de l'utérus, ils sont à la fois d'ordre socioéconomique et en rapport avec l'accès et le recours aux soins. Cette association entre la pratique d'un dépistage féminin et le recours et l'accessibilité aux soins (plus particulièrement aux médecins) a souvent été étudiée (Moatti et al. (1994) ; Duport et al. (2006) ; Meissner et al. (2007) ; etc. cités par Duport et al. (2008a)) et le rôle majeur du médecin traitant a toujours été démontré dans l'augmentation de la pratique d'examen de dépistages des cancers mais également dans l'amélioration de niveau de connaissances des patientes* ». (in Doumont, 2011).

En **conclusion**, si pour les auteurs du rapport HAS (2010), les résultats des campagnes organisées restent assez contrastés, il n'en demeure par moins que « *l'organisation du dépistage dans les sites expérimentaux améliore les taux de couverture de la population, en particulier, de façon significative, les taux de couverture à cinq ans sur l'ensemble de la population cible ainsi que ceux des femmes des tranches d'âge les plus élevées. Elle permet d'obtenir des pratiques de dépistage satisfaisantes du point de vue des indicateurs de qualité à des échelles territoriales départementales ou régionales. Les programmes expérimentaux de dépistage ont montré dans l'ensemble qu'ils permettraient également d'améliorer le suivi des FCU anormaux et que, dans le cadre de tels programmes, les médecins généralistes pouvaient être mobilisés pour la pratique du FCU même si des obstacles subsistent* ».

Efficacité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel en termes de santé publique

En Europe, certains pays ont mis en place un programme national de dépistage organisé alors que d'autres pays ont initié un dépistage organisé à l'échelle régionale. Dès lors, les taux de couverture diffèrent d'un pays à l'autre, voire même au sein d'un même pays.

Cependant, les résultats obtenus permettent de dire que le dépistage organisé du cancer du col offre de meilleurs résultats que le dépistage individuel : taux de couverture plus élevé, meilleure efficacité en terme de cancers évités. Toutefois, si les auteurs du rapport HAS (2010) soulignent l'importance d'une « organisation », ils précisent que celle-ci ne « *peut à elle seule garantir un niveau de couverture élevé et doit impérativement s'accompagner de la mise en place d'une assurance qualité. Des recommandations récentes et détaillées sont disponibles au niveau européen en matière d'assurance qualité des programmes de dépistage du cancer du col et de contrôle de qualité de ces derniers à toutes les étapes de leur réalisation. L'organisation du dépistage contribue à la mise en œuvre de ces démarches qualités* ».

La HAS fournit l'exemple de la **Suède** qui est l'un des trois pays Européens présentant actuellement un taux de couverture de plus de 80 % alors que seulement 31 % des frottis étaient réalisés en 1988 dans le cadre de dépistage organisé (in Blomberg et al. (2008), cités par HAS, 2010). Pour la HAS, la plus-value d'un dépistage organisé dépend bien entendu de ses qualités propres mais également du contexte local dans lequel s'inscrit le programme de dépistage et de la situation du dépistage individuel au sein du pays. Les femmes suédoises sont invitées par courrier, de manière tout à fait régulière, à se faire dépister gratuitement : tous les trois ans pour les femmes âgées de 23 à 50 ans et tous les cinq ans pour les femmes âgées de 51 à 60 ans. Cependant, un certain nombre d'entre elles continuent à préférer le dépistage individuel au dépistage organisé.

Pour les auteurs du rapport HAS (2010), c'est la comparaison des évolutions observées dans différents pays nordiques qui permet de conclure à l'intérêt des programmes de dépistage organisé. Ils citent notamment une étude cas témoin réalisée en **Finlande** fin des années nonante qui démontrait que l'efficacité du dépistage organisé était deux fois plus élevée en ce qui concerne les cancers du col évités que le dépistage individuel. Cependant, ils précisent qu'un certain nombre de femmes avaient bénéficié des deux formules de dépistage. (Nieminen et al., 1999 ; cités par HAS, 2010). Au **Danemark**, Lynge et al. (2006) ont permis de mettre en évidence une baisse des taux d'incidence significativement supérieure dans les comtés danois où un dépistage organisé était mis en place et ce, dès le début de l'opérationnalisation de celui-ci. Toutefois, le taux de mortalité n'a pas été modifié. Enfin, en **Norvège**, une baisse de l'incidence a été observée dès la mise en place, en 1995, d'un programme de dépistage organisé alors qu'auparavant le dépistage de type individuel trouvait sa place. (in Nygard JF., et al. (2002) ; cités par HAS (2010)).

Ces observations et résultats plaident donc en faveur de pratique de dépistage organisé.

Stratégies permettant d'augmenter l'efficacité et l'efficience du dépistage

Différentes stratégies incitatives peuvent être envisagées pour améliorer et développer les pratiques de dépistage.

Des **activités de communication et d'information** doivent être organisées, voire renforcées (campagne radiodiffusée rappelant l'importance de la prévention et du dépistage, outils d'information à l'attention des populations cibles mais également à disposition des professionnels de santé, etc.). En effet, le cancer du col de l'utérus et surtout les pratiques de dépistage restent insuffisamment connus du grand public. Un effort particulier doit être réalisé à l'attention des populations socialement défavorisées.

Si différents **systèmes d'invitation** ont été identifiés en Europe (Institut National du Cancer (2007), cités par HAS (2010)) : le système d'invitation systématique, le système d'invitation avec relance et le système de rappel, il semblerait pour les auteurs du rapport HAS (2010) que le système d'invitation avec relance soit le plus adapté à la situation française. En effet, avec ce type d'invitation-relance, seules les femmes appartenant à la population cible et qui n'ont pas bénéficié récemment d'un dépistage du cancer du col de l'utérus (il s'agit de femmes pour lesquelles l'assurance maladie n'a pas octroyé un remboursement d'acte lié à un frottis sur une période de trois ans) reçoivent une lettre d'invitation personnelle. Ce système présente non seulement un avantage financier indéniable

(intégration progressive des patientes permettant ainsi une meilleure répartition des coûts dans le temps) mais il s'appuie sur le dépistage individuel déjà en cours et évite ainsi les doublons !

Pour les auteurs (HAS, 2010), l'offre de prélèvements étant insuffisante et les femmes ne bénéficiant pas de suivi gynécologique étant insuffisamment dépistées, il est indispensable d'**encourager les médecins généralistes** à la réalisation de ce dépistage par frottis. Il serait également opportun de **s'appuyer** sur d'**autres professionnels de santé** pour la réalisation de ces prélèvements, notamment les sages-femmes mais également des professionnels de santé de proximité (laboratoire d'analyse médicale, infirmier(ère)s, laboratoire d'anatomo-pathologie, etc.).

Une **stratégie d'invitation combinée** (dépistage cancer du sein – dépistage cancer du col) pourrait également être initiée quand on sait qu'un des facteurs associés à la réalisation d'un des deux tests de dépistage (cancer sein ou cancer du col) est le fait d'avoir réalisé assez récemment l'autre test de dépistage (étude FADO, cfr supra page 6).

Enfin, la réalisation d'**auto-prélèvements** pourrait pallier au faible taux de participation des populations les plus réfractaires au dépistage ou n'y accédant que très difficilement.

Impact attendu de la vaccination d'une organisation du dépistage en France

Pour les auteurs HAS (2010), la littérature fondée exclusivement sur de modélisations, souligne que la vaccination combinée à un dépistage organisé permettrait d'une part « *de limiter, voire de prévenir l'augmentation du nombre de lésions précancéreuses diagnostiquées* » et d'autre part « *de réduire l'incidence du cancer du col et la mortalité due à ce cancer au-delà de l'effet propre de chaque intervention mise en œuvre isolément* ». Cependant, ils précisent que « *les conséquences de la vaccination sur le dépistage ne sont pas connues en pratique avant que les premières cohortes de jeunes filles vaccinées atteignent l'âge de pouvoir bénéficier de ce dépistage, et ce, d'autant que les taux de couverture vaccinale dans les tranches d'âges visées restent encore faibles* ».

Ils attirent également notre attention sur le fait que les taux d'incidence et de mortalité pourraient à nouveau augmenter si, du simple fait de la vaccination, le recours aux pratiques de dépistage diminuait.

Enfin, le rapport HAS (2010) propose une synthèse de recommandations dans une perspective

- d'amélioration de l'état de santé de la population,
- de diminution des inégalités de santé,
- de rationalisation des moyens mis en œuvre,
- d'amélioration des pratiques médicales.

Ces recommandations proposées en annexe 1, s'organisent autour de 4 axes différents :

- les modalités et acteurs du dépistage,
- la qualité du dépistage,
- le renforcement du dispositif actuel par une organisation de dépistage,
- l'adaptation aux spécificités territoriales et des populations.

4° Situation de dépistage en Suisse

Selon Petignat et al. (2006), en Suisse, environ 100 femmes décèdent chaque année d'un cancer du col utérin et deux tiers d'entre elles sont âgées de plus de 65 ans. L'incidence est de 7,2 pour 100 000 femmes (taux standardisé sur la population européenne). Toutefois, le pronostic semble assez favorable puisque le taux de survie à cinq ans est supérieur à 70 %. Les auteurs nous rappellent également que le cancer du col se présente sous forme de lésions précancéreuses et asymptomatiques pendant un certain nombre d'années avant de voir survenir un développement plus invasif. La plupart du temps d'ailleurs, ces lésions régressent spontanément et seul un petit nombre de lésions risque de se développer en cancer invasif.

Le test de Papanicolaou (Pap test) ou frottis conventionnel est la technique de dépistage la plus utilisée et cela même si elle présente certaines limites liées notamment à un taux de couverture insuffisant et à la présence de faux négatifs. La sensibilité du Pap test est très variable, « *elle se situe entre 20 à 87 % avec une spécificité de 86 à 100%* ». (Nanda et al., 2000, cités par les auteurs). Afin de pallier au manque de sensibilité, il semblerait que les pratiques actuelles visent la réalisation plus fréquente de frottis alors qu'il serait sans doute souhaitable de privilégier une amélioration de la qualité du test plutôt que la multiplication/répétition d'examen *« imparfaits »*.

Le frottis ou cytologie en milieu liquide est une autre technique de dépistage qui témoigne d'une plus grande sensibilité que le frottis conventionnel et qui permet également de réaliser plusieurs analyses consécutives sur le même échantillon (notamment recherche d'HPV). Toutefois, l'Office fédéral des assurances sociales a décidé, dès 2003, de ne plus rembourser ce test (manque de preuve suffisante de sa supériorité par rapport au Pap test); décision qui toutefois risque d'accroître encore davantage les inégalités de santé !

Enfin, le test de dépistage HPV démontre une meilleure sensibilité que le frottis cytologique dans le cadre du dépistage de lésions pré-invasives et de cancers invasifs. Il a d'ailleurs, selon les auteurs, le potentiel de pouvoir être utilisé comme test de dépistage primaire.

Des directives internationales recommandent après trois dépistages annuels négatifs, la pratique du dépistage tous les trois ans (meilleur rendement coût-efficacité). En Suisse, après la réalisation de deux cytologies normales à une année d'intervalle, les autorités sanitaires recommandent la réalisation d'une cytologie tous les trois ans. Toutefois, les auteurs font remarquer que les pays européens qui ont mis en place un programme de dépistage organisé (comme c'est le cas par exemple pour les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, le Danemark ou la Finlande) ont obtenu de meilleurs résultats en terme d'efficacité et de coût-efficacité par rapport aux formules de dépistages individuels, et cela tout particulièrement en raison d'un taux de participation plus important et de l'existence de contrôles de qualité plus rigoureux.

Pour les auteurs, si le dépistage du cancer du col s'est fortement généralisé, il ne se fait toutefois pas de manière très homogène. En effet, alors que certaines franges de populations sont sur-dépistées, d'autres sont plutôt sous-dépistées. Les recommandations actuelles visent le dépistage cytologique mais comme le signalent Petignat et al. (2006), « *on peut s'attendre à ce que le test HPV fasse partie intégrante du dépistage en remplacement ou en combinaison avec le frottis cytologique* ».

Les objectifs à poursuivre dans les prochaines années (selon Petignat et al.) sont :

** D'optimiser la participation au dépistage en réduisant le «surdépistage» et en augmentant la couverture dans les groupes insuffisamment ou non dépistés.*

** D'évaluer la performance des nouvelles méthodes de dépistage telles que les tests HPV et marqueurs moléculaires.*

** De comprendre les facteurs liés à l'hôte (génétique, HLA) impliqués dans la persistance virale afin de cibler le dépistage vers les groupes réellement à risque.*

** De réévaluer les stratégies et les politiques de dépistage du cancer du col utérin avec l'arrivée du vaccin prophylactique contre les HPV.*

Selon Zwahlen (PNCC 2011-2015)⁵, le dépistage du cancer du col de l'utérus est relativement répandu en Suisse bien qu'il n'existe pas encore de programme structuré. L'examen de dépistage (par frottis/cytologie) est réalisé soit par les gynécologues, soit par les médecins traitants. Ce dépistage, bien que pris en charge par l'assurance maladie, n'est pas assuré dans le cadre d'un programme d'assurance qualité. Il est basé sur les recommandations émises par les sociétés médicales.

L'enquête sur la santé des femmes réalisée en 2007 a notamment permis d'identifier si les femmes avaient bénéficié d'un frottis du col de l'utérus, et, le cas échéant, à quand remontait le dernier frottis. Parmi les femmes de plus de 45 ans, à peu près 90 % des femmes interrogées ont déclaré avoir bénéficié au moins un fois dans leur vie d'un frottis. Parmi les femmes âgées entre 25 et 45 ans, la moitié d'entre elles avaient subi un frottis durant les 12 derniers mois.

L'auteur signale toutefois des disparités, notamment liées à la nationalité, le lieu de résidence ainsi que le niveau d'éducation des femmes. En effet, des différences significatives ont été observées en Suisse francophone où la pratique de frottis est moins fréquente que dans les autres cantons. Les femmes d'origine étrangère et les femmes ayant suivi uniquement la scolarité obligatoire ont témoigné d'un moindre recours au dépistage que les Suissesses ayant réalisé des études supérieures. Ces disparités signifient donc une certaine lacune dans les pratiques et la mise en œuvre du dépistage du cancer du col.

Zwahlen rappelle aussi toute la complexité du système de santé suisse, notamment du fait de compétences cantonales en matière de santé, ce qui « *complique la mise en œuvre coordonnée du dispositif et des programmes de dépistage systématique du cancer au niveau de la population et donc un accès égal avec une qualité identique pour les habitants de la Suisse* ». Le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé par l'intermédiaire des cabinets médicaux qui ne disposent pas d'assurance qualité systématique. De même, s'il semble que l'impact du dépistage sur l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus soit bien documenté en Suisse (registres du cancer), il n'en reste pas moins que les informations concernant la qualité mais surtout la fréquence des examens de suivi et le traitement à des stades précurseurs restent lacunaires. Pour l'auteur, « *la possibilité de combiner un frottis et un examen de détection de l'infection par le VPH doit être considérée comme une occasion de repenser l'approche actuelle et d'adapter les intervalles d'examens en fonction des résultats des tests* ».

Dès lors, une discussion sur la réorganisation du dépistage du cancer du col de l'utérus doit être rapidement envisagée qui tienne compte à la fois des tests de recherche de l'infection par HPV et de l'introduction de la vaccination contre le HPV, avec comme objectif l'introduction de programmes d'assurance qualité atteignant toutes les populations cibles.

⁵ in http://www.nicer-swiss.ch/Editor/files/NKP_2011-2015_F.pdf

5° Situation de dépistage au Canada

Au Canada, le dépistage du cancer du col utérin a toujours été effectué de manière opportuniste. Or, selon les données actuelles et le poids que représente le cancer du col utérin, il est recommandé de mettre en place un dépistage organisé afin d'optimiser la détection des lésions précancéreuses et réduire l'incidence, la morbidité et la mortalité du cancer du col utérin (Walton, Blanchet et Boyes, 1976 ; Canadian Task Force on Cervical Screening Programs, 1982 ; Miller, Anderson, Brisson, Laidlaw, Le Pitre, Malcolmson et al, 1991 ; Santé Canada, 1995 ; Canadian Strategy for Cancer Control, 2002, Parboosingh, Anderson, Clarke, Inhaber, Kaegi, Mills et al., 1989 ; Stuart, Taylor, Bancej, Beaulac, Colgan, Franco, Kropp, Lotocki, Mai, MacLachlin, Onysko et Elwood Martin, 2004 ; Conseil de la Société Canadienne du Cancer, 2006, cités dans GTIRD et RPCCCU, 2009).

D'après la Société Canadienne du cancer (2008), un cancer invasif du col de l'utérus sera diagnostiqué auprès de 1300 canadiennes en 2008 et 380 femmes mourront des suites de ce cancer.

Des données longitudinales issues de pays tels que l'Islande, la Grande-Bretagne ont été analysées. Elles ont permis de voir que l'incidence du cancer du col utérin avait diminué considérablement dans les périodes ayant suivi l'application de programmes organisés de dépistage. Cependant, il se peut que des activités de dépistage spontanées aient été réalisées au même moment et que la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus soit liée à la combinaison de ces deux types de dépistages.

Le tableau 1 repris ci-dessous nous offre une description détaillée des progrès réalisés vers la mise en œuvre des composantes d'un programme organisé de dépistage dans chacune des administrations. Notons toutefois que toutes les composantes essentielles d'un programme organisé n'y sont pas reflétées.

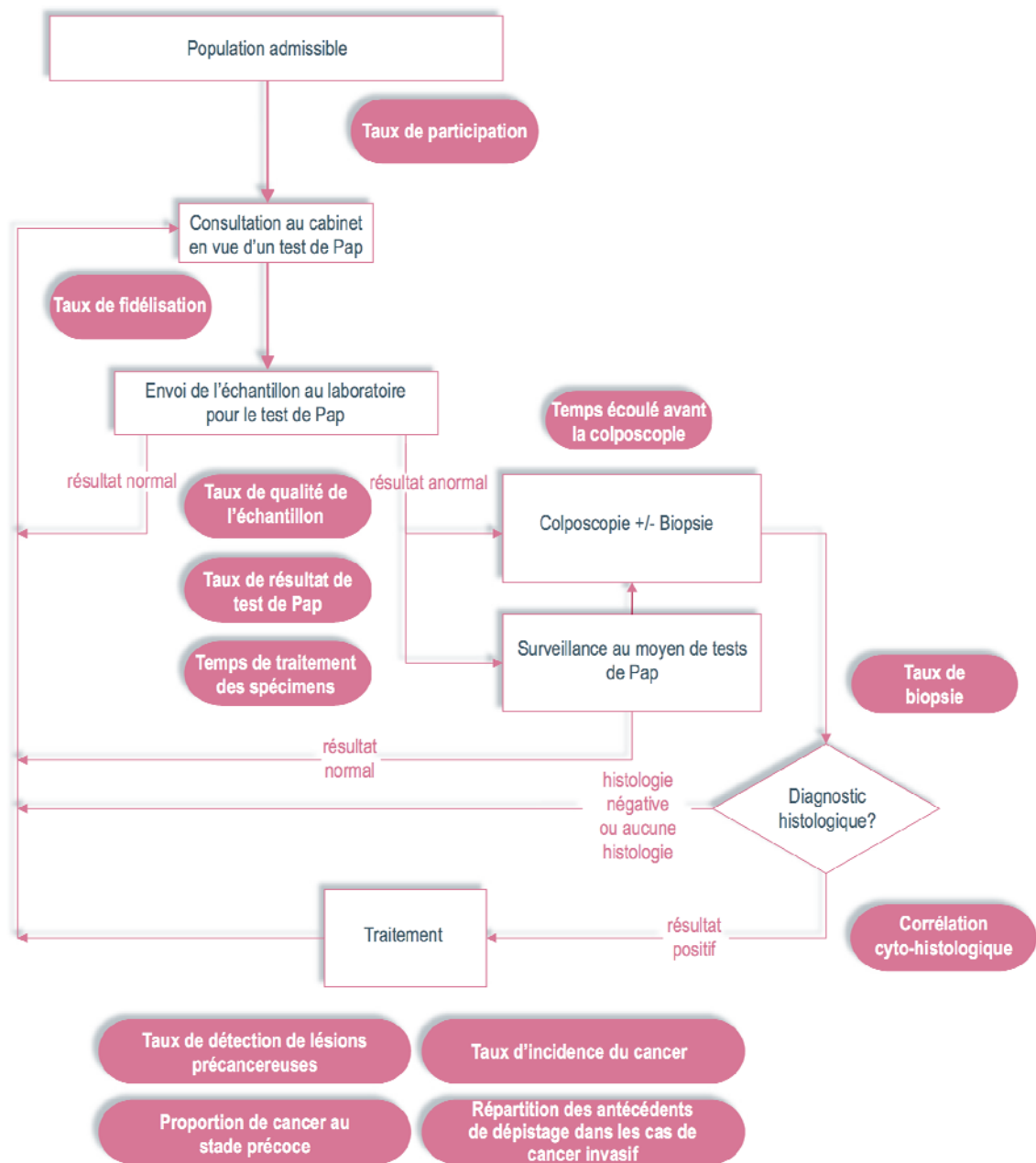
Quant à la figure 1 reprise également ci-dessous, elle nous propose un descriptif du processus de dépistage mis en place par le RPCCCU ainsi que la relation entre les indicateurs de rendements de base sélectionnés.

Tableau 1. Programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada en 2006 (18;23;24)

	Territoire du Yukon	Territoires du Nord Ouest	Territoire du Nunavut	Colombie Britannique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Québec	Nouveau Brunswick	Nouvelle Écosse	Île du Prince Édouard	Terre Neuve et Labrador
Type de programme	S	S	S	PO	PO	O	PO	PO	S	S	PO	S	PO
Année d'entrée en vigueur du programme	-	-	-	1980	2000	2003	1999	2000	-	-	1991	2001	2003
Groupe d'âge cible (années)	18+	Toutes les femmes ^a ou 18+	18-70	Toutes les femmes ^a jusqu'à 69 ans	18-69 ^a	18-69	18-69	20-69 ^a	-	-	Toutes les femmes ^a ou 21-75	20-69	Toutes les femmes ^a
Intervalle de dépistage recommandé	Bisannuel après 3x résultats normaux ^b	Bisannuel après 3x résultats normaux ^b	Bisannuel après 3x résultats normaux ^b	Bisannuel après 3x résultats normaux ^b	Annuel	Triennal après 2x résultats normaux ^b	Bisannuel après 3x résultats normaux ^b	Bisannuel-triennal après 3x résultats normaux ^b	-	-	Bisannuel après 3x résultats normaux ^b	Bisannuel	Annuel
Cytologie conventionnelle (C), cytologie en milieu liquide (LBC) ou les deux (B)	C	LBC	LBC	C	B	C	C	B	C	B	C	C	LBC
Dépistage réflexe du VPH disponible pour les ASCUS (ON)	N	O ^c	O ^c	N	N	N	N	O	O ^c	O ^c	N	N	O ^c
Administration													
Surveillance des tests positifs et suivi approprié				✓	✓	✓	✓				✓		
Système de reppe ^c aux médecins concernant les tests de Pap en retard				✓	✓	✓					✓		✓
Systèmes de TI - Bases de données de programme													
Fondées sur la population aux fins de recrutement						✓							
Cytologie				✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓
Histologie				✓		✓	✓					✓	
Colposcopie				✓	✓	✓	✓				✓		
Assurance de la qualité													
Lignes directrices sur le dépistage fondées sur des données probantes				✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓
Rapport sur le programme en fonction d'indicateurs				✓			✓	✓			✓	✓	
Manuels de formation				✓			✓	✓			✓		✓

S, spontané, O, organisé et PO, partiellement organisé; ^aSi sexuellement active; ^bFemmes qui subissent un dépistage tous les ans pour commencer, et si elles sont à risque élevé, le dépistage annuel se poursuit; ^cDépistage du VPH financé par la province/le territoire ASCUS : cellules malpighiennes atypiques à caractère non déterminé

Figure 1. Processus de dépistage



Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada

En 2007, le groupe de travail sur les indicateurs de rendement en matière de dépistage (GTIRD) a été créé (voir également pages suivantes). L'objectif était d'identifier les indicateurs de rendements de base pour les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus afin de permettre entre autre d'établir des comparaisons entre les 'administrations'. Ces indicateurs ont pour but de promouvoir un dépistage de haute qualité, ce qui entrainera probablement une diminution de l'incidence, de la morbidité et de la mortalité du cancer du col utérin tout en réduisant les risques associés.

Afin d'atteindre ces buts, il est vital que le processus de dépistage du cancer soit bien exécuté. Mais l'élaboration d'indicateurs est également importante pour l'évaluation du programme. En effet, il faut des indicateurs de qualité médicale et des indicateurs d'adaptation du système de santé pour surveiller et évaluer le fonctionnement des principales composantes du processus de dépistage.

Voici la liste d'indicateurs de rendement des programmes :

Indicateurs concernant la couverture :

- Taux de participation : pourcentage de femmes admissibles parmi la population cible (20 à 69 ans) ayant subi au moins un test Pap au cours d'une période de trois ans.
- Taux de fidélisation : pourcentage de femmes admissibles ayant subi un dépistage subséquent dans les trois ans après avoir eu un test Pap négatif au cours d'une période de 12 mois.

Indicateurs de rendement en matière de cytologie :

- Qualité des échantillons : pourcentage de tests Pap qui sont déclarés insatisfaisants au cours d'une période de 12 mois.
- Résultats des tests de dépistage : pourcentage de femmes en fonction du résultat de test Pap le plus grave qu'elles ont reçu au cours d'une période de 12 mois.

Indicateurs de la capacité du système :

- Temps de traitement des spécimens : temps moyen écoulé entre la date de prélèvement de l'échantillon et la date à laquelle le rapport définitif est émis au cours d'une période de 12 mois.
- Temps écoulé avant la colposcopie : pourcentage de femmes ayant eu un test Pap positif (HSIL+/ASC-H) qui ont subi une colposcopie de suivi dans les 3, 6, 9 et 12 mois suivant le test Pap indicateur.

Indicateurs de suivi :

- Taux de biopsie: pourcentage de femmes ayant eu un résultat de dépistage positif (HSIL+/ASC-H) qui ont reçu un diagnostic histologique au cours d'une période de 12 mois.
- Corrélation cyto histologique : proportion de tests Pap positifs ayant été suivis d'une investigation histologique qui a révélé la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer invasif du col utérin au cours d'une période de 12 mois.

Indicateurs de résultats :

- Taux de détection de lésions précancéreuses : nombre de lésions précancéreuses dépistées pour 1 000 femmes ayant subi un test de Pap au cours d'une période de 12 mois.
- Incidence du cancer :
 - Taux d'incidence normalisé selon l'âge (pour 1 000) de carcinome malpighien invasif du col utérin par année.

- Taux d'incidence normalisé selon l'âge (pour 1 000) d'adénocarcinome (+cancer adénosquameux) par année.
- Étendue de la maladie au moment du diagnostic stade du cancer :
- Pourcentage de carcinome malpighien invasif du col utérin $\leq$ stade I au cours d'une période de 12 mois.
 - Pourcentage d'adénocarcinome (+adénosquameux) $\leq$ stade I au cours d'une période de 12 mois.
- Antécédents de dépistage dans les cas de cancer invasif :
- Pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic de carcinome malpighien invasif du col utérin par rapport au temps écoulé depuis le test de Pap antérieur au cours d'une période de 12 mois.
 - Pourcentage de femmes ayant reçu un diagnostic d'adénocarcinome (+adénosquameux) par rapport au temps écoulé depuis le test Pap antérieur au cours d'une période de 12 mois. » (Groupe de travail sur les indicateurs, 2009, pp. 14-27.)

En résumé, l'adoption d'indicateurs normalisés fournira des données de surveillance nécessaire permettant (1) d'élaborer, d'améliorer et d'évaluer des programmes provinciaux et territoriaux de dépistage du cancer du col de l'utérus, (2) de présenter des rapports collectifs périodiques sous la forme d'un rapport de surveillance et/ou par le biais d'Internet, (3) de comparer les 'administrations', (4) d'identifier des secteurs nécessitant une élaboration plus poussée des interventions et des politiques relatives au dépistage du cancer du col utérin et (6) d'élaborer une base de données probantes sur les programmes de dépistage du cancer du col utérin qui permettra d'établir des objectifs pancanadiens et d'évaluer de nouveaux test diagnostiques et de nouvelles interventions .

Selon l'Union internationale contre le cancer (UICC), un programme organisé doit contenir les composantes suivantes :

- Une population cible définie et identifiable,
- Des stratégies permettant d'assurer une couverture élevée, telles que des invitations personnelles indiquant la date, l'heure et le lieu de dépistage,
- Des établissements de soins adéquats permettant l'exécution des tests Pap et des services de laboratoire pour examiner ceux-ci,
- Des programmes de contrôle de la qualité concernant l'exécution et l'interprétation des tests Pap,
- Des établissements de soins à des fins de prestation de services de diagnostic, de traitement et de suivi des femmes auprès de qui une anomalie a été dépistée,
- Un système d'orientation et d'encadrement permettant d'aider les femmes à suivre le processus de dépistage (favoriser un 'lien' entre la patiente, le laboratoire et l'établissement clinique en vue de la réalisation de la prestation, du diagnostic lié à un test anormal et/ou du traitement de toute anomalie ayant été dépistée).

(Hakama, Chamberlain, Day, Miller et Prorok ; Hakam, 1997 cités dans Agence de la santé publique du Canada, GTIRD et RPCCCU, 2009)

Dans une note de synthèse consacrée à la surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada, Onysko (2010) poursuit une réflexion quant à la construction, la pertinence, l'utilité des indicateurs de rendement en matière de dépistage du cancer du col utérin.

L'établissement d'un ensemble pancanadien d'indicateurs de rendement a pour objet de promouvoir un dépistage de haute qualité par le biais de la surveillance et de l'évaluation. Avec le temps, les activités régulières de surveillance et de rapport sur ces indicateurs favoriseront la croissance d'une base de données probantes, qui permettra d'établir des objectifs pancanadiens.

Le contrôle du cancer du col utérin connaît actuellement un développement considérable car les connaissances sur la relation de cause à effet entre le virus du papillome humain (VPH) et le cancer du col utérin continuent de s'accroître. Les activités régulières de surveillance et de rapport sur ces indicateurs faciliteront l'évaluation de l'incidence des nouvelles technologies et interventions.

Les indicateurs de rendement de programme décrits ont été sélectionnés par le Groupe de travail sur les indicateurs de rendement en matière de dépistage (GTIRD) dans le cadre d'un processus itératif axé sur le consensus. On a également sollicité la rétroaction d'experts en contenu à l'échelle du Canada, notamment celle de chercheurs, de cliniciens et d'administrateurs.

Les indicateurs de rendement de programme reflètent les pratiques de dépistage pancanadiennes actuelles, et incluent la couverture (c. à d. les taux de participation et de rétention), le rendement en matière de cytologie (c. à d. la qualité des échantillons et des résultats des tests de Papanicolaou), la capacité des systèmes (c. à d. le temps de traitement des spécimens et le temps écoulé avant la colposcopie), le suivi (c. à d. le taux de biopsie et la corrélation cyto-histologique) et les résultats (c. à d. le taux de détection de lésions précancéreuses, l'incidence du cancer et l'étendue de la maladie au moment du diagnostic : stade du cancer, antécédents de dépistage dans les cas de cancer invasif).

La mise en œuvre continue de programmes d'immunisation contre le VPH aura un effet important sur le cancer du col utérin au Canada. Pour déceler les changements attribuables aux programmes d'immunisation contre le VPH qui surviennent sur les plans du cancer du col utérin et du dépistage du cancer du col utérin, le GTIRD recommande que les indicateurs de rendement de base pertinents soient surveillés par groupes d'âge de 10 ans pour déceler les changements précoces, et le cas échéant en fonction de divers paramètres d'immunisation contre le VPH (p. ex. le type de vaccin, l'immunisation complète/partielle/nulle, le temps écoulé depuis l'immunisation) pour déceler les différences.

Il est difficile de définir des indicateurs de rendement quantifiables compte tenu de toute la gamme d'activités d'un programme organisé de dépistage, et en particulier de l'évolution constante de la documentation, des technologies ainsi que des méthodes utilisées aux fins de dépistage, de diagnostic et de traitement du cancer du col utérin. C'est pourquoi il est prévu d'actualiser cet ensemble d'indicateurs de rendement de base en fonction de l'évolution des lignes directrices pancanadiennes en matière de politique et de gestion concernant le dépistage. Les indicateurs futurs devraient entre autres englober des initiatives de formation des professionnels, des initiatives d'éducation du public, des lettres d'invitation, des initiatives de recrutement, l'efficacité des programmes, des protocoles de dépistage du VPH et l'immunisation contre le VPH.

La mise en œuvre de programmes d'immunisation contre le VPH et l'étude du dépistage du VPH en tant que mesure de dépistage de première ligne nécessiteront le rassemblement d'experts pancanadiens, afin que soient élaborées de nouvelles lignes directrices en matière de politique et de gestion concernant le dépistage du cancer du col utérin. Le GTIRD recommande fortement d'intégrer l'identification d'indicateurs de rendement à l'élaboration des lignes directrices en matière de politique et de gestion concernant le dépistage. Cela fait ressortir le rôle fondamental de la surveillance et de l'évaluation du rendement dans la mise en œuvre des politiques.

6° Situation de dépistage aux Pays-Bas

En 2003, l'incidence du cancer du col de l'utérus et les taux de mortalité aux Pays-Bas ont diminué jusqu'à respectivement 6,2/100.000 et 2,0 /100.000 (taux standardisé européen). Ils sont, d'après Anttila (2009), parmi les plus bas à l'échelle mondiale.

Depuis 1996, toutes les femmes âgées de 30 à 60 sont invitées à réaliser tous les 5 ans, gratuitement, un test de dépistage (Pap). Les invitations se font via le registre de la population. Les frottis sont réalisés soit par des médecins généralistes soit par des médecins assistants en formation.

Des recommandations sont établies à l'attention des médecins généralistes, des gynécologues et des anatomo-pathologistes. Le programme est implémenté à l'échelle régionale et offre une couverture nationale. Le financement de ce programme national est pris en charge par le 'Central earmarked funds'. La coordination est assurée par une instance gouvernementale centrale. Les exigences de certification du programme sont légiférées via un texte de loi sur les programmes de dépistage organisés. Un suivi régulier et une évaluation tant à l'échelle régionale que nationale sont réalisés en continu. Chaque région nomme un coordinateur anatomo-pathologiste qui assure un contrôle d'assurance qualité. Les données utilisées pour le suivi du programme régional proviennent d'une combinaison d'informations émanant d'une part d'organisations qui ont en charge les invitations des femmes et d'autre part de laboratoires régionaux, incluant également des couplages de données de follow-up de patientes enregistrées dans une base de données centralisée d'histo-cytopathologie (PALGA). (Antilla, 2009).

En 2003, 77% des femmes âgées de 30-64 ans ont bénéficié au moins d'un frottis durant les 5 dernières années, alors que le taux de réponse aux invitations de dépistage était de 65%. La majorité des femmes (> 50%) atteintes d'un cancer du col utérin sont celles qui n'ont pas bénéficié d'un examen de dépistage régulier. Notons toutefois que si les taux de couverture parmi les plus jeunes femmes invitées (30-34 ans) se sont sensiblement améliorés immédiatement après 1996, ceux-ci n'ont guère évolué depuis 1999. Enfin, ce qui concerne les femmes plus âgées invitées au dépistage, le taux de couverture reste toujours en augmentation. (Antilla, 2009).

Antilla et al. (2009) soulignent qu'à l'heure actuelle, le test Pap classique est l'outil de dépistage recommandé. Toutefois, ils signalent que de nombreuses recherches se poursuivent tant au niveau des tests de dépistage cytologique en milieu liquide que des tests HPV et des tests HPV auto-administrés. En mars 2008, le Conseil de la santé a validé la mise en œuvre d'un programme de vaccination contre le HPV pour les jeunes filles âgées de 12 ans ainsi qu'une vaccination de rattrapage pour les jeunes filles et ce jusqu'à l'âge de 16 ans.

Enfin, selon Antilla et al. (2009), les modifications de programme orchestrées dès 1996 ont permis d'améliorer considérablement les taux de participation de la population visée par le dépistage. Cependant, au vu des résultats des différentes études en cours (bénéfices d'un dépistage HPV et/ou d'une vaccination HPV), on peut s'attendre à ce que le programme national fasse encore l'objet de modifications futures.

Mais examinons de plus près les conséquences des changements opérés en 1996 aux Pays-Bas.

L'article de Rebolj et al. (2006) nous permet d'une part d'identifier les propositions de mises en œuvre dès 1996 en vue d'améliorer le programme déjà existant et d'autre part de prendre connaissance des résultats liés à ces modifications de programme.

En vue d'assurer une meilleure adhésion des professionnels du secteur concerné, le protocole de dépistage et de suivi a fait l'objet d'un consensus préalable entre les professionnels impliqués dans le dépistage, à savoir : les anatomo-pathologistes, les gynécologues, les médecins généralistes, les responsables des registres régionaux du cancer, les autorités locales et enfin les épidémiologistes du ministère de la santé.

7 propositions de mises en œuvre ont été retenues afin d'améliorer le programme de dépistage - certaines sont déjà évoquées par Antilla et al. (2009) (cfr supra) :

- Coordination centrale et financement national,
- 2^{ème} invitation systématique pour les femmes qui ne répondent pas à la première invitation,
- Suppression du remboursement des autres modes de dépistage peu efficaces au diagnostic non pertinent et aux frais subséquents et inutiles,
- Intervalle entre la réalisation de deux tests portée de 3 à 5 ans pour un plus grand groupe d'âge (30-60 ans à la place de 35-53 ans),
- Amélioration de la spécificité du test Pap (les signes morphocytologiques d'inflammation et/ou la présence de micro-organismes qui auparavant étaient considérés comme 'borderline' sont rejetés dans les cas négatifs),
- Réduction au maximum de suivi des cas 'borderline',
- Depuis 2002, il n'est plus conseillé de refaire un test Pap lorsque le test négatif manque de cellules endo-cervicales.

Une évaluation à 5 ans lors de la mise en œuvre du programme est prévue et les indicateurs de performance du programme concernent notamment la proportion de femmes vues en suivi, la compliance au suivi et la durée de celui-ci, le nombre de frottis annuel réalisé avant et après les changements de 1996.

Les données recueillies proviennent du réseau national et des registres histo et cytopathologiques auxquels tous les laboratoires sont reliés.

Les principaux résultats concernent une :

1. Hausse de la couverture chez les groupes d'âge ajoutés (30-34ans et 54-60ans) et taux identique -80%- dans le groupe d'âge initial (35-53ans),
2. Diminution (de 19 à 3%) du nombre de femmes envoyées pour suivi (examen complémentaire), à cause d'une classification plus restrictive du test Pap2 et d'une absence de suivi (examen supplémentaire) pour frottis négatif sans cellules endo-cervicales,
3. Amélioration de la compliance aux examens complémentaires et diminution du temps moyen pour que la femme refasse le test,
4. Diminution de 20% des frottis, à la suite du changement des recommandations sur la fréquence des dépistages.

Au regard des autres pays européens, le programme national mis en place est jugé efficace pour améliorer le dépistage excessif tout en maintenant un taux de dépistage élevé, ceci principalement grâce - à un système d'enregistrement des femmes qui ont réalisé un frottis très récemment, - au fait que le dépistage réalisé en dehors du dépistage recommandé (attention il n'est pas fait mention de dépistage organisé) n'est plus remboursé, - au fait que les frottis sont effectués en général par les médecins généralistes et que des recommandations précises sur la fréquence ont été formulées.

7° Situation de dépistage en Angleterre

Selon Busch (2000), les femmes âgées de 20 à 64 ans bénéficient tous les 3 à 5 ans d'un dépistage du cancer du col de l'utérus. Un taux de couverture s'élevant à 85% est observé en 2000.

L'auteur nous propose ainsi un descriptif du programme de dépistage mis en place à cette époque.

1. Un système d'invitations et des procédures de rappels en cas de non réponses : les femmes doivent écrire et se justifier si elles ne souhaitent plus recevoir de rappels (idée que se faire dépister, c'est adopter le comportement 'correct'). Les professionnels de santé 'colportent' aussi ce type de discours en établissant une dichotomie entre celles qui font le dépistage (les 'normales') et celles qui ne le font pas (les 'anormales') !
2. Elargissement du groupe cible : on ne cible plus seulement les femmes à risques (définies comme sexuellement actives) comme dans les années '60. Désormais, toutes les femmes de la tranche d'âge concernée peuvent bénéficier du dépistage. On observe également une exacerbation du discours médical sur la nécessité de 'surveiller' son corps de femmes et ceci même en dehors d'un contexte de procréation.
3. Extension de la période de la vie de la femme durant laquelle celle-ci est soumise à des examens médicaux.
4. Hausse de la fréquence des frottis dans de nombreuses régions (avant intervalle tous les 5 ans, désormais intervalle tous les 3 ans).

Cependant, en rendant ces examens 'obligatoires', pour un plus grand nombre de personnes et durant une période plus longue, le programme renforce les inégalités de santé dont sont victimes les femmes.

L'auteur fait également mention d'une étude exploratoire (entretiens semi-directifs et analyse qualitative auprès de 35 femmes qui ont toutes réalisé au moins un frottis) qui analyse les représentations et les perceptions des femmes quant aux pratiques de dépistage.

Avec le système de rappel tel que mis en place, le dépistage du cancer du col est devenu/est ressenti comme un 'devoir' pour certaines. Comment dès lors les femmes négocient, résistent ou internalisent le discours sur le dépistage du cancer du col ?

Succinctement, voici les principaux résultats :

- Faire le dépistage est associé au fait 'd'être une femme' (le faire est naturel ou de l'ordre du respect de son corps ; un sentiment de déviance est associé au fait de ne pas faire de dépistage). Discours internalisé : idée que les femmes doivent vouloir faire ce dépistage.
- Résistances (identifiées selon l'auteur) :
 - o Il n'est pas normal que seules les femmes doivent faire le test (les hommes sont porteurs, ils devraient être circoncis dès la naissance),
 - o Le dépistage n'est pas un acte naturel pour toutes les femmes (les plus jeunes perçoivent les femmes de plus de 65 ans comme non adhérentes : inexistence d'une culture de prévention et/ou le sexe est encore bien souvent un sujet tabou pour celles-ci ; les femmes les plus âgées perçoivent parfois un examen intime préventif comme étrange ; parfois les femmes qui ne réalisent pas un examen de dépistage sont plutôt perçues comme résistantes actives au système (de santé) mis en place plutôt qu'irresponsables). Résistance également parce que le dépistage est identifié comme contraire à la dignité et à la fierté de la femme ; pour certaines, il s'agit d'une violation du droit de la femme à décider 'qui' surveille son corps et ses parties intimes, cela peut parfois être vécu par certaines comme une menace du droit de la femme de décider quand elle est malade et quand elle a besoin d'intervention médicale, une insulte à la capacité des femmes de contrôler leur propre corps.

L'invitation au dépistage formulée plutôt comme une 'obligation' et non comme une 'proposition' est peu appréciée par certaines, que ce soit dans le cadre de la réception d'un courrier ou dans le cadre du discours véhiculé par certains médecins.

- Crainte du cancer du col exprimée de 5 manières :
 - o Internalisation du discours médical : le corps de la femme : un 'site à risque' s'il n'est pas soumis au contrôle,
 - o 3 ans d'intervalle entre les tests : trop long,
 - o Avoir des connaissances dans son entourage qui ont développé un cancer peut être un moteur pour réaliser un test de dépistage par frottis et cela même si elles détestent l'examen proposé.
 - o Crainte également suite à la publication d'erreurs d'interprétation des frottis minimisées par le fait que cela n'a pas lieu dans leur région mais renforce l'idée que tous les 3 ou 5 ans, c'est trop court.
 - o Etc.

Pour Busch (2000), la signification et les objectifs du dépistage de masse devraient être débattus par les féministes et ce, à tous les niveaux. Le frottis et l'organisation du dépistage maintiennent le pouvoir de la médecine sur les femmes. Enfin, toujours selon l'auteur, faire un test de dépistage doit pouvoir rester un choix (éclairé !)

Actuellement (Antilla et al., 2009), le programme national 'NHS Cervical Screening' dépistent annuellement 3,4 millions de femmes en Angleterre. Cependant, le taux de couverture est descendu à 79,2 % au cours des 5 dernières années alors qu'il avait été maintenu à bien plus de 80 % pendant de nombreuses années. Cette diminution du taux de couverture est assez préoccupante, d'autant plus qu'elle concerne plutôt les plus jeunes femmes. Quant au taux de cancer du col utérin, il est passé de 15/100.000 en 1986 à 8,7 pour 100 .000 en 2005.

Le NHS cervical screening a officiellement vu le jour en 1988 lorsqu'une procédure d'invitation et de rappel a été officialisée. Ce programme officiel cible les femmes âgées de 20 à 64 ans en proposant un examen de dépistage tous les 5 ans. Les frottis sont réalisés par les médecins généralistes et, en 1990, un système de rémunération de ceux-ci est mis en place en fonction du taux de couverture obtenu. Tout comme pour les Pays-Bas, un contrôle assurance-qualité accompagne le programme (1994) avec l'aide notamment d'équipes régionales qui 'monitorent' le programme. Des visites régulières sont effectuées avec formulation de recommandations en cas de nécessité et suivi adapté.

Les plus grands changements observés au niveau du programme de dépistage surviennent au cours des 5 dernières années. Le fait pour certaines femmes de devoir 'se projeter' à cinq ans (en termes de pratique de dépistage du cancer du col) ont conduit celles-ci à une multiplication des fréquences de dépistage. Les résultats d'un audit réalisé en 2003 ont alors conduit les autorités sanitaires à proposer un intervalle de trois pour les femmes âgées de 25 à 49 ans et un intervalle de cinq ans pour les femmes âgées de 50 à 64 ans. Les autorités ont également opté pour le test cytologique en milieu liquide.

Le ministère de la Santé a annoncé la mise en place dès septembre 2008 d'un programme de vaccination contre le HPV pour les jeunes filles âgées de 12-13 ans avec l'instauration d'un programme de rattrapage pour les filles jusqu'à l'âge de 18 ans .

En conclusion, si le programme NHS Cervical Screening permet actuellement de sauver quelques 3000 vies chaque année en Angleterre, les années à venir vont toutefois, comme c'est d'ailleurs le cas pour les Pays-Bas, voir un certain nombre de nouveaux défis à relever au niveau du programme de dépistage de cancer du col de l'utérus.

8° Conclusion

Cette seconde partie de revue de littérature consacrée aux pratiques de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus s'est donc principalement intéressée aux cinq pays suivants : la France, la Suisse, le Canada, les Pays-Bas et enfin l'Angleterre.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est bien recommandé dans les cinq pays investigués et le test généralement proposé reste le frottis cervico-utérin (FCU). Parfois même, un test HPV est proposé en complément de l'examen cytologique.

Cependant, comme cela l'avait déjà identifié dans le précédent dossier (1^{ère} partie), il n'est pas toujours aisé de comparer la situation entre ces différents pays (manque d'homogénéité concernant les procédures d'invitation et de rappel, les systèmes d'enregistrement de données, l'intervalle entre la réalisation du test - 3 versus 5 ans, etc.)

De surcroît, les Pays-Bas et l'Angleterre ayant très rapidement mis en place un programme de dépistage à l'échelle nationale ; ils témoignent dès lors d'une plus grande 'expertise' en matière de dépistage du cancer du col utérin.

Cependant, la revue de littérature réalisée tente de démontrer que tous s'accordent sur la nécessité d'encourager et/ou poursuivre les pratiques de dépistage organisé (efficacité, efficience, accessibilité pour les populations plus vulnérables, etc.) à condition que celui-ci soit accompagné d'un processus d'assurance et de contrôle de qualité.

9° Bibliographie

Anttila A., Von Karsa L., Aasma A., Fender M., Patnick J., Rebolj M., Nicula A., Vass L., Valerianova Z., Voti L., Sauvaget C., Ronco G., (2009a), Cervical cancer screening policies and coverage in Europe, in *European Journal of Cancer*, 45, pp. 2649-2658.

Anttila A., Ronco G., (2009b), Working group on the Registration and Monitoring of Cervical Cancer Screening Programmes in the European Union; within the European Network for Information on Cancer (EUNICE), Description of the national situation of cervical cancer screening in the member states of the European Union, in *European Journal of Cancer*, 45, pp. 2685-2708.

Busch J. (2000), 'it's just part of being a woman': cervical screening, the body and femininity, *Social Science & Medecine*, 50, pp. 429-444.

Doumont D., Hoyois Ch., (2011), Identification des freins et des leviers dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer du sein, Série de dossiers techniques, UCL-RESO, Réf. : 11-63, 28 pages.

Doumont D., Deccache C., (2011), Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus : quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons, 1^{ère} partie : Aperçu général de la situation européenne et anglo-saxonne, Série de dossiers technique, UCL-RESO, Réf. : 11-64, 40 pages.

Groupe de travail sur les indicateurs de rendement en matière de dépistage (GTIRD), Réseau de prévention et de contrôle du cancer du col utérin (RPCCCU) Public Health Agency of Canada . (2009). Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada. Canada. En ligne http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/collection_2009/aspc-phac/HP35-11-2009F.pdf, consulté le 16 juin 2011.

Haute Autorité de Santé (HAS), (2010), Recommandations en santé publique, Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Argumentaire, Juillet 2010, 235 pages, in <http://www.has-sante.fr>

Maladies chroniques au Canada, Volume 31, n° 1, décembre 2010 : Note de synthèse – Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada

Nicula F., Anttila A., Neamtiu L., Zakelj M.P., Tachezy R., Chil A., Grece M., Kesic V., (2009), Challenges in starting organised programmes for cervical cancer in the new member states of the European Union, in *European Journal of Cancer*, 45, pp. 2679-2684.

Petignat P., Bouchardy C., Sauthier P., (2006), Dépistage du cancer du col utérin : situation actuelle et perspectives, *Revue médicale Suisse*, La revue de formation continue, n° 3066, 5 pages, in <http://revue.medhyg.ch>

Rebolj M., van Ballegooijen M., Berkers L-M., Habbema D., (2006), Monitoring a national cancer prevention program : successful changes in cervical cancer screening in the Netherlands, *Int J. cancer*, 120, pp. 806-812.

Recommandations Européennes concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus dans l'Union Européenne élaborées par le comité consultatif pour la prévention du cancer après la conférence sur le dépistage et la détection précoce du cancer, à Vienne, 18-19 novembre 1999. in http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_fr.pdf

Registre du cancer, in <http://www.kankerregister.org>

Zwahlen M., Programme National Contre le Cancer, 2011-2015, in in http://www.nicer-swiss.ch/Editor/files/NKP_2011-2015_F.pdf

10° Annexe

Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Juillet 2010

Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de la mesure 16 du Plan Cancer 2009-13. Elles sont destinées au décideur public mais concernent également tous les professionnels de santé et associations de patients/usagers impliqués dans le dépistage et la prise en charge du cancer du col de l'utérus ou sur les questions de prévention et d'accès aux soins.

La prévention du cancer du col de l'utérus comprend : le dépistage, qui permet de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses existantes, et la vaccination, qui vise à éviter l'infection de 2 des virus HPV à l'origine de ce cancer.

La HAS rappelle que la vaccination intervient en complément du dépistage et ne peut en aucun cas s'y substituer (voir avis de la Commission de la Transparence n°4029 et n°5090). Le dépistage demeure indispensable pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non.

Messages clés

La HAS recommande le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

- Le dépistage organisé a fait la preuve de sa supériorité par rapport au dépistage individuel (ou spontané) en termes d'efficacité, d'efficience, ainsi que d'équité et d'égalité d'accès à la prévention.
- Il permet de mettre en œuvre une démarche d'assurance qualité.
- Il peut être évalué (et amélioré).
- Il permet de rationaliser les moyens mis en œuvre : compenser l'augmentation des coûts liés à l'augmentation de la participation par une diminution des gaspillages (actes et interventions inutiles).
- Il continue de s'appuyer sur les acteurs traditionnels : gynécologues médicaux et obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, anatomo-cytopathologistes et biologistes.
- Il vise toutes les femmes de 25 à 65 ans et reste fondé sur 1 frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans.
- Il prévoit des actions complémentaires afin d'augmenter la participation des femmes.

OBJECTIFS

L'existence d'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus depuis de nombreuses années en France constitue un socle essentiel sur lequel il convient de s'appuyer. Toutefois dans la situation actuelle, on constate que plus de 50 % des femmes ne sont pas ou sont trop peu souvent dépistées, qu'environ 40 % des femmes sont dépistées trop fréquemment, 10 % seulement des femmes bénéficiant d'un dépistage dans l'intervalle recommandé.

Ces recommandations ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population (diminution de la morbi-mortalité), de diminuer les inégalités de santé (amélioration de l'accès à la prévention et équité) et de rationaliser les moyens mis en œuvre (limitation du surdépistage et de ses conséquences en termes d'investigations inutiles et potentiellement délétères, mise en œuvre des stratégies les plus efficaces, amélioration des pratiques médicales).

AXE 1. S'APPUYER SUR LES ACTEURS TRADITIONNELS DU DÉPISTAGE, EN PRÉCISER LES MODALITÉS

Acteurs du dépistage

1. Le dépistage doit s'appuyer sur les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens ainsi que sur les médecins généralistes et les sages-femmes.

Leur implication est nécessaire en termes d'information et d'incitation au dépistage.

Test de dépistage et population cible

2. Le dépistage reste fondé sur la réalisation d'un FCU (conventionnel ou en milieu liquide) à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans.

La mise en œuvre du test pour la détection des *papilloma virus* humains (HPV) en dépistage primaire en population générale est actuellement prématurée. Elle n'est susceptible d'intervenir que lorsque les conditions organisationnelles et d'assurance qualité du dépistage nécessaires seront définies et remplies.

Rôle du médecin traitant

3. Pour chacune de ses patientes, le médecin traitant coordonne le dépistage. Il effectue la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé concernés (dans le respect des obligations déontologiques et légales), incite à la participation au dépistage, prescrit un test de dépistage ou réalise lui-même le prélèvement, et s'assure de la bonne prise en charge en cas de test positif.

Prélèvements

4. Les prélèvements sont réalisés par des professionnels spécifiquement formés (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes) et dans des conditions garantissant leur qualité.

Compte tenu de la situation française au regard de la démographie médicale, une augmentation de l'offre qui s'appuie sur les acteurs de proximité, géographique et « relationnelle », du système de soins est nécessaire.

La diversification des professionnels réalisant les prélèvements pourrait concerner les infirmiers (ères) dans le cadre de coopérations entre professionnels.

Des incitations économiques à la réalisation du FCU (conformément aux recommandations de la HAS) peuvent également être envisagées.

AXE 2. AMÉLIORER LA QUALITÉ DU DÉPISTAGE

5. Une démarche d'assurance qualité, concernant toutes les étapes du dépistage et fondée notamment sur les recommandations européennes ainsi que sur les recommandations et référentiels élaborés dans le contexte français, doit être mise en œuvre de manière effective.

Par principe, cette démarche intègre l'évaluation du suivi de cette qualité.

6. La qualité du dépistage repose fortement sur l'engagement de ses acteurs dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles, en particulier des préleveurs (formés aux modalités techniques, à l'information sur le dépistage ainsi qu'à la compréhension des freins à la participation des femmes) et des professionnels interprétant le FCU.
7. Afin d'assurer aux femmes participant au dépistage une équité dans la lecture et l'interprétation des FCU dans des conditions acceptables et équivalentes sur l'ensemble du territoire, un contrôle de qualité interne doit être mis en place dans toutes les structures d'anatomo-cytopathologie.

Il devrait s'accompagner d'un contrôle de qualité externe.

La HAS rappelle qu'en France le système de Bethesda 2001, qui s'applique quelle que soit la technique du FCU, est seul recommandé pour formuler le compte rendu cytologique.

AXE 3. RENFORCER LE DISPOSITIF ACTUEL EN ORGANISANT LE DÉPISTAGE

Renforcer et compléter l'action des acteurs traditionnels du dépistage

8. En lien avec le médecin traitant, l'invitation individuelle des femmes non dépistées et le contrôle du suivi des femmes présentant un résultat positif doivent être confiés aux structures de gestion des deux dépistages actuellement organisés en France (cancer du sein et cancer colo-rectal).

Cette modalité d'organisation a fait la preuve de son efficacité.

Elle nécessite pour ces structures des moyens supplémentaires leur permettant d'assurer ces nouvelles fonctions.

Adapter les circuits et les systèmes d'information

9. L'adaptation des circuits et systèmes d'information du dépistage est indispensable.

Cette adaptation comprend un codage distinct des FCU de dépistage et de ceux réalisés en contrôle (après un FCU positif et/ou après traitement), la constitution des bases de données nécessaires à l'appréciation au plan quantitatif de la pratique de dépistage des femmes et au suivi des femmes dépistées.

Elle permettra de s'assurer de la rationalisation des pratiques des professionnels et, le cas échéant, compte tenu des enjeux financiers pour l'Assurance maladie, d'envisager des mesures permettant de limiter le surdépistage.

10. L'efficacité du dépistage est conditionnée par la transmission des informations relatives à toutes les étapes du dépistage entre l'ensemble des acteurs intervenant dans le dispositif quels que soient leurs lieu et mode d'exercice (prescripteur du test, préleveur, médecin traitant, structure d'anatomo-cytopathologie, caisses d'assurance maladie, structures de gestion, etc.).
11. Une évolution des systèmes d'information des anatomo-cytopathologistes permettant la saisie, l'extraction et la transmission sécurisée de données standardisées est nécessaire.

Évaluer les performances et l'impact du dépistage

12. Une évaluation globale (c'est-à-dire intégrant les dimensions épidémiologiques, économiques et de santé publique) des performances et de l'impact du dépistage doit être réalisée.

Une attention particulière doit être portée à l'appréciation de la capacité du dispositif à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé constatées pour le cancer du col de l'utérus.

AXE 4. S'ADAPTER AUX SPÉCIFICITÉS TERRITORIALES ET DES POPULATIONS

Un dispositif qui vise toutes les femmes de 25 à 65 ans sur l'ensemble du territoire...

13. La mise en place d'une organisation du dépistage uniquement ciblée sur des populations ou des territoires spécifiques n'est pas souhaitable, par rapport à la mise en place d'une organisation visant toutes les femmes de 25 à 65 ans, sur l'ensemble du territoire.

... mais qui prévoit des actions complémentaires

14. Toutefois, des actions de renforcement spécifiques, à destination des femmes actuellement peu voire pas dépistées, doivent être engagées et évaluées : absence d'avance de frais et/ou gratuité des tests de dépistage, repérage systématique des femmes non dépistées, actions coordonnées *via* les acteurs de proximité et les dispositifs existants, actions communautaires et renforcement de l'implication des responsables locaux, actions d'accompagnement des femmes et éducation par les pairs et par les associations de patientes et d'usagers, voire développement de l'autoprélèvement pour les femmes les plus réticentes vis-à-vis du dépistage.

Communication et information des femmes

15. En termes de communication, la HAS recommande que :
 - des messages éducatifs adaptés, en termes de contenu et de support de diffusion, à l'âge, aux caractéristiques socio-économiques et aux différents aspects culturels des populations ciblées soient développés et validés ;
 - ces messages soient diffusés dans des lieux spécifiques, y compris hors champ de la santé, et fréquentés par les femmes, notamment celles ne se soumettant pas régulièrement au dépistage ;
 - la communication soit initiée à un âge précoce via la médecine scolaire et les enseignements relatifs aux sciences de la vie, ainsi que *via* la médecine universitaire.
16. Les courriers d'invitation adressés par les structures de gestion à l'ensemble des femmes non dépistées doivent intégrer une information les incitant à consulter leur médecin traitant ainsi qu'une information relative aux lieux de prélèvements, notamment en accès gratuit ou pratiquant l'absence d'avance de frais.

Les courriers d'invitation au dépistage du cancer du sein, adressés aux femmes de plus de 50 ans, doivent inclure une information les sensibilisant et les invitant au dépistage du cancer du col de l'utérus.

Adapter les modalités du dépistage en Guyane

17. En Guyane, un groupe de travail spécifique doit être mis en place afin de réfléchir à l'adaptation des modalités d'organisation du dépistage : âge de début abaissé, recours au FCU en milieu liquide, proposition systématique de réalisation d'un FCU dans les centres de santé, campagne de formation au FCU destinée aux professionnels de santé exerçant dans ces centres (médecins, sages-femmes, infirmiers et agents de santé), etc.

Un dispositif particulier n'apparaît pas nécessaire pour les autres territoires spécifiques (autres départements d'outre-mer et zones urbaines sensibles).

Perspectives et pistes de recherche

À court terme

- Fiches de bon usage du FCU (professionnels effectuant le prélèvement)
- Bonnes pratiques d'assurance qualité (anatomo-cytopathologistes et biologistes)
- Standardisation et transmission des données d'anatomo-cytopathologie, interopérabilité des systèmes
- Place du test viral en suivi post-thérapeutique
- Place de l'autoprélèvement en dépistage
- Place de la détection de la protéine P16 par immunochimie dans le dépistage
- Identification et suivi de la cohorte des jeunes filles/femmes vaccinées
- Freins au dépistage des professionnels de santé

À moyen terme

- Pratiques de dépistage des femmes vaccinées (études qualitatives)
- Place du test viral en dépistage et modalités de dépistage des femmes vaccinées (test, rythme, etc.)
- Modes de rémunération des pratiques de dépistage et de prévention
- Stratégies d'informations pour les femmes non participantes

Données clés (situation en France en 2010)

- 3 000 nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus et 1 000 décès chaque année
- 17,5 millions de femmes de 25 à 65 ans concernées par ce dépistage
- Plus de 6 millions de frottis cervico-utérins (FCU) réalisés chaque année
- Des coûts médicaux directs de dépistage et de prise en charge du cancer du col de l'utérus de 332 millions d'euros dont 225 millions d'euros pris en charge par l'assurance maladie obligatoire
- Une couverture sous-optimale avec plus de 50 % des femmes pas ou trop peu souvent dépistées, et environ 40 % des femmes dépistées trop fréquemment. Seulement 10 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé.



Ce document présente les points essentiels des recommandations en santé publique
« État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France »
Recommandations en santé publique - juillet 2010

Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr