



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS EN SANTÉ PUBLIQUE

État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France

Synthèse et Recommandations

Juillet 2010

L'argumentaire scientifique de ces recommandations
est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Documentation - Information des publics
2 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 – Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Introduction	4
Contexte de l'évaluation	5
Méthode	6
Synthèse	8
1. Éléments de contexte	8
2. Quelle efficacité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel en termes de santé publique et quel niveau d'efficience ?	10
3. Quel est l'état des pratiques de dépistage en France ?	11
4. Quelle est la situation dans les départements d'outre-mer ?	13
5. Quel bilan des expériences françaises de dépistage organisé ?	15
6. Quelles stratégies pour augmenter l'efficacité et l'efficience du dépistage ?	18
7. Y-a-t-il lieu et peut-on diversifier les lieux de prélèvements des FCU en France ?	21
8. Quel impact attendu de la vaccination sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ?	21
9. Évaluation de l'impact d'une organisation du dépistage en France	23
Recommandations	26
1. S'appuyer sur les acteurs traditionnels du dépistage, en préciser les modalités	27
2. Améliorer la qualité du dépistage	31
3. Renforcer le dispositif actuel en organisant le dépistage	34
4. S'adapter aux spécificités territoriales et des populations	39
Perspectives et pistes de recherche	45
Abréviations	46
Participants	47
Fiche descriptive	52

Introduction

Le cancer invasif du col de l'utérus est une pathologie d'étiologie virale qui met en général plus de 20 ans à se développer, depuis la primo-infection par un papillomavirus oncogène à tropisme génital jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses accompagnant la persistance de l'infection. Compte tenu, notamment, de sa vitesse d'évolution et de l'existence de nombreuses lésions précancéreuses curables ainsi que de tests de dépistage et de diagnostic acceptables par la population et de stratégies de traitement disponibles, le cancer du col de l'utérus est un candidat idéal au dépistage d'après les critères de l'Organisation mondiale de la santé.

En France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est avant tout un dépistage spontané (ou individuel) fondé sur une conférence de consensus de 1990 et sur les recommandations de l'Anaes de 2002 et 2004 (dépistage par frottis cervico-utérin [FCU] chez les femmes de 25 à 65 ans selon un rythme triennal après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle). Quelques départements ont mis en place des initiatives locales de dépistage dit « organisé ».

La Direction générale de la santé (DGS) a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) afin de disposer d'une évaluation en santé publique comparant de façon exhaustive les bénéfices et les risques des différentes stratégies de dépistage du cancer du col envisageables (« organisé », « opportuniste/ individuel », « organisé ciblé ») ainsi que les conditions de leur mise en œuvre. Au vu de la couverture du dépistage, de la situation épidémiologique du cancer du col et du contexte d'apparition des tests de détection des HPV et des vaccins anti-HPV, la question posée par la DGS était : « Quelle est la meilleure stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009 ? » Elle rappelait que les volumes d'examens réalisés estimés à partir des données des caisses d'assurance maladie montrent que si ces FCU étaient effectués dans le cadre des recommandations la couverture de la quasi-totalité de la population cible serait assurée. Enfin, elle précisait qu'une attention particulière devait être portée aux départements d'outre-mer (DOM).

Contexte de l'évaluation

Contexte international et européen

L'OMS en 2002 et le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC/IARC) en 2005 ont indiqué que le dépistage organisé du cancer du col par FCU constituait un dépistage coût-efficace.

En 2003, le conseil de l'Union européenne approuvait la recommandation de dépistage organisé pour 3 cancers : col de l'utérus, sein et côlon. Pour le cancer du col de l'utérus, il recommandait la mise en place de dépistages organisés par FCU tous les 3 à 5 ans pour les femmes à partir de 20 à 30 ans jusqu'à au moins 60 ans. La recommandation européenne soulignait que le dépistage ne devait être proposé que dans le cadre d'un dépistage organisé, ces programmes ayant un impact supérieur au dépistage individuel (atteinte d'un taux de participation supérieur, amélioration de l'équité, probabilité plus élevée de toucher les femmes les plus à risque, mesures d'assurance qualité, etc.). À ce jour, la plupart des pays européens recommandent le dépistage entre les âges de 20 à 25 ans jusqu'à 60-65 ans, qu'il soit organisé ou non. L'intervalle entre 2 tests est généralement de 3 ans, certains pays préconisant un intervalle de 5 ans.

En 2008, ont été publiées au niveau européen des recommandations européennes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Elles rappelaient les principes et points fondamentaux des programmes de dépistage en termes d'assurance qualité mais aussi d'organisation, de suivi et d'évaluation.

Contexte français

En France, en 2010, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Le Plan cancer en 2003 et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ont réactualisé la question du dépistage organisé de ce cancer. L'objectif 26 du Plan cancer visait à « renforcer les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risque ». L'objectif 48 de la loi du 9 août 2004 était de « poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans ».

Enfin, les mesures 14 et 16 du Plan cancer 2009-2013, même si elles ne concernent pas spécifiquement le dépistage du cancer du col de l'utérus, visent respectivement à « lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages » et à « impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire ».

Méthode

Méthode et déroulement des travaux

L'évaluation des actions de santé publique constitue une aide à la décision publique. Les recommandations en santé publique consistent à réunir les arguments permettant de juger de l'opportunité de mettre en place ces actions et d'en préciser les modalités.

Une note de cadrage détaillée a été réalisée par la HAS afin d'évaluer l'intérêt de la question posée et la disponibilité de la littérature, de définir le périmètre de l'étude et le calendrier envisagé, de proposer les axes de réponse aux objectifs poursuivis. Elle a été mise en ligne sur le site de la HAS le 19 mai 2009¹.

La présente évaluation s'est fondée sur une revue systématique de la littérature en santé publique et économique ainsi que sur un état des lieux des pratiques de dépistage en France, des analyses de bases de données et une modélisation. Elle a été discutée au sein d'un groupe de travail pluridisciplinaire, comprenant des professionnels de santé et des représentants d'associations de patients ainsi que d'usagers. Ce groupe de travail s'est réuni à quatre reprises entre juillet 2009 et avril 2010. L'argumentaire et les recommandations de la HAS élaborées à partir des discussions au sein du groupe de travail ont été ensuite soumis à un groupe de lecture pluridisciplinaire qui s'est prononcé sur la qualité de l'argumentaire sur le fond et dans la forme et sur la pertinence et l'applicabilité des recommandations (du 9 mars 2010 au 13 avril 2010).

Objectifs des recommandations

L'objectif de l'évaluation était, à partir de l'analyse des pratiques actuelles de dépistage et de l'analyse de la littérature, de proposer des stratégies, pouvant être différentes selon les populations cibles ou géographiquement, de dépistage du cancer du col de l'utérus en France afin d'augmenter son efficacité et son rapport coût-efficacité (i.e. par une intégration au dépistage des femmes non participantes aujourd'hui) par rapport à la situation actuelle où le dépistage individuel est répandu. L'évaluation comprend des simulations d'impact épidémiologique et économique des stratégies proposées ainsi qu'une analyse des améliorations possibles en matière de qualité du dépistage et de suivi de cette qualité.

1. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_797169/strategies-de-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus-en-france-en-2009.

Ce travail répond aux questions suivantes :

- Quelle efficacité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel en termes de santé publique et quel niveau d'efficience ?
- Quel est l'état des pratiques de dépistage en France ?
- Quelle est la situation dans les départements d'outre-mer ?
- Quel bilan des expériences françaises de dépistage organisé ?
- Quelle(s) stratégie(s) pour augmenter l'efficacité et l'efficience du dépistage ?
- Y a-t-il lieu et peut-on diversifier les lieux de prélèvements des FCU en France ?
- Quel impact attendu de la vaccination sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ?
- Quel impact médico-économique d'une organisation du dépistage en France ?

Ce travail s'inscrit dans le cadre de la mesure 16 du Plan Cancer 2009-13.

Ce travail ne traite pas du suivi post-thérapeutique des lésions précancéreuses (prévention tertiaire) qui fait l'objet d'une évaluation en cours en 2010 à la HAS.

Professionnels concernés

Les recommandations sont destinées à la DGS mais concernent également tous les professionnels ainsi que les associations de patients impliquées dans le dépistage du cancer du col de l'utérus et sa prise en charge. Elles s'adressent également plus largement aux responsables locaux ou intervenants sur les questions de prévention et accès aux soins :

- gynécologues libéraux et hospitaliers ;
- médecins généralistes ;
- sages-femmes ;
- anatomo-cytopathologistes ;
- biologistes ;
- virologues ;
- médecins territoriaux ;
- médecins exerçant en centres de santé, CPEF, PMI, etc. ;
- infirmier(ère)s ;
- travailleurs sociaux ;
- associations de patients ;
- intervenants en santé publique et promotion de la santé ;
- décideurs locaux.

Synthèse

1. Éléments de contexte

Le cancer du col de l'utérus et ses répercussions sur l'individu et la société, importance du problème de santé publique

L'histoire naturelle des néoplasies intra-épithéliales et des carcinomes épidermoïdes du col de l'utérus est désormais bien connue.

La quasi-totalité des cancers du col sont liés à une infection persistante par un ou plusieurs types de papillomavirus oncogènes bien que d'autres facteurs interviennent sans doute dans la carcinogénèse. Les infections à HPV sont extrêmement fréquentes et sont liées à la vie sexuelle. La plupart de ces infections et les lésions épithéliales qu'elles induisent régressent spontanément.

Depuis de nombreuses années, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus sont en nette diminution dans les pays développés. En France, chez la femme, ce cancer est le dixième cancer par sa fréquence (3 068 cas estimés pour l'année 2005) et le quinzième cancer le plus meurtrier avec 1 067 décès estimés pour 2005. La décroissance constatée de l'incidence et de la mortalité a tendance à se ralentir depuis 2000. Il existe des disparités géographiques importantes, en particulier en termes de mortalité entre la France métropolitaine et les DOM.

La prise en charge des lésions précancéreuses, dont le dénombrement fait l'objet d'estimation en absence de recueil systématique, constitue un fardeau important pour la collectivité notamment au plan humain et économique.

Les méthodes de prévention

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est une démarche de prévention secondaire universellement jugée comme efficace et recommandée dans la plupart des pays développés. Il repose sur le FCU (conventionnel ou en milieu liquide). La répétition des FCU permet de compenser le manque de sensibilité d'un seul FCU (de l'ordre de 60 %) et de rendre ce dépistage efficace compte tenu de l'histoire naturelle de cette pathologie marquée par une évolution généralement lente. En France, il est recommandé de réaliser un FCU à partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, tous les 3 ans après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle chez les femmes asymptomatiques ayant ou ayant eu une activité sexuelle.

Outre les diagnostics en excès et leurs conséquences psychologiques et sur la qualité de vie des femmes, les effets indésirables du dépistage concernent principalement les possibles effets secondaires des conisations (interventions réalisées

sur le col utérin à visée diagnostique ou thérapeutique après un FCU positif). Ces actes comportent un risque hémorragique immédiat et un risque d'accouchement prématuré ultérieur.

Le développement de nouvelles techniques, parmi lesquelles figure la recherche des HPV, pourrait contribuer à l'amélioration de la performance du dépistage chez les femmes participantes. En conditions expérimentales, les données récentes montrent qu'en dépistage primaire, le test de dépistage reposant sur la détection de l'ADN HPV a une meilleure sensibilité que le test cytologique mais également une moins bonne spécificité. Utilisé seul, son efficacité pour la détection des lésions précancéreuses a été montrée chez les femmes de plus de 30 ans, mais pas chez les femmes plus jeunes compte tenu de la fréquence de l'infection dans cette population. De ce fait, la recherche des HPV implique la mise en œuvre de stratégies différenciées et modulées selon l'âge et le statut vaccinal des femmes dépistées. Les techniques de prélèvements sont par ailleurs susceptibles d'évoluer.

Les autoprélèvements vaginaux sont actuellement en cours d'étude chez les femmes non participantes au dépistage.

Concernant la prévention primaire, deux vaccins dirigés contre deux génotypes de papillomavirus (types 16 et 18) impliqués dans la genèse des cancers sont commercialisés en France depuis 2006 et 2007. L'impact réel de la vaccination sur le dépistage ne sera pas connu avant au moins une décennie. En France, les caractéristiques des vaccins existants ont conduit les autorités administratives concernées d'une part à recommander en priorité l'organisation du dépistage par FCU ainsi que la promotion de ce dépistage dans la communication des industriels commercialisant les vaccins et, d'autre part, à souligner que la vaccination ne pouvait en aucun cas s'y substituer.

Les méthodes diagnostiques et les traitements

Les conduites à tenir face à un frottis anormal et les modalités de prise en charge des lésions précancéreuses comme des cancers identifiés sont établies et ont fait l'objet de recommandations françaises. Excepté la place du test de détection des HPV en suivi post-thérapeutique des lésions précancéreuses qui reste à préciser, aucune évolution majeure n'est attendue dans ces domaines avant plusieurs années.

Éléments de démographie médicale

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un professionnel de santé pour la réalisation des prélèvements et sur un anatomo-cytopathologiste formé pour en assurer l'interprétation. À ce titre, l'évolution attendue de la démographie de ces professions de santé et les inégalités territoriales et infraterritoriales actuelles doivent conduire à réfléchir à la place des différents acteurs de santé dans le dépistage du cancer du col et les modalités de ce dernier.

2. Quelle efficacité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel en termes de santé publique et quel niveau d'efficience ?

Rappel, caractéristiques d'un dépistage organisé

Dans un dépistage individuel, la population est recrutée lors d'un recours aux soins (hospitalisation, consultation médicale, centre de santé ou de dépistage, médecine du travail).

Dans un cadre organisé, le dépistage est proposé systématiquement à l'ensemble de la population cible. La participation est volontaire. Le dépistage s'inscrit dans une politique dont les stratégies ont été préalablement définies (tranches d'âge, fréquence, procédures) et s'appuie sur une équipe responsable de la gestion du programme.

Un programme de dépistage est caractérisé par la planification et la coordination de l'ensemble des activités qui constituent le processus de dépistage (développement, mise en place, suivi et évaluation de tous les aspects du programme), de l'identification de la population cible au diagnostic de la maladie et au traitement des individus atteints. Quel que soit le thème de santé concerné, un programme de dépistage repose toujours sur :

- une population cible bien définie ;
- une stratégie de recrutement ;
- une gamme de services (dépistage, suivi et traitement) ;
- un système d'assurance qualité ;
- un système d'information ;
- une évaluation.

Dans la littérature, la baisse importante de l'incidence des cancers du col et de la mortalité relative à cette pathologie est attribuée à la mise en place du dépistage cytologique. D'autres facteurs ont pu néanmoins participer à cette évolution favorable (performances diagnostiques, traitements, etc.).

Peu de données de comparaison directe entre la performance du dépistage organisé et du dépistage individuel sont disponibles car la plupart des pays développés ont mis en place d'emblée l'un ou l'autre des modes de dépistage. Les résultats disponibles convergent toutefois en faveur du dépistage organisé. Les gains obtenus dépendent des caractéristiques locales des deux modes de dépistage.

En Europe, certains pays ont mis en place un dépistage organisé national, avec un taux de couverture généralement élevé. D'autres ont organisé le dépistage pour certaines régions du pays seulement. De ce fait, les taux de couverture sont variables

d'un pays à l'autre et, pour certains, au sein même d'un pays. La mise en place d'une organisation ne paraît pas 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 qualité. Toutefois, on constate, en pratique, que certains programmes organisés de dépistage ne respectent pas l'intégralité des recommandations européennes.

Des travaux anciens conduits en Europe du Nord ont montré que les programmes les plus efficaces étaient les programmes organisés par rapport au dépistage individuel. En France, une modélisation récente a mis en évidence qu'un dépistage organisé pratiqué dans les conditions de l'expérimentation de dépistage organisé menée en Alsace se traduisait par un ratio coût-efficacité d'un niveau acceptable.

3. Quel est l'état des pratiques de dépistage en France ?

Taux de couverture, profil des femmes dépistées et rythme du dépistage

Dans le régime général en France (hors sections locales mutualistes), sur la période 2006-2008, le taux de couverture du FCU triennal est estimé à 56,6 % ($\pm 0,3$ %) pour les femmes âgées de 25 à 65 ans d'après les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie. Ce taux est stable autour de 57 % depuis 6 ans. Ces chiffres sous-estiment le taux réel de couverture dans cette population car ils ne prennent en compte que les FCU réalisés dans le secteur libéral. Les taux de couverture des ressortissants des autres régimes n'ont pas été déterminés.

Les enquêtes déclaratives disponibles font état d'un taux de couverture global en France métropolitaine nettement plus élevé dans la tranche d'âge 25-65 ans (de 80 à 85 %).

Une faible proportion de femmes respecte strictement l'intervalle recommandé de 3 ans entre 2 FCU (après 2 FCU initiaux négatifs). Certaines femmes bénéficient d'un suivi trop rapproché tandis que d'autres échappent totalement au dépistage. Sur une période de 6 ans, à partir des données de l'EGB, la proportion de femmes bénéficiant d'un dépistage à un rythme sous-optimal (absence de FCU en 6 ans ou rythme entre 2 FCU supérieur à 3 ans et demi) a été estimée à 51,6 % de la population des 25-65 ans, celle des femmes en situation de surdépistage (rythme entre 2 FCU inférieur à 2 ans et demi) à 40,6 %. Enfin, la proportion de femmes pour lesquelles l'intervalle recommandé de 3 ans entre 2 FCU est strictement respecté a été estimée à 7,9 % de la population des 25-65 ans.

Les volumes de FCU réalisés au niveau national correspondraient à une couverture du dépistage de près de 90 % si toutes les femmes concernées ne faisaient qu'un seul FCU de dépistage tous les 3 ans.

Le taux de couverture varie avec l'âge des femmes. De 45,7 % avant 25 ans, il atteint un plateau autour de 60 % entre 25 et 49 ans puis chute très rapidement à partir de 50 ans (jusqu'à 42 % chez les 60-64 ans et 35 % chez les 65-69 ans).

Les deux facteurs identifiés dans l'EGB comme étant les principaux déterminants de la participation au dépistage sont le suivi par un gynécologue (facteur favorisant) et le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) (facteur défavorisant). Les femmes suivies par les gynécologues font des FCU en moyenne tous les 21 mois.

Disparités géographiques

Il existe de fortes inégalités territoriales dans la pratique des FCU en France. Une typologie des départements (en fonction de certaines de leurs caractéristiques socio-économiques et démographiques) a pu être établie en termes de taux de couverture.

- Un premier groupe est composé de 11 départements présentant des taux de couverture élevés. La densité de gynécologues y est élevée, les bénéficiaires de la CMUc sont peu nombreux. Il s'agit principalement des départements alpins (dont Isère), de l'Ouest parisien, du Bas-Rhin, de la Haute-Garonne et de la Gironde.
- Le deuxième groupe comprend une trentaine de départements avec un taux de couverture du dépistage inférieur à 50 %. La densité de gynécologues y est faible, les taux de bénéficiaires de la CMUc sont moyens à élevés. Il s'agit notamment de plusieurs départements du nord de la France, et de la Picardie, de la Corse du Sud, du Doubs, du Cher, ou de l'Orne.
- Le troisième groupe comprend les 4 départements d'outre-mer, avec une couverture de dépistage parmi les plus faibles. Ils sont caractérisés par une démographie médicale défavorable. La proportion de personnes bénéficiant de la CMUc est très élevée, la densité de gynécologues est inférieure à la moyenne nationale.
- Le quatrième groupe comprend les départements caractérisés par des valeurs moyennes des indicateurs.

On notera que près de 40 % de la variabilité entre les départements est expliquée par la densité de gynécologues et le niveau socio-économique.

Par ailleurs, on observe pour la plupart des départements français une relation inverse entre la fréquence des hospitalisations pour cancer du col de l'utérus et le taux de couverture de la population par le dépistage.

Pratiques d'assurance qualité

Quel que soit le thème de santé, un programme de dépistage repose toujours sur un système d'assurance qualité. La qualité constitue la dimension principale du dépistage dans la mesure où celui-ci s'adresse à des populations non malades, qu'il présente des risques associés (notamment en termes d'interventions inutiles) et qu'il repose sur un financement collectif.

En dehors du cadre spécifique des départements bénéficiant de campagnes organisées et d'initiatives prises localement, il existe vraisemblablement un déficit en matière d'assurance qualité en France à toutes les étapes du dépistage du cancer du col de l'utérus, en particulier formation des préleveurs, interprétation des FCU, réception des prélèvements, rendu des conclusions et suivi.

Ce déficit en matière d'assurance qualité du dépistage individuel ne garantit pas une prise en charge équivalente entre les femmes participant au dépistage et pose la question de l'absence d'équité entre les femmes participantes.

4. Quelle est la situation dans les départements d'outre-mer ?

Les départements d'outre-mer se caractérisent par des taux de couverture du dépistage très inférieurs à ceux de la France métropolitaine (écart d'environ 10 %). On observe dans les 4 DOM une conjonction entre une offre de soins gynécologiques inférieure à la moyenne nationale et une proportion plus importante de populations en situation sociale défavorisée. Les freins à la participation des femmes au dépistage se cumulent également.

Île de La Réunion

La Réunion est un département qui se caractérise par une densité médicale défavorable, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes, et une densité relativement plus satisfaisante pour les infirmiers et les sages-femmes. Il existe néanmoins des disparités communales fortes, la densité des professionnels étant globalement plus faible dans les micro-régions Est et Sud de l'île.

Il existe une implication importante des professionnels de santé sur certaines questions de santé publique et dans le dépistage du cancer du col en particulier. Toutes les institutions ou organisations professionnelles de l'île sont mobilisées pour améliorer la pratique du dépistage qui reste comme dans les autres DOM à un niveau inférieur à celui constaté en France métropolitaine.

La situation épidémiologique locale ainsi que les représentations et comportements vis-à-vis de ce cancer ont été étudiés.

L'union régionale des médecins de la Réunion a réalisé en 2008 une campagne de presse régionale et nationale pour rappeler à la population (vaccinée ou non contre certains génotypes d'HPV) l'importance de se faire dépister par FCU.

Selon les experts locaux, l'implication des sages-femmes est indispensable et la mobilisation des infirmiers libéraux, qui, dans certaines zones géographiques, sont plus proches des femmes en particulier les plus âgées, pourrait constituer un important relais dans l'incitation au dépistage.

Le département a été retenu dans le cadre des nouvelles expérimentations de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Martinique

L'offre de soins en Martinique est inégalement répartie sur le territoire et une partie de la population (femmes de plus de 50 ans, du nord de l'île, etc.) y accède difficilement.

La Martinique dispose d'un programme de dépistage organisé du cancer du col depuis 1991 en parallèle au dépistage individuel. Mais le bénéfice de ce programme, notamment en termes d'amélioration de la couverture du dépistage par rapport aux autres départements d'outre-mer, reste particulièrement difficile à appréhender en raison de systèmes d'information non homogènes. Toutefois, l'étude des tendances chronologiques révèle une baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus depuis 1990.

Très peu d'informations concrètes sont disponibles mais l'évaluation conduite par l'InVS en 2007 montre que sur tous les critères retenus les résultats du dépistage organisé en Martinique sont très inférieurs à ceux obtenus dans les 3 autres départements bénéficiant d'un dépistage organisé. Les taux de détection sont eux très supérieurs, d'un facteur 5 pour les lésions invasives et 10 pour les lésions de haut grade.

Guadeloupe

La Guadeloupe se caractérise par une forte incidence du cancer du col de l'utérus, alors que la situation y est plus favorable pour d'autres cancers (seins, ovaires, corps de l'utérus) par rapport à la France métropolitaine. La démographie médicale y est particulièrement déficitaire, du moins en dehors des villes principales.

La Guadeloupe se distingue par une activité du secteur public (PMI, hôpitaux) relativement forte dans le domaine de la prévention des cancers du col. La faible mobilisation des professionnels libéraux gynécologues et médecins généralistes s'explique par les contraintes matérielles et de temps liées à l'acte de prélèvement et l'absence d'incitation économique à le réaliser.

Il existe une structure associative en charge de l'organisation des dépistages de cancers du sein et colorectaux qui souhaiterait pouvoir développer également la prévention du cancer du col de l'utérus mais les réalisations concrètes restent pour le moment limitées dans ce département.

Guyane

En Guyane, compte tenu d'une offre de soins très déficitaire, de difficultés d'accès au système de santé constatées pour une partie de la population, de spécificités géographiques, épidémiologiques vis-à-vis du VIH et culturelles, une adaptation de la stratégie de dépistage aux spécificités locales paraît indispensable en termes de population cible (abaissement de l'âge de début du dépistage), de communication et de modalités d'accès au dépistage, etc.

Pour les femmes de plus de 50 ans, une combinaison des dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pourrait être envisagée. Par ailleurs, une formation et une généralisation du FCU par le personnel des centres de santé permettraient d'étendre ce dépistage.

Un contrôle de qualité interne a été mis en place dans le service d'anatomocytopathologie (ACP) du centre hospitalier Andrée-Rosemon de Cayenne ainsi qu'un contrôle de qualité externe.

L'implication des médecins guyanais « en général », le maillage du territoire par des professionnels de santé en proximité avec la population (en particulier centres de santé) ainsi que les relations entretenues entre la structure de gestion des 2 dépistages organisés (AGDOC) et les médecins coordonnateurs des centres de santé qui partagent réflexions et expériences constituent des éléments favorables.

5. Quel bilan des expériences françaises de dépistage organisé ?

Depuis le début des années 1990, plusieurs expérimentations locales de dépistage organisé ont été menées. Cinq départements ont mis en place un dispositif : l'Isère, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, le Doubs et la Martinique. En marge de ces programmes départementaux, d'autres expérimentations (ponctuelles et ciblées) à l'échelle infradépartementale ont eu lieu à Marseille et dans 3 communes de l'agglomération lyonnaise.

En 2009, seuls l'Isère, le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Martinique bénéficiaient encore d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Six projets d'expérimentations de stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus (1 région et 5 départements) vont débuter en 2010.

Les programmes départementaux de dépistage organisé

Les 3 programmes expérimentaux (couvrant 4 départements) de dépistage organisé existants présentaient tous un profil différent tant du point de vue des modalités organisationnelles que des stratégies mises en œuvre. Conformément au cahier des charges national du dépistage du cancer du col de l'utérus, les 2 programmes métropolitains (couvrant 3 départements) seront harmonisés dès 2010.

Ces programmes ont fait l'objet d'une évaluation externe par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2007. Les principales conclusions soulignaient 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). On observe un meilleur suivi des femmes après un FCU anormal, et cette amélioration concerne la totalité des patientes dépistées, et pas seulement celles qui sont sollicitées par invitation ou relance.

Une analyse a été conduite à partir des données de remboursement du régime général de l'Assurance maladie (EGB). Elle montre que les taux de couverture sur 3 ans étaient dans l'ensemble plus élevés pour les 3 départements métropolitains qui bénéficient d'un programme de dépistage organisé. Après ajustement sur l'offre de soins (nombre de gynécologues) et le niveau socio-économique (taux de bénéficiaires de la CMUc), il a été observé une différence statistiquement significative sur le taux de couverture à 5 ans soit un impact positif en termes de taux de couverture de près de 5 % (différence non significative sur le taux de couverture à 3 ans) pour les départements en dépistage organisé. Un impact significatif positif du dépistage organisé a également été mesuré chez les femmes âgées de 50 à 65 ans (+ 8,5 % de couverture).

Les analyses conduites à partir de l'EGB mettent en évidence l'impact des relances à 3 ans et les bénéfices des programmes en termes de couverture du dépistage sur l'ensemble de la population cible ainsi que pour des sous-populations. Dans tous les cas, les limites du système d'information conduisent à interpréter les résultats avec précaution.

Les résultats en termes d'analyse cytologique sont évaluables en routine dans les programmes organisés de dépistage français.

Enfin, 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 la mortalité. En Alsace, les données du registre du cancer du Bas-Rhin révèlent cependant une progression significative du ratio entre CIN3 et cancers invasifs depuis le début du programme.

Les autres expériences de dépistage organisé en France

Des expériences ont été conduites à un niveau local dans la région marseillaise et dans la région lyonnaise. Les expériences successives des Bouches-du-Rhône entre 2001 et 2005 ont ciblé une population de femmes en situation défavorisée sur le plan médico-social. En dépit de l'utilisation de systèmes d'invitation élaborés, les résultats sont restés très modestes en termes de participation au dépistage. Ces tentatives illustrent la difficulté à mobiliser certaines catégories de la population. Elles ont permis d'identifier différents freins au dépistage dans ces populations. Une expérience fondée sur le recours aux autoprélèvements est actuellement en cours.

Les nouvelles campagnes envisagées

La Direction générale de la santé et l'Institut national du cancer ont lancé en 2009 un appel à candidature pour l'expérimentation de stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus. Au total, 6 projets ont été retenus. Ils concernent la région Auvergne, les départements du Cher, de l'Indre-et-Loire, du Maine-et-Loire, du Val-de-Marne et de la Réunion. Ces projets diffèrent tant dans la diversité des populations prises en compte que dans la variabilité des approches proposées.

Quel rapport coût-efficacité pour ces expériences ?

L'efficience des campagnes organisées françaises n'a pas été évaluée.

Une modélisation du rapport coût-efficacité de l'organisation du dépistage a été publiée en 2007. Elle reposait sur le modèle d'organisation complétant le dépistage individuel par l'invitation des femmes non participantes et un enregistrement des données permettant le suivi des femmes avec FCU anormaux (expérimentation de dépistage organisé alsacienne). Selon cette étude, l'organisation du dépistage présente, par rapport à la situation actuelle, un rapport coût/efficacité de 22 700 € par année de vie supplémentaire sauvée (totalité des coûts médicaux et actualisation des coûts et des bénéfices de 3 %). Ce ratio est considéré comme acceptable au regard des prises en charge actuellement financées dans le système de santé pour sauver une année de vie.

En conclusion

En France, les résultats des campagnes organisées restent assez contrastés.

Toutefois, 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 5 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 organisé ont montré dans l'ensemble qu'ils permettaient 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. Enfin, le recueil des données par les structures de gestion permet une évaluation en routine de la couverture du dépistage, des lésions dépistées et de sa qualité sur un territoire.

Si les résultats obtenus par le dépistage organisé en France sont satisfaisants, ils demeurent sans doute perfectibles et dépendent largement des processus d'assurance qualité vraisemblablement incomplètement mis en place.

Enfin, aucune évaluation de l'efficacité de ces programmes n'a été réalisée.

6. Quelles stratégies pour augmenter l'efficacité et l'efficacité du dépistage ?

Les freins liés à la participation

Les trois principaux freins à la participation au dépistage sont :

- les freins liés à la patiente (freins sociodémographiques et comportementaux, freins socio-économiques, freins liés à l'information, freins en rapport avec les expériences passées de prévention ou avec l'examen lui-même, freins psychologiques et liés aux représentations des femmes se reflétant dans leur rapport à la santé et à la maladie, freins à l'information et à l'accès aux soins pour les femmes en situation de handicap) ;
- les freins liés à l'accès aux soins et aux professionnels de santé [démographie médicale, coûts, accessibilité physique, accessibilité/proximité géographique (zones économiquement défavorisées, milieu rural)] ;
- les freins liés à l'examen de dépistage lui-même et à l'organisation du dépistage (sphère publique/sphère privée, difficultés à cibler les femmes, manque d'adaptation du dépistage aux particularités de sous-populations cibles).

Les freins à la participation au dépistage liés à la patiente sont nombreux et interviennent souvent simultanément. Ils sont d'autant plus difficiles à lever quand les femmes se trouvent isolées culturellement et géographiquement.

Si les facteurs principaux de la participation au dépistage résident dans l'accès aux soins et les facteurs socio-économiques, le fait d'être incité au dépistage par un professionnel avec lequel une relation de confiance a déjà été établie est un facteur essentiel. La place des gynécologues et des médecins généralistes dans le dépistage des cancers féminins est en ce sens déterminante.

Selon les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, les femmes n'adoptent pas le même comportement face au dépistage et à la prévention.

Le niveau d'éducation, l'âge, le fait d'avoir un emploi, le fait d'être en situation de handicap, les conditions d'accès à un médecin, le lieu d'habitation, le statut matrimonial et la situation familiale, sont autant de facteurs importants dans l'adhésion ou la non-adhésion à un comportement de dépistage, et plus largement à la prévention dans son ensemble. Il peut également exister des difficultés de repérage dans le système de soins, des barrières culturelles ou linguistiques, qui constituent des obstacles à la compréhension des messages de prévention ainsi qu'à celle de leur finalité. Enfin, les obstacles au dépistage dépendent également des choix personnels de chaque femme et il peut exister un décalage entre messages de prévention et modes de vie, la santé pouvant ne pas constituer une priorité pour certaines femmes.

D'une manière plus générale, les données de l'enquête barométrique de l'Institut national du cancer (INCa) de janvier 2009 font état d'un niveau de connaissance insuffisant des femmes par rapport au dépistage par FCU.

Les freins liés à l'offre en matière de prélèvement

En termes quantitatifs, les éléments de démographie relatifs aux gynécologues, en particulier médicaux, indiquent que leurs effectifs sont en constante diminution. Compte tenu de l'activité annuelle moyenne de réalisation des FCU par les gynécologues médicaux (entre 800 et 1 000 FCU par an), pour assurer une couverture suffisante, plus de 3 gynécologues pour 10 000 femmes de 25 à 65 ans sont nécessaires. En France, ce seuil n'est pas atteint pour au moins 19 départements (soit 11,6 % de la population cible du dépistage).

L'implication pratique des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du col est fortement déterminée par l'inadéquation au plan local des besoins et de l'offre de soins en gynécologie.

Les conditions actuelles d'exercice ne facilitent pas la réalisation d'actes comme le FCU en cabinet de médecine générale. Des besoins de formation technique existent pour une fraction non négligeable des médecins généralistes. Les questions de temps, de rémunération et dans une moindre mesure de formation constituent des obstacles qui conduisent de plus en plus de médecins à déléguer l'exécution des FCU à d'autres professionnels de santé (laboratoires de biologie médicale en particulier).

Néanmoins, la féminisation en cours de la profession constitue un facteur favorable à l'augmentation de la pratique des FCU par les médecins généralistes.

Dans le dépistage du cancer du col de l'utérus, le rôle et la place du médecin traitant aux différentes phases de diagnostic, de prise en charge, de suivi et de prévention nécessitent aujourd'hui d'être définis. Sa place s'oriente, d'une pratique gynécologique habituelle, vers un rôle plus centré sur la coordination entre professionnels de santé et à visée préventive. Dans ce contexte, un soutien au plan organisationnel (structures d'appui, maisons de santé, systèmes d'information, etc.) et des incitations financières pourraient être envisagés afin de faciliter cette transition.

Quelles stratégies incitatives peuvent être mobilisées pour développer le dépistage ?

Parmi les actions possibles pour améliorer le dépistage, plusieurs stratégies d'invitation ont été identifiées en Europe: le système d'invitation systématique, le système d'invitation avec relance et le système de rappel. Les systèmes d'invitation avec relance paraissent les plus adaptés à la situation française.

L'offre de prélèvements est insuffisante et les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique sont insuffisamment dépistées. Il paraît nécessaire d'encourager les médecins généralistes à réaliser ce prélèvement mais également à s'appuyer sur les sages-femmes et de prévoir des solutions alternatives par le biais de professionnels de santé de proximité (laboratoires de biologie médicale, cabinets d'anatomocytopathologie, infirmier(ère)s, etc.).

Le cancer du col et son dépistage sont insuffisamment connus du grand public. Une communication doit viser à améliorer cette situation : information de groupes cibles via la médecine scolaire et universitaire (en particulier adolescentes et jeunes femmes), information via les médecins traitants et la médecine du travail ainsi que les pharmaciens, information grand public, etc.

Le recours insuffisant au FCU dans la population bénéficiant de la CMUc incite à développer une stratégie spécifique vis-à-vis des publics en situation de précarité. Celle-ci doit être réfléchiée avec les intervenants sociaux et médicaux au contact de ces publics.

Les autoprélèvements, réalisés ou non au cabinet du médecin traitant, constituent une modalité qui pourrait permettre d'atteindre les femmes les plus réticentes vis-à-vis du dépistage ou y accédant difficilement. La facilité et la faisabilité du geste ont été établies. Plusieurs expériences sont en cours d'évaluation en France.

Les agences régionales de santé ont un rôle central en termes de rééquilibrage de l'offre de soins au niveau des territoires et en termes de communication et d'information ainsi que de développement ou soutien aux stratégies innovantes.

7. Y-a-t-il lieu et peut-on diversifier les lieux de prélèvements des FCU en France ?

En France, la pratique du FCU reste encore aujourd'hui très largement le fait des médecins gynécologues. Compte tenu de la situation française au regard de la démographie médicale, il paraît nécessaire de diversifier les lieux de réalisation des FCU, en se basant sur les structures, en particulier médico-sociales (PMI, CEPF, CDAG, CIDDIST, etc.), et professions existantes.

Le renforcement de l'implication des médecins généralistes dans l'incitation des femmes à se faire dépister, dans la prescription ou le cas échéant la réalisation du test de dépistage, le suivi en cas de positivité du test ainsi que dans la coordination des prises en charge est par ailleurs une question centrale.

L'implication des sages-femmes dans la sensibilisation des femmes à la prévention et plus particulièrement au dépistage du cancer du col de l'utérus doit être renforcée, le suivi de grossesse et post-accouchement constituant des périodes favorables à cette sensibilisation. Depuis 2009, l'exercice de la profession de sage-femme comporte la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention (réalisation des FCU), sous réserve que la femme soit adressée à un médecin en cas de situation pathologique.

La diversification des lieux de réalisation des FCU pourrait concerner l'ensemble des laboratoires de biologie médicale ainsi que les cabinets d'anatomo-cytopathologie.

À l'instar d'un certain nombre de pays européens (Finlande, Irlande, Royaume-Uni, Suède), la réalisation des FCU pourrait également reposer sur les infirmier(ère)s exerçant dans des structures telles que des maisons de santé pluridisciplinaires.

8. Quel impact attendu de la vaccination sur le dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Impact attendu sur la participation

Les effets induits par la vaccination, potentiellement susceptibles d'avoir un impact négatif sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, ont été largement précisés :

- diminution de l'utilisation du préservatif, le vaccin pouvant être perçu comme une protection contre toutes les maladies sexuellement transmissibles ;
- diminution du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus alors qu'au minimum, 30 % des cancers du col de l'utérus sont liés à d'autres types d'HPV oncogènes que ceux contenus dans les deux vaccins commercialisés ;

- décalage de l'incidence du cancer du col vers un âge plus avancé si un rappel devait s'avérer nécessaire et si certaines femmes négligeaient d'y recourir ;
- risque de voir augmenter le nombre de cancers du col de l'utérus dus à des types d'HPV oncogènes autres que 16 et 18.

Dans tous les avis relatifs aux vaccins, les institutions concernées insistent sur la nécessité de l'organisation et la mise en place, sur l'ensemble du territoire, du dépistage par FCU des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus (prévention secondaire).

L'impact de la communication grand public des firmes productrices de vaccins en termes d'amélioration du niveau de connaissance de la population sur le cancer du col de l'utérus, ses causes et son dépistage, est peu documenté.

Enfin, on ne dispose pas aujourd'hui de suffisamment de recul pour savoir quelles vont être les conséquences de la vaccination sur le recours au dépistage. La vaccination intervenant près de 10 ans avant l'âge du début de ce dernier cet impact ne pourra pas être mesuré avant de nombreuses années et ce, d'autant que les taux de couverture vaccinale dans les tranches d'âge visées restent encore faibles.

Impact attendu sur l'efficience globale de la prévention

La littérature, fondée exclusivement sur des modélisations, indique que la vaccination, combinée à un dépistage organisé, permettrait :

- de limiter ou de prévenir l'augmentation du nombre de lésions précancéreuses diagnostiquées ;
- 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.

D'une manière générale plus les taux de participation au dépistage et à la vaccination sont élevés plus les effets sur la baisse du nombre de cancers et de la mortalité associée sont importants. Mais l'augmentation du taux de couverture du dépistage joue un rôle plus important sur cette baisse que l'augmentation du taux de couverture du vaccin.

En conclusion

Les conséquences de la vaccination sur le dépistage ne seront pas connues en pratique avant que les premières cohortes de jeunes filles vaccinées atteignent l'âge de bénéficier de ce dépistage et ce, d'autant que les taux de couverture vaccinale dans les tranches d'âge visées restent encore faibles. L'incidence et la mortalité des cancers du col pourraient de nouveau augmenter si le recours au dépistage diminuait du fait de la vaccination. Sur ces bases, le suivi régulier des pratiques de dépistage (indicateurs quantitatifs de participation et éléments issus d'enquêtes qualitatives) est

nécessaire. Il devra être adapté au contexte des régions particulières, par exemple en outre-mer.

La plupart des modélisations disponibles suggèrent que l'effet de la vaccination sur la baisse du nombre de cancers et de la mortalité associée vient s'ajouter à celui de la mise en œuvre d'un dépistage organisé, l'augmentation du taux de couverture du dépistage demeurant la variable dont l'effet est le plus important. Aussi est-il nécessaire de développer des actions de communication et de promotion du dépistage.

Les modalités de dépistage des femmes vaccinées (test et périodicité) devront être précisées.

Enfin, les études en cours menées par le Centre national de référence (CNR) des HPV permettront d'obtenir des données pour l'évaluation de la politique vaccinale. Elles permettront aussi de définir les génotypes devant être inclus dans les vaccins de deuxième génération contre les papillomavirus.

9. Évaluation de l'impact d'une organisation du dépistage en France

L'impact d'une organisation du dépistage a été modélisé² en comparant une situation proche de la situation actuelle et une situation de dépistage organisé³, les deux stratégies différant sur trois aspects : une augmentation de la couverture du dépistage, une amélioration de la qualité des prélèvements (diminution du nombre de prélèvements jugés non exploitables), un meilleur suivi des frottis anormaux et un moindre traitement des CIN1. Les éventuels effets d'une organisation liés à l'avance au diagnostic et à une meilleure prise en charge thérapeutique des cas diagnostiqués par rapport à l'absence d'organisation n'ont pas été pris en compte.

La modélisation a consisté à évaluer l'impact d'une organisation nationale du dépistage sur : le nombre de lésions précancéreuses dépistées, l'incidence du cancer du col de l'utérus, la mortalité par cancer du col de l'utérus et le coût du dépistage et de la prise en charge des lésions et des cancers.

2. En lien avec le groupe des économistes de la Commission évaluation économique et santé publique de la HAS, après examen des différentes options envisageables il n'est pas apparu nécessaire, ni souhaitable, de modéliser l'histoire naturelle des infections par le HPV pour évaluer les conséquences d'une amélioration du dépistage en France, un travail de ce type ayant déjà été réalisé par l'INVS, dans le cadre de la réflexion conduite autour de l'introduction de la vaccination. Il est en revanche apparu important de construire un autre type de modèle statique, compartimental, permettant de prendre en compte les données mises à jour lors de l'analyse bibliographique et de simuler les effets d'améliorations du dépistage, en incluant notamment une prise en compte des effets sur la réduction des cancers et des décès et ce, dans une logique de type impact budgétaire (prise en compte exclusive des événements et des coûts à court terme selon une perspective assurance-maladie).

3. Le mode d'organisation retenu correspond au modèle alsacien, i.e. invitation des femmes n'ayant pas bénéficié d'un dépistage au cours des 3 dernières années et suivi des FCU anormaux.

Impact sur l'incidence et la mortalité spécifique

En France, l'incidence du cancer du col de l'utérus est estimée à 3 068 en 2005. L'organisation du dépistage (telle que définie ci-dessus) réduirait l'incidence de 14,2 %, et de 20,3 % pour les stades supérieurs à I puisque les cancers seraient dépistés à des stades plus précoces. Le nombre de décès à 5 ans serait par le même mécanisme réduit de 18,1 %. Au total, 434 cancers et 124 décès seraient ainsi évités.

Impact sur le nombre de lésions précancéreuses dépistées

En tenant compte du taux de couverture et du rythme actuel de dépistage, le volume annuel de frottis est estimé à 5,4 millions. Avec un taux de 3,9 % de FCU avec un résultat cytologique anormal, le nombre de lésions précancéreuses diagnostiquées suite à un frottis est estimé à un peu plus de 24 000, plus de la moitié étant des CIN1. L'organisation du dépistage (couverture augmentée conjuguée à un meilleur suivi des FCU anormaux) conduirait au diagnostic de 31 000 lésions précancéreuses, soit une augmentation de 27,5 %.

Impact sur le coût du dépistage, de la prise en charge des FCU anormaux et du traitement des lésions précancéreuses et des cancers

Les coûts médicaux directs du dépistage du cancer et de la prise en charge de ces lésions ont été estimés pour une situation proche de la situation actuelle en l'absence de données nationales sur les pratiques professionnelles. Dans cette situation, le coût du dépistage (incluant le suivi des frottis anormaux) est estimé à près de 274 millions d'euros, dont 152 millions financés par l'Assurance maladie. En ajoutant le traitement des lésions précancéreuses et des cancers, les coûts médicaux directs sont estimés à 332 millions d'euros par an.

En situation de dépistage organisé (augmentation du taux de couverture du dépistage, amélioration du suivi des frottis anormaux, réduction des prélèvements inexploitable) :

- le coût du dépistage s'élèverait à 300 millions d'euros, soit une augmentation de 9,4 % ;
- le coût du traitement des lésions précancéreuses et des cancers diminuerait d'environ 6,6 %.

Au total, les coûts médicaux directs s'élèveraient à 353 millions, auxquels il faut ajouter le budget de la structure de gestion, soit un total de près de 368,5 millions d'euros. Le coût par cancer évité est alors estimé à 85 000 euros (49 000 € par cancer évité dans la perspective de l'Assurance maladie).

Évaluation de l'impact d'une organisation ciblée du dépistage

Deux stratégies de dépistage ciblé ont également été testées :

- une première situation consistant à limiter l'amélioration du dépistage à une augmentation de la couverture estimée des femmes relevant de la CMUc pour ramener le taux de couverture à un taux comparable à celui des femmes ne bénéficiant pas de la CMUc ;
- une seconde situation consistant à limiter l'amélioration du dépistage à une augmentation de la couverture estimée des femmes de plus de 50 ans pour ramener le taux de couverture à un taux comparable à celui des femmes de moins de 50 ans.

Toutes choses égales par ailleurs, on peut estimer que l'application des deux stratégies ciblées envisagées se traduirait par :

- une augmentation de 3,4 % du nombre de femmes dépistées (n = 370 000 femmes dépistées supplémentaires) et un gain de 3,1 % des cancers dépistés (n = 94 cas) dans le cas d'une stratégie ciblée sur les femmes en situation de précarité ;
- une augmentation de 6,6 % du nombre de femmes dépistées (n = 716 000 femmes dépistées supplémentaires) et un gain de 6,0 % des cancers dépistés (n = 182 cas) dans le cas d'une stratégie ciblée sur les femmes de 50 ans et plus.

La validité des estimations est limitée par divers facteurs d'incertitudes, en particulier relatifs à l'histoire naturelle de la pathologie dans ces populations.

Sur un plan budgétaire, les stratégies ciblées présentent l'avantage de limiter l'impact global de la mise en place d'une organisation en diminuant notablement le nombre de femmes qui bénéficieront du dépistage organisé.

Sur un plan économique, on peut penser qu'en dépit du coût probablement plus élevé de l'organisation nécessaire pour assurer une amélioration du dépistage dans des sous-groupes de femmes particulièrement difficiles à motiver, le ratio coût-efficacité de ces stratégies comparées à l'absence de dépistage organisé ne devrait pas être très différent de celui observé dans le cadre d'un dépistage organisé généralisé compte tenu du poids relativement faible des coûts de structures de gestion par rapport aux coûts entraînés par le dépistage lui-même.

Recommandations

Quelques données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2010

- 17,5 millions de femmes de 25 à 65 ans concernées par ce dépistage.
- Plus de 6 millions de 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 51,6 % des femmes en situation de sous-dépistage et 40,6 % des femmes en situation de surdépistage.

Les présentes recommandations pour l'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus s'inscrivent dans une perspective d'amélioration de l'état de santé de la population (diminution de la morbi-mortalité), de diminution des inégalités de santé (amélioration de l'accès à la prévention et équité) et de rationalisation des 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) et amélioration des pratiques médicales. Elles concernent les axes suivants :

1. les modalités et acteurs du dépistage ;
2. la qualité du dépistage ;
3. le renforcement du dispositif actuel par une organisation du dépistage ;
4. l'adaptation aux spécificités territoriales et des populations.

Chaque axe des recommandations est structuré de la façon suivante :



L'existence d'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus depuis de nombreuses années en France et réalisé principalement par des gynécologues formés pour conseiller la population des femmes, exécuter les FCU recommandés et assurer un suivi spécialisé des cas dépistés, constitue un socle essentiel qu'il n'est pas souhaitable de remettre en cause.

Néanmoins, la HAS constate dans le même temps qu'il existe :

- un pourcentage important de femmes de la population cible en situation de surdépistage ;
- un pourcentage important de femmes de la population cible en situation de sous-dépistage ;
- une évolution de la démographie des gynécologues ne permettant pas d'assurer à eux seuls l'intégralité du dépistage ;
- une répartition inégale de ces professionnels sur l'ensemble du territoire ;
- un accès difficile aux praticiens exerçant en secteur 2 (honoraires libres) pour une part non négligeable de la population et plus particulièrement celle en situation de dépistage à un rythme sous-optimal ;
- des volumes d'examens pris en charge par l'Assurance maladie, qui, si ces FCU étaient effectués dans le cadre des recommandations, permettraient d'assurer la couverture de la quasi-totalité de la population cible.

La HAS considère que l'augmentation du taux de couverture du dépistage a un impact plus important sur la morbidité et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus que l'amélioration de la seule performance du test de dépistage qui ne bénéficierait qu'à la seule population des femmes actuellement dépistées. De fait, les recommandations doivent prioritairement favoriser l'atteinte de cet objectif.

1. S'appuyer sur les acteurs traditionnels du dépistage, en préciser les modalités

Ce premier axe des recommandations vise à clarifier le rôle de chacun des professionnels de santé impliqués dans le dépistage du cancer du col de l'utérus en termes d'information et d'incitation au dépistage (recommandations n^{os} 1 et 3), de synthèse des informations au niveau de chaque patiente (recommandation n^o 3) et en termes de réalisation des prélèvements (recommandation n^o 4). La réussite de la mise en œuvre de la recommandation n^o 3 qui place le médecin traitant au cœur du dispositif (synthèse des informations et assurance d'un suivi en cas de test positif) est fortement conditionnée par la mise en œuvre de la recommandation n^o 10 (axe 3) relative à la transmission d'informations entre les professionnels concernés par le dépistage.

L'axe 1 a également pour objectif de permettre une multiplication et une diversification des effecteurs et des lieux de réalisation des FCU par une implication plus forte des médecins généralistes, en se fondant sur les structures existantes, en proposant la

réalisation des FCU par d'autres professionnels de santé, et en envisageant des incitations économiques à la réalisation du FCU dans les territoires spécifiques (recommandation n° 4).

Enfin, cet axe précise qu'il n'y a pas lieu de remettre en cause la stratégie actuelle de dépistage qui, si elle était strictement respectée, permettrait, à moyens constants, de couvrir la quasi-totalité de la population cible (recommandation n° 2). Cette recommandation est fortement liée à la mise en œuvre des recommandations de l'axe 2 relatif à la qualité du dépistage.

L'essentiel des recommandations (axe 1)

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.
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 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.
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.
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 infirmier(es) 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.

Les recommandations en détail (axe 1)

1. Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'appuie en premier lieu sur les gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens.

Le rôle des médecins généralistes, en particulier dans les territoires où l'offre de soins en gynécologie est défavorable et pour les patientes ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique régulier, est essentiel en termes de sensibilisation et d'incitation des femmes à réaliser le test de dépistage.

Ce dépistage nécessite également une implication forte des sages-femmes dans la sensibilisation des femmes à la prévention en général et au dépistage du cancer du col de l'utérus, la grossesse constituant un moment particulièrement favorable à cette sensibilisation.

2. Il n'y a pas lieu de remettre en cause la stratégie de dépistage actuellement recommandée. Ainsi, la HAS rappelle à l'ensemble des professionnels de santé concernés que le dépistage du cancer du col de l'utérus est fondé sur la réalisation d'un FCU à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans.

La HAS rappelle que le rythme triennal du FCU ne remet pas en cause le bien-fondé d'un examen clinique gynécologique régulier.

Par rapport au FCU conventionnel, la cytologie en milieu liquide n'améliore pas de manière nette les performances du test. Toutefois, elle a pour principal intérêt de réduire le nombre de FCU ininterprétables et permet l'utilisation de méthodes semi-automatisées de préparation des lames, en cours de validation. Elle présente, au plan organisationnel, l'avantage de permettre la réalisation d'un test pour la détection des HPV sur le même prélèvement, à condition que le milieu de conservation des cellules soit compatible avec les trousse de détection. Dans un objectif d'amélioration de la qualité du dépistage, le FCU en milieu liquide peut être recommandé.

Le recours au test pour la détection des HPV en dépistage primaire implique très probablement des stratégies différenciées en termes de populations cibles (en fonction de l'âge des femmes et de leur statut vaccinal) ainsi qu'un système d'assurance qualité du dépistage. Il nécessite également que soient précisées les modalités d'information et de communication auprès des femmes et des professionnels. La HAS a considéré que la mise en œuvre du test HPV en dépistage primaire était prématurée mais pouvait être susceptible d'intervenir à terme lorsque le dépistage tel que préconisé dans la présente recommandation sera effectif, en particulier au plan de la couverture et des mesures d'assurance qualité. Toutefois, l'intérêt du test pour la détection des HPV dans le dispositif actuel pourrait être précisé (suivi post-thérapeutique des lésions précancéreuses, autoprélèvements, etc.).

3. De par ses missions qui comprennent notamment la coordination des soins du patient, la synthèse des informations transmises dans le dossier médical personnel ainsi que les soins de prévention, dont le dépistage, la HAS recommande que le médecin traitant (MT) assure, pour chacune de ses patientes, la coordination du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Cette coordination concerne l'ensemble des phases du dépistage (incitation, test, suivi des résultats et le cas échéant diagnostic et traitement). Elle nécessite, dans le respect des obligations déontologiques et légales, la transmission des résultats des tests de dépistage (en particulier lorsque ceux-ci ont été effectués sans consultation préalable du MT) et de confirmation diagnostique par le professionnel de santé concerné. Ce retour d'information, actuellement peu effectif, constitue une obligation conventionnelle depuis 2005 y compris dans le cadre du dispositif d'accès spécifique à certains spécialistes.

4. En termes de prélèvement, la HAS rappelle que les FCU doivent être réalisés par des professionnels formés spécifiquement, au premier rang desquels les gynécologues, les médecins généralistes ainsi que les sages-femmes, et dans des conditions garantissant leur qualité.

Toutefois, compte tenu de la situation française au regard de la démographie médicale, il paraît nécessaire de multiplier et diversifier les effecteurs et les lieux de réalisation des FCU en s'appuyant sur les acteurs de proximité géographique et « relationnelle », du système de soins :

- en impliquant plus fortement les médecins généralistes par des actions de formation à la réalisation du FCU ainsi qu'à la compréhension des freins à la participation au dépistage et, plus généralement, aux déterminants sociaux de la santé. À court terme, des actions de communication sont également nécessaires pour les sensibiliser à la démarche et les convaincre de s'impliquer davantage dans ce dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- en se fondant sur les structures existantes : laboratoires de biologie médicale et cabinets d'ACP réalisant déjà des FCU, structures de PMI, centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), médecine universitaire, consultations hospitalières ;
- en envisageant la réalisation des FCU dans tous les laboratoires de biologie médicale ainsi que dans les cabinets d'ACP et par des infirmier(ère)s exerçant dans des structures telles que des maisons de santé pluridisciplinaires et/ou dans le cadre de coopérations entre professionnels de santé.

Des incitations économiques à la réalisation du FCU, effectués conformément aux recommandations professionnelles et de la HAS, pourraient être envisagées, en particulier dans les territoires où l'offre de soins en gynécologie est particulièrement défavorable.

2. Améliorer la qualité du dépistage

Ce deuxième axe des recommandations constitue un volet essentiel des recommandations. L'assurance qualité (ou processus continu d'amélioration de la qualité) est fondée sur la mise en œuvre de processus destinés non seulement à éviter les dysfonctionnements mais également à améliorer constamment le dépistage (recommandation n° 5). Une des caractéristiques principales permettant de différencier dépistage organisé et dépistage individuel concerne l'assurance qualité et cet axe est de fait indissociable de l'axe 3 relatif au renforcement du dispositif et à l'organisation du dépistage (amélioration des circuits et systèmes d'information et évaluation).

Les éléments constitutifs de cette démarche qualité concernent toutes les étapes du dépistage : l'information et l'incitation au dépistage (qualité de l'information, recommandation n° 6), le test de dépistage (qualité du prélèvement, recommandation n° 6 et recommandation n° 4 de l'axe 1 relative aux préleveurs), l'interprétation du test (qualité de l'interprétation, recommandations n°s 6 et 7), le rendu des résultats et le suivi (qualité du suivi, recommandation n° 6 ainsi que recommandation n° 3 de l'axe 1 relative au médecin traitant et recommandation n° 10 de l'axe 3 relative à la transmission d'information entre professionnels) ainsi que l'évaluation du système d'assurance qualité et de la qualité du programme de dépistage (recommandation n° 12 de l'axe 3 concernant l'évaluation globale du dispositif).

Enfin, la nécessité d'une amélioration de la qualité du dépistage résulte du fait que le dépistage s'adresse à des populations non malades, qu'il présente des risques associés (au moins en termes d'interventions inutiles), qu'il est financé collectivement et doit être en capacité de proposer une prise en charge de qualité équivalente aux femmes participantes, sur l'ensemble du territoire.

L'essentiel des recommandations (axe 2)

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.

Les recommandations en détail (axe 2)

La HAS constate que des problèmes de qualité persistent tant au niveau des prélèvements que de la préparation et de la lecture des FCU. De fait, en France, il n'existe pas de contrôle de qualité obligatoire des FCU et aucune évaluation quant à la prise en charge des anomalies dépistées.

5. La HAS recommande la mise en place effective d'un système d'assurance qualité dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus en France.

Cette démarche devra se fonder notamment sur les recommandations européennes relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que sur les recommandations et référentiels élaborés dans le contexte français et devra concerner toutes les étapes du dépistage.

- *Test de dépistage, qualité du prélèvement* : formation et information du préleveur, information de la femme, conditions de prélèvement, site de prélèvement, dispositifs de prélèvement, feuille de demande d'examen, réception des prélèvements dans les structures d'ACP, etc.

- *Interprétation du test, qualité de l'interprétation* : formation de l'ACP (y compris EPP et formation professionnelle continue), interprétation du test, compte rendu standardisé, archivage, etc.
- *Rendu des résultats et suivi, qualité du suivi* : communication au préleveur/prescripteur, communication à la femme, transmission des résultats des investigations diagnostiques, en cas de test positif, transmission des résultats du traitement, relance en cas de non-communication des résultats, etc.

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

6. La qualité du dépistage repose fortement sur la formation des professionnels intervenant dans le dispositif. En ce sens, la HAS rappelle que :
 - le préleveur est une personne habilitée à la pratique des FCU et ayant bénéficié d'une formation appropriée incluant les modalités techniques et l'information concernant le dépistage ;
 - concernant l'interprétation des FCU, l'ACP est un professionnel qui a bénéficié d'une formation initiale et est en mesure de justifier d'une évaluation des pratiques professionnelles et d'une formation professionnelle continue/d'un développement professionnel continu. Le technicien spécialisé en ACP (cytotechnicien) qui intervient dans le screening bénéficie également d'une formation professionnelle continue.
7. Afin d'assurer une équité aux femmes qui participent au dépistage dans la lecture et l'interprétation des FCU dans des conditions acceptables et équivalentes sur l'ensemble du territoire, la HAS recommande que soit mis en place dans toutes les structures d'ACP un contrôle de qualité interne. Le caractère « opérateur-dépendant » de la préparation et de la lecture des FCU rend d'autant plus indispensable la nécessité de développer cette assurance qualité interne.

Le contrôle de qualité interne correspond à l'ensemble des mesures prises par les structures d'ACP pour évaluer en permanence la qualité des examens effectués et pour permettre l'obtention de résultats fiables et reproductibles.

Il a pour objectif de s'assurer : du respect d'un référentiel, de l'amélioration des performances en cas de non-conformité, du contrôle de la technique, du contrôle de l'interprétation, de la relecture systématique du ou des tests négatifs précédant un test positif, de la recherche des faux négatifs et des faux positifs, du contrôle de la formulation des conclusions, de l'intégration de l'ensemble du personnel dans le processus de contrôle.

Un contrôle de qualité externe pourrait également être mis en place sur la base d'indicateurs de performance.

Enfin, 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.

3. Renforcer le dispositif actuel en organisant le dépistage

Constatant que trop de femmes des tranches d'âge cibles ne bénéficient pas encore du dépistage prévu, que les conditions de suivi des femmes dépistées peuvent être améliorées et qu'il est actuellement difficile de repérer les femmes non dépistées, de même que les femmes surdépistées dans le système d'information, ce troisième axe vise à renforcer le dispositif actuel de dépistage en :

- complétant l'action des acteurs traditionnels du dépistage par une invitation individuelle des femmes non dépistées et un contrôle du suivi des femmes présentant un FCU positif (recommandation n° 8) ;
- adaptant et précisant les circuits et les systèmes d'informations (recommandations n°s 9, 10 et 11) ;
- mettant en place un système d'évaluation des performances et de l'impact du dépistage (recommandation n° 12).

La recommandation n° 9 relative au codage distinct des FCU de contrôle et de dépistage (base de données de l'Assurance maladie et données hospitalières) facilitera l'évaluation du dispositif (prévue dans la recommandation n° 12) ainsi que le repérage des femmes en situation de surdépistage.

Conformément aux conditions nécessaires à un cadre de dépistage organisé, l'axe 3 vient compléter l'axe 1 qui précisait la stratégie de dépistage (population cible du dépistage, modalités et rôle de chacun des professionnels impliqués) et l'axe 2 relatif à la qualité du dépistage et plus particulièrement à la mise en œuvre effective d'un système d'assurance qualité.

L'essentiel des recommandations (axe 3)

8. En lien avec le médecin traitant, l'invitation individuelle des femmes non dépistées et le contrôle du suivi des femmes présentant un FCU positif doivent être confiés aux structures de gestion des deux dépistages actuellement organisés en France. 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 missions.

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.
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.

Les recommandations en détail (axe 3)

► Renforcer et compléter l'action des acteurs traditionnels du dépistage

8. Il est nécessaire de mettre en œuvre des actions complémentaires du dépistage individuel existant et venant combler les insuffisances de ce dernier, en particulier vis-à-vis de la population peu en contact avec le système de soins.

En lien avec le médecin traitant, la HAS recommande que soient confiés aux structures de gestion des deux dépistages actuellement organisés en France :

- l'invitation des femmes non dépistées individuellement après repérage de ces dernières dans les fichiers de l'Assurance maladie selon la périodicité recommandée ainsi que les rappels éventuels en cas de non-réalisation des frottis dans un délai raisonnable suivant l'invitation ;
- le contrôle du suivi des femmes présentant un frottis positif afin d'éviter que ces dernières négligent un résultat qui nécessite une prise en charge adaptée aujourd'hui parfaitement codifiée.

Ces nouvelles missions, confiées aux structures de gestion, nécessitent l'allocation de moyens supplémentaires correspondants.

L'invitation des femmes non dépistées par les caisses primaires d'assurance maladie, en lien avec le médecin traitant, pourrait également être envisagée mais, en l'absence de preuve de son efficacité, nécessite une évaluation.

► Adapter les circuits et les systèmes d'information

L'adaptation des circuits et systèmes d'information vise à :

- mieux repérer les femmes non dépistées ;
- identifier les femmes surdépistées et, le cas échéant, limiter le surdépistage ;
- permettre d'assurer un meilleur suivi ;
- s'assurer de la rationalisation des pratiques des professionnels de santé ;
- faciliter l'évaluation (performance et impact du dépistage).

9. La HAS recommande la mise en place d'un codage distinct des FCU de contrôle et de dépistage dans les bases de l'Assurance maladie, ce codage s'appliquant également dans les consultations hospitalières.

Sous réserve d'un avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), la constitution des bases de données suivantes est nécessaire :

- registre de remboursement des FCU (de contrôle et de dépistage) avec un chaînage par femme sans limite de durée (ou à défaut d'une durée supérieure à 3 ans) ;
- recueil des données hospitalières relatives à leur activité en termes de FCU de contrôle et de dépistage ;
- base de données comprenant les résultats cytologiques anormaux.

Les modalités de constitution de ces bases de données devront être appréciées au regard des contraintes techniques de faisabilité.

10. La transmission des informations relatives à toutes les étapes du dépistage entre l'ensemble des professionnels de santé intervenants, quels que soient leurs lieu et mode d'exercice, constitue un point clé.
 - Le préleveur doit s'assurer que les coordonnées du médecin traitant sont transmises à la structure d'ACP dans le document qui accompagne le test de dépistage.
 - La structure d'ACP transmet les résultats du test de dépistage au préleveur, au prescripteur, au médecin traitant et tout ou partie du compte rendu à la structure de gestion.
 - Le cas échéant, les résultats des investigations diagnostiques sont transmis par le prescripteur au médecin traitant et à la structure de gestion qui s'assurent du suivi.
 - Les caisses d'assurance maladie transmettent à chaque médecin traitant la liste de ses patientes n'ayant pas bénéficié d'un FCU au cours des 3 dernières années.

11. Une évolution des systèmes d'information des ACP permettant la saisie rapide de comptes rendus standardisés, des extractions automatiques et des transmissions sécurisées des informations paraît indispensable.

Les travaux de standardisation pilotés par l'INCa et de structuration des comptes rendus d'ACP pilotés par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé) en lien avec les éditeurs de logiciels sont en cours et leur poursuite doit être soutenue. Ces évolutions génèrent un coût pour les ACP qui devra être pris en compte.

► Évaluer les performances et l'impact du dépistage

L'InVS est en charge de l'évaluation de la qualité des programmes expérimentaux de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et de la production des indicateurs épidémiologiques précoces. Dans ce cadre, a été publié en 2009 un guide méthodologique à destination de toutes les structures de gestion organisant ce dépistage portant sur les données nécessaires, les modalités d'échange des données, ainsi que sur la liste des indicateurs à renseigner (indicateurs d'activité du dépistage, indicateurs de qualité des tests, des examens et du suivi, lésions histologiques détectées).

Par ailleurs, les indicateurs de coût (coût prévisionnel, coût annuel total du dépistage, indicateurs de coût-efficacité et indicateurs financiers) ainsi que le bilan des actions d'information et de formation mises en œuvre par les structures de gestion sont transmis aux représentants de l'État et de l'Assurance maladie dans les régions. Ces données ne font pas l'objet d'une synthèse et d'une évaluation.

12. La HAS recommande que soient développés des indicateurs permettant d'apprécier les performances du dépistage en termes de réduction des inégalités sociales de santé : appréciation de la performance du dépistage (participation, suivi, etc.) en fonction de la couverture sociale des femmes, à un niveau territorial plus fin, etc.

La HAS recommande que l'évaluation économique des performances et de l'impact du dépistage soit mise en œuvre, puis mise en regard de l'évaluation épidémiologique actuellement réalisée.

La HAS recommande que les actions de sensibilisation et d'information réalisées auprès des médecins et de la population dans le cadre de ce dépistage ainsi que les actions de formation des praticiens fassent l'objet d'un rapport de synthèse et soient intégrées dans l'évaluation des performances et de l'impact du dépistage.

4. S'adapter aux spécificités territoriales et des populations

Plus de la moitié de la population cible du dépistage du cancer du col de l'utérus ne serait actuellement pas dépistée ou le serait à un rythme sous-optimal, l'absence de suivi au plan gynécologique en constituant le principal déterminant. Les recommandations de l'axe 1 (en particulier la recommandation n° 3 concernant le renforcement de l'implication du médecin traitant dans l'invitation à la réalisation d'un FCU) ainsi que la recommandation n° 8 de l'axe 3 (concernant l'invitation par les structures de gestion des femmes non dépistées individuellement) visaient à augmenter la couverture du dépistage de façon globale et à en corriger la structure (au plan de l'âge et au plan socio-économique). Par ailleurs, l'évaluation de l'impact d'une organisation ciblant uniquement des sous-groupes particuliers de la population des femmes de 25 à 65 ans a montré qu'une telle stratégie n'était pas pertinente par rapport à une organisation visant toutes les femmes de 25 à 65 ans.

La recommandation n° 13 de ce quatrième axe vient repréciser que le dispositif de dépistage organisé à mettre en œuvre et caractérisé par les 3 premiers axes (stratégie de dépistage, rôle et place de chacun des acteurs, modalités d'information et d'incitation au dépistage, prélèvements, assurance qualité, système d'information et évaluation) concerne l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans sur l'ensemble du territoire.

Le quatrième axe vise à compléter le dispositif de dépistage organisé visant toutes les femmes de 25 à 65 ans, issu des 3 premiers axes (recommandations n^{os} 1 à 12), par des actions complémentaires, principalement de sensibilisation, d'information, de communication et d'incitation, afin d'augmenter la participation sur des territoires ou pour des populations spécifiques (recommandations n^{os} 14 à 16).

Excepté en Guyane, l'adaptation du dispositif de dépistage à des territoires spécifiques (autres DOM ou zones urbaines sensibles par exemple) n'apparaît pas nécessaire dans la mesure où l'ensemble des recommandations proposées (recommandations n^{os} 1 à 16) s'appliquent également dans ces territoires qui devraient en premier bénéficier de leur effet en termes de réduction des inégalités d'accès au dépistage et sociales de santé (recommandation n° 17).

L'essentiel des recommandations (axe 4)

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.
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'auto-prélèvement pour les femmes les plus réticentes vis-à-vis du dépistage.
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.
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 DOM et zones urbaines sensibles).

Les recommandations en détail (axe 4)

► Renforcer et compléter l'action des acteurs traditionnels du dépistage

13. Le renforcement de l'implication du médecin traitant dans l'invitation à la réalisation d'un FCU ainsi que l'invitation des femmes non dépistées individuellement par les structures de gestion visent à augmenter la couverture du dépistage de façon globale et à en corriger la structure (au plan de l'âge et au plan socio-économique). L'évaluation de l'impact d'une organisation visant uniquement une partie de la population cible a montré qu'une telle stratégie n'était pas souhaitable par rapport à une organisation visant la totalité de la population cible.
14. Néanmoins, la population des femmes actuellement peu voire pas dépistées concerne plus particulièrement les femmes de plus de 50 ans ainsi que les populations en situation de précarité et/ou socio-économiquement défavorisées. Il existe également des inégalités fortes au plan territorial (en particulier dans territoires socio-économiquement défavorisés et dans les DOM). Des actions complémentaires spécifiques visant à améliorer la couverture et l'efficacité du dépistage peuvent être envisagées.

La HAS recommande donc que soient menées des actions spécifiques à destination de ces femmes :

- absence d'avance de frais et/ou gratuité des tests de dépistage y compris dans les cabinets libéraux : le coût des tests constituant un frein à la participation au dépistage pour les populations les plus défavorisées au plan économique et une association ayant été établie de ce fait entre renoncement aux soins et non-adhésion au dépistage organisé en France ;
- actions incitatives au dépistage intégrées au système de santé : proposer aux femmes à l'occasion d'un contact avec le système de santé (consultation, hospitalisation ou suivi de grossesse) des actes de dépistage et autres soins de prévention dont elles auraient besoin. Il s'agit de repérer systématiquement les besoins en soins préventifs non satisfaits des femmes en situation de précarité sociale et de leur proposer de réaliser les actes non à jour. Ce repérage peut s'effectuer via les médecins généralistes, dans les structures de PMI, dans les CPEF, les centres de santé ou de soins gratuits, les centres d'examen de santé, etc. ;
- actions coordonnées s'appuyant sur les acteurs de proximité et le cas échéant sur les dispositifs existants (réseaux et acteurs locaux, groupes qualité, programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins [PRAPS]⁴,

4. Les PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des publics en situation précaire) ont pour objectif d'identifier une liste de priorités d'actions à mener pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Ils sont destinés à coordonner l'ensemble des initiatives locales, départementales et régionales en la matière. Ils sont établis sous la responsabilité du Préfet de Région en liaison avec les différents partenaires de la santé : professionnels de santé, Agence Régionale de l'Hospitalisation, élus locaux et associations. Le PRAPS 2008-10 vise essentiellement à favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes démunies en limitant les refus de soins, en assurant une réelle continuité des soins et en renforçant le rôle des PASS. Il privilégie également la nécessité d'une déclinaison plus précise, plus ciblée pour les publics à partir des besoins des territoires de proximité afin de mieux répondre aux besoins en termes de structure, de services et d'actions.

ateliers santé ville⁵, etc.). Les acteurs de proximité susceptibles d'être en contact avec les populations peu voire pas dépistées sont les travailleurs sociaux, les bénévoles du milieu associatif, les adultes relais, les médiatrices interculturelles, les médecins généralistes, les professionnels des centres d'examen de santé, des centres municipaux de santé, des centres médico-sociaux, des CPEF ou des structures de PMI. De par leur proximité, ces acteurs sont les mieux placés pour élaborer et mettre en œuvre des interventions pertinentes et coordonnées ;

- actions communautaires de sensibilisation au dépistage : la sensibilisation au dépistage doit être inscrite dans les politiques locales de santé. L'efficacité de ces actions s'appuie sur l'implication des élus, des professionnels et des habitants des quartiers car leur coopération autour d'un même objectif garantit la mise en place d'actions adaptées qui favorisent la participation des femmes les plus éloignées des services de santé au dépistage. Les dépistages des cancers féminins pourraient être intégrés au volet santé des contrats de ville. Ces actions peuvent également être menées dans les zones rurales ou isolées ;
- accompagnement des femmes et éducation par les pairs en lien avec un soutien des associations de terrain : la mise en place d'actions éducatives de proximité doit être encouragée et soutenue, en s'appuyant sur les associations de quartier, les associations de femmes, afin de travailler avec les femmes concernées la vision qu'elles ont de la santé, de la prévention et in fine de modifier leurs attitudes et comportements vis-à-vis du dépistage des cancers, voire qu'elles se sentent en capacité d'en parler à d'autres femmes. L'accompagnement et la formation des femmes relais doivent être impulsés et soutenus financièrement afin de permettre à ces femmes d'acquérir des savoirs et des savoir-faire pour se sentir légitimes ;
- recours à l'autoprélèvement pour les femmes les plus réticentes vis-à-vis du dépistage, sous réserve des résultats des évaluations en cours : l'autoprélèvement peut en effet être un moyen d'atteindre une partie des femmes qui n'adhèrent pas au dépistage car il permet de lever certaines barrières comme les difficultés d'accès à un médecin (délais de rendez-vous, distance) ou les réticences que peuvent avoir les femmes vis-à-vis de l'examen gynécologique (inconfort, embarras, etc.).

15. En termes de communication, la HAS recommande :

- la conception de messages éducatifs adaptés en termes de contenu et de support de diffusion avec la participation des femmes elles-mêmes : le contenu des messages doit tenir compte de l'âge, des caractéristiques socio-économiques et des différents aspects culturels des populations ciblées. Ils doivent être adaptés au niveau de compréhension, de connaissance ainsi qu'aux croyances et aux attitudes des femmes vis-à-vis du dépistage.

5. Les ateliers santé ville ont pour objectif de rapprocher les acteurs de santé et ceux de la politique de la ville au niveau des différents échelons territoriaux (régional, départemental et communal). Ces ateliers constituent des outils pour améliorer la coordination des différents acteurs et permettent de construire une stratégie d'intervention commune à un niveau global. Ils contribueraient de ce fait à enrichir l'application locale des PRAPS et de PRS (Programmes régionaux de santé).

Des difficultés linguistiques, des barrières culturelles peuvent également empêcher la bonne compréhension des messages de prévention ou des lettres d'invitation au dépistage. Le contenu doit être adapté pour les femmes les plus jeunes et pour les plus âgées. Le contenu des messages éducatifs doit être validé par les instances sanitaires et sociétés savantes concernées. Enfin, une réflexion est à initier en termes de support de communication : communication orale notamment pour les femmes en situation de grande précarité sociale et celles dont la barrière de la langue empêche la compréhension des supports écrits, par des professionnels de proximité (pharmaciens, travailleurs sociaux, etc.), des supports vidéo, d'autres femmes dans les quartiers, etc. ;

- la diversification des lieux de diffusion de l'information y compris hors champ de la santé. Il s'agit de développer la diffusion de messages éducatifs dans des lieux spécifiques fréquentés par les femmes notamment celles ne se soumettant pas régulièrement au dépistage (centres de sécurité sociale, caisses d'allocations familiales, salles d'attente, CPEF, services de santé au travail, agences pour l'emploi). Les lieux habituels de rassemblement (structures d'alphabétisation, associations, centres sociaux, écoles) peuvent aussi servir de lieux d'échanges et de discussion sur les pratiques en matière de dépistage ;
- qu'une communication soit initiée précocement : via la médecine scolaire (en particulier les infirmier(ère)s scolaires) et les enseignements relatifs aux sciences de la vie (sensibilisation aux questions de prévention). Cette sensibilisation précoce est nécessaire pour certaines populations ou territoires (la précocité des rapports sexuels constituant un facteur de risque du cancer du col). La sensibilisation des jeunes filles au dépistage du cancer du col de l'utérus pourrait également bénéficier à leur mère (relais d'information et d'incitation au dépistage).

16. Concernant les courriers d'invitation des structures de gestion, la HAS recommande :

- que ceux adressés aux femmes non dépistées, quelle que soit leur situation, précisent les types de professionnels susceptibles de réaliser le dépistage (médecins gynécologues et généralistes, sages-femmes, autres professionnels de santé préleveurs), les invitent à consulter leur médecin traitant et soient accompagnés d'une liste des lieux et des infrastructures proposant la gratuité du prélèvement ou ne nécessitant pas une avance de frais ;
- que les courriers adressés aux femmes de plus de 50 ans dans le cadre du dépistage du cancer du sein incluent une information, spécifiquement conçue pour cette tranche d'âge, les sensibilisant et les invitant au dépistage du cancer du col de l'utérus.

17. L'adaptation du dispositif de dépistage à des territoires spécifiques tels que les DOM ou les zones urbaines sensibles n'apparaît pas nécessaire dans la mesure où l'ensemble des recommandations proposées s'appliquent également dans ces territoires qui devraient en premier bénéficier de leur effet en termes de réduction des inégalités d'accès au dépistage et sociales de santé.

Néanmoins, concernant la Guyane et en particulier les communes isolées (environ 10 % de la population), la HAS recommande que soit mis en place un groupe de travail spécifique permettant de réfléchir à l'adaptation des modalités d'organisation du dépistage :

- âge de début du dépistage compte tenu des spécificités épidémiologiques, d'âge de début des rapports sexuels et d'accès aux soins et à la prévention d'une partie de la population ;
- recours au FCU en milieu liquide ;
- proposition systématique d'un dépistage par FCU aux femmes par les personnels des centres de santé ou centres délocalisés de prévention et de soins ;
- opportunité d'une campagne de formation au FCU destinée aux professionnels de santé exerçant dans ces centres (médecins, sages-femmes, infirmiers et agents de santé) ;
- etc.

Perspectives et pistes de recherche

Plusieurs besoins majeurs et axes de travail complémentaires ont été identifiés et devront être pris en compte afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge du cancer du col de l'utérus en France.

À court terme

- Fiches de bon usage du FCU conventionnel et du FCU en milieu liquide à destination des professionnels de santé effectuant le prélèvement
- Bonnes pratiques d'assurance qualité dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus (groupe de travail ACP et biologistes)
- Groupe de travail ACP et représentants des SSII relatif à la standardisation et à la transmission des données ainsi qu'à l'interopérabilité des systèmes
- Place du test viral en suivi post-thérapeutique pour CIN2-3
- Place de l'autoprélèvement (faisabilité, fiabilité, impact sur la participation au dépistage, conditions de réalisation par les professionnels de santé ou autres)
- Identification et suivi dans les bases de l'Assurance maladie de la cohorte des jeunes filles/femmes vaccinées (participation au dépistage)
- Évaluation de la place du marquage P16 ou P16-Ki67 dans le dépistage
- Freins au dépistage des professionnels de santé.

À moyen terme

- Études qualitatives relatives aux pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes vaccinées contre certains génotypes de papillomavirus
- Place du test HPV en dépistage primaire (femmes de plus de 30 ans) et modalités de dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes vaccinées contre certains génotypes de papillomavirus (test, rythme, etc.)
- Évaluation des modes de rémunération des pratiques de prévention et de dépistage des professionnels de santé
- Caractérisation des populations selon les lieux de prélèvement et/ou types de préleveurs et identification des stratégies d'informations les plus appropriées pour les femmes non participantes.

Abréviations

ACP	Anatomo-cytopathologie ou anatomo-cytopathologiste
ADN	Acide désoxyribonucléique
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
CEPF	Centre d'éducation et de planification familiale
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIN	<i>Cervical Intraepithelial Neoplasia</i>
Circ	Centre international de recherche sur le cancer
CMUc	Couverture maladie universelle complémentaire
CNR	Centre national de référence
DO	Dépistage organisé
DOM	Départements d'outre-mer
EGB	Échantillon généraliste des bénéficiaires
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
FCU	Frottis cervico-utérin
HPV	<i>Human Papilloma Virus</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
MT	Médecin traitant
ORS	Observatoire régional de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PRAPS	Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins
SSII	Société de service en ingénierie informatique
URML	Union régionale des médecins libéraux

Participants

L'équipe

Ce travail a été coordonné par Stéphanie BARRÉ, service évaluation économique et santé publique de la HAS, sous la direction du Dr Olivier SCEMAMA et de Catherine RUMEAU-PICHON.

L'analyse de la littérature et l'analyse des bases de données ont été réalisées par le Dr Bruno DETOURNAY, Marianne DOZ, et Odile KUSNIK-JOINVILLE de la société CEMKA-EVAL.

La synthèse et les recommandations ont été rédigées par Stéphanie BARRÉ et l'argumentaire scientifique a été co-rédigé par Stéphanie BARRÉ, le Dr Bruno DETOURNAY, Marianne DOZ, et Odile KUSNIK-JOINVILLE.

La recherche et la gestion documentaire ont été effectuées à la HAS, par Sophie DESPEYROUX, documentaliste, et Renée CARDOSO, assistante documentaliste.

Le secrétariat a été assuré par Samantha FERNANDES service évaluation économique et santé publique de la HAS.

Sociétés savantes, associations et institutions

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- Société française de médecine générale (SFMG)
- Société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG)
- Collège national des généralistes enseignants (CNGE)
- Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG)
- Regroupement scientifique des sociétés de médecine générale (RSSMG)
- Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
- Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCGM)
- Société nationale de gynécologie et obstétrique (SNGOF)
- Société française de gynéco-pathologie (SFGP)
- Société française d'oncologie gynécologique (SFOG)
- Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV)
- Société française de cytologie clinique (SFCC)
- Société française de pathologie (SFP)
- Société française de biologie clinique (SFBC)
- Société française de microbiologie (SFM)

- Conseil national de l'Ordre des Pharmaciens
- Fédération nationale des associations de sages-femmes (FNASF)
- Collège national des sages-femmes
- Conseil National de l'Ordre infirmier
- Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)
- Association française de recherche et d'évaluation en soins infirmiers (AFRESI)
- Société française de santé publique (SFSP)
- Association des épidémiologistes de langue française (ADELF)
- Élus santé publique et territoires (ESPT)
- Collège des économistes de la santé (CES)
- Collectif inter-associatif sur la santé (CISS)
- Association « 1 000 femmes 1 000 vies »
- Fédération nationale des comités féminins pour le dépistage des cancers
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- Centre national de référence des papillomavirus humains
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE)
- Direction générale de la santé (DGS)
- Institut national du cancer (INCA)
- Institut de veille sanitaire (InVS)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
- Institut Théophraste Renaudot

Groupe de travail

Pr Jean-Jacques BALDAUF,
gynécologue obstétricien, Strasbourg

Dr Christine BERGERON, anatomo-
cytopathologiste, Cergy-Pontoise

Élisabeth BERNIGAUD, Fédération
nationale des comités féminins pour le
dépistage des cancers, Paris

Sébastien CLERC, sage-femme, Genlis

Dr Isabelle de PINIEUX, anatomo-
cytopathologiste, Tours

Monique de SAINT-JEAN, Fédération
nationale des comités féminins pour le
dépistage des cancers, Paris

Dr Catherine DORMARD, médecin
généraliste, Les Ulis

Dr Nicolas DUPORT, médecin de santé
publique, InVS, Saint-Maurice

Dr Rolande FAIVRE, Ligue contre le
cancer, Bordeaux

Dr Myriam FLEURY-DEKKER, médecin
généraliste, CPEF, Angoulême

Mariela GALLI, psychologue, institut
Théophraste- Renaudot, Paris

Dr Anne GARNIER, médecin de santé
publique, INCa, Boulogne-Billancourt

Pr José GOMES, médecin généraliste,
Mornac

Dr Isabelle HEARD, gynécologue,
Centre national de référence des HPV,
Paris

Dr Jean-Pierre LARRUMBE, médecin généraliste, Velaux

Dr Emilie LASSAIGNE, médecin conseil, Cnamts, Paris

Pr Jean-Louis LEROY, gynécologue-obstétricien, Tourcoing

Dr Brigitte LETOMBE, gynécologue, Lille

Dr Isabelle MORER, Afssaps, Saint-Denis

Pr Stéphane OUSTRIC, médecin généraliste, Toulouse

Pr Hélène PEIGUE-LAFEUILLE, microbiologiste-virologue, Clermont-Ferrand

Dr Yannick RUELLE, médecin généraliste, Arcais

Dr Michel VELTEN, médecin de santé publique, Strasbourg

Départements d'outre-mer

Dr Catherine BACHELLIER BILLOT, AGWADEC, Baie-Mahault

Dr Marie-Josée CASTOR-NEWTON, ORS Guyane, Cayenne

Dr Philippe de CHAZOURNES, URML la Réunion, Le Port

Vanessa CORNELLY, ORS Guadeloupe, Basse-Terre

Dr Jean-Luc DESHAYES, AGDOC, Cayenne

Dr Moustapha DIEYE, AMREC, Fort-de-France

Dr Claire GRENIER, centre hospitalier de Cayenne – Département des centres de santé, Cayenne

Dr Dominique LAPIERRE, Run Dépistages, Saint-Denis

Dr Sylvie MERLE, observatoire de la santé de la Martinique, Fort-de-France

Dr Joël PELERIN, URML la Réunion, Le Port

Dr Emmanuelle RACHOU, ORS la Réunion, Saint-Denis

Dr Marie-Christine RAVAUULT, DRASS la Réunion, Saint-Denis

Groupe de lecture

Dr Marie-Laure AUDEL, médecin de santé publique, Bondy

Dr Jérôme BEAUJARD, médecin généraliste, La Fare-des Oliviers

Dr Delphine BENOIT, médecin généraliste, Camopi

Mme Marianne BENOIT-TRUONG CANH, sage-femme, Paris

Mme Stéphanie BLUGEON, sage-femme, Neuilly-Plaisance

Mme Monique BONAFIOUS, infirmière, Clermont-Ferrand

Dr Hélène BORNE, gynécologue, Paris

Dr Nicole BORNSTZEIN, médecin généraliste, Évry

Dr Josiane CAMARENA, gynécologue, Marseille

Dr Hélène CHAPOULART, gynécologue, Bordeaux

Dr Dominique CHOLLEY, médecin de santé publique, Cnamts, Paris

Pr Christine CLAVEL, biologiste cellulaire et moléculaire, Reims

Dr Béatrix COCHAND- PRIOLLET, anatomo-cytopathologiste, Paris

Mme Line COURVILLE, sage-femme, Chambly

Pr Émile DARAI, gynécologue-obstétricien, Paris

Dr Pia DEREILHAC, gynécologue, Nantes

Mme Agnès DESPOISSE, sage-femme, Paris

Pr Serge DOUVIER, gynécologue-obstétricien, Dijon

Dr Jean-Pierre DUVERNOIS, gynécologue-obstétricien, Kourou

Dr Sylvie ERPELDINGER, médecin généraliste, Villeurbanne

Mme Marie-Josée FALEVITCH, sage-femme, Nîmes

Dr Muriel FENDER, médecin de santé publique, Illkirch-Graffenstaden

Mme Claire FILLOUX, pharmacien, Limoges

Dr Angela FIOR, anatomo-cytopathologiste, Cayenne

Dr Marie-Françoise FLORI, médecin généraliste, Lyon

Dr Dominique FOURNIER, Onco-Guyane, Cayenne

Pr Denis GALLOT, gynécologue-obstétricien, Clermont-Ferrand

Pr Jean GONDRY, gynécologue-obstétricien, Amiens

Mme Francesca GRILLO, démographe, Inserm, Paris

Dr Marie-Ange GRONDIN, médecin de santé publique, Clermont-Ferrand

Dr Vanessa HERLANT RODDIER, médecin généraliste, Saint-Priest

Dr Marie-Claude HITTERGER, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades, HAS, Saint-Denis La Plaine

Mme Brunehilde HUE, sage-femme, Fontaine-Etoupefour

Dr Patrice HUMBERT, médecin généraliste, Saint-Denis

Dr Aline HURTAUD, médecin généraliste, Tinquieux

Pr Philippe JAURY, médecin généraliste, Paris

Dr Jacques JUBIOT, gynécologue-obstétricien, Toulon

Dr Olivier LABORDE, gynécologue-obstétricien, Cayenne

Dr Catherine LAPORTE, médecin généraliste, Clermont-Ferrand

Pr Marie-France LE GOAZIOU, médecin généraliste, Lyon

Pr Fabrice LECURU, chirurgien
gynécologue, Paris

Dr Jean-Louis LEMASSON, médecin
généraliste, Castillon-la-Bataille

Pr Jean LEVEQUE, chirurgien
gynécologue, Rennes

Dr Catherine LHOMME, gynécologue-
oncologue, Villejuif

Dr Mathieu LUTSMAN, médecin
généraliste, Paris

Mme Élisabeth MACHUQUE, sage-
femme, Asnières

Mme Corinne MAINCENT, infirmière,
Amiens

Mme Évelyne MALAQUIN-PAVAN,
cadre infirmier spécialiste clinique,
Issy-les-Moulineaux

Dr Olivier MARCHAND, médecin
généraliste, Domène

Pr Henri MARRET, chirurgien
gynécologue, Tours

Pr Patrice MATHEVET, gynécologue-
obstétricien, Lyon

Dr Jean-Luc MERGUI, gynécologue-
obstétricien, Paris

Dr Nathalie MERLE, service évaluation
des actes, HAS, Saint-Denis La Plaine

Dr Florence MOLINIE, médecin de
santé publique, Registre des cancers
44/85, Nantes

Dr Joseph MONSONEGO,
gynécologue, association
« 1 000 femmes 1 000 vies », Paris

Pr Christiane MOUGIN, biologiste
cellulaire, Besançon

Dr Françoise MOUSTEOU,
gynécologue, Cagnes-sur-Mer

Dr Élisabeth PAGANELLI, gynécologue,
Tours

Dr Rémi PICOT, anatomo-
cytopathologiste, Reims

Dr Jacques RIMAILHO, cancérologue,
Toulouse

Mme Michèle RIVIERE, sage-femme,
Maisons-Alfort

Dr Marc-Alain ROZAN, gynécologue-
obstétricien, Neuilly-sur-Seine

Dr Henri-Pierre SANCHEZ, anatomo-
cytopathologiste, Le Bouscat

Pr Hélène SANCHO-GARNIER,
médecin de santé publique, Montpellier

Dr Somany SENGCHANH, médecin
généraliste, Tours

M. Hans-Martin SPATH, économiste,
Lyon

Dr Frédéric STAROZ, anatomo-
cytopathologiste, Quimper

Dr Nadia THOMAS, gynécologue-
obstétricien, Cayenne

Dr Hervé TREPPOZ, médecin de santé
publique, Mutualité sociale agricole,
Bagnole

Pr Marie-Cécile VACHER-LAVENU,
anatomo-cytopathologiste, Paris

Dr Cécile VAUGELADE, évaluation des
dispositifs, Afsapss, Saint-Denis

Mme Marie-André VIGIL-RIPOCHE,
infirmière, Gentilly

Dr Denis VINATIER, gynécologue, Lille

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des personnes ayant participé aux groupes de travail et de lecture ainsi que M. le Pr Roland SAMBUC et M. Benoît DERVAUX, membres de la commission évaluation économique et santé publique de la HAS, pour leur relecture attentive de l'argumentaire et des recommandations.

Fiche descriptive

TITRE	État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France
Méthode de travail	Recommandations en santé publique
Date de mise en ligne	28 octobre 2010
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	L'objectif de l'évaluation est, à partir de l'analyse des pratiques actuelles de dépistage et de l'analyse de la littérature, de proposer des stratégies, pouvant être différentes selon les populations cibles ou géographiquement, de dépistage du cancer du col de l'utérus en France afin d'augmenter son efficacité et son rapport coût-efficacité par rapport à la situation actuelle où le dépistage individuel est répandu.
Professionnels concernés	gynécologues libéraux et hospitaliers, médecins généralistes, sages femmes, anatomo-cytopathologistes, biologistes, virologues, médecins exerçant en centres de santé, CPEF, PMI, etc., infirmières, travailleurs sociaux, associations de patients, intervenants en santé publique et promotion de la santé, décideurs locaux.
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service évaluation économique et santé publique
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Stéphanie Barré, chef de projet du service évaluation économique et santé publique (chef de service : Catherine Rumeau-Pichon), Secrétariat : Samantha Fernandes Recherche documentaire : Sophie Despeyroux, avec l'aide de Renée Cardoso. (chef de service de documentation : Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, associations, institutions, groupe de travail, groupe de lecture, cf. liste de participants. Les participants au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	De janvier 2003 à mars 2009 2 075 articles identifiés, 733 articles analysés dont 407 cités.
Auteurs de l'argumentaire	Stéphanie Barré, Chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine Dr Bruno Detournay, CEMKA-EVAL, Bourg-La-Reine
Validation	Avis de la Commission évaluation économique et santé publique du 6 juillet 2010. Validation par le Collège de la HAS le 21 juillet 2010
Autres formats	Argumentaire scientifique et fiche de synthèse. Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Note de cadrage de la recommandation en santé publique « Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009 » (HAS 2009)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr