

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

Juillet 2010

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

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

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

Messages clés

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

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

OBJECTIFS

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

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

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

Acteurs du dépistage

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

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

Test de dépistage et population cible

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

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

Rôle du médecin traitant

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

Prélèvements

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

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

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

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

AXE 2. AMÉLIORER LA QUALITÉ DU DÉPISTAGE

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

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

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

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

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

AXE 3. RENFORCER LE DISPOSITIF ACTUEL EN ORGANISANT LE DÉPISTAGE

Renforcer et compléter l'action des acteurs traditionnels du dépistage

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

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

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

Adapter les circuits et les systèmes d'information

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

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

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

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

Évaluer les performances et l'impact du dépistage

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

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

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

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

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

... mais qui prévoit des actions complémentaires

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

Communication et information des femmes

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

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

Adapter les modalités du dépistage en Guyane

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

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

Perspectives et pistes de recherche

À court terme

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

À moyen terme

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

Données clés (situation en France en 2010)

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



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

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