



HAL
open science

Analyse de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin organisé par la Sécurité Sociale dans le département de la Haute-Corse en 2008-2009

Déborah Halfon

► **To cite this version:**

Déborah Halfon. Analyse de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin organisé par la Sécurité Sociale dans le département de la Haute-Corse en 2008-2009. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01136462

HAL Id: dumas-01136462

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01136462>

Submitted on 27 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**Analyse de la campagne de dépistage du cancer du
col de l'utérus par frottis cervico-utérin organisé
par la Sécurité Sociale dans le département de la
Haute-Corse en 2008-2009**

THESE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice

Le 16 avril 2014 par

Déborah HALFON

Née le 08 mai 1984 à Nice

Interne en DES de médecine générale

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur P. HOFMAN Président du jury,

Monsieur le Professeur J.B. SAUTRON Assesseur,

Monsieur le Professeur O. GUERIN Assesseur,

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur J.L BALDIN

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAPALUS Philippe
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CHATEL Marcel	M. LOUBIERE Robert
M. COUSSEMENT Alain	M. MARIANI Roger
M. DAR COURT Guy	M. MASSEYEFF René
M. DELMONT Jean	M. MATTEI Mathieu
M. DEMARD François	M. MOUIEL Jean
M. DOLISI Claude	Mme MYQUEL Martine
M. FREYCHET Pierre	M. OLLIER Amédée
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GILLET Jean-Yves	M. SCHNEIDER Maurice
M. GRELLIER Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. HARTER Michel	M. TRAN Dinh Khiem
M. INGLES AKIS Jean-André	M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo

M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBERGHEM Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Paul HOFMAN,

Merci pour votre gentillesse, et votre disponibilité.

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et ma profonde estime.

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.

Merci pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale.

Veillez trouver ici le témoignage de mes vifs remerciements.

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN,

Pour avoir accepté de prendre part au jury de cette thèse.

Recevez la preuve de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Jean-Luc BALDIN,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse malgré votre emploi du temps déjà surchargé.

Merci pour votre patience et vos conseils avisés qui m'ont permis de mener ce travail à bien.

Soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Franck LEDUFF,

Statisticien de renom international, aux travaux reconnus par tous.

Ami indispensable, disponible en toutes circonstances.

Réparateur d'iPhone hors pairs.

Merci de ton aide précieuse sans laquelle ma thèse n'aurait pu exister.

Merci d'avoir accepté de faire mes statistiques et de ta participation à la correction de mon travail.

En te souhaitant une bonne continuation personnelle (surtout) et une reconversion professionnelle réussie (mais personne n'en doute).

Au Docteur Thomas DARNAUD

Gynécologue Bastiais,

Merci de tes conseils avisés,

Merci de m'avoir montré des pistes à explorer,

De m'avoir aidé à interpréter mes résultats,

De m'avoir confirmé le bien fondé de ma démonstration,

Et surtout de m'avoir accordé de ton temps si précieux.

Je te souhaite de poursuivre aussi brillamment ta carrière professionnelle tout en sachant te préserver et rester disponible pour ta grande famille.

A mes parents,

Merci pour tout et surtout pour votre patience, en espérant que vous en ayez encore beaucoup pour les années à venir.

A ma grande sœur et à mon petit frère, qui m'encadrent si tendrement. J'espère que vous poursuivrez la carrière professionnelle et personnelle que vous désirez.

A Derrick, Lily, et Allison, en vous souhaitant la bienvenue dans la famille.

A Baptiste, Jean-Marie, Nico et Antoine. A votre santé ! En espérant qu'il y aura encore de nombreux apéro Corse à l'avenir. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

A Sarah, bienvenue chez les fous !

A Anto le seul Corse à l'accent Belge, et **Aurélie,** grande urgentiste de renom international. Merci également à **Popo** pour ses conseils avisés en toute circonstance.

A Caro et Pauline, pour avoir su me supporter dans le service et en dehors !

A Marion, future maman, bon courage !

A toutes les filles du service de Pneumologie de Bastia, merci pour avoir su rendre ces mois de travail intense, drôles et inoubliables. Tout particulièrement merci à ma **Daria.** Et merci au bon **Docteur Flory** pour sa bonne humeur !

A Monsieur Chan et J.C Mouries, merci de m'avoir donnée le goût de la médecine. D'avoir tenté de m'en apprendre les tenants et aboutissants. En espérant m'être montrée digne de votre confiance.

Au grand radiologue le **Docteur Joe,** merci d'avoir pris le temps de m'apprendre l'échographie. Et merci au **service d'échographie de Monaco** d'avoir accepté de prendre la relève.

A Finou et son Sylvain, merci pour votre aide. En espérant que votre petite famille s'agrandisse bientôt.

A Amélo, Nico, Léo, et mon fillot, pour avoir été là dans les moments les plus difficiles.

A La famille PURTSCHET, et à **Fred** tout particulièrement pour son vin et ses conversations délicieuses. Avec une pensée affectueuse à notre doyen **Christian**.

A Vanina et Paola pour leur accueil sans pareil.

A Emile, Marguerite et toute la famille HALFON, en espérant avoir su poursuivre la tradition médicale, à la suite de ma cousine **Carine**.

A Franky, le seul et l'unique.

ABREVIATIONS

ADN : Acide DésoxyriboNucléique

AFMGOS : Association Francophone Méditerranéenne de Gynécologie, d'Obstétrique et de Sénologie

AGC : Atypies des Cellules Glandulaires

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d' Evaluation en Santé

A.R.CO.DE.CA : Association Régionale Corse de Dépistage des Cancers

ARS : Agences Régionales de Santé

ASC-H : Atypies de Cellules Malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de Haut grade

ASC-US : Atypies des Cellules Malpighiennes de signification Indéterminée

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique

CIN : Néoplasies Cervicales Intra-épithéliales

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d' Assurance Maladie

DGS : Direction Générale de la Santé

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Papillomavirus Humain

HSIL : Lésions Malpighiennes Intraépithéliales de Haut grade

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

LMIEBG : Anomalies Malpighiennes Intra-épithéliales de Bas grade

LMIEHG : Anomalies Malpighiennes Intra-épithéliales de Haut grade

LSIL : Lésions Malpighiennes Intra-épithéliales de Bas grade

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondial de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la santé

RSI : Régime Sociale des Indépendants

TSM : Taux Standardisés à la population Mondiale

TABLE DES MATIERES

1 : INTRODUCTION.....	17
2 : ETAT DE L'ART.....	19
2.1 : Epidémiologie	19
2.1.1 : Incidence et prévalence	19
2.1.2 : Mortalité	21
2.1.3 : Taux de survie	23
2.2 : Anatomopathologie	24
2.3 : Classification selon Bethesda	24
2.4 : Dépistage organisé et dépistage individuel	25
2.5 : Rapide tour d'horizon du dépistage en France	26
3 : HYPOTHESE DU TRAVAIL	27
4 : OBJECTIFS DU TRAVAIL	27
5.1 : Objectif principal	27
5.2 : Objectifs secondaires	27

5: MATERIEL ET METHODE	28
5.1 : Etude de la CPAM.....	28
5.1.1 : Recueil des données.....	28
5.1.2 : Période de l'étude	29
5.1.3 : Financement	29
5.1.4 : Résultats	31
5.2 : Notre étude	32
5.2.1 : Population cible.....	32
5.2.2 : Période de l'étude	32
5.2.3 : Méthode d'analyse	32
5.2.3.1 : Indicateurs d'impact	33
5.2.3.1.1: Taux de couverture	33
5.2.3.1.2 : Taux de participation	33
5.2.3.1.3 : Taux de participation invitée	33
5.2.3.2 : Indicateurs de qualité	34
5.2.3.2.1 : Pourcentage de frottis anormaux	34
5.2.3.2.2 : Taux d'anomalies cytologiques	34
5.2.3.2.3 : Répartition des anomalies cytologiques	35
5.2.3.2.4 : Pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire	35
5.2.3.2.5 : Concordance cyto-histologique	35
5.2.3.2.6 : Perdues de vue	36
5.2.3.3 Indicateurs d'efficacité	36

6 : RESULTATS	37
6.1 : Indicateurs d'impact	38
6.1.1 : Taux de couverture	38
6.1.2 : Taux de participation	38
6.1.3 : Taux de participation invitée	38
6.2 : Indicateurs de qualité	39
6.2.1 : Pourcentage de frottis anormaux	41
6.2.2 : Taux d'anomalies cytologiques	42
6.2.3 : Répartition des anomalies cytologiques	43
6.2.4 : Pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire	45
6.2.5 : Concordance cyto-histologique	46
6.2.6 : Perdues de vue	47
6.3 : Indicateurs d'efficacité	48
7: DISCUSSION.....	50
7.1 : Les éléments marquant de cette étude.....	50
7.2 : Les limites.....	51
7.3 : Résultats attendus.....	52
7.3.1 : Taux de couverture et taux de participation	52
7.3.2 : Age des patientes	55
7.3.3 : Indicateurs de qualité	56
7.3.4 : Indicateurs d'efficacité	59
7.4 : Pistes à développer	60

8 : CONCLUSION	63
9 : BIBLIOGRAPHIE	65
10 : ANNEXE	71
10.1 : Courrier d'invitation assurées	71
10.2 : Bon de prélèvement	74
10.3 : Bon d'analyse	76
10.4 : Courrier à destination des responsables du centre hospitalier de Bastia	78
10.5 : Courrier à destination des gynécologues du centre hospitalier de Bastia	79
10.6 : Courrier à destination des gynécologues de la Haute-Corse	80
10.7 : Courrier à destination des médecins généralistes de Haute-Corse	83

Illustrations :

Figure 01 : Taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence du cancer du col utérin à l'échelle régionale en France métropolitaine et dans les DOM en 2005	20
Figure 02 : Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer du col utérin à l'échelle régionale en France métropolitaine et dans les DOM entre 2004 et 2008	22
Figure 03 : Tendances chronologiques des taux d'incidences et de mortalité du col de l'utérus en France	23
Figure 04 : Évolution de l'épithélium normal vers un cancer invasif	24
Figure 05 : Taux de couverture de frottis par âge et par période d'étude	26
Figure 06 : Taux de couverture du frottis cervical chez les femmes de 25 à 65 ans en Haute-Corse (régime général)	31

1 : INTRODUCTION

Le cancer du col de l'utérus a un statut particulier : son évolution est lente avec de nombreuses lésions précancéreuses silencieuses et son dépistage à un stade précoce, permet une guérison sans séquelle et sans altération de la fertilité future [1].

Nous disposons d'un examen de dépistage de référence : le frottis cervico-utérin (FCU) et d'un vaccin, contre l'un des agents reconnus comme étant impliqués dans son processus d'apparition.

Si l'incidence annuelle du cancer du col de l'utérus est en recul depuis 30 ans, son taux de mortalité reste très important (plus de 1 000 décès par an) [3]. Ce constat est regrettable au vu des différentes possibilités de diagnostics précoces.

Le dépistage est depuis plusieurs années de pratique courante grâce aux différentes campagnes d'information et aux acteurs de santé de plus en plus impliqués [24]. Le taux de couverture stagne depuis quelques années à environ 58% avec de fortes disparités économiques, géographiques [16] et individuelles : une partie des femmes effectue un dépistage à un rythme trop rapide (moins des trois ans recommandés) et d'autres pas du tout [32].

La question d'un dépistage organisé et national se pose depuis quelques années. Certains pays européens ont déjà accepté cette méthode avec des résultats satisfaisants [20]. La France ne l'a pas adopté mais réfléchit à un dépistage centré sur les femmes dites «à risque», ne participant pas au dépistage individuel [23].

Le médecin généraliste, médecin de proximité et coordonnateur des soins, joue un rôle prépondérant dans le dépistage individuel ou organisé comme le rappelle la mesure 16 du plan cancer 2008-2013 repris dans celui de 2014- 2019. Cette mesure 16 insiste sur leur implication dans le dépistage en leur demandant de faciliter l'inclusion des personnes ciblées dans les dépistages organisés ou individuels.

La Haute-Corse a un taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en dessous de la moyenne nationale (40%). Dans les années 2008-2009, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Corse a décidé de mener une action de prévention en proposant une campagne de dépistage organisée du cancer du col de l'utérus, par la réalisation d'un frottis cervico-utérin.

Notre travail se propose d'évaluer cette action de dépistage par un calcul des indicateurs d'impacts, d'indicateurs de qualité et d'efficacité, selon les recommandations de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) sur l'évaluation d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Nous essaierons de répondre à deux questions : quel a été l'impact de ce dépistage organisé en Haute-Corse et existe-t-il un intérêt à le poursuivre , voire à étendre son champ d'action ?

2 : ETAT DE L'ART

2.1 : Epidémiologie

2.1.1 : Incidence et prévalence

Le cancer du col de l'utérus représente environ 2 810 nouveaux cas invasifs estimés en 2011. Il se classe au vingt-deuxième rang des localisations cancéreuses, tout sexe confondu. Il représente 0,8% de l'ensemble des cancers incidents. Nous le retrouvons au douzième rang des cancers féminins (soit 1,8% des cancers chez la femme) [25].

En 2005 l'âge moyen de diagnostic se situe à cinquante trois ans. La répartition d'âge estimée en 2011 rapporte trois nouveaux cas sur quatre diagnostiqués chez les 15-64 ans et un cas sur deux chez les 15-49 ans [25].

Les taux d'incidence standardisés à la population mondiale estimés en 2005 en Haute Corse sont de 7 pour 100 000 femmes, pour une moyenne nationale de 6,4 [25]. Entre 1980 et 2005 l'incidence a diminué, de façon plus faible en Corse qu'au niveau national (moins 43% contre moins 52%) [3].

Le nombre de nouveaux cas de cancer de l'utérus en Corse sur les années 2008- 2010 est estimé à 30 femmes [3].

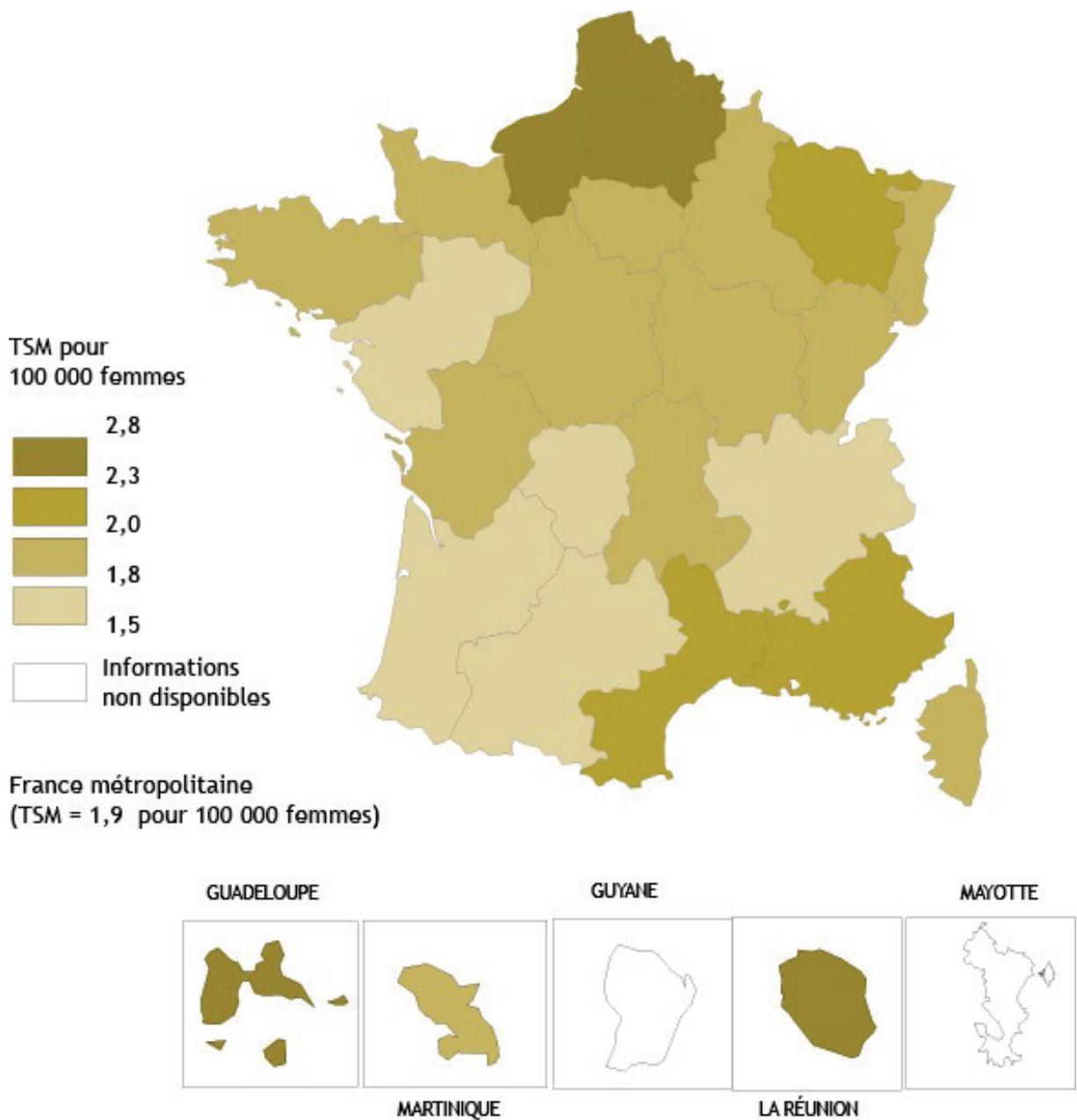


Figure 01 : Taux standardisés à la population mondiale (TSM) d'incidence du cancer du col utérin à l'échelle régionale en France métropolitaine et dans les DOM en 2005 (source InVS).

2.1.2 : Mortalité

Le nombre de décès par cancer du col de l'utérus en 2011 est estimé à mille femmes, soit 0,7% de l'ensemble des décès par cancer, tous sexes confondus. De l'année 2004 à 2008, sont reportés en moyenne 1 113 décès par cancers du col de l'utérus, chaque année. Ce cancer se situe au treizième rang des décès par cancer chez la femme (soit 1,6% de l'ensemble des décès féminins par cancer) [25].

L'âge médian au décès au cours de cette période est de 64 ans.

Les taux standardisés à la population mondiale de mortalité en Haute-Corse sont de 1,8 pour 100 000 femmes, pour une moyenne nationale de 1,7 [25].

En corse, en 2006-2008 le cancer du col de l'utérus a été responsable de 4% des décès par tumeur, 6% des décès prématurés par tumeur et 8% des années potentielles de vie perdues par tumeur [3].

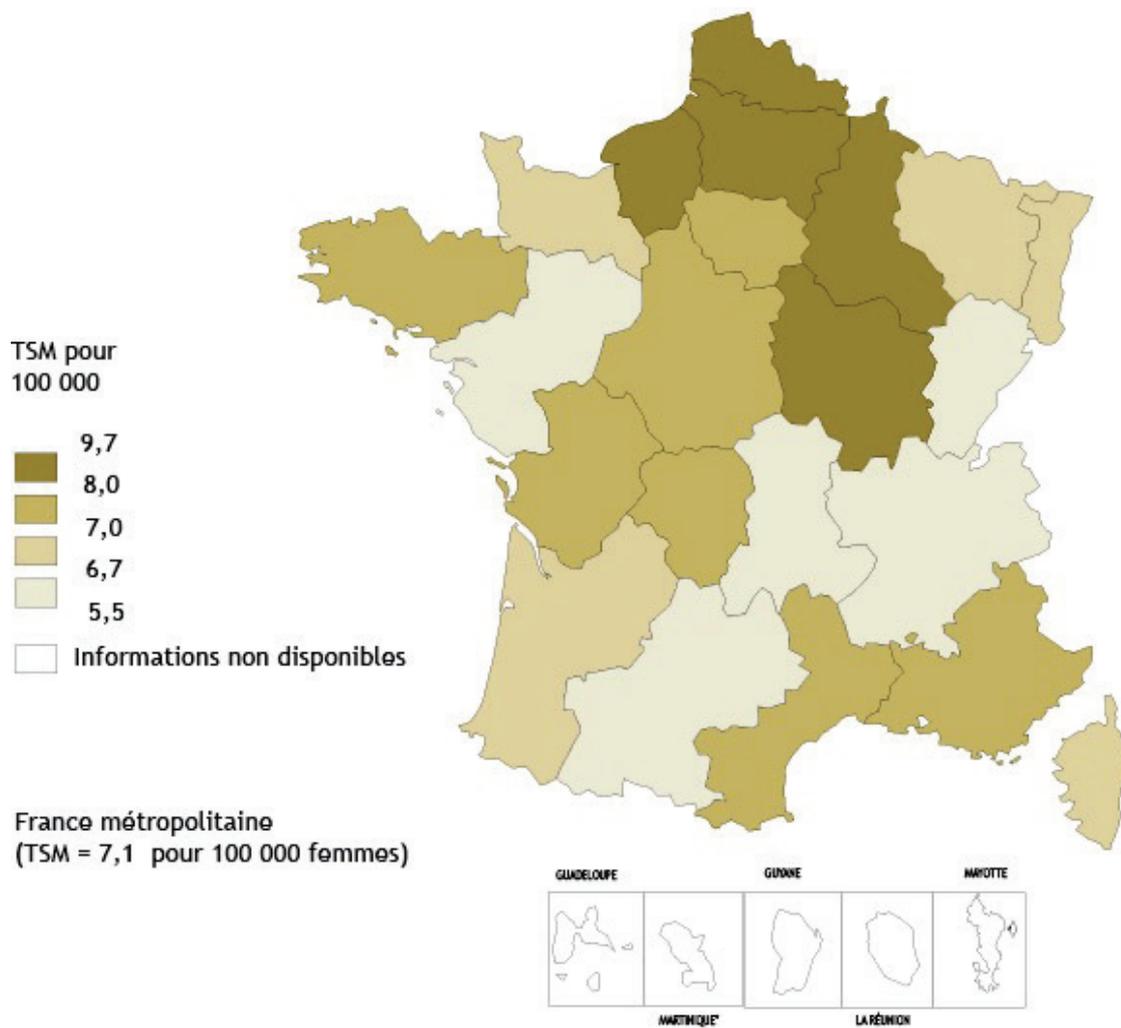


Figure 02 : Taux standardisés à la population mondiale (TSM) de mortalité par cancer du col utérin à l'échelle régionale en France métropolitaine et dans les DOM entre 2004 et 2008 (source InVS)

2.1.3 : Taux de survie

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de pronostic dit « intermédiaire », autrement dit la survie à cinq ans se situe entre 20 et 80%. La survie relative à 1 et 5 ans, est respectivement de 89% et 70%. Cette dernière diminue avec l'âge, passant de 82% chez les 15-45 ans, à 38% chez les 75 ans et plus [25].

En 2002, la prévalence partielle à cinq ans, soit le nombre de femmes ayant eu un diagnostic de cancer du col de l'utérus dans les cinq années précédentes (période 1998-2002), et toujours en vie, était de 12 595, soit 41,0 sur 100 000 femmes. Le cancer du col de l'utérus représente ainsi près de 3,1% des cas prévalents à 5 ans de la femme [25].

Au niveau européen selon l'étude Eurocare 4 [33] sur la période de 1995 à 1999, la France, avec une survie relative à 5 ans estimée à 66,9%, se situe au dessus de la moyenne européenne (62,6%).

A un stade précoce le pronostic du cancer du col de l'utérus est très bon avec un taux de survie relative à 5 ans de 91,5% à un stade local, 57,7% à un stade régional et 17,2% à un stade métastatique [25].

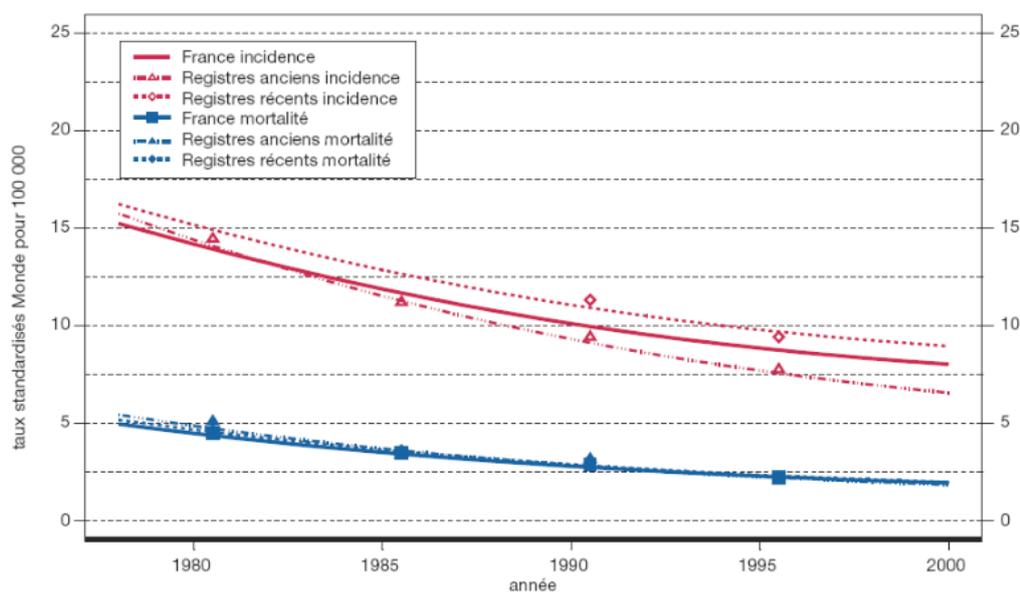


Figure 03 : Tendances chronologiques des taux d'incidences et de mortalité du col de l'utérus en France (source InVS).

2.2 : Anatomopathologie

Le cancer du col de l'utérus se développe au niveau de la jonction endocol-exocol de l'utérus. L'exocol est un épithélium malpighien donnant naissance à des carcinomes épidermoïdes (85%). L'endocol lui est un épithélium glandulaire où se développent des adénocarcinomes (15%). Il existe également des cancers plus rares d'histologies variées (sarcome, mélanome ou lymphome). Le développement des lésions cancéreuses est étroitement lié à l'infection par le Papillomavirus (HPV), et peut mettre jusqu'à 15 à 20 ans à se développer.

2.3 : Classification selon Bethesda

Les lésions pré cancéreuses appelées néoplasies cervicales intra-épithéliales ou CIN se situent au niveau de l'exocol et correspondent à l'atteinte des cellules de l'épithélium.

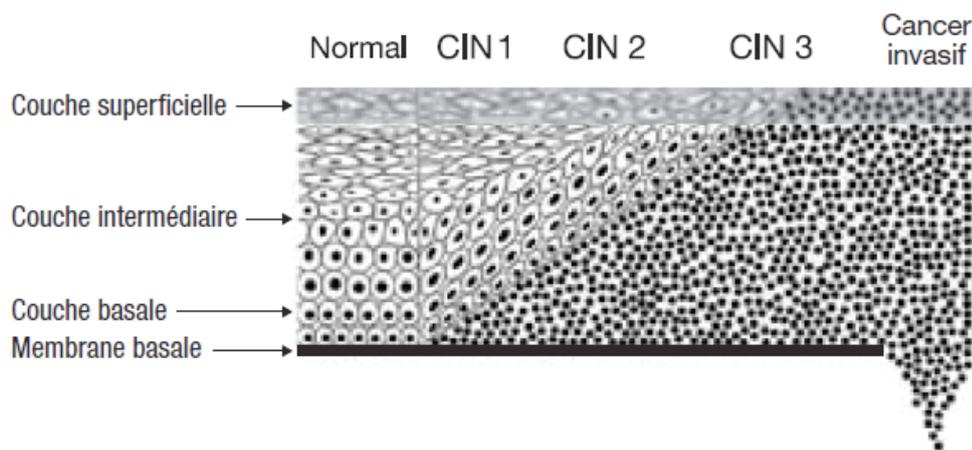


Figure 04 : Évolution de l'épithélium normal vers un cancer invasif

Elles sont classées depuis 1968 en trois grades en fonction du degré de dysplasie:

- si les cellules anormales touchent le tiers de l'épithélium, on parle de CIN1 ;
- si elles affectent les deux tiers de l'épithélium, on parle de CIN2 ;
- si elles affectent toute l'épaisseur de l'épithélium, on parle de CIN3 ;

Dans les années 1990 le Cancer Institute des États Unis élabore le système Bethesda :

- les lésions malpighiennes intraépithéliales de bas grade (LSIL ou LMIEBG) qui correspondent aux CIN1
- les lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade (HSIL ou LMIEHG) qui correspondent aux CIN2 et CIN3

Pour chaque lésion pré cancéreuse existe un pourcentage de résolutions spontanées, de 57% à 32%, en fonction de la classe, avec en cas de régression une « clairance virale » négative à terme (ou tout du moins une ADN virale indétectable avec les techniques actuelles). Il existe également un risque de persévérance de l'infection ou, malheureusement, une évolution à un stade cancéreux. On pourra retenir que les lésions de bas grade ont une forte probabilité de régresser spontanément, et celles de haut grade d'évoluer vers des cancers invasifs.

2.4 : Dépistage organisé et dépistage individuel

Dans la littérature, la comparaison de la situation observée sur le plan de l'incidence des cancers dans différents pays disposant ou non d'un dépistage organisé ou d'un dépistage individuel est en faveur du dépistage organisé [27]. Le dépistage organisé du cancer du col est plus efficace que le dépistage individuel en termes de cancers évités [9]. Il permet une meilleure couverture de la population en assurant une offre équitable sur un territoire de santé donné et augmente la probabilité de toucher les femmes les plus à risque. Il intègre l'évaluation du dispositif et la mise en œuvre d'une démarche d'assurance qualité à toutes les étapes du dépistage [21].

2.5 : Rapide tour d'horizon du dépistage en France

Globalement, le taux de couverture moyen (tous âges) des femmes de 20 à 69 ans, sur deux périodes de 3 ans (entre 1995 et 2000), estimé par la caisse de l'assurance maladie sur le territoire français, n'a pas dépassé les 58%. Plus de 40% des femmes n'ont pas fait de frottis en 3 ans et 34% des femmes n'ont pas fait de frottis en 6 ans [14].

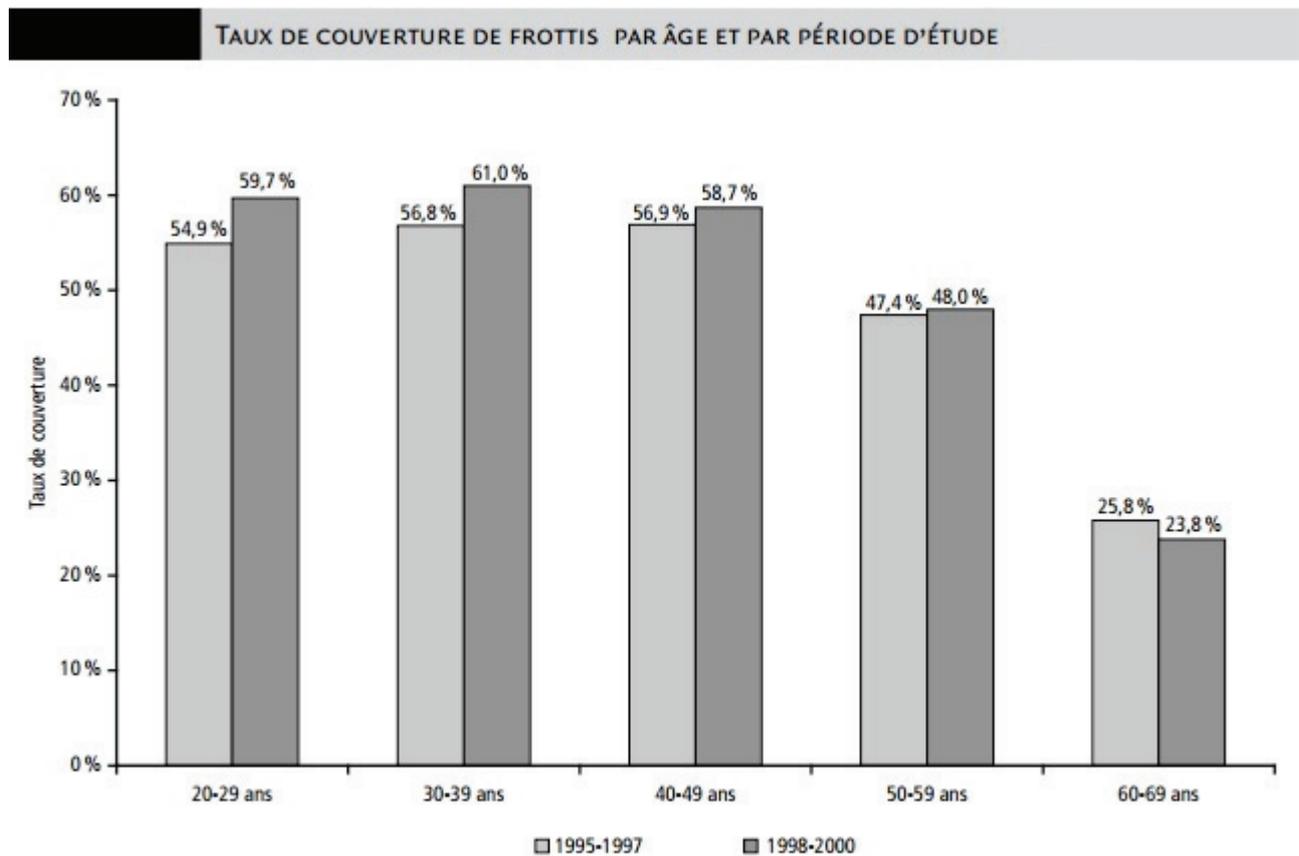


Figure 05 (source InVS)

3 : HYPOTHESE DU TRAVAIL

Il existe des freins au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Haute-Corse en raison des particularités sociales et insulaires qui limitent le message de santé publique véhiculé par ce type d'action.

4: OBJECTIFS DU TRAVAIL

4.1 : Objectif principal

Déterminer si un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Haute-Corse est envisageable sur le long terme.

4.2 : Objectifs secondaires

- Déterminer si la participation des femmes au dépistage organisé du col de l'utérus en Haute-Corse mis en place par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en 2008-2009 est comparable aux autres régions ayant déjà orchestré de telles expériences.
- Évaluer l'efficacité du dépistage organisé sur une expérience limitée.
- Appréhender le nombre de cas de cancers du col de l'utérus sur le territoire de la Haute-Corse.

5 : MATERIEL ET METHODE

Une campagne de prévention a été organisée en Haute-Corse par la CPAM, à l'initiative de sa directrice, dans les années 2008-2009.

Nous avons mené une étude ancillaire rétrospective à partir des données de cette campagne.

5.1 : Etude de la CPAM

5.1.1 : Recueil des données

Parmi les femmes âgées de 25 à 65 ans inscrites au régime général de la sécurité sociale de Haute-Corse, les professionnels de la CPAM ont recensé celles n'ayant pas été remboursées pour un acte P55 (acte des anatomo-cytopathologistes prescrit pour l'analyse des frottis réalisés par les gynécologues ou les médecins généralistes), dans les 30 derniers mois. L'acte retenu pour retracer avec précision les frottis est le P55 et non le B55 car ce dernier cote également d'autres examens. Une déclaration spécifique auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été obtenue pour traiter les noms prénom et âge de ces femmes.

Dans un second temps, un courrier individuel a été envoyé à chacune de ces femmes, contenant une lettre d'information et une invitation à aller consulter son gynécologue pour la réalisation d'un frottis ainsi qu'un bon d'analyse à remettre au laboratoire d'anatomopathologie afin d'identifier chaque frottis effectué dans le cadre du dépistage.

Les FCU ont été déposés puis analysés dans différents laboratoires d'anatomopathologie (Haute Corse et continent). Le suivi des anomalies constatées au FCU a été obtenu auprès des différents laboratoires ainsi que les deux seules gynécologues effectuant les colposcopies sur le territoire de la Haute-Corse. A défaut de résultats retrouvés, les autres gynécologues et médecins traitants ont été contactés. Dans les rares cas de perdues de vue les patientes ont été appelées par téléphone.

5.1.2 : Période de l'étude

L'inclusion des patientes a été effectuée sur deux périodes sur un total de 30 mois :

- du 1^{er} janvier 2006 au 31 janvier 2008
- du 1^{er} février au 30 juin 2008. Soit un total de 30 mois.

Les frottis ont été prélevés sur la période de septembre 2010 à février 2011 (dates retrouvées sur les comptes rendus).

5.1.3 : Financement :

La prise en charge du frottis est à 100 % sur une période de 6 mois.

Une subvention de 9240 € a été allouée par le Groupement Régional de Santé Publique de la Corse. Cette subvention a permis de financer l'impression, l'affranchissement et l'envoi des invitations aux assurés.

La CPAM de Haute-Corse a mis à disposition trois salariés à temps plein pour l'organisation de l'action de prévention.

Le dépistage est financé par l'Assurance Maladie. L'assuré consulte le gynécologue participant de son choix et lui remet un bon de consultation lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Le médecin complète le bon et le renvoie à la CPAM pour être rémunéré. Il est payé 28€ quelque soit le secteur d'activité (un ou deux), pour la consultation et la réalisation du frottis. Le praticien remplit également le bon d'analyse et le remet aux patientes avec le prélèvement. Celles-ci le déposent au cabinet d'anatomopathologie participant de leurs choix sans aucune contrepartie financière. Tout examen complémentaire réalisé à la demande du professionnel de santé consulté sera à la charge de l'assurée.

Au total le coût estimé pour la Sécurité Social est de 45 529 euros, dont 10 000 euros sur l'hypothèse de la participation de 2 000 femmes.

5.1.4 : Résultats

- Nombre de femmes ressortissantes du régime général en Haute-Corse : **33 500**
- Nombre de femmes ayant réalisé un frottis sur les 30 derniers mois : **13 000**
- Nombre de femmes n'ayant pas réalisé de frottis sur les 30 derniers mois : **20 500**
 - sans médecin traitant : 6 969 (34%)
 - sans mutuelle 6 502 (32%)
- Taux de couverture de la Haute-Corse : **40%**

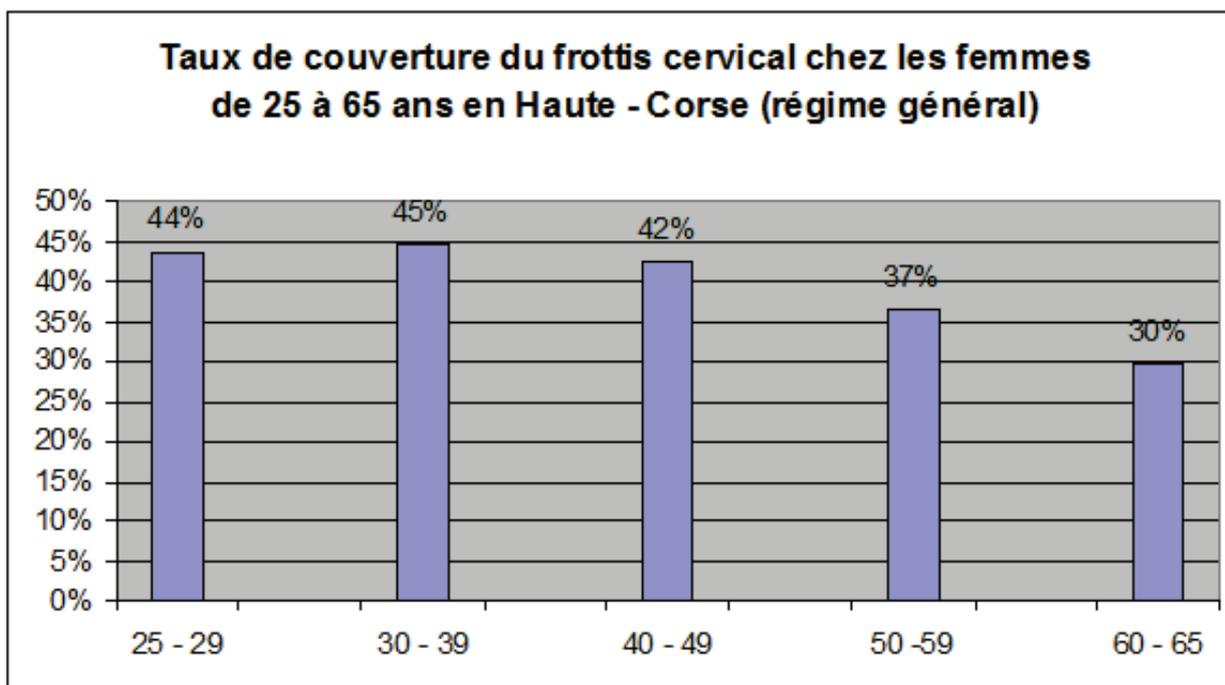


Figure 06 (source CPAM de Haute-Corse)

- Nombre de FCU recensés grâce aux bons de participation (avec les noms, âges des patientes, date de prélèvement, et laboratoire d'anatomopathologie ayant effectué l'analyse) : **912**

5.2 : Notre étude

5.2.1: Population cible

Les femmes de 25 à 65 ans issues de l'étude de la CPAM ayant réalisée un FCU

5.2.2 : Période de l'étude

Le recueil des résultats et l'analyse ont été effectués sur la période 2012-2013.

5.2.3 Méthode d'analyse

L'action de la campagne menée par la CPAM de Haute-Corse sera évaluée grâce à la mesure de trois indicateurs (impact, qualité, efficacité), selon les recommandations du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus [12].

L'étude statistique a été réalisée sous la direction du statisticien Franck Leduff et à l'aide des logiciels EXCEL et XLSTAT.

5.2.3.1 : Indicateurs d'impact

5.2.3.1.1 : Taux de couverture

Le taux de couverture permet de mesurer le taux de dépistage dans la population ciblée par le dépistage. Il est l'un des taux principaux à calculer, étant utilisé pour la loi de santé 2004 – 2009.

Taux de couverture :

$$\frac{\text{Nombre de femmes de 25 – 65 ans ayant fait au moins un frottis}^*}{\text{Nombre de femmes de 25 – 65 ans}}$$

* : sur 30 mois dans le cadre du dépistage organisé ou individuel

5.2.3.1.2 : Taux de participation

Le taux de participation permet de mesurer l'adhésion de la population à la campagne de dépistage. Il est le seul permettant de réaliser des comparaisons entre départements ou au niveau national. Il est également utile pour comparer les évolutions locales au cours de la campagne.

Taux de participation :

$$\frac{\text{Nombre de femmes de 25 – 65 ans ayant fait au moins un frottis}^*}{\text{Nombre de femmes de 25 – 65 ans}}$$

* : sur 30 mois dans le cadre du dépistage organisé uniquement

5.2.3.1.3 : Taux de participation « invitées »

Le taux de participation invitée dépend de l'organisation de la campagne, des stratégies d'invitation et permet d'évaluer leur performance.

Taux de participation « invitées » :

$$\frac{\text{Nombre de femmes de 25–65 ans ayant fait au moins un frottis}^*}{\text{Nombre de femmes « invitées »}}$$

* : dans le cadre du dépistage organisé uniquement

5.2.3.2: Indicateurs de qualité

Le pourcentage de frottis non satisfaisants (évalué d'après les critères de Bethesda), représente le nombre de frottis non satisfaisants pour l'analyse cytologique, ne dépendant pas de l'âge de la femme et devant être refait. Selon le Groupe Technique National il ne doit pas excéder 2% en France.

Pourcentage de frottis non satisfaisants pour l'évaluation :

$$\frac{\text{Nombre de dernier frottis « non satisfaisants »}}{\text{Nombre total de frottis de dépistage}}$$

5.2.3.2.1 : Pourcentage de frottis anormaux

Le pourcentage de frottis anormaux doit être stable et proche de 4 % selon le Groupe Technique National. En cas de valeur trop élevée il peut signifier une proportion importante de faux positif.

Pourcentage de frottis anormaux : $\frac{\text{Nombre de frottis anormaux*}}{\text{Nombre total de frottis}}$

* : est considéré comme anormal toute anomalie de sévérité supérieur ou égal à ASC-US (atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée) pour les lésions malpighiennes et à AGC (atypies des cellules glandulaires) pour celles glandulaires

5.2.3.2.2 : Taux d'anomalies cytologiques

Le taux d'anomalies cytologiques quantifie les différentes anomalies retrouvées dans la population dépistée. Il permet de surveiller l'action de la vaccination contre l'HPV, de comparer la qualité des frottis entre départements (représentée par le nombre de ASC-US) et la concordance cyto-histologique (nombre de HSIL).

Taux de frottis présentant l'anomalie « x » : $\frac{\text{Nombre de frottis présentant l'anomalie « x »}}{\text{Nombre total de frottis}}$

5.2.3.2.3 : Répartition des anomalies cytologiques

Le calcul de la répartition des anomalies cytologiques parmi les frottis anormaux a deux objectifs : voir l'évolution de la proportion des frottis anormaux nécessitant une histologie, et l'évolution de la proportion de frottis classés ASC-US.

Pourcentage de frottis présentant l'anomalie cytologique « x » :

$$\frac{\text{Nombre de derniers frottis de dépistage présentant l'anomalie « x »}}{\text{Nombre de derniers frottis de dépistage anormaux}}$$

5.2.3.2.4 : Pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire

Il permet d'approcher le pourcentage de faux positifs. A noter qu'un grand nombre de faux positifs sont des condylomes plans, des lésions non dysplasiques, mais provoquées toutes les deux, également par l'HPV.

Pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire :

$$\frac{\text{Nombre de frottis innocentés par un examen complémentaire}}{\text{Nombre total de frottis anormaux}}$$

5.2.3.2.5 : Concordance cyto-histologique

Le pourcentage d'histologie positive en fonction de l'anomalie cytologique, encore appelé concordance cyto-histologique, repère la proportion de frottis anormaux, ayant entraîné une histologie positive. Si tous les frottis anormaux donnent lieu à une histologie, elle se confond à la valeur prédictive de cette anomalie.

Concordance cyto-histologique pour l'anomalie cytologique «x» :

$$\frac{\text{Nombre d'histologies positives}}{\text{Nombre de frottis présentant l'anomalie cytologique «x»}}$$

5.2.3.2.6 : *Perdues de vue*

Le pourcentage de perdues de vue représente le nombre de personnes dont le test était positif, nécessitant des investigations, et dont aucune information n'est disponible dans un délai de douze mois. Les indicateurs de suivi permettent de repérer d'éventuels dysfonctionnements du programme de dépistage.

Nombre de femmes perdues de vue:

$$\frac{\text{Nombre de femmes avec un frottis de dépistage anormal et dont aucune information n'est disponible dans un délai de 12 mois}}{\text{Nombre de femmes ayant le dernier frottis de dépistage anormal}}$$

5.2.3.3: Indicateur d'efficacité

Le taux de cancers invasifs évalue le nombre de cancers dépistés soit l'objectif principal des programmes de dépistage. Il peut être calculé globalement ou par morphologie (carcinomes épidermoïdes, adénocarcinome, et cancer sans précision).

Taux de cancer invasif :

$$\frac{\text{Nombre de cancers invasifs}}{\text{Nombre de femmes ayant fait au moins un frottis sur la période d'étude}}$$

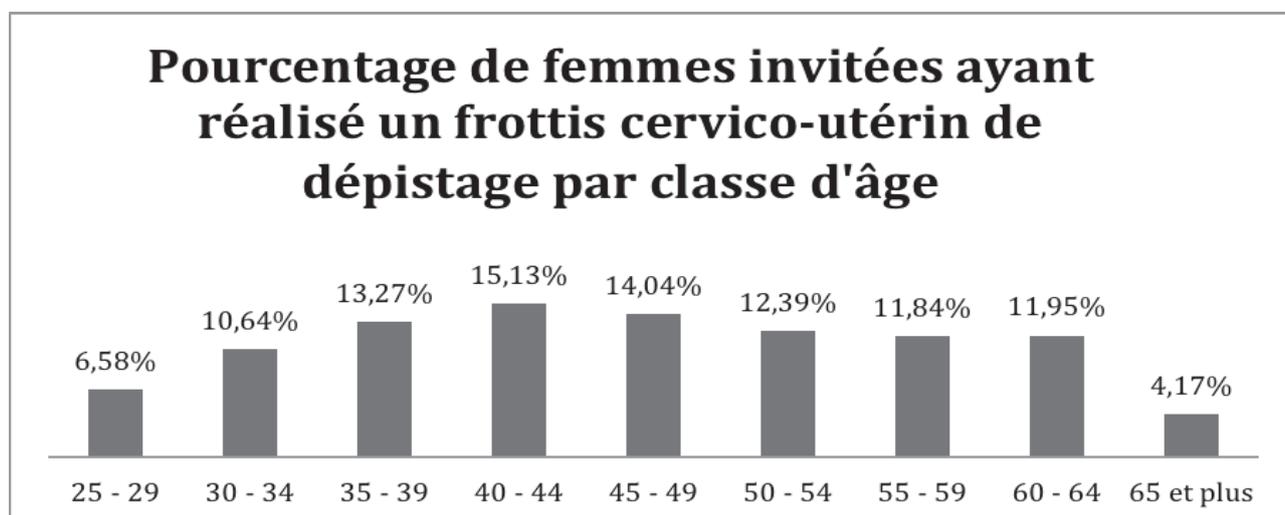
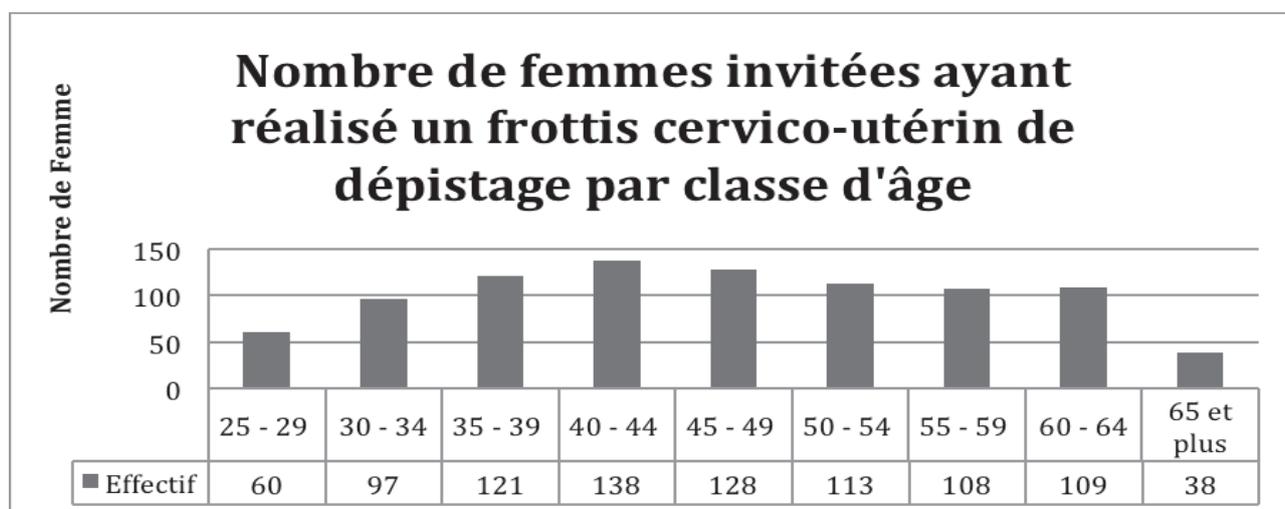
Le taux de lésions histologiques précancéreuses, est le deuxième indicateur d'efficacité. Cependant ces lésions n'évoluent pas inévitablement vers un cancer invasif. Elles peuvent également régresser d'elles même. Ce taux ne peut donc pas être corrélé de manière parfaite au nombre de cancers invasifs évités.

Taux de lésions histologiques du type considéré :

$$\frac{\text{Nombre de lésions du type considéré}}{\text{Nombre de femmes ayant fait au moins un frottis sur la période d'étude}}$$

6 : RESULTATS

L'âge des femmes ayant participé à l'étude est compris entre 27 ans et 65 ans. La moyenne d'âge des femmes ayant participé à notre étude est de 46,3 ans. La valeur médiane est de 46 ans. L'écart type est de 11. Le nombre de femmes invitées ayant réalisé un frottis cervico-utérin de dépistage par classe d'âge est le suivant:



Dans notre étude **la tranche d'âge la plus représentée est 40-44 ans** puis 45-49 ans, puis 35-39 ans. La tranche d'âge la moins représentée est 65 ans et plus (mais cette catégorie ne contient que les femmes âgées de 65 ans).

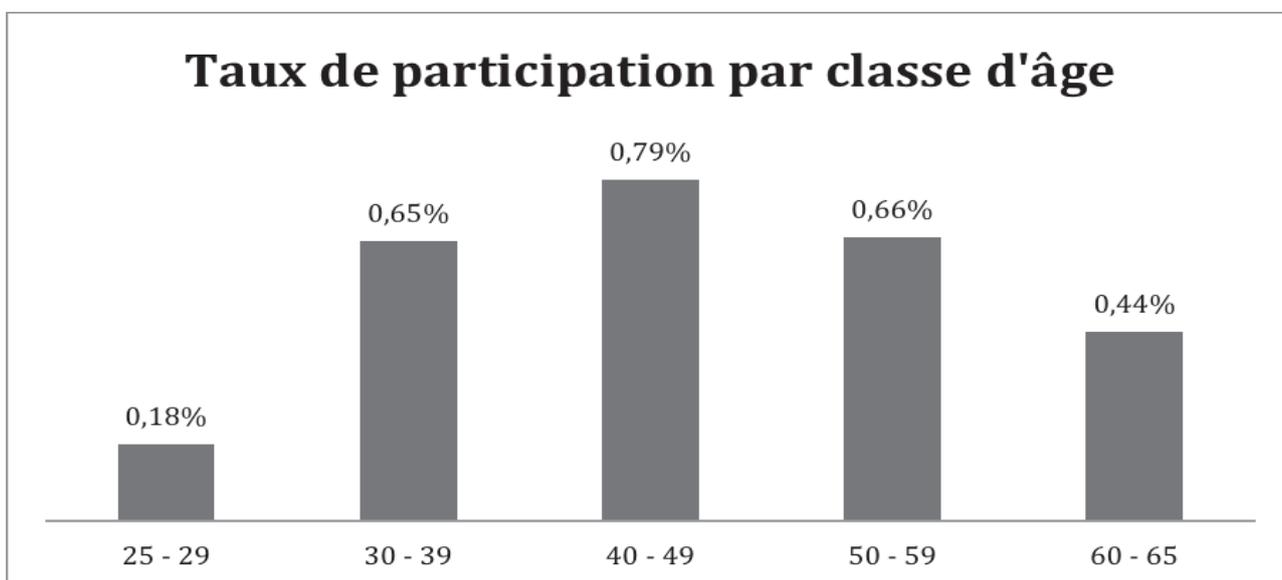
6.1: Indicateurs d'impact

6.1.1 : Taux de couverture

Dans notre étude le taux de couverture est estimé à **42%**.

6.1.2 : Taux de participation

Dans notre étude le taux de participation est de **2,72 %**.



Le taux de participations est le plus important pour les 40-49 ans. Viennent ensuite par ordre décroissant les 50-59 ans , les 30-39 ans, les 60-65 ans, et enfin les 25-29 ans.

6.1.3 : Taux de participation « invitée »

Dans notre étude le taux de participation « invitée » est de **4,45 %**.

6.2 : Indicateurs de qualité

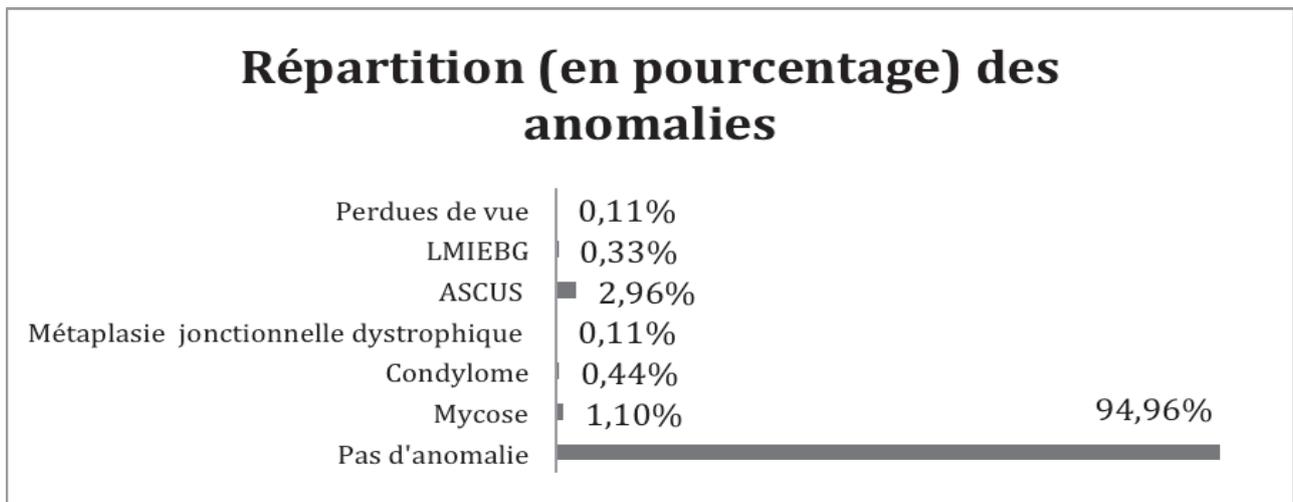
Le nombre de frottis de qualité «non satisfaisants pour l'évaluation» selon les critères de Bethesda (2001) est de **zéro**.

Après analyses des **912 frottis** obtenus dans le cadre du dépistage on retrouve les anomalies suivantes :

Type d'anomalie	Effectif	Pourcentages
Pas d'anomalie	866	94,96%
Mycose	10	1,10%
Condylome	4	0,44%
Métaplasie jonctionnelle dystrophique	1	0,11%
ASC-US (atypies de cellules malpighiennes de signification indéterminé)	27	2,96%
ASC-H (atypies de cellules malpighiennes ne permettant pas d'exclure une lésion intra-épithéliale de haut grade)	0	0,00%
AGC (atypies des cellules glandulaires)	0	0,00%
LMIEBG (anomalies malpighiennes intra-épithéliales de bas grade)	3	0,33%
LMIEHG (anomalies malpighiennes de intra-épithéliales de haut grade)	0	0,00%
Perdus de vue	1	0,11%

Nous recensons à ce stade une perdue de vue. Nous avons un FCU apparaissant comme effectué dans le cadre du dépistage, mais nous n'avons pas pu en retrouver le compte rendu. Le laboratoire censé l'avoir analysé avait un résultat concernant cette patiente mais à une date hors de notre période d'étude. La patiente a été contactée mais elle ne se souvenait plus si elle avait ou non participé à notre campagne.

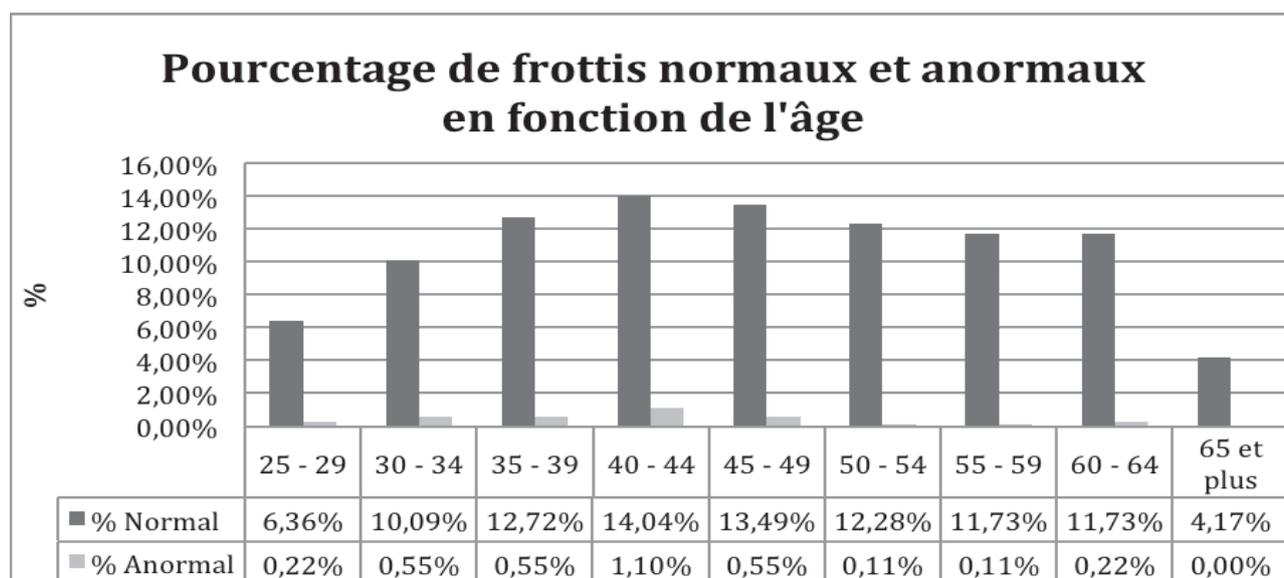
Nous retrouvons la répartition des anomalies suivantes en pourcentage :



Le résultat le plus représenté est le FCU sans anomalie. Il représente plus de 80% des résultats.

6.2.1 : Pourcentage de frottis anormaux

Dans notre étude il est considéré comme anormal toute anomalie de sévérité supérieure ou égal à ASC-US, pour les lésions malpighiennes, et à AGC pour celles glandulaires. Le nombre de frottis anormaux est de **31 soit 3,40%**.

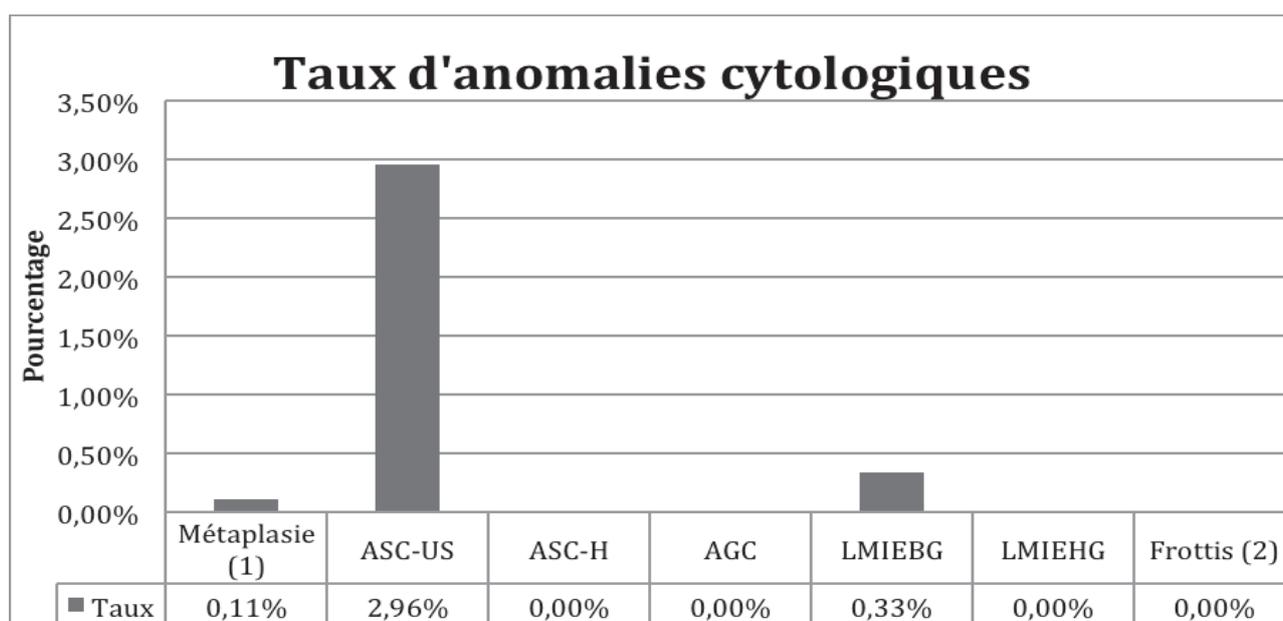


On retrouve le taux de frottis anormaux le plus élevé dans la tranche d'âge des **40-44 ans** mais il s'agit de la catégorie la plus représentée. Le taux diminue chez les femmes à partir de 50 ans.

6.2.2 : Taux d'anomalies cytologiques

Dans notre étude les taux d'anomalies cytologiques sont les suivant :

Anomalie	Effectif	Taux
Métaplasie jonctionnelle dystrophique (1)	1	0,11%
ASC-US	27	2,96%
ASC-H	0	0,00%
AGC	0	0,00%
LMIEBG	3	0,33%
LMIEHG	0	0,00%
Frottis évocateurs de cancer (2)	0	0,00%



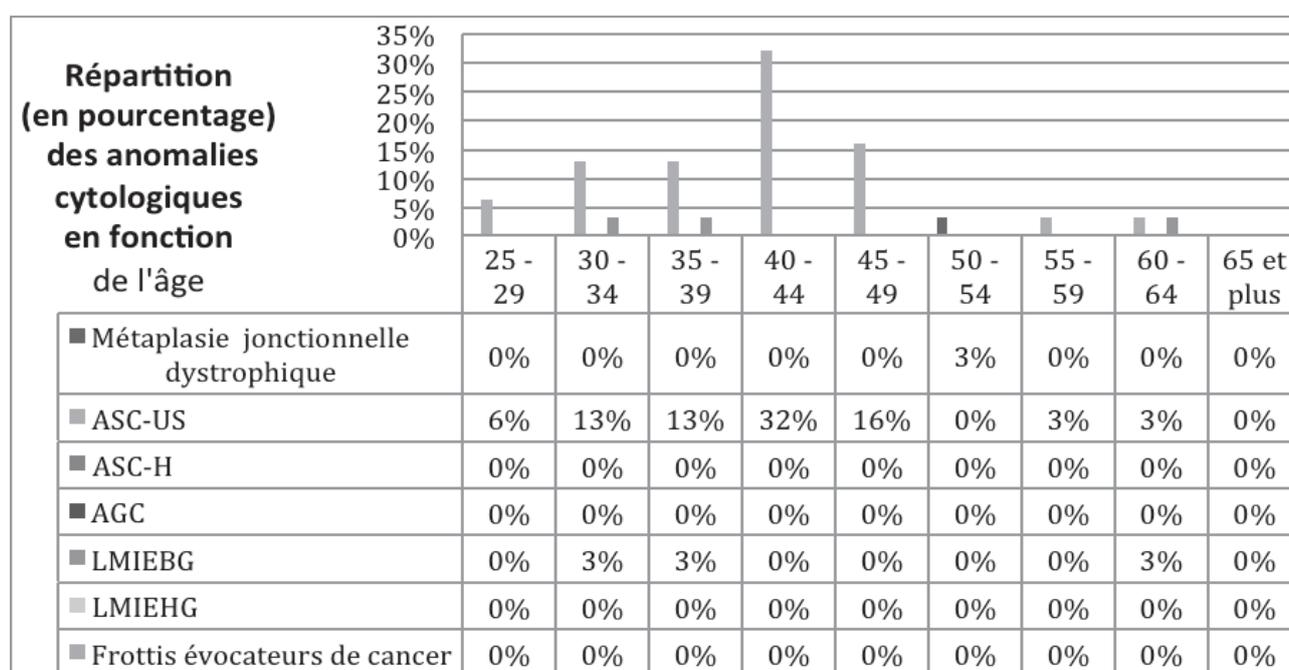
Parmi nos taux d'anomalies cytologiques la **catégorie la plus représentée est celle des ASC-US. Ils représentent moins de 3% des FCU de notre campagne de dépistage.**

Les deux seuls autres types retrouvés sont très faibles. Ils concernent seulement des dysplasies de bas grade. **Nous n'avons pas retrouvé de FCU évocateurs de cancer, ni de dysplasie de haut grade.**

6.2.3 : Répartition des anomalies cytologiques

Dans notre étude nous retrouvons la répartition des anomalies cytologiques suivantes (anomalie de sévérité supérieure ou égale à ASC-US, pour les lésions malpighiennes, et à AGC pour celles glandulaires) :

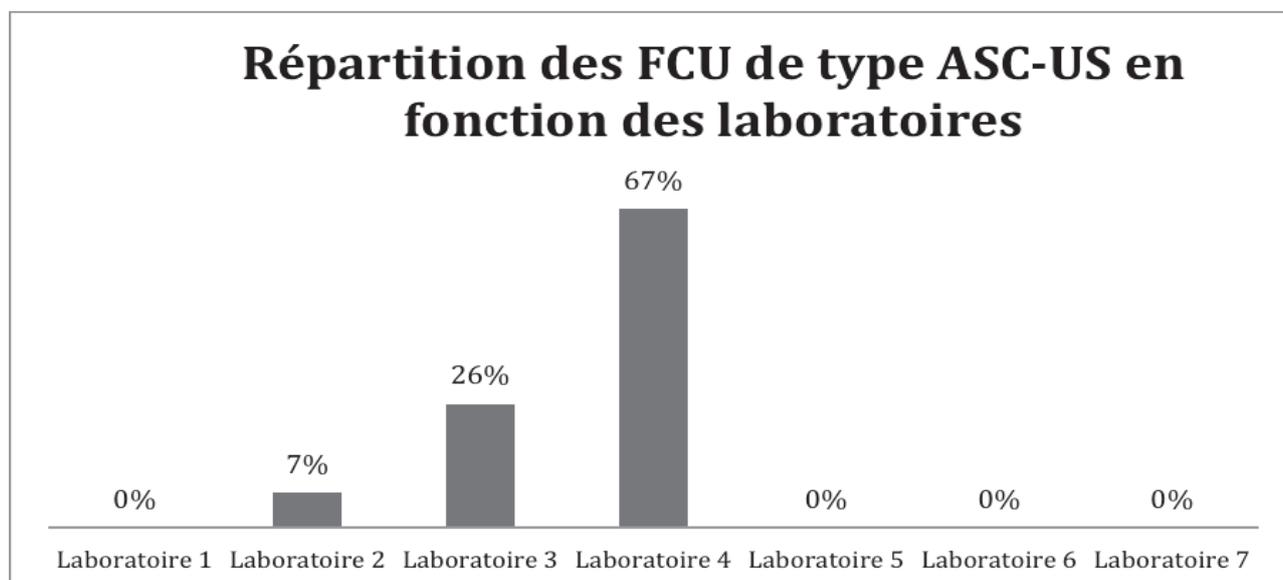
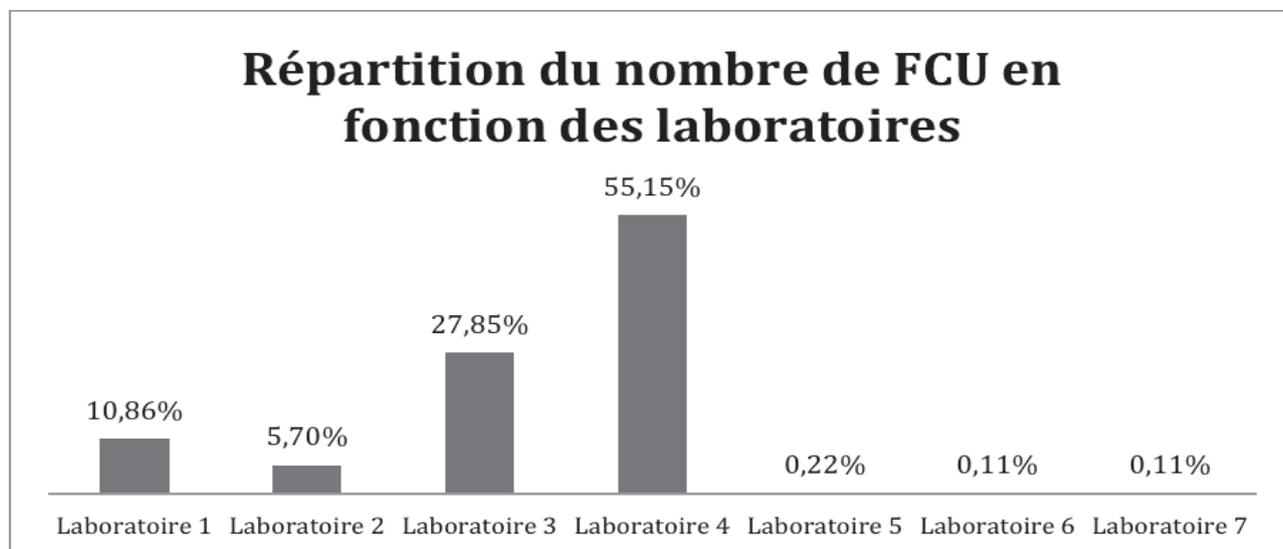
Anomalie	Effectif	Pourcentage
Métaplasie jonctionnelle dystrophique	1	3%
ASC-US	27	87%
ASC-H	0	0%
AGC	0	0%
LMIEBG	3	10%
LMIEHG	0	0%
Frottis évocateurs de cancer	0	0%



Le taux de frottis codés ASC-US est le plus élevé parmi les anomalies cytologiques. Il est le plus représenté dans la tranche d'âge 40-45 ans. Les autres taux sont répartis sur les différentes classes d'âge.

La répartition des anomalies cytologiques nous permet de comparer la proportion des FCU de type ASC-US ce qui nous donne une indication de la qualité de lecture des frottis. Ils correspondent à des résultats que l'anatomopathologiste ne peut, ou ne veut, pas classer en

LMIEBG, ou plus, alors qu'il y a des anomalies de type malpighienne [22]. Dans notre étude la lecture des FCU a été répartie dans différents laboratoires. Nous avons donc analysé la répartition de cette anomalie en fonction des cabinets d'anatomopathologie.



Le laboratoire numéro 4 est celui qui a analysé plus de 50% des frottis. Il est celui également qui interprète le plus de frottis comme étant de type ASC-US (plus de 60%). Les laboratoires 2 et 3 en ont trouvés respectivement 6% et 28%. Le laboratoire 2 a trouvé moins de frottis de type ASC-US que le laboratoire 3. On remarque que quatre laboratoires n'en n'ont pas trouvé un seul dont le laboratoire 1 qui a analysé plus de 10% des frottis.

6.2.4 : Pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire

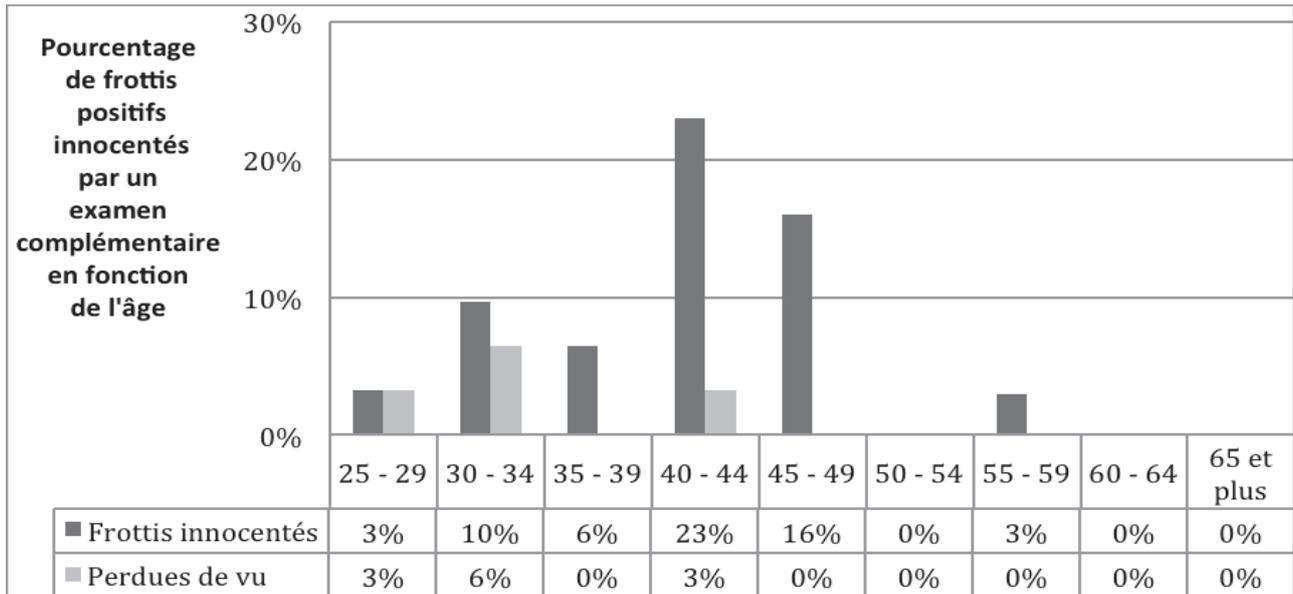
Les calculs du pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire sont réalisés de trois façons :

- **Sur tout frottis anormal** en considérant comme examen complémentaire ayant innocenté le frottis :
 - Les histologies (quelle que soit l'anomalie cytologique) ;
 - Le test HPV (uniquement pour les frottis ASC - US);
 - Les frottis de contrôle (uniquement pour les frottis ASC-US).
- **Sur tout frottis ASC-US** en considérant comme examen complémentaire ayant innocenté le frottis :
 - Les histologies ;
 - Les tests HPV ;
 - Les frottis de contrôle.
- **Sur tout frottis en dehors d'un ASC-US** en considérant comme examen complémentaire ayant innocenté le frottis :
 - Les histologies ;
 - Les frottis de contrôle.

Indicateur	Effectif	Pourcentage
Pourcentage de frottis anormaux, ayant entraîné une histologie positive	8	26%
Pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire	19	61%
Pourcentage d'ASC-US positifs innocentés par un examen complémentaire	19	61%
Pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire (hors ASC-US)	0	0%
Pourcentage de perdu de vu	4	13%

Le pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire est de 61%.

Ces FCU sont tous de type ASC-US.



Le pourcentage de frottis positifs innocentés est le plus important dans la tranche d'âge des 40-44 ans. Il est nul chez les 50-54 ans et à partir de 60 ans.

6.2.5 : Concordance cyto-histologique

Dans notre étude le nombre d'anomalies cytologiques retrouvées (hors ASC-US) est de **4**. Parmi elles nous retrouvons **3** frottis avec une histologie positive. Nous avons une perdue de vue. Tous nos frottis avec une anomalie cytologique (hors AS-US) ont une histologie positive.

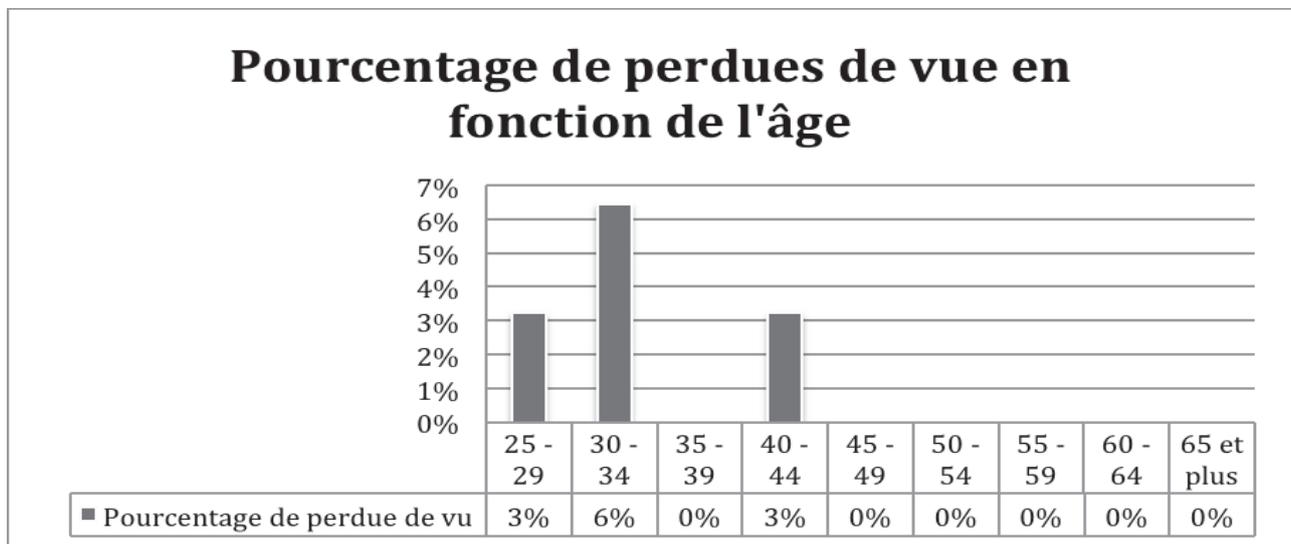
6.2.6 : Perdues de vue

Dans notre étude nous avons 4 perdues de vue, ce sont des femmes ayant un frottis de dépistage anormal et pour lequel nous n'avons pas d'information complémentaire ou qui n'ont pas fait d'examen de contrôle dans une période de 12 mois.

Deux d'entre elles avaient des frottis anormaux (un ASC-US et un LMIEBG), avec des frottis de contrôle normaux mais effectués à plus de douze mois du premier prélèvement.

Une avait un frottis de type ASC-US avec un frottis de contrôle montrant un LMIEBG, non comptabilisé car effectué à plus de douze mois du premier prélèvement.

La dernière présentait un frottis de typer ASC-US, sans autre examen effectué à notre connaissance.



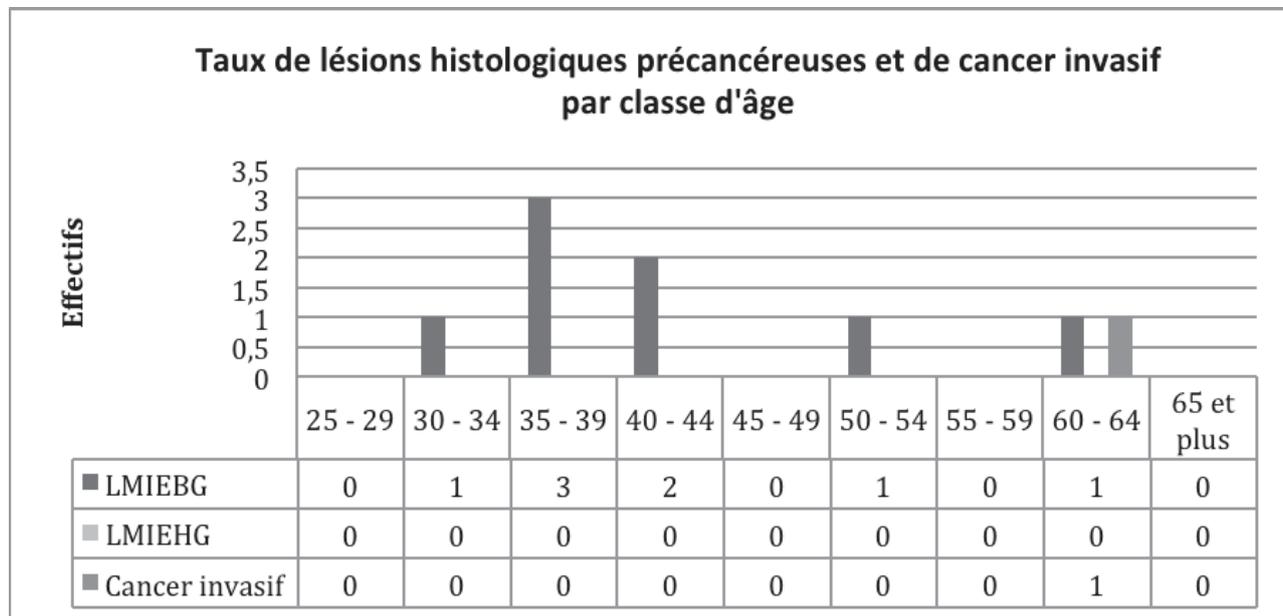
Le pourcentage de perdues de vue est plus important dans la tranche d'âge des 30-34 ans. Le taux est le même pour la tranche d'âge des 25-29 ans et des 40-44 ans. Il n'y a aucune perdues de vue à partir de 45 ans.

6.3 : Indicateurs d'efficacité

Dans notre étude nous retrouvons le taux de lésions histologiques précancéreuses et de cancers invasifs suivant :

Anomalie	Effectif	Pourcentage
Lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LMIEBG)	8	0,06%
Lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (LMIEHG)	0	0,00%
Cancers invasifs	1	0,01%

* Calculé en fonction du nombre de frottis effectué sur la période d'étude (soit du 1^{er} janvier 2006 au 31 janvier 2008, et du 1^{er} février au 30 juin 2008), dans le cadre du dépistage individuel et du dépistage organisé (soit 13 912 frottis).



Dans notre étude nous retrouvons **un cancer invasif (carcinome épidermoïde)**.

Nous retrouvons 8 lésions précancéreuses de bas grade et aucune de haut grade. **Le taux de LMIEBG est le plus élevé pour les 35-39 ans**, puis les 40-44 ans. Les 30-34 ans, les 50-54 ans, les 60-64 ans, et les 65 ans et plus ont le même taux. Celui des 25-29 ans, 45-49 ans, et 55-59 ans est nul.

Notre premier indicateur d'efficacité (taux de cancer invasif) est de 0,01%. Notre deuxième indicateur d'efficacité (taux de lésions histologiques pré-cancéreuses) est de 0,06%.

7: DISCUSSION

7.1 : Les éléments marquant de cette étude

Elle a été organisée par la CPAM de Haute-Corse, à l'initiative de sa directrice de l'époque devant le constat d'un taux de couverture plus bas que la moyenne nationale. Elle essaie de répondre à un problème de santé publique, avec à terme un bénéfice réel pour la population féminine locale. Elle a été initiée à partir de la base de donnée de la CPAM, soit la plus complète disponible. Son mode d'invitation a été calqué sur les recommandations émises par l'étude des quatre départements « pilotes » [13]. Il s'agit d'initiatives locales composées initialement de cinq départements dans les années 90, aujourd'hui rejoint par neuf autres [24].

Par ailleurs notre promoteur nous a permis de bénéficier de moyens financiers conséquents, avec un investissement total de 45 529 euros.

L'étude concerne un département dans sa totalité. Elle a porté sur tout le territoire de la Haute-Corse. Une relance a été effectuée avec l'envoi d'un second courrier pour essayer de potentialiser cette action.

Les moyens de communication à destination des professionnels de santé ont été importants. Plusieurs réunions d'information ont été organisées à l'intention de tous les gynécologues et de tous les médecins généralistes de la Haute-Corse, afin d'optimiser les moyens nécessaires à cette action. Un courrier individuel leur a également été adressé avec un feuillet d'explication. Les médecins généralistes ont reçu des dépliants et des posters de sensibilisation à afficher dans leur salle d'attente. Une communication auprès des assurées a également été organisée afin de les prévenir de cette campagne et de renforcer leur participation. Une conférence de presse a aussi été retranscrite dans le Corse Matin et diffusée sur France 3 Corse.

Cette étude a été construite selon les recommandations du cahier des charges national sur l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Notre recueil des données a été optimale avec peu de perte d'information, grâce à un système de « bon de prélèvement » permettant de reconnaître les frottis effectués dans le cadre du dépistage du secteur hospitalier ou en milieu libéral. Nous avons pu ainsi construire les différents indicateurs recommandés par le groupe technique national [12].

7.2 : Les limites

Notre étude pâtie d'une analyse tardive, avec un temps conséquent entre le recrutement, le prélèvement et l'analyse des résultats.

La directrice de la CPAM de Haute-Corse à l'initiative de ce projet a, entre temps, pris sa retraite. Son départ a stoppé l'élan de cette campagne.

La durée de l'action de dépistage s'est déroulée sur une année et a laissé peu de temps pour la faire connaître du public et des différents professionnels de santé.

Les résultats ont été analysés à partir des données recueillies sur 30 mois et non sur les 3 ans recommandés en raison de l'organisation inhérente à la liquidation des actes de la CPAM.

La CPAM s'est chargée des invitations, aucune structure de gestion n'ayant été prévu, avec pour conséquence un défaut d'organisation. Le seul laboratoire d'anatomopathologie de la Haute-Corse n'a pas été contacté ni été mis au courant du projet, et de nombreux FCU n'ont pas été comptabilisés dans le dépistage, car les bons d'anatomopathologie n'ont pas été utilisés.

Les frottis ont été analysés par plusieurs cabinets d'anatomopathologies localisés dans deux départements. Nous n'avons pas une lecture uniforme des FCU, ni de compte rendu type, bien que

tous répondaient aux critères de Bethesda. Ils n'étaient pas tous informés de cette campagne et cela a pu donner lieu à une perte d'information.

La sélection de patientes n'a pas pris en compte leurs antécédents gynécologiques. L'hystérectomie est un facteur d'exclusion et le courrier envoyé aux patientes stipulait qu'elles ne devaient pas participer à l'étude dans ce cas. Aucun retour de leur part n'a été préconisé, contrairement au dépistage du cancer du colon qui prévoit un questionnaire de retour en cas d'exclusion. Nous n'avons pas pu comptabiliser les patientes qui n'ont pas participé à notre campagne pour cette raison. Il est déjà démontré que le nombre de non participation pour cause d'hystérectomie est très largement mésestimé [36].

7.3 : Résultats attendus

7.3.1 : Taux de couverture et taux de participation

Le taux de couverture obtenu avec la campagne de dépistage organisée est légèrement plus élevé que celui obtenu par le dépistage individuel (42% contre 40%) mais bien en dessous du taux attendu de 50%. En comparaison le taux de couverture obtenu lors de la campagne organisée dans le Haut-Rhin est de 71%, de 68,5% dans le Bas-Rhin [13] et de 59% dans le Doubs. Ces taux restent nettement plus élevés que le notre.

Pour cette étude la CPAM de Haute-Corse attendait un taux de participation de 10% au minimum. Après analyse des résultats **le taux est seulement de 2,72 %**. En comparaison on retrouve des taux de participation allant de 13% pour la Martinique à 17,8% pour l'Isère [13]. Dans le Doubs il était de l'ordre de 56% [29]. Ce taux est un peu plus proche de celui d'une étude réalisée à Marseille dans les années 2001-2005 [30]. Cette dernière consistait à inviter des femmes n'ayant

pas effectué de frottis sur les trois dernières années. Les femmes participantes habitaient les quartiers Nord de Marseille et étaient pour la grande majorité des patientes migrantes ou en situation sociale précaire. Leur taux de participation sur une année, au bout de la troisième année de campagne, était de 7%.

Nous pouvons expliquer ce faible résultat par plusieurs facteurs :

- Mode d'accès aux soins et aux professionnels de santé, qui a déjà été démontré comme frein au dépistage du cancer du col de l'utérus [34] ; qu'il s'agisse d'obtenir un rendez-vous, ou de la difficulté de déplacement. Dans le département de la Haute-Corse le nombre de gynécologues est suffisant pour la population mais concentré sur une faible zone urbaine, ce qui peut limiter leur accessibilité. L'infrastructure routière en Haute-Corse est encore faiblement développée pouvant être une autre limite au dépistage. De plus notre population est plus vieillissante que la moyenne nationale ce qui suggère une mobilité réduite [26].

- Les particularités socio-culturelles ; une enquête qualitative réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 500 femmes âgées de 20 à 65 ans dans le département du Bas-Rhin [35] retrouve comme frein au dépistage des valeurs socio-culturelles très traditionnelles, une censure du corps et de la féminité, des refus d'ordre psychologique à se faire examiner par un médecin et de surcroît de sexe masculin (en Haute-Corse 33% des gynécologues libéraux et 69% des généralistes sont des hommes), un fatalisme à l'égard de la maladie. L'analyse a aussi montré que ces freins étaient d'autant plus difficiles à lever que ces femmes se trouvaient relativement isolées culturellement. Or ces particularités sont prépondérantes dans notre population insulaire, avec une faible connaissance des bénéfices de telles participations [26]. Ces mêmes constatations ont été retrouvées dans une étude qualitative sur le profil des femmes ne participant pas au dépistage du cancer du col de l'utérus réalisée à Nice en 2013-2014 [17].

D'autres facteurs socioprofessionnels sont retrouvés comme défavorisant le dépistage [6] : le fait d'être célibataire ou veuve, d'avoir un faible niveau d'éducation, d'être inactive, d'avoir des revenus peu élevés, d'être chômeuse, de ne pas bénéficier d'une mutuelle, de ne pas être sous contraception, d'être ménopausée, de ne pas avoir un traitement substitutif ou de suivie gynécologique régulier et de ne pas avoir de comportement de prévention. Là encore notre population féminine est plus concernée que la moyenne nationale [26].

- L'organisation de l'étude ; une enquête réalisée en 2012 par l'équipe de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) [10], afin d'analyser les freins au dépistage organisée du cancer du sein mettait en évidence le rôle primordial du médecin traitant pour l'adhésion des femmes aux campagnes de dépistages. Ce résultat peut être corrélé au dépistage du cancer du col de l'utérus. Ainsi il est montré qu'une réticence, ou plutôt un manque d'implication des professionnels de santé, par une méconnaissance de l'action dans notre cas, est une autre limite à la participation. Une campagne de communication a été effectuée dans l'étude, mais sans doute encore insuffisante pour une bonne connaissance du projet de la campagne par les médecins traitants. Ce résultat est également confirmé par l'évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus organisée dans le Doubs [29]. Le rôle primordial du médecin généraliste y est encore mis en évidence. Il constitue tout particulièrement une opportunité de bénéficier d'un frottis pour la population rurale et les classes d'âge les plus élevées qui ne consultent pas de gynécologues. Il faut noter également le rôle des médecins généralistes femmes du Doubs, dont le taux d'activité et l'implication dans la campagne de dépistage est plus important que celui des médecins hommes. En Haute-Corse les médecins traitants sont principalement de sexe masculin, ce qui peut, encore, constituer un frein au dépistage [2]. Notre population, de part son héritage culturel, est très attachée aux recommandations du médecin de famille. Enfin, on retrouve comme frein au dépistage organisé, un système d'invitation pouvant être considéré comme émanant d'une autorité qui symbolise la sphère publique alors que le FCU relève du privé et de l'intime. Une invitation émanant d'un médecin traitant pourrait éviter ce phénomène [37].

Il semblerait également que notre population ait une tendance réfractaire à la participation aux dépistages organisés. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en Corse en 2010-2011 est l'un des plus bas (33,6%) contre une moyenne nationale de 52,7 % (InVS). De même pour le cancer colo-rectal on retrouve, en Corse en 2010-2011, un taux de 8,3% tout sexe confondu (9,2% femmes uniquement), contre 32,1% (34% femmes uniquement) au niveau national (InVS). Il est démontré qu'un autre facteur favorisant la participation à une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus est la participation à celle du sein, et inversement [15].

Enfin il s'agissait d'une première tentative. Aucune action de prévention n'avait jusqu'alors été organisée concernant le cancer du col de l'utérus ce qui a pu être un frein malgré une campagne de communication conséquente.

7.3.2 : Age des patientes

L'âge est un autre facteur déterminant [18]. Ainsi les femmes les plus jeunes se sentent moins concernées par le dépistage organisé [31]. Les femmes les plus âgées, de plus de 50 ans, particulièrement celles ménopausées depuis longtemps, ont tendance à ne plus avoir de suivi gynécologique et ne plus se sentir concernées par le dépistage [19]. Nous savons que le risque de cancer est le plus grand à partir de 55 ans [7]. **Il se trouve que cette campagne a surtout recruté les femmes de plus de 50 ans.** Ce résultat est également retrouvé dans l'étude sur les quatre départements « pilotes » [13], ainsi que celle du Doubs [29]. Il est déjà reconnu que le dépistage organisé permet de recruter les patientes se faisant peu ou pas dépister. Cette campagne a permis de recruter en particulier les femmes de plus de 50 ans. **Il s'agit d'un critère de réussite.**

Nous remarquons que la tranche d'âge des 25-29 ans a le taux de participation le plus faible. Ce résultat n'est pas retrouvé dans la campagne effectuée dans le Doubs [29], ni dans celle des quatre départements « pilotes » [13]. Nous n'avons donc pas su sensibiliser cette population à notre campagne.

7.3.3 : Indicateurs de qualité

Nous n'avons pas, parmi les 912 frottis effectués, de frottis de qualité « non satisfaisant pour l'évaluation » selon les critères de Bethesda (2001). Cet indicateur ne doit pas excéder 2% selon le groupe technique national sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Dans l'enquête des quatre départements « pilotes » [13] il varie de 1,6% (en Martinique) jusqu'à 0,2% (en Isère). Dans notre étude il est nul. Ce résultat peut s'expliquer par le faible nombre de frottis, et du fait d'absence de frottis sur lame, grands pourvoyeurs de prélèvements de mauvaise qualité. En effet il est admis que le nombre de frottis non interprétables est réduit avec le frottis en milieu liquide [4]. Il témoigne également d'une bonne maîtrise des prélèvements par les praticiens.

Notre pourcentage de frottis anormaux correspond aux résultats attendus et n'excède pas 4% comme recommandé par le groupe technique national [12]. Cela signifie que nous n'avons pas d'arguments pour suspecter une proportion importante de faux positifs [12]. Si l'on compare notre étude à celle des quatre départements « pilotes » [13] on retrouve des taux de frottis anormaux similaire avec des taux allant de 3,6% dans le Haut-Rhin et 4,1% pour le Bas-Rhin. Il est également similaire à deux autres enquêtes effectuées en France. La première réalisée par le Crisapif en 2002 (centre de regroupement informatique et statistique de données d'anatomocytopathologie en Ile-de-France) a obtenu un taux de 3% de frottis anormaux [7]. Et l'autre réalisée à partir d'une estimation de la base de donnée du laboratoire Pasteur-Cerba, en 2004, en Ile de France également, qui retrouvait un taux de 3,9% [8]. Dans l'étude, la répartition en fonction des âges montre une

diminution du nombre de frottis anormaux à partir de 50 ans. Ce résultat est concordant avec ceux de la campagne des quatre départements « pilotes » [13].

Les taux d'anomalies cytologiques sont, pour la grande majorité, concordant à ceux retrouvés dans l'étude des quatre départements « pilotes » [13]. Le taux est un peu plus élevé en ce qui concerne les frottis de type ASC-US : 2,96% en Haute-Corse contre 2,3% dans le Bas-Rhin et 2,7% dans le Haut-Rhin. Ce taux est un peu plus bas pour les frottis de type LMIEBG, 0,33% en Haute-Corse contre 0,5% et 1,2%. Les taux des autres types de frottis sont nuls mais dans l'étude des quatre départements « pilotes » [13], ils restent très bas. On peut penser que cette discordance vient de notre faible échantillon. Comme eux nous avons un taux important de lésions précancéreuses comparativement aux cancers.

Lorsque l'on regarde la répartition des anomalies cytologiques parmi les frottis anormaux, on constate que notre pourcentage de frottis codés ASC-US est retrouvé de façon très majoritaire (plus de 87 % des résultats anormaux). Ce résultat n'est pas retrouvé dans d'autres études sur le sujet. Par exemple l'enquête Crisap [7] réalisée en Ile de France en 2002 avait pour but d'appréhender la répartition des anomalies cytologiques. 247 440 frottis ont ainsi été analysés. Leur pourcentage de frottis codés ASC-US est de 43,4%, soit deux fois moins que le notre. Le reste de la répartition des anomalies cytologiques parmi les frottis anormaux présente les pourcentages suivants : ASC-H 3,1%, AGC 5,2%, LMIEBG 37,1%, LMIEHG 9,8%, cancer 0,9%. Ils sont bien supérieurs aux nôtres pouvant encore s'expliquer par la faiblesse de notre échantillon. Cependant il ne peut expliquer notre très forte majorité de frottis de type ASC-US. Dans notre étude on observe une différence du nombre de frottis codés ASC-US en fonction du laboratoire d'analyse. Mais après calcul du p cette différence n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05\%$). Lorsque l'on regarde par tranche d'âge on retrouve une répartition plus importante des frottis de type ASC-US aux alentours de 35-40 ans ce qui est concordant avec l'enquête Crisap [7] qui la constate comme anomalie la plus fréquente après 35 ans.

Le pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire est exclusivement retrouvé chez les frottis codés ASC-US. Le plus grand nombre de faux positifs est trouvé dans la catégorie des ASC-US [1]. Il est recommandé qu'ils ne représentent pas plus de 5% de l'ensemble des frottis. Cela est le cas dans notre étude (2,96%). Dans l'étude des quatre départements « pilotes » [13] il est retrouvé des taux de frottis de type ASC-US innocentés par un examen complémentaire de 79% dans le Bas-Rhin et 81,9% dans le Haut-Rhin. Il en a été déduit une remise en question de l'intérêt de la colposcopie-biopsie comme l'un des examens de contrôle en première intention, comme recommandé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) [1]. Notre taux de faux positif est plus bas (61%), pouvant évoquer une bonne lecture par nos anatomopathologistes. Le résultat en fonction des âges montre que le plus grand nombre de frottis innocentés sont retrouvés dans la tranche d'âge des 40-44 ans, mais il s'agit de la tranche d'âge où nous avons le plus grand nombre de frottis codés ASCU-US. De même le taux s'effondre à partir de 50 ans, comme le taux de frottis de type ASC-US.

Notre concordance cyto-histologique est ininterprétable en raison de nos effectifs trop faibles (4 frottis dont un perdu de vue) et de l'absence de lésions de haut-grade. En effet nous ne pouvons utiliser les frottis de type ASC-US pour calculer notre concordance car la réalisation d'une histologie n'est qu'une des possibilités [22]. L'histologie est considérée comme négative s'il s'agit d'un CIN 1 (ou LMIEBG), elle ne sera positive qu'à partir d'un CIN 2 (ou LMIEHG) [22]. Dans notre étude nous n'avons que des LMIEBG ; le seul cancer détecté l'a été suite à un ASC-US et ne peut donc pas être comptabilisé ici. **En conclusion nous ne pouvons calculer de concordance cyto-histologique.**

Notre taux de perdues de vue est faible mais encore trop élevé selon les recommandations de l'Institut National du Cancer [23]. On retrouve sensiblement le même dans les autres études. L'étude de Bergeron [8] révèle que 41,6 % des patients n'ont pas d'examen de suivi dans les six mois contre 13 % dans notre étude, mais sur un délai de 12 mois. L'étude réalisée dans le Doubs

retrouve elle aussi un taux de 13% dans un délai de 12 mois [29]. La campagne réalisée en Alsace ne recense que 12% de perdues de vue [5]. Les perdues de vue sont les plus nombreuses dans la tranche d'âge des 30-34 ans. Une des explications serait la fréquence des mariages dans cette tranche d'âge avec un changement du nom des patientes. On note aussi de nombreux changements d'adresse pour des raisons personnelles ou professionnelles. Par ailleurs nous n'avons plus de perdues de vue après l'âge de 45 ans. Ceci suggère que ces patientes sont plus assidues que les jeunes femmes. Il semblerait qu'elles se sentent plus concernées par leur état de santé après l'annonce d'un résultat anormal. On peut l'expliquer par le fait qu'à cet âge la peur de la maladie devient une réalité plus proche que chez les moins de trente ans.

7.3.4 : Indicateur d'efficacité

Nos taux de lésions précancéreuses et de cancers invasifs sont bien trop faibles pour permettre toute discussion ou comparaison avec une autre étude. Notre taux de LMIEBG est le plus important pour les 35-39 ans, comme dans l'étude Crisap 2002 [7] qui retrouve une plus grande fréquence de ces anomalies aux alentours de 35 ans. Cette enquête révèle aussi une plus grande fréquence des cancers après 55 ans (62%). Notre seul cancer se trouve dans la tranche des 60-64 ans.

Nous avons retrouvé **8 dysplasies de bas grade, aucune de haut grade, et un cancer invasif**. Sur tout le territoire de la Corse, 29 conisations et 10 hystérectomies pour tumeurs malignes ont été effectuées sur l'année 2011. Ces chiffres suggèrent que notre étude n'a pas permis de diagnostiquer les lésions cancéreuses prévalentes sur l'année 2011. En d'autre terme cette campagne n'a pas permis de baisser de façon indirecte la morbi-mortalité du cancer du col de l'utérus.

7.4 : Pistes à développer

Ce travail soulève le **problème de participation à un dépistage organisé en Haute-Corse**. Cette étude n'est pas la seule à montrer des taux de participation bien inférieurs aux autres expériences menées dans d'autres départements. Le dépistage organisé du sein et surtout colorectal semble aussi souffrir d'un manque de participation de notre population comparativement à la moyenne nationale. Il est nécessaire d'effectuer de nouvelles investigations afin de connaître au mieux les freins à l'origine de ce constat, par exemple avec la mise en place d'une étude qualitative permettant d'analyser le ressenti des patientes et leur besoin.

Une solution également pour le succès de ce dépistage serait de l'associer à l'organisation du dépistage du cancer du sein, qui est l'action de prévention la mieux intégrée et acceptée par notre population. L'association de ces deux dépistages est par ailleurs reconnue comme facteur de potentialisation [15].

Nous retrouvons également des lacunes dans l'organisation de notre campagne. Ainsi cette action n'aura réellement été portée à la connaissance de la population qu'une année. Ce temps assez court n'a pas permis de faire connaître suffisamment cette action auprès des professionnels de santé ou des patientes : par exemple en Alsace trois ans ont été nécessaires pour passer à un taux de couverture de 73,2%, et cinq ans pour atteindre les 86% [5].

Par ailleurs **nous n'avons pas su recruter la tranche d'âge des 25-30 ans**. Il faudra dans l'avenir réfléchir à des idées attractives afin d'interpeller cette population réfractaire au dépistage organisé [31], peut-être au moyen d'une étude qualitative.

Par ailleurs les autres expériences locales tendent à montrer que la mise en place d'un dépistage organisé augmente la pratique du dépistage individuel [23]. Notre action aura donc probablement eu des bénéfices collatéraux, qu'il faudrait éventuellement analyser.

Nous retrouvons aussi un **taux anormalement élevé de FCU de type ASC-US** comparativement aux autres études, même si ce taux reste dans les normes de recommandation de l'ANAES [1]. Une des explications serait que ce résultat est dépendant des anatomopathologistes et donc du laboratoire d'analyse. Mais les résultats de l'analyse statistique ne sont pas significatifs. On ne peut donc exclure que notre taux anormalement élevé d'ASC-US n'est pas juste un phénomène lié au hasard. Par ailleurs il semble nécessaire d'uniformiser les comptes rendus des différents cabinets participants, sachant qu'un seul laboratoire ne peut assumer à lui seul l'analyse de tous les FCU.

Enfin il semblerait que cette étude ait souffert du manque de sollicitation des médecins généralistes. Ils sont au centre des campagnes de dépistages en particulier dans leur rôle de médecin traitant, coordinateurs des soins, et dans les actions de préventions sanitaires. Et ce, tout particulièrement dans notre population très proche du médecin de famille.

La question du prélèvement se pose également avec une offre insuffisante par les gynécologues. La Corse n'est pas la seule région où les frottis sont effectués par les spécialistes uniquement : en Île-de-France 96% des prélèvements sont effectués par les gynécologues contre 4% par les médecins traitants [7], en Alsace 96,1% contre 2,5% [5]. Il est montré que ces déséquilibres génèrent des inégalités par une limitation d'accès au spécialiste [23]. C'est pourquoi il semble primordial de repenser cette action de dépistage en y incluant en priorité un rôle plus prépondérant du médecin traitant comme incitateur au dépistage, comme recommandé, entre autre, dans le plan cancer, voire de mettre en place un réseau de généralistes motivés qui participeraient à la pratique des prélèvements. La féminisation de la profession ainsi que la formation des jeunes médecins permettrait, à terme, une meilleure adhésion à la réalisation des FCU.

Toutes ces pistes semblent démontrer la nécessité de dédier un organisme au dépistage du cancer du col de l'utérus, tout en se rapportant aux données de la CPAM pour effectuer une campagne ciblée [21]. Il semble légitime de proposer ce travail en premier lieu à l'A.R.CO.DE.CA (Association Régionale Corse de Dépistage des Cancers), qui est l'organisme qui gère déjà le dépistage du cancer du sein et celui du colon en Corse.

8 : CONCLUSION

Notre étude ne retrouve pas les résultats attendus. Le taux de participation de 2,72% et le taux de couverture de 41% sont bien en deçà des résultats escomptés (respectivement 10% et 50%). Ils sont également bien en dessous de ceux retrouvés dans d'autres études. Notre indicateur d'efficacité est pratiquement nul (taux de cancers invasifs et de lésions précancéreuses). Notre étude a démontré que cette action de prévention n'a pas participé à baisser de façon directe ou indirecte la morbi-mortalité du cancer du col de l'utérus. L'impact de cette campagne de dépistage est peu important. Au vu de ces résultats il serait même raisonnable de conclure que cette action n'est pas à reconduire et certainement pas à étendre. Elle a par ailleurs été abandonnée.

Cependant on observe une bonne qualité de nos résultats. Ils sont cohérents comparativement aux autres études menées sur le sujet. Cette action a un critère de réussite, celui d'avoir **recruter les femmes de 50-59 ans qui sont une population à risque de cancer et participant peu au dépistage individuel en Haute-Corse.**

Nous retrouvons un **taux anormalement élevé de FCU de type ASC-US** comparativement aux autres études. Il semble nécessaire de confirmer ce résultat par d'autres études et d'uniformiser les comptes rendus de l'analyse des frottis.

Des freins au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Haute-Corse ont été mis en évidence en raison des particularités uniques du territoire et de la population étudiée : l'insularité avec une infrastructure routière encore insuffisante, une disparité importante de la démographie médicale, des conditions socio économiques inférieures à celles du continent, une culture locale très conservatrice peu disposé aux examens gynécologiques et au dépistage par frottis.

Il faudra également accorder un intérêt tout particulier à la tranche d'âge des 25-30 ans, qui semblent particulièrement hermétiques à notre action de prévention.

La durée du dépistage organisé a certainement été trop courte. Il aurait fallu continuer l'étude sur plusieurs années, au minimum trois ans, pour conclure de façon définitive à son efficacité réelle.

Il semble également nécessaire de confier l'organisation d'une telle campagne à l'A.R.CO.DE.CA qui est une structure expérimentée dans le dépistage organisé et qui s'occupe déjà du cancer du sein et du colon. Cette campagne devra être en mise en place en association au dépistage du cancer du sein.

Enfin cette action a probablement souffert du manque de sollicitation des médecins généralistes. Ces professionnels de santé doivent être le pivot de ces campagnes de dépistage. Ils sont probablement ceux qui permettraient d'inclure le plus grand nombre de patientes, en favorisant la communication, le déroulement et la coordination du suivi.

Ils sont les grands absents de cette campagne de dépistage organisé.

9 : BIBLIOGRAPHIE

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : ANAES; 2002.
2. Agence régionale de santé Corse. L'offre de soin : données chiffrées sur l'offre sanitaire et médico-sociale. Projet régional de santé de la Corse. Plan stratégique régional de Santé. ARS de Corse, 2011.
3. Agence régionale de santé Corse. Analyse de la morbi-mortalité en région Corse. Maladies chroniques, ARS de Corse, 20 juin 2012.
4. Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology : a systematic review and meta-analysis. *Obste Gynecol* 2008; 111(1) : 167-77.
5. Association Eve. Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus en Alsace. Bulletin d'information, janvier 2006.
6. Baudier F, Guilbert P, Perreti-Watel P, Beck F, Gautier A Dépistage des cancers : des pratiques encore très diversifiées. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, ed. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Saint –Denis : Inpes; 2006. p. 93-101.
7. Bergeron C, Cartier I, Guldner L, Lassalle M, Savignoni A, Asselain B. Lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus diagnostiqués par le frottis cervical, Île-de-France, enquête Crisap, *BEH*, 2002; 2 : 5-6.

8. Bergeron C, Breugelmans J.-G, Bouée S, Lorans C, Bénard S, Rémy V. Coût du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin en France, 2006. *Gynécologie-obstétrique et fertilité*; 34 : 1036-1042.
9. Bossard N, Velten M, Remontet L, Belot A, Maarouf N, Bouvier AM, *et al.* Survival of cancer patients in France : a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). *Eur J Cancer* 2007; 43(1) : 149-60.
10. Debarre J, Vail E, Giraud J, Bouffard B, Bounaud V. Dépistage organisé du cancer du sein. Freins et leviers à la participation. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. Rapport n° 141. 92 p.
11. Dervaux B, Lenne X, Lévy-Bruhl D, Kudjawu Y. Modélisation médico-économique de l'impact de l'organisation du dépistage du cancer du col utérin et de l'introduction de la vaccination contre les HPV dans le calendrier vaccinal - Mars 2007. Saint-Maurice : InVS, novembre 2008, 25 p.
12. Direction générale de la santé-Groupe technique national sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Cahier des charges du dépistage organisé du col de l'utérus. DGS. Paris, 2006.
13. Duport N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus – Évaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes". InVS. Saint-Maurice, 2007.
14. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : Etat des connaissances. InVS. Saint-Maurice, 2007.

15. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ?. *RESP* 56 (2008), 303-313.
16. Duport N. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : Etat des connaissances – Actualisation 2008. InVS. Saint-Maurice, 2008.
17. Garson Sandrine. Le profil des femmes qui ne participent pas au dépistage du cancer du col de l'utérus. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale. Nice : Faculté de médecine de Nice Sophia-Antipolis, Mars 2014.
18. Guignon N, Lydié N, Makdessi-Raynaud Y. La prévention, comportements du quotidien et dépistages. In: Institut national de la statistique et des études économiques, ed. *Données sociales : La société française*. Paris : INSEE; 2006. p. 561-75.
19. Gupta S, Sodhani P, Halder K, Chachra KL, Singh V, Sehgal A. Age trends in precancerous and cancerous lesions of the uterine cervix in a cytology screening programme : what should be the target age group for a major thrust of screening in resource-limited settings? *Cytopathology* 2008; 19(2) : 106-10.
20. HAS. Barre S. Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus en France en 2009. Note de cadrage, avril 2009.
21. HAS. Barre S, Detournay B, Doz M, et al. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France : recommandations en Santé Publique : argumentaire, juillet 2010.

22. Institut de veille sanitaire. Duport N, Serra D. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Guide du format des données et définitions des indicateurs de l'évaluation épidémiologique. Département des Maladies Chroniques et Traumatismes. InVS, 2009.
23. Institut national du cancer. Mahe C, Cocqueel F, Bremard S, Jourdon da Silva N, Pillet N, et al. État des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. Boulogne-Billancourt : INCa; 2007.
24. Institut national du cancer. Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010. Boulogne-Billancourt : INCa; juillet 2010.
25. Institut national du cancer. La situation du cancer en France en 2011. Collection Rapports et synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2011.
26. INSEE. Évolution et structure de la population : chiffres clefs [en ligne]. Mise à jour le 28 juin 2012. Disponible sur : « <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/esl/comparateur.asp?codgeo=COM-2B033&codgeo=DEP-2B> ». Consulté le 05 novembre 2013.
27. Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries : association with organised screening programmes. *Lancet* 1987; 1(8544) : 1247-9.
28. Organisation Mondiale de la Santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus, guide des pratiques essentielles. Prise en charge intégrée de la santé génésique et sexuelle et des maladies chroniques. Bibliothèque de l'OMS, 2007.

29. ORS France-Comté. Évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs. ORS, 2005.
30. Piana L., Leandri F.-X., Jacqueme B. et al. Campagnes expérimentales de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus à l'intention des populations socialement défavorisées. Document interne Arcades, 2006.
31. Piana L, Leandri FX, Jacqueme B, Heid P, Corti J, Andrac Meyer L, et al. Le dépistage organisé des cancers du col utérin pour les femmes en situation médicosociale défavorisée. Campagnes expérimentales du département des Bouches-du-Rhône. Bull Cancer 2007; 94(5) : 461-7.
32. Rousseau A, Bohet P, Merlière J, Treppoz H, Heules-Bernin B. Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. BEH 2002; 19 : 81-3.
33. Sant M, Allemani C, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R. EURO CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. Eur J Cancer 2009; 45(6) : 931-91.
34. Smith JS. Ethnic disparities in cervical cancer illness burden and subsequent care : a prospective view in managed care. Am J Manag Care 2008; 14(6 Suppl 1) : S193-S199.
35. Société française d'enquêtes par sondages. Etude des motivations et résistances des femmes au dépistage des cancers du col de l'utérus. Montrouge : TNS Sofres; 2009.

36. Van Ballegooijen M, Van den Akker, Van Marle, Patnick J, Lynge E, Arbyn M, Anttila A, *et al.* Overview of important cervical cancer screening process values in European Union (EU) countries, and tentative predictions of the corresponding effectiveness and cost- effectiveness. *Eur J Cancer* 2000; 36(17) : 2177-88.

37. Walsh JC. The impact of knowledge,perceived barriers and perceptions of risk on attendance for a routine cervical smear. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2006; 11(4) : 291-6.

10 : ANNEXES

10.1 : Courier d'invitation assurées

Bastia, le 01/09/2010

« Civilité » « Nom » « Prénom »
« Adresse 1 »
« Adresse 2 »
« Code postal » « Ville »

Sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis

« Civilité »,

En France, le cancer du col de l'utérus est le huitième cancer chez la femme, ce qui représente un réel problème de santé publique.

Le cancer du col de l'utérus est causé par un virus de la famille des verrues relativement répandu appelé Papillomavirus humain et 70% des femmes y sont confrontées au cours de leur vie. Si pour un grand nombre d'entre elles, ce virus disparaîtra naturellement en quelques mois, d'autres risqueront de développer un cancer du col de l'utérus au bout de quelques années.

Un grand nombre de vies ont été sauvées grâce à la découverte puis à la prise en charge de la maladie à un stade précoce, directement du fait de la pratique du dépistage par frottis (détection d'éventuelles anomalies au niveau des cellules du col de l'utérus).

En effet, le cancer du col de l'utérus présente la caractéristique de pouvoir être évité **par un dépistage régulier**.

Bénéficier régulièrement d'un frottis, est le meilleur moyen de repérer des lésions précancéreuses et des lésions cancéreuses précoces, faciles à traiter.

Le frottis, un examen simple, rapide et sans douleur est recommandé tous les deux à trois ans et ceci, dès le début de la vie sexuelle et jusqu'à 65 ans environ.

Or, sauf erreur de notre part, vous n'avez pas pratiqué ce type d'examen de prévention, depuis plus de 2 ans (*).

Aujourd'hui, grâce au dépistage organisé et financé par l'Assurance Maladie, je vous invite donc à effectuer un frottis entièrement gratuit (sans avance de frais).

Avec les 2 coupons joints, que vous remettrez aux professionnels de santé de votre choix, vous n'aurez aucune somme à avancer et l'examen de votre frottis leur sera entièrement et directement remboursé (cf. modalités d'utilisation au verso).

Le Directeur de la Caisse Primaire
D'Assurance Maladie de Haute-Corse

Claudine LEGAY

Comment utiliser ces deux bons de prises en charge :

→ Prenez rendez-vous chez le professionnel de santé de votre choix (cf. liste des participants au verso du bon de couleur bleue) afin de réaliser un frottis.

Le jour du rendez-vous, munissez-vous du présent courrier et des deux bons joints :

1^{ère} Etape) le professionnel remplit le bon de couleur bleue et le retourne à la CPAM pour règlement,

2^{ème} Etape) il appose son tampon sur le bon de couleur grise dans la case "Identification ou cachet du professionnel ayant pratiqué le prélèvement" et vous le rend,

→ Une fois le frottis réalisé, portez votre prélèvement directement au laboratoire d'analyses médicales ou d'anatomo-cytopathologie de votre choix (cf. liste au verso du bon de couleur grise).

Remettez votre bon de prise en charge de couleur grise :

- il est valable pour l'analyse du frottis (**): le professionnel le remplit et le retourne directement à la CPAM pour règlement.

Pour obtenir de plus amples informations d'ordre médical, parlez-en à votre médecin traitant ou votre gynécologue.

M. Jean-Marc VINCENTI - Chargé de Prévention - en charge du projet, se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire au 06.27.40.52.27.

(*) Si vous n'êtes pas ou plus concernée par ce type d'examen (frottis réalisé récemment, hystérectomie...etc), nous vous remercions de ne pas tenir compte de ce courrier de sensibilisation.

(**) Le bon de prise en charge est valable pour l'analyse d'un frottis cervico-vaginal. Tout examen complémentaire réalisé à la demande d'un professionnel de santé sera à votre charge.

**NE PAS TENIR COMPTE
DE CE COURRIER,**

**SI VOUS N'ETES PLUS CONCERNEE
PAR CETTE CAMPAGNE***

10.2 : Bon de prélèvement



Bastia, le 01/09/2010

« Madame » « Nom » « Prénom »
 « Adresse 1 »
 « Adresse 2 »
 « Code postal » « Ville »

« Civilité »,

Le frottis de dépistage du col de l'utérus est un Examen indolore et sans risque, il permet d'éviter un cancer du col.

Pour les femmes de 25 à 65 ans il est à répéter tous les 2 à 3 ans.

Présentez le bon ci-dessous au professionnel de santé de votre choix (cf. liste au verso) afin de ne pas faire l'avance des frais :

Prise en charge GRATUITE pour un dépistage du Cancer du col de l'Utérus par Frottis à remettre au professionnel de santé de votre choix (cf. liste au verso)

Si vous n'êtes pas ou plus concernée (frottis réalisé récemment, hystérectomie...etc) par ce type d'examen, nous vous remercions de ne pas tenir compte de ce courrier de sensibilisation

Valable du 01/09/2010 au 31/12/2010

Bon N° : xxxxx

IDENTITE PATIENTE	IDENTIFICATION ou CACHET du professionnel de santé pratiquant le prélèvement
« Nom » « Prénom » « Adresse 1 » « Adresse 2 » « Code postal » « Ville » N° d'immatriculation : « x xx xx xx xxx xxx / xx » Bénéficiaire de la prise en charge : « xxxx xxxxx » Date et rang de naissance du bénéficiaire : « xx.xx.xxxx / x » Code organisme : 202 / 5011	N° Praticien : NOM Prénom : Adresse Tél./Fax :

A remplir par le professionnel de santé pratiquant le prélèvement

Date du frottis : ____ / ____ / _____

FACTURATION :

CPAM Haute-Corse - Service GDR/RPS - 5 Avenue Jean Zuccarelli - 20406 BASTIA Cedex 9

Dans le cadre des lois relatives à l'informatique et aux libertés, vous conservez un droit d'accès, de rectification et de suppression à toutes ou partie de ces données. Pour faire valoir ce droit ou consulter les données vous concernant, vous devez en faire la demande par courrier à votre CPAM.

Professionnels de Santé ou structure de Haute-Corse participant à l'action de prévention
organisée par la CPAM

GYNECOLOGUES			
DOCTEUR	Prénom	ADRESSE	TELEPHONE
CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA			
Bastien	Claude	Centre Hospitalier de BASTIA, service gynécologie	04 95 59 11 11
Colombani	Dominique	Centre Hospitalier de BASTIA, service gynécologie	04 95 59 11 11
Darnaud	Thomas	Centre Hospitalier de BASTIA, service gynécologie	04 95 59 11 11
Salvetti	Antoine	Centre Hospitalier de BASTIA, service gynécologie	04 95 59 11 11
BASTIA			
Antomarchi	Irène	Résidence Les Jardins de Toga, 20200 BASTIA	04 95 38 18 35 04 95 58 31 01
Balderelli	Noël	1 bd du Général De Gaulle, 20200 BASTIA	04 95 32 46 88
Battesti Agostini	Marie-Michèle	5 rue Miot, 20200 BASTIA	04 95 31 25 47
Franchi	Fabrice	1 rue Conventionnel Saliceti, 20200 BASTIA	04 95 31 12 48
Galais Luciani	Caroline	Imm VERANU, Lieu dit Fort Lacroix, 20200 BASTIA	04 95 31 30 61
Garsi	Josiane	Imm Les Asphodeles, 20200 BASTIA	04 95 38 36 62
Gomez	Florence	1 Bis rue Adolphe Landry, 20200 BASTIA	04 95 32 68 02
Padovani	Michèle	Imm Bella Vista, Paratojo, Avenue Jean Zuccarelli, 20200 BASTIA	04 95 30 28 41
Pinelli	Laurent	1 rue Conventionnel Saliceti, 20200 BASTIA	04 95 31 12 48
Simonpieri	Isabelle	5 Rue Jean-Pierre Gaffory, Immeuble Le Vinci, 20600 BASTIA	04 95 48 80 38
ILE ROUSSE			
Luciani Martelli	Jeanne	Marine de Davia, lieu dit Valle All'Asino, 20256 CORBARA	04 95 60 29 29
ANATOMO CYTO PATHOLOGISTE LIBERALE / BASTIA			
Pasqualini	Gisèle	38 Bd Paoli - 20200 BASTIA	04 95 31 74 74
SAGE-FEMME LIBERALE / BASTIA			
Pietri	Patricia	Rés. Les Jardins de Toga Bt F - 20200 BASTIA	04 95 58 31 01
CENTRE D'EXAMENS DE SANTE			
Valery	Frédérique	Maison des Services Publics Av François Vittori 20600 BASTIA	04 95 30 13 40

10.3 : Bon d'analyse



« Madame » « Nom » « Prénom »
 « Adresse 1 »
 « Adresse 2 »
 « Code postal » « Ville »

« Civilité »,

Bastia, le 01/09/2010

Le frottis de dépistage du col de l'utérus est un Examen indolore et sans risque, il permet d'éviter un cancer du col.

Pour les femmes de 25 à 65 ans il est à répéter tous les 2 à 3 ans.

Présentez le bon ci-dessous à votre laboratoire d'analyses médicales ou d'anatomo-cytopathologie afin de ne pas faire l'avance des frais liés à l'analyse de votre frottis :

Prise en charge GRATUITE pour un dépistage du Cancer du col de l'Utérus par Frottis à remettre au laboratoire d'analyses médicales ou à anatomo-cytopathologiste de votre choix (cf. liste au verso)
*Le bon de prise en charge est valable pour l'analyse d'un frottis cervico-vaginal.
 Tout examen complémentaire réalisé à la demande d'un professionnel de santé sera à votre charge*

Valable du 01/09/2010 au 31/12/2010

Bon N° : « xxxxxx »

IDENTITE PATIENTE	IDENTIFICATION ou CACHET du professionnel ayant pratiqué le prélèvement
« Nom » « Prénom » « Adresse 1 » « Adresse 2 » « Code postal » « Ville » N° d'immatriculation : « x xx xx xx xxx xxx / xx » Bénéficiaire de la prise en charge : « xxxx xxxx » Date et rang de naissance du bénéficiaire : « xx.xx.xxxx / x » Code organisme : 202 / 5011	N° ADELI : NOM Prénom : Adresse Tél./Fax :

A remplir par le professionnel de santé pratiquant l'analyse	
Date de l'analyse : ___ / ___ / _____ Bon pour l'analyse du frottis cotée «P55» pour un montant maximum de 15,40 € Analyse : frottis cervico-vaginal	Identification du destinataire du prélèvement

RESULTATS : 1 résultat à la patiente 1 résultat au médecin prescripteur	CORRESPONDANT / FACTURATION : CPAM Haute-Corse – Service GDR/RPS – 5 Avenue Jean Zuccarelli – 20406 BASTIA Cedex 9
---	--

Dans le cadre des lois relatives à l'informatique et aux libertés, vous conservez un droit d'accès, de rectification et de suppression à toutes ou partie de ces données. Pour faire valoir ce droit ou consulter les données vous concernant, vous devez en faire la demande par courrier à votre CPAM.

<i>Laboratoires d'Analyses Médicales ou Anapathe de Haute-Corse participant au dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis</i>		
NOM	COMMUNE	Téléphone
Dr Gisèle PASQUALINI	BASTIA	04 95 31 74 74
L A B M DE LA PLACE	BASTIA	04 95 32 81 70
L A B M FILIPPI	BASTIA	04 95 34 18 65
L A B M PAOLI	BASTIA	04 95 31 01 86
LABM DE LUPINO	BASTIA	04 95 30 17 40
Laboratoire DE L'ANNONCIADE	BASTIA	04 95 34 41 63
Laboratoire du CC STA DEVOTA	BORGO	04 95 38 31 58
L A B M VALTAT BRUNO	CALVI	04 95 60 00 78
L A B M FAURE-SIMEONI	CORTE	04 95 46 11 45
L A B M DE FURIANI	FURIANI	04 95 30 76 40
L A B M DU BASTIO	FURIANI	
L A B M DE GHISONACCIA	GHISONACCIA	04 95 56 04 91
L A B M CLAIRE VALTAT	ILE ROUSSE	04 95 60 11 12
L A B M GAYETTI	ILE ROUSSE	04 95 60 04 08
L A B M ANTONINI	LUCCIANA	04 95 59 02 27
L A B M DE PONTE LECCIA	MOROSAGLIA	04 95 47 70 17
L A B M E FURESTE	PENTA DI CASINCA	04 95 36 85 85
L A B M DU NEBBIO	SAINT FLORENT	04 95 37 18 99
L A B M DU CAP	SAN MARTINO DI LOTA	04 95 31 17 03
L.A.B.M.DE MORIANI	SAN NICOLAO	04 95 38 44 79
L A B M DE QUERCIOLO	SORBO OCAGNANO	04 95 59 04 47
L A B M DE TOGA	VILLE DE PIETRABUGNO	04 95 34 94 10
<i>Laboratoires d'Analyses Médicales et Anapathe Partenaires du Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus par frottis en Haute-Corse</i>		
Laboratoire Cerba	SAINT OUVEN L'AUMONE	01 34 40 20 20
Laboratoire BIOMNIS	IVRY-SUR-SEINE	01 49 59 20 20
Dr Alexandre CHOLLAT NAMY	MARSEILLE	04 91 37 01 23

10.4 : Courrier à destination des responsables du centre hospitalier de Bastia

Monsieur le Directeur
Monsieur le Président de la CME
Centre Hospitalier
BP 680
20604 BASTIA

Date :
Contact : J. JAFFRE
Tel : 04.95.54.32.14
Fax : 04.95.54.31.92

OBJET : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur,

Une récente étude réalisée par la CPAM de la Haute Corse a permis de mettre en évidence un certain retard concernant le dépistage du Cancer du col de l'utérus dans le département de la Haute-Corse.

Cette étude a été réalisée à partir des bases de données de l'Assurance maladie sur les frottis remboursés aux femmes de 25 à 65 ans ressortissantes du régime général sur une période de 30 mois (1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2008).

La CPAM de Haute-Corse a donc décidé de réaliser une action de prévention du cancer du col de l'utérus. *20500 femmes du département sont potentiellement concernées.*

Elles seront sensibilisées par un courrier rappelant la nécessité et les enjeux du dépistage (projet de courrier joint), accompagné d'un bon de prise en charge, valable 6 mois, permettant la réalisation d'un frottis avec prise en charge à 100%.

Dans le cadre de la mise en place de cette action, nous vous convions à une réunion qui aura pour but :

- de présenter les résultats de notre étude sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis en Haute-Corse,
- d'associer les gynécologues à la mise en œuvre de ce projet en échangeant sur les différentes modalités d'organisation de l'action.

<p>Le lundi 15 septembre 2008 à 18h00 dans les locaux de la CPAM, Salle du conseil au 3^{ème} étage – 5, Av. Jean Zuccarelli – 20406 Bastia cedex 9</p>
--

Merci de bien vouloir confirmer la présence de vos représentants auprès de Julien JAFFRE au 04 95 54 32 14.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le Directeur,

Claudine LEGAY

10.5 : Courrier à destination des gynécologues du centre hospitalier de Bastia

COURRIER ENVOYE A
L'ENSEMBLE DES GYNECOLOGUES
DU CH BASTIA

Date :

Contact : J. JAFFRE

Tel : 04.95.54.32.14

Fax : 04.95.54.31.92

OBJET : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Docteur,

Une récente étude réalisée par la CPAM de la Haute Corse a permis de mettre en évidence un certain retard concernant le dépistage du Cancer du col de l'utérus dans le département de la Haute-Corse.

Cette étude a été réalisée à partir des bases de données de l'Assurance maladie sur les frottis remboursés aux femmes de 25 à 65 ans ressortissantes du régime général sur une période de 30 mois (1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2008).

La CPAM de Haute-Corse a donc décidé de réaliser une action de prévention du cancer du col de l'utérus. *20500 femmes du département sont potentiellement concernées.*

Elles seront sensibilisées par un courrier rappelant la nécessité et les enjeux du dépistage (projet de courrier joint), accompagné d'un bon de prise en charge, valable 6 mois, permettant la réalisation d'un frottis avec prise en charge à 100%.

Dans le cadre de la mise en place de cette action, nous vous convions à une réunion qui aura pour but :

- de présenter les résultats de notre étude sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis en Haute-Corse,
- d'associer les gynécologues à la mise en œuvre de ce projet en échangeant sur les différentes modalités d'organisation de l'action.

<p>Le lundi 15 septembre 2008 à 18h00 dans les locaux de la CPAM, Salle du conseil au 3^{ème} étage – 5, Av. Jean Zuccarelli – 20406 Bastia cedex 9</p>
--

Merci de bien vouloir confirmer la présence de vos représentants auprès de Julien JAFFRE au 04 95 54 32 14.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

P / Le Directeur,
Le Responsable du service GDR / RPS

Julien JAFFRE

10.6 : Courrier à destination des gynécologues de la Haute-Corse

COURRIER ENVOYE A
L'ENSEMBLE DES GYNECOLOGUES
DE HAUTE - CORSE

Date :
Contact : J. JAFFRE
Tel : 04.95.54.32.14
Fax : 04.95.54.31.92

OBJET : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

Docteur,

Une récente étude réalisée par la CPAM de Haute Corse a permis de mettre en évidence un certain retard concernant le dépistage du Cancer du col de l'utérus dans le département de la Haute-Corse.

Cette étude a été réalisée à partir des bases de données de l'Assurance maladie sur les frottis remboursés aux femmes de 25 à 65 ans ressortissantes du régime général sur une période de 30 mois (1^{er} janvier 2006 au 30 juin 2008).

La CPAM de Haute-Corse a donc décidé de réaliser une action de prévention du cancer du col de l'utérus. *20500 femmes du département sont potentiellement concernées.*

Elles seront sensibilisées par un courrier rappelant la nécessité et les enjeux du dépistage (projet de courrier joint), accompagné d'un bon de prise en charge, valable 6 mois, permettant la réalisation d'un frottis avec prise en charge à 100%.

Ce frottis sera directement remboursé au gynécologue, de secteur 1 comme de secteur 2, à hauteur de 28 euros.

Cela nécessite donc un engagement du praticien consulté à :

- pratiquer systématiquement la dispense d'avance des frais,
- accepter, en particulier pour les gynécologues de secteur 2, le tarif maximum de 28 euros.

Une campagne de communication expliquant cette action est prévue à l'égard des assurés mais aussi des professionnels de santé.

Dans le cadre de la mise en place de cette action, nous vous convions donc à une réunion qui aura pour but de :

- vous présenter les résultats de notre étude sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis en Haute-Corse,
- vous associer à la mise en œuvre de ce projet en échangeant sur les différentes modalités d'organisation sur lesquelles vous pourrez émettre vos suggestions éventuelles,

<p>Le lundi 15 septembre 2008 à 18h00 dans les locaux de la CPAM, Salle du conseil au 3^{ème} étage – 5, Av. Jean Zuccarelli – 20406 Bastia cedex 9</p>
--

Merci de bien vouloir confirmer votre présence auprès de Julien JAFFRE au 04 95 54 32 14.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le Directeur,
Claudine LEGAY

**COURRIER ENVOYE A
L'ENSEMBLE DES GYNECOLOGUES
DE HAUTE - CORSE**

Date :
Contact : J. JAFFRE
Tel : 04.95.54.32.14
Fax : 04.95.54.31.92

**OBJET : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS – FORMULAIRE
D'ENGAGEMENT**

Docteur,

Le 15 septembre 2008 s'est tenue, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, une réunion avec les gynécologues de la Haute - Corse qui a permis :

- de présenter les résultats de notre étude sur le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis en Haute-Corse (diaporama de la présentation en pièce jointe),
- d'expliquer l'action de prévention que mettra en place la CPAM
- d'associer les gynécologues de la Haute-Corse à la mise en œuvre de ce projet en échangeant sur les différentes modalités d'organisation.

20500 femmes n'ayant pas réalisé de frottis sur les 30 derniers mois sont concernées par l'action de prévention organisée par la CPAM.

A partir de novembre, elles seront sensibilisées par un courrier rappelant la nécessité et les enjeux du dépistage, accompagné d'un bon de prise en charge, valable 6 mois, permettant la réalisation d'un frottis avec prise en charge à 100%.

Cette prise en charge à 100% n'est valable que si l'assurée remet en main propre le bon de prise en charge au gynécologue qui le complète.

Le praticien ne remplit aucune feuille de soin et retourne à la CPAM, à l'aide des enveloppes T ci-jointes, le bon de prise en charge dûment complété. Nous vous conseillons de grouper les bons et de ne les envoyer qu'une fois par mois.

Le frottis sera directement remboursé au gynécologue, de secteur 1 comme de secteur 2, à hauteur de 28 euros.

Cela nécessite donc un engagement du praticien consulté à :

- pratiquer systématiquement la dispense d'avance des frais,
- accepter, en particulier pour les gynécologues de secteur 2, le tarif maximum de 28 euros.

Vous trouverez en pièce jointe un formulaire à compléter et signer, permettant de formaliser votre engagement, et à retourner par enveloppe T le plus rapidement possible à la CPAM.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le Directeur,

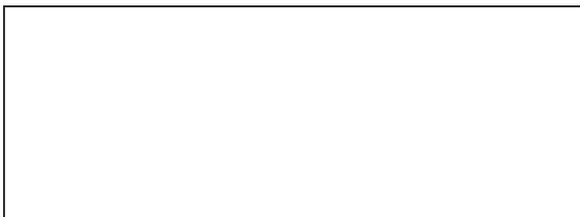
Claudine LEGAY

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU PRATICIEN DANS LE CADRE DE L'ACTION DE PROMOTION DU DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS PAR FROTTIS

Le médecin consulté s'engage, sur présentation par l'assurée du courrier de sensibilisation adressé par la CPAM de Haute-Corse, à :

- 1) **Faire systématiquement bénéficier l'Assurée de la Dispense d'avance des frais,**
- 2) **Facturer la consultation à 28 Euros soit le tarif maximum pratiqué par un gynécologue de Secteur 1.**

Identification du médecin (apposer votre tampon)



Date : ___ / ___ / _____

Signature :

10.7 : Courrier à destination des médecins généralistes de Haute-Corse

**COURRIER ENVOYE A L'ENSEMBLE
DES MEDECINS GENERALISTES
DE LA HAUTE - CORSE**

Date :
Contact : J. JAFFRE
Tel : 04.95.54.32.14
Fax : 04.95.54.31.92

OBJET : DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS PAR FROTTIS

Docteur,

Une étude réalisée par la CPAM de la Haute - Corse sur les habitudes de dépistage des femmes de 25 à 65 ans, affiliées au régime général, a permis de mettre évidence les éléments suivants :

- 34500 femmes concernées par l'étude
- 14000 femmes ont réalisé un frottis durant les 30 derniers mois
- **20500 femmes n'ont réalisé aucun frottis durant les 30 derniers mois**

Le taux de couverture par frottis dans le département de la Haute-Corse est donc d'à peine 41% quand il s'approche des 55% au niveau national.

Au regard de ce constat préoccupant, la CPAM de la Haute-Corse a décidé d'organiser une action de prévention pour inciter les 20500 femmes du régime général, de 25 à 65 n'ayant pas encore réalisé de frottis dans les 30 derniers mois, à le faire chez un gynécologue adhérent à l'action de prévention.

A partir du mois de novembre, ces femmes seront sensibilisées par un courrier rappelant la nécessité et les enjeux du dépistage, accompagné d'un bon de prise en charge, valable 6 mois, permettant la réalisation d'un frottis avec prise en charge à 100% et dispense systématique de l'avance des frais (au verso du courrier de sensibilisation figureront les coordonnées des gynécologues adhérent à l'action de prévention).

En tant que médecin traitant, vous jouez à cet égard un rôle clef pour sensibiliser ces femmes et les convaincre de se faire dépister. Pour vous accompagner et favoriser le dialogue avec vos patientes, vous trouverez ci-joints une affiche et des dépliants sur le cancer du col de l'utérus réalisés par l'INCA à mettre à disposition dans votre salle d'attente.

Mes services se tiennent disponibles pour toute information complémentaire sur cette action de prévention.

Je vous prie d'agréer, Docteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

Le Directeur,

Claudine LEGAY

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence de mes Maîtres de cette faculté,
De mes chers condisciples
Et devant l'effigie d'Hippocrate,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
Et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
Et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.
Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés
Et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que les considérations
De religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale
Viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

Je garderai le secret absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
Connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

RESUME:

Introduction :

De l'année 2008 à l'année 2009 la CPAM de Haute-Corse a organisé une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin. Cette action tente d'améliorer le taux de couverture de ce dépistage dans ce département, qui est actuellement de 40% pour une moyenne nationale de 55%.

Méthode :

Ce travail se propose de réaliser une étude ancillaire rétrospective en récupérant les résultats de cette campagne et de les analyser selon les recommandations du groupe technique national en calculant les taux d'impact, de qualité et d'efficacité.

Résultats :

On constate un taux de participation très bas, de seulement 2,72%, bien loin du résultat attendu de 10%, mais avec une part importante de femmes de plus de 50 ans. Le taux de frottis anormaux est de 3,40% comme escompté par le groupe technique national. On constate que l'anomalie la plus représentée (à plus de 80%), est de type ASC-US. Huit dysplasies de bas grade ont été comptabilisées, aucune de haut grade, ainsi qu'un cancer invasif.

Conclusion :

Le taux de participation est bien en dessous du résultat attendu et également des autres campagnes effectuées dans d'autres régions. Des freins au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Haute-Corse ressortent en raison des particularités uniques du territoire et de la population étudiée. Cette action de prévention a un critère de réussite, celui d'avoir recruté les femmes de 50-59 ans, ce qui est un des bénéfices reconnus du dépistage organisé. Les résultats des frottis sont de bonne qualité (excepté une sur-représentation des FCU de type ASC-US à confirmer). Ceci est en faveur d'une éventuelle reconduite de cette action de prévention, une fois repensée son organisation, avec en particulier une plus grande implication des médecins généralistes.

Mots-Clés :

Médecine générale, Dépistage, Cancer du col de l'utérus, Haute-Corse