15 mars 2019

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

ORGANISATION ET MISE EN PLACE DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

LES OBJECTIFS DU DIAPORAMA

> Rappeler les principales données épidémiologiques du cancer du col de l'utérus et l'enjeu de santé publique associé à son dépistage

> Présenter les bénéfices et les limites du dépistage du cancer du col de l'utérus

> Présenter le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

> Rappeler le rôle essentiel des différents acteurs et aborder les leviers et outils à leur disposition

LE PUBLIC CIBLE

- Professionnels de 1er recours : médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues
- Médecins biologistes, anatomo-pathologistes
- Autres professionnels de santé
- Acteurs locaux
- Grand public

SOMMAIRE

1. LE CANCER DU COL DE L’UTÉRUS : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE
2. LE DÉPISTAGE
3. LE PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L’UTÉRUS
4. LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN PRATIQUE
5. INFORMER LES POPULATIONS CIBLES
6. CONCLUSION ET PERSPECTIVES
7. BIBLIOGRAPHIE

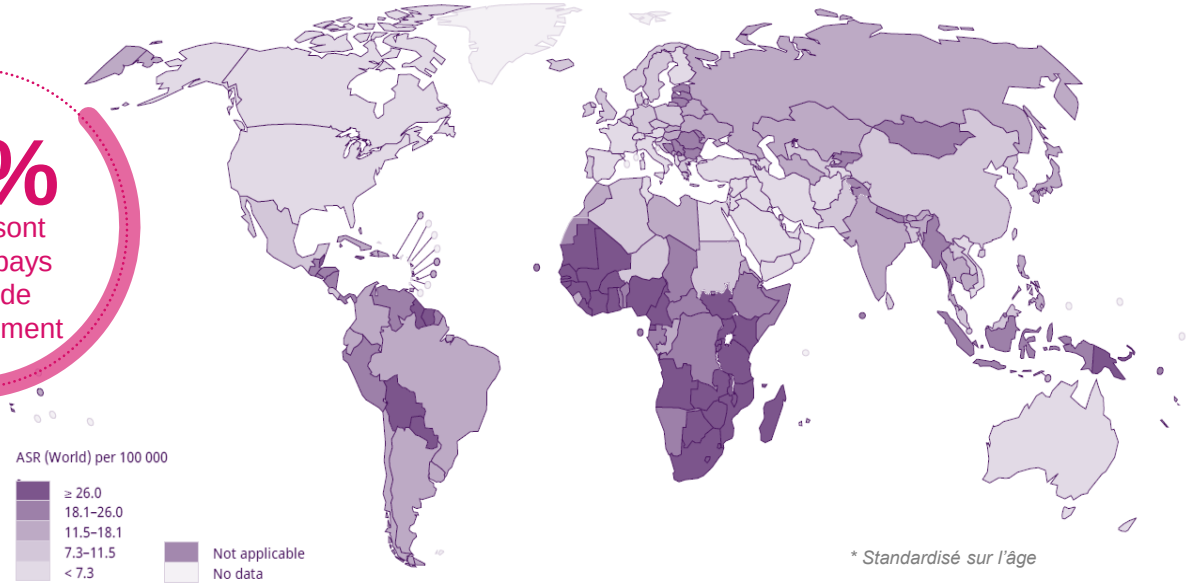
1

LE CANCER DU COL DE L’UTÉRUS (CCU) : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

LE CCU : 4E CANCER DE LA FEMME DANS LE MONDE

Taux d'incidence estimé au niveau mondial*

85%
des cas sont dans les pays en voie de développement



569 847
nouveaux cas / an

311 365
décès / an

4e cause de mortalité par cancer

* Standardisé sur l'âge

Source : GLOBOCAN 2018

EN FRANCE, LE CCU, C'EST…

12e
cancer féminin

10e
cause de mortalité par cancer chez la femme

3 000
nouveaux cas de cancer du col de l'utérus / an

1 100
décès / an

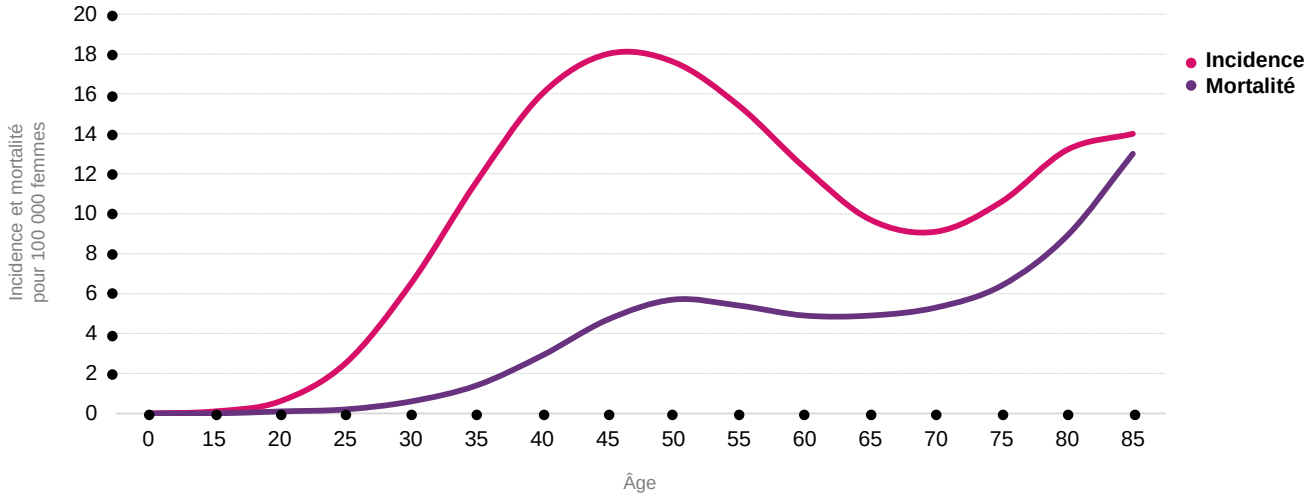
235 000
cytologies anormales / an

35 000
lésions précancereuses / an

Source : Les cancers en France, 2017 - L'essentiel des faits et chiffres, INCa, 2017

56 ANS : ÂGE MOYEN LORS DU DIAGNOSTIC

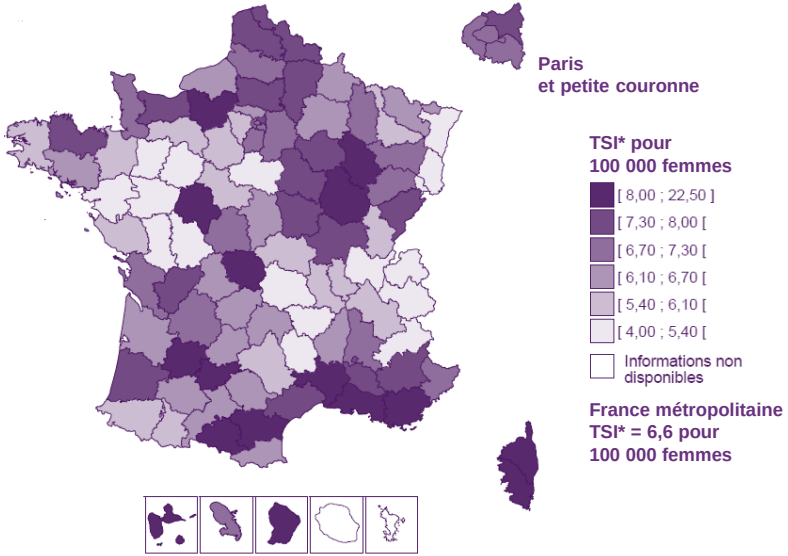
Incidence et mortalité du cancer du col de l'utérus par âge



Source : D'après Francim / HCL / SpFrance / INCa 2019

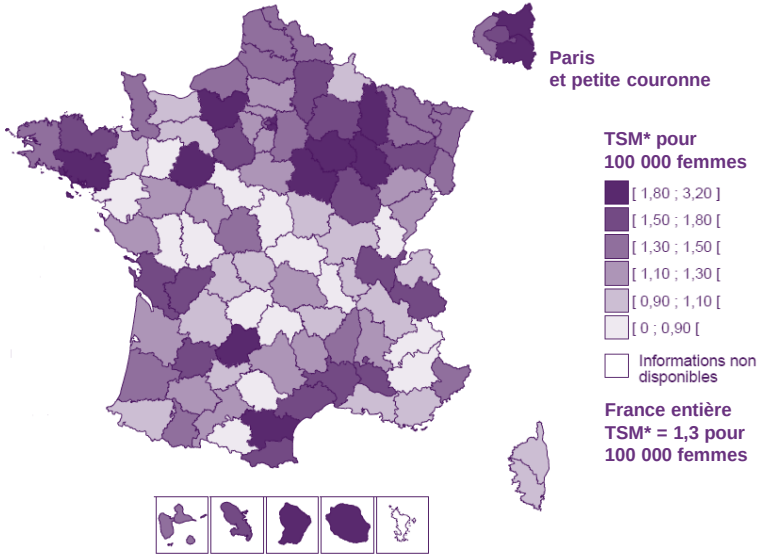
UNE SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE INÉGALE

Taux d'incidence standardisés du cancer du col de l'utérus à l'échelle départementale (2007 - 2016)



Source : Francim / HCL / SpFrance / INCa 2019. Traitement INCa 2019

Taux de mortalité standardisés du cancer du col de l'utérus à l'échelle départementale (2013 - 2015)



Source : CepiDC / Inserm, 2018. Traitement INCa, 2019

** Taux d'incidence / de mortalité standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale, exprimés pour 100 000 personnes-années.*

LE CCU : HISTOIRE NATURELLE

> Histoire naturelle et causalité de l'infection par les papillomavirus humains (HPV) élucidées en 40 ans

1943

> Découverte du dépistage cytologique

G. Papanicolaou

1970

> Histoire naturelle connue
- Lésions pré-invasives > invasives
- HPV : agent oncogène

> Diagnostic et traitement des lésions précancéreuses

N. Muñoz

1984

> Développement et commercialisation des vaccins anti-HPV

H. Zur Hausen
(Prix Nobel de médecine 2008)

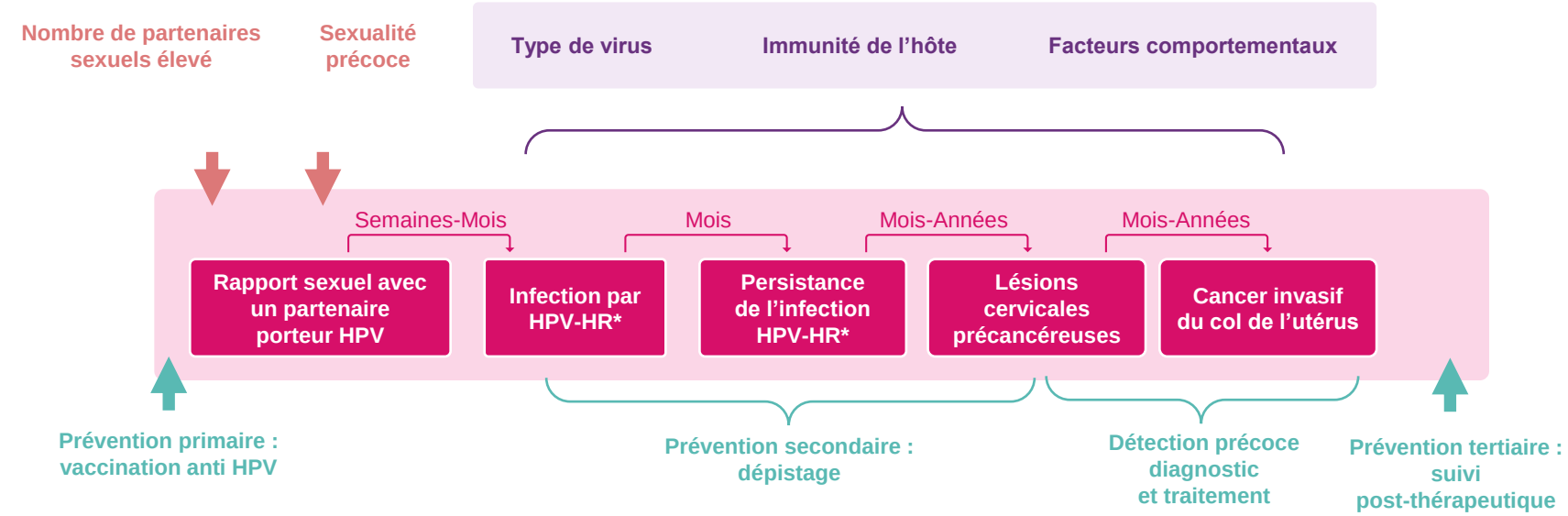
2007

Les HPV sont responsables de lésions sur le col de l'utérus.

Ces lésions évoluent parfois en cancer.

col de l'utérus

L'HISTOIRE NATURELLE ET LES FACTEURS FAVORISANTS



- Facteurs de risque de lésion
- Facteurs de risque d'infection
- Histoire naturelle
- Prévention

** HPV-HR : HPV à haut risque oncogène*

Source : D'après Shiffman et al., Carcinogenic human papillomavirus, Nat Rev Dis Primers, 2016, Schiffman, Emerging Paradigms in Cervical Cancer Screening, 2017.

LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV)

> Près de 200 types d'HPV identifiés, dont 13 à haut risque oncogène

> 90 % des infections sont éliminées naturellement dans les 2 ans

> Infection virale sexuellement transmissible très répandue

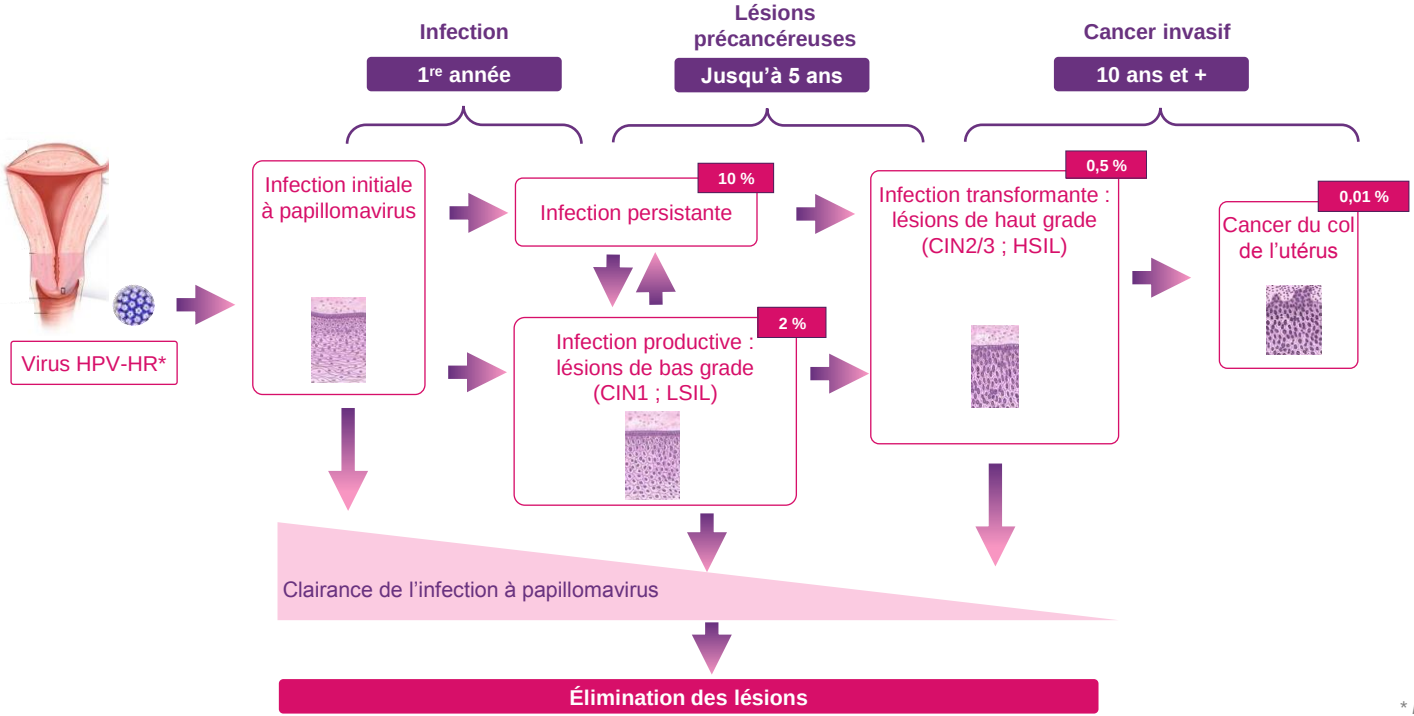
LES HPV SONT RESPONSABLES…

- de lésions précancéreuses et de cancers du col de l'utérus (100 %)
- de lésions précancéreuses et cancers de l'anus (90 %)
- de lésions précancéreuses et cancers de l'oropharynx (35 %)
- d'une partie des lésions précancéreuses et cancers de la vulve/vagin, du pénis, de la sphère ORL
- de verrues ano-génitales et condylomes

85 à 90 % des individus seraient en contact avec un HPV au cours de leur vie.

Source : Fiche repères, Papillomavirus et cancer, INCa, 2018

DE L'INFECTION AU CANCER



Un cancer est nécessairement la conséquence d'une lésion transformante.

** HPV-HR : HPV à haut risque oncogène*

2

LE DÉPISTAGE

LE DÉPISTAGE : LES PRINCIPES

> Agir de manière précoce pour optimiser les chances

DÉPISTAGE POSSIBLE

- Cancers évités
- Décès évités
- Années de vie gagnées
- Traitements moins lourds et plus efficaces
- Séquelles moindres

"Le dépistage, c'est faire la distinction entre les personnes apparemment en bonne santé mais probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes."

-OMS-

LA SURVENUE D'UN CCU : LES FAILLES POSSIBLES

PRISE EN CHARGE INADÉQUATE

20%

> Absence ou mauvaise confirmation diagnostique après un résultat anormal

> Absence ou mauvaise prise en charge après confirmation diagnostique

ABSENCE OU MAUVAIS DÉPISTAGE DANS L'INTERVALLE RECOMMANDÉ

70%

> Refus du dépistage par la femme

> Pas de proposition de dépistage pendant une consultation

> Femmes sans contact avec un professionnel de santé

MAUVAISE PERFORMANCE DU DÉPISTAGE

10%

> Qualité du prélèvement

> Qualité de l'interprétation cytologique

Source : D'après données non publiées EVE, région Alsace-Grand Est, INCa, 2017

LE DÉPISTAGE : QUELS FREINS ?

Les freins liés au dépistage des cancers

- Sentiment de fatalité face à la maladie
- Peur du cancer
- Peur du résultat (positifs dans 4 % des cas)
- Inégalités face à la prévention
- Manque de temps
- Etc.

Les freins liés au CCU

- Méconnaissance de la pathologie et de son dépistage
- Ne se sent pas concernée (âge, symptômes…)
- Gêne à l'égard de la localisation (sujet tabou, partie intime)
- Jamais proposé en consultation médicale par un professionnel de santé
- Accès à un suivi gynécologique (délais, coût…)
- Peur des traitements (laser, conisation…)
- Précédents tests normaux
- Caractère intrusif de l'examen ou mauvaise expérience
- Facteurs d'inégalités (niveau d'éducation, CSP, culture, pathologies chroniques, obésité, handicap…)
- Etc.

LE DÉPISTAGE : QUELS INCONVÉNIENTS ?

Liés au prélèvement cervico-utérin

- Nécessite la pose d'un speculum
- Prend quelques minutes, non douloureux même si une gêne peut être ressentie
- Le prélèvement des cellules est sans risque pour la santé de la femme
- Augmentation de l'anxiété (prélèvement, attente des résultats)

Liés aux conséquences du résultat du dépistage

- Conséquences psychologiques et sur la qualité de vie des femmes (en cas de faux positif / résultat anormal)
- Stigmatisation liée aux IST (si HPV positif)
- Risque de surdiagnostic (risque de réassurance à tort) et surtraitement induisant des investigations et traitements inutiles
- Faux négatif (risque de détection plus tardive)

LE DÉPISTAGE : QUELS INCONVÉNIENTS ?

Liés au surdiagnostic et au surtraitement

> **Surdiagnostic**

- Augmentation des faux positifs
- Colposcopie réalisée inutilement
- Augmentation du suivi et des consultations

> **Surtraitement**

- Risques des conisations
  - à court terme (hémorragie, douleurs post-opératoires sévères, pertes vaginales inhabituelles, sténose du col de l'utérus, dysménorrhées)
  - à long terme (accouchement prématuré, risque de césarienne augmenté, petit poids de naissance)
- Interventions sans bénéfice

LE DÉPISTAGE : QUELS LEVIERS ?

- Qualité de la relation médecin-patient : un des éléments clés du dispositif de dépistage
- Décision médicale partagée
- L'approche « centrée-patiente »
- Relation de confiance et légitimité du médecin et de la sage-femme :
  force de conviction importante dans l'adhésion et fidélité au programme de dépistage (notamment lors du suivi de grossesse)
- Amélioration de l'accès et de l'offre de prélèvement
- Campagnes de communication et de sensibilisation
- Courrier d'information et/ou d'invitation au dépistage

LE DÉPISTAGE : QUELS LEVIERS ?

> Pour toutes les femmes, adopter une approche « centrée-patiente » :

- Identifier ses connaissances dans le domaine, « *que sait la femme?* »
- Rechercher les réticences et obstacles éventuels au dépistage
- Délivrer l'information et adapter les réponses aux connaissances et aux craintes de la femme
- Aider la personne à établir une balance décisionnelle
- Attendre son approbation pour délivrer les informations techniques
- Prendre en compte la réalité, les valeurs et les priorités de la femme
- Si la femme demeure réticente, comprendre pourquoi et temporiser

LE DÉPISTAGE : QUELS TESTS POSSIBLES ?

	Quelle interprétation ?	Ce qui est recherché	En cas de résultat anormal	Indications françaises
CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE	Cytologique	Modifications cellulaires évocatrices de lésions/cancers	Test HPV Colposcopie Double marquage ICC	Dépistage primaire
TEST HPV	Analyse biologique	Infection facteur de risque de lésions/cancers	Cytologie Colposcopie	Triage
DOUBLE MARQUAGE IMMUNOCYTOCHIMIQUE (ICC)	Analyse combinée (marquage immunologique et cytologie)	Transformations cellulaires (infection transformante)	Colposcopie	Triage

LES RECOMMANDATIONS FRANÇAISES

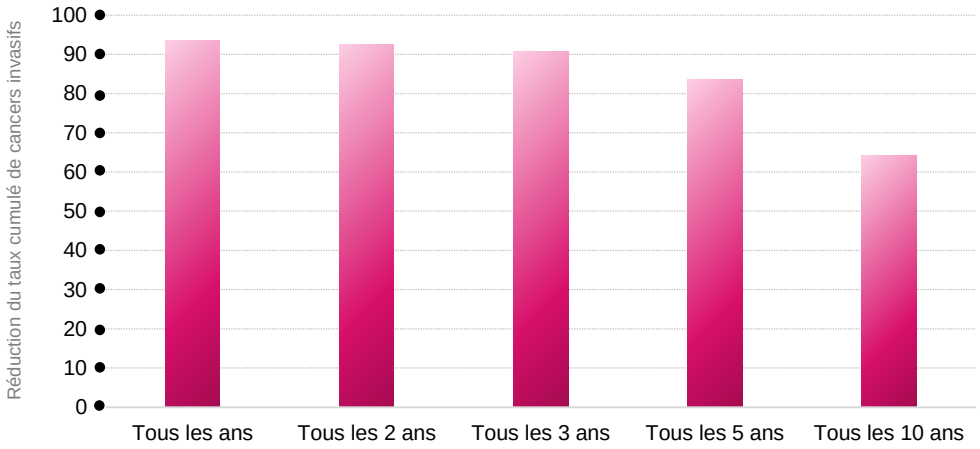
Un dépistage cytologique tous les 3 ans de 25 à 65 ans, après 2 tests normaux à 1 an d'intervalle

Source : État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, HAS, 2010

UN DÉPISTAGE CYTOLOGIQUE TOUS LES 3 ANS : POURQUOI ?

> 3 ans est la fréquence optimale pour un dépistage cytologique

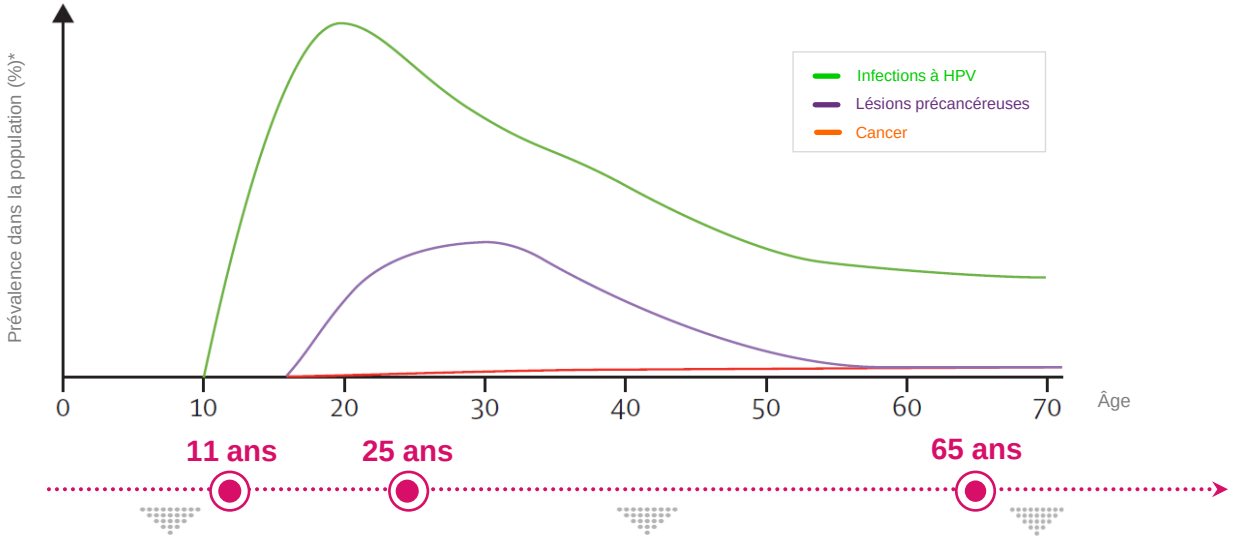
> Augmenter la fréquence (tous les 2 ans ou chaque année) améliore peu les performances diagnostiques



Un dépistage tous les ans ou tous les 2 ans augmente les risques de surdiagnostic et de surtraitement sans bénéfice additionnel majeur.

Source : D'après Hakama et al., Screening for cancer of the uterine cervix, IARC Scientific Publication, 1986
(Percentage reduction in the cumulative rate of invasive cervical cancer over the age range 35-64 years, with different frequencies of screening)

UN DÉPISTAGE CYTOLOGIQUE DE 25 À 65 ANS : POURQUOI ?



- Vaccin contre les infections HPV (11-14 ans, jusqu'à 19 ans)
- Santé sexuelle et contraception

- Détecter des infections transformantes / lésions de haut grade
- Limiter le surdiagnostic et surtraitement / conséquences obstétricales
- Alléger le suivi des femmes les moins à risque
- Identifier les femmes les plus à risque

- Arrêter le dépistage systématique
- Assurer un suivi individuel

Source : INCa, d'après Wentzensen & Schiffman. Accelerating cervical cancer control and prevention. Lancet Public Health. 2018

* Le schéma n'est pas à l'échelle

PARMI LES FEMMES ÂGÉES DE 25 À 65 ANS...

51,6%

réalisent un dépistage
à un rythme ”sous optimal”
(supérieur à 3 ans)

40,6%

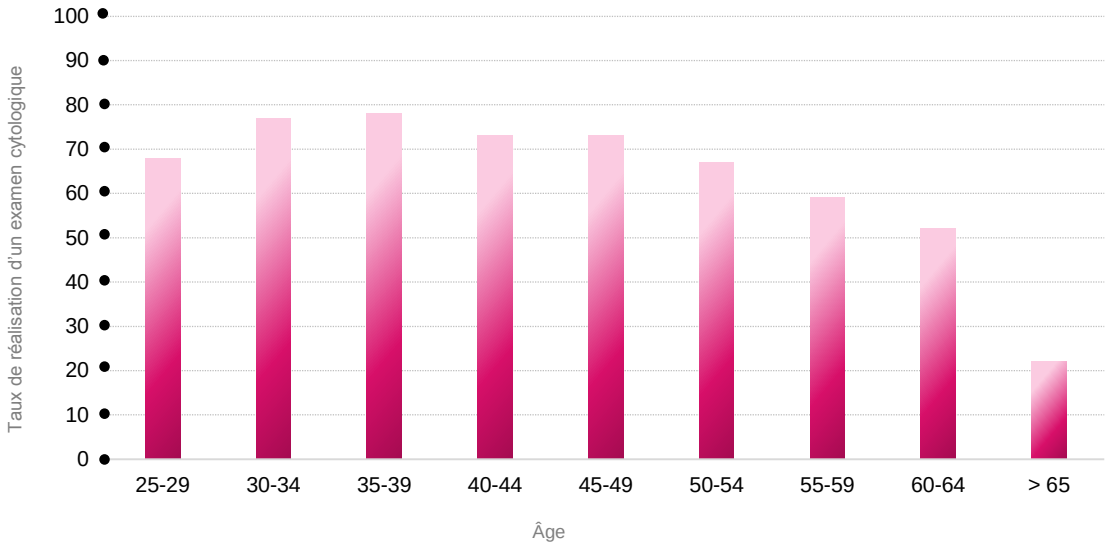
réalisent un sur-dépistage
(tous les 2 ans ou tous les ans)

7,8%

respectent strictement
l’intervalle de dépistage
(tous les 3 ans, après 2 tests
normaux à 1 an d’intervalle)

Source : D’après les données de l’échantillon général des bénéficiaires, HAS, 2010

40 % DES FEMMES DE 25 À 65 ANS NE SE FONT PAS OU PAS ASSEZ RÉGULIÈREMENT DÉPISTER

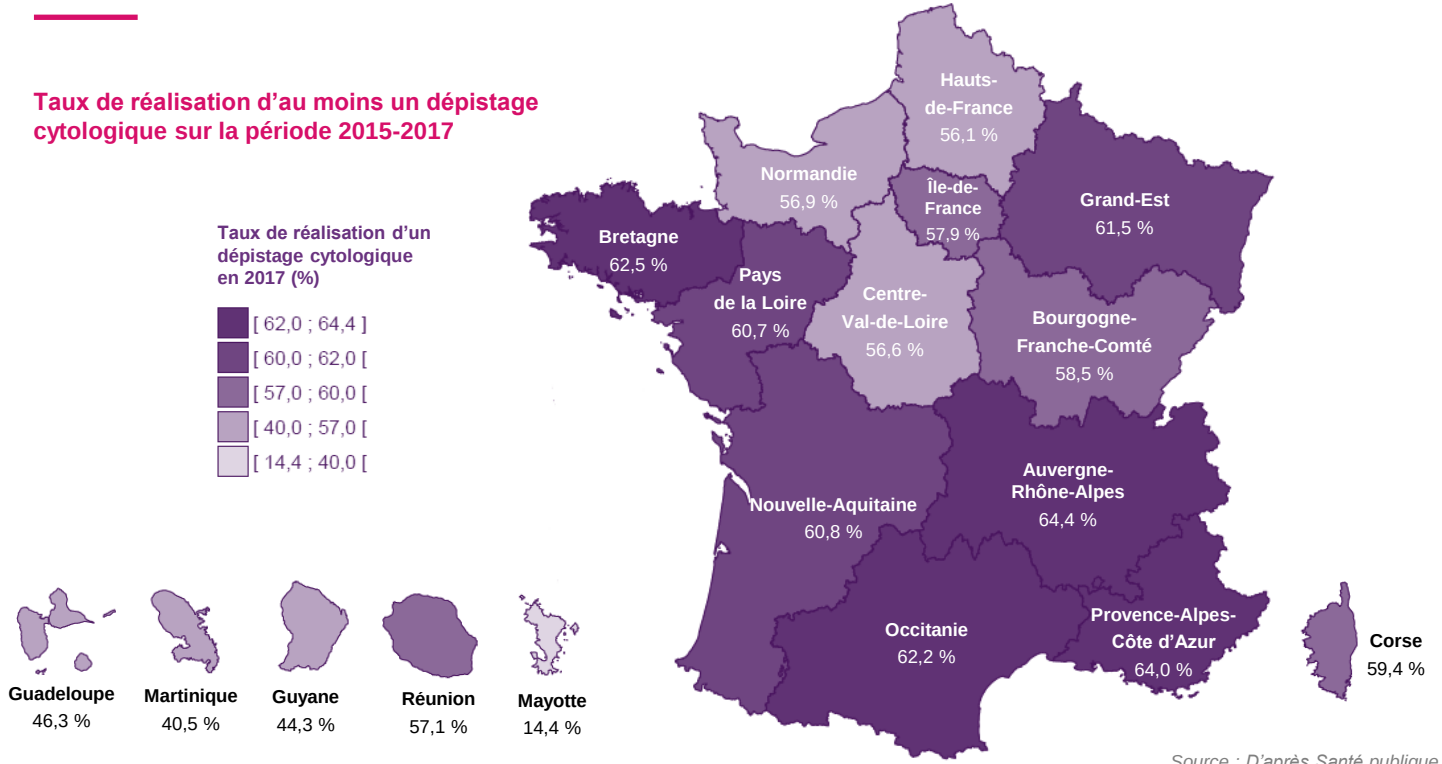


Le dépistage est moins fréquent à partir de 50 ans, en lien avec l'arrêt du suivi gynécologique, alors que l'âge moyen lors du diagnostic est de 51 ans.

Source : SNDS-DCIR 2014-2017, Insee - Estimation de population au 1er janvier 2017; Traitement INCa, 2018

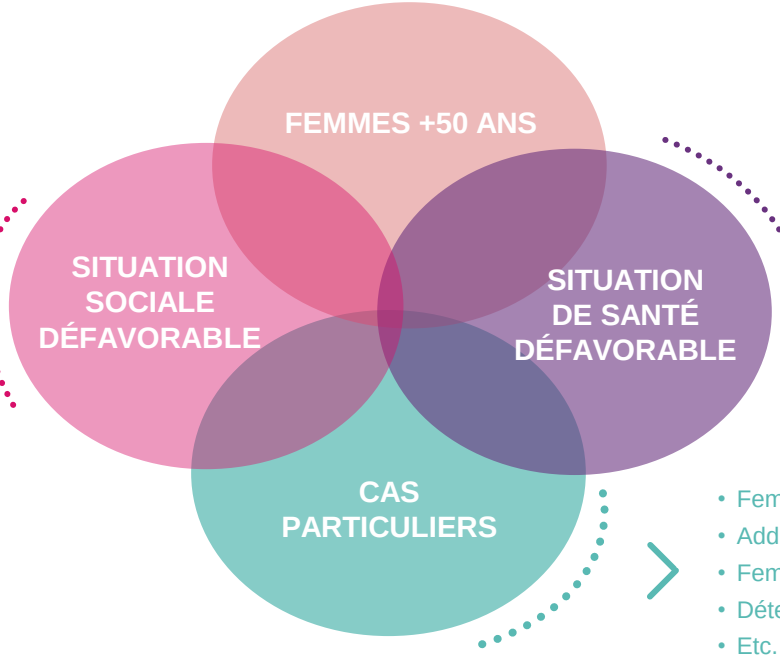
UN RECOURS INÉGAL AU DÉPISTAGE CYTOLOGIQUE

Taux de réalisation d'au moins un dépistage cytologique sur la période 2015-2017



Source : D'après Santé publique France. Traitement INCa, 2019

LA CARACTÉRISATION DES FEMMES NON PARTICIPANTES



- CMU-C
- Résidence/territoire défavorisé
- Migrantes

- Co-morbidités/ALD (cancer, obésité, autres pathologies)
- Handicap/mobilité

- Femmes immuno-déprimées
- Addictions (alcool, opioïdes)
- Femmes homosexuelles
- Détenues,
- Etc.

Source : D'après Barré et al., Caractérisation des femmes ne réalisant pas de dépistage du cancer du col de l'utérus par dépistage cytologique en France, BEH, 2017

UN CANCER ÉVITABLE MAIS IL FAUT RESTER VIGILANT

DE RÉELS PROGRÈS

> Développement des techniques de dépistage

> Développement des traitements et des vaccins

90%

DES CANCERS POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS GRACE AU DÉPISTAGE

MAIS : DES POINTS DE VIGILANCE

> 60 %, seulement, de la population dépistée par réalisation d'un dépistage cytologique tous les 3 ans, avec des disparités

> Une survie nette qui se dégrade

SURVIE NETTE À 5 ANS

PASSE DE 68 % à 62 % ENTRE 1989 ET 2010

ORGANISER LE DÉPISTAGE

- **Diminuer les inégalités**
- **Améliorer les pratiques des professionnels de santé**
- **Améliorer les performances du dépistage**

Source : Les cancers en France, 2017 - L'essentiel des faits et chiffres, INCa, 2017

3

LE PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS (PNDO CCU)

QUAND PEUT-ON METTRE EN ŒUVRE UN DÉPISTAGE ?

Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage

- Problème de santé publique
- Histoire naturelle connue et existence d'une phase de latence ou préclinique
- Existence d'un test de dépistage adapté, simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et valide
- Test acceptable par la population
- Moyens de diagnostic, traitement disponible et efficacité du programme de dépistage sur la réduction de la mortalité ou la morbidité évaluée et établie
- Balance bénéfices/risques favorable
- Programme efficient

Source : D'après J. M. G. Wilson, G. Jungner, Principes et pratique du dépistage des maladies, OMS, 1970.

DES RECOMMANDATIONS FORTES POUR ORGANISER LE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

2003

Le Conseil de l'UE recommande des programmes de dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus

2008

Le CIRC publie des recommandations européennes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus

2010

La HAS recommande d'organiser le dépistage du cancer du col de l'utérus en France

2014

Permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col utérin via un programme national de dépistage organisé

2016

Préconisation de schéma cible de généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus

LES OBJECTIFS DU PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CCU

1. Réduire l'incidence et le nombre de décès de 30 % à 10 ans
2. Atteindre 80 % de taux de couverture dans la population cible
3. Réduire les inégalités d'accès au dépistage

LES GRANDES LIGNES DU PROGRAMME

> Ensemble des femmes de la population cible (25-65 ans)

- Cytologie

- Passage au prélèvement en milieu liquide

- Suivi des tests positifs et prise en charge adaptée en cas de lésions détectées

- Diversification des préleveurs

> Femmes réalisant le dépistage
(participation spontanée)

- Amélioration de la qualité (dépistage et suivi, pratiques)
- Actions en direction des professionnels de santé
- Actions en direction des femmes

> Femmes ne réalisant pas le dépistage
(ensemble des non-participantes)

- Courriers d'invitation/relance
- Prise en charge à 100 % de l'interprétation cytologique
- Modalités spécifiques ou supplémentaires
- +/- Autoprélèvement HPV à la relance (expérimentations)
- Actions de lutte contre les inégalités

LE PNDO CCU : 3E PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Un 3e programme national de dépistage organisé dans la continuité des programmes organisés existants (sein, colorectal)

> Au travers de ses objectifs…

- Réduction de l'incidence du cancer
- Réduction des inégalités
- Amélioration des pratiques
  - Limiter le sur-dépistage
  - Limiter les pratiques délétères
- Amélioration de la qualité du suivi (complexité, prise en charge différenciée)

LE PNDO CCU : 3E PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Mais un 3e programme national de dépistage organisé qui se différencie

> Par sa cible…

- Une population plus jeune et plus nombreuse

> Par la démarche de dépistage et de suivi

- Invitation par un professionnel de santé tous les 3 ans (mode d'entrée principal dans le programme)
- Invitation par courrier avec prise en charge à 100 % de l'interprétation cytologique (des seules femmes n'ayant pas réalisé un dépistage depuis au moins 3 ans)
- Recueil de tous les résultats (cytologie, histologie, virologie)
- Suivi de tous les résultats (cytologie anormale) quel que soit le mode d'invitation

L'ORGANISATION DU PNDO CCU

Ministère de la Santé

Pilotage stratégique et financement

NATIONAL

Santé Publique France

Évaluation épidémiologique

Institut National du Cancer

Pilotage opérationnel
Animation du réseau

Régimes d'Assurance maladie

Fichiers de données

Financement

RÉGIONAL

17 centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)
Invitation, formations, suivi, assurance qualité

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination

MISE EN ŒUVRE RÉGIONALE ET TERRITORIALE

€ **DCGDR/ARCMSA**

COORDINATION RÉGIONALE

€ **17 agences régionales de santé (ARS)**

COORDINATION RÉGIONALE

LOCAL

Professionnels de santé

Consultation, soins, suivi

Population

€

4

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN PRATIQUE

LE DO CCU : QUI EST CONCERNÉ ?

Toutes les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans

y compris les femmes enceintes, les femmes ménopausées,
les femmes vaccinées contre les infections HPV

y compris les femmes à risque majoré nécessitant un suivi particulier
(femmes immunodéprimées, femmes exposées au diéthylstilbestrol)

LE DO CCU : QUI N'EST PAS CONCERNÉ ?

- Femmes avec hystérectomie totale

→ **Non concernées par le dépistage** (exclusion)

→ **Suivi spécifique** si antécédent tumoral

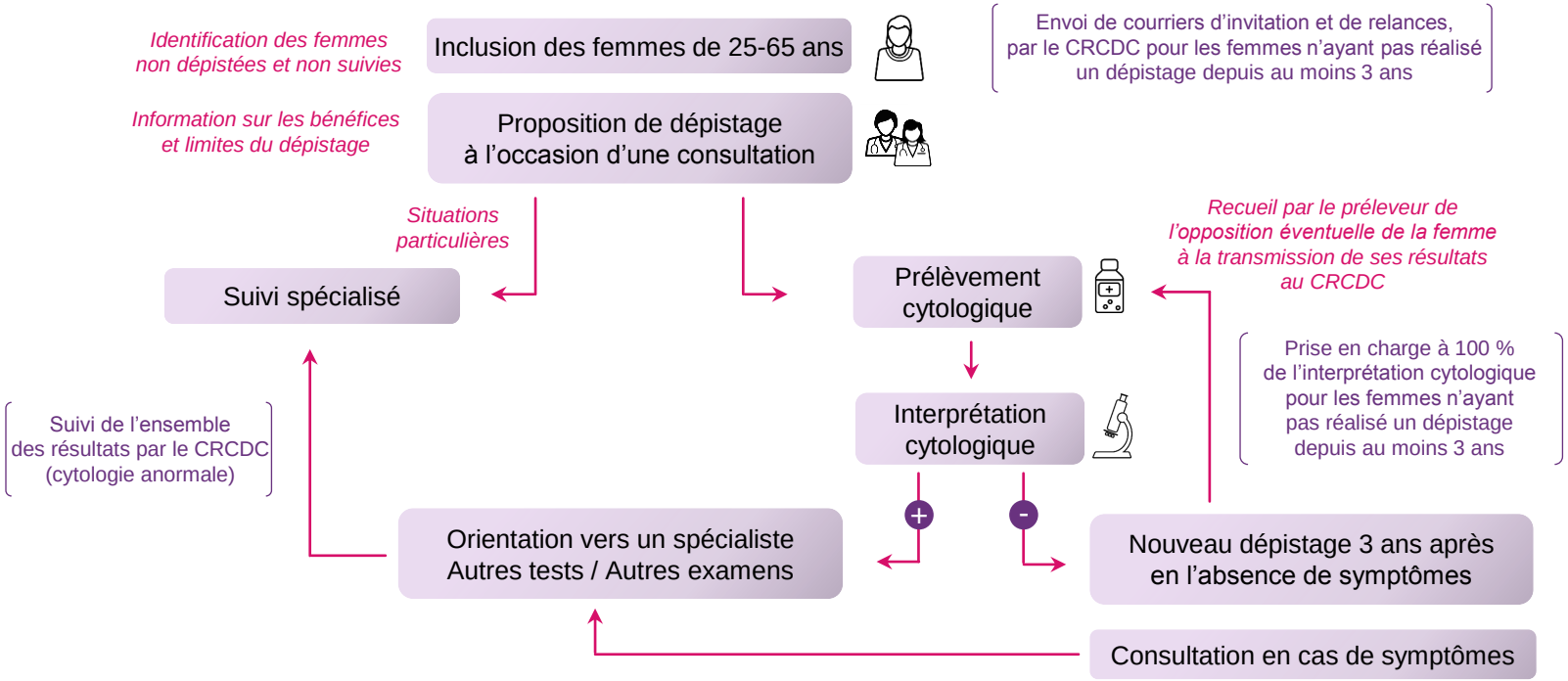
- Femmes de moins de 25 ans (sauf cas particuliers)
- Femmes ayant une infection sexuellement transmissible en cours d'évolution ou de traitement
- Femmes ayant des signes fonctionnels ou cliniques faisant suspecter un cancer du col de l'utérus
- Femmes ayant eu un traitement conservateur pour une lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus

→ **Dépistage non recommandé**

→ **Suivi spécifique** selon recommandations en vigueur

Reprise du dépistage évaluée par un professionnel de santé

LES FEMMES DANS LE DO CCU



LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE DO CCU

Sensibilisation, information et incitation

Proposition de dépistage si éligible

Coordination du dépistage, synthèse des informations

Dépistage au cabinet

Orientation ou prescription du test de dépistage

(autre MG, gynécologues, sages-femmes, médecin de LBM)

Réalisation du prélèvement cytologique

Recueil par le préleveur de l'opposition éventuelle de la femme à la transmission de ses résultats au CRCDC via la feuille de demande d'examen

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination

SUIVI

Cytologie normale (96 %)

Nouveau dépistage 3 ans après en l'absence de symptômes

Cytologie anormale (4 %)

Orientation vers un spécialiste

Suivi de la prise en charge

Évaluation de la reprise du dépistage

LES SAGES-FEMMES DANS LE DO CCU

Sensibilisation, information et incitation

Proposition de dépistage si éligible

Coordination du dépistage, synthèse des informations, en lien avec le médecin traitant et/ou le gynécologue

Réalisation du prélèvement cytologique*

Recueil par le préleveur de l'opposition éventuelle de la femme à la transmission de ses résultats au CRCDC via la feuille de demande d'examen

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination

SUIVI

Cytologie normale (96 %)

Nouveau dépistage 3 ans après en l'absence de symptômes

Cytologie anormale (4 %)

Orientation vers un spécialiste

Suivi de la prise en charge

Évaluation de la reprise du dépistage

** Orientation ou prescription du test de dépistage possible si la sage-femme ne peut réaliser le prélèvement.*

LES GYNÉCOLOGUES DANS LE DO CCU

Sensibilisation, information et incitation

Proposition de dépistage si éligible

Réalisation du prélèvement cytologique*

Recueil par le préleveur de l'opposition éventuelle de la femme à la transmission de ses résultats au CRCDC via la feuille de demande d'examen

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination

SUIVI

Cytologie normale (96 %)

Nouveau dépistage 3 ans après en l'absence de symptômes

Cytologie anormale (4 %)

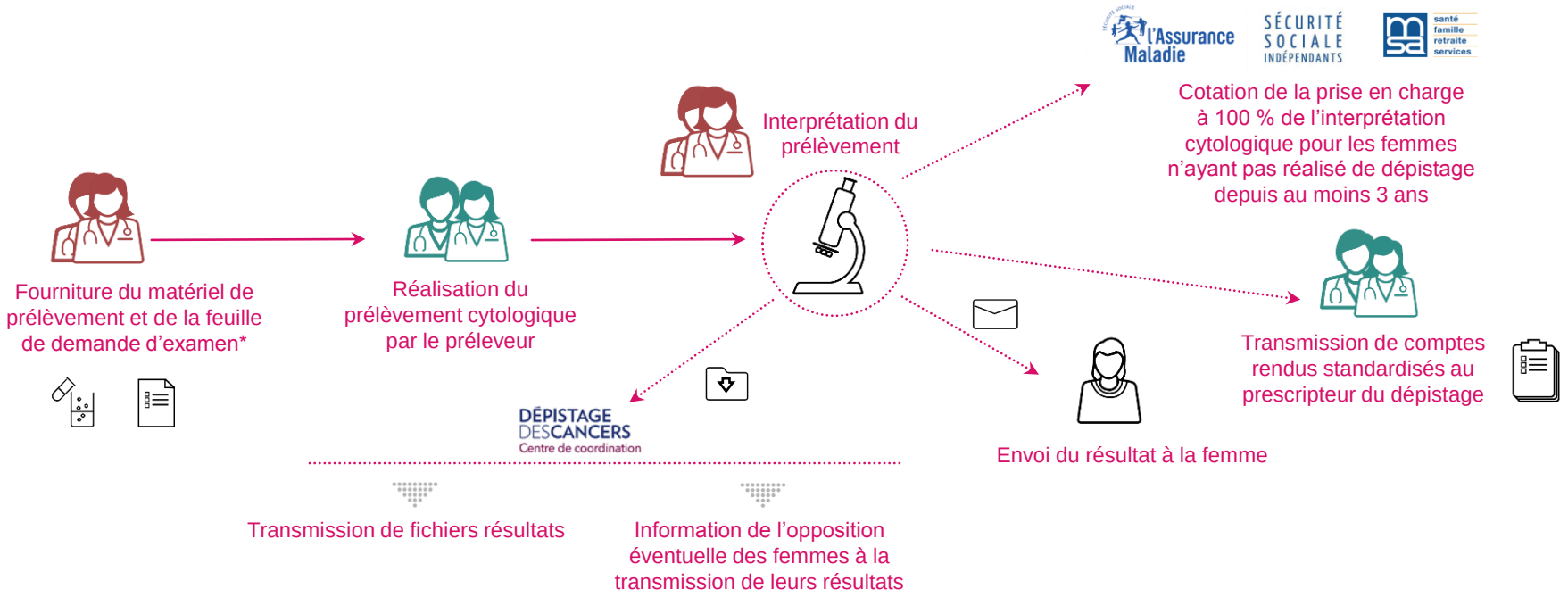
Prise en charge et traitement

Évaluation de la reprise du dépistage

** Orientation ou prescription du test de dépistage possible si le gynécologue ne peut réaliser le prélèvement.*

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

LES ANATOMO-PATHOLOGISTES DANS LE DO CCU



* *Hors milieu hospitalier.*

LE CRCDC DANS LE DO CCU

DÉPISTAGE DES CANCERS
Centre de coordination

CENTRE RÉGIONAL DE COORDINATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS

- Mobilisation des populations et lutte contre les inégalités
- Envoi de courriers d'invitation et de relances pour les femmes n'ayant pas réalisé un dépistage depuis au moins 3 ans

- Mobilisation des professionnels de santé impliqués dans le dépistage
- Retour d'information vers les professionnels de santé

- Recueil de l'ensemble des résultats (cytologie, histologie et virologie)
- Suivi de l'ensemble des résultats (cytologie anormale)
- Suivi de la qualité des pratiques et du programme
- Gestion des bases de données du programme
- Expérimentations et recherche, propositions d'amélioration du programme

QUELS CHANGEMENTS POUR VOTRE PRATIQUE ?

MÉDECINS GÉNÉRALISTES | **SAGES-FEMMES** | **GYNÉCOLOGUES**

- Nouvelles patientes (courriers d'invitation par le CRCDC et campagne de communication)
- Passage au prélèvement en milieu liquide
- Recueil de l'opposition éventuelle de la femme à la transmission de ses résultats au CRCDC via la feuille de demande d'examen (quel que soit le mode d'invitation)
- Prise en charge à 100 % de l'interprétation cytologique pour les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage depuis au moins 3 ans
- Appui du centre régional de coordination des dépistages des cancers (retours d'informations personnalisées, qualité des pratiques, formation, e-learning, suivi des cytologies anormales, outils d'information, e-cancer)

QUELS CHANGEMENTS POUR VOTRE PRATIQUE ?

ANATOMO-PATHOLOGISTES

- Passage au prélèvement en milieu liquide (sans surcoût pour la femme)
- Fourniture du matériel de prélèvement et de la feuille de demande d'examen
- Utilisation et transmission de comptes rendus standardisés au prescripteur du dépistage
- Cotation de la prise en charge à 100 % de l'interprétation cytologique pour les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage depuis au moins 3 ans
- Transmission des résultats au CRCDC (cytologie, histologie et virologie)
- Information de l'opposition éventuelle des femmes à la transmission de leurs résultats au CRCDC
- Retour d'informations du CRCDC
- Amélioration de la qualité des pratiques (référentiel, documents standardisés, convention avec le CRCDC, etc.)

5

INFORMER
LES POPULATIONS CIBLES

UNE APPROCHE SÉQUENCÉE ET PAR PUBLIC

En 2019, un dispositif à destination des professionnels de santé et du grand public

- **Des relations avec la presse professionnelle et grand public**
  - Communiqués, entretiens et interviews
- **Une campagne média dans la presse professionnelle**
  - Parutions « événementielles» jusqu'en mars.
- **Un dispositif sur e-cancer et les réseaux sociaux propriétaires de l'INCa** - Mise en avant de la page dédiée aux professionnels et de la page thématique dédiée aux femmes.
- **Une information des sociétés savantes et organisations professionnelles** - Un courrier signé du président de l'INCa pour un relais des informations et des outils auprès de leurs membres
- **Une communication directe auprès des femmes dites "non participantes"**
  - Courrier d'invitation contenant le dépliant
- **Tout au long de l'année** - Actions « organiques » (média propriétaires) sur les réseaux sociaux (Twitter, Facebook) pour conduire les internautes vers la page thématique « dépistage du cancer du col de l'utérus » sur e-cancer.fr

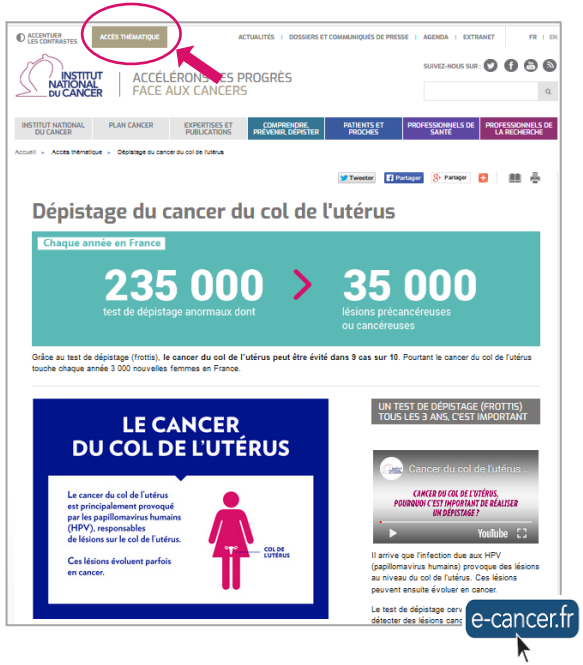
Janvier : semaine européenne de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

Un temps fort du dispositif de communication et de mobilisation.

Relais via les partenaires institutionnels.

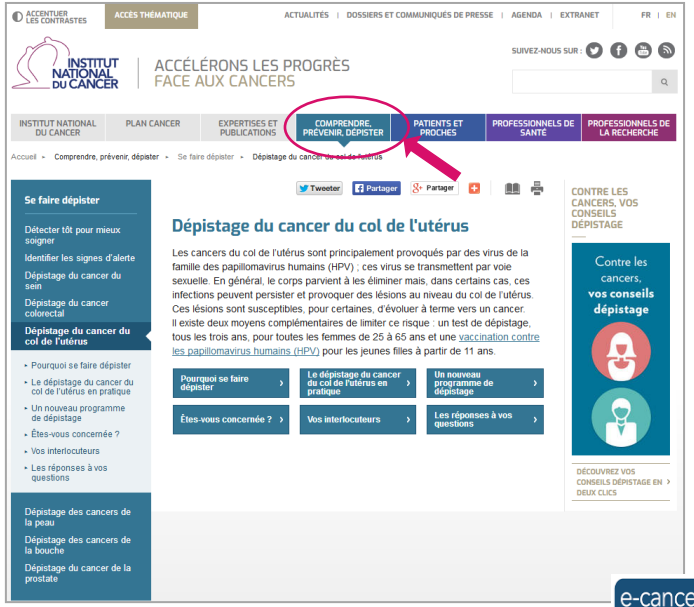
POUR MOBILISER LES FEMMES

Une page web thématique



e-cancer.fr

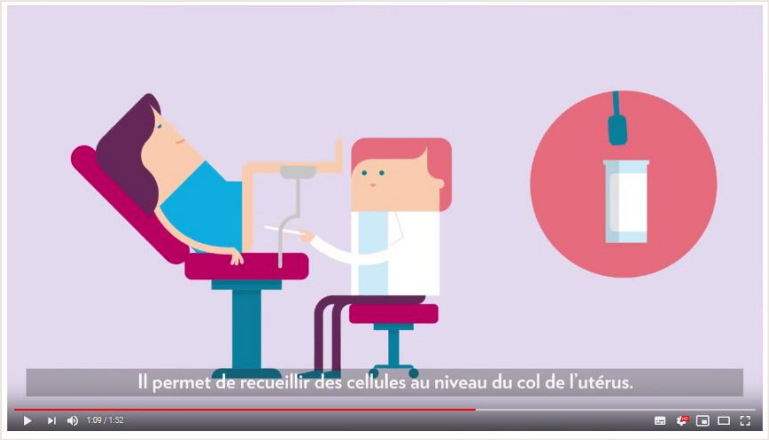
Un onglet web dédié



e-cancer.fr

POUR MOBILISER LES FEMMES

Le film d'animation sur la chaîne YouTube de l'INCa



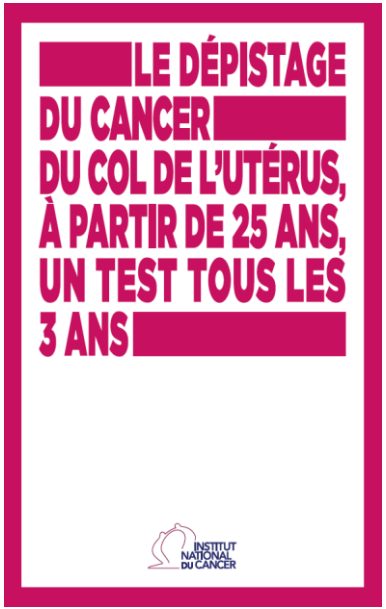
YouTube

Le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus : pour qui ? Quand ? Comment ?

Pourquoi c'est important de se faire dépister ? Grâce au frottis on peut repérer des lésions provoquées par un virus très fréquent appelé papillomavirus (ou ...

POUR MOBILISER LES FEMMES

Dépliant



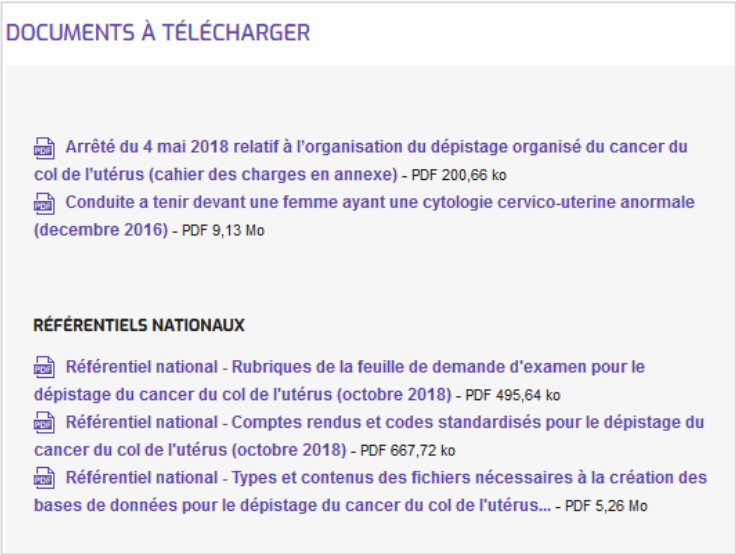
Carte postale

Affichette

POUR MOBILISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

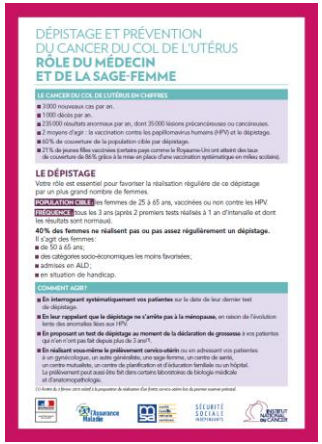
Un onglet web dédiée au DO CCU

Tous les documents pour votre pratique à télécharger

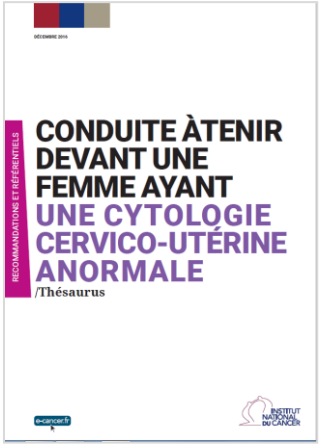


LES OUTILS DISPONIBLES POUR LA PRATIQUE

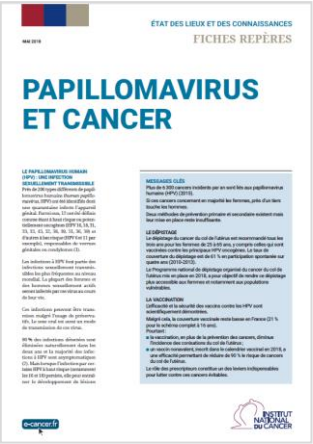
Affiche salle d'attente
(mention droits et informations personnelles)



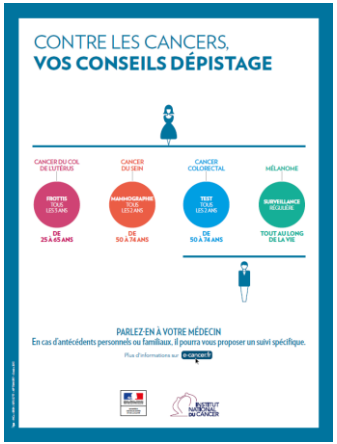
Fiche pratique



Recommandations de pratique clinique

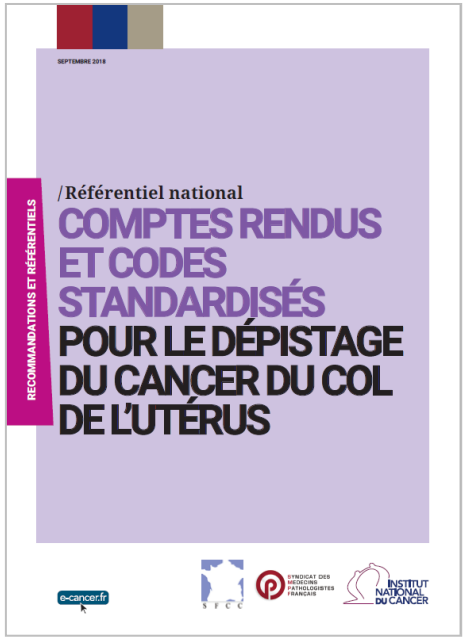


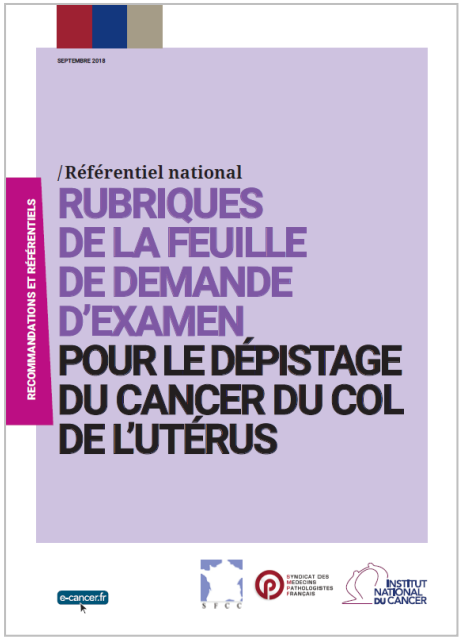
Fiche repères HPV



Affiche salle d'attente
(dépistages des cancers recommandés)

LES RÉFÉRENTIELS DISPONIBLES POUR LA PRATIQUE





DISPOSITIF RÉGIONAL ET LOCAL D'INFORMATION

Information et mobilisation des femmes

> Communication régionale et information de proximité :
communiqués de presse, interviews presse et radios locales, articles dans les bulletins des collectivités territoriales ou presse mutualiste, réunions d'information avec les acteurs locaux (élus, ateliers santé ville, associations, organismes d'assurance maladie, etc.)

> Actions de terrain :
stands d'information grand public (hôpitaux, entreprises, administrations publiques, évènement local, etc.), interventions ciblées en format tables rondes ou café santé (centres sociaux, épiceries solidaires, universités, foyers d'hébergement pour femmes, structures d'addictologie, centres de réinsertion, structures accueillant des personnes en situation de handicap, demandeurs d'asile, etc.)

> Contact direct avec le CRCDC :
site internet, messagerie de contact, réseaux sociaux, téléphone

CONTACT :

Numéro CRCDC

DISPOSITIF RÉGIONAL ET LOCAL D'INFORMATION

Information et mobilisation des professionnels de santé

> Communication régionale et interventions de proximité :
soirées DPC, colloques et soirées scientifiques, assemblées générales des ordres, écoles d'infirmières, universités, visites au cabinet, etc.

> Contact direct avec le CRCDC :
mise à disposition des outils d'information et affiches, annuaires des professionnels du territoire, échanges avec le médecin coordinateur, etc.

CONTACT :

Numéro CRCDC

6

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'ORGANISATION DU DO CCU PERMETTRA...

1. D'augmenter la couverture de dépistage
   - > Par les invitations adressées aux femmes et les efforts de communication qui seront développés
   - > Par l'implication de davantage de professionnels sur le terrain
   - > Par des actions de mobilisation ciblées auprès des différents publics

2. D'améliorer la qualité du dépistage
   - > En passant au milieu liquide et à terme au test HPV
   - > En diminuant le nombre de « perdues de vue » et en améliorant le suivi
   - > En améliorant les bonnes pratiques (intervalle de dépistage, limitation du surtraitement)

3. De réduire les inégalités d'accès au dépistage
   - > Par une diversification des lieux de prélèvement et des effecteurs
   - > Par des actions ciblées en direction des femmes en situation de précarité

7

BIBLIOGRAPHIE