

Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus provoque chaque année près de 1 000 décès en France. Or, il est possible d'agir très précocement face à ce cancer. Le dépistage par frottis cervico-utérin permet, en effet, de détecter des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de pouvoir ainsi mieux soigner ce cancer, voire de prévenir son apparition. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est aujourd'hui en France majoritairement individuel. Il repose sur l'initiative du professionnel de santé. On estime qu'il couvre près de 60 % des femmes de la population-cible (25-65 ans). Toutefois, il existe des freins au dépistage liés à l'âge (les femmes de plus de 55 ans se font moins dépister) ou à des facteurs socioéconomiques. D'où l'importance de continuer à sensibiliser la population concernée et de travailler à la réduction des inégalités de recours à cette pratique de santé.

Des expérimentations de dépistage organisé sont actuellement en cours dans 13 départements. Elles associent des actions de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage (invitation par courrier des femmes n'ayant pas fait de frottis depuis trois ans, relance des femmes ne donnant pas de suite à l'annonce d'une anomalie sur leur frottis...). Ces programmes pilotes font écho au Plan cancer 2009-2013 qui prévoit d'expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col utérin permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées (action 16.6). Ces programmes, qui permettront notamment de toucher les femmes en situation de vulnérabilité sociale, répondent ainsi à l'objectif phare du Plan cancer en matière de lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage (mesure 14).

Il existe, par ailleurs, une vaccination préventive destinée aux jeunes filles et luttant contre certains types de virus HPV (papillomavirus humain), à l'origine des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Cette vaccination ne se substitue pas au dépistage par frottis mais constitue un moyen complémentaire d'agir face au cancer du col de l'utérus. Le Plan cancer 2009-2013 prévoit, à ce titre, d'améliorer les taux de couverture vaccinale contre les HPV des jeunes filles de 14 ans (action 13.1) et d'étudier l'impact de la vaccination et des nouvelles technologies de recherche du papillomavirus sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus (action 16.5).



- Mesure 13** : Prévenir les cancers d'origine infectieuse
- Mesure 14** : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.
- Mesure 15** : Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.
- Mesure 16** : Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

LANCEMENT DE LA CAMPAGNE DE MOBILISATION – JUIN 2010

CONFÉRENCE DE PRESSE – JEUDI 10 JUIN 2010

S O M M A I R E

Partie I - Le cancer du col de l'utérus : des moyens pour agir	3
1. Virus HPV, prévention et dépistage	4
2. Le dépistage pour agir précocement	4
2.1. Les modalités : le frottis cervico-utérin	4
2.2. Les freins au dépistage	6
2.3. Dépistage organisé : une expérimentation menée dans 13 départements, pour favoriser la participation et réduire les inégalités d'accès au dépistage	7
3. La vaccination préventive contre les HPV	8
3.1. Les vaccins	8
3.2. La couverture vaccinale	9
Partie II - Juin 2010 : des actions en faveur de la prévention et du dépistage du cancer du col de l'utérus	11
1. Un dispositif d'information sur le dépistage renforcé pour les femmes en situation de vulnérabilité sociale	12
1.1. Une campagne radio nationale du 5 au 22 juin 2010	12
1.2. La diffusion de documents d'information	12
2. Information des jeunes filles et de leurs mères sur la vaccination contre les HPV	14
2.1. En direction des jeunes filles concernées	14
2.2. En direction des mères	15
3. Un dispositif à destination des professionnels de santé	15
Pour en savoir plus	
Fiche 1 - Quelques données épidémiologiques	18
Fiche 2 - Prise en charge des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus	21
Fiche 3 - La recherche sur le cancer du col de l'utérus	23
Annexes	
Annexe 1 - La CNAMTS	28
Annexe 2 - Le RSI	30
Annexe 3 - La MSA	32
Annexe 4 - Le partenariat INCa/SYNGOF	34
Annexe 5 - Cancer info	35

CONTACTS PRESSE :
Direction générale de la santé
Mission information et communication
Tél. : 01 40 56 42 43 / 52 62

Institut National du Cancer
Tél. : 01 41 10 14 44
Email : presse@institutcancer.fr



Partie

Le cancer du col de l'utérus : des moyens pour agir

1. Virus HPV, prévention et dépistage

Les papillomavirus humains (HPV - *Human Papillomavirus*) constituent la cause principale des cancers du col de l'utérus. Les virus les plus fréquemment rencontrés sont les HPV de types 16 et 18, présents dans plus de 70 % des cas de cancer invasif du col utérin en France. Ces HPV sont également associés à certains cancers du canal anal, de la vulve, du vagin et certains cancers ORL.

Les femmes sexuellement actives sont susceptibles d'être infectées par un ou plusieurs HPV à un moment ou à un autre de leur vie, le plus souvent dès le début de leur vie sexuelle. La prévalence de l'infection est élevée avant 30 ans et diminue ensuite progressivement avec l'âge.

La majorité des femmes exposées aux HPV développe une immunité suffisante pour éliminer le virus. Cependant, celui-ci persiste chez certaines femmes et cette persistance peut conduire au développement d'une lésion précancéreuse. Il existe plusieurs stades de lésions précancéreuses (appelées CIN 2, CIN 3), pouvant régresser vers un col de l'utérus normal, persister ou bien encore évoluer vers un cancer du col de l'utérus. L'évolution vers un cancer invasif du col utérin met en moyenne une quinzaine d'années à se produire, laissant donc une fenêtre d'action importante pour pouvoir détecter précocement les lésions précancéreuses et cancéreuses du col.

Il existe aujourd'hui deux moyens pour agir face au cancer du col de l'utérus : le dépistage par frottis cervico-utérin, proposé tous les trois ans aux femmes de 25 à 65 ans et la vaccination préventive destinée aux jeunes filles de 14 ans et en rattrapage aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.

2. Le dépistage pour agir précocement

2.1. Les modalités : le frottis cervico-utérin

Du fait de son évolution lente et de l'existence de nombreuses lésions précancéreuses curables, le cancer du col de l'utérus peut être dépisté à un stade précoce et même prévenu par la détection de ces lésions précancéreuses. Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose actuellement sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU), recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) chez les femmes de 25 à 65 ans tous les trois ans après deux frottis normaux effectués à un an d'intervalle. Ce dépistage s'effectue généralement sur proposition du médecin traitant, du gynécologue ou de la sage femme.

La loi HPST du 21 juillet 2009 a élargi le champ de compétence des sages-femmes : consultation de contraception avec la possibilité de prescription de contraceptifs tout au long de la vie sexuelle, suivi gynécologique de prévention et notamment dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette extension du rôle de la sage-femme va ainsi permettre d'augmenter l'offre de soins en termes de frottis.

Au cours d'un examen gynécologique, après mise en place d'un spéculum, le médecin traitant, le gynécologue ou la sage-femme prélève des cellules sur le col de l'utérus au fond du vagin, à l'aide d'une petite brosse ou d'une spatule. Le prélèvement est ensuite adressé à un médecin spécialiste, l'anatomocytologiste, pour lecture et interprétation. Le frottis est pris en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 65 %, hors dépassement d'honoraires et remboursement des organismes complémentaires.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus peut être également réalisé dans un certain nombre de structures de soins (établissements hospitaliers, centres de santé, laboratoires d'analyses avec une prescription médicale...) ou de prévention (centres d'exams de santé dans le cadre du bilan de santé, centres de planification...).

En cas de test positif, des examens complémentaires (FCU de contrôle, colposcopie-biopsie, curetage de l'endocol, conisation diagnostique, test HPV) sont réalisés afin de déterminer la nature de l'anomalie.

Par ailleurs, en cas de symptômes (saignements inexplicables...) entre deux frottis, il est important de consulter son médecin.

LE TEST HPV

Aujourd'hui, la recherche de l'HPV au niveau du col utérin (ou test HPV) est uniquement recommandée en deuxième intention à la suite de certains frottis présentant des anomalies malpighiennes de signification incertaine (ASC-US). Dans ce cas, le test HPV, s'il est positif, oriente d'emblée vers la réalisation par le gynécologue d'une colposcopie.

L'utilisation du test HPV, en première intention, en tant que nouveau procédé de dépistage primaire du cancer du col est, par ailleurs, à l'étude depuis plusieurs années et a fait l'objet d'expérimentations dans plusieurs pays européens. L'objectif est de repérer les femmes chez lesquelles les HPV sont persistants, et qui sont donc susceptibles de développer des anomalies. Les études ont montré que cette modalité de dépistage pourrait détecter un plus grand nombre de lésions que le frottis mais uniquement chez les femmes de plus de 30 ou 35 ans. Chez les plus jeunes, l'infection par les HPV est trop fréquente et la détecter n'a pas de signification pathologique.

En France, des expérimentations vont être prochainement lancées pour étudier les conditions de cette utilisation du test HPV. Un autre intérêt de ce test réside dans le fait qu'il peut être proposé sous la forme d'auto-prélèvements vaginaux auprès des femmes refusant de consulter un médecin pour réaliser l'examen gynécologique. L'auto-prélèvement peut se faire à domicile par la femme, qui doit ensuite l'envoyer par la poste au laboratoire. En cas d'auto-prélèvement positif, il est nécessaire de consulter son médecin ou son gynécologue pour un frottis. Deux projets expérimentaux, l'un à Marseille, l'autre en Indre-et-Loire, testent actuellement cette modalité.

2.2. Les freins au dépistage

La pratique de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus est bien implantée en France. Le taux global de couverture des femmes de 25-65 ans par le frottis cervico-utérin est estimé, sur la période 2005-2007, à 57,4 %¹. Toutefois, plusieurs freins au dépistage du cancer du col de l'utérus peuvent être identifiés :

- L'âge tout d'abord. Le taux de couverture moyen des 25-65 ans par le frottis est estimé à 57,4 %, avec un pic à 65,3 % chez les femmes âgées de 35 à 44 ans. Ce taux diminue, en revanche, très sensiblement avec 46 % au-delà de 55 ans. Même tendance observée dans le Baromètre cancer 2005², enquête déclarative menée auprès de 4 046 personnes dont plus de 2 000 femmes de 20 ans ou plus. 70,8 % de ces femmes déclaraient avoir pratiqué au moins un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années, avec pour les femmes âgées de 25 à 54 ans, des pourcentages oscillant entre 77,9 et 89,4 %. Au-delà de 55 ans, le taux de recours déclaré était en baisse : 73,6 % pour les 55-59 ans et 69 % pour les 60-65 ans.
- Le niveau socioéconomique. Le Baromètre cancer 2005 identifie plusieurs caractéristiques d'ordre socioéconomique liées à la pratique du frottis, notamment le fait d'avoir un niveau d'études supérieur ou égal au baccalauréat, une activité professionnelle ou de bénéficier d'une mutuelle de santé complémentaire.
- Une étude³ reposant sur l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee identifie, par ailleurs, de nombreux facteurs socioéconomiques liés à la réalisation d'un frottis. Celle-ci apparaissait en effet plus fréquente chez les femmes cadres ou appartenant à une profession intermédiaire, avec des revenus du ménage supérieurs à 900 euros par unité de consommation, de niveau d'études supérieur au BEPC, propriétaires de leur logement, vivant en zone urbaine, possédant une mutuelle complémentaire autre que la CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire).

1. Échantillon permanent inter-régimes des bénéficiaires de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Epib-CNAMTS).

2. Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. (dir.). Baromètre cancer 2005, INPES Paris 2006.

3. Dupont N. *et al*, Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ?, RESP 56 (2008), 303-313.

- Par ailleurs, le suivi par un gynécologue est un élément déterminant de la pratique de frottis. Selon le Baromètre cancer 2005, 88 % des femmes déclarant s'être fait dépister ont indiqué avoir effectué cet acte chez le gynécologue (88 %) et dans le cadre d'un suivi régulier (87 %).

2.3. Dépistage organisé : une expérimentation menée dans 13 départements pour favoriser la participation et réduire les inégalités d'accès au dépistage

À ce jour, il n'existe pas de programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France, à l'instar des programmes de dépistage organisé du cancer du sein ou du cancer colorectal.

Le Plan cancer 2009-2013 prévoit d'expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en direction des femmes peu ou non dépistées. Ceci, *via* l'application d'un cahier des charges d'une organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis, la réalisation d'expériences innovantes vers les populations non dépistées et la constitution d'un réseau de surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Dans les années 90, quatre départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) ont mis en place un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Une étude épidémiologique de l'InVS, menée de 2002 à 2005 dans ces quatre départements, montre que le programme de dépistage organisé contribue à une augmentation de la couverture de dépistage et maintient cette couverture à un niveau élevé après 50 ans en Alsace et en Isère⁴.

Ces quatre départements « pilotes » ont été rejoints en 2009 par neuf autres départements (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne).

Dans ces 13 sites expérimentaux mettant en place un programme organisé de lutte contre le cancer du col de l'utérus, sont associées des actions de dépistage (invitation par courrier des femmes n'ayant pas fait de frottis depuis trois ans, relance des femmes ne donnant pas de suite à l'annonce d'une anomalie sur leur frottis...), des actions de prévention (campagne en faveur de la vaccination...) et d'éducation à la santé (information des jeunes filles, travail avec des groupes de femmes précaires...). Chaque département doit, de plus, mettre en place un projet innovant pour toucher les femmes particulièrement éloignées de la prévention (consultations décentralisées, travail avec les associations en contact avec les publics précaires, actions vers les bénéficiaires de la CMUc, actions dans les territoires enclavés...).

4. Dupont N. *et al*, Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, évaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes », InVS, juin 2007.

Au total en France, ce sont plus de deux millions de femmes qui bénéficient ou vont bénéficier de cette action de santé publique.

3. La vaccination préventive contre les HPV

Deuxième moyen d'agir face au cancer du col de l'utérus : la vaccination préventive contre certains types d'HPV. Un mode d'action d'autant plus important que la prévention de la transmission des virus HPV est difficile. Le virus étant présent sur l'ensemble de la zone anogénitale, l'utilisation du préservatif n'est que partiellement efficace.

3.1. Les vaccins

Il existe actuellement deux vaccins préventifs mis sur le marché en France : un vaccin dit bivalent car protégeant contre les HPV de génotype 16 et 18 et un vaccin quadrivalent protégeant également contre les HPV de type 6 et 11, non cancérogènes mais à l'origine du développement de lésions bénignes dites « condylomes » (ou verrues génitales). Ces lésions sans risque d'évolution sont, en revanche, gênantes et difficiles à traiter.

Ces vaccins préventifs, pour être pleinement efficaces, doivent être administrés avant les premiers contacts avec les virus. Les deux vaccins ont obtenu leur autorisation de mise sur le marché à environ un an d'intervalle, le 29 septembre 2006 pour le quadrivalent et le 20 septembre 2007 pour le bivalent⁵.

La vaccination a fait l'objet d'une recommandation conjointe du Comité technique de vaccinations et du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (avis du 9 mars 2007). La population ciblée par cette vaccination se compose :

- des jeunes filles de 14 ans avant l'exposition au risque de l'infection HPV,
- des jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans (population de rattrapage) qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle.

Le schéma de vaccination comporte trois injections quel que soit le vaccin utilisé. Ces trois injections sont indispensables pour que le vaccin soit efficace. Les travaux menés auprès de cohortes de jeunes femmes vaccinées montrent, avec un recul de 9 ans actuellement, que la protection est maintenue si le schéma initial a bien été respecté. Il n'est donc pas recommandé de rappel ultérieur à ce jour. Celui-ci n'est cependant pas exclu à l'avenir.

La dose de vaccin coûte environ 130 euros, elle est prise en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 65% (hors remboursement des organismes complémentaires).

5. Dans son avis complémentaire du 14 décembre 2007, le Haut Conseil de la Santé Publique recommande préférentiellement le vaccin quadrivalent.

Des mesures de pharmacovigilance importantes ont été prises afin de collecter les éventuels effets secondaires. En complément du plan de gestion des risques européen, l'Afssaps a initié un plan national avec une surveillance de l'ensemble des événements postvaccinaux, un suivi du registre national des grossesses chez des femmes vaccinées ainsi qu'un comité d'experts cliniciens et épidémiologistes chargés d'examiner les cas détectés. Aucun effet secondaire grave n'a été attribué au vaccin depuis cette mise en place.

Les vaccins actuellement mis sur le marché ne protègent pas contre l'ensemble des virus HPV à l'origine du cancer du col de l'utérus. La vaccination constitue un réel progrès en matière de prévention du cancer du col mais elle ne doit cependant pas faire oublier la nécessité des frottis de dépistage dès l'âge de 25 ans, même pour les jeunes femmes vaccinées.

3.2. La couverture vaccinale

Plusieurs sources permettent d'estimer la couverture vaccinale des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans :

> Selon les données du régime général de l'Assurance maladie⁶, près d'1,2 M de jeunes filles de 14 à 23 ans ont bénéficié fin 2009 du remboursement d'au moins une dose du vaccin quadrivalent contre les HPV (vaccin remboursé depuis juillet 2007). Les jeunes filles commencent, pour la plupart, à se faire vacciner entre 15 et 17 ans.

> L'étude de l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui repose sur des données de remboursement fournies par l'Assurance maladie⁷, permet d'estimer la couverture vaccinale des jeunes filles âgées de 14 à 17 ans en 2008 :

- 38 % d'entre elles avaient débuté leur vaccination (au moins une dose remboursée) ;
- 23 % étaient vaccinées (3 doses remboursées soit un schéma vaccinal complet). Le taux de couverture vaccinale varie ainsi de 15,4 % à 27,7 % selon les âges (27,7 % pour les jeunes filles de 16 ans).

La compliance, c'est-à-dire le pourcentage de jeunes filles ayant réalisé un schéma de vaccination complet, après avoir reçu une 1^{ère} injection, est de 75,7 %⁸. Elle reste à parfaire.

6. Données du régime général issues de ERASME v1 - France entière - CNAMTS-DSES

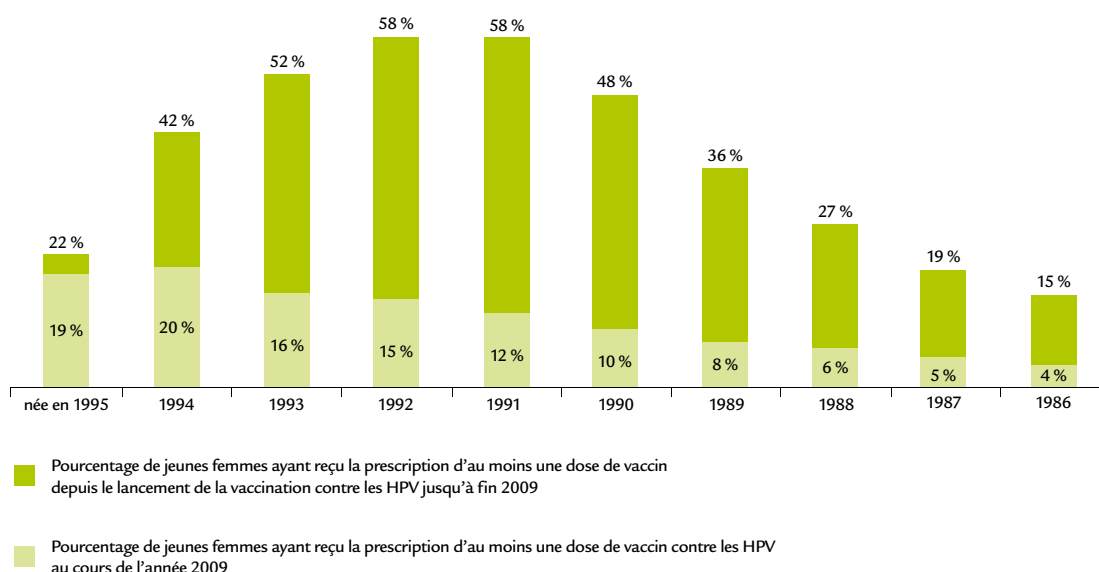
7. Estimation des couvertures vaccinales en secteur libéral à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires. InVS-CNAMTS. Février 2010 (échantillon représentatif des bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie). Étude menée sur la période juillet 2007 - juillet 2009.

8. Jeunes filles nées entre 1991 et 1994, ayant eu une première dose remboursée avant le mois d'octobre 2008 et ayant reçu 3 injections au début de l'année 2009.

> L'enquête de l'observatoire épidémiologique Thalès⁹ repose, pour sa part, sur les prescriptions des médecins libéraux. Elle permet d'estimer la couverture vaccinale à fin 2009 des jeunes filles âgées de 14 à 23 ans (pour au moins une dose de vaccin HPV). Les classes d'âge les plus mobilisées par le vaccin, avec plus de 50 % de couverture vaccinale, sont nées entre 1991 et 1993 (voir graphique n° 1). Ces données ne portent pas sur un schéma de vaccination complet.

Graphique 1

Pourcentage de femmes ayant reçu la prescription d'au moins une dose de vaccin HPV (cumul depuis le lancement à fin décembre 2009).



Source : d'après Thalès

9. Source Thalès. Enquête auprès des médecins libéraux. Communication Sanofi Pasteur MSD.



Partie

**Juin 2010 : lancement d'un
dispositif d'actions en faveur
de la prévention et du dépistage
du cancer du col de l'utérus**

La mise en place du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans 13 départements et les mesures du Plan cancer 2009-2013 constituent un nouveau contexte qui impliquait une refonte du programme d'information sur le cancer du col de l'utérus mis en œuvre par l'INCa.

Enrichi de nouvelles actions, dont notamment une campagne radio nationale et un dispositif d'information sur la vaccination, ce programme a pour objectifs :

- au niveau national, d'inciter les femmes de 25 à 65 ans à réaliser des frottis de dépistage tous les trois ans et d'accroître la couverture vaccinale contre les HPV ;
- au niveau local, d'accompagner les 13 départements mettant en place le programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- de manière transversale, de veiller à la réduction des inégalités de recours au dépistage.

1. Un dispositif d'information sur le dépistage renforcé pour les femmes en situation de vulnérabilité sociale

1.1. Une campagne radio nationale du 5 au 22 juin 2010

Le 5 juin a été lancée une campagne radio destinée à rappeler l'importance du frottis de dépistage et les bonnes pratiques en matière d'âge et de fréquence des frottis. Prétestée auprès de femmes à faibles revenus afin de s'assurer de la portée du message, cette campagne met également l'accent sur la nécessité de continuer ce suivi après la ménopause. Le spot radio est diffusé du 5 au 22 juin sur une sélection de stations permettant de toucher l'ensemble de la tranche d'âge : RTL, Nostalgie, Europe 1, RFM, Chérie FM, France Bleu, NRJ, Skyrock, Virgin radio, plusieurs radios indépendantes et une sélection de stations émettant dans les départements d'outre-mer. Parallèlement, des actions de partenariat sont conduites avec les radios de la diversité (Africa numéro 1, Radio Orient et Beur FM) : spots informatifs, émissions pédagogiques en direct.

1.2. La diffusion de documents d'information

Un nouveau dépliant d'information sur le frottis de dépistage est diffusé notamment dans les pharmacies. Il sera également transmis avec le courrier d'invitation envoyé dans les 13 départements aux femmes n'ayant pas fait de frottis depuis plus de trois ans. Simple et illustré, ce dépliant répond aux principales questions sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.



Deux affiches, dont une traduite en cinq langues, sont diffusées auprès de divers professionnels de santé. Objectif : sensibiliser les femmes sur l'importance du frottis entre 25 et 65 ans.



Une information pédagogique sur le cancer du col utérin et le frottis de dépistage a été également insérée dans le magazine de l'INPES à destination des populations d'origine africaine.

Par ailleurs, les structures départementales chargées de la mise en place du programme expérimental de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 13 départements pilotes ont été dotées d'une exposition pédagogique itinérante leur permettant de mener des actions de proximité et de délivrer une information au plus près des besoins de la population concernée.



2. Information des jeunes filles et de leurs mères sur la vaccination contre les HPV

En parallèle des actions sur le dépistage, un dispositif d'information sur la vaccination contre les HPV est mis en place en direction à la fois des jeunes filles concernées et de leurs mères.

La forte médiatisation du vaccin ces dernières années a suscité chez les femmes de nombreuses interrogations : âge de la vaccination, poursuite du frottis de dépistage chez les femmes vaccinées... Il importait donc de proposer une information de référence pour répondre à ces questions.

2.1. En direction des jeunes filles concernées

Un espace d'information Internet répond aux principales questions que les jeunes filles peuvent se poser sur le cancer du col de l'utérus et la vaccination. Cet espace comporte une entrée spécifique pour les jeunes filles de 14 ans et une entrée pour les 15-23 ans (âge de la vaccination de rattrapage). Afin de susciter l'intérêt sur un sujet éloigné des préoccupations des jeunes filles de cet âge, une action ciblée sur les jeunes filles de 14 ans a été lancée sur Facebook.



2.2. En direction des mères

Un espace d'information, destiné aux mères des jeunes filles concernées par la vaccination, a été mis en ligne sur le site de l'INCa : www.e-cancer.fr. Une campagne de médiatisation est également menée, principalement sur des sites féminins. Un dépliant d'information sous la forme de questions/réponses sera diffusé notamment dans les pharmacies et par l'intermédiaire des infirmières scolaires.



3. Un dispositif à destination des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont des acteurs importants en termes d'information et d'incitation à la vaccination et au dépistage des cancers. Les patientes se reposent souvent, en cas de doute, sur leurs conseils.

Les médecins généralistes

Ils constituent des interlocuteurs incontournables sur cette thématique. Un outil pratique de consultation reprenant l'ensemble des recommandations en termes de vaccination contre les HPV et de dépistage par frottis a été ainsi adressé aux 61 000 médecins généralistes dans le Bulletin de l'Ordre de mai/juin, en partenariat avec le Conseil national de l'ordre des médecins. Les médecins du travail seront tenus informés de l'opération réalisée auprès de leurs confrères généralistes. Cette information sera relayée par la Direction générale du travail (Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique) par voie électronique.



Les pharmaciens d'officine

Les pharmaciens peuvent également délivrer des messages de prévention aux femmes concernées. C'est la raison pour laquelle, en partenariat avec le Cespharm (Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française, Commission permanente de l'Ordre des pharmaciens), une information spécifique sera réalisée *via* la revue de l'Ordre des pharmaciens et le site Internet du Cespharm. Ces informations seront également accompagnées de la possibilité, pour les pharmaciens de commander des documents d'information.



Les infirmières scolaires

Elles sont des interlocutrices privilégiées pour les jeunes filles de 14 ans concernées par la vaccination. Il est donc important que les infirmières scolaires puissent avoir accès aux recommandations autant en termes de vaccination HPV que de dépistage par frottis. Une action d'information spécifique est actuellement en cours d'élaboration avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (Ministère de l'éducation nationale).

Les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens

Ces professionnels de santé sont depuis longtemps en première ligne sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi l'INCa, le Collège national des gynécologues obstétriciens français et la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale ont décidé de mettre à disposition des femmes et des jeunes filles un espace dédié sur le site Internet de l'INCa. Il est ainsi possible, durant toute la durée de la campagne, de poser ses questions sur la vaccination HPV et/ou sur le dépistage par frottis. Un gynécologue répond dans les 48 heures.

Enfin, pour accompagner le lancement du programme expérimental sur le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 13 départements, un document d'information va être adressé à l'ensemble des professionnels concernés de chacun de ces départements. Ce document sera également mis à disposition des structures chargées de l'organisation des dépistages et participant à ce programme expérimental.

Pour en savoir plus

Fiche 1 - Quelques données épidémiologiques

Fiche 2 - Les traitements

Fiche 3 - La recherche

Fiche

Quelques données épidémiologiques

1. Cancer du col de l'utérus : projections de l'incidence et de la mortalité en France en 2010¹⁰

En 2010, le nombre de nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus est estimé à 2 820, selon les projections mises en ligne récemment sur le site Internet de l'Institut de veille sanitaire. Le cancer du col de l'utérus est ainsi le 12^e cancer le plus fréquent chez la femme. Le taux d'incidence standardisé¹¹ à la population mondiale est estimé à 6,4 pour 100 000 femmes.

Le nombre de décès est estimé à 940, ce qui place le cancer du col de l'utérus au 13^e rang des décès par cancer chez la femme en 2010. Le taux de mortalité standardisé à la population mondiale est estimé à 1,6 pour 100 000 femmes¹².

10. Hospices civils de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Francim, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010.

11. Les taux standardisés permettent de s'affranchir des effets démographiques (accroissement, structure par âge de la population...) et de pouvoir ainsi comparer des données d'incidence et de mortalité d'une année à l'autre ainsi que d'une population à une autre.

12. Les estimations pour 2010 sont des projections. Elles sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2005 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2007. Ces projections sont basées sur un scénario d'évolution pour la période non couverte par les données observées (années projetées).

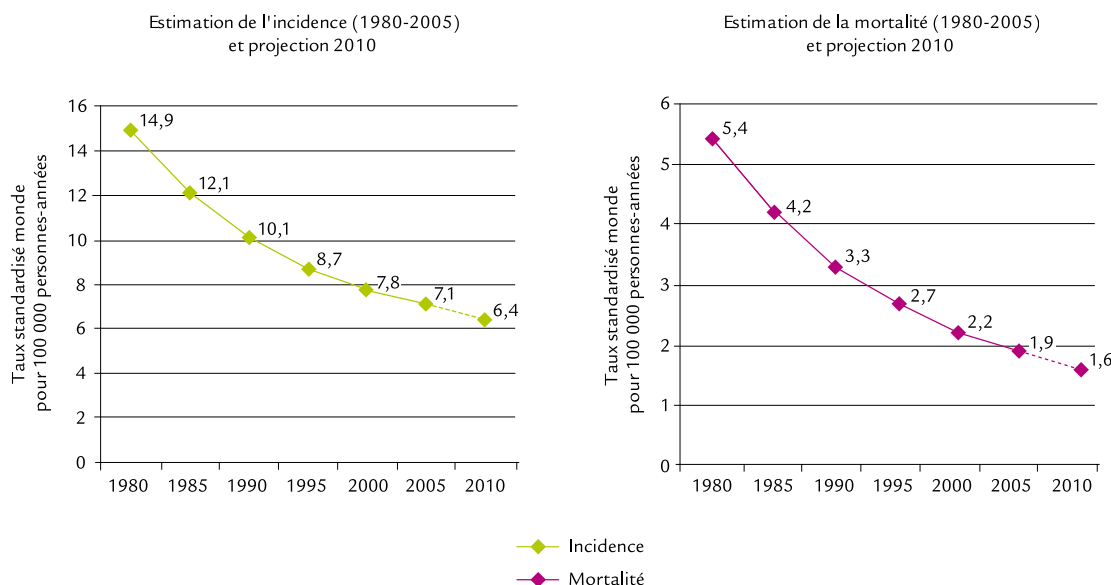
2. Tendances de l'incidence et de la mortalité

L'analyse des tendances récentes en France montre une diminution du taux standardisé d'incidence du cancer du col de l'utérus, avec un taux moyen de décroissance de 2,9 % par an entre 1980 et 2005¹³. Entre 2000 et 2005, ce taux est en moyenne de - 1,8 % par an. La mortalité a également diminué mais de manière plus marquée avec un taux moyen de décroissance de 4 % par an entre 1980 et 2005 (- 3,2 % en moyenne par an entre 2000 et 2005).

Cette tendance à la baisse se confirmerait entre 2005 et 2010 selon les projections de l'incidence et de la mortalité en 2010 (voir les graphiques n° 2).

Graphiques 2

Cancer du col de l'utérus : incidence et mortalité estimées (1980-2005) et projections 2010



Sources : D'après Belot A. *et al* ; Hospices civils de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Francim, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010.

Ces évolutions de l'incidence et de la mortalité pourraient être en grande partie expliquées par une amélioration des conditions d'hygiène, chez les patientes les plus âgées, et par le développement du dépistage individuel par frottis dans les années 1960, chez les plus jeunes. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique contribuerait également à la diminution de la mortalité.

13. Belot A. *et al*, (2008). Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Épidemiol Sante Publique*. 2008 Jun; 56(3): 159-75.

3. Survie

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de pronostic dit « intermédiaire »¹⁴ avec un taux de survie relative à 5 ans estimé à 70 %, selon les données du réseau Francim. Le pronostic est plus favorable chez les femmes les plus jeunes (15-44 ans), avec une survie relative estimée à 82 %, que chez les plus âgées (38 % chez les femmes de 75 ans et plus)¹⁵.

Par ailleurs, le cancer du col de l'utérus est un cancer de très bon pronostic lorsqu'il est détecté et traité à un stade précoce : taux de survie relative à 5 ans de 91,5 % (57,7 % lorsque le cancer est diagnostiqué à un stade régional ; 17,2 % pour un stade métastatique)¹⁶, d'où la nécessité d'une détection précoce des lésions précancéreuses ou cancéreuses du col.

Au niveau européen, selon l'étude Eurocare 4 portant sur des patients diagnostiqués entre 1995 et 1999, la France, avec une survie relative à 5 ans estimée à 66,9 %, se situe au-dessus de la moyenne européenne (62,6 %)¹⁷.

14. Survie attendue des patients atteints de cancer en France : état des lieux. INCa, collection rapports et synthèses, avril 2010.

15. Survie des patients atteints de cancer en France, étude des registres du réseau Francim, Springer-Verlag France, 2007.

16. Horner M.-J., Ries LAG., Krapcho M., Neyman N., Aminou R., Howlader N., Altekruse S.-F., Feuer E.-J., Huang L., Mariotto A., Miller B.-A., Lewis D.-R., Eisner M.-P., Stinchcomb D.-G., Edwards B.-K. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/, based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009; Survie attendue des patients atteints de cancer en France : état des lieux. INCa, collection rapports et synthèses, avril 2010.

17. Sant M. *et al*, Eurocare-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary, Eur J Cancer, 45 (2009) : 931-991.

Fiche

Prise en charge des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus

La prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus est détaillée dans un guide HAS-INCa publié en janvier 2010¹⁸ et disponible sur les sites Internet de l'INCa et de la HAS.

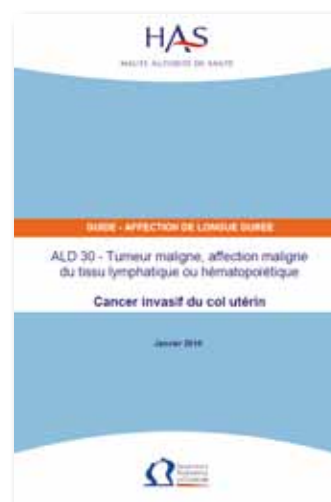
Cette prise en charge s'articule autour de plusieurs grands principes :

- le diagnostic peut être porté à un stade précoce en dehors de tout symptôme, dans le cadre d'un dépistage par examen gynécologique et réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU). Il peut être également évoqué devant des symptômes non spécifiques : métrorragies provoquées (principal symptôme), métrorragies spontanées, dyspareunies, leucorrhées ou douleurs pelviennes, notamment chez les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique régulier ;
- le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique de biopsies cervicales ou d'une pièce de conisation¹⁹ ;

18. Guide ALD n° 30 « Cancer invasif du col utérin » : <http://www.e-cancer.fr/soins/recommandations/cancers-gynecologiques>.

19. Ablation d'un fragment du col utérin en forme de cône.

- dès le diagnostic anatomopathologique, la prise en charge, du fait de sa complexité, doit être pluridisciplinaire et réalisée par une équipe spécialisée ;
- les thérapeutiques doivent être réalisées au sein d'établissements disposant de l'autorisation à traiter les cancers selon le dispositif d'autorisation défini par l'article R-6123-87 du Code de la santé publique, incluant les critères d'agrément définis par l'INCa ;
- l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne préthérapeutique (débutant aux pédicules rénaux et allant jusqu'à la symphyse pubienne) est l'examen de référence ;
- la prise en charge thérapeutique est définie sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle peut faire appel à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie, seules ou en association. Les indications sont posées en fonction de l'histologie, du stade de la maladie, de l'état général de la patiente et des comorbidités éventuelles. La prise en charge thérapeutique fait l'objet d'une discussion et d'un accord avec la patiente ; sa fertilité et sa sexualité sont notamment prises en compte ;
- le médecin traitant a un rôle essentiel dans le suivi et la prise en charge des complications qui peuvent être liées au traitement ou à la maladie elle-même ;
- la surveillance post-thérapeutique se fait tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois pendant 3 ans, puis annuellement. Elle comporte un examen clinique et un FCU à 6 mois, 12 mois puis annuel chez les patientes ayant bénéficié d'un traitement conservateur. Aucun examen d'imagerie n'est systématique ;
- le cancer du col utérin n'étant pas hormono-dépendant, un traitement hormonal de substitution peut être proposé aux femmes pour qui le traitement a induit une ménopause, en dehors des contre-indications habituelles.



Fiche

La recherche sur le cancer du col de l'utérus

De nombreux projets de recherche dans les domaines de la biologie, de la clinique ou des sciences humaines et sociales ont porté sur le virus du papillome humain. Seuls sont rapportés ci-dessous les projets liés spécifiquement aux cancers du col de l'utérus.

● La recherche clinique

Quatre projets ont été financés dans le cadre du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) entre 2006 et 2010.

- Un essai de phase I porte sur les carcinomes épidermoïdes et adénocarcinomes utérins associés à une infection par HPV de stade local avancé, avec ou sans envahissement ganglionnaire pelvien et sans métastase. Il a pour objectifs de déterminer la dose maximale d'une association d'un agent antiviral et de la radiochimiothérapie pelvienne à base de sels de platine, d'évaluer et de tester sous traitement l'expression des protéines de l'HPV et la restauration de l'expression des protéines régulatrices en évaluant le taux de contrôle local.

- Un essai de phase I/II d'escalade de dose d'un agent antiviral en association avec un anticancéreux dans les cancers épidermoïdes métastatiques HPV positifs du col utérin. Ce projet a pour ambition d'accroître les possibilités de prise en charge des cancers métastatiques positifs pour le virus du papillome et de permettre la mise en place d'un essai clinique de phase précoce associant radiothérapie, chimiothérapie et agent antiviral.
- Un essai clinique randomisé, multicentrique, international évalue les effets secondaires péri-opératoires en gynéco-oncologie à un an des patientes souffrant de cancers du col ou du corps utérin ou de l'ovaire selon qu'elles aient été opérées par coelioscopie ou par coelioscopie assistée par un robot.
- Le dernier projet étudie l'apport de l'association entre la tomographie par émission de positons et l'imagerie par résonance magnétique de diffusion dans l'évaluation de la réponse tumorale après traitement par radiochimiothérapie et curiethérapie des cancers du col utérin opérables de stade précoce. Cette étude a pour but d'évaluer les performances diagnostiques de l'association de ces méthodes d'imagerie innovantes pour prédire la réponse histologique sur les prélèvements opératoires après les traitements étudiés.

❖ La recherche en biologie

La recherche en biologie, en rapport avec les cancers du col de l'utérus, s'inscrit dans le cadre de programmes cognitifs plus larges et en plein essor étudiant les mécanismes directs et indirects de carcinogénèse liée aux virus humains et aux réactions immunitaires.

- Concernant le virus HPV, une collaboration franco-allemande (équipes du Canceropôle Grand-Est / équipes du Centre de recherche sur le cancer de Heidelberg - DKFZ) est engagée depuis 2006, avec le soutien de l'INCa, dans un programme visant d'une part à identifier de nouveaux marqueurs du diagnostic ainsi que de la progression et du pronostic des tumeurs associées au HPV, et d'autre part, à concevoir des approches thérapeutiques innovantes, en particulier en explorant les propriétés oncolytiques des parvovirus.
- Un projet libre financé à partir de 2009 porte sur l'étude des mécanismes moléculaires induits par des infections virales, dont celle du col de l'utérus par HPV, dans les phénomènes de stress cellulaire et d'inflammation pouvant conduire à un processus de cancérisation. Il est attendu dans les prochaines années des progrès notables dans le développement des technologies d'imagerie et de génomique, ainsi que des modèles animaux et cellulaires, permettant d'identifier et de caractériser les événements biologiques déterminants dans les observations cliniques et épidémiologiques établissant les relations entre cancers et virus.

❖ Recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique

La recherche financée par l'INCa dans ce domaine s'est orientée dans plusieurs directions :

- en ce qui concerne la prévention, un projet d'épidémiologie descriptive vise à mieux connaître les différentes pratiques de prévention des cancers féminins selon les caractéristiques socioéconomiques, psychosociales et territoriales des femmes. Le projet pourra décrire des profils spécifiques de femmes et des parcours types dans les sous-groupes de la population francilienne, en caractérisant les comportements de recours à la mammographie et au frottis cervico-utérin (FCU) ainsi que les intentions de recours à la vaccination ;
- du point de vue de la santé publique, une meilleure connaissance des facteurs sociaux associés aux attitudes, croyances, représentations et pratiques (fidélisation au dépistage organisé du cancer du sein, observance des recommandations relatives au recours au FCU) permettra de mieux évaluer l'impact des campagnes de sensibilisation voire de proposer des pistes pour améliorer la participation à ces dépistages, notamment au sein des populations défavorisées ;
- un projet s'intéresse à la qualité de vie, en termes de sexualité, des femmes recevant un traitement curatif pour une tumeur pelvienne (cancer de l'utérus – col ou corps – ou de l'ovaire). Il permettra d'appréhender la perception des femmes atteintes de cancers pelviens concernant leurs relations de couple et leur sexualité pendant la maladie, afin d'envisager une prise en charge adaptée à leurs besoins ; mais aussi de préciser le rôle de la sexualité antérieure au cancer sur le devenir de la sexualité des femmes et leur possibilité d'adaptation et enfin de décrire l'évolution des relations entre les partenaires, les liens entre sexualité et féminité. Ce projet permettra de préciser s'il existe un temps post-thérapeutique nécessitant une prise en charge psychologique et/ou thérapeutique spécifique.

❖ Recherche sur le dépistage

Le dépistage fait l'objet de deux projets de recherche soutenus par l'INCa.

L'un s'intéresse aux freins de la population féminine. Il explore l'opportunité de proposer aux femmes ne faisant pas de frottis de dépistage un auto-prélèvement vaginal pour la recherche et le génotypage d'HPV oncogènes. Il fournira des données techniques sur le choix d'un mode de transport combinant si possible simplicité d'utilisation, faible coût, performance et facilité d'envoi postal. Il donnera également des informations sur l'acceptabilité et l'impact qui pourront être attendus d'une procédure d'envoi d'un kit pour auto-prélèvement au domicile des femmes non dépistées. Enfin, ce projet permettra de proposer des pistes innovantes dans le cadre d'un programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus ou pour des initiatives locales de prévention de ce cancer.

L'autre projet explore les freins du corps médical à proposer le dépistage du cancer du col de l'utérus. Il cherche à quantifier dans quelle mesure une formation médicale continue proposée au praticien, avec un outil pédagogique spécifique permet d'accroître le recours de sa patientèle au dépistage.

Par ailleurs, un appel à projets concernant le dépistage primaire par la recherche d'HPV oncogène devrait être prochainement lancé. L'INCa va soutenir des expérimentations visant à connaître la faisabilité de l'utilisation de ce test en remplacement du frottis de dépistage et à en préciser les modalités d'utilisation dans le contexte français²⁰.

Des études internationales utilisant en dépistage primaire cette technique seule ou en association avec le frottis, ont permis de démontrer que ce test avait une meilleure sensibilité que le frottis pour la détection des lésions précancéreuses^{21, 22, 23, 24}. À ce jour, plusieurs pays européens réfléchissent à ce changement dans leurs procédures mais aucun n'a encore concrètement franchi cette étape.

20. Les projets financés n'ont pas pour objectif de comparer la sensibilité du test HPV à celle du frottis cervical, sa supériorité sur ce point étant une donnée considérée comme établie.
21. Mayrand M.-H., Duarte-Franco E., Rodrigues I., *et al.* Human papillomavirus DNA *versus* Papanicolaou screening tests for cervical cancer. *N Engl J Med* 2007 Oct; 357(16):1579-88.
22. Naucler P., Ryd W., Törnberg S., *et al.* Human papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for cervical cancer. *N Engl J Med* 2007 Oct; 357(16):1589-97.
23. Bulkman N.-W., Berkhof J., Rozendaal L., *et al.* Human papillomavirus DNA testing for the detection of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and cancer: 5-year follow-up of a randomised controlled implementation trial. *Lancet* 2007 Nov; 370(9601):1764-7.
24. Ronco G., Giorgi-Rossi P., Carozzi F., *et al.* Results at recruitment from a randomised controlled trial comparing human papillomavirus testing alone with conventional cytology as a primary cervical cancer screening test. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100: 492-501.



Annexes

Annexe 1

La CNAMTS

L'Assurance maladie, assureur solidaire en santé

Créée il y a 65 ans, l'Assurance maladie, au départ simple caisse de remboursement des soins et d'indemnisation des arrêts de travail, est devenue un acteur majeur du système de soins. En finançant 75 % des dépenses de santé, l'Assurance maladie permet à la population de bénéficier de soins de qualité, sans distinction de revenus ou de conditions sociales.

Cette absence de sélection, caractéristique de notre système d'assurance maladie, s'explique par le fait que c'est une assurance obligatoire à laquelle chacun cotise selon ses revenus pour être soigné selon ses besoins.

Aujourd'hui, l'Assurance maladie est une entreprise de service public engagée dans une dynamique d'amélioration et de professionnalisation pour atteindre un double objectif : prendre en charge de manière équitable la santé de 4 personnes sur 5 et maîtriser l'évolution des dépenses de soins.

◀ Un rôle d'assureur social

L'Assurance maladie (régime général) est le principal assureur obligatoire de la santé des Français. Elle a en charge la gestion des risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail/maladies professionnelles et décès.

Sa mission s'exerce au service d'une finalité importante pour toute la population : permettre aux assurés de bénéficier des meilleurs soins aux meilleurs coûts pour la collectivité, dans le respect de la dimension solidaire et universelle de l'Assurance maladie. Avec la réforme adoptée en août 2004, il s'agit pour l'Assurance maladie de « soigner mieux en dépensant mieux ».

● **Des missions en constante évolution**

L'Assurance maladie est un gestionnaire du risque maladie et des dépenses de soins. À ce titre, elle met en œuvre, avec les professionnels de santé et les assurés, des actions de maîtrise médicalisée qui ont pour objectif de mieux soigner en dépensant mieux. De la prévention des risques à l'organisation des soins, en passant par la régulation des dépenses de santé et l'offre de services, l'Assurance maladie est un acteur majeur du système de santé français.

● **Vers plus de professionnalisme**

L'Assurance maladie a développé des activités très diversifiées, portées par un réseau de proximité unique par sa densité et son niveau d'expertise dans le domaine de la santé. Elle s'appuie sur 80 000 collaborateurs de droit privé, téléconseillers, informaticiens, agents d'accueil, ingénieurs conseil, praticiens conseil, délégués médicaux, statisticiens, juristes, etc. qui mettent leurs compétences au service de 56 millions de personnes, 250 000 professionnels de santé et 2 millions d'employeurs. Pour remplir ses différentes missions, l'Assurance maladie dispose du plus important réseau informatique d'Europe.

● **Une entreprise moderne, actrice du changement**

L'Assurance maladie a fait la preuve en 65 ans d'existence de sa capacité à relever les défis du changement. Ainsi, en développant la carte Vitale, les télé-services sur Internet, elle répond à l'attente de ses publics en termes de gains de temps et de simplification des démarches administratives.

Annexe 2

Le RSI, un régime au service des indépendants

Le RSI a pour mission d'assurer la protection sociale de près de 4 millions de chefs d'entreprise indépendants, artisans, commerçants, professions libérales et de leurs ayants droit.

● Ses missions

- L'affiliation.
- Le recouvrement des cotisations et des contributions sociales personnelles : maladie-maternité, indemnités journalières, retraite de base, retraite complémentaire, invalidité-décès, allocations familiales, CSG-CRDS.
- Le versement des prestations : maladie-maternité, indemnités journalières, retraite de base, retraite complémentaire, invalidité-décès.
- L'action sanitaire et sociale en faveur des actifs et des retraités.
- Le contrôle médical.
- La médecine préventive.

Pour les professions libérales, seule l'Assurance maladie-maternité relève du domaine de compétence du RSI.

Comme tous les régimes de Sécurité sociale, le RSI est soumis au contrôle des pouvoirs publics.

● La prévention, une priorité au RSI

En tant que régime d'Assurance maladie, le RSI a pour mission de promouvoir la santé, les vaccinations et le dépistage. La prévention santé étant l'une de ses priorités, le RSI a développé des actions de prévention en tenant compte des spécificités des indépendants afin de les aider à gérer leur capital santé :

- le bilan de prévention,
- la prévention des risques professionnels,
- la prévention bucco-dentaire,
- le renforcement du suivi préventif des femmes enceintes et en bas âge,
- RSI-Diabète : programme d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques de type 2, testé sur deux régions.

● La population assurée au RSI

- Les chefs d'entreprise artisans inscrits au registre des métiers.
- Les chefs d'entreprise commerçants et industriels inscrits au registre du commerce et des sociétés.
- Certains dirigeants ou associés de sociétés.
- Les conjoints de commerçants ou artisans ayant choisi le statut de conjoint collaborateur.
- Certaines professions comme les agents commerciaux, les exploitants d'auto-école, les chefs d'établissement d'enseignement privé, etc.
- Les professions libérales assurées uniquement pour l'assurance maladie-maternité.
- Les assurés qui ont cessé leur activité professionnelle mais qui ont choisi d'être assurés volontairement.

Pour rappel : Depuis le 1^{er} juillet 2006, le RSI remplace les trois régimes suivants :

- AMPI pour l'Assurance maladie-maternité de l'ensemble des indépendants,
- AVA pour l'Assurance vieillesse, invalidité et décès des artisans,
- ORGANIC pour l'Assurance vieillesse, invalidité et décès des industriels et commerçants.

Les caisses RSI sont administrées par des représentants des indépendants. Gérard Quevillon, commerçant, Président de la caisse RSI de Basse-Normandie, a ensuite été élu Président national du RSI. Le RSI a été officiellement créé au 1^{er} juillet 2006, après la nomination par décret du 30 juin 2006 de son Directeur général, Dominique Liger.

Annexe 3

La MSA, une conception globale La protection sociale du monde agricole

Président de la MSA :

Gérard Pelhate

Directeur général de la Caisse centrale de la MSA :

François Gin

La protection sociale du monde agricole et rural

La MSA est une organisation professionnelle gestionnaire du service public de la protection sociale des agriculteurs, des salariés agricoles et de leurs familles soit plus de 4 millions de personnes.

Parmi les filières professionnelles relevant du régime de protection sociale agricole, on peut citer la polyculture, l'élevage, le maraîchage, le hippisme, le paysagisme, les travaux forestiers, les coopératives agricoles et les organismes para agricoles (Groupama, Crédit Agricole, chambres d'agriculture...)

Une protection sociale globale

La MSA a pour mission d'encaisser les cotisations (8 M€ chaque année) et de verser les prestations (26 M€) pour toutes les branches de la protection sociale. Par ailleurs, elle a pour mission de prévenir les risques d'accidents du travail et les maladies professionnelles.

La MSA propose une offre globale de prestations sociales pour ses assurés, ce qui la différencie des autres organismes de sécurité sociale et constitue la force et la qualité de son service.

En effet, en connaissant toute la situation sociale de ses adhérents sur les plans de la santé, de la retraite et de la famille, la MSA peut apporter une réponse adaptée et globale à chacun d'entre eux, sur les plans de la prévention, de la protection et de l'action sanitaire et sociale.

Une politique de prévention et d'éducation sanitaire innovante

Au-delà de la promotion des dépistages organisés et de la vaccination, la MSA développe des actions spécifiques et diversifiées :

- les Instants Santé : un bilan de santé pour les personnes de 16 à 74 ans,
- le plan dentaire institutionnel MSA : un accompagnement des assurés à tous les moments importants de leur santé dentaire ;
- les Ateliers du Bien Vieillir : 6 séances pour préserver son capital santé ;
- les Ateliers d'Education Thérapeutique : un programme pour les patients atteints de maladies cardiovasculaires ;
- le bilan de santé pour les publics précaires ;
- la mise en place des Associations de santé d'éducation et de prévention sur les territoires.

Dans ces projets, les élus MSA jouent un rôle essentiel. Véritables relais entre la MSA et les adhérents, ils constituent un formidable amplificateur pour diffuser les messages, pour aider à la mise en place de projets, mais également pour inciter les assurés à participer aux Instants Santé.

Une représentation démocratique

La MSA est une institution à structure électorale représentative de l'ensemble de la population agricole (exploitants agricoles, salariés, employeurs de main-d'œuvre).

Une véritable gestion participative par les ressortissants de la MSA est en place et des élections ont lieu tous les 5 ans, avec des taux de participations révélateurs de l'attachement des assurés à leur régime (près de 40 % en 2010).

Décentralisée, elle repose au niveau national, sur une Caisse centrale, des caisses de MSA au niveau départemental ou pluri départemental, et de nombreuses agences locales, au contact des assurés du monde agricole. La MSA compte 35 entreprises en France.

LES HOMMES:

- **1071** administrateurs élus, exploitants, salariés et employeurs de main d'œuvre
- **25820** délégués cantonaux
- **18000** salariés dont **1200** travailleurs sociaux, **500** médecins et dentistes, **255** conseillers en prévention.

CCMSA – Direction de la communication – Service presse

Géraldine Vieuille – 01.41.63.72.41 – vieuille.geraldine@ccmsa.msa.fr

Valérie Crechriou – 01.41.63.72.04 – crechriou.valerie@ccmsa.msa.fr



Annexe 4

Partenariat INCa, CNGOF et FNCCGM

À l'occasion de la campagne de mobilisation pour la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus, l'Institut National du Cancer s'associe au Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) et à la Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale (FNCCGM), afin d'informer les jeunes filles et les femmes concernées.

Le FNCCGM, qui regroupe 11 collèges régionaux de gynécologie médicale, a notamment pour mission la participation à la formation médicale continue et à la recherche en gynécologie, afin de contribuer à optimiser l'efficacité et l'expertise de l'exercice quotidien de la spécialité. Le CNGOF propose, pour sa part, depuis 2007 et dans le cadre de la semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus, de répondre aux questions des jeunes filles et des femmes sur les HPV, la vaccination et le dépistage *via* une ligne téléphonique dédiée.

Les gynécologues sont depuis longtemps en première ligne sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus. C'est pourquoi, l'INCa, le CNGOF et la FNCCGM ont décidé cette année de mettre à disposition des femmes et des jeunes filles un espace dédié sur le site Internet de l'INCa. Il est ainsi possible, durant toute la durée de la campagne, de poser des questions sur la vaccination HPV et/ou le dépistage par frottis. Un gynécologue répond dans les 48 heures.

Annexe 5

Cancer info : la plateforme d'information de référence à destination des personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches



Dans un contexte où les sources d'information sur le cancer sont nombreuses mais hétérogènes et conformément à la mesure 19.5 du Plan cancer 2009-2013, l'Institut National du Cancer s'engage dans une démarche visant à mettre à la disposition des personnes malades et de leurs proches une information médicale et sociale de référence.

L'INCa développe ainsi Cancer info, une plateforme d'information multi-vecteurs, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer et un groupe d'associations et institutions impliquées dans l'information sur les cancers aux personnes malades.

❶ Les objectifs de la plateforme

Cancer info a pour finalité de donner aux patients qui le souhaitent le moyen d'être des acteurs de leur prise en charge grâce à une compréhension éclairée de la maladie, de ses traitements et de leurs conséquences.

Elle est donc conçue d'une part comme un point de référence au sein d'un environnement informationnel dense et souvent confus. Cela implique qu'elle rende accessible au plus grand nombre une information validée au plan scientifique, médical et réglementaire ; pensée pour ses utilisateurs ; précise, complète et à jour.

Elle est conçue d'autre part comme un outil relationnel entre le patient et l'équipe médicale qui le prend en charge. S'ils n'ont évidemment pas valeur d'avis médical, les contenus de la plateforme ont pour vocation de compléter, d'éclairer ou de revenir sur les informations données par le médecin spécialiste du cancer et plus largement par l'ensemble de l'équipe qui accompagne le patient.

❷ Une plateforme multi-vecteurs

Afin de multiplier les possibilités d'accès à l'information, Cancer info est disponible sous trois formes complémentaires :

- une collection de guides d'information (nouvelle génération des guides SOR Savoir Patient) ;
- un espace Internet dédié aux malades et aux proches sur le site de l'INCa, www.e-cancer.fr/cancer-info ;
- un service téléphonique, Cancer info, au 0810 810 821 (prix d'un appel local).

❸ L'espace Internet dédié aux malades et aux proches sur www.e-cancer.fr

L'espace Cancer info est accessible depuis la page d'accueil du site Internet de l'INCa et s'organise selon quatre rubriques principales :

- les cancers (des dossiers complets par pathologie) ;
- pendant les traitements (les modalités de traitement, l'organisation des soins en cancérologie, les démarches administratives, les droits sociaux...) ;
- après les traitements (la vie après un cancer, le retour au travail, le droit à l'emprunt et à l'assurance...) ;
- ressources pratiques (les coordonnées des associations, des établissements autorisés à pratiquer la cancérologie, des vendeurs signataires de la charte des perruquiers...).

Sont également accessibles un dictionnaire des mots du cancer et le registre des essais cliniques.

L'espace Cancer info est conçu pour être conforme, comme l'ensemble du site de l'INCa, aux principes HAS-HONcode concernant les sites d'information en santé (notamment la complémentarité par rapport à la relation patient/médecin, l'indication des sources et des dates des informations publiées).

Les premiers contenus ont été mis en ligne à l'automne 2009. L'espace Cancer info va progressivement se développer et s'enrichir tout au long de l'année 2010. Il fera l'objet d'une mise à jour annuelle.

☛ Les guides d'information de référence

La collection des guides Cancer info est construite selon deux approches qui se complètent :

- Une approche par pathologie, avec deux sous-catégories correspondant à deux moments-clés du parcours de soins : l'entrée dans la prise en charge d'une part, et la sortie de la phase aiguë de traitement d'autre part.
 - ➔ Sont ainsi parus les guides *Les traitements du cancer du côlon* et *Les traitements des cancers bronchiques*. Sont également à paraître en 2010 : *Les traitements du cancer de la prostate*, *Les traitements du cancer du sein*.
- Une approche transversale, avec des guides sur les modalités de traitement, sur les conséquences de la maladie et des traitements, ou consacrés à une population spécifique.
 - ➔ Sont ainsi parus en 2009 : *Comprendre la radiothérapie*, *Démarches sociales et cancer* et *Mon enfant a un cancer*.
- Les guides Cancer info sur les traitements sont cohérents avec les guides ALD médecins traitants HAS-INCa et ont pour objectif de compléter les guides ALD patients, plus synthétiques, remis par les médecins traitants dans le cadre de la mise en ALD.

☛ La ligne téléphonique, 0810 810 821

Ouverte depuis 2004, Cancer info est une ligne d'information et d'écoute joignable au 0810 810 821 (prix d'un appel local), du lundi au samedi de 9 h à 19 h. Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à toutes les questions d'ordre pratique, médical ou social et oriente les appelants vers des ressources complémentaires. La ligne permet également d'accéder à deux services proposés par la Ligue nationale contre le cancer : un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique animée par des avocats.