

INTERET DE L'ORGANISATION DU DEPISTAGE A L'ERE DE LA VACCINATION ANTI-HPV

J-J. Baldauf, M. Fender



PLAN

- **PATHOLOGIE GENITALE HPV INDUITE**

- » Epidémiologie et étio-pathogénie

- **VACCINATION**

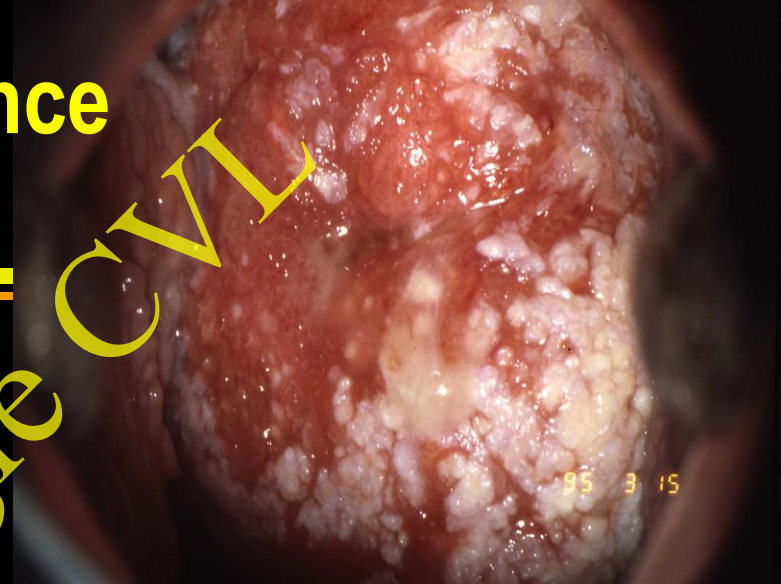
- » Ce que nous savons
- » Ce que pensent les patientes
- » Ce que font les patientes

- **DEPISTAGE**

- » La nécessité du maintien du dépistage
- » Les modalités et avantages de l'organisation

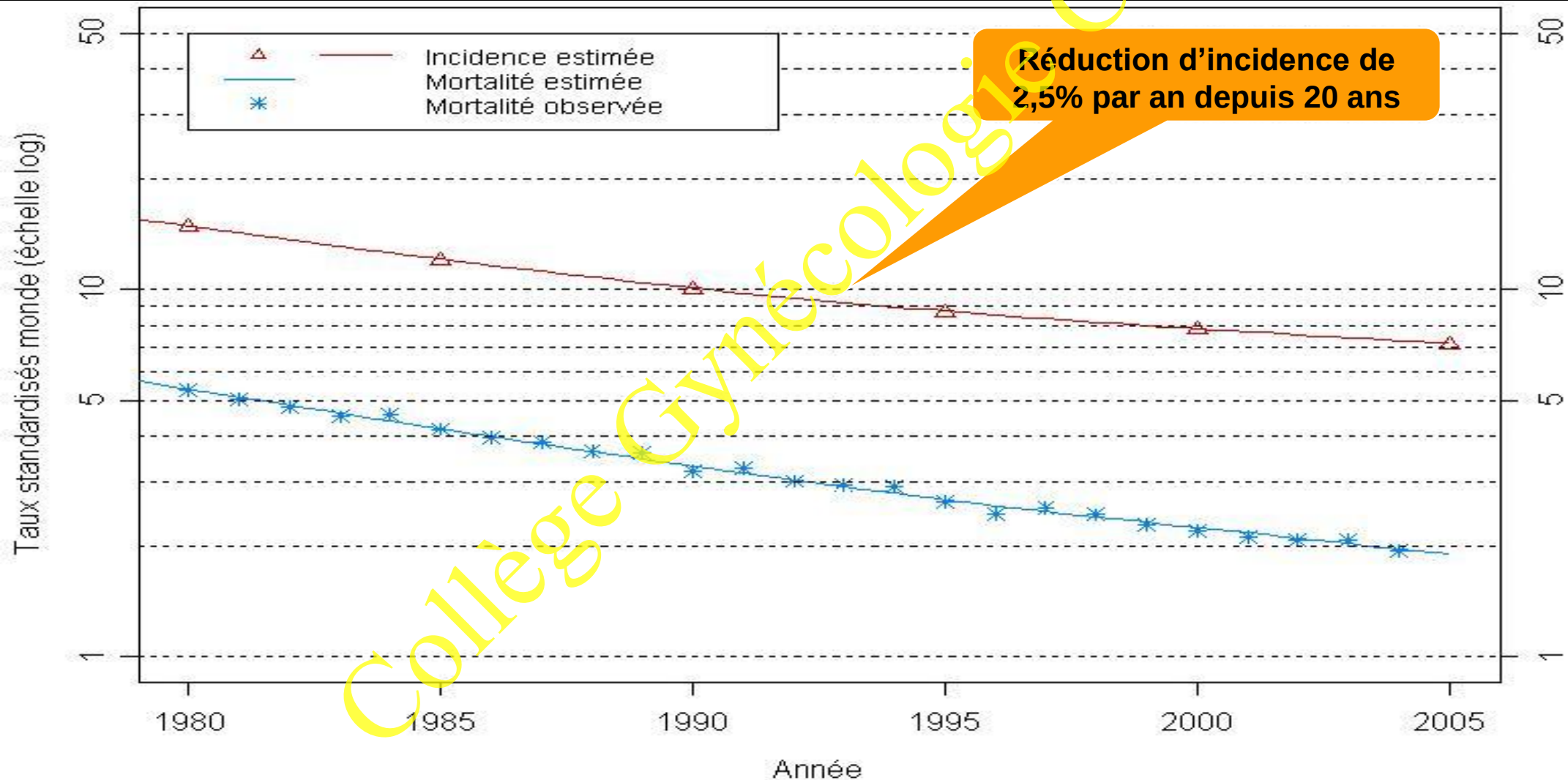
Epidémiologie en France

Néoplasie et cancer du col

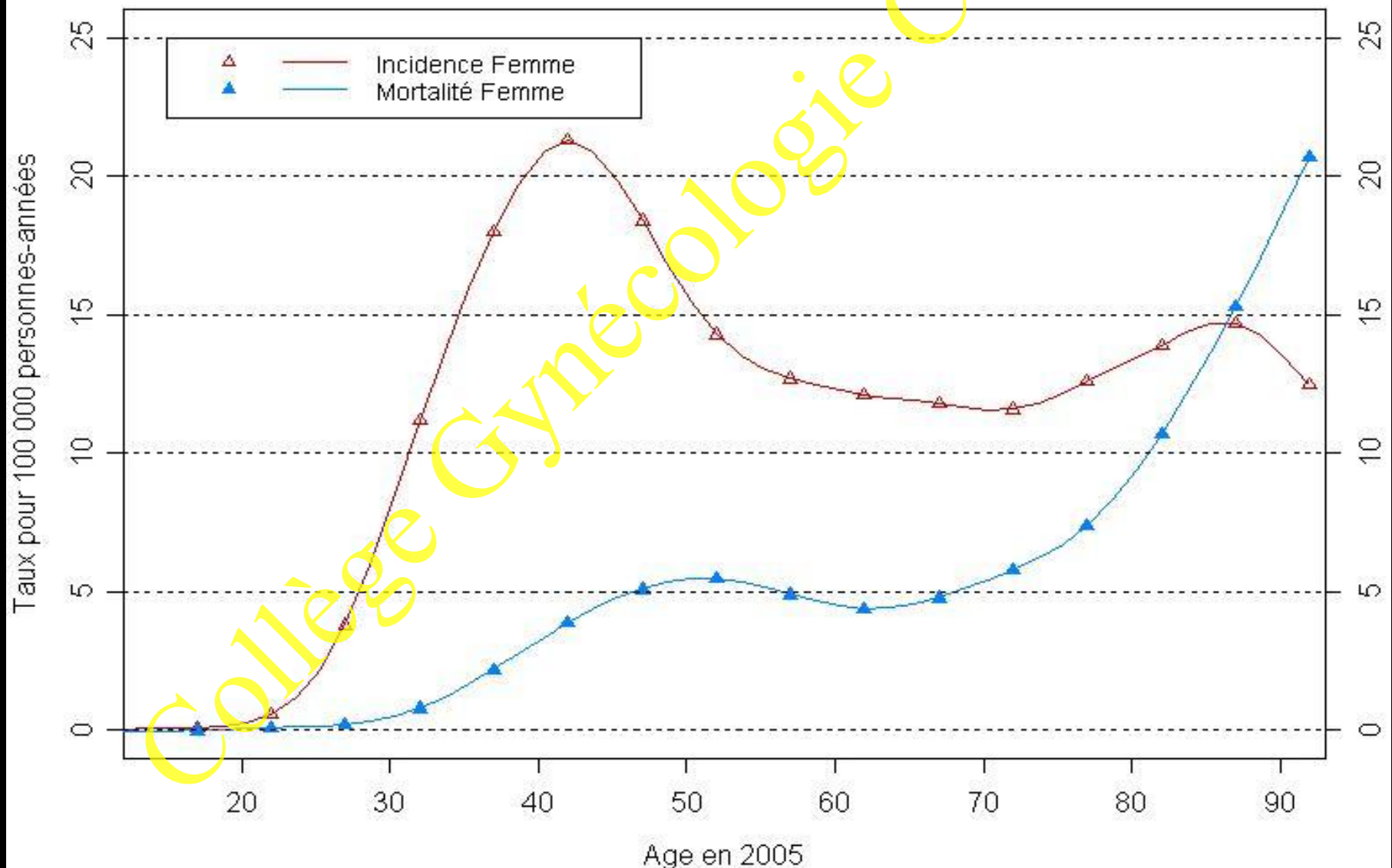


- 3 068 nouveaux cas de cancer du col et 1067 décès en 2005* (15° rang, mais 2° rang chez les femmes âgées de moins de 45 ans)
- Le cancer invasif du col utérin met en moyenne 10-20 ans à se développer: il laisse donc une fenêtre d'opportunité importante pour le dépistage
- C'est l'exemple type du dépistage cout-efficace pour l'OMS

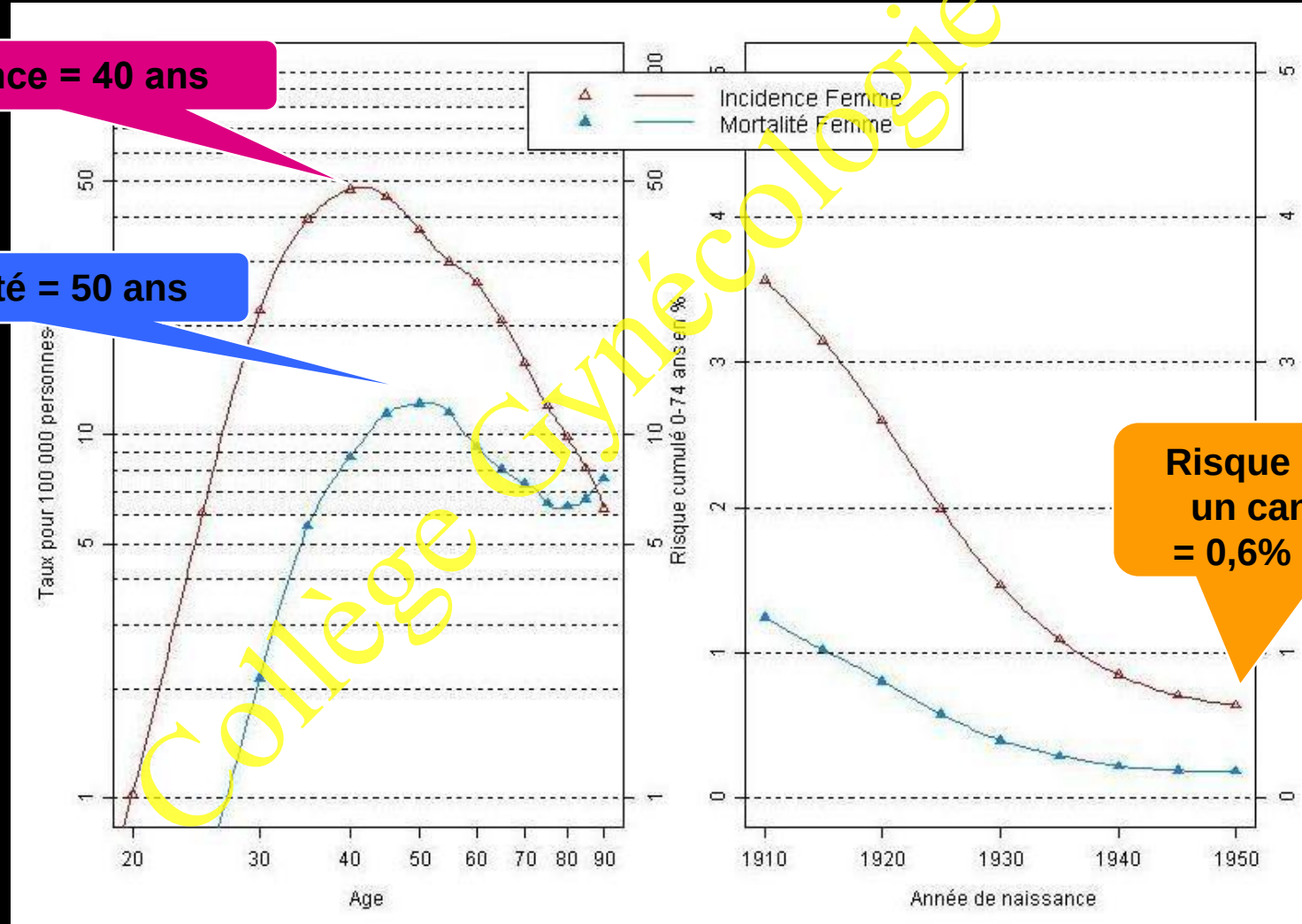
Evolution temporelle de la fréquence des cancers du col



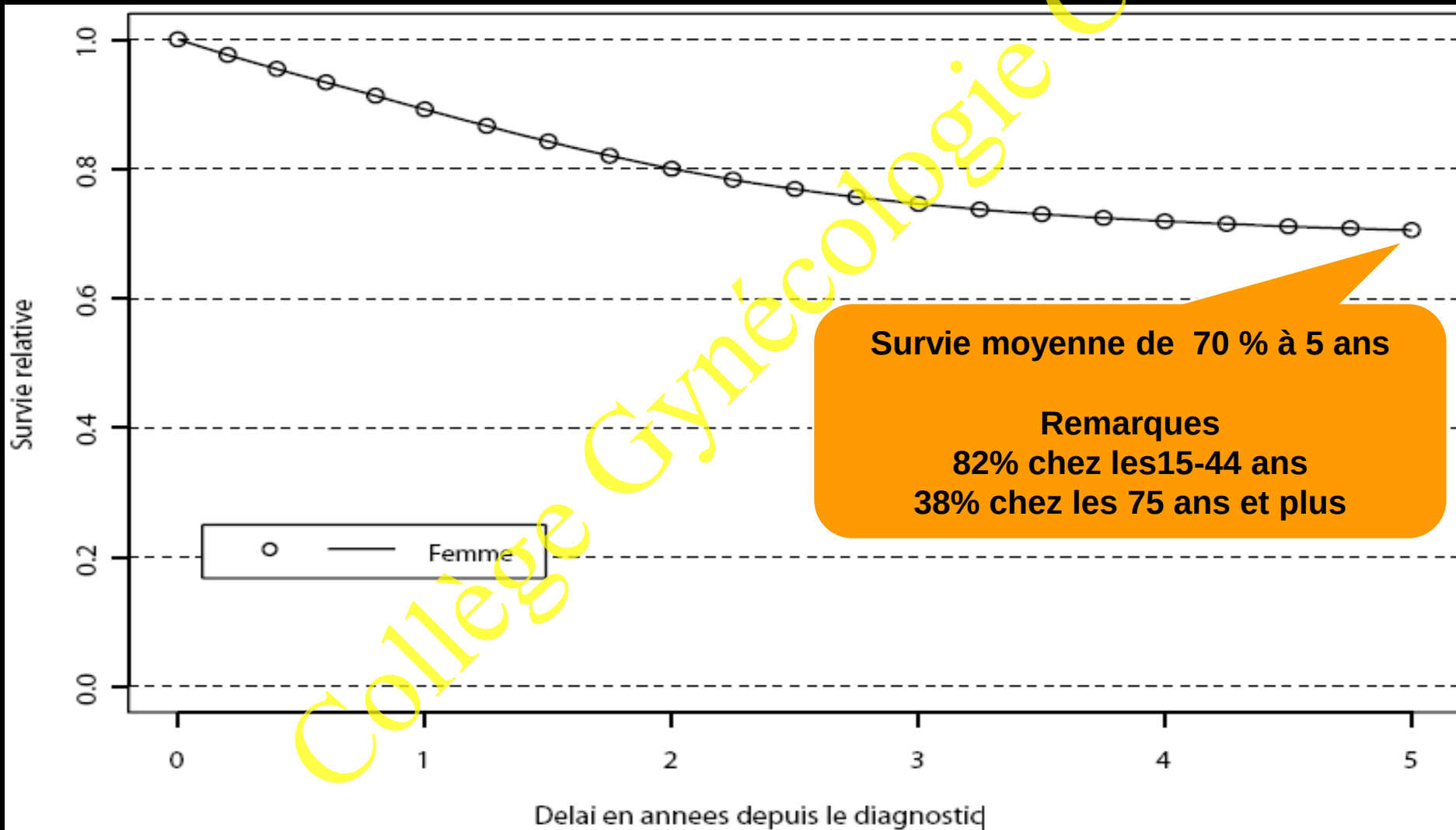
Courbes transversales d'incidence et de mortalité pour l'année 2005



Courbes longitudinale d'incidence et de mortalité (cohorte 1930) et courbes des risques cumulés par cohorte de naissance



Survie relative du cancer du col de l'utérus



Cancer du col - Histoire naturelle

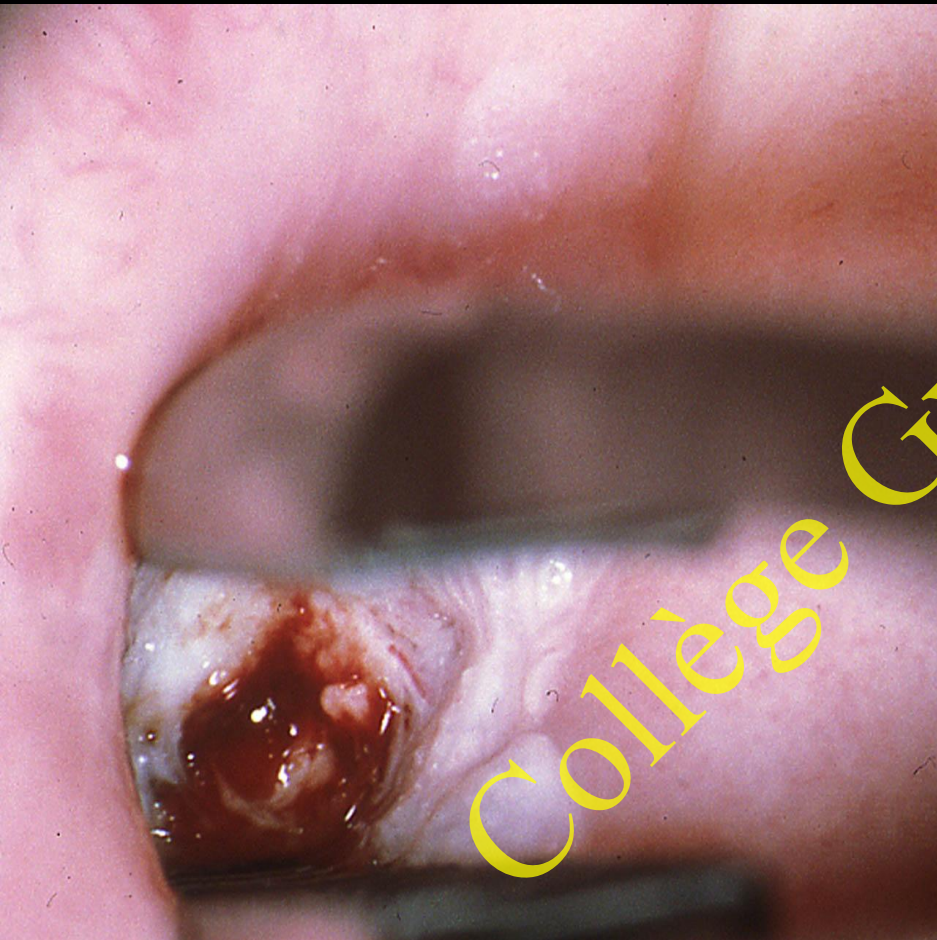
**Persistance d'une infection à HPV oncogène =
facteur de risque majeur du cancer du col utérin :**

MAIS : facteur nécessaire mais non suffisant : moins
de 3% des femmes infectées par HPV 16
développeront un cancer du col au cours de leur vie

HPV - Histoire naturelle

- **Infection le plus souvent TRANSITOIRE** avec disparition des anomalies cytologiques et histologiques
- **Clearance virale importante**
 - 70% à un an en moyenne, plus de 90% à 3 ans en moyenne
 - Plus précoce pour les HPV de bas risque que pour les HPV de haut risque : clairance rapide avant l'âge de 30 ans
 - Plus tardive pour les HPV 16 en particulier

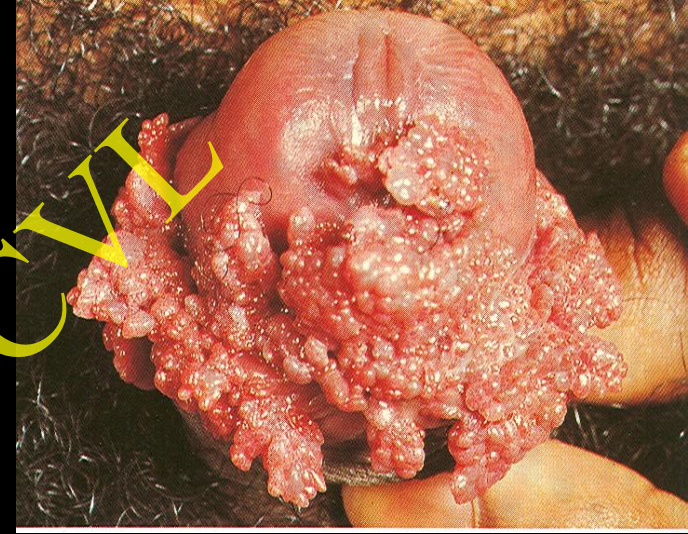
INFECTION HPV et NEOPLASIE



Le délai moyen entre CIN de haut grade et cancer est estimé à environ 10 ans (*Gustafsson 89, Örtmarssen 91, Schneider 99, IARC 95*)

- » pas d'argument en faveur d'un délai raccourci en cas d'infection HPV 16
- » pas d'argument en faveur d'un délai raccourci chez les jeunes

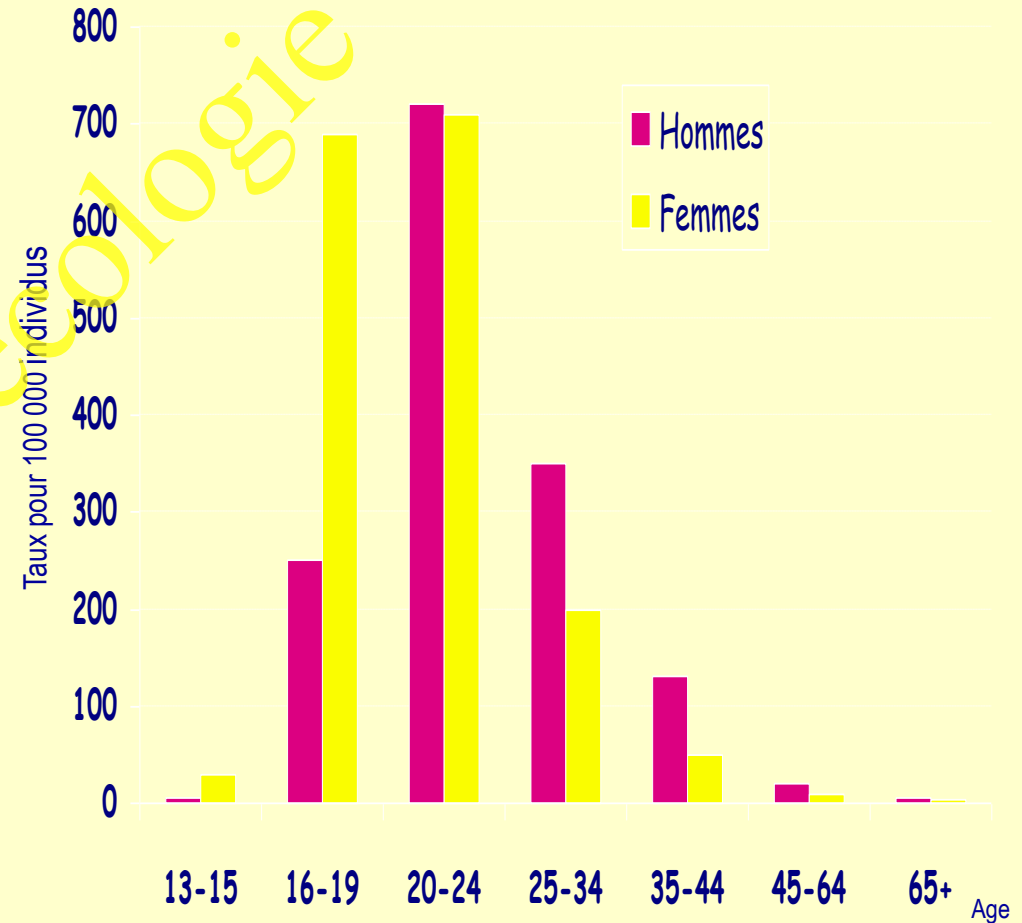
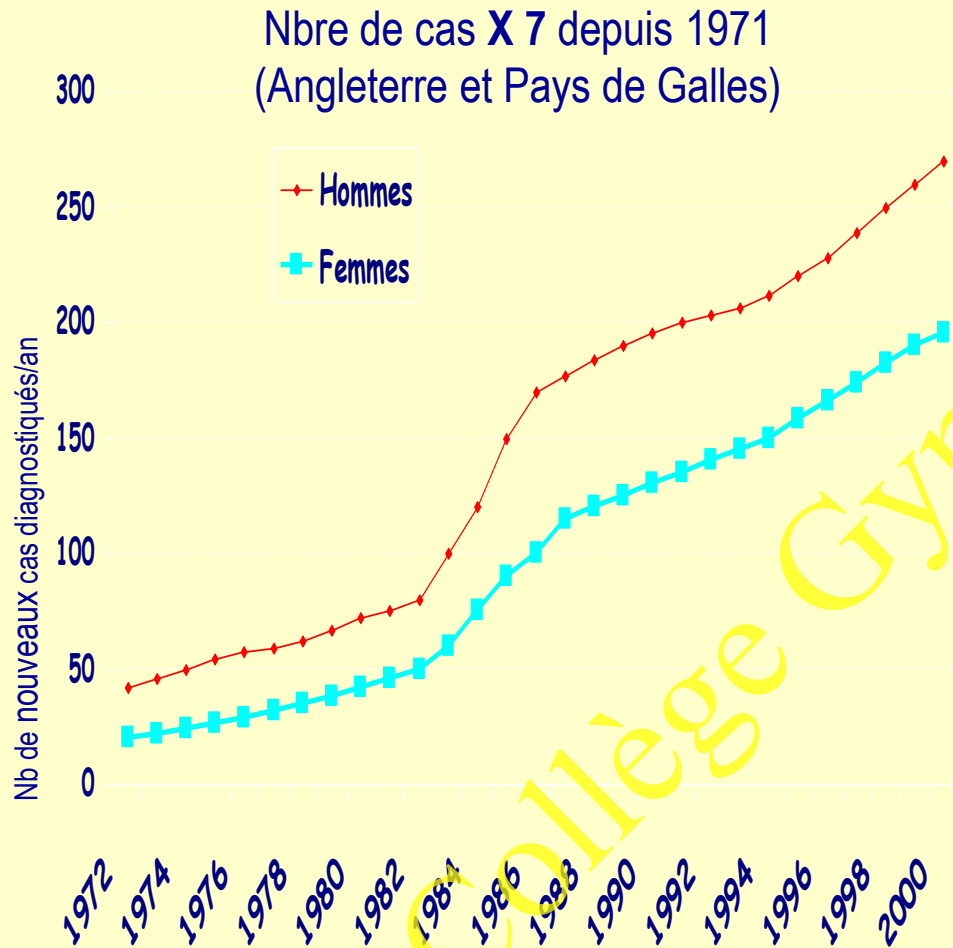
Condylomatose



Prévalence estimée 1 % en France

- Tumeurs viro induites (HPV 6 et 11)
- Peu symptomatique mais avec répercussions psychologiques non négligeables
- Lésions souvent multifocales et contagieuse
- traitement long, douloureux avec de nombreux échecs et des récurrences fréquentes

Condylomes : un problème croissant



Début de l'activité sexuelle

PREVENTION DU CANCER DU COL

Cancer
viro-induit



Vaccination
prophylactique

Prévention primaire

Longue phase
préinvasive

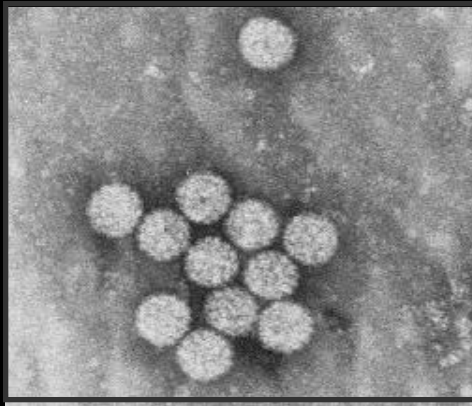


Dépistage

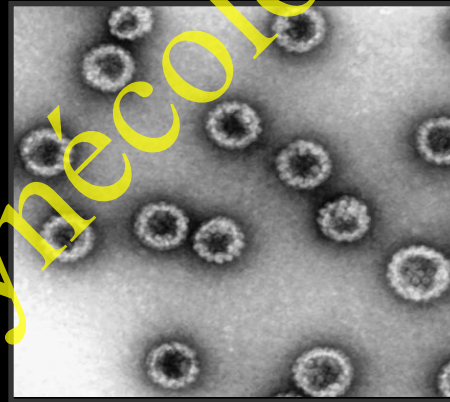
Prévention secondaire

Gardasil® et Cervarix®

Vaccins à partir de Pseudo-particules virales avec ou sans adjuvants



Virus



Pseudo-particules
(VLPs)

Gardasil®
6, 11, 16, 18

Cervarix®
16,18
+ ASO4

Anticorps anti L1 (protéine de capside) **neutralisants** spécifiques **de type**

Les recommandations

Conseil Sup. d'Hygiène Publique de France 9 mars 2007

- Vaccination des jeunes filles à 14 ans
- Possibilité de vaccination des femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapports sexuel ou ayant débuté l'activité sexuelle depuis moins de 1 ans
- Organisation du dépistage
- Information des professionnels sur la complémentarité de la vaccination et du dépistage

Les recommandations

Haut Conseil de Santé Public 14 décembre 2007

- recommande dans l'état actuel des connaissances préférentiellement le vaccin quadrivalent (6, 11, 16, 18) par rapport au bivalent (16, 18).

Collège Gynécologie

L'efficacité de la vaccination

Efficace contre quoi ?

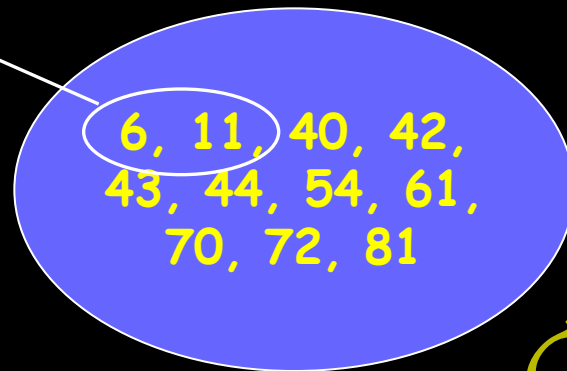
Efficace combien de temps ?

Efficace à quelles conditions ?

Nombreux génotypes d'HPV à tropisme muqueux

HPV à bas risque oncogène

90%



Lésions type condylome

HPV à haut risque oncogène

70%



Evolution possible
vers CIN de haut grade
ou cancer

EFFICACTE CLINIQUE

Per protocole

Koutsky LA, et al. N Engl J Med. 2007;356:1915-27. Etude future 2 suivi à 3ans

	gardasil®	placebo	efficacité
	n = 5305	n = 5260	% (IC à 95%)
CIN2+ (HPV16 & 18)	1	42	98 % (86 – 100)

PAAVONEN J, et al. Lancet. 2009 ; 374 : 301 – 314. Etude Patricia – suivi à 34,9 mois

	cervarix®	placebo	efficacité
	n = 5449	n = 5436	% (IC à 95%)
CIN2+ (HPV16 & 18)	1	63	98 % (90 – 100)

Les résultats cliniques à 3 ans avec Gardasil®

	Gardasil®	placebo	efficacité
Per protocole			% (IC à 95%)
CIN2+ (HPV 16 & 18)	1/8579	85/8550	99 % (86 – 100) ¹
VIN2+ (HPV 16 & 18)	0/7811	8/7785	100 % (42 – 100) ²
VaIN2+ (HPV 16 & 18)	0/7811	7/7785	100 % (31 – 100) ²
Condylomes acuminés (HPV 16, 11, 16 & 18)	2/7899	160/7900	99 % (95 – 100) ³

(1) Ault KA, et al. Lancet 2007;369:1861-68

(2) Joura EA, et al. Lancet. 2007;369:1693-702

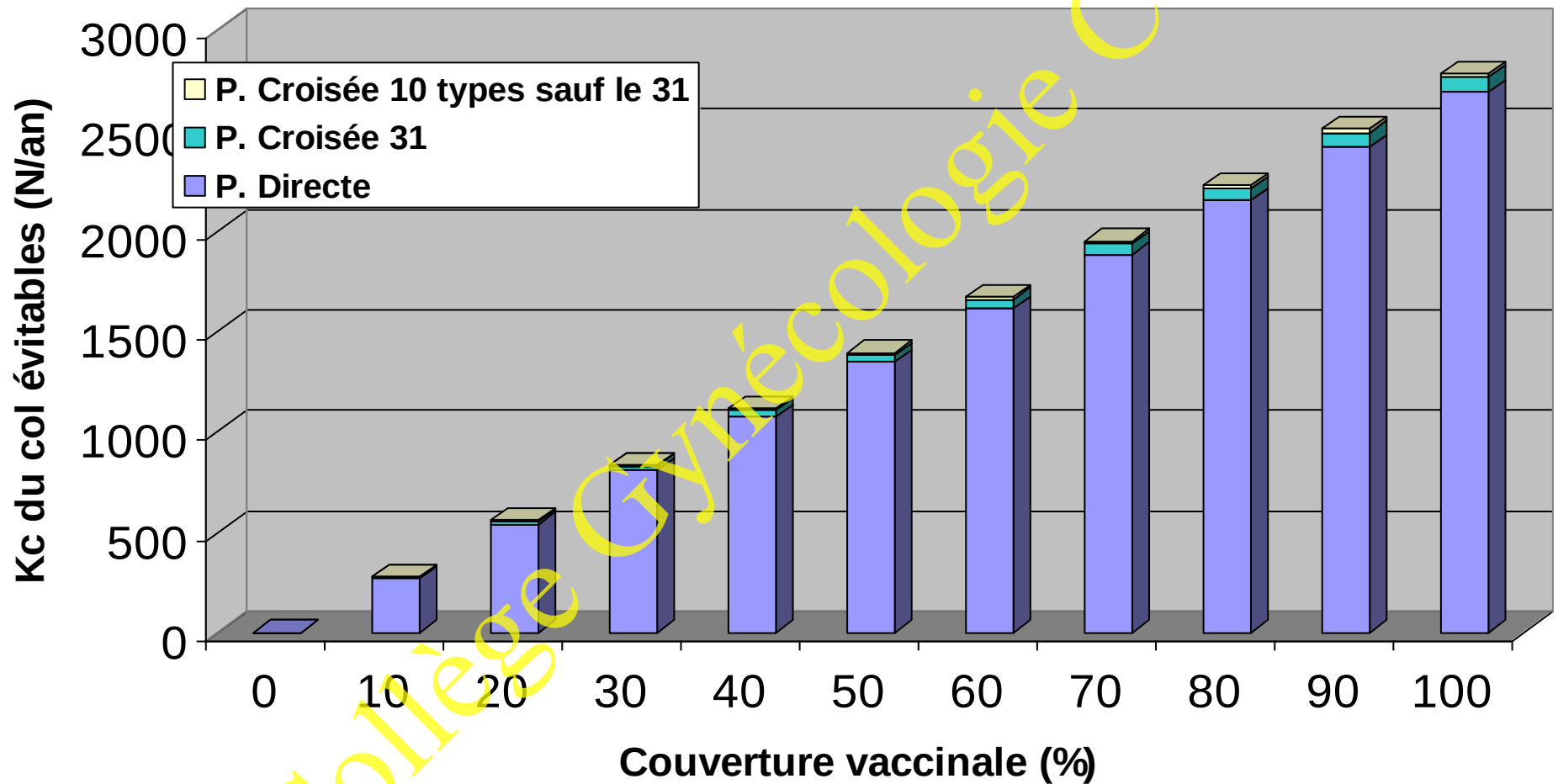
(3) Barr E, et al. CID. 2007;45:609-17

Protection croisée du Cervarix® pour les CIN2+

Total Vaccinated Cohort-Naïve (5822 vaccinées versus 5819 témoins)

Cible	n Vaccin/témoin	Efficacité		P
		%	96.1% CI	
HPV-31/45	0/24	100	82.2–100	<0.0001
HPV-31/33/45/52/58	15/47	68.2	40.5–84.1	<0.0001
HPV-31/33/35/39/45/52/51/56/58/59	20/63	68.4	45.7–82.4	<0.0001
Sous groupe A9 (HPV-31/33/35/52/58)	16/57	66.1	37.3–82.6	<0.0001
Sous groupe A7 (HPV-39/45/59/68)	5/22	77.3	36.0–93.7	0.0009
14 types oncogènes (HPV-16/18/31/33/35/39/45/51/52/56/58/59/66/68)	22/98	77.7	63.5–87.0	<0.0001
Tous types HPV	33/110	70.2	54.7–80.9	<0.0058

Impact lié à la protection croisée et à la couverture vaccinale pour les cancers



EV Protection Directe = 95% sur les Kc associés aux HPV 16 et/ou 18 (82% des cancers)

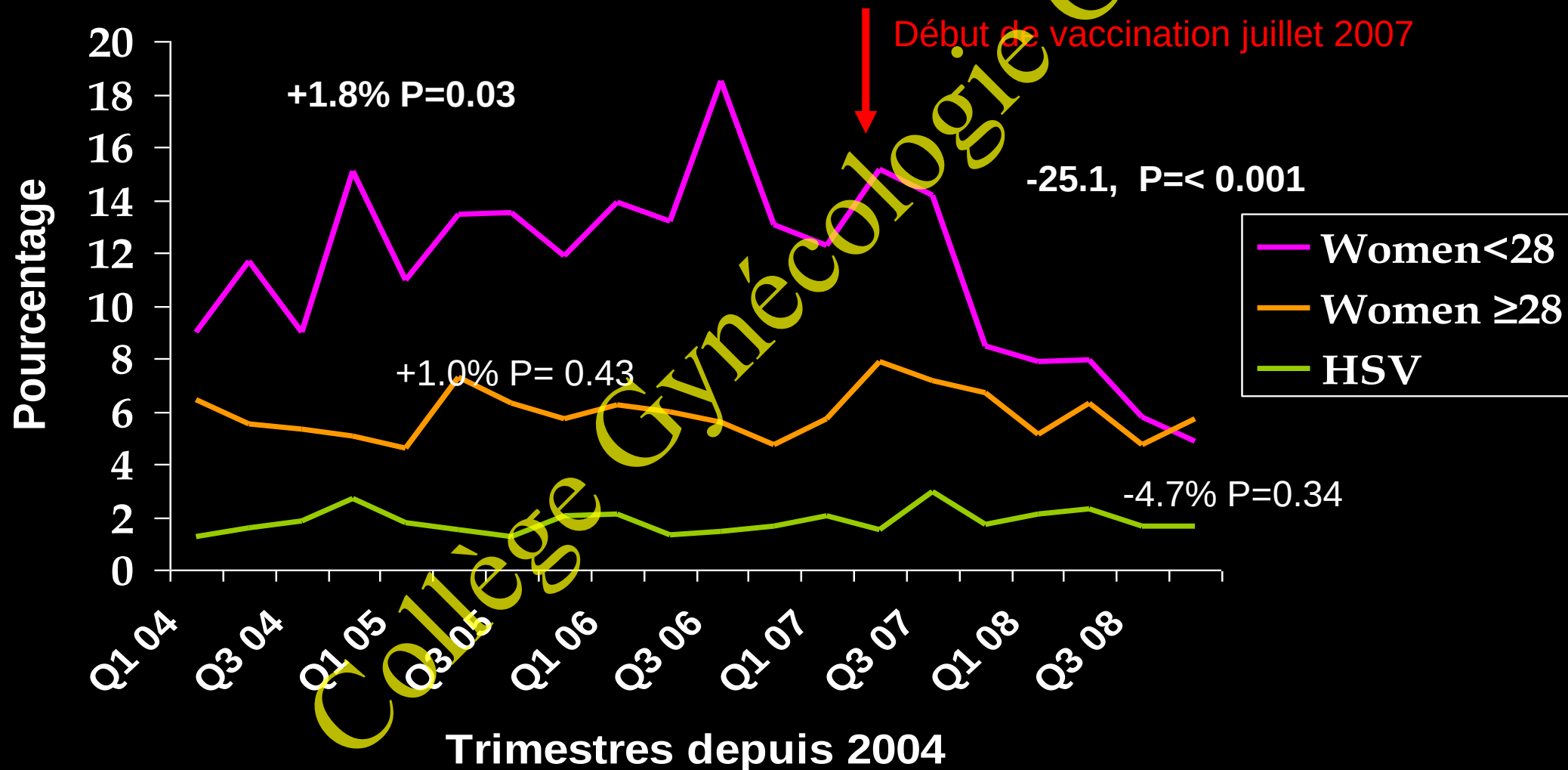
EV Protection Croisée = 23% sur 12,2% des Kc associés aux HPV 31,33,35,39,45,51,52,56,58 et 59.

EV Protection Croisée = 55,6% sur 3,9% des Kc associés aux HPV 31

Impact sur la condylomatose génitale en Australie

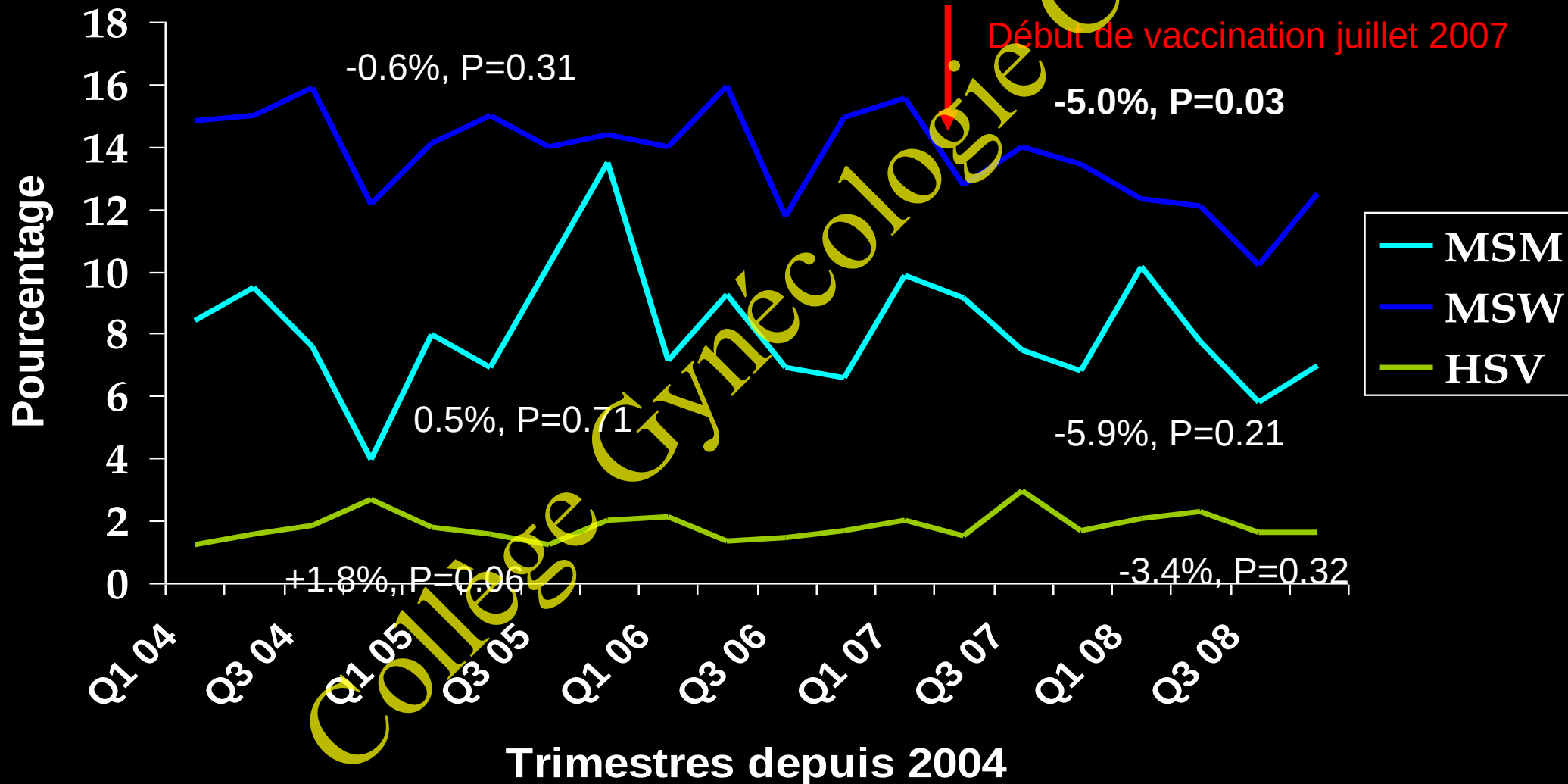
- **Vaccination gratuite par Gardasil®**
 - » Filles de 12-18 ans en milieu scolaire depuis avril 2007, (couverture fin 2007 entre 69% and 75%)
 - » Rattrapage : femmes ≤ 26 ans par médecins généralistes depuis juillet 2007 (couverture fin 2008 entre 65% and 70% → **ARRET DU RATRAPAGE**)
- **Enregistrement des IST (condylomes = déclaration non obligatoires)**
 - » Dans le plus grand centre d'Australie
 - » 32,000 consultations / an
 - » 3,826 consultants avec condylomes (10.6%; 95%CI: 10.3, 10.9)
- **Attention étude rétrospective observationnelle**
 - » Non corrélée au statut vaccinal

Proportion de nouvelles patientes avec des condylomes



Trimestres depuis 2004

Proportion de nouveaux patients avec des condylomes



Effacité des vaccins anti-HPV

Efficace contre quoi ?

Efficace combien de temps ?

Efficace à quelles conditions ?

Les résultats cliniques à 44 mois avec Gardasil®

Per protocole	Gardasil®	placebo	efficacité % (IC à 95%)
CIN1+ (HPV 6, 11,16 & 18)	9/7864	225/7865	95 % (92 – 98)
CIN2+ (HPV 6, 11,16 & 18)	2/7864	170/7865	98 % (93 – 100)
CIN3+ (HPV 6, 11,16 & 18)	2/7864	66/7865	97 % (89 – 99)
AIS (HPV 6, 11,16 & 18)	0/7864	7/7865	100 % (31 – 100)

Etude HPV-001/007 : après 6,4 ans de suivi

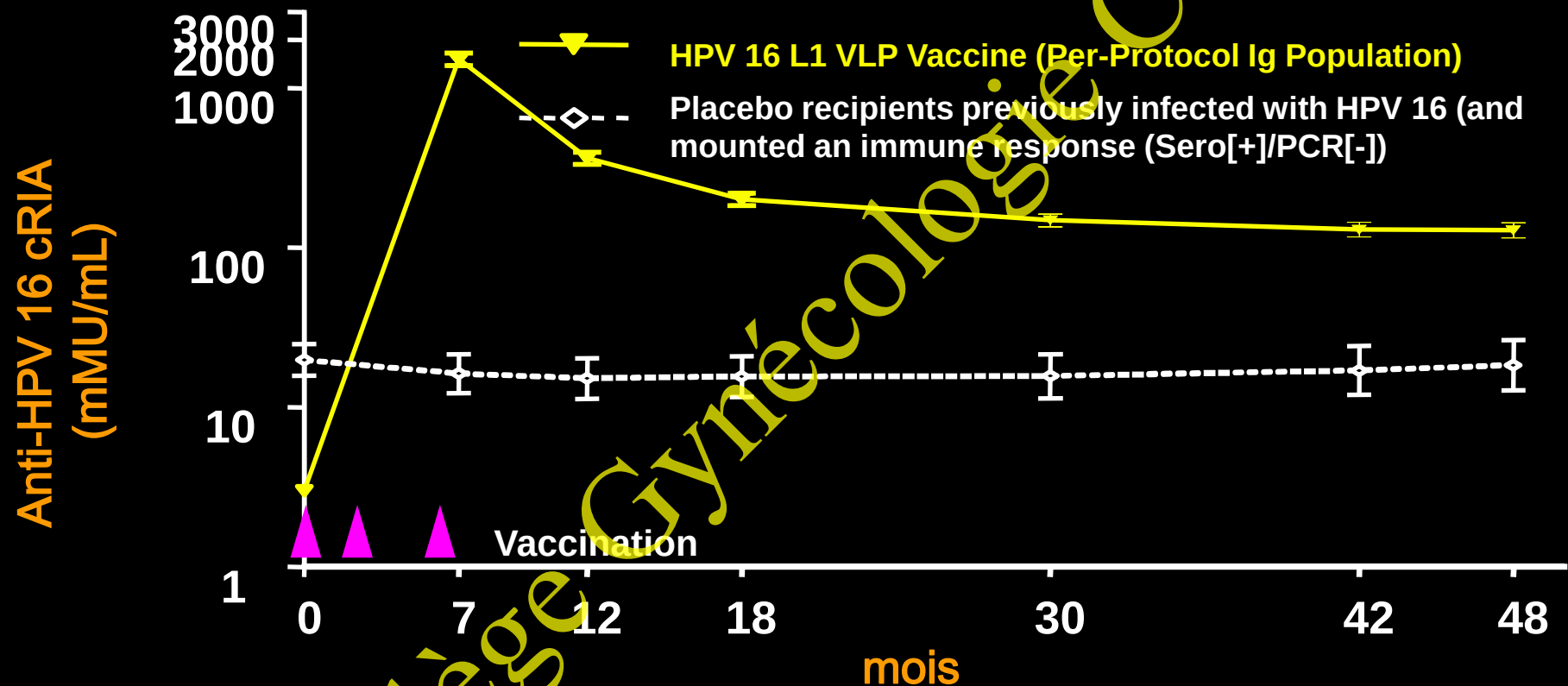
étude de phase 2

Paramètres HPV 16/18	CERVARIX®	Contrôle	Efficacité vaccinale	
	N = 393	N = 383	%	IC 95%
Infection incidente	2	47	97	87-100
Infection persistante ¹ 12 Mois	0	19	100	80,5 - 100
CIN1+	0	15	100	73 - 100
CIN2+ ²	0	9	100	51 - 100

1 RCP Cervarix

2 Wheeler-CM; 26th annual meeting of the european society for paediatric infectious diseases; 13 -17 May 2008; Graz, Austria.

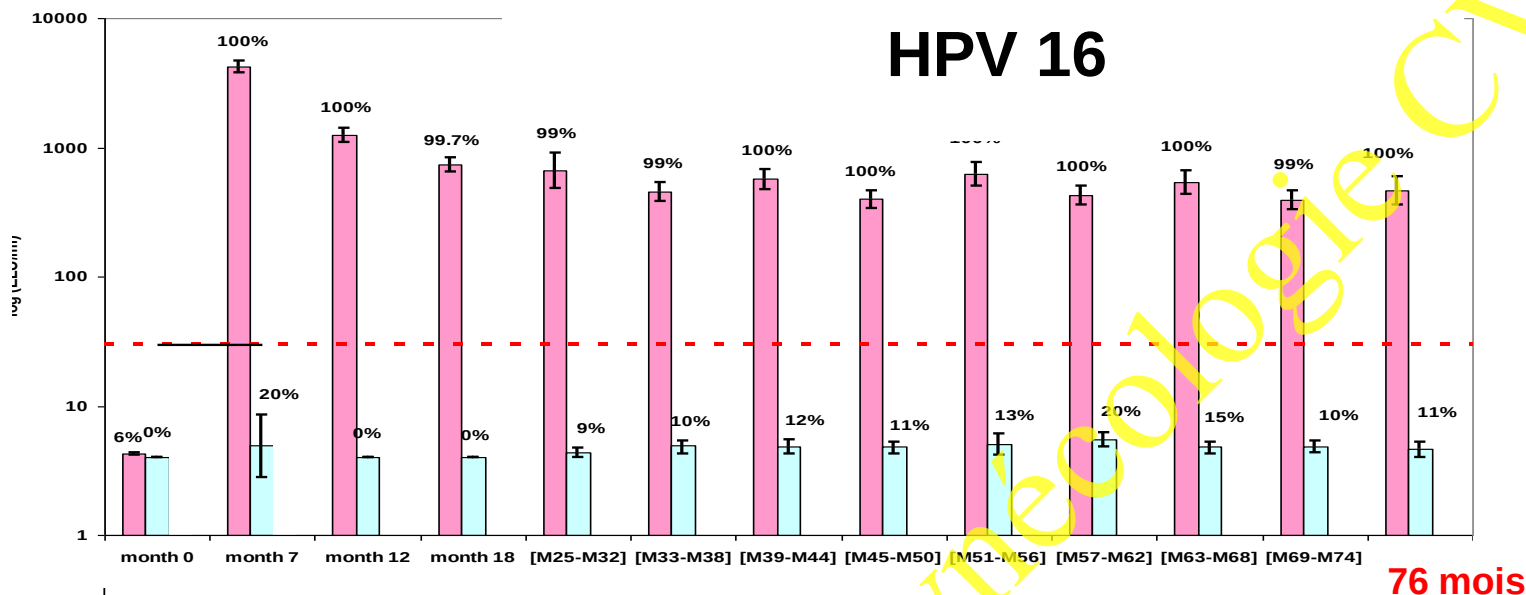
Excellente réponse immune (AC anti HPV)



Taux AC antiHPV > aux taux naturel pendant 12 ans voire toute la vie chez 76% des vaccinées selon le modèle d'estimation (Fraser et al vaccine 2007; 25 : 4324-33)

Présence d'une bonne mémoire post vaccinale mobilisable avec une injection de rappel après 60 mois (lymphocytes B) (Olson et al vaccine 2007; 25 : 4931-39)

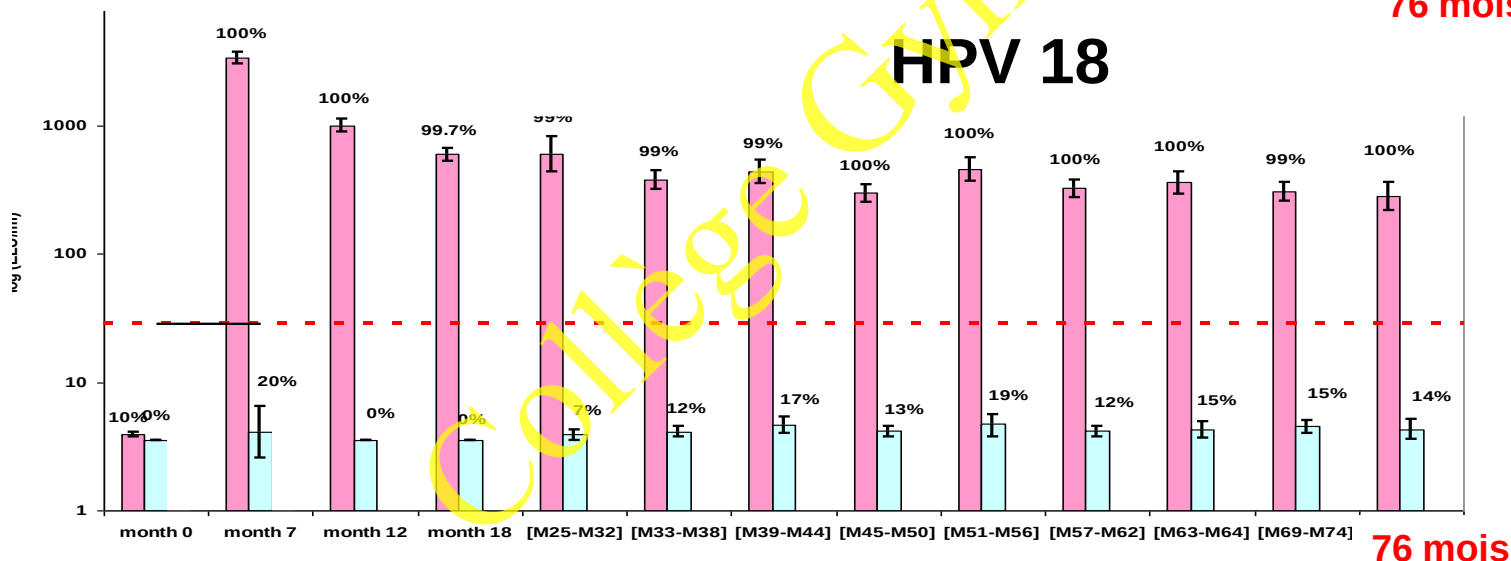
Taux des AC anti-HPV 16 et 18 après CERVARIX®



Méthode ELISA
Échelle logarithmique

Taux des AC
11 fois plus élevés

Infection naturelle



Taux des AC
11 fois plus élevés

Infection naturelle

Comparaison de l'immunogénicité Taux d'anticorps neutralisants anti HPV-16 et 18

Cohorte : Sero neg / DNA neg pour le type étudié à l'inclusion

Résultats à 7 mois

Femmes 18–26 ans (n=269)

3.7-fold

7.3-fold

HPV - 16



Cervarix®



Gardasil®

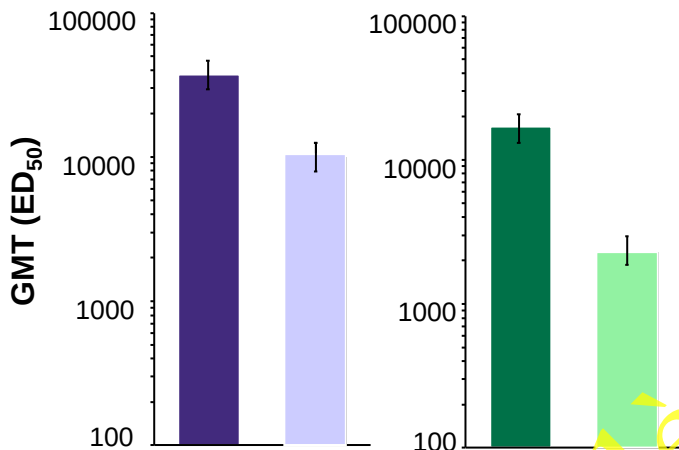
HPV - 18



Cervarix®



Gardasil®



Einstein M et al. Abstract and presentation at 25th IPC, Malmö, Sweden, 2009
Einstein M et al. *Human Vaccine* 2009; 5(10):1-15 (published on line)

Les résultats cliniques à 44 mois avec Gardasil® chez les patientes « préalablement guéries »

Ancienne infection guérie	Gardasil®	placebo	efficacité
			% (IC à 95%)
lésions (HPV 6, 11,16 & 18)	0/1243	7/1283	100 % (29 – 100)
CIN2+ (HPV 6, 11,16 & 18)	0/1243	5/1283	100 % (<0 – 100)
CIN3+ (HPV 6, 11,16 & 18)	0/1243	4/1283	100 % (<0 – 100)
AIS (HPV 6, 11,16 & 18)	0/1243	1/1283	100 % (<0 – 100)
lésions avec HPV16	0/574	6/625	100 % (8 – 100)
lésions avec HPV18	0/236	1/233	100 % (<0 – 100)

Effacité des vaccins anti-HPV

Efficace contre quoi ?

Efficace combien de temps ?

Efficace à quelles conditions ?

L'EFFICACITE DU VACCIN QUADRIVALENT

Etude future 2 – suivi à 3ans

	gardasil®	placebo	efficacité
Per protocole	n = 5305	n = 5260	% (IC à 95%)
CIN2+ (HPV16 & 18)	1	42	98 % (86 – 100)
Intention de traiter	n = 6087	n = 6080	% (IC à 95%)
CIN2+ (HPV16 & 18)	83	148	44 % (26 – 58)
CIN2+ (tous types)	219	266	17 % (1 – 31)

Koutsky LA, et al. N Engl J Med. 2007;356:1915-27.

EFFICACITE DU VACCIN BIVALENT

Etude Patricia – suivi à 34,9 mois

Per protocole	cervarix® n = 5449	placebo n = 5436	efficacité % (IC à 95%)
CIN2+ (HPV16 & 18)	1	63	98 % (90 – 100)
ITT	n = 8667	n = 8682	% (IC à 95%)
CIN2+ (HPV16 & 18)	82	174	53 % (37 – 65)
CIN2+ (tous types)	224	322	30 % (16 – 42)

PAAVONEN J, et al. Lancet. 2009 ; 374 : 301 – 314.

La clearance virale à 6 et 12 mois avec Gardasil® chez les patientes « infectées »

Table 2. Viral Clearance and Vaccine Efficacy for Viral Clearance for HPV-16 and HPV-18 by Study Group at 6 Months and 12 Months of Follow-up

Follow-up Time, mo	No. Cleared/Total Infections (%) ^a		Vaccine Efficacy for Viral Clearance, % (95% CI)
	HPV Vaccine Group	Control Group	
HPV-16			
6	47/172 (27.3)	61/222 (27.5)	-0.2 (-13.2 to 11.3)
12	54/123 (43.9)	73/159 (45.9)	-3.7 (-28.2 to 18.1)
HPV-18			
6	35/76 (46.1)	34/76 (44.7)	2.4 (-30.5 to 27.0)
12	32/54 (59.3)	37/61 (60.7)	-3.5 (-62.0 to 33.8)

L'INFECTION HPV DEBUTE RAPIDEMENT APRES LE DEBUT DE L'ACTIVITE SEXUELLE

PREVALENCE REELLE INCONNUE EN FRANCE

- étudiantes entre 15 et 19 ans à Birmingham (n = 1075) avec au départ Frottis normal et HPV négative. (Woodman Lancet 2001; 357: 1831-6)
 - » Incidence cumulée d'infection HPV = 44% à 3 ans
 - » Incidence cumulée d'infection HPV16 = 10,6% à 3 ans
- étudiantes entre 18 et 20 ans à Washington (n = 444) avec au départ Frottis normal et HPV négative. (Winer Am J Epidemiol 2003; 157: 218-26)
 - » Incidence cumulée d'infection HPV = 39% à 2 ans (idem si vierge ou pas au départ)
 - » Incidence cumulée d'infection HPV = 10 % à 2 ans si contact sexuel sans pénétration
 - » Incidence cumulée d'infection HPV16 = 10,4% à 2 ans

L'INFECTION HPV DEBUTE RAPIDEMENT même avec un seul partenaire

- 242 étudiantes entre 15 et 19 ans à Birmingham ayant débuté une activité sexuelle avec un seul partenaire depuis moins de 6 mois. (Collins BJOG 2002; 109: 96-8)
 - » Incidence cumulée d'infection HPV = 25% à 1 an
 - » Incidence cumulée d'infection HPV = 33% à 2 ans
 - » Incidence cumulée d'infection HPV = 46% à 3 ans
 - » Délai moyen de détection de l'infection HPV = 2,6 mois

L'INFECTION HPV DEBUTE RAPIDEMENT même en cas d'utilisation du préservatif

- **Méta-analyse de 20 études** : l'usage du préservatif réduit que très faiblement le risque d'infection HPV (Manhart Sex Trans Dis 2002; 29: 725-35)
- 240 étudiants entre 18 et 20 ans à Seattle, hétérosexuels avec en moyenne 3,8 partenaires (Partridge JID 2007; 196: 1128-36)
 - » Incidence cumulée d'infection HPV = **62% (53 – 72) à 2 ans**
 - » Incidence cumulée d'infection HPV16 = **19% (14 – 27) à 2 ans**
 - » Taux de contamination similaire sur le gland, fourreau ou scrotum (taux de circoncision 77%)
 - » HPV sous les ongles chez **31%** des étudiants infectés

Qu'en pensent les patientes ?

- La question de l'innocuité est primordiale pour 60 % des mères.
- Professionnels de santé et pouvoir public ont encore en mémoire le fiasco français de la vaccination contre l'hépatite B.

Cette histoire peut-elle se répéter pour la vaccination HPV ?

THE GREAT
HPV VACCINE
HOAX
EXPOSED



— MIKE ADAMS

The HPV
Vaccine
Controversy



Sex, Cancer, God, and Politics



THE SCIENCE
ABSOLUT CORRUPTION



ABSOLUT CRAP.

- **Similitudes des vaccins :**
 - protocole de trois injections en 6 mois
 - présence d'un adjuvant
- **Succès de la vaccination anti-HPV**
(plus de 800 000 jeunes filles françaises vaccinées en moins de 1 an) = **même risque de coïncidences.**

Les risques de la vaccination HPV

La tolérance du vaccin

Les données de pharmacovigilance

- AFFSAPS et VAERS
- Les concomitances

Etudes de tolérance

- **GARDASIL®** 7 études cliniques où au total, 11 778 sujets ont reçu le vaccin avec comparaison contre placebo
- **CERVARIX®** Etude de tolérance incluant 9319 sujets ont reçu le vaccin avec comparaison contre vaccin HAV
 - Réactions locales (douleur et érythème transitoire) et réactions systémiques (céphalées, réactions fébriles et nausées)
 - Evénements indésirables à caractère immunologique et affections auto-immunes rares
- Remarque : ces effectifs sont insuffisants pour permettre de détecter des effets indésirables rares.

IMPACT D'UN ADJUVANT PARTICULIEREMENT SURVEILLE

Conditions of Interest	AS04 (n=36 744)		Controls (n= 31 768)	
	Number	%	Number	%
Any autoimmune event	191	0.52	171	0.54
Multiple sclerosis	2	0.01	1	0.00
Optic neuritis	2	0.01	2	0.01
Guillain-Barré Syndrome	1	0.00	1	0.00
Myasthenia gravis	1	0.00	0	0.00
Inflammatory bowel disease	16	0.06	17	0.05
Rheumatoid arthritis	12	0.03	9	0.03
Systemic lupus erythematosus	4	0.01	1	0.00
Psoriasis	21	0.06	15	0.05
Thyroid diseases	81	0.22	78	0.25

D'après VERSTRAETEN T et al Vaccine oct 2008

Bilan de pharmacovigilance en France arrêté au 30 juin 2008



Environ 700 notifications recueillies
pour plus de 800000 jeunes filles/jeunes
femmes vaccinées

- **86% effets indésirables bénins et transitoires** avec une prédominance de réactions au site d'injection.
- **Quelques cas de maladies auto-immunes** (démyélinisations aiguës centrales, arthrites et thrombopénies), **sans lien de causalité et en nombre inférieur au nombre attendu.**
- **Pas de décès**

Enregistrement des données d'innocuité des vaccins aux USA (arrêté au 2 juin 2009)



Everyone has a part to play!

25 millions de doses de Gardasil®
14072 notifications recueillies

signalement deux fois moins fréquent que pour les vaccins en général

- **7 % d'effets secondaires sévères** (nécessitant une hospitalisation ou entraînant une pathologie permanente ou engageant le pronostic vital)
- **43 décès** (dont 26 identifiés, 9 en instructions, aucune relation de cause à effet avec Gardasil® identifiée à ce jour.



Les concomitances augmentent avec l'âge

Base de données de 214 896 adolescentes (9 – 18 ans) et 221 472 adultes jeunes (19 – 30 ans)

- 53 pour 100,000 adolescentes et 389 pour 100,000 adultes jeunes sont hospitalisées pour des affections présumées d'origine autoimmune (principalement thyroidites)
- Le risque d'hospitalisation au décours de l'injection est 4 fois supérieur pour une thyroidite que pour la SEP ou le syndrome de Guillain-Barré.
- Le risque est 20 fois supérieur chez les adultes jeunes que chez les adolescentes.

Coïncidences : maladies observées chez des femmes de 9 à 30 ans

	Maladies	Taux pour 100 000 / durée d'observation		
		1 Jour	1 Semaine	6 Semaines
Adolescentes	Asthme (U)	2,7	18,8	81,3
	Allergie (U)	1,5	10,6	45,8
	Diabète (U)	0,4	2,9	12,8
	Mies infl. Digestives (H)	0,2	1	4,5
	Thyroïdite (H)	0,1	0,9	4
	LEAD (H)	0,1	0,5	2
	SEP ou NO (H)	0	0,2	1
Adultes	Asthme (U)	3	21,2	91,5
	Allergie (U)	2,5	17,4	75,3
	Diabète (U)	0,6	3,9	17
	Thyroïdite (H)	2,4	16,6	71,8
	Mies infl. digestives (H)	0,3	2	8,8
	LEAD (H)	0,3	1,8	7,8
	SEP ou NO (H)	0,1	0,7	3

PLAN

- **PATHOLOGIE GENITALE HPV INDUITE**

- » Epidémiologie et étio-pathogénie

- **VACCINATION**

- » Ce que nous savons

- » Ce que pensent les patientes

- » Ce qui se fait

- **DEPISTAGE**

- » La nécessité du maintien du dépistage

- » Les modalités et avantages de l'organisation

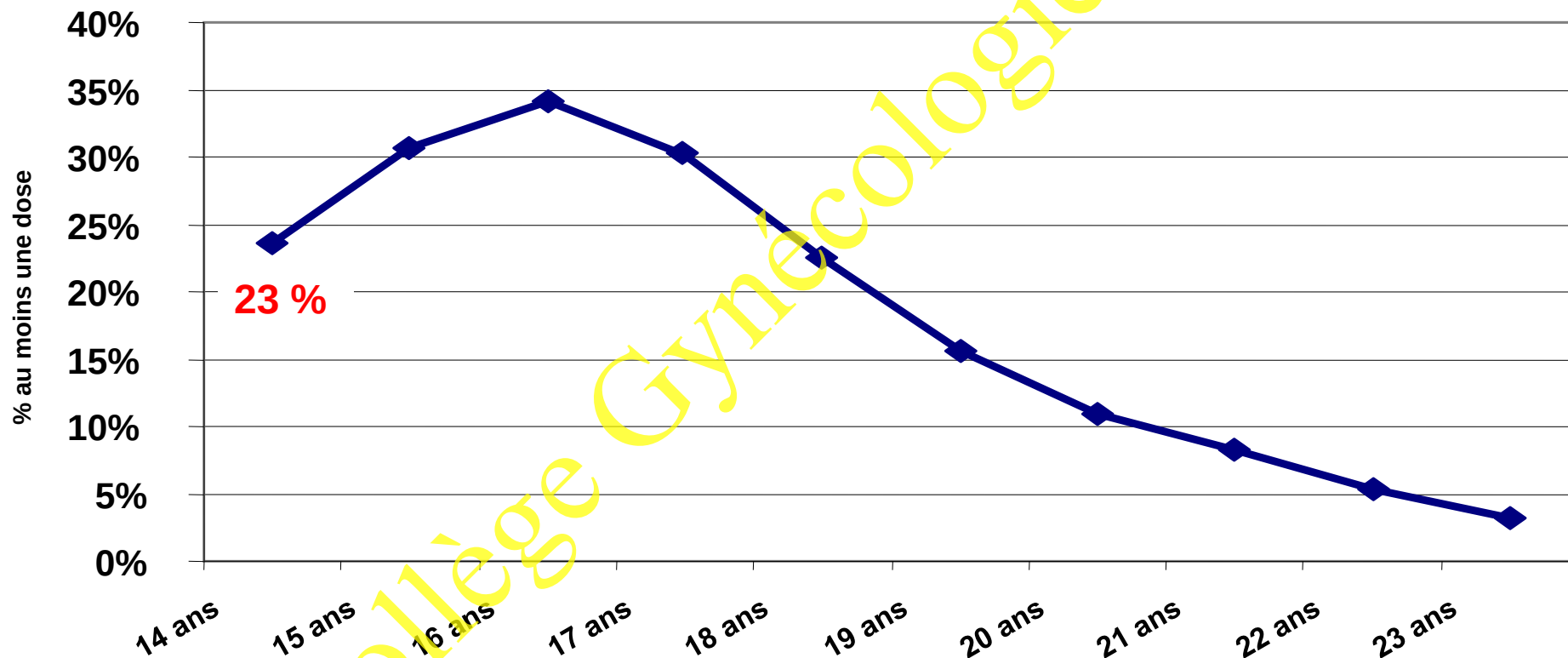
Que font les patientes ?

Remboursement du vaccin en Alsace

	Bas-Rhin		Haut-Rhin	
Age	n	%	n	%
<14 ans	483	3,8 %	284	3,2 %
14 ans	1407	22,8 %	831	18,9 %
15 ans	2402	36,1 %	1431	31,1 %
16 ans	2382	35,5 %	1351	28,8 %
17 ans	2383	34,2 %	1480	31,3 %
18-23	3618	8,2 %	2286	8,5 %
>23 ans	176	0,8 %	108	0,7 %
TOTAL	13423	-	8220	-

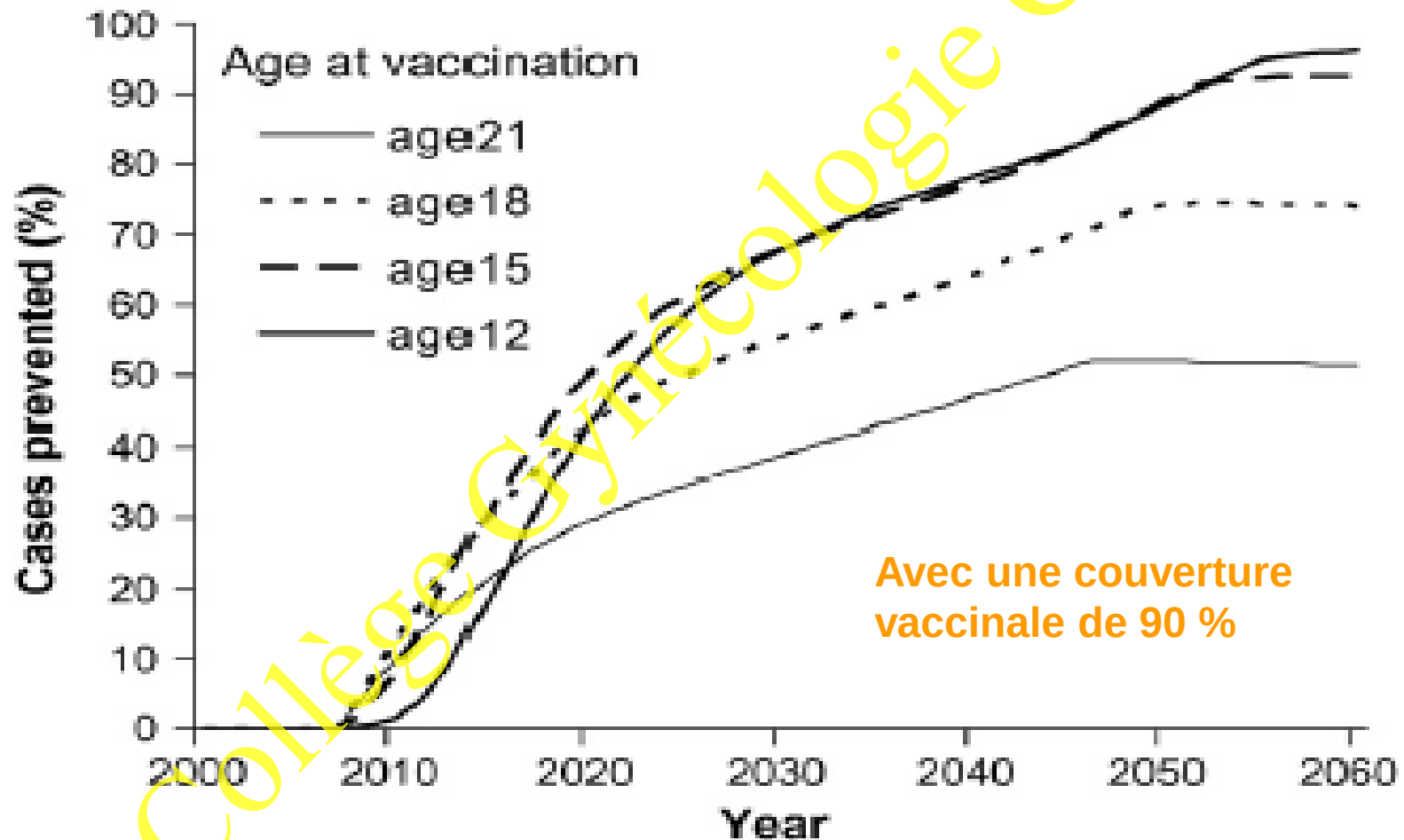
Vaccination des filles à 14 ans : une couverture à renforcer !!!!!

Couverture vaccinale par age
Juin 08 (au moins une dose)



Couverture vaccinale = nb patientes sous Gardasil / nb filles totales de la tranche d'age

Protection contre HPV16 en fonction de l'âge à la vaccination



D'après Ryding J. et al. Vaccine 2008 ; 26 : 5263–5268.

De l'efficacité à la protection réelle

Les vaccins
sont quasi 100 % efficaces
contre les génotypes ciblés

néanmoins

La protection réelle
dépend de nombreux facteurs
dont les génotypes « couverts »,
l'âge de vaccination (infection HPV préalable),
la participation

Un calcul simple

- Avec un taux de couverture de 70%
- et une protection individuelle de 70 % ...
- la probabilité des cancers diminuera dans notre population de 49 %

➤ ce qui justifie le maintien d'un dépistage pour les 51 % restant

Les recommandationset la réalité quotidienne du dépistage en France

- Les recommandations internationales (OMS, CIRC, UE) sont unanimes concernant la mise en place du dépistage organisé du cancer du col utérin.
- **Les recommandations françaises** en terme de politique de dépistage (un frottis tout les 3 ans, après 2 frottis annuels normaux pour les femmes de 25 à 65 ans) sont dans les normes européennes.
- En revanche, hormis quelques expériences pilotes touchant environ 5% de la population (4 départements), il n'y a pas de programme organisé.

Campagne EVE en Alsace

- **Modalités pratiques**

- Conformes aux recommandations françaises et européennes

- **Résultats**

- Efficacité
- Sécurité
- Coût

OBJECTIFS DE LA CAMPAGNE EVE

Contribuer à la diminution de la morbidité et de la mortalité par cancer du col en Alsace.

- **Faire participer le plus grand nombre de femmes de 25 à 65 ans (500 000 en 2009).**
- **Promouvoir la qualité des différentes étapes du dépistage : prélèvement, interprétation du frottis, prise en charge des anomalies détectées.**

FONCTIONNEMENT

- Une consultation classique de dépistage (25 - 65 ans)
 - La patiente se rend chez le médecin de son choix pour effectuer son frottis.
 - Ce médecin informera la patiente du résultat
 - Remboursement selon modalités habituelles.
- Le cytopathologiste transmet à l'association EVE, via un support informatique une fois par mois les résultats de tous les frottis réalisés.
- Ce recueil de données a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL

ORGANISATION DU DEPISTAGE

- ✓ Validation des données notamment par la gestion des homonymes
- ✓ Vérification du suivi des frottis positifs et non significatifs et relance des perdues de vue
- ✓ Envoi ciblé de lettres d'incitation au frottis aux femmes non dépistées et coordination des actions de communication

INVITATION DES FEMMES

1° Courriers envoyés aux femmes sans frottis depuis 3 ans

- Par tranche d'âge (25-38, 39-50, 51-65 ans)
- Listing des CPAM complété par le registre du dépistage



2° Actions ciblées sur les titulaires de la CMU

Travail avec les associations de migrants

Travail en réseau avec structures publiques



RELANCE DES FEMMES

- ✓ Une lettre explicative de la démarche
- ✓ Un coupon-réponse à retourner à l'association (enveloppe T) pour expliquer le motif de la non réalisation du frottis
 - ✓ Oubli
 - ✓ Hors dépistage
 - ✓ Refus
 - ✓ Frottis déjà réalisé (erreur)

eve
ASSOCIATION POUR LA PRÉVENTION
DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Madame, Mademoiselle,

En 2005 ou 2006, le mois de votre anniversaire, nous vous avons adressé un carton afin de vous sensibiliser à la prévention du cancer du col de l'utérus. Nous vous recommandions de faire un frottis de dépistage pour s'assurer que les cellules du col ne présentaient pas d'anomalies. Sauf erreur de notre part, vous n'avez pas effectué ce geste simple mais important pour votre santé,

Pourquoi ?

Vous n'avez pas trouvé le temps ?
Alors vite, prenez rendez-vous avec votre médecin généraliste ou votre gynécologue.

Vous souhaitez plus d'informations ?
Consultez le site Internet : www.eve.asso.fr
ou appelez nous au 0800 749 749

Vous n'êtes pas ou plus concernée ?
Par exemple parce que l'on vous a enlevé l'utérus et le col pour une pathologie bénigne. Contactez nous au 0800 749 749 ou par retour de courrier

Vous ne souhaitez pas participer à la campagne et demandez à ne plus recevoir de lettre ?
Informez-nous à l'aide d'un des moyens cités plus haut.

**Mieux vaut prévenir que guérir,
pensez à vous faire dépister !**

Veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, mes sincères salutations
Pr. J-J BALDAUF, Président de l'Association Eve

TALON REPONSE à renvoyer dans l'enveloppe T ci-jointe

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance (au format : JJ/MM/AAAA) : / /
Code postal : Commune :

☐ **Je ne suis pas concernée par l'invitation au dépistage**
☐ J'ai fait un frottis en date du : / / effectué par le Docteur
☐ Je n'ai plus d'utérus depuis l'année :, le médecin m'a confirmé que je n'avais plus besoin de faire de frottis.

☐ **Je ne souhaite pas participer à la campagne et ne veux plus recevoir de courrier**

☐ **Commentaires :**

SENSIBILISATION DES FEMMES

- **Information par médias généraux** : encarts de presse, spots télévisés, affichage public et bientôt spots radiophoniques.
- **Information de proximité** : articles dans les bulletins municipaux, réunions d'information avec l'aide des maires, des associations et des organismes d'assurance maladie, réunions multi-dépistages.
- **Relais de l'information par les professionnels** : médecins généralistes, médecins du travail, pharmaciens, biologistes, sages-femmes, radiologues
- **Contact direct possible** : Numéro Gratuit 0 800 749 749 et Site Internet : www.eve.asso.fr

ASSURANCE QUALITE : CYTOLOGIE

- **Nomenclature unique : le code Eve qui permet de signaler les frottis non significatifs (Bethesda 2001).**
- **Répartition des résultats de frottis par laboratoire.**
- **Corrélation cyto-histologique dans chaque structure ACP**
- **Relecture de lames : étude des faux négatifs et lésions d'intervalle, faux positifs, étude des frottis atypiques.**
- **Séminaires annuels avec discussion de cas.**
- **Diffusion des recommandations de l'AFAQAP.**

ASSURANCE QUALITE : CLINIQUE

- **Signalement et suivi des frottis non satisfaisants**
- **Signalement et suivi des frottis positifs avec offre de relance en cas de patientes perdues de vue**
- **Tableau de bord individuel**
- **Séminaires annuels avec discussion de cas.**

LES MOYENS

Gestion de la campagne : Association loi 1901 (droit local)

Président : Professeur Jean-Jacques BALDAUF

Personnel :

1 médecin coordinateur 0,7 ETP

1 secrétaire de direction 1 ETP

3 secrétaires 2,8 ETP

1 médecin enquêteur 0,3 ETP

1 informaticien à la demande (CDD)

Financiers en Euros :

Budget annuel 2006 : 460 000

Financements :

2/3 Assurance Maladie (FNPEIS, MSA, CANAM, SSM)

1/3 les deux Conseils Généraux

+ occasionnels : Ligue Contre le Cancer, DGS.

**Coût : 1.2 € par femme
dépiquée et par an**

Meilleure efficacité pour les patientes

COUVERTURE DU DEPISTAGE

A 3 ANS

A 5 ANS

BAS-RHIN

Cohorte 1996 67,1%

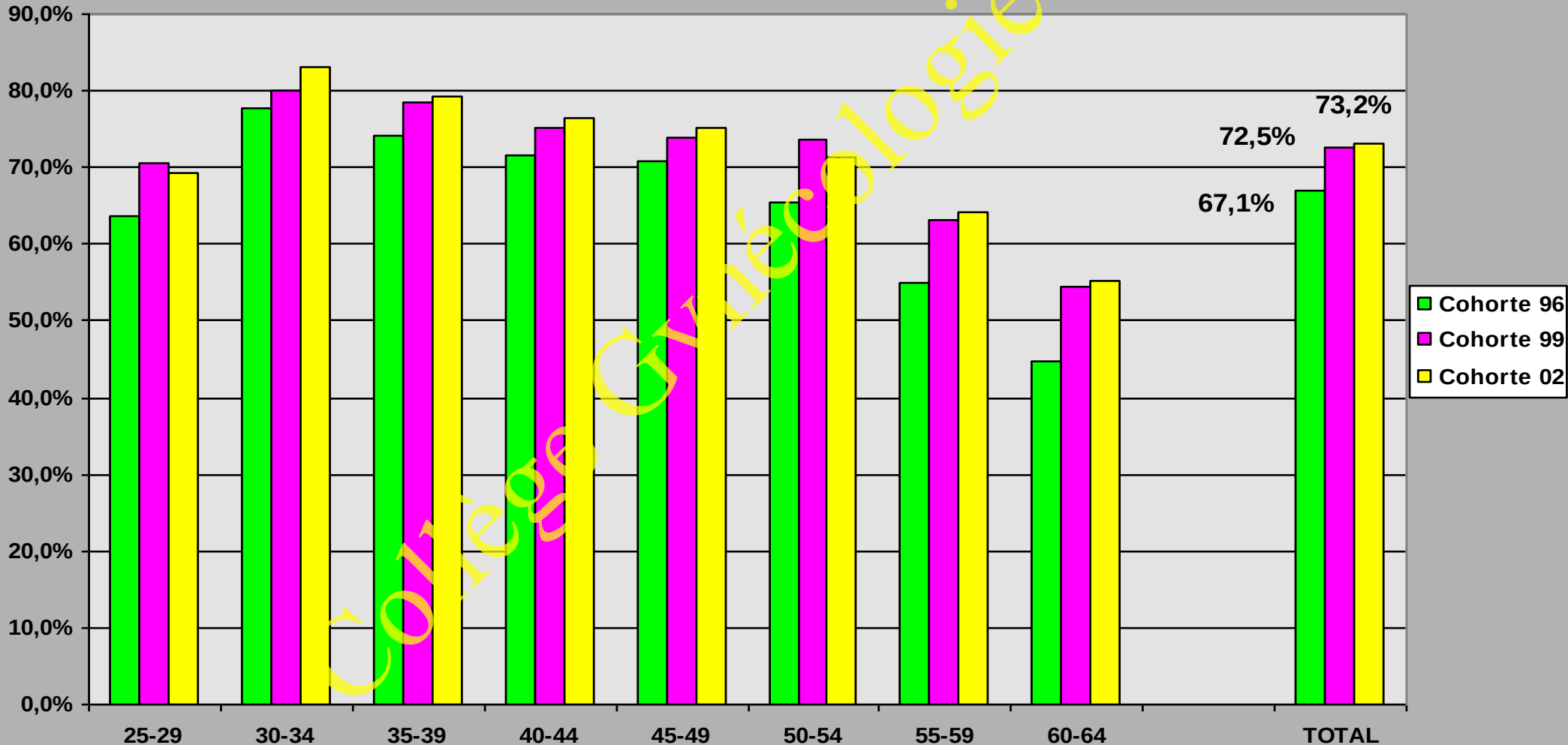
Cohorte 1998 83,7%

Cohorte 1999 72,5%

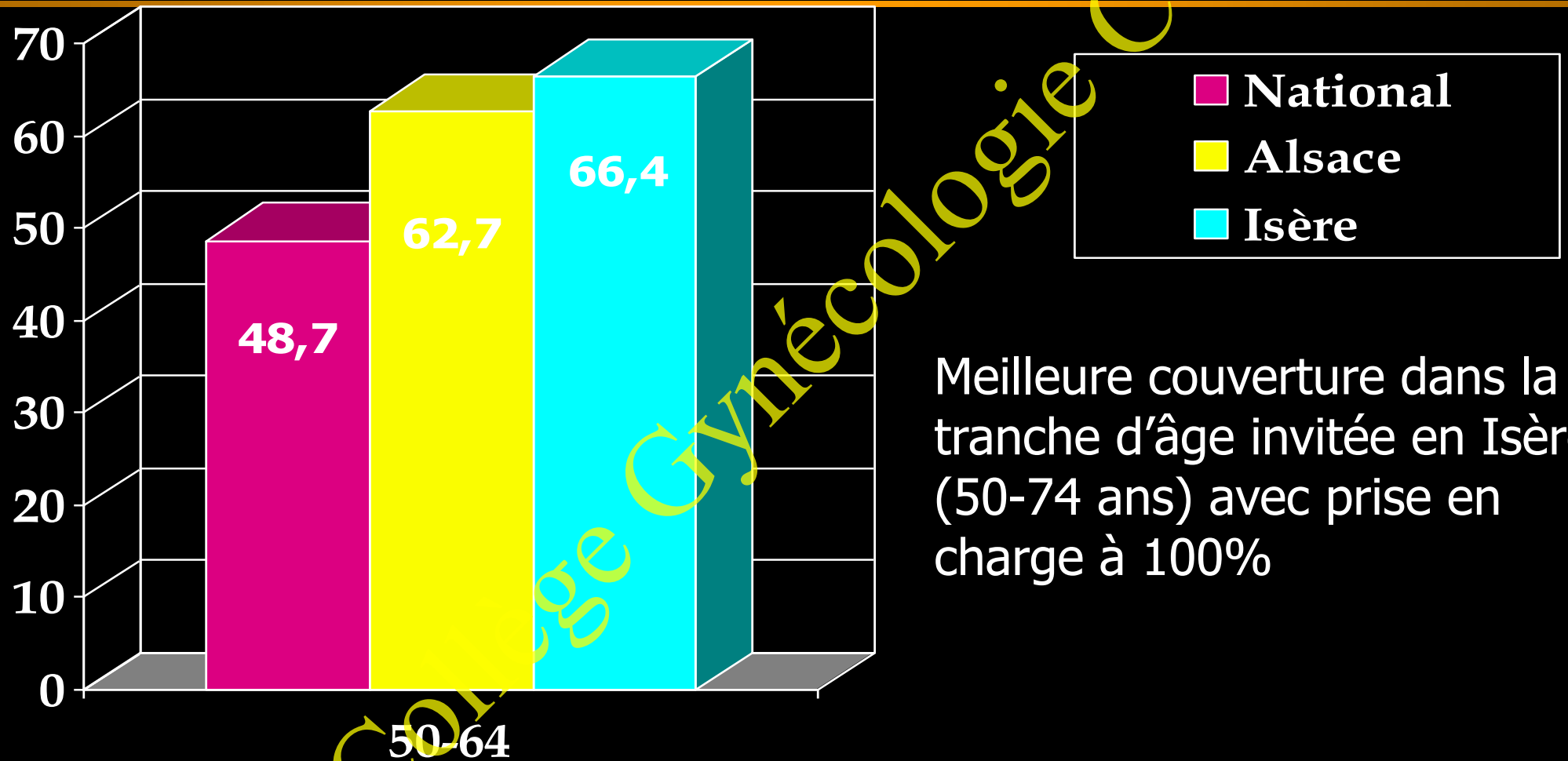
Cohorte 2001 86,0%

Cohorte 2002 73,2%

Participation par âge – Bas-Rhin



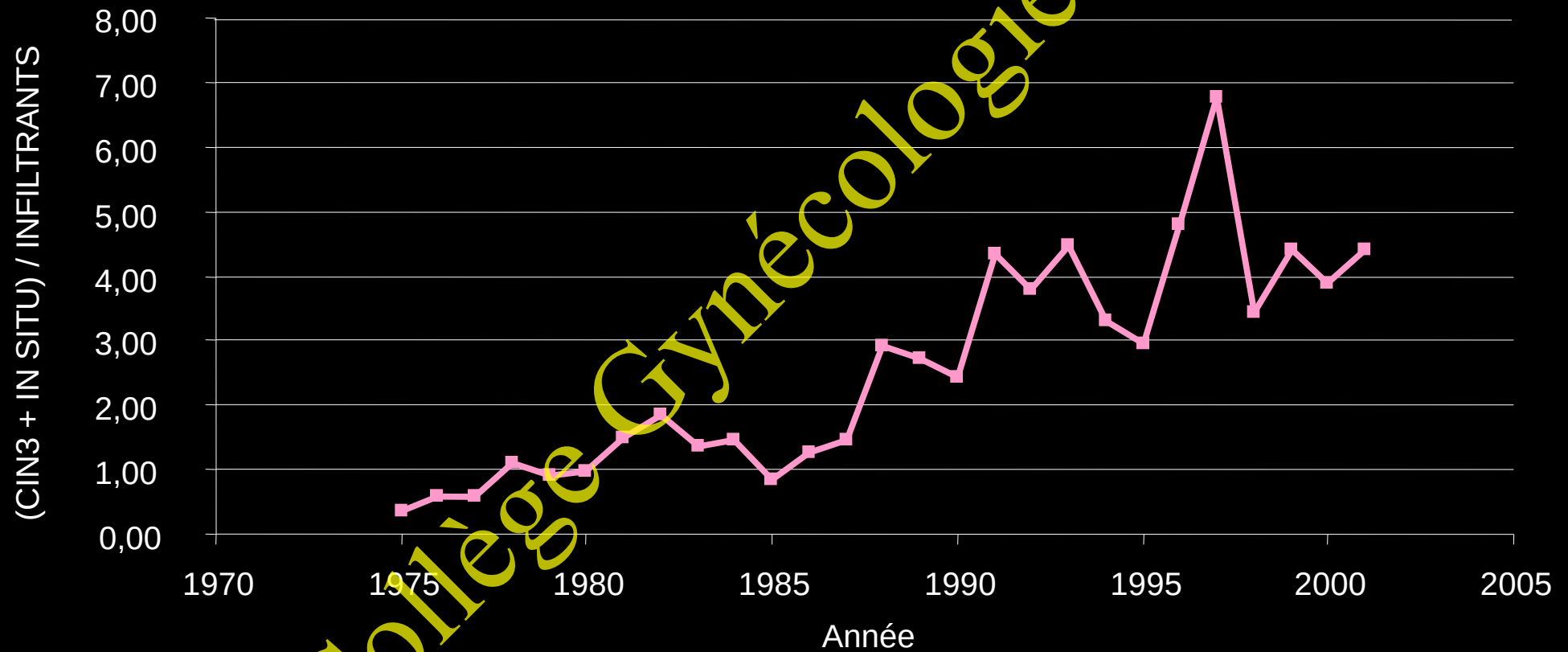
Le dépistage organisé en France métropolitaine



Meilleure couverture dans la tranche d'âge invitée en Isère (50-74 ans) avec prise en charge à 100%

* Données cnamts/invs

RATIO : CIN3 / CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DANS LE BAS-RHIN



Source : Registre des cancers du Bas-Rhin

INCIDENCE DU CANCER DU COL avec et sans dépistage organisé

- **En France**

- 3500 nouveaux cas (8 rang) avec une incidence standardisée de 9,8/100000 (Globocan 2002)
- et 900 morts / an (15 rang, mais 2 rang chez les femmes âgées de moins de 45 ans)

- **Dans le Bas-Rhin**

- Incidence standardisée de 6,5/100 000 en 2002 et de 6,1 /100 000 en 2003 (Registre du Bas-Rhin)

Moindre coût pour la société

Evaluation coût/efficacité en France

- Le coût de l'organisation du dépistage sur le modèle Alsacien est de **1.2 € par femme dépistée et par an**
- Par rapport à la situation actuelle (dans laquelle prévaut le dépistage individuel), l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus réduit le nombre de décès liés à ces cancers **(-19.5 %)**
- Le coût par année de vie sauvée est estimé à **22000 €**

Les + du dépistage organisé

PLUS D'EFFICACITÉ POUR LA
POPULATION

PLUS DE SÉCURITÉ POUR LES
MÉDECINS

MOINDRE COÛT POUR LA SOCIÉTÉ

CONCLUSIONS

Le vaccin idéal pour l'avenir

- *bon marché à la fabrication et à la distribution*
- *protéger contre tous les HPV de haut risques*
- *efficace après une seule vaccination*
- *avoir une action prophylactique et thérapeutique*

Aucun des vaccins actuellement disponible ou en développement ne répond à tout ces critères.

En attendant le dépistage par frottis reste nécessaire même chez les femmes vaccinées.

Le dépistage organisé est la mesure la plus coût/efficace et garantit au mieux l'égalité d'accès au soins



**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION !!!!**