

Programme de prévention des CANCERS FEMININS

Le programme de prévention des cancers féminins comprend trois volets présentés dans les chapitres suivants :

- Le dépistage du cancer du sein
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus
- La vaccination anti-HPV

Introduction

Le dépistage organisé du cancer du sein

En août 2009, l'ASS-NC a lancé la première campagne de dépistage organisé du cancer du sein. La deuxième campagne de dépistage s'est terminée en 2013 avec un taux de participation de 65 %. Le nombre de mammographies a été particulièrement élevé en 2013-2014. Depuis, le nombre de mammographie réalisées n'augmente plus.

La lutte contre le cancer du col de l'utérus en NC

Le cancer du col de l'utérus a été reconnu comme priorité de santé publique en 1994. Depuis, la prévention du cancer du col de l'utérus fait l'objet d'un dépistage individuel favorisé par une prise en charge tiers payant de la consultation du frottis et de son interprétation. Parallèlement, La Cafat puis l'Aide médicale Nord ont également incité leurs assurés à réaliser gratuitement un frottis de dépistage gratuit dans le cadre des recommandations médicales.

En 2010, l'organisation et la généralisation du dépistage à l'ensemble des calédoniennes a été confiée à l'ASS-NC. Selon le dernier recensement (2014), 86 533 femmes sont concernées par ce programme.

Depuis 2006, il existe une vaccination contre les principaux virus responsables des cancers du col de l'utérus. La vaccination anti HPV a été introduite au calendrier vaccinal de la NC par le Congrès en 2011 (délibération 45/CP du 20 avril 2011), Cette délibération permet une prise en charge sans avance de frais de la vaccination pour toutes les jeunes filles âgées de douze ans, avec un rattrapage possible jusqu'à 14 ans. L'ASS-NC a initié la première campagne de vaccination anti HPV en milieu scolaire en septembre 2015.

Equipe du programme

Le directeur de l'ASS-NC

Médecin, il est le responsable médical et administratif de la cellule de dépistage organisé des cancers féminins.

Le chef de projet

Il a pour mission la coordination globale de la cellule de dépistage : organisation des relations avec les partenaires médicaux, suivi et évaluation des deux programmes de dépistage et de la vaccination anti HPV.

La coordonnatrice du dépistage du cancer du col de l'utérus et de la vaccination anti HPV

Elle assure le suivi opérationnel de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus et de la vaccination anti HPV. Par ailleurs, elle participe aux réflexions globales portant sur l'organisation des dépistages organisés des cancers féminins.

L'assistante de la cellule de dépistage

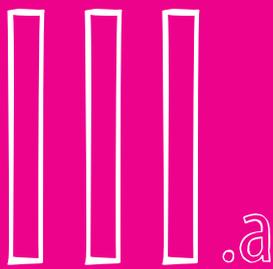
Elle assure la gestion des invitations, l'accueil téléphonique, la saisie et l'archivage des fiches d'interprétation des mammographies et des comptes-rendus de frottis. Par ailleurs, elle participe à l'amélioration du service proposé aux femmes concernées par le dépistage.

Le prestataire, chargé de mission

En collaboration avec l'ASS-NC, il assurait le pilotage du programme avec l'aide de l'assistante et du directeur de l'ASS-NC jusqu'au recrutement d'un chef de projet en 2001. Aujourd'hui, il se concentre principalement sur les aspects techniques (relation avec les sociétés de maintenance, contrôles qualité des appareils), sur la formation et l'organisation des vacances en Province Nord.

L'agent de saisie et d'accueil téléphonique

Depuis 2011 et le lancement de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus, le nombre de fiches de résultats d'examen à saisir a considérablement augmenté. Afin de réaliser cette saisie, l'ASS-NC fait appel à des prestataires extérieurs ou des agents contractuels afin de maintenir la qualité du service rendu à la population.



Programme de dépistage organisé du CANCER DU SEIN

1 - Qu'est-ce que le cancer du sein ?

Le sein, tout d'abord, est un tissu grasseux constitué de glandes mammaires divisées en lobules. De ces lobules part un système de canaux galactophores qui achemine le lait jusqu'au mamelon. Sa fonction première est la lactation.

Le cancer du sein est une tumeur maligne : prolifération anormale des cellules du tissu de la glande mammaire. En l'absence de diagnostic précoce, ces cellules malignes se multiplient de manière anarchique, s'attaquent aux tissus sains avoisinants, produisent des amas de cellules cancéreuses secondaires hors du foyer d'origine, dans tout l'organisme, par la circulation sanguine et lymphatique : on dit alors que la tumeur se métastase (os, poumons, cerveau, foie, tissu cutané, ganglions lymphatiques).

Que faire face à ce cancer ?

A l'heure actuelle, on ne peut pas prévenir le cancer du sein. Par contre, ce cancer peut être soigné et on sait que plus un cancer est dépisté tôt, plus son traitement est simple et les chances de guérison meilleures.

La stratégie la plus efficace reste de développer un programme de dépistage organisé, fiable et entraînant une forte adhésion des femmes (au moins de 70 %).

La mammographie

Dans le cadre des campagnes de dépistage organisé du cancer du sein, la recherche de tumeurs mammaires est réalisée grâce à la mammographie (radiographie des seins). Cette technique permet d'identifier près de 90 % des tumeurs mammaires avec seulement 5 % de faux positifs.

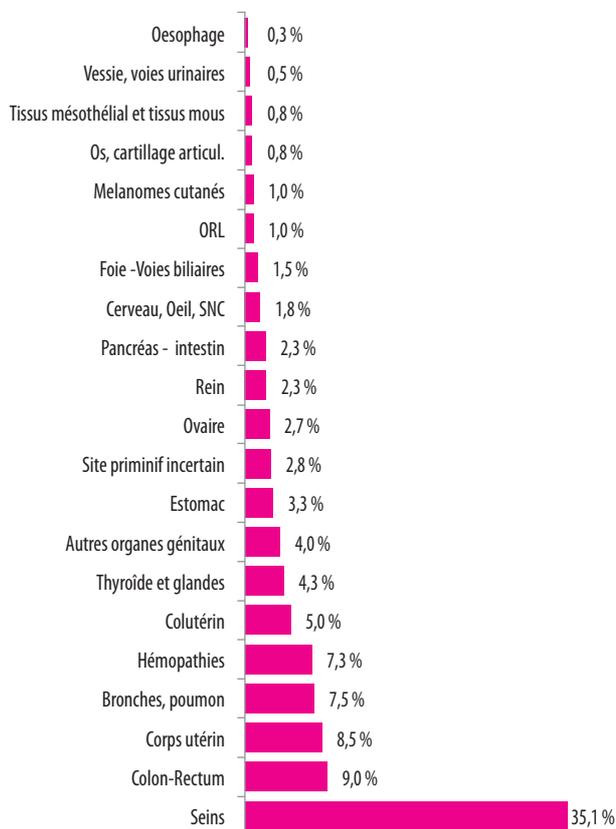
La mammographie est recommandée à partir de l'âge de 50 ans car cet examen de dépistage est particulièrement performant à partir de cet âge.

Afin d'améliorer le dépistage, la mammographie doit être couplée à un examen clinique des seins (palpation).

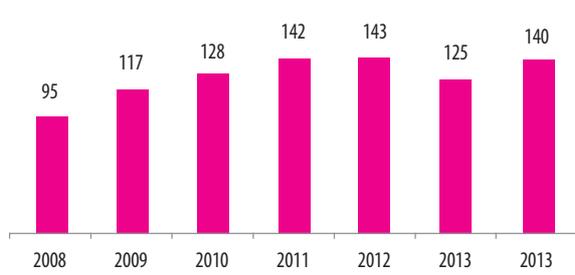
2 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

(source : le registre du cancer du sein de la NC, 2014) Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers en NC. Il est également la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

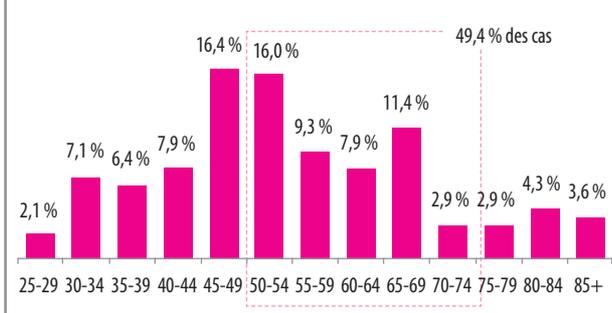
Cancers (2014) : répartition par topographie chez la femme



Evolution du nombre de cancers du sein diagnostiqués sur la période 2008-2014

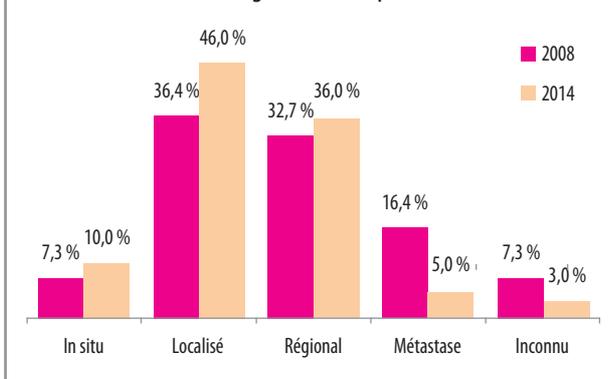


Répartition par tranche d'âge des cas de cancer du sein en 2014



Depuis 2011, le nombre de cancer du sein diagnostiqué est compris entre 120 et 140. 49,4 % des cancers diagnostiqués le sont chez des femmes de 50 à 74 ans. Cette tranche d'âge correspondant au public cible de la campagne de dépistage.

Répartition des cancers du sein chez les femmes de 50 à 74 ans selon le stade au diagnostic - comparaison 2008/2014



Entre 2008 et 2014, la part des cancers diagnostiqués à un stade métastatique a considérablement baissé alors que les stades plus précoces sont en augmentation.

3 - Vocation et principaux objectifs du programme

Que faire face à ce cancer ?

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein consiste à inviter, sur deux ans, l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à réaliser une mammographie.

Grâce au vote par le Congrès de la délibération n°425 du 26 novembre 2008 relative au dépistage du cancer du sein et au vote par le gouvernement de l'arrêté n°2009-1045 du 3 mars 2009 fixant le modèle d'invitation, la campagne a pu débuter à la fin du mois de mars 2009 pour une période test et le lancement officiel sur l'ensemble de la NC a eu lieu au mois d'août 2009.

Objectifs spécifiques

- Réduire la mortalité par cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans.
- Favoriser l'administration de traitement conservateur et moins lourd, grâce au dépistage précoce.

Objectif opérationnel

Atteindre ou dépasser un taux de participation au dépistage de 70 % des femmes éligibles.

4 - Cibles du programme

- La population générale et plus particulièrement les femmes.
- Les femmes éligibles pour le dépistage organisé du cancer du sein (résider en NC et être âgée de 50 à 74 ans).
- Les professionnels de santé :
 - médecins généralistes
 - gynécologues/obstétriciens
 - sages-femmes
 - infirmiers libéraux
 - pharmaciens
 - radiologues
 - manipulateurs en électroradiologie

5 - Assurance qualité

Les principaux critères de l'assurance qualité sont les suivants :

- Examens répondant aux normes de réalisation (inscrites dans le cahier des charges).
- Formation des intervenants : les techniciens en électroradiologie et les radiologues doivent avoir suivi une formation FORCOMED (organisme agréé par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament - ANSM).
- Contrôle quotidien et hebdomadaire des appareils de sénologie (mammographe) par le personnel des centres de radiologie.
- Contrôle tous les neuf mois du matériel par un organisme extérieur agréé par l'ANSM.
- Sécurisation d'interprétation (double lecture des mammographies).
- Gestion et archivage des résultats par l'ASS-NC.

L'ensemble des critères de qualité est repris dans le cahier des charges de la campagne de dépistage organisé du cancer du sein.

Ces critères sont similaires à ceux du cahier des charges des campagnes de dépistage métropolitaines.

La formation du personnel ainsi que le remplacement ou la mise aux normes du matériel de mammographie ont des effets au-delà du dépistage, puisqu'ils permettent aux femmes de bénéficier de performances diagnostiques et de suivi en grand progrès, et ce, d'une manière homogène sur tout le territoire.

Cette amélioration n'est pas un objectif direct de la campagne de dépistage organisé du cancer du sein mais constitue un effet corollaire très positif à sa mise en place.

5.1 - La formation du personnel de santé

Formation obligatoire

Pour être autorisé à réaliser les actes liés au dépistage organisé du cancer du sein, les professionnels (techniciens en électroradiologie et les radiologues) doivent justifier d'une formation spécifique dispensée par l'organisme FORCOMED (association de formation des médecins spécialistes et de leurs collaborateurs).

Pour faciliter l'accès à ces formations, l'ASS-NC a organisé 2 sessions sur le Territoire. Cette formation s'est déroulée du 21 au 25 avril 2008, 14 radiologues et 25 manipulateurs en radiologie y ont participé.

Depuis, les professionnels qui n'ont pu la suivre et qui souhaiteraient participer à la campagne de dépistage,

doivent justifier d'une formation antérieure ou participer à une session de formation en Métropole.

5.2 - Les contrôles qualité externes

Ces contrôles sont réalisés tous les neuf mois. Il n'y a pas de société agréée en NC et l'ASS-NC est dans l'obligation de faire appel à des sociétés extérieures.

Les conditions des contrôles de qualité sont définies par l'ANSM. Les critères du contrôle ont été récemment renforcés et certains appareils ont des difficultés à répondre à ces nouvelles exigences de qualité.

Lors du contrôle de 2015, trois appareils dont deux appartenant à l'ASS-NC, ont rencontré des non-conformités majeures. Le paramétrage de ces appareils a dû être modifié et les appareils ont réussi à répondre aux critères des contrôles lors d'une contre-visite organisée au mois de mai. Un deuxième contrôle a eu lieu en fin d'année. Aucune non-conformité majeure n'a été constatée mais certains appareils arrivent tout de même à la limite de leur possibilité au regard de l'évolution des critères de qualité.

Un renouvellement du parc de ces machines est en cours. Le dernier contrôle a eu lieu en décembre 2010. Un appareil a rencontré des non-conformités majeures et n'est donc plus utilisé à ce jour.

5.3 - L'organisation du parcours d'une personne dans le cadre du dépistage organisé

L'invitation

La personne recevra une invitation personnalisée à participer au dépistage organisé.

Si elle répond aux critères d'éligibilité (pas de mammographie depuis moins de 18 mois et ne pas être sous surveillance), elle pourra prendre rendez-vous auprès d'un radiologue agréé (liste jointe à l'invitation).

Si la personne ne répond pas à son invitation, elle recevra une seconde invitation (relance n°1). De même si cette seconde invitation reste sans réponse au bout de 4 mois, une troisième invitation sera envoyée (relance n°2). La personne dispose donc d'un an pour réaliser sa mammographie.

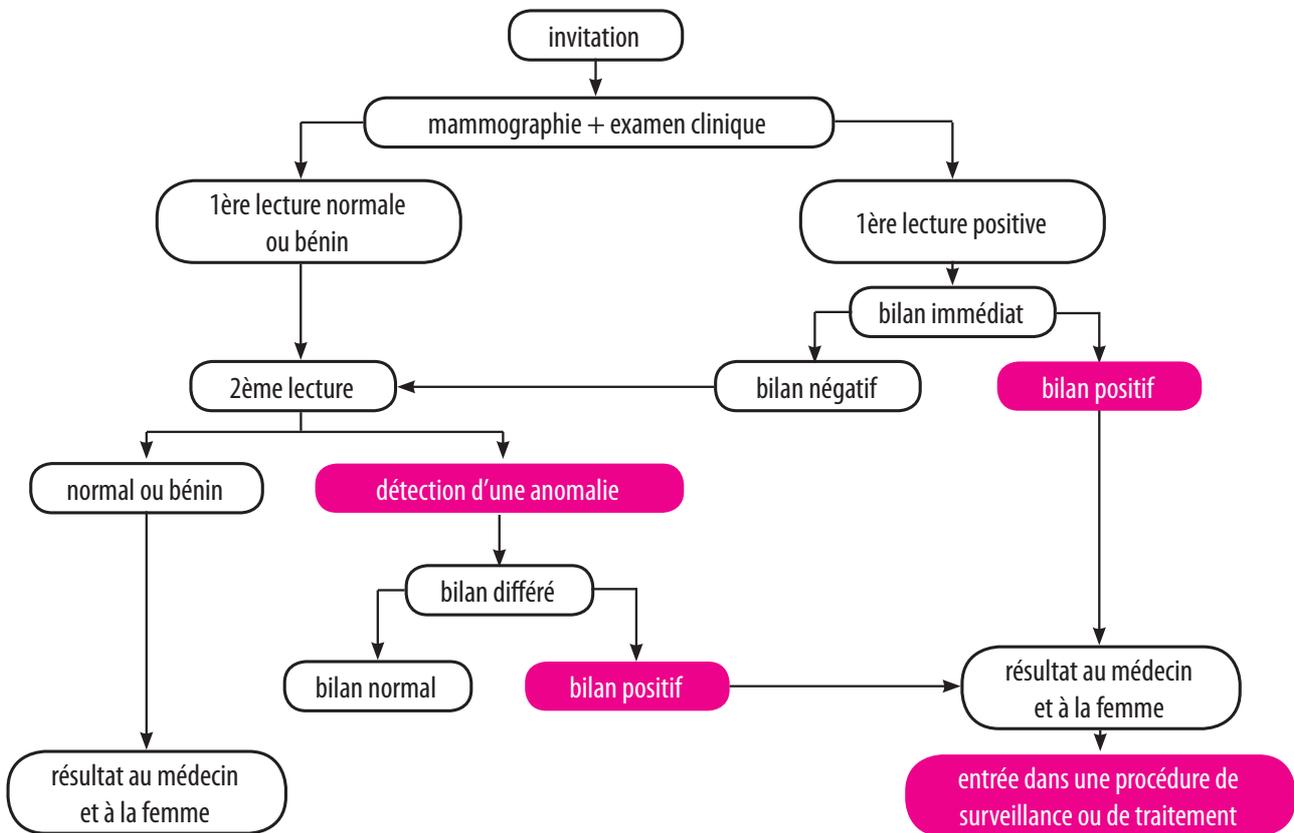
La consultation

Lors de la consultation, le radiologue propose à la personne de réaliser un examen clinique des seins (palpation) et une mammographie (radiographie des seins).

L'analyse et la délivrance des résultats

Si le radiologue décèle une anomalie, il réalisera des examens complémentaires qui peuvent être une échographie ou une biopsie (prélèvement de tissus).

Les examens de dépistage sont gratuits et sans avance de frais.



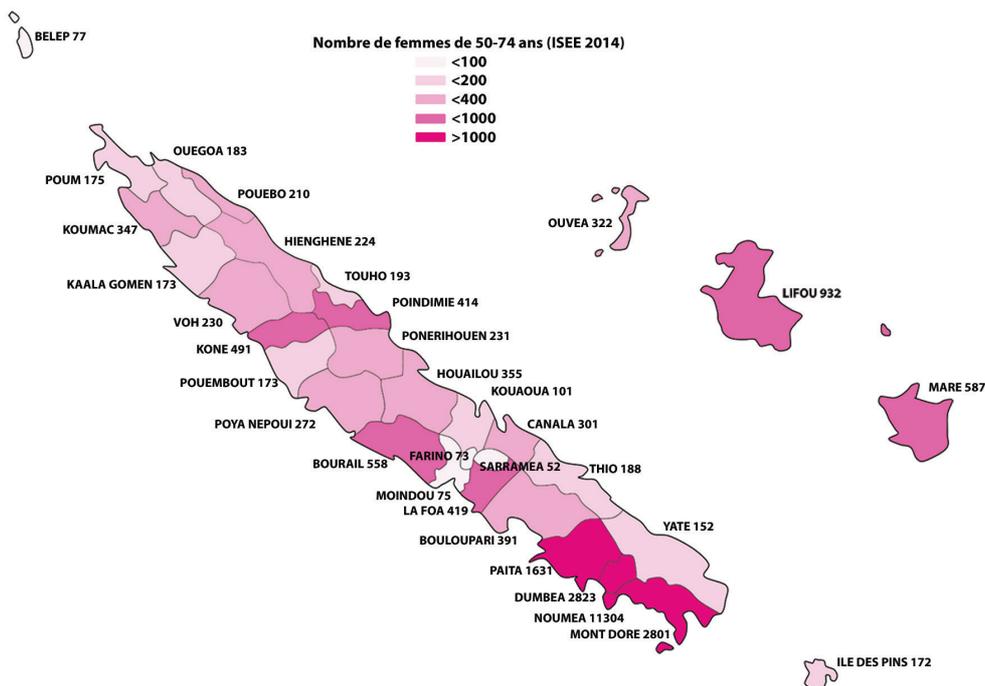
Dans le cadre du dépistage organisé, les mammographies qui n'ont révélé aucune anomalie seront vérifiées par un second lecteur, conformément au cahier des charges. On estime que cette seconde lecture permet de rattraper environ 5 % des erreurs d'interprétation.

Cette double lecture est un élément fort d'assurance qualité du dépistage organisé par rapport au dépistage individuel.

La seconde lecture a lieu à l'ASS-NC, dans les locaux de la cellule de dépistage.

En 2008, ils ont été équipés de deux négatoscopes qui répondent aux critères du cahier des charges. Depuis 2011, les radiologues « seconds lecteurs » disposent d'un espace réservé uniquement à l'interprétation des mammographies.

Un système de navette entre les centres de radiologie et la cellule de dépistage a été mis en place. En moyenne, deux à trois séances de seconde lecture ont été effectuées chaque semaine.

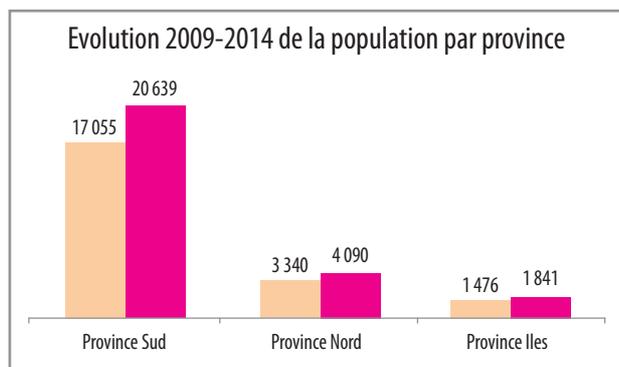


5.4 - Combien de femmes sont concernées par le dépistage ?

Au lancement de la campagne, le nombre de femmes concernées était de 21 871. Une hausse de 22 % de cette population a été enregistrée lors du recensement de 2014. A ce jour, 26 570 femmes peuvent donc bénéficier de ce programme.

Actuellement, ces fichiers ne sont pas directement exploitables car ils n'ont pas une architecture commune et conforme aux standards internationaux.

Les bases de données des organismes d'assurance maladie ne sont pas à jour. En effet, l'utilisation de ces bases nous a montré un nombre important de doublons, d'adresses erronées, de personnes ne résidant plus sur le territoire ou encore de personnes décédées. Au fil des mises à jour, le problème s'accroît.



La cellule de dépistage a fait appel à un prestataire pour la mise en forme des bases de données et de leur intégration dans l'application PREVIDATA 4D.

6 - Stratégies opérationnelles du programme

L'accès au dépistage organisé

Envoi des invitations

La cellule de dépistage s'est dotée de l'application PREVIDATA (4D) pour gérer l'envoi des courriers et le suivi des personnes. Les envois des invitations sont réalisés à partir des bases de données des bénéficiaires de la CAFAT, de l'Aide Médicale Nord et Sud.

Par ailleurs, ce prestataire est également chargé par convention de la maintenance de l'application, des mises à jour et de la formation du personnel de la cellule de dépistage.

Accès aux sites de mammographies

En Province Nord

• Mise à disposition d'équipement :

Jusqu'à la fin 2007, un seul mammographe était disponible en Province Nord. Il s'agissait d'un appareil mobile appartenant à la Province Nord.

Face aux problèmes techniques, cet appareil n'a pu être utilisé, et la majorité des femmes ayant besoin d'une mammographie se déplaçaient sur Bourail ou Nouméa pour réaliser leurs examens.

Afin de faciliter l'accès à la mammographie, l'ASS-NC a doté le Centre Hospitalier du Nord (CHN) de deux mammographes à destination des sites de Koumac et Poindimié. Jusqu'en novembre 2009, la mammographie de Poindimié ne disposait que d'un développement analogique. Depuis le mois de décembre 2009, l'ensemble du processus est traité numériquement, comme sur les autres sites participant au dépistage.

Suite au contrôle de qualité externe de juin 2015, il n'y a plus de mammographe sur Poindimié. Un projet de mammographe mobile est en cours d'élaboration afin de pallier à ce manque. Le site de Koumac est doté d'un nouvel appareil de dernière gamme depuis le début d'année 2015.

• Les vacances :

Le CHN étant dépourvu de radiologue, l'ASS-NC organise le déplacement d'un radiologue et d'un manipulateur en électro-radiologie (voir Statistiques de résultats - vacances CHN).

En Province Sud

Neuf sites de mammographies agréés sont présents en Province Sud.

Ils se répartissent de la manière suivante :

- 5 sites sur Nouméa
- 1 site sur Dumbéa
- 1 site sur Païta
- 1 site sur Bourail
- 1 site sur le Mont Dore

En Province des Iles Loyauté

Il n'y a pas de site de mammographie en Province des Iles Loyauté. En raison d'un nombre trop peu important de femmes éligibles sur chaque île et de l'absence de manipulateurs en radiologie et de radiologues, il n'est actuellement pas envisageable d'installer un appareil de mammographie.

Après concertation, il a été décidé que l'ASS-NC assurera la charge financière des billets d'avion qui permettront aux femmes éligibles de la Province des Iles Loyauté de se rendre sur Nouméa et d'y effectuer leurs examens. Cette aide à la mobilité a fortement contribué à l'adhésion de ces femmes à la campagne de dépistage.

7 - Activité 2016

Invitation au dépistage et envois des résultats

Durant l'année 2016, la cellule de dépistage a envoyé 20 382 invitations ou relances dont 2 678 suite à la demande d'un bénéficiaire ou d'un professionnel de santé (invitations spontanées).

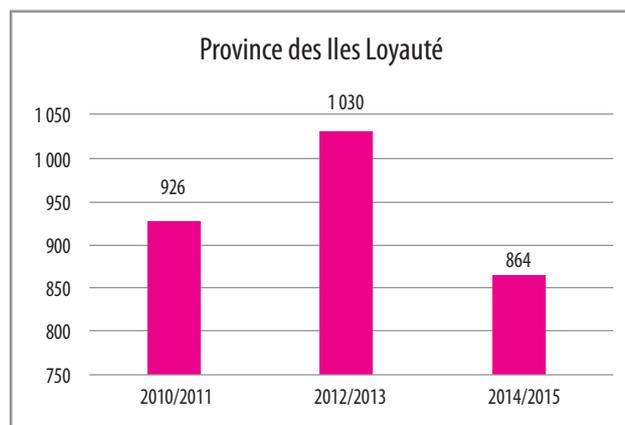
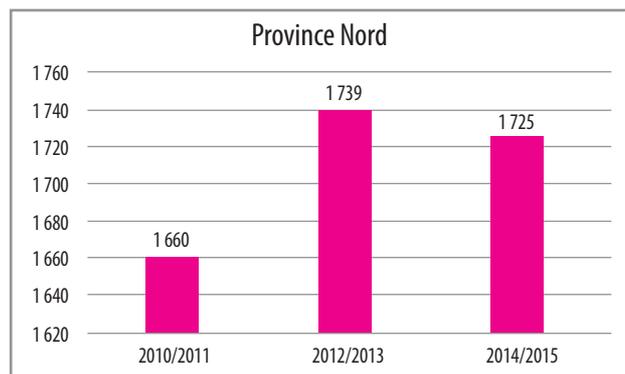
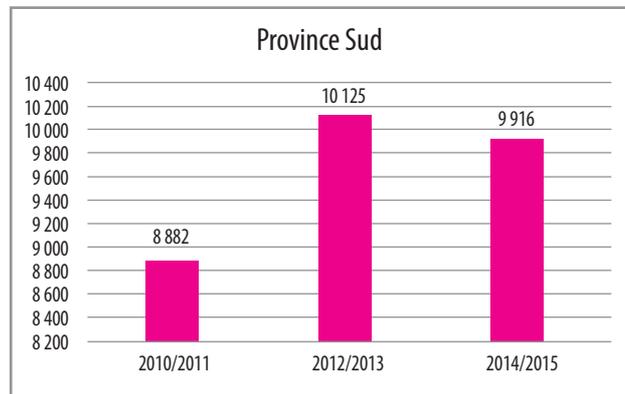
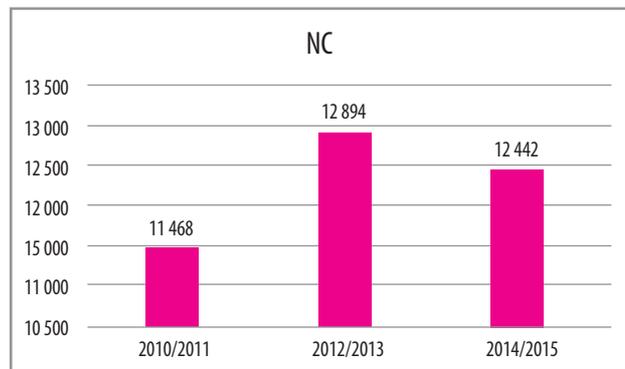
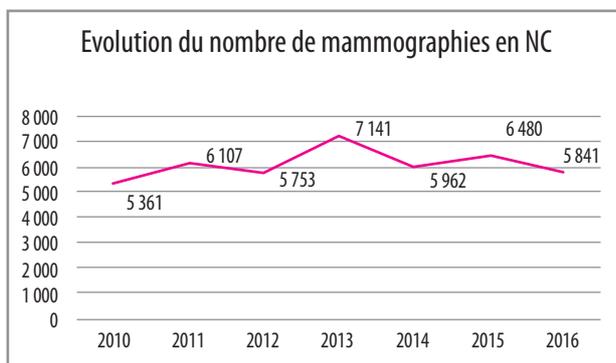
Par ailleurs, la cellule de dépistage a envoyé 13 169 courriers de résultat de mammographie, que ce soit auprès des femmes bénéficiaires du programme ou de leur médecin.

Vacations en Province Nord

Depuis l'arrêt du mammographe de Poindimié, les vacations ont exclusivement lieu au CHN de Koumac. En 2016, 7 vacations ont pu être organisées, ce qui a permis de réaliser 455 mammographies.

date	Durée (jours)	Nombre de mammographies réalisées
février	4	55
avril	4	78
mai	4	73
juillet	4	71
août	3	43
octobre	3	60
novembre/décembre	4	75

Evolution du nombre de mammographie depuis 2010



Le dépistage organisé du cancer du sein s'est déployé progressivement lors de la première campagne (soit sur deux ans). De fait, il y a un cycle de deux ans constitué d'une année « faible » et d'une année « forte ». Il est donc préférable de mesurer les évolutions sur des périodes de deux ans plutôt que de faire des comparaisons annuelles.

Le nombre de mammographies de dépistage réalisées dans le cadre du programme a considérablement augmenté jusqu'en 2013. Depuis, le nombre de mammographies a légèrement baissé (-3,5 %) alors que la population cible a augmenté (+22 %).

Les Calédoniennes et la mammographie

Zoom sur le baromètre santé adulte 2015 :

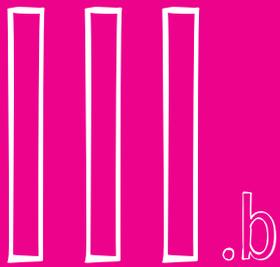
Le baromètre « santé adulte » porte sur les personnes âgées de 18 à 60 ans. Les questions portant sur le dépistage par mammographie ont donc été posées uniquement aux femmes de 50 à 60 ans.

- 95 % des femmes interrogées déclarent connaître la mammographie, sans différence entre les trois provinces.
- 22 % des femmes interrogées déclarent n'avoir jamais réalisée ou ne pas savoir ce qu'est la mammographie de dépistage
- 11 % des femmes ont réalisé leur dernière mammographie il y a plus de 3 ans.
- Parmi les femmes ayant réalisé une mammographie, 64 % d'entre elles l'ont faite suite à une proposition de l'ASS-NC.

Les médecins généralistes et le dépistage

- 84 % des médecins généralistes déclarent que la prévention fait partie de leur rôle.
- 86 % des médecins généralistes respecteraient les bonnes pratiques préconisées par le programme de dépistage du cancer du sein.
- Les médecins généralistes du secteur salarié auraient plus fréquemment que leurs homologues libéraux, mieux respecté ces bonnes pratiques.





Programme de dépistage organisé du **CANCER DU COL DE L'UTERUS**

1 - Qu'est-ce que le **cancer** du col de l'utérus ?

Cancer de la femme jeune, il démarre par une infection sexuellement transmissible dû à certains types de Papilloma Virus Humain (HPV). Parmi la centaine de types de virus HPV recensés, les types 16 et 18 sont retrouvés dans plus de 7 cas de cancers invasifs du col de l'utérus sur 10.

Les cancers invasifs surviennent après plusieurs étapes de modification du col de l'utérus. Ces modifications appelées dysplasies sont classées de 1 à 3 et précèdent le cancer invasif. L'intérêt du dépistage régulier par frottis réside dans le fait que le dépistage précoce au stade de dysplasie permet de traiter avant l'évolution vers le cancer invasif. De plus, ce type de cancer se développe lentement, entre 5 et 15 ans.

Les premières infections par le virus HPV se développent dans les cinq premières années de la vie sexuelle. Présent dans la sphère ano-génitale, il atteint la plupart des femmes. Cependant, dans près de 9 cas sur 10, il est naturellement éliminé par l'organisme. Hélas, dans près d'un cas sur 10, il s'installe durablement au niveau du col de l'utérus et peut alors engendrer des anomalies qui, sans traitement, peuvent évoluer vers un cancer invasif.

2 - Qu'est-ce que le **frottis** cervico-utérin de dépistage ?

Le frottis est un examen, simple, fiable et supportable qui permet de dépister des cellules précancéreuses ou cancéreuses.

Réalisé tous les trois ans, le frottis pourrait diminuer de près de 90 % l'incidence du cancer invasif du col utérin. Le frottis se réalise dans le cadre d'une consultation par un médecin ou une sage-femme. Cet examen consiste à prélever, à l'aide d'une sorte de batonnet, quelques cellules au niveau du col de l'utérus. Ce prélèvement est alors étalé sur une lame et transmis à un laboratoire spécialisé pour y être analysé.

Dans le cadre du dépistage organisé, la réalisation du frottis ainsi que son analyse sont gratuites pour les femmes invitées et n'ayant pas fait de frottis depuis plus de 3 ans.

3 - Contexte épidémiologique calédonien et problématiques

(source : le registre du cancer de NC, 2014)

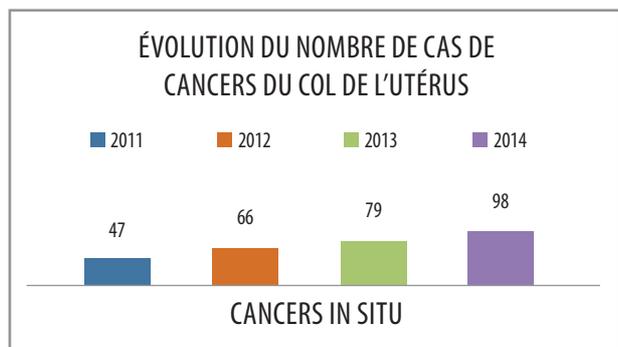
En NC, avec 12,8 nouveaux cas pour 100 000 habitants, nous avons deux fois plus de cas de cancers invasifs du col de l'utérus qu'en Métropole ou en Australie. Les femmes de NC sont donc particulièrement exposées à cette pathologie.

En 2014, le cancer du col de l'utérus représentait le 5e cancer en termes de fréquence chez la femme. 20 cas de cancers invasifs ont été diagnostiqués cette année-là. Parmi ces cas, 25 % des patientes diagnostiquées en 2014 étaient décédées des suites de ce cancer au 18/10/2016.

Les cancers in situ

Il s'agit de lésions cancéreuses précoces pouvant évoluer en l'absence de traitement vers un cancer invasif. Ces cas ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'incidence du cancer du col par le registre du cancer.

Le nombre de cas de cancers in situ dépistés est en augmentation continue depuis 2011, passant de 47 cas à 98 cas en 2014.



55,9 % des cas ont été diagnostiqués dans le cadre du dépistage organisé, et 3,2 % à la suite d'un dépistage individuel. Ces éléments rappellent l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus. En effet, en l'absence de traitement et de suivi, ces lésions pourraient évoluer vers un cancer invasif.

Ces femmes atteintes d'un cancer in situ doivent, la plupart du temps, subir une intervention chirurgicale qui consiste en une exérèse de la tumeur qui est encore très localisée. En plus des risques inhérents aux interventions chirurgicales, les femmes en âge de procréer ayant subi une conisation, doivent avoir un suivi rapproché et sont plus à risque de fausse couche et d'accouchement prématuré que les femmes indemnes.

Les Calédoniennes et le frottis de dépistage (zoom sur le Baromètre santé adulte 2015)

Selon le dernier baromètre santé adulte, 94 % des femmes de 18 à 60 ans déclarent connaître le frottis vaginal, sans variation selon la province de résidence.

Parmi les femmes interrogées, 14 % n'ont jamais réalisé de frottis ou en ignorent la signification. Ce chiffre est stable depuis 2010. Les raisons évoquées sont principalement : le manque de temps, le manque d'intérêt ou l'absence de proposition.

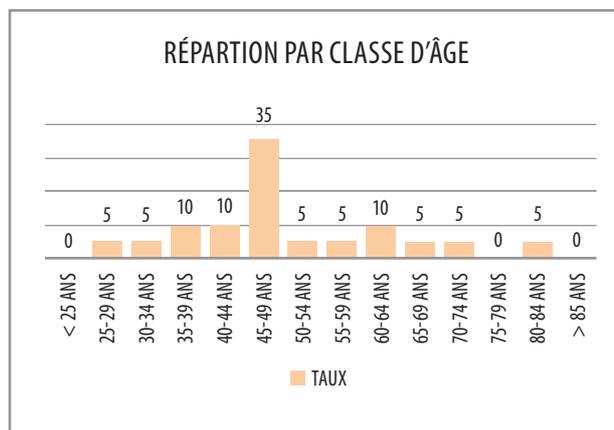
Depuis 2010, le nombre de femmes réalisant leur frottis de leur propre initiative est passé de plus d'un tiers à 15 %, alors que 25 % ont réalisé leur frottis suite à une proposition de l'ASS-NC.

Les femmes de plus de 45 ans, sont plus sensibles à la réception de l'invitation de l'ASS-NC.

Comparativement à la Métropole, les femmes sont moins nombreuses à avoir réalisé un frottis au cours des trois dernières années, 67 % en NC, contre 93 % en Métropole.

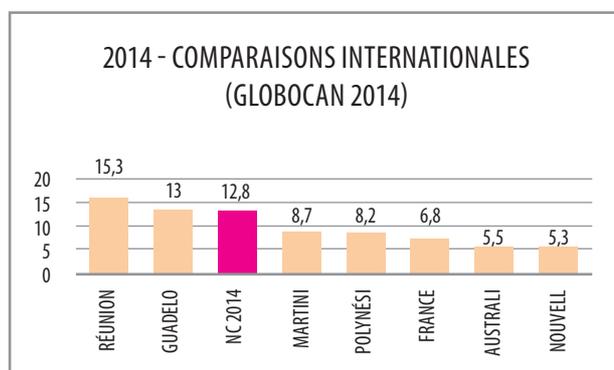
L'âge au diagnostic

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de la femme jeune. En 2014, au moment du diagnostic, l'âge moyen était de 50,5 ans, avec une médiane à 47,5 ans. Les données métropolitaines font état d'un âge moyen de 51 ans en 2012. Les données calédoniennes peuvent varier d'une année sur l'autre, en raison du peu de cas diagnostiqués.



Le taux d'incidence

En 2014, le taux d'incidence était de 12,8 pour 100 000 femmes. Ce taux est près de deux fois supérieur à celui de la Métropole ou de l'Australie.



Le stade au diagnostic

Une fois le diagnostic de cancer posé, un bilan est réalisé afin d'apprécier l'étendue de la tumeur, d'établir un pronostic et de proposer un traitement adapté. Avec toutes ces données, une classification est établie prenant en compte le degré d'envahissement des organes voisins de la tumeur.

Ainsi, on parle de :

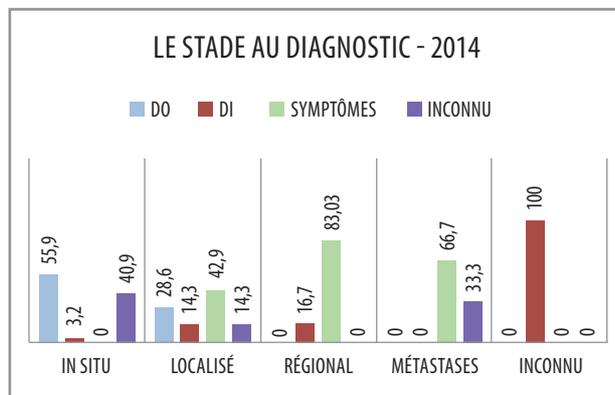
- Stade 1, quand seul le col de l'utérus est affecté,
- Stade 2, quand le cancer dépasse le col, mais reste limité,
- Stade 3, quand il affecte le tiers inférieur du vagin et la paroi de l'abdomen,

- Stade 4, quand il envahi la vessie, le rectum, la paroi de l'abdomen et que des métastases sont présentes.

Bien que la différence entre les différents stades de découverte ne soit pas flagrante, on peut supposer que l'impact de la campagne de dépistage s'observe sur l'augmentation du nombre de lésions pré-cancéreuses. En effet, entre 2011 et 2013, le nombre de cancers in situ a augmenté de près de 68 %.

Les cancers in situ ne sont pas comptabilisés par le registre du cancer, parmi les cas de cancer. Seuls les cancers invasifs du col de l'utérus sont pris en compte.

Le stade au diagnostic est également réparti entre les trois stades suivants : localisé, régional et métastaté.



En 2014, 65 % des cas de cancers invasifs du col utérin ont été découverts suite à des symptômes et 25 % suite à un dépistage. En outre, plus d'un cancer in situ du col de l'utérus sur 2 a été diagnostiqué dans le cadre du dépistage organisé. De même, près de 30 % des cancers invasifs sont diagnostiqués à la suite d'un frottis réalisé dans le cadre du dépistage organisé, soit trois fois plus qu'en 2013.

On peut constater que les femmes ayant développé un cancer invasif à un stade régional ou métastatique échappent à toutes stratégies de dépistage.



4 - Vocation et principaux objectifs du programme

Vocation

Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus consiste à inviter tous les trois ans les femmes de 20 à 65 ans à réaliser un frottis de dépistage après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle.

L'objectif de ce programme de santé publique est de favoriser l'accès au dépistage et de le rendre le plus équitable possible sur l'ensemble de la NC.

Actuellement, une part des Calédoniennes réalisent des frottis trop fréquemment, alors, que d'autres pas assez, voire pas du tout. Les facteurs socio-économiques sont ici déterminants.

L'organisation de ce dépistage vise également à renverser la tendance selon laquelle près d'une femme sur deux ayant développé un cancer invasif du col de l'utérus, n'avait pas réalisé de frottis auparavant.

En outre, le programme ambitionne d'améliorer le suivi des femmes dont le frottis de dépistage révèle une anomalie.

Objectifs spécifiques

- Assurer un taux de couverture de 70 % pour diminuer la mortalité due au cancer du col de l'utérus de 50 %. En effet, dans les études aseptisées, pour un taux de participation de 100 %, on peut diminuer la mortalité de 70 %.
- Favoriser l'administration de traitements conservateurs et moins lourds grâce au dépistage précoce.
- Diminuer le sur-diagnostic et le sur-traitement des lésions de bas grade grâce à un dépistage triennal.
- Améliorer le suivi des femmes dont le frottis de dépistage montre une anomalie.

Objectifs opérationnels

- Atteindre un taux de participation au dépistage de 70 % des femmes éligibles d'ici la fin de la troisième campagne de dépistage.
- Assurer un meilleur suivi des femmes ayant eu un frottis suspect, afin de diminuer de 10 % le taux de pertes de vue, d'ici la fin de la deuxième campagne de dépistage.

Il est à noter qu'une campagne de dépistage dure 3 ans.

5 - Cibles du programme

- Les femmes éligibles répondant aux critères suivants :
 - avoir entre 17 et 65 ans
 - résider en NC
 - le frottis précédent doit dater de plus de trois ans
- Les professionnels de santé :
 - Médecins généralistes
 - Gynécologues/obstétriciens
 - Sages-femmes
 - Infirmiers libéraux
 - Médecine du travail
- La population générale et plus particulièrement les femmes.

6 - Etapes d'élaboration du programme

6.1 - Historique du dépistage du cancer du col en NC

La base juridique du programme est fixée par la délibération du congrès n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé.

Ce texte prévoit la mise en place d'un dépistage gratuit pour toutes les femmes de 17 à 65 ans. La prise en charge est assurée à raison d'un frottis tous les trois ans après deux frottis normaux réalisés à un an d'intervalle.

En avril 2010, l'ASS-NC reprend l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, poursuivant ainsi le travail accompli depuis 1994 par la CAFAT au bénéfice de leurs assurées, et depuis 2007 par la Province Nord, pour leurs bénéficiaires.

6.2 - Recommandations nationales

La Haute Autorité de Santé (HAS) :

Depuis 2010, la HAS préconise le dépistage organisé au détriment du dépistage opportuniste. Elle a démontré que le dépistage organisé :

- Permet de rationaliser les moyens mis en œuvre compensant l'augmentation des coûts liés à l'augmentation de la participation par une diminution des gaspillages (actes et interventions inutiles).

- Peut être évalué et amélioré.
- S'appuie sur les acteurs traditionnels (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, anatomocytopathologistes, ...).
- Prévoit des actions complémentaires afin d'augmenter la participation des femmes.

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) :

Depuis 2007, le HCSP a émis plusieurs avis en faveur de la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus. Son dernier avis sur les effets bénéfiques du déploiement d'un programme national de dépistage organisé date de juillet 2014.

Le HCSP préconise également d'associer la vaccination anti-HPV comme stratégie complémentaire. En effet, parmi les départements ayant une antériorité de la pratique du dépistage organisé, le taux de participation dépasse rarement les 70 %, laissant ainsi une partie de la population dénuée de prévention. Ainsi, si la vaccination anti-HVP se généralisait, les inégalités sociales de santé pourraient être réduites dans l'hypothèse d'un taux de couverture suffisamment élevé.

Le plan cancer 2014-2019 :

Le dernier plan cancer a inscrit dans ses actions un accès pour chaque femme au dépistage, via un programme national. Cette généralisation devrait améliorer le taux de couverture et faire en sorte que le dépistage soit accessible aux populations vulnérables ou les plus éloignées du système de santé.

Le rythme du dépistage :

Il est recommandé un rythme de dépistage triennal par rapport à un rythme annuel.

En effet, une étude européenne, publiée par l'Institut National du Cancer (InCa), a mis en évidence qu'il n'y avait aucun bénéfice à réaliser un frottis tous les ans, en termes de réduction du risque de développer un cancer invasif. Ainsi, si l'on suppose que le taux de participation est de 100 %, la réduction de ce risque est de 91 % avec un dépistage tous les trois ans, alors qu'il est de 93 % avec un dépistage tous les ans. Par contre, le nombre de frottis réalisés entre 20 et 64 ans passe de 15 par femme pour un rythme triennal, et à 45 pour un rythme annuel, et les risques de surtraitement augmentent également.

6.3 - Etude de la campagne de dépistage CAFAT

(dépistages réalisés sur la période 2003-2008)

Une étude conjointe ASS-NC/IPNC (Institut Pasteur de NC) a été menée afin d'évaluer la campagne de dépistage du cancer du col mise en place par la CAFAT.

Le principe de la campagne CAFAT

De 1994 à 2011, la CAFAT envoyait à ses bénéficiaires de 17 à 65 ans, à jour de leurs droits, un bon pour effectuer gratuitement un frottis de dépistage.

Dans ce cadre, la fréquence d'envoi du bon était triennal, après deux frottis négatifs à un an d'intervalle.

Un taux de couverture encore insuffisant

Le nombre total de frottis a doublé entre 1994 et 1996 mais il est resté stable depuis. Le taux de couverture atteint en 2006-2008 est de 58,5 %, ce qui est inférieur aux recommandations de la HAS (70 %).

Ce taux de couverture subit une variation en fonction des provinces, il est deux fois plus élevé en Province Sud qu'en Province Nord ou qu'en Province des Iles Loyauté.

Le suivi des femmes dépistées

L'évaluation a mis en exergue le fait que près de 52 % des femmes ayant développé un cancer invasif du col de l'utérus, n'avaient jamais fait de frottis auparavant.

On peut noter une certaine disparité selon l'âge :

- avant 45 ans, elles sont près de 40 % à n'avoir jamais fait de frottis dans le cadre d'un diagnostic d'un cancer invasif
- après 45 ans, ce taux est de près de 74 %.

Près de 21 % des femmes qui ont eu un frottis anormal ont été perdues de vue, aucun examen post-frottis n'a été enregistré à leur nom (pas de frottis de contrôle, pas de coloscopie, ni de conisation).

Parmi ces femmes perdues de vue, on note une certaine disparité selon la province de résidence :

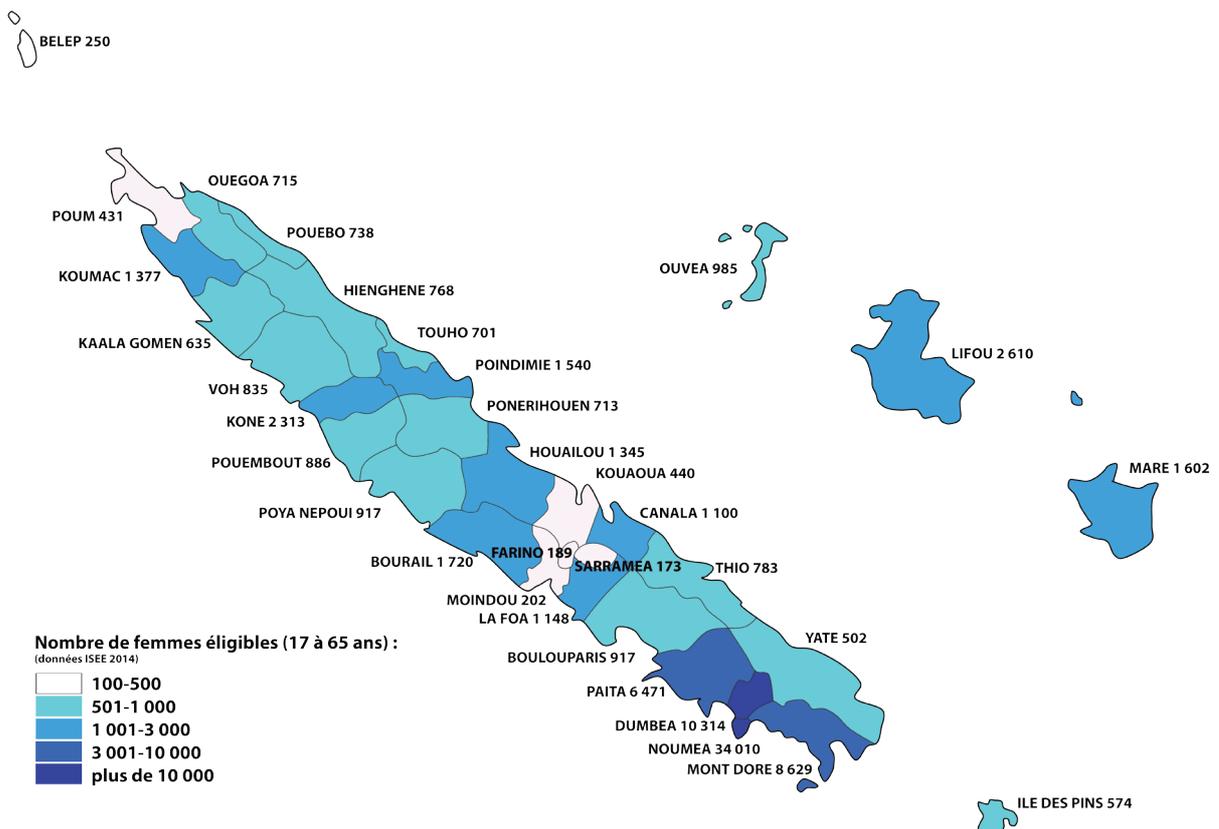
- 41 % résident en Province des Iles Loyauté
- 38 % résident en Province Nord
- 22 % résident en Province Sud

6.4 - Nombre de femmes concernées par le dépistage en NC

Selon le recensement ISEE de 2014, 86 533 femmes sont concernées par le dépistage. La répartition des femmes éligibles par province est la suivante :

- Province des Iles Loyauté : 5 197 femmes soit 6 % de la population cible
- Province Nord : 15 704 femmes soit 18 % de la population cible
- Province Sud : 65 632 femmes soit 76 % de la population cible

Répartition par commune des femmes éligibles de 17 à 65 ans



7 - Stratégies opérationnelles du programme en 2015

7.1 - Le déroulement du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Il existe à ce jour deux modes d'entrée dans la campagne de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus :

- Invitation par vague : la personne reçoit à son domicile une invitation personnalisée pour effectuer gratuitement un frottis de dépistage.
- Invitation spontanée : deux cas de figure peuvent se présenter :
 - demande faite par la personne : les personnes peuvent s'adresser directement à l'ASS-NC pour obtenir une invitation, soit par téléphone (25 07 65), soit par internet (www.ass.nc), soit par mail (depistage.col@ass.nc), soit en venant dans nos locaux ;
 - demande faite par un professionnel de santé : l'ASS-NC peut soit envoyer une invitation au domicile d'une patiente, à la demande d'un professionnel de santé, soit transmettre l'invitation par mail directement au cabinet du médecin ou de la sage-femme, en vue d'une utilisation immédiate.

Dans tous les cas, la possession de l'invitation au moment de l'examen est indispensable. D'une part, elle dispense la bénéficiaire de faire l'avance des frais, d'autre part, elle permet au professionnel de santé de se faire rembourser ses honoraires.

Une fois le frottis analysé, l'ASS-NC récupère le résultat auprès des laboratoires d'anatomocytopathologie puis envoie un courrier à la personne et à son médecin.

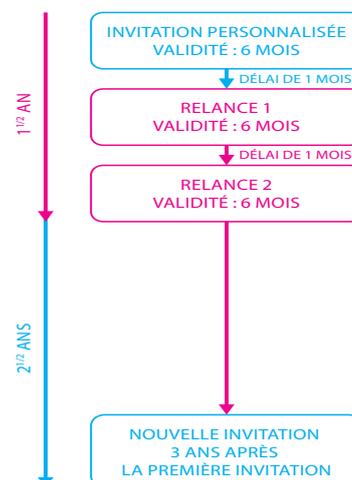
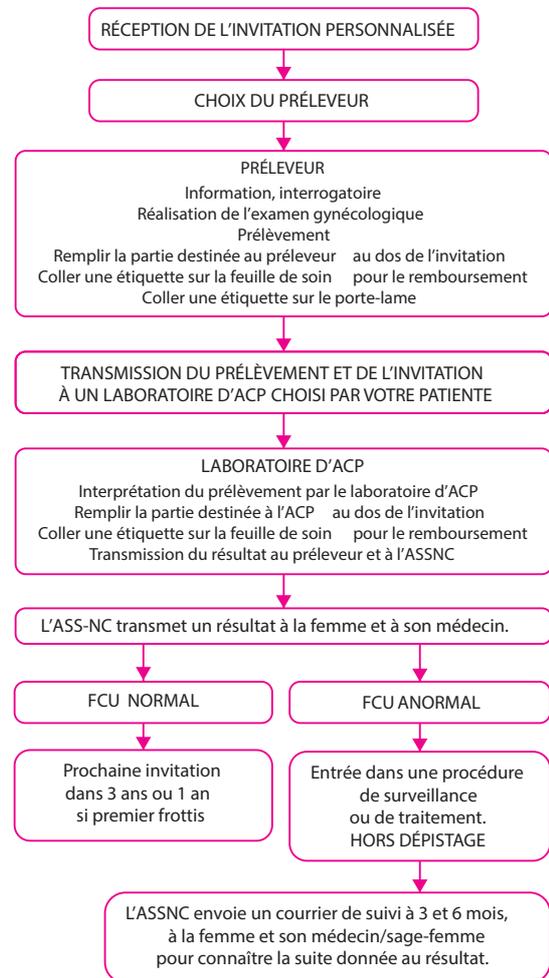
7.2 - Un système de relance

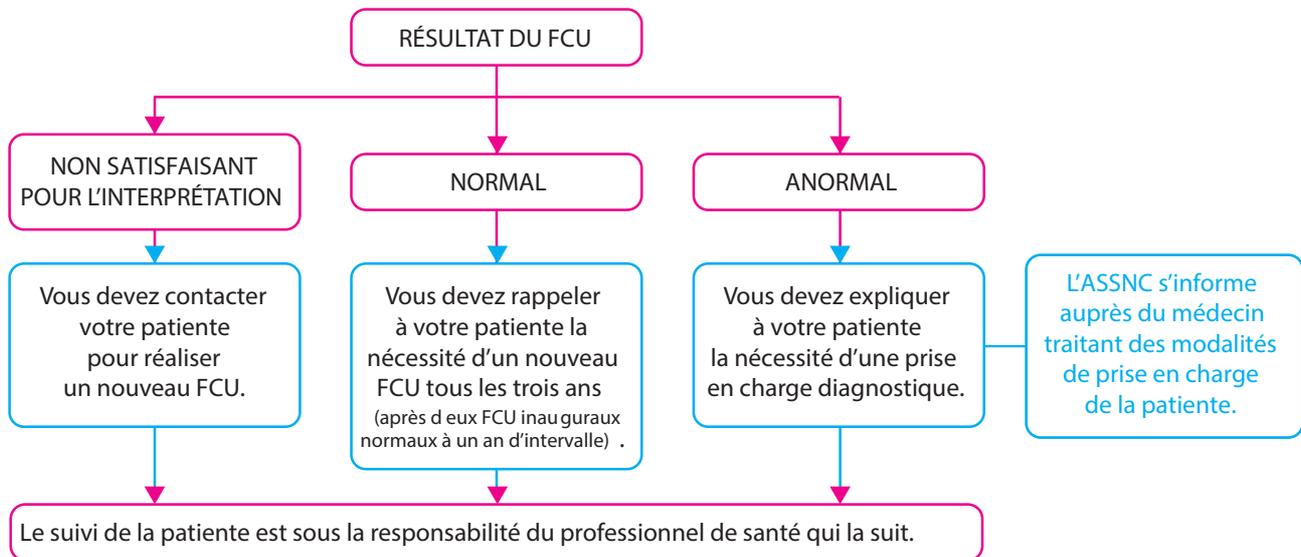
La durée de validité d'une invitation est de six mois. Le délai d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un gynécologue a été pris en compte. Un mois après la fin de validité de l'invitation, une première relance est envoyée, si la personne n'y a pas répondu. Enfin, un mois après la fin de validité de la 1ère relance, s'il n'y a toujours pas de réponse, une 2^e relance est envoyée. L'envoi des relances est systématique.

Si la personne n'a répondu à aucune de ces invitations, elle est de nouveau invitée trois ans plus tard.

7.3 - Le déroulement du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

En cas de frottis anormal nécessitant une prise en charge médicale, l'ASS-NC envoie systématiquement au bout de trois mois, au plus tard, un courrier à la femme et à son médecin ou sa sage-femme, pour connaître la suite donnée à ce résultat. En cas de non réponse à ce courrier généré systématiquement, une relance est envoyée à la personne concernée et à son médecin, entre 9 mois et 1 an après le résultat anormal du frottis.





7.4 - La prise en charge des actes de dépistage

L'un des principes du dépistage organisé est d'assurer un accès au dépistage pour tous, y compris les plus vulnérables et les plus éloignés des systèmes de soins.

La personne qui se présente chez un professionnel de santé avec une invitation pour se faire dépister, ne fera pas l'avance de frais. Depuis le vote de la délibération du congrès n° 261 du 24 janvier 2013 portant diverses mesures d'ordre social, les actes réalisés dans le cadre du dépistage (consultation + frottis et analyse au laboratoire) sont pris en charge par le fonds de compensation en santé publique. La validité de la couverture sociale n'est plus une condition pour bénéficier du dépistage.

7.5 - Le rôle des professionnels de santé

Les professionnels de santé demeurent au cœur de toute action de prévention et de dépistage. Dans le cadre de ce dépistage, leur rôle incitateur est indispensable à la réussite du programme.

Ceux qui le souhaitent peuvent être de véritables acteurs du dépistage. En effet, ils peuvent inviter en direct leurs patientes à participer à la campagne de dépistage, dans le respect des critères d'inclusion et d'exclusion.

Le fichier de l'invitation leur est transmis par mail par l'ASS-NC, et, ils peuvent l'imprimer dans leur cabinet.

Les sages-femmes et maïeuticiens exerçant en Province Nord et en Province des Îles Loyauté sont les principaux professionnels utilisant cette méthode d'invitation en direct. Leur implication et leur professionnalisme a eu un effet bénéfique sur le taux de participation dans ces deux provinces. En 2016, sur les 9 313 frottis réalisés, 3 871 l'ont été à la suite d'une invitation spontanée éditée soit à la demande de la personne, soit à la demande d'un professionnel de santé.

Afin de se faire une idée de leur activité dans le cadre du dépistage, les professionnels de santé préleveurs, reçoivent chaque année, le reflet de leur activité dans le cadre du dépistage, sous la forme d'un document comptabilisant le nombre de frottis réalisés, détaillé par résultat.

7.6 - La communication

Une campagne de communication grand public visant la promotion du dépistage, a été lancée au démarrage de la première campagne en novembre 2011.

L'objectif de cette campagne était d'une part d'inciter les femmes à se faire dépister, d'autre part de sensibiliser les professionnels de santé à la pratique triennale du frottis de dépistage.

Il s'est avéré que la campagne de communication n'était pas adaptée à une cible aussi diversifiée. En effet, elle n'était pas comprise par tous.

En 2016, une nouvelle stratégie de communication a été définie. Il a été décidé de créer une campagne sur le dépistage des cancers féminins focalisée sur l'âge. Des sondages en population ont été réalisés afin de choisir le visuel et le contenu des affiches. Le visuel a donc été choisi et le travail sur le contenu des dépliants a été réalisé.

En 2017, sera lancée la nouvelle campagne de communication du dépistage des cancers féminins, liant le dépistage du cancer du col à celui du dépistage du cancer du sein, avec un focus sur l'âge.



8 - Activités

Les courriers d'invitation :

De nombreux courriers sont générés chaque année, pour un coût non négligeable, de 3 205 444 F CFP. Parmi les courriers envoyés, nous avons environ 11 % de retours pour les motifs suivants :

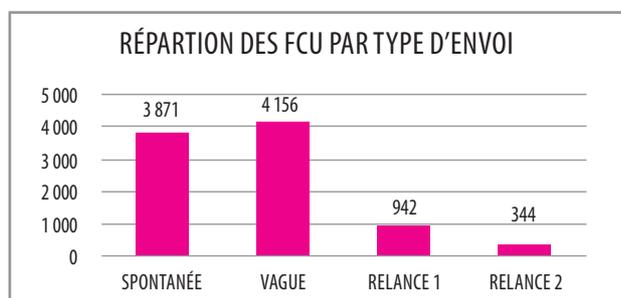
- n'habite pas à l'adresse indiquée
- adresse insuffisante
- non distribution

En 2016, 88 925 courriers ont été envoyés dans le cadre du dépistage, tant aux femmes qu'aux professionnels de santé. Ces envois se répartissent comme suit :

- 69 707 invitations réparties comme suit :
 - 41 202 invitations par vague (envoi de masse personnalisé à domicile), 4 921 invitations spontanées (à la demande de la personne ou d'un professionnel de santé),
 - 12 053 premières relances (envoi automatisé),
 - 11 531 secondes relances (envoi automatisé),
- 19 218 courriers réponses envoyés à la femme et à son médecin ou sage-femme.

En 2016, 9 313 frottis ont été réalisés, dont :

- 44,6 % à la suite d'une invitation par vague,
- 41,6 % à la suite d'une invitation spontanée,
- 10 % à la suite de l'envoi d'une 1^{ère} relance,
- 3,7 % à la suite de l'envoi d'une 2^e relance.



Les antécédents de frottis :

Parmi les 9 313 femmes ayant réalisé un frottis dans le cadre du dépistage, 76 % avaient réalisé un frottis auparavant. Avec les dates mentionnées, nous avons pu estimer un délai moyen de 3.8 ans entre deux frottis. Ce chiffre est stable depuis 2015.

Premier frottis

Depuis le début de la 2^e campagne, les invitations ne sont envoyées aux femmes qu'à partir de 20 ans. Le comité de pilotage a souhaité, notamment, agir sur le risque de sur-diagnostic et de sur-traitement chez les jeunes femmes de moins de 20 ans. Ces jeunes femmes peuvent, toutefois, bénéficier d'un frottis de dépistage par le biais d'un professionnel de santé ou à leur propre demande.

En 2016, 13 % des 1^{ers} frottis ont été réalisés chez les jeunes de moins de 20 ans. Elles étaient 23 % en 2015.

Ainsi, 10 % des frottis réalisés dans le cadre du dépistage, ont été déclarés comme 1^{er} frottis, en 2016, avec une moyenne d'âge à 26 ans. En 2015, ce taux était de 17 % et l'âge moyen était de 24,5 ans.

Les indicateurs de qualité :

Les frottis non satisfaisant pour l'évaluation

Le taux de frottis de qualité « non satisfaisant pour l'évaluation » (Bethesda 2001) mesure la proportion de frottis devant être refaits. Il s'agit en fait d'un indicateur direct de la qualité du prélèvement. En France, il ne devrait pas dépasser 2 %.

En 2016, 2 % des frottis réalisés dans le cadre du dépistage, ont été classés non satisfaisants pour l'évaluation. Ce taux évolue positivement et se rapproche des standards nationaux. En effet, dans la première campagne (2011-2014), ce taux était de 3,2 %.

Les frottis anormaux

Le pourcentage de frottis anormaux représente un indicateur qui se doit d'être stable et proche de 4 %. En effet, un taux de frottis anormaux trop élevé pourrait signifier qu'il existerait une proportion importante de faux positifs.

Le taux de frottis anormaux représente, en 2016, 4,2 % des frottis réalisés dans le cadre du dépistage organisé.

Les indicateurs d'impact :

Le taux de participation

Le taux de participation permet de mesurer l'adhésion de la population au programme de dépistage. Ce taux n'a de signification que si toutes les femmes de la tranche d'âge sont invitées. Il se calcule selon le nombre de femmes de 17 à 65 ans du recensement de l'ISEE. Ainsi, ce taux peut être comparé avec ce qui est pratiqué ailleurs.

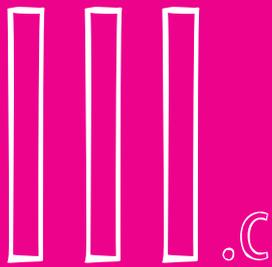
La 2^e campagne s'achèvera en novembre 2017. Dès lors, un taux de participation pourra être calculé.

En 2016, 9 313 femmes ont réalisé un frottis dans le cadre de la campagne de dépistage.

Le taux de réponse

Le taux de réponse se définit comme le nombre de réponse à l'invitation (positive par la réalisation d'un frottis ou négative par l'envoi d'un refus), sur l'ensemble des invitations envoyées. Le taux de réponse atteint 21 %, soit deux points de moins qu'en 2015.

En 2016, 69 707 invitations ont été envoyées, 9 313 femmes ont réalisé un frottis et 5 018 femmes nous ont renvoyées un refus. Parmi, les refus, 1 058 femmes nous ont signalé avoir réalisé un frottis il y a moins de deux ans. A noter, 3 386 invitations ne sont pas arrivées à leur destinataire pour cause de changement d'adresse ou d'adresse incomplète.



Programme de VACCINATION ANTI-HPV

Aujourd'hui, le cancer du col de l'utérus est un cancer qui peut être évité grâce à deux moyens complémentaires, le dépistage par frottis pratiqué régulièrement tous les trois ans et maintenant la vaccination anti-HPV.

A ce jour, aucune étude ne préconise de remplacer le dépistage par la vaccination. Par contre, des études indiquent que les stratégies associant la vaccination au dépistage cytologique ont un rapport coût/bénéfice très supérieur aux seules stratégies basées sur le dépistage par frottis.

La performance du dispositif (diminution attendue du nombre de cancers) est maximum en associant les deux techniques et en les organisant afin d'atteindre une couverture importante et homogène dans la population. L'association d'un programme organisé de vaccination à un programme organisé de dépistage réduirait la mortalité par cancer du col de 90 %.

1 - Les bénéfices attendus de la vaccination anti- HPV

Moyen de prévention primaire, la vaccination induit une protection spécifique sur les deux types de virus HPV (Papilloma Virus Humain) retrouvés dans 7 cancers invasifs du col de l'utérus sur 10. Il est à noter que le vaccin n'induit aucune régression des lésions déjà constituées. La vaccination est d'autant plus efficace chez les jeunes filles qui n'ont pas encore été exposées au virus. L'efficacité du vaccin est proche de 100 % pour des lésions dysplasiques de haut grade. En outre, avec une couverture vaccinale proche de 70 %, on anticipe une diminution significative des frottis anormaux, des colpobiopsies, des traitements, des suivis et des coûts liés aux dépistages (organisé et spontané). Par ailleurs, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) rappelle que l'obtention d'une couverture vaccinale élevée représente un objectif prioritaire tant pour la protection des jeunes filles que pour l'induction d'une immunité de groupe. Il souligne par ailleurs que ces niveaux de couverture

vaccinale élevés ont été obtenus dans les pays (Royaume-Uni, Australie) qui vaccinent en milieu scolaire. A long terme, un taux de couverture vaccinal élevé pourrait modifier les modalités du dépistage.

Impact du vaccin HPV :

Compte tenu de l'histoire naturelle de l'infection à HPV, il faut attendre une vingtaine d'années après la mise en place d'un programme vaccinal pour en mesurer l'effet sur le cancer du col. Toutefois, l'impact pourra être mesuré rapidement dans les pays développés, de l'ordre de 3 à 5 ans pour obtenir une réduction significative de la prévalence des anomalies cytologiques précurseuses du cancer.

Les effets secondaires du vaccin :

Les effets secondaires les plus fréquemment observés sont :

- Des réactions locales au point d'injection,
- Parfois de la fièvre,
- Rarement des syncopes vaso-vagales.

Il est donc recommandé une surveillance médicale de 15 minutes après la vaccination.

Des cas de maladies auto-immunes apparues chez des jeunes filles ayant bénéficié de la vaccination ont été médiatisés. L'étude menée par L'agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) de 1992 à 2010, fait état d'un taux d'hospitalisation pour maladie auto-immune similaire chez les jeunes filles vaccinées ou non vaccinées. De plus, il n'y a aucune augmentation de la prévalence des maladies auto-immunes, ni plus particulièrement de sclérose en plaque dans les populations vaccinées. Seul le syndrome de Guillain-Barré pourrait être plus présent dans la population vaccinée (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées).

Le vaccin anti-HPV fait l'objet d'une surveillance locale, nationale, européenne et internationale. L'ANSM signale que les bénéfices et les risques de ce vaccin, comme tous les autres médicaments font l'objet d'une évaluation grâce au système de pharmacovigilance français et européen. Il ressort qu'à ce jour, le rapport bénéfice/risque, au regard de l'ensemble des données d'efficacité et de sécurité est favorable. La Haute Autorité de Santé (HAS) considère que le service rendu à la population par ce vaccin est important.

La HAS préconise de coupler la vaccination au dépistage par frottis. Le dépistage par frottis a atteint ses limites après avoir diminué de 75 % la mortalité par cancer du col de l'utérus. Mais, aujourd'hui, on atteint un état de stagnation et un tiers des femmes développant un cancer du col de l'utérus avait un frottis normal dans les 6 ans précédents. Il y a également un intérêt éthique à développer une immunité de groupe via la vaccination organisée en milieu scolaire. En effet, les femmes qui ne répondent pas au dépistage par frottis, souvent de professions et catégorie socioprofessionnelles peu élevées, peuvent ainsi être protégées, on compense ainsi une inégalité d'accès au dépistage par frottis.

2 - Le programme de vaccination en milieu scolaire

Public cible :

La vaccination sera proposée aux filles ayant douze ans durant l'année civile en cours. Seules, les jeunes filles dont les parents auront donné leur autorisation pourront bénéficier de la vaccination. Le vaccin est administré en deux doses espacées de six mois. L'équipe mobile se déplace donc dans les établissements scolaires deux fois par an.

Objectif principal du projet :

Atteindre un taux de participation de l'ordre de 70 % au terme de la première campagne de vaccination de masse contre le virus HPV, mise en place pour les élèves de 12 ans scolarisées dans les collèges de NC.

Planification :

La première dose du vaccin a été administrée entre septembre et novembre 2015 alors que la seconde dose a été administrée en mars/mai 2016

La seconde campagne n'a pas eu lieu en 2016. Elle a fait l'objet d'un report à mars 2017.

Communication tous publics :

Pour la première campagne (2015/2016), une campagne de communication a été lancée sur les différents médias calédoniens : TV/Radio/presse. Les parents ont reçu un livret d'information avec le formulaire d'autorisation parentale. La seconde campagne a été préparée en fin d'année 2016. Les supports TV/radio/presse ont été supprimés car ils ne ciblaient pas suffisamment les familles concernées.

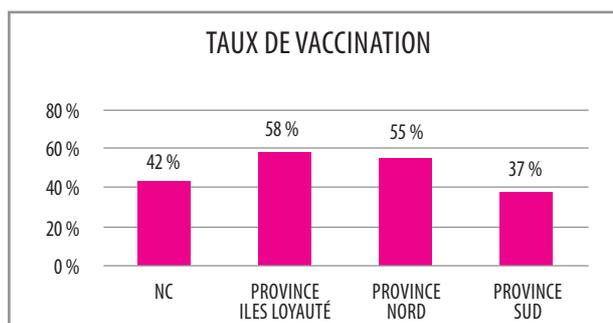
Communication auprès des professionnels :

- Un dépliant à destination des professionnels a été créé et largement diffusé.

- Une visite d'un délégué de santé publique a été organisée sur les lieux de consultation des professionnels de santé.
- Une soirée médicale avec la participation du professeur Graesslin sur le thème de la vaccination anti HPV s'est déroulée le mardi 30 juin. Cette soirée a fait l'objet d'une captation vidéo qui reste disponible sur le site de l'ASS-NC.

3 - Résultats de la première campagne

859 jeunes filles ont bénéficié de la vaccination anti HPV. Le taux de vaccination complète est de 96 %. Le taux de couverture vaccinale s'élève à 42 % sur la NC. Ce taux est plus élevé en Province Nord (55 %) et en Province des Iles Loyauté (58 %) par rapport à la Province Sud (37 %). 12 % des parents ont refusé la vaccination et le taux de non-retour des autorisations est de 39 %. 5 % des filles étaient déjà vaccinées avant la proposition de l'ASS-NC.



Conclusion (III.a .b .c)

L'ASS-NC sera en mesure de fournir des données de participation pour les deux programmes de dépistage en fin d'année 2017. Les résultats intermédiaires permettent d'ores et déjà d'entrevoir que les objectifs de participation seront difficilement atteints. Il sera nécessaire de développer des outils qui permettront d'informer les femmes sur les avantages et les inconvénients des dépistages mais aussi de mobiliser une part plus importante des professionnels de santé. En 2016, le gouvernement de la NC a renouvelé sa volonté de proposer une vaccination anti HPV aux jeunes filles scolarisées dans les collèges. Cette vaccination, inscrite dans le calendrier vaccinal calédonien, est complémentaire au programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Sous réserve d'avoir une adhésion du public cible suffisamment importante, ces deux programmes seront en mesure de modifier considérablement l'épidémiologie du cancer du col de l'utérus en NC.