

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n° 2 : développer la prévention

Indicateur n° 2-3 : Indicateurs sur le dépistage du cancer.

2^{ème} sous-indicateur : Taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal du cancer du col de l'utérus des femmes âgées de 25 à 65 ans.

Finalité : Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9 %, situant la France parmi les pays à faible incidence du cancer du col utérin.

Cette diminution semble attribuable pour une grande partie au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France. En effet, le dépistage du cancer du col permet la découverte et le traitement de nombreuses lésions précancéreuses avec un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. Le dépistage par frottis cervico-utérin est actuellement recommandé en France pour les femmes âgées de 25 à 65 ans conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé. La loi de santé publique se donne pour objectif de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5 % par an, en portant notamment le taux de couverture du dépistage à 80 % en 2010 pour les femmes de 25 à 69 ans (objectif n°48 du rapport annexé à la LPSP).

Résultats : le taux de dépistage par frottis cervico-vaginal est connu pour les femmes de 20 à 69 ans jusqu'en 2000, puis pour les femmes de 25 à 65 ans sur une période plus récente :

Âges	1995-1997	1998-2000	Âges	2003-2005	2004-2006	2005-2007	Objectif 2010
20-29 ans	54,9 %	59,7 %					80 %
30-39 ans	56,8 %	61,0 %	25-34 ans	58,0%	56,3 %	58,0%	
40-49 ans	56,9 %	58,7 %	35-44 ans	66,5%	65,7 %	65,3%	
50-59 ans	47,4 %	48,0 %	45-54 ans	59,1%	58,5 %	58,9%	
60-69 ans	25,8 %	23,8 %	55-65 ans	48,7%	45,6 %	46,0%	
Total	51,5 %	53,6 %		58,7%	57,0 %	57,4%	

Source : CNAMTS.

Pour les femmes de 25 à 65 ans, le taux de couverture global estimé est à 57,4 % sur la période 2005-2007. Entre 25 et 54 ans, la couverture de dépistage est supérieure à 50 % et atteint même 65,3 % chez les femmes de 35 à 44 ans, mais elle diminue au-delà de ces âges.

Toutefois, jusqu'en 2000, les analyses sur l'échantillon permanent des assurés sociaux de la CNAMTS (EPAS) montraient – sur des classes d'âge certes légèrement différentes – une couverture globale plus faible (51,5 % pour la période 1995-1997 et 53,6 % pour la période 1998-2000) au total pour les femmes de 20 à 69 ans. Sur ces périodes, la chute du taux de couverture débutait dès 50 ans et était nettement plus prononcée : le taux de couverture était environ deux fois plus faible qu'aujourd'hui après 60 ans.

Parmi les femmes âgées de 25 à 65 ans interrogées dans le baromètre cancer (INPES 2005), 81 % ont déclaré avoir eu un frottis cervico-utérin (FCU) aux cours des trois dernières années. La proportion de femmes déclarant ne jamais avoir eu un frottis dans cette tranche d'âge est de 5,8 %. Les facteurs influençant le recours au FCU sont liés à l'âge et au niveau socio-économique. Les femmes actives, et plus particulièrement les femmes cadres, y ont plus souvent recours. Ce sont les femmes sans assurance complémentaire qui déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans. Au-delà de 55 ans, le taux de recours déclaré baisse.

L'inscription au remboursement du Gardasil (vaccin contre les formes les plus fréquentes du cancer du col de l'utérus) devrait également contribuer pour les années à venir à réduire l'incidence de ce cancer, mais il ne peut actuellement en aucun cas se substituer au dépistage par frottis cervico-utérin.

Construction de l'indicateur : l'indicateur retenu est le taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal entre 25 et 65 ans : il rapporte le nombre de femmes entre 25 et 65 ans ayant eu un frottis du col au cours des trois années précédentes à l'ensemble des femmes de ces classes d'âge assurées sociales à la CNAMTS.

L'échantillon permanent inter-régimes des bénéficiaires de la CNAMTS (EPIB) donne les actes par personne de sorte que, si l'on retient au moins un frottis par période de trois ans par femme, il s'agit bien de couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il n'est cependant pas possible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur cotation, l'indicateur ayant été construit à partir de données recensant l'ensemble des actes de frottis (dépistage et contrôle confondus).

Précisions méthodologiques : pour les périodes 1995-1997 et 1998-2000, les données concernent la France métropolitaine et les femmes âgées de 20 à 69 ans assurées sociales à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et appartenant à l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), échantillon représentatif de la population assurée sociale.

Pour la période 2003-2007, l'estimation du taux de couverture par FCU est fondée sur l'EPIB et porte sur les femmes de 25 à 65 ans. A ce stade, l'indicateur est centré sur le régime général, mais à partir des données relatives à l'année 2006, il pourra être élargi aux deux autres principaux régimes d'assurance maladie (notamment la MSA), au même rythme que l'EPIB.

Pour plus de précisions sur le cancer du col de l'utérus chez la femme, voir aussi (i) *Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances – Actualisation 2008*, Dr Nicolas Duport. France, Mai 2008, InVS ; (ii) *La santé des femmes en France*, DREES 2009
<http://www.sante.gouv.fr/drees/santefemmes/santefemmes.htm>.

Indicateur n° 2-3 : Indicateurs sur le dépistage du cancer.

3^{ème} sous-indicateur : Taux de participation de la population au dépistage organisé du cancer colo-rectal.

Finalité : Avec une estimation de 37 400 cas incidents en France pour l'année 2005, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent après les cancers du sein et de la prostate. Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer après celui du poumon, avec près de 17 000 décès en 2005, dont 53 % chez l'homme. La très grande majorité des cancers colo-rectaux survient chez des personnes de plus de 50 ans. Le pronostic de ce cancer est étroitement lié au stade de développement au moment du diagnostic. Les causes des cancers colo-rectaux ne sont que partiellement connues. Le dépistage du cancer colo-rectal est l'un des principaux moyens de détection précoce permettant ainsi de réduire la mortalité due à ce cancer. En France, un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place en 2002, d'abord à titre expérimental dans une vingtaine de départements, et déployé depuis fin 2008 sur l'ensemble du territoire national. Ce programme de santé publique s'adresse aux personnes âgées de 50 à 74 ans et repose sur le test Hémocult® de détection du sang occulte dans les selles.

Objectifs à atteindre et modalités de suivi :

Le but du programme de dépistage organisé du cancer colo-rectal est double :

- atteindre en 2009 un taux de participation du dépistage significatif dans la population cible (personnes des deux sexes de 50 à 74 ans) permettant de diminuer l'incidence de ce cancer. Le taux de participation recommandé est de 50 % ;
- dépister le cancer à un stade plus précoce de la maladie pour réduire la mortalité.

Le taux de participation pour les 22 départements ayant effectué une première campagne de dépistage était de 42 %. Cinq départements avaient un taux de participation de 50 % ou plus.

Impact financier :

Le financement du programme national de dépistage organisé du cancer colo-rectal est partagé entre l'assurance maladie (avec un impact FNPEIS) et l'État.

L'assurance maladie finance seule les dépenses liées à :

- la prise en charge à 100 % des tests au gâïac avec un plafond de 1,91 euros par test ;
- la prise en charge à 100 % de la lecture du test avec un plafond de 4,5 euros ;
- l'indemnisation des médecins généralistes pour la remise du test au gâïac à leurs patients.

Les dépenses prévisionnelles sur ces postes se sont élevées à 28 M€ en 2008.

Par ailleurs, les coûts de fonctionnement des structures de gestion des dépistages organisés des cancers sont répartis équitablement entre l'Etat (50 %) et l'assurance maladie (50 %) après déduction des éventuels financements des conseils généraux ou d'autres partenaires. Les coûts de fonctionnement des structures se sont élevés à 27 M€ en 2008 et seront d'environ 37 M€ en 2009 (projection réalisée à partir des données budgétaires transmises par chaque structure de gestion à l'administration centrale du Ministère chargé de la santé).

L'augmentation des coûts entre les deux années est justifiée par la montée en charge de la généralisation du programme qui est effective en 2009. Avec la recentralisation, la participation de l'Etat et de l'assurance maladie s'accroît pour compenser le désengagement des conseils généraux.

Précisions méthodologiques : les données sur la participation sont collectées annuellement par l'InVS.

Pour plus de détails, se reporter à la fiche de définition de l'indicateur correspondant à l'objectif du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : Objectif n° 53) et aux rapports de suivi de cet indicateur pour 2006, 2007 et 2008 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2008/santepop2008.htm>).