

Rapport d'activité dépistage du cancer du col de l'utérus

Année 2014



RÉDÉCA MAYOTTE

DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS



INCA_8248

Sommaire

1	Activité du dépistage en 2014 :	3
1.1	Les frottis « hors circuit « REDECA »	5
1.2	Activité mensuelle	6
1.3	Activité globale par corps de métier	8
1.4	Indicateurs d'activité du dépistage	10
1.5	Taux de couverture de dépistage sur trois ans :	10
1.6	Taux annuel d'activité de dépistage :	11
1.7	Activité par tranche d'âge quinquennal	11
1.8	Taux d'activité de la population cible par tranche d'âge quinquennal	12
1.9	Répartition de l'activité par secteur géographique	13
1.10	Activité selon l'affiliation à la sécurité sociale	16
2	Activité de suivi des frottis anormaux en 2014 :	18
2.1	Suivi des lésions précancéreuses	19
2.1.1	BAS GRADES :	19
2.1.2	ASCUS :.....	19
2.1.3	HAUT GRADE.....	20
2.1.4	CANCER	20
2.1.5	Activité CHM (source CHM)	20
2.1.6	Frottis contrôles.....	21
2.1.7	Indicateurs d'évaluation :	22
	Conclusion sur le dépistage du cancer du col de l'utérus	31

REDECA Mayotte assure depuis 2009 la promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus, selon les modalités préconisées dans le cahier des charges national.

Une expérimentation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été mise en place dans les départements suivants :

Haut-Rhin, Bas-Rhin, Isère, Martinique depuis une quinzaine d'années.

En 2009, neuf nouveaux départements ont été retenus pour mettre en place un programme de lutte intégrée contre le cancer du col utérin (dépistage, prévention, éducation à la santé) : Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne.

La généralisation d'un dépistage du type organisé du dépistage du cancer du col de l'utérus a été annoncée lors du lancement du Plan Cancer III, le 4 février 2014.

Cette décision devrait permettre à la structure de déployer des moyens supplémentaires pour augmenter le taux de couverture et lutter plus efficacement contre les inégalités de recours et d'accès au dépistage très présentes sur Mayotte.

1 Activité de dépistage en 2014 :

En 2014, ce sont **6779** qui ont été effectués dans le circuit REDECA, répartis de la façon suivante :

6180 frottis de dépistage

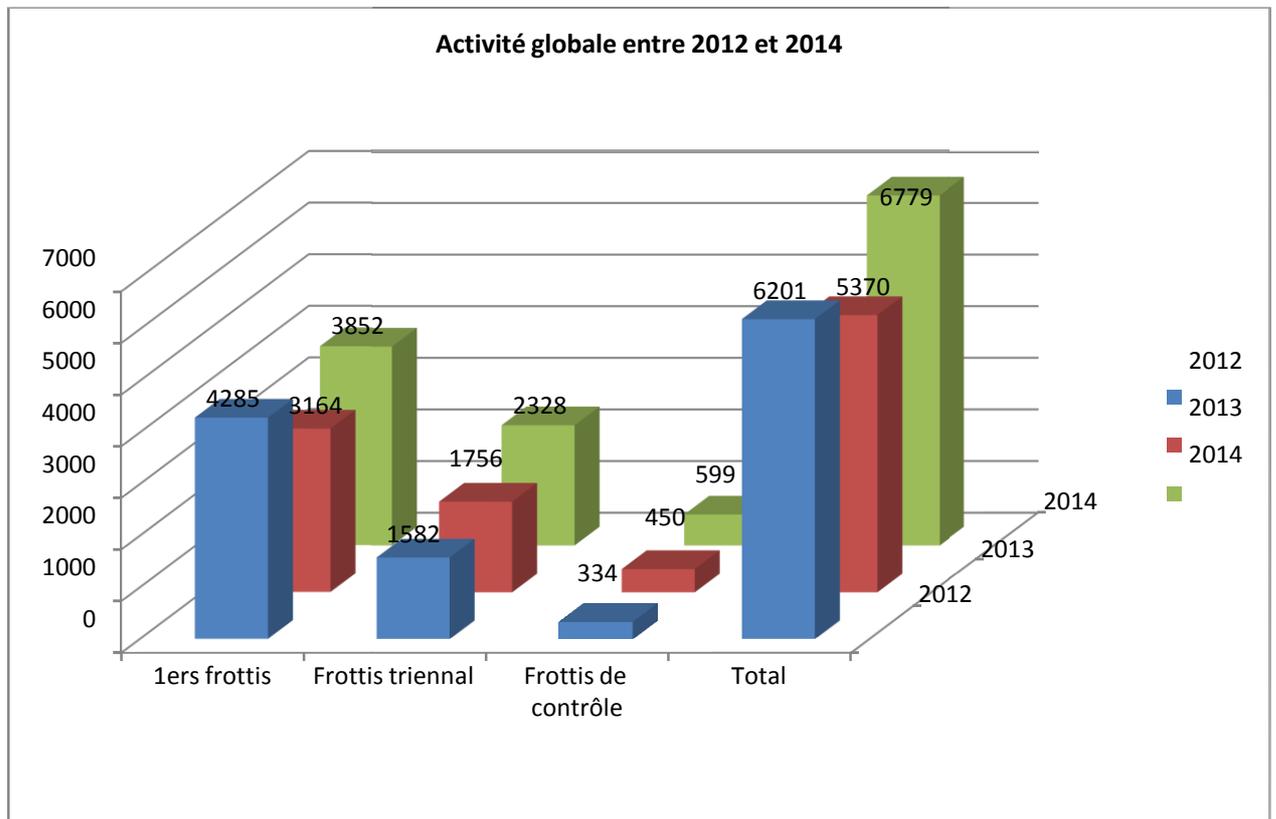
599 frottis de contrôle après un frottis anormal

Parmi les **6180 frottis de dépistage**, **6140 frottis concernent des femmes âgées entre 25 et 65 ans.**

En 2014, 40 frottis concernent des femmes âgées de moins de 25 ans ou plus de 65 ans (hors dépistage)¹

- **3852 « 1^{er} frottis »** : ils concernent tous les 1^{er} frottis faits dans le circuit REDECA, sans tenir compte des frottis faits antérieurement. Ceci nous permet de recenser le nombre exact de femmes dépistées. Les premiers frottis sont comptabilisés à partir de l'entrée dans la campagne de dépistage. Dans la réalité, nous savons que ce ne sont pas vraiment des premiers frottis, beaucoup de femmes ont déjà fait un frottis hors campagne.
- **2328 frottis de dépistage : « triennal »** : ce sont principalement les frottis faits un an après le 1^{er}, selon les recommandations de l'HAS.

¹ Sur les 40 femmes on dénombre 25 frottis chez des femmes âgées de moins de 25 ans et 15 chez des femmes âgées de plus de 65 ans. En 2013, on dénombre 66 femmes qui ont bénéficié d'un frottis et qui n'appartenaient pas à la population cible



On note **entre 2013 et 2014** une **forte hausse** de l'activité globale de **26%** avec 6779 frottis réalisés en 2014 versus 5370 en 2013.

Les principales raisons de cette hausse sont :

- Le recours à un seul laboratoire respectant les besoins et contraintes de REDECA

- L'arrivée de médecins libéraux et de sages-femmes de PMI sur le territoire très actifs dans le dépistage

- Des consultations de suivi fixes au CHM

Le nombre de frottis de dépistage « triennal » connaît toujours une augmentation depuis 2012, avec une hausse de 32% par rapport à 2013.

Il apparaît clairement que les actions pour inciter les femmes à respecter le schéma triennal, c'est à dire continuer la réalisation de frottis de dépistage jusqu'à 65 ans tous les 3 ans (si frottis normal) ont contribué à cette hausse.

Depuis 2011, l'association assure aussi bien le suivi des frottis de dépistage sur Mayotte que celui des frottis de contrôle, en particuliers suite à un dépistage positif.

En effet, un résultat anormal peut donner lieu à un frottis de contrôle ou à des examens complémentaires qui eux sont réalisés au CHM.

C'est une particularité par rapport aux structures de gestion départementales, et surtout un point fort de REDECA. Le partenariat avec le CHM (en particuliers l'équipe de gynécologie) permet d'assurer une

continuité de suivi avec le même praticien (sage-femme ou médecin), et une orientation dans un second temps vers le CHM si des examens complémentaires ou traitements sont nécessaires.

Le nombre de frottis de contrôle suite à un dépistage positif est aussi en augmentation constante avec une hausse de 33% par rapport à l'année 2013. La mise à disposition d'un arbre décisionnel à destination de l'ensemble des professionnels préleveurs du circuit REDECA au CHM a certainement contribué à cette hausse. En effet, dans la majorité des cas, un frottis de contrôle à 6mois voire 12 mois est préconisé en cas de dépistage positif sur les bas grades.

En conclusion, le bilan d'activité 2014 permet d'affirmer que les femmes de la population ciblée par le dépistage du cancer du col de l'utérus se « fidélise » au dépistage et à son suivi.

Les nouvelles stratégies d'actions de sensibilisation sur le terrain et de communication ont largement contribué à ce résultat.

1.1 Les frottis « hors circuit « REDECA »

A Mayotte, il y a des frottis qui sont réalisés en dehors de la campagne organisée par REDECA.

A ce jour, il est difficile d'en évaluer le nombre exact.

Certains praticiens libéraux envoient leur frottis au laboratoire de biologie de Mayotte (privé).

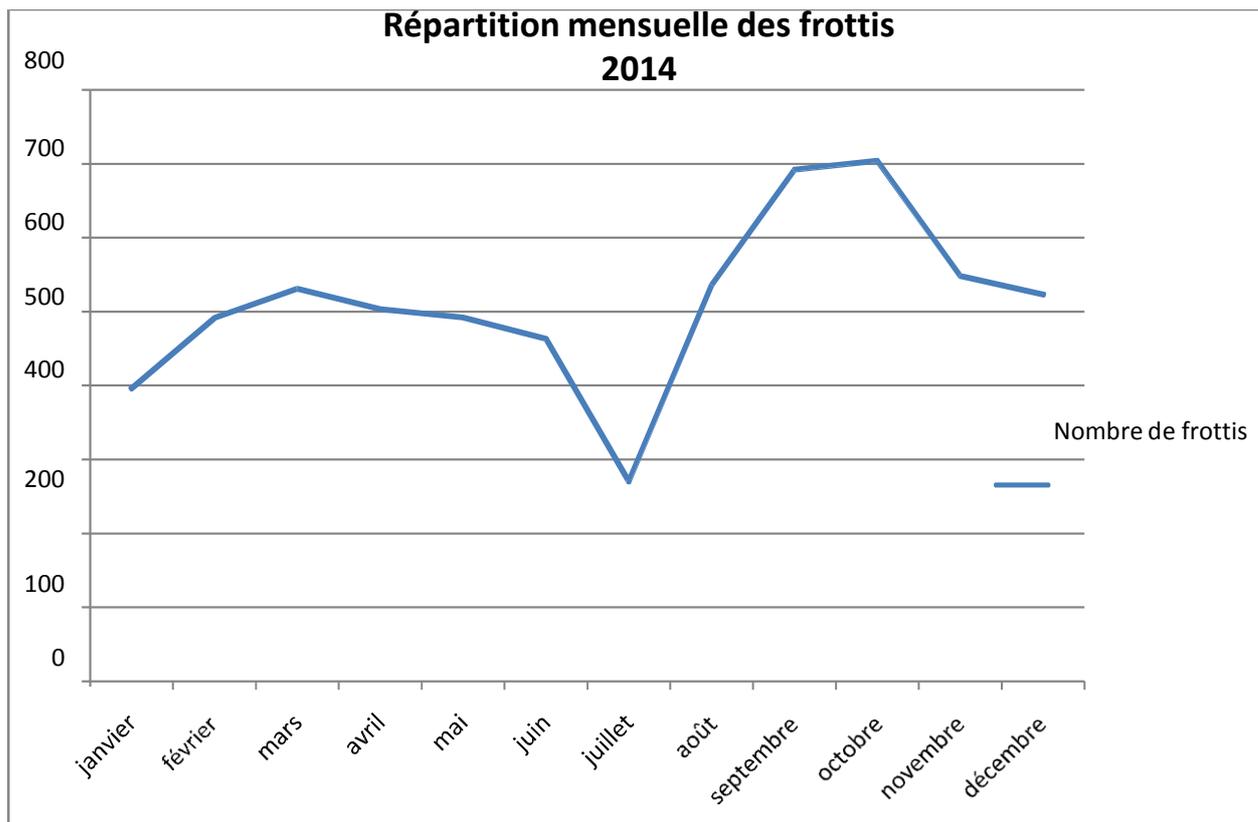
Ces derniers sont ensuite analysés dans un laboratoire d'anatomopathologie de métropole.

Egalement ne sont pas comptabilisés les frottis réalisés au CHM au cours de consultations ou hospitalisations.

Il faudrait aussi déterminer parmi ces frottis « hors circuit REDECA », ceux qui pourraient être inclus, car tout dépend aussi de l'indication. En effet, les femmes concernées par ces frottis ne sont pas toutes éligibles au dépistage (âge, antécédents médicaux et chirurgicaux...).

Toutes ces informations nous permettront de déterminer précisément le taux de couverture du département.

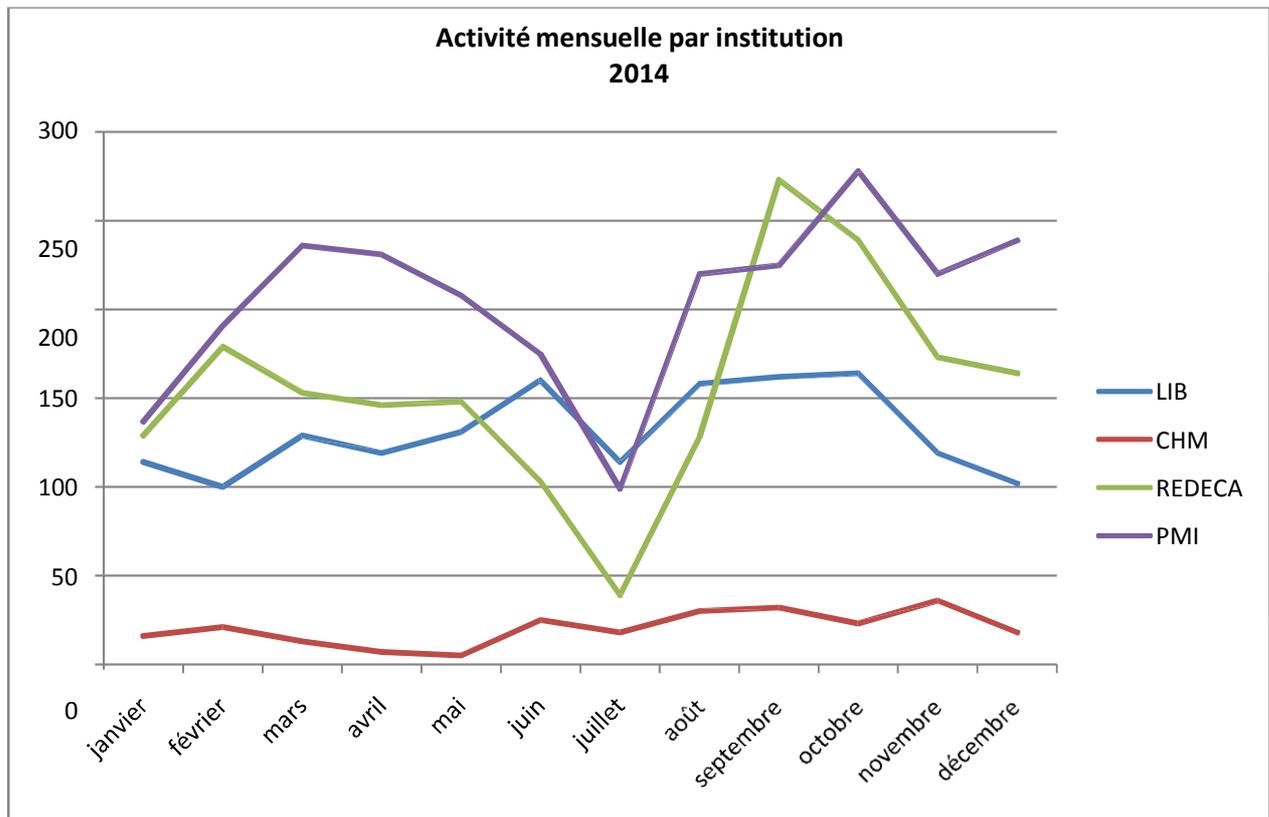
1.2 Activité mensuelle



L'activité de dépistage est relativement stable en 2014 contrairement aux années précédentes, surtout durant le premier semestre.

Ainsi, c'est uniquement au mois de juillet que l'on relève une chute de l'activité. A l'inverse, les mois de septembre à octobre correspondent aux périodes de plus forte activité.

Le graphique ci-dessous nous permet de préciser l'évolution mensuelle de l'activité par institution et donc d'apporter des précisions :



En ce qui concerne le mois de juillet, celui-ci coïncide en 2013 avec le mois de Ramadan où traditionnellement une baisse de l'activité est observée ; les actions menées en juin dans le cadre du mois du cancer du col de l'utérus, n'ont pas permis de l'éviter. Cette baisse concerne pratiquement toutes les institutions, surtout REDECA puis les PMI ; en effet, à l'inverse on note une augmentation de 22% de l'activité chez le corps libéral.

Mais aussitôt terminé, on observe une augmentation exponentielle de l'activité des PMI et de REDECA, (REDECA 39% des frottis du mois de septembre versus 33% PMI).

Il est probable que la campagne de communication (radios et télévisions) pour la promotion du dépistage du cancer du col de l'utérus lancée en septembre ait contribué à maintenir cette forte hausse de l'activité observée.

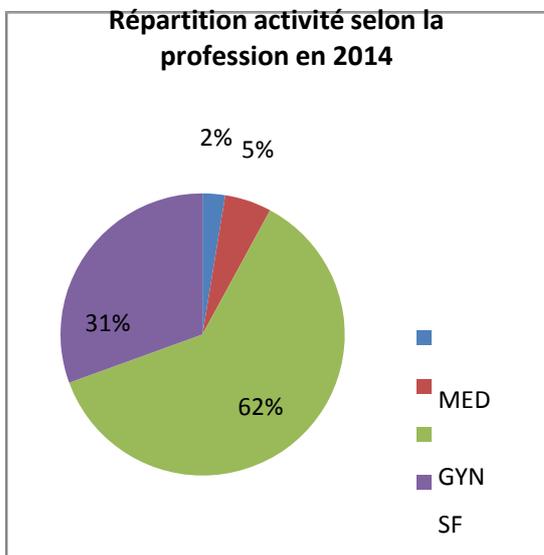
Egalement la mise en place des consultations dans les dispensaires en plus de celles proposées dans les maternités périphériques par REDECA a contribué aussi à cette augmentation.

Egalement, nous observons que l'activité du CHM est la moins importante alors que celle de la PMI est la plus élevée. Toutefois, l'arrivée de nouveaux praticiens et internes au CHM ont permis une hausse de l'activité durant le 2^{ème} semestre de l'année 2014.

L'activité de REDECA quant à elle, est en nette augmentation par rapport à 2013 et devance celle de sages-femmes et des médecins libéraux.

1.3 Activité globale par corps de métier

Les sages-femmes sont les professionnelles qui réalisent le plus de frottis : 93% de l'activité en 2014 en y ajoutant les frottis de la sage-femme REDECA.

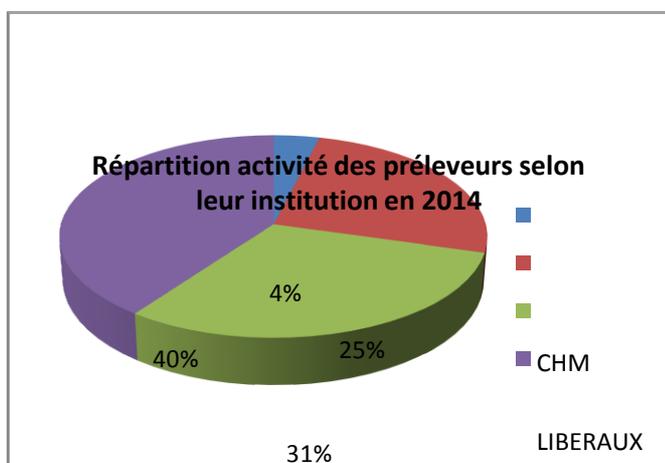


Ce chiffre est en hausse par rapport à 2013 (87% en 2013). Il s'explique notamment par une **augmentation de l'activité des sages-femmes de PMI surtout sur dans les secteurs où celle-ci était en net recul l'an passé.**

Egalement, REDECA a connu en 2014 une très forte augmentation de son activité avec des sages-femmes (coordinatrice et vacataires) très actives. Par ailleurs, les sages-femmes concourent au suivi gynécologique des femmes en âge de procréer ce qui permet aussi d'augmenter le nombre de frottis.

REDECA

Toutes les sages-femmes libérales participent au dépistage organisé par REDECA².



LIBERAUX

REDECA

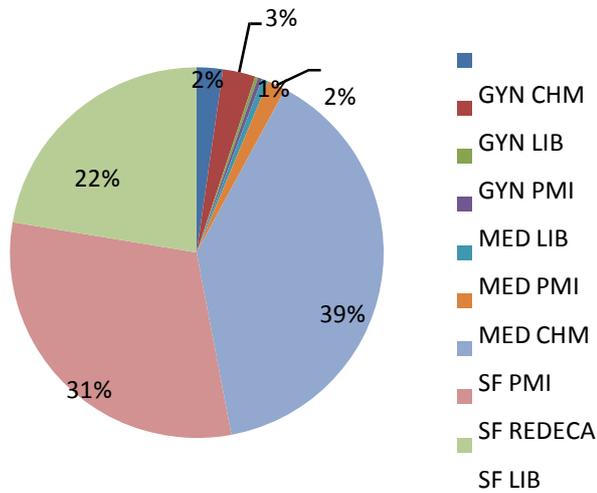
PMI

Les professionnels exerçant en PMI sont ceux qui réalisent le plus de frottis en 2014. Cette part est largement imputable aux sages-femmes de PMI.

Les médecins de PMI y contribuent à moindre échelle, car nettement moins nombreux et surtout, ils doivent répondre à une demande de plus en plus importante avec moins de praticiens. Les temps de consultations s'en trouvent réduits ce qui impacte aussi sur le nombre de frottis réalisés.

² Sauf les sages-femmes qui exercent exclusivement en tant qu'échographe

Répartition de l'activité selon la profession et le lieu d'exercice en 2014



Les sages-femmes de PMI sont les 1ers préleveurs avec 39% des frottis de dépistage en 2014 effectués. Cette proportion est en baisse par rapport à 2013 (43%).

Par contre, l'activité de la sage-femme coordinatrice REDECA a augmenté de 9% en 1 an (26% des frottis en 2013); les consultations ont été assurées régulièrement, avec la participation **de 4 sages-femmes vacataires**, particulièrement actives et la mise en place de consultations au sein des dispensaires en plus des maternités périphériques dès septembre 2014.

Les consultations REDECA ont lieu deux fois par semaine sur Mamoudzou, alors qu'elles sont proposées dans les maternités périphériques tous les 15 jours. Il est donc important de maintenir autant que possible ces permanences en périphérie.

Ces consultations sont aussi l'occasion pour la sage-femme de donner des informations sur le dépistage, sur le suivi en cas de dépistage positif. La sage-femme assure une mission d'éducation à la santé en partenariat avec les agents de sensibilisation qui participent aux consultations.

Enfin, ces consultations sont aussi l'occasion d'évoquer d'autres questions ou problèmes de santé ; la sage-femme oriente alors vers les professionnels ou services concernés.

Les gynécologues du CHM ont une faible participation à l'activité de dépistage, mais ils sont les seuls à assurer le suivi diagnostique des frottis pathologiques, en particuliers les colposcopies.

La part représentée par les **médecins libéraux est en baisse en 2014**, d'autant qu'ils sont de moins en moins nombreux sur le territoire.

On dénombre **1 gynécologue** exerçant dans le **secteur libéral actif** dans le dépistage et qui réalise **3% des frottis**.

Cependant, de nombreuses femmes sont adressées ou orientées vers REDECA par leur médecin.

1.4 Indicateurs d'activité du dépistage

La deuxième campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus a débuté le 1^{er} janvier 2013 prendra fin au 31 décembre 2015.

Ainsi les données statistiques seront prises en compte pour une année civile, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre.

Pour estimer l'effectif de cette population cible, nous utilisons les données INSEE.

Tous les 5 ans, l'organisme procède sur Mayotte à des recensements généraux de la population (dernier recensement en 2012).

En 2012, ce sont 212 645 personnes recensées qui vivent à Mayotte avec un taux de croissance annuel de 2.7%.

La répartition de la population cible qui comprend toutes les femmes âgées de 25 à 65 ans résidant dans le département par tranches d'âge quinquennales est la suivante³ :

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	population totale
2012	8 818	8 907	7 809	5 486	3 685	2 950	2 171	1 475	41 301
2013	9056	9147	8020	5634	3784	3030	2230	1515	42416
2014	9301	9394	8236	5786	3887	3111	2290	1556	43561
2015	9552	9648	8459	5942	3992	3195	2352	1598	44 738
2016	9810	9909	8687	6103	4099	3282	2415	1641	45 945
2017	10074	10176	8922	6268	4210	3370	2480	1685	47186

L'effectif moyen de l'ensemble de la population cible de Mayotte en 2014 est de 43 561 femmes. Cette estimation s'appuie sur les données du dernier recensement 2012 Insee, avec un taux de croissance annuel de 2.7%.

1.5 Taux de couverture de dépistage sur trois ans :

Le taux de couverture de dépistage sur trois ans est l'un des principaux indicateurs puisqu'il permet de mesurer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'ensemble de la population cible du département⁴.

³ A partir des données « pyramide des âges Mayotte » INSEE 2012

⁴ Définition issue du cahier des charges du Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus

Taux de couverture de dépistages sur trois ans =

$$\frac{\text{Nb de femmes ayant réalisé au moins un frottis* au cours des années N-2 à N}}{\text{Effectif moyen Insee des années N-2 à N pour les femmes de 25-65 ans}}$$

() Frottis dépistage organisé et frottis dépistage individuel*

Nous entrons en 2013 dans une nouvelle campagne de dépistage ; ce taux de couverture pourra donc être calculé à son terme (fin année 2015)⁵.

1.6 Taux annuel d'activité de dépistage :

Le taux annuel d'activité permet d'avoir une estimation de la couverture annuelle de dépistage. C'est le rapport entre le nombre de femmes dépistées sur 1 an et le nombre de femmes à dépister par an.

Taux annuel d'activité de dépistage =

$$\frac{\text{Nb de frottis effectués par les femmes de 25 à 65 ans au cours de l'année N}}{\text{Effectif moyen Insee de l'année N pour les femmes de 25-65 ans}}$$

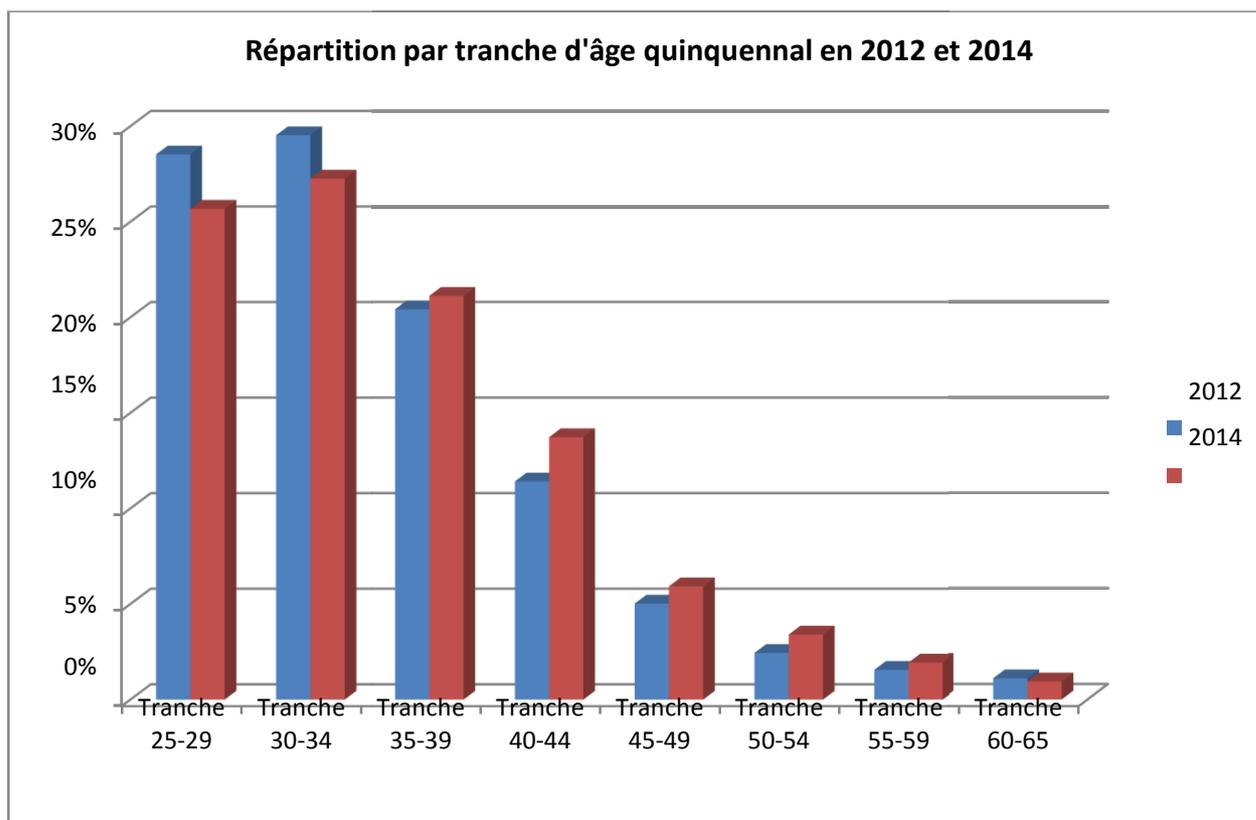
1.7 Activité par tranche d'âge quinquennal

En 2014, 6180 femmes ont été dépistées parmi lesquelles 6140 âgées entre 25 et 65 ans.

On observe que les femmes de 25 à 34 ans sont les plus dépistées. Mais, comme à l'issue de la première campagne de dépistage, le taux de couverture décline avec l'âge. L'âge de transition dans le dépistage reste toujours 40 ans.

⁵ Le taux de couverture peut être aussi calculé sur 5 ans (comparaisons européennes)

Comparaison activité par tranche d'âge quinquennal en 2012 et 2014



Le choix d'établir une comparaison entre les années 2012 et 2014 se justifie par le fait que ce sont les années de plus fortes activités à REDECA, et aussi d'observer les évolutions depuis la fin de la première campagne pour l'activité par tranche d'âge.

Entre 2012 et 2014, on a moins recruté de femmes âgées de moins de 35 ans. Elles correspondent au groupe de femmes le plus dépistées sur l'ensemble de la population cible.

Par contre, on note en 2014 une augmentation sensible de la proportion de femmes âgées de la tranche 35-39 ans à la tranche 55-59ans, surtout chez les 40-44 ans (+27% entre 2012 et 2014)

Ainsi, il apparait nettement que les femmes au-delà de 40 ans sont plus impliquées dans le dépistage qu'en fin de première campagne ; en effet, de nombreuses actions de sensibilisation et changements dans les modes d'intervention sur le terrain ont semblent-ils contribuer à cette évolution.

1.8 Taux d'activité de la population cible par tranche d'âge quinquennal

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	TOTAL
Estimation effectif femmes INSEE 2014	9301	9394	8236	5786	3887	3111	2290	1556	43561
Nombre de frottis de dépistage au 31/12/2014	1577	1674	1297	843	364	209	119	57	6140
Taux annuel d'activité de dépistage 2014	17%	18%	16%	15%	9%	7%	5%	4%	14%
Taux annuel d'activité de dépistage 2010	14%	16%	14%	10%	7%	5%	3%	2%	12%

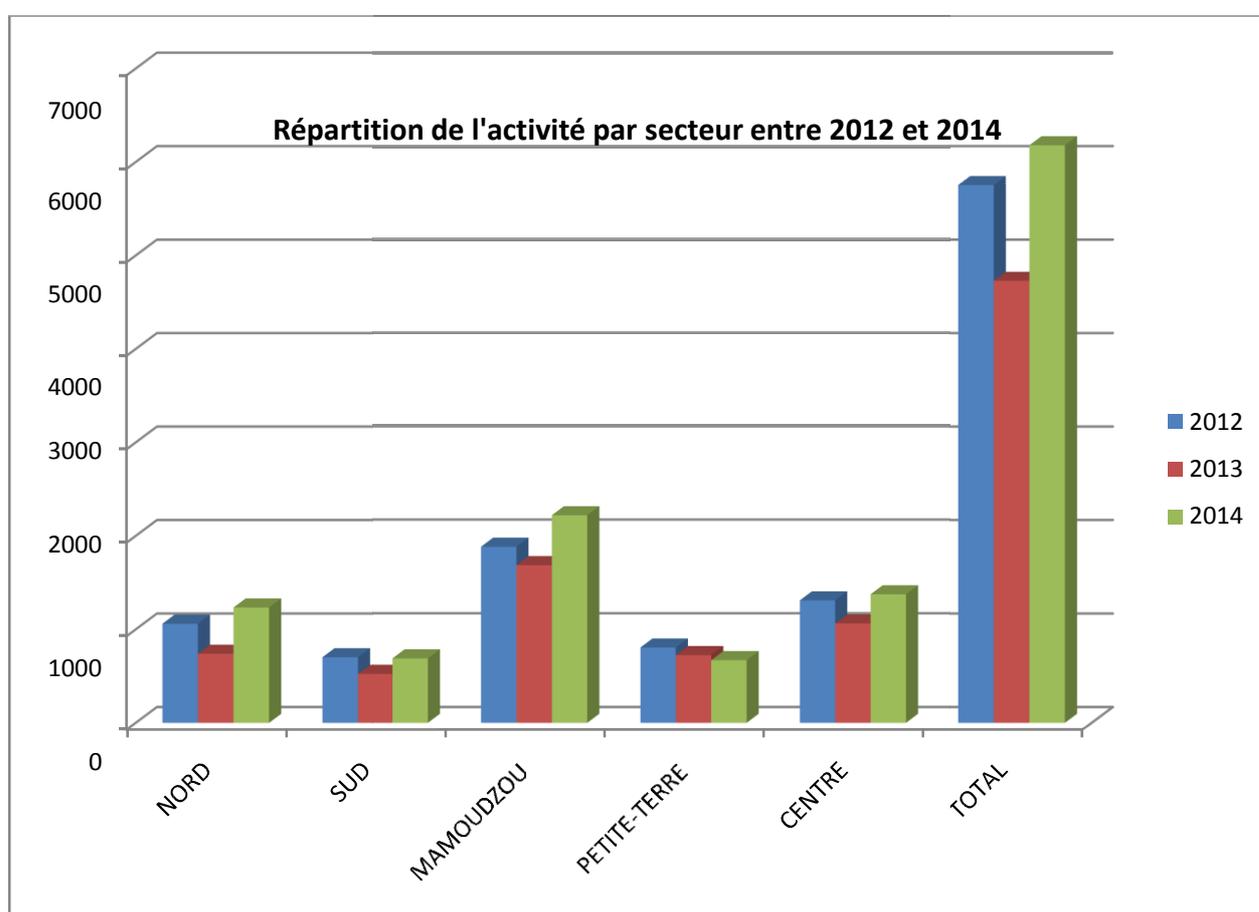
Le taux d'activité global a augmenté de 3% entre 2013 et 2014 (11% en 2013 versus 14% en 2014), dès la tranche de femmes âgées de 30-34 ans et jusqu'à 64ans.

Il est donc désormais certain que l'on recrute de plus en plus de femmes âgées de 40 ans et plus qu'auparavant. Cette donnée est d'autant plus importante que la majorité des cancers de la première campagne ont été découverts entre 43 et 54 ans.

L'enjeu sera donc de confirmer cette tendance en 2015, dernière année de la deuxième campagne de dépistage

1.9 Répartition de l'activité par secteur géographique

Cette étude dans les secteurs géographiques concerne l'ensemble des frottis de dépistage réalisés entre 2012 et 2014.



Alors que l'activité est en hausse dans tous les secteurs, surtout au Nord et à Mamoudzou, l'activité sur Petite-Terre est en nette diminution (-7% entre 2013 et 2014, et de 17% entre 2012 et 2014).

Le tableau suivant permet d'observer l'activité par communes de 2012 à 2014.

Nous avons suivi la même méthode pour rattacher les différents villages aux communes des différents secteurs géographiques ⁶(idem bilan 2013).

Cette année nous sommes en mesure de prendre en compte l'intégralité des frottis de dépistage, soit 6180, car les adresses des femmes concernées ont été répertoriées de manière exhaustive, grâce à la création préalable des cantons dans notre logiciel de données Zeus.

Ainsi, **en 2014 ce sont 6179 frottis de dépistage qui ont été enregistrés sur Mayotte** dans les différentes communes et **1 frottis concerne 1 femme résidant à Anjouan**.

Nous ne sommes pas en mesure de calculer les taux d'activité annuel de dépistage par secteur, faute de données INSEE concernant l'effectif par tranche d'âge quinquennal et par sexe dans les communes. La seule information disponible à ce jour, concerne l'ensemble de la population hommes/femmes du département.

Secteurs	Nombre de femmes dépistées			Proportion de frottis par secteur		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Mamoudzou	1880	1683	2216	MAMOUDZOU : 33 %	MAMOUDZOU : 36 %	MAMOUDZOU : 36 %
Dzaoudzi-Labattoir	499	474	462	PETITE-TERRE : 14 %	PETITE-TERRE : 15 %	PETITE-TERRE : 11 %
Pamandzi	305	249	207			
Acoua	62	49	113	NORD : 18 %	NORD : 16 %	NORD : 20 %
Bandraboua	228	187	285			
Koungou	576	347	575			
Mtsangamouji	121	86	137			
Mtsamboro	73	70	124			
Chiconi	204	237	264	CENTRE : 23 %	CENTRE : 22 %	CENTRE : 22 %
Dembeni	382	219	213			
Ouangani	122	116	189			
Sada	262	245	356			
Tsingoni	337	244	350			
Bandrélé	206	169	229	SUD : 12 %	SUD : 11 %	SUD : 11 %
Bouéni	130	87	129			
Chirongui	264	185	211			
Kani Kéli	102	82	119			
MAYOTTE	5753	4729	6179	100%	100%	100%

⁶ En vigueur en 2013 : ex le village de M'Mstangadoua rattaché à la commune d'Acoua, ceux de Combani, le village de Mirereni à la commune de Tsingoni et de Chirongui : Mirereni Combani et Mirereni Poroani

Une activité en hausse depuis la fin de la première campagne, plus marquée dans certains secteurs

Nous observons une augmentation du nombre de frottis effectués dans quasiment toutes les communes, sauf celle de Dembeni et le secteur de Petite-Terre.

Mamoudzou reste la commune d'où est issu le plus grand nombre de femmes ayant réalisé un frottis en 2014, suivie respectivement du Centre, du Nord, Petite-Terre et le Sud.

A l'inverse, **Acoua** est la commune où l'on enregistre le moins de frottis. Cependant c'est ici que l'on enregistre **la plus forte progression en 2014 (+130% entre 2013 et 2014)**. Ce résultat est d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'une commune excentrée de la maternité périphérique de Dzoumogné (ouverture en 2010), ou des professionnels de santé exerçant dans le public ou en libéral (PMI, dispensaires, cabinets) avec un accès à ces centres de soins qui reste difficile (peu de taxis, routes...).

Des actions de sensibilisation et d'éducation à la santé ont été multipliées dans cette commune sous la forme de réunions d'échanges, en partenariat avec la mairie et la MJC locale. Egalement, des moyens de transports ont été mis à disposition ponctuellement pour permettre aux femmes de bénéficier de consultation sur Dzoumogné.

Une diminution de l'activité dans 3 communes qui contraste avec la hausse générale

Dzaoudzi-Labattoir et Pamandzi : ces 2 communes de Petite-Terre connaissent une nette baisse du nombre de frottis ; cela s'explique par le fait qu'il n'y a pas eu d'action de sensibilisation particulière, contrairement aux autres secteurs où de nombreuses actions et moyens sont mobilisés. Egalement, cette baisse est beaucoup plus importante sur Pamandzi où il n'y a pas de PMI ou de libéraux pour réaliser les frottis de dépistage. Enfin, des consultations assurées par REDECA ont été moins régulières en début d'année 2014 ce qui a entraîné une baisse de fréquentation.

DEMBENI : la baisse observée s'explique par le départ d'un médecin de PMI et d'une sage-femme particulièrement actifs sur la commune.

Cependant, la mise en place de consultation au sein des dispensaires dont celui de DEMBENI à partir du mois de septembre 2015 a permis de contenir cette baisse.

En conclusion :

L'augmentation globale de l'activité en 2014 concerne la quasi totalité des communes, y compris celles qui sont les plus excentrées.

La mise à disposition ponctuelle de moyens de transport et la multiplication d'action de sensibilisation et d'éducation à la santé ont permis d'accroître significativement l'activité, surtout dans les secteurs les plus isolés. Egalement, la démarche de santé communautaire et aussi le travail en partenariat avec les agents de promotion de la santé locaux (associatifs, PMI ...) sont aussi des facteurs favorisant l'incitation au dépistage.

Enfin, à l'instar de DEMBENI et de Petite-Terre, il apparait nécessaire de mettre à disposition les moyens de locomotion et/ou de disposer de professionnels de santé localement.

Toutefois, elles peuvent être insuffisantes à terme et le recours aux agents de sensibilisation s'avère être une action supplémentaire pertinente pour la pérennité du dépistage. C'est aussi offrir la possibilité aux femmes concernées d'acquérir les informations et connaissances suffisantes pour adhérer au dépistage.

1.10 Activité selon l'affiliation à la sécurité sociale

Sur l'ensemble des frottis réalisés en 2014, 60% concernent des frottis enregistrées dans notre base de données concernant des femmes affiliées à la CSSM et 40% des femmes non affiliées.

Nous nous sommes appuyés sur cette répartition pour présenter également la part représentée par les affiliées et les non affiliées dans chacune des institutions.

Toutefois, cette répartition globale est différente à la facturation (51.7% non affiliées et 48.3%). En effet, un nombre important de femmes sont considérées comme non affiliées à la CSSM, alors qu'elles pourraient potentiellement avoir des droits ouverts, principalement pour 3 raisons :

- Oubli de réactualisation des droits (validité 6mois)
- Transfert de caisse en cours
- Fin de droit

Cette information est à inscrire sur les bons de prescription, mais elle n'est pas toujours complétée :

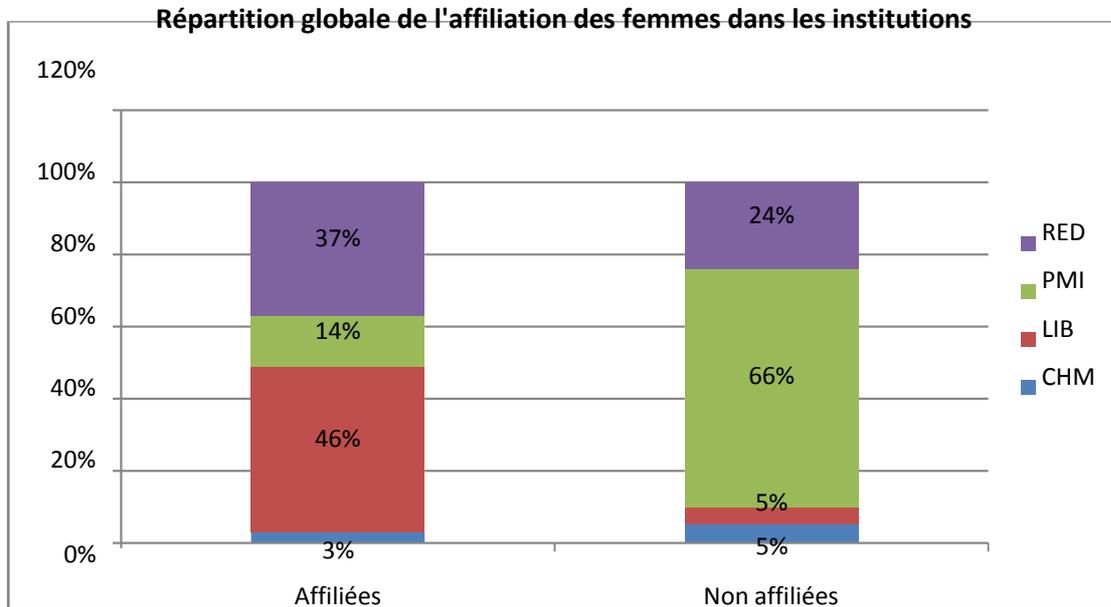
- Faute de temps
- Faute d'attestation présentée à jour

Or, cette information est importante en raison de l'impact financier : une femme non affiliée peut prétendre à une prise en charge à 100% par REDECA et donc par son principal financeur l'ARS.

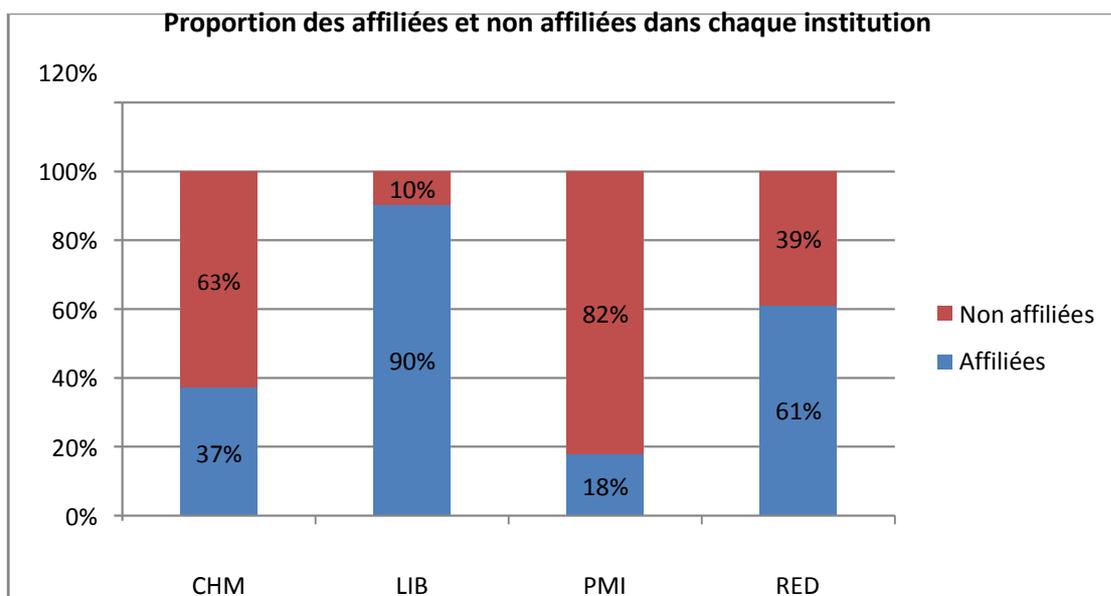
La mise en place d'une plateforme d'information à la disposition de la population et des professionnels de santé, permettra à terme de diminuer le nombre de femmes comptabilisées « à tord » comme non affiliées.

Une demande a été faite auprès de la CSSM pour permettre à la sage-femme coordinatrice de disposer d'un accès informatisé à ces informations en tant que professionnelle de santé.

Sur l'ensemble de la population des femmes dépistées, la proportion des affiliées et des non affiliées, varie selon l'institution comme l'illustrent les graphiques ci-dessous :



C'est dans les PMI que l'on enregistre la plus forte proportion de femmes non affiliées (82%), alors que les femmes dépistées par les libéraux sont majoritairement affiliées à la CSSM.



2 Activité de suivi des frottis anormaux en 2014 :

Durant l'année 2014, ceux sont **6140 frottis de dépistage** qui ont été réalisés chez les femmes âgées de 25 à 65 ans.

On dénombre parmi ces frottis de dépistage **424 frottis anormaux ou pathologiques** :

234 ASCUS

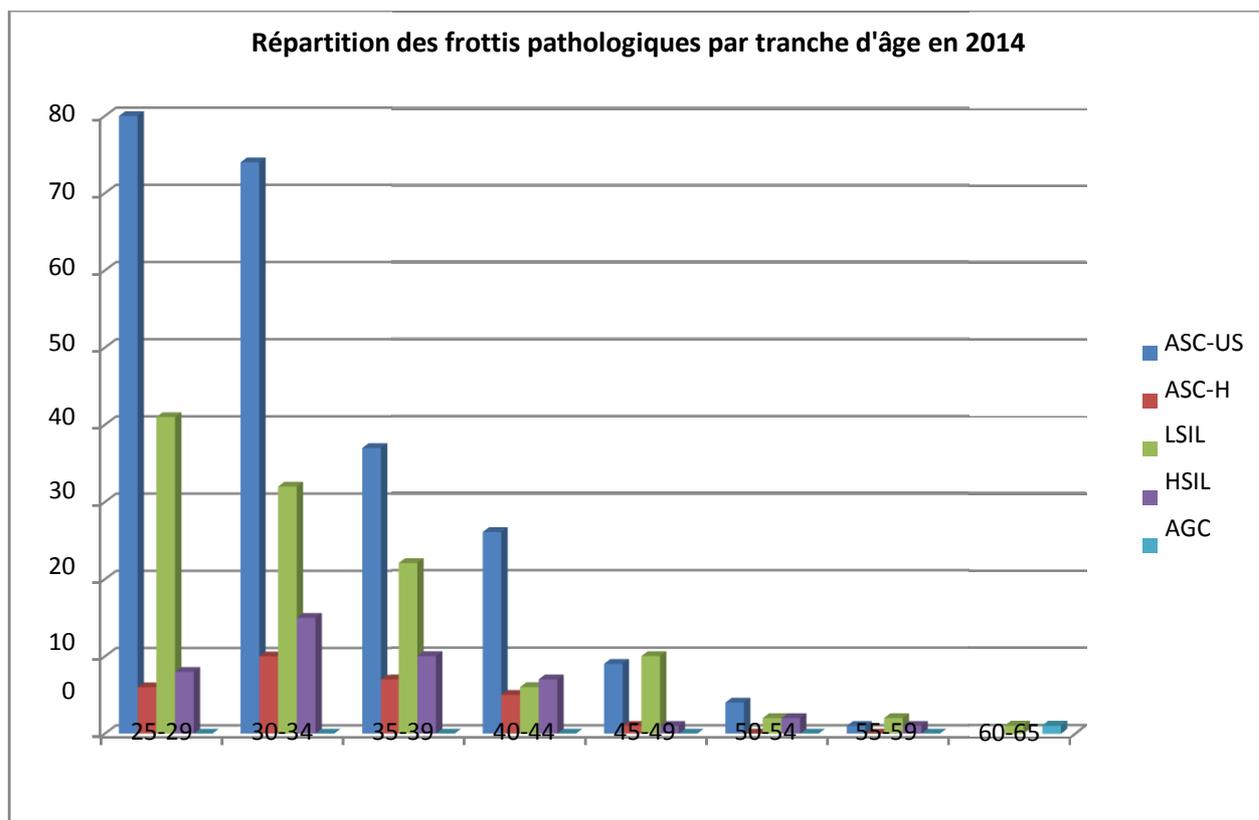
29 ASC-H

116 lésions de bas grade (LSIL),

44 lésions de Haut grade (HSIL)

1 AGC

Sur l'ensemble de ces frottis de dépistage, la répartition par type de lésion et tranche d'âge quinquennal est représentée par le graphique ci-dessous :



La répartition des frottis permet d'observer que l'anomalie la plus fréquente observée quel que soit l'âge de la femme issue de la population cible, est l'ASC-US, puis les lésions de bas-grades (idem bilan 1^{ère} campagne).

La proportion de Haut-Grades diminue avec l'âge, mais c'est aussi à partir de 40 ans que l'on dépiste le moins de femmes, donc il est difficile de conclure. On peut aussi constater que les lésions

glandulaires n'ont concernées que les femmes de la tranche 60-65 ans.

En conclusion, la majorité des lésions détectées chez les femmes dépistées restent des bas grades.

2.1 Suivi des lésions précancéreuses

Après un frottis pathologique, en fonction des lésions, on proposera soit une surveillance cytologique, soit une colposcopie +/- un examen histologique. La surveillance cytologique peut être faite par tous les médecins et sages-femmes qui participent au dépistage. La colposcopie est réalisée par les médecins gynécologues du CHM exclusivement.

La sage-femme coordinatrice de REDECA assure le suivi des femmes avec frottis positif et également son organisation avec le CHM.

2.1.1 BAS GRADES :

La prise en charge est une cytologie à 6 mois. Si le frottis revient positif la femme est alors orientée vers le CHM pour une colposcopie.

2.1.2 ASCUS :

Depuis le début du dépistage, le choix de la prise en charge est de compléter ce résultat avec un typage HPV, afin de « trier » les patientes. Si le typage HPV revient négatif, le risque de présence est minime, et la patiente est revue un an après pour une cytologie de contrôle. Si le test HPV est positif, le risque est présent. En juin 2012, il a été décidé en comité scientifique de faire un contrôle cytologique à 6 mois lorsque le typage HPV est positif, car il n'y avait plus assez de consultations gynécologiques.

Par la suite, si le résultat revient anormal la patiente est revue en consultation gynécologique pour une colposcopie.

Or, cette conduite à tenir a un impact non négligeable ; en effet, la forte proportion de frottis « ASC-US » implique la réalisation de frottis de contrôle à 6 mois voir à 12 mois selon le cas clinique, conformément à l'arbre décisionnel communiqué à l'ensemble des professionnels du circuit REDECA (juillet 2013).

Résultat du typage :

Le laboratoire CERBA vers lequel l'ensemble des analyses cytologiques des frottis sont envoyés indique la présence ou non **d'HPV 16 et ou 18**, si le résultat du typage est positif.

En effet, il existe plus de 50 génotypes d'HPV pouvant infecter la sphère ano-génitale sur plus de 120 existants. Seuls 18 ont un fort potentiel oncogène pour le col utérin.

Les génotypes 16 et 18 sont responsables dans les pays occidentaux d'environ 70% des cancers du col utérin⁷.

⁷ « Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus INVS 2007

2.1.3 HAUT GRADE

Les frottis présentant des lésions de haut grade nécessitent une prise en charge médicale spécialisée avec une colposcopie complétée d'une biopsie.

C'est une fois que la consultation de colposcopie/biopsie ou la conisation a été effectuée au CHM, que la sage-femme peut récupérer le résultat avec la classification CIN 1 à 3.

L'analyse histologique n'est pas réalisée chez CERBA ; ainsi ce sont les gynécologues du CHM qui transmettent les informations à la sage-femme coordinatrice.

2.1.4 CANCER

En 2014, dans le cadre du dépistage organisé par REDECA, on dénombre **2 cas de cancers découverts lors d'examen histologiques** (biopsies), après frottis pathologiques.

Il s'agit précisément :

- carcinome épidermoïde chez une femme âgée de 29 ans
- 1 carcinome épidermoïde invasif chez une femme âgée de 50 ans.

A propos d'un cas de cancer invasif chez une femme âgée de 29 ans

Cette femme suivie par un professionnel du circuit REDECA, a été adressée directement au CHM pour une colposcopie suite à un examen clinique qui a fait d'emblée suspecter une pathologie (col rigide d'aspect bourgeonnant...), examen clinique confirmé par les gynécologues du CHM et aussi par l'analyse histologique. Elle est enceinte de 18 semaines d'aménorrhée lors de la consultation de colposcopie (5^{ème} geste 4ème pare).

Après une réunion de concertation pluridisciplinaire, cette femme a été transférée pour évaluation carcinologique et prise en charge à La Réunion.

Elle a accouché prématurément à 28 semaines d'aménorrhée d'un enfant bien portant pour l'âge gestationnel (10 jours après avoir reçu une première cure de chimiothérapie néo-adjuvante.

2.1.5 Activité CHM (source CHM)

Nous avons pu également recueillir les informations suivantes du CHM **sur un effectif de 115 patientes** :

Les FCU pathologiques qui justifiaient la colposcopie se répartissaient (cf. figure ci-dessous)

26 FCU de type ASCUS (22.6%),

21 FCU bas grade LSIL (18.3%),

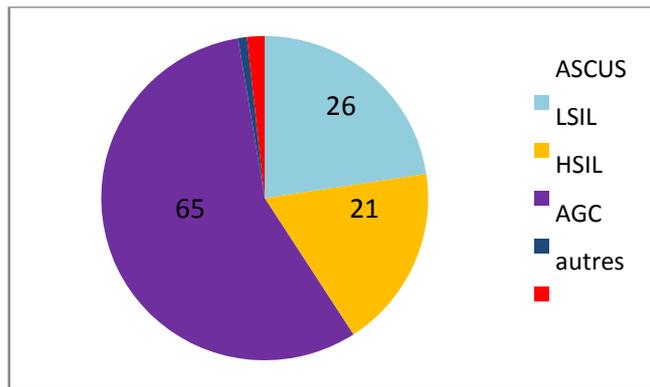
65 FCU de haut grade (HSIL ou ASC-H) soit 56.5% de la cohorte.

1 FCU retrouvait une lésion AGC (0.9%),

2 FCU étaient ininterprétables dont un chez une patiente qui présentait des anomalies cliniques à l'examen (col présentant une lésion bourgeonnante évoquant un processus invasif).

A noter que trois des FCU de type LSIL ont été retrouvés chez des patientes ayant des antécédents de conisation pour CIN2+.

Répartition des FCU pathologiques. Effectif N=115



2.1.6 Frottis contrôles

En 2014, 599 frottis de contrôle ont été réalisés dans le circuit REDECA. Ce chiffre est en augmentation constante depuis le lancement de la première campagne en 2010.

La répartition de ces frottis est la suivante :

428 frottis normaux soit 74% des frottis de contrôle.

21 frottis insatisfaisants pour analyse cytologique

150 frottis pathologiques avec la répartition suivante des lésions :

ASC-US	65
LSIL – LMIEBG	39
ASC-H	16
HSIL – LMIEHG	30

La majorité des frottis de contrôle **71% sont normaux** (74% en 2013).

Il existe des indicateurs de qualité tels que le pourcentage de frottis positifs innocentés par un examen complémentaire.

Nous envisageons de calculer ces pourcentages, dès lors que nous aurons un recueil exhaustif en particuliers des résultats histologiques.

Egalement, cette démarche nécessite aussi la mise en place de développement ou requêtes informatiques supplémentaires ; un budget devra être prévu à cet effet.

2.1.7 Indicateurs d'évaluation :

2.1.7.1 Indicateurs de qualité des tests

Pourcentage de frottis «non satisfaisants pour l'évaluation»

Nombre de derniers frottis de dépistage "non satisfaisants pour l'évaluation"

Nombre total de dernier frottis de dépistage

- **Objectif de l'indicateur** : Le pourcentage de frottis non satisfaisants pour l'évaluation mesure la proportion de frottis devant être refaits. Il s'agit d'un indicateur indirect de la qualité du prélèvement qui ne dépend pas de l'âge de la femme. Selon le Groupe technique national (en 2005), ce pourcentage ne devrait pas dépasser 2 % en France⁸.

En 2014 ce sont 124 frottis insatisfaisants qui ont été comptabilisés sur les 6140 frottis de dépistage.

Le pourcentage de frottis "non satisfaisants pour l'évaluation en 2014 est de 2%"⁹

Le pourcentage de frottis anormaux (ou positifs) quantifie le nombre de personnes à qui un bilan diagnostique doit être proposé. Un pourcentage de frottis anormaux trop élevé **peut signifier** une proportion importante de faux positifs. Le pourcentage de frottis anormaux (ou positifs) est, selon le Groupe technique national (en 2005), un indicateur qui devrait être stable et proche de 4 % en France métropolitaine pour la tranche d'âge 25-65 ans.

Pourcentage de frottis anormaux :

**Pourcentage de frottis anormaux = Nombre de derniers frottis de dépistage anormaux
Nombre total de dernier frottis de dépistage**

En 2014, la proportion de frottis anormaux est de 7%.

Cet indicateur est donc quasi 1.75 fois plus important que ce qui est préconisé par le groupe technique national ; nous avons pu faire le même constat avec les résultats statistiques du laboratoire CERBA, avec une proportion de Haut grade plus de 2 fois supérieure à la moyenne observée en proportion pour l'année 2014.

⁸ Définition des indicateurs de l'évaluation épidémiologique INVS 2008

⁹ Pourcentage d'insatisfaisants = 124/6140=2%

Ces résultats confirment donc la pertinence de la mise en œuvre d'un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sur Mayotte.

Répartition des anomalies cytologiques parmi les frottis anormaux:

Cet indicateur a 2 principaux objectifs :

- Voir les évolutions globales de la proportion de frottis nécessitant obligatoirement une histologie (ASC-H, HSIL, évocateurs de cancer) par rapport aux autres
- Voir l'évolution de la proportion des frottis classés ASC-US, qui donne une indication sur la qualité de la lecture des frottis

Pourcentage de frottis présentant l'anomalie cytologique "x" =

Nombre de derniers frottis de dépistage présentant l'anomalie cytologique "x"
" Nombre de derniers frottis de dépistage anormaux »

Pourcentage ASC-US	55%
Pourcentage ASC-H	7%
Pourcentage LSIL	27%
Pourcentage HSIL	10%
Pourcentage AGC ¹⁰	0%

Pour ce qui est des évolutions globales de proportion entre 2013 et 2014 :

Nette diminution des ASCUS (-15%)¹¹.

Augmentation des bas grades LSIL (+12%)

Stabilité des Hauts-grades HSIL (9% en 2013)

Pourcentage de frottis anormaux innocentés par un examen complémentaire:

- **Objectif de l'indicateur** : Le pourcentage de frottis anormaux innocentés par un examen complémentaire **permet d'approcher le pourcentage de faux positifs.**

¹⁰ 1 frottis enregistré AGC sur les 6140 frottis de dépistage mais proportion proche de 0%

¹¹ En 2013, changement de laboratoires d'analyses en cours d'année

Pourcentage de frottis anormaux innocentés par un examen complémentaire =

$$\frac{\text{Nombre de derniers frottis de dépistage anormaux*innocentés par un examen complémentaire}}{\text{Nombre de derniers frottis de dépistage}}$$

Nous ne sommes pas en mesure de déterminer précisément le % de faux-positifs pour 2 principales raisons :

- Manque d'exhaustivité sur le nombre de frottis concernés depuis la base de données avec les modalités de suivi actuelles
- Manque d'exhaustivité dans le retour des biopsies

Pourcentage d'histologies positives en fonction de l'anomalie cytologique

Objectif de l'indicateur :

La finalité du pourcentage d'histologies anormales (ou positives) en fonction des anomalies cytologiques, appelé également concordance cyto-histologique, est de repérer la proportion de frottis anormaux (ou positifs), suivis d'une histologie, qui ont permis de détecter une lésion histologique. Si, pour une anomalie cytologique donnée, tous les frottis positifs sont suivis d'une histologie, la concordance cyto-histologique correspond à la valeur prédictive positive de cette anomalie cytologique. En pratique, seuls les frottis de haut grade ou évocateurs de cancer approchent cette définition en l'absence de données manquantes.

 Concordance cyto-histologique pour l'anomalie cytologique "x" =

$$\frac{\text{Nombre d'histologies positives (bilans suite au dernier frottis de dépistage)}}{\text{Nombre de derniers frottis de dépistage présentant l'anomalie cytologique "x"}}$$

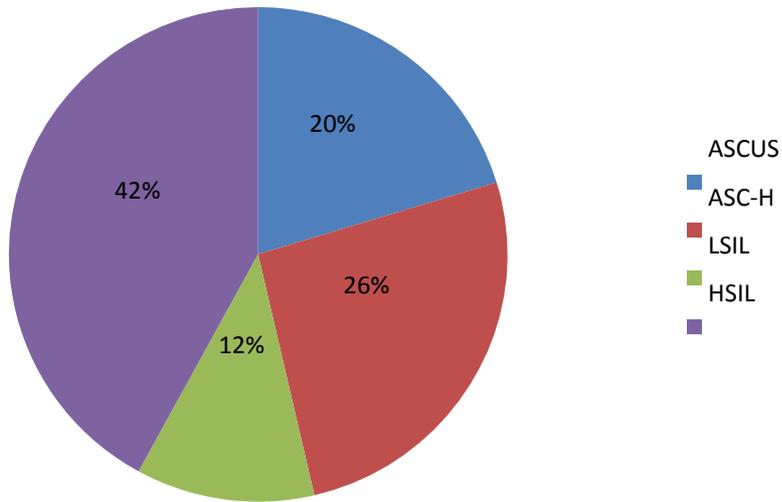
Notre base de données permet de déterminer le nombre de femmes qui ont comme 1^{er} frottis de la période un FCU¹² anormal suivi d'une histologie (en sachant que l'histologie peut ne pas être l'examen qui suit immédiatement le frottis).

Ainsi, en 2014, on dénombre 69 frottis anormaux suivis d'une histologie (premier frottis de la période).

Les frottis concernés présentaient différentes anomalies cytologiques dont la répartition est la suivante :

¹² FCU : Frottis cervico-utérin

**Répartition des FCU pathologiques suivis d'une histologie
Premier FCU de la période**



Les femmes concernées sont âgées entre 25 et 59 ans :

	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-65	TOTAL
Nombre de frottis (premier FCU de la période) anormaux suivis d'une histologie = nombre de femmes qui ont comme 1er frottis de la période un FCU	17	19	14	11	4	3	1	0	69
- ASC-US	5	3	3	2	0	1	0	0	14
- ASC-H	4	5	4	4	1	0	0	0	18
- LSIL/condylomes	2	3	1	0	2	0	0	0	8
- HSIL	6	8	6	5	1	2	1	0	29

Sur les 69 frottis concernés la sage-femme coordinatrice REDECA a pu enregistrer les résultats des biopsies suivants (retours du CHM non exhaustif) :

Résultat histologique	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	TOTAL
Pas de dysplasie ni de néoplasie intra épithéliale ni de condylome isolé	6	3	4		3			16
- CIN 1	3	3	1	1	1			9
- CIN 2	2	1	3					6
- CIN 3	2	2	7	6		1	1	19
- Carcinome épidermoïde invasif	1							1
- AIS (adénocarcinome <i>in situ</i>)						1		1

*Au total 52 résultats histologiques

Concordance cyto-histologique

Pour les frottis de type ASC-US, la concordance cyto-histologique ne peut être étudiée car la conduite à tenir comporte trois choix possibles dont un seul est la colposcopie/biopsie (exemples après 2 frottis ASC-US successifs).

En revanche, pour tous les autres frottis positifs, la concordance cyto-histologique peut être étudiée, à savoir parmi les frottis ASC-H, LSIL, HSIL ou évoquant un carcinome épidermoïde invasif.

Il s'agit de déterminer alors pour chacune de ces anomalies cytologiques les pourcentages de CIN1, CIN2,

CIN3, de carcinomes épidermoïdes invasifs, d'AIS, % d'adénocarcinome.

Nous ne sommes pas en mesure à ce jour d'établir des corrélations entre les résultats cytologiques et les résultats histologiques et donc d'établir des concordances cyto-histologiques.

En effet, l'exhaustivité des résultats reste moyenne et les requêtes et données disponibles actuelles ne nous permettent pas de déterminer précisément cet indicateur de qualité.

Il est donc difficile de faire des conclusions de ces histologies dont 16 ne présentent pas de dysplasies ni de néoplasie intra épithéliale et 19 avec des lésions intra-épithéliale de grade 3 ou CIN 3.

2.1.7.2 Indicateurs de suivi

Ces indicateurs restent à préciser d'avantage dans le temps. Il faut cependant tenir compte du contexte et de fait de la particularité d'organisation du dépistage par REDECA Mayotte.

En effet, aussi bien pour l'analyse histologique que pour l'étude histologique, les examens sont effectués en dehors de Mayotte respectivement en métropole et sur La Réunion.

Alors que REDECA récupère directement les résultats d'analyse cytologique, la sage-femme coordinatrice doit s'appuyer sur le CHM pour récupérer les résultats des histologies.

Enfin, l'ensemble des frottis du circuit REDECA sont récupérés à jour dédié par la coursière de REDECA du lundi au vendredi.

Une fois saisie, ils partent 2 fois par semaine par voie aérienne et arrivent en moyenne 48h au laboratoire où ils sont traités directement par le laboratoire.

Organisation du suivi des résultats positifs à REDECA

Le cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus prévoit que :

«La structure de gestion doit s'assurer de l'existence d'un suivi :

- Dans un délai de 4 mois pour les lésions Hauts grades
- Dans un délai de 6 mois pour les lésions mineures et Bas grades

Sont considérées comme perdues de vue les femmes pour lesquelles aucune information sur le suivi n'a pu être recueillie à un an.»

Les examens histologiques réalisés au CHM, sont envoyés vers un autre laboratoire de La Réunion. Le retour des résultats vers REDECA est donc plus compliqué et peu exhaustif, notamment pour ce qui concerne le suivi histologique des lésions de haut grade.

La sage-femme coordinatrice s'appuie notamment sur un tableau Excel pour assurer le suivi des frottis positifs. Mais, il est difficile de récupérer l'ensemble des résultats histologiques des biopsies effectuées lors des consultations au CHM. L'intérêt serait donc de pouvoir disposer directement des informations concernant ce suivi ; le logiciel de dépistage utilisé par REDECA et la particularité de suivi ne permet pas de faire le travail d'évaluation sur la concordance ou discordance cyto- histologique.

La transmission des fichiers concernés directement par les laboratoires est la piste envisagée pour parvenir à exploiter ces données et réaliser cette évaluation.

Le suivi des dépistages positifs décidé en 2011, est aussi une particularité de la structure qui souhaite conserver cette activité. Le but est de permettre aux femmes de faciliter leur suivi en l'effectuant auprès du préleveur initial (alors qu'avant elles étaient orientées dans le circuit curatif, au CHM principalement).

Déroulement du suivi :

Une consultation spécifique pour frottis pathologique est en place au CHM, elle concerne principalement les frottis présentant un Haut grade, un ASC-US avec HPV positif ou une persistance d'un Bas grade après une année. Ce suivi est fait selon les recommandations de l'HAS datant de 2002. Le lien entre REDECA et l'organisation de cette consultation est opérationnel. Il permet notamment d'assurer le schéma de prise en charge ci-dessous :

1. Lorsque les résultats arrivent à la structure, la SF les enregistre dans le logiciel et dans son tableau de suivi.
2. Elle prend rendez-vous pour la femme à la consultation du CHM
3. Elle transmet au préleveur la date du rendez-vous en consultation de suivi avec les résultats du frottis.

4. Les patientes sont recontactées avant le RDV afin qu'il ne soit pas oublié. C'est aussi l'occasion d'informer les femmes qui ne seraient pas venues chercher leurs résultats.
5. Lors de la consultation le médecin remplit le cahier sur lequel il inscrit les examens complémentaires (biopsie..) et la date du prochain RDV
6. A chaque consultation la SF coordinatrice se rend au CHM et emporte le cahier pour compléter les dossiers des femmes dépistées. Les informations sont notées ainsi que la date du bilan et la date du prochain RDV sur le tableau de suivi.
7. Grâce à ces informations, il est possible pour REDECA de récupérer les résultats des examens diagnostiques, d'organiser la consultation gynécologique en fonction des résultats et de recontacter la patiente pour lui rappeler son prochain rendez-vous.
8. A l'issue de la deuxième consultation, le bilan est posé ainsi que la conduite à tenir. Là encore, le médecin inscrit ses informations dans le cahier (fréquence du suivi, ou date de la consultation le cas échéant).

Délai moyen entre la réalisation du frottis de dépistage et sa lecture

Délai moyen entre la lecture du frottis de dépistage normal et l'envoi du résultat:

Le délai varie ainsi entre 15 jours et 1 mois, selon le type de résultat (quelques jours pour un résultat normal, plus longtemps si anomalie type ASC-US, LSIL...). Mais, un frottis recueilli par REDECA, peut être saisi et envoyé et analysé la même semaine par le laboratoire.

Les femmes sont invitées à récupérer leur résultat 1 mois après avoir effectué leur frottis.

Il est à préciser que le laboratoire met à disposition de REDECA les résultats sur un serveur (accès sécurisé) qui permet de les récupérer en temps réel, avant même que le courrier n'arrive.

Egalement, depuis le dernier trimestre 2014, REDECA reçoit quasi quotidiennement des résultats envoyés par courrier express.

Enfin, une intégration automatique des fichiers de frottis à analyser (de REDECA vers le laboratoire) et des fichiers de résultats (du laboratoire et REDECA) effective au dernier trimestre 2014 contribue à des échanges à la fois sécurisés, plus rapides et avec des risques d'erreur réduits de manière très importante.

Egalement, le temps de saisie par la sage-femme jusque là important avec l'accroissement de l'activité s'en voit nettement diminué.

Délai moyen entre un frottis de dépistage anormal et son suivi

Objectif de l'indicateur : Cet indicateur retrace l'historique des différents délais entre les principales étapes de l'histoire de la femme ayant réalisé un frottis de dépistage anormal (ou positif).

Dès lors que les résultats sont reçus par la sage-femme coordinatrice, les frottis « anormaux » sont répertoriés.

En fonction des antécédents de la patiente, et selon l'arbre décisionnel (recommandations nationales), il sera procédé à une convocation de la femme concernée pour la réalisation d'examen complémentaires à savoir :

- Un frottis de contrôle
- une colposcopie
- +/- une biopsie
- +/- PEC thérapeutique

Dès lors que le résultat du frottis concerne une lésion précancéreuse de haut grade, la personne concernée est contactée et positionnée dans le planning le plus rapidement possible.

Cela peut donc être au plus tôt dans le mois qui suit le prélèvement (soit à l'annonce du résultat), si le planning de consultation au CHM le permet.

En moyenne il faut compter 2 mois entre un résultat anormal et son suivi en colposcopie +/- biopsie

Mais, ce délai est très fortement dépendant de **2 conditions majeures** rencontrées à savoir :

- Les disponibilités de la patiente : contraintes personnelles, téléphone, courrier, appel du professionnel ayant réalisé le frottis...
- Les disponibilités de consultations du CHM (en moyenne 2 consultations/semaine)

Cela explique alors l'allongement de délais entre le diagnostique et la consultation de colposcopie (également les oublis, numéros erronés, absence du territoire...) et aussi les « perdues de vues »

Pourcentage de perdues de vues :

En 2014, parmi les 194 femmes recensées par la sage femme coordinatrice nécessitant une colposcopie :

150 se sont présentées à leur rdv

45 femmes sont en attente de suivi, dont 16 ont déjà eu un rdv mais ne se sont pas présentées.

En effet, nous ne parvenons pas toujours à joindre les femmes concernées malgré des relances répétées et selon différentes modalités :

- Relance des patientes par courrier et téléphone (pbs rencontrés : erreurs, changements, interruptions... numéro téléphone)
- Relance du professionnel ayant réalisé le frottis par courrier et téléphone
- Relance téléphonique REDECA
- Recherche sur le terrain via les agents de sensibilisation de REDECA
- Information importance retour résultats via les médias (radio)
- Information au CHM, notamment des gynécologues en charge du suivi des femmes avec frottis pathologique

La volonté de REDECA de s'inscrire dans une démarche qualité de suivi, a donné lieu à la mise en place d'un certain nombre de mesures pour atteindre cet objectif.

Les principaux moyens mis en œuvre pour améliorer le suivi des dossiers en 2014 :

- ✚ Formation continue de professionnels sages-femmes et médecins effectuant les frottis de dépistage**
- ✚ Un arbre décisionnel** a été réalisé en juillet 2013. Il permet d'optimiser la prise en charge et surtout le suivi des frottis « anormaux »
- ✚ Courriers d'information et/ou de relance adressés aux patientes et aux professionnels**
- ✚ Consultation directe des fichiers de résultats de frottis sur le serveur du laboratoire**
- ✚ Intégration automatique des fichiers de résultats du laboratoire dans le logiciel de dépistage Zeus.**
- ✚ L'appel d'offre laboratoire** lancé en fin d'année, contribuera également à un raccourcissement du délai de retour des résultats aux médecins, sages-femmes et aux femmes concernées.
- ✚ Résultats histologiques** (biopsies, conisations) transmis directement par les gynécologues ayant réalisé les colposcopies ; cependant, cette modalité de recueil n'est pas satisfaisante dans la mesure où elle n'est pas exhaustive (retards, pertes...) et ne permet pas de faire un lien direct cyto-histologique.

Conclusion sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Cette seconde année de nouvelle campagne s'est traduit par une hausse sensible de l'activité en particuliers dans des secteurs géographiques où l'offre de soins est moindre, et chez les femmes de 40 ans et plus.

Le respect du schéma de suivi tel que préconisé dans le cahier des charges influe également sur l'activité de suivi et donc à l'augmentation constante du nombre de frottis de contrôle (les femmes reviennent aussi bien dans le cadre du dépistage qu'en cas de résultat positif).

Il s'agit donc de poursuivre les actions menées sur le terrain avec les nouvelles stratégies mises en œuvre, en particuliers dans les secteurs n'étant pas concernés par la hausse d'activité.

Mais, pour maintenir cette activité à la hausse, il paraît surtout indispensable de maintenir une activité régulière et pérenne du suivi des femmes dont le frottis est anormal avec le CHM (examens complémentaires type colpo/biopsie).

A travers les indicateurs de qualité et résultats frottis de contrôle, il apparaît indispensable de trouver les moyens informatiques pour pouvoir établir des corrélations d'une part entre les frottis de dépistages anormaux et les contrôles, d'autre part entre les résultats cytologiques anormaux et les résultats histologiques.

Il faudrait que nous puissions établir des concordances ou discordances cyto-histologiques afin de pouvoir évaluer au mieux la qualité d'analyse, mais aussi pouvoir déterminer le plus précisément possible la proportion de faux positifs et de faux négatifs, ce qui à ce jour n'est pas possible.

Deux pistes sont envisagées :

- Travail avec OSI Santé pour requêtes informatiques
- Demande directe auprès du laboratoire de la Réunion transmission des résultats histologiques pour palier au problème d'exhaustivité mais aussi pour établir ou non les corrélations cyto-histologiques.