

est retrouvée pour les deux sexes avec l'âge, qui pourrait être en partie expliquée par l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque avec le vieillissement [6,7].

L'étude dijonnaise montre qu'en France les taux d'incidence standardisés des AVC sont restés stables entre 1985 et 2004 contrastant avec des observations faites récemment dans d'autres pays [4,5]. En effet, deux études récentes [4,5] réalisées sur une base géographique de population ont observé une baisse des taux d'incidence standardisés. L'étude d'Oxford [4], qui a étudié les taux d'incidence sur deux périodes (de 1981 à 1984, puis de 2002 à 2004) a observé une baisse globale des taux d'incidence standardisés de 29 %, que les auteurs ont rattachée à une augmentation significative de 25 % du taux d'hypertension artérielle (HTA) traitée et contrôlée.

L'étude de Auckland [5] où un schéma d'étude similaire a été utilisé sur 3 périodes (de 1980 à 1982, de 1991 à 1992 et de 2002 à 2004), a constaté une baisse significative des taux d'incidence standardisés de 21 % parallèlement, comme à Oxford, à une amélioration de la prise en charge de l'HTA. L'absence de baisse des taux d'incidence des AVC à Dijon amène à se poser la question de l'évolution de l'enregistrement au cours du temps. En comparant les taux globaux des AVC à Oxford, Auckland et Dijon, on constate qu'en 1985, les taux dijonnais étaient inférieurs à ceux des deux autres villes mais devenaient comparables à partir de 2000. Cette évolution différente peut s'expliquer par un défaut d'exhaustivité lors de la phase de mise en place du registre suivi d'un sur-enregistrement avec l'amélioration des techniques d'imagerie. Toutefois, cette dernière hypothèse est peu probable car le diagnostic d'un AVC repose d'abord sur des symptômes cliniques tandis que l'imagerie ne contribue qu'à améliorer l'identification des mécanismes et des sous-types d'AVC. Une autre éventualité permettant d'expliquer les différences d'évolution avec les registres anglais est que la baisse attendue à Dijon a été observée antérieurement à la création du registre. Bien que les trois études aient été menées dans des populations urbaines a priori comparables, il est possible que les différences des systèmes de soins entre les deux

pays aient permis à la population française de bénéficier d'un accès à la prévention plus précoce et plus adapté que la population anglaise

L'intérêt d'un enregistrement continu sur une longue période tel qu'il a été réalisé à Dijon a été souligné dans une revue récente de la littérature [1]. Après une tendance générale au déclin des taux d'incidence des AVC dans les pays occidentaux, il semblerait qu'on assiste depuis le début des années 1990 à une stabilisation voire à une inversion de ces tendances séculaires qui pourrait être liée à une meilleure identification des AVC mineurs avec la généralisation des scanners et l'arrivée de l'IRM. L'évolution contrastée des taux d'incidence des différents sous-types d'AVC mise en évidence pour la première fois dans l'étude dijonnaise donne quelque appui à cette hypothèse. En effet, nous avons constaté une augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires au cours des années 1990 coïncidant avec la généralisation de l'accès à l'IRM, dont les performances sont bien supérieures à celles du scanner [1]. Cependant, l'augmentation du taux d'infarctus lacunaires avec la généralisation de l'IRM n'a pas pu se faire au dépens des infarctus cardio-emboliques dont le diagnostic repose essentiellement sur l'électrocardiogramme et l'échocardiographie. A la rigueur, cette augmentation aurait pu se faire au détriment des infarctus par athérome des grosses artères mais leur taux d'incidence n'a pas subi de baisse. Ainsi, l'augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires semble a priori, bien réelle. Il est peu vraisemblable que l'augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires puisse être expliquée par une détérioration de la prise en charge des facteurs de risque vasculaires. D'une part, aucune variation des taux d'incidence des infarctus par athérome des grosses artères, dont les facteurs de risque sont comparables, n'a été observée. D'autre part, les études MONICA ont également rapporté une certaine stabilité de l'incidence des infarctus du myocarde depuis 1997 [8,9]. Ces résultats soulignent l'importance des efforts qui restent à réaliser dans la prévention du risque vasculaire en recrudescence avec le diabète, l'obésité et le tabagisme chez les jeunes [8,9].

En revanche, la baisse des taux d'incidence des infarctus cérébraux d'origine cardio-embolique

observée au cours de la période d'étude est encourageante car elle pourrait témoigner d'une plus large utilisation des anti-coagulants dans la fibrillation auriculaire après la démonstration de leur efficacité dans les grands essais des années 1990 [10].

Conclusion

Cette étude de population française suggère que les taux d'incidence des AVC sont restés stables entre 1985 et 2004. Toutefois, l'analyse des sous-types d'AVC révèle une évolution contrastée, marquée par une augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires et une diminution des infarctus d'origine thrombo-embolique, qui ne peut pas être expliquée seulement par le changement des conditions de diagnostic.

Références

- [1] Feigin VL, Lawes CMM, Bennet DA, Anderson CS. Stroke epidemiology : a review of population-based studies of incidence, prevalence and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol.* 2003 ; 2 : 43-53.
- [2] Benatru I, Rouaud O, Durier J, Contégal F, Couvreur G, Bejot Y et coll. Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. *Stroke.* 2006 ; 37 : 1674-9.
- [3] Kolominsky-Rabas PL, Weber M, Gefeller O, Neundorfer B, Heuschmann PU. Epidemiology of ischemic stroke subtypes a population-based study. *Stroke.* 2001 ; 32 : 2735-40.
- [4] Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM, et coll, for the Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *The Lancet.* 2004 ; 363 : 1925-33.
- [5] Anderson GS, Carter KN, Hackett ML, Feigin V, Barber A, Broad JB, Bonita R, on behalf of the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS). Trends in Stroke incidence in Auckland, New-Zealand, during 1981 to 2003. *Stroke Group. Stroke.* 2005 ; 36 : 2087-93.
- [6] MONICA. Monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends 1979-2002. Genova. WHO. 2003.
- [7] Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. Sex, age, cardio-vascular risk factors, and coronary heart disease : a prospective follow-up of 14 786 middle-aged men and women in Finland. *Circulation.* 1999 ; 99 : 1165-72.
- [8] Wagner A, Montaye M, Bingham A, Ruidavets J-B, Haas B, Amouyel Ph, et coll. Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronarienne en France de 1997 à 2002. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006 ; 8-9 : 65-6.
- [9] Truelsen Th, Mähönen M, Tolonen M, Asplund K, Bonita R, Vanuzzo D, for the WHO MONICA Project. Trends in stroke and coronary heart disease in the WHO MONICA Project. *Stroke.* 2003 ; 34 : 1346-52.
- [10] Hart RG, Benavente O, MacBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation : a meta-analysis. *Ann. Intern. Med.* 1999 ; 131 : 492-501.

Le dépistage du cancer du sein en France : pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre santé 2004-2005

François Baudier(fbaudier@urcam.org)¹, Claude Michaud¹, Arnaud Gautier², Philippe Guilbert²

1 / Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté, Besançon, France 2 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé sur le territoire national depuis 2004.

La 5^{ème} édition du Baromètre santé, qui s'est déroulée d'octobre 2004 à février 2005, a permis d'interroger par téléphone 30 514 personnes de 12-75 ans, tirées au sort, sur différents comportements de santé dont le dépistage des cancers.

Breast screening in France: practices and habits trends in the female population aged from 18 to 75 years.

Breast cancer screening is generalized in France since 2004. During the 5th Edition of the Health Barometer which was performed from October 2004 to february 2005, 30514 people randomly selected and aged from 12 to

La prévalence des femmes concernées par le dépistage organisé (50-74 ans) ayant réalisé « une mammographie dans les deux dernières années » évolue de façon très positive et significative : 43,8 % en 1995 ; 52,2 % en 2000 et 65,4 % en 2005. Le gain de prévalence (+16,4) est maximum parmi les femmes à revenus modestes (moins de 900 euros) entre 2000 et 2005, et l'écart de prévalence entre les plus modestes et les plus aisées a régressé (17,8 % vs 9,4 %) durant la même période.

Ces évolutions justifient la poursuite des efforts déployés pour rejoindre les femmes de milieux économiquement modestes et inciter celles qui bénéficient d'une mammographie individualisée à rejoindre le dépistage organisé.

75 years, were interviewed by telephone on various health behaviours, including cancer screening.

The prevalence of women concerned by this organised screening (50-74 years) and who had "a mammography in the last 2 years" evolves in a very positive and significant way: 43.8% in 1995; 52.2% in 2000 and 65.4% in 2005. The prevalence gain (+16.4) was maximum among women with low incomes (less than 900 euros) between 2000 and 2005, and the variation of prevalence between the most modest and the most prosperous (17.8% vs 9.4%) during the same period.

The results justify the continuation of efforts carried out to include women from modest economic environments and to encourage those who benefit from individual mammography to join screening programmes.

Mots clés / Key words

Cancer, dépistage, sein, mammographie, santé publique / Cancer, screening, breast, mammography, public health

Introduction

En France, le cancer du sein a provoqué 12 000 décès annuels et on estimait à 42 000, les nouveaux cas diagnostiqués (année 2000). L'organisation du dépistage a débuté dans dix départements en 1989. Il a été généralisé en 2004. Il est recommandé pour toutes les femmes entre 50-74 ans depuis 2001 : mammographie avec double incidence tous les deux ans. Cet examen s'inscrit dans un protocole très précis (cahier des charges) qui garantit la qualité du test sur l'ensemble du territoire national (formation des lecteurs, normes pour les mammographes, évaluation ...)[1,2].

Depuis 1992, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), avec le soutien de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), réalise des enquêtes périodiques (Baromètre santé) auprès d'échantillons nationaux représentatifs [3]. L'objectif de ces études est d'analyser les principaux comportements de santé en rapport avec certains thèmes, dont le dépistage des cancers (sein, mais aussi col de l'utérus et colorectal).

Matériels et méthodes

La 5^{ème} édition du Baromètre santé a eu lieu d'octobre 2004 à février 2005. Les interviews ont été réalisées par téléphone auprès de 30 514 personnes de 12-75 ans, tirées au sort. Parmi elles, 14 403 femmes âgées de 18-75 ans (dont 6 048 de

50-74 ans) ont été interrogées sur leur pratique de dépistage du cancer du sein. L'ensemble de la méthodologie est détaillé dans l'ouvrage présentant les premiers résultats de ce Baromètre santé [3].

Résultats

La pratique du dépistage

Près de 60 % (59,5 %) des femmes de 18-75 ans ont déjà passé au cours de leur vie une mammographie (de dépistage ou diagnostic). C'est dans la tranche d'âge 50-69 ans que ce pourcentage est le plus élevé (94,9 %), ce qui peut s'expliquer par des recommandations pour le dépistage qui, pendant de nombreuses années, s'appliquaient uniquement à cette population (l'extension aux 70-74 ans n'est intervenue qu'assez récemment) (figure 1).

Parmi les femmes qui ont déjà passé une mammographie, le test date deux fois sur trois (62,3 %) de moins de deux ans. Le caractère récent de la mammographie augmente avec l'âge sauf pour les 70-74 ans (64,6 %). Concernant la période ciblée par le dépistage (50-74 ans), 70,0 % des femmes ont eu au moins une mammographie durant les deux dernières années (*versus* 52,3 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Par ailleurs, une fois sur quatre (24,1 %), cet examen a été pratiqué entre deux et quatre ans. Au total, 94,1 % des femmes de la tranche d'âge ciblée disent avoir eu une mammographie dans les quatre dernières années.

L'origine du dépistage

Dans la majorité des situations, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen (55,0 %) mais une fois sur cinq (20,2 %) c'est la patiente qui en a fait la demande. Pour les 50-74 ans, dans plus d'un tiers des cas (34,0 %), la raison de l'examen est liée à une invitation reçue à la maison (figure 2). Chez les plus âgées (70-74 ans), c'est principalement cette dernière qui déclenche la réalisation du test ; chez les plus jeunes (50-59 ans) de la tranche d'âge ciblée, c'est plutôt le médecin qui est à l'initiative de cet examen.

Quand le médecin est à l'origine de la réalisation de la mammographie, cette pratique s'inscrit le plus souvent (72,7 %) dans le cadre d'un suivi régulier (on peut formuler ici l'hypothèse que c'est un acte de dépistage). Ce constat est surtout fait pour les femmes de 50-74 ans (83,6 % versus 63,5 % pour le reste des femmes enquêtées (18-49 ans) ; $p < 0,001$). Il est à noter que ce suivi régulier est aussi présent chez les 18-39 ans (34,3 %), sans raison probante. D'ailleurs, pour cette tranche d'âge, la mammographie diagnostic (suite à des symptômes) est logiquement l'indication médicale la plus fréquente (environ une fois sur deux ; 48,5 %). Le caractère familial, qui motive la prescription d'une mammographie, est retrouvé un peu plus d'une fois sur dix (11,0 %).

Figure 1 Prévalence de la mammographie au cours de la vie selon l'âge, évolution 1995-2005, Baromètres santé, France / Figure 1 Mammography prevalence throughout life between 1995 and 2005 by age, Baromètres santé, France

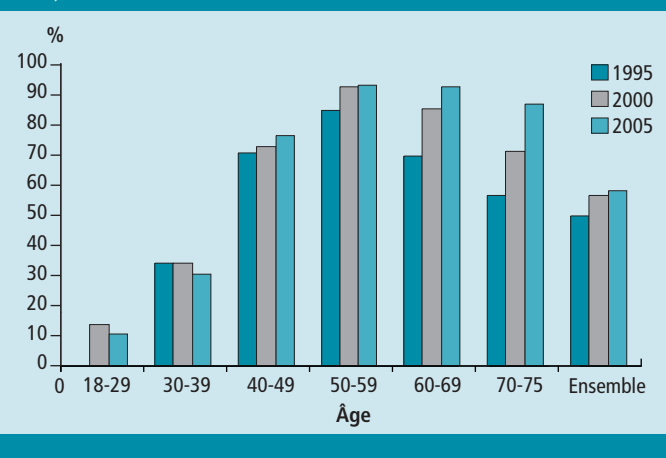
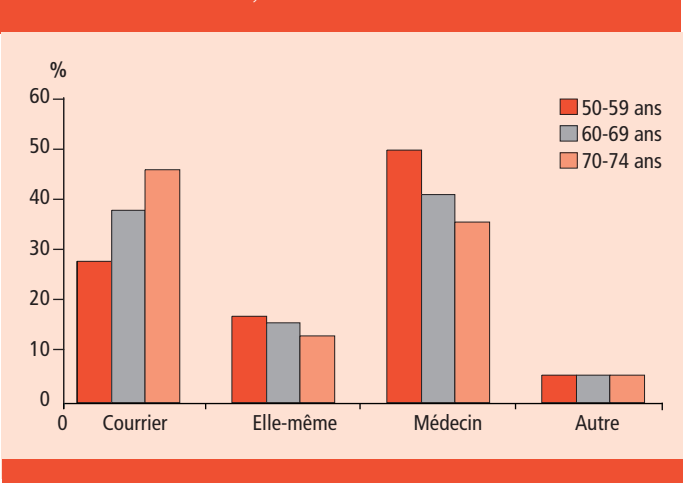


Figure 2 Initiative de la mammographie selon l'âge des patientes, Baromètre santé 2004-2005, France / Figure 2 Mammography initiative by age, Baromètre santé 2004-2005, France



Lorsque c'est la femme qui est à l'origine de la demande, c'est aussi la notion de suivi régulier qui est prédominant (près d'une fois sur deux : 47,3 %), surtout à partir de 40 ans et avec un maximum dans la tranche d'âge 50-74 ans (66,8 % vs 31,3 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Les symptômes (comme motivation de la consultante) arrivent en deuxième position (23,8 %) avec une prédominance parmi celles âgées entre 18 et 39 ans (48,7 %). La notion de cancer dans la famille est retrouvée plus fréquemment (par rapport aux médecins) lorsque la femme est à l'origine de la demande (près d'une fois sur cinq : 18,5 %), surtout parmi les plus jeunes (18-39 ans : 30,1 % vs 15,0 % pour les plus de 39 ans ; $p < 0,001$). En revanche, l'information (campagne, lecture...), le conseil d'une personne ou un cancer d'un(e) ami(e) semblent avoir moins de poids (respectivement 7,2 %, 2,5 % et 4,1 %).

Les réticences au dépistage

Pour les femmes qui n'ont jamais réalisé une mammographie, les raisons à cette « non pratique » diffèrent beaucoup suivant l'âge. Pour les plus jeunes (18-39 ans), c'est logiquement (84,0 % des cas) parce qu'elles ne sont pas assez âgées ou qu'elles estiment ne pas en avoir besoin. En revanche, près d'une femme sur deux (49,4 %) de 50-74 ans (parmi celles qui n'ont jamais pratiqué de mammographie) déclarent aussi qu'elles n'ont pas besoin de cet examen, ce pourcentage étant particulièrement élevé dans la tranche d'âge 70-74 ans (57,9 %). Le manque de temps est surtout mis en avant par les 50-59 ans (31,8 %) alors que les notions de coût ou d'éloignement géographique du cabinet de radiologie ne sont pratiquement pas évoqués (respectivement 0,9 % et 0,3 %).

Lorsque l'on analyse concomitamment toutes les variables (régression logistique ; $n = 4\ 829$), les facteurs les plus discriminants favorisant le fait d'avoir réalisé une mammographie dans les deux dernières années sont pour les femmes âgées de 50 à 74 ans : l'existence d'un programme de dépistage organisé dans leur département avant 2004, un revenu supérieur à 1 500 euros par unité de consommation, un nombre de consultation chez le généraliste supérieur ou égal à 2 au cours de l'année et au moins une visite chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois.

Les évolutions constatées

La comparaison avec 2000 montre une progression significative ($p < 0,001$) de la pratique de la mammographie au cours des deux dernières années (chez les 18-75 ans), passant de 31,0 % en 2000 à 36,8 % en 2005. Elle est particulièrement marquée

parmi les femmes de 60 à 74 ans : 42,3 % en 2000 à 63,2 % en 2005 ($p < 0,001$).

Par ailleurs, la prévalence des femmes ciblées par le dépistage organisé (50-74 ans) ayant réalisé « une mammographie dans les deux dernières années » évolue de façon très positive et significative ($p < 0,001$) : 43,8 % en 1995 ; 52,2 % en 2000 et 65,4 % en 2005 alors que la réalisation de mammographie chez les moins de 49 ans s'est stabilisée entre 2000 et 2005. Un gain de 26,6 points ($p < 0,001$) est observé parmi les 60-69 ans et de 31,3 ($p < 0,001$) parmi les 70-74 ans, en 10 ans (entre 1995 et 2005). De plus, le gain de prévalence (+16,4) est maximum parmi les femmes à revenus modestes (moins de 900 euros) entre 2000 et 2005 ($p < 0,001$), et l'écart de prévalence entre les plus modestes et les plus aisées a régressé (17,8 % vs 9,4 %) durant la même période ($p < 0,001$).

Discussion-conclusion

Le dépistage du cancer du sein se déroule aujourd'hui et pour la majorité des femmes dans un contexte de plus en plus organisé, même si certains tests sont encore pratiqués dans un cadre individuel et parfois en dehors des tranches d'âges recommandées. En effet, si la pratique déclarée d'une mammographie dans les deux dernières années concerne, pour ce Baromètre 2005, 70 % des femmes de 50 à 74 ans, celle enregistrée, la même année, par l'Institut de veille sanitaire dans le cadre du dépistage organisé est de 45 % [4]. Il est possible de faire l'hypothèse que la différence (25 %) correspond en grande partie au dépistage individuel. En effet, les informations collectées et déclarées dans cette étude correspondent certainement au cumul du dépistage organisé et individuel. Les cotations différenciées effectuées maintenant par l'Assurance maladie devraient nous permettre dans l'avenir de différencier ces deux actes. Par ailleurs, une surestimation déclarative, liée à la méthodologie utilisée, est aussi probable. Les résultats récents publiés dans le Baromètre cancer 2005 semblent confirmer cette hypothèse [5].

Un des objectifs de la politique de dépistage entreprise est de mieux rejoindre les populations qui sont les moins touchées par cette démarche préventive, à savoir les publics défavorisés. Ce Baromètre santé apporte des éléments de réponse à deux questions essentielles relatives à ces inégalités sociales de santé :

Le niveau de revenus du foyer influence-t-il toujours la réalisation des tests de dépistage ?

La pratique de la mammographie des femmes issues de milieux économiquement modestes est encore inférieure à celles des sujets plus aisés.

Les évolutions observées entre 2000 et 2005 vont-elles dans le sens de la réduction de ces inégalités ?

Les femmes les plus modestes ont bénéficié plus que les autres de l'accès à la mammographie dans le cadre du dépistage organisé, puisque l'écart de fréquence de réalisation de ce test se comble progressivement. Pourtant, la pratique de la mammographie des femmes à revenus modestes, reste encore en deçà du niveau observé en 2000 chez les femmes de milieux aisés.

Ces évolutions contrastées justifient la poursuite des efforts déployés actuellement par les structures de gestion des dépistages pour rejoindre ces femmes de milieux économiquement modestes. Les dernières données du Baromètre cancer, portant sur le dépistage du cancer du sein, vont dans le sens d'une réduction des inégalités d'accès à cet examen (différences non significatives entre les femmes, suivant leurs revenus et leurs niveaux d'études). Il est ainsi possible de faire un lien entre, d'une part, cette évolution favorable visant à une équité renforcée de l'offre et de la pratique de ce type de prévention et, d'autre part, le développement d'un dépistage organisé de plus en plus prédominant sur l'ensemble du territoire français [5]. Enfin, la mise en place du dépistage organisé a permis d'améliorer globalement la qualité des actes de mammographie [6], avec une supériorité pour ceux effectués dans un cadre organisé, en raison principalement de la double lecture puisque le taux de mammographies positives en seconde lecture a été de 1,6 % dans la période 2003-04, la seconde lecture ayant permis la détection de 6,7 % des cancers dépistés [2].

Références

- [1] Institut national du cancer. Plan cancer 2003-2006. Ce qui a changé. 380p (<http://www.e-cancer.fr> ; consulté le 04/12/2006).
- [2] Paty A.C., Ancelle-Park R., Julien M., Bloch J et al. Programme de dépistage du cancer du sein en France. Résultats 2004. InVS, Saint-Maurice, août 2006, 6 p. (http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_sein_2004/cancer_sein_2004.pdf ; document consulté le 02/04/2007).
- [3] Guilbert P., Gautier A. (sous la direction de). Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Ed. Inpes, Coll. Baromètres, St Denis, 2006, 176 p.
- [4] Institut de veille sanitaire. Taux de participation des femmes au programme de dépistage (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/default.htm> ; document consulté le 02/04/2007).
- [5] Duport N., Bloch J. Dépistage du cancer du sein, in Baromètre cancer, 119-126 (sous la direction de) Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. Inpes, Coll. Baromètres, St Denis, 2006, 208 p.
- [6] Accords de bon usage des soins relatifs à la mammographie. JO du 24 mars 2002 et du 23 juin 2006.