



LE POINT SUR...

LE PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DU CANCER DU SEIN : Organisation et résultats

R. ANCELLE-PARK (DGS Paris*), B. SÉRADOUR (ARCADES Marseille), P. SCHAFFER (ADEMAS Strasbourg)
H. ALLEMAND (CNAMTS Paris), M. TUBIANA (Centre A. Béclère Paris) et les responsables des départements
qui ont mis en place un dépistage systématique du cancer du sein

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins. Le pronostic est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. Différentes expériences internationales ont permis de conclure que sous réserve de conditions de réalisation associant rigueur et qualité technique, le dépistage de masse permet de réduire le risque de mortalité par cancer du sein de 30 % chez les femmes de 50 à 69 ans régulièrement dépistées [1].

En France, en 1987 deux programmes de dépistage organisé ont été mis en place à partir d'initiatives locales (Bas-Rhin et Rhône) et en 1989, le Fond national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) finance, dans dix départements, une campagne expérimentale de dépistage systématique du cancer du sein. Ces expériences ont été évaluées par la CNAMTS en 1993.

En 1994 un programme national a été établi par le ministère de la Santé. Le passage d'expériences pilotes à un programme national de dépistage nécessite une harmonisation des différentes pratiques et implique la mise en place de structures de pilotage.

ORGANISATION

Structures d'organisation

Le Comité national de pilotage créé par arrêté du 13 mai 1994 est chargé de définir les objectifs en matière de dépistage systématique du cancer du sein, d'orienter la politique de dépistage, d'homogénéiser les pratiques, d'animer l'action départementale et d'évaluer l'action entreprise.

Le Groupe permanent est constitué au sein du Comité national de pilotage. Une cellule de gestion est placée auprès du directeur général de la Santé. Elle est chargée d'assurer le secrétariat, de collecter et d'exploiter l'ensemble de l'information relative aux actions de dépistage conduites au niveau départemental en vue de l'évaluation globale du programme.

Les modalités du programme

Elles sont inscrites dans le cahier des charges. L'unité géographique est le département. Le dépistage s'adresse à toutes les femmes de la tranche d'âge de 50-69 ans. La méthode de dépistage utilise la mammographie avec une seule incidence oblique externe. L'intervalle entre deux mammographies de dépistage est de 3 ans. Les mammographies sont effectuées dans les cabinets de radiologie publics et privés. Les radiologues s'engagent à se former et à proposer un test performant et une chaîne radiologique de qualité. Le contrôle de qualité des mammographies est obligatoire et est fait selon les recommandations européennes adoptées par le groupe interdisciplinaire de mammographie GIM [2].

Un recueil centralisé et permanent des données de suivi de chaque femme dépistée des cancers diagnostiqués est nécessaire pour l'évaluation. Les données sur les cancers sont disponibles soit par un registre, soit par le recueil de données anatomocytologiques. Une standardisation et un contrôle de qualité sont à mettre en place selon les recommandations pour l'anatomocytologie [3].

RÉSULTATS

Actuellement 20 départements développent un programme de dépistage systématique : les 10 départements « anciens » ayant démarré sous l'égide de la CNAMTS (Alpes-Maritimes, Ardennes, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Isère, Marne, Rhône, Sarthe, Somme, Val-d'Oise) et 10 départements récents ayant mis en place un programme depuis 1994 (Allier, Calvados, Haute-Vienne, Ille-et-Vilaine, Loire, Loire-Atlantique, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Puy-de-Dôme, Var). Avec ces 20 départements le programme s'adresse à 1 700 000 femmes, soit près d'un tiers de la population féminine française de 50 à 69 ans.

Parmi les 14 départements candidats, 2 (l'Orne et l'Hérault) fonctionnent avec une unité mobile et 8 autres seront prêts à démarrer en 1997 : Charente, Moselle, Nièvre, Nord, Oise, Saône-et-Loire, Seine-Saint-Denis, Yvelines, soit une population cible de 700 000 femmes.

L'objectif du programme est la réduction de la mortalité par cancer du sein dans la population dépistée. Comme un certain recul est nécessaire pour obtenir ce type de données, des indicateurs précoces sont utilisés pour surveiller l'impact, la qualité et l'efficacité du programme selon les recommandations du programme Europe Contre le Cancer [4].

Les résultats sont présentés pour 5 des 10 départements de la CNAMTS, pour lesquels on dispose des résultats exhaustifs (tabl. 1).

Les indicateurs d'impact

Ils comprennent les taux de participation. Les dénominateurs utilisés sont les données INSEE et les taux présentés sont calculés sur la participation au programme pour une première mammographie (première vague). À 3 ans, à la fin de la première campagne, on observe des taux faibles de 26 % en moyenne avec des extrêmes allant de 11 % à 42 %. Après six ans, ces taux atteignent pour les meilleurs programmes 53 %, la référence européenne étant de 60 % de participation.

* Direction générale de la Santé, bureau SQ2, 8, avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP.

Les indicateurs de qualité (tabl. 1)

Le taux de rappel correspond au pourcentage de femmes ayant une mammographie suspecte et nécessitant des examens complémentaires. Les taux dépendent à la fois de la qualité technique du test et de son interprétation, l'objectif étant d'éviter les excès de faux positifs qui engendrent des angoisses inutiles et les faux négatifs. C'est pourquoi dans le modèle français décentralisé où tous les radiologues publics et privés d'un département pratiquent les tests et font les interprétations, il est important de s'assurer d'un contrôle de qualité régulier des appareils et de la formation du personnel médical. Les résultats de la première vague (première mammographie de la femme dans le programme) sont en moyenne de 7,8 %. Les performances s'améliorent avec la deuxième vague (deuxième mammographie).

Le taux de biopsie : selon les normes européennes les taux de biopsie doivent être inférieurs à 1,5 %. Les résultats sur 5 programmes français sont conformes pour la première vague et s'améliorent avec la deuxième.

La valeur prédictive positive de la biopsie (VPP) correspond à la proportion de cancers détectés parmi les biopsies réalisées. Les taux de biopsie sont le reflet de la qualité du diagnostic et des critères adoptés pour la décision opératoire. Ces taux s'améliorent avec la deuxième mammographie.

Tableau 1. - Indicateurs de qualité et d'efficacité : 5 programmes

	Références européennes	1 ^{re} vague Taux moyens (extrêmes)	2 ^e et 3 ^e vagues Taux moyens (extrêmes)
	%	%	%
Taux de rappel	< 7	7,8 (4,4-12)	4,5 (2,5-8,5)
Taux de biopsies	< 1,5	1,1 (1-1,5)	0,5 (0,4-0,8)
VPP biopsies	> 50	48,3 (32-53,2)	62,4 (36-68,2)
Taux de cancers détectés	> 0,5	0,54 (0,49-0,59)	0,39 (0,25-0,49)
Taux de cancers invasifs ≤ 10mm	> 25	30 (28,1-34,4)	30 (28-34)

Les Indicateurs d'efficacité (tabl. 1)

Le dépistage permet la détection de cancers infracliniques. La première mammographie permet de détecter les cancers présents avant le dépistage, soit les cancers prévalents, la deuxième mammographie et les mammographies suivantes détecteront les nouveaux cancers (cancers incidents).

Le dépistage régulier détecte des cancers de plus en plus petits. L'efficacité se mesure sur la proportion de cancers invasifs de bon pronostic (taille histologique ≤ 10 mm sans envahissement ganglionnaire).

Les cancers d'intervalle sont définis comme des cancers survenus entre deux dépistages après un test négatif. En France les cancers d'intervalle sont définis comme des cancers cliniques et infracliniques. Les taux de cancers d'intervalle pour 0-11 mois sont en moyenne de 0,55 % (0,39-1,06), la référence européenne étant < 0,60 %. Pour 0-24 mois le taux de cancers d'intervalle est de 1,05 % (0,85-1,45).

CONCLUSION

Les indicateurs de qualité du programme national de dépistage systématique du cancer du sein français sont en moyenne comparables aux normes européennes. L'évolution au cours des vagues de dépistage montre une amélioration des compétences en dépistage et en diagnostic avec des biopsies mieux ciblées. Néanmoins, plusieurs problèmes importants se posent.

Les taux de participation et les résultats sont hétérogènes d'un département à l'autre. Initialement, le programme laissait une très grande autonomie aux départements. La stricte application de règles communes s'impose afin d'éviter des disparités. Ceci nécessite une structure nationale dotée d'une autonomie et de moyens suffisants.

La coexistence d'un dépistage individuel spontané et d'un dépistage organisé explique les faibles taux de participation au sein du dépistage organisé et un certain nombre de dysfonctionnements. Des solutions sont à l'étude.

L'application des programmes d'assurance de qualité requiert des efforts permanents des radiologues et des anatomo-cytopathologistes. Une habilitation devra être envisagée pour ceux effectuant cet effort.

Seul un quart des femmes françaises bénéficie du dépistage organisé. Pourtant la généralisation à l'ensemble de la population doit être prévue.

À la demande du ministre de la Santé, le Comité national de pilotage étudie des modalités permettant, tout en conservant les critères du cahier des charges (contrôle de qualité, formation, suivi, évaluation), d'augmenter la participation et d'étendre le dépistage organisé sur tout le territoire.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] TABAR L., FAGERBERG C., GAD A. *et al.* - Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. - *Lancet* 1985, 1 : 829-32.
- [2] BOUNIK H., DESQUERRE-AUFORT I., NOËL A., STINES J. - *Recommandations du groupe interdisciplinaire de mammographie (G.I.M) sur l'assurance de qualité en mammographie.* - *Rev. Im. Med* 1994, 6 : 447-54.
- [3] VACHER-LAVENUE M. C., BALATON A., BELLOCQ J.-P. *et al.* - *Contrôle de qualité en anatomo-cytopathologie. Cancer du sein.* - *Arch. Anat. Cytol. Path.* 1995, 43,1-2 : 101-16.
- [4] Europe Against Cancer. *European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. European Commission 1992-1996.*

ENQUÊTE

ANALYSE DES PRATIQUES DE MAMMOGRAPHIE DE 2029 CONSULTANTES sans antécédent personnel de cancer du sein en Centre d'examen de santé

D. FALAISE*, S. VOL*, J.-P. CARPENTIER*, C. CALVET*, J.-M. LE MAUFF**, J. TICHET*

Première cause de décès par cancer des femmes en France, le cancer du sein est accessible à un dépistage précoce par la mammographie. En dépistage individuel, l'antécédent familial au 1^{er} degré - mère, sœur - (atcdF) de cancer du sein cible un sous-groupe de femmes à haut risque [1].

En dépistage systématique, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a émis des recommandations applicables aux examens périodiques réalisés dans les Centres d'examen de santé (CES) : pour les femmes ayant un atcdF, une mammographie tous les 2 ans de 35 à 69 ans inclus et pour celles sans atcdF, une mammographie tous les 3 ans de 50 à 69 ans inclus.

Nous avons voulu connaître les pratiques de mammographie des consultantes, se présentant aux examens des CES.

POPULATION ET MÉTHODES

La population interrogée a été constituée des assurées sociales et ayants droit, âgées de 20 à 69 ans, volontaires pour un examen périodique de santé, prises en charge par une caisse primaire d'assurance maladie, du 15 octobre 1994 au 10 avril 1995. 2029 consultantes sans antécédent personnel de cancer du sein ont été interrogées par les médecins de 7 CES (Alençon, Angers, Blois, Caen, Châteauroux, Cholet et Tours). Aucun des 7 CES n'organisait de dépistage du cancer du sein par mammographie, lors de l'examen de santé,

ni ne participait à une campagne de dépistage organisée. 595 patientes (29 %) étaient âgées de moins de 35 ans, 918 (45 %) de 35 à 49 ans et 516 (26 %) de 50 à 69 ans.

Un questionnaire anonyme était rempli par le médecin. Il précisait les antécédents personnels, familiaux de cancer du sein et d'examen mammographiques. Seule était retenue la notion d'un atcdF. Lorsqu'une mammographie avait été pratiquée, le questionnaire en précisait les indications : signe fonctionnel (plainte, douleur, tension), signe clinique (grosseur, écoulement), prescription d'un dépistage systématique ou autre motif (bilan de cancer, chirurgie esthétique, désir personnel).

RÉSULTATS

Pratique des mammographies

Lorsqu'elles se sont présentées à la consultation du CES, 54 % des consultantes (1095 femmes) avaient déjà eu au moins une mammographie au cours de la vie (tabl. 1). Ce pourcentage augmentait avec l'existence d'un atcdF : 73,9 % des femmes avec atcdF contre 52,5 % des femmes sans ($p < 0,01$) et avec l'âge.

* Institut régional pour la santé (IRSA), 45, rue de la Parmentière, 37520 LA RICHE (tirés à part : M^{me} D. Falaise).

** Centre d'examen de santé (CES), place Coty, 41000 BLOIS.