

Programme de dépistage organisé du cancer du sein : tendances des indicateurs précoces

Rosemary Ancelle-Park¹, Javier Nicolau¹, Annie-Claude Paty¹
et les Coordinateurs des centres de dépistage départementaux du cancer du sein²

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ; ²Voir fin de l'article

INTRODUCTION

La Direction générale de la santé a établi, en 1994, un programme national de dépistage basé sur les recommandations européennes pour la formation, le contrôle de qualité et l'évaluation [1] et sur l'expérience du dépistage dans les dix départements pilotes mis en place, entre 1989 et 1991, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Récemment, l'efficacité du dépistage du cancer du sein a été contestée [2] mais les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé concernant le dépistage organisé ne sont pas remises en cause par cette controverse [3,4]. Cet article présente les résultats de l'évaluation des indicateurs précoces du programme organisé et leurs tendances.

POPULATION ET MÉTHODES

Les modalités du programme organisé sont établies par le cahier des charges qui a évolué au cours du temps : le dépistage s'adresse à toutes les femmes de 50-69 ans suivies jusqu'à 74 ans qui sont invitées au cours d'une campagne. Depuis 1999, le test de dépistage est une mammographie à deux clichés de face et oblique externe et l'intervalle entre deux mammographies est de deux ans. La femme ayant une mammographie suspecte est rappelée pour examens complémentaires. Les mammographies sont effectuées dans les cabinets de radiologie publics et privés. Les radiologues s'engagent à faire remonter les données, à se former, à effectuer une double lecture, à proposer un test performant et une chaîne radiologique de qualité. Le contrôle de qualité des mammographes est obligatoire.

Les données recueillies comportent : l'âge, les antécédents de mammographies des femmes participant pour la première fois dans le programme de dépistage (pas de mammographie antérieure, mammographie de moins de trois ans et de plus de trois ans), le résultat de la mammographie et les résultats anatomo-cytopathologiques des cancers détectés. Tous les fichiers de données ont un accord de la CNIL. Les références européennes pour les indicateurs précoces d'impact, de qualité et d'efficacité sont utilisées [1]. Les données présentées comprennent toutes les années de dépistage de 1989 à 2000.

Le terme de prévalence s'applique aux premières mammographies quelle que soit l'année d'invitation. Le terme d'incidence s'applique aux mammographies suivantes, 2^{es}, 3^{es}, etc...

RÉSULTATS

En 2000, 32 départements étaient inclus dans le programme correspondant à une population Insee de 2 841 926 femmes, soit 45 % de l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans ciblé en France.

Indicateurs d'impact

Activité de dépistage

Depuis 1989, 2 347 349 mammographies ont été réalisées dans le cadre du dépistage organisé et 1 427 792 femmes ont effectué une première mammographie.

Taux de participation

Globalement le taux de participation en 2000 est de 43 % alors que la référence européenne est de 60 %. Ce taux varie d'un département à un autre (extrêmes : 20 % - 60 %), mais une amélioration est observée au cours du temps (tableau 1).

Tableau 1

Taux de participation par campagne						
Campagnes	1 ^{re} campagne	2 ^e campagne	3 ^e campagne	4 ^e campagne	5 ^e campagne	6 ^e campagne
Taux	34,9	41,6	39,7	40,6	49,6	52,6

Antécédents de mammographie

Pour l'année 2000, les données concernant les antécédents de mammographie à la première participation ont été exploitables pour 11 départements soit pour un total de 125 796 femmes :

27 % des femmes n'avaient jamais effectué de mammographie antérieurement, 18 % avaient une mammographie de plus de trois ans, 48 % avaient une mammographie de moins de trois ans et 7 % ne pouvait donner l'information.

Indicateurs de qualité

Taux de rappel ou taux de mammographies anormales

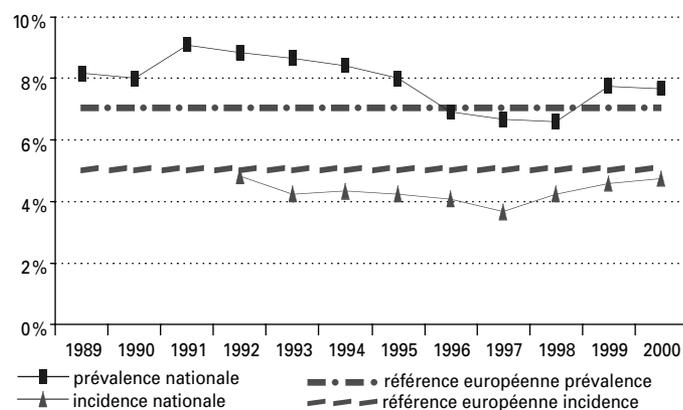
Il correspond au pourcentage de femmes rappelées pour effectuer un examen complémentaire.

En analyse de prévalence, le taux moyen de rappel dans le programme est, en 2000, de 7,6 % (extrêmes : 3,7 - 11,4 %) (référence européenne < 7 %). Les taux de rappel diminuent avec le temps pour atteindre 7 % entre 1995 et 1998. On observe pour les années suivantes une légère augmentation à 8 % (figure 1).

Vingt-cinq départements ont effectué plusieurs campagnes. En analyse d'incidence, le taux moyen de rappel est de 4,4 % (extrêmes : 2,9 - 7,5 %), en accord avec la référence européenne (< 5 %).

Figure 1

Taux de rappel : évolution par année (prévalence et incidence)



Le taux de rappel diminue avec l'âge à la fois en prévalence et en incidence (tableau 2).

Valeur prédictive positive (VPP) de l'indication de la biopsie chirurgicale

Elle permet d'évaluer l'adéquation de la prescription. La VPP augmente au cours du temps pour atteindre 53 % en prévalence et 65 % en incidence (figure 2). La référence européenne est de 50 %.

Figure 2

Valeur prédictive positive de l'indication de la biopsie : évolution par année (prévalence et incidence)

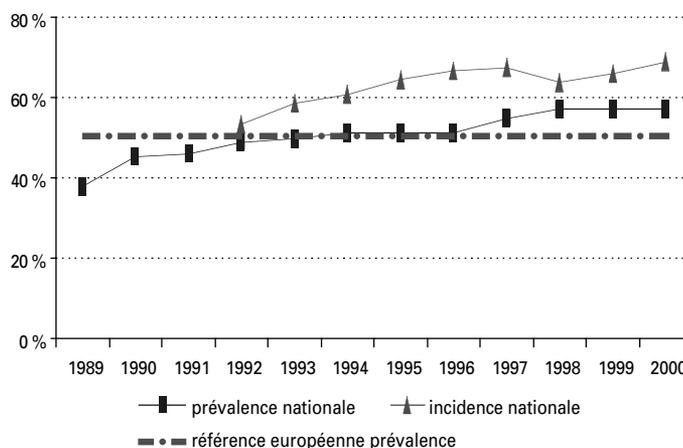


Tableau 2

Indicateurs de qualité et d'efficacité depuis la mise en place du dépistage (valeur moyenne)

	Prévalence					Incidence				
	Total	50-54	55-59	60-64	65-74	Total	50-54	55-59	60-64	65-74
Qualité										
Taux de rappel (%)	7,6	8,4	7,6	7,1	6,8	4,4	5,3	4,6	4,4	4,1
VPP de la biopsie (%)	53,2	41,1	50,9	56,7	64,2	65,6	51,0	57,2	66,2	73,7
Efficacité										
Taux de cancers (‰)	5,6	3,9	5,2	6,2	7,8	4,2	3,0	3,4	4,3	5,0
Cancers In Situ (%)	14,3	20,9	14,9	12,4	11,0	14,5	21,0	14,7	15,3	12,7
Cancers invasifs ≤ 10 mm (%)	35,3	34,1	35,2	37,5	34,5	37,3	36,4	37,2	36,4	38,0
Cancers invasifs N-* (%)	71,0	68,3	68,6	70,7	74,0	72,9	71,1	67,5	73,8	75,0
Cancers invasifs ≤ 10 mm et N-* (%)	29,1	27,5	27,9	31,1	29,2	30,9	30,7	30,0	29,4	32,1

* N- : sans envahissement ganglionnaire

Indicateurs d'efficacité (tableau 1)**Taux de cancers**

Depuis 1989, 11 867 cancers ont été identifiés par le dépistage organisé dont 8 010 en prévalence et 3 857 en incidence.

En analyse de prévalence, ce taux est en moyenne de 5,6 ‰ et varie entre 3 ‰ et 9,4 ‰. (référence européenne = 5 ‰). Les départements ayant des résultats extrêmes (< 4 ‰ et > 7 ‰) sont des départements très récents pour lesquels les données ne sont pas consolidées.

En incidence, le taux moyen de cancers est de 4,2 ‰ (extrêmes : 2,7 - 7,6 ‰).

Pourcentage de cancers in situ

Par rapport aux cancers détectés, le pourcentage de cancers in situ est de 14,3 ‰ (extrêmes : 7,8 - 22,5 ‰) (référence européenne ≥ 15 ‰). Ce taux diminue régulièrement avec l'âge et atteint en prévalence comme en incidence 21 ‰ pour les femmes de 50 à 54 ans, 11 ‰ en prévalence et 12,7 ‰ en incidence pour les femmes de 65 ans et plus.

Pourcentage de cancers invasifs ≤ 10 mm

Le pourcentage de cancers invasifs ≤ 10 mm est en moyenne de 35 ‰ (extrêmes : 28,8 - 52,3 ‰) (référence européenne ≥ 25 ‰) et ne varie globalement pas avec l'âge (tableau 2). Il est élevé dans tous les départements et atteint en incidence 37 ‰ (extrêmes : 20,8 - 52,3).

Pourcentage de cancers sans envahissement ganglionnaire

Le pourcentage de cancers sans envahissement ganglionnaire est de 71 ‰ et tous les départements ont un taux de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire supérieur à 60 ‰ (référence européenne > 60 ‰). En incidence, on constate que ce taux atteint 73 ‰.

Pourcentage de cancers ≤ 10 mm sans envahissement ganglionnaire

Le pourcentage de cancers ≤ 10 mm sans envahissement ganglionnaire est de 29 ‰ en prévalence et 31 ‰ en incidence. Il n'y a pas de référence européenne sur cet indicateur.

DISCUSSION

En 2000, le programme de dépistage organisé du dépistage du cancer du sein comprend 32 départements. Les taux de participation sont en augmentation. Ils demeurent cependant très variables d'un département à un autre (20 ‰ à 60 ‰). Cette faible participation s'explique, entre autre, en France par le taux important de dépistage individuel existant de manière concomitante au dépistage organisé, comme le montre le pourcentage élevé de femmes (48 ‰) ayant effectué un dépistage dans les trois ans avant leur participation au programme organisé. Différentes enquêtes montrent des taux de couverture (dépistage organisé plus dépistage individuel) élevés dans les départements avec dépistage, allant de 50 à 77 ‰ selon le département [5-8]. Un nouveau cahier des charges comprenant des nouvelles modalités (examen clinique, clichés supplémentaires

et examens radiologiques complémentaires immédiats) dont l'objectif est d'augmenter la participation, est en cours de mise en place en 2002 (voir page 16).

Près de 12 000 cancers ont été détectés par le dépistage organisé dont 2 216 en 2000. Les taux de petits cancers inférieurs ou égaux à 10 mm sont élevés, 35 ‰ en prévalence. Ce taux est plus élevé que le taux de petits cancers détectés en dehors d'un programme (27 ‰) [9]. En incidence on observe aussi des taux de petits cancers plus élevés dans les départements avec un dépistage organisé que dans une région où le dépistage n'est pas encore mis en place (en 1999, 34 ‰ versus 13 ‰) [10].

Les indicateurs détaillés sur la qualité, l'impact et l'efficacité du programme de dépistage permettent d'obtenir une évaluation précise de la situation, et d'apprécier les bénéfices d'un programme organisé. Ils permettent aussi d'évaluer les effets délétères et leurs tendances au cours du temps. On observe en particulier une réduction du nombre de faux positifs à la fois par l'amélioration des taux de rappel et par l'amélioration de la valeur prédictive positive de l'indication de la biopsie chirurgicale, c'est-à-dire une réduction des biopsies effectuées pour des lésions qui ne sont pas des cancers.

Les taux de rappel diminuent avec le temps pour atteindre entre 1995 et 1998 les 7 ‰ recommandés au niveau européen. On observe cependant pour les années suivantes une légère augmentation en incidence et en prévalence qui est concomitante avec la mise en place des deux clichés par sein. Une étude spécifique devrait documenter cette observation.

Il est essentiel de rappeler l'importance de la surveillance des indicateurs qui permettent, tant au niveau local qu'au niveau national, de vérifier qu'à tout moment le programme propose aux femmes un niveau maximal de qualité.

CONCLUSION

Les tendances déjà observées de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein se confirment. La participation est très variable entre départements et reste globalement faible alors que les indicateurs de qualité sont satisfaisants. Le nouveau cahier des charges devrait permettre de rapprocher les pratiques du dépistage organisé des pratiques du dépistage individuel permettant ainsi d'harmoniser le système en y incluant une qualité maximum.

² Allier, Dr Le Bris - Alpes Maritimes, Dr. Granon - Ardennes, Mme Bazin - Bas-Rhin, Dr Guldenfels - Bouches-du-Rhône, Dr Seradour - Calvados, Dr Lefort - Charente, Dr Mahieu - Essonne, Dr Bernoux - Haute-Vienne, Dr Manain-Pazialt - Hérault, Dr Cherif-Cheikh - Ille-et-Vilaine, Dr Bohec - Indre, Dr Couzon ; Isère - Dr Garnier, Dr. Exbrayat - Loire, Dr. Convers - Loire-Atlantique, Dr Allieux - Marne, Dr Arnold - Mayenne, Dr Lalanne - Meurthe-et-Moselle, Dr Morel - Moselle, Dr Mathis - Nièvre, Dr Debuire - Nord, Dr Cockenpot; Oise, Dr. Weick ; Orne, Dr. Notari-Lefrançois, Puy-de-Dôme, Dr Isnard - Rhône, Mme Courtial - Saône-et-Loire, Mme Touillon - Sarthe, Mme Moutarde, Mme Charbonnier ; Seine-Saint-Denis, Dr Debeugny - Somme, Dr Peng - Val-d'Oise, Dr. Dehe - Var, Docteur Harmel - Yvelines, Dr Soyser

RÉFÉRENCES

- [1] Europe Against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. European Commission 1996
- [2] Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001 ;358 :1340-
- [3] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Evaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. Paris : Anaes, 1997
- [4] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Etude d'évaluation technologique. Paris: ANAES, 1999
- [5] Aubert J-P, Falcoff H, Florès P, Gilberg S, Hassoun D, Petrequin C, Van Es P, Dépistage mammographie individuel du cancer du sein chez la femme de 50 à 69 ans. *La revue du praticien médecine générale*. 1995. N°300. 40-51
- [6] Mamelle N, Lacour A, Arnold F, Bazin et al Résultats des Programmes de dépistage de masse du Cancer du sein en France. *La presse médicale*. 1996. 25. N°35. 1663-66
- [7] Wait S, Schaffer P, Séradour B, Chollot M, Demay M, Dejouhanet S, Le dépistage spontané du cancer du sein en France. *Bull Cancer*. 1997.84(6). 619-24
- [8] Séguret F, Daurès J-P, Guizard A-V, Mathieu-Daude H, Bonifacj J-C, Cherifcheik J, Lamarque J-L, Hérault breast screening programme : Result after 30 months of a mobile french schedule. *European Journal of cancer Prevention*. 1995. Vol 4 ; 299-305
- [9] Exbrayat C, Garnier A, Colonna M, Assouline D, Salicru B, Winckel P, Menegoz F, Bolla M. Analysis and classification of interval cancers in a french breast cancer screening programme (département de l'Isère). *Eur.J. Cancer Prev*. 1999 ; 8 : 225-260
- [10] Aptel I, Grosclaude P, Duchene Y, Sauvage M et le groupe de travail de l'Urcam. Stades des cancers du sein dans une région sans dépistage systématique : étude à partir des demandes de mise en affection longue durée dans la région Midi-Pyrénées (1998-1999). *BEH* 2000 ; 22 : 91-93