

Évaluation de l'application du nouveau cahier des charges du dépistage du cancer du sein

Annie-Claude Paty, Rosemary Ancelle-Park, Juliette Bloch

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

INTRODUCTION

En 2000, le Plan cancer du ministère de la Santé établit la généralisation d'un programme de dépistage, déjà initié au niveau de 32 départements depuis 1994. En 2003, 46 nouveaux départements intégraient le programme national et en mars 2004 l'ensemble des départements métropolitains était couvert (DOM courant 2004).

Le nouveau cahier des charges des programmes de dépistage des cancers [1,2,3], publié en 2001, a pour objectif de conserver les avantages de l'ancien cahier des charges tout en tenant compte de l'ensemble des critiques formulées par les femmes et les médecins (tableau 1). Il s'est adapté aux pratiques de dépistage du cancer du sein existantes en France, et offre une prestation similaire à celle du dépistage sur prescription individuelle. L'acte de mammographie de dépistage, coté ZM41, est gratuit pour les femmes de 50 à 74 ans. Cette cotation, créée en 2002, comprend deux incidences par sein, les clichés éventuellement à refaire, ainsi que, le cas échéant, les incidences complémentaires et les clichés agrandis. Échographie et cytoponction font partie du bilan de diagnostic complémentaire et sont à la charge de la femme. Le radiologue qui examine la femme et lit ses clichés immédiatement est appelé premier lecteur, celui qui « relit » les clichés normaux du premier lecteur est appelé second lecteur.

L'objectif de cette étude était d'évaluer si la mise en place rapide du programme sur l'ensemble du territoire s'était faite dans le respect du nouveau cahier des charges.

Tableau 1

Modalités principales de l'ancien et du nouveau cahier des charges	
Ancien cahier des charges (1996)	Nouveau cahier des charges (2001)
Femmes de 50 à 69 ans invitées tous les 3 ans	Femmes de 50 à 74 ans invitées tous les 2 ans
La mammographie comprend : - un cliché par sein	La mammographie comprend : - deux clichés par sein - des incidences complémentaires si nécessaire
	Un examen clinique des seins systématique
	Un bilan de diagnostic complémentaire peut être réalisé immédiatement par le radiologue premier lecteur, en présence : - d'anomalies sur la mammographie - d'un examen clinique anormal Ce bilan comprend un cliché en agrandissement et/ou une échographie et/ou une cyto ponction guidée.
Tous les clichés sont relus par un deuxième radiologue.	Les clichés jugés normaux ou bénins par le radiologue 1 ^{er} lecteur (y compris ceux « jugés négatifs » par le bilan diagnostic) sont relus par un radiologue 2 ^e lecteur.
En cas de résultats discordants entre le 1 ^{er} lecteur et le 2 ^e lecteur, l'arbitrage est donné par un 3 ^e lecteur	Un bilan de diagnostic complémentaire (différé) peut être demandé par le 2 ^e lecteur en cas de résultats discordants
Deuxième lecture centralisée ou non	Deuxième lecture centralisée
Les clichés sont archivés à la structure de gestion	Les clichés sont remis à la femme soit immédiatement, soit après la deuxième lecture

MÉTHODES

Au premier semestre 2004, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a évalué pour la première fois l'organisation et l'application du cahier des charges du nouveau programme de dépistage du cancer du sein.

Les données agrégées ont été obtenues à partir d'un questionnaire papier auprès des structures de gestion du dépistage.

Le critère d'inclusion d'un département dans l'étude était d'avoir une période d'activité de dépistage enregistrée égale au moins à deux mois. L'évaluation porte, en fonction des dates de démarrage des programmes dans les départements, sur les données 2003 ou de début 2004.

La première partie du questionnaire recueillait des informations qualitatives sur l'organisation locale du programme : état des lieux du parc mammographique, nombre de radiologues pratiquant des mammographies, organisation générale de la deuxième lecture.

La seconde partie du questionnaire concernait des informations quantitatives sur le dépistage, notamment sur les résultats des mammographies lues en première et deuxième lecture et les examens éventuellement effectués.

RÉSULTATS

Les données qualitatives ont été exploitables pour 82 départements, les données quantitatives pour 81, et 17 départements n'ont pas envoyé leurs données. L'activité de dépistage portait en moyenne sur une durée de 5,8 mois [intervalle de 2 à 11,9 mois]. Vingt cinq départements avaient moins de six mois d'activité.

(En italique figurent les préconisations du cahier des charges.)

Éléments d'organisation : données qualitatives

Parmi les radiologues pratiquant des mammographies, 87 % participaient au programme de dépistage national (2 781 radiologues sur les 3 199 radiologues des 67 départements renseignant cette information) et mobilisaient 85 % des mammographies de ces départements (1 308 mammographes sur 1 544 pour 65 départements renseignés).

La double lecture des mammographies jugées normales a pour but de détecter des cancers non vus en première lecture. La centralisation de la deuxième lecture permet de meilleures conditions de lecture ainsi que la possibilité de concertation pour les clichés difficiles.

En 2003 et au début de l'année 2004, 69 structures de gestion avaient un centre de deuxième lecture, 14 structures avaient deux sites, en général pour des problèmes de distances géographiques. Mais 13 départements avaient entre 4 et 11 sites de lecture et ne recommandaient donc pas aux recommandations du cahier des charges.

Les clichés jugés positifs (ou anormaux) par le premier lecteur et nécessitant un bilan de diagnostic immédiat, ne doivent pas passer en deuxième lecture sauf si ce bilan a innocenté l'anomalie. Cette disposition a pour but de ne pas retarder la prise en charge des femmes.

Sur les 82 départements, 71 déclaraient respecter strictement cette procédure, 7 départements s'en écartaient soit de façon ponctuelle (à la demande du radiologue pour les cas difficiles), soit systématiquement sur une durée définie dans le temps et dans un but d'évaluation. En revanche, 4 départements n'appliquaient pas les modalités du cahier des charges : 3 départements d'une même région soumettaient à deuxième lecture tous les clichés jugés positifs et 1 département soumettait les clichés présentant une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme était préconisée [4].

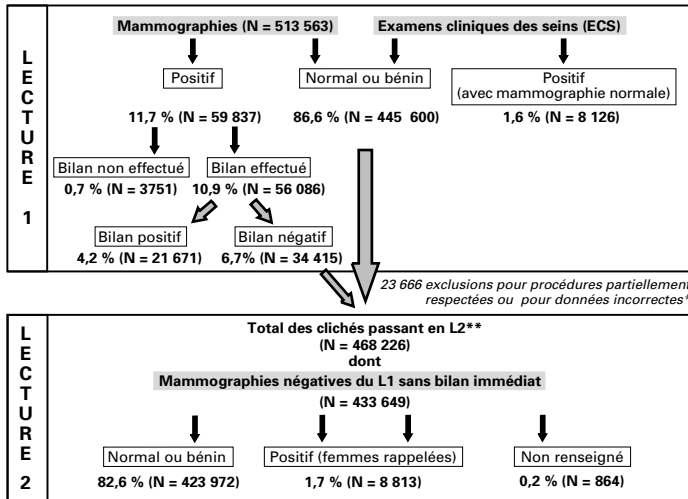
Données quantitatives

Pour une activité d'une durée moyenne de 5,8 mois, 513 563 femmes ont été dépistées. Les principaux résultats figurent dans l'arbre décisionnel de la figure 1.

Le taux global de mammographies positives après première ou deuxième lecture s'élève à 13,4 %. Il correspond au total des mammographies jugées anormales et nécessitant un bilan de diagnostic, rapporté au nombre de femmes dépistées. Ce taux diffère selon l'âge du programme : pour les 32 anciens départements « pilotes », il est de 12,6 % en moyenne (étendue : 6,3 % - 18,7 %) et s'élève à 14,7 % en moyenne pour les nouveaux départements (étendue : 4,5 % - 29,4 %).

Figure 1

Principaux résultats des procédures de lecture en 2003



Les pourcentages sont exprimés en taux et le dénominateur est le total des femmes dépistées.

*Exclusion des mammographies normales avec échographie, des mammographies positives de la 1^{re} lecture soumises à deuxième lecture, des mammographies positives et des examens cliniques des seins sans bilan de diagnostic immédiat.

**Comprend les mammographies normales en 1^{re} lecture (sans bilan immédiat) et celles jugées normales après le bilan de diagnostic immédiat (demandé pour motif radiologique et/ou clinique).

Mammographies positives en première lecture

En première lecture, 11,7 % [étendue : 3,8 % - 29 %] des mammographies ont été jugées positives (taux souhaitable inférieur ou égal à 10 %). Treize départements ont plus de 15 % de positifs en 1^{re} lecture, parmi lesquels 10 nouveaux départements (taux maximum de 30 %) et 3 anciens (taux maximum de 17 %). Après le bilan de diagnostic immédiat effectué par le premier radiologue, seules 4,2 % de mammographies restaient positives.

Plus de 6 % des mammographies positives en première lecture n'étaient pas suivies de bilan de diagnostic, contrairement aux recommandations du cahier des charges, et 6 % de mammographies positives étaient envoyées en deuxième lecture dans des départements qui déclaraient ne pas le faire.

Mammographies positives en deuxième lecture

En deuxième lecture, 1,7 % [étendue : 0,3 % - 4,9 %] des mammographies étaient jugées positives alors qu'elles avaient été considérées normales par les premiers lecteurs. Ces cas nécessitent un rappel de la femme pour bilan de diagnostic, qui est dit « différé » par rapport à la réalisation de la mammographie.

Le taux de bilans différés effectivement demandés est ininterprétable en raison de la mauvaise qualité des données.

Résultats de l'examen clinique des seins

L'examen clinique des seins effectué par le radiologue est une spécificité du programme et a pour objectif de détecter les cancers symptomatiques radio-occultes.

Si le pourcentage global d'examen cliniques réalisés n'a pas été relevé, en revanche, 1,6 % des femmes ont eu un examen clinique jugé anormal alors que la mammographie était normale, dont 18,8 % ont été suivis d'un bilan de diagnostic.

Pratique de l'échographie

L'échographie n'est pas un examen du dépistage mais elle est recommandée en présence d'une densité mammaire très élevée gênant la lecture.

Environ 4 % des femmes ont eu une échographie alors que la mammographie et l'examen clinique étaient normaux. Dans 50 % des cas, ces échographies étaient motivées par une densité mammaire élevée.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette première évaluation montre que la majorité des structures de gestion respectent le nouveau cahier des charges. Elle révèle cependant que 16 structures de gestion sur les 82 étudiées appliquent partiellement le nouveau cahier des charges : soit en termes d'organisation, 13 structures ne proposant pas de deuxième lecture centralisée, soit en termes de qualité, 4 structures soumettant à deuxième lecture des clichés de femmes qui devraient avoir une surveillance ou une biopsie au décours immédiat de la mammographie.

Les taux de mammographies positives nécessitant un bilan de diagnostic immédiat sont assez élevés au regard des résultats attendus pour les nouveaux départements mais restent acceptables avec un taux de 11,7 % en moyenne sur les 82 départements.

Le taux de mammographies positives en deuxième lecture, 1,7 % en moyenne, est conforme au taux souhaitable (inférieur ou égal à 2 %).

L'apport de l'examen clinique et la pratique de l'échographie réalisée hors cahier des charges n'ont pu être évalués du fait d'un recueil de mauvaise qualité.

Les résultats présentés sont des résultats préliminaires, qui seront consolidés lors de l'évaluation réalisée par l'InVS à partir des données non agrégées ; l'analyse a porté sur une période d'activité courte, donc sur des effectifs faibles. De plus, le démarrage des programmes ayant été l'occasion de différents ajustements des procédures de recueil et d'extraction des données entre 2002 et 2004, il apparaît un manque de standardisation dans les données.

Toutefois, cette première évaluation effectuée avec la collaboration du Groupe technique national sur le dépistage du cancer du sein dans le cadre du pilotage du programme a permis d'identifier rapidement les quelques départements qui n'appliquaient pas les modalités du cahier des charges. Les résultats, même provisoires, ont permis de focaliser l'attention sur la qualité des données et d'identifier les problèmes à résoudre pour optimiser celle-ci : ajustement des définitions du cahier des charges, modification du recueil des données ou du codage dans les bases de données.

REMERCIEMENTS

Nous remercions le Groupe technique national sur le dépistage du cancer du sein, présidé par le Dr. B. Séradour, qui a demandé cette étude dans le cadre du pilotage du programme national et collaboré à l'élaboration du questionnaire.

Nous remercions également les médecins coordonnateurs des structures de gestion ayant participé à l'étude.

La liste des structures de gestion participant au programme de dépistage organisé est disponible sur le site Internet :

<http://www.rendezvousantepius.net/>

TAUX DE PARTICIPATION 2003

Le taux de participation se définit comme le pourcentage de femmes de 50 à 74 ans venues réaliser une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Ce taux de participation correspond au nombre de femmes ayant eu une mammographie en 2003 rapporté à la population Insee des femmes de 50 à 74 ans (projections Omphales année 2003 de la population Insee) et au nombre de mois d'activité dans chaque département. En 2003, le taux de participation est estimé à 32,7 % pour les 78 départements ayant un programme de dépistage organisé (858 825 femmes dépistées). Vingt et un de ces départements avaient moins de six mois d'activité en 2003 et présentaient un taux de participation bas, caractéristique du début de l'activité. Après exclusion de ces 21 départements, le taux de participation s'élève à 33,7 %. Ce taux de participation diffère selon l'ancienneté des départements dans le dépistage organisé : il est de 34,2 % pour les anciens programmes et 32,1 % pour les nouveaux programmes ayant au moins 6 mois d'activité.

Taux de participation Insee 2003 par département ayant au moins 6 mois d'activité (anciens départements, nouveaux départements)

Département	Activité en mois	Participation	Département	Activité en mois	Participation	Département	Activité en mois	Participation
Anciens départements								
Allier	12	49,9 %	Oise	12	17,8 %	Aube	6,5	20,4 %
Alpes-Maritimes	12	26,5 %	Orne	12	47,1 %	Cantal	8,5	35,8 %
Ardennes	9	55,6 %	Puy-de-Dôme	12	44,1 %	Charente-Maritime	6	11,4 %
Aveyron	12	30,9 %	Bas-Rhin	12	45,3 %	Corrèze	9	55,0 %
Bouches-du-Rhône	12	21,2 %	Rhône	12	42,8 %	Côtes-d'Armor	11	42,2 %
Calvados	12	39,2 %	Saône-et-Loire	12	37,5 %	Finistère	11,5	70,0 %
Charente	12	24,3 %	Sarthe	12	52,2 %	Haut-Loire	8,5	43,2 %
Hérault	12	43,6 %	Yvelines	12	28,7 %	Lot-et-Garonne	8	50,8 %
Ille-et-Vilaine	12	53,6 %	Somme	12	28,6 %	Maine-et-Loire	8	38,0 %
Indre	12	28,1 %	Var	12	36,6 %	Haute-Marne	6	17,9 %
Isère	12	18,6 %	Haute-Vienne	12	46,8 %	Morbihan	12	52,7 %
Loire	12	23,9 %	Essonne	12	25,6 %	Hauts-Pyrénées	9	41,1 %
Loire-Atlantique	12	48,1 %	Seine-St-Denis	12	33,6 %	Haut-Rhin	12	25,7 %
Marne	12	39,8 %	Val-d'Oise	12	34,4 %	Paris	7,5	12,4 %
Mayenne	12	49,0 %	Nouveaux départements			Seine-Maritime	7,5	45,9 %
Meurthe-et-Moselle	12	23,0 %	Ain	9	13,7 %	Tarn	8	33,1 %
Moselle	12	18,6 %	Alpes-de-Haute-Provence	8	37,8 %	Vaucluse	6	20,3 %
Nièvre	6	40,6 %	Hautes-Alpes	8,5	23,6 %	Vendée	12	22,7 %
Nord	12	35,7 %	Ariège	9	24,2 %	Vienne	12	22,4 %
						Val-de-Marne	12	13,4 %

*L'Aveyron a un programme de dépistage organisé depuis 2001. Les autres anciens départements ont mis en place leur programme avant 2000.

RÉFÉRENCES

- [1] Cahier des charges relatif à l'organisation du dépistage des cancers, aux structures de gestion, aux radiologues, annexés à la convention type entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé. Bulletin officiel 2001-43 du 22 au 28 octobre 2001.
- [2] Recommandations destinées aux radiologues participant au programme organisé de dépistage des cancers du sein : circulaire DGS/SD5A n° 2003-115 du 10 mars 2003.
- [3] Ancelle-Park R. Implications du nouveau cahier des charges pour les indicateurs d'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein. BEH, 2003; 4:16.
- [4] Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion. Correspondance avec le système BIRADS de l'American College of Radiology (ACR). Anaes, 2002.

Importation d'un cas de rage canine en Aquitaine : recherche et prise en charge des contacts à risque, août 2004-mars 2005

Véronique Servas¹, Alexandra Mailles², Didier Neau^{3,4}, Christine Castor¹, Alain Manetti⁵, Eric Fouquet⁶, Jean-Marie Ragnaud^{3,4}, Hervé Bourhy⁷, Marie-Claire Paty⁸, Nathalie Melik⁹, Julien Astoul⁹, Florence Cliquet¹⁰, Marie-Pierre Moiton^{3,4}, Catherine François¹¹, Monique Coustillas¹², Jean-Claude Minet¹³, Pierre Parriaud¹⁴, Isabelle Capek², Laurent Filleul¹

¹Cellule interrégionale d'épidémiologie Aquitaine, Bordeaux ²Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ³Centre antirabique de Bordeaux ⁴Centre hospitalier universitaire, Bordeaux ⁵Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Gironde, Bordeaux ⁶Direction départementale des services vétérinaires de Gironde, Bordeaux ⁷Centre national de référence pour la rage, Paris ⁸Direction générale de la santé, Paris ⁹Direction générale de l'alimentation, Paris ¹⁰Laboratoire national de référence pour la rage animale, Nancy ¹¹Direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Lot-et-Garonne, Agen ¹²Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de Dordogne, Périgueux ¹³Direction départementale des services vétérinaires Lot-et-Garonne, Agen ¹⁴Direction départementale des services vétérinaires de Dordogne, Périgueux

INTRODUCTION

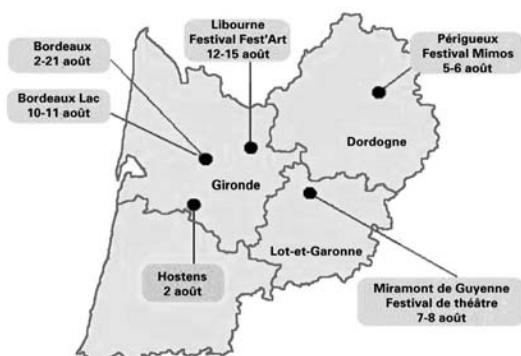
Le 26 août 2004, le Centre national de référence pour la rage-Institut Pasteur (CNRR) informait l'Institut de veille sanitaire (InVS) d'un diagnostic de rage chez un chiot de 4 mois importé illégalement du Maroc à Bordeaux (Gironde). L'animal, non vacciné et non identifié, avait été recueilli en région d'Agadir et introduit en France en voiture le 11 juillet via l'Espagne. Devenu agressif le 17 août, son état s'était rapidement dégradé et il était mort le 21 août.

La rage est une zoonose due à un Rhabdovirus du genre *Lyssavirus*. Transmise accidentellement à l'homme au moyen de la salive par morsure, griffure, léchage sur peau excoriée ou sur muqueuse, sa durée d'incubation varie classiquement de 1 à 3 mois. En l'absence de traitement pendant cette phase, la rage entraîne une encéphalomyélite d'évolution fatale. La France est indemne de rage des animaux terrestres depuis 2001. La rage vulpine, introduite en 1968, a été éliminée grâce à la vaccination orale des renards associée au contrôle des animaux errants [1]. Une investigation était alors décidée par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et les Directions départementales des services vétérinaires (DDSV) des départements concernés et la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) d'Aquitaine en lien avec la Direction générale de la santé, la Direction générale de l'alimentation, le CNRR et l'InVS. Toute personne en contact avec le chiot pendant la période à risque devait être identifiée et orientée vers un Centre antirabique (Car), seule structure habilitée à poser l'indication et à pratiquer la vaccination post-exposition. Tout animal exposé devait être retrouvé pour prévenir toute réintroduction de rage des animaux terrestres en France.

La phase d'excrétion salivaire du virus débute au plus tôt 15 jours avant l'apparition des signes cliniques et dure jusqu'à la mort. Le chiot pouvait donc avoir été contaminant au maximum du 02 au 21 août. Durant cette période, l'animal et son propriétaire s'étaient rendus dans différents endroits en Gironde, Dordogne et Lot-et-Garonne, notamment à l'occasion de festivals. Ces manifestations attirent des milliers de visiteurs de France mais aussi d'Europe (figure 1). Le chiot n'était pas constamment tenu en laisse.

Figure 1

Itinéraire de l'animal enragé du 2 au 21 août 2004



MÉTHODES

Devant l'importance du nombre de personnes et d'animaux ayant pu être en contact avec le chiot pendant la période à risque, une cellule de crise a été mise en place à Bordeaux par le Préfet de Gironde du 27 août au 22 septembre, ainsi qu'une cellule de crise interministérielle au niveau national. Ces cellules ont permis, par des contacts réguliers, la coordination des investigations et des mesures prises. Elles incluaient tous les acteurs impliqués au plan local et national.

Recherche des contacts

Le propriétaire du chiot a été interrogé et son parcours en Aquitaine a été reconstitué pour établir une liste de personnes et d'animaux potentiellement exposés, dans son entourage et lors de ses déplacements entre le 2 et le 21 août.

Un plan de communication important a été activé afin que toute personne ayant côtoyé le chiot prenne contact avec un Centre 15 ou les autorités sanitaires et que toute personne dont l'animal avait pu être en rapport avec le chiot s'adresse à un vétérinaire ou à la DDSV de son département. Les photos du chiot et la description des contacts recherchés sur indications du propriétaire étaient régulièrement diffusés par les médias. Des avis de recherche étaient adressés à toutes les Ddass pour diffusion dans les lieux publics, services d'urgence, Centre 15 et Car.

Une alerte a été lancée auprès des autorités sanitaires européennes et de l'OMS pour retrouver des contacts résidant à l'étranger [2].

Une permanence téléphonique 24 heures sur 24 a été mise en place à la Préfecture de Gironde jusqu'au 22 septembre puis de 8h à 18h jusqu'au 15 octobre. A partir d'une grille d'évaluation initiale, les personnes pour lesquelles un contact à risque était retrouvé ou suspecté (morsure, griffure, léchage sur peau excoriée ou sur muqueuse), avec un chiot pouvant être le chiot enragé (description concordante, lieu et date compatibles) étaient adressées à un Car. Après le 8 septembre, cette procédure était étendue aux contacts avec des carnivores ayant côtoyé le chiot et non retrouvés, ces derniers pouvant à leur tour être contaminants.

Les témoignages concernant des personnes ou animaux recherchés étaient traités avec les services de police et de gendarmerie. Du 10 au 22 septembre un numéro national d'information complétait le dispositif téléphonique.

Les personnes mordues par un chien en août en Aquitaine, signalées par les services d'urgence de toute la France à l'InVS, étaient contactées par les Cire et l'InVS pour déterminer si le chiot enragé était en cause.

Prise en charge des contacts

Dans les Car, une évaluation précise du risque des personnes adressées permettait de décider de l'opportunité et des modalités d'un traitement post-exposition (vaccination associée ou non à une sérothérapie) selon les recommandations de l'OMS [3].

Les animaux ayant côtoyé le cas index ont été identifiés par les DDSV et les vétérinaires sanitaires.

Les prélèvements ont été analysés par le CNRR, lorsqu'une contamination humaine pouvait exister ou par le Laboratoire national de référence pour la rage animale (LNR) dans les autres cas.