



ÉTUDE

STADE DES CANCERS DU SEIN DANS UNE REGION SANS DEPISTAGE SYSTEMATIQUE :

Etude à partir des demandes de mise en Affection Longue Durée dans la région Midi-Pyrénées (1998-1999)

I. Aptel^{1,2}, P. Grosclaude^{1,2}, Y. Duchene¹, M. Sauvage^{1,3} et le groupe de travail de l'URCAM⁴

INTRODUCTION

En France, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins avec près de 34000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année [1]. L'estimation des taux d'incidence pour 1995 montre que la région Midi-Pyrénées est une zone de sous-incidence par rapport à l'ensemble de la France (64,4 vs 77,0 pour 100 000⁽¹⁾) [2]. Le nombre estimé y était de 1384 cas pour l'année 1995 [3].

Dans la région Midi-Pyrénées, il n'y a pas de dépistage systématique du cancer à grande échelle. Il existe cependant quelques dépistages organisés dans le cadre d'entreprises ou pour une caisse d'Assurance Maladie (Société de Secours Minier) mais l'ensemble de ces dépistages couvre moins de 1 % de la population féminine concernée dans la région. Une enquête téléphonique réalisée auprès des femmes de 50 à 69 ans résidant en Haute-Garonne en 1993 montrait que celles-ci avaient eu moins souvent de mammographies dans les 3 ans précédant l'enquête que celles résidant dans des départements ayant un programme de dépistage organisé (48,2 % en Haute-Garonne vs. de 57,4 à 77,6). L'essentiel de la différence portait sur la pratique de mammographie de dépistage [4].

Avant la mise en application à grande échelle du dépistage systématique du cancer du sein (loi n° 98-11-94 du 23 décembre 1998), il était intéressant de faire le point sur le stade des cancers du sein au moment du diagnostic, à l'échelle d'une région, afin de servir de base à une évaluation de la mise en place du dépistage. L'objectif de cet article est d'exposer les résultats d'une collecte de données réalisée à partir des demandes d'exonération du ticket modérateur pour Affection Longue Durée (ALD) et de décrire les stades des cancers du sein au moment du diagnostic dans une région sans dépistage systématique.

POPULATION ET METHODE

Une étude sur les stades des cancers du sein au moment du diagnostic et sur les circonstances de ce diagnostic a été menée par le Registre des Cancers du Tarn et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées.

Toutes les femmes résidant en Midi-Pyrénées ayant fait une première demande d'exonération du ticket modérateur pour un cancer du sein entre le 1/09/1998 et le 30/06/1999 auprès de 17 caisses d'Assurance Maladie de la région Midi-Pyrénées ont été incluses. Cinq régimes d'Assurance Maladie étaient concernés par cette enquête : Caisses Primaires d'Assurance Maladie, Mutualité Sociale Agricole, Travailleurs Non Salariés, Société de Secours Miniers, Caisse Militaire. Les demandes d'exonération du ticket modérateur pour récurrence de cancer du sein étaient exclues de l'étude. Pour le département de la Haute-Garonne dont la population est de 3 à 7 fois plus importante que les autres départements, la fraction de sondage était de 1/2. Dans ce cas, il s'agissait d'un sondage aléatoire ; seules les patientes dont la clef du numéro de sécurité sociale était un numéro pair étaient retenues pour l'enquête. Cette étude a reçu l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés (n° 98081).

⁽¹⁾ Standardisation directe sur la population mondiale.

Après avoir répertorié les cas, les médecins conseils étaient chargés d'envoyer un questionnaire aux médecins traitants et de collecter les comptes-rendus anatomopathologiques. Un questionnaire était également adressé à la patiente pour connaître sa pratique du dépistage. Les questionnaires étaient ensuite centralisés au niveau du Registre des Cancers du Tarn où étaient effectués le contrôle de la qualité des données, le codage et la saisie. Les comptes-rendus anatomopathologiques ont été codés selon les règles de la classification TNM (TNM UICC). Lorsqu'une patiente présentait un cancer bilatéral, c'est la taille de la tumeur la plus grosse qui a été prise en compte.

Le logiciel statistique utilisé était Stata 5.0. Afin d'obtenir une estimation annuelle et pour tenir compte de la fraction de sondage différente en Haute-Garonne, un redressement d'échantillonnage a été effectué avec les modules svy de Stata. Les intervalles de confiance sont à 95 %.

Les résultats sont présentés pour trois tranches d'âge choisies afin de faire apparaître la tranche d'âge recommandée pour le dépistage (50 à 69 ans) : de 20 à 49 ans, de 50 à 69 ans, 70 ans et plus.

RÉSULTATS

En 10 mois, 968 demandes d'ALD ont été incluses dans l'enquête. Quarante trois dossiers ont été secondairement éliminés car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion : cancer du sein chez l'homme, résidence en dehors de Midi-Pyrénées au moment du diagnostic, récurrence de cancer du sein ou cancer controlatéral (33 dossiers). Le taux de réponse des médecins traitants a été de 95%.

L'estimation du nombre annuel de demandes d'Affection Longue Durée pour cancer du sein pour la région Midi-Pyrénées était de 1337. L'incidence médico-sociale des tumeurs du sein était de 103,8 pour 100 000 femmes. Dans cet ensemble, le nombre de cancers invasifs était estimé à 1 170.

L'âge moyen était de 60,5 ± 4,8 ans (extrêmes : 26-96 ans). Vingt-cinq pour cent des patientes avaient moins de 50 ans, 45 % avaient entre 50 et 69 ans et 30 % avaient 70 ans et plus.

Les principales caractéristiques des tumeurs sont indiquées dans les tableaux 1 et 2. Le pourcentage de cancers in situ était de 8,8 %. Ce pourcentage diminuait avec l'âge passant de 13,9 % chez les 20-49 ans à 2,8 % chez les femmes âgées de 70 ans et plus.

Dans deux cas de figure, le stade histologique initial ne peut être évalué correctement : d'une part, lorsque la patiente n'a pas été opérée et d'autre part, lorsqu'elle a bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante car celle-ci a pour effet de réduire la taille tumorale avant la chirurgie.

Dans l'ensemble des demandes d'ALD faites pour le traitement d'un cancer invasif, le pourcentage de tumeurs infracentimétriques était de 11,3 %. Le pourcentage de cancer sans envahissement ganglionnaire était de 48 %. Huit pour cent des femmes avaient une tumeur inférieure ou égale au centimètre et n'avaient pas d'envahissement ganglionnaire au moment du diagnostic. Ces pourcentages diminuaient avec l'âge.

1. Registre des Cancers du Tarn, Chemin des 3 Tarn, 81000 Albi.
2. INSERM U518, 37 allées Jules Guesde, 31073 Toulouse cedex.
3. Institut Claudius Régaud, 20 rue du Pont Saint-Pierre, 31052 Toulouse.
4. URCAM Midi-Pyrénées, 12 place Saint-Etienne, BP 872, 31015 Toulouse cedex 6.

Tableau 1. Estimation des caractéristiques des tumeurs du sein ayant fait l'objet d'une demande d'ALD en Midi-Pyrénées (période 1998-1999) rapporté à une année.

	Total	20-49 ans	≥ 70 ans	50-69 ans
Nombre de sujets	1337*	337	390	605
Comportement tumoral				
% de comportement tumoral inconnu	3,7 [2,2-5,1]	1,4 [0-3,4]	1,5 [0-3,1]	6,3 [3,6-9,1]
% de cancer in situ	8,8 [6,8-10,8]	13,9 [9,0-18,7]	2,8 [0-5,1]	9,7 [6,6-12,8]
% de cancer invasif	87,5 [85,2-89,9]	84,7 [79,6-89,8]	95,7 [92,9-98,4]	84,0 [80,0-87,8]
Incidence pour 100 000 femmes				
Comportement tumoral inconnu	3,8	0,9	2,9	13,8
Cancer in situ	9,1	8,8	5,4	21,2
Cancer invasif	90,8	53,8	186,0	183,9
Total	103,8	63,5	194,4	219,0

* âge non connu pour 5 patientes

Tableau n° 2. Estimation des caractéristiques des tumeurs invasives du sein ayant fait l'objet d'une demande d'ALD en Midi-Pyrénées (période 1998-1999) rapporté à une année et comparaison avec le Programme National de Dépistage.

Cancers invasifs	Total	20-49 ans	≥ 70 ans	50-69 ans	50-69 ans
Nombre de sujets	1170*	286	373	508	
Taille histologique de la tumeur					
% de cancer invasif de taille inconnue†	9,8 [7,7-12,0]	10,5 [6,2-14,8]	11,6 [7,4-15,7]	8,3 [5,1-11,4]	
% de cancer invasif ≤ 10 mm	11,3 [8,9-13,6]	16,4 [10,6-22,2]	4,8 [2,0-7,7]	13,0 [9,2-16,8]	34% §
% de cancer invasif de 11-14 mm	15,4 [12,8-18,0]	16,0 [10,7-21,2]	9,0 [5,5-12,5]	19,6 [15,2-24,0]	
% de cancer invasif de 15 à 19 mm	28,1 [24,8-31,4]	31,5 [24,6-38,4]	30,0 [22,1-33,8]	26,5 [21,6-31,3]	
% de cancer invasif de 20 mm et plus†	35,4 [31,9-38,8]	25,6 [18,9-32,3]	46,6 [40,3-52,9]	32,6 [27,5-37,7]	
Atteinte ganglionnaire histologique					
% pN+ (atteinte ganglionnaire histologique)	32,7 [29,3-36,1]	29,8 [23,2-36,4]	30,9 [25,0-36,7]	35,7 [30,4-40,9]	
% pN- (pas d'atteinte ganglionnaire histologique)	48,3 [44,7-51,9]	54,2 [46,9-61,5]	44,0 [37,7-50,4]	48,0 [42,5-53,5]	70% §
% pNx (atteinte non évaluée ou inconnue)	19,0 [16,1-21,8]	16,0 [10,5-21,4]	25,1 [19,5-30,6]	16,3 [12,2-20,4]	
% de cancer invasif ≤ 10mm et pN-	8,0 [6,0-10,0]	13,0 [7,8-18,3]	2,9 [0,8-5,0]	8,7 [5,5-12,0]	30%
Métastase					
% M1 (présence de métastases à distance)	5,8 [4,2-7,5]	2,9 [0,5-5,4]	9,6 [6,0-13,2]	4,7 [2,4-7,0]	
% M0 (absence de métastase)	80,1 [77,2-82,9]	90,4 [86,2-94,4]	69,5 [63,6-75,3]	82,5 [78,3-86,6]	
% Mx (métastase non évaluable ou inconnue)	14,1 [11,6-16,5]	6,7 [3,3-10,1]	20,9 [15,7-26,1]	12,8 [9,1-16,4]	
Traitement proposé					
Traitement chirurgical seul [%]	91,4 [89,4-93,3]	91,2 [87,1-95,2]	88,4 [84,5-92,3]	93,6 [91,1-96,1]	
Chimiothérapie néoadjuvante [%]	4,4 [2,9-5,9]	8,0 [4,0-11,9]	2,0 [0,1-3,7]	4,3 [2,1-6,4]	
Pas de chirurgie [%]	4,2 [2,9-5,5]	0,8 [0-2,0]	9,6 [6,0-13,2]	2,1 [0,8-3,5]	

* âge non connu pour 5 patientes ; † y compris les pT4 ; ‡ y compris patientes non opérées ou ayant eu une chimiothérapie néoadjuvante ; § en prévalence pour les nouveaux départements (réf : Ancelle-Park 1999) ; || (réf : Ancelle-Park 1997).

Au moins 5,8 % des patientes présentaient des métastases au moment du diagnostic. Ce pourcentage augmentait avec l'âge. Dans 14,1 % des cas, les informations ne permettaient pas de savoir si la patiente était métastatique ou non.

Selon les réponses des médecins interrogés, un dépistage était à l'origine du diagnostic pour 17 % des cancers invasifs. Selon les patientes, un dépistage était à l'origine du diagnostic dans 20 % des cas. Les patientes et leur médecin ne retenaient le dépistage de façon convergente que dans 10 % des cas.

DISCUSSION

Le nombre annuel de cancers du sein invasifs estimé à partir des demandes d'ALD, pour la période 1998-99, est de 1170. Il est inférieur de 15 % environ à celui qui avait été estimé pour la région Midi-Pyrénées par le réseau Francim pour la période 1995 (1 384 cas). Ce résultat est confirmé par la confrontation des données de l'étude à celles du registre du Registre des Cancers du Tarn. Nous avons constaté pour le département du Tarn une sous-estimation du nombre de cancers du sein de l'ordre de 20 % si la seule source de données est la demande d'ALD. Cette sous-estimation touche toutes les tranches d'âge avec cependant une sous-estimation plus importante chez les femmes de plus de 85 ans. Cette sous-estimation peut être expliquée par différentes raisons. Les malades bénéficiant déjà d'une prise en charge à 100% pour une raison médico-administrative ou disposant d'une couverture complémentaire satisfaisante peuvent ne pas avoir besoin d'une exonération du ticket modérateur. Les sujets les plus âgés étant souvent déjà pris en charge à 100% pour d'autres pathologies, il faut probablement trouver là l'explication de leur sous enregistrement.

La demande d'exonération du ticket modérateur peut ne pas être faite si le traitement du cancer est limité à une intervention chirurgicale qui sera prise en charge à 100%; cette raison peut expliquer la non déclaration de certains cancers in situ. En Midi-Pyrénées, les

cancers in situ représentaient 8,8% des demandes d'exonération du ticket modérateur pour cancer du sein. Une étude réalisée en Ile-de-France à partir des ALD retrouvait en 1994 un pourcentage de 3,7 % [5]. Cette différence peut avoir pour origine l'hétérogénéité des habitudes de déclaration selon les régions mais peut aussi correspondre à une évolution des demandes faites aux caisses.

Les caractéristiques des cancers du sein chez les femmes de 50 à 69 ans en Midi-Pyrénées sont différentes de celles retrouvées dans les régions appartenant au programme national de dépistage (PND) [6, 7].

Le pourcentage de cancer in situ retrouvé par les ALD en Midi-Pyrénées était de 9,7 % chez les femmes de 50 à 69 ans. Ce pourcentage est inférieur à celui retrouvé dans le cadre de campagnes de dépistage (14 % pour les anciens départements du PND et 15 % pour les nouveaux départements).

Le pourcentage de cancers de taille inférieure à 10 mm était de 13,0 % en Midi-Pyrénées, très inférieur aux 34% trouvés par dépistage dans les départements entrés les plus récemment dans le programme national. De même, dans notre région, le pourcentage de cancer sans envahissement ganglionnaire était inférieur à celui observé dans le cadre du dépistage (48 % vs 70 %). Le pourcentage de cancers invasifs inférieurs à 10 mm sans envahissement ganglionnaire observé dans 5 programmes de dépistage en France était de 30 % en moyenne (extrêmes de 28 à 34 %) alors qu'il n'était que de 8,7 % en Midi-Pyrénées.

Ces différences s'expliquent très probablement par un faible pourcentage de diagnostics réalisés lors d'un dépistage. Il est difficile de connaître la pratique de mammographie de dépistage en dehors des programmes organisés. En effet, en médecine libérale, les tarifs d'une mammographie de dépistage ou de diagnostic sont les mêmes. Par ailleurs, lors d'enquêtes en population générale, les femmes interrogées ont souvent du mal à différencier ce qui relève du dépistage de ce qui n'en relève pas. Il semblerait que les médecins eux-mêmes

aient du mal à répondre à cette question comme le montrent les divergences que nous avons constatées dans cette étude.

La méthode utilisée a été bien acceptée par les médecins conseils et par les médecins traitants. Elle nécessite une structure centralisatrice pour la vérification de la qualité des dossiers et le codage des comptes-rendus anatomopathologiques. Elle pourrait être reconduite en Midi-Pyrénées après la mise en place du dépistage systématique afin de juger de l'évolution des stades et être un élément d'évaluation à court terme si l'on fait l'hypothèse que le dépistage ne fera pas évoluer les comportements vis-à-vis des demandes d'ALD.

Comme tout système de surveillance, le problème de la représentativité des demandes d'ALD se pose. Cependant, si les habitudes de demande d'ALD ne se modifient pas, en particulier pour les tumeurs in situ et pour les tumeurs de petite taille, cette méthode permettra de vérifier l'efficacité à court terme des campagnes de dépistage dans les zones non couvertes par un registre de cancer. Elle viendrait en complément des données des registres de cancer qui permettent d'identifier les faux négatifs et les cancers d'intervalle, et de calculer la survie des cas de cancers sur l'ensemble de la population surveillée, en liaison avec les structures chargées de l'organisation des campagnes de dépistage.

CONCLUSION

Notre étude montre des différences importantes entre les stades auxquels sont diagnostiqués les cancers du sein en Midi-Pyrénées par rapport à ceux observés dans les départements participant au programme national de dépistage.

La surveillance de l'incidence à partir des demandes d'ALD ne permet pas une observation exhaustive des cas de cancers du sein diagnostiqués, et en ce sens ne saurait constituer à elle seule la base d'une évaluation du dépistage. Cependant, en l'absence de registre, la mise en place de telles études faites de façon itérative pourrait constituer un des éléments d'évaluation en permettant une observation de la répartition par stades.

RÉFÉRENCES

- [1] Ménégot F., Chérié-Challine L., Le cancer en France : Incidence et Mortalité, situation en 1995, évolution entre 1975 et 1995. La Documentation Française, Paris, 1998 : 182p.
- [2] Colonna M., Exbrayat C., Launoy G., Incidence du cancer en France, estimations régionales 1985-1995, Réseau Français des Registres de Cancer, Ed:AstraZeneca, 1999.
- [3] Aptel I., Garrigue E., Grosclaude P., L'épidémiologie des cancers en Midi-Pyrénées, Le Bulletin de l'ORSMIP, 1999;47:12p.
- [4] Lacour A., Mamelle N., Lafont S., et al. Use of mammography as a breast cancer screening tool in six districts in France. Cancer Detection and Prevention 1997;21(5):460-470.
- [5] Pfister P., Asselain B., Blanchon B., et al. Incidence médico-sociale des cancers en Ile-de-France. PETRI, Paris 1999. 185 p.
- [6] Ancelle-Park R., Séradour B., Schaffer P. et al. Le programme national de dépistage systématique du cancer du sein : organisations et résultats. BEH 1997;10:39-40.
- [7] Ancelle-Park R., Nicolau J., Résultat du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. BEH 1999;52:219-221.

ENQUÊTE

ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS TRAITANTS SUR LES DÉTERMINANTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DU SUICIDE EN MAYENNE

Robert Vegas, Jacqueline Crampe, DDASS de la Mayenne, 2 Bd Murat, 53030, Laval Cedex 9

INTRODUCTION

Le suicide et les tentatives de suicide représentent en Mayenne une cause importante de mortalité et de morbidité : 85 suicides et 550 tentatives de suicide y sont enregistrés en moyenne chaque année soit un taux de 30/100 000 h pour les suicides et de 190/100 000 h pour les tentatives de suicide.

Dans la période 1993-1997 la mortalité par suicide mayennaise a été supérieure de 43 % à la moyenne nationale (+ 28 % chez les hommes, + 76 % chez les femmes), l'indice de surmortalité mayennaise atteignant 2,5 chez les femmes âgées de plus de 54 ans.

Le suicide est un phénomène multi-factoriel. Si ses déterminants socio-démographiques (âge, sexe, statut matrimonial, catégorie socioprofessionnelle) sont désormais bien identifiés [1, 2], ses déterminants psychopathologiques ont en revanche été moins souvent décrits, l'essentiel des travaux sur le sujet ayant été réalisé à l'étranger principalement sous la forme d'enquêtes rétrospectives faisant appel à la méthodologie de l'autopsie psychologique [3 à 6].

Cette étude a pour objectif de préciser en fonction du sexe et de l'âge les liens existant entre certains facteurs psychopathologiques et le suicide et de contribuer ainsi à la prévention de ce dernier. Elle repose sur l'exploitation des données de morbidité contenues dans les certificats médicaux de décès adressés à la DDASS par les maires et des réponses à une enquête complémentaire menée auprès des médecins traitants des défunts.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

683 certificats médicaux de décès mentionnant un suicide en cause principale ont été enregistrés à la DDASS de la Mayenne entre 1992 et 1999.

Pour 676 d'entre eux, une enquête a été menée par voie postale auprès du médecin certificateur afin de recueillir des informations sur le passé psychiatrique du suicidé. Ces médecins certificateurs se répartissaient en 81 % de généralistes, 9 % de médecins légistes, 10 % de médecins hospitaliers, ces derniers exerçant pour la plupart dans un SMUR. Le questionnaire comprenait six questions : Le défunt avait-il déjà effectué une ou plusieurs tentatives de suicide auparavant ? Avait-il été hospitalisé auparavant en milieu psychiatrique ? Était-il suivi par un psychiatre ? Recevait-il, lors de son décès, un traitement médicamenteux contenant des psychotropes ? Présentait-il une affection mentale avérée (sans toutefois avoir à préciser le diagnostic) ? Présentait-il une intoxication alcoolique chronique ?

Il appartenait au médecin interrogé d'indiquer s'il était le médecin traitant du défunt et en cas de réponse négative de sa part, de donner le nom et les coordonnées de celui-ci s'il le connaissait afin qu'un questionnaire lui soit adressé. Cette dernière procédure a concerné 10 % des questionnaires envoyés.

Au total, le taux de participation des médecins à cette enquête s'est élevé à 97 % (n = 658/676).

Après analyse des réponses, seuls les questionnaires émanant des médecins ayant déclaré être le médecin traitant du défunt (96 % de