



BEH

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de l'Emploi

et de la Solidarité

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : Résultats 1999

P. 127

Recommandations européennes pour le dépistage des cancers dans l'Union Européenne

P. 129

N° 27/2001

03 juillet 2001

ÉTUDE

EVALUATION DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN : RÉSULTATS 1999

R. Ancelle-Park*, J. Nicolau* et les Coordinateurs des centres de dépistage départementaux du cancer du sein**.

INTRODUCTION

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. La probabilité de réduction de mortalité par cancer du sein, chez les femmes de 50 à 69 ans régulièrement dépistées, est plus forte lorsque les conditions de réalisation du programme de dépistage associent, rigueur, méthodologie et qualité technique [1, 2].

La Direction Générale de la Santé a mis en place en 1994 un programme national de dépistage systématique du cancer du sein, basé sur les recommandations européennes pour la formation, le contrôle de qualité et l'évaluation [3]. Ce programme a commencé avec les 10 départements expérimentaux de la Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) mis en place entre 1989 et 1991. Un cahier des charges national précise les modalités du dépistage [4].

Le Programme cancer du Département des Maladies Chroniques et des Traumatismes de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), est chargé de l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage des cancers. L'impact des programmes sur la mortalité ne peut se mesurer qu'à long terme. Des indicateurs précoces d'impact, de qualité et d'efficacité des programmes sont donc nécessaires afin de les

évaluer [3-4]. Les résultats de l'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein en 1999, sont présentés.

POPULATION ET MÉTHODES

Le dépistage du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes de 50 à 69 ans. Les femmes de cette tranche d'âge sont invitées par courrier à effectuer une mammographie tous les deux ans. Les radiologues publics et privés s'engagent à se former, à effectuer une double lecture, à proposer un test performant et une chaîne radiologique de qualité. Les données de l'évaluation sont recueillies au fur et à mesure par un centre de gestion pour le pilotage départemental et une évaluation annuelle est effectuée au niveau national.

Les référentiels utilisés pour l'évaluation des indicateurs d'impact, de qualité et d'efficacité du programme sont établis au niveau international. L'InVS utilise le référentiel du Programme Europe Contre le Cancer, qui est celui utilisé par l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage (tableau 1)

Tableau 1

Références Européennes 1996 : Indicateurs du dépistage et taux acceptables		
	Prévalence	Incidence
Taux de participation	≥ 60 %	≥ 60 %
Taux de rappel	< 7 %	< 5 %
Taux de biopsies	< 1,5	non déterminé
VPP de la Biopsie	≥ 50 %	Vers 75 %
Taux de cancers ‰	≥ 5 ‰	≥ 3 ‰
% de CIS	≥ 15%	≥ 15%
% cancers ≤ 10mm	≥ 25%	≥ 25% %
% cancers N-	≥ 60 %	non déterminé

VPP= Valeur Prédicative Positive

CIS=cancers In Situ

N- Sans Envahissement ganglionnaire

Le terme de prévalence s'applique aux premières mammographies, quelle que soit l'année d'invitation, et le terme d'incidence s'applique aux mammographies effectuées par la suite.

* Institut de Veille Sanitaire - 12, rue du Val d'Osne 94415 SAINT-MAURICE Cedex

** Coauteurs :

ALLIER, Docteur Le Bris ; ALPES MARITIMES, Docteur Granon ; ARDENNES, Madame Bazin ; BAS-RHIN, Docteur Guldenfels ; BOUCHES-DU-RHONE, Docteur Sérador ; CALVADOS, Docteur Lefort ; CHARENTE, Docteur Mahieu ; ESSONNE, Docteur Bernoux ; HAUTE-VIENNE, Docteur Manain-Pazialt ; HERAULT, Docteur Cherif-Cheick ; ILLE-ET-VILAINE, Docteur Piette ; INDRE, Docteur Couzon ; ISERE, Docteur Garnier ; Docteur Exbrayat ; LOIRE, Docteur Convers ; LOIRE-ATLANTIQUE, Docteur Allioux ; MARNE, Docteur Arnold ; MAYENNE, Docteur Lalanne ; MEURTHE-ET-MOSELLE, Docteur Morel, Docteur Deleau ; MOSELLE, Docteur Mathis ; NIEVRE, Docteur Debuire ; NORD, Docteur Cockenpot ; OISE, Docteur Weick ; ORNE, Docteur Notary-Lefrançois ; PUY-DE-DOME, Docteur Isnard ; RHONE, Docteur Courtial ; SARTHE, Docteur Moutarde, Mme Charbonnier ; SAONE ET LOIRE, Docteur Touillon ; SOMME, Docteur Peng ; SEINE ST. DENIS, Docteur Debeugny ; VAL D'OISE, Docteur Déhé ; VAR, Docteur Harnel ; YVELINES, Docteur Soyser.

En 1999, 32 départements étaient inclus dans le programme national de dépistage. Quatre programmes départementaux n'ont pas été inclus dans cette analyse : 3 ayant démarré dans le programme national en 1999, et un dont les données de 1999 n'étaient pas disponibles au moment de la clôture du recueil de données. En conséquence l'analyse porte sur 28 départements.

RÉSULTATS

En 1999, la population cible des 28 départements analysés est de 2 491 549 femmes, soit 40 % des femmes françaises de 50 à 69 ans. On compte, dans ces départements, un total de 1 046 centres de radiologie ainsi que 1 790 radiologues participants.

1- Impact

Un total de 1 850 494 mammographies a été effectué entre 1989 et 1999 dans le cadre du dépistage organisé, dont 370 272 en 1999. Un total de 1 189 355 femmes a effectué une première mammographie (209 951 en 1999), et 661 139 femmes ont effectué au moins une mammographie ultérieure (160 321 en 1999).

Les taux de participation au programme par campagne

Une campagne de dépistage est déterminée par l'intervalle entre deux mammographies et correspond à une nouvelle série d'invitations de la population ciblée. La grande majorité des programmes départementaux est passée d'un rythme de trois ans à un rythme de deux ans en 1999.

Globalement, la moyenne des taux de participation est de 40 % et la référence Européenne souhaitable est de 60 %. Cependant, les taux de participation par campagne montrent une amélioration au cours du temps (37 % en 1^{re} campagne, 42 % en 2^e campagne et 50 % en 5^e campagne). Il existe néanmoins de grandes variations entre départements. Pour la première campagne, 10 départements présentent un taux de participation entre 43 et 65 %, 10 autres présentent un taux de participation entre 31 et 40 % et 8 un taux entre 17 et 30 %.

2 - Indicateurs de qualité (tableau 2)

Le taux de rappel ou taux de tests suspects

Le taux de rappel ou le taux de tests suspects correspond au pourcentage de femmes rappelées pour un examen complémentaire. La valeur supérieure retenue comme acceptable au niveau européen pour le taux de rappel doit être inférieur à 7 % en prévalence. Ce taux est un équilibre entre un taux acceptable de faux positifs (spécificité) et de faux négatifs (sensibilité).

Tableau 2

Indicateurs de dépistage du cancer du sein

Départements	1 ^{re} mammographie	2 ^e mammographie	3 ^e mammographie
Nombre de femmes dépistées	1 189 355	419 843	53 908
Taux de rappel	7,7 %	4,8 %	3,9 %
VPP de la biopsie	52 %	62 %	68 %
Taux de cancer / 1 000	5,5	4,2	4,1
Taux de cancers invasifs / 1 000	4,7	3,4	3,1
% cancer in-situ	14 %	15 %	14 %
% cancers invasifs < 10 mm	36 %	37 %	39 %
% cancers invasifs N-	71 %	72 %	74 %
% cancers invasifs < 10 mm & N-	30 %	31 %	33 %

En analyse de prévalence (1^{re} mammographie), le taux moyen de rappel en 1999 dans le programme est de 7,6 % (extrêmes 3,5 à 12 %). Ce taux était élevé dans les premières années du dépistage (9 % en 1992) mais avec la mise en place du cahier des charges en 1994 et l'instauration du contrôle de qualité des mammographes, ce taux a progressivement diminué (8 % en 1995) pour se stabiliser entre 6,7 et 7,7 %. En analyse d'incidence (mammographies successives), la référence européenne pour le taux de rappel est de 5 %. Le taux moyen de rappel est de 4,9 % en 1999 (extrêmes 2,9 à 6,5 %).

Les taux de biopsies chirurgicales

Le taux de biopsies chirurgicales, par rapport à l'ensemble des femmes dépistées, est conforme aux normes européennes (1 %). La valeur prédictive positive (VPP) de la biopsie chirurgicale permet d'évaluer l'adéquation de l'indication de la biopsie chirurgicale. Cette valeur doit être supérieure à 50 %. En effet, un taux inférieur indique un nombre trop important de biopsies effectuées, pour des lésions non cancéreuses. En prévalence, ce taux a augmenté au cours du temps (49 % en 1992) pour atteindre 59 % en 1999. En incidence, on observe la même tendance (54 % en 1992 et 61 % en 1999).

3 - Les indicateurs précoces d'efficacité (tableau 2)

Les indicateurs précoces d'efficacité comprennent les taux de détection des cancers, les taux de Cancers In Situ, les taux de cancers invasifs \leq 10 mm et les taux de cancers sans envahissement ganglionnaire. Ils sont essentiels pour apprécier l'efficacité d'un programme de dépistage. La conformité des taux de cancers de bon pronostic aux références européennes laisse supposer que l'on peut attendre une réduction de la mortalité chez les femmes dépistées.

Au total, 9 343 cancers ont été détectés par le dépistage organisé dont 1 909 en 1999. Ces 9 343 cancers se répartissent en 6 585 cancers prévalents et 2 758 cancers incidents.

3-1 Les taux de cancers (tableau 2)

En 1999, le taux global de détection de cancers prévalents est conforme aux références européennes (tableau 1). Ce taux est en moyenne de 5 % il est stable au cours du temps mais varie selon les départements entre 3 % et 9,3 %.

incidence, le taux moyen de cancers est de 4 ‰ et varie de 3,5 à 8 ‰ selon les départements.

Les taux de cancers augmentent avec l'âge, conformément à l'histoire naturelle du cancer du sein, (3,8 ‰ entre 50 et 54 ans à 7,8 ‰ pour les femmes de 65 ans et plus). On constate les mêmes tendances en incidence (3 ‰ entre 50 et 54 ans et 5 ‰ pour les femmes de 65 ans et plus).

3-2 Les cancers de bon pronostic (tableau 2)

Le pourcentage de cancers invasifs prévalents \leq 10 mm est en moyenne de 36 % (référence européenne > 25 %) et globalement ne varie pas avec l'âge. En incidence ce taux est de 37 %.

Le pourcentage de cancers sans envahissement ganglionnaire est de 71 %. Tous les départements ont un taux de cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire supérieur à 60 %, ce qui correspond à la référence européenne (tableau 1). En incidence, ce taux est plus élevé, 73 %. Le pourcentage de cancers \leq 10 mm et sans envahissement est de 30 % et augmente jusqu'à 33 % en incidence.

CONCLUSION

Les départements participant au dépistage organisé du cancer du sein dans le cadre du programme national français ont tous un système de recueil de données qui permet un suivi épidémiologique détaillé. Les données au niveau national permettent d'analyser les performances de chaque département. Elles permettent d'autre part d'établir les indicateurs nationaux, de suivre les performances au cours du temps et de fournir aux décideurs des informations documentées sur le suivi épidémiologique du programme à des fins d'évaluation.

Les indicateurs de qualité indiquent une amélioration entre 1992 et 1999 et sont en moyenne conformes aux normes européennes. Les indicateurs d'efficacité ont des valeurs très élevées. La comparaison des taux de cancers de bons pronostic observés dans le cadre du dépistage organisé avec les

mêmes taux dans une région sans dépistage organisé [5] montre que les taux dans le cadre du programme sont 2,6 fois plus élevés pour les cancers inférieurs ou égal à 10 mm et 1,5 fois plus élevés pour les cancers sans envahissement ganglionnaire.

Si les résultats du programme sont de nature à obtenir une réduction de la mortalité, il faut cependant aussi une bonne participation des femmes. Bien qu'on observe des taux de participation acceptables dans certains départements, ils demeurent insuffisants dans d'autres et le taux global ne dépasse pas 40 %. Cette faible participation est sans doute liée aux contraintes du programme de dépistage organisé (pas de lecture immédiate des clichés, nombre de clichés limité, pas de rendu immédiat du résultat...). Ces contraintes ne sont pas toujours bien acceptées par les médecins et les femmes [6].

Une réorganisation du programme permettant, tout en conservant la qualité et le recueil de données, de rapprocher le programme de dépistage organisé des pratiques, permettrait sans doute d'obtenir une meilleure participation des femmes et des professionnels.

RÉFÉRENCES

1. Tabar L, Fagerberg C, Gad A et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *Lancet* 1985 ; 1 : 829-832
2. Chamberlain J. et al. First results on mortality reduction in the UK of early detection of breast Cancer. *Lancet* 1988 ; 2 : 411-416.
3. Europe Against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. European Commission 1996
4. Comité national de pilotage - Cahier des Charges du Programme national de dépistage systématique du cancer du sein DGS 1994 - mise à jour : janvier 1996
5. Aptel I, Grosclaude P, Duchène Y et al. Stades des cancers du sein dans une région sans dépistage systématique. Etude à partir des demandes de mise en Affection Longue Durée dans la région Midi Pyrénées (1998-1999). *BEH* 2000 ; 22: 91-93
6. Programme national de dépistage systématique du cancer du sein : Résultats et perspectives. Séminaire de Maisons-Alfort 29 et 30 mars 1999 -InVS.

INFORMATION

RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES POUR LE DÉPISTAGE DES CANCERS DANS L'UNION EUROPÉENNE

Les recommandations européennes pour le dépistage des cancers dans l'Union Européenne ont été rédigées à la suite de la conférence de Vienne (Nov. 1999) sur le dépistage et la détection précoce des cancers, par le comité consultatif sur la prévention du cancer dans l'Union Européenne (ref Advisory committee on cancer prevention, position paper, Recommendations on cancer screening in the European Union. *European journal of cancer*, Vol. 36 pp 1478-2000). La traduction Française de ces recommandations a été effectuée et est disponible sur le site de l'Institut de Veille Sanitaire (<http://www.invs.sante.fr>).

Ce document reprend pour chaque type de cancer (cancer du col de l'utérus , cancer du sein , cancer du colon et du rectum et cancer de la prostate) l'état de l'art concernant le dépistage et ces modalités. Elles rappellent les taux de cancers dans les pays de l'union Européenne, les essais mis en place ou en cours de réalisation, les types de tests disponibles, les conditions de réalisation, ainsi que les bonnes pratiques de dépistage.