



Le programme national de dépistage systématique du cancer du sein : p. 39.

Analyse des pratiques de 2029 consultantes en centres d'examens de santé : p. 40.

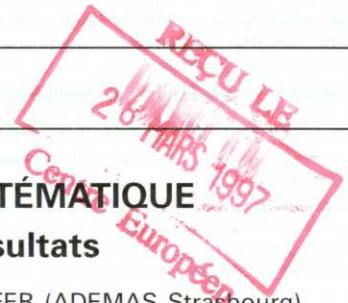
N° 10/1997

4 mars 1997

## 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 mammographes 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 anatomocytopathologiques. Une standardisation et un contrôle de qualité sont à mettre en place selon les recommandations pour l'anatomopathologie [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 1700000 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 700000 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 précoce 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 <sup>re</sup> vague Taux moyens (extrêmes)	2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> 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 bénéficié 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'examens 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<sup>er</sup> 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'examens 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 ayant 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'examens 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 (grossesse, 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 : Mme D. Falaise).

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

Tableau 1. – Pourcentage de femmes ayant eu au moins une mammographie au cours de la vie par âge et antécédent familial au 1<sup>er</sup> degré (mère-sœur) de cancer du sein (atcdF)

Classe d'âge	Sans atcdF		Avec atcdF		Effectif total	
	n	%	n	%	n	%
< 35 ans	575	19,0	20	20,0	595	19,0
35-49 ans	854	59,6	64	79,6	918	61,0
50-69 ans	458	81,4	58	86,2	516	81,9
Total	1 887	52,5	142	73,9	2 029	54,0

Ont été concernées par les recommandations CNAMTS : 122 consultantes en raison de l'identification d'un atcdF et de leur âge (35-69 ans), ainsi que 458 femmes âgées de 50 à 69 ans. L'analyse du suivi mammographique de ces 580 consultantes a montré que 227 femmes (175 sans atcdF et 52 avec atcdF), soit 39,1 % avaient un suivi non conforme (tabl. 2).

#### Consultantes avec antécédent familial de 1<sup>er</sup> degré de cancer du sein

L'interrogatoire a identifié 142 femmes avec atcdF (tabl. 1), soit une fréquence de 7,0 %. Celle-ci variait selon l'âge de 3,4 % avant 35 ans à 11,2 % à partir de 50 ans, ( $p < 0,001$ ).

Dans cette population, 73,9 % avaient eu au moins une mammographie au cours de la vie; pourcentage variant de 20,0 % avant 35 ans à 86,2 % après 49 ans (tabl. 1). Par rapport aux recommandations l'enquête a montré que 42,6 % avaient un suivi non conforme (absent ou sans périodicité biennale) [tabl. 2] : soit pour la tranche d'âge 35-49 ans, 20,3 % des consultantes avaient un suivi absent et 26,5 % pas de suivi biennal (soit au total 46,8 % des femmes en suivi incorrect); pour les consultantes de 50 ans et plus, 14,0 % ont eu un suivi absent et 24,0 % une mammographie de plus de 2 ans (soit au total 38 % en suivi incomplet).

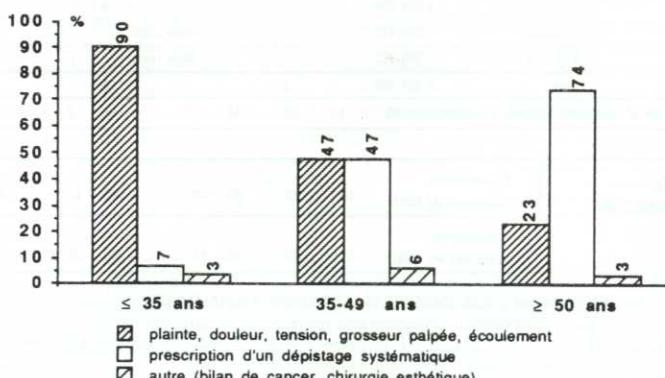
Tableau 2. – Analyse du suivi mammographique selon les recommandations CNAM, l'atcdF et l'âge

Classe d'âge	Sans atcdF		Avec atcdF	
	n	%	n	%
35-49 ans			64	
suivi conforme			34	53,2
suivi absent			13	20,3
pas de suivi biennal			17	26,5
50-69 ans	458		58	
suivi conforme	283	61,7	36	62,0
suivi jamais	82	18,0	8	14,0
pas de suivi biennal			14	24,0
pas de suivi triennal	93	20,3		
Total suivi non conforme	175	38,3	52	42,6

#### Consultantes sans antécédent familial de 1<sup>er</sup> degré de cancer du sein

Parmi les 1887 femmes sans atcdF, 991 avaient déjà eu au moins une mammographie au cours de la vie, soit 52,5 % (tabl. 1). Les indications de mammographie évoluent avec l'âge (fig. 1) : 90,0 % pour signes fonctionnels ou physiques chez les moins de 35 ans, et plutôt de dépistage systématique chez les plus de 50 ans (74,0 %). Pour la classe d'âge 35-49 ans, autant d'indications pour dépistage systématique que pour signes fonctionnels et cliniques (47,0 %).

Figure 1. – Consultantes sans antécédent familial de 1<sup>er</sup> degré (mère, sœur) : pourcentage des indications de mammographie selon l'âge



L'étude a montré (tabl. 2) que 18,0 % des consultantes n'avaient jamais eu de mammographie au cours de la vie et 20,3 % n'avaient pas respecté la périodicité triennale, soit un suivi non conforme pour 38,3 % des consultantes de cette population.

#### DISCUSSION

L'existence d'un antécédent du cancer du sein, chez la mère ou la sœur, permet de définir dans la population générale un groupe de femmes à plus haut risque de cancer du sein [3] qui devrait bénéficier d'un dépistage individuel dès 35 ans. Or 47 % des femmes de 35-49 ans avaient un suivi incorrect et même absent pour 20 % d'entre elles. Après 49 ans, l'existence d'un atcdF n'a pas modifié la qualité du suivi qui est insuffisant dans 38 % des cas. Ce facteur de risque de cancer du sein ne semble pas perçu comme tel par les femmes, en particulier lorsqu'elles ont moins de 50 ans. Cette étude permet d'insister sur la sensibilisation des consultantes à ce risque ainsi que sur l'information aux bonnes pratiques de dépistage dans ce cas.

Pour les consultantes sans atcdF de 35 à 49 ans, les pratiques mammographiques sont non conformes aux recommandations définies par la CNAM, puisque 47 % des consultantes ont eu une prescription de dépistage systématique non « justifiée » par un signe fonctionnel, physique ou un bilan pré-opératoire. Les résultats de cette enquête sont en accord avec d'autres études [4]. Trop de prescription systématique de mammographie sans signe d'appel clinique et/ou anamnestique, en dehors de toute structure organisée de dépistage; précisément dans les cibles d'âge où l'efficacité n'est pas encore prouvée [2]. Le bénéfice d'un dépistage systématique avant 50 ans, lorsqu'il n'existe pas d'atcdF n'est à ce jour pas démontré et demeure un sujet controversé. Cette attitude prescriptive peut traduire l'incertitude du corps médical quant au bien-fondé de la limite d'âge pronée en France et dans la littérature internationale pour le dépistage systématique et/ou la réponse à la « pression » exercée par les patientes.

À partir de 50 ans, 62 % des consultantes sans atcdF ont bénéficié d'un suivi par mammographie conforme aux recommandations CNAM et au consensus; ce qui correspond au taux de participation minimal fixé par le programme national de dépistage systématique du cancer du sein mais, reste insuffisant pour cette « population cible du dépistage ». Qu'en est-il du suivi d'une population non sélectionnée par le volontariat, telle que celle de cette étude, alors que le bénéfice dans cette tranche d'âge est maintenant reconnu comme jouant le rôle d'un modificateur du cours de la maladie et non comme un simple indicateur plus précoce de la date du premier diagnostic [5] ?

#### CONCLUSION

La population étudiée est une population volontaire de consultantes des CES et les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble des femmes françaises.

Ces résultats suggèrent un décalage entre les pratiques actuelles des consultantes et les recommandations de la CNAMTS. Avec une tendance à la « surutilisation » des mammographies dans les tranches d'âges jeunes (35-49 ans) et une couverture insuffisante chez les femmes plus âgées ( $\geq 50$  ans) ou à risque (notion d'antécédent familial chez la mère ou la sœur). Deux éléments peuvent expliquer ces pratiques. D'une part la possible incertitude du corps médical quant aux âges pronés pour le dépistage systématique et le fait que le facteur de risque ne semble pas perçu comme tel par les femmes, en particulier lorsqu'elles ont moins de 50 ans.

Cette étude permet de souligner l'intérêt de la diffusion de l'information auprès des femmes : information sur la maladie elle-même, la connaissance de cette pathologie étant un facteur d'adhésion à la mammographie, mais également information sur les bonnes pratiques du dépistage du cancer du sein en fonction des facteurs de risque identifiés. Le rôle des CES dans la diffusion de ces informations est essentiel.

#### RÉFÉRENCES

- [1] LÉ M.G., PLU-BUREAU G. – Les femmes à haut risque de cancer du sein : peut-on définir en France un groupe de femmes qui pourraient participer à un essai de prévention? – *Contracept. Fertil. Sex.*, 1995, vol. 23, n° 3, 199-202.

#### REMERCIEMENTS

Remerciements à tous les médecins des Centres d'exams de santé des départements du Calvados, de l'Indre, de l'Indre-et-Loire, du Maine-et-Loire (Angers et Cholet), de l'Orne, du Loir-et-Cher pour leur participation à ce travail.

**Directeur de la publication :** Pr J. F. GIRARD – **Rédacteur en chef :** Pr Élisabeth BOUDET  
**Rédaction :** Dr Jean-Baptiste BRUNET, Isabelle CAPEK, Corinne LEGOASTER, Agnès LEPOUTRE, Martine LEQUELLEC-NATHAN, Florence LOT, Vincent PIERRE, Isabelle REBIERE, Véronique VAILLANT. **Administration :** M. André CHAUVIN –  
**Secrétariat :** Mme Hortense PINVILLE Direction générale de la Santé – Sous-direction de la Veille sanitaire Bureau VS 2 : 1, place de Fontenoy, 75358 Paris CE 07  
Tél. : 01 40 55 04 95 – N° CPD : 2015 AD – N° IMI : 1-222 279 – ISSN 0245-7468

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE

Par abonnement uniquement (52 numéros par an)

Tarif 1996 : 280 FF (France) TTC, 380 FF (Europe, U.E.) TTC, 600 FF hors Europe (HT)

## Commandes et renseignements auprès de :

LA DOCUMENTATION FRANÇAISE - Service abonnements

Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX