

CONTEXTE NATIONAL

En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas annuels a été estimé par le réseau des registres des cancers (Francim) à environ 34 000 pour l'année 1995. L'incidence du cancer du sein augmente en France comme dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental, du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes. Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence.

Après une période de forte croissance depuis les années 50, la mortalité par cancer du sein reste plutôt stable depuis les années 80. Pendant la période 1993-95, ce cancer a néanmoins été responsable de plus de 10 000 décès féminins chaque année, quatre décès sur dix ayant lieu avant 65 ans. Le cancer du sein fait partie des cancers pour lesquels la probabilité de survie a augmenté au cours des dernières décennies. Par ailleurs, les conditions de diagnostic et de traitement se sont notablement modifiées : augmentation de la fréquence des tumeurs de petite taille, progression des traitements conservateurs du sein entraînant une amélioration de la qualité de vie des patientes.

Les facteurs de risque connus (antécédents familiaux) ne permettent pas actuellement une prévention primaire. En revanche, l'évolution lente à un stade localisé du cancer du sein permet un dépistage à un stade précoce.

De nombreuses expériences dans le monde ont montré l'efficacité du dépistage par mammographie (diminution de la mortalité) chez les femmes de 50 ans ou plus. La pratique de la mammographie est plus développée en France que dans d'autres pays comparables, mais près de quatre examens sur dix sont pratiqués chez les femmes de moins de 50 ans, alors que c'est à partir de cet âge qu'il est le plus utile. En matière de dépistage, le Fonds national de prévention de la CNAMTS a permis de mettre en place des programmes dans dix départements pilotes dès 1989, selon des modalités différentes tant en termes d'organisation que de suivi ou de contrôle de qualité. En 1993-94 un programme national de dépistage systématique a été élaboré, avec la création d'un comité national de pilotage du programme et publication d'un cahier des charges en 1996. En 1998, une nouvelle version du cahier des charges du contrôle de qualité de la chaîne mammographique a été réalisée. L'objectif du programme est d'étendre à tous les départements un dépistage systématique. Mais de grandes différences demeurent entre les programmes mis en place dans les départements, notamment en raison des compétences juridiques, techniques ou financières des partenaires impliqués. Ainsi, souvent, deux dépistages continuent de coexister : des mammographies "spontanées" hors programme et un dépistage organisé par un programme.

SITUATION EN MAYENNE : FAITS MARQUANTS

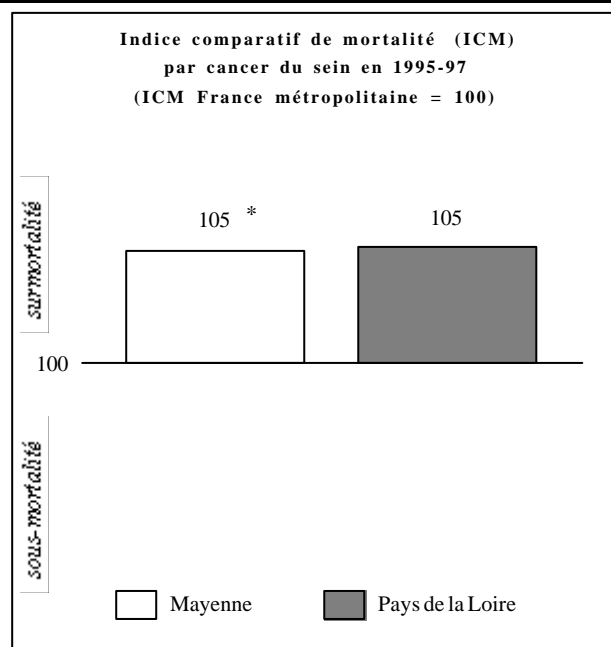
- Près de 60 femmes sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du sein sur la période 1995-1997. Le cancer du sein représente la première cause de décès par tumeur chez la femme.
- Les décès par cancer du sein surviennent dans un tiers des cas avant 65 ans.
- Le taux de mortalité féminin par cancer du sein a fortement progressé en 15 ans, il est passé de 26 à 33 pour 100 000 habitantes.
- Environ 140 personnes sont admises chaque année en affection de longue durée pour cancer du sein.
- Un programme de dépistage de masse des cancers du sein fonctionne dans le département depuis 1994.

● Près de 60 décès féminins par cancer du sein chaque année

Entre 1995 et 1997, 58 habitantes de la Mayenne sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer du sein.

Comparé à la moyenne française, le département connaît une légère surmortalité par cancer du sein (+5%). Cependant, étant donné les faibles effectifs concernés, il apparaît que cette différence n'est pas significative.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du X² au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

* Différence non significative au seuil de 5%

LE CANCER DU SEIN

La mortalité par cancer du sein
en Mayenne en 1995-1997
(effectifs annuels et taux pour 100 000 femmes)

Age	Nombre	Taux pour 100 000 femmes
< 35 ans	0	0,5
35-44 ans	2	8,6
45-54 ans	6	36,9
55-64 ans	13	89,9
65-74 ans	13	86,5
75-84 ans	11	131,8
85 ans et +	13	279,4
Total	58	40,5

Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

● Plus d'un tiers des décès par cancer du sein surviennent avant 65 ans

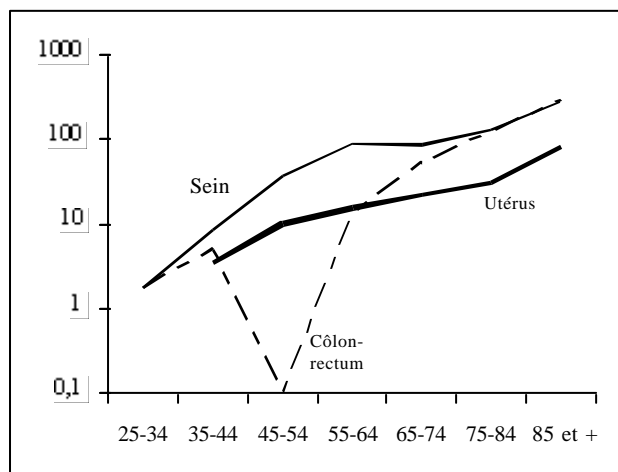
Parmi les 58 décès féminins par cancer du sein survenus en moyenne chaque année entre 1995 et 1997, en Mayenne : 21 (soit 36% de ces décès) concernent des femmes de moins de 65 ans.

● Le cancer du sein est de loin la première cause de décès par tumeur chez les femmes

A l'origine de plus de 19% des décès par tumeur, le cancer du sein occupe de loin la première place dans la mortalité féminine par cancer, en Mayenne (les cancers de l'intestin, à la 2ème place, sont à l'origine de 12% des décès par tumeur).

Si l'on considère l'évolution des taux de mortalité par âge des trois cancers féminins susceptibles de faire l'objet de programmes de dépistage : sein, côlon-rectum et utérus, on constate que jusqu'à 75 ans, la mortalité par cancer du sein est beaucoup plus importante que la mortalité par cancers du côlon-rectum ou de l'utérus. Mais à partir de cet âge, le taux de mortalité par cancer colorectal rejoint le taux de mortalité par cancer du sein, alors que le taux de mortalité par cancer de l'utérus reste nettement inférieur.

Taux de mortalité par cancer de l'utérus, du sein et du côlon-rectum, par âge pour 100 000 femmes en Mayenne en 1995-1997



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE (estimations au 1/1/1996 et 1997)

Représentation logarithmique

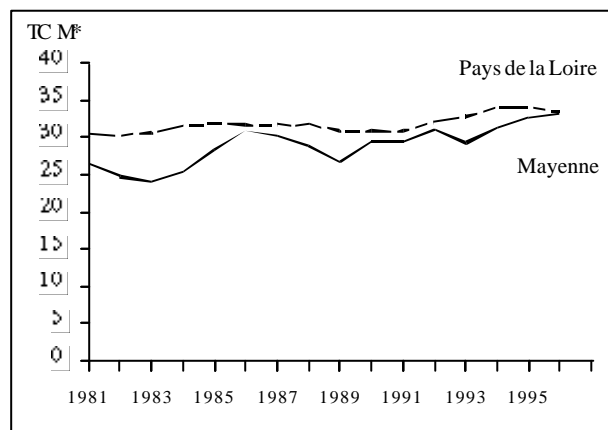
Estimations FRANCIM : Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres des cancers Francim qui couvrent environ 10% de la population française. Elles proviennent de 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Somme et Tarn. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport Incidence/Mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps.

● **Une forte croissance de la mortalité par cancer du sein**

Le nombre de décès par cancer du sein, s'il était toujours inférieur à 40 au début des années 80, est désormais le plus souvent supérieur à 50, et a même atteint ou dépassé 60 au cours des années récentes.

Cette tendance à la hausse n'est pas uniquement liée au vieillissement de la population car le taux comparatif de mortalité a fortement augmenté (+26% entre 1981 et 1996). Il faut toutefois souligner qu'en raison des faibles effectifs concernés, cette évolution du taux n'est pas statistiquement significative. Il faut également rappeler que l'amélioration du diagnostic est susceptible d'expliquer en partie cette évolution.

Évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer du sein entre 1981 et 1996 (taux pour 100 000 femmes)



Sources : INSERM SC8 Exploitation O.R.S.
INSEE RP90 et estimations de population.

* Taux comparatifs de mortalité (données lissées sur 3 ans)

● **140 admissions annuelles en affection de longue durée pour cancer du sein**

Entre 1993 et 1995, en moyenne chaque année 140 mayennaises ont été admises en Affection de Longue Durée (ALD) pour un cancer du sein, par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général, régime agricole ou régime des professions indépendantes.

Chez les femmes, le cancer du sein est ainsi à l'origine de 9% des entrées totales en ALD, et de 35% des admissions en ALD pour cancer.

Plus de 60% des admissions concernent des femmes âgées de 35 à 64 ans, et 37% des femmes âgées de plus de 65 ans.

Admissions en affection de longue durée pour cancer du sein en Mayenne en moyenne en 1993-1995

	Femmes	
	Nombre	%
0-14 ans	0	0,2
15-34 ans	2	1,4
35-64 ans	85	60,9
65 ans et plus	52	37,5
Total	140	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation O.R.S.

En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dite "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et de celui des artisans et commerçants. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables entre 1993 et 1995.

Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés ou de leurs médecins traitants. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Le dépistage du cancer du sein en Mayenne

Un programme de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans fonctionne depuis plusieurs années en Mayenne, sous l'égide de l'association CAMELIAS (Campagne Mayennaise d'Etude et de Lutte Inter-Régimes des Affections du Sein), avec le soutien financier des caisses d'assurance-maladie (CPAM, MSA, CMR), du Conseil Général, de la Ligue contre le cancer et de la Mutualité de la Mayenne.

La première campagne de dépistage qui s'est déroulée de 1994 à 1997 par vagues de cantons successives, a bénéficié d'un taux de participation d'environ 60 %. 44 % des participantes ont déclaré n'avoir jamais passé de mammographie. 90 cancers ont été dépistés au cours de cette 1ère campagne, soit 5,5 cancers pour 1000 femmes testées.

Une seconde campagne s'est achevée au début de l'année 2000. Toutes les femmes qui avaient été invitées lors de la première campagne ont été réinvitées à échéance de 2 ans et demi par rapport à la date de leur précédent test. Le taux de participation à cette seconde campagne a légèrement dépassé 50 %. Le taux de fidélisation, c'est-à-dire la proportion de femmes ayant passé le test lors de la première campagne, et à nouveau lors de la 2ème campagne est de 60 %. Environ 25 % des femmes ont répondu être déjà suivies et ne pas souhaiter passer le test. Près de 60 lésions cancéreuses ont été diagnostiquées et traitées, soit un taux de cancers dépistés de 4 pour 1000. Dans 75 % des cas, la taille de la tumeur était inférieure ou égale à 20 mm, et également dans 75 % des cas, il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire.

Pour la troisième campagne, lancée en l'an 2000, la tranche d'âge concernée par les invitations a été élargie à 75 ans pour les femmes ayant déjà participé au dépistage.

Le dépistage mammographique, seul moyen de prévention

Les facteurs de risque connus actuellement ne permettent pas d'envisager une prévention primaire du cancer du sein, d'où l'importance du dépistage, c'est-à-dire de la recherche précoce du cancer, avant l'apparition de signes cliniques.

Presque toutes les méthodes "cliniques", basées sur un simple examen médical, ne peuvent espérer découvrir une tumeur qu'au moment où elle est palpable ou visible, c'est-à-dire déjà constituée de milliards de cellules génétiquement instables, et donc potentiellement métastatiques.

Or dépister un cancer précocement ne présente d'intérêt que si le temps gagné permet d'éviter le passage à un stade plus grave. Sinon, le seul effet du dépistage est que les sujets se savent malades plus tôt, et donc plus longtemps, sans que la précocité du diagnostic n'augmente les chances de guérison.

Pour être efficace, il faut donc utiliser des techniques de diagnostic qui permettent de mettre en évidence des lésions précancéreuses, ou de déceler la tumeur à des stades infra-cliniques.

Pour le cancer du sein, les essais américains et suédois ont apporté la preuve de l'efficacité de la mammographie de dépistage après la ménopause. Pratiquée tous les 2 à 3 ans chez les femmes de 50 à 69 ans avec au moins 60 % de participation, un test mammographique de qualité permet de diminuer de 30 % la mortalité par cancer du sein dans le groupe des femmes dépistées.

Dépistage individuel ou dépistage systématique ?

Les actions de dépistage par test mammographique exigent pour réussir d'être rigoureusement organisées, fondées sur un protocole précis prévoyant notamment la population-cible, des contrôles de qualité, une évaluation permanente et une prise en charge appropriée des personnes présentant un résultat positif.

C'est parce qu'il est difficile de remplir ces conditions dans le cadre d'un dépistage individuel, prescrit par le médecin traitant, qu'ont été mises en place des campagnes de dépistage de masse (encore appelé dépistage systématique). Ces dépistages de masse associent la proposition systématique du dépistage à toutes les personnes appartenant à un groupe de population défini par certains critères, et la mise en oeuvre de contrôles de la qualité technique des tests utilisés.

Et même dans ce cadre, pour ces actions qui s'inscrivent dans le long terme, une évaluation doit être conduite en permanence avec un souci constant de réajustement, afin que les bénéficiaires de ces programmes en terme de mortalité et de morbidité l'emportent sur les inconvénients, c'est-à-dire les risques liés aux examens, aux traitements ainsi que les conséquences psychologiques.

Les différentes études qui ont apporté la preuve de l'efficacité du dépistage mammographique ont ainsi toutes été menées dans le cadre de campagne de dépistage de masse.

Sur ces bases, un plan national de dépistage de masse du cancer du sein s'est développé progressivement en France depuis la fin des années 80, et concerne actuellement une trentaine de départements. Dans ces départements coexistent donc un dépistage individuel, prescrit par les médecins traitants, et un dépistage de masse.