



PAGE 2  
**CANCER  
COLORECTAL**  
Les tests  
immunologiques



PAGE 3  
**CANCER  
DU SEIN**  
Bilan de  
la campagne 2011



PAGE 4  
**COMMUNICATION**  
La lutte contre  
le cancer colorectal  
à la Une

# La lettre de l'**AMODEMACES**

N° 15 • 1<sup>er</sup> semestre 2012

Le rendez-vous des professionnels de la lutte contre les cancers du sein et colorectal

## Édito



**Dr Julien Melchior**  
Président de l'Amodemaces

L'objectif premier du dépistage du cancer du sein est la réduction de la mortalité par ce cancer. Celui-ci ne peut être atteint qu'à condition d'obtenir une participation de la population d'au moins 70 %. Aujourd'hui, la moyenne nationale est de 52,7 %. Aux Pays-Bas la participation était à 81,5 % en 2009. Et l'on a pu observer dans ce pays que la mortalité par cancer du sein, qui augmentait de 0,3 % par an avant l'instauration du dépistage, a diminué de 1,7 % par an à partir de 1989, soit une réduction de mortalité de 31 % en 2009 pour les 55-79 ans par rapport à la période 1986-1988 ! À la fin des années 1980, la France comptait plus de 2 000 cabinets de radiologie qui, avec les gynécologues, ont proposé très tôt un dépistage individuel (DI) à leurs patientes. C'est l'exception française qui fait reposer le DO sur les cabinets libéraux et laisse coexister le DO avec le DI pour les femmes de 50 à 74 ans. Cependant, on estime que le DI ne représente plus que 10 % des mammographies réalisées dans la tranche d'âge. Il faut donc chercher d'autres raisons à ce défaut de participation qui impacte fortement le rapport coût/efficacité du dépistage en France. Dans le contexte économique actuel, il paraît urgent de se poser les bonnes questions et les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé vont dans ce sens. L'Amodemaces comptant sur le soutien de l'ensemble des professionnels de santé et avec l'aide des financeurs, s'investira pleinement comme par le passé dans l'application de ces recommandations. La Moselle a déjà montré sa capacité à se mobiliser : son taux de participation est passé de 30 % en 2006 à 46 % en 2011. Ne nous arrêtons pas en si bon chemin !

## À LA UNE

### Dépistage organisé du cancer du sein Équité, accessibilité, efficacité

Après 50 ans, choisir de se faire dépister en toute connaissance de cause et opter pour le dépistage organisé.

Ce sont les deux recommandations phare du dernier rapport de la Haute Autorité de Santé paru en février intitulé *Recommandation en santé publique – La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans : situation actuelle et perspectives d'évolution*.

Alors que l'on sait que l'efficacité d'un programme de dépistage est largement dépendant de la participation de la population cible, force est de constater que les objectifs de participation des femmes au dépistage organisé en France ne sont pas atteints, 8 ans après sa généralisation.

La HAS propose différents scénarii d'évolution pour améliorer l'efficacité du dépistage et fait des recommandations intéressantes non seulement les décideurs en matière de politique de santé mais aussi les professionnels de santé ainsi que les patients/usagers impliqués dans le dépistage, la prise en charge du cancer du sein ou sur la prévention ou l'accès aux soins.

Le prérequis sur lequel insiste la HAS avant d'entrer dans la démarche du dépistage est de s'assurer d'une décision libre et éclairée de la femme. Ce qui signifie l'informer des bénéfices et des risques du dépistage et que ceux-ci soient bien compris. Le médecin traitant, le gynécologue et le radiologue sont les mieux placés pour délivrer l'information à leurs patientes, ce qui suppose que les professionnels de santé soient régulièrement tenus au courant de l'état des connaissances sur le sujet.

Dans ses recommandations, la HAS se positionne clairement en faveur du dépistage

organisé par rapport au dépistage individuel pour les femmes de 50 à 74 ans. Le dépistage organisé offre en effet les meilleures garanties de qualité, liées à la seconde lecture, à la formation requise pour les radiologues et manipulateurs radio, au contrôle de qualité des mammographes et, enfin, à l'évaluation du programme de dépistage régulièrement faite par l'Institut de Veille Sanitaire grâce aux données collectées par les structures de gestion. En revanche, le dépistage individuel, s'il bénéficie de la formation des personnels et du contrôle de qualité des appareils (puisque ce sont en général les mêmes centres d'imagerie médicale agréés pour le dépistage organisé qui font des mammographies en dépistage individuel), ne peut en aucun cas être évalué sur le plan de son efficacité ni de son efficacité ; de plus, il touche essentiellement les femmes les mieux suivies au plan de leur santé, et les mieux placées au plan socio-économique. Rappelons que la prise en charge à 100 % et sans dépassement d'honoraires de la mammographie de dépistage est un moyen parmi d'autres de lutter contre les inégalités sociales de santé, dont la réduction est un des objectifs prioritaires du Plan cancer. La HAS va même plus loin dans ses recommandations en proposant de prendre en charge à 100 % l'échographie pour les femmes ayant des seins denses ou en cas de mammographie anormale. Avec la garantie de l'équité, l'accessibilité, la qualité et l'efficacité, il ne devrait plus être question d'hésiter pour adhérer au dépistage organisé, que l'on soit professionnel de santé ou usager.

## Place aux tests immunologiques en 2013

La décision est prise, le passage aux tests immunologiques en remplacement du test au gaïac (Hemoccult II®) sera effectif en 2013. Un cahier des charges précis doit permettre un appel d'offres européen afin de retenir le fabricant.

**C**ette décision fait suite aux résultats de différentes expérimentations françaises, à l'avis de l'HAS en 2008 et au rapport de l'InCa de novembre 2011\*.

Il s'agit de tests plus sensibles permettant de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés que le test au gaïac au prix d'un nombre de coloscopie au moins deux fois plus important mais variable selon le seuil de positivité choisi.

Spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine humaine, ils ne peuvent être positifs en présence d'hémoglobine animale.

Une récente étude menée par J. Faivre et al.\*\* confirme la supériorité des tests immunologiques par rapport au test au gaïac, mais qu'aucun des trois tests étudiés présentés ci-dessous n'apparaît meilleur que les autres.

Une lecture automatisée avec des automates permet de déterminer la concentration d'hémoglobine par millilitre de tampon, de fixer le seuil de positivité, augmentant l'assurance qualité de la lecture.

Autre amélioration : une plus grande simplicité d'utilisation, n'empêchant pas certes le prélèvement de selles, susceptible d'augmenter la participation au dépistage organisé, et un seul prélèvement au lieu de six sur trois jours avec le test au gaïac.

Des changements sont à prévoir dans l'organisation du dépistage organisé : transport postal des échantillons, restructuration des centres de lecture, modification du cahier des charges et des documents..., nécessitant une information complète des professionnels de santé et de la population cible afin que cette migration attendue se fasse au mieux pour tous et au bénéfice du dépistage du cancer colorectal.

\* *Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal – Synthèse relative aux modalités de migrations vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage, INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2011.*

\*\* *Faivre et al., Comparison between a gaïac and three immunochemical faecal occult blood test in screening for colorectal cancer, Eur J Cancer (2012) in press.*

### Délais de prise en charge des cancers

L'Amodemaces participe à une enquête initiée par l'INCa et menée par la FNORS, la Fédération nationale des ORS, sur les délais de prise en charge des cancers.

L'étude a porté dans un premier temps sur le cancer du sein et le cancer de la prostate ; les résultats sont en cours de publication. Elle se poursuit en 2012 par le cancer colorectal et le cancer du poumon.

L'ORSAS et l'ORSAL ont sollicité l'Amodemaces pour les dossiers des femmes traitées en Lorraine et en Alsace pour un cancer diagnostiqué suite à un dépistage.

### Rendement des coloscopies...

Le nombre moyen de polypes (NMP) par coloscopie et la proportion d'adénomes parmi les polypes (PAP) sont proposés pour évaluer le rendement des coloscopies sachant l'étroite corrélation des indicateurs avec le risque cumulé de cancer d'intervalle.

Une étude menée par B. Denis et coll. auprès de plus de 2 millions de personnes de 50 à 74 ans et à partir de 42 703 coloscopies réalisées par 315 endoscopistes propose de retenir un seuil de 0,8 pour le NMP et une fourchette de 50 à 80 % pour la PAP pour une évaluation en routine dans le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal.

**Endoscopistes, à vos NMP !**

### Trois tests immunologiques en lice pour le dépistage organisé

Présentation du test **FOB-Gold®** de Beckman Coulter USA  
 > Kit de prélèvement



Présentation du test **OC-Sensor®** de Eiken Japon  
 > Kit de prélèvement



Présentation du test **Magstream®** de Fujirebio Japon  
 > Kit de prélèvement



## Résultats de la campagne 2010-2011 en Moselle\*

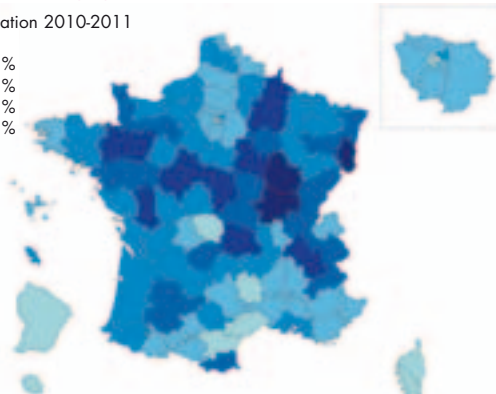
**L**e taux de participation, indicateur clé du dépistage qui doit être au moins de 50 % (45 % normes européennes), est apprécié par le rapport du nombre de personnes dépistées sur la population Insee diminuée des exclusions médicales. En Moselle, pour la période

2010-2011, le taux est de 34,8 %, en recul par rapport aux années précédentes mais supérieur au taux national de 32 %. Ceci nous incite à persévérer dans l'effort de santé publique sachant que rien n'est acquis et que nous travaillons sur le long terme.

### Taux de participation départementaux standardisés France 2010-2011 (population de référence : France 2009)

Taux de participation 2010-2011

- < 25 %
- 25 % à < 30 %
- 30 % à < 35 %
- 35 % à < 40 %
- 40 % à < 45 %
- ≥ 45 %



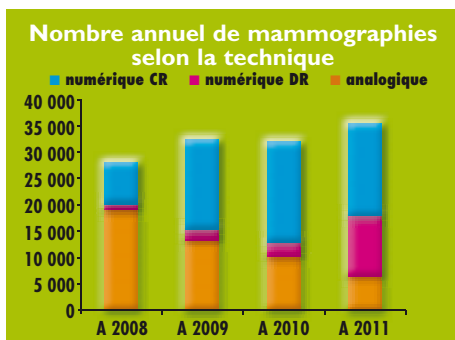
\* Sources : InVS, 01/03/2012 ; fond de carte IGN GéoFLA, 2009 ; données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

## Bilan de la campagne 2011

L'année 2011 se caractérise par une augmentation sensible du nombre de mammographies faites dans le cadre du dépistage organisé. Le suivi permanent des indicateurs définis par le cahier des charges permet d'analyser avec précision l'activité départementale en termes de dépistage du cancer du sein.

### L'activité annuelle selon la technique

La technologie numérique a été autorisée dans le dépistage organisé en 2008. Dès 2009, les mammographies numériques étaient plus nombreuses que les analogiques et réalisées essentiellement avec des mammographes à plaques électroluminescentes ERLM (CR). En 2011, le nombre de centres de radiologie dotés de mammographes plein champ (DR) est passé de 1 à 10, entraînant une forte augmentation du nombre de mammographies DR. Les mammographies numériques ont représenté en 2011 plus de 80 % de l'ensemble de mammographies de DO.



### Pratiques des radiologues L1

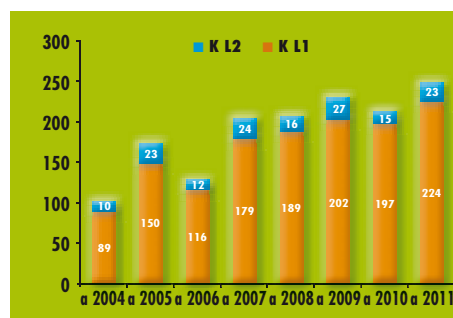
- L'examen clinique était noté comme anormal dans 156 cas, il a été refusé par la patiente dans 2 cas. Il faut signaler par ailleurs que la mention de l'examen clinique réalisé manque dans 1 487 dossiers (4 %).
- Dans 17 % des cas, les 4 incidences de la mammographie de dépistage ont été complétées par des incidences complémentaires, sans qu'il s'agisse d'un bilan diagnostique motivé par une image radiologique anormale ou d'un examen clinique anormal. Ces pratiques sont variables selon le type de mammographe utilisé : 12 % pour les mammographies analogiques, 15 % pour les numériques CR et 25 % pour les numériques plein champ.
- Un bilan diagnostique immédiat a été fait pour 1 598 mammographies positives (4,5 % du total), constitué d'une échographie ou d'un agrandissement ou d'une cytoponction immédiate. 968 mammographies sont restées positives après bilan (2,7 %).
- Une échographie, alors que la mammographie est classée ACR1 ou ACR2, a été faite dans 33 % des examens de dépista-

ge. La densité mammaire élevée, de type 3 ou 4, ne concerne que la moitié de ces échographies, 5 545 sur 11 962. Cet examen a été considéré comme suspect dans seulement 1 % des cas (114).

### La deuxième lecture

Sur les 34 544 mammographies passées en deuxième lecture, 625 ont été considérées comme positives (1,8 %). Dans la majorité des cas (87,5 %), la mammographie a été classée ACRO, classement transitoire dans l'attente d'un bilan complémentaire pour classer définitivement l'image. Les seconds lecteurs ont considéré 92 mammographies comme étant techniquement insuffisantes, nécessitant de nouveaux clichés pour être interprétées.

Après réalisation du bilan différé, l'examen de dépistage a été considéré comme normal (ou négatif) dans 73 % des cas, nécessitant une surveillance à court terme dans 22 % des cas, et nécessitant un avis spécialisé ou une vérification histologique dans 5 % des cas. En 2011, 23 cancers ont été dépistés suite au passage en deuxième lecture, ce qui représente 9,3 % de l'ensemble des cancers dépistés (247). Le graphique suivant montre la distribution depuis 2004 des cancers dépistés en première et en deuxième lecture.



Le tableau ci-dessous présente les données sur les cancers pour les années 2010 et 2011 selon la technique mammographique.

	Analogique	Numérique CR	Numérique DR
Nb cancers	86	253	100
Nb cancers par L2	11	22	5
Taux cancers	5,3 ‰	7,2 ‰	7 ‰
% cancers L2	12,8 %	8,7 %	5 %

### Réunion à l'Agence Régionale de Santé (ARS)

L'ensemble des partenaires travaillant dans le champ social s'est réuni le lundi 21 mai pour échanger autour de la thématique de réduction des inégalités de santé dans le cadre des dépistages organisés des cancers.

### Comité des radiologues seconds lecteurs

La réunion semestrielle du Comité des seconds lecteurs a eu lieu dans les locaux de l'Amodemaces le mercredi 30 mai à 19 h.

### Conseil scientifique pour le dépistage du cancer du sein

La rencontre annuelle du Conseil scientifique pour le dépistage du cancer du sein est programmée le jeudi 7 juin à 20 h, à Metz.

### Séminaire Acorde

Les médecins coordonnateurs des structures de gestion tiennent leur séminaire annuel à Paris le lundi 18 juin. Thématique de cette rencontre : le futur des dépistages organisés selon les évolutions technologiques.

Trois ans après l'introduction du numérique dans le dépistage organisé, cette nouvelle technique semble se traduire par des changements dans les pratiques et dans les indicateurs de résultats des campagnes de dépistage. Si les chiffres manquent encore de robustesse au plan statistique à un niveau départemental, l'analyse des données à l'échelle nationale sera probablement plus significative.

## La lutte contre le cancer colorectal à la Une Côlon Tour

Dans le cadre des actions nationales de lutte contre le cancer colorectal, le comité mosellan de la Ligue contre le cancer en partenariat avec la fondation Arcad et la SFED a proposé la venue du « Côlon Tour® » à Metz les 25 et 26 mai 2012.

Déjà passée par Paris, Lyon ou Marseille, cette exposition itinérante avait pour objectif d'inciter le public au dépistage et à la prise

en charge du cancer colorectal. Son support était des plus originaux : une structure gonflable mobile de 8 mètres de longueur et de 2,4 mètres de hauteur dans laquelle on peut circuler pour visualiser les différentes anomalies de l'intestin. La présence de spécialistes au cours de ces journées a permis de nombreux échanges avec le public.



## Mars bleu

La stratégie d'information du public développée par l'InCA sur le dépistage du cancer colorectal s'est renouvelée en 2012 pour favoriser le passage à l'acte des personnes concernées en créant une parole réflexive avec le médecin traitant : « Dès 50 ans, c'est le moment... de parler du dépistage à mon médecin. » Cette campagne a été relayée par l'Amodemaces auprès des professionnels de



santé. Avec le soutien du comité 57 de la Ligue contre le cancer, des actions de colportage sur les lieux de fort passage des centres-villes, des galeries marchandes ont été engagées pour aller vers le public concerné. Des flyers d'explication du dépistage du cancer colorectal ont ainsi été remis en main des hommes et des femmes, valorisant le fait que l'on peut guérir d'un cancer colorectal dépisté à temps.

## VIE DE L'ASSOCIATION

### Le financement des dépistages organisés

En Moselle, le financement des dépistages organisés des cancers est assuré par l'État et l'Assurance-maladie (CNAMTS, MSA, et RSI). Les dépenses de fonctionnement sont réparties de façon égale entre l'État et l'Assurance-maladie. L'Assurance-maladie prend en charge à 100 % :

- pour le dépistage du cancer du sein :
  - la seconde lecture des mammographies, actuellement 4,00 euros par seconde lecture ;
- pour le dépistage du cancer colorectal :
  - l'achat des tests Hemocult II à 1,20 euro l'unité ;
  - la lecture des tests, soit 4,50 euros le test ;
  - la rémunération incitative des médecins : forfaits annuels de 60 à 1030 euros à partir

de 10 tests remis et lus.

#### Dépistage du cancer du sein\*

Le coût de gestion unitaire par personne invitée sur la base d'une participation de 51 % est estimé à 11 euros et à 22 euros par personne dépistée (hors mammographie et examens complémentaires).

#### Dépistage du cancer colorectal\*

Le coût de gestion unitaire par personne invitée est estimé à 8 euros sur la base d'une participation de 34 % et à 24 euros par personne dépistée.

\* Source : Séminaire 2010 des programmes nationaux des dépistages des cancers du sein et colorectal.

### Bilan à mi-parcours du Plan cancer 2009-2013 par le HCSP

Le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a publié en avril 2012 un bilan d'étape du Plan cancer et présente une évaluation des thèmes transversaux formalisés dans le Plan cancer : les inégalités sociales et territoriales de santé, la place du médecin traitant et les systèmes d'information. Le bilan du HCSP met en évidence que les thèmes transversaux ont été insuffisamment pris en compte dans la mise en œuvre des mesures et actions du Plan. Les inégalités de santé sont abordées surtout sous leur aspect territorial, la problématique sociale restant largement sous-documentée. Développer l'implication du médecin traitant dans le champ de la prévention et du parcours de soins doit sortir du seul champ incantatoire pour devenir un enjeu prioritaire dans la prise en charge de la personne. Enfin, les systèmes d'information doivent se développer pour répondre à des besoins aussi variés que la prévention, la coordination des soins, l'observation, le champ social, l'information de l'utilisateur et des professionnels de santé, et le suivi des indicateurs du Plan.

Pour une lecture exhaustive du rapport : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)

### Une course féminine dans les rues de Metz



Elles étaient plus de 1000 à prendre le départ place Saint-Louis pour la lutte contre le cancer du sein. L'Amodemaces et La Ligue contre le cancer étaient présents dans le village d'arrivée et les bénéficiaires de la course ont été reversés à La Ligue. Une belle initiative dont le franc succès dès la première édition laisse espérer le renouvellement dans le futur !