

Editorial du Président



Le New England Journal of Medicine du 27 octobre 2005 a publié une remarquable étude (1) sur la diminution de la mortalité par cancer du sein aux Etats-Unis entre 1975 et

2000. Elle montre que le fait d'associer à la fois dépistage du cancer et traitement adjuvant a permis de réduire la mortalité par cancer du sein de 30 % (médiane). Cette amélioration est attribuée à 46 % au dépistage et à 54 % au traitement adjuvant.

Ces résultats montrent la responsabilité essentielle du médecin traitant dans l'amélioration du pronostic du cancer du sein. En effet, si la chimiothérapie est du ressort du cancérologue, le dépistage est entre les mains du médecin généraliste.

92 % des Françaises et des Français ont choisi leur médecin généraliste comme médecin traitant et ont exprimé par ce choix toute la confiance qu'ils lui portent. La lutte contre le cancer est l'un des plus gros enjeux de son exercice médical. Et l'ODLC l'aide en lui adressant des femmes pour réaliser tests et prescriptions des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus, et des hommes pour le cancer du côlon. Car le médecin traitant est le premier cancérologue du réseau de cancérologie.

Dr Philippe Winkel

(1) Berry D et coll. : "Effects of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer." New England Journal Medicine 2005 ; 353 : 1784-92.

A la rencontre des Isérois

Samedi 1^{er} octobre au cœur de Grenoble, la présence du chapiteau ODLIC, soutenu par la Ligue contre le Cancer comité Isère aux côtés du Conseil général de l'Isère et de l'Assurance Madadie, a lancé l'action de sensibilisation au dépistage des cancers menée sur les six cantons de la ville. Les visiteurs du chapiteau en ont profité pour s'informer et échanger avec les médecins sur les atouts du dépistage organisé, les modalités pour bénéficier des examens proposés et les conditions de participation au programme de dépistage.

Cette action avait pour but d'aller à

la rencontre des Isérois pour les inciter à réaliser les examens de dépistage. Elle a aussi permis de les encourager à prendre soin de leur santé.



Voir le dépistage autrement



"Cancers du sein, du col de l'utérus, de la peau et du côlon... Il est temps de voir le dépistage autrement" est le slogan martelé dans les spots TV et les annonces presse diffusées sur les médias nationaux et régionaux.

Ce mois-ci, l'INCa diffuse un 4 pages spécialement destiné aux professionnels de santé. Un film TV et des annonces dans la presse magazine et seniors valoriseront également la qualité du dépistage organisé du cancer du sein. Ces supports de communication rappelleront les atouts de la seconde lecture des mammographies et l'importance de l'invitation reçue à domicile pour la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein.

Des affiches nationales prévues pour le printemps 2006 insisteront sur le dépistage organisé des cancers : "La meilleure façon de se faire dépister".

L'ODLC participe depuis l'automne au groupe de travail national "Communication INCa". Cette collaboration doit contribuer à une meilleure complémentarité entre communication nationale et communication départementale.

L'Institut National du Cancer (INCa) a lancé en novembre dernier une campagne de communication nationale pour favoriser le dépistage précoce des cancers. L'INCa veut ainsi amener la population à "changer de regard sur le dépistage des cancers".

H o m m a g e

Suite au décès tragique du Dr François Ménégos, l'ODLC partage la peine de sa famille et le deuil du Registre du Cancer de l'Isère dont il a été le Directeur. De longues années de collaboration ayant permis d'apprécier ses qualités professionnelles et humaines, l'ODLC tient à exprimer toute sa sympathie à ses proches.

Quand les généralistes

mènent

Décidés à optimiser une démarche systématique d'incitation au dépistage, les généralistes isérois ont observé le comportement de leurs patients. Les docteurs Laurent Journet et Bruno Senez témoignent de leur expérience et des outils mis en place dans leur cabinet pour faciliter l'adhésion.

Calendrier des actions de relance ciblées

L'ODLC poursuit ses opérations de sensibilisation et de relances au dépistage des cancers ciblées à l'échelle des cantons. Pour chaque campagne localisée, tous les médecins du canton sont invités à participer à une réunion ODLC afin de faciliter les modalités d'inclusion des bénéficiaires de 50 à 74 ans et de les soutenir dans cette mission de prévention. Ces rencontres professionnelles accueillent tous les acteurs de santé du programme (médecins généralistes, gynécologues, radiologues, gastro-entérologues, anatomopathologistes).

- Janvier 2006
Meylan et Saint-Ismier
- Mars 2006
Roussillon
- Avril 2006
Villard de Lans
- Mai 2006
Mens, Corps et La Mure
- Juin 2006
Bourg d'Oisans
et Valbonnais



Le Dr Laurent Journet, installé à Saint-Vérand, a mené une enquête de pratique sur l'année 2004.

Son objectif était de faire le point sur la mise en œuvre du dépistage organisé des cancers en cabinet de médecine générale.

Globalement, près de 15 % de cette population n'est pas concernée par le DO essentiellement en raison d'antécédents personnels ou familiaux de cancer.

Pour le cancer du sein, sur 100 femmes à qui, la mammographie est proposée : 19 en sont exclues, 57 sont dépistées, 16 ne sont pas suivies régulièrement et 8 ont un dossier médical mal renseigné.

Pour le cancer du col de l'utérus, 15 % des femmes (13 femmes sur 88) étaient exclues des frottis de dépistage, 26 % n'étaient pas suivies régulièrement, 59 % ont eu un dépistage.

Pour le cancer colorectal, sur 100 personnes à qui le test Hémo occulte est proposé : 16 en sont exclues, 32 le réalisent, 52 ne le font pas.

Les chiffres du dépistage obtenus au cabinet du praticien généraliste sont donc assez satisfaisants pour les cancers gynécologiques. Ils sont bien moins bons pour le cancer du côlon et encore loin de l'ambitieux objectif de 70 à 80 % de la population à inclure dans le DO.

Des freins à ce dépistage organisé ont pu être identifiés :

- une information imparfaitement notée dans le dossier médical,
- l'absence de communication entre le médecin généraliste et les gynécologues,
- une proportion importante de personnes aux antécédents personnels ou familiaux de cancer.

Une enquête d'opinion réalisée auprès de confrères généralistes révèle que le dépistage individuel garde toute son importance à leurs yeux. Cela constitue un frein supplémentaire au dépistage organisé. Certains confrères ne connaissent pas le dispositif de la double lecture des mammographies, d'autres ne peuvent

pas en quantifier le bénéfice. Pourtant, 15 % des cancers sont dépistés en seconde lecture. La majorité pense aussi que le recrutement ne peut être amélioré que par la voie des médias.

Il paraît primordial de rappeler les points forts du DO : régularité des invitations, double lecture des négatifs, contrôle qualité, formation des professionnels, évaluation des résultats.



Sur le plan personnel l'objectif pour les mois à venir est d'améliorer l'information du dossier médical de ces patients : connaître la date exacte des examens pratiqués est important pour vérifier la réalité et la régularité du suivi. Il faut aussi revenir inlassablement à chaque rencontre et poser la question : "Avez-vous fait vos examens de dépistage ?"

ralistes ent l'enquête

épistage organisé et d'inclusion dans le programme ODLC, deux
nts âgés de 50 à 74 ans et effectué des enquêtes de pratique.
to-évaluation, livrent leur travail, leurs réflexions, leurs analyses
de leurs patients au programme de dépistage organisé (DO).



Le Dr Bruno Senez, installé à Eyzin-Pinet, a réalisé deux audits de pratique en novembre 2003 et octobre 2005 et une étude complémentaire afin de répondre aux questions posées par le faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du côlon en médecine générale (25 %).



L'audit de pratique mené en novembre 2003 a montré que 50 % des 50 patients des deux sexes de 50 à 74 ans consultant habituellement leur médecin avaient bénéficié de ce dépistage ou d'une proposition de participation. Compte tenu d'un seuil qualité fixé à 80 %, des réflexions ont été menées pour améliorer :

- le repérage systématique des patients dans la tranche d'âge,
- le suivi d'une procédure standardisée de mesure du risque assortie de la proposition d'un suivi de ce dépistage et la création des "alertes" informatiques nécessaires.

Un second audit a été réalisé en octobre 2005 pour évaluer l'impact de cette démarche qualité. Le taux de participation effectif a été de 85 % alors que 95 % des patients avaient

reçu une information et une proposition de participation au dépistage. La différence est liée à des refus réitérés de participation.

Une étude complémentaire auprès de 40 personnes a permis de retrouver les causes classiques de non participation.

Parmi les causes classiques de non participation, un certain nombre sont liées aux patients ou à la procédure : refus du dépistage, manque d'intérêt, incompréhension du bénéfice potentiel, invitation non reçue/perdue/jetée, peur du cancer. D'autres causes concernent les professionnels de santé :

- Refus de participer aux dépistages ou à ce dépistage-là en particulier alors que le dépistage des cancers gynécologiques est réalisé.

- Refus d'utiliser le test Hémo-cult au profit d'autres méthodes / tests non validés pour le dépistage

- Dépistage sauvage hors procédure centralisée

- Tests reçus par la poste ou remis par la médecine du travail hors procédure ODLC

- Fiche épidémiologique non

remplie lorsque le patient est dépisté par coloscopie en raison d'un risque élevé

- Tests Hémo-cult ramenés dans un LABM, lequel remplace parfois cette recherche par un autre test non validé.

Le taux estimé par l'ODLC peut ainsi être minoré par les patients dépistés par coloscopie ou par Hémo-cult hors ODLC et qui ne renvoient pas la fiche épidémiologique.

On peut conclure de ces audits qu'une implication personnelle des professionnels de santé est indispensable à la réussite du programme de dépistage. Elle dépasse largement le cadre du dépistage du cancer du côlon car proposer ce dépistage suppose que l'on soit également compétent pour les autres dépistages en cancérologie et dans les autres domaines de la prévention. Proposer un dépistage c'est également être au fait des recommandations actualisées basées sur un niveau de preuve, ce qui n'est pas toujours facile pour un médecin de famille dont le champ des compétences est sans cesse élargi et les recommandations en perpétuelle révision. Une juste reconnaissance institutionnelle des efforts nécessaires, des compétences utiles et du temps consacré à cette action est probablement nécessaire pour que le système de santé soit à la hauteur des enjeux et des attentes des patients.

Retrouvez les résultats complets de ces audits sur www.odlc.org rubrique professionnels de santé.

Vous commencez à utiliser le site d'éligibilité Dora

124 médecins isérois (67 radiologues, 49 généralistes et 8 gynécologues) se sont inscrits sur le site Internet du Dépistage organisé du cancer en Rhône-Alpes www.dora-asso.fr.

Ce site permet de connaître les conditions d'éligibilité des bénéficiaires au dépistage des cancers du sein et du côlon. A la mi-novembre, 151 prescriptions ont ainsi été réalisées grâce à cet outil dont 113 pour le dépistage du cancer du sein et 38 pour les cancers colorectaux.

NOUVEAU

FORMATION DES SECRÉTAIRES EN CABINETS DE RADIOLOGIE

Le rôle des secrétaires est essentiel dans l'inclusion des femmes au programme de dépistage organisé du cancer du sein. Pour les soutenir, l'ODLC met en place des sessions de formation sur mesure programmées en matinée les mardis 7 et 14 février 2006.

Résultats et suivi des examens de dépistage réalisés en 2003

L'analyse des résultats du programme de dépistage porte sur l'année 2003 pour laquelle nous disposons d'un enregistrement complet des données de suivi à 2 ans ce qui permet de mesurer les bénéfices de l'action dans son intégralité. Si la participation au DO des cancers en Isère reste insuffisante 35 % en 2005, les objectifs en terme de lésions dépistées sont très encourageants avec un diagnostic et une prise en charge de lésions précoces.

Dépistage des cancers du sein

13 157 mammographies réalisées
dont 12 372 clichés relus en 2^{ème} lecture

■ 8,2 % de bilans de dépistage positifs

12,05% des tests ont nécessité un bilan immédiat près 1^{ère} lecture
6% restaient positifs après bilan (nécessité d'une surveillance à court terme ou d'une vérification histologique)

2,2% des dossiers négatifs (classés ACR1 ou ACR2) en 1^{ère} lecture ont été positifs en 2^{ème} lecture (nécessité d'un bilan complémentaire : clichés supplémentaires, échographie ou prélèvement ou d'une surveillance rapprochée)

■ 116 cancers dépistés

8,8 pour mille femmes dépistées

13 cancers vus seulement en L2 soit 11 % de l'ensemble des cancers dépistés

Caractéristiques des cancers

| | L1 + | L1-L2 + |
|-----------------|---|--|
| Cancers | 103 | 13 |
| In Situ | 20 (19 % des cancers diagnostiqués en L1) | 6 (46 % des cancers diagnostiqués en L2) |
| Invasifs | 83 | 7 |
| pT1 | 70 = 84 % | 7 = 100 % |
| pNo | 64 = 77 % | 7 = 100 % |

- Les cancers diagnostiqués sont de bon pronostic avec en particulier des taux élevés de lésions de petite taille sans envahissement ganglionnaire axillaire.

- L'intérêt de la 2^{ème} lecture est confirmé avec 11 % de cancers diagnostiqués

LÉGENDE

L1 : 1^{ère} lecture des mammographies

L2 : 2^{ème} lecture

pT1 : Tumeur de diamètre macroscopique \geq 20 mm

pNo : Absence de métastase des ganglions axillaires

ACR : American College of Radiology

Dépistage des cancers colo-rectaux

33 635 tests Hémocult réalisés
dont 15 235 par les femmes et 18 400 par les hommes

■ **1 302 tests** (3,8 %) reçus au laboratoire étaient non analysables le plus souvent en raison de surcharge ou de tests incomplets. Parmi ces examens non analysables, 1 036 (79,6 %) ont été refaits

correctement après envoi d'un second test accompagné des recommandations pour la réalisation.

■ **713 tests** soit 2,1 % montraient des traces de sang microscopiques sur au moins une des 6 plaquettes. Ce taux est plus élevé chez les hommes (2,4 %) que chez les femmes (1,7 %)

Suivi des positifs

| | Hommes | Femmes | Total |
|-----------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Tests positifs | 448 | 265 | 713 |
| Coloscopies réalisées | 396 (88,4 %) | 228 (86%) | 624 (87,5%) |
| Polypes | 142 | 45 | 70 |
| dont \geq 10 mm | 7,7 % dépistés | 2,9 % dépistés | 2,1 % dépistés |
| | 81 (57 %) | 23 (51 %) | 104 (56 %) |
| Cancers | 56 | 14 (1 canal anal) | 70 |
| dont stade I | 3 % dépistés | 0,9 % dépistés | 2,1 % dépistés |
| | 29 (52 %) | 5 (38 %) | 34 (49 %) |

- Après un test positif, l'acceptabilité de la coloscopie est élevée (88 %) témoignant d'une bonne connaissance de l'intérêt de ce dépistage.

- Les coloscopies après test positif permettent de diagnostiquer dans 41 % des cas, un cancer ou un polype. Ce taux atteint 50 % chez les hommes intégrés pour lesquels ce dépistage représentait la 1^{ère} participation dans le programme.

- Les cancers détectés par ce dépistage sont 1 fois sur 2 de stade I (ou A de Dukes) très précoce soit 2 fois plus fréquents que pour les cancers diagnostiqués en dehors du dépistage organisé.

Dépistage des cancers du col de l'utérus

■ **11 188 frottis** réalisés

■ **150 tests** étaient positifs soit 1,3 %

Les anomalies étaient :

dans **65 %** des atypies (type ASCUS ou AGUS)

dans **19 %** des lésions de Bas Grade

dans **9 %** des lésions de Haut Grade

dans **2 %** des cellules cancéreuses

dans **5 %** la présence de cellules endométriales

Suivi des positifs

1 pathologie pour mille femmes dépistées

4 cancers infiltrants (2 malpighien, 2 ADK)

8 lésions de Haut Grade (CIN II/III)

