

Editorial du Président

Et si elles savaient...



D'après une étude menée auprès de 10 000 étudiantes dans 23 pays européens entre 1999 et 2001, une majorité d'entre elles ignorent les notions fondamentales des facteurs de risque du cancer du sein qui, on le sait, touche 1 femme sur 8.

Alors que la plupart des personnes interrogées surestiment le risque génétique qui, pourtant ne concerne que 5 à 10 % des cancers du sein, elles négligent les principaux facteurs parfaitement identifiables, liés aux modes de vie.

A noter trois facteurs aggravants, déjà présents dans de nombreuses autres pathologies. L'alcoolisation excessive doublerait le risque de cancer du sein ainsi que l'obésité avec majoration du taux d'œstrogènes dans les tissus graisseux en excès et le manque d'exercice physique.

Il faut signaler l'effet protecteur du sport : l'exercice physique réduirait le risque de cancer de 20 à 40 % par rapport à l'inactivité physique. A contrario, stress et tabagisme ne peuvent pas actuellement être impliqués d'une manière concluante dans le cancer du sein.

Les facteurs hormonaux, sur lesquels il n'est pas ou peu possible d'agir, méritent néanmoins d'être mieux connus de la population. Une puberté précoce et une ménopause tardive augmenteraient les risques alors que des grossesses nombreuses avant 25/30 ans et l'allaitement diminueraient les risques. Pour mémoire, le traitement hormonal de la ménopause augmente le risque s'il est prolongé au-delà de 5 ans voire 10 ans.

En conclusion, si l'hygiène alimentaire et l'hygiène de vie avec pratique d'exercice physique sont des conseils universels de bonne santé, ils restent encore plus pertinents dans la prévention des risques des cancers du sein.

Dr Philippe Winckel

(*) Enquête "International Health Behavior Study" publiée sur le site European journal of cancer le 19 07 2006

Accompagner les personnes en précarité vers un meilleur recours aux soins

Antoine RODE (1) sociologue doctorant à l'IEP (2), a réalisé une étude (*) avec l'AGECSA (3) et ODENORE (4) en 2005 à Grenoble. L'expérience auprès de patients suivis en centres de santé a permis d'étudier "l'accès à la santé et le non-recours aux soins" des publics en situation de précarité. Interview

Pourquoi avoir abordé la question de l'accès aux soins parmi ces publics ?

Le "non-recours aux soins" est un facteur explicatif de la persistance des inégalités sociales de santé en France. Malgré des avancées comme la CMU, une partie des ménages bénéficiaires renonce encore à des soins. Par ailleurs les taux de mortalité par cancer sont plus élevés parmi les moins diplômés. Les enjeux de santé publique, économique et politique sur cette question nous ont amenés à vouloir améliorer la connaissance du phénomène et sa prise en charge.

Comment avez-vous réalisé cette étude et quelles conclusions avez-vous dégagées ?

Nous sommes allés à la rencontre de ceux qui vivent ces situations, pour recueillir leur récit de vie. Nous avons observé qu'au-delà des « exclus », ce phénomène touche un ensemble large de personnes, dont les travailleurs pauvres. L'obstacle économique reste encore à l'origine de ces situations. Mais ce phénomène est davantage la conséquence d'un cumul de déterminants institutionnels et individuels. On remarque notamment une altération de la confiance et du rapport au temps, résultant des multiples ruptures dans les parcours de vie.

Comment favoriser la prise en charge de ces personnes dans le cadre du programme de dépistage organisé des cancers ?

Même si la question demeure complexe, il n'y a pas d'impuissance en la matière et cela doit rester un objectif central pour tous. Il s'agit d'intervenir à chaque étape, avec des préalables essentiels dont la formation des soignants sur ces spécificités, ainsi qu'une prévention ciblée pour toucher les plus réticents. Des expériences ont montré l'intérêt du



travail en réseau pour repérer en amont les personnes exposées aux risques de non-recours, les orienter puis faire émerger, voire accompagner, la demande inexprimée. Une telle démarche volontariste nous

semble nécessaire. Dans ce schéma, les médecins ont un rôle crucial pour restaurer la confiance par une attitude compréhensive, ouvrant au dialogue et intégrant toutes les composantes biographiques de la personne. L'attention particulière portée à celles et ceux qui demandent une médecine alliant compétences techniques et relationnelles, est finalement l'approche la plus adaptée pour "prendre soin" des plus démunis.

(1) Une conférence ouverte aux professionnels de santé sur le thème "Sociologie et accès à la santé" avec Antoine RODE et Dr Dominique LAGABRIELLE s'est déroulée Mercredi 11 octobre dans le cadre de la "Journée Prévention des Cancers" organisée par l'ODLC avec le Service d'Hygiène Santé Environnement de Bourgoin-Jallieu.

(2) IEP : Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

(3) AGECSA : Association de Gestion des Centres de Santé

(4) ODENORE : Observatoire DES Non-Recours aux droits et services

(*) Etude accessible sur www.odnore.msh-alpes.prd.fr

L'équipe ODLDC vous souhaite une bonne année 2007 et vous présente le nouveau visuel imprimé sur les courriers envoyés aux bénéficiaires à compter de janvier.



Examens de dépistage organisé et participation

A vos agendas...

FORMATION DES SECRÉTAIRES DES CABINETS DE RADIOLOGIE EN ISERE 2^e session

Mardi 6 février & mardi 6 mars
ODLC - de 9h15 à 12h30

Les secrétaires des cabinets de radiologie n'ayant pas pu participer à la formation organisée par l'ODLC au printemps dernier sont invitées à suivre cette session gratuite. Pré-inscription au 04 76 41 42 71 ou contact@odlc.org.

ACTIONS DE RELANCE CIBLÉES

2007

→ JANVIER/FÉVRIER

Cantons de Voiron / Le Grand Lemps / Virieu / Rives / St Laurent du Pont / St Egrève

● Réunions cantonale des professionnels de Santé

> Mardi 23 janvier - 20h30
Communauté du Pays Voironnais - Voiron

> Mardi 6 février - 20h30
Maison de quartier de la gare - St Egrève

→ MARS

Cantons de La Verpillière / L'Isle d'Abeau

● Réunion cantonale des professionnels de Santé

> Jeudi 15 mars - 20h30
Salle Daniel Latinier - Villefontaine

● Conférence/Débat TOUT PUBLIC

- Dépistage organisé des cancers de 50 à 74 ans

- Diagnostic précoce des cancers à partir de 74 ans

> Jeudi 15 mars - 14h30 - Espace culturel - St Quentin Fallavier

→ AVRIL

La Tour du Pin / Pont de Chéry / Crémieu / Morestel

→ MAI

St Marcellin / Vinay / Tullins

→ JUIN

Vienne

En juin 2007, le cycle d'actions de relances ciblées débutées en juin 2004, aura été mené sur les 58 cantons du département.

DES BÉNÉFICIAIRES SELON LES INVITATIONS

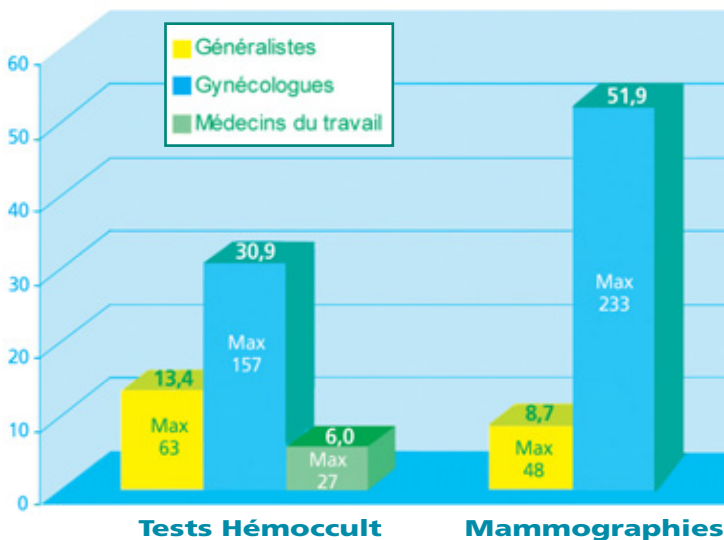
| 2004 & 2005 (Taux moyens) | Sein | Cancer Colorectal |
|--|-------|-------------------|
| Tests réalisés après envoi 1 ^{re} invitation & réinvitation | 25 % | 20 % |
| Exclusions signalées après cette invitation | 8,7 % | 3,5 % |
| Tests réalisés après envoi de la 1 ^{re} relance | 11 % | 10 % |
| Exclusions signalées après 1 ^{re} relance | 7 % | 4 % |
| Tests réalisés après 2 ^e relance + envoi prescription Mammo | 13 % | / |
| Tests réalisés après 2 ^e relance + envoi test Hémocult | / | 16 % |
| Exclusions signalées après 2 ^e relance | 10 % | 5 % |

Pour aider l'ODLC à réduire le nombre d'envois, vous pouvez inciter vos patients à participer dès réception de leur dossier ou même dès 50 ans. Vous pouvez également nous signaler les patients déjà suivis et ne devant pas réaliser les examens de dépistage. Pour cela, il vous suffit de contacter l'ODLC par téléphone 04 76 41 25 25 ou par le site www.odlc.org ou encore en renvoyant les fiches de renseignements médicaux. Cette démarche permettra de mettre à jour le dossier ODLIC du patient et suspendra immédiatement l'émission de courriers rendus inutiles.

DES MÉDECINS EN FONCTION DE LEUR SPÉCIALITÉ

Nombre moyen de tests prescrits par les médecins de l'Isère au 1^{er} semestre 2006

Au 1^{er} semestre 2006, **997 médecins généralistes** ont prescrit 8 670 mammographies (soit une moyenne de 8,7) et **144 gynécologues** en ont prescrit 7 480 (51,9 en moyenne). Pour le test Hémocult, les généralistes sont les premiers prescripteurs avec 13 450 tests remis au cours de la période, mais la place détenue par les gynécologues reste importante avec 3 774 tests remis dans le cadre du dépistage simultané, proposé aux femmes.



Prochainement transmission informatique des résultats

Une simplification de la gestion des résultats des tests envoyés par l'ODLC aux médecins est prévue courant 2007. Une transmission informatique cryptée par internet est en cours de développement, et devrait donner satisfaction aux médecins qui interpellent régulièrement l'ODLC sur ce sujet. Pour les médecins qui en feront la demande, cette transmission pourra remplacer l'actuel listing mensuel reçu par courrier.

Rythmes d'invitations et relances

- **Envoi des invitations** à 50 ans
- **Réinvitations** 22 mois après chaque examen réalisé jusqu'à 74 ans
Le calendrier d'invitation selon les années de naissance (paires ou impaires) n'est plus utilisé
- **Envoi du 1^{er} courrier de relance** incitant à nouveau à consulter le médecin traitant ou le gynécologue : **6 mois après l'invitation restée sans réponse**
- **Envoi du 2^e courrier de relance** avec envoi du test Hémocult et/ou de la prescription mammographie **12 mois après l'invitation restée sans réponse ou 6 mois après la 1^{ère} relance.**

Le test Hémoccult en question

Dr Henri Faure Biologiste des hôpitaux CHU Grenoble

UN SEUL TEST HOMOLOGUÉ POUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL (CCR)

Il existe actuellement de nombreux tests de dépistage du CCR par détection de traces de sang dans les selles. Mais à ce jour, seul le test Hémoccult a été validé en France en situation réelle de dépistage en population. Des études ont montré que le test Hémoccult II est capable de diminuer globalement de 15 à 20 % la mortalité par CCR dans une population dont le taux de participation au dépistage est inférieur à 50 %. Les tests "immunologiques" indi-

viduels, s'ils augmentent la sensibilité, diminuent fortement la spécificité et provoquent ainsi un nombre bien trop important de coloscopies inutiles. Magstream est un test automatisé dont on peut régler le seuil de détection. Il est actuellement en cours d'évaluation. Les résultats préliminaires montrent qu'à une spécificité proche de celle du test Hémoccult, si Magstream détecte mieux les polypes, il n'est pas notablement plus sensible aux cancers.

PROGRAMME ISÉROIS ET CENTRALISATION DES RÉSULTATS DU TEST

L'ODLC gère le DO du CCR en Isère. A ce titre, l'ODLC est le seul habilité à délivrer les tests Hémoccult pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

■ Pour obtenir des tests un seul fournisseur :
ODLC 04 76 41 42 25 25
www.odlc.org

■ Pour lire les résultats un seul centre de lecture :
au CHU La Tronche

ACTUALITÉ ENQUÊTE EN COURS

Une enquête INVS / ODLC sur les facteurs d'adhésion au Dépistage Organisé des Cancers Colorectaux est lancée en janvier sur 7 départements français. En Isère, département pilote où le programme existe depuis 2002, l'enquête portera sur un échantillon de 2000 bénéficiaires ayant réalisé le test et 2000 n'y ayant pas participé. A l'heure où le programme de dépistage organisé du cancer colorectal doit être généralisé à 23 départements, les résultats attendus permettront d'améliorer la participation au programme organisé du CCR.

LE POINT SUR LES TESTS "HOME MADE" DE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES

Plusieurs fabricants proposent des tests entièrement réalisés par la personne à domicile dont le test Hemocheck récemment cité dans la presse. Ces tests consistent en l'utilisation de feuillets que la personne place dans la cuvette de ses WC. Un premier feuillet jeté dans l'eau des toilettes sert à s'assurer qu'aucun produit ne vient provoquer une réaction faussement positive. La personne jette ensuite un deuxième feuillet dans la cuvette où se trouvent ses selles et l'eau. Elle observe l'apparition d'une coloration spécifique sur ce feuillet, qui atteste la positivité du test. Un troisième feuillet jeté dans l'eau avec un produit positif permet de s'assurer du bon fonctionnement des feuillets. Malheureusement, ces tests n'ont jamais

été expérimentés et n'ont pas été validés en situation de dépistage organisé. On ignore leur sensibilité, leur spécificité et leur aptitude à faire baisser significativement la mortalité par CCR. Manifestement le fonctionnement de ces tests peut être biaisé par plusieurs éléments dont l'éclairage des toilettes, la perception des couleurs de la personne qui fait et lit le test, son inexpérience et la coloration de la cuvette des WC. Par ailleurs, la quantité d'eau présente dans une cuvette n'est jamais constante et la quantité de selles émises varie beaucoup d'une personne à l'autre d'où fatalement des erreurs importantes dues à la dilution ou à la concentration de sang éventuellement présent dans les selles.

AGE ET DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Depuis 2002, le dépistage du CCR est organisé au niveau national sur la base d'un cahier des charges précis qui reprend les recommandations de la conférence de consensus de 1998 : le dépistage organisé ne devait s'adresser qu'aux personnes à risque modéré de CCR, de 50 à 74 ans. Cette tranche d'âge a été déterminée en fonction de courbes de fréquence du CCR et de l'âge.

Exceptionnel avant cet âge, le CCR devient significatif à partir de 50 ans pour atteindre des taux d'incidence élevés à partir de 60 ans. Au-delà de 75 ans la difficulté pour réaliser les tests correctement est croissante. De plus, les causes non tumorales de saignement digestif augmentent, provoquant un taux trop élevé de faux positifs avec les risques liés à de nombreuses coloscopies non justifiées faites à ces âges.

COMMUNICATION EN CABINETS MÉDICAUX

Votre médecin participe au programme ODLC de dépistage organisé des cancers en Isère. Parlez-en avec lui.

Si vous avez entre 50 et 74 ans vous pouvez en bénéficier tous les 2 ans.

0 800 37 38 82
www.odlc.org

ODLC OFFICE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS EN ISÈRE

● Pour recevoir votre **Affichette plastifiée pour Salle d'Attente** appelez le 04 76 41 42 71 ou www.odlc.org rubrique "professionnels de santé". Vous pourrez au choix la recevoir par courrier ou demander la visite de notre déléguée qui assurera affichage et réapprovisionnement en tests Hémoccult, fiches de renseignements, carnets.

● Lors de chacun de vos **réapprovisionnements en tests Hémoccult, des étiquettes nominatives** permettant d'identifier chaque médecin prescripteur vous sont désormais envoyées. Elles sont à utiliser sur chaque document ODLC, fiches de renseignements, tests Hémoccult, carnets de prescription.

DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS EN ISÈRE

DÈS 50 ANS PRENEZ SOIN DE VOUS

COMME NOUS, FAITES VOS EXAMENS DE DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN, DU COL DE L'UTÉRUS ET DE L'INTESTIN

N'attendez plus Parlez-en avec votre médecin

0 800 37 38 82 www.odlc.org

Office De Lutte contre le Cancer

● La **nouvelle campagne de communication** est arrivée avec personnalisation locale et colorée des visuels nationaux. Les affiches et les blocs de tracts sont à votre disposition. Vous pouvez utiliser les tracts pour rappeler à vos patients de participer au programme de dépistage organisé en contactant l'ODLC.

Demandez les blocs, affiches et documents de communication au 04 76 41 42 71 ou sur www.odlc.org

Enquête sur la pratique de la coloscopie en Isère en 2004

Dr Patrice Bureau du Colombier – Gastro-entérologue

Les résultats du programme de dépistage organisé des cancers colorectaux en Isère ont montré son intérêt pour le diagnostic de lésions précoces. Dans 1/3 des cas, suite à un test Hémocult positif, la coloscopie permet en effet de diagnostiquer un polype ou un cancer de stade I. Afin d'étudier la

place du dépistage organisé des cancers colorectaux par test Hémocult, dans l'activité de coloscopie en Isère, une enquête a été menée par l'ODLC auprès des gastro-entérologues du département sur une période de 2 mois en 2004.

Pendant la période du 10 mai au 10 juillet 2004, 2558 coloscopies

ont été effectuées chez des patients de plus de 20 ans. La moyenne d'âge était de 59 ans et 73 % avaient plus de 50 ans. La coloscopie a été faite sous anesthésie dans 96,1 % des cas et était complète dans 99,9 % des cas. Les indications les plus fréquentes ont été les symptômes digestifs fonctionnels (28,7 %), la surveillance d'une pathologie

recto colique (23,5 %), un saignement (21,3 %). Le dépistage correspond à 22,5 % des coloscopies mais l'Hémocult à 3,1 % seulement des examens.

Les recommandations de la conférence de consensus de 1998 semblent bien appliquées pour le degré de parenté des antécédents familiaux à risque, puisque 81 % des antécédents correspondaient à des parents de 1er degré. L'âge seuil recommandé est plus difficilement applicable puisque dans seulement 48 % des cas l'âge de diagnostic de la pathologie chez le parent concerné était inférieur à 60 ans. Enfin, la notion de polype avancé n'était pas documentée dans cette étude.

Les coloscopies ont permis d'objectiver 690 polypes (31 % des coloscopies), 44 adénocarcinomes (2 % des coloscopies).

40 % des polypes siègent au-delà du sigmoïde. Les complications ont été rares : 1 perforation (0,03 %) 5 hémorragies (0,19 %). La rentabilité diagnostique de gros polype (> 1 cm) ou de cancer est 6 fois meilleure par dépistage Hémocult que suite à des symptômes fonctionnels ou à un dépistage pour antécédents familiaux. L'âge est un facteur important à intégrer dans l'indication de coloscopie puisque le risque, s'il double dès 40 ans, augmente de façon significative après 50 ans, confirmant l'intérêt de proposer un dépistage dès cet âge.

Cette étude confirme l'efficacité des pratiques de la coloscopie en Isère (seulement 0,1 % d'échec notamment) la grande disponibilité d'anesthésie pour l'instant (96 %) et surtout **la rentabilité diagnostique toute particulière du dépistage par Hémocult** tel qu'il est organisé sur toute la population de 50 à 74 ans depuis 4 ans pour un surplus minime de coloscopies (3 %). **Un test Hémocult positif est en effet, la meilleure indication pour le diagnostic de gros polypes ou de cancer.**

Indications des coloscopies

| SYMPTÔMES : 51 % | DÉPISTAGE : 22,5 % | SUIVI : 23,5 % |
|----------------------------------|------------------------|----------------|
| Douleur troubles transit : 26,2% | ATCD familiaux : 17,8% | |
| Rectorragie : 21,3% | Hémoc ODLC : 1,9% | |
| Baisse état général : 3,6% | Autres tests : 1,3% | |
| | Volontaire : 1,3% | |
| | Autre : 0,2% | |

Taux de lésions découvertes selon l'âge

| Age / Colo | total | normale | polype <1cm | polype >1cm | tumeur |
|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| 20-24 | 18 | 50 % | 6 % | 0 % | 0 % |
| 25-29 | 39 | 51 % | 3 % | 0 % | 0 % |
| 30-34 | 65 | 68 % | 11 % | 2 % | 0 % |
| 35-39 | 90 | 68 % | 14 % | 3 % | 1 % |
| 40-44 | 214 | 58 % | 21 % | 3 % | 1 % |
| 45-49 | 253 | 58 % | 25 % | 5 % | 0 % |
| 50-54 | 353 | 50 % | 27 % | 6 % | 1 % |
| 55-59 | 373 | 54 % | 24 % | 5 % | 1 % |
| 60-64 | 300 | 41 % | 35 % | 5 % | 2 % |
| 65-69 | 303 | 39 % | 30 % | 7 % | 3 % |
| 70-74 | 246 | 41 % | 27 % | 7 % | 2 % |
| 75-79 | 171 | 35 % | 26 % | 9 % | 4 % |
| 80 + | 125 | 32 % | 22 % | 9 % | 13 % |
| NR | 5 | 2 % | 2 % | 0 % | 0 % |
| Total | 2 555 | 48 % | 26 % | 5 % | 2 % |

Taux de lésions découvertes selon l'indication

| Motif / Lésions | total | normale | polype < 1 cm | polype > 1 cm | tumeur |
|----------------------------|-------|---------|---------------|---------------|--------|
| Symptômes | | | | | |
| - Douleur troubles transit | 671 | 55 % | 18 % | 3 % | 2 % |
| - Rectorragie | 544 | 39 % | 22 % | 6 % | 3 % |
| - Baisse état général | 92 | 62 % | 16 % | 5 % | 9 % |
| - Suivi de pathologie | 599 | 40 % | 36 % | 7 % | 1 % |
| Dépistage | | | | | |
| - ATCD familiaux | 455 | 59 % | 29 % | 3 % | 1 % |
| - Hémocult + | 83 | 37 % | 19 % | 24 % | 4 % |
| - Volontaire | 32 | 59 % | 34 % | 3 % | 0 % |



Plus proche de vous !

