

Le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs du col de l'utérus en France métropolitaine est estimé à environ 3 400 pour l'année 2000. Ce cancer concerne des femmes jeunes, puisqu'il peut être diagnostiqué dès l'âge de 20 ans, avec un pic d'incidence à 40 ans. L'incidence comme la mortalité sont en diminution très marquée : entre 1990 et 2000, les taux comparatifs respectifs ont diminué de 21 % et de 58 % [1].

Le taux de survie relative à 5 ans (70 %) est en France parmi les plus élevés d'Europe [4,5], mais on dénombre encore chaque année environ 1 000 décès par cancer du col [1].

La prévention de certains cancers du col est désormais possible par la vaccination anti Human Papilloma Virus (HPV), qui protège notamment contre les papillomavirus 16 et 18, responsables de 70 % des cancers du col.

Mais en raison de cette protection partielle, cette vaccination ne se substitue pas au dépistage par frottis cervico-utérin [14]. La couverture de ce dernier reste encore très insuffisante en France, et son amélioration devrait permettre une diminution de l'incidence et de la mortalité du cancer du col [15].

## Les recommandations concernant le frottis cervico-utérin et la vaccination

La réalisation d'un frottis cervico-utérin est recommandée tous les trois ans, chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle [16,17].

La vaccination anti HPV est recommandée chez les jeunes filles de 14 ans, ainsi que chez les jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard, dans l'année suivant le début de la vie sexuelle, proposition qui peut être faite à l'occasion d'une primo-prescription de contraception, d'un recours à une pilule d'urgence, ou d'une consultation pour tout autre motif [18].

## ► Dépistage

### Plus de la moitié des femmes de 50-65 ans du département n'ont pas eu de frottis remboursé sur 3 ans

Les données des trois principaux régimes d'Assurance maladie montrent que 47 % des femmes de 25-65 ans de la Sarthe n'ont bénéficié d'aucun remboursement de frottis entre 2004 et 2006. Cette proportion atteint même 54 % après 50 ans. Même si certaines d'entre elles ont bénéficié d'un dépistage ne donnant pas lieu à remboursement (frottis réalisé dans un établissement public de soins, un centre d'examen de santé ou de planning familial...), la proportion de femmes non régulièrement dépistées, apparaît encore très importante [9].

## ► Situation épidémiologique

### 22 nouvelles admissions en ALD pour cancer du col de l'utérus en 2005

En 2005, 22 femmes ont été admises en ALD pour cancer du col de l'utérus en Sarthe<sup>(1)</sup>. 41 % de ces nouvelles admissions concernent des femmes de moins de 50 ans et 23 % des femmes de 50-64 ans [9]<sup>(1)</sup>.

Le nombre de décès par cancer du col n'est pas connu en raison de l'imprécision de la localisation mentionnée sur les certificats médicaux de décès par cancer de l'utérus, mais il peut être estimé à 11 en 2005. Pour la même raison, on ne peut suivre l'évolution de la mortalité du cancer du col, mais seulement constater que le taux comparatif global de mortalité par cancer de l'utérus (col et corps) a suivi globalement une tendance à la baisse depuis le début des années 80, en Sarthe comme en France [3].

(1) Voir page 2

Plan  
Cancer

Plan Cancer en région Pays de la Loire



# Le dépistage des cancers en Sarthe

Le dépistage constitue un levier essentiel dans la lutte contre le cancer, à côté de la prévention primaire, des soins et de la recherche. Il connaît actuellement un développement important, grâce à la mobilisation des professionnels de santé, de la population et des acteurs institutionnels, notamment dans le cadre du Plan Cancer.

Ce document vise à partager avec les professionnels de santé de la Sarthe les données concernant l'épidémiologie et celles concernant la couverture du dépistage des cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus dans le département. Ces trois localisations sont en effet les seules pour lesquelles existe un consensus international sur l'intérêt d'un dépistage organisé [1].

En France, le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé à tous les départements depuis 2004. Celui du cancer colorectal le sera dans le courant de l'année 2008. Dans chaque département, une structure de gestion assure l'organisation et l'évaluation de ces deux dépistages. En Sarthe, il s'agit de l'association GEMS.

Le développement d'un dépistage organisé pour le cancer du col de l'utérus n'est pas envisagé pour l'instant, car cette pathologie est moins fréquente, en recul régulier et son dépistage individuel est bien implanté.

Pour ces trois cancers, la mortalité est en baisse. Le développement et l'amélioration du dépistage doivent permettre d'amplifier cette tendance.

## Le dépistage des autres cancers

Des cancers autres que ceux du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum peuvent faire l'objet d'un diagnostic précoce ou d'un dépistage. Pour le mélanome, dont la détection précoce est fondée sur l'examen clinique des naevi, des stratégies d'amélioration du dépistage sont à l'étude. Pour d'autres cancers (prostate, cavité buccale et poumon), des questions sont posées sur la pertinence de l'organisation d'un dépistage ou d'un diagnostic précoce, et l'Institut national du cancer estime actuellement que *des améliorations des conditions de détection individuelles sont possibles, mais que les conditions et prérequis pour un dépistage organisé ne sont pas aujourd'hui réunis* [1].

Pour le cancer de la prostate en particulier, le débat est particulièrement complexe. L'intérêt du dépistage organisé par

dosage du PSA sérique en termes de gains de survie et de réduction de la mortalité n'est pas encore démontré à ce jour. Le dépistage individuel associant toucher rectal et dosage du PSA sérique s'est beaucoup développé en France au cours des années récentes. L'Association française d'urologie le préconise, mais la Haute autorité de santé a une position plus nuancée, estimant que ce dépistage « *pourrait dans certains cas, apporter un bénéfice individuel au patient* ». Le principal problème de ce dépistage est la détection et le traitement, avec d'éventuels effets délétères, de cancers qui seraient restés asymptomatiques. Le rapport bénéfice-risques de ce dépistage n'est donc pas bien établi pour le moment, et il doit être apprécié par le médecin traitant avec et pour chaque patient [1, 19].

## Repères bibliographiques et sources

- [1] La situation du cancer en France en 2007. INCa, 2007, 153 p.
- [2] Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten et al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon. 2003, 217 p.
- [3] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2005. Inserm CépiDc
- [4] Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
- [5] Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino et al. Annals of Oncology, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
- [6] Dépistage organisé du cancer du sein : un pilier du plan cancer. INCa. Dépistage, n° 1, 2005, 4 p.
- [7] Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? InVS, INCa, 2006, 9 p.
- [8] Dépistage du cancer du sein. Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique. Données 2004. InVS, 211 p.
- [9] Dépistage des cancers en Pays de la Loire. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour juillet 2007. ORS des Pays de la Loire, 2007, 84 p.

- [10] Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2005-2006 [Communiqué de presse]. InVS, 24 mai 2007
- [11] Colorectal (cancer) [page web]. INCa, 2007
- [12] Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population. Recommandations. Anaes, 2004, 21 p.
- [13] Estimations de population au 1er janvier 2005. Insee
- [14] Col de l'utérus (cancer) : dépistage et vaccin HPV (en France) [page web]. INCa, 2007
- [15] Données épidémiologiques sur le cancer de l'utérus. Etat des connaissances. N. Duport, InVS, 2007, 14 p.
- [16] Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre 1990. Recommandations. Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 19, n° 1, 1990, pp. 1-16
- [17] Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002. Recommandations. Anaes, 2002, 21 p.
- [18] Avis relatif à la vaccination contre les papillomavirus 6, 11, 16 et 18. Comité technique des vaccinations, Conseil supérieur d'hygiène publique de France, 2007, 7 p.
- [19] Dépistage (Cancer) : questions sur le dépistage [page web]. INCa, 2007

Réalisation : Marie-Christine Bournot, Françoise Lelièvre, Dr Anne Tallec, ORS Pays de la Loire en partenariat avec l'association GEMS, la DRASS, l'URCAM et la DRSM.

Contributions : Dr Corinne Alliou, Cap santé plus-44 - Dr Damien Barrois, Cap santé 49 - Dr Paul Bolo, DRASS Pays de la Loire - Dr Odile Boussion, GEMS - Dr Pia de Reilhac, Nantes - Pr Philippe Descamps, CHU Angers - Dr Isabelle Doutraux, CRLCC Nantes Atlantique - Pr Jean-Paul Galmiche, CHU Nantes - Dr Pascale Lalanne, Camélia - Dr Brigitte Lavigne, Audace - Dr Nicole Moutarde, GEMS - Dr Marie-Laure Sauvage, CAP santé plus-44 - Dr Catherine Savigny, Audace - Dr Brigitte Simon, DRASS Pays de la Loire.



Le cancer du sein est actuellement en France le plus fréquent des cancers de la femme. C'est un cancer dont l'incidence augmente : entre 1990 et 2000, le nombre annuel de nouveaux cas de cancers infiltrants est passé en France de 29 600 à 41 800. Si l'on tient compte de l'augmentation et du vieillissement de la population, le taux d'incidence standardisé a augmenté de 24 % sur ces dix années (2,2 % par an). Cette augmentation s'observe dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental, du fait de l'élévation du risque pour les générations récentes mais aussi d'un diagnostic plus précoce, favorisé par le dépistage [2].

Le nombre de décès par cancer du sein s'élève à 11 300 en 2005 [3]. Alors que l'incidence augmente, le taux de mortalité suit une tendance à la baisse depuis 1990, grâce à l'amélioration des traitements et à la plus grande précocité du diagnostic, permettant de prendre en charge des tumeurs de meilleur pronostic. Le taux de survie relative à 5 ans est actuellement en France (84 %) l'un des plus élevés d'Europe, après la Finlande et la Suède [4,5].

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein, ne permet pas de réduire l'incidence, car il favorise la découverte de nouveaux cancers, mais il doit permettre une diminution de la mortalité, sous réserve d'une organisation rigoureuse et d'une participation importante [6]. Des polémiques concernant le bénéfice (baisse de la mortalité) et les risques du dépistage organisé (diagnostic et donc traitement de cancers au potentiel évolutif limité) ont ressurgi en 2006. Mais les experts nationaux ont confirmé à cette occasion que la balance bénéfice-risques reste en faveur du dépistage organisé [7].

## ► Dépistage organisé

### Les modalités du dépistage organisé du cancer du sein

Le programme de dépistage organisé du cancer repose sur un examen clinique des seins et une mammographie comprenant deux incidences par sein (face et oblique externe). Le dépistage est proposé tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans, qui reçoivent par courrier leur invitation individuelle. Cet examen est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, et effectué chez un radiologue agréé choisi par la femme (liste disponible auprès de l'association GEMS, et jointe au courrier d'invitation). L'obtention de cet agrément répond à d'importantes exigences de qualité : seuil minimum de 500 mammographies annuelles par radiologue, formation spécifique des radiologues et du personnel, contrôle semestriel du matériel.

En cas de mammographie avec image anormale, un bilan de diagnostic peut être réalisé immédiatement. Les mammographies avec image normale ou bénigne bénéficient d'une double lecture. Cette organisation constitue une réelle plus-value puisque 7 % des cancers dépistés le sont grâce à la seconde lecture [8].

### Environ 22 500 femmes du département participent chaque année au dépistage organisé du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein fonctionne depuis 1989 en Sarthe, et est géré par l'association GEMS (voir encadré page suivante). Le taux de participation, 60 % en 2006 [9], se situe parmi les plus élevés de France [10].

Le programme permet de découvrir un nombre important de cancers : 188 cas en 2006, dont 35 cancers in situ et 53 cancers infiltrants de taille inférieure ou égale à 1 cm, donc de bon pronostic. Les études épidémiologiques montrent en effet que pour les tumeurs dont la taille est inférieure à 1 cm sans envahissement ganglionnaire, les chances de survie à 5 ans sont d'au moins 90 % [6].

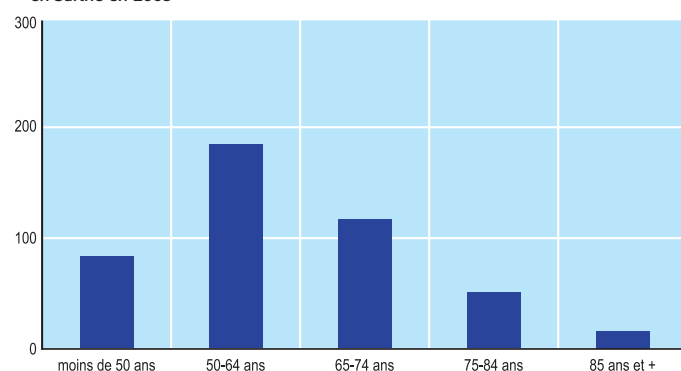
Mais la participation des femmes doit encore progresser pour que l'impact du dépistage sur la mortalité s'accroisse. Les médecins traitants et les gynécologues jouent un rôle important en incitant leurs patientes à participer.

## ► Situation épidémiologique

### 481 nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein en 2005

Les statistiques d'admissions en ALD pour cancer du sein, établies par l'URCAM et la DRSM apportent des informations sur l'incidence de ce cancer. En 2005, 481 femmes ont été admises en ALD pour cancer du sein<sup>(1)</sup> en Sarthe. Cela représente en moyenne un nouveau cas par an et par médecin généraliste. 313 admissions (65 %) concernent des femmes de 50-74 ans, population cible du dépistage (fig. 1) [9].

Figure 1 - Nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein selon l'âge en Sarthe en 2005<sup>(1)</sup>



Sources : URCAM - DRSM Pays de la Loire

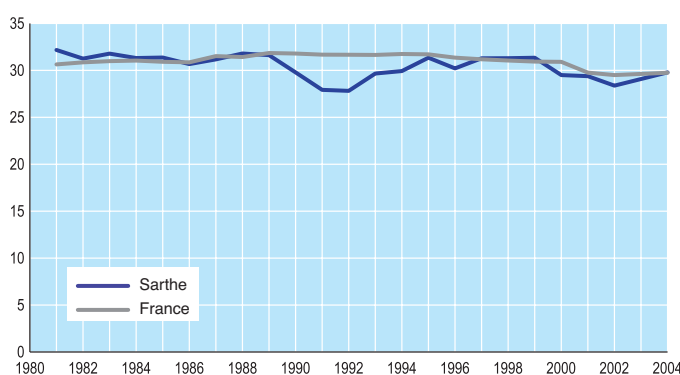
### Un nombre d'admissions qui augmente

Comme en France, la fréquence du cancer du sein est en augmentation dans le département. Entre le début et le milieu des années 2000, le nombre annuel de nouvelles admissions est passé de 398 (en 1999-2000) à 505 (en 2004-2005), soit une progression annuelle de 4,9 %. Cette progression doit toutefois être interprétée avec prudence en raison du caractère médico-administratif de ces données.

### Une mortalité proche de la moyenne nationale

106 habitantes de la Sarthe sont décédées d'un cancer du sein en 2005. Au cours de la dernière décennie, le taux de mortalité par cancer du sein fluctue entre 28,6 et 31,4 pour 100 000 habitants, sans qu'il soit possible de dégager une tendance évolutive, mais tout en restant statistiquement proche de la moyenne nationale (fig. 2) [3].

Figure 2 - Evolution du taux de mortalité par cancer du sein chez la femme depuis 1980



Sources : INSERM CépидDc, INSEE

Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans (provisaires pour 2003 et 2004)  
Unité : pour 100 000

(1) Nombre d'admissions pour les trois principaux régimes d'Assurance maladie : régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes. Ces admissions concernent dans la quasi-totalité des cas des cancers infiltrants.

Le côlon-rectum est une des localisations cancéreuses les plus fréquentes (36 000 nouveaux cas par an) après la prostate et le poumon chez l'homme, et après le sein chez la femme. Ce cancer est rare avant 50 ans, mais au-delà son incidence augmente régulièrement avec l'âge [2].

Alors que la fréquence de ce cancer est en augmentation, sa mortalité diminue. Le taux de survie relative à cinq ans en France, bien que le plus élevé d'Europe, n'est que de 55 % [4,5], et en 2005, le nombre de décès par cancer colorectal s'élève à 16 600 en France [3].

Le programme national de dépistage, qui doit être généralisé à l'ensemble des départements en 2008, doit permettre de découvrir des cancers à un stade très précoce de leur développement ou de déceler très tôt des polypes adénomateux avant qu'ils n'évoluent vers un cancer. On estime que 60 à 80 % des cancers colorectaux résultent en effet de la transformation de ces tumeurs bénignes [11].

Par la détection et l'ablation de lésions susceptibles de devenir cancéreuses, ce programme devrait ainsi permettre de diminuer de la fois l'incidence de ce cancer et la mortalité. Les études épidémiologiques estiment que cette dernière peut baisser de 15 à 20 %, à condition que plus de 50 % des personnes concernées participent régulièrement et qu'une coloscopie soit faite en cas de dépistage positif [1].

## ► Dépistage organisé

### Les modalités du dépistage organisé du cancer du côlon-rectum

Le test de dépistage est basé sur la recherche de sang occulte dans les selles (test au gaiac). Un courrier proposant la réalisation de ce test est envoyé tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Celles-ci sont invitées à consulter leur médecin traitant, qui occupe une place centrale dans le fonctionnement de ce dispositif. En effet, il informe et incite les patients à participer, s'assure qu'ils ne relèvent pas d'un autre mode de dépistage, leur remet le test en expliquant les modalités d'utilisation et d'envoi au laboratoire. Les personnes n'ayant pas réalisé le test après une invitation et une relance, le reçoivent par voie postale avec un mode d'emploi [1].

Les personnes à risque élevé ou très élevé de cancer colorectal relèvent d'une prise en charge différente, en particulier par coloscopies régulières. Le niveau de risque élevé est défini comme le risque des patients :

- ayant des antécédents personnels d'adénome ou de cancer colorectal,
- ayant un parent au 1<sup>er</sup> degré de moins de 60 ans ou plusieurs parents au 1<sup>er</sup> degré, atteints d'un cancer colorectal ou d'un adénome avancé,
- atteints de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), rectocolite ulcéro-hémorragique et maladie de Crohn (en cas de pancolite d'évolution prolongée),
- atteints d'acromégalie.

Le niveau de risque très élevé est caractérisé par le risque des sujets appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire : la polyposse adénomateuse familiale (PAF), les cancers héréditaires sans polyposse [Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC), nouvelle dénomination du syndrome de Lynch] et autres polyposes avec risque de cancer colorectal (juvénile et Peutz-Jeghers) [12].

La Sarthe compte 146 000 habitants de 50 à 74 ans [13], concernés par le dépistage du cancer colorectal. Ce programme va débuter en janvier 2008. La première moitié de la population cible sera invitée au cours des quatre premiers mois de l'année 2008, et la seconde en 2009. Le planning des invitations est disponible auprès de l'association GEMS.

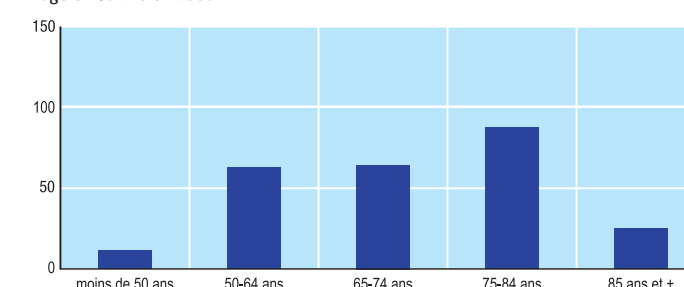
Les résultats du dépistage organisé des départements fonctionnant depuis 2002 mettent en évidence environ 3 % de tests positifs. 86 % des personnes ont eu une coloscopie parmi les personnes ayant eu un test positif. Un adénome a été découvert dans 31 % des coloscopies, et un cancer dans 9 %. Au total, sur 1 000 personnes dépistées, environ 7 adénomes et 2 cancers ont été découverts [1].

## ► Situation épidémiologique

### 260 nouvelles admissions en ALD pour cancers colorectaux en 2005

En 2005, 259 personnes ont été admises en ALD pour cancer colorectal<sup>(1)</sup> en Sarthe (fig. 3) [9]. Cela représente en moyenne 1 cas par médecin généraliste tous les deux ans.

Figure 3 - Nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum selon l'âge en Sarthe en 2005<sup>(1)</sup>



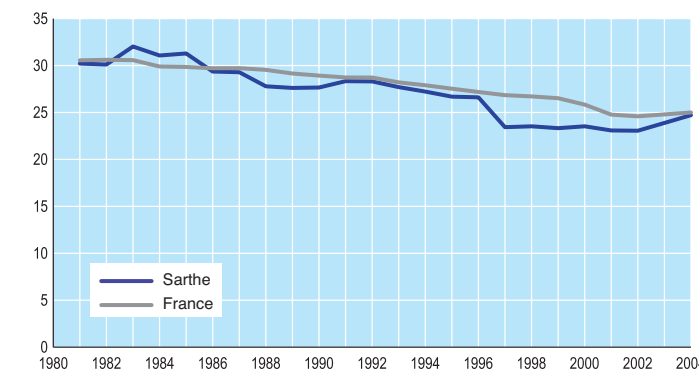
Sources : URCAM - DRSM Pays de la Loire

### Un nombre de cas en augmentation mais une mortalité en baisse, proche de la moyenne nationale

Comme en France, la fréquence du cancer colorectal<sup>(1)</sup> est en augmentation dans le département. Le nombre annuel de nouvelles admissions en ALD est passé de 218 en 1999-2000 à 259 en 2004-2005, soit une progression annuelle de 3,5 %. Cette progression doit être interprétée avec prudence en raison du caractère médico-administratif de ces données.

163 habitants de la Sarthe sont décédés en 2005 d'un cancer colorectal. Depuis 1980, le taux de mortalité départemental a globalement suivi une tendance à la baisse, comme le taux national, et tout en restant statistiquement non différent de ce dernier (fig. 4) [3].

Figure 4 - Evolution du taux de mortalité du cancer colorectal depuis 1981



Sources : INSERM CépидDc, INSEE

Taux comparatif de mortalité : données lissées sur 3 ans (provisaires pour 2003 et 2004)  
Unité : pour 100 000

### GEMS

En Sarthe, le programme de dépistage organisé des cancers du sein et du côlon-rectum est géré par GEMS, association de type Loi 1901, présidée par le Dr Rémi Charles. Cette structure est financée par l'Assurance maladie, l'Etat, le Conseil général, le comité départemental de la Ligue contre le cancer, et la ville du Mans. Les médecins coordonnateurs sont les Drs Nicole Moutarde et Odile Boussion

### GEMS

17 rue Edgar Brandt - 72000 Le Mans  
Cancer du sein : Tél. 02 43 50 77 77 - Fax 02 43 75 17 29  
Email : gems72@magic.fr  
Cancer du côlon : Tél. 02 43 50 12 91 - Fax 02 43 75 17 29  
Email : gems72.ccr@magiconline.fr