

p.137 **Investigation d'un cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqué chez un soignant, Lyon, France, 2004-2005** / *Investigation of exposure to active pulmonary tuberculosis in a health care worker, Lyons, France, 2004-2005*

p.140 **Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004** / *Evolution of incidence rates for vascular cerebral accidents in Dijon, France, 1985-2004*

p.142 **Le dépistage du cancer du sein en France : pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre santé 2004-2005** / *Breast screening in France: practices and habits trends in the female population aged from 18 to 75 years.*

Investigation d'un cas de tuberculose pulmonaire diagnostiqué chez un soignant, Lyon, France, 2004-2005

Delphine Magnin^{1,3}, Anne-Sophie Ronnaux-Baron², Marie-Agnès Denis³, Gérard Carret⁴, Marie-Christine Nicolle³, Philippe Vanhems (philippe.vanhems@chu-lyon.fr)^{1,3}

1 / Université Lyon 1, France 2 / Comité départemental d'hygiène sociale, Lyon, France 3 / Hôpital Edouard Herriot, Lyon, France 4 / Centre Hospitalier Lyon-Sud, France

Résumé / Abstract

Introduction – La transmission de la tuberculose en milieu hospitalier peut être observée. Cette étude rapporte l'investigation menée autour d'un cas de tuberculose pulmonaire active diagnostiquée chez une infirmière.

Matériels et méthodes – Un CLIN extraordinaire a décidé d'un rappel de patients et du personnel. Les 2 dépistages (T0 et à 3 mois) comprenaient radiologie thoracique (RP) et intradermoréaction à la tuberculine (IDR).

Résultats – Ont été rappelés 810 patients : 46 % ont eu une première consultation, 3,8 % une seconde. 96,2 % ont bénéficié de radios pulmonaires et ne présentaient aucun signe de tuberculose. 58,7 % ont eu une intradermoréaction, 8,7 % étaient ≥ 14 mm mais sans argument de traitement. 211 employés ont été joints : 67 % ont eu une première consultation, 59 % une seconde. Devant des indurations augmentées ou ≥ 14 mm, 8 consultations spécialisées ont été demandées. Trois traitements anti-tuberculeux ont été instaurés. Aucun patient source n'a été retrouvé.

Discussion conclusion – L'absence de détection de tuberculose infection ou maladie chez les patients peut être liée aux caractéristiques de la population dépistée, aux facteurs favorisant cette transmission, aux caractéristiques de cette pathologie et aux conditions de dépistage. L'observance à la deuxième consultation est faible. La question de la preuve du caractère nosocomial d'une tuberculose infection se pose.

Investigation of active pulmonary tuberculosis diagnosed in a health care worker, Lyons, France, 2004-2005

Introduction – Transmission of tuberculosis in hospitals has been documented. This study reports the investigation of active pulmonary tuberculosis diagnosed in a nurse.

Materials and Methods – An extraordinary session of the Comity of infection control decided to call back patients and staff. Both screenings (T0 and month 3) included chest radiography (CR) and a tuberculin skin test (TST).

Results – We have identified 810 patients who might have been exposed: 46% were checked at T0 and 3.8% at month 3. Chest radiographies were practiced in 96.2% of them, and no tuberculosis was diagnosed. 58.7% TST were performed and 8.7% were ≥ 14 mm. However, no patient was treated. . Out of the 211 employees, 67% had a first consultation, 59% a second. Following a large (≥ 14 mm) or increased TST, eight employees consulted a lung specialist and treatment was started for three of them. No index case was found.

Discussion and conclusion – Patients' characteristics, testing conditions, tuberculosis characteristics and transmission factors may explain the absence of active or latent tuberculosis diagnosis. Few patients attended the second consultation. The issue of the nosocomial nature of TB infection is raised.

Mots clés / Key words

Tuberculose nosocomiale, soignant, investigation épidémiologique, dépistage, intra-dermo réaction, radiographie pulmonaire, patient source / *Nosocomial tuberculosis, health care worker, epidemiologic investigation, screening, tuberculin skin test, chest radiography, index case*

Introduction

L'incidence de la tuberculose en France reste stable depuis 1997 (10,2/100 000 en 2003) mais une augmentation est observée chez les sujets nés à

l'étranger [1]. C'est une maladie à déclaration obligatoire (DO) qui doit faire l'objet d'une investigation épidémiologique dont l'objectif est de dépister d'autres cas. A l'hôpital, une transmission peut

survenir entre patients ou soignants [2], de patients à soignants [2] mais aussi de soignants à patients. Il s'agit de rapporter et de discuter l'investigation menée autour d'un cas de tuberculose

Figure 1 Répartition des dépistages dans le temps, France, 2005
Figure 1 Distribution of screenings over time, France, 2005

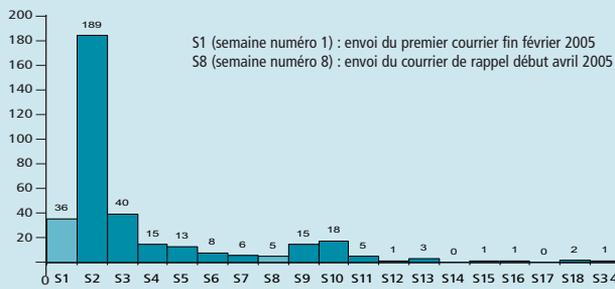


Tableau 1 Caractéristiques des 810 patients contactés en fonction de leur participation ou non au dépistage, France, 2005 / Table 1 Characteristics of the 810 contacted patients according to their participation in the screening program, France, 2005

	Patients dépistés N=373	Patients non dépistés N=409	Significativité (p)
Âge moyen	59,7 (ET*: 24,4)	58,2 (ET : 21,6)	0,33
Âge ≥ 70 ans	148 (39,7 %)	162 (39,6 %)	0,52
Sexe féminin	207 (55,5 %)	214 (52,3 %)	0,39
Séjour moyen	3,6 jours (ET : 5,0)	3,9 jours (ET : 4,8)	0,52
Département Rhône	334 (89,6 %)	344 (84,2 %)	0,07

*ET : écart type

pulmonaire active diagnostiquée chez une infirmière.

Description de l'événement

Le 11 janvier 2005, l'unité d'épidémiologie et d'hygiène de l'hôpital Édouard Herriot était informée d'un cas de tuberculose pulmonaire contagieuse diagnostiqué le 10 janvier 2005 chez une infirmière travaillant dans un service d'hospitalisation des urgences adulte. La DO a été effectuée le 12 janvier 2005 auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) du Rhône. L'infirmière était symptomatique depuis le 9 décembre 2004. Elle présentait une toux et des expectorations. Des cavernes ont été retrouvées à la radiographie pulmonaire (RP). Les cinq examens cyto bactériologiques des crachats étaient positifs à trois croix et mettaient en évidence des bacilles acido-alcooliques résistants. La culture a permis l'isolement de *Mycobacterium tuberculosis* (BK). Le spoligotype de la souche, qui en est l'empreinte génétique, était rare. La souche était sensible aux anti-tuberculeux usuels. Cette personne a été considérée comme hautement contagieuse.

Méthode

Gestion de la crise

Le 25 janvier 2005, un Comité de lutte contre les infections nosocomiales extraordinaire rassemblant les médecins responsables du service de l'infirmière, les membres du Cclin, de la médecine du personnel, de l'unité d'épidémiologie et d'hygiène hospitalière, le Comité départemental d'hygiène sociale (CDHS, Service de lutte anti-tuberculeuse du Rhône), la direction de l'hôpital et des médecins pneumologues a décidé, devant la haute contagiosité de l'infirmière, d'un rappel de patients et d'un contrôle auprès du personnel. Les dépistages ont été effectués avec l'aide du CDHS qui a mis à disposition ses sept centres de consultation et son camion de radiologie mobile dont la capacité de consultations était de 25 personnes/heure. Le CDHS est une association loi 1901, qui exerce un travail d'éducation pour la santé et de prévention des maladies respiratoires, de la tuberculose, du tabagisme, des infections sexuellement transmissibles et du sida. Il dépendait financièrement du Conseil général. Depuis janvier 2006, il dépend de la Ddass. La prise en charge financière du dépistage dans un des centres ou au camion était assurée par le

conseil général. Tout dépistage effectué en dehors de ce cadre était indemnisé par l'hôpital.

Une conférence de presse rassemblant les services impliqués, la direction de l'hôpital et les différents médias (télévision, radio, presse écrite) a été organisée par le service de la communication.

Définition des contacts

Selon les pneumologues, la contagiosité pouvait précéder de trois mois les premiers symptômes. Les patients susceptibles d'avoir rencontré l'infirmière et hospitalisés entre le 1^{er} septembre 2004 et le 11 janvier 2005 ont été contactés afin de bénéficier d'un dépistage. La liste a été établie à partir du planning de travail de l'infirmière et des noms des patients hospitalisés dans le service entre ces deux dates. Était inclus tout patient ayant au moins un jour d'hospitalisation commun avec les jours d'activité de l'infirmière. Les personnels, stagiaires et étudiants inclus, ayant partagé du temps de travail avec cette infirmière sur la même durée de contagiosité a été convoqué.

Investigation épidémiologique

L'équipe d'épidémiologie et d'hygiène était en charge du dépistage des patients, la médecine du travail du personnel.

Patients

Ils ont été contactés fin février 2005, puis début avril 2005 pour les non-répondants, par un courrier signé des médecins responsables du service de l'infirmière infectée et par la direction de l'hôpital. Celui-ci expliquait le faible risque de transmission mais invitait les patients munis de leur carnet de santé à un dépistage, préférentiellement dans les centres de prévention du CDHS et au camion mobile. Un numéro vert a été créé. Aucun courrier n'était prévu pour le médecin traitant.

Le dépistage consistait en deux consultations à trois mois d'intervalle. Pour chacune étaient prévues une RP avec double lecture par des pneumologues et une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine lue 72 heures après l'injection. L'intervalle de trois mois avait pour but de mettre en évidence un éventuel virage tuberculique. Un examen clinique était réalisé uniquement dans les CDHS, aucun médecin n'étant présent dans le camion.

Tous les résultats bactériologiques pour lesquels un BK avait été identifié par le laboratoire des hôpitaux civils de Lyon (HCL) ou dans un laboratoire de ville de référence ont été recensés pendant un an

afin d'identifier des éventuels cas secondaires ayant pu échapper à l'investigation.

Personnel

Le service de médecine du travail a contacté par courrier le personnel afin d'effectuer la même approche de dépistage.

Investigation microbiologique

La recherche d'un patient source a été réalisée par comparaison du spoligotype de la souche de l'infirmière avec ceux des souches isolées aux HCL depuis janvier 2000.

Résultats de l'investigation épidémiologique

Dépistage

Au total, 810 patients ont été contactés, 373 (46 %) ont bénéficié d'au moins un dépistage, 28 (3,5 %) étaient décédés d'affections non tuberculeuses et 409 (50,5 %) n'ont jamais répondu. Le taux de réponse constaté (dépistage et décès) était de 49,5 % : 90 % lors du premier envoi de courrier et 10 % lors du rappel. Les dépistages se sont déroulés entre le 22 février et le 10 octobre 2005, principalement dans les semaines suivant l'envoi des courriers (figure 1).

Concernant le personnel, 211 personnes ont été convoquées, 142 (67 %) ont bénéficié d'au moins un dépistage.

Patients

Caractéristiques des patients dépistés et non dépistés (tableau 1)

La moyenne d'âge des patients dépistés était de 59,7 ans, 207 (55,5 %) étaient des femmes, la durée moyenne de séjour était de 3,6 jours. La majorité des patients (334, 89,6 %) était domiciliée dans le Rhône, les autres (39, 10,4 %) se répartissaient principalement dans l'Ain (15, 4,1 %) et dans l'Isère (14, 3,8 %). Ces caractéristiques ne différaient pas significativement pour les non-dépistés.

Les antécédents vaccinaux retrouvés chez les 373 dépistés étaient de 52 BCG (14 %) et 40 IDR (10,7 %) dont 23 (57,5 %) étaient ≥ 14 mm ou inscrites comme « positives ». Six patients (1,6 %) avaient des antécédents de tuberculose (5 cas de tuberculose infection et 1 cas de tuberculose rénale).

Résultats de la première consultation (tableau 2a)

Concernant les lieux de dépistage, 195 patients (52,3 %) se sont rendus dans les CDHS, 84 au camion

mobile (22,5 %), 47 en médecine libérale (12,6 %) et 47 ailleurs (12,6 %) dont l'hôpital ou des établissements dans lesquels ils étaient hospitalisés. Au total, 359 RP (96,2 %) ont été réalisées, 298 (83 %) étaient normales, 61 (17 %) présentaient des lésions sans lien avec une tuberculose ; 219 IDR (58,7 %) ont été pratiquées, 182 (83 %) ont été lues et 20 (9 %) étaient ≥ 14 mm, suggérant une tuberculose infection récente possible.

Résultats de la deuxième consultation

Trente et un patients ont été revus soit 3,8 % des 810 patients rappelés ou 8,3 % des 373 patients ayant eu un premier dépistage. Les 30 RP effectuées (96 %) ne montraient aucune lésion tuberculeuse. Parmi les neuf IDR pratiquées, sept (78 %) ont été lues et ne montraient aucune anomalie. Au total, aucun patient n'a été traité.

Personnel

Résultats de la première consultation (tableau 2b)

La moyenne d'âge des personnes convoquées était de 30,4 ans (écart type : 10,8 ans), 156 (74 %) étaient des femmes. Au premier contrôle, 118 RP ont été réalisées (83 %) ainsi que 120 IDR (84,5 %) dont 26 (21,7 %) étaient ≥ 14 mm. En raison d'indurations ≥ 14 mm ou ayant augmenté de plus de 10 mm si les IDR antérieures étaient connues, huit consultations pneumologiques et un scanner thoracique ont été demandés. Aucune pathologie évolutive n'a été diagnostiquée.

Résultats de la deuxième consultation

Un deuxième bilan a été réalisé trois mois plus tard chez 125 personnes (59 % du personnel convoqué ou 88 % du personnel ayant bénéficié du premier bilan). Les 66 (52,8 %) RP effectuées étaient normales. Parmi les 105 (84 %) IDR réalisées et lues, 16 (15,2 %) étaient ≥ 14 mm entraînant une demande de huit nouveaux avis pneumologiques. Parmi les consultants, trois ont reçu un traitement antituberculeux en raison d'une positivité ou d'une augmentation de plus de 10 mm de la taille de l'IDR de référence ou d'une IDR phycaténaire observée chez une personne immunodéprimée.

Patient source

Le profil de la souche du cas a été comparé aux souches isolées chez 522 malades hospitalisés aux HCL entre Janvier 2000 et Janvier 2005. Aucun patient source n'a été identifié.

Discussion

Le taux de réponses (49,5 %) était comparable à ceux retrouvés dans la littérature [3-4].

Ce dépistage n'a mis en évidence aucune tubercu-

lose maladie liée ou non à la souche de l'infirmière, ceci malgré la prévalence de cette pathologie dans la population générale [1]. Ce point peut s'expliquer par la taille modeste de la population dépistée. Les patients non-dépistés étaient peut-être moins mobiles que ceux dépistés et plus éloignés géographiquement ($p=0.07$). Ils étaient peut-être moins inquiets face au risque de tuberculose que face à des pathologies plus médiatiques telles que le sida. Par ailleurs, il est possible que les patients infectés ou ayant des facteurs de risque de tuberculose n'aient pas répondu au rappel. Le taux de non-réponses régresse davantage (30 %) lorsqu'il s'agit de tuberculoses multirésistantes [5] ou d'enfants [6-7].

L'absence de détection de tuberculose infection chez les patients pouvait être due au caractère asymptomatique de cette pathologie associé à l'absence de signes radiologiques et de conditions optimales pour mettre en évidence un virage tuberculique qui reste l'élément fondamental du dépistage.

Le rappel du personnel est essentiel compte tenu d'une importante fréquence d'exposition, comme la durée et la répétition des contacts ou l'absence de protection par masque systématique, aux sources infectieuses. En cas de tuberculose chez un personnel, il est possible que ses collègues soient plus exposés au risque que les malades. Néanmoins, certains patients immunodéprimés doivent bénéficier de précautions adéquates. Les soignants traités pouvaient avoir été exposés à l'infirmière mais aussi à une autre source communautaire ou hospitalière non documentée.

La coordination du dépistage avec les CDHS, la communication entre les différentes équipes et la transmission de l'information aux médias ont contribué au bon déroulement de l'investigation. Certaines difficultés logistiques ont été identifiées. L'élaboration exhaustive des listes des patients et du personnel soignant ayant travaillé occasionnellement dans le service (stagiaires ou étudiants) et la recherche des adresses des patients étrangers repartis dans leur pays ou ayant déménagé ont été difficiles. La pratique antérieure d'IDR (10,7 %) ou de BCG (14 %) étaient peu renseignée, une minorité de patients possédant leur carnet de vaccination lors de la consultation. Les résultats nous sont parvenus plus difficilement pour les sujets ayant bénéficié d'un dépistage dans une structure privée, plus largement utilisée par les patients résidant hors du Rhône. L'utilisation du camion mobile mis à disposition par le CDHS s'est avérée faible par rapport à sa capacité. Beaucoup de patients ont expliqué ne plus vouloir

retourner à l'hôpital, lieu où était disposé le camion. La faible observance à la seconde consultation s'expliquait probablement par le dépistage contraignant et douloureux et la perception par le patient d'un risque faible.

La définition de la tuberculose nosocomiale reste à discuter. Si une tuberculose infection avait été dépistée, un profil moléculaire aurait été impossible à établir devant l'absence de germe rencontré à ce stade de la maladie. Il aurait été difficile de prouver le lien de causalité entre l'infection dépistée et la pathologie du soignant, d'autant plus qu'il existe une exposition communautaire et hospitalière non négligeable, en particulier dans les populations à risque (populations précaires, immigrées, patients immunodéprimés...) retrouvées plus fréquemment dans les services d'urgence.

Conclusion

Une bonne coordination entre services et une centralisation des dépistages sont essentielles à un bon recensement des patients. La difficulté d'effectuer un dépistage exhaustif dans ce contexte est réelle et le problème de la définition de la tuberculose nosocomiale demeure. La diffusion de résultats de ce type d'investigation est essentielle au partage d'expérience et à l'amélioration de la qualité des soins.

Le dépistage a rempli son rôle de prévention puisqu'il a permis de dépister 3 cas de tuberculose infection chez les soignants, évitant ainsi une évolution vers une tuberculose maladie invalidante et potentiellement mortelle et d'éviter la contamination d'autres sujets.

Références

- [1] Che D, Bitar D. Les cas de tuberculose déclarés en France en 2003, Bull Epidemiol Heb, 2005, 17-18 : 66-9.
- [2] Castel O, Burucoa C, Antonioti B, Underner M, Clément F, Patte F, Fauchère JL, Castets M, Vincent V. Analyse d'une épidémie de tuberculose en 1992 dans le service de pneumophthisiologie du C.H.U de Poitiers, Bull Epidemiol Heb, 1994, 36 : 165-7.
- [3] Zaza S, Jarvis WR. Tracing patients exposed to health care workers with tuberculosis, Public Health Rep, 1997, 112(2): 153-7.
- [4] Bock NN, Blumberg HM, Nosocomial tuberculosis exposure in an outpatient setting: evaluation of patients exposed to healthcare providers with tuberculosis, Infect Control Hosp Epidemiol, 1999, 20(6) : 421-5.
- [5] Kenyon TA, Castro KG, Transmission of multidrug resistant Mycobacterium tuberculosis during a long airplane flight, N Engl J Med, 1996, 334(15): 933-8.
- [6] Brassard P, Lamarre V. Evaluation of Mycobacterium tuberculosis transmission from pediatrician and initial compliance to prophylaxis of contacts in an outpatient pediatric clinic, Pediatr Infect Dis J, 2000, 19(10): 968-72.
- [7] Askew JL, Spitalny K. Mycobacterium tuberculosis transmission from a pediatrician to patients, Pediatrics, 1997,

Tableau 2a Résultats de la première consultation des 373 patients, France, 2005
Table 2a Results of the first consultation for the 373 patients, France, 2005

Lieux de dépistage				Radio pulmonaire 359 (96,2 %)		Intradermoréaction 219 (58,7 %)			
CDHS	Camion mobile	Médecine libérale	Autres	Sans anomalies	Anomalies	Lues			
						182 (83 %)	Non lues		
						<10	10-13	≥14	
195 (52,3 %)	84 (22,5 %)	47 (12,6 %)	47 (12,6 %)	298 (83 %)	61 (17 %)	138 (63 %)	24 (11 %)	20 (9 %)	37 (17 %)

Tableau 2b Résultats de la première consultation des 142 employés, France, 2005
Table 2b Results of the first consultation for the 142 health care workers, France, 2005

Radio pulmonaire 118 (83 %)		Intradermoréaction 120 (84,5 %)							
Sans anomalies	Anomalies	Lues			Non lues				
		120 (100 %)							
						<10	10-13	≥14	
118 (100 %)	0	71 (59 %)	23 (19,2 %)	26 (21,6 %)	0				

Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004

Yannick Bejot¹, Jérôme Durier¹, Christine Binquet², Valérie Jooste³, Marie Caillier¹, Olivier Rouaud¹, Guy Victor Osseby¹, Claire Bonithon-Kopp², Maurice Giroud (maurice.giroud@chu-dijon.fr)¹

1 / Registre dijonnais des accidents vasculaires cérébraux (Inserm/Institut de veille sanitaire), Dijon, France 2 / Epidémiologie clinique/Inserm CIE 1, CHU, Dijon, France 3 / Inserm U866, Dijon, France

Résumé / Abstract

Introduction – Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent un problème de santé publique majeur accentué par le vieillissement de la population. L'existence à Dijon du seul registre de population français dédié aux AVC a permis d'étudier, pour la première fois, les tendances temporelles des AVC au cours d'une période de 20 ans.

Méthodes – De 1985 à 2004, le registre a recueilli tous les nouveaux cas d'AVC survenus chez les patients résidant dans la ville de Dijon (150 000 habitants), quelle que soit la structure de prise en charge, en utilisant les critères cliniques de l'OMS et les données de l'imagerie cérébrale pour assurer la spécificité du recueil. La participation des médecins hospitaliers et libéraux de la ville et de la banlieue de Dijon, a permis d'assurer une bonne exhaustivité.

Résultats – Entre 1985 et 2004, 3 122 cas d'AVC incidents (1 493 chez les hommes et 1 629 chez les femmes) ont été recensés.

L'âge moyen de survenue était de 71,4 ans chez les hommes et de 76,5 ans chez les femmes. Aucune variation significative des taux d'incidence globale standardisés sur l'âge n'a été observée chez les hommes et chez les femmes. En revanche, l'analyse des tendances temporelles par sous-types a montré une évolution contrastée, illustrée par la diminution significative ($p = 0,01$) des taux d'incidence des infarctus cardio-emboliques et par l'augmentation significative ($p = 0,01$) des infarctus lacunaires.

Conclusion – Globalement, les taux d'incidence des AVC sont restés stables entre 1985 et 2004. La tendance observée concernant l'augmentation des infarctus lacunaires vs la diminution des infarctus d'origine thrombo-embolique méritera des travaux complémentaires pour mieux en comprendre les causes.

Evolution of incidence rates for vascular cerebral accidents in Dijon, France, 1985-2004

Introduction – Cerebral vascular accidents or strokes (CVA) are a major public health concern, increasing with the aging of the population. In Dijon, the existence of the only French CVA registry enabled to study for the first time temporal trends in incidence of all strokes over a 20 year period.

Methods – Between 1985 to 2004, all cases of first-ever CVAs occurring among residents of Dijon (150 000 inhabitants) were collected, regardless of the type of management structure, using the WHO clinical criteria and data from cerebral imaging to have a specific ascertainment. Participating hospital and private practitioners contributed to warrant good exhaustivity.

Results – Between 1985 and 2004, 3122 incident strokes, (1493 in men, 1629 in women) were reported. The mean age was 71.4 years for men and 76.5 for women. Overall standardized incidence rates for strokes yielded no significant variations either in men or in women. However, the temporal trends analysis by subtypes showed a contrasted evolution characterized by a significant decrease in incidence rates of cardio-embolic infarcts ($p = 0.01$), and an increase in incidence rates of lacunar infarcts ($p = 0.01$).

Conclusion – Overall, standardized incidence rates of strokes remained stable between 1985 and 2004. Trends observed about the increased incidence of lacunar infarcts versus the decreased incidence for cardio-embolic strokes will need to be further analysed for a better understanding of the origin of disease.

Mots clés / Key words

Accidents vasculaires cérébraux, infarctus, registre, épidémiologie / Cerebral vascular accidents, infarcts, registry, epidemiology

Introduction

Malgré des progrès diagnostiques et thérapeutiques majeurs, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) restent en France la 1^{ère} cause de handicap, la 2^{ème} cause de démence et la 3^{ème} cause de mortalité. Il s'agit de la 1^{ère} complication de l'hypertension artérielle. Souvent considérée comme un objectif lointain, la prévention primaire et secondaire des AVC a démontré son efficacité. Les résultats favorables de la prise en charge en phase aiguë dans une Unité de soins intensifs neuro-vasculaires, et de la fibrinolyse intra-veineuse dans les trois premières heures d'un infarctus cérébral font de l'AVC une véritable urgence médicale.

Un registre dédié aux AVC est seul capable d'évaluer les tendances et l'impact des traitements appliqués dans la population [1]. A Dijon, un registre étudiant la population de la ville et recueillant de façon spécifique, exhaustive et continue les AVC et avec la même équipe a été mis en place dès 1985 [2]. Ce registre, unique en France, permet, pour la première fois d'étudier sur une période de

20 ans les tendances temporelles observées au sein de la population.

Matériel et méthodes

Population étudiée

Le Registre dijonnais des AVC a enregistré depuis sa création en 1985 tous les cas incidents d'AVC survenus chez les résidents de la ville de Dijon quel que soient les structures de prise en charge (Centre hospitalo-universitaire (CHU), trois cliniques ou domicile). La population couverte était de 150 138 habitants selon le recensement de 1999. La population d'étude a inclu tous les nouveaux cas d'AVC survenus entre le 1^{er} janvier 1985 et le 31 décembre 2004. La population à risque d'AVC a notablement augmenté car la proportion des personnes âgées de plus de 75 ans s'est accrue de 17 % entre la période 1985-1989 et la période 2000-2004.

Recueil des AVC

La méthodologie, déjà décrite par ailleurs [2], repose sur le recueil de tous les cas validés pris en charge au sein du CHU, des trois cliniques de l'aggloméra-

tion dijonnaise ou pris en charge au domicile du patient grâce à un réseau de neurologues hospitaliers et libéraux et de médecins généralistes.

Les critères de définition des AVC [2] ont été les critères cliniques de l'OMS, couplés systématiquement à un scanner cérébral, à la différence d'autres registres internationaux [1]. La réalisation d'une IRM cérébrale complémentaire a été mise en place à partir de 1995 et a concerné 20 % des cas depuis 2000.

Diagnostic des sous-types d'AVC

Le diagnostic des sous-types d'AVC a reposé sur un bilan standardisé à la fois clinique et par imagerie [2]. Le scanner cérébral a été réalisé dans plus de 95 % des cas entre 1985 et 1998, puis dans tous les cas, permettant d'affirmer un AVC, d'éliminer des événements cérébraux aigus non vasculaires et d'identifier les infarctus cérébraux et les hémorragies cérébrales. Ce bilan a été complété à partir de 1995 par l'IRM qui a une sensibilité et une spécificité supérieures au scanner pour le diagnostic des AVC.

Les sous-types d'infarctus cérébraux suivants ont été retenus : (1) les infarctus cérébraux par lipohyalinose des petits vaisseaux perforants appelés infarctus lacunaires, (moins de 1.5 cm de diamètre) ; (2) les infarctus cérébraux par atteinte des grosses artères cérébrales, soit par athérome, soit par dissection ou par d'autres causes, (3) et les infarctus cérébraux d'origine cardio-embolique.

Analyse statistique

Les données de population utilisées pour calculer les taux d'incidence sont basées sur les estimations par interpolation des données de recensements de 1982, 1990 et 1999 puis par extrapolation. Les taux d'incidence ont été calculés par sexe, par période de 5 ans et par groupe d'âge (âge < 45 ans, de 45 à 54 ans, de 55 à 64 ans, de 65 à 74 ans, de 75 à 85 ans, > 85 ans). Les taux ont été standardisés par méthode directe par rapport à la population française estimée par interpolation des recensements de 1990 et 1999 et les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés à partir d'une distribution de Poisson. Une régression de Poisson a été utilisée pour tester l'effet du sexe sur les taux d'incidence, puis l'effet de la période ajustée selon l'âge et le sexe. Les données de population utilisées pour calculer les taux d'incidence sont basées sur les estimations par interpolation des données de recensements de 1982, 1990 et 1999 puis par extrapolation. Les taux d'incidence ont été calculés par sexe, par période de 5 ans et par groupe d'âge (âge < 45 ans, de 45 à 54 ans, de 55 à 64 ans, de 65 à 74 ans, de 75 à 85 ans, > 85 ans). Les taux ont été standardisés par méthode directe par rapport à la population française estimée par interpolation des recensements de 1990 et 1999 et les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés à partir d'une distribution de Poisson. Une régression de Poisson a été utilisée pour tester l'effet du sexe sur les taux d'incidence, puis l'effet de la période ajustée selon l'âge et le sexe.

Résultats

Incidence des AVC et variations temporelles

Entre 1985 et 2004, 3 122 cas d'AVC incidents (1 493 chez les hommes et 1 629 chez les femmes) ont été recensés dont 85 % au CHU, 10 % en clinique et 5 % à domicile. Au cours de cette période, le nombre absolu de cas incidents d'AVC a augmenté passant de 741 au cours de la période 1985-1989 à 753 en 1990-1994, 801 en 1995-1999

Figure 1 Taux d'incidence par âge et par sexe de tous les AVC, Dijon, France, 1985-2004 / Figure 1 Incidence rate by age and sex for all types of CVAs, Dijon, France, 1985-2004

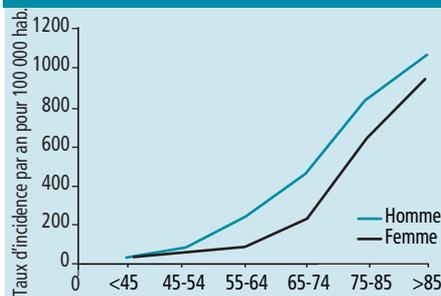
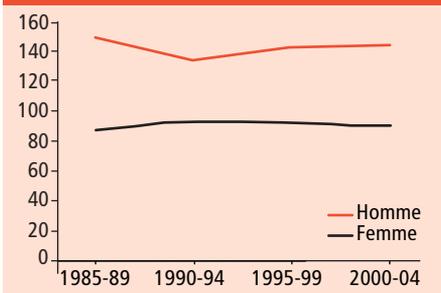


Figure 2 Evolution des taux d'incidence standardisés (population française) par sexe de tous les AVC, Dijon, France, 1985-2004 / Figure 2 Evolution of standardised incidence rates (French population) by sex for all types of CVAs, Dijon, France, 1985-2004



et 827 en 2000-2004.

L'âge moyen de survenue a été de 71,4 ans (SD = 13,3) chez les hommes et de 76,5 ans (SD = 14,8) chez les femmes. Les taux d'incidence bruts annuels ont été plus élevés chez l'homme (108,3 pour 100 000) que chez la femme (102,5 pour 100 000) comme les taux d'incidence standardisés (144,1, IC 95 % : 136,6-151,5 versus 92,3, IC 95 % : 87,8-96,9, $p < 0,01$).

La figure 1 montre une augmentation progressive des taux d'incidence de tous les AVC jusqu'à la tranche d'âge 65-74 ans puis une augmentation plus rapide à partir de 75 ans, notamment chez les femmes. Toutefois, comme l'indique la figure 2, aucune variation significative des taux d'incidence standardisés de tous les AVC n'a été observée au cours de la période d'étude aussi bien chez les hommes ($p = 0,58$) que chez les femmes ($p = 0,89$). Chez les hommes, les taux d'incidence standardisés ont été de

149,7 pour 100 000 en 1985-1989 et 144,4 pour 100 000 en 2000-2004. Chez les femmes, ils ont été respectivement de 89,5 et 92,0 pour 100 000.

Incidence des sous-types d'AVC et variations temporelles

La distribution des sous-types d'AVC a été de 1 449 (46,4 %) infarctus cérébraux par atteinte des grosses artères, 738 (23,6 %) infarctus cérébraux lacunaires, 513 (16,4 %) infarctus cérébraux d'origine cardio-embolique, 348 (11,1 %) hémorragies cérébrales et 74 (2,4 %) hémorragies méningées. Le tableau 1 montre une prédominance masculine pour les infarctus athéromateux et lacunaires et pour les hémorragies cérébrales.

La figure 3 souligne que les taux d'incidence standardisés sur l'âge et le sexe des divers sous-types d'AVC ont évolué différemment au cours de la période de l'étude. Aucune variation temporelle significative des taux d'incidence n'a été observée pour les infarctus par atteinte des grosses artères ($p = 0,55$), pour les hémorragies cérébrales ($p = 0,64$), et les hémorragies méningées ($p = 0,24$). En revanche, les taux d'incidence des infarctus cardio-emboliques ont significativement diminué avec, par rapport à la période de référence 1985-1989, un ratio des taux d'incidence de 0,82 (IC à 95 % : 0,65-1,04, $p = 0,11$) en 1990-1994, 0,69 (IC 95 % : 0,54-0,88, $p = 0,01$) en 1995-1999 et 0,74 (IC 95 % : 0,58-0,93 $p = 0,01$) en 2000-2004. Par ailleurs, les taux d'incidence des infarctus lacunaires ont significativement augmenté notamment à partir de la période 1995-1999. Par rapport à la période de référence, les ratios des taux d'incidence étaient de 0,99 (IC 95 % : 0,79-1,24, $p = 0,91$) en 1990-1994, puis de 1,34 (IC 95 % : 1,09-1,65, $p = 0,01$) en 1995-1999 et 1,33 (IC 95 % : 1,08-1,64, $p = 0,01$) en 2000-2004.

Discussion

Cette étude apporte des données inédites en France sur l'évolution de l'incidence des AVC au cours des 20 dernières années. Comme dans d'autres pays occidentaux [1,3-5], le vieillissement de la population s'est traduit par une augmentation du nombre absolu de cas incidents d'AVC. Ce constat soulève des interrogations pour l'avenir en terme de prise en charge thérapeutique et d'organisation des soins en raison de la part croissante des personnes très âgées dans la population française.

Comme cela est classiquement décrit [1], une importante augmentation des taux d'incidence annuelle

Figure 3 Evolution des taux d'incidence standardisés (population française) par sous-types d'AVC, Dijon, France, 1985-2004 / Figure 3 Evolution of standardised incidence rates (French population) by CVA subtype, Dijon, France, 1985-2004

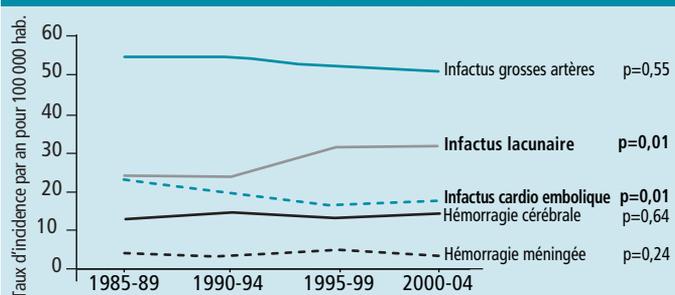


Tableau 1 Taux d'incidence standardisés (population française) par sous-types d'AVC et par sexe, Dijon, France, 1985-2004 / Table 1 Standardised incidence rate (French population) by CVA subtype and sex, Dijon, France, 1985-2004

Sous-type d'AVC	Homme		Femme		Sex ratio	p-value
	Taux	IC à 95 %	Taux	IC à 95 %		
Infarctus par atteinte des grosses artères	68,1	55,0-81,3	41,9	37,1-46,7	1,63	< 0,01
Infarctus cardio-emboliques	20,1	16,0-24,2	16,7	15,0-18,5	1,20	0,11
Infarctus lacunaires	36,2	29,1-43,2	20,9	18,5-23,4	1,73	< 0,01
Hémorragies cérébrales	16,8	13,6-20,0	10,2	9,0-11,5	1,65	< 0,01
Hémorragies méningées	2,8	2,4-3,3	2,5	2,2-2,8	1,12	0,45

est retrouvée pour les deux sexes avec l'âge, qui pourrait être en partie expliquée par l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque avec le vieillissement [6,7].

L'étude dijonnaise montre qu'en France les taux d'incidence standardisés des AVC sont restés stables entre 1985 et 2004 contrastant avec des observations faites récemment dans d'autres pays [4,5]. En effet, deux études récentes [4,5] réalisées sur une base géographique de population ont observé une baisse des taux d'incidence standardisés. L'étude d'Oxford [4], qui a étudié les taux d'incidence sur deux périodes (de 1981 à 1984, puis de 2002 à 2004) a observé une baisse globale des taux d'incidence standardisés de 29 %, que les auteurs ont rattachée à une augmentation significative de 25 % du taux d'hypertension artérielle (HTA) traitée et contrôlée.

L'étude de Auckland [5] où un schéma d'étude similaire a été utilisé sur 3 périodes (de 1980 à 1982, de 1991 à 1992 et de 2002 à 2004), a constaté une baisse significative des taux d'incidence standardisés de 21 % parallèlement, comme à Oxford, à une amélioration de la prise en charge de l'HTA. L'absence de baisse des taux d'incidence des AVC à Dijon amène à se poser la question de l'évolution de l'enregistrement au cours du temps. En comparant les taux globaux des AVC à Oxford, Auckland et Dijon, on constate qu'en 1985, les taux dijonnais étaient inférieurs à ceux des deux autres villes mais devenaient comparables à partir de 2000. Cette évolution différente peut s'expliquer par un défaut d'exhaustivité lors de la phase de mise en place du registre suivi d'un sur-enregistrement avec l'amélioration des techniques d'imagerie. Toutefois, cette dernière hypothèse est peu probable car le diagnostic d'un AVC repose d'abord sur des symptômes cliniques tandis que l'imagerie ne contribue qu'à améliorer l'identification des mécanismes et des sous-types d'AVC. Une autre éventualité permettant d'expliquer les différences d'évolution avec les registres anglais est que la baisse attendue à Dijon a été observée antérieurement à la création du registre. Bien que les trois études aient été menées dans des populations urbaines a priori comparables, il est possible que les différences des systèmes de soins entre les deux

pays aient permis à la population française de bénéficier d'un accès à la prévention plus précoce et plus adapté que la population anglaise

L'intérêt d'un enregistrement continu sur une longue période tel qu'il a été réalisé à Dijon a été souligné dans une revue récente de la littérature [1]. Après une tendance générale au déclin des taux d'incidence des AVC dans les pays occidentaux, il semblerait qu'on assiste depuis le début des années 1990 à une stabilisation voire à une inversion de ces tendances séculaires qui pourrait être liée à une meilleure identification des AVC mineurs avec la généralisation des scanners et l'arrivée de l'IRM. L'évolution contrastée des taux d'incidence des différents sous-types d'AVC mise en évidence pour la première fois dans l'étude dijonnaise donne quelque appui à cette hypothèse. En effet, nous avons constaté une augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires au cours des années 1990 coïncidant avec la généralisation de l'accès à l'IRM, dont les performances sont bien supérieures à celles du scanner [1]. Cependant, l'augmentation du taux d'infarctus lacunaires avec la généralisation de l'IRM n'a pas pu se faire au dépens des infarctus cardio-emboliques dont le diagnostic repose essentiellement sur l'électrocardiogramme et l'échocardiographie. A la rigueur, cette augmentation aurait pu se faire au détriment des infarctus par athérome des grosses artères mais leur taux d'incidence n'a pas subi de baisse. Ainsi, l'augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires semble a priori, bien réelle. Il est peu vraisemblable que l'augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires puisse être expliquée par une détérioration de la prise en charge des facteurs de risque vasculaires. D'une part, aucune variation des taux d'incidence des infarctus par athérome des grosses artères, dont les facteurs de risque sont comparables, n'a été observée. D'autre part, les études MONICA ont également rapporté une certaine stabilité de l'incidence des infarctus du myocarde depuis 1997 [8,9]. Ces résultats soulignent l'importance des efforts qui restent à réaliser dans la prévention du risque vasculaire en recrudescence avec le diabète, l'obésité et le tabagisme chez les jeunes [8,9].

En revanche, la baisse des taux d'incidence des infarctus cérébraux d'origine cardio-embolique

observée au cours de la période d'étude est encourageante car elle pourrait témoigner d'une plus large utilisation des anti-coagulants dans la fibrillation auriculaire après la démonstration de leur efficacité dans les grands essais des années 1990 [10].

Conclusion

Cette étude de population française suggère que les taux d'incidence des AVC sont restés stables entre 1985 et 2004. Toutefois, l'analyse des sous-types d'AVC révèle une évolution contrastée, marquée par une augmentation de l'incidence des infarctus lacunaires et une diminution des infarctus d'origine thrombo-embolique, qui ne peut pas être expliquée seulement par le changement des conditions de diagnostic.

Références

- [1] Feigin VL, Lawes CMM, Bennet DA, Anderson CS. Stroke epidemiology : a review of population-based studies of incidence, prevalence and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurol.* 2003 ; 2 : 43-53.
- [2] Benatru I, Rouaud O, Durier J, Contégal F, Couvreur G, Bejot Y et coll. Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. *Stroke.* 2006 ; 37 : 1674-9.
- [3] Kolominsky-Rabas PL, Weber M, Gefeller O, Neundorfer B, Heuschmann PU. Epidemiology of ischemic stroke subtypes a population-based study. *Stroke.* 2001 ; 32 : 2735-40.
- [4] Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM, et coll, for the Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *The Lancet.* 2004 ; 363 : 1925-33.
- [5] Anderson GS, Carter KN, Hackett ML, Feigin V, Barber A, Broad JB, Bonita R, on behalf of the Auckland Regional Community Stroke (ARCOS). Trends in Stroke incidence in Auckland, New-Zealand, during 1981 to 2003. *Stroke Group. Stroke.* 2005 ; 36 : 2087-93.
- [6] MONICA. Monograph and multimedia sourcebook. World's largest study of heart disease, stroke, risk factors and population trends 1979-2002. Genova. WHO. 2003.
- [7] Jousilahti P, Vartiainen E, Tuomilehto J, Puska P. Sex, age, cardio-vascular risk factors, and coronary heart disease : a prospective follow-up of 14 786 middle-aged men and women in Finland. *Circulation.* 1999 ; 99 : 1165-72.
- [8] Wagner A, Montaye M, Bingham A, Ruidavets J-B, Haas B, Amouyel Ph, et coll. Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronarienne en France de 1997 à 2002. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006 ; 8-9 : 65-6.
- [9] Truelsen Th, Mähönen M, Tolonen M, Asplund K, Bonita R, Vanuzzo D, for the WHO MONICA Project. Trends in stroke and coronary heart disease in the WHO MONICA Project. *Stroke.* 2003 ; 34 : 1346-52.
- [10] Hart RG, Benavente O, MacBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation : a meta-analysis. *Ann. Intern. Med.* 1999 ; 131 : 492-501.

Le dépistage du cancer du sein en France : pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre santé 2004-2005

François Baudier(fbaudier@urcam.org)¹, Claude Michaud¹, Arnaud Gautier², Philippe Guilbert²

1 / Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté, Besançon, France 2 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé sur le territoire national depuis 2004.

La 5^{ème} édition du Baromètre santé, qui s'est déroulée d'octobre 2004 à février 2005, a permis d'interroger par téléphone 30 514 personnes de 12-75 ans, tirées au sort, sur différents comportements de santé dont le dépistage des cancers.

Breast screening in France: practices and habits trends in the female population aged from 18 to 75 years.

Breast cancer screening is generalized in France since 2004. During the 5th Edition of the Health Barometer which was performed from October 2004 to february 2005, 30514 people randomly selected and aged from 12 to

La prévalence des femmes concernées par le dépistage organisé (50-74 ans) ayant réalisé « une mammographie dans les deux dernières années » évolue de façon très positive et significative : 43,8 % en 1995 ; 52,2 % en 2000 et 65,4 % en 2005. Le gain de prévalence (+16,4) est maximum parmi les femmes à revenus modestes (moins de 900 euros) entre 2000 et 2005, et l'écart de prévalence entre les plus modestes et les plus aisées a régressé (17,8 % vs 9,4 %) durant la même période.

Ces évolutions justifient la poursuite des efforts déployés pour rejoindre les femmes de milieux économiquement modestes et inciter celles qui bénéficient d'une mammographie individualisée à rejoindre le dépistage organisé.

75 years, were interviewed by telephone on various health behaviours, including cancer screening.

The prevalence of women concerned by this organised screening (50-74 years) and who had "a mammography in the last 2 years" evolves in a very positive and significant way: 43.8% in 1995; 52.2% in 2000 and 65.4% in 2005. The prevalence gain (+16.4) was maximum among women with low incomes (less than 900 euros) between 2000 and 2005, and the variation of prevalence between the most modest and the most prosperous (17.8% vs 9.4%) during the same period.

The results justify the continuation of efforts carried out to include women from modest economic environments and to encourage those who benefit from individual mammography to join screening programmes.

Mots clés / Key words

Cancer, dépistage, sein, mammographie, santé publique / Cancer, screening, breast, mammography, public health

Introduction

En France, le cancer du sein a provoqué 12 000 décès annuels et on estimait à 42 000, les nouveaux cas diagnostiqués (année 2000). L'organisation du dépistage a débuté dans dix départements en 1989. Il a été généralisé en 2004. Il est recommandé pour toutes les femmes entre 50-74 ans depuis 2001 : mammographie avec double incidence tous les deux ans. Cet examen s'inscrit dans un protocole très précis (cahier des charges) qui garantit la qualité du test sur l'ensemble du territoire national (formation des lecteurs, normes pour les mammographes, évaluation ...)[1,2].

Depuis 1992, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), avec le soutien de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), réalise des enquêtes périodiques (Baromètre santé) auprès d'échantillons nationaux représentatifs [3]. L'objectif de ces études est d'analyser les principaux comportements de santé en rapport avec certains thèmes, dont le dépistage des cancers (sein, mais aussi col de l'utérus et colorectal).

Matériels et méthodes

La 5^{ème} édition du Baromètre santé a eu lieu d'octobre 2004 à février 2005. Les interviews ont été réalisées par téléphone auprès de 30 514 personnes de 12-75 ans, tirées au sort. Parmi elles, 14 403 femmes âgées de 18-75 ans (dont 6 048 de

50-74 ans) ont été interrogées sur leur pratique de dépistage du cancer du sein. L'ensemble de la méthodologie est détaillé dans l'ouvrage présentant les premiers résultats de ce Baromètre santé [3].

Résultats

La pratique du dépistage

Près de 60 % (59,5 %) des femmes de 18-75 ans ont déjà passé au cours de leur vie une mammographie (de dépistage ou diagnostic). C'est dans la tranche d'âge 50-69 ans que ce pourcentage est le plus élevé (94,9 %), ce qui peut s'expliquer par des recommandations pour le dépistage qui, pendant de nombreuses années, s'appliquaient uniquement à cette population (l'extension aux 70-74 ans n'est intervenue qu'assez récemment) (figure 1).

Parmi les femmes qui ont déjà passé une mammographie, le test date deux fois sur trois (62,3 %) de moins de deux ans. Le caractère récent de la mammographie augmente avec l'âge sauf pour les 70-74 ans (64,6 %). Concernant la période ciblée par le dépistage (50-74 ans), 70,0 % des femmes ont eu au moins une mammographie durant les deux dernières années (*versus* 52,3 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Par ailleurs, une fois sur quatre (24,1 %), cet examen a été pratiqué entre deux et quatre ans. Au total, 94,1 % des femmes de la tranche d'âge ciblée disent avoir eu une mammographie dans les quatre dernières années.

L'origine du dépistage

Dans la majorité des situations, c'est le médecin qui est à l'origine de l'examen (55,0 %) mais une fois sur cinq (20,2 %) c'est la patiente qui en a fait la demande. Pour les 50-74 ans, dans plus d'un tiers des cas (34,0 %), la raison de l'examen est liée à une invitation reçue à la maison (figure 2). Chez les plus âgées (70-74 ans), c'est principalement cette dernière qui déclenche la réalisation du test ; chez les plus jeunes (50-59 ans) de la tranche d'âge ciblée, c'est plutôt le médecin qui est à l'initiative de cet examen.

Quand le médecin est à l'origine de la réalisation de la mammographie, cette pratique s'inscrit le plus souvent (72,7 %) dans le cadre d'un suivi régulier (on peut formuler ici l'hypothèse que c'est un acte de dépistage). Ce constat est surtout fait pour les femmes de 50-74 ans (83,6 % versus 63,5 % pour le reste des femmes enquêtées (18-49 ans) ; $p < 0,001$). Il est à noter que ce suivi régulier est aussi présent chez les 18-39 ans (34,3 %), sans raison probante. D'ailleurs, pour cette tranche d'âge, la mammographie diagnostic (suite à des symptômes) est logiquement l'indication médicale la plus fréquente (environ une fois sur deux ; 48,5 %). Le caractère familial, qui motive la prescription d'une mammographie, est retrouvé un peu plus d'une fois sur dix (11,0 %).

Figure 1 Prévalence de la mammographie au cours de la vie selon l'âge, évolution 1995-2005, Baromètres santé, France / Figure 1 Mammography prevalence throughout life between 1995 and 2005 by age, Baromètres santé, France

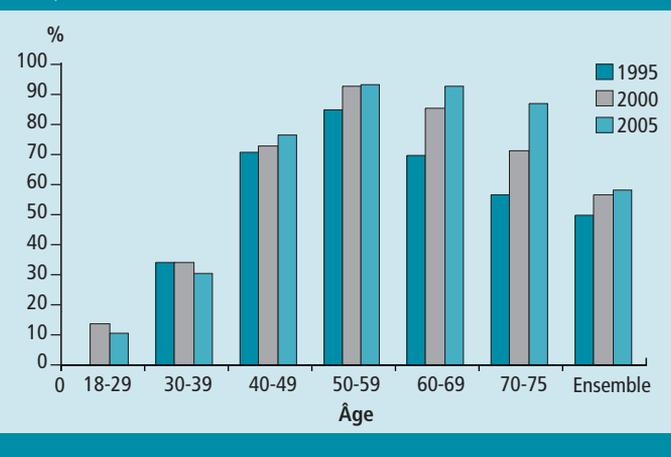
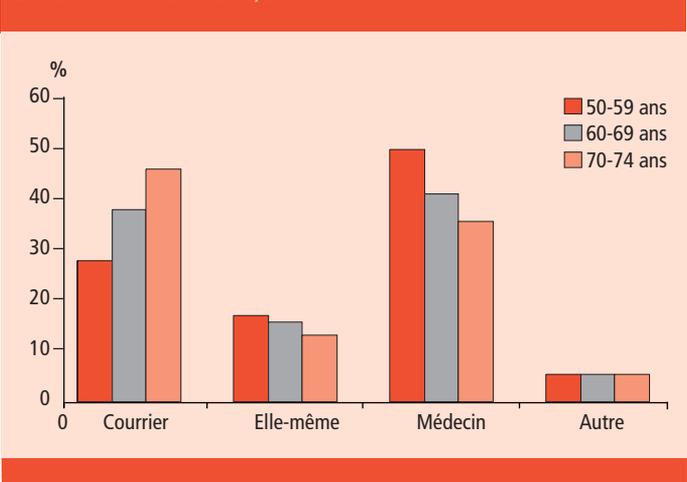


Figure 2 Initiative de la mammographie selon l'âge des patientes, Baromètre santé 2004-2005, France / Figure 2 Mammography initiative by age, Baromètre santé 2004-2005, France



Lorsque c'est la femme qui est à l'origine de la demande, c'est aussi la notion de suivi régulier qui est prédominant (près d'une fois sur deux : 47,3 %), surtout à partir de 40 ans et avec un maximum dans la tranche d'âge 50-74 ans (66,8 % vs 31,3 % pour les femmes de moins de 50 ans ; $p < 0,001$). Les symptômes (comme motivation de la consultante) arrivent en deuxième position (23,8 %) avec une prédominance parmi celles âgées entre 18 et 39 ans (48,7 %). La notion de cancer dans la famille est retrouvée plus fréquemment (par rapport aux médecins) lorsque la femme est à l'origine de la demande (près d'une fois sur cinq : 18,5 %), surtout parmi les plus jeunes (18-39 ans : 30,1 % vs 15,0 % pour les plus de 39 ans ; $p < 0,001$). En revanche, l'information (campagne, lecture...), le conseil d'une personne ou un cancer d'un(e) ami(e) semblent avoir moins de poids (respectivement 7,2 %, 2,5 % et 4,1 %).

Les réticences au dépistage

Pour les femmes qui n'ont jamais réalisé une mammographie, les raisons à cette « non pratique » diffèrent beaucoup suivant l'âge. Pour les plus jeunes (18-39 ans), c'est logiquement (84,0 % des cas) parce qu'elles ne sont pas assez âgées ou qu'elles estiment ne pas en avoir besoin. En revanche, près d'une femme sur deux (49,4 %) de 50-74 ans (parmi celles qui n'ont jamais pratiqué de mammographie) déclarent aussi qu'elles n'ont pas besoin de cet examen, ce pourcentage étant particulièrement élevé dans la tranche d'âge 70-74 ans (57,9 %). Le manque de temps est surtout mis en avant par les 50-59 ans (31,8 %) alors que les notions de coût ou d'éloignement géographique du cabinet de radiologie ne sont pratiquement pas évoqués (respectivement 0,9 % et 0,3 %).

Lorsque l'on analyse concomitamment toutes les variables (régression logistique ; $n = 4\ 829$), les facteurs les plus discriminants favorisant le fait d'avoir réalisé une mammographie dans les deux dernières années sont pour les femmes âgées de 50 à 74 ans : l'existence d'un programme de dépistage organisé dans leur département avant 2004, un revenu supérieur à 1 500 euros par unité de consommation, un nombre de consultation chez le généraliste supérieur ou égal à 2 au cours de l'année et au moins une visite chez le gynécologue au cours des 12 derniers mois.

Les évolutions constatées

La comparaison avec 2000 montre une progression significative ($p < 0,001$) de la pratique de la mammographie au cours des deux dernières années (chez les 18-75 ans), passant de 31,0 % en 2000 à 36,8 % en 2005. Elle est particulièrement marquée

parmi les femmes de 60 à 74 ans : 42,3 % en 2000 à 63,2 % en 2005 ($p < 0,001$).

Par ailleurs, la prévalence des femmes ciblées par le dépistage organisé (50-74 ans) ayant réalisé « une mammographie dans les deux dernières années » évolue de façon très positive et significative ($p < 0,001$) : 43,8 % en 1995 ; 52,2 % en 2000 et 65,4 % en 2005 alors que la réalisation de mammographie chez les moins de 49 ans s'est stabilisée entre 2000 et 2005. Un gain de 26,6 points ($p < 0,001$) est observé parmi les 60-69 ans et de 31,3 ($p < 0,001$) parmi les 70-74 ans, en 10 ans (entre 1995 et 2005). De plus, le gain de prévalence (+16,4) est maximum parmi les femmes à revenus modestes (moins de 900 euros) entre 2000 et 2005 ($p < 0,001$), et l'écart de prévalence entre les plus modestes et les plus aisées a régressé (17,8 % vs 9,4 %) durant la même période ($p < 0,001$).

Discussion-conclusion

Le dépistage du cancer du sein se déroule aujourd'hui et pour la majorité des femmes dans un contexte de plus en plus organisé, même si certains tests sont encore pratiqués dans un cadre individuel et parfois en dehors des tranches d'âges recommandées. En effet, si la pratique déclarée d'une mammographie dans les deux dernières années concerne, pour ce Baromètre 2005, 70 % des femmes de 50 à 74 ans, celle enregistrée, la même année, par l'Institut de veille sanitaire dans le cadre du dépistage organisé est de 45 % [4]. Il est possible de faire l'hypothèse que la différence (25 %) correspond en grande partie au dépistage individuel. En effet, les informations collectées et déclarées dans cette étude correspondent certainement au cumul du dépistage organisé et individuel. Les cotations différenciées effectuées maintenant par l'Assurance maladie devraient nous permettre dans l'avenir de différencier ces deux actes. Par ailleurs, une surestimation déclarative, liée à la méthodologie utilisée, est aussi probable. Les résultats récents publiés dans le Baromètre cancer 2005 semblent confirmer cette hypothèse [5].

Un des objectifs de la politique de dépistage entreprise est de mieux rejoindre les populations qui sont les moins touchées par cette démarche préventive, à savoir les publics défavorisés. Ce Baromètre santé apporte des éléments de réponse à deux questions essentielles relatives à ces inégalités sociales de santé :

Le niveau de revenus du foyer influence-t-il toujours la réalisation des tests de dépistage ?

La pratique de la mammographie des femmes issues de milieux économiquement modestes est encore inférieure à celles des sujets plus aisés.

Les évolutions observées entre 2000 et 2005 vont-elles dans le sens de la réduction de ces inégalités ?

Les femmes les plus modestes ont bénéficié plus que les autres de l'accès à la mammographie dans le cadre du dépistage organisé, puisque l'écart de fréquence de réalisation de ce test se comble progressivement. Pourtant, la pratique de la mammographie des femmes à revenus modestes, reste encore en deçà du niveau observé en 2000 chez les femmes de milieux aisés.

Ces évolutions contrastées justifient la poursuite des efforts déployés actuellement par les structures de gestion des dépistages pour rejoindre ces femmes de milieux économiquement modestes. Les dernières données du Baromètre cancer, portant sur le dépistage du cancer du sein, vont dans le sens d'une réduction des inégalités d'accès à cet examen (différences non significatives entre les femmes, suivant leurs revenus et leurs niveaux d'études). Il est ainsi possible de faire un lien entre, d'une part, cette évolution favorable visant à une équité renforcée de l'offre et de la pratique de ce type de prévention et, d'autre part, le développement d'un dépistage organisé de plus en plus prédominant sur l'ensemble du territoire français [5]. Enfin, la mise en place du dépistage organisé a permis d'améliorer globalement la qualité des actes de mammographie [6], avec une supériorité pour ceux effectués dans un cadre organisé, en raison principalement de la double lecture puisque le taux de mammographies positives en seconde lecture a été de 1,6 % dans la période 2003-04, la seconde lecture ayant permis la détection de 6,7 % des cancers dépistés [2].

Références

- [1] Institut national du cancer. Plan cancer 2003-2006. Ce qui a changé. 380p (<http://www.e-cancer.fr> ; consulté le 04/12/2006).
- [2] Paty A.C., Ancelle-Park R., Julien M., Bloch J et al. Programme de dépistage du cancer du sein en France. Résultats 2004. InVS, Saint-Maurice, août 2006, 6 p. (http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_sein_2004/cancer_sein_2004.pdf ; document consulté le 02/04/2007).
- [3] Guilbert P., Gautier A. (sous la direction de). Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Ed. Inpes, Coll. Baromètres, St Denis, 2006, 176 p.
- [4] Institut de veille sanitaire. Taux de participation des femmes au programme de dépistage (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/default.htm> ; document consulté le 02/04/2007).
- [5] Duport N., Bloch J. Dépistage du cancer du sein, in Baromètre cancer, 119-126 (sous la direction de) Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. Inpes, Coll. Baromètres, St Denis, 2006, 208 p.
- [6] Accords de bon usage des soins relatifs à la mammographie. JO du 24 mars 2002 et du 23 juin 2006.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec indication de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directeur de la publication : Pr Gilles Brückner, directeur général de l'InVS
Rédactrice en chef : Florence Rossollin, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Claude Attali, médecin généraliste ; Dr Juliette Bloch, InVS ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Yuriko Iwatsubo, InVS ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Dr Loïc Josseran, InVS ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Dr Najoua Milika-Cabanne, HAS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
Tél : 01 55 12 53 25/26
Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
Tarifs 2007 : France et international 52 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr