

### EDITO

*Il y a 20 ans,*

*les membres fondateurs\* de l'Ademas, grâce au financement entre autres du Conseil Général, lançaient la première opération de dépistage organisé du cancer du sein, en France dans le cadre de l'Europe contre le cancer.*

*Cette action qui avait pour but de diminuer la mortalité due au cancer du sein en mettant en évidence à terme, des cancers de petite taille, plus nombreux, a été un succès puisque malgré des résistances importantes liées en particulier au fait de l'absence de culture de prévention dans notre pays, le taux de participation atteint les 60 % de la population cible. C'était l'un des défis majeur pour cette opération.*

*Notre région l'Alsace a le taux le plus faible de mortalité due au cancer du sein. Ces données ont été vérifiées grâce au registre des cancers mis en place en 1975.*

*Grâce à ce registre, il nous a aussi été possible de montrer que le nombre de cancers du sein inférieurs à 1 cm de diamètre, était de 40 % dans le dépistage organisé alors qu'il n'était que de 17 % dans le dépistage individuel.*

*Mais au-delà de ces chiffres rassurants, et dont nous sommes fiers, le dépistage organisé a eu d'autres conséquences.*

- Une appréciation des connaissances en matière de radiologie du sein par les radiologues.
- Une garantie pour les patientes, d'une assurance de qualité touchant aussi bien les personnels que les matériels.

*Cette nouvelle dimension totalement insoupçonnée il y a 20 ans, s'est rapidement imposée et a permis de garantir à l'ensemble de la population des examens de très grande qualité, aussi bien sur le plan technique que sur le plan de l'interprétation. Le dépistage organisé a donné lieu également à l'élaboration de critères de bon usage des soins, prélude à une réorganisation intelligente du système de santé.*

*Malheureusement, cette réussite est compromise par une décision aussi inepte qu'autoritaire des directeurs des caisses nationales d'Assurance Maladie.*

*La réduction de la cotation des actes de radiologie met en péril grave l'existence même de notre spécialité et donc des possibilités d'accueil des patientes.*

*La réussite exemplaire du dépistage organisé pourrait être brisée par une volonté irréfléchie et technocratique de l'Assurance Maladie qui ne pourra plus jamais être considérée comme un partenaire fiable et loyal.*

\* Professeur Robert RENAUD et Professeur Paul SCHAFFER

**Pierre HAEHNEL**  
Président de l'ADEMAS



## 1989-2009 : 20 ANS DE DÉPISTAGE

Le témoignage du Professeur  
Robert RENAUD, Président-Fondateur  
de l'ADEMAS

### EN 20 ANS, TOUT A BEAUCOUP CHANGÉ : LE PUBLIC, LA PRATIQUE, L'ÉVALUATION...

En 20 ans les mentalités ont considérablement évolué. Aujourd'hui le dépistage organisé du cancer du sein est entré dans la pratique médicale courante. À l'époque, son dépistage était essentiellement individuel sur prescription médicale ou spontané. Il s'adressait surtout à une catégorie de femmes, bien informées, consultant régulièrement leur gynécologue, appartenant à des tranches d'âges non ciblées. Il consistait outre l'examen clinique à réaliser des clichés mammographiques, en nombre variable pour chaque sein, souvent accompagnés d'échographie et même à une certaine époque d'une thermographie. Ni le coût de ces examens, ni le bénéfice que l'on pouvait en attendre n'étaient évalués.

**1/2/3** 20 ANS DE DÉPISTAGE  
Témoignage du Professeur RENAUD

**3** MÉNOPAUSE ET THS  
par le Professeur BALDAUF

**4** LES CHIFFRES DU DÉPISTAGE EN BREF...

# 1989-2009 : 20 ANS DE DÉPISTAGE

Le témoignage du Professeur Robert RENAUD, Président-Fondateur de l'ADEMAS

Dans les années 1980, nos connaissances de l'histoire naturelle du cancer du sein se sont encore affinées. Dans sa forme habituelle, il est d'évolution relativement lente : le délai entre le début de la cancérisation et le moment où il devient palpable puis disséminé s'étend sur plusieurs années. Or TUBIANA a montré qu'une avance au diagnostic d'un an pouvait réduire la mortalité de 30 %. Vers la même période les résultats des essais randomisés de dépistage mammographique organisé dans les Comtés Suédois avec un cliché oblique externe chez les femmes de 50 à 69 ans diminuait la mortalité de 30 %. Tout ceci m'incitait à lancer une campagne de dépistage organisé de ce cancer en Alsace et à montrer ainsi que l'on pouvait obtenir dans notre région des résultats comparables à ceux des Comtés Suédois. Or il n'existait en France aucun programme organisé de dépistage si ce n'est celui du Conseil Général du Rhône initié par Alain BREMOND pour la seule ville de Lyon et qui venait de démarrer.



[www.ademas-alsace.com](http://www.ademas-alsace.com)

## QUELLES ÉTAIENT LES ORIGINALITÉS DE LA CAMPAGNE ADEMAs ?

- Notre projet s'éloignait des campagnes de dépistage menées dans d'autres pays par plusieurs points testés pour la première fois en Europe et qui entretenaient d'ailleurs le scepticisme de nos collègues étrangers quant à sa réussite !

- Pas de création de nouvelles structures et recours à celles existantes ;
- renoncement à l'envoi de convocations, mais information soutenue des femmes par des conférences, la presse, des affiches, etc...
- information et motivation du corps médical, généralistes et gynécologues ;
- contrôles de la qualité de chaque cabinet ;
- formation des acteurs, manipulateurs, anatomocytologistes (Jean Pierre BELLOCCO) ;
- relecture de tous les clichés par des deuxièmes lecteurs spécialisés dans la radiographie du sein ;

## CE QUI N'ÉTAIT ENCORE QU'UN PROJET EXPÉRIMENTAL A ÉTÉ DIFFICILE À FAIRE ACCEPTER ?

- Ce projet de dépistage fit l'objet d'un rapport soumis à un groupe de travail comprenant des représentants des cancérologues, des généralistes, des gynécologues, des radiologues et des membres du Conseil de l'Ordre des deux départements. Il fut ensuite remis en mains propres au Ministère de la Santé en 1987. À l'automne 1988 le Professeur GIRARD, Directeur Général de la Santé, me pria de l'adresser à l'Europe Contre le Cancer.

**En raison de la rigueur scientifique, il devait être retenu par cet organisme comme Programme Pilote pour la France** mais le limitait au Bas-Rhin qui seul possédait un Registre des Cancers. Le financement du programme était assuré pour moitié par le Conseil Général, pour moitié par le Conseil Régional puis uniquement par le Conseil Général et la prise en charge des mammographies par le Fond National de Prévention d'Assurance Maladie.

## COMMENT LE CORPS MÉDICAL A T-IL RÉAGI ?

- En février 1989, l'ensemble des radiologues fut consulté. À l'exception de quelques uns, grâce à la force de conviction de Roger WAHL, président de leur syndicat et de Pierre HAEHNEL\*, tous décidèrent de participer à cette aventure malgré la crainte de perdre une partie de leur rôle de clinicien. L'accueil des médecins généralistes, mal préparés aux actions de prévention, fut plus réservé, de même que celui des gynécologues qui se sentaient quelque peu frustrés par l'absence de visualisation des clichés et par le systématique de l'examen.

Après la mise en place d'une cellule de gestion (ADEMAS) placée sous la direction d'un médecin coordinateur, Catherine GULDENFELS, le programme de dépistage du cancer du sein dans le département du Bas-Rhin démarrait le 15 mai 1989. Il fut rapidement suivi par le lancement d'un autre programme en France, dans les Bouches du Rhône, qui avait recours globalement à la même méthodologie mais avec un intervalle entre deux vagues non plus de 2, mais de 3 ans.

À partir de 1989, dix programmes expérimentaux voyaient le jour puis entre 1994 et 2000, 22 autres démarraient. En 2004 le programme était généralisé à l'ensemble du territoire national et le Haut-Rhin s'associait au Bas-Rhin avec la même cellule de gestion et les subventions du Conseil Général du Haut-Rhin. Quelques modifications apparaissaient dans le Cahier des Charges : invitation des femmes de 50 à 74 ans à partir de fichiers centralisés, examen clinique, réalisation de deux clichés par sein (face et oblique externe), possibilité pour le 1er lecteur de réaliser immédiatement un bilan diagnostique s'il détecte une image anormale, relecture limitée aux seuls clichés considérés comme non suspects par le 1er lecteur, intervalle entre 2 vagues de à deux ans, contrôle obligatoire de tous les appareillages utilisés dans le programme. Cinq ans après le démarrage du programme bas-rhinois, les résultats mettaient en évidence la bonne participation des femmes, de l'ordre de 60 %, l'augmentation de pourcentage des cancers invasifs de petite taille sans envahissement ganglionnaire par rapport à ceux diagnostiqués

en dehors du programme, la diminution des mastectomies et l'allègement des traitements complémentaires, avec un taux stable

# MÉNOPAUSE ET THS

Professeur Jean Jacques BALDAUF



n / [www.eve-alsace.fr](http://www.eve-alsace.fr) / [www.adeca-alsace.fr](http://www.adeca-alsace.fr)

*des cancers in situ ce qui permettait d'éliminer un surdiagnostic. Ces résultats étaient en tous points comparables aux normes publiées par l'Europe Contre le Cancer ou par les programmes centralisés des autres pays.*

*Un autre avantage du programme et pas le moindre est l'amélioration progressive de la pratique mammographique à la fois grâce au contrôle de qualité journalier ou hebdomadaire par le radiologue, et semestriel ou annuel par les organismes agréés. Ce contrôle de qualité et cette évaluation permanente acceptés pour la première fois par une catégorie professionnelle médicale est un magnifique exemple de prise de conscience et de changement de mentalité et l'un des grands bénéfices du dépistage.*

## VOTRE CONCLUSION...

*- On voit que la mise en place d'un programme de dépistage ne s'improvise pas malgré l'engouement qu'il suscite aujourd'hui, malgré les pressions exercées parfois par des volontés politiques ou même tout simplement malgré le désir louable de faire du bien. C'est une entreprise exigeante qui demande beaucoup de réflexion critique et constructive si l'on veut éviter que ses effets pervers l'emportent sur le bénéfice que l'on veut offrir à une population.*

*Contrairement à la médecine traditionnelle et à la relation classique patient-médecin où ce dernier a la charge de fournir à la personne qui vient lui demander assistance un service efficace (obligation de moyens), il ne faut jamais perdre de vue que dans le dépistage, **le médecin qui vient offrir son assistance à des personnes qui ne souffrent de rien, qui ne demandent rien et qui sont en apparence en bonne santé, a une obligation de résultat.***

*\* Pierre HAEHNEL, Secrétaire Général du Conseil National de l'Ordre des Médecins (1993-2003).*

Actuellement, plus de 400.000 femmes atteignent la ménopause chaque année en France. Les femmes ménopausées se plaignent souvent de troubles fonctionnels qui altèrent la qualité de vie et elles sont exposées aux répercussions urogénitales, osseuses, cardio-vasculaires et neurologiques pouvant à moyen et long terme entraîner des complications graves et engager le pronostic vital.

Ces manifestations sont en rapport avec la carence œstrogénique pour laquelle le traitement hormonal substitutif (THS) constitue le traitement préventif et curatif le plus efficace. Ce traitement suscite encore de vives inquiétudes quant aux risques et tout particulièrement quant au risque de cancer du sein. Le rapport risque/bénéfice doit être évalué individuellement chez chaque patiente et refait lors de chaque consultation de surveillance.

Les bénéfices sont nombreux. L'hormonothérapie substitutive maintient l'épaisseur de la peau et évite l'atrophie uro-génitale, ce qui permet de réduire l'irritabilité de la vessie, la fréquence des cystites et des nycturies, l'importance de l'incontinence urinaire et d'améliorer le confort pendant les rapports. Les œstrogènes constituent le médicament de choix dans la prévention de l'ostéoporose et des fractures associées après la ménopause. Toutefois un traitement d'au moins 7 à 10 années est nécessaire pour espérer un effet préventif sur les complications de l'ostéoporose post-ménopausique.

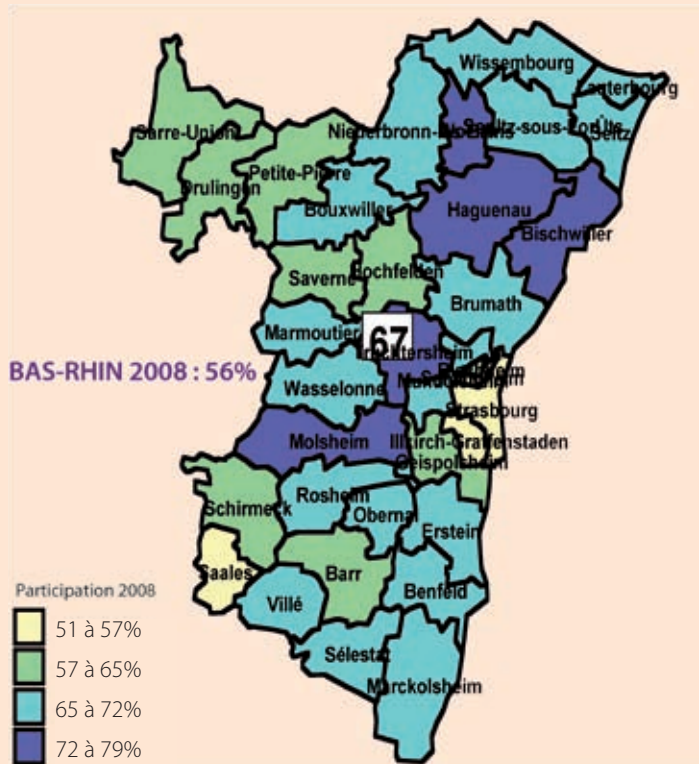
L'hormonothérapie substitutive diminue le risque cardiovasculaire à condition d'être débutée avant que les plaques d'athérome ne soient formées. En France on prescrit principalement le 17 bêta-œstradiol. Chez les femmes qui présentent un facteur de risque vasculaire, en particulier thrombo-embolique, la voie cutanée est préférable. Parmi les progestatifs il faut conseiller l'utilisation de la progestérone naturelle ou d'un dérivé à noyau prégnane ou norprégnane.

Les risques du THS sont dominés par l'augmentation de certains cancers. Le THS prolongé pendant plus de 10 ans entraîne une augmentation légère de l'incidence du cancer du sein. Cet excès de risque disparaît rapidement à l'arrêt du traitement ce qui laisse supposer un effet promoteur plutôt qu'un effet initiateur. L'adjonction d'un progestatif aux œstrogènes ne réduit pas le risque de cancer du sein contrairement à l'adjonction de la progestérone naturelle micronisée qui élimine l'excédent de risque de cancer du sein pour les traitements qui durent moins de 10 ans. Par ailleurs les données de la littérature indiquent de façon concordante une réduction de l'incidence et de la mortalité par cancer du colon chez les femmes sous THS.

Bien qu'il existe une faible augmentation du risque de cancer du sein avec un THS prolongé au delà de 10 ans ou comportant un progestatif plutôt que la progestérone micronisée, le THS entraîne une prolongation de l'espérance de vie et une augmentation très significative de la qualité de la vie. Les dangers du THS doivent être ainsi démythifiés.

# LES CHIFFRES DU DÉPISTAGE

Campagne de dépistage organisé du cancer du sein menée en Alsace. Participation par cantons en 2008.

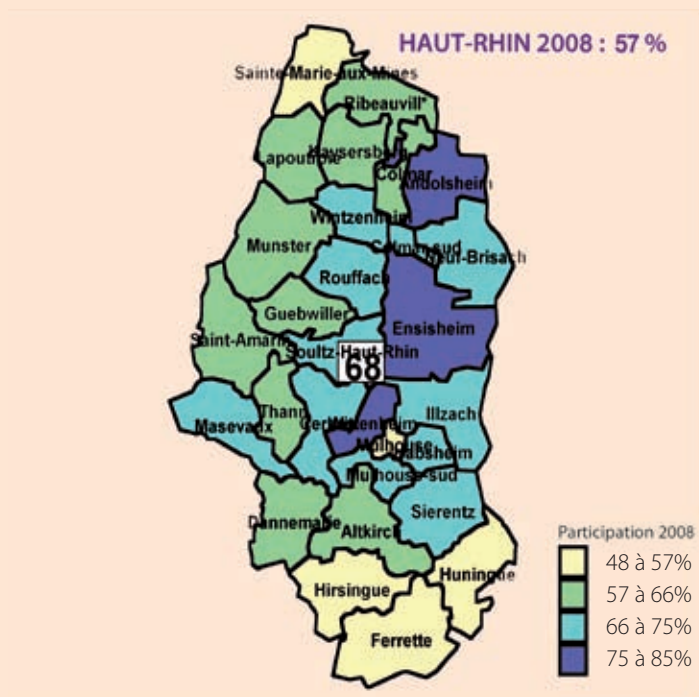


INDICATEURS PRÉCOCES D'EFFICACITÉ  
(octobre 2002 à décembre 2008)

	BAS-RHIN	HAUT-RHIN
Nombre dépistages	220368	131052
Examens complémentaires	7%	12%
Femmes opérées	1449	991
Cancers dépistés	1251	886
% cancers vus par L2	13%	7%
Taux de détection	5 pour 1000	6 pour 1000

LES CANCERS DÉPISTÉS  
(octobre 2002 à décembre 2008)

	BAS-RHIN	HAUT-RHIN
Cancers dépistés	1251	886
% CCIS	16%	12%
Cancers <=10mm (infiltrants)	36%	38%
N- (infiltrants)	73%	70%



ASSOCIATION POUR LE DÉPISTAGE  
DES MALADIES DU SEIN

**ADEMAs ALSACE**

**Bas-Rhin** 03 90 40 59 30  
69 route du Rhin  
67400 illkirch Graffenstaden

**Haut-Rhin** 03 89 32 72 50  
14 rue Gustave Hirn  
68100 Mulhouse

[www.ademas-alsace.com](http://www.ademas-alsace.com)  
[ademas.alsace@wanadoo.fr](mailto:ademas.alsace@wanadoo.fr)