

Docteur Marie Laure Forzy

Médecin coordinateur régional

Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC)
Hauts de France



3 programmes de dépistage organisé des cancers

➡ SEIN
➡ COLORECTAL
➡ COL UTERUS

Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un programme dépistage organisé

✓
**Problème
de santé
publique**

✓
**HDM connue et
Existence d'une
phase
de latence
ou préclinique**

✓
**Existence d'un
test
de dépistage
adapté,**
simple à mettre
en œuvre, fiable,
reproductible
et valide

✓
**Un test
acceptable
par la
population**

✓
**Moyens de
diagnostic, et de
traitement
disponibles**
Efficacité du
programme de
dépistage sur
la réduction de la
mortalité
ou la morbidité
évaluée et établie

✓
**Balance
bénéfices/
risques
favorable**

✓
**Coût
abordable**

Les programmes organisés de dépistages de cancers ont été instaurés sur la base d'études scientifiques, en cohérence avec les recommandations européennes

Sources :

Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC). OJ L 327: 34-38. Von Karsa L, Anttila A, Ronco G, Ponti A, Malila N, Arbyn M, Segnan N, CastilloBeltran M, Boniol M, Ferlay J, Hery C, Sauvaget C, Voti L, Autier P.

Cancer Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First Report. European Communities, Brussel, 2008.
Second report may 2017

Sein

European Community. Health and Consumer Protection Directorate General. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition. 2006.

International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 15: Breast Cancer Screening. IARC, Lyon 2016.

Independent UK panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening : an independent review. Lancet 2012;380(9855):1778-86.

Gotsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane database Syst Rev 2011;(1):CD001877.

Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein Quels éléments en 2013 ? INCA

Col uterus

European Community. Health and Consumer Protection Directorate General. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second Edition. 2008

International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 10: Cervix Cancer Screening. IARC, Lyon 2005.

Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the Member States of the European Union. Eur J Cancer. 2009;45(15):2640-8.

Colon

European Community. Health and Consumer Protection Directorate General. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. 2010

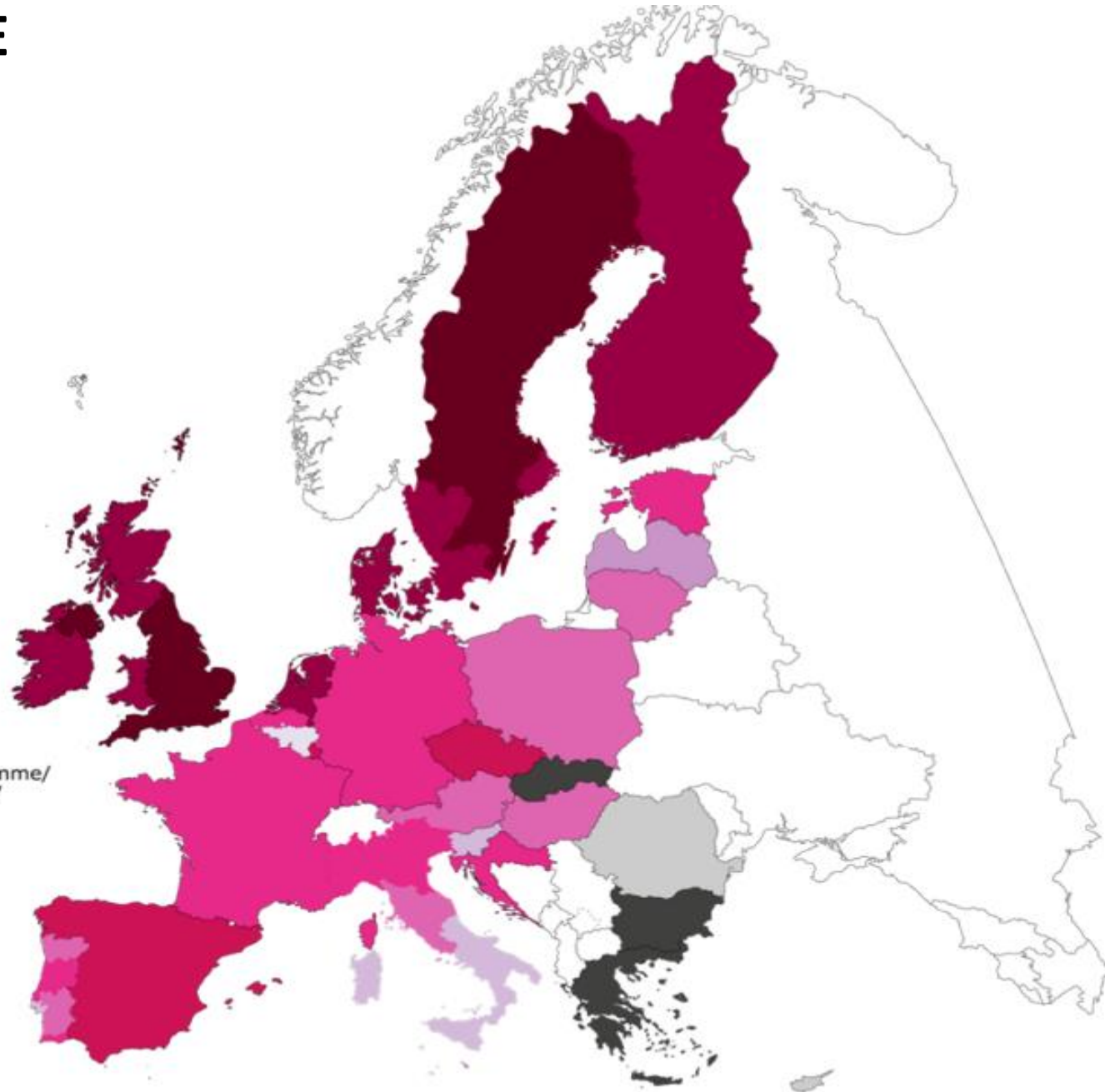
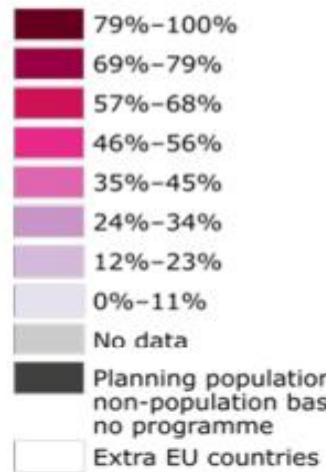
Libby G, Brewster DH, McClements PL, Carey FA, Black RJ, Birrell J, Fraser CG, Steele RJ. The impact of population-based faecal occult blood test screening on colorectal cancer mortality: a matched cohort study. British Journal of Cancer. 2012;107:255– 259.

Pitkaniemi J, Seppä K, Hakama M, Malminiemi O, Palva T, Vuoristo M-S, Järvinen H, Paimela H, Pikkarainen P, Anttila A, Elovainio L, Hakulinen T, Karjalainen S, Pylkkänen L, Rautalahti M, Sarkeala T, Vertio H, Malila N. Effectiveness of screening for colorectal cancer with a faecal occult-blood test, in Finland. BMJ Open Gastroenterol. 2015;2(1):e000034

Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)

En EUROPE

Breast cancer screening programmes in the EU :
Examination coverage for
the 50-69 years age range



Les programmes de dépistage
ont débuté
entre 1987 et 2014 ,

Concerne 25 pays/ 28
Couverture : 6% à 90%

Source :
Cancer Screening in the European Union
Report on the implementation of the Council Recommendation
on cancer screening
Juin 2019
International Agency for Research on Cancer

En France : généralisation du DOCS en 2004

Les OBJECTIFS du programme :

1 Réduire la mortalité par cancer du sein

20% dans un délai de 10 ans Si participation minimum de 70 % ➡ 150 à 300 décès évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au dépistage pendant 10 ans

2 Améliorer la Qualité du dispositif de dépistage

1. Formation spécifique des Radiologues agréés pour le DO
2. Matériel contrôlé répondant à des normes strictes
3. 2ème lecture de toutes les radios jugées normales
4. Transmission des résultats et suivi

3 Réduire les inégalités d'accès au dépistage

Le dépistage en pratique ...

Concerne toutes les femmes de 50 à 74 ans

Sauf femmes à haut risque nécessitant un suivi spécifique

Invitations à partir des fichiers transmis par les caisses Assurance Maladie
tous les deux ans pour une mammographie bilatérale chez un radiologue agréé (liste jointe à l'invitation)

L'examen est gratuit sans avance de frais

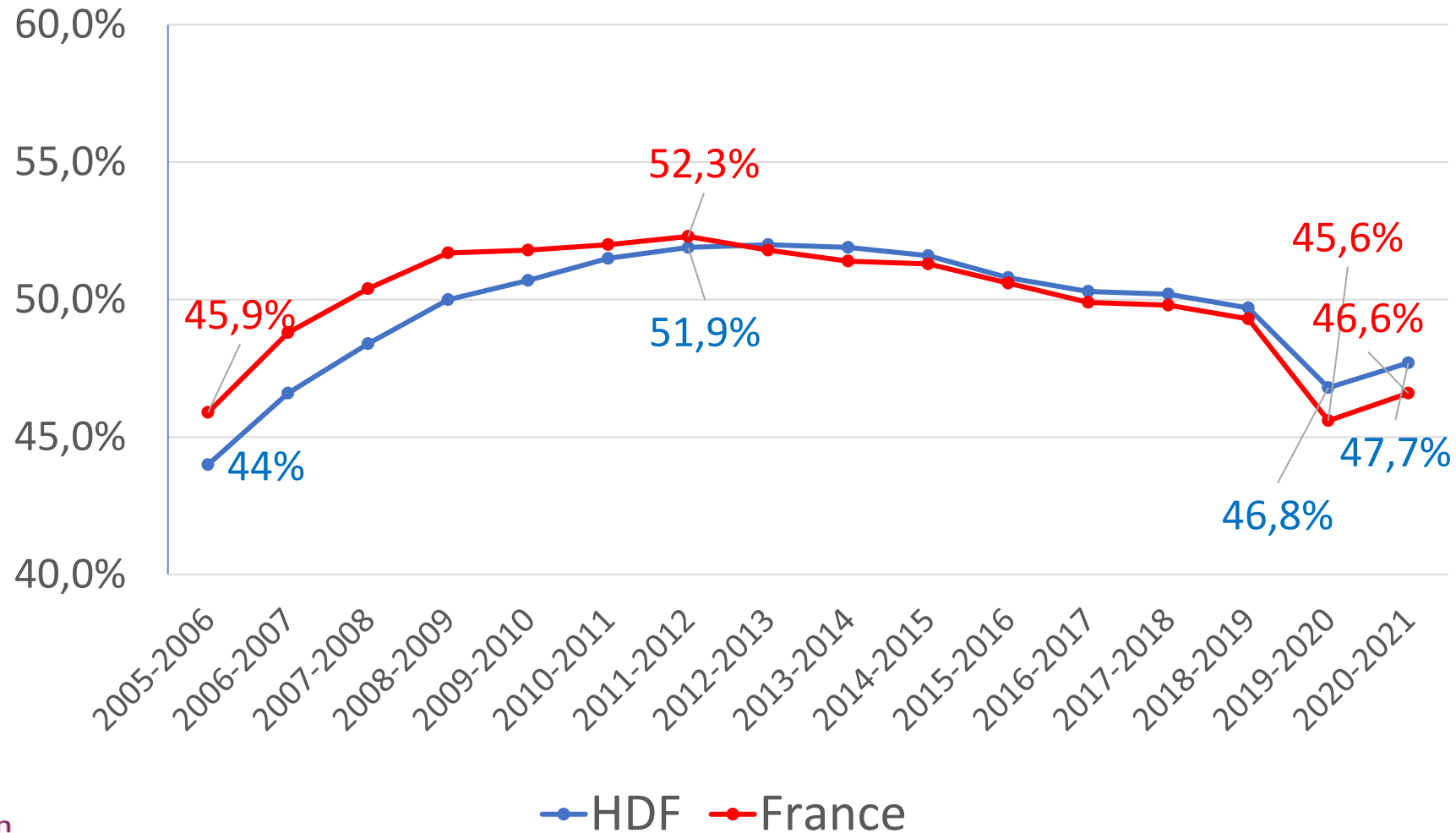
Le dépistage peut être prescrit par le médecin

Relance à 6 mois en l'absence de réponse

2^{ème} lecture des mammographies ACR1/2, au CRCDC

Les Résultats du DOCS

Evolution taux de participation DOCS comparatif Hauts de France / France



Région HAUTS DE FRANCE

**Taux de participation (%) au DOCS
en population INSEE 2018
(931 654 femmes 50-74 ans)
Programme 2020-2021**

Valeur minimale/canton: 36,2%
Valeur maximale/canton: 63,5%

Hauts-de-France: 47,7%

les % départementaux et régional
sont calculés par SPF sur la base d'ELP
(estimations localisées de population)

Pas-de-Calais
47,8%

Somme
53%

Oise
47,8%

Nord
46,7%

Répartition du %:

- <40%
- ≥40% - <45%
- ≥45% - <50%
- ≥50% - <55%
- ≥55% - <60%
- ≥60%

— Contours
— Contours cantons

Région HAUTS DE France – campagne 2020-2021

441 602 femmes dépistés

4325 cancers du sein détectés : 9,8 cancers pour 1000 femmes dépistées
206 cancers détectés grâce à la 2^{ème} lecture (5,2%)

→ 87,8 % cancers invasifs

dont ► 77% stade précoce (T1T2, N0, M0)

► 33% ≤ 10 mm et N-

→ 12,3% cancers in situ

Limites du dépistage organisé du cancer du sein

Faux positifs

4% des femmes dépistées (après BDI + BDD) pour 1 tour de dépistage

Cancer de l'intervalle

Faux négatif ou vrai cancer de l'intervalle : 1,3 pour 1000 dépistages

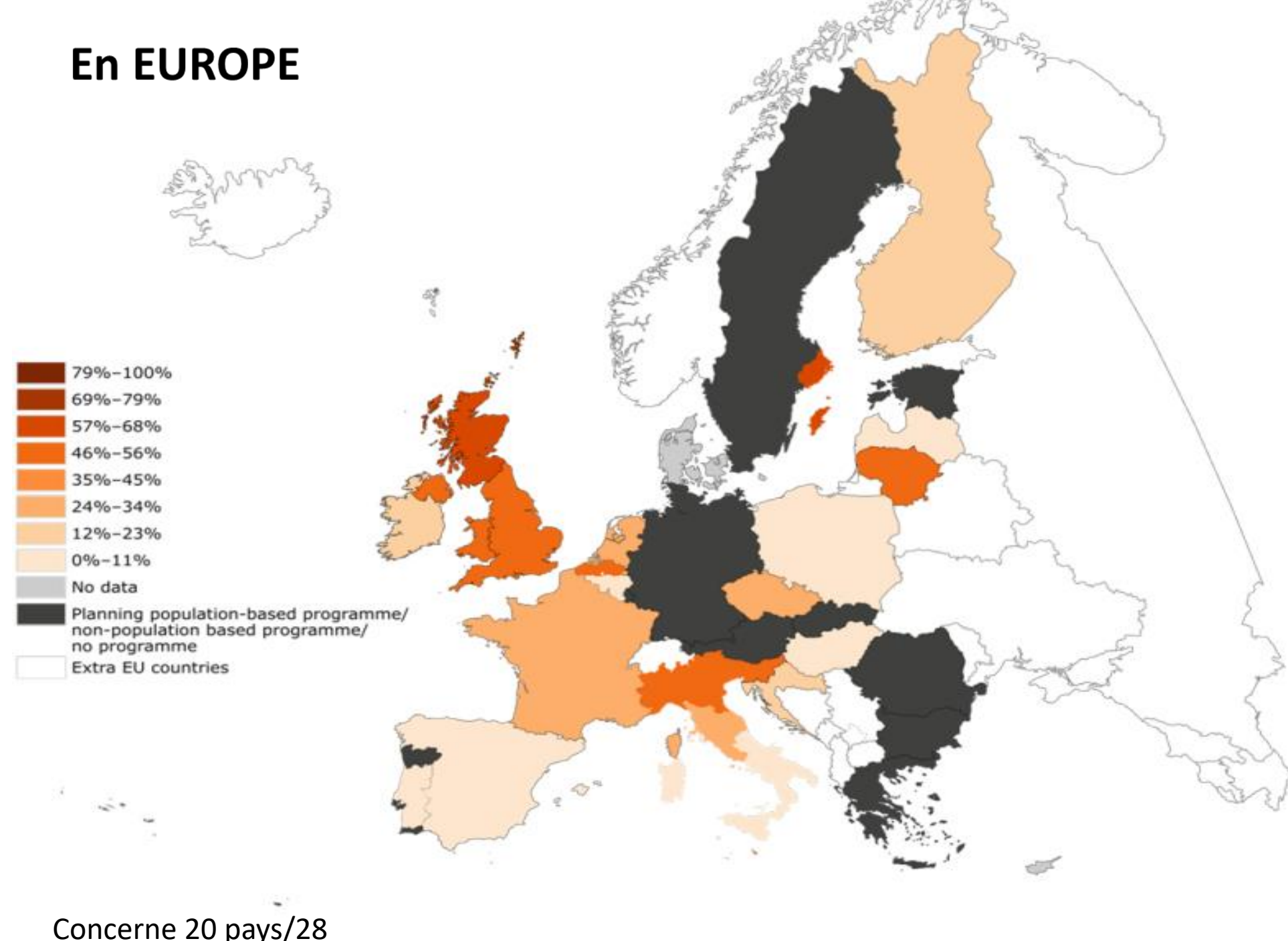
Cancer radio-induit

Le pouvoir carcinogène des radiations sur le sein est établi de manière générale mais non démontré en tant que tel par des études en population pour ce qui est de la mammographies, notamment dans le cadre du dépistage organisé et dans la tranche d'âge considérée.

Surdiagnostic : estimé à 10% des cancers détectés

Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR)

En EUROPE



Colorectal cancer
screening programmes
In the EU (women and
men, any test) :
Examination coverage

Source :
Cancer Screening in the European Union
Report on the implementation of the Council Recommendation
on cancer screening
Juin 2019
International Agency for Research on Cancer

En France généralisation du programme en 2009 avec le test au gaiac, puis passage au test immunologique en 2015 :

Performant

Au seuil de 30 $\mu\text{gHb/g}$ de selles:

- **Sensibilité : 70 %**
- Spécificité : 96 à 98 %
- Faux négatifs : 0,15 %

Simple

- 1 seul prélèvement de selles
- 1 test ergonomique, simple et rapide d'utilisation

Fiable et validé

- **Test spécifique de l'hémoglobine humaine**
- Lecture automatisée
- Résultats quantitatifs avec un seuil de positivité réglable

*Performance par rapport à l'hémocult : **2,4 fois plus** de cancers , **3,7 fois plus** d'adénomes avancés détectés*

Les objectifs du Programme

1

Réduire le nombre de décès par CCR

2

Réduire le nombre de nouveaux cas de CCR

3

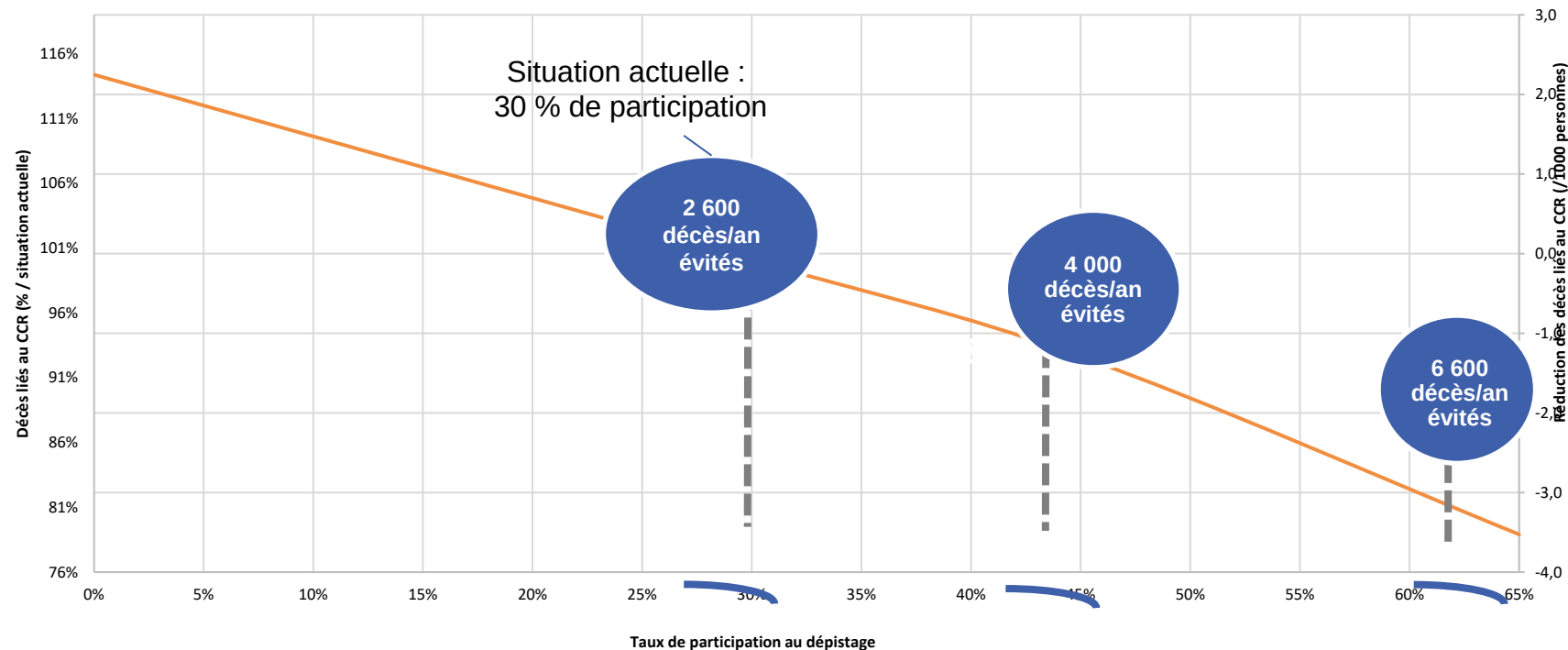
Atteindre au minimum 65% de participation au DO (objectif européen)

4

Réduire les inégalités d'accès au dépistage

Réduire le nombre de décès par CCR

Modélisation de l'impact du dépistage sur le nombre de décès évités / an en fonction du taux de participation

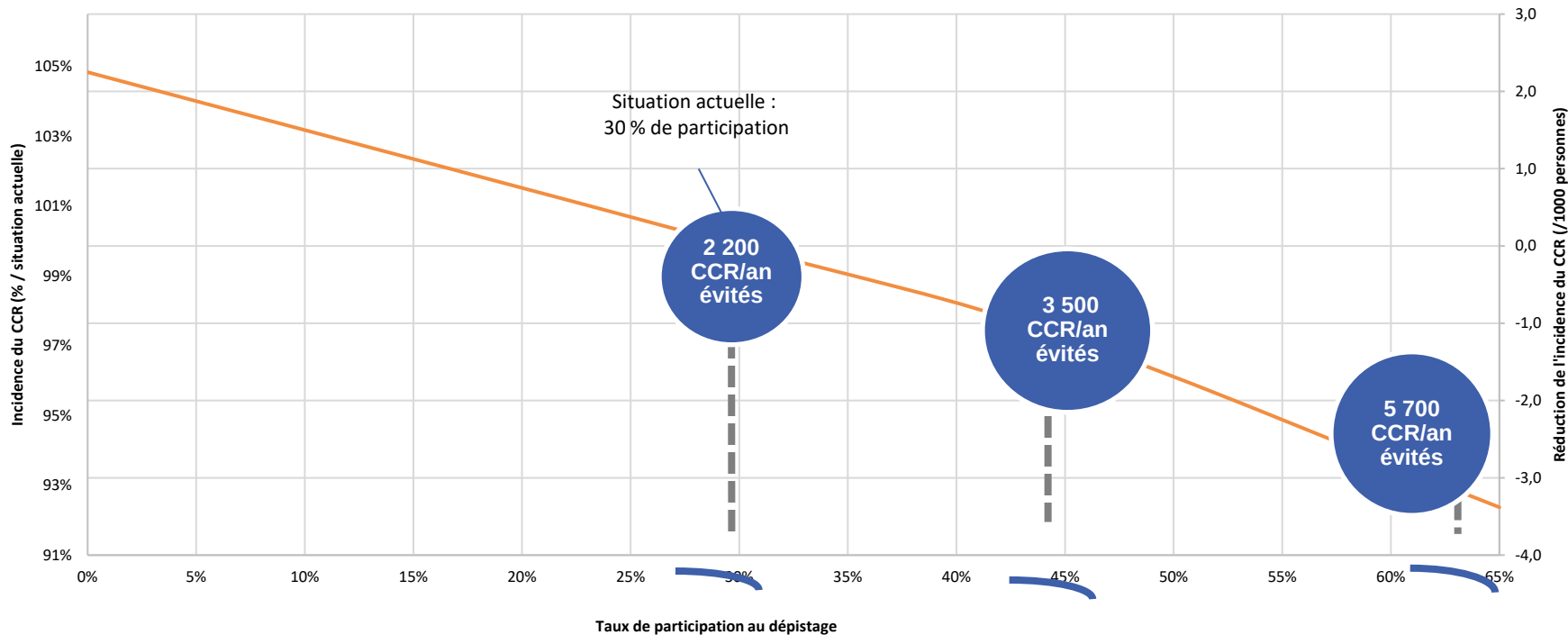


Source : Évaluation médico-économique
du dépistage du cancer colorectal -
Rapport technique, INCa, 2019

Réduire le nombre de nouveaux cas de CCR

- Atteindre 65 % de participation

Modélisation de l'impact du dépistage sur le nombre de cancers évités / an en fonction du taux de participation



Source : Évaluation médico-économique
du dépistage du cancer colorectal -
Rapport technique, INCa, 2019

Les modalités pratiques

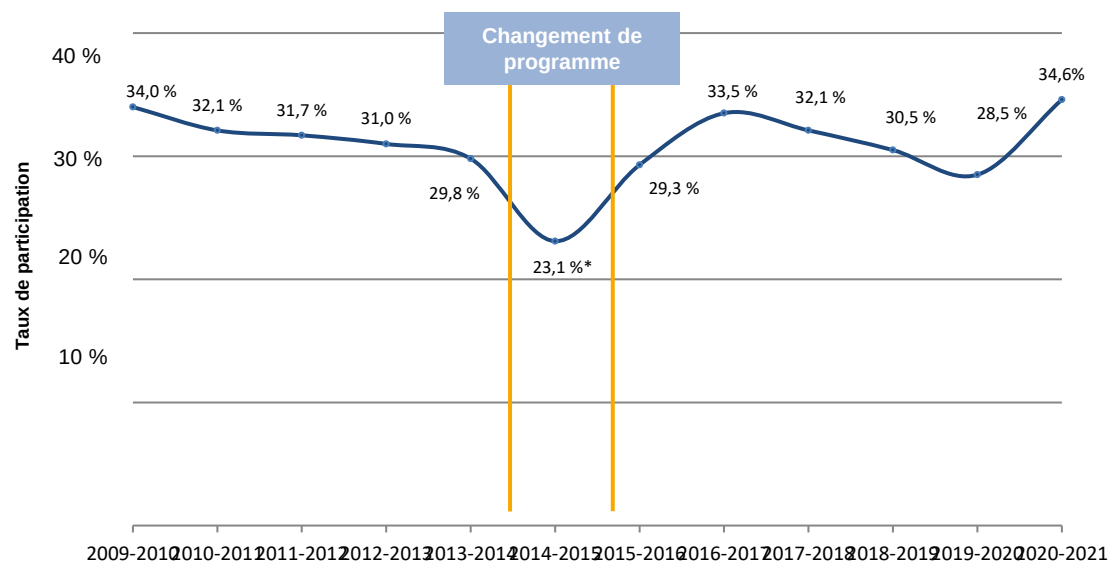
Le dépistage S'adresse aux personnes à risque moyen :
personnes de plus de 50 ans, asymptomatiques, sans antécédents personnels ou familiaux de CCR ou adenome

- Invitation tous les 2 ans des hommes et femmes de 50 à 74 ans (pas de démarche à faire)
- Relance à 4 et 9 mois en l'absence de réponse
- Le Test et son analyse pris en charge à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais
- Le test de dépistage peut être retiré chez le médecin , le pharmacien, ou commandé en ligne : **sur le site monkit.depistage-colorectal.fr**

Les Résultats du DOCCR

Les taux de participation National au DO CCR

Taux de participation au DO CCR entre 2009 et 2021





Avec le test immunologique il était attendu une augmentation de 10 à 15 points de participation

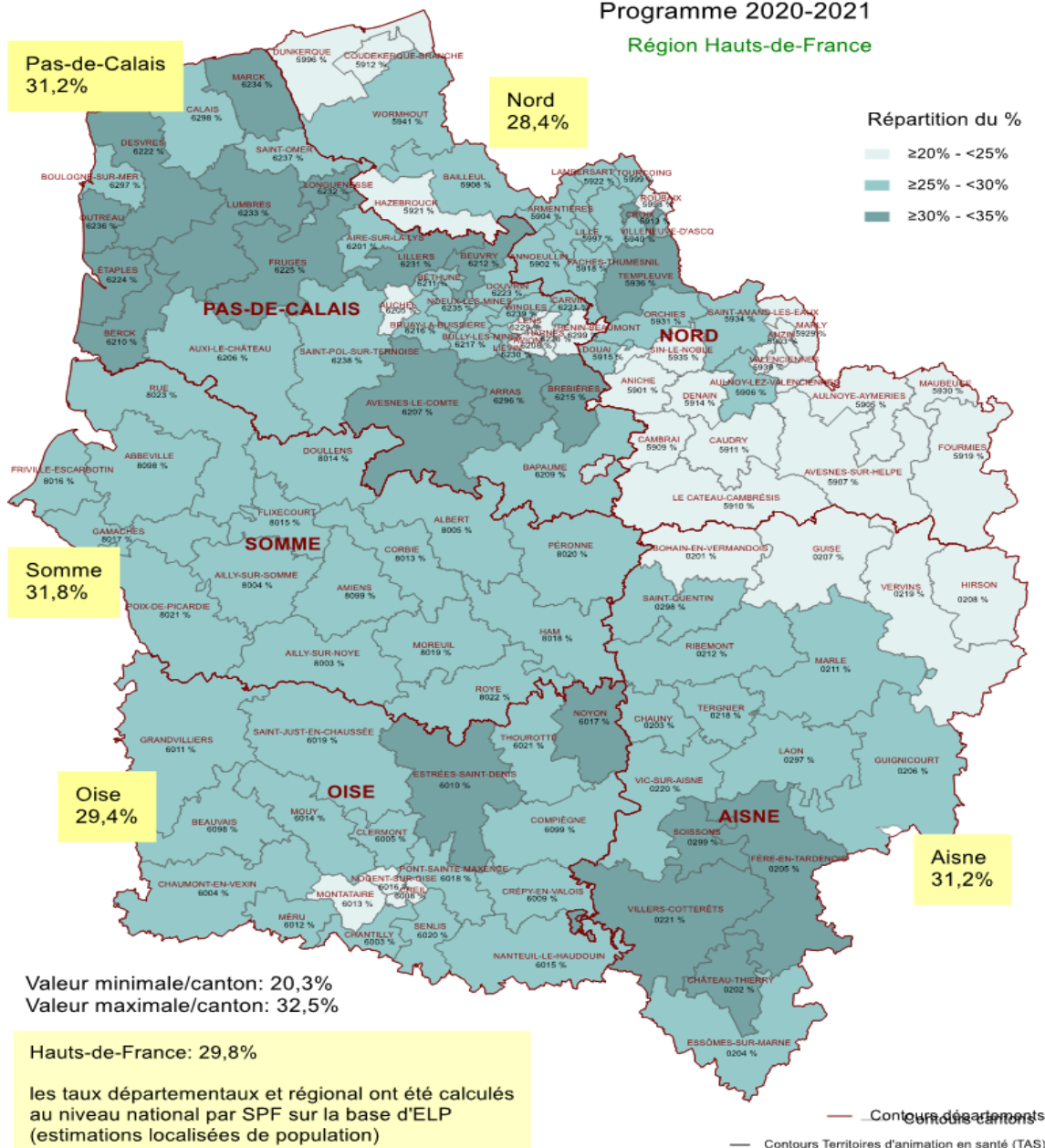
Le taux de participation reste bien inférieur aux recommandations européennes (minimum acceptable 45 % et 65 % recommandé)

Résultats Région Hauts de France

Pop. Cible = 1 769 365

Taux de participation
(%) au DOCCR en
population INSEE 2018
(hommes + femmes 50-74 ans)
Programme 2020-2021

29,8%

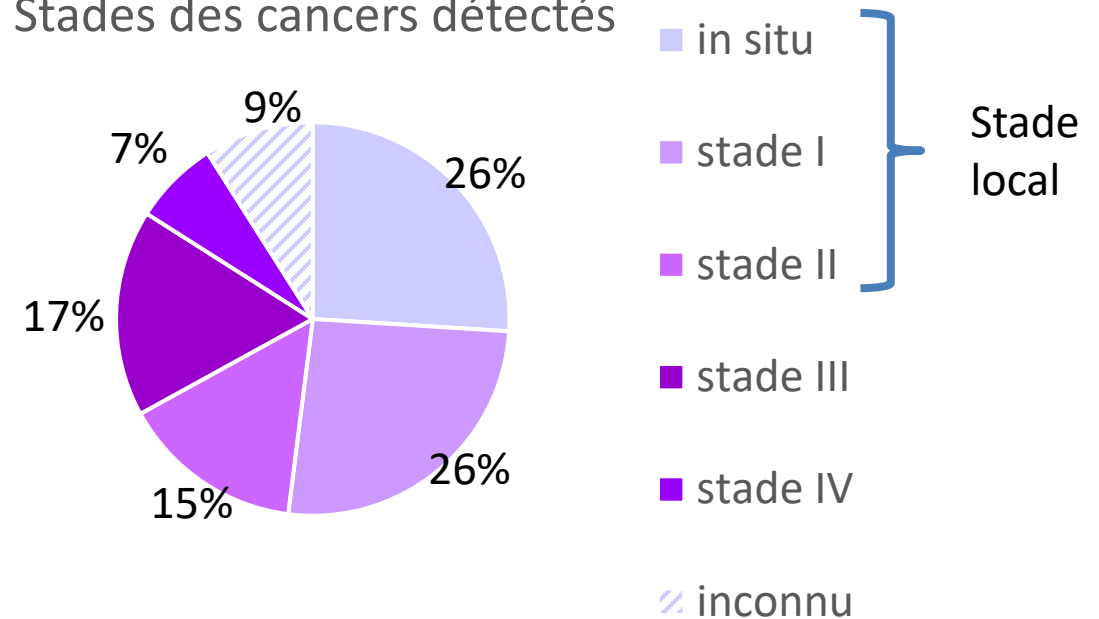


Région HAUTS DE France – campagne 2020-2021

444 468 personnes dépistées → 18 320 Test positifs (4,1%)

coloscopie	adenomes	cancers
14 834	7044	968
81%	47,5%	6,5%

Stades des cancers détectés



Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU)

En Europe concerne 22 pays en 2020 .

Taux de couverture entre 25% et 80%

Démarrage en France : fin 2019

Concerne les femmes de 25 à 65 ans

Y compris les femmes **enceintes, ménopausées, vaccinées contre les infections HPV.**

Ne sont pas concernées :

- Femmes ayant eu une ablation du col ou une hystérectomie totale,
- Femmes avec un suivi spécifique (traitement pour lésion pré-cancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus).

Pourquoi la mise en place d'un programme de DO alors que le dépistage existe depuis des années ?

il y a des failles !

**ABSENCE DE
DEPISTAGE OU
DÉPISTAGE REALISE
EN DEHORS DES
INTERVALLES
RECOMMANDÉS**

70 %

- Refus du dépistage par la femme
- Pas de proposition de dépistage pendant une consultation
- Femmes sans contact avec un professionnel de santé

20 %

**PRISE EN CHARGE
INADÉQUATE**

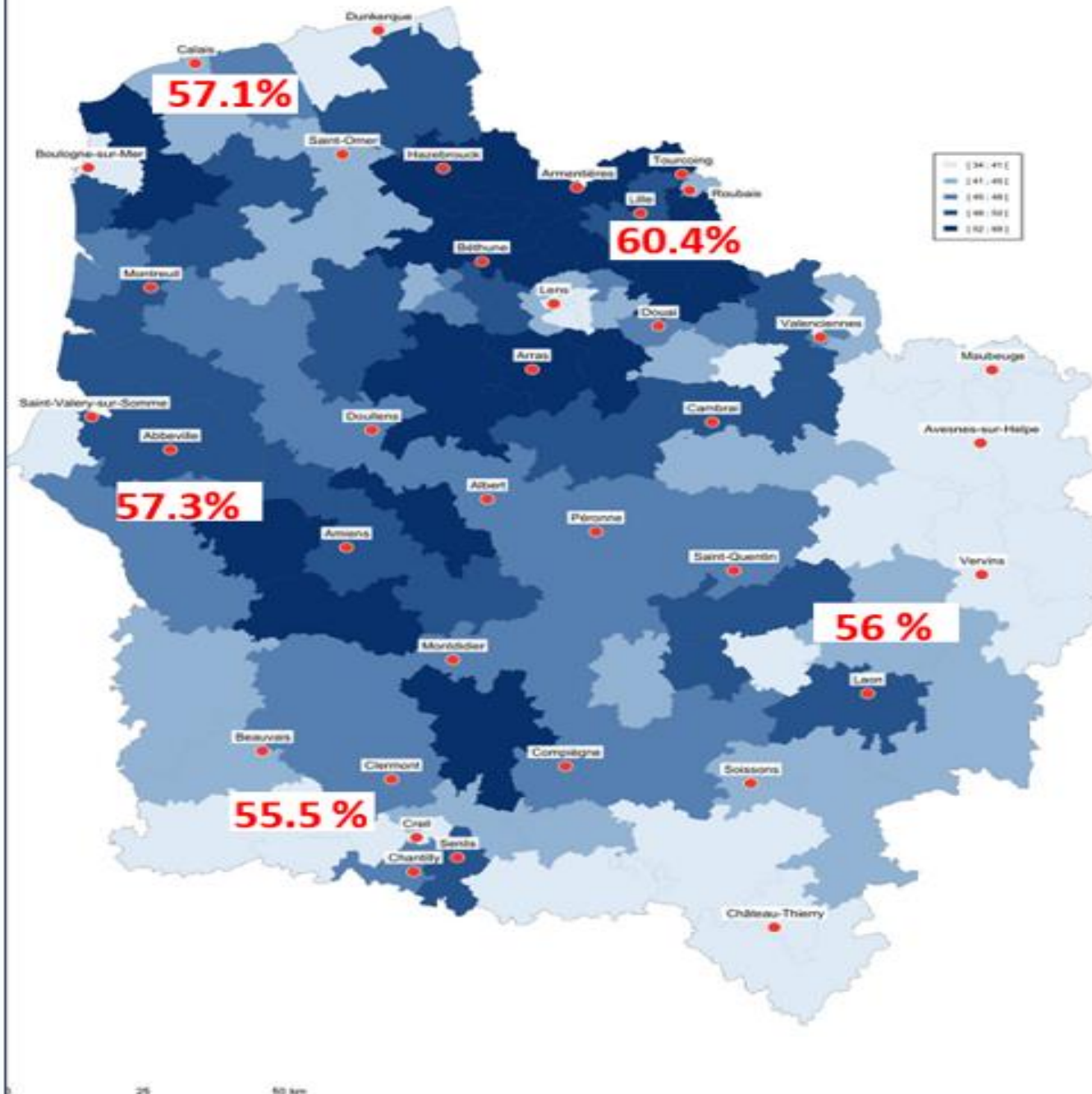
- Absence ou mauvaise confirmation diagnostique après un résultat anormal
- Absence ou mauvaise prise en charge après confirmation diagnostique

10 %

**MAUVAISE PERFORMANCE DU
DÉPISTAGE**

- Qualité du prélèvement
- Qualité de l'interprétation cytologique

Part des patientes de 25 à 65 ans ayant
réalisé au moins un frottis durant la période 2018-2020



La participation en région 2018-2020

La population cible = 1 550 224

Taux de couverture région = 58,2%
(France = 58,8%)

Disparités territoriales ++
entre 34% et 68%

Les objectifs du Programme

- 1 Réduire l'incidence et le nombre de décès** de 30% à 10 ans.
 - Atteindre **80% de taux de couverture** dans la population cible (invitations, communication)
- 2 Réduire les inégalités d'accès au dépistage :**
 - Diversification des préleveurs.
- 3 Améliorer les pratiques :**
 - Limiter le sur-dépistage,
 - Limiter les pratiques délétères.
- 4 Améliorer la qualité du suivi**

Les Modalités pratiques

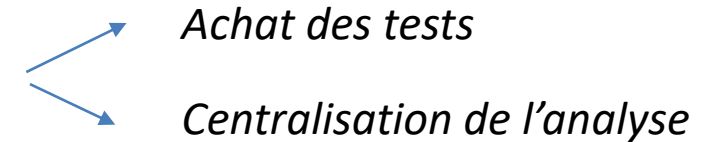
LE DOCCU est différent des autres DO car:

- **Invitation/reliance** au dépistage par le CRCDC ne concerne que les **femmes n'ayant pas réalisé spontanément le test de dépistage dans les délais recommandés.**
Le courrier d'invitation permet la PEC à 100% de l'analyse du prélèvement . *Il faut coller la grande étiquette du courrier sur le bon d'examen*
- **Recueil/suivi des résultats** par le CRCDC concerne **tous les frottis réalisés dans la région** qu'ils fassent suite au courrier d'invitation ou faits spontanément *sauf si la femme s'y oppose*

Autoprélèvement vaginal (APV) , où en est-on ?

Ce qui est prévu : Envoi APV par le CRCDC au domicile de la patiente 12 mois après l'invitation restée sans réponse

Mais, Non mis en œuvre actuellement car en attente d'un arbitrage



Les Résultats du DOCCU

Pas d'exhaustivité des résultats transmis aux CRCDC en 2021
(HDF : 36%, France : 12,6%)

Les données des laboratoire ACP 2021

Répartition des dépistages primaires (182 000 résultats) :

- ❑ 39,6% Cytologies primaires ➡ **Positif = 12,1%** (dont moitié ASCUS)
- ❑ 55,9% HPV primaire ➡ **Positif= 12%** (cyto réflexe positive dans 52% des cas)
- ❑ 4,5% Co-testing