



**Dr Martine Le Quellec-Nathan**  
Directrice générale adjointe de l'INCa,  
Directrice de la santé publique

# AXE SANTE PUBLIQUE

## Un Renforcement des Dépistages et des Diagnostics Précoces

# Buts et contraintes d'un dépistage

2009  
PREMIÈRE ÉDITION  
RENCONTRES ANNUELLES  
DE L'INCa

- Les phases d'évolution (histoire naturelle) de la maladie doivent être connues
- Un test équilibrant les risques de faux négatifs ou de faux positifs, reproductible, acceptable doit être disponible et pouvoir être répété à intervalles réguliers
- Une technique diagnostique doit permettre de visualiser le stade précoce de la maladie
- Les résultats du traitement (survie et qualité de vie) à un stade précoce doivent être supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé
- Les risques (effets secondaires physiques et psychologiques) engendrés doivent être inférieurs aux bénéfices attendus

Pour qu'un dépistage soit organisé il faut de plus

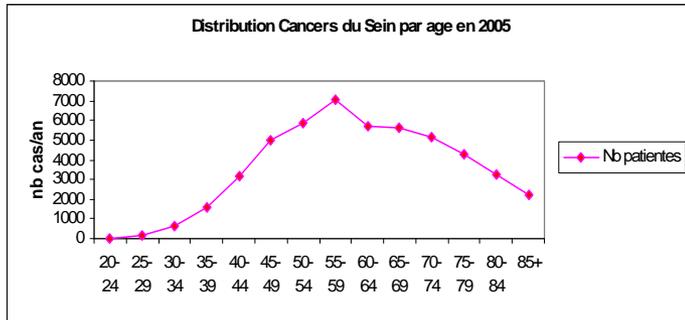
- Que la pathologie étudiée soit un problème de santé publique (incidence, mortalité)
- Que le dépistage soit acceptable socialement (au niveau économique notamment)
- Qu'un bénéfice populationnel en termes de mortalité pour ce cancer soit démontré
- Que sa mise en œuvre soit encadrée et évaluée

# 16 millions de personnes de 50 à 75 ans invitées au dépistage

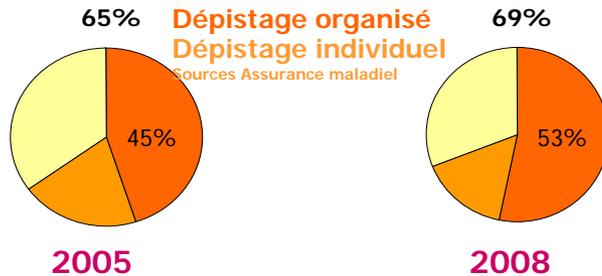
PREMIÈRE ÉDITION  
RENCONTRES ANNUELLES  
DE L'INCa



**Cancers du sein :** Si 70% de participation, mortalité réduite de 30%, environ 3 000 décès évités/an



**Population à risque élevé ou très élevé :** antécédent personnel ou familial, prédisposition génétique > **dépistage individualisé**



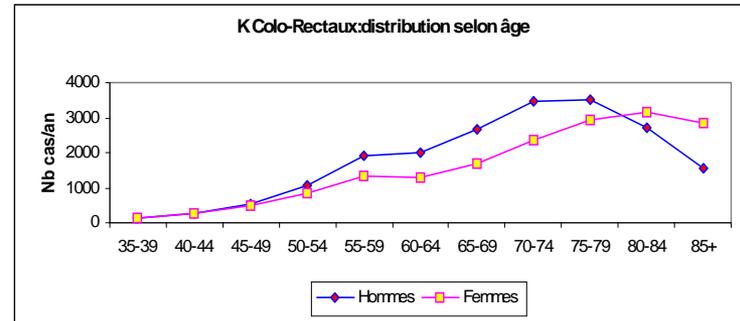
Depuis 1998 : 13 millions de dépistage (InVS)

Population cible : 8 millions de femmes de 50 à 74 ans  
82 200 cancers diagnostiqués ; 11 700 carcinomes in situ (14%)  
70500 invasifs, 23970 < 10 mm , 43 710 sans atteinte ganglionnaire

[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)



**Cancers colorectal :** si 50% de participation, mortalité réduite de près de 20%, plus de 3300 décès évités/an



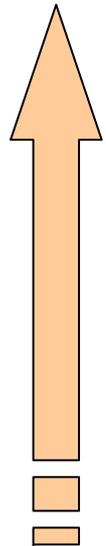
**Population à risque élevé ou très élevé ou à risque très élevé :** antécédent personnel ou familial de polype ou de cancer, Maladie inflammatoire intestinale , Prédisposition génétique : **dépistage individualisé**

Premiers résultats sur 19 départements (InVS)  
Population cible de 3 917 279 H et F de 50 à 74 ans  
Nbre de tests: 1 566 190 Participation : 43% ♀ 47% ♂ 40%  
2,7% tests positifs (Ref. 2,1%) ♀ 2,2% ♂ 3,3%  
86% de coloscopies réalisées (Ref. >90%) soit 35 430  
12 132 porteurs d'adénomes : Tx : 7,9 ‰ ♀ 4,2 ‰ ♂ 10,9‰  
3 491 Cancers [9,3 % des coloscopies (Ref. >10%)]  
Tx : 2,3 ‰ (Ref. 1 à 2‰) ♀ 1,4 ‰ ♂ 3,5‰



# Niveaux de risque

PREMIÈRE ÉDITION  
RENCONTRES ANNUELLES  
DE L'INCa



|                  | SEIN                         | COLON                                | COL                                    | PROSTATE                | POUMON                                     | PEAU                           | CAVITE BUCCALE         |
|------------------|------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------|--|--------------------------------|------------------------|
| Level 1 (top)    | Mutations (BRCA1, BRCA2)     | Mutations (APC, MYH HNPCC)           |  | Mutations ?             | Mutations                                  | Mutations                      |                        |
| Level 2 (middle) | ATCD personnels et familiaux | ATCD personnels et familiaux<br>MICI | Infection persistante par HPV oncogène | ATCD familial<br>Ethnie | Tabac<br><br>Environnement général/travail | Phototype<br><br>Exposition UV | Alcool<br>Tabac<br>HPV |
| Level 3 (bottom) | âge > 50                     | âge > 50                             | âge > 25                               | âge > 50 ?              |  |                                |                        |

# Quelles orientations pour les 5 ans à venir ?

PREMIÈRE ÉDITION  
RENCONTRES ANNUELLES  
DE L'INCa

## DEPISTAGES ORGANISES

- ❑ **Conforter dépistage organisé** : améliorer et fidéliser la participation, améliorer le suivi des résultats
- ❑ Remettre le **médecin traitant au cœur des dépistages** : outils de suivi, informations régulières
- ❑ Evaluer et assurer le déploiement des **nouvelles techniques de dépistage** : numérique, tests immunologiques
- ❑ **Lutter contre les inégalités d'accès et de recours** : actions de proximité, recherche action, modalités spécifiques pour départements à taux < moyenne nationale
- ❑ Etudier l'impact d'une extension des bornes d'âge au dépistage
- ❑ Développer des stratégies pour **améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus**
- ❑ Définir les modalités de **dépistage et de suivi individualisés en fonction des niveaux de risque** des personnes : sein, côlon rectum et accessibilité aux examens adaptés

## DETECTION PRECOCE DE CERTAINS CANCERS SELON NIVEAUX DE RISQUE et EVOLUTION DES CONNAISSANCES

- ❑ **Mélanomes** : développer des outils pour la détection précoce, à l'instar de ce qui est réalisé pour les cancers de la cavité buccale et mobiliser de nouveaux professionnels de santé
- ❑ **Prostate** :
  - **définir une stratégie de détection précoce** en fonction de l'évolution des connaissances :
    - Recommandations de dépistage en fonction des niveaux de risque
    - Programme intégré de recherche sur les techniques de dépistage et de diagnostic, les modalités de traitement
  - **Informers les hommes sur les étapes successives** suivant le dépistage par PSA et leurs effets secondaires potentiels (explorations et traitements)