

# CANCERS & MODES DE VIE

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE



CYCLE DE  
WEBINAIRES

*santé & environnement*

# SOMMAIRE



CENTRE  
DE LUTTE  
CONTRE LE CANCER **LEON  
BERARD**

**DÉPISTAGE  
DESCANCERS**  
Centre de coordination  
**Auvergne-Rhône-Alpes**

Prévention des cancers et modes de  
vie

*Pr Béatrice FERVERS*

*Chef de Département Prévention Cancer Environnement*

Dépistage organisé des cancers

*Dr Patricia SOLER-MICHEL*

*Directeur médical Centre régional Dépistage des  
cancers en AuRA*



# Prévention des cancers et modes de vie

*Pr Béatrice FERVERS*

*Chef de Département Prévention Cancer Environnement*

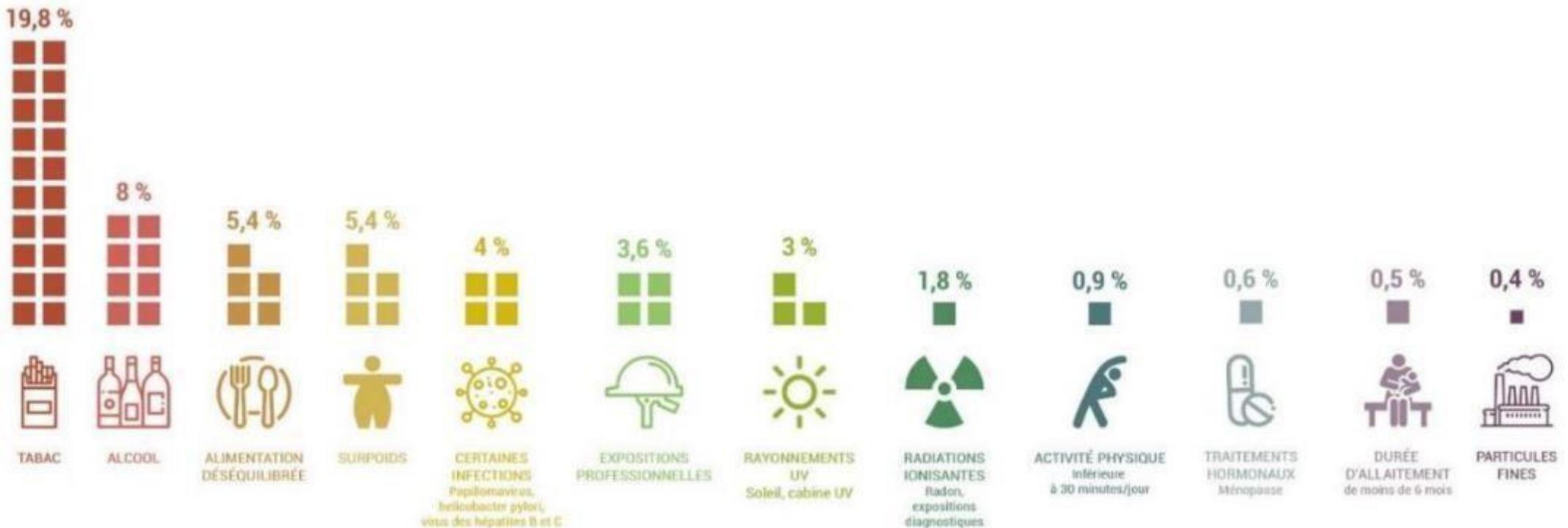


# 40% des cancers attribuables aux facteurs de risque établis, accessibles à la prévention

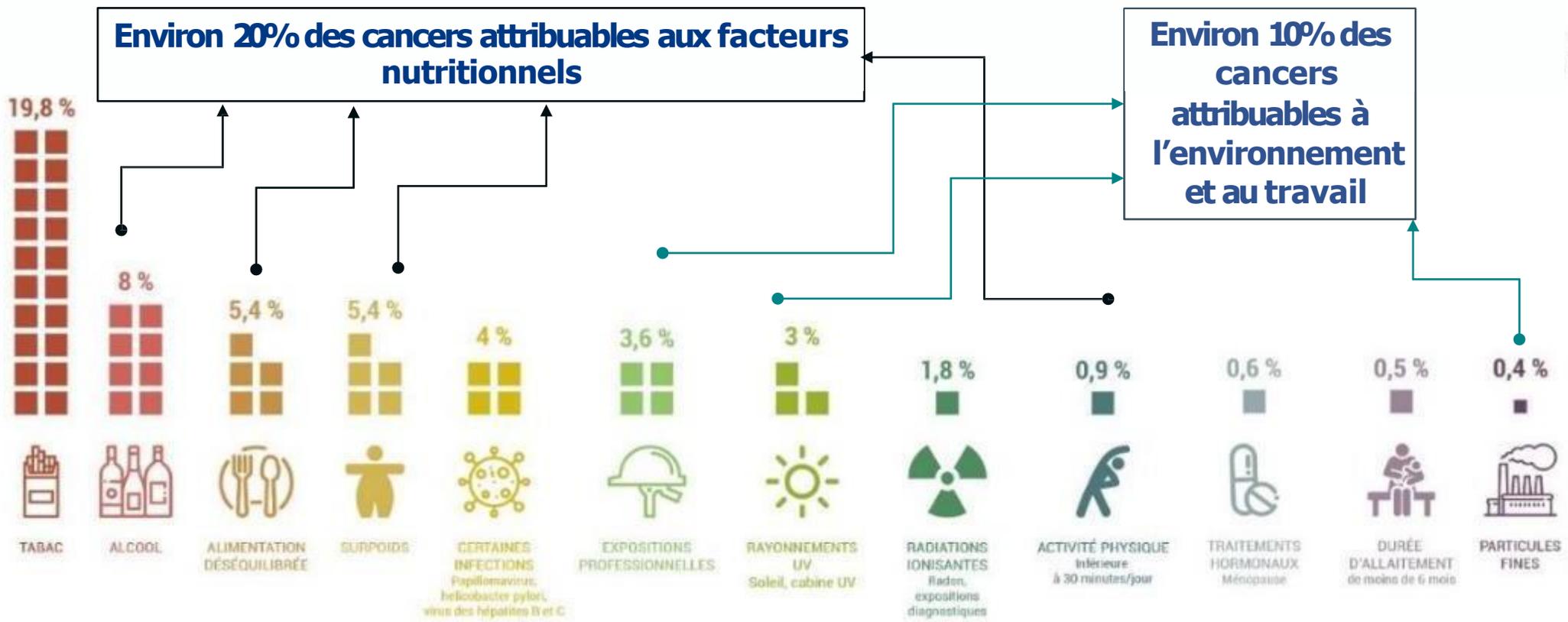
## Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque

On peut prévenir 40 % des cas de cancers (142 000/an) grâce à des changements de comportements et des modes de vie

( Source : CIRC / INCa 2018)



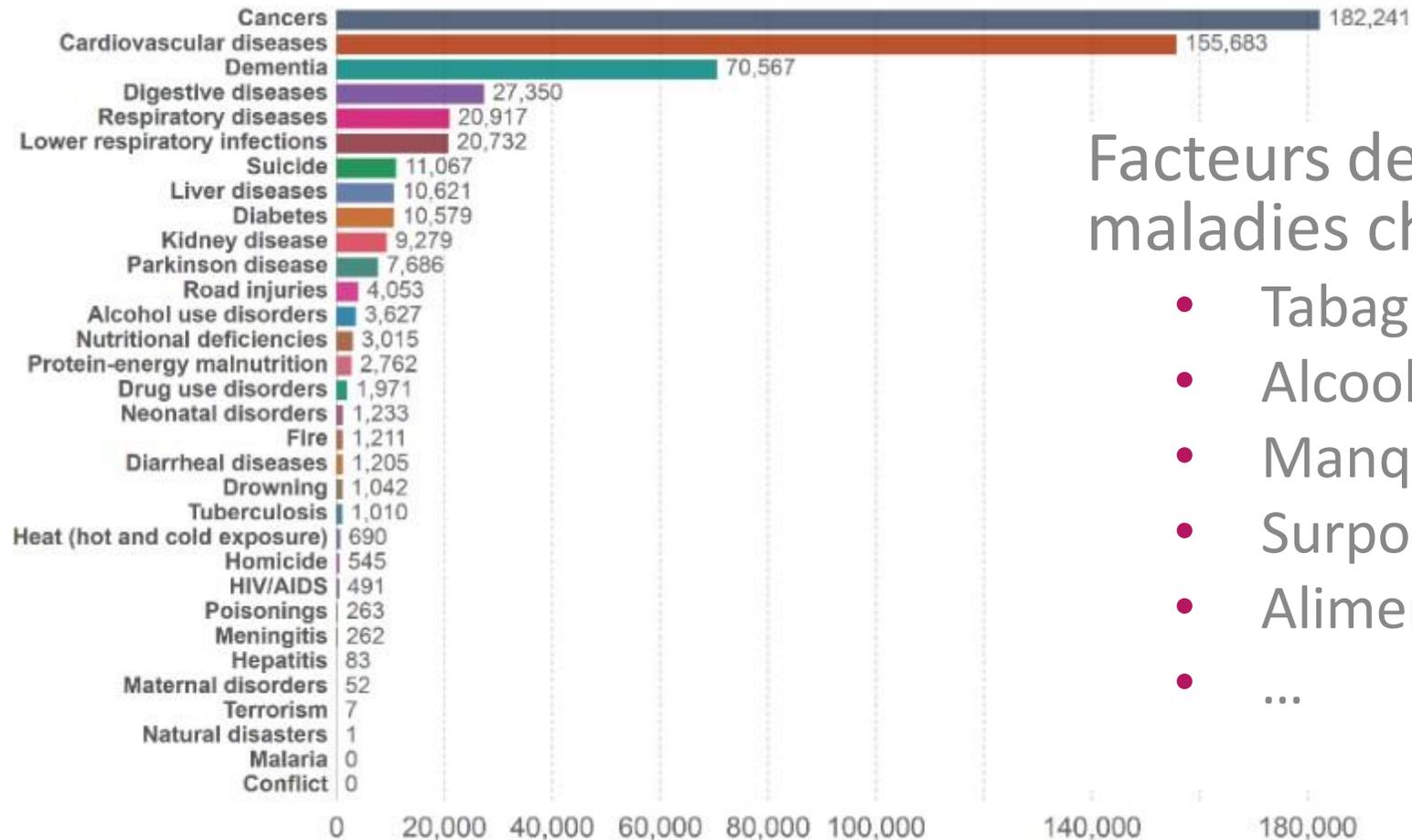
# 40% des cancers attribuables aux facteurs de risque établis, accessibles à la prévention



# Cancer 1<sup>ère</sup> cause de décès

Number of deaths by cause, France, 2017

Our World  
in Data



Facteurs de risque partagés des maladies chroniques

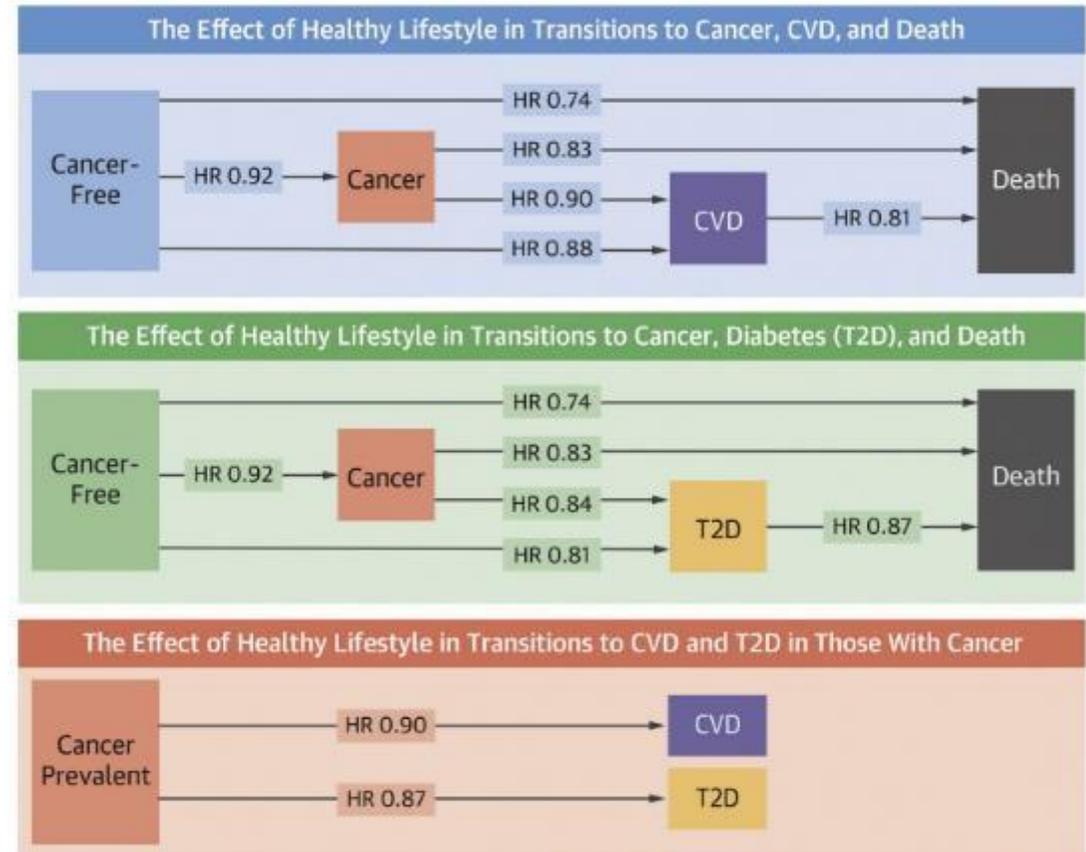
- Tabagisme
- Alcool
- Manque d'activité physique
- Surpoids/obésité
- Alimentation déséquilibrée
- ...

Source: IHME, Global Burden of Disease

OurWorldInData.org/causes-of-death • CC BY

# Pendant et après cancer

- Survie > 60% à 5 ans
- ↗ 30-40% risque de 2ème cancer
- ↗ pathologies cardiométaboliques
- Tabagisme pendant et après traitements
  - ↗ risque de rechute et de 2ème cancer
- Alcool
  - ↗ risque de rechute et de 2ème cancer
- Baisse de l'activité physique et augmentation de la sédentarité
  - 53 % déclarent en faire moins ou avoir cessé complètement toute activité
- Prise de poids fréquente chez des patients atteints de cancer
  - Près de 50% des patientes, ~ 3 kg, dépasse 5 kg pour un tiers des patientes
  - Favorisé par chimio, âge jeune, obésité et surpoids avant le diagnostic, manque d'activité physique



Cao, Z. et al. J Am Coll Cardiol CardioOnc. 2021;3(5):663-674.

# Le Code Européen contre le Cancer

## 12 FAÇONS DE RÉDUIRE VOTRE RISQUE DE CANCER

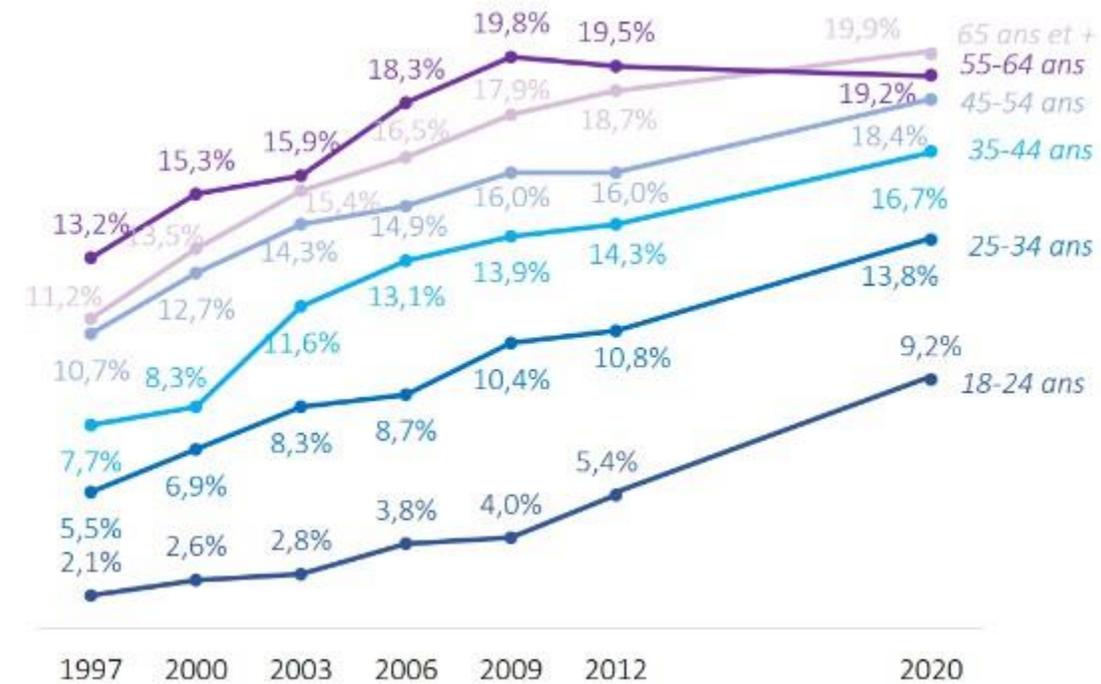
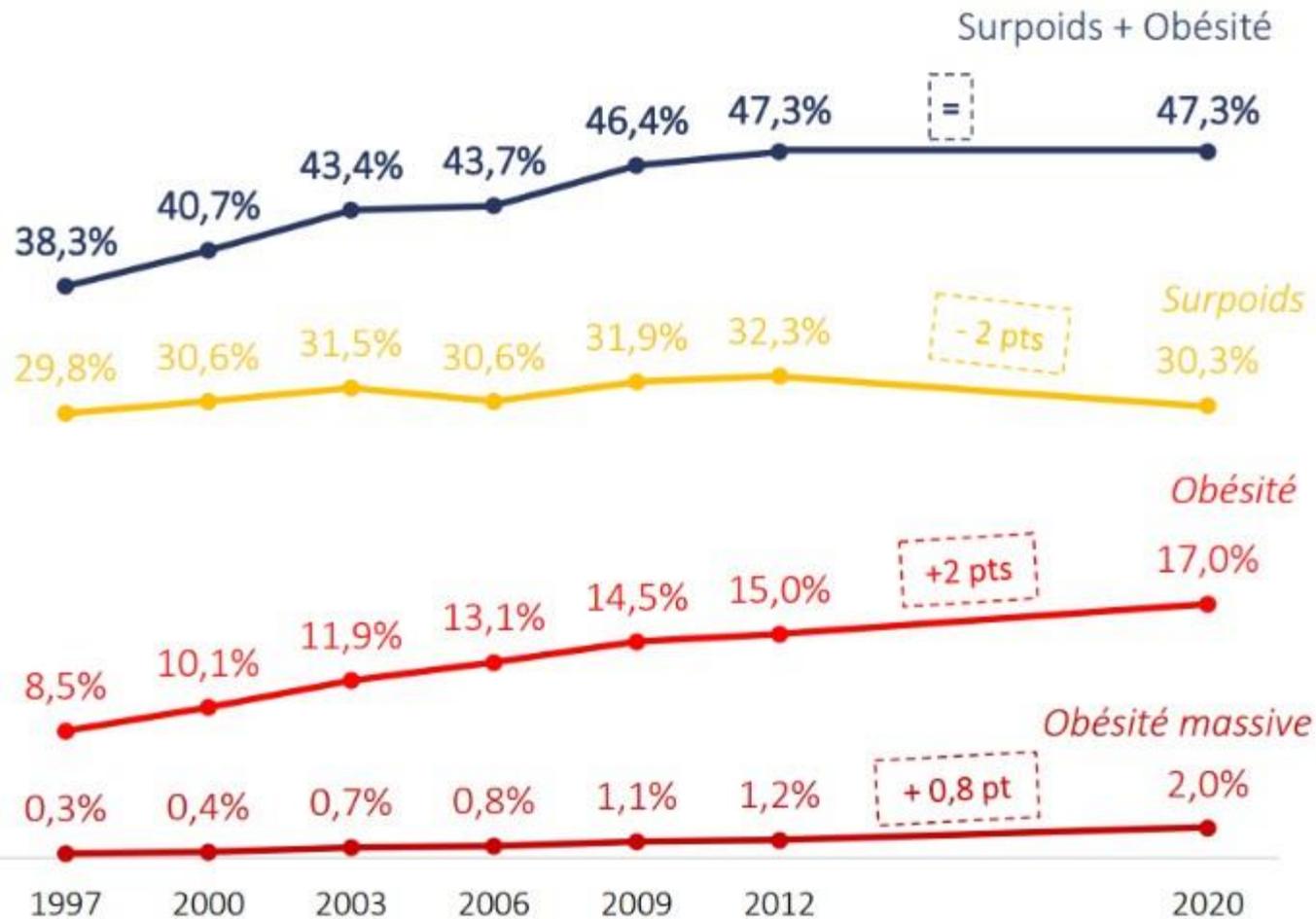
1. **Ne fumez pas.** Ne consommez pas de tabac, sous quelque forme que ce soit.
2. Faites de votre domicile un **environnement sans tabac**. Soutenez des mesures d'interdiction de fumer sur votre lieu de travail.
3. Faites en sorte de garder un **poids de forme**.
4. Soyez **physiquement actif/ve** dans votre vie quotidienne. Evitez de rester assis/e trop longtemps.
5. Adoptez une **alimentation saine** :
  - Consommez beaucoup de céréales complètes, de légumes secs, de légumes et de fruits.
  - Limitez la consommation d'aliments très caloriques (riches en sucre ou en matières grasses) et évitez les boissons sucrées.
  - Evitez de manger de la viande transformée (préparations carnées); limitez la viande rouge et les aliments riches en sel.
6. Limitez votre consommation –de tout type– **d'alcool**. Pour réduire votre risque de cancer, il est préférable de ne pas boire du tout d'alcool.
7. Evitez une exposition excessive au **soleil**, surtout chez les enfants. Utilisez une protection solaire. N'utilisez pas d'appareils de bronzage.
8. Suivez les consignes de **santé et de sécurité** sur votre lieu de **travail**, pour vous protéger des substances cancérogènes.
9. Renseignez-vous pour savoir si vous êtes exposé/e à des émissions élevées de gaz **radon** à votre domicile. Si tel est le cas, prenez des mesures pour réduire ces émissions.
10. Pour les femmes :
  - **Allaiter** réduit votre risque de cancer. Si possible, allaitez votre (vos) enfant(s).
  - Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (**THS**) augmentent le risque de développer certains cancers. **Limitez** ces traitements.
11. Faites participer vos enfants aux programmes de **vaccination** contre :
  - L'hépatite B (chez les nouveau-nés);
  - Le virus du papillome humain (VPH) (chez les jeunes filles).
12. Participez aux programmes de **dépistage** organisés du :
  - Cancer colorectal (hommes et femmes);
  - Cancer du sein (femmes);
  - Cancer du col de l'utérus (femmes)

Centre international de Recherche sur le Cancer



Organisation  
mondiale de la Santé

# Evolution de la prévalence de l'obésité en France – 1997-2020 Enquête Obepi



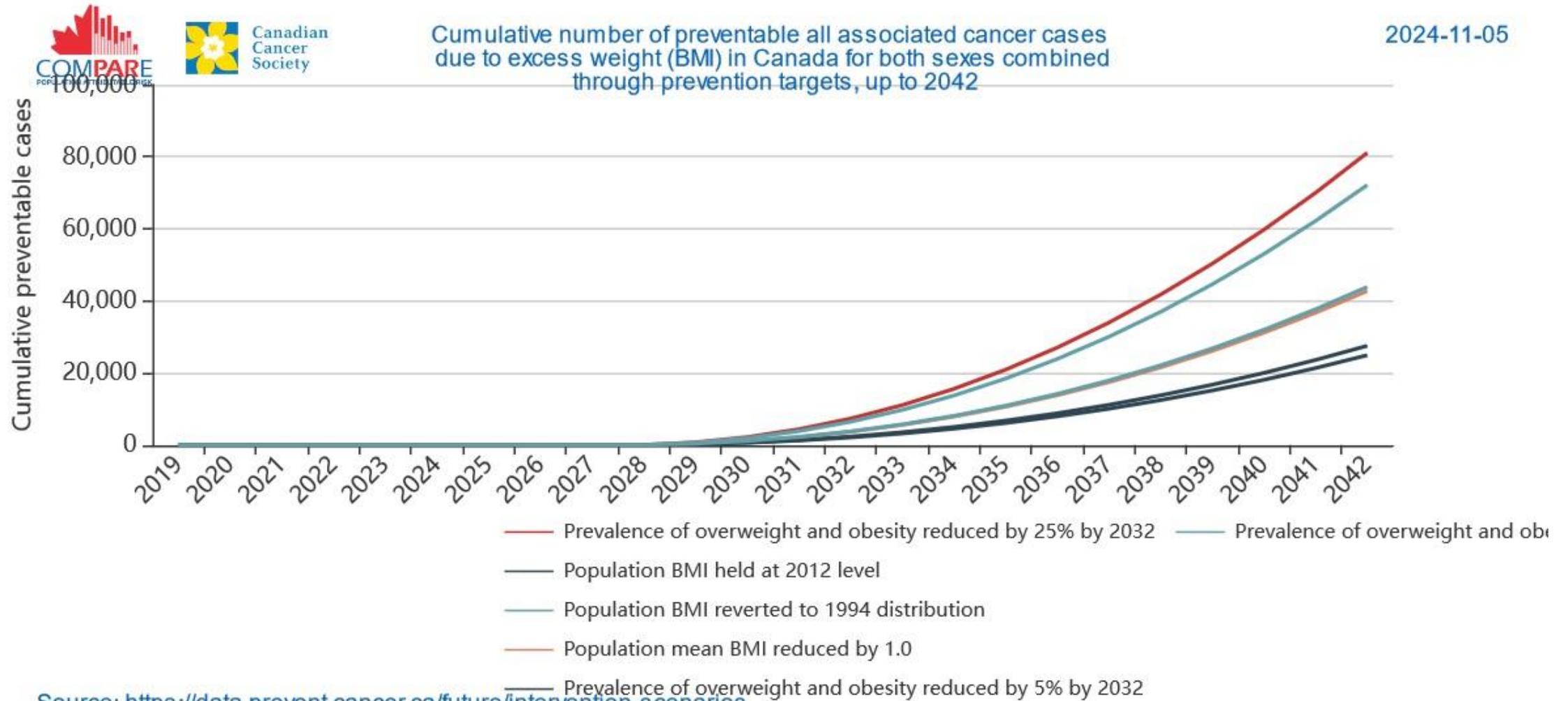
# Manque d'activité physique

- 95% de la population française adulte est exposée à un risque de détérioration de la santé par manque d'activité physique ou un temps trop long passé assis
- Plus d'un tiers des adultes cumulent un niveau de sédentarité élevé et une activité physique insuffisante
- Les femmes plus exposées à un manque d'activité physique.
  - 70 % niveaux d'activité insuffisante vs 42 % des hommes.



*Anses 2022*

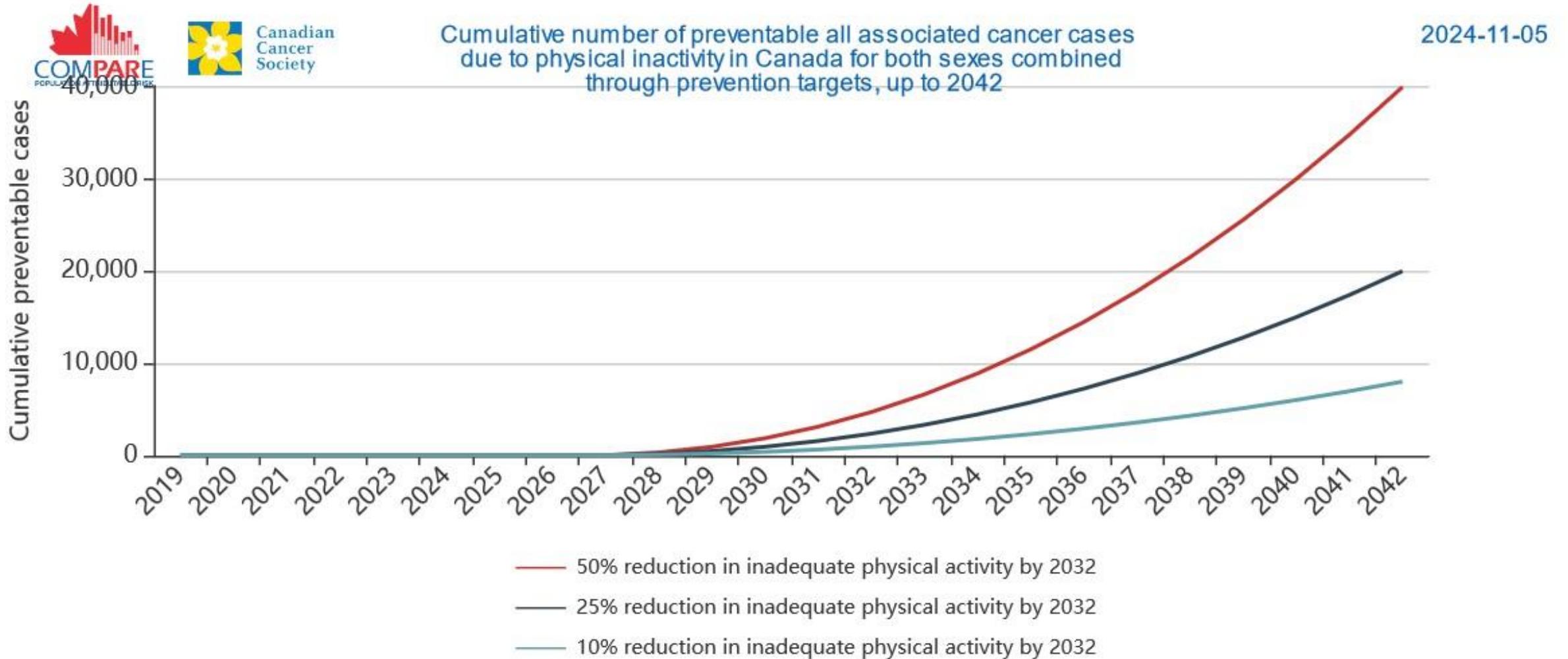
# Nombre de cancers pouvant être évités IMC



Source: <https://data.prevent.cancer.ca/future/intervention-scenarios>

# Nombre de cancers pouvant être évités

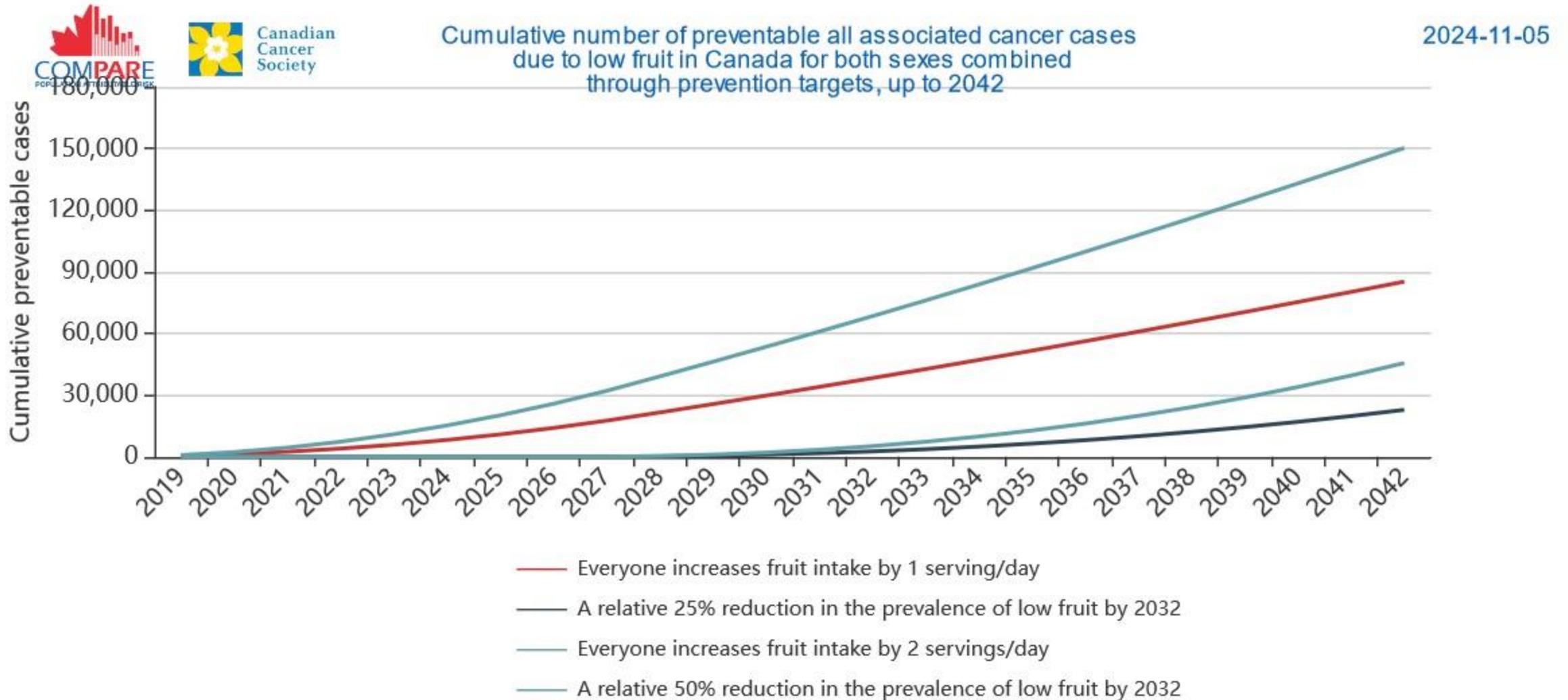
## Activité physique



Source: <https://data.prevent.cancer.ca/future/intervention-scenarios>

# Nombre de cancers pouvant être évités

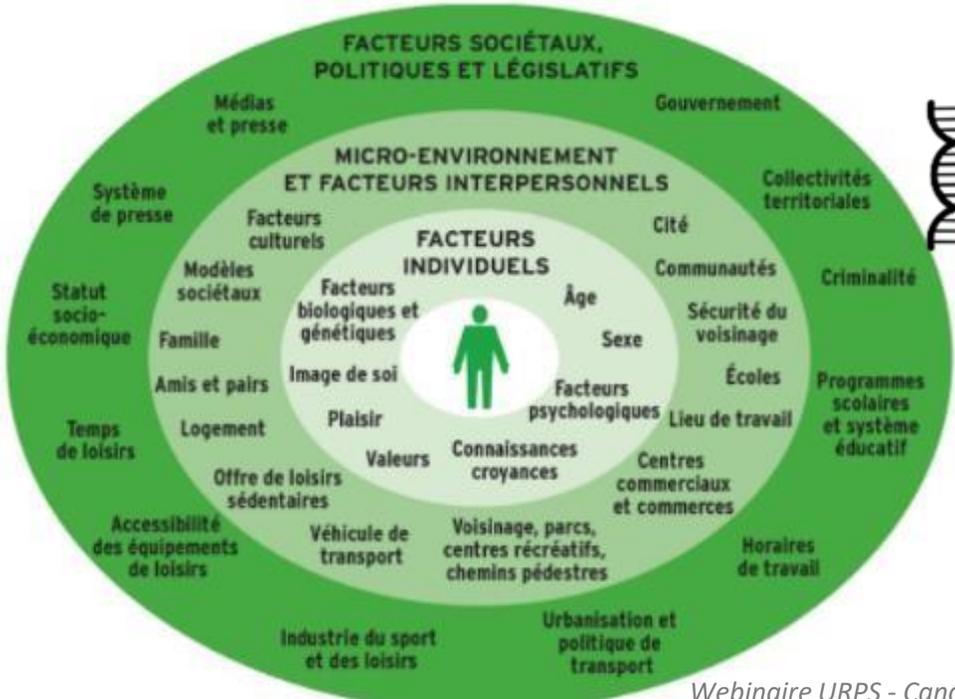
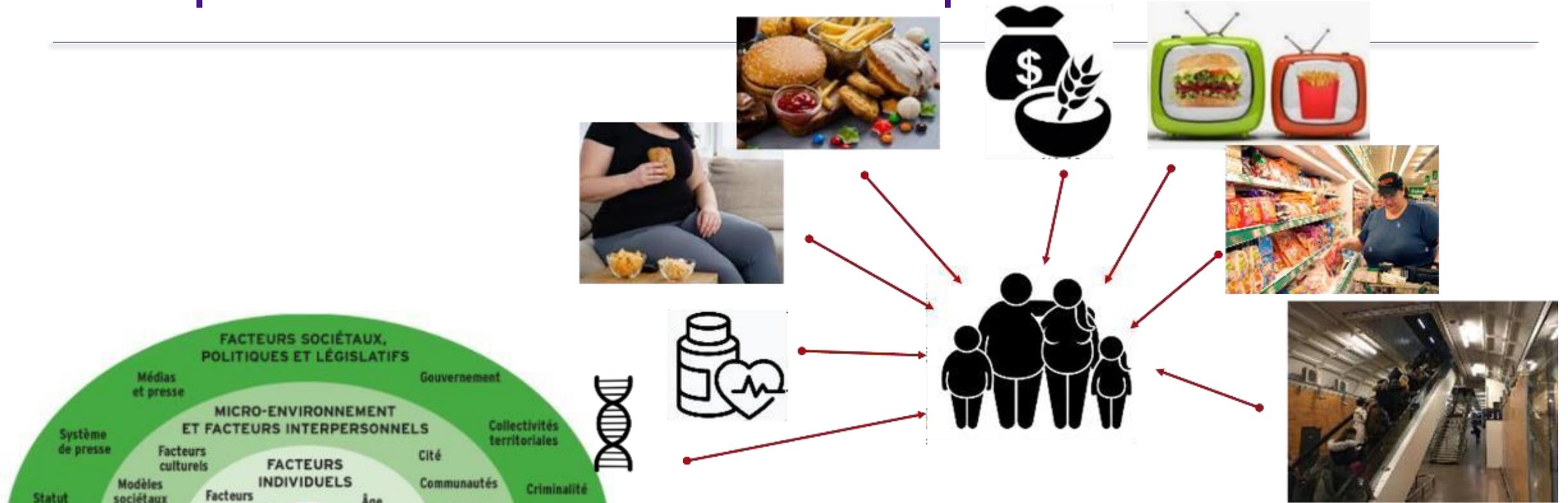
## Consommation de fruits



Source: <https://data.prevent.cancer.ca/future/intervention-scenarios>

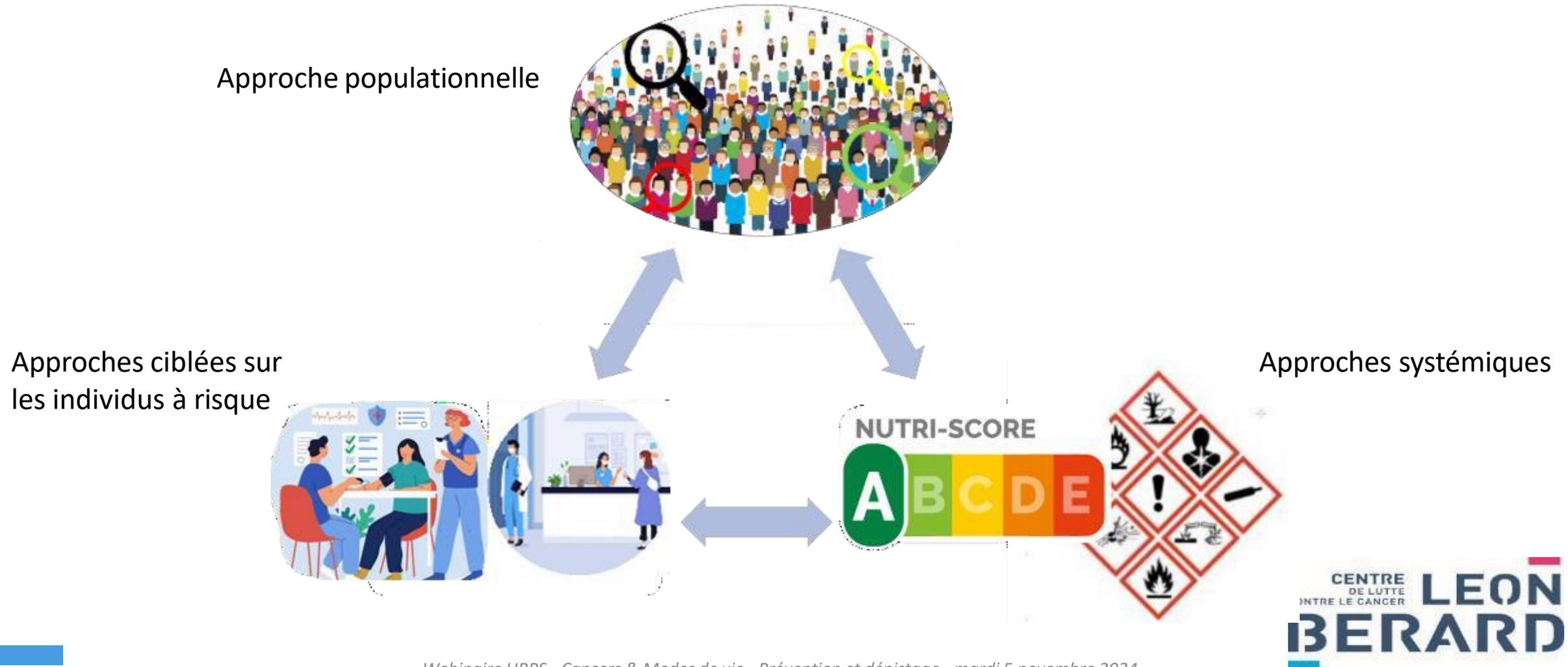
# Comment modifier les comportements de santé?

## Multiplés niveaux d'influence des comportements individuels



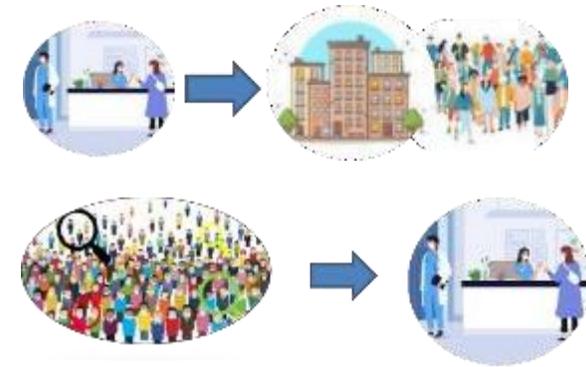
# Comment modifier les comportements de santé?

## Les composantes de la prévention primaire des cancers



# Comment créer des synergies entre les composantes de la prévention?

- Les bénéfices observés pour les approches de prévention ciblées ne peuvent être maintenus sans être articulés et complétés par des approches populationnelles et systémiques
- Accès des patients à haut risque à une prévention ciblée
- Santé dans de nombreux domaines hors système de santé
  - Déclaration d’Helsinki sur la santé dans toutes les politiques 2013 (WHO)
- Approche intersectorielle des politiques publiques en santé
- Coopération et coordination entre des institutions et acteurs multiples



# Agir en tant qu'offreur de soin pour la prévention des cancers



PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES

RESPONSABILITE POPULATIONNELLE

EXPERTISE



- Mieux Anticiper
- Agir pour la santé de chacun
- Agir pour la santé des plus vulnérables
- Agir ensemble en renforçant les partenariats

# CLB PMS 2021-2026 : Stratégie de prévention intégrée

Comprendre et Agir sur les facteurs de risque de cancer auprès des populations

Développer les Pratiques Cliniques Préventives

Continuité entre prévention primaire, secondaire et tertiaire

Dans et Hors les murs  
Centre de ressources virtuelles

Population à risque

- Auprès des personnes à risque aggravé de cancer (INTERCEPTION)
- Auprès des proches aidants
- Auprès des personnes se présentant au CLB pour un dépistage (PRECOTION)

Parcours de soin



- Bilan métabolique (Nutrition et Activité Physique Adaptée)
- Parcours de prise en charge rapide de tabacologie (CRT)
- Repérage, orientation et suivi en addictologie
- Repérage et prise en charge des personnes à haut risque génétique de cancer (MyCFR)

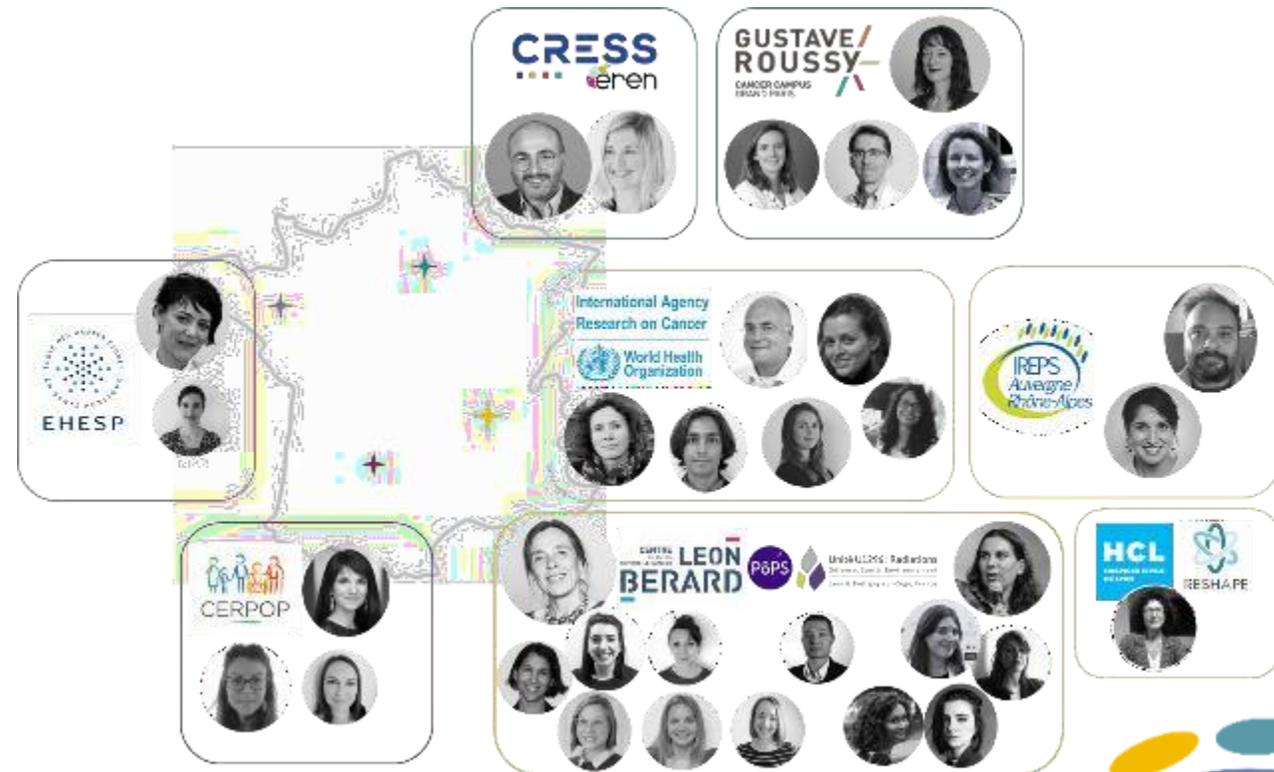
Post-cancer

- Auprès des patients ayant survécu à un cancer (PASCA) – à un cancer dans l'enfance (AJA)

**PASCA**  
Parcours de Santé au cours du Cancer

# Réseau de recherche en prévention primaire des cancers

- Transformer la manière dont nous produisons et traduisons les connaissances en stratégies de prévention du cancer efficaces et durables.
- Créer des synergies entre les composantes de la prévention primaire des cancers
- Développer des approches innovantes fondées sur la recherche transdisciplinaire, l'expertise du terrain et le savoir des parties prenantes.



*Devenir un incubateur pour la recherche en  
prévention primaire des cancer*

# Comment créer efficacement un changement de comportement durable ?

## HEALTH BEHAVIOR THEORIES

The sheer volume of theories relevant to health behavior change presents a formidable challenge for testing and integrating new targets. For example, Michie et al. (2014) identified 83 theories comprising more than 1,000 constructs. Listed below are 17 frequently cited health behavior theories that represent both classic and contemporary research.

### Classic Theories

- Health belief model (Rosenstock 1966)
- Protection motivation theory (Rogers 1983)
- Extended parallel process model (Witte 1992)
- Social cognitive theory (e.g., Bandura 1998)
- Transtheoretical model (Prochaska et al. 1992)
- Theory of planned behavior (Ajzen 1991)
- Control theory (e.g., Carver & Scheier 1982, Powers 1973)

### Theories Developed During the 1990s

- Information-motivation-behavioral skills model (Fisher & Fisher 1992),
- Implementation intentions theory (Gollwitzer 1993, 1999)
- Health action process approach (e.g., Schwarzer 2008)
- Prototype/willingness model (Gibbons et al. 1998)

### Recent Developments

- Temporal self-regulation theory (Hall & Fong 2007)
- Theories concerned with implicit processes, including Hofmann et al.'s (2008) adaptation of the reflective-impulsive model (Strack & Deutsch 2004) to health behaviors, Borland's (2013) CEOS theory, habit theory (Wood & Neal 2007), the nudge framework (Thaler & Sunstein 2008), and Papies' (2016) model of health goal priming

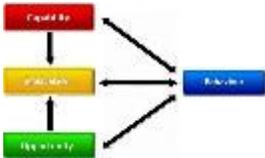
Plus de 83 théories sur les changements de comportement en santé



# Comment créer efficacement un changement de comportement durable ?



**1 - Définir et cibler** les comportements à changer



**2 - Comprendre** ce qui influence les comportements



**3 - Sélectionner** les interventions et techniques de changements de comportement

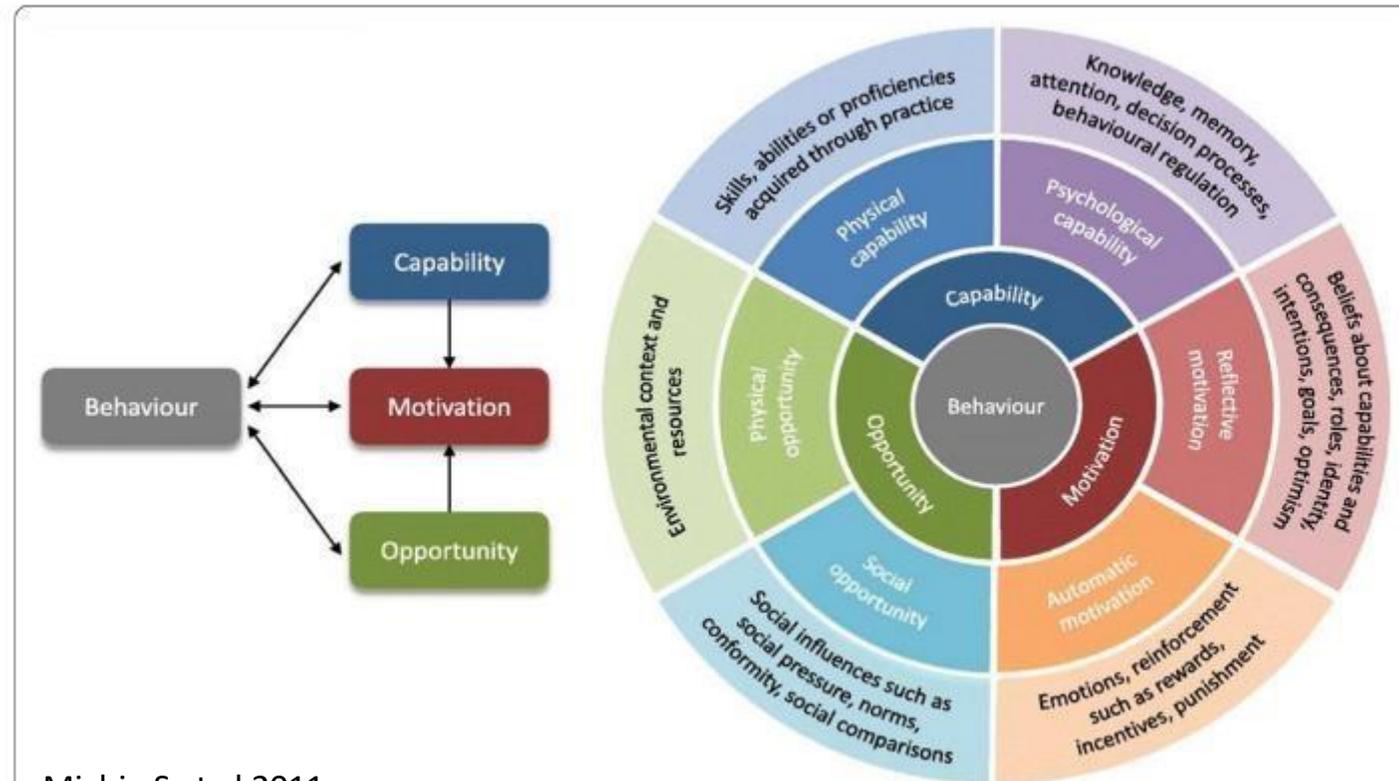


# Comment créer efficacement un changement de comportement durable ?

- Clé du changement de comportement : compréhension des facteurs qui influencent le comportement.

Modèle COM-B de changement de comportement

- Pour adopter un comportement (B), une personne doit :
- Etre physiquement et psychologiquement capable (C)
- Avoir la possibilité (O) d'adopter le comportement
- Avoir l'envie ou le besoin d'adopter le comportement à ce moment-là (M).



Michie S et al 2011



# Un ex le projet ALDEBARAN



Co-construction d'une intervention de prévention nutritionnelle par et pour la dyade patient/proche-aidant.



Projet qui vise à améliorer l'adhésion aux recommandations nutritionnelles au sein de la dyade patiente atteinte de cancer du sein et en excès de poids et de son proche aidant.



Méthodologie basée sur les cadres théoriques des **changements de comportements** (Michie et al., 2011) et de la **recherche participative** pour la co-construction de l'intervention



# SELECTIONNER le comportement à changer

Evaluer les comportements : avec les patients et aidants : GROUPE DE TRAVAIL, FOCUS GROUP, QUESTIONNAIRE

Comportement	Impact (sur l'objectif)	Probabilité (facilité à effectuer)	Retombées (effets positifs ou négatifs sur d'autres comportements)
Manger moins gras et sucré, moins d'ultra-transformé	<i>Fort</i>	<i>faible</i>	<i>Retombées probables sur les autres comportements</i>
Manger plus de fibres (légumes, fruits, légumineuses)	<i>Fort</i>		<i>Retombées probables sur les autres comportements</i>
Manger moins de viandes rouges et charcuteries	<i>Fort</i>	<i>→ moins la cible de la population de femmes ayant des cancers du sein</i>	<i>Retombées faibles</i>
Eviter les boissons sucrées	<i>Fort</i>		<i>Retombées probables sur les autres comportements</i>
Être physiquement actif tous les jours	<i>Fort</i>		<i>Retombées probables sur les autres comportements</i>

# Recommandations du HCSP en prévention

Des méthodes pour aider les personnes à acquérir des comportements favorables à la santé:

- Entretien motivationnel
- Repérage précoce et intervention brève
- Techniques de changements de comportement
- Conseils très brefs

(HCSP, 2023)

5) Autres approches visant à aider les personnes à adopter des comportements favorables à leur santé

Il s'agit d'approches recommandées en premier recours ou de méthodes s'inspirant des thérapies cognitivo-comportementales réalisables en routine quotidienne voire d'outils opérationnels permettant une prise en charge ou une orientation dans un temps inférieur à trois minutes.

- Repérage précoce et intervention brève

Cet outil est recommandé par la HAS dans le cadre de la prévention des conduites addictives pour les addictions les plus fréquentes : alcool, tabac et cannabis<sup>36</sup>.

- Techniques de changement de comportement

Leur utilisation s'inscrit dans une approche pragmatique<sup>37</sup> [107, 108] Ces techniques sont utilisées en recherche et pratique clinique pour la prise en charge des addictions ou la nutrition dans le cadre d'un vieillissement en bonne santé [109]. Elles ont été utilisées dans le cadre de la mise en place de l'application de l'aide au sevrage tabagique de Santé publique France<sup>38</sup> [110].

La mise en place de programmes de modification de comportement utilisant les techniques de changement de comportement nécessite un travail préliminaire d'identification des techniques à utiliser en lien avec les spécialistes d'un thème de santé donné, des personnes concernées par un comportement défavorable à la santé et une formation d'acteurs en prévention ou de « médiateurs en santé » qui peuvent mettre en œuvre ces programmes.

- Conseils très brefs

De nouvelles modalités apparaissent pour prendre en charge les risques. En s'appuyant sur des questions ouvertes (comme dans un EM), il s'agit de proposer, soit une aide immédiate soit des coordonnées où la personne pourra trouver cette aide. Mais ce type d'intervention nécessite une organisation afin de former, rédiger avec les acteurs locaux des contenus adéquats pour les personnes qui en ont besoin.

# Entretien motivationnel

- Cadre structurant et méthode de communication pour un accompagnement éducatif visant à augmenter la motivation du patient
  - Centrée sur la personne, dirigée vers un objectif, pour résoudre l'ambivalence et promouvoir un changement positif, en élaborant et en renforçant la motivation personnelle au changement.
  - Temps de 20 à 30 minutes. Il peut être combiné à d'autres stratégies de communication.
- **Principes**
- Éviter le réflexe correcteur (qui mène à un *statu quo*)
- Exprimer l'empathie
- Soutenir le sentiment d'efficacité personnelle
- Faire avec la résistance : se mettre du côté de la résistance et des représentations erronées, faire en sorte de les dépasser
- 
- **Valeurs essentielles**
- Partenariat
- Autonomie, liberté et responsabilité de la personne
- Non-jugement

# MECC : Making Every Contact Count

**MECC** = utiliser **chaque interaction** pour soutenir les individus à faire des **changements positifs sur leur santé**

- Approche centrée sur la personne, ce n'est pas du conseil, c'est être à l'écoute des **besoins**
  - **ASK** : **questions OUVERTES** pour comprendre les besoins  
Qu'est ce qui est important pour vous, votre santé ?
  - **ASSIST** : Encourager, **demander la permission d'expliquer** et soutenir la personne à changer en reconnaissant le positif  
Est-ce que vous connaissez les recommandations nutritionnelles?
  - **ACT** : Aider à agir, info ressources, **méthode « Teach-Back »** ou de la communication par reformulation pour vérifier la compréhension en demandant aux patients d'expliquer avec leurs propres mots ce qu'ils doivent savoir ou faire pour leur santé  
Est-ce que vous pouvez me dire ce que vous voulez faire pour votre santé?

- Aider à sensibiliser, motiver, guider vers une meilleure santé

## 5.1 MECC model

MECC activity is detailed in the 2 layers at base of the pyramid below



Behaviour change interventions mapped to NICE Behaviour Change: Individual approaches/PH49

Behaviour change interventions diagram by Health Education England – Wessex Team

# Mon bilan prévention

## Lancement septembre 2024

### Les patients concernés



### Professionnels concernés:

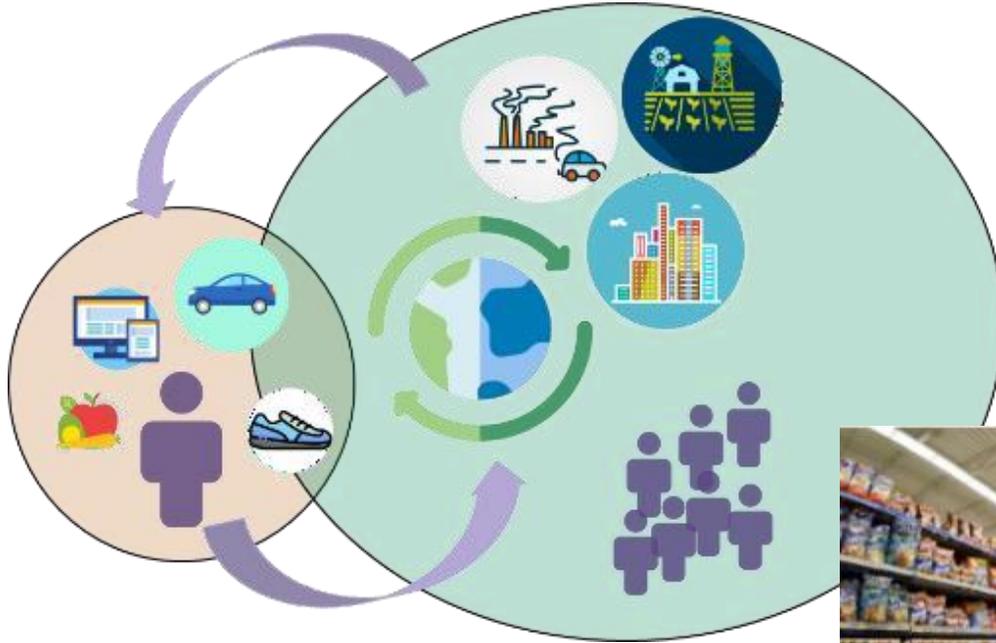
- Médecins
- Infirmiers
- Sages-femmes
- Pharmaciens

Rémunération : 30€

### Les étapes du rendez-vous Mon bilan prévention



# Co-bénéfices sur l'environnement



- Interactions complexes entre les comportements et l'environnement de vie
- Co-bénéfices des stratégies de prévention du cancer dans la protection de l'environnement



# Créer des synergies entre les composantes de la prévention pour modifier efficacement les modes de vies

**Cible sur les inégalités sociales et la littératie en sante**



**La santé dans toutes les politiques**

**Prévention personnalisée des personnes à risque**





# Dépistage organisé des cancers

*Dr Patricia SOLER-MICHEL*

*Directeur médical Centre régional Dépistage des cancers en AuRA*

**DÉPISTAGE  
DES CANCERS**  
Centre de coordination  
**Auvergne-Rhône-Alpes**

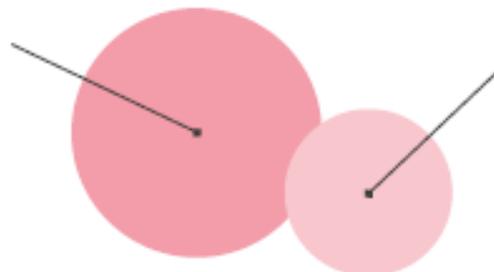
# Les chiffres du cancer du sein



**1<sup>er</sup> CANCER CHEZ LES FEMMES ET 1<sup>re</sup> CAUSE  
DE DÉCÈS PAR CANCER CHEZ LES FEMMES**

**61214**  
NOUVEAUX CAS  
EN 2023

↑ **+0,3 %**  
PAR AN  
(2010-2023)



**12600**  
DÉCÈS EN 2021

↓ **-1,3 %**  
PAR AN  
(2011-2021)

## Age

Age médian au diagnostic : **64 ans**

80 % surviennent après 50 ans

## Taux de survie à 5 ans

Tous stades : 88%

Stades précoces : **99 %**

1/3 des nouveaux cas de cancer chez la femme

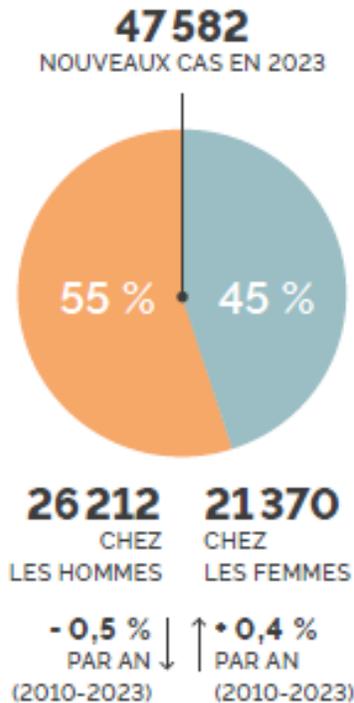
**Source de l'infographie** : Institut National du Cancer (INCa),  
Panorama des cancers en France – Edition 2024

**Source** : Le Guyader-Peyrou, S., Defossez, G., Dantony, E., Mounier, M., Cornet, E., Uhry, Z., ... &  
Monnereau, A. (2019). Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France  
métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim, 1.

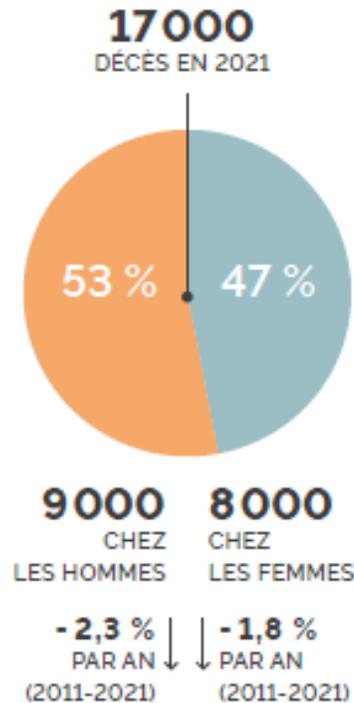


2ème cancer le plus meurtrier

3<sup>e</sup> CANCER LE PLUS  
FRÉQUENT CHEZ  
LES HOMMES ET  
2<sup>e</sup> CHEZ LES FEMMES



2<sup>e</sup> CAUSE DE DÉCÈS  
PAR CANCER CHEZ  
LES HOMMES ET  
3<sup>e</sup> CHEZ LES FEMMES



Age médian au diagnostic

Homme : 71 ans

Femmes : 72 ans

95 % des cas après 50 ans

Taux de survie à 5 ans\*

Tous stades

63%

Stades précoces

90 %

\*Patients diagnostiqués entre 2010 et 2015

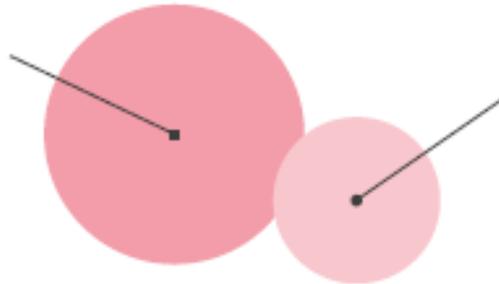
# Les chiffres du Cancer du col de l'utérus



## LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

**3159**  
NOUVEAUX CAS  
EN 2023

↓ **-0,1 %**  
PAR AN  
(2010-2023)



**770**  
DÉCÈS EN 2021

↓ **-1,2 %**  
PAR AN  
(2011-2021)

**Age médian au diagnostic**

55 ans

**Taux de survie à 5 ans\***

63%

\*Patients diagnostiqués entre 2010 et 2015

**Source de l'infographie** : Institut National du Cancer (INCa), Panorama des cancers en France – Edition 2024

Source : Le Guyader-Peyrou, S., Defossez, G., Dantony, E., Mounier, M., Cornet, E., Uhry, Z., ... & Monnereau, A. (2019). Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim, 1.

# Textes de références des DO

## Nouveau en 2024

- Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers :
- ✓ Reprise des invitations par l'assurance maladie
- ✓ Centres Dépistage des cancers recentrés sur le suivi, *l'évaluation* et les missions d'Aller-vers

## Et toujours en cours en 2024

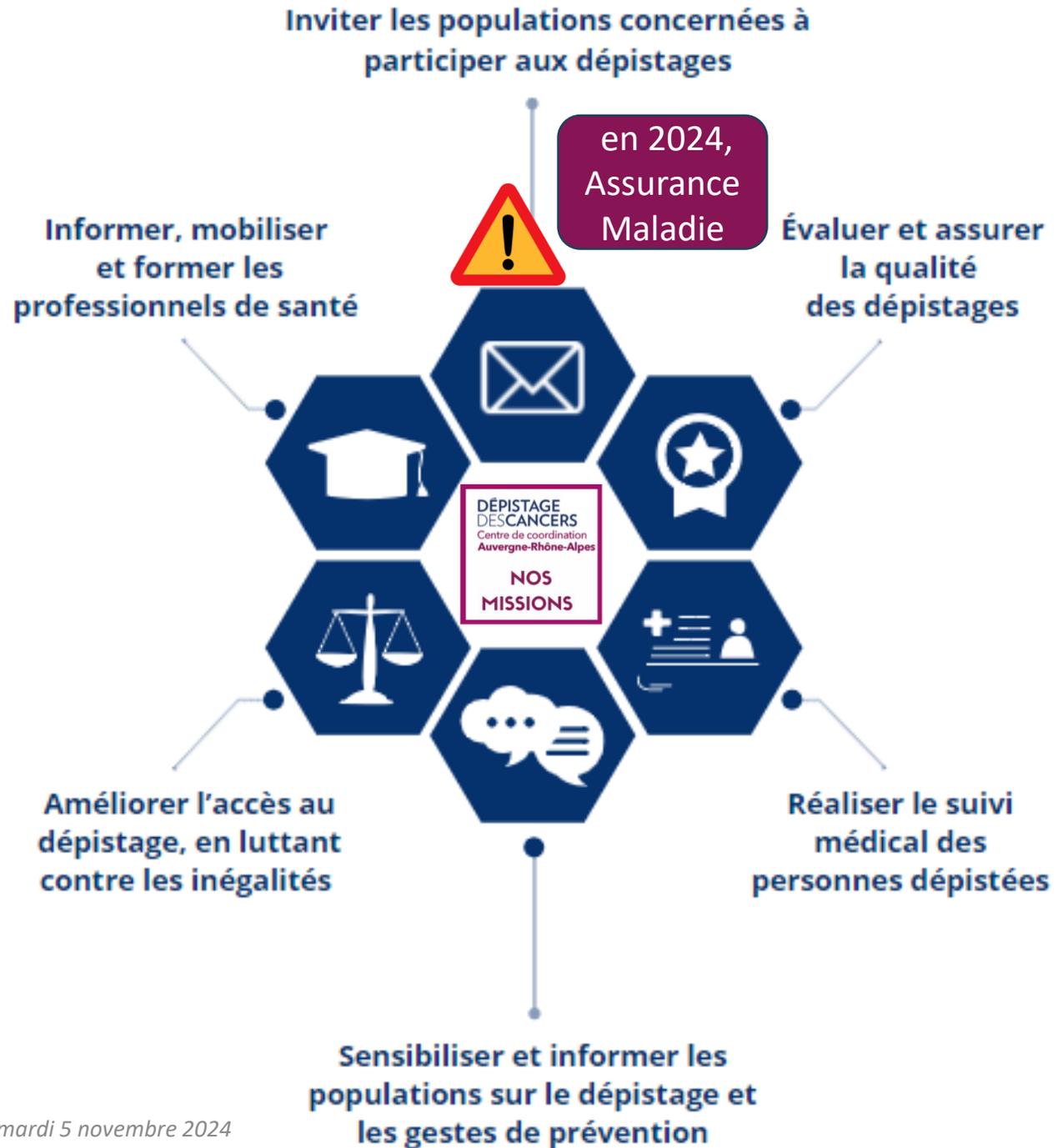
- Courrier 2022 DGS Depistage des cancers fait partie de l'équipe de soin
- Stratégie décennale cancer 2021-2030

Dépistage des cancers est une priorité ; Focus : augmentation de la participation et lutte contre les inégalités de santé

---

## Nos missions

Mise en œuvre  
des programmes  
de DO des  
cancers en  
veillant à  
**l'égalité d'accès**



# Mise en œuvre régionale des DO

## Centre régional de coordination Dépistage des Cancers en AuRA

[www.depistagecanceraura.fr](http://www.depistagecanceraura.fr)



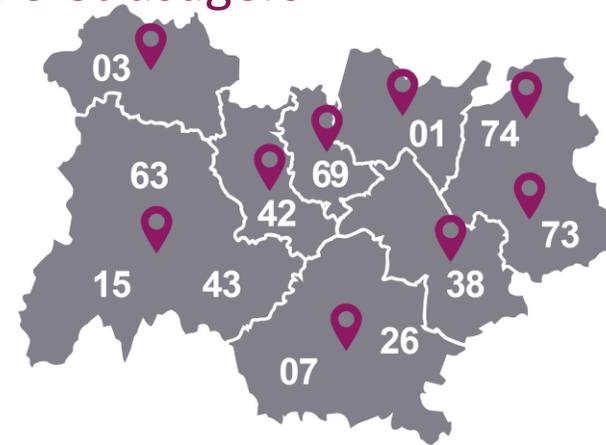
**9 Sites en AuRA**

**100 personnes**

Sur chaque site  
un médecin coordinateur  
un responsable

Association loi 1901- pro de santé des DO,  
représentants ODM/ URPS et usagers

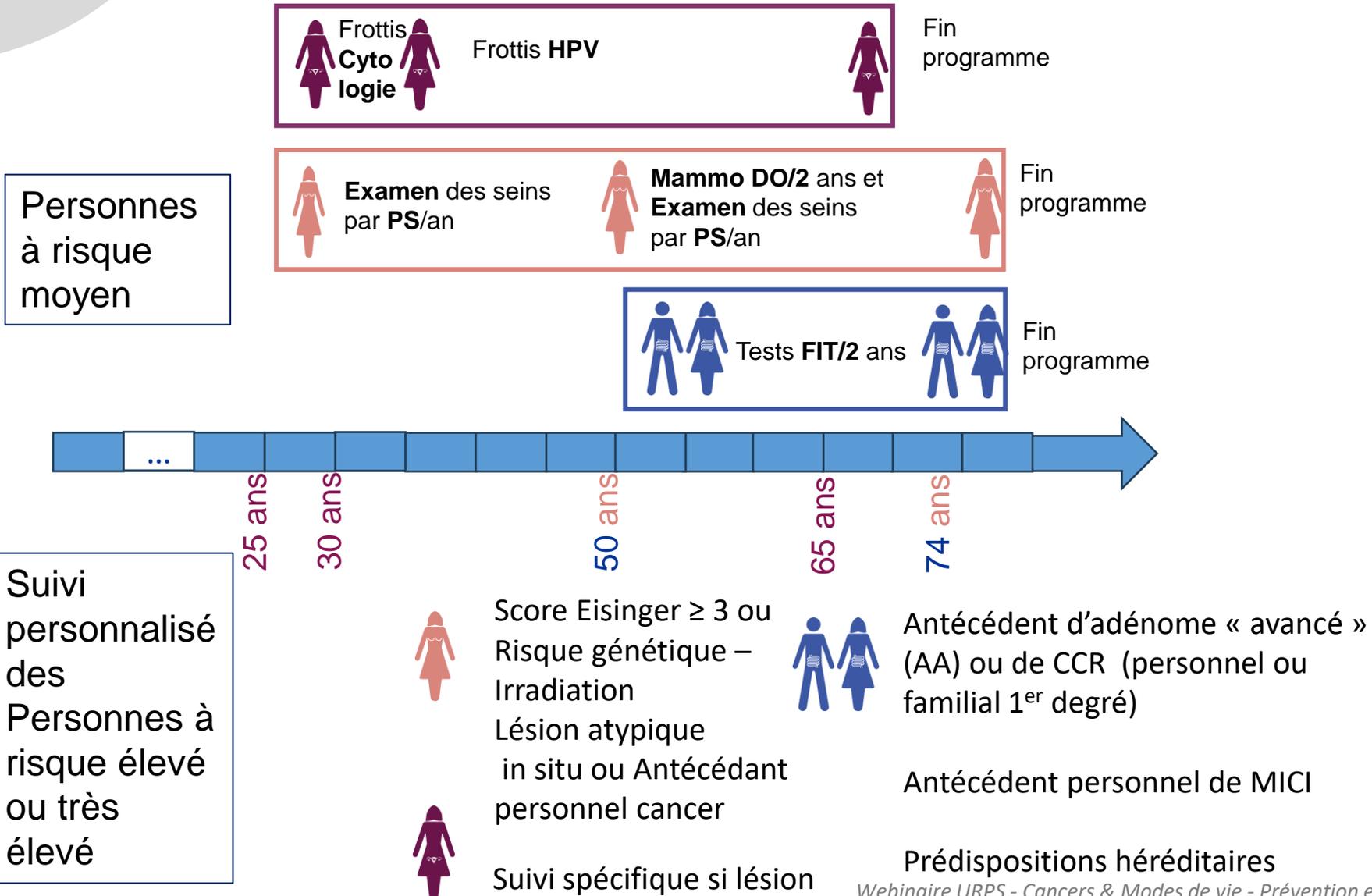
–  
Comités techniques  
et commissions



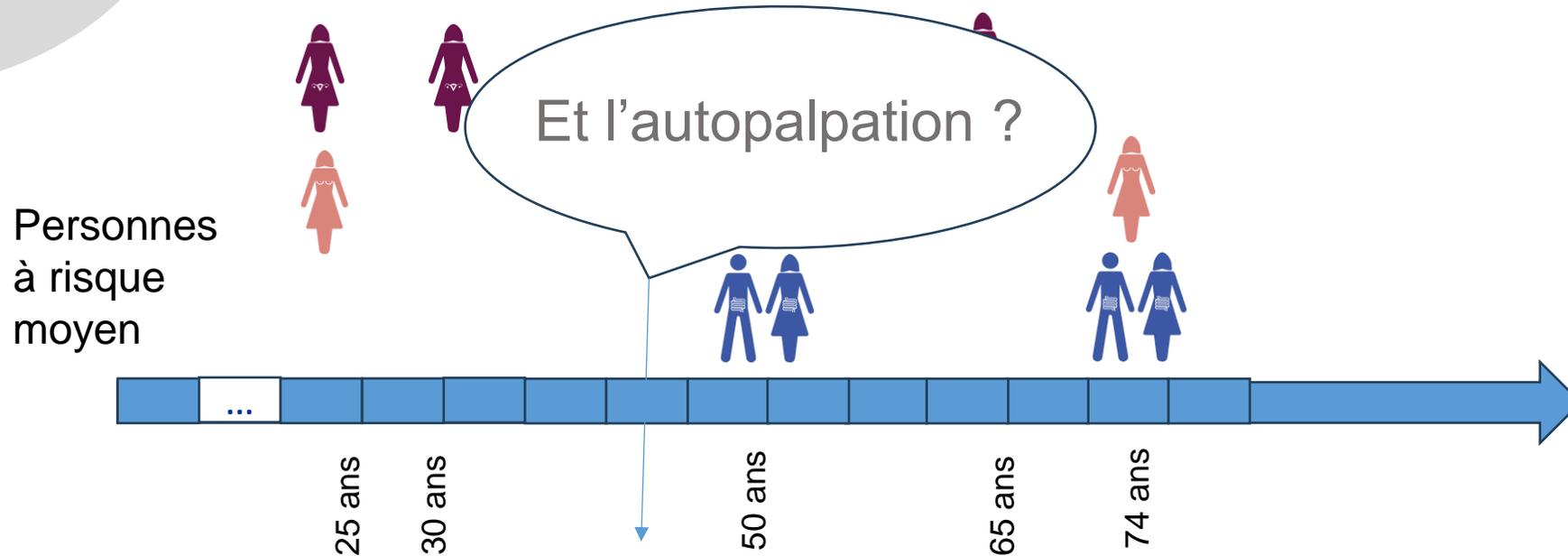
**Les équipes locales restent  
essentielles à la relation aux  
professionnels de santé et  
aux actions de promotion**

# Calendrier dépistage des cancers

## Intégrer le calendrier dans les habitudes



# Calendrier dépistage ou surveillance



Le **CNGOF** (Collège national des gynécologues obstétriciens français) rappelle qu'« *il est recommandé de ne pas conseiller l'autoexamen des seins dans la population générale pour augmenter le nombre de cancers dépistés (...) [ou] pour réduire la mortalité par cancer du sein* » y compris parmi la population participant au dépistage organisé. (oct.2023)

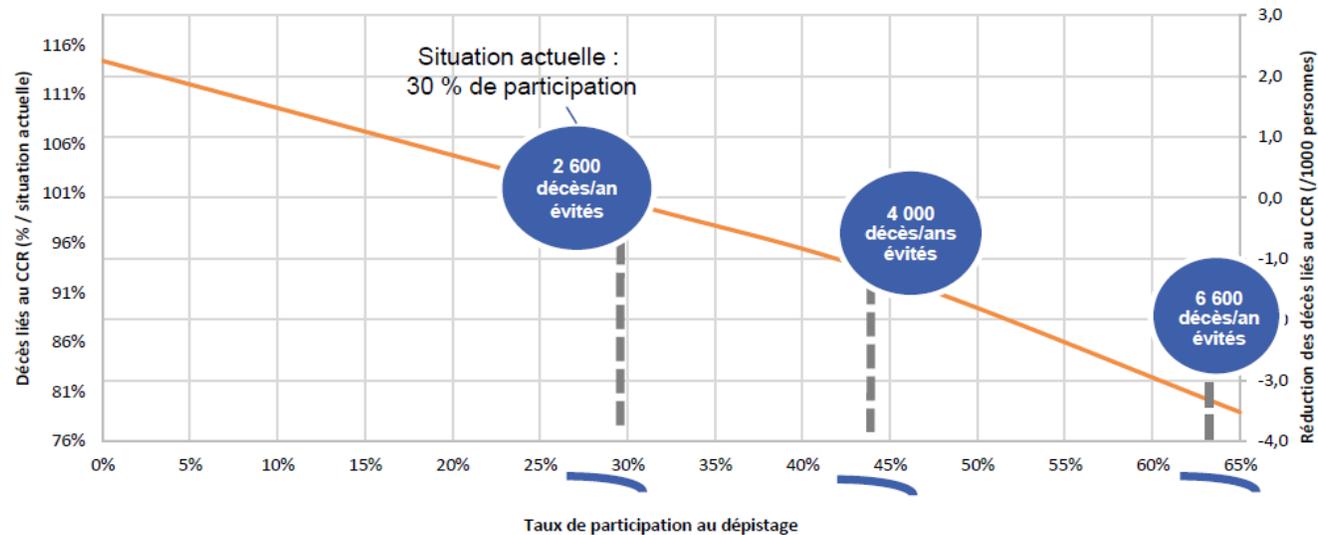
**Lavoué V**, Favier A, Frank S, Boutet G, Azuar AS, Brousse S, Golfier F, Uzan C, Vaysse C, Molière S, Boisserie-Lacroix M, Kermarrec E, Seror JY, Delpech Y, Luporsi É, Maugard CM, Taris N, Chabbert-Buffet N, Sabah J, Alghamdi K, Fritel X, Mathelin C. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Place de l'auto-examen des seins dans les stratégies de dépistage. *Gynecol Obstet Fert Senol.* 2023 Oct;51(10):437-447

**Lauby-Secretan B**, Loomis D, Straif K. Breast-Cancer Screening--Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med.* 2015 Oct 8;373(15):1479.

## Les objectifs du DO CCR

- Réduire le nombre de décès par CCR (mortalité)
- Atteindre 65 % de participation

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

# Suivi des Dépistages en 2024

## jusqu'au diagnostic/ 1<sup>er</sup> traitement

	Informations Récupérées	Informations émises
<b>Suivi des Invitations</b>	<b>Population</b> plateforme AM <b>Eligibilité</b> Bases constituées / Plateforme CEL	<b>Courriers postaux d'alertes</b> 
<b>Résultats</b>	<b>Centralisation L2</b>  Résultats sur plateforme : Labos CCR CCU Extractions de BDD pour col	<b>Courrier &amp; Films</b> après la seconde lecture  Médecins, sage-femmes : Par <b>courrier ou ZEPRA/MSS</b> 
<b>Suivi jusqu'au diagnostic* Evaluation</b>	Enquête de <b>bonne PEC/ réalisation ex complémentaires après un dépistage positif</b> par échanges de courriers  Si cancer : données de <b>RCP</b>	Retours <b>statistiques</b> vers médecins 

NB : \*Avis de DGS = équipe participant aux soins et CNIL accès aux données médicales en lien avec les DO (arrêté 2024)

# Nouveautés DO CS et résultats

# Nouvelle Fiche d'interprétation L1

Plus de renseignements sur les atcd  
et score d'Eisinger  
Contexte évocateur d'un haut risque

Tomosynthèse

**Fiche d'interprétation de la mammographie de dépistage organisé**

Date de l'examen : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IDENTIFICATION**

Centre de radiologie : \_\_\_\_\_ Tampon du radiologue : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom marital : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Caisse d'AM : \_\_\_\_\_  
N°INS(NIR) : \_\_\_\_\_  
N°SS : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_

Tel Fixe : \_\_\_\_\_  
Tel Mobile : \_\_\_\_\_  
Mail : \_\_\_\_\_

**PRATICIENS À INFORMER**

Médecin généraliste  Gynécologue  Sage-femme

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS (à remplir par le radiologue)**

Mammographie antérieure :  Oui, date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Non  Ne sait pas

Ménopause :  Oui  Non Traitement hormonal de la ménopause en cours :  Oui  Non  Ne sait pas

	Antécédents personnels (plusieurs réponses possibles)		Antécédents familiaux (cancer du sein ou de l'ovaire) : y a-t-il eu une femme de la famille proche (cocher la branche concernée soit père ou mère) ou chez ses propres filles ou sœurs (cocher alors les 2 branches)	
	Droite	Gauche	Droite	Gauche
Cancer du sein : mois/année : ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour lésion à risque : Hyperplasie lobulaire atypique : année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperplasie canalaire atypique : année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carcinome lobulaire in situ : année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour lésion bénigne autre précisez le type : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour plastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Hodgkin avec irradiation thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONTEXTE ÉVOQUEUR D'UN HAUT RISQUE (à remplir par le radiologue)**

Compte-tenu des antécédents personnels ou familiaux (score d'Eisinger supérieur ou égal à 3 en sommant chaque branche séparément) Pour faciliter le calcul du score d'Eisinger la notation est rappelée entre parenthèses dans le tableau après chaque antécédent.

Oui  Non

**L'INSTALLATION DE MAMMOGRAPHIE**

DR  CAD/IA

**INTERPRÉTATION DU PREMIER LECTEUR**

Examen clinique (cocher au moins un des items) :  Normal  Bénin  Asymétrie mammaire  Mammectomie (barre le sein concerné)  SUSPECT, préciser l'anomalie : \_\_\_\_\_

Difficultés techniques (pectus excavatum, prothèse, chirurgie...) :  Oui, préciser : \_\_\_\_\_  Non

Tomosynthèse réalisée :  Oui  Non

Comparaison avec des clichés antérieurs :  Oui, date du bilan comparé : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Non

**RÉSULTAT DE LA LECTURE**

Densité glandulaire :  a  b  c  d (classification BI-RADS ACR des densités)

Classification BI-RADS ACR

ACR 1  Droite  Gauche

ACR 2  Droite  Gauche

ACR 0, 3, 4 ou 5  Droite  Gauche

Absence de sein  Droite  Gauche

Masse (circonscrite ou non)  Droite  Gauche

Calcifactions  Droite  Gauche

Masse + calcifications  Droite  Gauche

Distorsion architecturale  Droite  Gauche

Asymétrie focale de densité  Droite  Gauche

**CAS N°1 : MAMMOGRAPHIE ACR 1 OU ACR 2 ET EXAMEN CLINIQUE NON SUSPECT**

Clichés complémentaires :  Oui  Non

Si oui, précisez le motif : densité mammaire  Droite  Gauche

Résultat de l'échographie  Droite  Gauche

ACR 1  Droite  Gauche

ACR 2  Droite  Gauche

ACR 3  Droite  Gauche

ACR 4  Droite  Gauche

ACR 5  Droite  Gauche

ATCD de chirurgie  Autre  précisez : \_\_\_\_\_

Signature du radiologue

**CAS N°2 : MAMMOGRAPHIE ANORMALE ET/OU EXAMEN CLINIQUE SUSPECT**

Si cas N°2 : BILAN DIAGNOSTIC IMMÉDIAT

Date du bilan : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Echographie

**Bilan immédiat (BDI)**

ACR final correspond à l'ACR le plus élevé et péjoratif pour l'ACR final

**Lecture (sauf si examen clinique suspect)**

2ème Lecture

si en mois :  2  3  4  6  12

Prélèvement (cytoponction, biopsie)

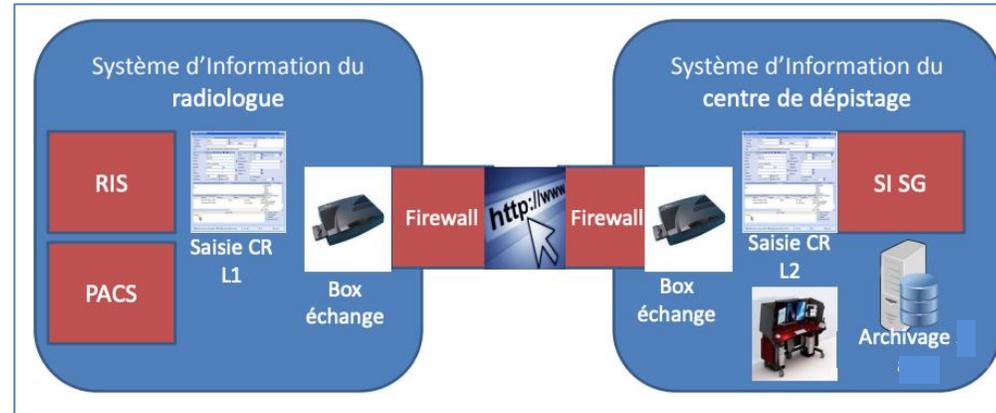
Avis spécialisé

IRM

Signature du radiologue

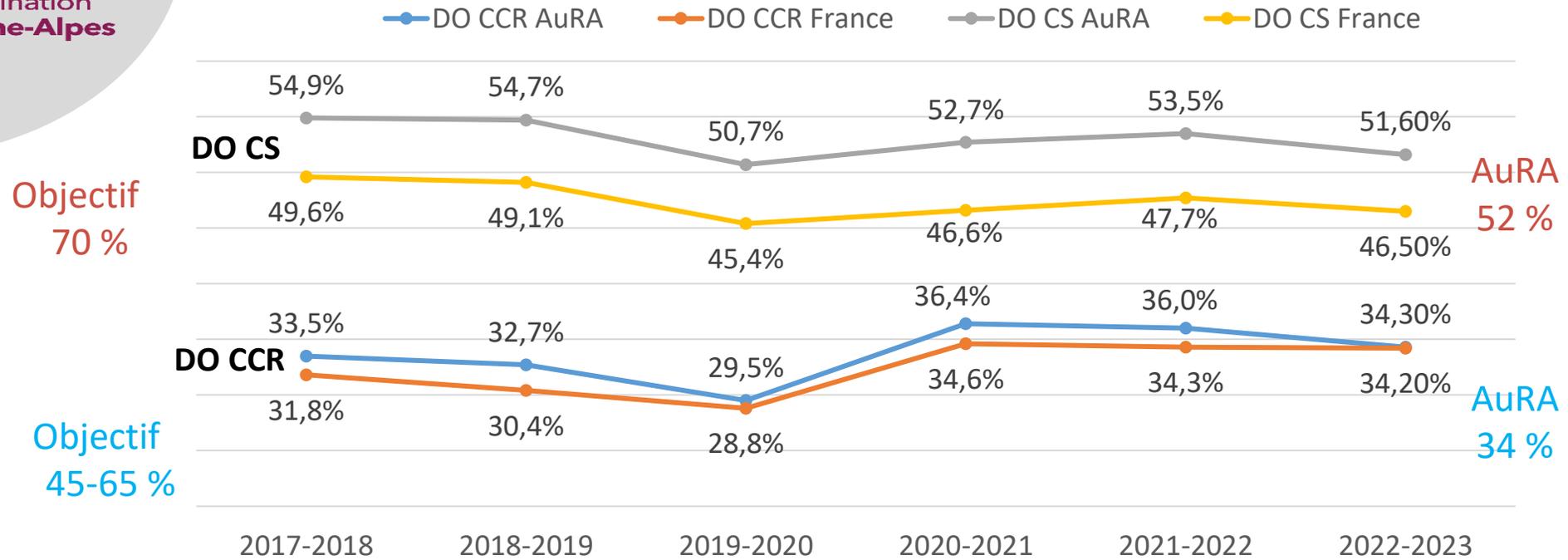
# Dérogation pour la mise en œuvre de la dématérialisation de la seconde lecture

Format standard  
et compatibilité

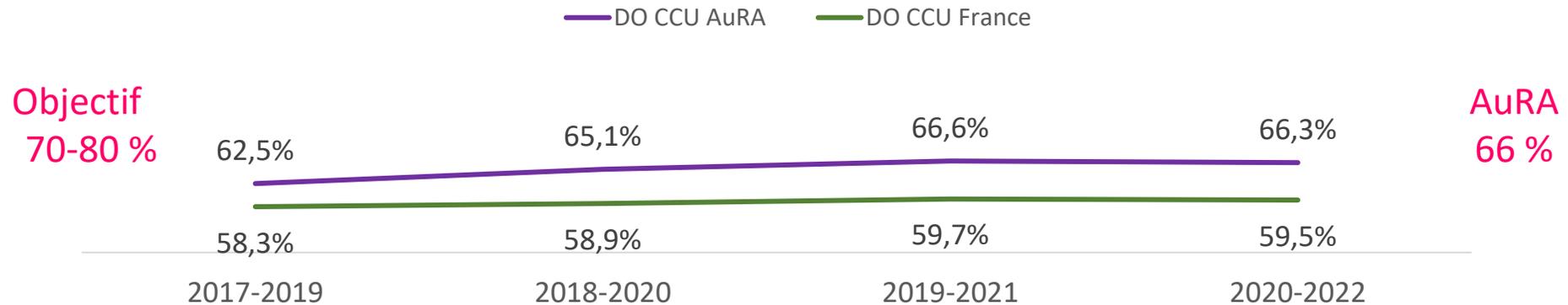


- Accord de la DGS du 25 janvier 2024
- Poursuite de la dématérialisation en Auvergne pour plus de 50 % de leur volume - 8 CIM ou groupements
- Mise en place sur tous les départements de région avec la solution AuRAcle – Kisano d’OSI Santé France : 25 CIM ou regroupements
- **1/3 des mammographies DO dématérialisées : + 100 000 par an en 2025**

## Evolution de la participation CS et CCR en AuRA et en France



## Evolution de la couverture CCU en AuRA et en France



# Résultats AuRA du DO CS pour la période 2019-2020

Données SpF Standardisées  
parues 2024

En AuRA,

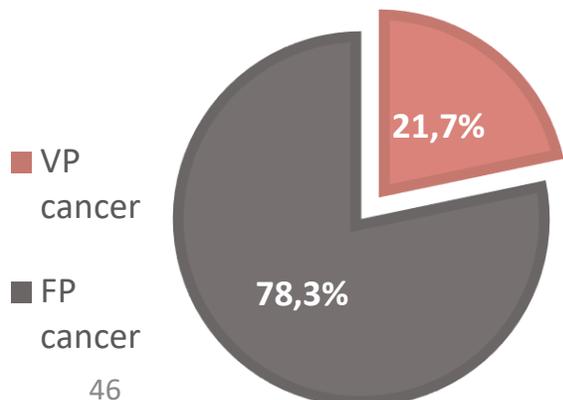
Environ **5 122 cancers détectés** dans le cadre du dépistage organisé, avec un taux de détection standardisé de **7,9 pour 1000 femmes** dépistées.

## Les mammographies DO

7,1 % de mammographies positives en L1 ou L2 avant bilan et 3,5 % après

**VPP après bilan : 21,7 %**

(échographies / agrandissements / cytologies)



## Les cancers dépistés

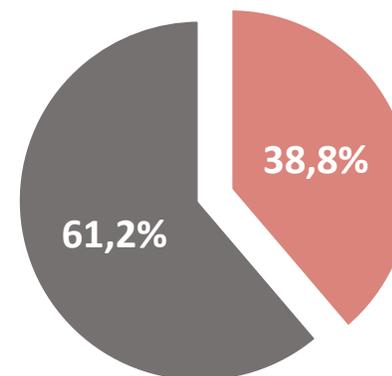
**14,7 %** sont des cancers *in situ*,

**85,3 %** sont infiltrants

**38,8 %** une taille tumorale  $\leq 10$  mm

**et 78,1 %** pas d'envahissement ganglionnaire.

■ taille  $\leq 10$  mm  
■ taille  $> 10$  mm



## Quelques résultats AuRA du DO CCR 2020-2021 SpF paru en 2023

Sur 752 687 pers. dépistées 46 % des hommes (H), 54 % des femmes (F)

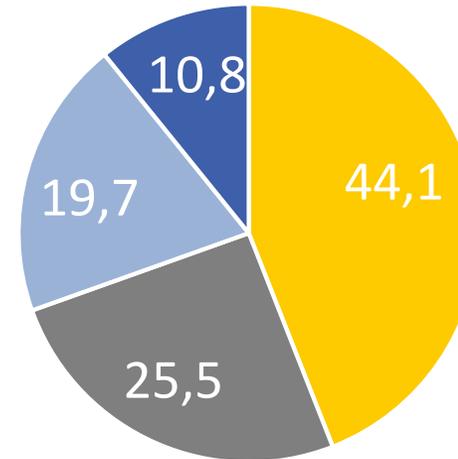
- **6,7 % tests NA** et 25 % non refait
- **3,2 % test positifs** : 4,1% pour H et 2,9 % F
- **87 % coloscopie** si Positif, complètes 92 % des cas et 2 ‰ complications
- Polypes ou cancers dans 71,6 % chez H et 58,1 % chez F
- **Taux détection cancer** : **2,6 ‰** chez H et **1,5 ‰** chez F
- Taux détection **adénomes avancés** : **10,9 ‰** chez H et **5,6 ‰** chez F

# Un test de dépistage efficace

Parmi les CCR détectés par le test en 20-21 en AuRA :

Carcinomes <i>in situ</i>	36,5 %
Cancers	63,5 %

## Stades des cancers invasifs détectés



■ Stade I ■ Stade II  
■ Stade III ■ Stade IV

Source : Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, campagne 2020-2021, Santé publique France

# Réponses aux sollicitations du DOCCU en 2023

## Participation à 12 mois d'un courrier

(sources Dépistage des cancers)

Départements AuRA	Femmes dépistées [25_29]	Femmes dépistées en DO [25- 29]	Taux [25-29]	Femmes dépistées [30_65]	Femmes dépistées en DO [30-65]	Taux [30-65]
<b>01</b>	4 357	1407	<b>32,2%</b>	27 703	7636	<b>27,6%</b>
<b>03</b>	1 878	630	<b>33,5%</b>	12504	4504	<b>36,0%</b>
<b>07</b>	2 137	695	<b>32,5%</b>	14 727	3834	<b>26,0%</b>
<b>15</b>	695	267	<b>38,4%</b>	4714	1959	<b>41,6%</b>
<b>26</b>	3 925	1308	<b>33,3%</b>	25 281	6286	<b>24,9%</b>
<b>38</b>	10 344	3393	<b>32,8%</b>	59 808	18095	<b>30,3%</b>
<b>42</b>	5 469	1987	<b>36,3%</b>	35810	9168	<b>25,6%</b>
<b>43</b>	1 379	545	<b>39,5%</b>	9710	3537	<b>36,4%</b>
<b>63</b>	4 745	1553	<b>32,7%</b>	27022	8151	<b>30,2%</b>
<b>69</b>	21 736	8475	<b>39,0%</b>	94364	26708	<b>28,3%</b>
<b>73</b>	2 797	943	<b>33,7%</b>	16 845	5690	<b>33,8%</b>
<b>74</b>	5 933	2029	<b>34,2%</b>	32 876	10586	<b>32,2%</b>
<b>AuRA</b>	<b>65 395</b>	<b>23232</b>	<b>35,5%</b>	<b>361364</b>	<b>106154</b>	<b>29,4%</b>

# Perspectives

# Préconisations et Guides de la commission européenne sur le DO des cancers

## Dernière publication 2022

90 % de la population de l'Union remplissant les conditions requises pour participer au dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal se voient proposer un tel dépistage en 2025

Recommandation n° 1&2:

### WHAT ARE THE NEW EU RECOMMENDATIONS?

Extending access to targeted cancer screening for breast, colorectal and cervical cancers along with a step-by-step approach to introducing prostate, lung and gastric cancer testing.

Mammo numérique et Tomosynthèse	 <p><b>BREAST CANCER</b> lowering the age for screening to women aged 45-74, plus MRI scans for those with very dense breasts</p>	 <p>HPV testing for women aged 30 to 65, every 5 years or more, to detect <b>CERVICAL CANCER</b>, taking account of HPV vaccination status</p>	 <p>Triage testing for <b>COLORECTAL CANCER</b> in people aged 50 – 74 through faecal immunochemical testing (FIT) to determine follow-up via endoscopy/colonoscopy</p>
Nouveau	 <p><b>LUNG CANCER</b> testing for current heavy and ex-smokers aged 50 – 75</p>	 <p>Prostate specific antigen testing for <b>PROSTATE CANCER</b> in men up to 70, plus MRI scans for follow-up</p>	 <p>In places with high <b>GASTRIC CANCER</b> incidence and death rates, screening for Helicobacter pylori and surveillance of precancerous stomach lesions</p>

[https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com\\_2022-474\\_act\\_fr.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-09/com_2022-474_act_fr.pdf)



# Etude MyPeBS Avenir ? Résultats dans 3 ans



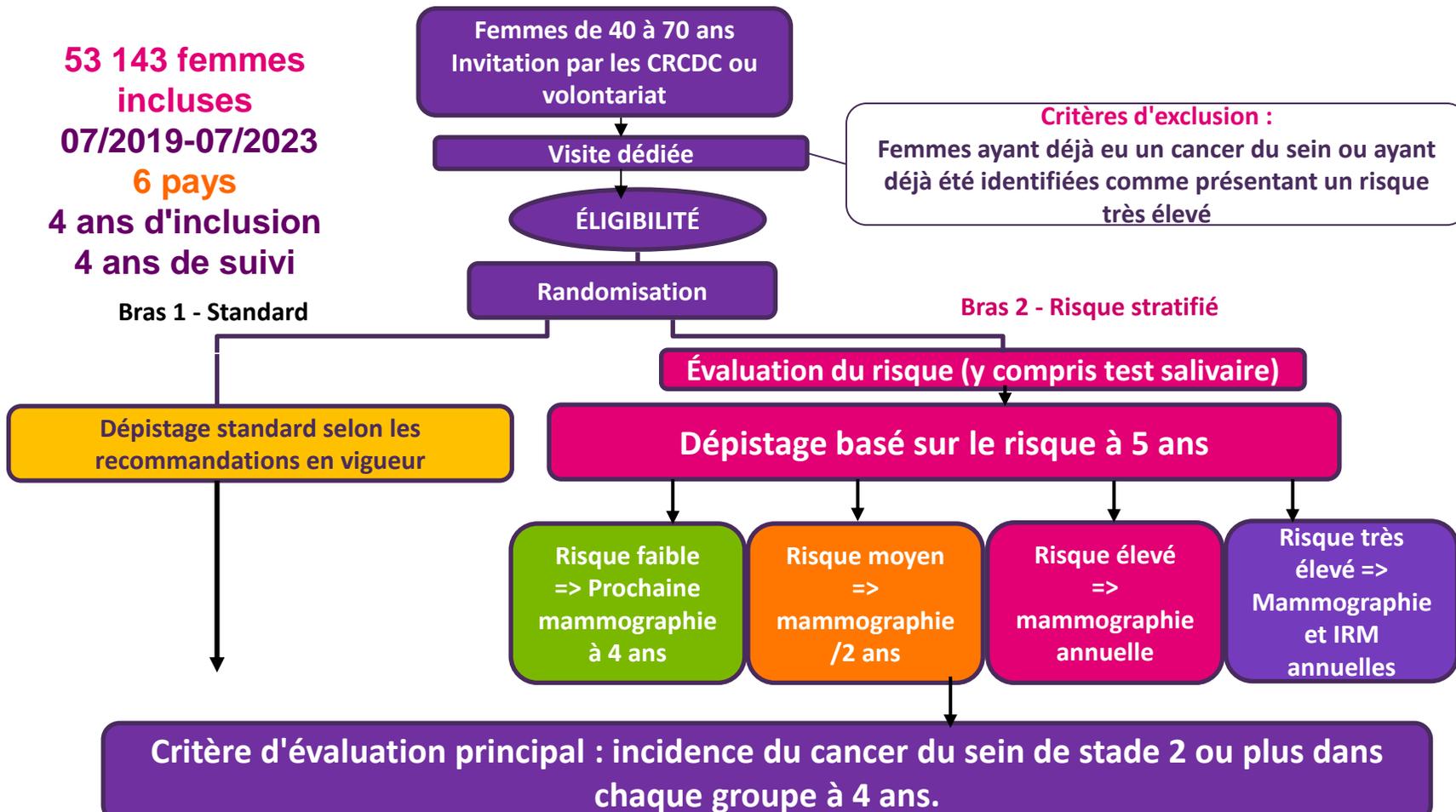
**53 143 femmes incluses**

**07/2019-07/2023**

**6 pays**

**4 ans d'inclusion**

**4 ans de suivi**



A 10 ET 15 ANS :

SUIVI À LONG TERME, Y COMPRIS LA MORTALITÉ DUE AU CANCER DU SEIN



Etude financée par le PHRC National / INCa



Ce projet a reçu un financement du programme Horizon 2020 de l'Union européenne dans le cadre de l'accord de subvention n° 755394. *Webinaire URPS - Cancers & Modes de vie - Prévention et dépistage - mardi 5 novembre 2024*

# Merci

Pour plus d'info :

→ <http://www.depistagecanceraura.fr/>

- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
- [www.e-cancer.fr/](http://www.e-cancer.fr/)
- [MyPeBS.eu](http://MyPeBS.eu)

# QUESTIONS REPNSES



CYCLE DE  
WEBINAIRES

*santé & environnement*

# MERCI POUR VOTRE ATTENTION

RDV en Janvier pour la suite :

**CANCERS & MODES DE VIE**

**PARCOURS DE SOINS**

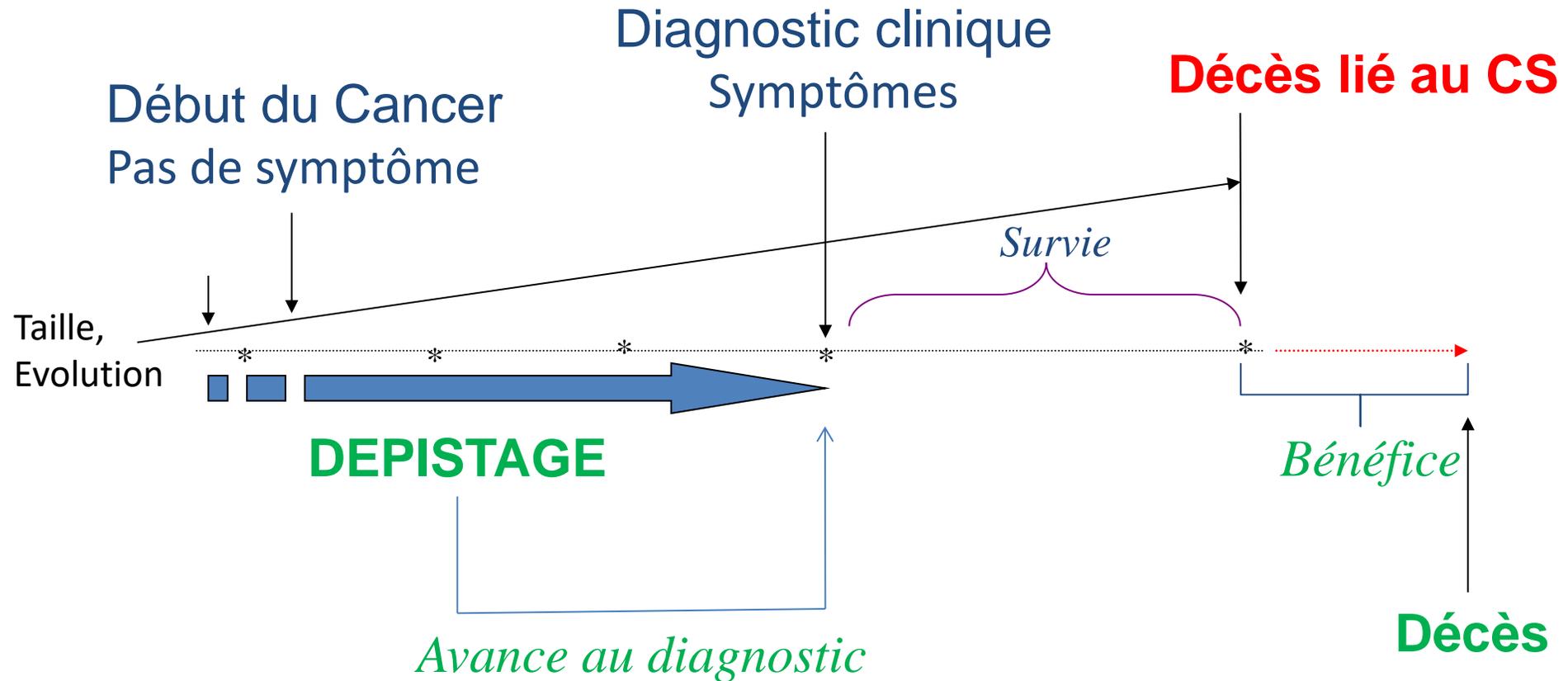


CYCLE DE  
WEBINAIRES

*santé & environnement*

## Compléments non présentés

# Qu'est-ce qu'un dépistage ?



# L'évaluation du CIRC 2015

## Sur le dépistage par la mammographie ?

Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC Working Group.  
Lauby-Secretan B, Scoccianti C and al. N Engl J Med. 2015 Jun 11;372(24):2353-8.  
29 experts de 16 pays

- ✓ Réduction de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans de 23 % chez les femmes invitée et 40 % chez les participantes
- ✓ Réduction de mortalité chez les 70-74 ans
- ✓ Indication de l'efficacité insuffisante pour les 40-49 ans
- ✓ Effets négatifs :
  - ✓ FP dont 5 % engendrent des examens invasifs
  - ✓ Sur diagnostic entre 1 et 10 %
  - ✓ Cancer radio induits 1 à 10 décès pour 100 000 dépistées

# L'évaluation du CIRC 2015 Sur le dépistage par la mammographie ?

Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC Working Group.  
Lauby-Secretan B, Scoccianti C and al. N Engl J Med. 2015 Jun 11;372(24):2353-8.  
29 experts de 16 pays

Les experts concluent que la réduction  
significative de la mortalité par cancer du sein  
l'emporte sur les effets de sur diagnostic et  
autres effets indésirables.

# Les recommandations françaises

• Une stratégie de dépistage organisée selon trois niveaux de risque de développer un cancer colorectal

Qui niveau de risque de développer un ccr ?

**Risque moyen**

**Risque élevé**

**Risque très élevé**

Qui est concerné ?

**Population générale :**

- 50 à 74 ans
- Sans symptôme
- Sans antécédent personnel et/ou familial

**Antécédents d'adénomes ou de CCR :**

- Personnel
- Familial (1<sup>er</sup> degré)

**Prédispositions héréditaires :**

- Polypose adénomateuse familiale
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch)

Quelle stratégie de dépistage ?

**Dépistage organisé :**

- Test de recherche de sang occulte dans les selles
- Tous les 2 ans

**Dépistage individuel :**

- Consultation chez un gastroentérologue : suivi spécialisé
- Coloscopie / Chromoendoscopie

**Dépistage individuel :**

- Consultation oncogénétique +/- prélèvement sanguin pour recherche de mutations
- Consultation chez un gastroentérologue
- Chromoendoscopie

Source : Fiche mémo - Cancer colorectal : modalités de dépistage et prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé, HAS, 2017

# Le DO CS : quelles conduites à tenir en fonction du niveau de risque ?

Les personnes à risque élevé ou très élevé de développer un cancer du sein doivent se voir proposer une autre modalité de dépistage ou de suivi.

