

Des pistes pour les améliorations à poursuivre

Malgré l'importance des acquis depuis le 1^{er} Plan cancer, il demeure des progrès à accomplir, en particulier face aux inégalités sociales et territoriales de santé. La prévention, le dépistage et la coordination des acteurs restent insuffisants et inégaux. Dans ces domaines, recherches et expériences ont été menées ou sont en cours dans le cadre du Plan cancer 2013-2017.

Les dépistages des cancers

Dépister¹ les cancers semble répondre au bon sens. Plus la tumeur est découverte tôt, plus grandes sont les chances de traitements efficaces, courts et mieux tolérés, avec de moindres séquelles. Les améliorations à apporter aux dépistages organisés des cancers, dans le cadre du Plan cancer, visent à en favoriser la participation la plus large.

Quand faut-il dépister les cancers ?

Pour qu'un dépistage systématisé de cancer soit pertinent, un test de dépistage fiable (sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive) et acceptable pour les personnes, doit exister. De plus, si ce test permet un diagnostic précoce, des solutions thérapeutiques efficaces doivent être disponibles. Par ailleurs, la faisabilité d'un dépistage systématisé au niveau d'une collectivité doit être assurée : coût acceptable, accès pour tous aux tests et aux structures de soins. Enfin, le processus de dépistage (acceptabilité, qualité des tests et des pratiques) et les résultats, notamment de

réduction de la morbi-mortalité, doivent être évalués, permettant d'éventuelles évolutions [6, 35].

Des programmes organisés de dépistages de cancers

Sur la base d'études scientifiques, tant françaises qu'internationales, en cohérence avec les recommandations européennes [11, 13], et à la suite d'une phase d'expérimentation, la France s'est dotée de deux programmes organisés de dépistages des cancers. Le premier pour le cancer du sein depuis 2004 et le second pour le cancer colorectal depuis 2008. L'efficacité de ces programmes est documentée pour les personnes de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans facteur de risque particulier personnel ou familial de développer l'un de ces cancers. Aujourd'hui, un troisième programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans à risque moyen a été acté au Plan cancer 2014-2019. Également en conformité avec les recommandations européennes [12], ce programme de dépistage va être mis en place. Les femmes concernées qui n'ont pas réalisé de frottis cervico-utérin depuis trois ans seront incitées à pratiquer un dépistage.

Ces programmes de dépistage sont encadrés par un arrêté du ministère de la Santé [24]. Ils bénéficient

Emmanuelle Salines
Direction générale
de la santé

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

1. Le dépistage consiste à vérifier l'existence d'un cancer ou d'une lésion précancéreuse chez une personne en bonne santé avant l'apparition de tout symptôme.



Le dépistage repose sur un rapport bénéfice-risque positif

Par exemple, le dépistage du cancer du sein a débuté dans les années soixante-dix, alors que la mortalité de ce cancer était en augmentation régulière et que l'arsenal thérapeutique était réduit. Aujourd'hui, d'un côté la maladie est mieux connue, les traitements sont plus ciblés et

plus efficaces. D'un autre côté, des tumeurs plus petites sont dépistées, avec des mammographes plus performants, d'où un risque accru de sur-diagnostic et de sur-traitement. Ces inconvénients peuvent être moins bien acceptés maintenant que les femmes estiment qu'une tumeur dia-

gnostiquée au stade clinique a une meilleure probabilité de guérison. Cependant, le rapport bénéfice-risque reste bien en faveur du dépistage du cancer du sein entre 50 et 74 ans pour les femmes n'ayant pas de risque particulier pour ce cancer. 📌

d'exigences de qualité : seconde lecture des mammographies, choix du dispositif de dépistage de sang dans les selles, centralisation de la lecture. Ils sont évalués annuellement par l'Institut de veille sanitaire. Ils sont mis en œuvre au niveau territorial sous contrôle des agences régionales de santé (ARS) par des structures de gestion des dépistages des cancers avec un financement conjoint de l'État (ARS) et de l'Assurance maladie et dans certains cas de conseils généraux. Des comités techniques et de prospective (CTP), coordonnés par l'INCa, réunissent tous les acteurs plusieurs fois par an pour chaque localisation cancéreuse dépistée. Une vision stratégique, alimentée par les constats et préconisations des CTP, est portée par le Comité stratégique des registres placé auprès du directeur général de la santé qui réunit 3 fois par an les institutions qui sont parties prenantes de ces dépistages.

Les évolutions nécessaires

Quelques années après la mise en place de ces programmes, les résultats de leurs évaluations et les innovations scientifiques ou technologiques amènent à préconiser des évolutions. Ces évolutions discutées par les acteurs associatifs, professionnels, experts, administratifs, lors de l'élaboration du 3^e Plan cancer devraient être mises en œuvre sur la durée de ce plan.

Améliorer la participation aux dépistages

Une première évolution souhaitée est une augmentation de la participation aux dépistages. Les recommandations européennes sont d'une participation de 70 % pour le dépistage du cancer du sein et d'au moins 50 % pour le dépistage du cancer colorectal. La France a une marge de progrès dans ces domaines. En effet, pour le dépistage du cancer du sein, la participation stagne aux alentours de 52 % avec environ 15 % de dépistages individuels réalisés hors programme, non évaluables (population dépistée, qualité du suivi, lésions détectées...). La participation au programme de dépistage du cancer colorectal n'atteignait pas 30 % avec le premier test au gâïac. Celui-ci a été remplacé depuis mai 2015 par un test immunologique, plus performant et plus simple d'utilisation qui devrait permettre une meilleure adhésion de la population et des professionnels au programme.

Cette recherche d'amélioration passe par une intensification et une meilleure communication auprès des professionnels et des personnes concernées. Une concertation citoyenne sur le dépistage du cancer du sein a été lancée en octobre 2015. Elle ambitionne de mieux faire connaître le programme, d'identifier et discuter les attentes des femmes et des professionnels.

L'acceptabilité du dépistage soulève en effet des questions complexes, notamment éthiques. Le dépistage auprès de personnes en bonne santé, sans signe clinique n'est pas exempt d'inconvénients, allant de l'anxiété au surdiagnostic, c'est-à-dire l'objectivation de tumeurs qui n'auraient pas évolué jusqu'à être cliniquement apparentes du vivant de la personne. Son corollaire est le surtraitement avec des conséquences délétères, physiques et psychologiques. Pour un choix éclairé, la personne doit donc être bien informée des bénéfices et des risques (lire l'encadré ci-dessus).

De plus, plusieurs études ont montré que la participation de la population cible aux dépistages organisés des cancers est plus faible pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, physique, psychique ainsi que dans certaines zones géographiques. Des actions spécifiques sont donc menées en direction des personnes les plus éloignées du système de soin, notamment par les structures de gestion des dépistages. Cette réduction des inégalités d'accès au dépistage demeure une priorité qui devra être suivie et évaluée.

Évaluer les innovations techniques et organisationnelles

L'évolution éventuelle des conditions d'éligibilité aux programmes fait l'objet d'une veille scientifique permanente. Cela concerne notamment la notion de tranche d'âges en population générale pour laquelle il est justifié, au regard des critères exposés ci-dessus, de proposer le dépistage organisé.

Il est important d'évaluer régulièrement les innovations techniques et organisationnelles dont ces programmes pourraient bénéficier. De telles innovations sont prévues au Plan cancer 2014-2019. Face à une évolution vers un dépistage exclusif du cancer du sein par mammographes numériques, la dématérialisation des images radiologiques rendra obsolète l'impression de clichés radiologiques. Les préconisations de transfert sécurisé de données, de stockage d'images, d'interopérabilité des systèmes

d'information associés sont en cours d'étude *via* des expérimentations financées par un appel à projet de l'INCa. À l'avenir, la mammographie numérique a vocation à être remplacée par la tomosynthèse, une technologie permettant la réalisation non plus d'une seule image, mais de plusieurs images en coupes du sein. Pour cela, il s'agit de s'assurer au préalable du bénéfice apporté par le changement de technique : meilleure performance et contrôle de qualité des appareils tant pour les images que pour le niveau d'irradiation, accessibilité des appareils...

L'objectif d'une réorganisation régionale du dispositif des structures de gestion des programmes de dépistages figure également dans le Plan cancer 2014-2019. Cet objectif est celui d'une plus grande efficacité, en renforçant la démarche qualité. La réorganisation intègre la nouvelle mise en œuvre du dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi qu'une rénovation des systèmes d'information, en cohérence avec l'évolution de l'ensemble des systèmes de données de santé. Ce chantier ambitieux se situe dans un environnement de fusion des régions et de mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé adoptée en janvier 2016.

Enfin, les dépistages organisés destinés aux populations à risque standard de cancer (environ 80 % de la population) excluent les personnes à risque aggravé, c'est-à-dire ayant par exemple des prédispositions génétiques, des antécédents personnels ou familiaux de cancer. Paradoxalement, ces personnes ne bénéficient pas d'un suivi organisé et d'une incitation systématique à se faire dépister, avec un risque d'un suivi hétérogène. Le plan prévoit que chaque personne se voie proposer une modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé bénéficieront de l'appui logistique des structures de gestion des dépistages des cancers pour s'assurer qu'une proposition de dépistage est

faite à l'ensemble des personnes ciblées, selon les recommandations de la HAS et de l'INCa.

Les cancers du poumon et de la prostate pourraient-ils être dépistés ?

Parmi les localisations de cancer qui pourraient bénéficier d'un programme de dépistage organisé dans le futur, les localisations du poumon et de la prostate apparaissent comme les premières candidates, du fait de leur morbi-mortalité.

Pour le dépistage du cancer du poumon, bien que des études récentes semblent montrer un bénéfice du dépistage par scanner spiralé dans certaines populations, des questions persistent. L'INCa a émis un appel à projet pour que des équipes mènent des études en population générale afin d'éclairer certains points : auprès de quelle population (niveau d'exposition au tabagisme, âge,...) ? Avec quelle périodicité ? Avec quelle organisation (centre de dépistage) ?

Pour le dépistage du cancer de la prostate, il n'existe pas encore de test fiable. Le dosage sanguin du *Prostate Specific Antigen* (PSA) génère de nombreux sur-diagnoses et les traitements proposés ont des effets indésirables importants. Des recherches sont nécessaires tant sur le plan des tests de dépistage que de traitements efficaces et mieux tolérés. L'action se concentre sur l'information des avantages, conséquences et inconvénients du dépistage auprès des hommes afin de leur permettre de prendre une décision avec leur médecin, ainsi que d'une diffusion des bonnes pratiques auprès des médecins.

En conclusion, les dépistages organisés des cancers poursuivent un objectif de progression du service rendu à la population, en s'appuyant sur les évolutions techniques et scientifiques, dans une recherche d'efficacité, de qualité et de sécurité des pratiques, en gardant une exigence d'équité. 🏠

Les enseignements de l'expérimentation nationale des infirmiers de coordination en cancérologie

A l'horizon 2020, la dynamique d'évolution des prises en charge en cancérologie conduira à proposer à une majorité de patients atteints de cancer un parcours de soins en proximité, pouvant donner lieu à des prises en charge à domicile et sollicitant fortement les acteurs du premier recours. Avancée réelle pour le confort de vie des patients, cette dynamique est aussi un défi posé aux organisations hospitalières et à leurs capacités de garantir la qualité de ces prises en charge « hors les murs ». Pour le relever, les

établissements de santé sont nombreux à développer des dispositifs dédiés à la coordination des parcours en cancérologie, chargés de maintenir le lien entre l'équipe hospitalière, le patient et les intervenants du premier recours. Des postes d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) ont ainsi été mis en place dans de nombreux établissements pour accompagner les parcours particulièrement complexes : cancers diagnostiqués à un stade avancé ou à pronostic sombre, situations de fragilité psycho-sociale, pluralité de traitements et d'intervenants, etc.

Frédérique Collombet-Migeon
Directrice d'hôpital, chargée de mission Plan cancer, DGOS - sous-direction de la régulation de l'offre de soins (R3)