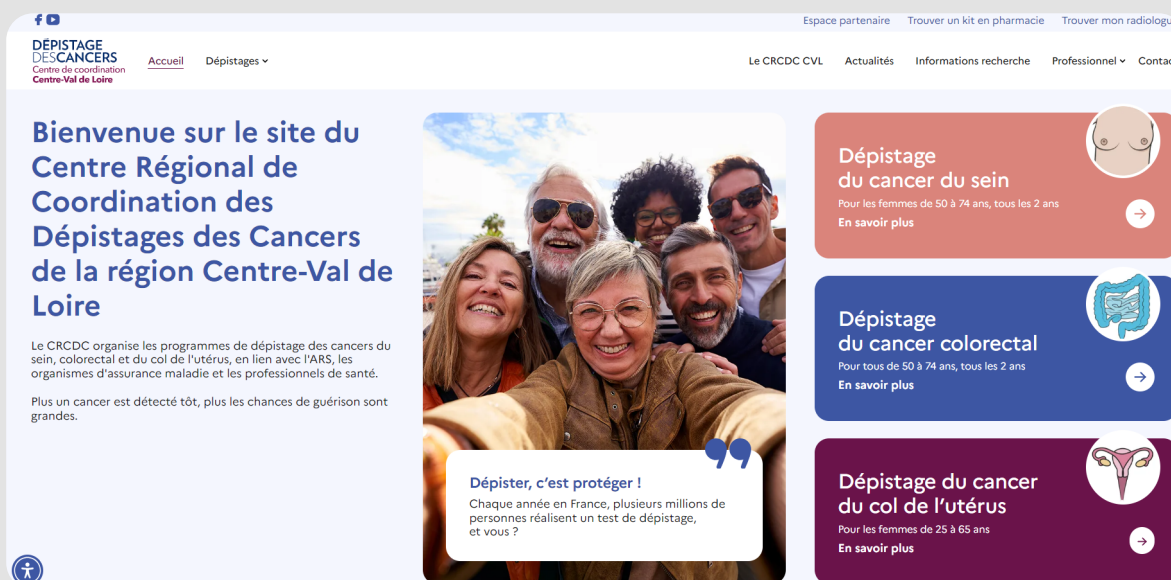


NOTRE SITE INTERNET FAIT PEAU NEUVE !



Complètement repensé, **le site dispose désormais de plusieurs espaces, dont un spécifiquement dédié aux professionnels de santé !** Vous pourrez y trouver de nombreuses ressources telles que : les dernières actualités sur les dépistages organisés, des liens pratiques, des contacts (le laboratoire Cerba et Daklapack fournisseur des kits), les évaluations SPF, etc.

Un espace ressources et outils a également été mis à votre disposition, il regroupe entre autres : les BD santé, des livrets d'informations pratiques sur les dépistages organisés, nos newsletters, un accès aux flyers et affiches, etc.

Une partie du site internet est destinée à vos patients, ils pourront y retrouver des informations sur les 3 dépistages organisés, des numéros de téléphone utiles, une FAQ, la liste des centres d'imagerie agréés, une cartographie interactive pour trouver les pharmacies délivrant un kit, etc. Tout est pensé pour faciliter l'accès aux dépistages organisés des cancers pour tous !

Vous pouvez donc, pour de plus amples informations, orienter vos patients vers le site internet .

Nous vous invitons à aller le découvrir :
www.depistage-cancer.fr et nous vous souhaitons une belle navigation !



Sommaire

- 2- Nouveau mode d'envoi des invitations pour les programmes de dépistage
- 2- Projet Handirect
- 3- Dépistage organisé du cancer colorectal
- 4- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- 5- Dépistage organisé du cancer du sein
- 7- Fiche pratique : Prévention du cancer du sein - Rôle du médecin prescripteur

Contacts de votre antenne du CRCDC

Antenne du Cher (18)
485 route de Varye
18230 SAINT-DOULCHARD
contact.18@depistage-cancer.fr
02 48 27 28 02

Antenne d'Eure-et-Loir (28)
6 rue Blaise Pascal
Technopolis 2 - Bât A
28000 CHARTRES
contact.28@depistage-cancer.fr
02 37 31 32 66

Antenne de l'Indre (36)
Centre hospitalier
Rue Jules Chauvin
36000 CHATEAUROUX
contact.36@depistage-cancer.fr
02 54 60 85 12

Antenne d'Indre-et-loire (37)
2 boulevard Tonnellé
37044 TOURS Cedex 9
contact.37@depistage-cancer.fr
02 47 47 98 91

Antenne du Loir-et-Cher (41)
Tour de consultation
3 rue Robert Debré
41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR
contact.41@depistage-cancer.fr
02 54 43 67 26

Antenne du Loiret (45)
959 rue de la Bergeresse
45160 OLIVET
contact.45@depistage-cancer.fr
02 38 54 74 00

Nouveau mode d'envoi des invitations pour les programmes de dépistage

Depuis le 1^{er} janvier 2024, les régimes d'assurance maladie sont en charge de l'envoi des invitations pour les programmes de dépistages organisés des cancers. Dorénavant, il est inutile d'orienter vos patients vers le CRCDC pour obtenir une invitation.

Selon la caisse, le programme de dépistage et le type de courrier, les envois d'invitations/relances pourront être papiers ou électroniques.

Par exemple, pour les assurés du régime général il a été annoncé l'organisation suivante :

➡ **Dépistage du cancer du col de l'utérus** : invitations et 1^{re} relance adressées sur le compte Ameli et 2^e relance envoyée par voie postale.

➡ **Dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal** : invitations adressées par voie postale et relances adressées sur le compte Ameli.

En l'absence de compte Ameli, les courriers sont adressés par voie postale classique.

Coordonnées des principales caisses d'assurance maladie

- CAMIEG : 0806 069 300
- CNMSS : 04 94 16 36 00
- CPAM : 36 46
- INTÉRIALE : 0970 821 821
- MGEN : 36 76
- MGP : 09 71 10 11 12
- MSA Beauce Coeur de Loire
(départements 18/28/45) : 02 37 999 999
- MSA Berry Touraine
(départements 36/37/41) : 02 54 44 87 87
- SNCF : 04 95 04 04 04

VOTRE PATIENT(E) N'A PAS SON INVITATION ? CE QUE VOUS POUVEZ FAIRE :

- Lui demander d'appeler sa caisse d'assurance maladie pour un renvoi d'invitation.
- Vérifier sur le module d'éligibilité la date de son dernier dépistage connu du CRCDC.
- Si votre patient(e) est bien à échéance de son dernier dépistage :
 - ➡ Vous pouvez lui remettre un kit de dépistage pour le cancer colorectal. Les informations seront à renseigner de façon manuscrite sur la fiche d'identification.
 - ➡ Votre patiente peut prendre rendez-vous pour une mammographie de dépistage dès maintenant (délais parfois de plusieurs mois). Si dans l'intervalle, l'invitation n'a pas été reçue, le centre d'imagerie pourra inclure votre patiente dans le dépistage organisé si il est équipé du module d'éligibilité. Vous pouvez aussi imprimer une ordonnance pour une mammographie de dépistage via le module d'éligibilité.
 - ➡ Si vous êtes médecin ou sage-femme, vous pouvez réaliser un prélèvement cervico-utérin et cocher la case « DO »/ « Examen réalisé dans le cadre du DO » sur le bon d'examen.

Service Régional d'Éligibilité pour le
Dépistage des Cancers

DÉPISTAGE
DES CANCERS
Centre de coordination
Centre-Val de Loire



Projet HANDIRECT

Dans un contexte de réduction des inégalités de santé, et d'amélioration d'accès aux dépistages, en lien avec la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 et le Projet Régional de Santé CVL 2023-2028, le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers Centre-Val de Loire (CRCDC CVL), participe actuellement au projet HANDIRECT.

Le projet HANDIRECT vise à améliorer la participation des personnes en situation de handicap vieillissantes, au dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) en établissements médico-sociaux.

Ce projet est mené par l'ANCREAI (Fédération Nationale des Centres Régionaux d'Études d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité), en partenariat avec les CRCDC. Il est mis en œuvre sur l'année 2024-2025, dans quatre régions de France, dont la région CVL. Il s'appuie sur un plan d'actions déployé dans plusieurs établissements médico-sociaux

(médicalisés et non médicalisés), avec des établissements pilotes (qui bénéficieront du plan d'actions), et des établissements témoins, afin de comparer l'efficacité des interventions. Au total, en CVL, 23 établissements sont inclus dans l'étude, 12 établissements pilotes et 11 établissements témoins.

Ce projet fait suite à l'étude publiée en 2022 par l'ANCREAI¹, qui avait mis en évidence que les personnes en situation de handicap, avaient un taux de participation au DOCCR deux fois plus faible que la population générale.

L'objectif principal est d'améliorer l'accès et le taux de participation au DOCCR pour ce public, et d'envisager une généralisation du dispositif à l'échelle nationale. Le projet comprend une évaluation de l'impact, pour vérifier l'efficacité de cette approche dans différents types d'établissements médico-sociaux, comprenant différents types de handicap, avec une éventuelle extension aux deux autres programmes de dépistage (cancer du sein et du col de l'utérus) dans le futur.

¹ Fédération nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI). La prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes en structures médico-sociales et à domicile : promouvoir et accompagner le dépistage. [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://ancreai.org/etudes/la-prevention-des-cancers-pour-les-personnes-handicapees-vieillissantes-en-structures-medico-sociales-et-a-domicile-promouvoir-et-accompagner-le-depistage/>

Dépistage organisé du cancer colorectal

Participation au dépistage organisé du cancer colorectal 2022 - 2023

Cher	38,8%
Eure-et-Loir	34,8%
Indre	34,9%
Indre-et-Loire	43,2%
Loir-et-Cher	41,2%
Loiret	36,6%
Centre-Val de Loire	38,4%
France	34,2%

En région Centre-Val de Loire, la population éligible de 50 à 74 ans (sans antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal ou sans coloscopie dans les 5 dernières années) a été estimée à 829 754 personnes.

Sur la campagne 2022-2023, la région est au 4^e rang en termes de participation au dépistage du cancer colorectal avec 38.4% soit 262 431 personnes dépistées. **La participation a progressé de 1.9 point par rapport à la période 2021-2022 mais elle reste en dessous du standard européen acceptable de 65%.**

Cartographie de la participation

au dépistage du cancer colorectal et autres données publiées par Santé publique France.



Comme sur le territoire national, la participation en région CVL est moins élevée chez les hommes que chez les femmes (37.1% vs 39.5%).

Le taux de dépistage positif de 3,4% reste stable. Sur la majorité du territoire, on note une légère diminution des délais d'accès à la coloscopie par rapport à 2022.

	18	28	36	37	41	45
Délais* 2021	90	88	85	86	102	110
Délais* 2022	112	113	92	96	121	139
Délais* 2023	119	110	85	93	115	129

* délais en jour

Étude EXPEDIT en cours

EXPEDIT

Étude en cours

L'étude EXPEDIT vise à évaluer l'intérêt de l'envoi postal à domicile du test de dépistage du cancer colorectal dès le courrier d'invitation sur l'augmentation de la participation au dépistage.

Les dernières relances avec ou sans test ont été envoyées en octobre 2024.

Nous vous encourageons à consulter le module d'éligibilité mis à votre disposition afin d'éviter toute remise en doublon du kit de dépistage.



Crédit photo : Pikiv44 / iStock, référence 1279896015

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS DES PUBLICS VULNÉRABLES



Il est désormais possible pour les infirmiers libéraux (IDEL) de procéder à la réalisation du kit de dépistage du cancer colorectal (recherche de sang dans les selles) sur prescription médicale pour les personnes en situation de handicap en région Centre-Val de Loire.

Un accord de la commission paritaire régionale des infirmiers de l'Assurance maladie, rend possible la cotation de la réalisation d'un dépistage du cancer colorectal chez les personnes en situation de handicap sur prescription médicale (AMI1 + MAU) par les IDEL.

Pour plus d'information, vous pouvez consulter notre site internet www.depistage-cancer.fr (onglet «Actualités»).



Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le Programme National de Dépistage du Cancer du Col de l'Utérus (PNDOCCU) a pour objectif d'augmenter la couverture du dépistage pour atteindre 80%, de réduire les inégalités d'accès au dépistage et de diminuer de 30% l'incidence et la mortalité par Cancer du Col de l'Utérus (CCU) à 10 ans.

Les femmes invitées sont les femmes n'ayant pas réalisé de dépistage dans les délais recommandés, ainsi à l'entrée dans le programme les femmes sont invitées à l'âge de 26 ans si elles n'ont pas réalisé d'acte de dépistage entre 25 ans et 25 ans et 364 jours.

La vaccination contre les HPV

La vaccination contre les HPV protège contre 90% des HPV responsables du cancer du col de l'utérus. Malgré une poursuite de la progression de la couverture vaccinale 2 doses chez les jeunes filles de 16 ans entre 2022 et 2023 (nées respectivement entre 2006 et 2007), la couverture vaccinale (CV) reste faible en France, inférieure à l'objectif de CV de 60 % fixé par la stratégie décennale de lutte contre les cancers pour 2023 et de 80 % à l'horizon 2030.

En France, la couverture vaccinale 2 doses des jeunes filles de 16 ans est estimée à 44,7 % en 2023, soit une augmentation de 3,2 points par rapport à 2022 et de 7,2 points par rapport à 2021.

La couverture vaccinale 2 doses à 16 ans pour les garçons est estimée à 15,8 % en 2023, soit une augmentation de 7,3 points par rapport à 2022.

La région Centre-Val de Loire se situe au 7^e rang sur les 13 régions de la métropole avec 47,3 % de jeunes filles de 16 ans vaccinées en 2023 et au 6^e rang avec 17% de jeunes garçons de 16 ans vaccinés en 2023.

2 doses de vaccin HPV à 16 ans - 2023	F		H	
	2023	Δ 2022-2023	2023	Δ 2022-2023
18 - Cher	46,1%	+ 1,8	17,0%	+ 9.3
28 - Eure-et-Loir	44,2%	+ 4	15,6%	+ 7.9
36 - Indre	43,5%	+ 2.6	14,7%	+ 6.5
37 - Indre-et-Loire	54,1%	+ 4.9	21,8%	+ 10.1
41 - Loir-et-Cher	48,9%	+ 3.2	15,4%	+ 7.5
45 - Loiret	44,5%	+ 1	15,2%	+ 6.1
Centre-Val de Loire	47,3%	+ 2.9	17,0%	+ 7.9
France	44,7%	+ 3.2	15,8%	+ 7.3

Cartographie de la participation

au dépistage du cancer du col de l'utérus et autres données publiées par Santé publique France.



La participation au DOCCU

Le taux de couverture à l'échelle nationale est de 59,5% en augmentation constante depuis 2017-2019 avec une augmentation d'un point par période triennale depuis la mise en place du programme en 2018 mais est toujours inférieure au seuil européen acceptable de 70%.

La région CVL se situe au 11^e rang avec un taux de participation stable à 58,3% par rapport à la période triennale 2019-2021.

Participation triennale au dépistage CCU 2020-2022

Cher	60,7%
Eure-et-Loir	53,8%
Indre	57,4%
Indre-et-Loire	60,2%
Loir-et-Cher	63,8%
Loiret	56,5%
Centre-Val de Loire	58,3%
France	59,5%

Depuis le 1^{er} janvier 2024, pour permettre la dématérialisation des courriers d'invitation et de relance, les étiquettes ont été supprimées des courriers émanant des caisses d'assurance maladie. Il suffit aux préleveurs de cocher la case « DO »/ «Examen réalisé dans le cadre du DO » sur le bon d'examen quand la femme a reçu son invitation pour que l'analyse du test de dépistage soit prise en charge à 100%, sans avance de frais.

Dans ce cadre, le référentiel national¹ «Rubriques de la feuille de demande d'examen pour le dépistage du cancer du col de l'utérus» a été mis à jour en juillet 2024.

¹ <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Referentiel-national-Rubriques-de-la-feuille-de-demande-d-examen-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

Avec plus de 61 000 nouveaux cas par an, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France et la première cause de décès par cancer chez la femme (12 600 décès en 2021).

L'augmentation du taux d'incidence du cancer du sein (+0.3% par an entre 2010 et 2023) peut être liée à l'évolution de l'exposition aux facteurs de risque pour ce cancer : facteurs hormonaux et reproductifs, obésité, alcool (15% des cancers du sein seraient liés à une consommation régulière d'alcool même modérée). La majorité (80%) des cancers du sein se développe après 50 ans.

La mortalité par cancer du sein diminue (-1.3% par an entre 2011 et 2021) grâce aux avancées thérapeutiques et à des diagnostics réalisés à un stade plus précoce (meilleure sensibilisation des femmes et des professionnels, amélioration des techniques d'imagerie diagnostiques).

Le cancer du sein fait partie des cancers à très bon pronostic, le taux de survie nette standardisée à 5 ans des femmes diagnostiquées entre 2010 et 2015 est de 88%. Cependant, plus le cancer est détecté tôt, plus ce taux de survie est important : 99 % à 5 ans pour un cancer du sein détecté à un stade précoce contre 27 % pour un cancer métastatique.



Le programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein a pour objectif de réduire la mortalité de ce cancer en le détectant à un stade précoce. En France, depuis 2004, les femmes de 50 à 74 ans sont invitées, tous les 2 ans, à effectuer une mammographie bilatérale de dépistage et un examen clinique des seins. Les clichés sont lus par un premier radiologue (L1) et complétés si besoin par un bilan immédiat. Tous les clichés normaux lors de la L1 sont relus par un deuxième radiologue expérimenté (L2).

Aujourd'hui, que peut-on dire de l'impact du dépistage organisé du cancer du sein ?

▶ Détection

Le dépistage par mammographie permet de détecter, avant tout symptôme, 90 % des cancers du sein. La répétition de l'examen tous les 2 ans améliore encore cette capacité de détection précoce.

▶ Mortalité

Aucune étude ne permet en l'état d'estimer précisément l'impact du programme national de dépistage français depuis sa généralisation en 2004 sur la mortalité en raison de l'absence de population de référence, la pratique du dépistage individuel étant déjà répandue avant la mise en place du programme.

Les différentes méta-analyses et évaluations des essais randomisés publiées à ce jour s'accordent sur un effet bénéfique du dépistage sur la mortalité par cancer du sein, avec selon les études, une réduction de l'ordre de 15 à 21% parmi les femmes invitées. C'est-à-dire que le dépistage permet d'éviter jusqu'à un décès par cancer du sein sur cinq parmi les femmes invitées à participer au dépistage.

▶ Trajectoire de soins

Un travail publié en 2018 mené par l'INCa comparait, parmi les femmes à risque moyen de cancer du sein, les stades au diagnostic et les traitements reçus pour des cancers diagnostiqués suite à une mammographie de dépistage organisé versus des cancers diagnostiqués suite à une mammographie bilatérale hors dépistage organisé. Les cancers infiltrants localisés (N0M0) étaient plus fréquents dans le groupe DO (75 % versus 66 %), tandis que les cancers avec une atteinte à distance étaient plus fréquents dans le groupe hors DO (15% versus 22% pour l'envahissement ganglionnaire régional, 3% versus 9% pour les métastases). Globalement, les femmes avaient plus souvent une chirurgie conservatrice dans le groupe DO par rapport au groupe hors DO (82 % versus 70 %), et moins souvent une chimiothérapie (34 % versus 53 %).

A stade de cancer égal entre les deux groupes (N0M0 ou N+M0), les traitements étaient moins lourds dans le groupe DO (plus de chirurgie conservatrice et moins de chimiothérapie) que dans le groupe hors DO.

▶ Risques et limites

Parce qu'il recherche une lésion dans une population sans symptôme, le dépistage par mammographie est susceptible, par nature, de générer un surdiagnostic. Le surdiagnostic correspond à la détection de lésions cancéreuses qui n'auraient pas évolué vers une présentation clinique ou symptomatique au cours de la vie de l'individu. Selon les études publiées, le surdiagnostic pourrait être de l'ordre de 1 à 10 %, voire 20 % des cancers détectés.

Le risque de développer un cancer à la suite d'une exposition à la mammographie est établi mais apparaît faible. Le risque de décès par cancer radio-induit est de l'ordre de 1 à 20 pour 100 000 femmes ayant réalisé une mammographie tous les 2 ans pendant 10 ans. Le nombre de décès évités avec le dépistage est largement supérieur au risque de décès par cancer radio-induit (150 à 300 décès évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme de dépistage pendant 7 à 10 ans).

En l'absence de registre national des cancers, on ne peut fournir qu'une estimation partielle sur les cancers de l'intervalle. Pour 1 000 femmes qui réalisent un dépistage, on estime que moins de deux d'entre elles développeront un cancer de l'intervalle.

La valeur prédictive positive de la mammographie de dépistage, c'est-à-dire la probabilité d'avoir un cancer si le dépistage est positif (après bilan diagnostique réalisé par le premier lecteur ou demandé suite à la seconde lecture) est en constante augmentation depuis 2008 (17.7% en 2008 et 21.7% en 2020) traduisant une diminution de la proportion des faux positifs.

Quelques chiffres en région Centre-Val de Loire

La région Centre-Val de Loire se situe au 7^e rang de participation au niveau national.

La principale raison de la diminution de la participation (-2.5 points en région Centre-Val de Loire par rapport à 2021-2022) est la démographie médicale des radiologues qui chute régulièrement, avec pour conséquence un allongement des délais de rendez-vous.

Pour rappel l'objectif européen est de 70% de femmes réalisant un dépistage.

Participation au dépistage organisé du cancer du sein 2022 - 2023

Cher	50,0%
Eure-et-Loir	49,7%
Indre	47,8%
Indre-et-Loire	56,0%
Loir-et-Cher	52,6%
Loiret	50,0%
Centre-Val de Loire	51,5%
France	46,5%

Les programmes de dépistage organisés des cancers sont évalués à partir des données des CRCDC par Santé publique France. La publication des évaluations individuelles porte sur des résultats consolidés, la publication 2024 concerne la période 2019-2020.

2019 - 2020	Centre-Val de Loire	France
Nombre de femmes dépistées	220 901	4 832 987
Nombre de dépistages positifs* (taux pour 1000 femmes dépistées)	8 008 (37‰)	168 799 (36‰)
Nombre de cancers dépistés (taux pour 1000 femmes dépistées) dont dépistés en L2	1 777 (7,8‰) 74 (4,2%)	38 773 (7,8‰) 1 821 (4,7%)
<ul style="list-style-type: none">Proportion de cancer canalaire in situ	12,6%	13,9%
<ul style="list-style-type: none">Proportion de cancer invasif < 10 mm et N0 parmi les cancers invasifs	33%	32,1%

Cartographie de la participation

au dépistage du cancer du sein et autres données publiées par Santé publique France.



*Nombre de dépistages positifs après bilan réalisé par le premier lecteur ou demandé suite à la seconde lecture, il s'agit du nombre de femmes mises sous surveillance suite à leur dépistage.

Source : Santé publique France. Indicateurs de performance du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein>

Et maintenant ?

Les évolutions des techniques d'imagerie (tomosynthèse, intelligence artificielle) doivent encore trouver leur place dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein. La HAS a publié le 2^e volet du rapport sur l'évaluation de la performance et de la place de la mammographie par tomosynthèse dans le programme national de dépistage organisé du cancer du sein en avril 2023. Il y est recommandé le maintien de l'organisation actuelle (mammographie 2D) dans l'attente de la validation de la performance des clichés 2D synthétique (image 2D reconstruite numériquement à partir d'images 3D) en remplacement des clichés 2D pour la seconde lecture.



L'INCa va publier prochainement des données sur l'impact du programme de dépistage dans ses modalités actuelles et selon des scénarios possibles d'évolution du programme (dématérialisation, tomosynthèse, âge cible ...).

Sources :

- INCa. Panorama des cancers en France. 2024. Disponible sur : www.e-cancer.fr
- Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p. Disponible sur : www.santepubliquefrance.fr
- INCa. Dépistage du cancer du sein : impact sur les trajectoires de soins. Fiche d'analyse. Collection Les données. Juin 2018.
- INCa. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein. 2013. Disponible sur : www.e-cancer.fr
- Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr
- Institut National du Cancer : www.e-cancer.fr



FICHE PRATIQUE

PRÉVENTION DU CANCER DU SEIN

RÔLE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR



**DÉPISTAGE
DESCANCÈRES**
Centre de coordination
Centre-Val de Loire

PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Population cible	<ul style="list-style-type: none"> Femmes de 50 à 74 ans
Règle d'invitation	<ul style="list-style-type: none"> Invitation tous les 2 ans par l'Assurance Maladie
Test	<ul style="list-style-type: none"> Examen clinique des seins et mammographie (au moins 2 incidences par sein) Échographie mammaire réalisée le même jour si besoin
Avantages du DO	<ul style="list-style-type: none"> Deuxième lecture des examens négatifs (ACR1 et ACR2) au CRCDC Réinvitations régulières pour le respect d'un suivi tous les 2 ans Contrôle qualité (mammographe, seuil d'activité des radiologues) Suivi par le CRCDC des résultats des dépistages positifs avec courrier de rappel/relance en cas de contrôle non fait Évaluation nationale par Santé publique France
Remboursement	<ul style="list-style-type: none"> Examen clinique et mammographie pris en charge à 100 % sans avance de frais Si échographie réalisée, prise en charge dans les conditions habituelles (assurance maladie + mutuelle ou C2S) Examens complémentaires suite à un dépistage positif pris en charge aux conditions habituelles (assurance maladie + mutuelle ou C2S)

RÔLE IMPORTANT DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

- Informer sur l'intérêt de l'examen de dépistage et sur les avantages du DO (2^e lecture, invitations régulières).
- Rappeler qu'il est important d'amener les clichés d'il y a deux ans au radiologue pour aider à l'interprétation
- Repérer les situations nécessitant la réalisation d'une surveillance particulière (dépistage individuel) :
 - ▶ **antécédents personnels de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ** : mammographie annuelle sans limite de durée.
 - ▶ **antécédents personnels d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire du sein ou de carcinome lobulaire in situ** : mammographie annuelle pendant 10 ans.
 - ▶ **antécédents d'irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin)** : examen clinique et IRM annuel à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation et au plus tôt à 20 ans pour l'examen clinique et 30 ans pour l'IRM. En complément, une mammographie annuelle (une incidence oblique) et une éventuelle échographie sont recommandées. Pas de limite de durée.
 - ▶ **antécédents familiaux de cancer du sein** : plusieurs cas de cancer du sein ou de l'ovaire dans la même branche parentale (score d'Eisinger > 3, voir au verso pour le calcul), mutation génétique identifiée (cf Référentiel INCa 2017).
- Initier le dialogue avec la femme pour l'aider à lever ses freins éventuels (voir au verso).
- Orienter les femmes vers un centre de radiologie participant au DO (la liste des radiologues agréés de la région CVL est sur notre site www.depistage-cancer.fr).
- En cas de dépistage positif, orienter la femme pour poursuivre les investigations et assurer ensuite la prise en charge et le suivi en cas de lésion détectée.

➡ A partir de 25 ans : faire un examen clinique des seins annuels à toutes les femmes.

➡ Avant 50 ans et après 74 ans : en l'absence de facteur de risque justifiant un dépistage spécifique, il est recommandé un examen clinique des seins annuel. Une prescription est nécessaire pour réaliser une mammographie.

➡ Entre 2 mammographies, surveiller certains symptômes évoquant un cancer du sein :

- tuméfaction, inflammation
- eczéma du mamelon, écoulement mamelonnaire
- rétraction cutanée ou mamelonnaire
- adénopathie axillaire et/ou mammaire interne, sus claviculaire



ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : CALCUL DU SCORE D'EISINGER ET CONDUITE À TENIR

Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire avant 70 ans	4

Pour calculer le score d'Eisinger, les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (maternelle ou paternelle)

Score d'Eisinger < 3

- Si < 50 ans : examen clinique annuel dès 25 ans
- Si > 50 ans : dépistage organisé

Score d'Eisinger > 3

- Consultation d'oncogénétique

CLASSIFICATION PAR LE RADIOLOGUE DES RÉSULTATS DE MAMMOGRAPHIES ET CONDUITE À TENIR

Classification	Signification	Conduite à tenir
ACR 0	Classification provisoire	Investigations supplémentaires nécessaires (agrandissement pour des calcifications, échographie, IRM, etc.)
ACR 1	Mammographie normale	
ACR 2	Présence d'anomalies bénignes	Ni surveillance, ni examen complémentaire
ACR 3	Présence d'une anomalie probablement bénigne	Surveillance à court terme dont un 1 ^{er} contrôle à 4 ou 6 mois généralement
ACR 4	Présence d'une anomalie suspecte	Indication d'une vérification histologique (microbiopsie, macrobiopsie ou biopsie chirurgicale)
ACR 5	Présence d'une anomalie évocatrice d'un cancer	Biopsie systématique ou exérèse chirurgicale
ACR 6	Preuve histologique de cancer	Indication de prise en charge spécialisée

FREINS AU DÉPISTAGE / LEVIERS

- Anxiété, douleur liée à la compression, peur du diagnostic - **Manipulateurs et radiologues spécifiquement formés pour la mammographie. La compression est nécessaire pour avoir des images interprétables. Les chances de guérisons sont meilleures si le cancer du sein est détecté précocément.**
- Faux négatifs et faux positifs :
 - ▶ **la mammographie permet de détecter 90% des cancers du sein.**
 - ▶ sur 1000 femmes dépistées, 36 auront un dépistage positif, 8 femmes auront un diagnostic de cancer du sein et moins de 2 femmes développeront un cancer entre 2 dépistages.
 - ▶ **la 2^e lecture permet de détecter en moyenne 4% des cancers.**
- Surdiagnostic (estimations de 1 à 20% des cancers selon les études) et surtraitement :
 - ▶ lié à l'amélioration des techniques de diagnostic.
 - ▶ actuellement il est difficile de prédire l'évolutivité d'un cancer au moment du diagnostic.
- Risque théorique existant lié à l'irradiation :
 - ▶ **le risque est faible**
 - ▶ **la dose totale des rayons X délivrée à une femme qui réalise ses mammographies tous les 2 ans de 50 à 74 ans (13 mammographies) est équivalente ou inférieure à la dose reçue pour un scanner abdominal.**