

# Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France

Bilan du programme pilote :  
actualisation des données au 1<sup>er</sup> novembre 2007

Hélène Goulard, Marjorie Boussac-Zarebska, Emmanuelle Salines, Juliette Bloch et les médecins coordinateurs\*

## LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

En France, le cancer colorectal est un enjeu majeur de santé publique, tant par le nombre de nouveaux cas que par le nombre de décès par an<sup>1</sup>. Mis en place dans 23 départements pilotes, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal sera généralisé à l'ensemble du territoire en 2009. Il repose sur le test Hémocult® (recherche de sang occulte dans les selles) proposé tous les deux ans (campagne d'invitations) aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer. Une coloscopie complète doit être pratiquée systématiquement en cas de test positif.

Les structures de gestion départementales du dépistage organisé sont chargées d'inviter la population concernée et de veiller au bon déroulement du suivi. Le premier courrier invite la population à se rendre chez son médecin généraliste (consultation non prise en charge par le dépistage organisé), et c'est le médecin généraliste qui décide, au regard des antécédents de la personne, de l'opportunité ou non de faire un test Hémocult®. Une première relance postale est prévue trois mois après l'envoi des premières invitations dans le cas où le test n'a pas été fait. Elle est suivie si besoin, six mois après, d'un second courrier de relance contenant le test.

La Direction générale de la santé<sup>2</sup> et l'Institut national du cancer<sup>3</sup> copilotent le programme au niveau national. Un cahier des charges publié en 2006 en décrit l'organisation<sup>4</sup>. L'Institut de veille sanitaire est chargé de son évaluation épidémiologique et mesure les différents indicateurs à partir des données recueillies régulièrement auprès des structures de gestion. Une première évaluation du programme pilote a été faite en 2006 ainsi qu'une mise à jour publiée en 2007<sup>5</sup>. Les résultats présentés concernent les deux premières campagnes du programme pilote, à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2007.

### French colorectal cancer screening pilot programme: updating in 2007

In France, a pilot population-based screening programme was set up in 2002. In 2006, 23 French districts were included, targeting a population of more than 5 millions people. Within this programme biennial screening with Fecal Occult Blood Test (FOBT) is proposed for average risk subjects, aged 50 to 74. Men and women receive letters from a monitoring centre and are invited to consult their GP who provides the FOBT. Test reading is centralized. People with a positive test result are offered a complete colonoscopy. Updating of results of the first-round performance indicators are presented. The overall participation rate for the 22 districts which have completed a first-round reached 42%, varying according to district from 31% to 54%. Overall 3.4% of the tests were technically inadequate and the overall positive test rate was 2.7% (range 1.9 - 3.7%). In the 19 districts with data on colonoscopies, colonoscopies were performed in 87% of positive tests. A total of 3, 289 people with cancer and 10,884 people with adenomas were diagnosed. The cancer rate was 2.3‰ (range 1.4‰ to 3.2‰) and was higher in men (3.3‰) than in women (1.4‰), and increased with age reaching 4.2‰ among people 70-74 years old. The overall adenomas rate reached 7.5‰ (3.7‰ for adenomas of 1 cm or more). The percentage of colonoscopy which detected a cancer was 9.3% (range 6.5% to 16.6%) and 33.1% for adenomas. Of the 2 504 invasive cancers, 23% were of unknown stage, 33% stage I, 18% stage II, 18% had lymph node involvement and 8% had distant metastasis. The overall participation rate for 11 districts after a second-round reached 40%. Among people performing the test for the first time 2.7% tests were positive and 2.2% for those performing the second time. These results suggest that the indicators are in agreement with previous French results and international references. In 2008 coverage of the programme will be progressively extended. By the end of 2009 all the 100 districts will have actively started implementing the programme.

<sup>1</sup> <http://www.invs.sante.fr/surveillance>

<sup>2</sup> <http://www.sante-sports.gouv.fr/>

<sup>3</sup> <http://www.e-cancer.fr/>

<sup>4</sup> Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, Annexes. JO du 21 décembre 2006

<sup>5</sup> [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer\\_colon\\_rectum/cancer\\_colon\\_rectum.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/cancer_colon_rectum/cancer_colon_rectum.pdf)

## MÉTHODOLOGIE

Les résultats reposent sur des données agrégées par classe d'âge et par sexe transmises à l'InVS par les structures de gestion : nombre de personnes dépistées, nombre de tests réalisés, nombre de coloscopies réalisées, nombre et nature des lésions détectées, stades des cancers dépistés, etc. Ces données permettent de calculer les principaux indicateurs de pilotage et de suivi épidémiologique du programme. Au 1<sup>er</sup> novembre 2007, 22 départements sur 23 avaient clôturé leur première campagne d'invitation. Dans 19 départements, le recul est suffisant pour décrire les résultats complets des coloscopies et une deuxième campagne était achevée dans 11 départements.

Le taux de participation est calculé en rapportant le nombre de personnes ayant réalisé le test de dépistage, au nombre de personnes concernées par le dépistage pendant la durée d'une campagne. Cette dernière population, dite population cible, est celle des personnes de 50 à 74 ans, estimée selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (estimations localisées de population), de laquelle sont soustraites les personnes ayant signalé des antécédents personnels d'adénomes ou de cancers, des antécédents familiaux de cancer colorectal ou encore ayant eu une coloscopie datant de moins de cinq ans (exclusions médicales). Pour calculer les indicateurs concernant les lésions détectées, il faut disposer du suivi des personnes ayant un test positif : résultats de la coloscopie et résultats anatomo-cytopathologiques en cas de lésions. Le délai de recueil des résultats du suivi d'un test positif a été fixé arbitrairement à 12 mois après la fin de la campagne.

## PREMIÈRE CAMPAGNE RÉSULTATS – 22 DÉPARTEMENTS

### La participation

Le taux de participation moyen s'élève à 42 %, soit environ 1 600 000 personnes dépistées et 400 000 personnes exclues du dépistage organisé pour des raisons médicales (de 31 % à 54 % selon le département), relances comprises (tableau 1). Cinq départements dépassent les 50 % de participation et 8 départements ont moins de 40 %. Ce taux est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (47 % vs 40 %), il augmente jusqu'à 64 ans en moyenne et diminue chez les personnes de 65-74 ans. En revanche, la classe d'âge où la participation est la meilleure varie. En général, ce sont les hommes de 50-54 ans qui se font le moins dépister (32 %) et les femmes de 60-64 ans qui font le test le plus fréquemment (50 %).

Le pourcentage d'exclusions médicales varie selon les départements de 5 % à 16 %, en particulier parce que les procédures permettant de documenter ces exclusions varient et/ou se sont mises en place progressivement. Ce pourcentage augmente avec l'âge. Les exclusions médicales étant déduites du dénominateur (population cible) dans le calcul des taux de participation, il serait souhaitable qu'elles soient mieux documentées, que ce soit par le médecin généraliste, par le patient lui-même ou encore au moyen de système d'information existant (par exemple, les bases de données de l'Assurance maladie ou les services d'information médicale des établissements (DIM)). Non seulement cela éviterait d'inviter et de relancer des personnes non concernées par ce dépistage, mais cela permettrait de mieux évaluer le taux de participation.

**TABLEAU 1**

**NOMBRE DE MOIS D'ACTIVITÉ ET TAUX DE PARTICIPATION À LA 1<sup>RE</sup> CAMPAGNE – 22 DÉPARTEMENTS AU 1<sup>ER</sup> NOVEMBRE 2007**

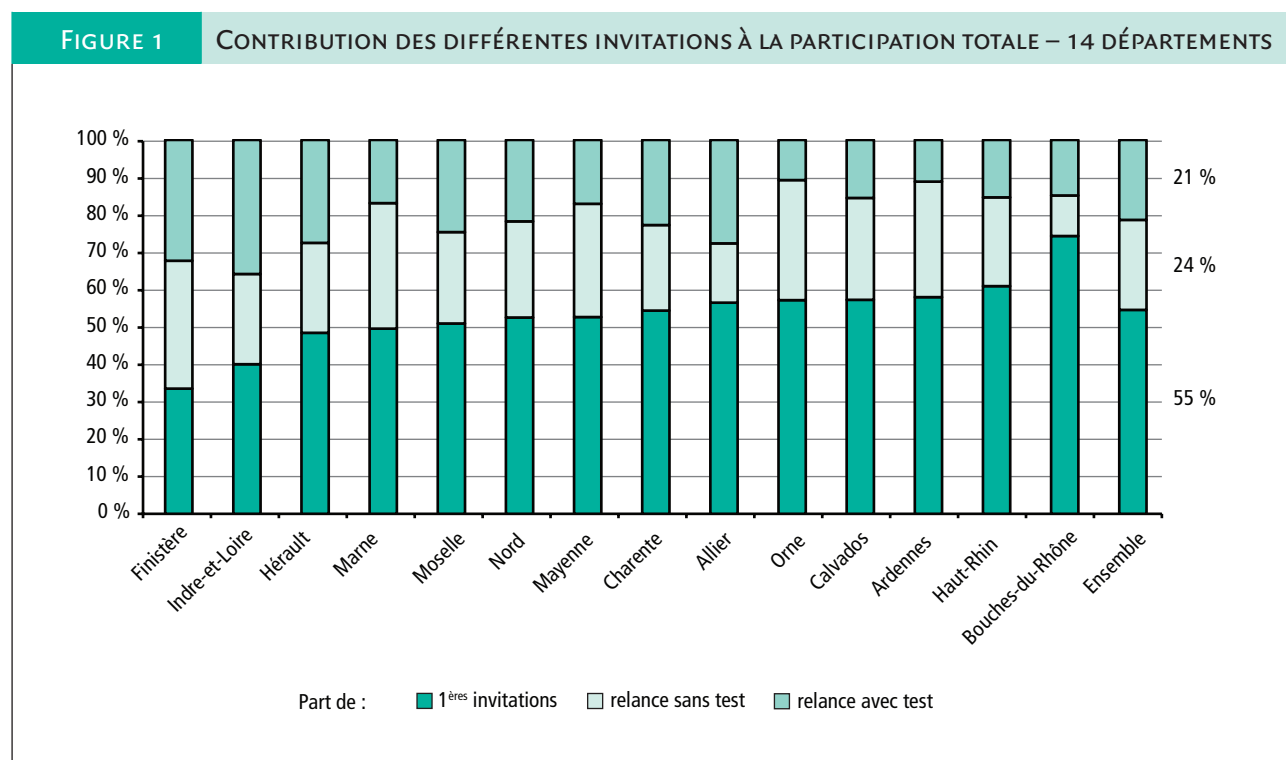
Département	Nombre de mois d'activité au 1 <sup>er</sup> novembre 2007	Date de début 1 <sup>re</sup> campagne	Nombre de personnes 50-74 ans Insee*	Taux de participation 1 <sup>re</sup> campagne %
Allier	45	Février 2004	105 218	51,1
Alpes-Maritimes	33	Janvier 2005	306 977	\$
Ardennes	35	Décembre 2004	75 673	44,6
Bouches-du-Rhône	59	Décembre 2002	489 182	43,9
Calvados	41	Juin 2004	170 547	35,8
Charente	50	Septembre 2003	100 333	32,0
Côte-d'Or	57	Février 2003	129 409	50,1
Finistère	38	Septembre 2004	241 063	49,6
Hérault	49	Octobre 2003	258 741	31,4
Ille-et-Vilaine	59	Décembre 2002	217 825	50,8
Indre-et-Loire	49	Octobre 2003	148 167	43,4
Isère	66	Mai 2002	277 727	31,1
Marne	35	Décembre 2004	140 682	46,4
Mayenne	48	Novembre 2003	76 797	50,4
Moselle	38	Septembre 2004	270 781	40,8
Nord	47	Décembre 2003	588 598	32,6
Orne	41	Juin 2004	83 231	47,8
Puy-de-Dôme	42	Mai 2004	173 148	37,1
Pyrénées-Orientales	42	Mai 2004	126 077	32,4
Haut-Rhin	50	Septembre 2003	187 714	54,2
Saône-et-Loire	58	Janvier 2003	160 018	49,7
Essonne	48	Novembre 2003	276 789	35,1
<b>Ensemble</b>			<b>4 604 697</b>	<b>42,4</b>

\* Dénominateur de population calculé à partir des estimations Insee au prorata des mois d'activité dans une année.

\$ Données non prises en compte car des relances ont été envoyées jusqu'en juin 2008.

## L'utilité des relances postales en première campagne

Sur 100 personnes dépistées, 55 le sont après la première invitation, 24 et 21 suite à la première et deuxième relance respectivement. Ces chiffres varient sensiblement selon les départements (figure 1).



### Une qualité des tests de dépistage satisfaisante en première campagne

Le taux de tests non analysables doit être suivi très régulièrement par le centre de lecture car il est important d'en comprendre les causes pour y remédier. Il peut s'agir de dépassement des dates de péremption du test, de délai supérieur à 15 jours entre réalisation et réception du test par le laboratoire (par exemple lors de grève des postes), ou de mauvaise réalisation du test (dépôt de selles trop important). Le taux moyen de personnes ayant un test non analysable s'élève à 3,2 % (0,6 % à 6,5 %) (tableau 2). Il est de 3,0 % chez les hommes et de 3,3 % chez les femmes, et il augmente avec l'âge. Les taux les plus élevés sont dus à des dysfonctionnements ponctuels. Les variations interdépartementales sont aussi liées à une variabilité de la liste des causes de non lecture entre les centres de lecture. Une liste "officielle" validée par le Groupe national de suivi (GNS) devrait diminuer cette variabilité. Lorsque le test n'a pas pu être analysé, un nouveau test est renvoyé par la poste. Le pourcentage moyen de tests non analysables refaits atteint 75 %. Quel que soit l'âge, les femmes refont le test plus souvent que les hommes. Cependant les personnes dont le test n'a pu être analysé, et qui ne le refont pas, s'exposent à une perte de chance.

### 42 722 personnes pour lesquelles le test a détecté du sang dans les selles

Le taux de personnes ayant un test positif est plus élevé chez les hommes que les femmes (3,3 % vs 2,3 %). Il augmente avec l'âge dans la majorité des départements, de 2,2 % chez les personnes de 50-54 ans à 3,4 % chez les personnes de 70-74 ans. Le taux moyen de personnes ayant un test positif s'élève à 2,7 % en première campagne (tableau 3). Les pourcentages les plus élevés sont dans le Nord (3,7 %), le Haut-Rhin (3,4 %) et l'Orne (3,5 %). En revanche, l'Isère, les Bouches-du-Rhône, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales ont les pourcentages les plus bas : entre 1,9 % à 2,2 %. Il s'agit de taux bruts qui doivent, pour les comparaisons entre départements, être interprétés en fonction de la structure démographique des personnes dépistées, car la fréquence des lésions augmente avec l'âge et est plus élevée chez les hommes. Les taux standardisés n'ont pas été calculés.

### La coloscopie est réalisée par 87 % des personnes suite à un test positif

Au 1<sup>er</sup> novembre 2007, dans le cadre de la première campagne, 33 481 personnes avaient réalisé une coloscopie suite à un test positif correspondant à un taux moyen d'exploration de 87 % (tableau 4). Une différence n'est pas observée par sexe. La classe d'âge pour laquelle le taux est le plus élevé diffère selon les départements. Six départements, le Calvados, le Finistère, l'Indre-et-Loire, l'Ille-et-Vilaine, la Mayenne et

l'Orne, dépassent 90 % de coloscopies réalisées. Le taux de réalisation est le plus bas dans le Nord (75 %), les Pyrénées-Orientales (77 %) et en Côte-d'Or (79 %) (tableau 4). La non-réalisation d'une coloscopie après un test positif est une réelle perte de chance car près de 33 coloscopies sur 100 ont permis de détecter un ou plusieurs adénomes (quelle que soit leur taille), lésions précancéreuses qui sont retirées habituellement au cours de la coloscopie. Neuf coloscopies sur 100 ont permis de détecter un cancer colorectal (valeur prédictive positive pour un cancer : 9,3 %) et ce pourcentage variait de 6,5 % à 16,6 % selon les départements (tableau 5). Le taux d'exploration par coloscopie en cas de test positif est plus élevé en France que dans les autres pays. En Italie, il atteignait 75,3 % sur la première campagne, et au Royaume-Uni, dans la première phase pilote, il était de 82 %. Le taux de référence de plus de 90 % de coloscopies réalisées est un objectif réaliste puisqu'atteint dans certains départements.

### Dépistage d'un adénome chez 10 884 personnes et d'un cancer colorectal chez 3 289 personnes

Au total, 3 289 personnes ont eu un cancer détecté grâce à ce dépistage, soit un taux de 2,2 pour 1 000 personnes dépistées, 1,3 ‰ chez les femmes et 3,2 ‰ chez les hommes. Le Haut-Rhin était le département où ce taux était le plus élevé (3,2 ‰) (tableau 6). Le programme a permis de détecter au moins un adénome chez 10 884 personnes, soit 7,5 pour 1 000 personnes dépistées, dont 5 352 personnes avec un adénome  $\geq 1$  cm, soit 3,7 ‰ (tableau 6).

### Plus de lésions chez les 70-74 ans et chez les hommes

Le taux de détection d'adénomes et de cancers est plus élevé chez les hommes : 10,9 ‰ contre 4,8 ‰ chez les femmes pour les adénomes et 3,3 ‰ contre 1,4 ‰ pour les cancers. Qu'il s'agisse d'adénome ou de cancer, les taux de détection augmentent avec l'âge. Ils passent de 4,9 à 10,4 ‰ pour les adénomes et de 0,9 à 4,3 ‰ pour les cancers entre 50-54 ans et 70-74 ans.

### Un programme qui permet de détecter des cancers à des stades précoces

La classification histologique des cancers colorectaux selon la classification pTNM est la suivante : pT1 : tumeur envahissant la sous-muqueuse, pT2 : tumeur envahissant la musculature, pT3 : tumeur envahissant à travers la musculature, la sous-séreuse, et les tissus péricoliques et péirectaux extrapéritonéaux, pT4 : tumeur perforant le péritoine viscéral ou envahissant les autres organes ou structures. Parmi la totalité des 3 289 cancers, les cancers intra-épithéliaux ou envahissant la muqueuse (ou cancers *in situ*) concernaient 785 personnes (24 %) de l'ensemble des cancers (figure 2). Parmi les 2 504 cancers restants, 1 933 étaient des cancers invasifs dont 42 % étaient de stade I-pT1T2NOMO, 24 % de stade II-pT3T4NOMO, 24 % de stade III, et 10 % étaient des cancers métastasés (figure 3). Le pourcentage de cancers de "bon" pronostic est de 66 % (stade I et II). Les cancers dont le statut métastatique n'est pas disponible (Mx) ont été comptabilisés dans les cancers inconnus. Au total, le stade de 571 cancers était inconnu. Le pourcentage de 17 % de cancers dont le stade n'est pas connu ou mal classé est encore trop élevé.

Département	Nombre de personnes ayant réalisé au moins un test			Taux de personnes ayant un test non analysable							
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	Ensemble
	Allier	21 229	26 310	47 539	2,2 %	2,5 %	1,7 %	2,0 %	2,5 %	2,7 %	2,9 %
Alpes-Maritimes	16 327	25 140	41 467	2,1 %	1,5 %	1,8 %	2,0 %	1,7 %	1,7 %	1,6 %	1,7 %
Ardennes	13 707	16 923	30 630	3,4 %	4,1 %	3,2 %	3,3 %	4,1 %	3,5 %	5,2 %	3,8 %
Bouches-du-Rhône	79 803	100 443	180 246	2,3 %	2,4 %	2,3 %	2,1 %	2,4 %	2,5 %	2,6 %	2,4 %
Calvados	23 215	32 935	56 150	2,5 %	2,7 %	2,3 %	2,0 %	2,4 %	3,1 %	3,7 %	2,6 %
Charente	13 242	16 406	29 648	5,6 %	6,3 %	5,1 %	5,5 %	6,2 %	6,5 %	6,9 %	6,0 %
Côte-d'Or	26 370	32 481	58 851	4,6 %	4,6 %	4,2 %	4,3 %	4,9 %	5,0 %	5,4 %	4,6 %
Finistère	45 231	57 747	102 978	5,8 %	7,1 %	6,1 %	6,2 %	6,5 %	6,5 %	7,6 %	6,5 %
Hérault	34 472	39 670	74 142	1,7 %	1,9 %	1,5 %	1,4 %	2,0 %	2,1 %	2,3 %	1,8 %
Ille-et-Vilaine	43 139	53 387	96 526	3,0 %	3,3 %	2,2 %	2,7 %	3,2 %	3,7 %	4,6 %	3,2 %
Indre-et-Loire	25 772	33 101	58 873	3,1 %	3,4 %	2,4 %	2,5 %	3,3 %	4,2 %	4,6 %	3,3 %
Isère	29 893	34 572	64 465	3,1 %	3,3 %	2,7 %	3,0 %	3,3 %	3,6 %	3,8 %	3,2 %
Marne	25 953	31 905	57 858	4,1 %	4,2 %	3,1 %	3,9 %	4,2 %	5,0 %	5,4 %	4,2 %
Mayenne	16 099	20 233	36 332	4,4 %	4,9 %	4,0 %	4,2 %	4,5 %	5,3 %	5,9 %	4,7 %
Moselle	45 274	55 459	100 733	2,5 %	3,4 %	2,0 %	2,6 %	3,0 %	3,3 %	4,9 %	3,0 %
Nord	78 632	103 797	182 429	2,1 %	2,6 %	2,2 %	2,1 %	2,4 %	2,5 %	2,9 %	2,4 %
Orne	15 313	21 355	36 668	4,8 %	5,0 %	4,8 %	4,6 %	4,3 %	5,3 %	5,8 %	4,9 %
Puy-de-Dôme	23 682	35 098	58 780	2,0 %	2,6 %	1,4 %	1,9 %	2,7 %	3,0 %	3,3 %	2,3 %
Pyrénées-Orientales	17 742	21 674	39 416	1,4 %	1,7 %	1,3 %	1,4 %	1,6 %	1,7 %	2,0 %	1,6 %
Haut-Rhin	42 569	48 679	91 248	2,8 %	3,2 %	2,7 %	2,9 %	3,2 %	2,8 %	3,5 %	3,0 %
Saône-et-Loire	33 835	42 235	76 070	5,2 %	5,0 %	4,3 %	4,8 %	5,2 %	5,2 %	6,2 %	5,1 %
Essonne	29 757	36 748	66 505	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %
<b>Ensemble</b>	<b>701 256</b>	<b>886 298</b>	<b>1 587 554</b>	<b>3,0 %</b>	<b>3,3 %</b>	<b>2,7 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>3,2 %</b>	<b>3,5 %</b>	<b>4,0 %</b>	<b>3,2 %</b>

- Non disponible ou incohérent.

TABLEAU 3

PREMIÈRE CAMPAGNE – 22 DÉPARTEMENTS – NOMBRE DE PERSONNES AYANT RÉALISÉ UN TEST ANALYSABLE ET TAUX DE PERSONNES AYANT UN TEST POSITIF PAR SEXE ET PAR CLASSE D'ÂGE

Département	Nombre de personnes ayant réalisé un test analysable			Taux de personnes ayant un test positif							
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	Ensemble
Allier	21 100	26 145	47 245	3,7	2,4	2,6	2,8	2,6	3,4	3,6	3,0
Alpes-Maritimes	15 983	24 767	40 750	3,3	2,3	1,9	2,2	2,6	2,9	3,2	2,7
Ardennes	13 552	16 711	30 263	3,8	2,3	2,2	3,2	2,8	3,1	4,0	3,0
Bouches-du-Rhône	79 038	99 524	178 562	2,5	1,7	1,6	1,9	2,3	2,3	2,7	2,1
Calvados	22 990	32 642	55 632	3,0	2,4	2,2	2,3	2,8	3,0	3,5	2,7
Charente	13 122	15 255	28 377	3,0	2,3	2,0	2,8	2,4	2,6	3,6	2,6
Côte-d'Or	25 498	31 662	57 160	3,7	2,3	2,6	2,7	2,9	3,3	3,4	2,9
Finistère	43 498	55 055	98 553	2,7	1,9	1,7	1,8	2,3	2,7	3,0	2,3
Hérault	34 059	39 145	73 204	2,6	1,6	1,6	1,9	2,1	2,4	2,6	2,1
Ille-et-Vilaine	42 861	53 019	95 880	3,0	2,2	2,0	2,2	2,9	2,8	3,5	2,6
Indre-et-Loire	25 586	32 848	58 434	3,6	2,3	2,5	2,6	2,8	3,2	3,6	2,9
Isère	29 704	34 344	64 048	2,3	1,5	1,5	1,5	2,3	2,2	2,3	1,9
Marne	25 677	31 526	57 203	3,5	2,3	2,4	2,5	2,8	3,3	3,5	2,8
Mayenne	15 954	20 039	35 993	3,7	2,6	2,5	2,6	3,4	3,5	3,7	3,1
Moselle	44 717	55 558	100 275	3,4	2,4	2,0	2,5	2,8	3,3	3,8	2,8
Nord	78 178	103 092	181 270	4,6	3,1	3,0	3,4	3,8	4,2	4,6	3,7
Orne	14 976	21 078	36 054	4,3	3,0	2,8	2,9	3,8	4,0	4,2	3,5
Puy-de-Dôme	23 542	34 883	58 425	2,8	2,0	2,0	2,1	2,3	2,6	2,8	2,3
Pyrénées-Orientales	17 566	18 406	35 972	2,5	1,9	1,7	1,7	1,8	4,2	2,5	2,2
Haut-Rhin	42 241	48 327	90 568	4,0	2,9	2,5	3,1	3,7	4,0	4,4	3,4
Saône-et-Loire	33 427	41 799	75 226	3,5	2,1	2,3	2,6	2,7	3,1	3,2	2,7
Essonne	29 586	36 529	66 115	3,2	2,2	2,1	2,3	2,7	3,0	3,4	2,6
Ensemble	692 855	872 354	1 565 209	3,3	2,3	2,2	2,4	2,8	3,1	3,4	2,7

TABLEAU 4

PREMIÈRE CAMPAGNE – 19 DÉPARTEMENTS\* – NOMBRE DE PERSONNES AYANT UN TEST POSITIF ET TAUX DE PERSONNES AYANT RÉALISÉ UNE COLOSCOPIE PARMI LES PERSONNES AYANT UN TEST POSITIF PAR SEXE

Département	Nombre de personnes ayant un test positif			Pourcentage de personnes ayant réalisé une coloscopie		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Allier	785	630	1 415	88,9	88,6	88,8
Bouches-du-Rhône	2 006	1 673	3 679	83,7	82,9	83,3
Calvados	701	775	1 476	90,0	92,8	91,5
Charente	394	353	747	86,5	90,9	88,6
Côte-d'Or	952	721	1 673	78,5	78,9	78,7
Essonne	933	812	1 745	90,0	87,8	89,0
Finistère	1 170	1 067	2 237	90,8	91,9	91,3
Haut-Rhin	1 704	1 392	3 096	89,0	90,4	89,6
Hérault	885	639	1 524	88,1	89,5	88,7
Ille-et-Vilaine	1 303	1 190	2 493	92,8	92,8	92,8
Indre-et-Loire	927	754	1 681	94,5	93,6	94,1
Isère	696	523	1 219	89,5	87,2	88,5
Mayenne	587	527	1 114	91,7	93,2	92,4
Moselle	1 510	1 315	2 825	87,5	86,1	86,9
Nord	3 565	3 183	6 748	74,6	75,7	75,1
Orne	638	622	1 260	91,2	89,7	90,5
Puy-de-Dôme	658	688	1 346	83,3	85,2	84,2
Pyrénées-Orientales	431	357	788	77,0	77,6	77,3
Saône-et-Loire	1 185	874	2 059	81,5	84,0	82,6
Ensemble	21 030	18 095	39 125	86,8	87,3	87,0

\* Le recul est suffisant pour le résultat complet des coloscopies.

FIGURE 2

LES STADES DE CANCER CHEZ LES PERSONNES AYANT UN CANCER DÉPISTÉ EN PREMIÈRE CAMPAGNE – N=3 289

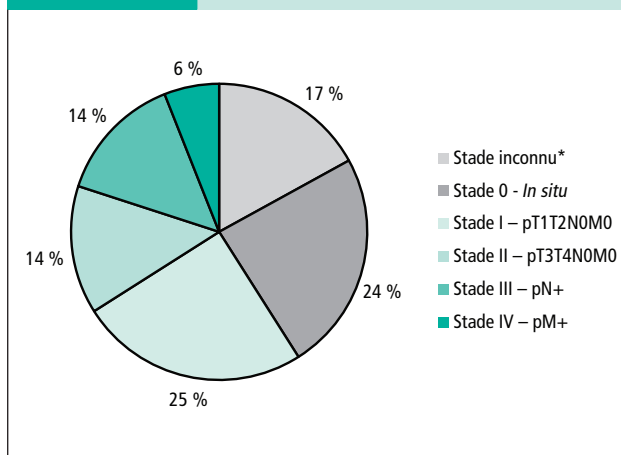
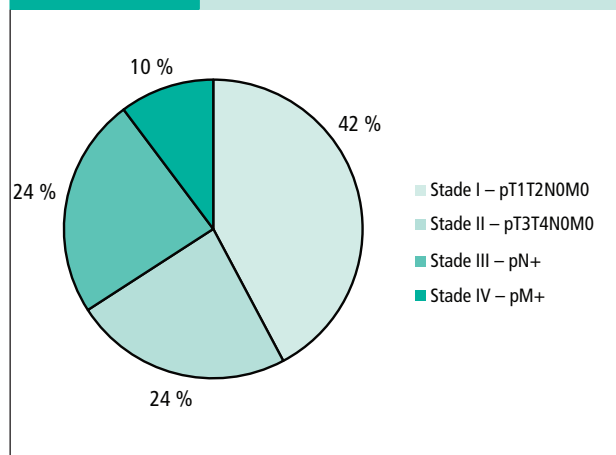


FIGURE 3

LES STADES DE CANCER INVASIF CHEZ LES PERSONNES AYANT UN CANCER DÉPISTÉ EN PREMIÈRE CAMPAGNE – N=1 933



\* Y compris les dysplasies de haut-grade qui sont classées *in situ* par certains anatomo-cytopathologistes.

TABLEAU 5

PREMIÈRE CAMPAGNE – 19 DÉPARTEMENTS\* – NOMBRE DE PERSONNES AYANT RÉALISÉ UNE COLOSCOPIE ET VALEUR PRÉDICTIVE POSITIVE DE LA COLOSCOPIE PAR SEXE SELON LES LÉSIONS DÉTECTÉES

Département	Nombre de personnes ayant réalisé une coloscopie			Valeur prédictive positive pour un cancer			Valeur prédictive positive pour un adénome		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Allier	698	558	1 256	13,8	5,9	10,3	40,5	29,0	35,4
Bouches-du-Rhône	1 679	1 387	3 066	18,8	14,0	16,6	32,0	22,0	27,5
Calvados	631	719	1 350	10,5	6,0	8,1	36,0	24,9	30,1
Charente	341	321	662	11,4	5,9	8,8	42,2	21,8	32,3
Côte-d'Or	747	569	1 316	9,0	6,7	8,0	33,6	18,6	27,1
Finistère	1 062	981	2 043	13,0	7,6	10,4	43,6	25,2	34,8
Hérault	780	572	1 352	9,6	5,2	7,8	56,2	38,8	48,8
Ille-et-Vilaine	1 209	1 104	2 313	11,8	8,9	10,4	41,2	22,3	32,2
Indre-et-Loire	876	706	1 582	11,1	5,1	8,4	45,4	24,5	36,1
Isère	623	456	1 079	13,3	5,3	9,9	34,8	21,5	29,2
Mayenne	538	491	1 029	6,1	6,9	6,5	39,0	23,0	31,4
Moselle	1 322	1 132	2 454	10,6	5,6	8,3	36,0	23,2	30,1
Nord	2 660	2 409	5 069	11,8	8,1	10,1	41,2	28,0	34,9
Orne	582	558	1 140	8,4	5,2	6,8	49,0	35,7	42,5
Puy-de-Dôme	548	586	1 134	14,1	6,1	10,0	47,3	24,6	35,5
Pyrénées-Orientales	332	277	609	7,5	7,2	7,4	-	-	-
Haut-Rhin	1 516	1 258	2 774	13,3	7,4	10,6	45,4	26,0	36,6
Saône-et-Loire	966	734	1 700	10,0	7,5	8,9	37,2	21,9	30,6
Essonne	840	713	1 553	11,7	5,6	8,9	19,3	20,5	19,8
<b>Ensemble</b>	<b>17 950</b>	<b>15 531</b>	<b>33 481</b>	<b>11,4</b>	<b>6,9</b>	<b>9,3</b>	<b>40,0</b>	<b>25,1</b>	<b>33,1</b>

- Non disponible.

\* Le recul est suffisant pour le résultat complet des coloscopies.

TABLEAU 6

PREMIÈRE CAMPAGNE – 19 DÉPARTEMENTS \* – NOMBRE DE PERSONNES AYANT RÉALISÉ UN TEST ET TAUX DE LÉSIONS DÉTECTÉES POUR 1000 PERSONNES DÉPISTÉES PAR SEXE

Département	Nombre de personnes ayant réalisé un test			Taux d'adénomes détectés pour 1000 personnes dépistées			Taux d'adénomes ≥1 cm détectés pour 1000 personnes dépistées			Taux de cancers détectés pour 1000 personnes dépistées		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Allier	21 229	26 310	47 539	13,3	6,2	9,4	7,4	3,2	5,1	4,5	1,3	2,7
Bouches-du-Rhône	79 803	100 443	180 246	6,7	3,0	4,7	3,1	1,2	2,0	4,0	1,9	2,8
Calvados	23 215	32 935	56 150	9,8	5,4	7,2	5,2	2,3	3,5	2,8	1,3	1,9
Charente	13 242	16 406	29 648	10,9	4,3	7,2	6,3	2,5	4,2	2,9	1,2	2,0
Côte-d'Or	26 370	32 481	58 851	9,5	3,3	6,1	5,0	1,4	3,0	2,5	1,2	1,8
Finistère	45 231	57 747	102 978	10,2	4,3	6,9	5,7	2,2	3,7	3,1	1,3	2,1
Hérault	34 472	39 670	74 142	12,7	5,6	8,9	6,9	2,1	4,3	2,2	0,8	1,4
Ille-et-Vilaine	43 139	53 387	96 526	11,5	4,6	7,7	6,5	2,1	4,0	3,3	1,9	2,5
Indre-et-Loire	25 772	33 101	58 873	15,4	5,2	9,7	6,2	1,9	3,8	3,6	1,1	2,2
Isère	29 893	34 572	64 465	7,3	2,8	4,9	4,1	1,5	2,7	2,8	0,7	1,7
Mayenne	16 099	20 233	36 332	13,0	5,6	8,9	7,5	2,1	4,5	2,0	1,6	1,8
Moselle	45 274	55 459	100 733	10,5	4,7	7,3	6,4	2,5	4,3	3,1	1,1	2,0
Nord	78 632	103 797	182 429	13,9	6,5	9,7	6,2	2,7	4,2	4,0	1,9	2,8
Orne	15 313	21 355	36 668	18,6	9,3	13,2	5,4	2,1	3,5	2,9	1,3	2,0
Puy-de-Dôme	23 682	35 098	58 780	10,9	4,1	6,9	5,4	2,1	3,5	3,0	1,0	1,8
Pyrénées-Orientales	17 742	21 674	39 416	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haut-Rhin	42 569	48 679	91 248	16,2	6,7	11,1	10,1	3,3	6,5	4,7	1,9	3,2
Saône-et-Loire	33 835	42 235	76 070	10,6	3,8	6,8	6,1	1,9	3,7	2,9	1,3	2,0
Essonne	29 757	36 748	66 505	5,4	4,0	4,6	3,3	1,9	2,5	3,3	1,1	2,1
Ensemble	645 269	812 330	1 457 599	10,9	4,8	7,5	5,7	2,1	3,7	3,3	1,4	2,3

- Non disponible.

\* Le recul est suffisant pour le résultat complet des coloscopies.

## DEUXIÈME CAMPAGNE RÉSULTATS - 11 DÉPARTEMENTS

Au 1<sup>er</sup> novembre 2007, seuls 11 départements avaient terminé leur deuxième campagne. Le taux de participation calculé pour ces 11 départements atteint 40 % (de 21 % à 55 % selon le département) : 37 % chez les hommes et 43 % chez les femmes. La participation est plus faible en moyenne que celle de la première campagne pour ces mêmes départements (43 %) (tableau 7). Cependant, ce taux de participation en deuxième campagne doit être considéré comme provisoire. En effet, il est sous-estimé du fait qu'au 1<sup>er</sup> novembre 2007, date de la remontée des données, 6 départements sur 11 avaient tout juste terminé leur deuxième campagne d'invitations et que, pour certains départements, toutes les relances n'avaient pas été réalisées. Trois départements ont un taux de participation en augmentation : la Côte-d'Or, la Saône-et-Loire et l'Isère. Un total de 393 653 personnes sont entrées dans le programme pour la

première fois alors que 400 793 personnes ont fait un test pour la deuxième fois. Les taux de tests non analysables sont sensiblement identiques que la personne réalise le test pour la première ou la seconde fois (tableau 8). Le pourcentage de personnes dont le test n'a pas été analysable et qui l'ont refait est trop faible parmi les personnes qui se font dépister pour la première fois (69 %), alors qu'il est de 76 % parmi les personnes qui se font dépister pour la deuxième fois. Toutefois, là encore, ces résultats demandent à être consolidés car le recul a pu être insuffisant pour prendre en compte tous les tests refaits. Le taux de personnes ayant un test positif s'élève à 2,7 % pour les personnes qui font un test pour la première fois et de 2,2 % pour les personnes qui font un test pour la deuxième fois (tableau 8). Comme précédemment, les taux sont plus élevés chez les hommes (3,2 % et 2,7 % respectivement) que chez les femmes (2,3 % et 1,9 % respectivement) (tableau 8). Le 2<sup>e</sup> dépistage, qui ne détecte que les lésions qui se sont développées depuis le premier test, a un taux de dépistages positifs plus faible.

TABLEAU 7

DEUXIÈME CAMPAGNE – 11 DÉPARTEMENTS –  
TAUX DE PARTICIPATION EN PREMIÈRE ET DEUXIÈME CAMPAGNE

Département	Nombre de mois d'activité au 1 <sup>er</sup> novembre 2007	Date de début 1 <sup>re</sup> campagne	Taux de participation	Taux de participation
			1 <sup>re</sup> campagne %	2 <sup>e</sup> campagne %
Mayenne	48	Novembre 2003	50,4	46,2
Essonne	48	Novembre 2003	35,1	31,4
Hérault	49	Octobre 2003	31,4	20,7
Indre-et-Loire	49	Octobre 2003	43,4	39,4
Charente	50	Septembre 2003	32,0	32,3
Haut-Rhin	50	Septembre 2003	54,2	49,2
Côte-d'Or	57	Février 2003	50,1	54,5
Saône-et-Loire	58	Janvier 2003	49,7	55,1
Bouches-du-Rhône	59	Décembre 2002	43,9	33,6
Ille-et-Vilaine	59	Décembre 2002	50,8	45,6
Isère	66	Mai 2002	31,1	36,4
Ensemble			42,9	40,4

**TABLEAU 8** DEUXIÈME CAMPAGNE – 11 DÉPARTEMENTS – RÉSULTATS SUR LES TESTS

11 départements	1 <sup>er</sup> test réalisé	2 <sup>e</sup> test réalisé
Nombre de personnes dépistées	393 653	400 793
Taux de personnes ayant un test non analysable	3,3	3,1
Taux de personnes ayant refait un test non analysable *	68,7	75,9
Taux de personnes ayant un test positif	2,7	2,2
<i>Homme</i>	3,2	2,7
<i>Femme</i>	2,3	1,9

\* Calculé sur 10 départements.

## CONCLUSION - LES ENJEUX

Un an après la mise à jour des données agrégées du programme pilote de dépistage du cancer colorectal, l'ensemble des indicateurs d'activité de dépistage, de qualité des tests, des examens, et du suivi du programme et des indicateurs de lésions détectées reste cohérent avec la dernière évaluation. Avant la généralisation du programme à l'ensemble du territoire, la participation à la première campagne est en moyenne de 42 % et atteint ou dépasse le taux recommandé de 50 % dans cinq départements. La généralisation, permettant des campagnes nationales d'information, devrait augmenter la participation de la population. Le passage, dans les années à venir, au test immunologique, plus sensible que l'Hemocult® et à la lecture automatisée, devrait jouer un rôle positif sur l'adhésion des médecins généralistes au dispositif. La participation semble être stationnaire voire en léger recul lors de la deuxième campagne, mais ces résultats doivent être consolidés. Une analyse plus fine des modalités d'organisation

de cette deuxième campagne est en cours pour comprendre les raisons de la baisse de participation constatée dans certains départements. La mise en place de systèmes visant à documenter de manière homogène et complète les exclusions médicales devrait permettre de mieux apprécier la réelle participation de la population cible.

Un nombre de 3 289 personnes ont eu un cancer de diagnostiqué grâce à ce dépistage, dont plus de 60 % à un stade précoce, de bon pronostic. Suite à un important travail d'harmonisation des définitions, l'information sur le stade des cancers dépistés, critère majeur d'évaluation de l'efficacité du programme, sera recueillie de manière homogène, le pourcentage de cancers dont le stade n'est pas connu étant encore trop élevé.

En 2009, 16 millions de personnes, hommes et femmes de 50 à 74 ans, seront invitées à participer à ce programme qui représente un véritable enjeu de santé publique.

### Priorités et axes d'actions

- Améliorer le repérage des personnes exclues du dépistage organisé pour des raisons médicales (notamment chez les personnes de 70 à 74 ans).
- Améliorer la participation de la population, notamment des hommes les plus jeunes, de la classe d'âge concernée.
- Diminuer le pourcentage de tests non analysables en améliorant les modes d'emploi, et augmenter le pourcentage de personnes qui refont un test quand il est non analysable, en évoquant clairement dans le courrier pourquoi le test n'a pu être lu.
- Convaincre les personnes de l'intérêt de la coloscopie si leur test est positif.
- Diffuser auprès des responsables des structures de gestion du dépistage organisé les définitions des indicateurs pour une évaluation nationale de qualité et une comparaison possible entre départements.

\* Cette plaquette repose sur le travail des médecins coordonnateurs des structures de gestion départementales pilotes du dépistage organisé du cancer colorectal et leurs équipes au moment du recueil : Allier (Dr J. Puvinel) – Alpes-Maritimes (Dr C. Granon) – Ardennes (Dr B. Charlier) – Bouches-du-Rhône (Dr L. Le Retraite) – Calvados (Dr D. Birman - Dr V. Bouvier) – Charente (Dr D. Mahieu) – Côte-d'Or (Dr V. Dancourt) – Finistère (Dr Y. Foll) – Hérault (Dr J. Cherif-Cheik) – Ille-et-Vilaine (Dr G. Durand - Dr C. Piette) – Indre-et-Loire (Dr J. Viguier) – Isère (Dr C. Exbrayat) – Marne (Dr F. Arnold - Dr M. Thirion) – Mayenne (Dr P. Lalanne) – Moselle (Dr Y. Spyckerelle) – Nord (Dr B. Cockenpot - S. Chaumette) – Orne (Dr A. Notari-Lefrançois) – Puy-de-Dôme (Dr C. Mestre) – Pyrénées-Orientales (Dr J.-P. Gautier) – Haut-Rhin (Dr P. Perrin - Dr B. Denis) – Saône-et-Loire (Dr N. Touillon) – Essonne (Dr H. Ait Hadad) – Seine-Saint-Denis (Dr S. Saïfi - Dr C. Debeugny).

**Mots clé :** cancer colorectal, dépistage organisé, évaluation, programmes pilotes

Citation suggérée :

Goulard H, Boussac-Zarebska M, Salines E, Bloch J. Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France - Bilan du programme pilote : actualisation des données au 1<sup>er</sup> novembre 2007. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, avril 2009, 8 p. Disponible sur : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)