

13 janvier 2009 / n° 2-3

Numéro thématique - Dépistage organisé du cancer colorectal en France *Special issue - Organized screening for colorectal cancer in France*

- p.13 **Éditorial** / *Editorial*
- p.14 **Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France**
Descriptive epidemiology of colorectal cancer in France
- p.17 **Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux**
Organized colorectal cancer screening in France and in Europe : history and overview
- p.19 **L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France**
Organization of the colorectal cancer screening programme in France
- p.22 **Évaluation épidémiologique du programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal, France, 2007**
Epidemiological assessment of the pilot programme for organized colorectal cancer screening, France, 2007
- p.25 **Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007**
French compliance determinants within the colorectal cancer screening programme: the FADO-colorectal study, France, December 2006- April 2007
- p.29 **Encadré : Complications de la coloscopie : synthèse des connaissances en vue de l'évaluation du dépistage or ganisé**
Box: Complications of colonoscopy: review in the prospect of mass screening assessment
- p.30 **L'intérêt des tests immunologiques à lecture automatisée dans la recherche de sang dans les selles**
The value of automated reading immunological tests for identification of blood in stools

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Hélène Goulard, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, et pour le comité de rédaction : Eric Jouglu, Inserm CapiDC, Le Vésinet, France

Éditorial

Pr Dominique Maraninchi, Président de l'Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France

Ce numéro thématique du BEH fait le point sur le dépistage organisé du cancer colorectal, au moment de la généralisation du programme à l'ensemble de la France. Avec plus de 37 400 nouveaux cas estimés en 2005 en France, le cancer colorectal se situe au 3^e rang des cancers dans la population et au 2^e rang des décès par cancer avec près de 17 000 décès. La survie du cancer colorectal en France est parmi les plus élevées en Europe, et s'améliore encore au cours du temps, on en guérit aujourd'hui près d'un sur deux. Il est évidemment souhaitable et maintenant possible de limiter la morbidité et la mortalité liées à ces formes de cancers.

Les actions de prévention primaire développées dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) vont y contribuer en visant des facteurs de risque non spécifiques du cancer colorectal (consommation insuffisante de légumes, surpoids, sédentarité, excès calorique, excès de glucides raffinés, de charcuterie et de graisses animales).

À court terme, le diagnostic précoce du cancer colorectal à travers le dépistage organisé est le moyen le plus efficace pour en réduire la mortalité. L'année 2008 a ainsi marqué une étape décisive dans cette lutte avec la généralisation effective du programme national de dépistage organisé à l'ensemble du territoire national, métropolitain et d'outre-mer. Les résultats des 23 programmes pilotes, analysés par l'InVS, font la preuve de l'efficacité et de la qualité de l'organisation, et de la pertinence des modalités du programme. La mobilisation d'experts, sous la coordination en particulier du Pr Jean Faivre, a permis de vaincre les résistances et de résoudre les problèmes posés par le déploiement d'un programme de grande envergure. La France est ainsi parmi les premiers pays à se doter d'un dispositif proposant à l'ensemble de la population de 50 à 74 ans, soit 16 millions de personnes, un dépistage tous les deux ans. Ce dispositif s'appuie sur un maillage de l'ensemble du territoire national par des structures coordonnant les programmes locaux de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Ces structures œuvrent à l'implication des acteurs de santé et mobilisent les populations ainsi que les partenaires locaux du dépistage.

Ce dépistage ne peut être efficace que s'il est pratiqué par une large proportion de la population ciblée. Les médecins généralistes sont le pivot de ce dispositif de dépistage, et un bon nombre d'entre eux s'est mobilisé et s'est formé. Il leur appartient d'informer les personnes sur les différents niveaux de risque de cancer colorectal, sur les moyens de dépistages adaptés à chaque situation, sur les limites du dépistage et les bénéfices à en attendre en termes de traitement (moins lourd, plus efficace et avec moins de séquelles). Parallèlement, les campagnes médiatiques de l'INCa visent à modifier l'image de ce cancer, démonter des préjugés parfois tenaces, et améliorer les connaissances sur cette maladie et les possibilités de diagnostic précoce et de traitement.

Il est indispensable aussi de veiller à utiliser les moyens les plus efficaces de dépistage. Suite à la saisine du ministère chargé de la Santé et de l'INCa, la Haute autorité de santé vient de rendre public son rapport sur la « Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France »*. Il indique que certains tests immunologiques peuvent apporter des améliorations en termes de sensibilité et de spécificité. Pour les utiliser dans le cadre du programme, des questions techniques et organisationnelles doivent être résolues. L'INCa finance différentes études complémentaires visant notamment à analyser la stabilité des tests, à définir le seuil optimal de positivité, à préciser les modalités de transport et les implications médico-économiques de ce changement.

Ce programme va générer la prise en charge clinique de nouvelles formes de cancer à une grande échelle. Afin de répondre aux nouvelles questions posées par ces changements dans l'histoire « naturelle » de ces maladies, l'INCa a impulsé et financé des travaux de recherches dédiés dans le cadre d'un programme intégré de recherches sur les formes précoces des cancers colorectaux dès 2007. Ces travaux mobilisent toutes les disciplines et concernent les mécanismes, les caractéristiques génétiques de ces tumeurs, les facteurs de risque, les nouvelles thérapeutiques, les freins au dépistage...

En se dotant en 2008 d'un programme national de dépistage, la France a mis en place les conditions d'une réduction de la mortalité imputable à ce cancer. L'année 2009 verra, parallèlement au déploiement effectif du programme, avancer la réflexion sur les conditions pratiques de remplacement du test au gaïac. Le dispositif se doit de veiller aux évolutions et il devra intégrer de nouvelles méthodes de dépistage (dont certaines sont déjà en évaluation) dans un souci d'optimisation de son efficacité.

* Consultable à l'adresse : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_727080/place-des-tests-immunologiques-de-recherche-de-sang-occulte-dans-les-selles-ifobt-dans-le-programme-de-dépistage-organise-du-cancer-colorectal-en-france

Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France

Anne-Marie Bouvier (Anne-Marie.Bouvier@u-bourgogne.fr)

Registre bourguignon des cancers digestifs, Inserm U866, CHU Dijon, France - Réseau des registres Francim, France

Résumé / Abstract

Les données d'épidémiologie descriptive sont indispensables pour connaître la fréquence d'une maladie, son évolution temporelle et sa répartition géographique. L'ensemble des données d'incidence et de survie du réseau Francim a pu être analysé, en collaboration avec le département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm et l'Institut de veille sanitaire.

En 2005, 37 413 nouveaux cas de cancers colorectaux ont été diagnostiqués en France. Cette localisation se situait au 3^e rang des cancers. Son incidence est restée stable depuis 1980, mais il y a eu un glissement progressif des cancers du côlon gauche au profit du côlon droit. Les sujets à risque moyen de cancer colorectal sont les individus des deux sexes de plus de 50 ans.

La survie relative à cinq ans standardisée pour l'âge est de 56 % chez l'homme et de 58 % chez la femme, les cas les plus récemment diagnostiqués ayant un meilleur pronostic. Il n'y a presque plus d'excès de risque cinq ans après le diagnostic. L'excès de mortalité se situe dans la première année suivant le diagnostic et diminue fortement après.

Descriptive epidemiology of colorectal cancer in France

Descriptive epidemiology data are needed to know the frequency of a disease, its trends over time and its geographical distribution. All the incidence and survival data of the Francim network were analysed, in collaboration with the Hospices civils de Lyon, the Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc) and the Institut de veille sanitaire (InVS).

In 2005, 37,413 new cases of colorectal cancer were diagnosed in France, ranking third of all cancers. Its incidence remained stable since 1980, but a progressive shift from left colon cancers to right colon cancers was observed. Subjects with medium risk are individuals of both sexes, aged 50 years and over.

Age-standardised relative survival is 56% for males, and 58% for females. More recent cases have a better prognosis. There is hardly any excess risk five years after the diagnosis. Excess mortality occurs during the first year following the diagnosis, and then strongly decreases.

Mots clés / Key words

Cancer colorectal, épidémiologie, registre, incidence, survie / Colorectal cancer, epidemiology, registry, incidence, survival
