

# Mars 2010, mois de mobilisation nationale contre le cancer colorectal

---

Généralisé fin 2008 sur l'ensemble du territoire, le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux hommes et aux femmes âgées de 50 à 74 ans, invités tous les deux ans à se faire dépister. 16 millions de personnes sont concernées.

À l'occasion du mois de mars dédié à la mobilisation contre le cancer colorectal, l'Institut national du cancer, en partenariat avec le ministère de la santé et des sports et l'assurance maladie, déploie cette année encore un programme d'information et de communication enrichi de nouvelles actions. L'objectif est d'augmenter d'au moins 15 % la participation à ce dépistage organisé en sensibilisant les personnes concernées, en mobilisant les professionnels de santé et en accompagnant les acteurs locaux responsables de l'organisation des dépistages.

L'ensemble de ces actions s'inscrit, dans le Plan cancer 2009-2013. La lutte contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages constitue l'une des mesures-phares de ce plan avec des mesures spécifiques pour une augmentation de 50 % de la participation au dépistage pour les populations actuellement les moins touchées.



**Mesure 14 :** Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

**Mesure 15 :** Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

**Mesure 16 :** Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

# MOIS DE MOBILISATION NATIONALE CONTRE LE CANCER COLORECTAL

CONFÉRENCE DE PRESSE – MARDI 02 MARS 2010

## S O M M A I R E

<b>Partie 1. Mars 2010 : l'INCa soutient la mobilisation nationale en faveur du dépistage du cancer colorectal</b>	<b>3</b>
1. Une prise de parole médiatique nationale pour rappeler les bénéfices et les modalités du dépistage du cancer colorectal	4
2. Des kits d'animation pour accompagner les acteurs locaux dans leur démarche d'information et de pédagogie	6
3. De nouveaux outils d'information pour accompagner la mobilisation nationale	7
4. L'implication des professionnels de santé, acteurs-clés du dépistage du cancer colorectal	10

<b>Partie 2. L'essentiel sur le cancer colorectal</b>	<b>11</b>
1. Développement d'un cancer colorectal et rappels anatomiques	12
2. Épidémiologie du cancer colorectal	13

## Annexes

<b>ANNEXE 1 – Le dépistage organisé du cancer colorectal</b>	<b>17</b>
A - Une priorité du Plan cancer 2009-2013	17
B - Le dépistage organisé : une efficacité démontrée	18
C - L'évaluation du programme de dépistage organisé	18
D - Le dépistage en pratique	21
E - Les acteurs du dépistage	23
<b>ANNEXE 2 – Les Français face au dépistage du cancer colorectal</b>	<b>26</b>

**CONTACTS PRESSE :**  
Ministère de la santé et des sports  
Tél : 01 40 56 40 14

**Institut national du cancer**  
Tél : 01 41 10 14 44  
Email : [presse@institutcancer.fr](mailto:presse@institutcancer.fr)

Partie



**Mars 2010 :  
l'INCa soutient  
la mobilisation nationale  
en faveur du dépistage  
du cancer colorectal**

L'Institut national du cancer, en partenariat avec le ministère de la santé et des sports et l'assurance maladie, déploie en mars un programme d'information et de communication enrichi de nouvelles actions, visant à sensibiliser les populations concernées, à mobiliser les professionnels de santé et à accompagner les acteurs locaux responsables de l'organisation des dépistages.

## 1. Une prise de parole médiatique nationale pour rappeler les bénéfices et les modalités du dépistage du cancer colorectal

Une campagne média nationale, télévisée, radio et presse, sera diffusée pendant tout le mois de mars 2010 avec pour objectifs d'accroître le niveau d'information de la population de plus de 50 ans sur les bénéfices et les modalités du dépistage du cancer colorectal, et de dédramatiser un sujet anxiogène qui reste difficile à évoquer.

### ● Une nouvelle campagne radio du 6 au 30 mars 2010

Cette nouvelle campagne radio visera à rappeler l'importance de faire la démarche de parler de la lettre d'invitation au dépistage du cancer colorectal à son médecin. On observe en effet qu'après la réception du courrier, moins d'une personne sur deux (42 %) consulte son médecin pour qu'il lui remette le test de recherche de sang dans les selles<sup>1</sup>.

Deux nouveaux spots radio mettent ainsi en scène la lettre d'invitation et incitent les personnes l'ayant reçue à parler du test de recherche de sang dans les selles à leur médecin. Dans le premier spot, la lettre s'agace de rester oubliée sur la pile de courrier alors qu'elle devrait être emmenée chez le médecin ; dans le second spot, elle est heureuse de se trouver avec son propriétaire dans la salle d'attente du médecin avec la perspective de parler du test de dépistage du cancer colorectal.

La campagne radio sera diffusée du 6 au 30 mars 2010 sur RTL, Europe 1, France Inter, France Info, France Bleu, Nostalgie et RMC. Une diffusion aura également lieu sur une sélection de stations des DOM.

1. Source : Enquête barométrique INCa/BVA – janvier/février 2009, « Les Français face au dépistage du cancer colorectal ».

## ● Une campagne presse ciblée sur les hommes, plus réticents au dépistage

En complément des campagnes grand public radio et télévisée, une campagne presse s'adressera plus spécifiquement aux hommes. On observe chez ces derniers un déficit de participation au dépistage du cancer colorectal (40 % de participation vs 47 % chez les femmes<sup>2</sup>). L'objectif est d'inciter les hommes à se sentir concernés et à en parler à leur médecin.

La campagne propose, grâce à la collaboration avec le dessinateur Riad Sattouf, une BD avec un ton humoristique et un clin d'œil à un univers masculin. Sous une accroche rappelant l'importance du dépistage : « 5 min aux toilettes peuvent vous sauver la vie », la campagne met en avant la simplicité et la rapidité du test de recherche de sang dans les selles, ainsi que le bénéfice de la détection précoce.

Elle sera diffusée en mars et avril dans une sélection de titres de presse à fort lectorat masculin : l'Équipe, l'Équipe mag, Auto Moto, Auto Plus, Télé Z, Télé 7 jours, Plus le magazine, Tv magazine, Le Figaro magazine, Le Point et Marianne.



## ● La rediffusion du film « le voyage intérieur » du 1<sup>er</sup> au 21 mars 2010

La campagne télévisée créée en 2008 sera rediffusée du 1<sup>er</sup> au 21 mars 2010 afin de continuer à valoriser le bénéfice du dépistage du cancer colorectal.

Au terme d'un voyage à l'intérieur du corps réalisé sur le mode onirique en image 3D, le film renverse la gravité du sujet annoncée par la voix off (« le cancer colorectal est la 2<sup>e</sup> cause de décès par cancer en France ») par la mise en scène inattendue d'un polype inoffensif. Il conclut par une signature mettant en avant le bénéfice du dépistage : « Le plus souvent, dépisté à temps, un cancer colorectal n'est pas méchant ».

Le film sera diffusé sur TF1, France télévisions, Canal+ pour les chaînes hertziennes, et une sélection de chaînes de la TNT (France 4, Direct 8, TMC, BFM, et NRJ12) et du Câble-satellite les plus en adéquation avec la cible des plus de 50 ans (Paris Première, LCI, TV5, NT1, Planète Thalassa, National geographic, TvBreizh et Voyage). Il sera également diffusé sur une sélection de chaînes des DOM.

2. Source : Institut de veille sanitaire. [http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers\\_depistage/evaluation\\_colorectal\\_programme.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_colorectal_programme.htm)

## 2. Des kits d'animation pour accompagner les acteurs locaux dans leur démarche d'information et de pédagogie

En complément de la campagne média nationale, deux outils sont mis à la disposition des structures départementales en charge de l'organisation des dépistages pour les accompagner dans la mise en place d'événements locaux pendant tout le mois de mars : un kit d'animation aux couleurs de la campagne intitulé « le café bleu » et une exposition itinérante.

### Un kit pour l'animation d'événements locaux : « le café bleu »

Sur le principe des cafés « philo » ou des cafés « santé », un décor de « café bleu » a été mis à la disposition de toutes les structures départementales chargées de l'organisation des dépistages afin de les accompagner dans leurs actions d'information sur le terrain. Ce kit d'animation – comprenant une bâche informative, un parasol et des nappes logotypées aux couleurs de la campagne, ainsi qu'un mannequin ludopédagogique illustrant le développement d'un polype et l'intérêt du test de recherche de sang dans les selles – permet de mettre en scène un lieu d'information convivial, favorisant la proximité et le dialogue.



### ● L'exposition « Le cancer colorectal et son dépistage »

Huit kits d'exposition sont également proposés aux structures départementales chargées de l'organisation des dépistages afin de valoriser l'information dans des lieux d'accueil du public.



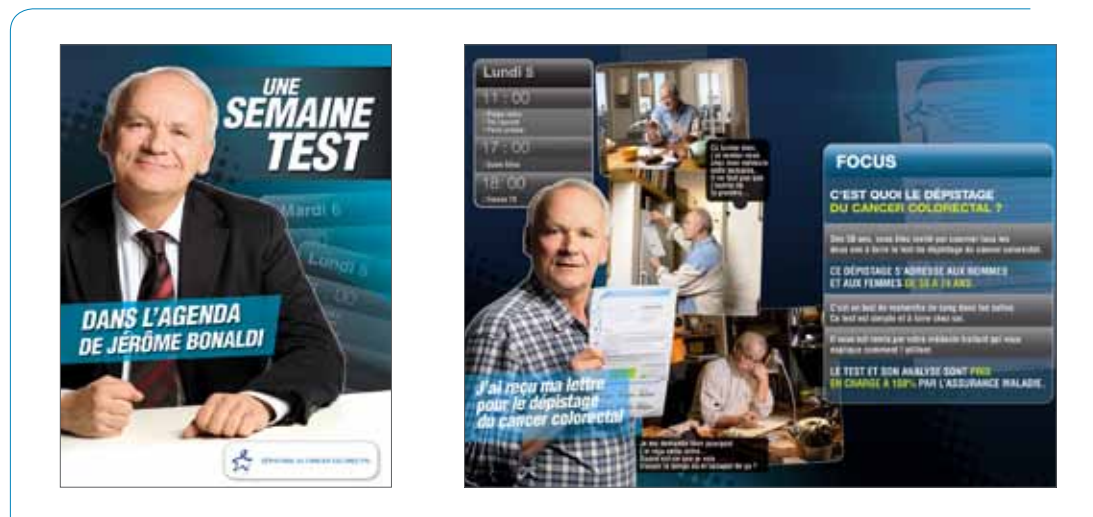
## 3. De nouveaux outils d'information pour accompagner la mobilisation nationale

Comme chaque année, la campagne sera accompagnée de la diffusion large d'outils d'information grâce à la mobilisation des acteurs locaux et des nombreux partenaires impliqués sur cette thématique.

### ● Une brochure pédagogique illustrée : « Une semaine test dans l'agenda de Jérôme Bonaldi »

L'Institut national du cancer a réalisé cette année une nouvelle brochure d'information illustrée de huit pages. Ce document vise à dédramatiser la démarche de dépistage du cancer colorectal et à en présenter les modalités de façon accessible à tous. Par

l'intermédiaire d'une personnalité médiatique, Jérôme Bonaldi, la brochure retrace le déroulement du dépistage, de la réception de la lettre d'invitation à l'envoi du test de recherche de sang dans les selles au centre d'analyse. Elle se veut à la fois pédagogique (les grandes étapes du dépistage sont illustrées) et incitative (une personnalité médiatique fait le test... dans un emploi du temps chargé).



● **Une affichette événementielle de sensibilisation** (format 30 x 40)

Avec un visuel humoristique, cette affichette rappelle l'âge et la périodicité à laquelle il convient de se faire dépister, et met l'accent sur le fait que les hommes comme les femmes sont concernés. Elle présente également visuellement le test de recherche de sang dans les selles.



## Une affiche traduite en 5 langues (format 40 x 60)

Traduite en portugais, arabe, chinois, turc et anglais, cette affiche a pour objectif de remédier à la barrière de la langue et de permettre au plus grand nombre de se sentir concerné par le message d'incitation au dépistage.



## Un mode d'emploi illustré du test de recherche de sang dans les selles

Un mode d'emploi en images de la nouvelle version du test de recherche de sang dans les selles a été créé, en version papier et en version animée (consultable sur le site de l'INCa : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)). Une version traduite en arabe est également disponible.



## 4. L'implication des professionnels de santé, acteurs-clés du dépistage du cancer colorectal

La mobilisation des professionnels de santé, et en particulier les médecins généralistes, est indispensable à la réussite du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, dans lequel ils jouent un rôle central.

C'est pourquoi, dans le cadre d'un partenariat entre l'Institut national du cancer et l'assurance maladie, les 45 000 médecins traitants seront sensibilisés au thème des dépistages organisés des cancers par une campagne de visites des délégués de l'assurance maladie, organisées en lien avec les structures départementales chargées de l'organisation des dépistages. À l'occasion de ces visites, des documents d'information synthétiques pour leur pratique, réalisés par l'INCa et l'assurance maladie, leur seront notamment remis.



Par ailleurs, un kit d'information à destination des médecins traitants sera mis à la disposition des structures départementales en charge de l'organisation des dépistages. Ce kit comprend une présentation PowerPoint sur le dépistage du cancer colorectal (composée de différents modules sur l'épidémiologie, l'organisation du dépistage, les soins et la prise en charge du cancer colorectal), des documents pour la pratique des médecins et des outils d'information pour leurs patients.



Partie

# L'essentiel sur le cancer colorectal

# 1. Développement d'un cancer colorectal et rappels anatomiques

Le cancer colorectal est une tumeur maligne de la muqueuse du côlon ou du rectum. Le côlon et le rectum constituent la dernière partie du tube digestif, appelée aussi gros intestin.

## Comment se développe un cancer colorectal ?

On estime que 60 % à 80 % des cancers colorectaux se développent à partir d'une tumeur bénigne, appelée polype ou adénome. Avec le temps, ces adénomes peuvent grossir et dégénérer.

Leurs cellules se modifient et deviennent cancéreuses. La séquence adénome-cancer dure en moyenne plus de 10 ans. On distingue au moins 3 étapes évolutives de l'adénome : la genèse, la croissance et la transformation maligne.

On estime que seulement 10 % des adénomes atteignent 1 cm de diamètre. Parmi ceux-ci, environ un quart deviennent des cancers. Il existe différents stades de développement du cancer colorectal. On en distingue quatre, en fonction du degré d'extension du cancer :

- STADE I : atteinte superficielle de la paroi intestinale
- STADE II : atteinte de la paroi intestinale au-delà de la couche musculuse
- STADE III : atteinte des ganglions
- STADE IV : métastase (propagation à d'autres organes)

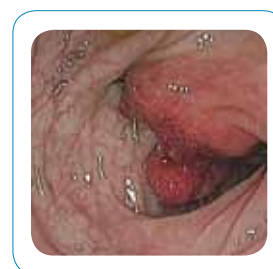
### - SÉQUENCE D'ÉVOLUTION D'UN ADÉNOME EN CANCER -



pour 1000 adénomes



... 100 adénomes atteignent plus de 1 cm



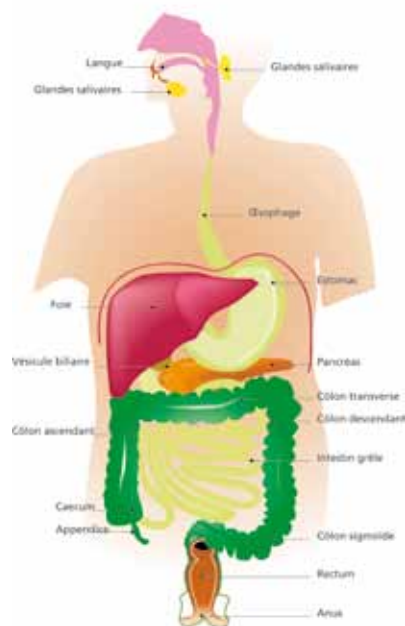
... dont 25 deviennent des cancers.

## RAPPELS ANATOMIQUES

Le rôle du système digestif est d'abord de décomposer les aliments ingérés en substances utilisables par l'organisme (protéines, glucides, lipides, sels minéraux, oligo-éléments et autres). C'est ce qui se passe dans la bouche puis dans l'estomac. Ces substances transitent ensuite dans l'intestin grêle, passant alors dans la circulation sanguine pour être assimilées par le corps.

Restent des résidus inutilisables qui passent dans le côlon. Celui-ci élabore et concentre les matières fécales par réabsorption d'eau et de sel.

Ces matières fécales sont enfin acheminées vers le rectum où elles sont stockées avant leur excrétion via l'anus



## 2. Épidémiologie du cancer colorectal

### Incidence

En 2005, on estimait à 37 400 environ le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal en France. Le cancer colorectal se situe ainsi au 3<sup>e</sup> rang des cancers les plus fréquents derrière le cancer de la prostate (62 245 nouveaux cas) et le cancer du sein (49 814)<sup>3</sup>.

NOMBRE ESTIMÉ DE NOUVEAUX CAS DE CANCERS EN FRANCE SELON LA LOCALISATION, 2005

Localisation du cancer	Hommes	Femmes	Total
Prostate	62 245	-	62 245
Sein	-	49 814	49 814
<b>Colorectal</b>	<b>19 913</b>	<b>17 500</b>	<b>37 413</b>
Poumon	23 937	6 714	30 651

Source : D'après A. Belot *et al.*, 2008.

3. A. Belot, P. Grosclaude, N. Bossard, E. Jouglu *et al.*, « Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005 », Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3): 159-75.

Les tendances récentes montrent une stabilisation de l'évolution des taux standardisés<sup>4</sup> d'incidence du cancer colorectal chez l'homme (+0,5 % par an en moyenne entre 1980 et 2005 ; -0,5 % par an entre 2000 et 2005) et chez la femme (+0,3 % par an en moyenne entre 1980 et 2005 ; +0,1 % par an entre 2000 et 2005).

## Survie

Selon une étude des Registres de cancers du réseau Francim, pour les cas de cancers colorectaux diagnostiqués en 1995-1997, la survie relative était de 80 % à un an après un diagnostic de cancer colorectal et de 57 % à 5 ans<sup>5</sup>. Notons que la France se situe au-dessus de la moyenne européenne pour le taux de survie après un cancer colorectal<sup>6</sup>. L'étude « CONCORD »<sup>7</sup> place, quant à elle, la France au premier rang mondial pour le taux de survie relative à 5 ans après un cancer colorectal chez les femmes.

Il est également possible d'estimer la survie selon le stade de la maladie lors du diagnostic (du stade I, le plus précoce au stade IV, métastatique) :

### CANCER COLORECTAL : SURVIE RELATIVE SELON LE STADE

Stade	Extension	Survie relative à 5 ans
I	Paroi jusqu'à la musculature	94 %
II	Paroi au-delà de la musculature, organe adjacent	80 %
III	Ganglions envahis	47 %
IV	Métastases viscérales	5 %

Source : FRANCIM (Enquête menée en 1990 portant sur 1 708 cas issus de 7 registres).

En 2000<sup>8</sup>, seuls 19 % de ces cancers étaient détectés au stade I de leur développement. Les résultats des premières campagnes de dépistage organisé dans les départements pilotes montrent que le programme de dépistage organisé a permis de détecter 42 % de cancers de stade précoce<sup>9</sup>.

4. Les taux standardisés permettent de s'affranchir des effets liés à la démographie (structure par âge de la population, augmentation de la population) et de pouvoir comparer les données d'incidence et de mortalité d'une année sur l'autre ou d'un pays à l'autre.

5. « Survie des patients atteints de cancer en France », étude des registres du réseau Francim, Springer-Verlag France 2007.

6. Milena Sant *et al.*, « Eurocare 4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary ». *European Journal of Cancer*, 45 (2009): 931-991.

7. Michel P Coleman *et al.*, « Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD) », *Lancet Oncol* 2008 ; 9:730-56.

8. Étude Francim : 2996 cas diagnostiqués en 2000 venant de 12 registres.

9. Source : Institut de veille sanitaire

## Mortalité

Responsable de près de 17 000 décès par an, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer après le cancer du poumon.

NOMBRE ESTIMÉ DE DÉCÈS EN FRANCE SELON LA LOCALISATION, 2005

Localisation du cancer	Hommes	Femmes	Total
Poumon	20 950	5 674	26 624
<b>Côlon-Rectum</b>	<b>8 901</b>	<b>7 964</b>	<b>16 865</b>
Sein	-	11 201	11 201
Prostate	9 202	-	9 202

Source : D'après A. Belot *et al.*, 2008.

Les taux de mortalité standardisés ont diminué entre 1980 et 2005 : -1,1 % en moyenne par an chez les hommes, -1,3 % par an en moyenne pour les femmes. Cette baisse est la conséquence d'une amélioration de la survie des patients avec un cancer colorectal.



# Annexes

# ANNEXE 1

## Le dépistage organisé du cancer colorectal

### A. Une priorité du Plan cancer 2009-2013



Le Plan cancer 2009-2013 consacre trois mesures aux programmes de dépistage organisé des cancers dont le dépistage organisé du cancer colorectal, placé sous la responsabilité du ministère de la santé et piloté par la direction générale de la santé (DGS) en lien avec l'assurance maladie et l'INCa.

La mesure 14 du Plan cancer prévoit de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage. Elle constitue l'une des mesures-phares du Plan cancer. Plusieurs actions prioritaires ont été identifiées : en premier lieu, favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation (action 14.1). L'objectif est d'augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés ; cette augmentation devant être de 50 % dans les départements rencontrant le plus de difficultés.

Autre action prévue : la mise en place d'actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage, que ces inégalités soient socio-économiques, culturelles ou territoriales (action 14.2).

La mesure 14 insiste, par ailleurs, sur la nécessité de faciliter la participation des médecins traitants et d'améliorer la prise en compte des différents niveaux de risque, afin d'accroître l'efficacité de la politique de dépistage.

L'amélioration de la structuration du dispositif des programmes de dépistage organisé est au cœur de la mesure 15 *via* d'une part l'optimisation du fonctionnement des structures en charge de l'organisation des dépistages et d'autre part l'amélioration du suivi des résultats du dépistage.

Enfin, la mesure 16 met en avant deux grands objectifs : impliquer le médecin généraliste dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire. L'action 16.3 prévoit notamment de déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire.

## B. Le dépistage organisé : une efficacité démontrée

Le bénéfice du diagnostic précoce est particulièrement important pour le cancer colorectal. Lorsque le cancer colorectal est dépisté et traité à un stade précoce (stade I, cancer superficiel dans la paroi de l'intestin), le taux de survie à 5 ans après le diagnostic est alors de 94 %. Toutefois, le cancer colorectal est encore trop souvent diagnostiqué tardivement. Cela s'explique notamment par le fait qu'il évolue dans un premier temps sans donner de symptômes.

Un dépistage régulier du cancer colorectal peut permettre d'identifier la maladie à un stade très précoce de son développement ou de détecter des polypes (adénomes), avant qu'ils n'évoluent vers un cancer. Il est établi qu'en faisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, il est possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colorectal, la participation de la population-cible devant atteindre, pour cela, 50 %<sup>10</sup>.

## C. L'évaluation du programme de dépistage organisé

L'Institut de veille sanitaire (InVS) assure l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé en France. Cette évaluation, effectuée à partir des données recueillies par les structures départementales chargées de l'organisation des dépistages, permet la construction d'indicateurs d'activité, de qualité des tests et des examens, et la surveillance des lésions histologiques détectées.

La dernière évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été réalisée à partir des résultats des premières campagnes du programme pilote, à la date du 1<sup>er</sup> novembre 2007. À cette date, 22 départements pilotes (sur 23) avaient clôturé leur première campagne d'invitation et disposaient d'un recul suffisant pour le recueil des données.

10. Kronborg *et al.*, *Lancet* 1996;348:1467-71 ; Hardcastle *et al.*, *Lancet* 1996;348:1472-7 ; Faivre *et al.*, *Gastroenterology* 2004;126:1674-80.

Le taux moyen de participation s'élevait à 42 % : 47 % chez les femmes et 40 % chez les hommes. Il variait selon les départements de 31,1 % à 54,2 %. Le taux de participation recommandé, à savoir 50 %, était atteint ou dépassé dans cinq départements seulement (Allier, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Ille-et-Vilaine et Mayenne). Le pourcentage de tests positifs était de 2,7 %. 87 % des personnes ayant eu un test positif avaient réalisé une coloscopie.

Au total :

- 3 289 personnes ont eu un cancer dépisté, soit un taux de 2,2 pour 1 000 personnes dépistées : 1,3 ‰ chez les femmes et 3,2 ‰ chez les hommes.
- 10 884 personnes ont eu un ou plusieurs adénomes dépistés, soit un taux de 7,5 pour 1 000 personnes dépistées (4,8 ‰ chez les femmes et 10,9 ‰ chez les hommes).

Parmi la totalité des 3 289 personnes atteintes d'un cancer, 1 933 cancers invasifs ont été détectés dont 42 % étaient de stade I (stade le plus précoce avec un très bon pronostic), 24 % de stade II, 24 % de stade III et 10 % étaient des cancers métastasés<sup>11</sup>.

De nouveaux résultats de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour les années 2007-2008 seront publiés prochainement. Sont d'ores et déjà disponibles les taux de participation pour les personnes ayant réalisé un test de dépistage entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2008 dans les départements dont le programme avait plus de 5 ans et dont les données étaient validées en novembre 2009 (cf. résultats dans le tableau ci-dessous : « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal »).

Dix-huit départements répondaient à ces critères soit une population-cible de 4 155 962 personnes. Le taux de participation est en moyenne de 37,1 %, soit au total 1 414 262 personnes dépistées (346 005 personnes ne remplissaient pas les conditions d'éligibilité au dépistage organisé du cancer colorectal).

Le taux de participation varie de 24,1 % à 54,2 % selon les départements. Seuls les départements de la Côte-d'Or et de Saône-et-Loire ont un taux de participation supérieur au taux recommandé de 50 %, respectivement 54,2 % et 53,7 %. Sept départements ont des taux compris entre 40 et 50 %, 5 entre 30 et 40 % et 4 départements ont des taux inférieurs à 30 %.

11. Source : Institut de veille sanitaire. [http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers\\_depistage/evaluation\\_colorectal\\_programme.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_colorectal_programme.htm)

Par rapport aux résultats de la première campagne portant sur 22 départements, la participation au programme pour les années 2007-2008 est globalement en baisse. Seulement 5 départements sur 18 présentent des taux en augmentation (Côte-d'Or, Isère, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire).

La baisse constatée doit être analysée au regard du contexte : les premiers résultats de l'évaluation 2007-2008 portent, en effet, sur une période antérieure à la généralisation fin 2008 du programme de dépistage organisé à l'ensemble des départements et à la diffusion de campagnes nationales d'information de l'INCa sur le programme. La perspective d'une meilleure information de la population-cible devrait conduire à une augmentation des taux pour la prochaine évaluation. Celle-ci portera, par ailleurs, sur l'analyse de données individuelles dont le dispositif d'extraction est en cours, ce qui permettra une analyse plus précise que celle basée sur des données agrégées.

#### TAUX DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL.

Résultats à partir des données agrégées transmises par les 18 départements ayant débuté le programme depuis plus de 5 ans à la date du 25 novembre 2009

Département	Date de début du programme	Taux (%) de participation 1 <sup>ère</sup> campagne*	Taux (%) de participation 2007-2008	Évolution participation
03 ALLIER	févr-04	51,1	43,3	↘
13 BOUCHES-DU-RHÔNE	déc-02	43,9	35,4	↘
14 CALVADOS	juin-04	35,8	29,7	↘
21 CÔTE-D'OR	févr-03	50,1	54,2	↗
29 FINISTÈRE	sept-04	49,6	36,2	↘
34 HÉRAULT	oct-03	31,4	24,1	↘
35 ILLE-ET-VILAINE	déc-02	50,8	42,3	↘
37 INDRE-ET-LOIRE	oct-03	43,4	39,0	↘
38 ISÈRE	mai-02	31,1	45,2	↗
53 MAYENNE	nov-03	50,4	41,9	↘
57 MOSELLE	sept-04	40,8	37,6	↘
59 NORD	déc-03	32,6	28	↘
61 ORNE	juin-04	47,8	42,8	↘
63 PUY-DE-DÔME	mai-04	37,1	44,7	↗
66 PYRÉNÉES-ORIENTALES	mai-04	32,4	37,6	↗
68 HAUT-RHIN	sept-03	54,2	48,4	↘
71 SAÔNE-ET-LOIRE	janv-03	49,7	53,7	↗
91 ESSONNE	nov-03	35,1	29,5	↘

\* Résultats publiés en mars 2009 actualisés par rapport à la publication de mars 2007.

Source : InVS-structures départementales chargées de l'organisation des dépistages.

## D. Le dépistage en pratique

### ☛ Qui est concerné ?

Les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni histoire familiale ou personnelle constituent la population présentant ce qu'on appelle un risque moyen de cancer colorectal. Par ailleurs, 96 % des cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans. C'est donc à cette population qu'est destiné le test de recherche de sang occulte dans les selles réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé.

### ☛ Comment se déroule le dépistage ?

Le dépistage organisé est géré au niveau de chaque département par des structures en charge de l'organisation des dépistages suivant un cahier des charges publié au Journal Officiel<sup>12</sup>. Ainsi, sur l'ensemble du territoire national, ces structures invitent par courrier les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans à consulter leur médecin généraliste. Ces personnes sont identifiées à partir des fichiers de l'assurance maladie. Les médecins peuvent également remettre directement le test aux consultants de 50 à 74 ans concernés.

Le médecin généraliste évalue l'état de santé de son patient et lui remet un test s'il est éligible au dépistage organisé, en d'autres termes s'il ne présente pas de facteurs de risque ou de signes d'alerte particuliers. La personne effectue ensuite le test à domicile, l'envoie à l'aide d'une enveloppe T à un centre de lecture (laboratoire spécialisé). Ce dernier transmet les résultats à la personne et à son médecin, ainsi qu'à la structure départementale en vue de l'évaluation du programme.

En cas de test négatif (97 % des cas), la personne est invitée à le renouveler deux ans plus tard. Elle est également sensibilisée aux signes d'alerte qui, sans évoquer obligatoirement la présence d'un adénome ou d'un cancer colorectal, doivent la conduire à consulter son médecin traitant sans attendre ce délai de 2 ans :

- présence de sang dans les selles (sang rouge : rectorragie ou sang noir : méléna) ;
- troubles du transit d'apparition récente : diarrhée ou constipation inhabituelle, ou alternance de ces deux troubles ;
- douleurs abdominales inexplicables et d'apparition récente ;
- amaigrissement inexplicé.

Dans le cas où le test est positif (3 % des cas), le médecin généraliste prescrit une coloscopie pour rechercher la présence de lésions dans le côlon ou le rectum. Cette coloscopie est effectuée par un gastroentérologue.

12. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif au programme de dépistage des cancers, Journal Officiel (JO) n° 295, 21 décembre 2006.

Le programme de dépistage organisé s'appuie donc aujourd'hui sur une stratégie en deux temps pour la population à risque moyen de cancer colorectal : le test de recherche de sang occulte dans les selles et en cas de positivité, la réalisation d'une coloscopie.

### ☛ **Le test de recherche de sang occulte dans les selles**

Le test utilisé actuellement dans le cadre du dépistage organisé est un test au gaïac. Simple, acceptable, peu onéreux, sans danger, il répond aux critères requis par l'OMS pour un dépistage organisé. En pratique, le test consiste à prélever deux petits fragments de selles de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz, qu'il faut ensuite déposer sur une plaquette. Ce test est à effectuer sur trois selles consécutives. La plaquette est à envoyer au centre de lecture.

### ☛ **Vers les tests immunologiques**

Le test actuel de recherche de sang occulte dans les selles (au gaïac) devrait évoluer à court terme vers un test immunologique. Les tests immunologiques révèlent la présence de sang avec une grande précision. Les selles sont mises au contact de l'anticorps spécifique de l'hémoglobine humaine. Le résultat de cette mesure est ainsi exprimé sous une forme quantitative qui permet d'évaluer la concentration en hémoglobine des selles analysées.

La Haute autorité de santé (HAS) a rendu un avis le 19 décembre 2008<sup>13</sup> en recommandant l'utilisation de ces tests dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal.

Le Plan cancer 2009-2013 prévoit, par ailleurs, le déploiement progressif de l'utilisation du test immunologique sur l'ensemble du territoire en assurant la continuité, la qualité et la sécurité du programme de dépistage (action 16.3).

L'INCa a financé des études expérimentales, *in vitro* et *in vivo*, sur sept sites français afin d'évaluer la performance et la stabilité des trois principaux tests immunologiques : OC SENSOR d'Eiken, FOB GOLD de Beckman Coulter et MAGSTREAM de Fujirebio. Les résultats de l'étude menée dans le Calvados, pilotée par le Pr Guy Launoy, ont été publiés<sup>14</sup>. Les résultats de l'étude menée sur quatre départements (Côte-d'Or, Haut-Rhin, Ille-et-Vilaine et Indre-et-Loire) pilotée par le Pr Jean Faivre seront publiés courant 2010. L'étude menée sur le Cher et l'Allier doit se terminer courant 2010.

13. Rapport sur la « place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles » (iFOBT). Ce rapport est une réponse à une double demande de l'Institut national du cancer et de la direction de la Sécurité sociale.

14. L. Guittet, V. Bouvier, N. Mariotte *et al.*, Performance of immunochemical faecal occult blood test in colorectal cancer screening in average-risk population according to positivity threshold and number of samples, *Int.J.Cancer* : 125:1127-1133 (2009) ; L. Guittet, V. Bouvier, N. Mariotte *et al.*, Comparaison of a guaiac and an immunochemical faecal occult blood test for the detection of colonic lesions according to lesion type and location, *British Journal of Cancer* (2009) 100:1230-1235.

Avant de remplacer le test au gâïac, qui reste le test de référence à ce jour dans le cadre du programme national, il reste des points à définir : le choix du test immunologique, le seuil de positivité et le nombre de prélèvements. Il faut également définir l'organisation optimale de lecture du test et modifier les documents d'information, de communication et de formation à destination des médecins généralistes. L'INCa collabore, par ailleurs, avec le groupe La Poste afin de préciser les conditions juridiques et techniques de transport postal des tests immunologiques.

### ● **La coloscopie**

La coloscopie est actuellement l'examen de référence pour mettre en évidence d'éventuelles anomalies du côlon ou du rectum. Elle permet en outre de retirer les polypes. Si elles restent rares, les complications liées à la coloscopie ne doivent pas être ignorées, ce qui justifie la stratégie en deux temps pour les sujets à risque moyen, avec en premier lieu la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles. Outre les risques inhérents à l'anesthésie, les principales complications sont la perforation et l'hémorragie, estimées de 1 à 2 pour 1 000 examens.

Une autre technique existe : la coloscopie virtuelle, ou coloscanner. Elle nécessite la même préparation que la coloscopie classique et recourt au scanner pour fournir une image radiographique en 3D du côlon. Il est ainsi possible de visualiser d'éventuels polypes. Dans ce cas, il faut ensuite pratiquer une coloscopie classique pour en réaliser l'ablation. L'avantage de la coloscopie virtuelle est qu'elle ne nécessite pas d'anesthésie générale. Selon la HAS (avril 2004), cet examen est recommandé en cas de coloscopie incomplète et préconisé en cas de contre-indication à la coloscopie classique.

## E. Les acteurs du dépistage

Plusieurs acteurs du monde de la santé interviennent dans le dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal.

### ● **La structure départementale en charge de l'organisation des dépistages :**

- participe à la sensibilisation et à l'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans ;
- organise la formation des médecins traitants et l'information des professionnels de santé sur le dépistage du cancer colorectal ;
- gère les fichiers des personnes concernées par le dépistage, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

- se charge de l'envoi des lettres d'invitation au dépistage et des relances ;
- assure un suivi du processus de dépistage ;
- veille au suivi des patients positifs par le recueil des comptes rendus de coloscopie, d'anatomopathologie et éventuellement de chirurgie ;
- est responsable de l'approvisionnement des médecins généralistes en tests de recherche de sang occulte ;
- est garante des aspects réglementaires et notamment de la confidentialité ;
- veille à l'assurance qualité du dispositif en lien avec les différents professionnels impliqués ;
- se charge de la collecte de données pour le pilotage et l'évaluation du programme de dépistage.

### 📌 Le médecin généraliste

Il a un rôle central puisqu'il remet et explique le test au patient ou l'oriente vers une procédure plus adaptée, en fonction de ses antécédents familiaux ou personnels, de la présence de signes d'alerte. On a pu mesurer lors des expériences pilotes que le taux de participation à la campagne était multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient<sup>15</sup>. Le médecin sensibilise également ce dernier aux signes d'alerte. Il joue, par ailleurs, un rôle important en cas de positivité du test du patient et représente l'acteur de santé le plus efficace pour convaincre le patient de réaliser une coloscopie (entre 10 et 15 % des patients ne la font pas).

### 📌 Le centre de lecture

Les tests de dépistage bénéficient d'une lecture centralisée. Ils sont réalisés dans des laboratoires de biologie agréés ayant une expérience dans la lecture des tests au gâïac. Ces centres de lecture s'engagent à respecter le cahier des charges qui fixe leurs modalités d'organisation (formation, contrôle qualité interne, double lecture simultanée des tests, relations avec les partenaires du dépistage, organisation de la lecture et délai de réponse). Un référentiel d'assurance qualité rédigé à l'initiative de l'INCa complète ce cahier des charges. En pratique, le centre de lecture reçoit les tests effectués par les femmes et hommes concernés par le dépistage, les analyse et envoie à la structure départementale chargée de l'organisation des dépistages, les résultats des tests réalisés ainsi que les taux de positivité par tranche d'âge.

15. Faivre *et al.*, Gastroenterology 2004.

## ◀ Le gastroentérologue

En cas de test positif, le patient est orienté vers un gastroentérologue qui effectuera une coloscopie afin de rechercher l'origine du saignement. Le gastroentérologue doit envoyer à la structure départementale le résultat des coloscopies réalisées à la suite d'un test positif. Ces résultats permettront à la structure en charge de l'organisation des dépistages d'évaluer le dispositif et de calculer le nombre de cancers et d'adénomes dépistés, le nombre de faux positifs et la survenue de complications.

# Les Français face au dépistage du cancer colorectal

Synthèse des résultats issus de l'enquête barométrique INCa / BVA – janvier/février 2009<sup>16</sup>

Les résultats présentés dans cette fiche sont extraits de l'enquête barométrique mise en place par l'Institut national du cancer afin de mieux comprendre les attitudes, opinions, connaissances et pratiques déclarées des Français par rapport au dépistage des cancers. Après une première enquête menée en novembre-décembre 2005, l'étude a été reprise en janvier-février 2009 et constitue ainsi le point 2 du baromètre que l'INCa souhaite renouveler tous les deux ans.

### ☛ Une notoriété du dépistage du cancer colorectal et de ses modalités en nette progression

Depuis 2005, la notoriété du dépistage du cancer colorectal auprès de l'ensemble de la population est en nette progression, gagnant 8 points pour s'établir à 90 % : environ 9 personnes sur dix déclarent ainsi savoir qu'il existe un dépistage du cancer colorectal. En revanche, la connaissance des modalités pratiques de dépistage est encore relativement floue, mais on observe qu'elle est plus importante dans les départements pilotes ayant mis en place le programme de dépistage dès 2002-2003, et qu'elle a favorablement évolué depuis 2005.

La généralisation du programme de dépistage organisé et la communication qui l'a accompagnée en 2008 ont pu contribuer à ces évolutions : en 2005, le dépistage du cancer colorectal était majoritairement associé à la coloscopie alors qu'aujourd'hui, les Français de 50-74 ans citent majoritairement le test de recherche de sang dans les selles (52 %, +24 points en 3 ans). Ils ne sont plus que 35 % à citer la coloscopie (-10 points). Ces résultats sont encore plus marqués dans les départements pilotes du dépistage organisé du cancer colorectal puisque les Français de 50-74 ans y sont 60 % à citer le test.

16. Enquête par téléphone auprès d'un échantillon de 1 013 personnes, représentatif de la population française âgée de 25 ans et plus, construit selon la méthode des quotas appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de famille, après stratification par région et catégorie d'agglomération.. Les interviews ont été réalisées du 19 au 23 janvier 2009 et du 20 au 21 février 2009.

La tranche d'âge pendant laquelle il est conseillé de se faire dépister est assez bien connue. Aujourd'hui, 43 % des Français et 53 % des 50-74 ans déclarent que c'est à partir de 50 ans qu'il est recommandé de se faire dépister et 70 % d'entre eux déclarent que la tranche d'âge recommandée se situe entre 45 et 75 ans, soit 15 points de plus par rapport à 2005.

En revanche, la fréquence du dépistage reste floue pour l'ensemble des Français comme pour les 50-74 ans : un quart environ estime que l'examen doit avoir lieu une fois par an (24 % de chaque population) tandis que respectivement 31 % et 38 % pensent que l'examen doit être bisannuel ou tous les 5 ans (respectivement 28 % et 24 %). Ce dernier chiffre est à rapprocher de la surveillance par coloscopie qui se fait tous les 5 ans.

Par ailleurs, 26 % des Français et 43 % des hommes de 50-74 ans pensent que les hommes sont davantage concernés par le dépistage du cancer colorectal.

### ☛ **Une image associée au dépistage du cancer colorectal qui devient plus positive**

De manière générale, l'opinion des Français sur l'intérêt du dépistage est très positive et cette opinion est stable depuis 2005 : 97 % de la population s'accorde sur le bénéfice du dépistage pour augmenter les chances de guérison et la même proportion voit le dépistage des cancers comme une « bonne habitude à prendre pour faire attention à sa santé ». Toutefois, la démarche de dépistage est majoritairement perçue comme angoissante (69 % des Français).

Le dépistage du cancer colorectal n'échappe pas à cette règle. Cependant, fait positif, l'image de ce dépistage semble s'améliorer. En effet, les Français sont moins nombreux à le juger douloureux (-10 points depuis 2005) ou désagréable (-12 points). Cette dédramatisation du dépistage peut être mise en relation avec les campagnes d'information menées sur cette thématique et avec la diffusion du test de recherche de sang dans les selles induisant une moindre association, dans les esprits, du dépistage du cancer colorectal à la seule coloscopie.

### ☛ **Une pratique encore insuffisante, mais qui ne s'explique pas par un rejet de ce dépistage**

La pratique déclarée du dépistage du cancer colorectal est encore relativement faible par rapport au dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus : seuls 47 % des Français de 50 à 74 ans disent avoir déjà réalisé un dépistage du cancer colorectal : 24 % par colo-

scopie et 23 % par un test de recherche de sang dans les selles. Le test de recherche de sang dans les selles n'est donc pas encore une habitude prise par les Français de 50 à 74 ans.

Toutefois, il est important de noter que la généralisation du dépistage organisé s'est faite progressivement. Les résultats observés dans les départements pilotes sont naturellement plus élevés : 65 % des 50-74 ans y déclarent avoir effectué un dépistage par coloscopie ou test de recherche de sang dans le selles, dont 32 % déclarant avoir réalisé un test de recherche de sang dans les selles.

Les raisons avancées spontanément pour expliquer le fait de ne pas avoir demandé le test au médecin, montrent qu'il n'y a pas un rejet de ce dépistage : les Français de 50 à 74 ans déclarent avant tout qu'ils sont déjà suivis par ailleurs (20 %), qu'ils n'ont pas consulté leur médecin (19 %) ou n'ont pas pensé à lui en parler (10 %). Peu se justifient en invoquant l'absence de symptômes (8 %), que cela ne sert à rien (3 %) ou encore que cela ne les concerne pas (2 %).

### ❶ **Le rôle incitatif du courrier d'invitation et l'importance des professionnels de santé dans le circuit du dépistage**

Exception faite du dépistage du cancer de la peau, les dépistages sont réalisés davantage à la demande d'un professionnel de santé qu'à l'initiative de la personne. Dans le cas du dépistage du cancer colorectal, 50 % des personnes l'ont fait sur incitation médicale, alors que 21 % ont initié eux-mêmes la démarche.

Les courriers d'invitation envoyés dans le cadre des dépistages organisés sont cités comme un élément déclencheur par environ un quart des personnes ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal (ce qui est bien plus qu'en 2005 où 16 % des personnes dépistées citaient le courrier soit +8 points).

La majorité des personnes concernées par le dépistage du cancer colorectal (hommes et femmes de 50 à 74 ans) se souviennent du courrier les invitant à consulter leur médecin pour qu'il leur remette le test de dépistage (62 %). Mais après la réception du courrier, moins d'une personne sur deux (42 %) entreprend la démarche de demander à son médecin le test de recherche de sang dans les selles. Les hommes sont moins nombreux à le demander au médecin que les femmes (seulement 36 % des hommes l'ont demandé contre 49 % des femmes). En revanche, une fois le test remis par le médecin, pratiquement tous déclarent l'effectuer (89 %), soulignant ainsi le rôle déterminant du médecin généraliste dans l'adhésion au dispositif.