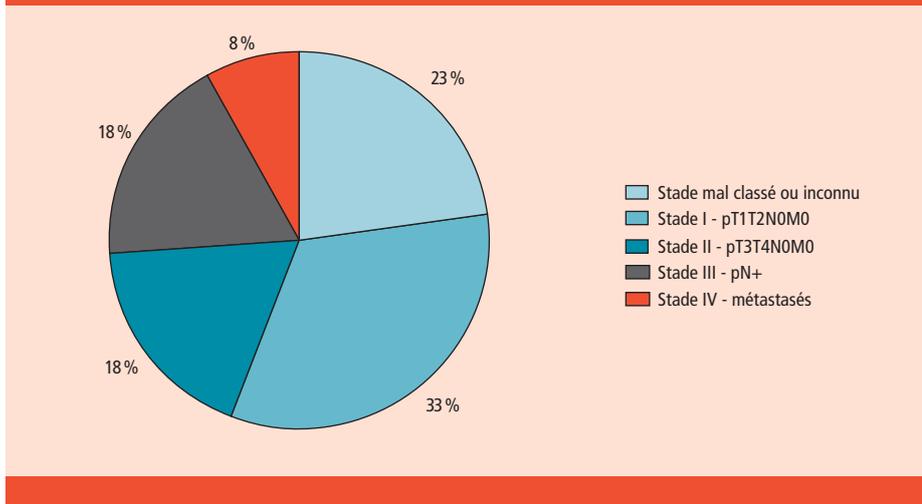


Figure 2 Première campagne - les stades de cancer chez les personnes ayant un cancer invasif dépisté, France, 2007 / Figure 2 First round - cancer stages in persons with a screened invasive cancer, France, 2007



Discussion - Conclusion

Ce programme représente un véritable enjeu de santé publique, tant par la taille de la population cible (16 millions), que par le nombre de décès évitables. Les résultats de la première campagne étudiés ici montrent que la participation atteint ou dépasse le taux recommandé de 50 % dans cinq départements seulement. L'efficacité des relances est variable selon les départements. La majorité des tests sont réalisés dans la suite du premier courrier. Dans quatre départements, le pourcentage de personnes dépistées suite à la relance avec test est meilleur que le pourcentage suite à la relance sans test. Le pourcentage de personnes « exclues du dépistage pour des raisons médicales » est encore mal renseigné dans certains départements, en particulier parce que les procédures mises en place pour documenter ces exclusions ne sont pas les mêmes et se sont mises en place progressivement. Ces informations devraient être mieux collectées auprès du médecin, du patient lui-même ou par un

autre système de recueil tel que des systèmes informatisés existants comme le PMSI (Programmes de médicalisation des systèmes d'information) pour n'inviter que la population cible à participer.

Le pourcentage moyen de tests non analysables de la deuxième campagne est le même, que les personnes réalisent le test pour la première ou la deuxième fois, contrairement à ce que l'on pourrait attendre. Cela laisse supposer qu'il n'y a pas de gain de qualité à attendre de la répétition de la pratique du test. Le pourcentage de réalisation de la coloscopie en cas de test positif est certes supérieur aux chiffres italiens (83 %) ou anglais (82,8 %), mais l'augmenter reste un objectif d'autant plus important qu'une coloscopie sur deux pour les hommes et une sur trois pour les femmes permet de détecter des lésions [1-3]. Un taux supérieur à 90 % de coloscopies réalisées est un objectif réaliste puisqu'atteint dans certains départements. Dans 9 cas sur 100, un cancer est détecté et un adénome dans 33 cas sur 100. Le taux de

cancers dépistés lors des premières campagnes de ce programme est semblable à celui observé au début d'autres programmes, de 1,5 à 3 cancers pour 1 000 personnes dépistées [2,5,6].

Les médecins coordinateurs témoignent de la difficulté de recueillir les informations sur les complications de la coloscopie auprès des gastro-entérologues. Ces complications constituent un effet délétère du dépistage qu'il convient de mesurer avec précision. De même, l'information sur les stades des cancers, critère majeur d'évaluation de l'intérêt de santé publique du programme, est encore recueillie de manière non exhaustive. L'ensemble des indicateurs produits reste cohérent avec la dernière évaluation [6]. Cependant, malgré le cahier des charges et l'implication des partenaires du dépistage (médecins coordonnateurs des structures de dépistage, médecins généralistes, gastro-entérologues, anatomo-cytopathologistes), la qualité et l'exhaustivité du recueil de l'information doivent s'améliorer pour assurer un programme de dépistage organisé de qualité.

Références

- [1] UK Colorectal Cancer Screening Pilot Group. Results of the first round of a demonstration pilot of screening for colorectal cancer in the United Kingdom. *BMJ*. 2004; 329:133.
- [2] Zorzi M, Grazzini G, Senore C, Vettorazzi M. Screening for colorectal cancer in Italy: 2004 survey. *Epidemiol Prev*. 2006; 30:41-50.
- [3] Grazzini G, Castiglione G, Ciabattini C, Franceschini F, Giorgi D, Gozzi S, *et al*. Colorectal cancer screening programme by faecal occult blood test in Tuscany: first round results. *Eur J Cancer Prev*. 2004; 13:19-26.
- [4] Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, *et al*. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*. 2004; 126:1674-80.
- [5] Weller D, Coleman D, Robertson R, Butler P, Melia J, Campbell C, *et al*. The UK colorectal cancer screening pilot: results of the second round of screening in England. *Br J Cancer*. 2007; 97:1601-5.
- [6] Goulard H, Boussac-Zarebska M, Ancelle-Park R, Bloch J. French colorectal cancer screening pilot programme: results of the first round. *J Med Screen* 2008; 15(3):143-8.

Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007

Hélène Goulard¹ (h.goulard@invs.sante.fr), Marjorie Boussac-Zarebska¹, Nicolas Dupont¹, Juliette Bloch¹

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Objectifs – L'objectif de l'étude était d'identifier des liens entre les variables socio-économiques et la participation au dépistage organisé du cancer colorectal (DO) et de décrire les motifs de participation.

Méthodes – Cette étude transversale par auto-questionnaire a été réalisée entre décembre 2006 et avril 2007 dans six structures départementales de gestion, avant la généralisation du programme de DO. Un tirage au sort stratifié sur le sexe, l'âge, le caractère rural du lieu de résidence, la réalisa-

French compliance determinants within the colorectal cancer screening programme: the FADO-colorectal study, France, December 2006-April 2007

Aims – The aim of this study was to explore the socio-economic relations and reasons for attendance or non-attendance in organized pilot colorectal cancer screening.

tion ou non du test Hémocult®, a été effectué à partir du fichier d'invitation utilisé par chaque département.

Résultats – Au total, les questionnaires de 5 815 participants et de 1 801 non-participants ont été analysés (taux de réponse global : 36 %). Les personnes n'ayant pas fait le test sont plus souvent des hommes, ont moins souvent une mutuelle et ont plus souvent renoncé à des soins pour raisons financières. Le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié pour la promotion de ce dépistage. Une fraction encore importante de la population ne se sent pas concernée par ce dépistage, alors même qu'il leur est spécifiquement destiné (population à risque moyen). Les femmes, en particulier celles qui font déjà des frottis et des mammographies sont plus enclines à pratiquer le dépistage.

Discussion-Conclusion – Les campagnes de communication pourront s'appuyer sur ces éléments pour mieux cibler les personnes à convaincre de participer au dépistage du cancer colorectal.

Mots clés / Key words

Cancer colorectal, Hémocult®, dépistage organisé, connaissances, pratiques / Colorectal cancer, Hemocult®, mass screening, knowledge, practices

Introduction

Le programme de dépistage organisé (DO) du cancer colorectal, jusque là « pilote », sera généralisé à tout le territoire en 2009. Mis en place au niveau départemental, il repose sur le test Hémocult®, proposé, tous les deux ans, aux personnes cibles âgées de 50 à 74 ans. La participation de la population au dépistage organisé du cancer colorectal est un des déterminants majeurs de l'efficacité de ce programme et un taux d'au moins 50 % est recommandé. La participation moyenne aux premières campagnes pilotes atteignait 42 %¹. Afin d'améliorer ce taux, il était indispensable de mieux connaître les facteurs d'adhésion au programme organisé. L'étude Fado-colorectal (Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal) avait comme objectifs d'étudier les liens entre les variables sociodémographiques, de recours aux soins et la réalisation du test Hémocult® et de décrire les connaissances, attitudes et pratiques des participants et non-participants au programme.

Méthodes

L'enquête Fado est une étude transversale par auto-questionnaire, réalisée entre décembre 2006 et avril 2007, dans six départements parmi les 23 départements pilotes chargés du dépistage organisé : le Calvados (14), la Charente (16), la Côte-d'Or (21), l'Isère (38), l'Orne (61), la Saône-et-Loire (71). Un tirage au sort a été effectué à partir du fichier utilisé par chaque structure de gestion du dépistage pour inviter les hommes et les femmes de 50 à 74 ans. Deux groupes ont été créés, les participants au dépistage organisé et les non-participants. Le tirage au sort était stratifié sur le sexe, le caractè-

re rural/urbain de la commune de résidence et la tranche d'âge quinquennale. L'intérêt de cette enquête, par rapport aux enquêtes déclaratives en population, est la comparaison possible entre les personnes ayant réellement fait un test dépistage et celles n'en n'ayant pas fait. Au total, 28 067 questionnaires ont été envoyés par les structures de gestion, 10 432 questionnaires « participants » et 17 635 questionnaires « non-participants » pour

obtenir une puissance d'étude de 80 %, avec un risque de première espèce de 5 %, pour détecter un odds-ratio de 1,5 avec un p0 à 10 % (p0 étant la plus petite modalité, chez les non-participants au dépistage organisé). Les questionnaires ont été validés, saisis et analysés par l'Institut de veille sanitaire (InVS). Les deux auto-questionnaires

¹ <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/default.htm>

Tableau 1 Participants et non-participants au programme - connaissance de la maladie, du dépistage organisé, du test selon la participation au dépistage organisé, France, décembre 2006-avril 2007
Table 1 Attendees and non-attendees in the programme - knowledge about the organized cancer screening programme and beliefs regarding disease and FOBT, December 2006- April 2007

	Participants au dépistage organisé (%) (N=5 815)	Non participants au dépistage organisé (%) (N=1 801)
Plus on découvre un cancer tôt, mieux on peut le soigner		
D'accord, tout à fait d'accord	99	98
Pas du tout d'accord, pas d'accord	1	2
Ne sait pas ou manquant	0	0
Ensemble	100 %	100 %
Je pense que les programmes de dépistage sont utiles		
D'accord, tout à fait d'accord	99	97
Pas du tout d'accord, pas d'accord	1	2
Ne sait pas ou manquant	0	1
Ensemble	100 %	100 %
Dépister un cancer...c'est chercher des problèmes...		
D'accord, tout à fait d'accord	7	14
Pas du tout d'accord, pas d'accord	87	76
Ne sait pas ou manquant	6	10
Ensemble	100 %	100 %
Je pense avoir plus de risque de développer un cancer colorectal que les autres		
D'accord, tout à fait d'accord	24	28
Pas du tout d'accord, pas d'accord	31	29
Ne sait pas ou manquant	46	43
Ensemble	100 %	100 %

Tableau 2. Non-participants au programme : les cinq principales raisons pour n'avoir pas effectué le test Hémocult® / Table 2 Non-attendees : main reasons for not having performed the Hemocult® test

	Effectif n=1 801	% au dépistage
Personnes exclues : coloscopie de moins de 5 ans, autre cancer, test de moins de deux ans, contre-indication etc.	652	36%
Personnes non exclues :	1 149	64%
Cinq principales raisons pour ne pas faire le test *		
J'avais d'autres problèmes à ce moment là	414	36%
Je n'étais pas convaincu(e) de le faire	298	26%
Je ne me sentais pas concerné(e)	161	14%
J'avais peur des résultats du test	103	9%
Les explications que j'ai eues n'étaient pas claires	46	4%

* Nombre de fois où la phrase a été cochée, parmi une liste proposée. Plusieurs réponses étant possibles, le total dépasse 100 %.

Tableau 3. Participants au programme - points positifs et négatifs évoqués lors du déroulement du dépistage, France, décembre 2006-avril 2007 / Table 3 Attendees in the programme - main positive and negative points about screening among attendees, France, December 2006-April 2007

	Hommes N=2 650 (Effectif) %	Femmes N=3 165 (Effectif) %	Ensemble N=5 815 (Effectif) %	P
Êtes-vous globalement satisfait(e) de la façon dont cela s'est passé (de la remise du test au résultat) ?				
Tout à fait	(2 226) 84	(2 532) 80	(4 768) 82	0,29
Plutôt	(398) 15	(569) 18	(989) 17	
Pas vraiment – Pas du tout – Ne sait pas	(26) 1	(64) 2	(58) 1	
Points positifs *				
Le test est facile à faire	(1 669) 63,0	(1 899) 60,0	(3 547) 61,0	0,01
Le délai entre le test et les résultats est correct	(1 669) 63,0	(1 994) 63,0	(3 663) 63,0	0,97
Je n'ai pas eu à payer	(848) 32,0	(1 107) 35,0	(1 977) 34,0	0,001
Je me suis senti(e) correctement informé(e)	(715) 27,0	(791) 25,0	(1 511) 26,0	0,1
Je me suis senti(e) correctement pris(e) en charge	(583) 22,0	(760) 24,0	(1 338) 23,0	0,05
Points négatifs *				
J'ai eu très peur des résultats	(477) 18,0	(696) 22,0	(1 163) 20,0	0,001
Je me suis senti(e) angoissé(e)	(291) 11,0	(538) 17,0	(814) 14,0	0,001
J'ai trouvé ça sale	(265) 10,0	(380) 12,0	(640) 11,0	0,005
J'ai été obligé(e) d'aller chez le médecin	(212) 8,0	(222) 7,0	(436) 7,5	0,83
Angoissé(e) et peur [§]	(106) 4,0	(253) 8,0	(349) 6,0	0,001
J'ai trouvé le test compliqué	(80) 3,0	(127) 4,0	(203) 3,5	0,15
J'ai été obligé(e) de payer la consultation	(93) 3,5	(127) 4,0	(203) 3,5	0,73
Le conseillerez-vous à votre entourage ?				
Oui	(2 544) 96	(3 038) 96	(5 582) 96	0,23
Non, ne sait pas	(106) 4	(127) 4	(233) 4	

* : Les personnes choisissaient 3 réponses parmi une liste. § : Variable construite à partir des deux items exclusifs « peur », « angoisse ».

envoyés par courrier (participants et non-participants) comprenaient des questions communes sur les caractéristiques sociodémographiques, le recours aux soins, les connaissances et les pratiques de dépistage. Plusieurs questions avaient pour but de décrire les modalités d'accès au cabinet du médecin : la distance en kilomètre, le moyen de transport, le temps de transport, les délais de prise de rendez-vous. D'autres questions étaient spécifiques de la participation ou non : satisfaction quant au déroulement du test, raisons de non participation. Les liens entre la réalisation du test et les caractéristiques sociodémographiques et d'accès aux soins, ont été analysés par régression logistique sous SAS® V8.0.

Résultats

Le taux de réponse global à l'enquête atteignait 36 % (58 % chez les participants et 14 % chez les

non-participants). Au total, les questionnaires de 5 815 personnes ayant réalisé un test Hémocult® (participants) et de 1 801 n'en ayant pas fait (non-participants) ont été analysés. La majorité des participants et non-participants au dépistage connaissait le programme de dépistage organisé du cancer colorectal dans leur département et pensait que les programmes de dépistage sont utiles (tableau 1). Un peu moins d'une personne sur deux ne savait pas si elle avait « plus de risque que les autres de développer un cancer colorectal » (tableau 1).

Parmi les 1 801 non-participants (tableau 2), 652 personnes ne faisaient pas partie de la population cible au moment de l'enquête (36 %), c'est-à-dire qu'elles avaient une contre-indication médicale à ce moment là, avaient réalisé une coloscopie il y a moins de cinq ans ou avaient fait le

test il y a moins de deux ans. Parmi les non-participants restants, les raisons les plus citées pour ne pas participer au programme étaient le fait d'avoir d'autres problèmes à ce moment là (36 %), de ne pas être convaincu (26 %) et de ne pas se sentir concerné (14 %) (tableau 2). Les personnes qui avaient participé au dépistage organisé étaient satisfaites du déroulement du programme (82 % tout à fait satisfaites, 17 % plutôt satisfaites et 1 % pas vraiment ou pas du tout ou ne savaient pas) (tableau 3). Les participants avaient apprécié en premier lieu le fait : « que le délai entre le test et les résultats soit correct » (63 %), « que le test soit facile à faire » (61 %) et « de ne pas avoir eu à payer » (34 %). Parmi les points négatifs évoqués, la peur et l'angoisse des résultats étaient citées par plus d'un tiers des participants, « J'ai trouvé ça sale » pour 11 %. Enfin, plus de 9 participants sur 10 conseilleraient le dépistage à leur entourage (tableau 3).

L'analyse multivariée (tableau 4) montrait que le fait d'être un homme et de ne pas vivre en couple étaient liés à la non-réalisation du test. Toute chose étant égale par ailleurs, l'âge était également lié à la participation au programme : plus les personnes invitées à participer étaient jeunes et moins elles réalisaient le test. En termes d'accès aux soins, le fait de renoncer à des soins pour des raisons financières (soins dentaires, lunettes, etc.) et de ne pas avoir de mutuelle complémentaire de santé étaient également associés, indépendamment des autres variables, au fait de ne pas faire le test (tableau 4). La question de l'accès au cabinet médical ne semblait pas liée à la pratique du dépistage. Participants et non-participants ne se distinguaient pas quant à leurs réponses aux questions sur le temps de transport, la distance par rapport au cabinet médical, les moyens de transport pour s'y rendre, le délai de prise de rendez-vous. En revanche, le rôle du médecin traitant dans la participation au dépistage était confirmé. Les personnes participantes avaient déclaré plus souvent que les non-participants « pouvoir parler de tout avec leur médecin » et un contact avec le médecin (au moins une consultation dans l'année) était retrouvé plus souvent chez les participants que les non-participants (tableau 4).

Enfin, l'analyse spécifique des femmes montrait que celles qui avaient fait un test de dépistage du cancer colorectal avaient plus souvent eu un frottis cervico-utérin récemment (dépistage du cancer du col de l'utérus) (72 % versus 62 %, p<0,001) et/ou une mammographie (dépistage du cancer du sein) que celles qui n'avaient pas fait de test Hémocult® (97 % versus 87 %, p<0,001) (non présenté).

Tableau 4. Non pratique du test selon les caractéristiques sociodémographiques et d'accès aux soins - Odds ratio bruts et ajustés - intervalle de confiance, France, décembre 2006-avril 2007 / Table 4 Crude and adjusted odds ratios and 95% confidence intervals between sociodemographic and healthcare access characteristics and colorectal cancer screening practices, December 2006- April 2007

	Participants % (N=5 815)	Non participants % (N=1 801)	Odds ratio brut [IC95%]	Odds ratio ajusté ^a [IC95%]	P
Âge					0,0002
50-59 ans	46	58	1	1	
60-69 ans	39	30	0,6 [0,5-0,7]	0,6 [0,5-0,7]	
70-74 ans	15	12	0,5 [0,5-0,7]	0,6 [0,5-0,7]	
Sexe					<0,001
Homme	46	50	1	1	
Femme	54	50	1,2 [1,1-1,4]	1,3 [1,1-1,4]	
Niveau d'étude le plus élevé					
Sans diplôme ou certificat	36	33	1	^b	
Brevet à CAP	34	32	1,1 [0,9-1,2]		
BAC ou BAC professionnel.	19	22	1,3 [1,1-1,6]		
Bac +2 et plus	11	13	1,4 [1,2-1,7]		
Activité professionnelle				^b	
Retraite	64	51	1		
Activité	26	36	1,7 [1,5-2,0]		
Chômage, au foyer, autre	10	13	1,8 [1,5-2,1]		
Vivez-vous en couple					0,037
Oui	81	77	1	1	
Non	19	23	1,2 [1,0-1,4]	1,2 [1,0-1,4]	
Renoncement à des soins pour des raisons financières					0,0001
Non	78	70	1	1	
Oui	22	30	1,5 [1,3-1,7]	1,4 [1,2-1,6]	
Avoir une mutuelle de santé complémentaire					0,0002
Oui	96	92	1	1	
Non	4	8	2,1 [1,6-2,7]	1,8 [1,4-2,3]	
Fréquence du suivi médical					<0,0001
1 à 5 fois	80	74	1	1	
Aucune ou ne sait pas	3	8	2,7 [2,0-3,4]	2,3 [1,8-2,9]	
6 fois et plus	17	18	1,3 [1,1-1,5]	1,2 [1,1-1,4]	
Depuis combien d'années avez-vous le même médecin généraliste ?					
0 à 14 ans	50	55	1	^b	
15 à 19 ans	14	13	0,9 [0,7-1,0]		
20 à 24 ans	16	15	0,9 [0,8-1,0]		
25 ans et plus	20	17	0,8 [0,7-0,9]		

^a : OR ajustés sur les variables de stratification : urbain/rural, département et les variables du tableau significatives ^b : significatif en univarié mais non significatif en analyse multivariée – P : P global de la variable dans le modèle multivarié

Discussion-Conclusion

Comme déjà souligné dans d'autres études, les participants sont moins souvent des hommes, ont plus souvent une mutuelle de santé, et ont moins souvent renoncé à des soins pour raisons financières [1-3]. Le rôle du médecin traitant, comme déjà souligné dans d'autres études, est central [1,4,5]. Les médecins doivent être encouragés à parler de dépistage du cancer colorectal aux hommes des tranches d'âge concernées dès qu'ils ont l'occasion de les recevoir en consultation.

L'étude Fado-colorectal est une enquête par auto-questionnaire et il est vraisemblable que les personnes les plus précaires et les moins intéressées par le dépistage ont moins répondu à l'enquête. Les répondants à l'enquête ne sont pas représentatifs de la population générale, notamment chez les non-participants au dépistage organisé chez qui le taux de réponse à l'enquête est faible.

Parmi les non-participants, il y a un pourcentage élevé d'exclusions médicales du dépistage organisé

(ayant un antécédent de maladie chronique grave, de cancer, ou ayant réalisée une coloscopie il y a moins de cinq ans ou un test il y a moins de deux ans). Ce pourcentage est probablement surestimé dans l'enquête, les non-participants pour raisons médicales ayant vraisemblablement mieux répondu à l'enquête que ceux qui ne sont pas intéressés par le dépistage. Les données d'évaluation du programme estiment ce pourcentage à 10 %, mais il est probablement sous-estimé, car les motifs de non participation pour cause d'exclusion médicales sont sous-déclarés [6]. Ce pourcentage d'exclusion souligne le rôle essentiel du médecin traitant chargé de repérer les personnes à qui s'adresse réellement le test de dépistage. À ce propos Denis *et al.* avaient montré qu'en Alsace, les informations sur les antécédents familiaux étaient souvent absentes des dossiers des médecins généralistes [7]. Des questions relatives à l'accès au cabinet du médecin : la distance en kilomètres, le moyen de transport, le temps de transport, les délais de prise de rendez-vous ont été analysées. Il s'agissait de déclaratif et

il n'a pas été mis en évidence de différences entre participants et non-participants pour chacune de ces variables. Par ailleurs, comme dans l'enquête FADO-sein, les participants étaient satisfaits du déroulement du programme organisé [8].

Notre étude soulève la question de l'influence des femmes sur la participation du conjoint au programme. En 2006, Van Jaarsveld *et al.* proposaient d'expérimenter l'invitation simultanée de la femme et de l'homme au sein d'un même ménage [9]. Probablement non envisageable dans le cadre du programme français, les campagnes de communication pourraient cependant s'appuyer sur une telle démarche. Enfin, en ce qui concerne les conduites de prévention et de dépistage, les femmes sont plus familières du dépistage de part leur expérience du frottis cervico-utérin et de la mammographie et sont plus enclines à pratiquer ce nouveau test [10]. Comme mis en évidence dans l'enquête Fado-sein et dans l'enquête décennale santé 2002-2003 de l'Insee, chez les femmes, la pratique d'un des trois dépistages (sein, col de l'utérus et côlon-rectum) a un effet favorisant sur les deux autres. Ainsi, la communication adressée aux femmes de 50 à 65 ans pourrait concerner simultanément les trois dépistages [11].

Dans le cadre de la montée en charge du programme, les campagnes de communication pourraient s'appuyer sur ces éléments pour mieux cibler les personnes à convaincre de réaliser ce dépistage, notamment les hommes, qui sont plus à risque de développer un cancer colorectal.

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les médecins coordonnateurs des structures de gestion ayant participé à l'étude : Dr V Bouvier, Dr D Mahieu, Dr C Exbrayat, Dr V Dancourt, Dr A Notari-Le François, Dr N Touillon et D Serra pour son implication dans la validation des questionnaires.

Cette étude a bénéficié d'un financement de la Ligue nationale contre le cancer pour une partie de l'étude.

Références

- [1] Launoy G, Veret JL, Richir B, Reaud JM, Ollivier V, Valla A, *et al.* Involvement of general practitioners in mass screening. Experience of a colorectal cancer mass screening programme in the Calvados region (France). *Eur J Cancer Prev.* 1993; 2:229-32.
- [2] Arveux P, Durand G, Milan C, Bedenne L, Levy D, Doan BD, *et al.* Views of a general population on mass screening for colorectal cancer: the Burgundy Study. *Prev Med.* 1992; 21:574-81.
- [3] Beydoun HA, Beydoun MA. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. *Cancer Causes Control.* 2008; 19:339-59.
- [4] Desoubreux N, Herbert C, Launoy G, Vallee JP, Bouvier V, Maurel J, *et al.* Le dépistage de masse du cancer colo-rectal par les médecins généralistes en France: quelle est la vraie population cible ? *Gastroentérol Clin Biol.* 1997; 21:760-3.
- [5] Tazi MA, Favier J, Dassonville F, Lamour J, Milan C, Durand G. Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population: results of five screening rounds from 1988 to 1996. *J Med Screen.* 1997; 4:147-51.

[6] Goulard H, Boussac-Zarebska M, Ancelle-Park R, Bloch J. French colorectal cancer screening pilot programme: results of the first round. *J Med Screen*. 2008; 15:143-8.

[7] Denis B, Schon G, Ruetsch M, Grall JC, Leveque M, Meyer JM, et al. Dépistage des cancers: auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. *Presse Med*. 2007; 36:217-23.

[8] Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage du cancer du sein : FADO-sein. *Bull Epidemiol Hebd*. 2008; 44:429-31.

[9] Van Jaarsveld CH, Miles A, Edwards R, Wardle J. Marriage and cancer prevention: does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation? *J Med Screen*. 2006; 13:172-6.

[10] Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study *Eur J Cancer Prev*. 2008; 17:218-24.

[11] Duport N, Serra D, Goulard H., Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins (sein et col utérin) en France ? Analyse de l'enquête décenale santé 2003 de l'Insee – *Rev Epidemiol Santé Publique*. 2008;56(5):303-13.

Encadré / Box

Complications de la coloscopie : synthèse des connaissances en vue de l'évaluation du dépistage organisé / *Complications of colonoscopy: review in the prospect of mass screening assessment*

Thierry Ponchon (thierry.ponchon@chu-lyon.fr)

Centre hospitalier universitaire, Lyon

La coloscopie est considérée comme un geste à faible risque, mais le nombre de coloscopies étant élevé, certaines complications en particulier des perforations, sont souvent citées. Elles suscitent l'attention légitime des patients et représentent un sujet d'importance pour les hépatogastroentérologues. Elles doivent également être prises en compte lors de l'évaluation du dépistage organisé. Par ailleurs, une complication est d'autant plus mal tolérée par la victime que l'examen est considéré comme étant à faible risque. C'est pourquoi l'information des patients est cruciale dans le cadre du dépistage. Les complications liées à l'environnement et au terrain représentent 50 % de la morbidité. Les complications propres à la technique, qui sont dans la quasi-totalité des cas l'hémorragie ou la perforation, sont de plus en plus souvent traitées par endoscopie et font l'objet d'un encadrement par les recommandations. Il convient d'insister sur l'enregistrement nécessaire de toutes les complications de la coloscopie dans le cadre du dépistage organisé.

Données générales

La morbidité globale de la coloscopie dans les séries publiées est de 5 % et celle nécessitant une hospitalisation ou une prolongation de l'hospitalisation de 2 % [1,2]. Les complications graves sont rares et le pourcentage de décès secondaires obtenu à partir de huit études prospectives est de 0,014 % [1]. Par ailleurs, les séries publiées ne sont pas exhaustives et le terme « complications » a un caractère relatif. Lorsque les patients sont interrogés 7 et 30 jours suivant la coloscopie [3], la fréquence des complications ou des plaintes rapportées est de 34 % dans les 7 jours et de 6 % dans les 7 à 30 jours, avec en premier lieu un ballonnement (25 % du total),

suivi par une douleur abdominale (11 %). Près de 0,4% des patients sont ré-hospitalisés en raison d'un saignement digestif.

Complications non directement liées à la technique de coloscopie

Les complications non directement liées à la technique de coloscopie sont des complications cardiovasculaires, pulmonaires ou infectieuses. Les complications cardio-vasculaires, essentiellement des troubles transitoires du rythme cardiaque, plus rarement infarctus du myocarde ou accidents vasculaires cérébraux, représentent 50 % de la morbidité et de la mortalité des procédures endoscopiques dans les pays anglo-saxons. Il existe des facteurs de risque : âge > 60 ans, maladie chronique cardiaque ou respiratoire, absence de monitoring, de supplémentation en oxygène, ou d'abord veineux, procédure en urgence, geste thérapeutique. La sédation peut générer ses propres complications surtout si elle est encadrée et surveillée de manière inappropriée. Telle qu'elle est pratiquée dans les pays anglo-saxons, elle induit une complication dans 0,54 % des endoscopies et un décès dans 0,03 % d'entre elles [4]. En France, la très grande majorité des coloscopies est réalisée sous anesthésie générale. Cette attitude peut être considérée comme excessive et/ou trop coûteuse, mais elle présente le double intérêt d'une tolérance maximale et d'un encadrement sécuritaire optimal pour le patient. Les gestes endoscopiques sont pourvoyeurs de bactériémie, tout comme les sont les gestes de la vie courante. La Société française d'endoscopie digestive (Sfed) a rédigé des recommandations concernant l'antibioprophylaxie tenant compte du terrain et du geste réalisé [5]. La transmission d'infection par

les endoscopes est exceptionnelle et le risque a été évalué à 1/1 800 000 examens [6]. Les textes [7] et circulaires en vigueur en France font que le risque de transmission des agents pathogènes classiques et en particulier des virus est nul et que le risque de transmission des agents non conventionnels, type prions, est encadré au maximum.

Complications liées à la technique

La perforation en dehors d'un geste thérapeutique est due à une mise en tension excessive localisée de la paroi, soit par hyperpression intraluminaire soit par pression mécanique du coloscope. La perforation au cours des coloscopies thérapeutiques s'explique par une lésion de la couche musculaire et de la séreuse (lors du geste ou retardée par nécrose de coagulation). Sa fréquence reste stable parce que les endoscopistes prennent en charge des lésions de plus en plus larges. Elle se situe entre 0,06 et 0,17 % des cas soit 1/3000 à 5000 cas [1]. Le risque de perforation au cours d'une coloscopie thérapeutique est 10 fois celui d'une coloscopie diagnostique et est lié à la taille du polype et à sa localisation (côlon droit).

La fréquence des hémorragies est supérieure à la fréquence des perforations, mais cette complication peut actuellement être prise en charge exclusivement par endoscopie. L'hémorragie est essentiellement liée aux gestes thérapeutiques sur les polypes.

Complications dans le cadre du dépistage organisé

Les données sont encore peu nombreuses quoique rassurantes [8]. Alors que la population concernée présente un risque élevé de lésions et que le nombre de coloscopies thérapeutiques est