

Évaluation épidémiologique du dépistage du cancer du côlon et du rectum

Premières campagnes du programme pilote français

Hélène Goulard, Marjorie Boussac-Zarebska, Rosemary Ancelle-Park, Juliette Bloch et les médecins coordinateurs *

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

En France, un programme de dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum a été mis en place dans 23 départements entre 2002 et 2005. Ce programme repose sur le test Hémocult®, détection du sang occulte dans les selles (au gaïac), seul test évalué largement en population générale. Il est recommandé chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif. Le cahier des charges publié en 2006 décrit l'organisation du programme [1]. Les structures de gestion départementales du dépistage invitent par courrier la population cible à se rendre chez le médecin généraliste de son choix pour obtenir le test à réaliser à domicile (phase médicale). Les tests sont envoyés par les personnes au centre de lecture qui transmet les résultats à la structure de gestion. Les personnes qui n'ont pas réalisé le test suite à l'invitation le reçoivent par la Poste (phase postale). Les structures de gestion enregistrent le suivi des personnes dépistées, dont les données nécessaires à l'évaluation. Celles-ci sont alors transmises à l'InVS chargé de l'évaluation épidémiologique.

MÉTHODOLOGIE

Les résultats présentés ici concernent les deux premières années d'activité des programmes pilotes, à la date du 1^{er} septembre 2006. Ils reposent sur des données agrégées transmises 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 par âge et par sexe. Ces données permettent de calculer les indicateurs d'impact, de qualité et d'efficacité du programme de dépistage.

Le 1^{er} septembre 2006, 19 départements avaient au moins 2 ans d'activité, soit une campagne complète (tableau 1). Pendant cet intervalle de 2 ans, toute la population cible doit avoir été invitée une fois. 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. Cette dernière population, dite population cible, est celle des personnes de 50 à 74 ans, estimée selon l'Insee. 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 5 ans sont soustraites de cette population.

Les indicateurs d'efficacité impliquent le suivi complet des personnes ayant un test positif, ce qui nécessite une année supplémentaire de recul. Ils ont été calculés pour les 8 départements qui avaient le recul suffisant.

Quatre départements ont une durée d'activité inférieure à 24 mois : les Ardennes, les Alpes-Maritimes, la Marne et la Seine-Saint-Denis.

Epidemiological evaluation of the French colorectal cancer screening pilot programme: results of the first round

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 million people. Within this programme biennial screening with FOBT is proposed for average risk subjects, aged 50 to 74. Men and women are invited to consult their general practitioner (GP) in the district who will explain and provide the FOBT. Test readings are centralized. People with a positive test result are offered a full colonoscopy. Results of the programme's first round performance indicators are presented.

METHODS: Data collection on, dates of invitation, participation, tests results and follow up data of people presenting with a positive test, are performed at a district level. Aggregate data were collected using a standardized form, by the French National public health institute for disease surveillance (InVS) in 2006. Analysis was performed according to length of activity of the programme: participation was calculated for the 19 districts having more than 24 months activity and efficacy performance indicators were calculated for 8 districts having more than 36 months activity, (rates of colonoscopies, cancers, adenomas and cancer stages). Rates are presented by sex and age.

RESULTS: The overall participation rate for the 19 districts with more than 24 months activity reached 42% varying by district from 31% to 54%. Overall 3.3% tests were non analyzable and the overall rate of positive tests was 2.7% (2.0% - 3.6%). In the 8 districts with more than 36 months activity, 86% of colonoscopies were performed. A total of 1 615 cancers and 4 612 adenomas were detected. The cancer rate reached 2.3‰ (1.7‰ to 3.0‰) was higher in men than in women (3.4‰ versus 1.4‰), and increased with age. The positive predictive value reached 9.2% (8.0% to 10.4%) for cancer and 31.1% (27.1% to 36.8%) for adenomas. The proportion of missing or misclassified data for staging was 17%. Forty-three percent of detected cancers were stage I, 24% stage II, 23% had lymph node involvement and 10% presented with distant metastasis.

CONCLUSION: These results suggest that impact, quality and efficacy indicators are in agreement with international references. However, participation rates are low in some districts and improvements should be obtained by increasing awareness of GPs and the population. During 2007 coverage of the programme will be progressively extended so that by the end of 2007 each of the 99 districts will have actively started implementing the programme.

[1] Cahiers des charges du dépistage organisé du cancer colorectal. JO du 21 décembre 2006.

RÉSULTATS

Indicateurs d'impact, de qualité – 19 départements

Dans les 19 départements concernés, 1 093 171 personnes ont réalisé un test HémoCult. Le taux de participation moyen s'élève à 42 %. Dans six départements, ce taux était égal ou dépassait les 50 %, objectif à atteindre.

Les pourcentages de personnes exclues pour des raisons médicales varient, selon les départements, de 5 à 15 %. Certains tests ne sont pas analysables et doivent être refaits. Le pourcentage moyen de tests non analysables s'élève à 3,3 % (1,6 % à 5,6 %). Ce pourcentage augmente avec l'âge (tableau 2). Deux départements, la Charente (5,6 %) et la Saône-et-Loire (4,9 %), ont des pourcentages plus élevés que la moyenne, en partie du fait de la fermeture du centre de lecture pendant l'été. Lorsque le test n'est pas analysable, la personne concernée est invitée à refaire le test. Le pourcentage moyen de tests non analysables refaits n'est que de 75 %, variant de 88 % (en Saône-et-Loire) à 35 % (dans l'Hérault). Dans ce département, avant 2005, les personnes dont le test n'était pas analysable devaient faire elles-mêmes la démarche auprès de la structure de gestion pour avoir un nouveau test. Cette procédure a été modifiée depuis, avec renvoi automatique du test.

Le pourcentage moyen de tests positifs s'élève à 2,7 %, pour un pourcentage de référence de 2 à 3 % en première campagne. Le Nord (3,6 %) et le Haut-Rhin (3,3 %) ont les valeurs les plus élevées. Le pourcentage est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (3,3 % versus 2,2 %). Il augmente avec l'âge dans l'ensemble des départements, allant de 2,2 % chez les 50-54 ans à 3,3 % chez les 70-74 ans ; ces deux résultats sont en concordance avec la prévalence des lésions colorectales, plus élevée chez les hommes et avec l'âge (tableau 3).

Indicateurs d'efficacité – 8 départements

Dans les huit départements qui avaient 2 ans de campagne et un recul d'au moins 1 an en septembre 2006, la participation s'élève à 44 % en moyenne, avec 669 676 personnes dépistées. Le taux de tests positifs est de 2,6 %, soit 17 055 personnes. Un total de 14 696 coloscopies a été enregistré soit 86,2 % des personnes ayant eu un test positif (85,9 % chez les hommes et 86,5 % chez les femmes), le pourcentage de référence étant de 90 %. Parmi les 14 % de coloscopies non enregistrées en septembre 2006, figuraient des refus des patients et des contre-indications médicales, ainsi que des perdus de vue. Dans deux départements, l'Ille-et-Vilaine et l'Indre-et-Loire, le pourcentage de coloscopies enregistrées est supérieur à 90 % (tableau 4). Le pourcentage de coloscopies complètes, c'est-à-dire atteignant le cæcum, atteint 95 % des coloscopies enregistrées. Les lésions enregistrées sont les adénomes et les cancers. Le pourcentage de coloscopies mettant en évidence un cancer ou un adénome parmi les coloscopies réalisées est de 41,2 %, soit deux coloscopies sur 5.

Il est plus élevé chez les hommes (51,1 %) que chez les femmes (29,8 %) et il augmente avec l'âge (tableau 5). Plus de 30 % des coloscopies permettent de découvrir un ou plusieurs adénomes (référentiel 30 à 40 %). Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes (presque le double) que chez les femmes. Il est de 16,2 % des coloscopies pour les adénomes de plus de 10 mm (12,0 % à 21,3 %). Les coloscopies ont permis de détecter un cancer dans 9,2 % des cas (8,0 % à 10,4 %), pour un taux de référence à 10 % (tableau 6). Ce pourcentage est plus élevé chez les hommes.

Au total, dans les 8 départements considérés, le programme de dépistage a permis la détection de 1 615 cancers, soit un taux de 2,3 cancers pour 1 000 personnes dépistées. Ce taux est de 1,4 ‰ chez les femmes et 3,4 ‰ chez les hommes. Il est supérieur au référentiel, qui est de 1 à 2 ‰ pour une première campagne. Les premières campagnes se caractérisent par des taux plus élevés que les campagnes suivantes car elles permettent de dépister des cancers ou lésions qui sont en croissance depuis plusieurs années. Lorsque les personnes sont invitées une deuxième fois, les lésions détectées sont celles qui se sont développées de manière récente, dans l'intervalle de deux ans : elles sont moins nombreuses et plus petites. Ainsi, le taux de cancer est particulièrement bas chez les femmes en Isère car, si les hommes ont été inclus dans le programme en 2002, les femmes étaient, elles, invitées depuis 1991, dans le cadre d'un programme de dépistage groupé du cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon. Le taux de cancers pour 1 000 personnes dépistées augmente avec l'âge, passant de respectivement 0,8 ‰ parmi les 50-54 ans à 4,3 ‰ chez les personnes de 70-74 ans (tableau 7).

Les adénomes sont des lésions précancéreuses et sont retirés habituellement au cours de la coloscopie. Le programme a permis de détecter 4 612 personnes ayant un ou plusieurs adénomes soit un taux de 7,2 ‰ personnes dépistées (4,2 ‰ chez les femmes et 10,9 ‰ chez les hommes). Ce taux augmente avec l'âge, passant de 4,8 ‰ parmi les personnes de 50-54 ans à 10,4 ‰ chez les personnes de 70-74 ans (tableau 8).

Pour réduire la mortalité par cancer colorectal, un des objectifs du dépistage est de détecter les cancers à des stades précoces, de bon pronostic. Ainsi, si en première campagne, les cancers détectés sont de tailles et de stades variés, ils seront de stade plus précoce lors des campagnes ultérieures. Le stade du cancer était renseigné pour 1 341 des 1 615 cancers dépistés. Les cancers intramuqueux (carcinome in situ, pTisN0M0) représentent 23 % des cancers dépistés (tableau 9). Parmi les 898 cancers invasifs de stades renseignés, les cancers "précoces" (classés pT1T2N0M0) représentent 43 % des cancers invasifs. Les cancers classés pT3T4N0M0 représentent 24 %. Les cancers avec envahissement ganglionnaire représentent 23 % et les cancers métastasés 10 % (tableau 10). Ce pourcentage de 43 % de cancers de bon pronostic est à comparer au pourcentage de 19 % observé dans les registres du cancer en 2000 [Source Francim].

Tableau 1		Nombre de mois d'activité dans 23 départements et taux de participation			
Département	Dpt	Nombre de mois d'activité en sept 2006	Date début de 1 ^{re} campagne	Moyenne pondérée pop. Insee	Taux Insee de participation %
ALLIER	03	31	Février 2004	104 682	50,4
ALPES-MARITIMES	06	09	Janvier 2005	302 676	-
ARDENNES	08	21	Décembre 2004	74 896	-
BOUCHES-DU-RHÔNE	13	46	Décembre 2002	487 462	43,7
CALVADOS	14	27	Juin 2004	20 532	41,0
CHARENTE	16	37	Septembre 2003	98 870	32,1
CÔTE D'OR	21	44	Février 2003	129 260	50,2
FINISTÈRE	29	24	Septembre 2004	238 921	47,7
HÉRAULT	34	35	Octobre 2003	257 880	32,0
ILLE-ET-VILAINE	35	46	Décembre 2002	217 152	50,1
INDRE-ET-LOIRE	37	36	Octobre 2003	149 623	42,8
ISÈRE	38	53	Mai 2002	277 727	31,1
MARNE	51	21	Décembre 2004	140 042	-
MAYENNE	53	35	Novembre 2003	75 837	51,1
MOSELLE	57	24	Septembre 2004	268 077	32,7
NORD	59	34	Décembre 2003	593 786	32,2
ORNE	61	27	Juin 2004	82 972	41,0
PUY-DE-DÔME	63	28	Mai 2004	171 516	37,3
PYRÉNÉES-ORIENTALES	66	28	Mai 2004	123 842	33,8
HAUT-RHIN	68	36	Septembre 2003	186 200	54,1
SAÔNE-ET-LOIRE	71	44	Janvier 2003	158 455	50,3
ESSONNE	91	35	Novembre 2003	276 789	35,1
SEINE-ST-DENIS	93	02	Juin 2006	304 182	-
Ensemble				4 742 525	42 %*

* Calculé sur 19 départements.

Tableau 2		Pourcentage de tests non analysables par sexe et par âge – 19 départements							
	% de tests non analysables							% de tests refaits	
	H	F	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	Total	Total
ALLIER	2,2 %	2,4 %	1,2 %	1,5 %	2,3 %	3,0 %	3,2 %	2,3 %	79,3
BOUCHES-DU-RHÔNE	2,2 %	2,4 %	2,2 %	2,1 %	2,4 %	2,4 %	2,6 %	2,3 %	60,3
CALVADOS	2,6 %	2,2 %	2,9 %	1,7 %	1,9 %	2,1 %	3,5 %	2,4 %	72,6
CHARENTE	5,2 %	5,9 %	4,8 %	5,2 %	5,8 %	6,0 %	6,4 %	5,6 %	85,2
CÔTE D'OR	4,4 %	4,5 %	4,0 %	4,2 %	4,7 %	4,9 %	5,2 %	4,4 %	77,7
ESSONNE	2,1 %	2,4 %	1,8 %	2,0 %	2,2 %	2,8 %	2,9 %	2,2 %	70,4
FINISTÈRE	4,0 %	3,7 %	3,5 %	4,1 %	3,5 %	3,9 %	4,0 %	3,8 %	73,6
HAUT-RHIN	2,7 %	3,1 %	2,7 %	2,8 %	3,2 %	2,8 %	3,4 %	2,9 %	74,5
HÉRAULT	1,5 %	1,7 %	1,4 %	1,1 %	1,7 %	1,9 %	2,0 %	1,6 %	35,1
ILLE-ET-VILAINE	2,9 %	3,2 %	2,2 %	2,7 %	3,1 %	3,6 %	4,4 %	3,1 %	80,0
INDRE-ET-LOIRE	3,0 %	3,3 %	2,4 %	2,5 %	3,2 %	4,1 %	4,4 %	3,2 %	75,5
ISÈRE	4,0 %	3,3 %	3,1 %	3,5 %	3,5 %	4,0 %	4,1 %	3,6 %	81,0
MAYENNE	4,4 %	4,9 %	3,9 %	4,2 %	4,5 %	5,3 %	5,9 %	4,7 %	79,2
MOSELLE	2,3 %	3,1 %	1,4 %	1,9 %	3,4 %	3,1 %	3,9 %	2,8 %	78,5
NORD	2,1 %	2,5 %	2,2 %	2,1 %	2,3 %	2,5 %	2,8 %	2,3 %	72,4
ORNE	3,2 %	3,7 %	2,8 %	3,5 %	2,4 %	3,6 %	5,1 %	3,5 %	86,2
PUY-DE-DÔME	2,9 %	3,9 %	2,2 %	2,5 %	4,2 %	4,3 %	4,9 %	3,6 %	77,6
PYRÉNÉES-ORIENTALES	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SAÔNE-ET-LOIRE	5,0 %	4,8 %	4,2 %	4,6 %	5,0 %	5,0 %	5,9 %	4,9 %	88,0
Ensemble	3,2 %	3,4 %	2,7 %	2,9 %	3,3 %	3,6 %	4,1 %	3,3 %	74,8

Tableau 3	Taux de tests positifs par sexe et âge – 19 départements							
	Taux de tests positifs n = 29 942							
	H	F	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	Total
ALLIER	3,7 %	2,4 %	2,6 %	2,8 %	2,6 %	3,1 %	3,5 %	2,9 %
BOUCHES-DU-RHÔNE	2,5 %	1,6 %	1,5 %	1,8 %	2,2 %	2,2 %	2,6 %	2,0 %
CALVADOS	3,4 %	1,9 %	2,2 %	1,7 %	2,4 %	3,4 %	3,2 %	2,6 %
CHARENTE	2,8 %	2,1 %	1,9 %	2,2 %	2,3 %	2,5 %	3,3 %	2,4 %
CÔTE D'OR	3,5 %	2,1 %	2,5 %	2,6 %	2,8 %	3,1 %	3,2 %	2,7 %
ESSONNE	3,0 %	2,1 %	2,0 %	2,4 %	2,7 %	2,8 %	3,3 %	2,5 %
FINISTÈRE	3,0 %	2,2 %	2,3 %	2,2 %	2,3 %	2,7 %	3,1 %	2,6 %
HAUT-RHIN	3,9 %	2,8 %	2,4 %	3,0 %	3,5 %	3,9 %	4,3 %	3,3 %
HÉRAULT	2,6 %	1,6 %	1,6 %	1,8 %	2,1 %	2,3 %	2,6 %	2,0 %
ILLE-ET-VILAINE	3,0 %	2,2 %	1,9 %	2,2 %	2,9 %	2,7 %	3,4 %	2,5 %
INDRE-ET-LOIRE	3,5 %	2,2 %	2,4 %	2,5 %	2,8 %	3,0 %	3,4 %	2,8 %
ISÈRE	2,5 %	1,7 %	1,6 %	1,7 %	2,4 %	2,3 %	2,5 %	2,0 %
MAYENNE	3,7 %	2,6 %	2,4 %	2,6 %	3,4 %	3,5 %	3,7 %	3,1 %
MOSELLE	3,2 %	3,0 %	2,8 %	2,1 %	2,9 %	3,5 %	4,0 %	3,1 %
NORD	4,5 %	3,0 %	3,0 %	3,3 %	3,7 %	4,1 %	4,5 %	3,6 %
ORNE	4,4 %	2,7 %	2,7 %	3,1 %	3,3 %	3,6 %	3,2 %	3,2 %
PUY-DE-DÔME	2,5 %	1,9 %	2,0 %	1,7 %	2,2 %	2,6 %	1,9 %	2,0 %
PYRÉNÉES-ORIENTALES	3,4 %	2,4 %	1,8 %	2,1 %	3,2 %	3,1 %	3,5 %	2,8 %
SAÔNE-ET-LOIRE	3,4 %	2,0 %	2,2 %	2,5 %	2,5 %	3,0 %	3,0 %	2,6 %
Ensemble	3,3 %	2,2 %	2,2 %	2,3 %	2,7 %	3,0 %	3,3 %	2,7 %

Tableau 4	Nombre de coloscopies réalisées après un test positif et pourcentage par sexe – 8 départements					
	Nombre de coloscopies réalisées n = 14 696			% coloscopies réalisées		
	H	F	Total	H	F	Total
BOUCHES-DU-RHÔNE	1 679	1 387	3 066	83,7 %	82,9 %	83,3 %
CHARENTE	313	305	618	84,1 %	88,4 %	86,2 %
CÔTE D'OR	747	569	1 316	78,5 %	78,9 %	78,7 %
HAUT-RHIN	1 477	1 218	2 695	86,7 %	87,5 %	87,0 %
ILLE-ET-VILAINE	1 195	1 092	2 287	92,1 %	92,4 %	92,3 %
INDRE-ET-LOIRE	855	690	1 545	92,5 %	91,3 %	92,0 %
ISÈRE	742	727	1 469	88,2 %	86,5 %	87,4 %
SAÔNE-ET-LOIRE	966	734	1 700	81,5 %	84,0 %	82,6 %
Ensemble	7 974	6 722	14 696	85,9 %	86,5 %	86,2 %

Tableau 5	Pourcentage de coloscopies avec cancers ou adénomes par sexe et âge – 8 départements							
	% coloscopies avec cancers ou adénomes n = 6 227							
	H	F	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	Total
BOUCHES-DU-RHÔNE	50,9 %	36,0 %	34,7 %	41,0 %	43,2 %	49,9 %	51,8 %	44,1 %
CHARENTE	52,4 %	27,5 %	30,1 %	32,5 %	38,1 %	43,8 %	52,0 %	40,1 %
CÔTE D'OR	42,6 %	25,3 %	30,0 %	29,5 %	29,9 %	38,3 %	49,0 %	35,1 %
HAUT-RHIN	58,6 %	33,1 %	38,0 %	44,0 %	45,8 %	54,1 %	52,6 %	47,1 %
ILLE-ET-VILAINE	56,2 %	33,5 %	35,5 %	38,7 %	43,2 %	52,9 %	55,6 %	45,3 %
INDRE-ET-LOIRE	53,5 %	29,6 %	31,8 %	36,0 %	43,0 %	51,3 %	52,2 %	42,8 %
ISÈRE	48,9 %	23,9 %	26,7 %	34,4 %	35,4 %	42,1 %	45,5 %	36,6 %
SAÔNE-ET-LOIRE	46,3 %	29,2 %	24,8 %	37,5 %	33,4 %	45,6 %	51,2 %	38,9 %
Ensemble	51,1 %	29,8 %	31,5 %	36,7 %	39,0 %	47,2 %	51,2 %	41,2 %

Tableau 6	Pourcentage de cancer et adénomes détectés par sexe – 8 départements								
	% cancer			% adénomes			% adénomes ≥ 1cm		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
BOUCHES-DU-RHÔNE	-	-	-	32,0 %	22,0 %	27,5 %	14,7 %	8,8 %	12,0 %
CHARENTE	10,5 %	6,2 %	8,4 %	41,9 %	21,3 %	31,7 %	22,0 %	11,1 %	16,7 %
CÔTE D'OR	9,0 %	6,7 %	8,0 %	33,6 %	18,6 %	27,1 %	17,5 %	8,1 %	13,4 %
HAUT-RHIN	12,9 %	7,1 %	10,3 %	45,7 %	25,9 %	36,8 %	28,2 %	12,8 %	21,3 %
ILLE-ET-VILAINE	12,0 %	8,6 %	10,4 %	44,2 %	24,9 %	35,0 %	26,1 %	12,5 %	19,6 %
INDRE-ET-LOIRE	12,5 %	6,1 %	9,6 %	40,9 %	23,5 %	33,1 %	19,9 %	9,4 %	15,3 %
ISÈRE	13,7 %	4,8 %	9,3 %	35,2 %	19,1 %	27,2 %	20,2 %	10,3 %	15,6 %
SAÔNE-ET-LOIRE	9,6 %	7,5 %	8,7 %	36,6 %	21,7 %	30,2 %	20,8 %	10,2 %	16,2 %
Ensemble	11,5 %	6,7 %	9,2 %	38,8 %	22,1 %	31,1 %	21,2 %	10,4 %	16,2 %

Tableau 7	Taux de cancers détectés par sexe et âge – 8 départements (‰)							
	Taux cancers ‰ n = 1 615							
	H	F	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	Total
BOUCHES-DU-RHÔNE	4,0 ‰	1,9 ‰	0,4 ‰	2,1 ‰	3,2 ‰	3,9 ‰	4,9 ‰	2,8 ‰
CHARENTE	2,6 ‰	1,2 ‰	0,4 ‰	0,3 ‰	2,0 ‰	3,5 ‰	3,6 ‰	1,8 ‰
CÔTE D'OR	2,5 ‰	1,2 ‰	0,9 ‰	1,4 ‰	1,1 ‰	2,6 ‰	3,9 ‰	1,8 ‰
HAUT-RHIN	4,5 ‰	1,8 ‰	1,1 ‰	2,5 ‰	3,2 ‰	4,2 ‰	5,2 ‰	3,0 ‰
ILLE-ET-VILAINE	3,3 ‰	1,8 ‰	1,1 ‰	1,8 ‰	2,4 ‰	3,5 ‰	4,5 ‰	2,5 ‰
INDRE-ET-LOIRE	4,2 ‰	1,3 ‰	1,2 ‰	1,5 ‰	2,8 ‰	3,6 ‰	4,6 ‰	2,5 ‰
ISÈRE	3,1 ‰	0,7 ‰	0,6 ‰	1,0 ‰	2,1 ‰	2,7 ‰	3,1 ‰	1,7 ‰
SAÔNE-ET-LOIRE	2,7 ‰	1,3 ‰	0,7 ‰	1,2 ‰	1,5 ‰	2,5 ‰	4,4 ‰	1,9 ‰
Ensemble	3,4 ‰	1,4 ‰	0,8 ‰	1,5 ‰	2,3 ‰	3,3 ‰	4,3 ‰	2,3 ‰

Tableau 8	Taux d'adénomes détectées par sexe et âge – 8 départements (‰)							
	Taux adénomes ‰ n = 4 612							
	H	F	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	Total
BOUCHES-DU-RHÔNE	6,7 ‰	3,0 ‰	2,9 ‰	4,4 ‰	5,4 ‰	5,6 ‰	6,2 ‰	4,7 ‰
CHARENTE	10,4 ‰	4,1 ‰	4,6 ‰	6,1 ‰	6,0 ‰	6,8 ‰	12,0 ‰	6,9 ‰
CÔTE D'OR	9,5 ‰	3,3 ‰	5,1 ‰	4,9 ‰	5,6 ‰	7,3 ‰	9,3 ‰	6,1 ‰
HAUT-RHIN	15,9 ‰	6,5 ‰	7,1 ‰	9,4 ‰	11,3 ‰	14,6 ‰	14,2 ‰	10,9 ‰
ILLE-ET-VILAINE	12,3 ‰	5,1 ‰	5,3 ‰	6,2 ‰	9,3 ‰	10,0 ‰	13,1 ‰	8,3 ‰
INDRE-ET-LOIRE	13,6 ‰	4,9 ‰	5,8 ‰	7,1 ‰	8,5 ‰	11,3 ‰	12,6 ‰	8,7 ‰
ISÈRE	8,0 ‰	2,9 ‰	3,3 ‰	4,1 ‰	5,5 ‰	6,1 ‰	7,1 ‰	5,0 ‰
SAÔNE-ET-LOIRE	10,5 ‰	3,8 ‰	3,9 ‰	6,8 ‰	5,9 ‰	9,2 ‰	8,7 ‰	6,7 ‰
Ensemble	10,9 ‰	4,2 ‰	4,8 ‰	6,1 ‰	7,2 ‰	8,9 ‰	10,4 ‰	7,2 ‰

Tableau 9	Répartition par stade des personnes ayant un cancer	
	Nombre de personnes ayant un cancer N = 1 615	
Stade inconnu	9 %	
Stade mal classé	8 %	
Stade 0 - T1SN0M0 (intramuqueux ou sans extension à travers la muqueuse musculaire à la sous-muqueuse)	23 %	
Autres stades invasifs connus	60 %	
Total	100 %	

Tableau 10	Répartition par stade et pTNM disponible des personnes ayant un cancer invasif	
	Nombre de personnes ayant un cancer invasif n = 898	
Stade I – pT1T2N0M0	43 %	
Stade II – pT3T4N0M0	24 %	
Stade III – pN+	23 %	
Stade IV – pM+	10 %	
Total	100 %	

CONCLUSION

La mise à jour en 2006, des données agrégées du programme de dépistage du cancer colorectal entre 2002 et septembre 2006, montre que l'ensemble des indicateurs (impact, qualité et efficacité) est cohérent avec les références internationales. Ces résultats confortent la validité des modalités de ce programme de dépistage pour sa généralisation à l'ensemble du territoire, qui sera effective en fin 2007. Le seuil de participation de 50 % n'est pas encore atteint, mais l'expérience du dépistage du cancer du sein (45 % de participation en 2005 contre 33 % en 2003) montre que ce seuil est atteint progressivement après la généralisation.

Un point important reste à améliorer : la réalisation de la coloscopie en cas de test positif. En effet, plus de deux coloscopies sur cinq permettent de détecter un cancer ou une lésion précancéreuse. Or 14 % des personnes ayant un test positif ne l'ont pas faite. Seul un recul important permet de disposer de données complètes pour

l'évaluation épidémiologique : un an après la fin de la campagne, certains départements n'ont pas encore l'exhaustivité des informations du suivi des tests positifs. Une amélioration de la transmission des données par les médecins généralistes, gastroentérologues, anatomocytologistes et chirurgiens aux structures de gestion permettrait de disposer plus rapidement des données d'évaluation. En particulier, le recueil d'information sur les complications graves de la coloscopie et le stade des cancers est insuffisant.

Enfin, certaines mises au point restent à faire pour standardiser la recherche des personnes exclues pour raison médicale, pour le calcul du taux de participation.

Le recueil de données individuelles qui sera mis en place par l'InVS en 2007, permettra de publier des analyses plus complètes sur un nombre plus important d'indicateurs de suivi du programme de dépistage du cancer colorectal.

* *Remerciements : Pr Jean Faivre pour ses conseils et sa relecture attentive, Allier (Dr. Josette Puvinel), Alpes-Maritimes (Dr Claire Grannon), Ardennes (Dr François Maudière), Bouches-du-Rhône (Dr Karim Tifratène), Calvados (Dr Véronique Bouvier), Charente (Dr Dominique Mahieu), Côte-d'Or (Dr Vincent Dancourt), Finistère (Dr Yvon Foll), Hérault (Dr Jeanine Cherif-Cheik), Ille-et-Vilaine (Dr Gérard Durand – Dr Christine Piette), Indre-et-Loire (Dr Jérôme Viguier), Isère (Dr Catherine Exbrayat), Marnes-la-Métairie (Dr Frank Arnold – Dr Michel Thirion), Mayenne (Dr Pascale Lalanne), Moselle (Dr Yves Spycykerelle), Nord (Dr Sabine Chaumette, Dr Brigitte Cockenpot), Oise (Dr Annick Notari-Lefrançois) ; Puy-de-Dôme (Mme Chantal Mestre) ; Pyrénées-Orientales (Dr Jean patrice Gautier) ; Haut-Rhin (Dr Philippe Perrin) ; Saône-et-Loire (Dr Nassime Touillon) ; Essonne (Dr Hamou Ait Hadad- Dr Agnès Bernoux) ; Seine-St-Denis (Dr Christophe Debeugny – Dr Samira Saïfi).*