

— **TABLEAU DE BORD DU DÉPISTAGE ORGANISÉ
DU CANCER COLORECTAL EN ÎLE-DE-FRANCE**

— **DONNEES 2015-2016**

Synthèse et orientations



La santé en Île-de-France



Tableau de bord commandité par l'ARS Ile-de-France

Monsieur Luc Ginot, Directeur, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des Inégalités.

Madame le Docteur Véronique Drouglazet, Médecin Référent Prévention et Dépistage des Cancers, Direction de la promotion de la santé et de la réduction des Inégalités, Pôle Besoins, Réductions des Inégalités et Territoires ; Département Identification des Besoins, Orientations en Santé Publique et Parcours.

Réalisation : EFECT

Madame le Docteur Nadine Sannino, Médecin de santé publique, expert en évaluation de politique de santé publique, responsable du projet

Monsieur Mohamed Boucekine, statisticien

Partenaire : EPICONCEPT

Monsieur Guillaume Jeannerod, PDG Epiconcept

Monsieur Stéphane Caille, Directeur du Département Dépistage et Registre

Groupe de travail (ordre alphabétique)

Monsieur le Docteur Hamou Ait Hadad, ADMC 91

Madame le Docteur Sandrine Bercier, ADOC 94

Madame le Docteur Zahida Brixî, ADOC 94

Monsieur le Docteur Guillaume Le Mab, CDC 93

Madame le Docteur Hélène Delattre, ADK 92

Monsieur Jacques Deyra, ADECA 75

Monsieur le Docteur Aldis Kaufmanis, ADC 77

Monsieur le Docteur Ako   Koivogui, CDC 93

Monsieur le Docteur Catherine Vincelet, ADMY 78

Monsieur le Docteur Tu Le Trung, PSVO 95

Groupe d'experts (ordre alphabétique)

Monsieur le Docteur Bernard ASSELAIN, médecin de Santé Publique, biostatisticien, Paris

Madame le Docteur Florence BLOGET, anatomopathologiste, ADC77

Avec la contribution de

Madame Le Docteur Axelle MENU et Monsieur Michel Seguin, Département de la stratégie, ARS Ile-de-France.

Sommaire

Sommaire	2
1 Synthèse.....	3
1.1 Evolution de la mortalité par cancer colorectal en Ile de France	3
1.2 Efficacité du DOCCR	4
1.3 Qualité du programme	5
1.3.1 Tests non analysables	5
1.3.2 Délais de fonctionnement du DOCCR	6
1.3.3 Suivi des positifs	6
1.4 Estimation de l'impact du programme dans l'activité coloscopique totale de la région IDF.....	7
1.5 Participation/fidélisation au DOCCR	7
1.5.1 Taux de participation de la cohorte des invités.....	7
1.5.2 Taux standardisés de participation et d'exclusion Insee	8
1.5.3 Fidélisation au DOCCR	10
2 Orientations décisionnelles	11
2.1 Actions d'amélioration de la qualité et de la participation au DO	11
2.2 Actions d'amélioration des données utilisées dans le tableau de bord pour le pilotage du DO en région IDF	12

1 SYNTHÈSE

Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) a été généralisé en 2007/2008 en Ile de France comme partout en France mais 2 départements étaient déjà engagés dans les phases pilotes du programme, parfois depuis longtemps (l'Essonne en 2003, la Seine Saint Denis en 2006). L'objectif du programme de dépistage organisé, en conformité avec le Plan Cancer national, est de réduire la mortalité liée à ce cancer. Le tableau de bord a été créé en 2011 pour suivre la montée en charge du DOCCR dans chaque département francilien puis disposer d'une vision d'ensemble sur sa mise en œuvre. Tout comme le tableau de bord du DOCS qui existe depuis la généralisation du DO, cet outil et son dispositif d'analyse est unique en France.

Cette période analysée 2015-2016 est une campagne particulière de transition du fait de l'introduction du test immunologique de dépistage (OC Sensor) en remplacement du test au gaïac (Hemocult II®). Ce nouveau test plus simple d'utilisation pour les usagers (1 seul prélèvement de selles) présente une capacité de détection d'un saignement occulte supérieure au précédent, et il est associé à des techniques de lecture au laser plus précises. Il nécessite cependant une plus grande rigueur dans l'acheminement au centre de lecture, en termes de délais (inférieurs à 7 jours) et de conditions de transport. Pour la période 2015-2016, toutes les SG ont invité l'ensemble de la population cible avec le test immunologique, mais avec une activité accrue sur la deuxième partie de la campagne. De ce fait, des principes d'analyse pertinents ont été adoptés à travers la constitution de deux cohortes :

- Une cohorte des invités 2015-2016, pour le calcul de la participation, de la fidélisation sur les 3 campagnes précédentes et des indicateurs de fonctionnement (délais entre invitation et test, causes de non-participation, modes d'accès au dépistage,...)
- Une cohorte des positifs au test immunologique, 2015-2016 : les délais d'accès à la coloscopie sont calculés sur cette cohorte.

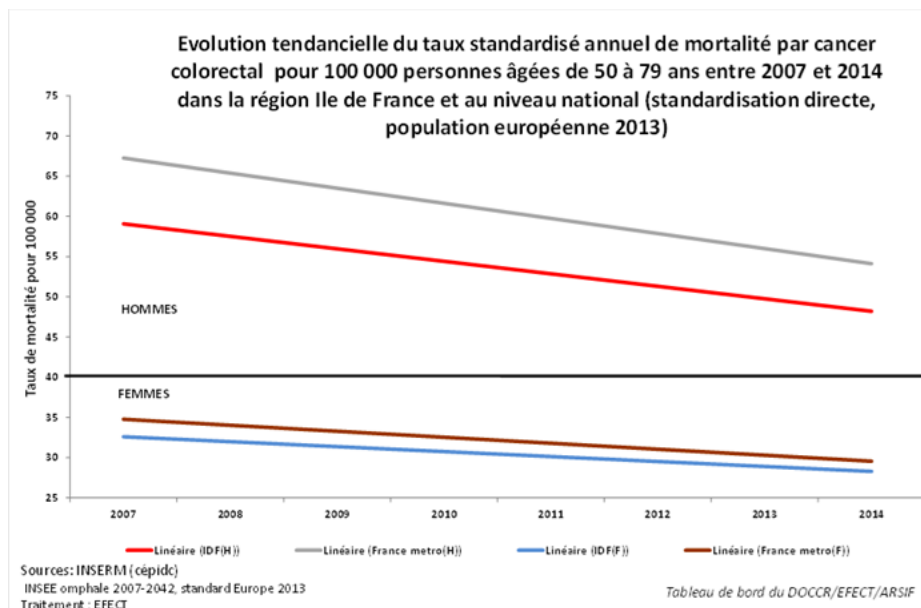
La dernière analyse des données 2015-2016 permet de retenir les éléments suivants.

1.1 Evolution de la mortalité par cancer colorectal en Ile de France

Sans préjuger de relation directe de cause à effet avec le dépistage organisé, dont la complexité de l'analyse dépasse les objectifs d'un tableau de bord et ses méthodes statistiques, la tendance est à la diminution de la mortalité spécifique par cancer colorectal en Ile de France comme en France Métropolitaine, chez les femmes et les hommes âgés de 50 à 79 ans, depuis 2007. Toutefois, la mortalité spécifique par cancer colorectal est nettement supérieure chez les hommes, dans tous les départements franciliens, même si ces taux restent inférieurs ou similaires aux valeurs nationales. Chez les femmes, la mortalité est similaire aux valeurs nationales.

Même si elle concerne tous les départements, cette baisse du taux de mortalité est plus marquée dans les départements de Paris, dans les Hauts de Seine (ces deux départements se plaçant en dessous du taux régional) et dans le Val d'Oise pour les femmes. Les Yvelines et le Val de Marne se situent dans la moyenne régionale. De même l'Essonne pour les femmes. Mais le niveau du taux de mortalité reste plus élevé que la valeur régionale dans les départements de Seine et Marne (où le taux de mortalité chez les femmes est supérieur à la valeur nationale), de l'Essonne et du Val d'Oise pour les hommes, et de la Seine Saint Denis.

Figure 1 :



La limite de 40% ne vise que la séparation des taux entre les hommes et les femmes

1.2 Efficacité du DOCCR

L'efficacité du programme s'apprécie par sa capacité à détecter des cancers, des lésions précancéreuses mais également des cancers de petite taille, de meilleur pronostic.

En valeur absolue et du fait d'une plus grande spécificité du test immunologique, **le nombre de cancers détectés est multiplié par 2** en 2015-2016 où 1664 cancers ont été détectés dans la région (versus 884 cancers détectés en 2011-2012). Le taux standardisé de mortalité n'étant pas disponible pour cette campagne particulière, notons que le taux brut régional de 2,7 pour 1000 est proche de la valeur nationale disponible de 3 pour 1000 en 2015 pour la France métropolitaine (Evaluation Santé Publique France, dernière publication accessible¹).

5,9% des personnes dépistées positives par le test ont une confirmation de cancers au niveau régional.

Le nombre d'adénomes à haut risque détectés est également plus important, pratiquement multiplié par 3 : 7304 adénomes à haut risque ont été détectés en 2015-2016 (2692 en 2011-2012), ce qui correspond à un taux brut pour 1000 personnes dépistés les deux sexes confondus de 11,7 pour 1000 dans la région IDF (versus 4,2 en 2011-2012). Ce taux est proche du national (12,1 pour 1000) pour les deux sexes ensemble.

¹ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Evaluation-du-programme-sur-la-periode-du-14-avril-au-31-decembre-2015>

Par stades, malgré le manque d'exhaustivité de cette information du fait d'un recul insuffisant pour récupérer les données (le stade est connu pour 78,8% des cancers), 31,1% des cancers sont in situ (22,4% dans la campagne 2011-2012) et 43,4% des cancers invasifs sont de stade I². **Ces éléments arguent en faveur d'un dépistage accru de cancers de bon pronostic puisqu'au total, les cancers in situ et de stade I des cancers invasifs représentent 61% de l'ensemble des cancers détectés dont on connaît la classification.**

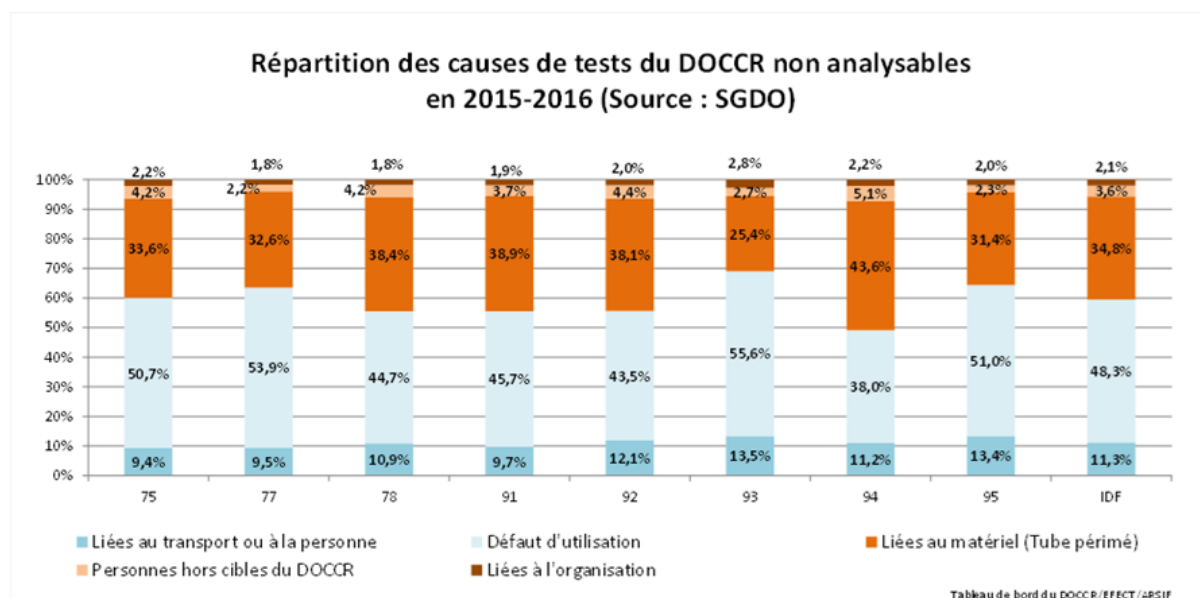
1.3 Qualité du programme

1.3.1 Tests non analysables

6,9% des tests réalisés pour les personnes dépistées ne sont pas analysables avec des variations départementales qui s'étendent de 5,3% dans le 91 à 8,3% dans le 93. En Ile de France, 59,3% des personnes ont refait ce test non analysable (les variations allant de 51,1% dans le 75 à 73,5% dans le 77) tandis que 27,4% d'entre elles n'ont toujours pas refait leur test après 6 mois (23% dans le 77 à 31,9% dans le 93).

Parmi les 15 causes différentes actuellement recensées pour expliquer qu'un test soit non analysable (cumulatives) la part des causes techniques (résultats techniquement ininterprétables) est actuellement nulle. Les défauts d'utilisation (48,3% en région), dont principalement **l'absence de date de prélèvement sur l'échantillon** (38,9% en région) et l'utilisation de **tubes périmés** (34,8% pour la région) constituent les deux causes les plus importantes de tests non analysables. Malgré les variations départementales observées dans les proportions des différentes causes, l'ordre de ces dernières demeure identique pour tous les départements.

Figure 2



² Tumeur envahissant la sous-muqueuse intestinale, sans ganglion ni métastase

1.3.2 Délais de fonctionnement du DOCCR

Pour la campagne 2015-2016 :

- Les délais entre 2 invitations sont supérieurs aux 22 mois indiqués dans le cahier des charges mais ce constat tient aux perturbations organisationnelles induites par l'introduction du test immunologique. Notons qu'au contraire, dans ce contexte, les SGDO ont maintenu un fonctionnement subnormal puisqu'au plus, ce délai est de 28 mois (dans le 94) pour 50% des personnes invitées. Il tend au plus vers 41 mois (95) pour 90% des personnes invitées.
- Pour 50% des personnes invitées ayant réalisé leur test en Ile de France, le délai qui les sépare du test précédent est, au mieux, de 29 mois (soit 2 ans ½ dans le 95) et, au plus, de 44 mois (soit 3 ans ½ dans le 93). Ce délai intègre le fonctionnement du programme décrit par l'indicateur précédent mais également la réactivité de la personne qui dépend de plusieurs facteurs décrits dans les points suivants.
- 3,3 mois au minimum (93) et 4,3 mois au plus (77, 78) sont nécessaires à 50% des personnes invitées pour réaliser leur test après l'envoi de la première invitation. Notons la tendance à l'homogénéisation de ce délai au fil du temps (jusqu'à 6 mois dans l'exploitation précédente). Ce délai global dépend :
 - De la réactivité et du comportement des personnes qui peuvent répondre à la première invitation ou aux relances et autres sollicitations (éligibilité par exemple).
 - De l'attitude du médecin qui mobilise son patient et remet le test.
 - Des stratégies des SGDO qui sont évolutives dans le temps.
 - Des contraintes institutionnelles et matérielles qui peuvent induire des changements d'organisation : par exemple par le passé, les relances 2 avec envoi du test à domicile ont été différées par indisponibilité des tests et indépendamment des choix de la SGDO.

Le délai suivant est plus spécifique de la réactivité de la personne après sa dernière sollicitation.

- Entre 1,9 mois (93) et 2,6 mois (94) sont nécessaires à 50% des personnes invitées pour réaliser leur test après la dernière sollicitation, ce qui représente un raccourcissement du délai précédent et argue en faveur de l'existence de sollicitations multiples.

1.3.3 Suivi des positifs

4,5% des personnes ayant réalisé un test au niveau régional sont positives pour la campagne 2015-2016, plus élevé chez les hommes (5,4%) que chez les femmes (3,6%), comme au niveau national dont les valeurs sont similaires pour la même période.

Pour cette exploitation, 67,2% des personnes ont réalisé une coloscopie après un test positif, pour la région IDF, proportion très inférieure à la référence des 90% recommandés au niveau européen. Il existe d'importantes variations départementales (même si le recueil des résultats des coloscopies est encore susceptible d'évoluer), allant de 49,9% dans le 95 à plus de 73% dans le 77 et le 91.

Le délai médian de réalisation de la coloscopie après un test positif varie dans les départements franciliens de 154 jours dans le 95 à 186 jours dans le 77 soit 5 à 6 mois. Notons que très peu de coloscopies ont donné lieu à des complications.

1.4 Estimation de l'impact du programme dans l'activité coloscopique totale de la région IDF

Près de 230000 coloscopies ont été réalisées en Ile de France en 2015-2016 et ont concerné majoritairement des femmes (61,5% au niveau régional, sans grandes variations départementales). Pour les hommes comme pour les femmes, la coloscopie est le plus souvent totale, avec ou sans franchissement de l'orifice iléocolique (ensemble : 91,2% au niveau régional). 43,6% de ces coloscopies ont donné lieu à une exérèse de polypes (dont on ne connaît pas le résultat anatomopathologique), davantage chez les hommes (66,1%) que chez les femmes (33,6%).

Rapprochées du nombre de coloscopies recensées par la SGDO suite à un test positif dans le cadre du DOCCR, ces données permettent d'estimer la proportion de **coloscopies rattachables à l'activité du DOCCR à 8,4% au niveau régional, avec des variations départementales allant de 6,5% dans le 95 à 11,7% dans le 77.**

1.5 Participation/fidélisation au DOCCR

1.5.1 Taux de participation de la cohorte des invités

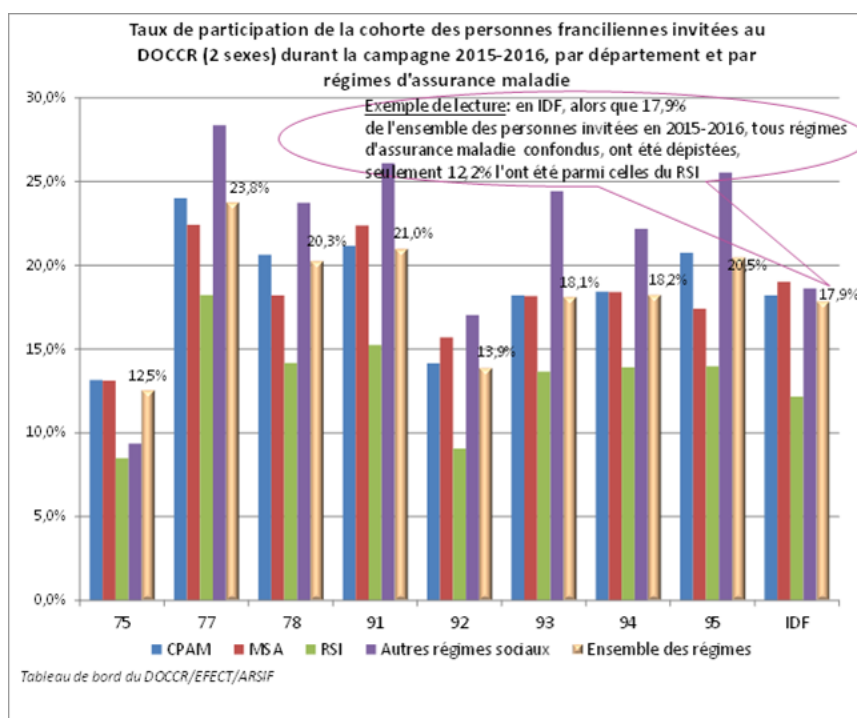
Il analyse la réponse des personnes effectivement invitées, selon le régime d'assurance maladie auquel elles appartiennent et leur tranche d'âge. Il traduit la participation «réelle», en utilisant les mêmes personnes au numérateur et au dénominateur, contrairement au taux INSEE utilisé par Santé Publique France pour pouvoir comparer les départements entre eux, dont il est plus bas pour des raisons méthodologiques³. Rappelant que les objectifs européens de participation au programme de dépistage organisé sont de 45%, le taux de participation de la cohorte des invités est de 17,9% pour la région IDF, les deux sexes ensemble, en 2015-2016. Il existe des variations de ce taux par départements, par régimes d'assurance maladie et par tranches d'âges.

Par régimes sociaux, les personnes du RSI, hommes et femmes, sont globalement celles qui ont le moins bon taux de participation au DOCCR (12,2% pour la participation régionale des deux sexes au cours de la campagne 2015-2016 versus 17,9% pour l'ensemble des régimes). Alors que les hommes participent généralement moins que les femmes au dépistage, ce niveau de participation est similaire dans les 2 sexes pour le RSI.

Par tranches d'âges, les deux sexes confondus, comme séparément, pour les hommes comme pour les femmes, les personnes âgées de 50-54 ans sont celles qui participent le moins au DO, puis la participation augmente jusqu'à 74 ans. Cette tendance existe quel que soit le niveau de participation du département.

³ Le dénominateur « INSEE » projection Omphale utilisé dans le calcul du taux de participation INSEE au dépistage (calculé par des projections à partir des recensements de population) est souvent plus faible que l'effectif des personnes invitées au DO, présentes dans les bases de données de l'assurance maladie.

Figure 3



1.5.2 Taux standardisés de participation et d'exclusion Insee

Nous rappelons à nouveau que la méthode de calcul du taux de participation INSEE qui utilise au dénominateur l'effectif de population issu de projections réalisées à partir du recensement conduit à un taux de participation en règle plus élevé que celui de la cohorte des invités.

Pour la campagne 2015-2016, avec 23,4%, le taux régional INSEE de participation au DOCCR affiche une tendance à la stagnation voire à la diminution, observée dans tous les départements en dehors du 75 où ce taux augmente. **Le taux de participation régional reste plus faible qu'au niveau national** (à 29,3%), pour les hommes (22,2% versus 27,8% pour le taux national de participation) comme pour les femmes (24,5% versus 30,8% pour le taux national de participation) Ceci est vrai malgré le taux d'exclusion également plus faible qu'au niveau national (**9% pour la région IDF versus 12,3%** au niveau national), pour les 2 sexes et malgré son augmentation⁴.

Il existe des variations inter départementales (à interpréter avec les stratégies des SGDO) mais dans tous les départements, **les femmes conservent systématiquement un taux de participation supérieur à celui des hommes**. Notons que le 75 et le 92 présentent les taux les plus faibles, comme nous l'avons observé dans l'analyse de la participation au DOCS dans ces départements.

⁴ Notons que des retards à la saisie des causes d'exclusion peuvent influencer la valeur observée du taux d'exclusion.

Figure 4 :

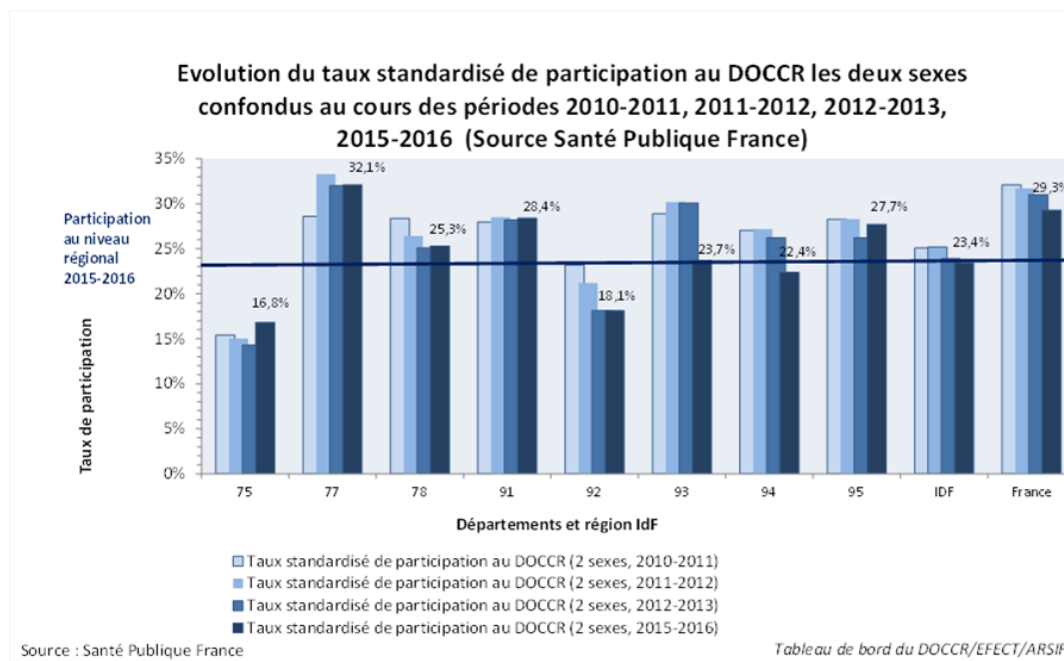
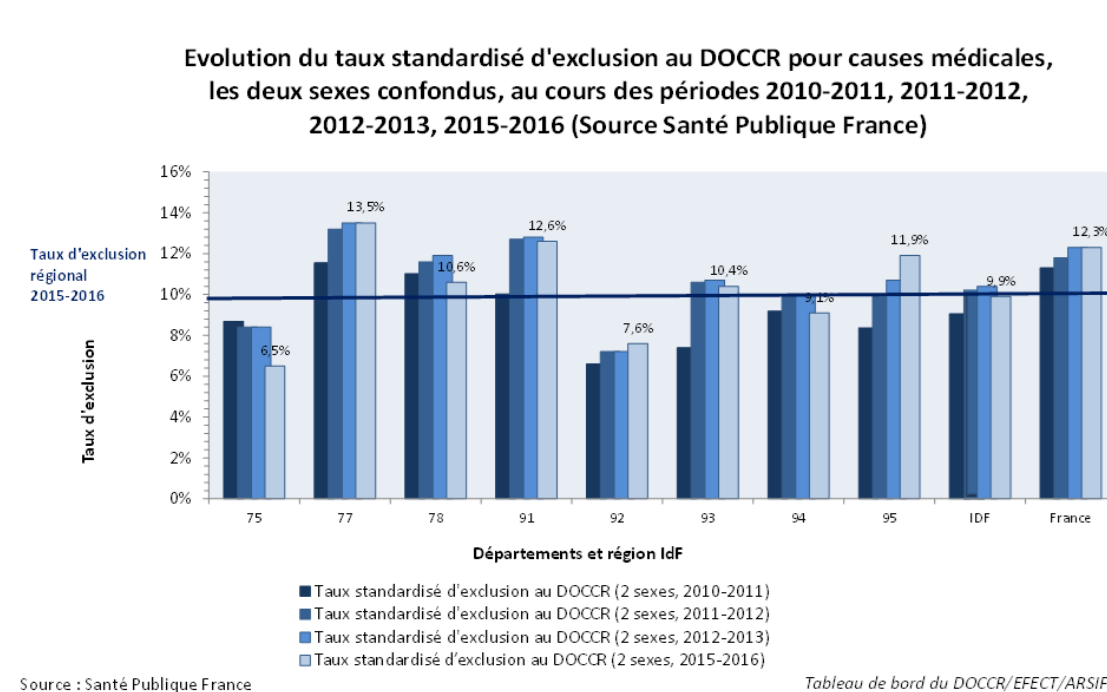


Figure 5



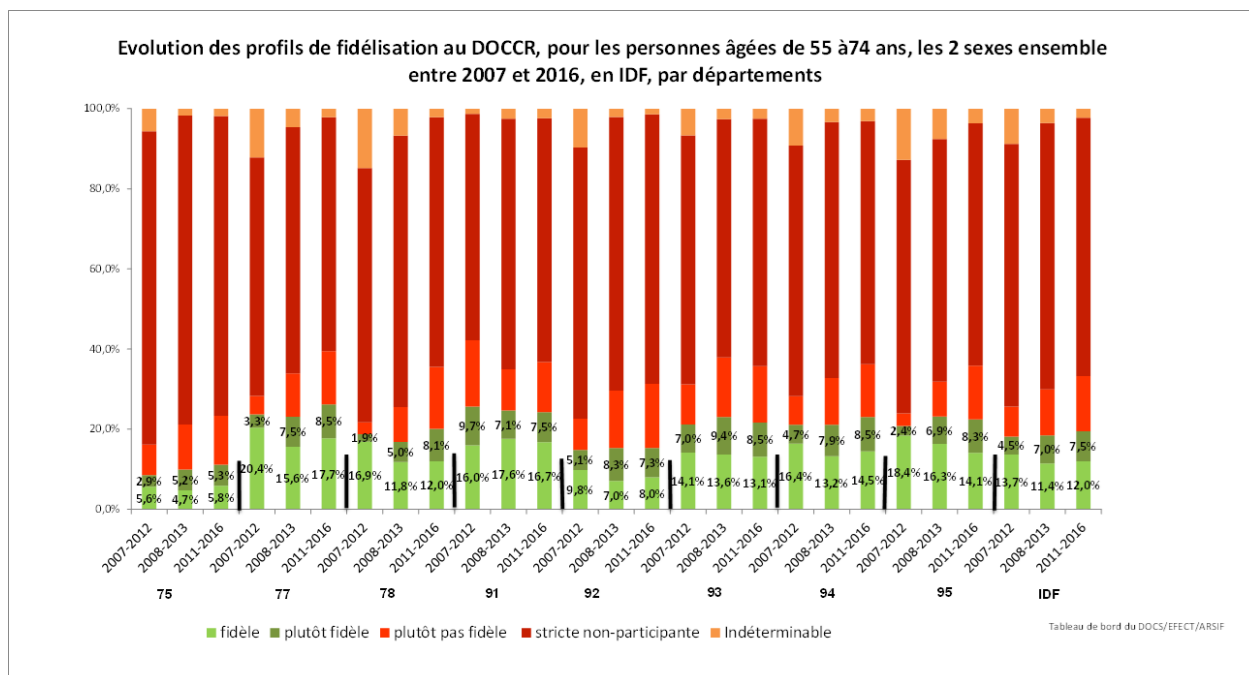
1.5.3 Fidélisation au DOCCR

La fidélisation des personnes au programme est déterminante pour apprécier la mise en œuvre dans la durée et la probabilité de voir apparaître les effets souhaités sur la baisse de la mortalité spécifique. Il s'agit d'analyser dans quelle mesure une personne dépistée une première fois continue de le faire dans le cadre du DOCCR (dépistages « subséquents » de Santé Publique France. Exploitée pour la première fois en 2010-2011, **cette exploitation 2015-2016 est la première bénéficiant d'un recul de 3 campagnes effectives pour tous les départements franciliens mais est également la première après l'introduction du nouveau test immunologique.**

Tous les départements connaissent toujours une forte proportion de personnes strictement non participantes au dépistage organisé (64,5% au niveau régional), en soulignant la stabilité par rapport aux exploitations précédentes (66,5% au niveau régional pour la période 2008-2013 et 65,6% pour la période 2007-2012). Par département, la fréquence de la « non-participation » s'étend de 58,4% dans le 77 à 74,8% dans le 75, en notant les tendances suivantes avec un recul de 3 campagnes :

- La situation tend à s'améliorer dans le 94, le 95 et le 75 : dans ces départements, les non participants diminuent au profit des autres profils de personnes.
- La situation tend à demeurer stable dans le 77, 78, 91, 92, et 93 : la proportion de non participants comme de fidèles ou plutôt fidèles se montrent sensiblement similaires aux valeurs des campagnes antérieures.

Figure 6



Par classes d'âges, la fidélisation (profils « fidèle » et « plutôt fidèle ») s'améliore avec l'avancée en âge, chez les hommes comme chez les femmes.

Au niveau régional, tous âges confondus, 12% des personnes sont « fidèles » (versus 11,4% en 2008-2013, 13,7% en 2007-2012 et 11,4% en 2006-2011) et 7,5% « plutôt fidèles » au programme national tel qu'il a été conçu, portant à 19,5% le pourcentage de personnes adhérant au DOCCR. La variation départementale de ces deux profils est également marquée, allant de 11,1% dans le 75, à 26,2% dans le 77, qui sont les départements les plus contrastés.

Soulignons également que les personnes « fidèles », comme celles « plutôt fidèles », tendent à être plus nombreuses dans les départements ayant les plus fortes participations au DOCCR comme le 77 où 26,2% des personnes tendent à être fidèles et/ou dans les départements les plus anciennement entrés dans le DOCCR comme le 91 (24,2%). Notons aussi la tendance à l'homogénéisation du niveau de fidélisation dans tous les départements en dehors des 75 et 92.

Analysée par sexe, la fidélisation est meilleure chez les femmes que chez les hommes, dans tous les départements, avec, toujours, des variations interdépartementales et les mêmes constats : la fidélisation est meilleure dans les départements ayant une forte participation au DOCCR et/ou dans les départements les plus anciennement entrés dans le DOCCR.

Le tableau de bord du DOCCR confirme par ailleurs, comme cela a déjà été mis en évidence dans celui du DOCS, que les départements les mieux dotés quantitativement en ressources professionnelles clés (densités de médecins généralistes et de gastro-entérologues) ont les taux de participation les plus bas. La participation des professionnels au DO relève donc plus d'éléments qualitatifs d'adhésion en lien avec leurs pratiques, que quantitatifs, en nombre de professionnels exerçant sur le territoire d'activité.

2 ORIENTATIONS DECISIONNELLES

Les éléments apportés par cette nouvelle exploitation du tableau de bord suggèrent et confortent les orientations suivantes.

2.1 Actions d'amélioration de la qualité et de la participation au DO

Les SG sont invitées à nouveau à se saisir des résultats du tableau de bord pour suivre l'évolution de la mise en œuvre du DOCCR, proposer des mesures si nécessaire, promouvoir le dépistage en direction des publics et des professionnels et améliorer la qualité.

- Sur la base des travaux spécifiques sur la participation et la fidélisation : développer des actions ciblées et personnalisées sur des sous-populations et en particulier :

- Personnes sans dépistage depuis au moins 2 campagnes ;
- Personnes du régime d'assurance maladie RSI;
- Personnes « plutôt » fidèles et pas fidèles au dépistage, d'autant que le dernier cahier des charges du DOCCR de 2018 a réintroduit la possibilité d'envoyer un kit lors de la deuxième relance.
- Suivre les indicateurs de qualité du programme pour :
 - Réduire la proportion de tests non analysables: établir et diffuser des consignes aux médecins et à destination des personnes dépistées pour limiter les défauts d'utilisation et l'utilisation de tests périmés.
 - Réduire la part des tests non analysables non refaits.
- Suivre les indicateurs d'efficacité du programme notamment la détection des cancers de bons pronostics.
- Identifier les besoins en actions spécifiques en direction des professionnels ou des publics dont la mise en œuvre pourrait relever du niveau régional (à l'égard des pratiques des professionnels). Sur ce point, rappelons les délais d'accès à la coloscopie (5 à 6 mois) qui ne pourront que s'accroître avec l'augmentation du nombre de personnes positives.
- Poursuivre la confrontation des différentes stratégies complémentaires mises en œuvre par les SGDO pour identifier les actions porteuses d'effets.

2.2 Actions d'amélioration des données utilisées dans le tableau de bord pour le pilotage du DO en région IDF

- Approfondir au niveau régional les questions soulevées par l'observation de sous populations :
 - S'imprégner de la connaissance des caractéristiques des personnes du RSI pour comprendre les freins au recours au DO, retrouvé dans le DOCS pour les femmes.
 - Mener un travail régional d'enquête sur les personnes « plutôt pas fidèles » pour connaître les freins à la fidélisation dans le DO, après y avoir réalisé au moins un test.
- Soutenir l'amélioration de la qualité des informations colligées en routine par les structures de gestion.

En effet, l'harmonisation du recueil de l'information au niveau régional, qui donne par ailleurs une opportunité de confrontation et de partage de la réflexion entre les structures de gestion et l'ARS, doit toujours être encouragée et facilitée pour la suite.

- Connexion à établir avec les données financières et économiques.

Aujourd'hui, le tableau de bord et les données financières recueillies dans l'application APACCHE ont des vies parallèles, bien qu'à l'origine du tableau de bord, en 2003, un volet économique avait été envisagé pour ce dernier, puis différé du fait de la création d'APACCHE. Au stade actuel du développement du programme, des éléments de réflexion économiques seraient utiles au pilotage régional dans la mesure où les dotations financières et l'activité portée par les SG sont étroitement liées.