

— **TABLEAU DE BORD DU DEPISTAGE ORGANISE  
DU CANCER COLORECTAL EN ÎLE-DE-FRANCE**

— **DONNEES 2015-2016**



# **TABLEAU DE BORD DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL EN ILE-DE-FRANCE**

**Commanditaire**

ARS Île-de-France  
35 rue de la Gare  
75 935 Paris

**Contacts:**

Dr Véronique DROUGLAZET [veronique.drouglazet@ars.sante.fr](mailto:veronique.drouglazet@ars.sante.fr)

**Exploitation des données 2015-2016**

**Version finale au 19 mai 2018**

Référence : 2013-10

**EFFECT**

Dr Nadine SANNINO, Responsable du projet

[nadine.sannino@effect.fr](mailto:nadine.sannino@effect.fr)

## **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 Brixi, 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 Akoï Koïvogui, 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 ASSELAÏN, médecin de Santé Publique, biostatisticien, Paris

Madame le Docteur Florence BLOGET, anatomopathologiste, ADC77

### **Avec la contribution de**

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

# Sommaire

<b>Sommaire .....</b>	<b>2</b>
<b>1 Synthèse et orientations .....</b>	<b>5</b>
1.1 Synthèse .....	5
1.1.1 Evolution de la mortalité par cancer colorectal en Ile de France.....	5
1.1.2 Efficacité du DOCCR .....	6
1.1.3 Qualité du programme .....	7
1.1.4 Estimation de l'impact du programme dans l'activité coloscopique totale de la région IDF .....	9
1.1.5 Participation/fidélisation au DOCCR .....	9
1.2 Orientations décisionnelles .....	13
<b>2 Introduction.....</b>	<b>15</b>
1.3 L'épidémiologie du cancer colorectal .....	15
1.4 La place du dépistage organisé dans la lutte contre le cancer colorectal .....	15
1.5 Organisation du dépistage organisé du cancer colorectal.....	16
2.1.1 Le cadre organisationnel.....	16
2.1.2 Le test immunologique.....	18
1.6 Le dépistage organisé du cancer colorectal en Ile-de-France.....	18
<b>3 Le tableau de bord.....</b>	<b>19</b>
1.7 Principes et collecte des informations .....	19
1.8 Présentation du rapport.....	19
<b>4 Contexte du dépistage .....</b>	<b>21</b>
1.9 Population cible du dépistage .....	21
1.10 Mortalité et morbidité spécifiques.....	22
4.1.1 Définitions .....	22

4.1.2	Résultats.....	23
<b>5</b>	<b>Fonctionnement du dépistage organisé.....</b>	<b>29</b>
1.11	Taux de participation et d'exclusion au DO.....	29
5.1.1	Définitions.....	29
5.1.2	Résultats de la campagne 2015-2016.....	31
1.12	Fidélisation au dépistage.....	42
5.1.3	Définition.....	42
5.1.4	Limites et construction.....	42
5.1.5	Résultats pour la campagne 2015-2016.....	45
<b>6</b>	<b>Accessibilité au dépistage.....</b>	<b>50</b>
1.13	Les indicateurs.....	50
6.1.1	Définitions.....	51
6.1.2	Résultats de démographie médicale en 2015-2016.....	51
<b>7</b>	<b>Modalités du fonctionnement.....</b>	<b>53</b>
7.1.1	Les indicateurs.....	53
7.1.2	Définitions.....	53
7.1.3	Résultats 2015-2016.....	53
<b>8</b>	<b>Efficacité du dépistage.....</b>	<b>56</b>
1.14	Taux de cancers et d'adénomes à risque détectés.....	56
1.15	Cancers détectés par stades.....	59
<b>9</b>	<b>Qualité du programme.....</b>	<b>61</b>
1.16	Indicateurs.....	61
9.1.1	Définition.....	61
9.1.2	Résultats 2015-2016.....	62
<b>10</b>	<b>Annexe 1 : Classification TNM/AJCC 2009.....</b>	<b>69</b>
<b>11</b>	<b>Annexe 2 : Méthode d'élaboration du tableau de bord du DOCCR.....</b>	<b>71</b>

11.1.1	Recensement et analyse de l'existant .....	71
11.1.2	Réunions de travail et production .....	71
11.1.3	Disponibilité des données souhaitées .....	72
11.1.4	Référence nationale utilisée pour l'analyse .....	72
<b>12</b>	<b>Annexe 3 : Tableaux de données .....</b>	<b>73</b>
<b>13</b>	<b>Annexe 4 : Rappel des pratiques professionnelles des SGDO en matière d'invitation et de relance dans le DOCCR .....</b>	<b>84</b>
<b>14</b>	<b>Annexe 5 : Fidélisation au DOCCR au cours des campagnes de dépistage antérieures .....</b>	<b>86</b>
1.17	Campagne 2006-2011 .....	86
1.18	Campagne 2007-2012 .....	87
1.19	Campagne 2008-2013 .....	89
<b>15</b>	<b>Liste des sigles utilisés .....</b>	<b>91</b>

# 1 SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS

## 1.1 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.

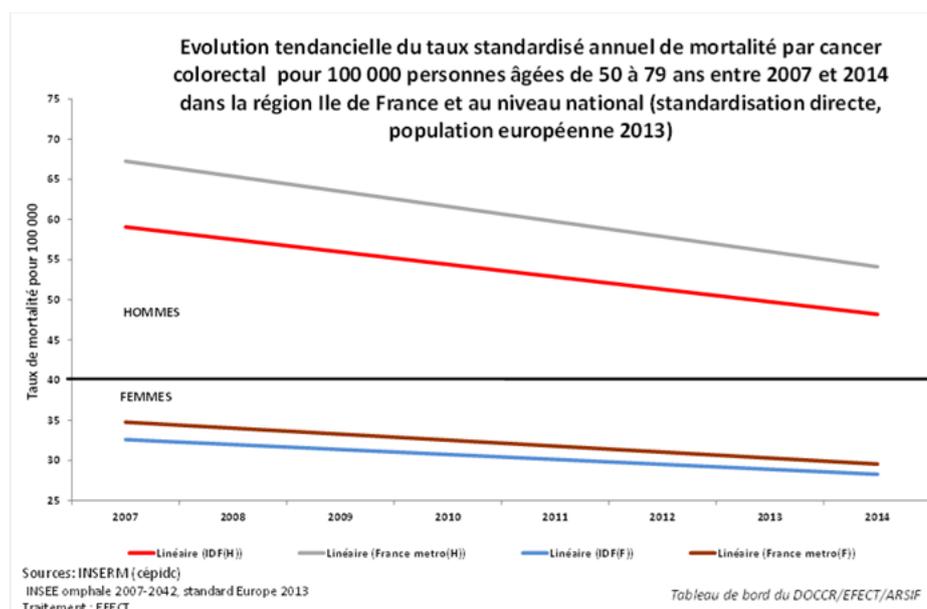
La dernière analyse des données 2015-2016 permet de retenir les éléments suivants.

### 1.1.1 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

## 1.1.2 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 accessible<sup>1</sup>).

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.

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

<sup>1</sup> <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>

2011-2012) et 43,4% des cancers invasifs sont de stade I<sup>2</sup>. **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.**

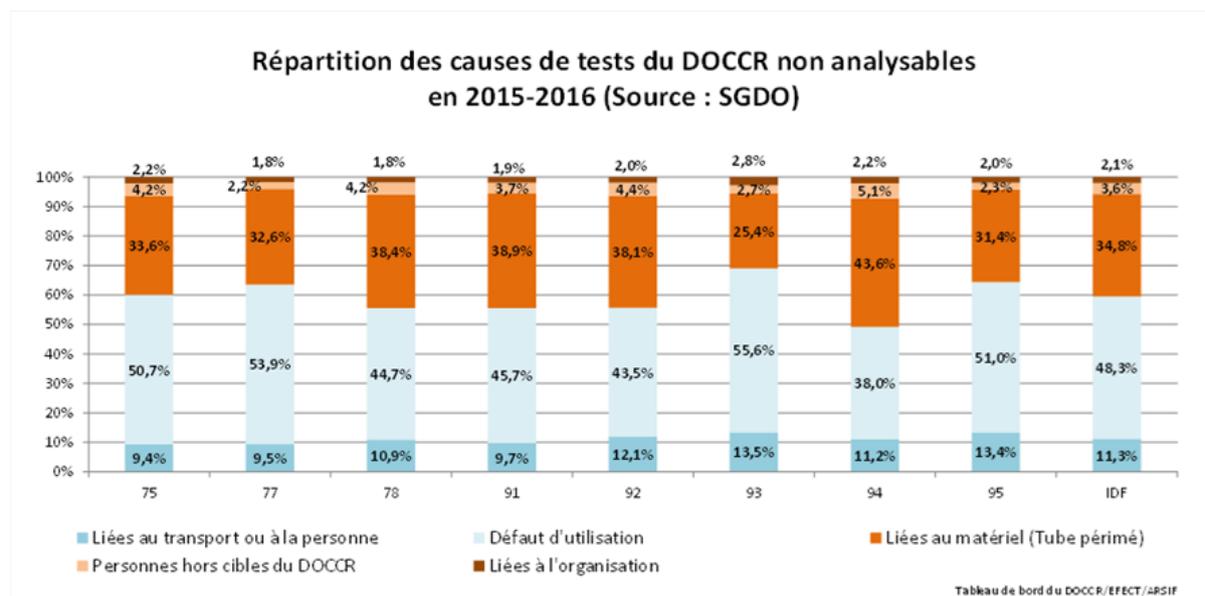
### 1.1.3 Qualité du programme

#### 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



<sup>2</sup> Tumeur envahissant la sous-muqueuse intestinale, sans ganglion ni métastase

## 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.

## 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.

## 1.1.4 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.**

## 1.1.5 Participation/fidélisation au DOCCR

### 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 méthodologiques<sup>3</sup>. 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.

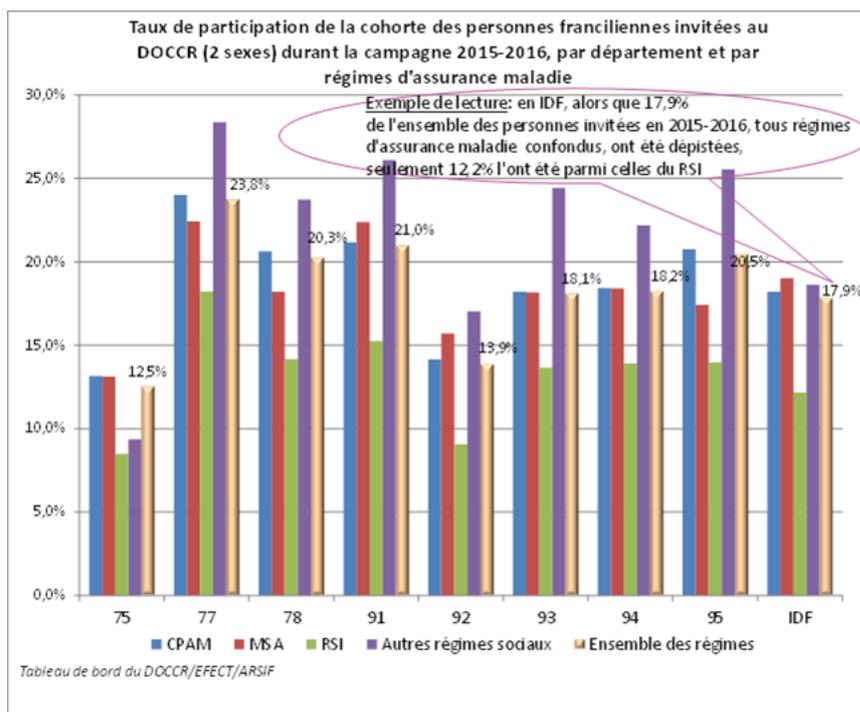
Par régimes sociaux, les personnes du RSI, hommes et femmes, sont globalement celles qui ont le moins bon taux de participation au DOCCR (12,2% pour la participation régionale des deux sexes au cours de la campagne 2015-2016 versus 17,9% pour l'ensemble des régimes). Alors que les hommes participent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

---

<sup>3</sup> 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



## 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 augmentation<sup>4</sup>.

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.

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

Figure 4 :

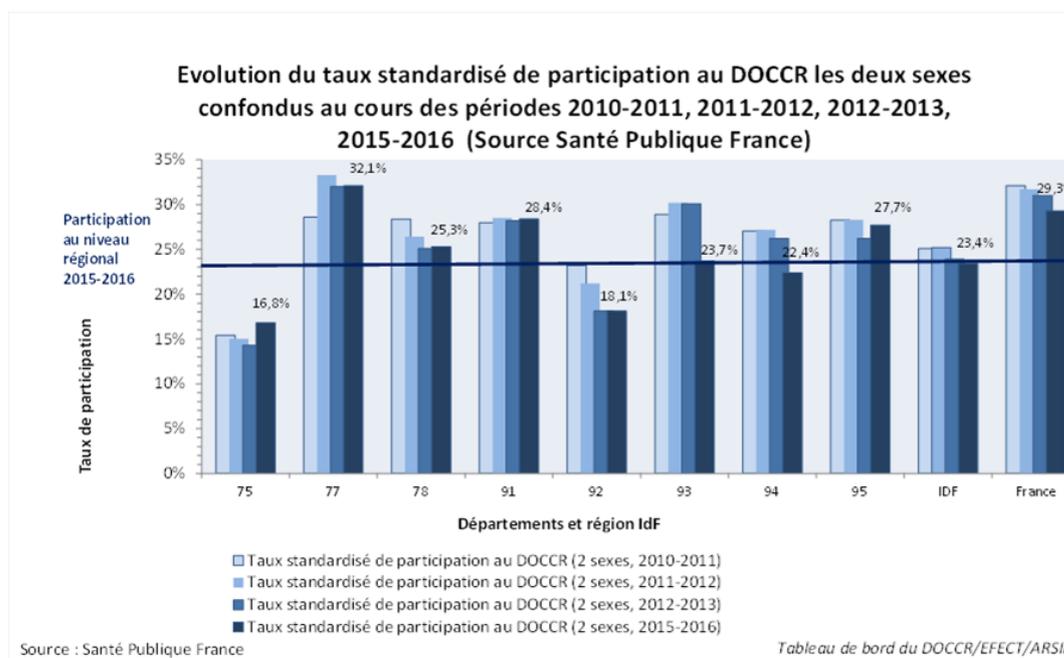
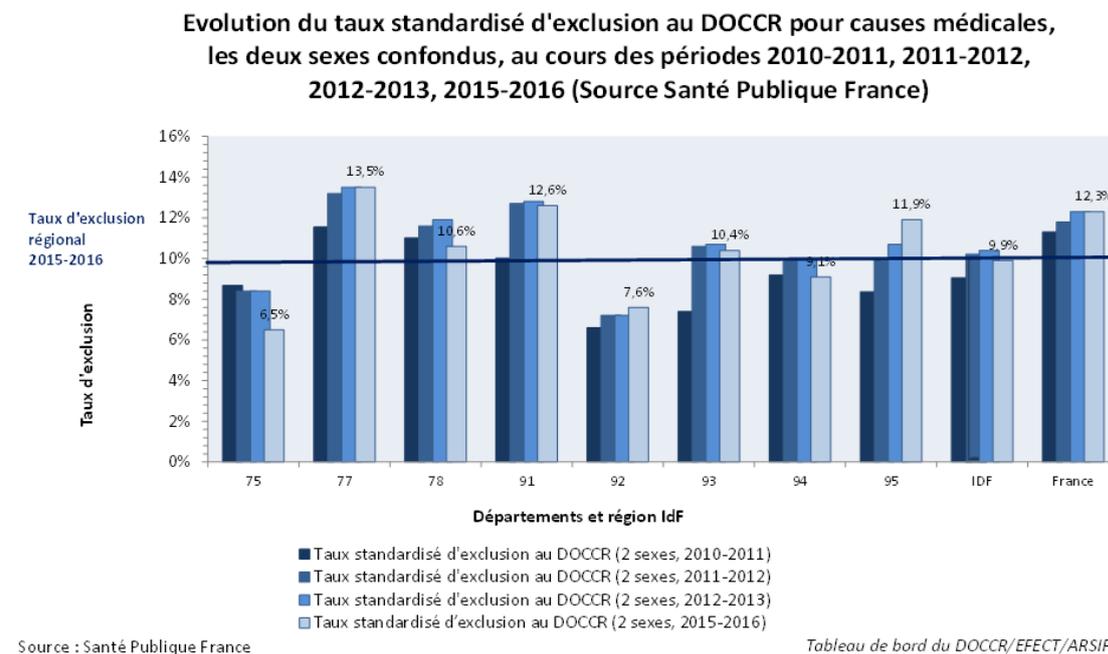


Figure 5



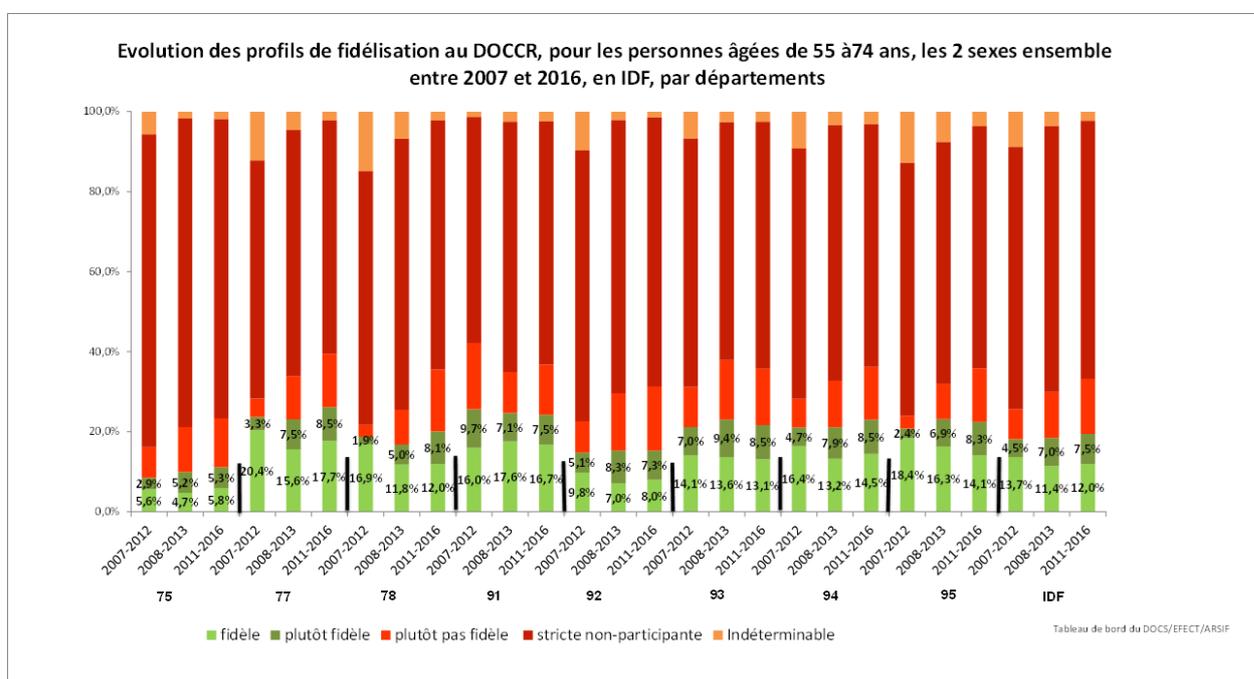
## Fidélisation au DOCCR

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.

## 1.2 Orientations décisionnelles

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

### **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.

## **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.

## 2 INTRODUCTION

### 1.3 L'épidémiologie du cancer colorectal

La France présente le taux de cancer prématuré le plus élevé d'Europe et en 2015<sup>5</sup>, 384 442 nouveaux cas de cancers estimés ont été diagnostiqués avec une progression annuelle régulière, constituant aujourd'hui la première cause de mortalité des français devant les maladies cardiovasculaires. En 2015, le nombre de décès par cancer est estimé à 149 556, 84 041 hommes et 65 415 femmes.

Chez la femme, en France comme en Europe, le cancer du sein est le plus fréquent. En 2015 avec 54 062 nouveaux cas diagnostiqués, il est plus fréquent que le cancer du côlon-rectum (19 533 nouveaux cas) et que le cancer du poumon (14 821 nouveaux cas). Il reste la première cause de décès par cancer chez les femmes, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal.

Chez l'homme, les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate (53 913 nouveaux cas estimés en 2015), du poumon (30 401 cas), et du côlon-rectum (23 535 cas) mais le cancer du poumon occupe la première place en termes de mortalité.

Selon l'INCa, malgré les 43 068 nouveaux cas estimés de cancer colorectal en 2015 (23535 chez les hommes et 19533 chez les femmes), le taux d'incidence en France a diminué de 0,3% en moyenne entre 2005 et 2012, chez les hommes comme chez les femmes. Durant la même période, le taux de mortalité a diminué de 1,5% par an en moyenne, dans les deux sexes et représente, en 2015, 17 833 décès annuel estimés (9337 chez l'homme et 8 496 chez la femme).

### 1.4 La place du dépistage organisé dans la lutte contre le cancer colorectal

Le cancer colorectal a la particularité de se développer relativement lentement, à partir de polype ou « adénome », et son pronostic est très dépendant du stade auquel il est dépisté, selon la classification TNM (Annexe 1) Les stades sont définis en fonction de l'envahissement de la tumeur (T), de son extension régionale (N ganglions atteints) et à distance (existence de métastases, M). Détecté au stade I, les chances de survie sont de 94% mais elles ne sont plus que de 5% dans le cas d'un cancer de stade IV.

Les cancers du sein et du colon rectum présentent les critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>6</sup> pour justifier un dépistage :

<sup>5</sup> Les cancers en France en 2016, L'essentiel des faits et chiffres, Collection Etat des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt. 15/06/2017. Version interactive consultable en ligne.

[http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers\\_en\\_france/#page=51](http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=51)

<sup>6</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Programmes nationaux de lutte contre le cancer. Politiques et principes gestionnaires. Genève : OMS 1996

- L'incidence et la mortalité de ces cancers, de par le coût humain et financier de la prise en charge en font un problème de santé publique.
- L'histoire naturelle de la maladie est connue et il existe un test de dépistage capable de visualiser le stade précoce de la maladie, reproductible à intervalles réguliers, et corrélé à cette histoire naturelle.
- Les résultats du traitement à un stade précoce sont supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé. L'efficacité des traitements disponibles a été démontrée, avec un impact sur le pronostic, et la diminution de la lourdeur des traitements et des séquelles attendues.
- Les nuisances physiques et psychologiques engendrées sont inférieures aux bénéfices attendus, c'est-à-dire qu'un équilibre existe entre la sensibilité (peu de faux-positifs), et la spécificité des tests (peu de faux-négatifs).
- Le coût doit pouvoir être supporté par la société. La stratégie de dépistage est retenue si elle fait l'objet d'un rapport favorable entre son coût de mise en place et son efficacité attendue en termes de diminution du coût pour la société. Le coût inflationniste du traitement du cancer à un stade avancé, avec des chimiothérapies récentes, de plus en plus chères, et le recours de plus en plus fréquent à des biothérapies très onéreuses, pèsent lourd dans la balance.

Le cancer figure au premier rang des priorités gouvernementales depuis février 2000 où le premier programme national de lutte contre le cancer (PNLCC 2000-2005) a été mis en place, suivi de trois plans cancers successifs<sup>7</sup>. Ces derniers ont généralisé puis ré-affirmé le rôle majeur de la prévention et des dépistages organisés du cancer du sein (DOCS) et du cancer colorectal (DOCCR) dans la lutte contre le cancer.

L'actuel Plan Cancer 2014-2019 rappelle la nécessaire attention à accorder à la réduction des inégalités de santé, l'importance d'un diagnostic précoce, notamment à travers le rôle des dépistages organisés et celle d'un accès le plus rapide possible aux soins pour limiter les pertes de chance.

## 1.5 Organisation du dépistage organisé du cancer colorectal

### 2.1.1 Le cadre organisationnel

Le DOCCR est le deuxième à avoir été généralisé en 2007/2008 après une phase expérimentale débutée en 2003, dans 23 départements pilotes (l'Essonne, pour l'Île-de-France, faisait partie de ces départements).

Le DOCCR concerne l'ensemble des femmes et des hommes de 50 à 74 ans du territoire français, soit 18 millions de personnes<sup>8</sup> en dehors des cas où le cahier des charges national a prévu une exclusion médicale au dépistage : symptomatologie digestive, sujet ayant réalisé une coloscopie complète depuis moins de 5 ans, antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux ou d'une pathologie colique nécessitant des contrôles périodiques, antécédents familiaux chez un parent du premier degré avant 65 ans ou au moins deux parents du premier degré atteints, sujets atteints d'une pathologie grave extra intestinale (motif éthique)

---

<sup>7</sup> Plan Cancer 2003-2007 ; Plan Cancer 2009-2013, Plan Cancer 2014-2019

<sup>8</sup> <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal>

Le dépistage consiste à rechercher tous les deux ans du sang, que l'on ne voit pas à l'œil nu dans les selles qui peut être le symptôme de polypes précancéreux (« adénomes ») ou de cancer à un stade curable au niveau du colon ou du rectum,. Cette recherche de sang occulte, réalisée jusqu'ici avec l'aide d'un test au Gaiac<sup>9</sup>, est réalisée avec le test immunologique OC Sensor depuis 2015. La coloscopie, qui demeure un examen lourd, reste indispensable en cas de résultats positifs, pour établir le diagnostic.

Le rôle du médecin généraliste est primordial dans la mise en place du dispositif et pour la participation au DOCCR. En effet, il évalue le niveau de risques de son patient, indique directement la coloscopie en l'excluant temporairement ou définitivement du dépistage ou lui remet un test de dépistage. Le patient réalise son test au domicile et l'adresse à un centre de lecture agréé.

Le résultat du test est télétransmis à la SGDO, et adressé par courrier au patient et au médecin. En cas de positivité du test, le centre écrit au patient de se rapprocher de son médecin pour que ce dernier prescrive une coloscopie. Selon le résultat de la coloscopie, le patient est soit pris en charge pour traitement ou surveillance spécifique, soit il bénéficie d'un délai de 5 ans avant reprise du processus biannuel de dépistage. Sur le plan national, l'Etat a la responsabilité de la définition et de la mise en œuvre de programmes de lutte contre le cancer, dont les programmes de dépistage organisé. C'est la Direction Générale de la Santé (DGS), avec l'expertise de l'INCa qui assure le suivi de ces programmes tandis que les caisses nationales d'Assurance Maladie les financent majoritairement, et Santé Publique France les évalue, d'un point de vue dit « épidémiologique » (évaluation quantitative).

Sur le plan régional, les ARS créées par la Loi HPST, ont à mettre en œuvre la politique de santé publique dans la continuité des GRSP sur l'axe prévention, et veiller à la couverture des besoins de la population dans les différents champs constituant cette politique, dont le Plan Cancer, et, par là, les dépistages. Elles allouent les financements de l'Etat dont elles assurent le suivi aux côtés des représentants de l'assurance maladie dans le cadre des « dialogues de gestion », annuels et spécifiques à chaque structure de gestion. Elles animent le dispositif.

Sur le plan local : les cahiers des charges successifs<sup>10</sup>, relatifs à l'organisation du dépistage, ont chargé les structures de gestion des dépistages organisés (SGDO) d'organiser et d'animer le dispositif de dépistage des cancers (sein, colorectal...) au niveau de leur territoire géographique d'activité qui peut être départemental ou interdépartemental. Le plus souvent placées sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur<sup>11</sup>, elles sont de statut associatif le plus souvent, groupements d'intérêt public (GIP) ou œuvres de caisses. Elles regroupent dans le conseil d'administration des représentants de l'assurance-maladie, des professionnels de santé et des usagers, et du conseil général s'il ne s'est pas désengagé.

Pour répondre à leur mission de suivi de l'activité du dépistage, depuis la réalisation des tests de dépistage jusqu'à l'accès au traitement, en passant par le suivi des personnes.

---

<sup>9</sup> Le gaiac est un réactif dont on imbibe un support et qui permet de révéler la présence de sang dans les selles. L'ensemble constitue le test Hemocult II®

<sup>10</sup> Le cahier des charges actuellement en vigueur est celui de l'arrêté du 29 septembre 2006, avec ses annexes

<sup>11</sup> Une seule SGDO sur le plan national n'est pas coordonnée par un médecin. Certaines SGDO disposent d'un médecin directeur.

Pour les deux dépistages, les structures de gestion doivent veiller à la qualité de leur système d'information en récupérant exhaustivement l'ensemble des données qui renseignent les différents axes du dépistage (résultats, fonctionnement, qualité, efficacité,..) et ceci soulève parfois des difficultés spécifiques (connaître la réalisation d'une coloscopie ou son résultat par exemple) ou se confronte à des délais d'obtention importants (résultats d'anatomopathologie par exemple).

## 2.1.2 Le test immunologique

En décembre 2008, la Haute autorité de santé (HAS) a recommandé de substituer le test colorimétrique au gâïac par le test immunologique (**OC Sensor**) utilisant des anticorps dirigés contre des protéines du sang, lus par des automates au sein du programme organisé de dépistage ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)). Sa capacité de détection d'un saignement occulte est supérieure à celle du test au gâïac et il améliore la détection précoce des adénomes et des cancers. Par ailleurs, la technique de lecture au laser qui lui est associée est plus précise. En outre les modalités de prélèvement sont simplifiées pour les usagers (1 seul prélèvement de selles). 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.

Il est effectif depuis le mois de mai 2015<sup>12</sup>, faisant de cette année 2015 une année de transition importante.

## 1.6 Le dépistage organisé du cancer colorectal en Ile-de-France

En Île-de-France (IDF), le DOCCR a été mis en œuvre de la façon suivante :

**Tableau 1 : Mise en œuvre du DOCCR en Île-de-France**

Département	Année de création de la SGDO	Année de démarrage du DOCCR (premières invitations)
Paris (75)	2002	Janvier 2008
Seine et Marne (77)	2002	Janvier 2008
Yvelines (78)	1997	Mai 2008
Essonne (91)	1999	Octobre 2003
Hauts de Seine (92)	2003	Octobre 2007
Seine St Denis (93)	1999	Juin 2006
Val de Marne (94)	2002	Juin 2007
Val d'Oise (95)	1991	Juin 2008

Source : Institut de Veille Sanitaire (InVS), *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)*, <numéro thématique – Dépistage organisé du cancer colorectal en France, N<sup>os</sup> 2-3, 13 janvier 2009

Les structures de gestion sont toutes équipées d'un logiciel de gestion (Néoscope de la société EPICONCEPT en Île-de-France). C'est à partir de ces bases de données que les informations relatives aux deux dépistages sont collectées et les principaux indicateurs des tableaux de bord produits.

Jusqu'en janvier 2015, le territoire régional était couvert par 3 centres de lectures :

<sup>12</sup> Arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal

- Le CES CPAM 75, à PARIS qui reçoit les tests de: ADECA 75, ADC 77, CDC 93, ADOC 94.
- L'IRSA, à LA RICHE qui reçoit les tests de l'ADMC91.
- Le Centre de lecture Hemocult II® - Institut Pasteur LILLE qui reçoit les tests d' ADK 92, ADMY 78, PSVO 95.

Depuis l'introduction du nouveau test immunologique, le laboratoire CERBA est le seul centre de lecture des tests pour le territoire national.

## 3 LE TABLEAU DE BORD

### 1.7 Principes et collecte des informations

En donnant une lecture de la mise en œuvre, le tableau de bord a pour but d'aider au pilotage du dispositif dans la région, et d'orienter, aux différents niveaux décisionnels, les actions susceptibles d'améliorer l'accès et la participation des personnes au DOCCR d'une part, et de maintenir la qualité du dépistage d'autre part.

Sa conception a été souhaitée en 2011 par l'ARSIF et accompagnée par la société EFECT, tout comme pour le dépistage organisé du cancer du sein dont le tableau de bord existe depuis 2003 (lire en annexe 2 la méthode d'élaboration).

Le tableau de bord n'a pas vocation à rassembler de manière exhaustive l'ensemble des informations dont l'exploitation s'inscrit dans l'évaluation quantitative menée par Santé Publique France ou qui relève de la recherche, mais des informations jugées utiles au regard des objectifs qu'il poursuit.

### 1.8 Présentation du rapport

La première partie du rapport présente la participation au DO et la fidélisation dans le dépistage, originalité du tableau de bord d'Ile de France.

La deuxième partie du rapport est consacrée à l'efficacité du programme (en termes de cancers dépistés et pourcentage de cancers de bons pronostics), et à la qualité du dépistage.

Conformément à la vocation d'un tableau de bord, le groupe de travail a pris le parti de se limiter à une analyse descriptive pour tous les indicateurs. Il apparaît en effet que le raisonnement « causal », essayant d'expliquer les observations, demande à prendre en compte plus précisément les fonctionnements et d'intégrer les activités mises en œuvre sur le terrain. A ce titre, il relève d'une démarche d'évaluation.

Cette analyse régionale doit permettre d'engager un véritable travail de réflexion:

- ◆ Entre l'ensemble des structures de gestion, pour identifier les actions communes,

- ◆ Entre chaque structure de gestion et l'Agence Régionale de Santé, au sein du dialogue de gestion, en vue de proposer des pistes d'approfondissement et des actions d'amélioration spécifiques à chaque territoire d'activité,
- ◆ Au sein de l'ARSIF pour identifier ses propres leviers d'action.

**Précaution de lecture pour cette exploitation**

*En raison de l'introduction du test immunologique et de l'impact dans l'organisation du dépistage, les années 2015 et 2016 connaissent des problèmes de validité des données, en particulier si l'analyse est annuelle, l'activité d'invitation au dépistage se concentrant sur la fin 2015 et l'année 2016 pour cette campagne. Puisqu'en définitive toutes les SG ont invité l'ensemble de la population cible avec le test immunologique, sur la deuxième partie de la campagne, le groupe de travail a préféré adopter des principes d'analyse pertinents pour ce fonctionnement, à travers la constitution de deux cohortes :*

- Une cohorte des invités 2015-2016, pour le calcul de la participation et de la fidélisation sur les 3 campagnes précédentes. Les indicateurs de fonctionnement sont également calculés sur cette cohorte : 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.

Cette exploitation évite donc d'utiliser le dénominateur INSEE et introduit un mode d'analyse à privilégier pour la suite. Ceci donne sa plus-value au tableau de bord en fournissant un travail différent et complémentaire de ce que produit annuellement Santé Publique France.

Cependant, pour rester cohérents avec les analyses auxquelles les tutelles comme les lecteurs se sont habitués, les données de Santé Publique France sont intégrées au rapport d'exploitation telles que publiées et accessibles sur le site (comme le taux de participation INSEE).

# 4 CONTEXTE DU DEPISTAGE

## 1.9 Population cible du dépistage

Comme pour le tableau de bord du DOCS, et comme le fait Santé Publique France, le tableau de bord utilise les projections Omphale de l'INSEE pour définir l'effectif de population cible.

Les projections de population communiquées par l'INSEE reposent le « scénario dit central »<sup>13</sup>, depuis 2005. Dans la construction de ce scénario :

- La méthode de calcul des 3 principaux facteurs de variation démographique (la fécondité, la mortalité et le quotient migratoire), est différente de ce qui était utilisé jusqu'en 2005 ;
- La base de population utilisée est celle qui a été estimée en 2009.

A partir de ces projections, en 2016, la population des femmes et des hommes ciblés par département est la suivante.

**Tableau 2 : Données démographiques relatives aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans de la région Ile-de-France, par département (Source INSEE, Omphale 2007-2042, année 2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile-de-France	France metro
Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans (INSEE, Omphale 2016)	303156	182196	199361	166003	210563	187767	181063	157160	1587269	9730015
<b>Part des femmes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble des femmes</b>	26%	26%	27%	26%	25%	24%	26%	25%	26%	29%
Nombre d'hommes âgés de 50 à 74 ans (INSEE, Omphale 2016)	260749	173405	183120	154603	184835	180073	162701	145364	1444850	8969619
<b>Part des hommes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble des hommes</b>	25%	25%	26%	25%	24%	24%	25%	25%	25%	29%
Ensemble femmes et hommes (INSEE, 2016)	563905	355601	382481	320606	395398	367840	343764	302524	3032119	18699634
<b>Part des personnes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble de la population</b>	26%	26%	26%	26%	24%	24%	25%	25%	25%	29%

Il existe pour la région 52,4% de femmes et 47,6% d'hommes, avec de minimes variations départementales. La proportion de femmes et d'hommes ciblés, au vu de la démographie départementale, reste sensiblement identique dans les départements de la région mais en valeur relative, l'effectif de cette population est 1,5 fois à 2 fois inférieures dans les départements franciliens par rapport à Paris. Notons par ailleurs que la part des personnes âgées de 50 à 74 ans en Ile de France est inférieure à celle de la France entière.

<sup>13</sup> Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine - méthode et principaux résultats, Document de travail n° F1008, octobre 2010

## 1.10 Mortalité et morbidité spécifiques

Le contexte se caractérise aussi par les indicateurs habituels épidémiologiques.

### 4.1.1 Définitions

Le taux de mortalité constitue un indicateur de résultats à long terme sans que l'on puisse considérer le dépistage organisé comme le seul facteur impliqué dans son évolution.

Depuis plusieurs années, suite à la décision prise dans les groupes de travail du tableau de bord, le taux **standardisé et spécifique** de mortalité présenté porte sur **la tranche d'âge 50-79 ans**. L'âge de 50 ans pour la fourchette inférieure permet de prendre en compte les décès survenant rapidement après le dépistage (avant les cinq années de survie moyenne tous stades confondus)<sup>14</sup>. L'âge de 79 ans pour la fourchette supérieure a été décidé par le groupe de travail pour prendre en compte les cinq années de survie moyenne chez des femmes dépistées, au plus tard, à l'âge de 74 ans. La prise en compte d'un âge supérieur à 79 ans a également été discutée mais non retenue du fait de l'augmentation de la fréquence des autres causes de décès avec le vieillissement et la difficulté à considérer la spécificité du décès par cancer colorectal. Cet indicateur rend compte de la fréquence annuelle des décès. Le dénominateur INSEE utilisé correspond à la même année que les données de l'INSERM (CepiDC) du numérateur. La standardisation a été faite sur la population européenne, dernier standard disponible (2013).

Le tableau de bord dispose de suffisamment de recul pour présenter dans cette version deux types d'indicateurs :

- ◆ Le taux triennal de mortalité spécifique par cancer colorectal chez les hommes et les femmes âgées de 50 à 79 ans, standardisé sur la population européenne (standard 2013 produit par EUROSTAT<sup>15</sup>). A la date de l'exploitation, les données 2015 validées ne sont pas disponibles au CepiDC. De ce fait, la dernière période triennale calculée est celle de 2012-2014.
- ◆ L'évolution depuis 2007 du taux annuel de mortalité spécifique par cancer colorectal chez les hommes et les femmes âgées de 50 à 79 ans, standardisé sur la population Europe (même standard 2013), et calcul tendanciel permettant de gommer les fluctuations annuelles et mieux illustrer cette tendance, entre 2007 et 2014.

Les nombres annuels de décès utilisés pour les calculs sont présentés depuis l'année 2007 à titre informatif en annexe 3 (Tableau 3).

**Concernant la morbidité, les ALD** (affections de longue durée) représentent la seule source estimant l'incidence des cancers en l'absence de registre de cancer francilien et de CRISAPS, malgré leurs limites liées principalement à la qualité de leur notification, qui peut varier selon les départements. L'ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Les admissions en ALD pour cancer du côlon rectum correspondent au code ALD

<sup>14</sup> Les cancers en France en 2016, L'essentiel des faits et chiffres, Collection Etat des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt. 15/06/2017. Version interactive consultable en ligne. .

<sup>15</sup> European Commission. Revision of the European Standard Population – Report of the Eurostat 's task force. Luxembourg:Publications Office of the European Union. 2013, p121

n°30 et aux codes CIM10 = C18-C21. Ces données, irrégulièrement publiées par la même source (Score-santé), rendent difficile leur exploitation. L'observatoire régional de la santé travaille à rendre cet accès possible. Les articulations seront recherchées pour les exploitations futures.

Le tableau suivant présente la méthode de construction de chaque indicateur utilisé.

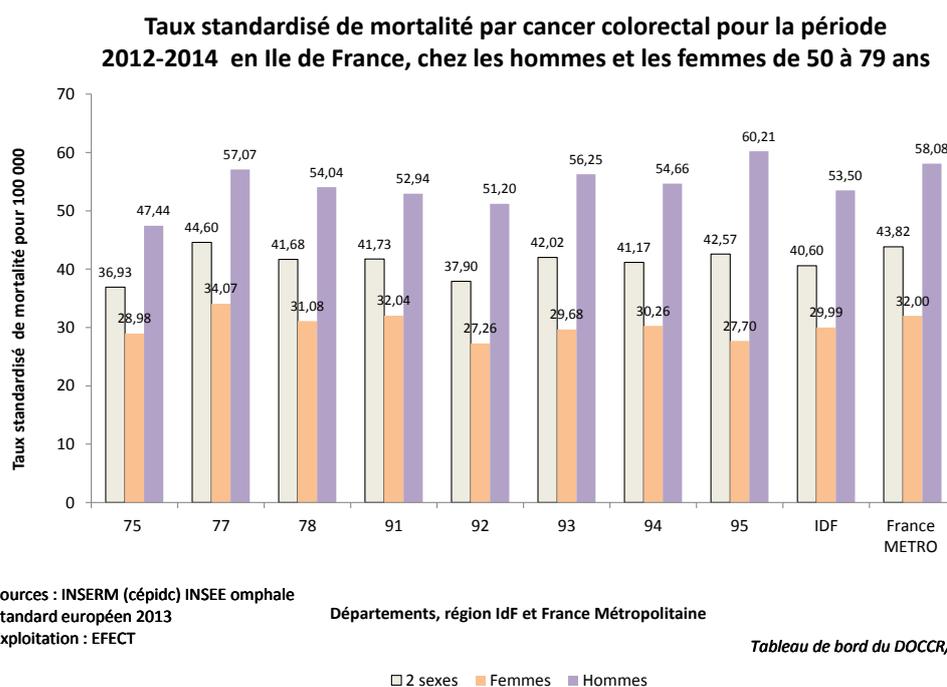
Indicateur	Définition	Source	Année
Taux standardisés de mortalité par cancer du colon et du rectum pour 100 000 personnes, par sexe, quel que soit leur âge, sur une période triennale	Taux observé de mortalité spécifique en France et en Ile-de-France si la population des personnes âgées de 50 à 79 ans avait la même structure par âge que la population européenne	Numérateur : INSERM (cépiDC) Dénominateur : INSEE projection omphale	2007-2009 2010-2012 2012-2014
Taux standardisé annuel de mortalité par cancer du colon et du rectum pour 100 000 personnes âgées de 50 à 79 ans, par sexe par département et son évolution depuis 2007	Taux observé de mortalité spécifique par département et en Ile-de-France, par sexe, si la population des personnes âgées de 50 à 79 ans avait la même structure par âge que la population européenne	Numérateur : INSERM (cépiDC) Dénominateur : INSEE projection omphale	2007-2014

## 4.1.2 Résultats

### Analyse régionale de la mortalité

La figure 1, **centrée sur la tranche d'âge des 50 à 79 ans**, met en évidence que pour la période triennale 2012-2014, dernière période disponible, 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.

Figure 7 :



Comm

e le montrent la figure 2 **qui présente** l'évolution de la mortalité **pour les personnes âgées de 50 à 79 ans** dans la région, ce taux tend à baisser avec un recul de 7 ans, chez les hommes comme chez les femmes.

Figure 8

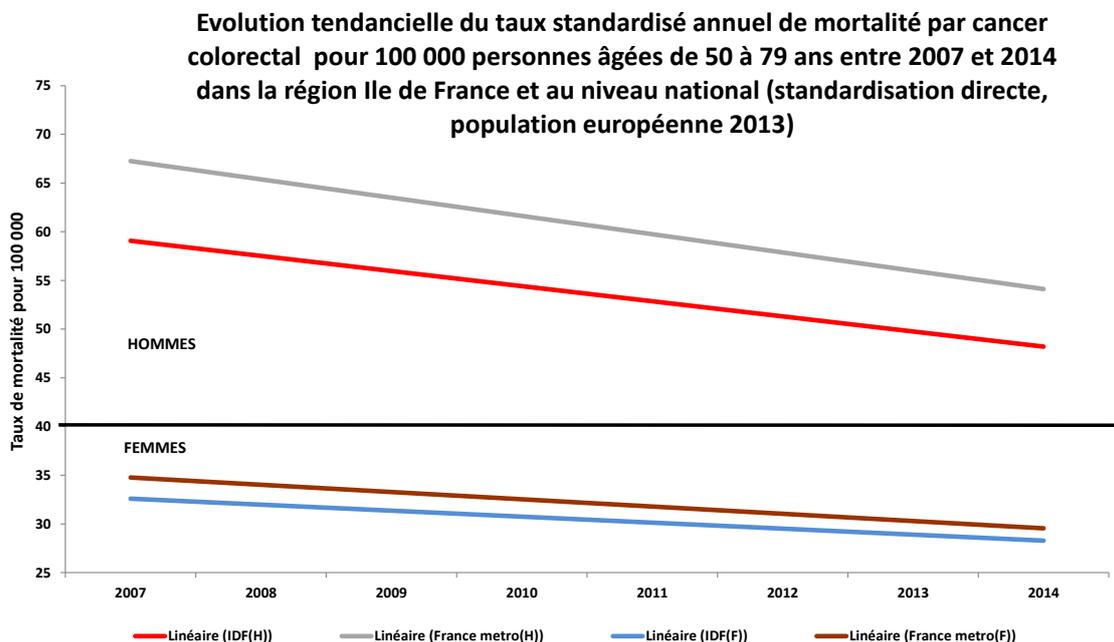


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

## Analyse de la mortalité par départements : tendances 2007-2014

Figure 9

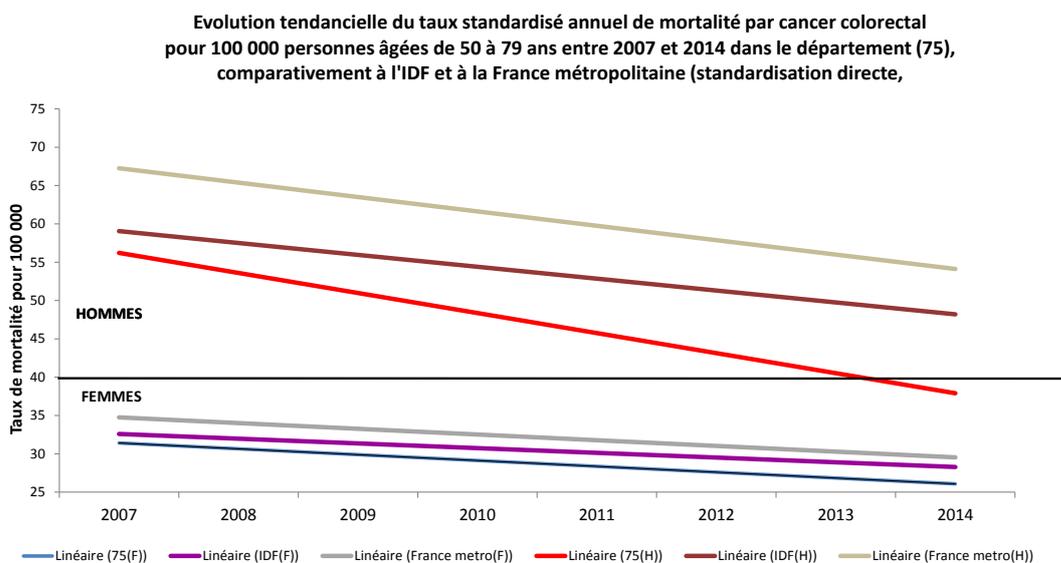
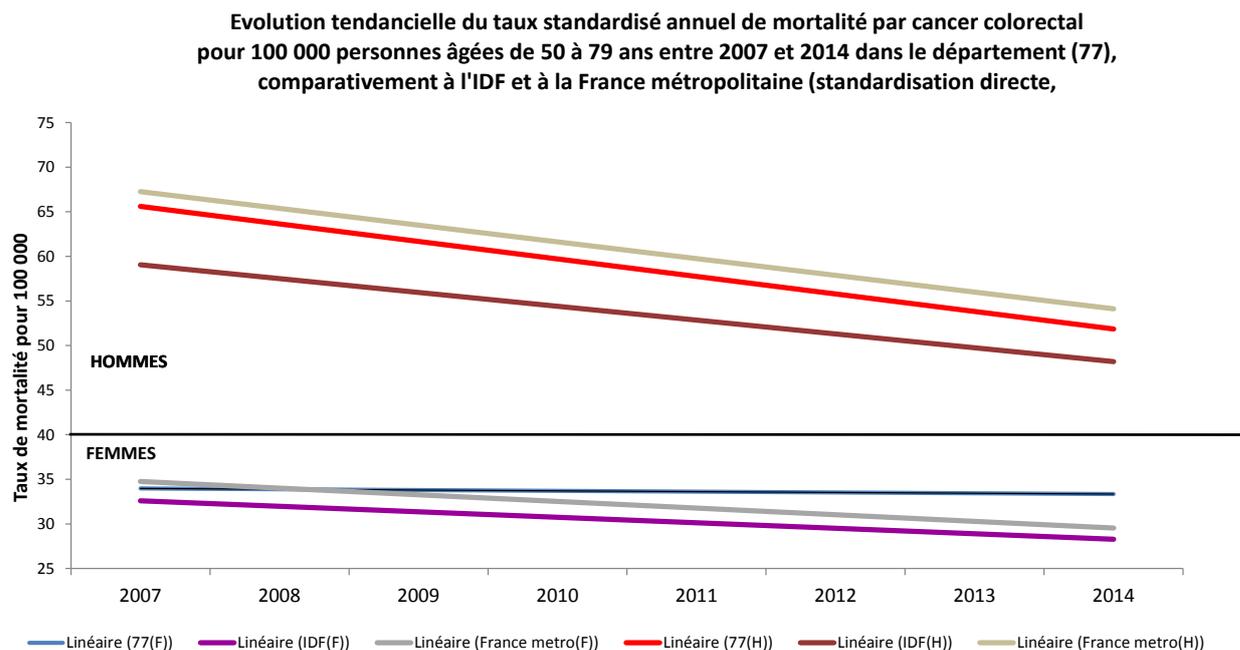


Tableau de bord du DOCS/EFFECT/ARSIF

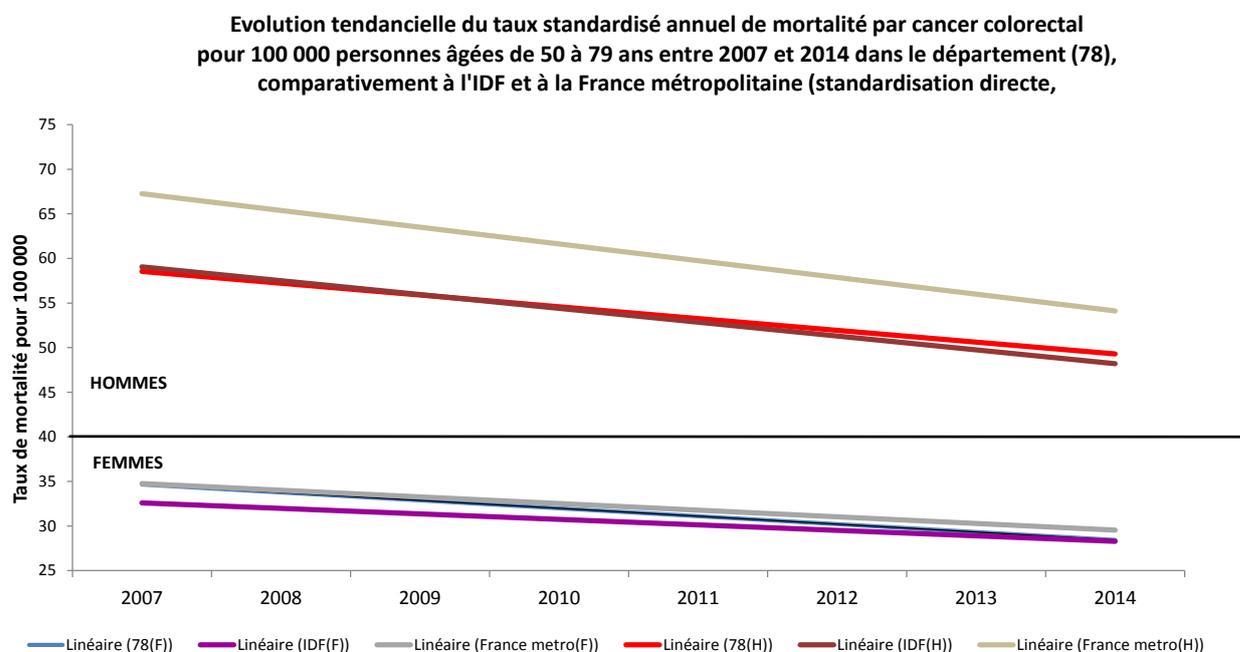
Figure 10



Sources : INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF

Figure 11

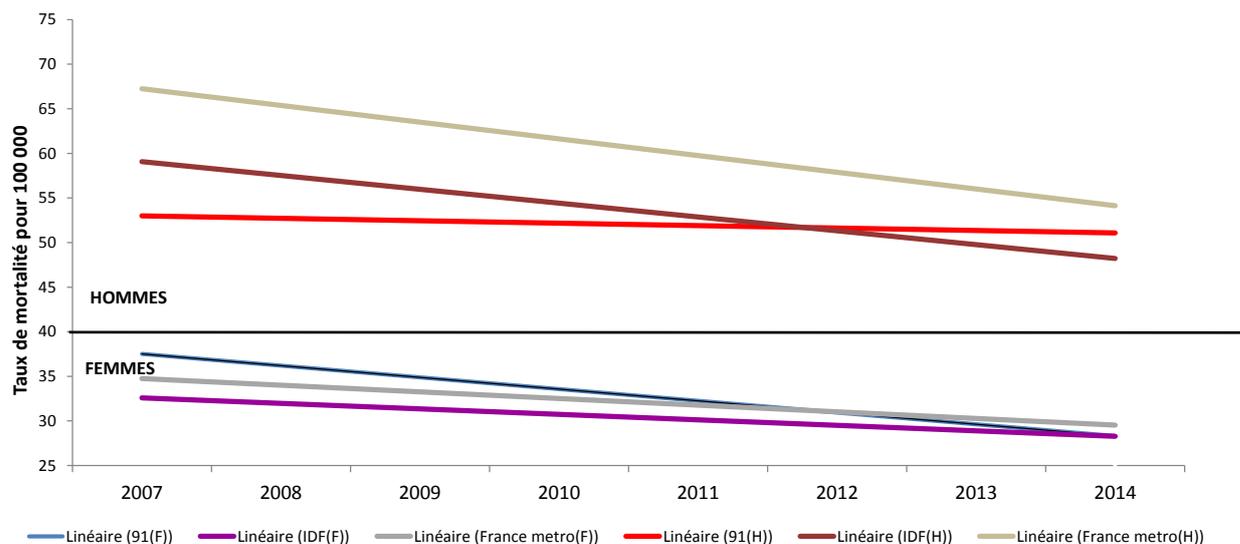


Sources : INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF

Figure 12

Evolution tendancielle du taux standardisé annuel de mortalité par cancer colorectal pour 100 000 personnes âgées de 50 à 79 ans entre 2007 et 2014 dans le département (91), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine (standardisation directe,

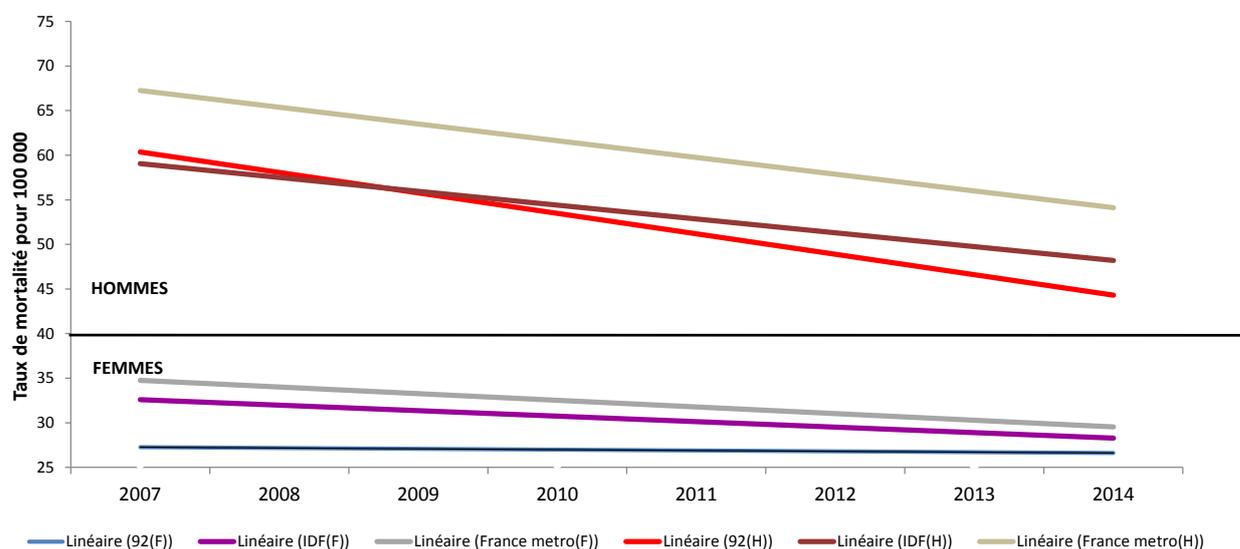


Sources : INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

Tableau de bord du DOCS/EFFECT/ARSIF

Figure 13

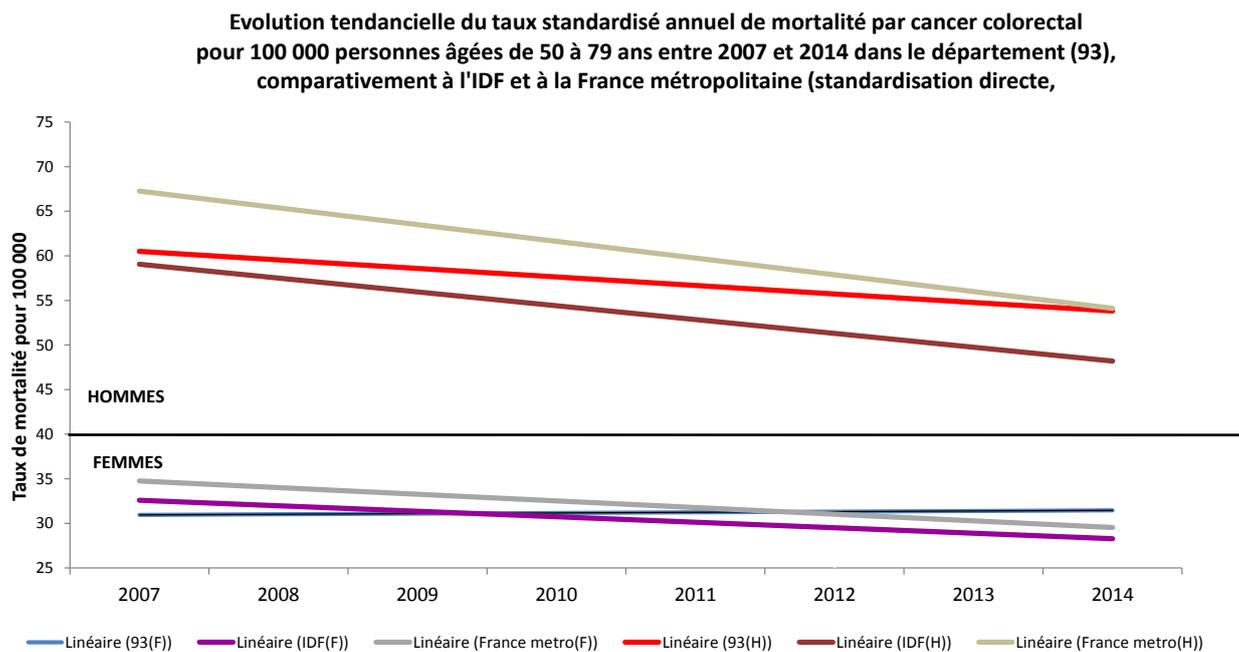
Evolution tendancielle du taux standardisé annuel de mortalité par cancer colorectal pour 100 000 personnes âgées de 50 à 79 ans entre 2007 et 2014 dans le département (92), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine (standardisation directe,



Sources : INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

Tableau de bord du DOCS/EFFECT/ARSIF

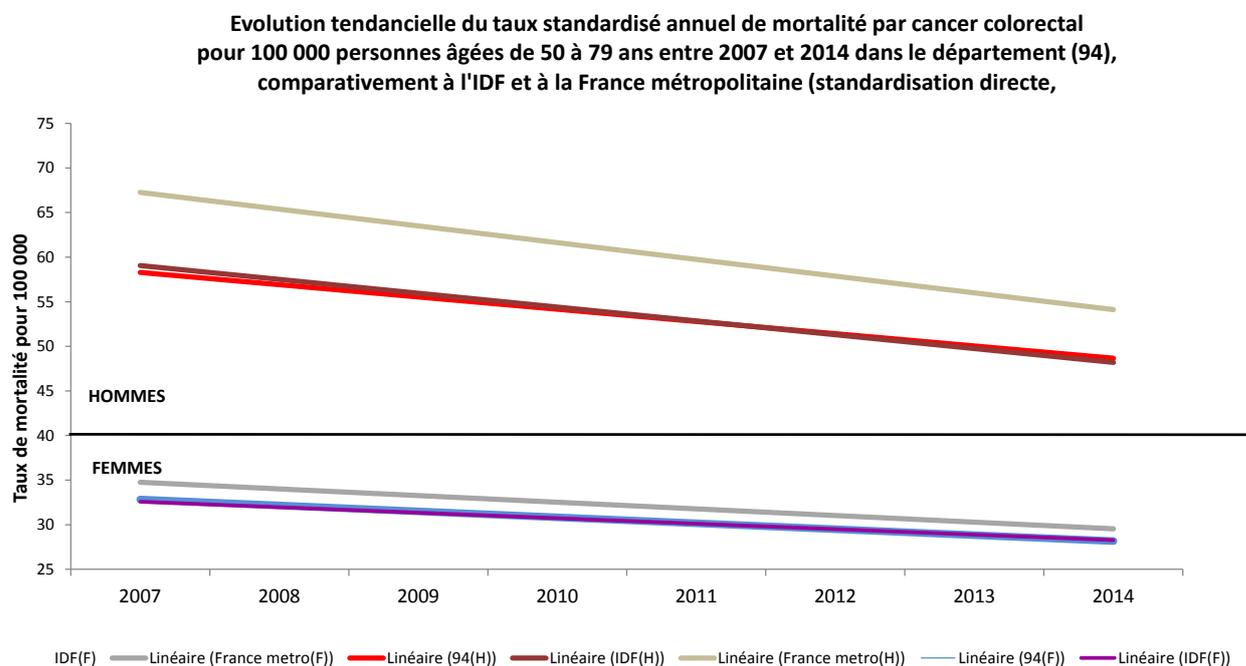
Figure 14



Sources : INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

Tableau de bord du DOCS/EFFECT/ARSIF

Figure 15

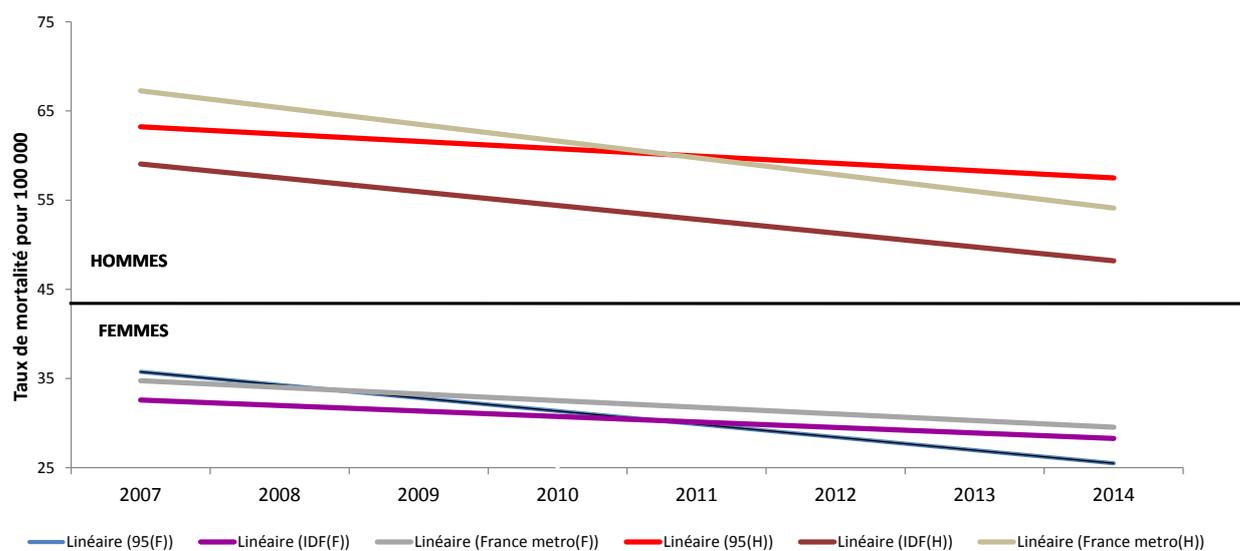


Sources : INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

Tableau de bord du DOCS/EFFECT/ARSIF

Figure 16

Evolution tendancielle du taux standardisé annuel de mortalité par cancer colorectal pour 100 000 personnes âgées de 50 à 79 ans entre 2007 et 2014 dans le département (95), comparativement à l'IDF et à la France métropolitaine (standardisation directe,



Sources : INSERM (CepiDc) INSEE (Omphale, 2010) Standardisation directe, standard européen 2013  
 Traitement : EFECT

Tableau de bord du DOCS/EFECT/ARSIF

Ces figures montrent que la mortalité tend à diminuer dans toute la région IDF, comme en France métropolitaine, mais de manière plus ou moins prononcée selon les départements de la région, en rappelant que celle-ci dépend notamment de la prévalence du cancer colorectal.

Trois éléments importants apparaissent de cette analyse :

- ◆ La baisse du taux de mortalité entre 2007 et 2014 est plus marquée dans les départements de Paris, notamment chez les hommes, 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.
- ◆ 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.

# 5 FONCTIONNEMENT DU DEPISTAGE ORGANISE

## 1.11 Taux de participation et d'exclusion au DO

### 5.1.1 Définitions

Trois indicateurs traduisent un résultat de fonctionnement essentiel pour le dépistage :

- ◆ Le **taux de participation de la cohorte des invités 2015-2016**, qui analyse la réponse des personnes effectivement invitées, selon le régime d'assurance maladie auquel elles appartiennent et leur tranche d'âge, a été introduit pour compléter le taux de participation INSEE utilisé dans les analyses nationales. Rappelons qu'en particulier pour la période analysée 2015-2016, il est l'indicateur de participation le plus pertinent car il traduit la participation « réelle », en utilisant les mêmes personnes au numérateur et au dénominateur, contrairement au taux INSEE. Notons que le suivi de la cohorte des invités donne un niveau de participation plus bas que le taux de participation INSEE car le nombre d'invitations utilisé au dénominateur est toujours plus élevé que la population INSEE de référence. Ce taux de participation cohorte a été calculé par régimes d'assurance maladie et par tranches d'âge.
- ◆ En complément, du suivi de la cohorte précédente, plusieurs **délais** ont été calculés pour mieux interpréter les observations. Ils renseignent soit sur le fonctionnement et la qualité du programme, soit sur les comportements des personnes invitées :
  - Délais de qualité du programme : délai entre 2 tests, délai entre l'invitation et la réalisation du dépistage, ce dernier étant un délai global, conditionné en partie par le délai suivant.
  - Délais renseignant sur les comportements des invités : délais entre la dernière sollicitation (invitation, éligibilité) et la réalisation du test et délai entre l'invitation (« initiale ») et la réalisation du test.
- ◆ Le **taux d'exclusion INSEE au DOCCR** correspond au nombre de personnes de 50 à 74 ans devant être exclues du programme pour des **raisons médicales**<sup>16</sup>. Selon la définition adoptée par Santé Publique France (ex InVS), une personne est « exclue » du programme (et dénombrée en tant que telle) pour la période évaluée si la période d'exclusion couvre totalement la période d'évaluation (c'est-à-dire que celle-ci débute avant et se termine après la période évaluée).

Parmi les personnes exclues pendant la période d'observation, une distinction est faite (pourcentages calculés) entre celles qui le sont définitivement et celles qui le sont temporairement.

Dans le cadre du tableau de bord, au regard de la difficulté rencontrée par les SGDO pour accéder à l'information relative aux exclusions pour coloscopie, le groupe de travail impliqué dans la conception a

---

<sup>16</sup> Rappelons que le CDC indique ainsi ces raisons : symptomatologie digestive, sujet ayant réalisé une coloscopie complète depuis moins de 5 ans, antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux ou d'une pathologie colique nécessitant des contrôles périodiques, antécédents familiaux chez un parent du premier degré avant 65 ans ou au moins deux parents du premier degré atteints, sujets atteints d'une pathologie grave extra intestinale (motif éthique)

proposé de comparer le volume de coloscopies réalisées connu par la SGDO à celui quantifié dans les bases de données de l'Assurance Maladie et hospitalière, dans son volet ambulatoire au cours de la période d'observation. Ce point est traité dans le chapitre 9 relatif à la qualité du programme.

- ◆ Le **taux de participation INSEE au DOCCR sur deux années « glissantes » (consécutives)** dont la construction utilise au dénominateur la population cible INSEE, à laquelle sont retranchées les exclusions médicales, et qui estime le nombre de personnes dépistées sur une campagne.

Indicateur	Définition	Sources	Année
Taux de participation de la cohorte des invités entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R	<p>Numérateur : nombre de personnes ayant bénéficié d'un test de dépistage dans le cadre du DOCCR jusqu'au 31/08/2017</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes invitées au cours de la dernière campagne (entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R), déduction faite des exclusions médicales</p> <p>Découpage par départements, par tranches d'âge et par régimes d'assurance maladie</p>	<p>Numérateur : SGDO</p> <p>Dénominateur : SGDO</p>	2015-2016
Délais : entre 2 invitations, entre la sollicitation et la réalisation du dépistage, entre l'invitation et la réalisation du dépistage, pour la cohorte des invités entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R	<p>Moyenne, médiane, 90ème percentile</p> <p>Découpage par départements</p>	SGDO	2015-2016
Taux standardisé d'exclusion INSEE au DOCCR pour la campagne	<p>Numérateur : Nombre de femmes et d'hommes exclus du dépistage au cours de la période d'observation entre le 1er janvier de R-1 et le 31 décembre de l'année R</p> <p>Dénominateur : Nombre de femmes et d'hommes INSEE Omphale année R</p> <p>Découpage: Par sexe et par tranche d'âge quinquennale</p>	Santé Publique France	2015-2016
Taux standardisé de participation INSEE au DOCCR pour la campagne	<p>Numérateur : Nombre de personnes ayant bénéficié d'un test de dépistage dans le cadre du DOCCR entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes cibles INSEE omphale année R moins le nombre de personnes exclus</p> <p>Découpage: Par sexe et par tranche d'âge quinquennale</p>	Santé Publique France	2015-2016

## 5.1.2 Résultats de la campagne 2015-2016

### Taux de participation de la cohorte des invités

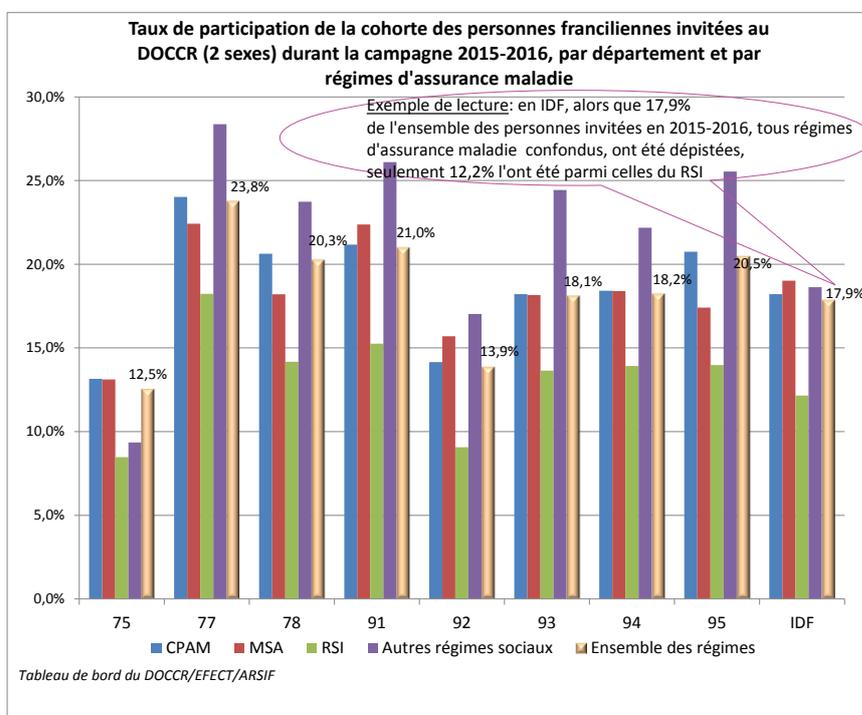
Le taux de participation de la cohorte des invités est habituellement plus bas que le taux de participation INSEE utilisé par Santé Publique France pour des raisons méthodologiques<sup>17</sup>, mais il a été choisi pour permettre les comparaisons interdépartementales. Rappelant que les objectifs européens 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, pour la campagne 2015-2016.

Il existe des variations de ce taux par départements, par régimes d'assurance maladie et par tranches d'âges.

#### *Taux de participation de la cohorte des invités par régimes sociaux*

L'étude de la participation rapportée aux personnes invitées et analysée par régime d'assurance maladie permet de mettre en évidence que les personnes du RSI, hommes et femmes, sont globalement celles qui ont le moins bon taux de participation au dépistage dans le programme organisé (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. Notons enfin le taux plus élevé de participation des « autres régimes sociaux » par rapport aux principaux régimes représentés par le régime général, la MSA et le RSI.

Figure 17



<sup>17</sup> 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 18

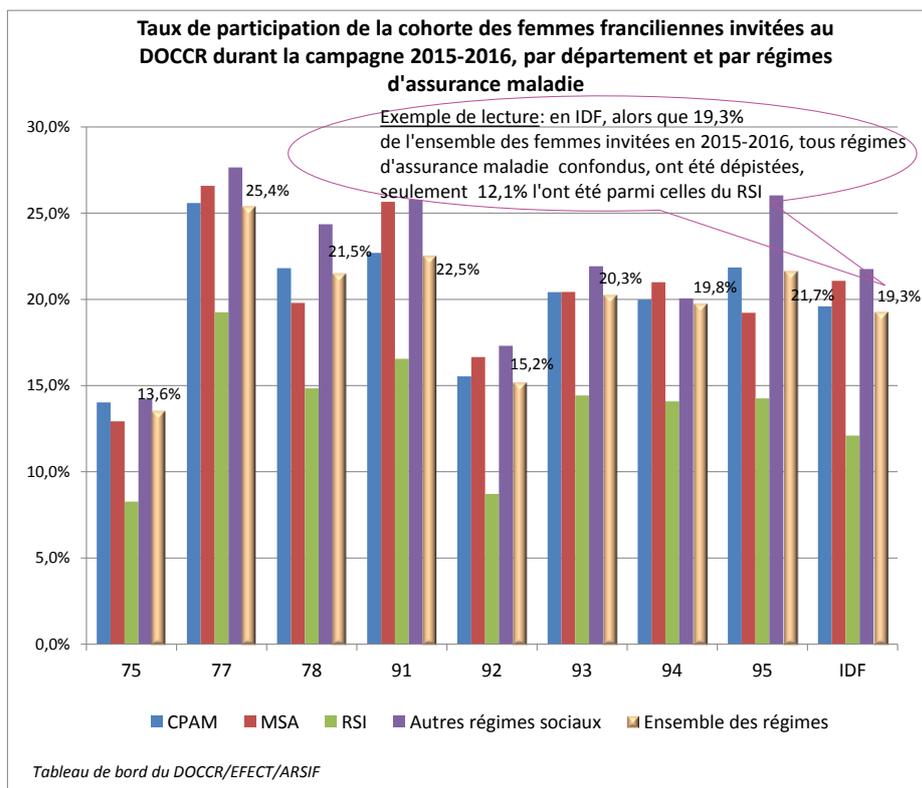
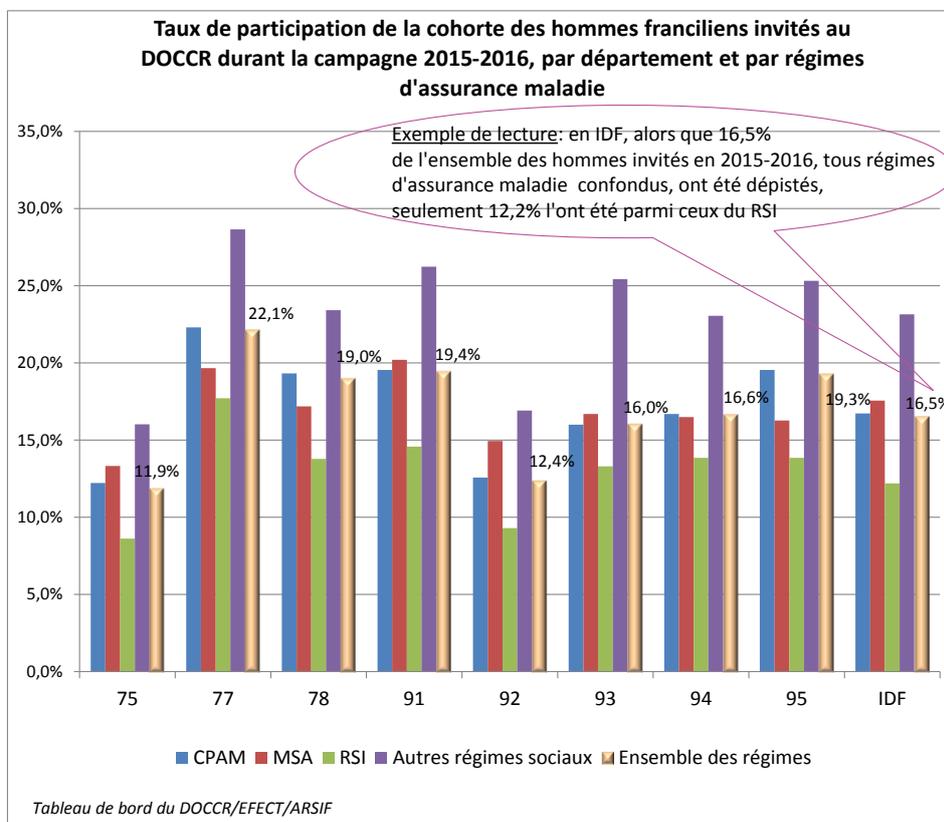


Figure 19



### Taux de participation de la cohorte des invités par tranches d'âge

Les graphes suivants montrent que :

- ◆ Les deux sexes confondus, comme séparément, pour les hommes comme pour les femmes, la participation varie en fonction de la tranche d'âge au sein d'un même département.
- ◆ 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 qui varie dans la région de 12,5% à Paris à 23,8% en Seine et Marne, toutes tranches d'âge confondues, et les deux sexes ensemble.

Figure 20

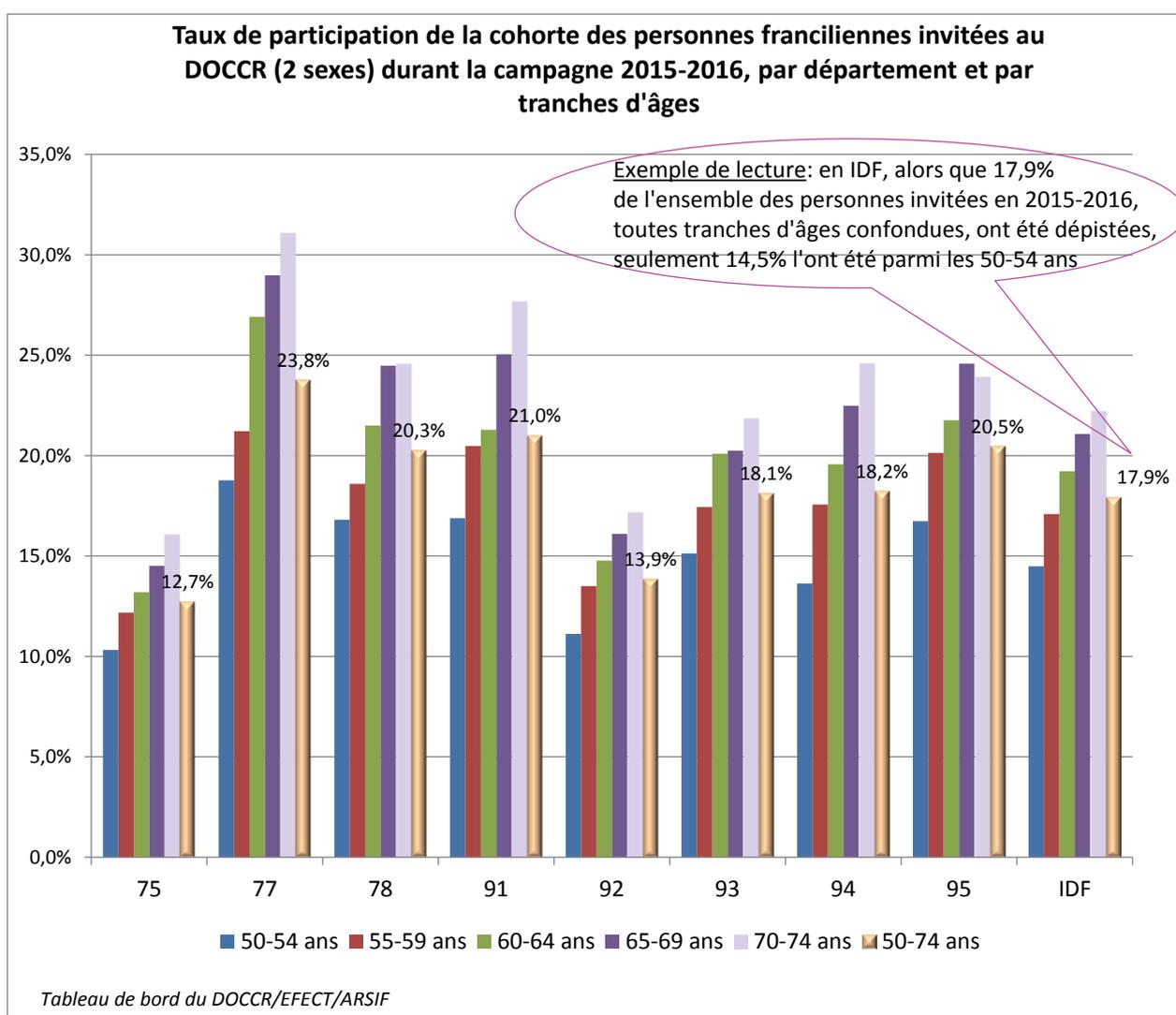


Figure 21

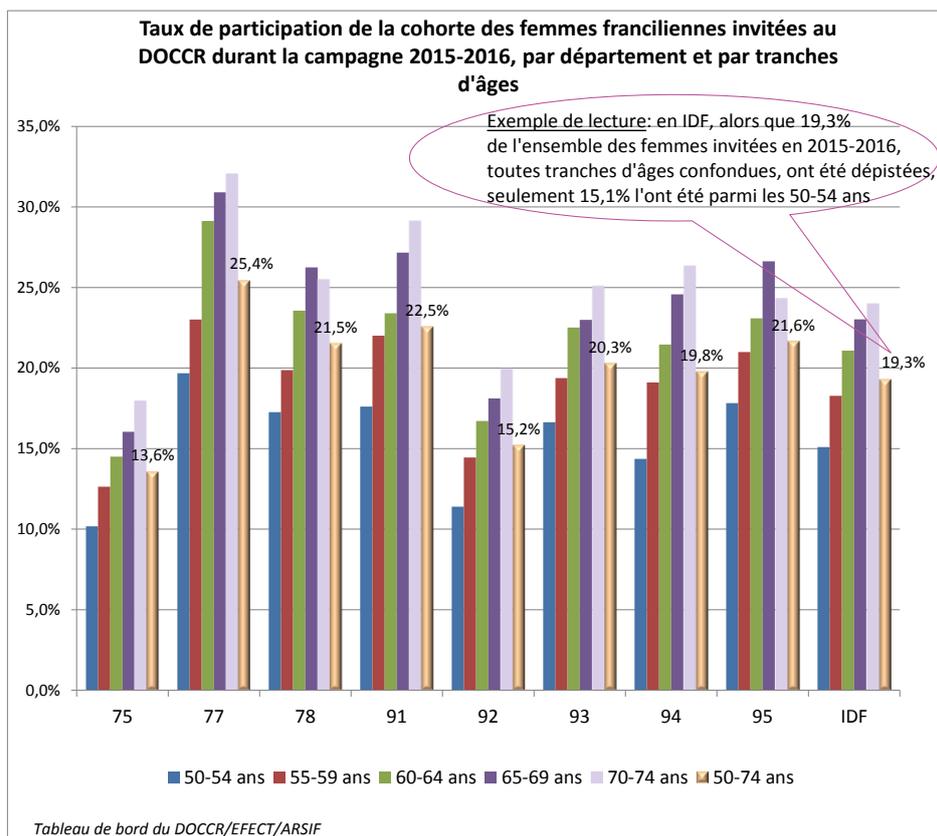
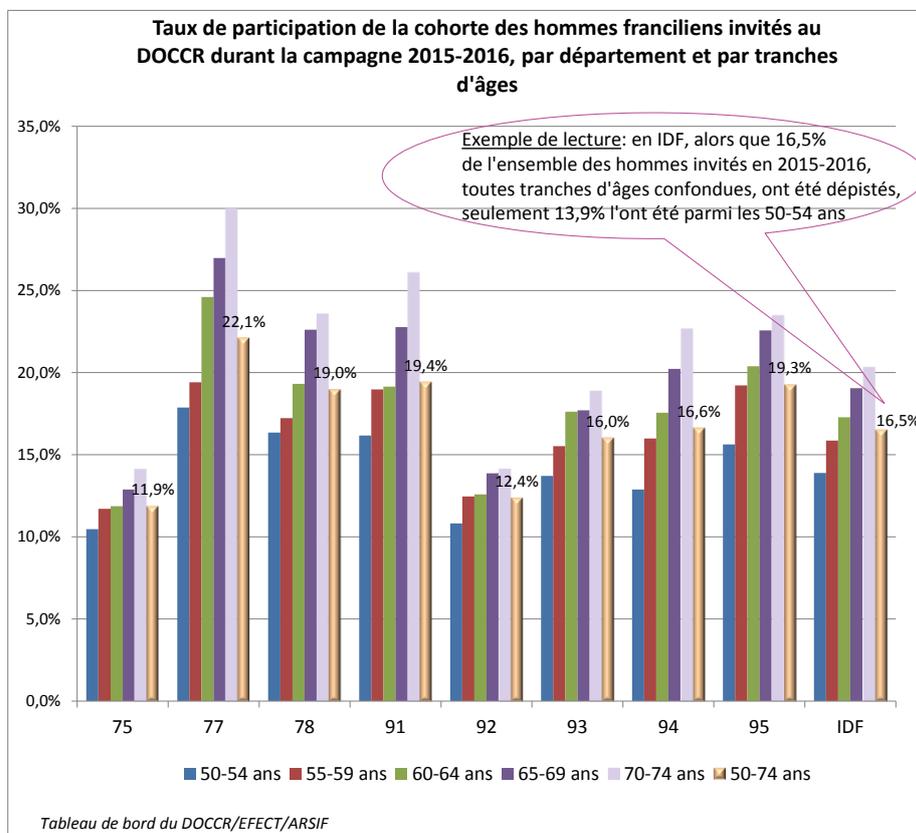


Figure 22



## Délais

**Tableau 4 Délais de fonctionnement du programme et de réactivité des personnes invitées au DOCCR entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 décembre 2016 (cohorte des invités), 2 sexes confondus**

	75	77	78	91	92	93	94	95
Délais entre 2 invitations								
Médianes entre 2 invitations								
En jours	761	761	710	804	758	793	844	814
En mois	25	25	24	27	25	26	28	27
90 <sup>ème</sup> percentile entre 2 invitations								
En jours	1041	944	944	1022	955	1020	1076	1241
En mois	35	31	31	34	32	34	36	41
Délais entre 2 tests								
Médianes entre 2 tests								
En jours	961	1029	903	923	907	1324	1014	875
En mois	32	34	30	31	30	44	34	29
90 <sup>ème</sup> percentile entre 2 tests								
En jours	2186	1843	1855	2083	1955	2357	1946	2161
En mois	73	61	62	69	65	79	65	72
Délais entre l'invitation et la réalisation du test								
Médianes								
En jours	123	130	129	124	118	100	114	109
En mois	4,1	4,3	4,3	4,1	3,9	3,3	3,8	3,6
90 <sup>ème</sup> percentile								
En jours	376	392	358	480	327	349	353	418
En mois	12,5	13,1	11,9	16,0	10,9	11,6	11,8	13,9
Délais entre la dernière sollicitation (relance ou éligibilité) et la réalisation du test								
Médianes								
En jours	67	65	69	61	77	56	78	65
En mois	2,2	2,2	2,3	2,0	2,6	1,9	2,6	2,2
90 <sup>ème</sup> percentile								
En jours	211	135,0	148,0	140,0	231,0	142,0	199,0	164,0
En mois	7,0	4,5	4,9	4,7	7,7	4,7	6,6	5,5

Ces résultats montrent que 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 :
  - o De la réactivité et du comportement des personnes qui peuvent répondre à la première invitation ou aux relances et autres sollicitations (éligibilité par exemple).
  - o De l'attitude du médecin qui mobilise son patient et remet le test.
  - o Des stratégies des SGDO (annexe 4) qui sont évolutives dans le temps.
  - o 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 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.

## Taux standardisés de participation et d'exclusion Insee

Les données chiffrées sont présentées en annexe 3, tableau 5.

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.

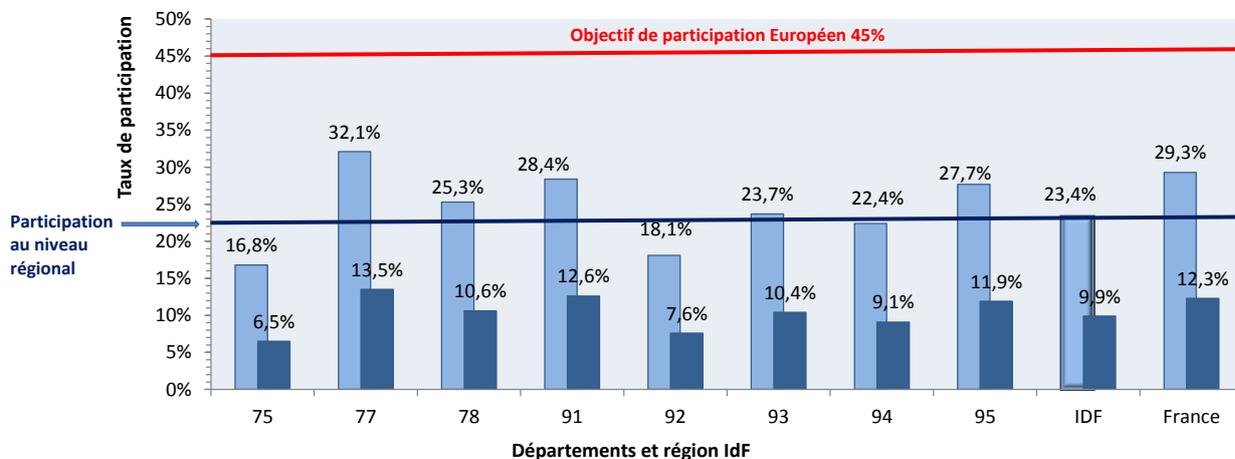
### 1.11.1.1.1 Taux de participation, global et par sexe

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 (figure 17). 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, figure 18), comme pour les femmes (24,5% versus 30,8% pour le taux national de participation, figure 19). Ceci est vrai malgré le taux d'exclusion également plus faible qu'au niveau national exposé dans les sections suivantes.**

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, tout comme la participation au DOCS.

Figure 23

### Taux standardisés de participation et d'exclusion au DOCCR pour la période 2015-2016 pour les deux sexes (Source Santé Publique France)



Source : InVS

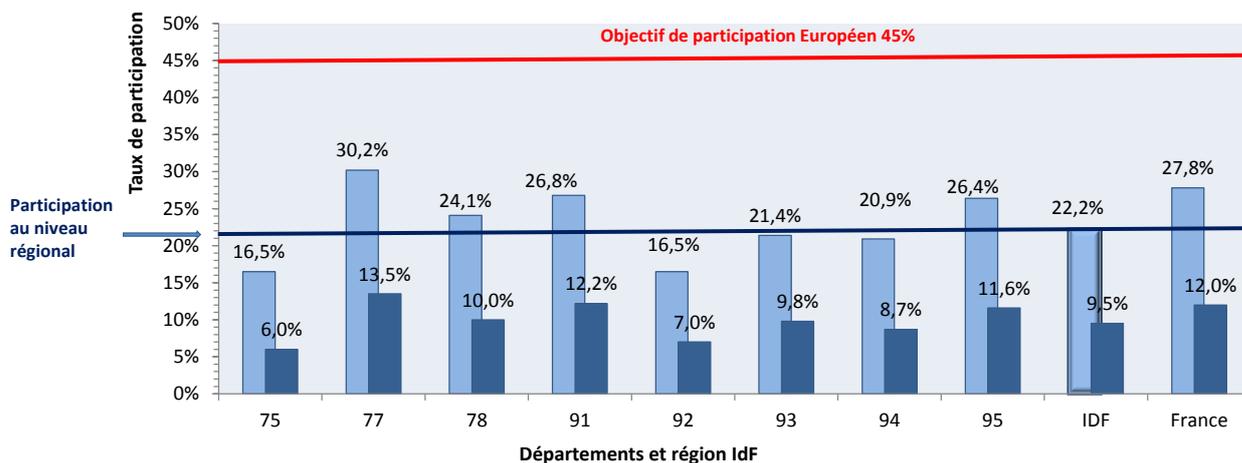
■ Taux standardisé de participation au DOCCR (2 sexes, 2015-2016)

■ Taux standardisé d'exclusion au DOCCR (2 sexes, 2015-2016)

Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 24

### Taux standardisés de participation et d'exclusion au DOCCR pour la période 2015-2016 chez les hommes (Source Santé Publique France)



Source : InVS

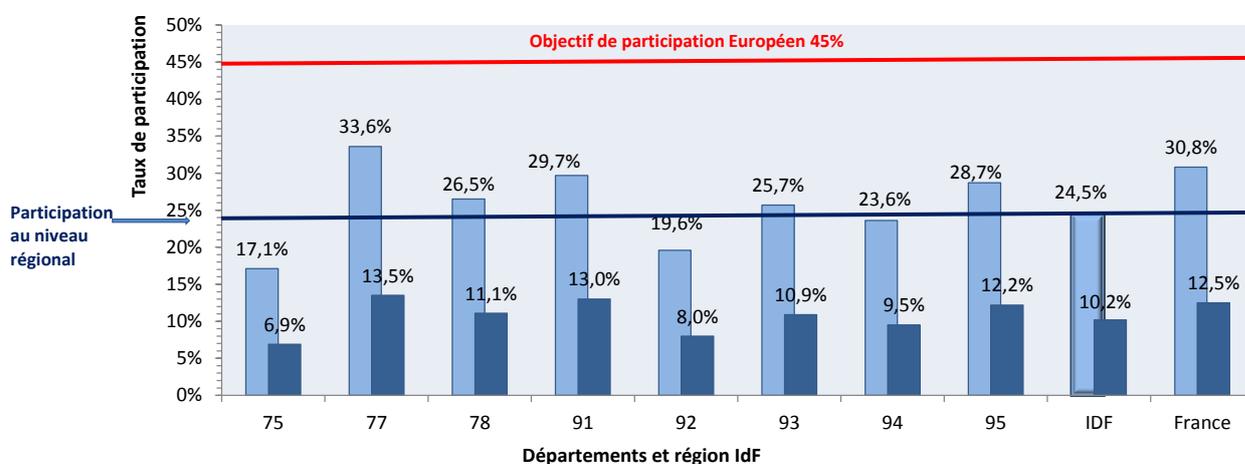
■ Taux standardisé de participation des hommes au DOCCR (2015-2016)

■ Taux standardisé d'exclusion des hommes au DOCCR (2015-2016)

Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 25

### Taux standardisés de participation et d'exclusion au DOCCR pour la période 2015-2016 chez les femmes (Source Santé Publique France)



Source : InVS

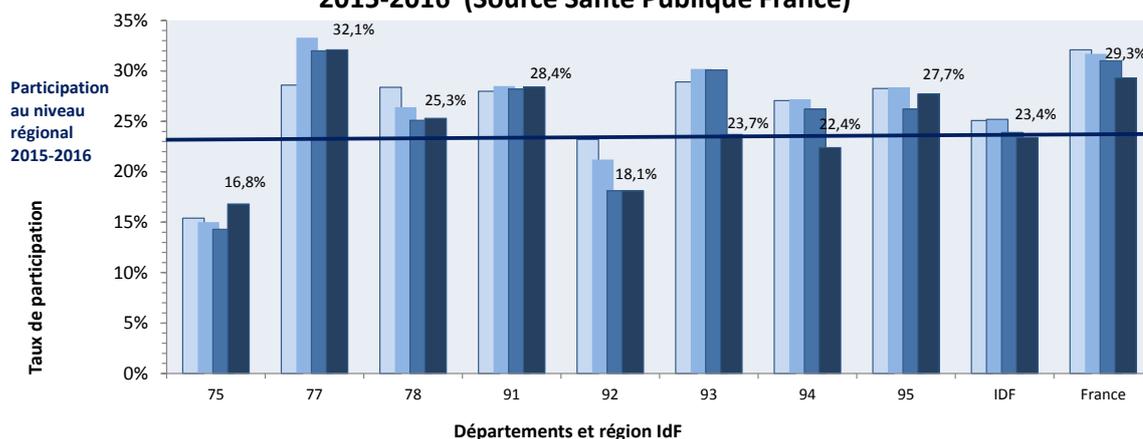
■ Taux standardisé de participation des femmes au DOCCR (2015-2016)

■ Taux standardisé d'exclusion des femmes au DOCCR (2015-2016)

Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 26

### Evolution du taux standardisé de participation au DOCCR les deux sexes confondus au cours des périodes 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2015-2016 (Source Santé Publique France)



■ Taux standardisé de participation au DOCCR (2 sexes, 2010-2011)  
 ■ Taux standardisé de participation au DOCCR (2 sexes, 2011-2012)  
 ■ Taux standardisé de participation au DOCCR (2 sexes, 2012-2013)  
 ■ Taux standardisé de participation au DOCCR (2 sexes, 2015-2016)

Source : Santé Publique France

Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 27

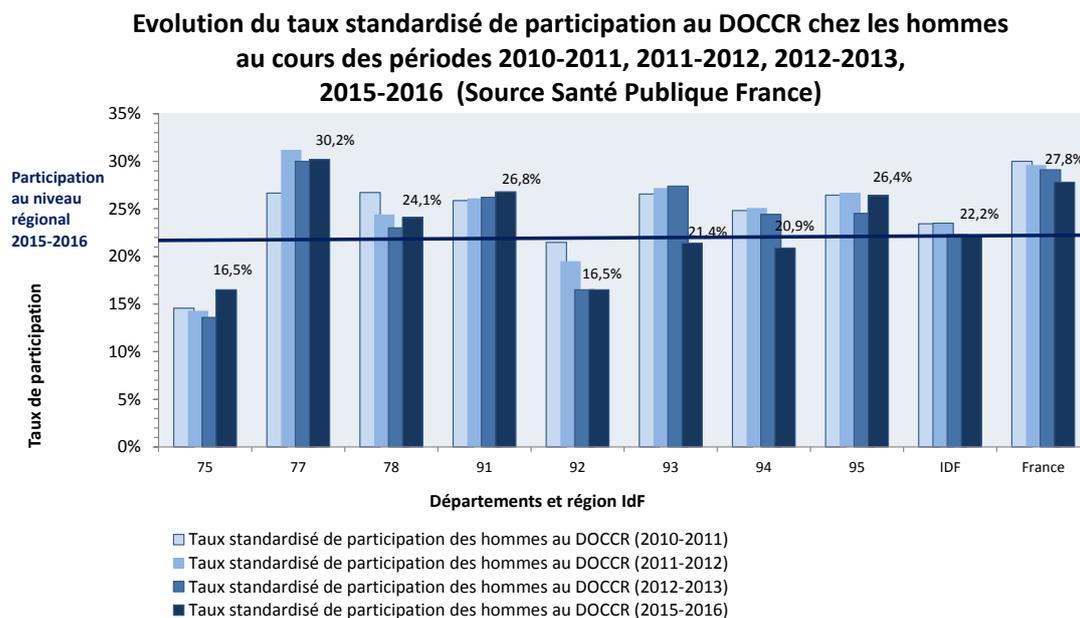


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 28

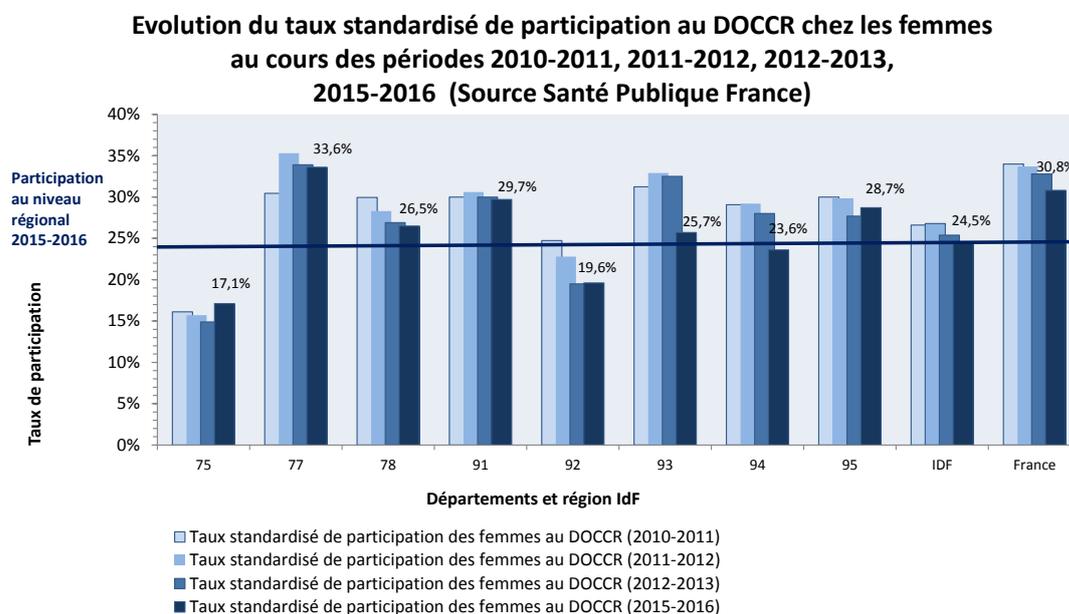


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

### 1.11.1.1.2 Taux d'exclusion standardisé, global et par sexe

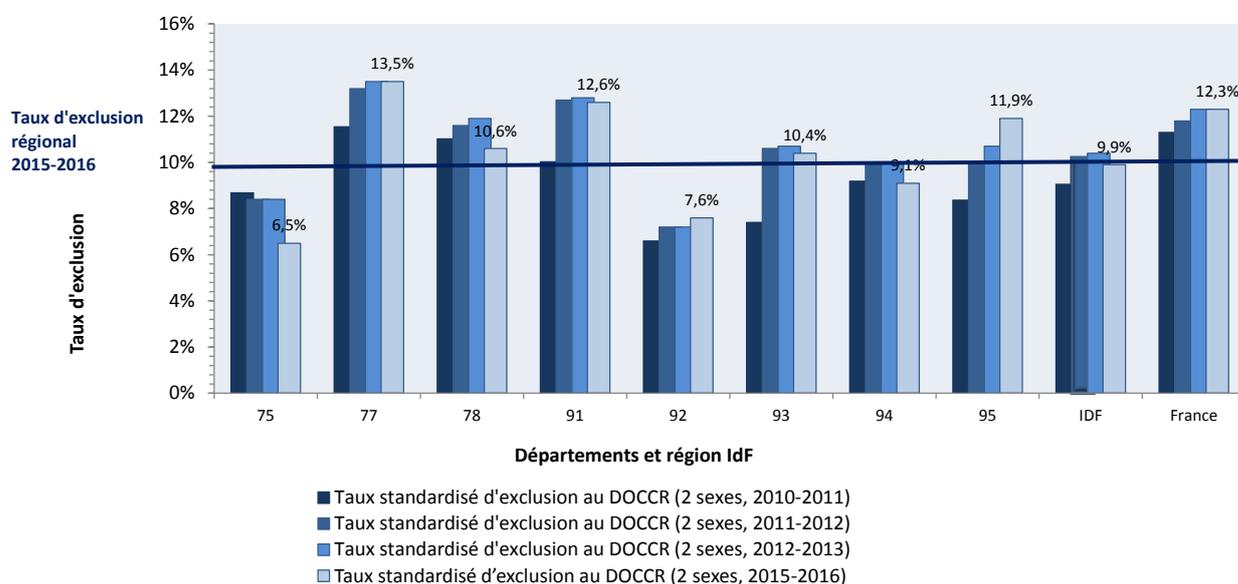
Analysé pour les deux sexes confondus, **avec une valeur de 9,9%, le taux d'exclusion standardisé de la région, pour la campagne 2015-2016, reste inférieur au taux national**, de 12,3% pour les 2 sexes (figure 24), même s'il a progressé comme au niveau national avec un recul de 4 campagnes complètes, dans tous les départements franciliens. Sa valeur est inférieure au niveau national chez les hommes (9,5% en IDF versus 12% en France, figure 25) comme chez les femmes (10,2% versus 12,5%, figure 26).

Notons que le différentiel observé entre les hommes et les femmes dont le taux d'exclusions était jusqu'ici plus élevé, s'atténue dans le temps

Il existe des variations départementales à interpréter avec précaution au regard des difficultés d'obtention de cette information et surtout en raison des différences dans le recueil de cette dernière. Les départements du 75 et 92, où la participation au DOCCR est faible, se placent en deçà des taux régionaux, pour les hommes comme pour les femmes. Mais soulignons que la structure de gestion du 75 connaît des difficultés dans la saisie des données, avec des retards qui peuvent expliquer en partie les valeurs observées.

Figure 29 :

**Evolution du taux standardisé d'exclusion au DOCCR pour causes médicales, les deux sexes confondus, au cours des périodes 2010-2011, 2011-2012, 2012-2013, 2015-2016 (Source Santé Publique France)**



Source : Santé Publique France

Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 30

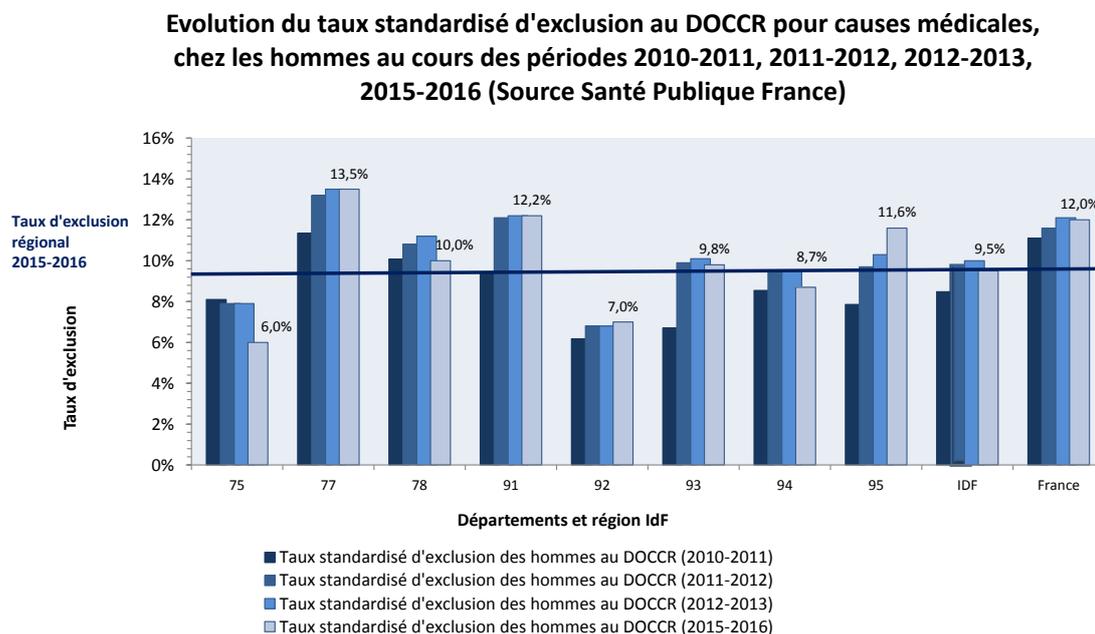
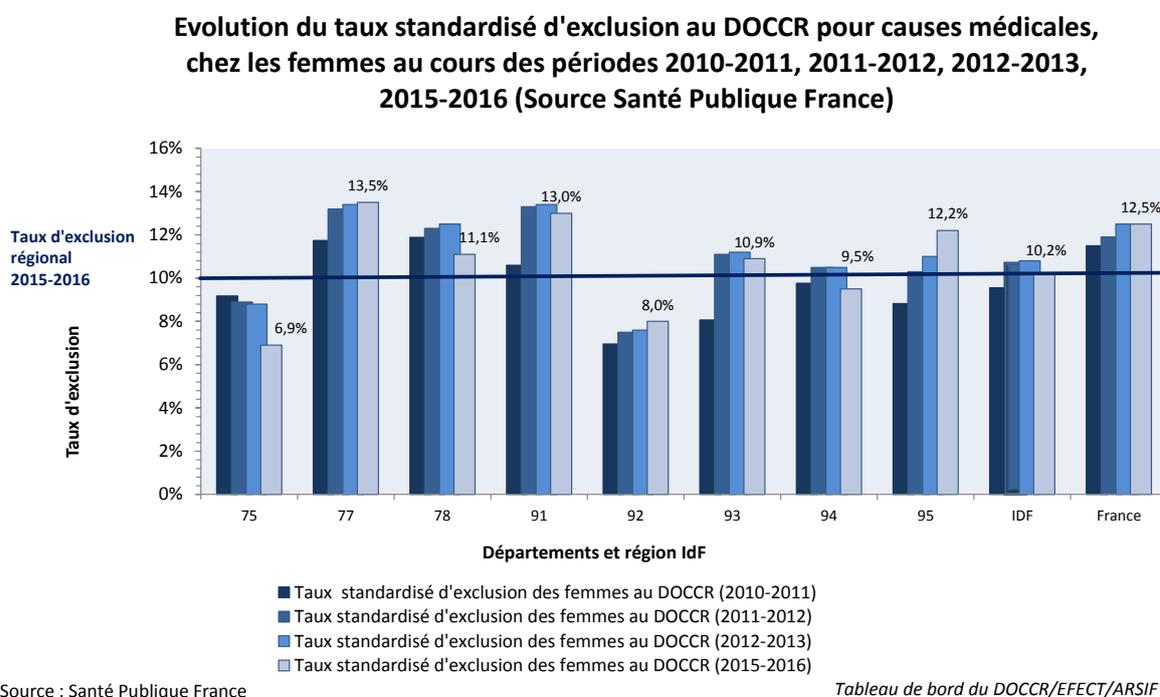


Figure 31



## 1.12 Fidélisation au dépistage

### 5.1.3 Définition

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).

La méthode a été élaborée pour l'exploitation des données 2010-2011. Après avoir analysé la répartition du délai écoulé entre deux tests sur un département pilote impliqué de longue date dans le DOCCR (l'Essonne), des profils de fidélisation ont été construits en groupe de travail, et leur répartition a été analysée au sein d'une cohorte de patients. Après discussion, le choix s'est porté sur la construction d'une cohorte rétrospective, du fait des applications opérationnelles possibles pour les SGDO (relances ciblées sur des personnes toujours présentes dans la base de données).

Cette méthode a été appliquée pour les exploitations suivantes. Pour chaque exploitation, la période d'analyse est de 3 campagnes révolues, avec pour les exploitations 2011-2012, et 2012-2013 un recul différent selon la date d'entrée dans le dépistage de chaque département (la généralisation s'étant effectuée progressivement).

La méthode a été améliorée pour réduire les effectifs dans les profils de personnes non classables (voir définition des « indéterminables » ci-après).

Le tableau de bord n'a pas été réalisé en 2013-2014, ni en 2014-2015, du fait des modifications organisationnelles liées au changement de test de dépistage et à l'arrivée du test immunologique.

**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.**

Figurent en annexe 5 les analyses des cohortes 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013 pour permettre la comparaison avec ces nouveaux résultats et analyser l'évolution de ces profils présentés dans les figures suivantes.

### 5.1.4 Limites et construction

Le choix d'une cohorte rétrospective exclut les personnes sorties du dépistage (quelle que soit la raison) avant la période d'inclusion (2015-2016).

#### **Description de la requête :**

**Personnes ayant été invitées au cours de la campagne 2015-2016, ayant entre 55 et 74 ans, dont on analyse les « événements » sur les campagnes précédentes, au plus loin jusqu'au 01-01-2011.**

Un événement caractérise la dernière information disponible sur le patient pour définir son statut à l'égard du dépistage, suite à une invitation.

**Par définition, on ne parlera de fidélisation que s'il existe au moins deux événements.** Ceci amène à exclure également de l'observation les personnes appartenant à la tranche d'âge des 50-54 ans, qui ne peuvent avoir vécu deux invitations du fait de leur entrée récente dans le DOCCR.

Les événements ont été codifiés comme ceci :

\_ = pas d'événement

I = invitation sans réponse (englobe également les relances postales, les « invitations laboratoire » et l'éligibilité)

C = correspondent à deux situations actuellement, qui sont considérés comme des non-participations au même titre que les événements I:

- Soit le médecin a déclenché une procédure d'éligibilité mais la personne n'a pas pratiqué son test.
- Soit la SGDO a envoyé un test à la personne au cours de ses stratégies complémentaires mais elle ne le réalise pas.

P = réponse postale quelle que soit sa nature en dehors des refus qui sont considérés à part (déclaration d'une exclusion, déclaration d'un cancer, coloscopie...)

R= réponse postale correspondant à un refus

T = réalisation du test de dépistage

## Présentation des profils

### ◆ Les fidèles

**Définition :** Les personnes ayant uniquement des événements notés « T ».

**Exception :** Les personnes qui ont participé lors des trois dernières sollicitations (qui ont 3 événements T à la fin de leur profil : *ITTT par exemple*).

**Justification :** En plus des profils ne présentant pas d'ambiguïté (c'est-à-dire composés exclusivement de T), il a été considéré qu'une personne ayant participé au DOCCR lors des 3 dernières sollicitations est fidèle même si un événement « autre » que la réalisation du test a pu exister antérieurement (temps d'adhésion au dépistage).

### ◆ Les « plutôt » fidèles

**Définition :** Les personnes considérées comme plutôt fidèles ont une majorité de T dans leur profil (le nombre de T est strictement supérieur à la moitié du total d'événements) même si elles peuvent avoir des invitations I, des consultations C ou des réponses postales P intercalées.

**Exception :** Les personnes ayant participé aux 2 dernières sollicitations (2 T qui se suivent à la fin de la combinaison : *IPTT par exemple*) ainsi que les personnes présentant uniquement des « P » sont considérées comme plutôt fidèles.

**Justification :** En considérant des personnes ayant strictement plus de participations que de non-participations, nous définissons la tendance des personnes à être plutôt fidèles. Les profils terminant par 2 T successifs ont été rattachés aux plutôt fidèles, car le fait d'avoir répondu aux deux dernières sollicitations (sur 3 campagnes) montre que les personnes tendent à rentrer dans une démarche de fidélisation qui devra se confirmer sur la campagne suivante. Les personnes présentant uniquement des « P » indique une réponse systématique à la SGDO, et témoigne d'un intérêt pour le DO (« prédisposition ») qui doit se distinguer du refus ou de l'absence de réponse .

◆ **Les « plutôt pas » fidèles**

**Définition :** Les personnes ayant un nombre de tests strictement inférieur à la moitié du nombre d'événements.

**Exception :** Les personnes présentant uniquement des « I » ou des « C » sont considérées comme plutôt pas fidèles.

**Justification :** En considérant des personnes ayant strictement moins de participations que de non-participations, nous définissons la tendance des personnes à ne pas être fidèles. Les personnes présentant uniquement des « I » ou des « C » laissent la SGDO sans réponse quant à leur dépistage ou état de santé et ne témoigne pas d'intérêt au DO.

◆ **Les stricts non-participants au DOCCR**

**Définition :** Les personnes n'ayant aucune pratique d'un test Hemocult II®.

**Justification :** Ces profils ne présentent pas d'ambiguïté de classement, car l'ensemble des événements est composé soit d'invitations sans réponse, soit de réponses postales (événements notés « I », « C » ou « P » sans aucun événement noté « T »).

◆ **Indéterminables = Les autres.**

**Définition :** Elles ne correspondent à aucune des définitions précédentes. Y figurent notamment les refus.

**Exception :** Apparaissent dans ce groupe les profils comportant autant de T que d'événements autres (*par exemple, TITI*). Le choix a été fait de les laisser en profil indéterminable, car il est très délicat de statuer en fonction de la manière dont s'enchaînent les événements. Par exemple, des profils se terminant par un test pourraient être vus comme entrant dans une démarche de fidélisation, mais pas ceux se terminant par une invitation sans réponse ou une consultation sans réalisation de test. Les profils se terminant par une réponse postale sont encore plus ambigus puisqu'il peut s'agir d'un refus comme d'une déclaration d'exclusion.

**Justification :** Les refus ne préjugent pas des raisons qui y conduisent et ne permettent pas de déterminer un profil de comportement.

◆ **Les bénéficiaires « non significatifs »**

**Définition :** Les profils vides ou composés d'un événement unique quel qu'il soit.

**Justification :** Il a été considéré que l'on ne pouvait parler de fidélisation qu'à partir du moment où une personne avait été concernée par au moins deux campagnes.

## 5.1.5 Résultats pour la campagne 2015-2016

Comme le montrent les graphiques suivants, tous les départements connaissent toujours **une forte proportion de personnes strictement non participantes au dépistage organisé** (64,5% au niveau régional). Notons 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.

L'évolution de cette non-participation est hétérogène entre les départements 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

Par classes d'âges (données détaillées présentées en annexe 3, Tableau 6, 7 et 8), 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.

Figure 32 :

### Répartition des profils de fidélisation des personnes invitées au DOCCR (sexes confondus) au cours des 3 dernières campagnes (2011-2016)

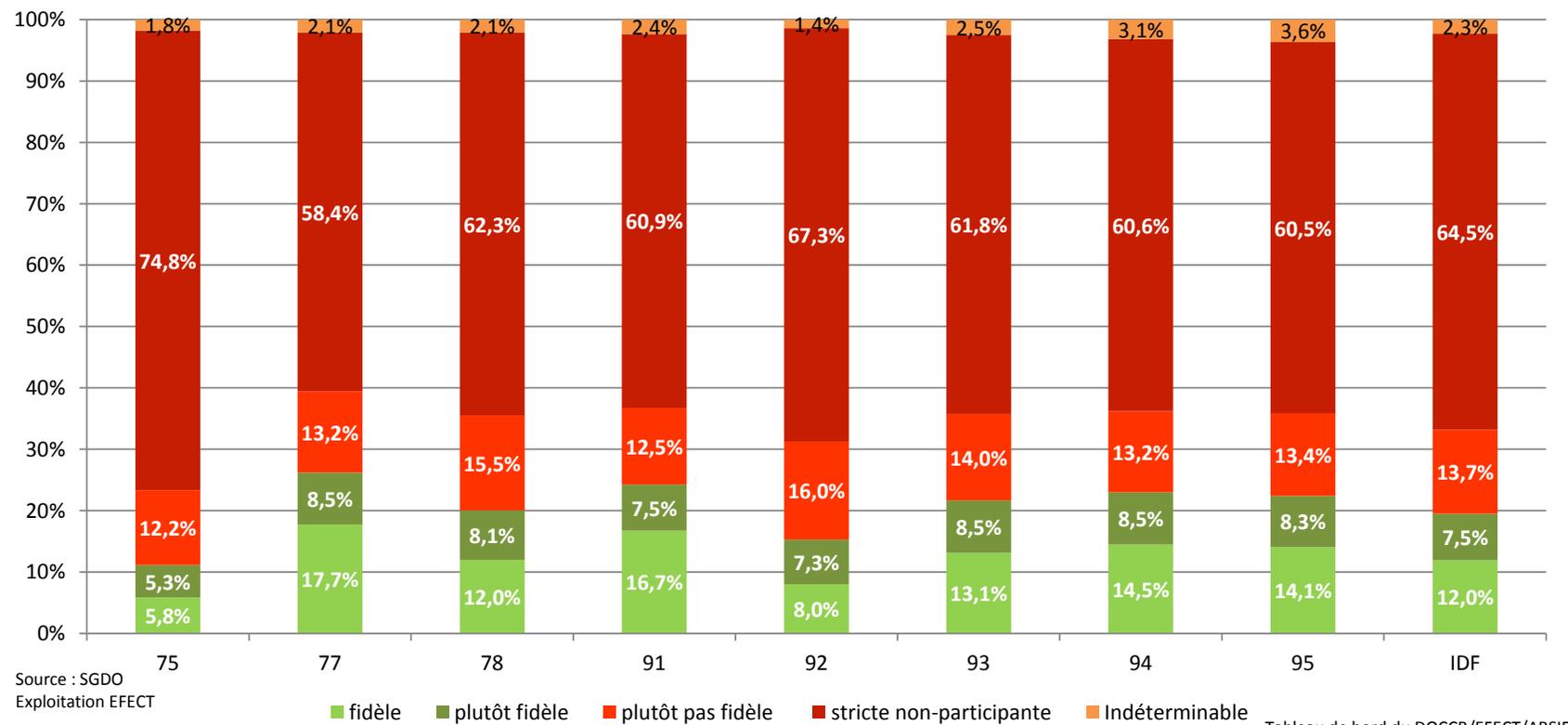


Figure 33 :

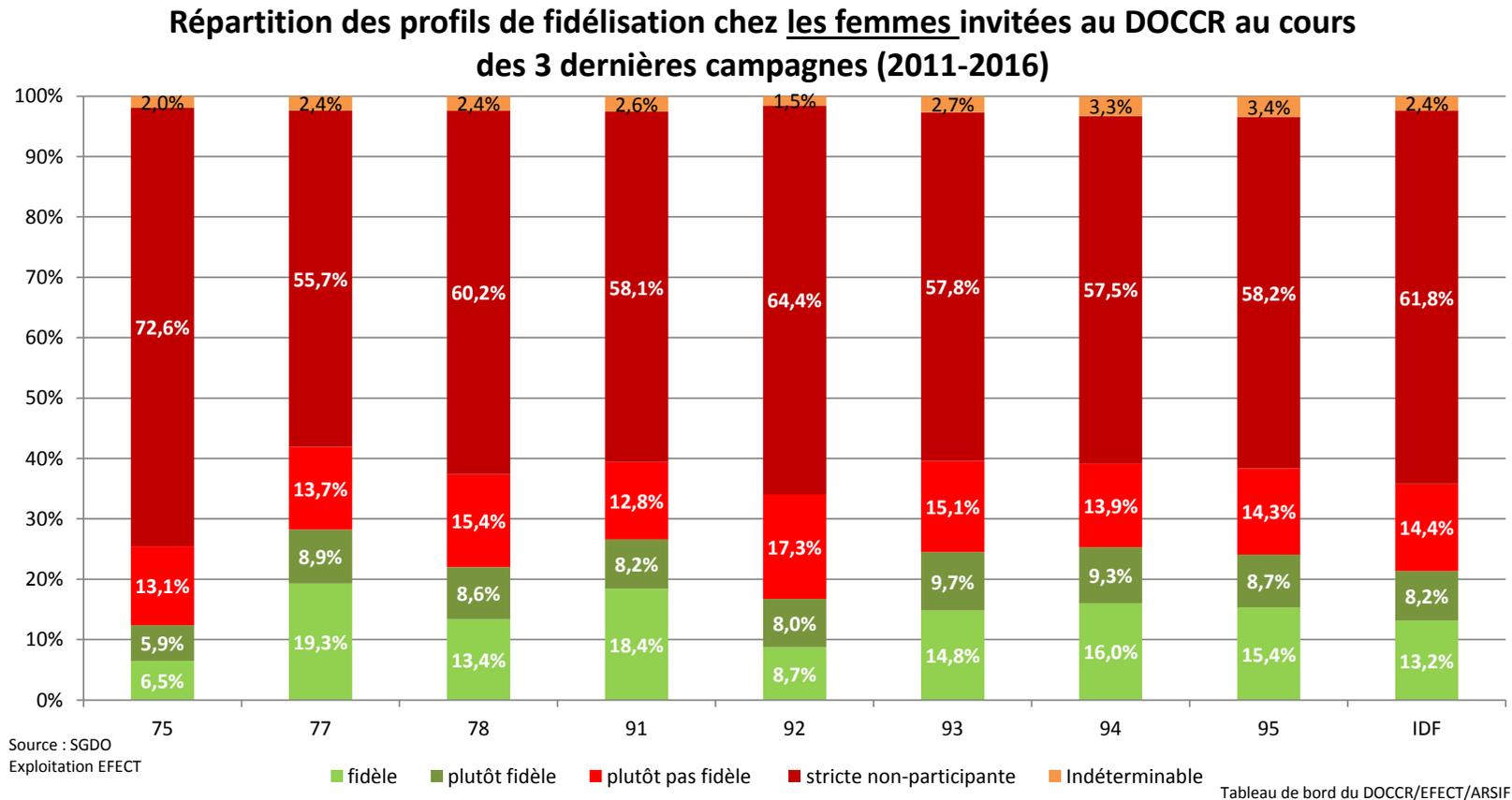


Figure 34 :

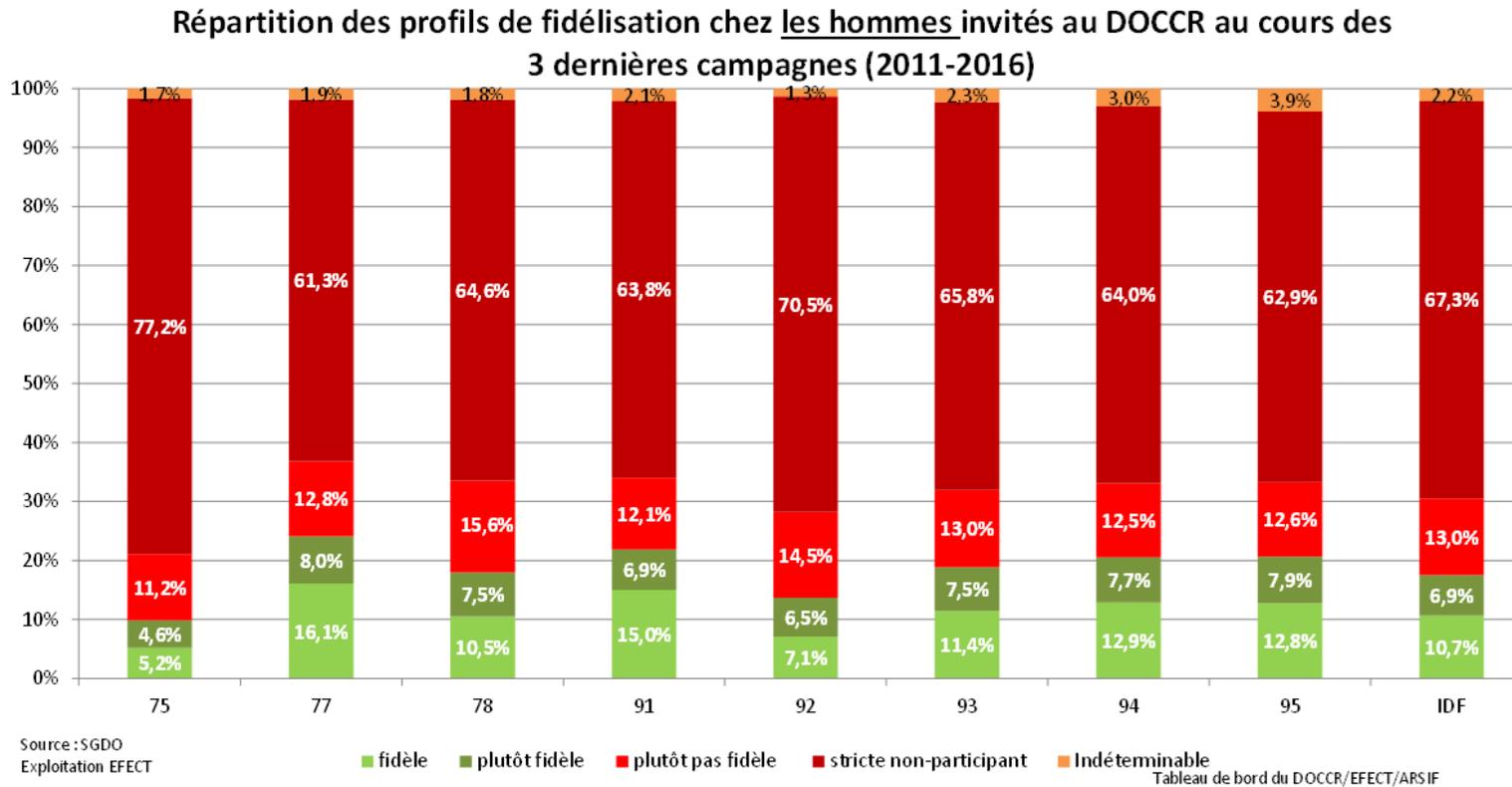
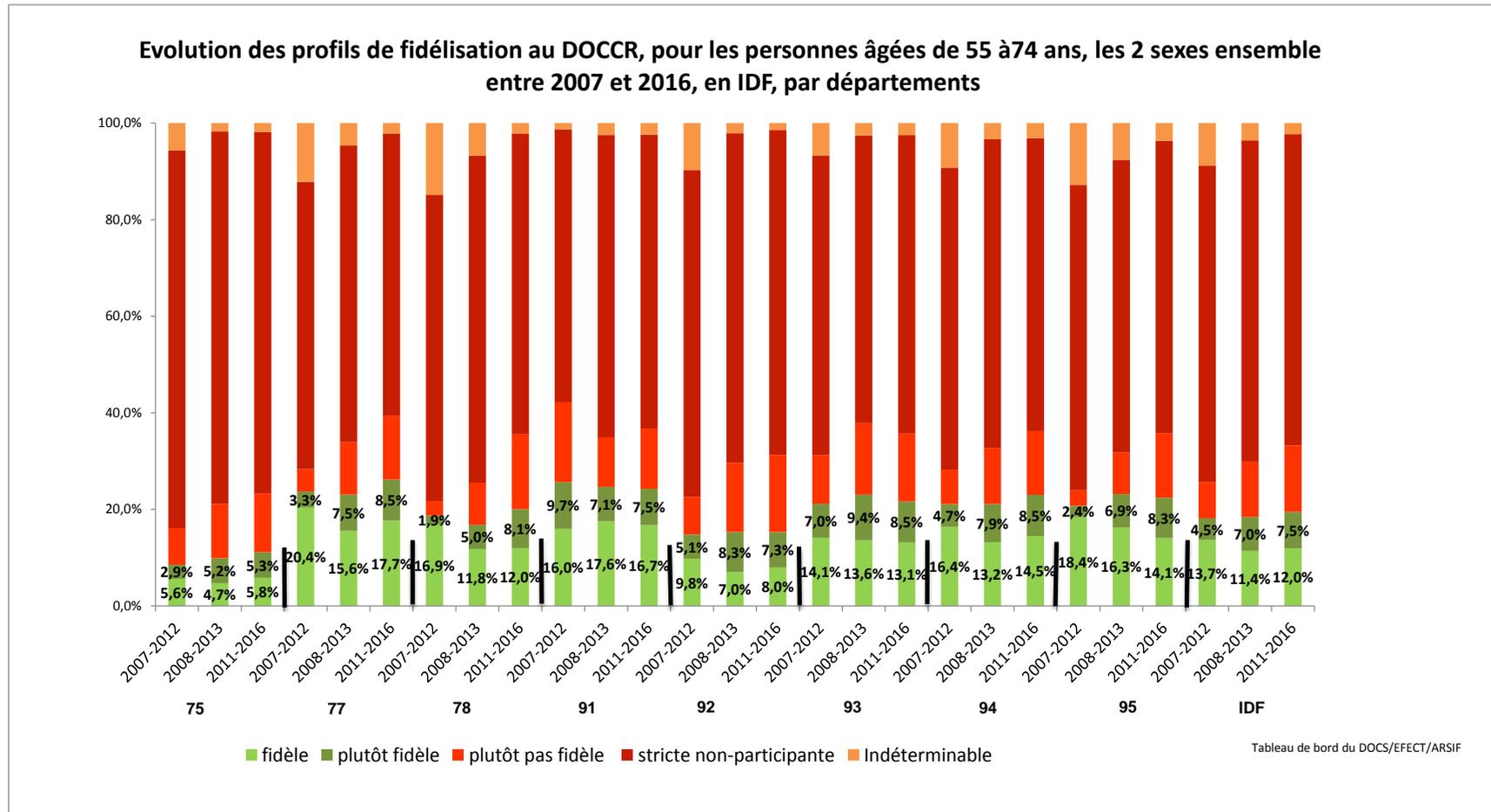


Figure 35



# 6 ACCESSIBILITE AU DEPISTAGE

## 1.13 Les indicateurs

Plusieurs indicateurs sont proposés pour analyser l'accessibilité au DO.

Le descriptif de la démographie médicale pour les médecins généralistes comme pour les spécialistes concernés est le premier élément caractérisant l'accès au dépistage pour les personnes domiciliées dans un département. Ces médecins sont en effet en première ligne dans le cadre du DOCCR, notamment les médecins généralistes, et principalement (mais non exclusivement) ceux qui n'ont pas d'exercice particulier. Cet élément a été pris en compte dans l'analyse descriptive de la démographie professionnelle.

Le choix de la source d'information est un élément soumis à la discussion de façon récurrente au sein des groupes de travail, dans la mesure où l'information utilisée in fine doit être au plus près des besoins en information. Depuis l'année 2012, le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) a été mis en place dans le but de remplacer les données ADELI Avec ce recensement, un médecin ne devrait être comptabilisé qu'une et une seule fois, quel que soit le nombre de lieux d'exercice qu'il a déclaré. Mais en pratique il demeure peu utilisé, notamment par les SGDO. Deux sources d'information sont apparues adaptées et les plus proches de la réalité des territoires que possèdent les SGDO :

- L'Atlas de la Démographie Médicale en France<sup>18</sup>, qui comporte l'avantage d'une actualisation annuelle.
- L'Assurance Maladie via la Direction de la Stratégie de l'ARSIF qui possède des fichiers actualisés au regard de l'activité des professionnels. La CNAMTS agrège les professionnels de santé par commune puis met ces dénombrements de professionnels de santé à disposition des utilisateurs du SNIIRAM/SNDS (auquel accède l'ARSIF), dans le but de leur permettre de réaliser des études géographiques fines. Il est précisé au sein des fichiers la spécialité ou la nature d'activité du professionnel de santé, s'il exerce selon un mode d'exercice particulier (MEP), s'il est conventionné et dans quel secteur.

L'offre en médecine du travail, population de professionnels importante pour la participation aux DO, n'est actuellement pas intégrée au tableau de bord. Leur recensement existe selon le répertoire des professionnels de santé mais regroupé en « médecine du travail et santé publique », ce qui rend impossible la comptabilisation spécifique des praticiens concernés.

---

<sup>18</sup> Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1/1/2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pages 140 et 154, et carte interactive

## 6.1.1 Définitions

Indicateur	Source	Année
Nombre et densité pour 100 000 habitants de médecins généralistes	Atlas de la démographie médicale en France	1/1/2016
Nombre de médecins généralistes de premier recours hors médecins à exercice particulier (MEP) et densité pour 10 000 habitants	Atlas de la démographie médicale en France	1/1/2016
Nombre de médecins gastroentérologues	Atlas de la démographie médicale en France	1/1/2016
Densité de médecins gastroentérologues pour 100 000 habitants	Calcul	2016
Nombre total de médecins généralistes de premier recours et nombre de médecins généralistes hors exercice particulier (MEP) (*)	Direction de la stratégie de l'ARSIF (SNIIRAM/SNDS)	1/1/2016
Nombre total de gastro-entérologues(*)	Direction de la stratégie de l'ARSIF (SNIIRAM/SNDS)	1/1/2016

(\*)Seuls les professionnels de santé exerçant en cabinet principal et ayant réalisé au moins un acte au cours de l'année précédente sont dénombrés. Les praticiens fictifs, interdits d'exercer, remplaçants ou ayant cessé leur activité, ainsi que les médecins à exercice non libéral avec prescriptions autorisées et les salariés de centre de santé sont donc exclus de ce dénombrement.

## 6.1.2 Résultats de démographie médicale en 2015-2016

Le tableau 9 illustre que les départements où le taux de participation est le plus important ne sont pas ceux qui présentent la plus forte densité en médecins. Dans le cas du DOCS, généralisé avant le DOCCR, plusieurs travaux<sup>19</sup> ont mis en évidence ce constat. Cependant, les constats doivent être nuancés par l'absence de prise en compte dans ces travaux des médecins à exercice particulier (MEP) qui se concentrent également dans les zones fortement urbanisées, à démographie élevée, et qui ne semblent pas jouer le même rôle dans l'adhésion des publics au dépistage. Ainsi, à Paris par exemple, la prise en compte des MEP ramène la densité professionnelle au même niveau que le niveau national.

Il faut rappeler que ces données descriptives ne correspondent pas totalement à la réalité de l'offre médicale pour les patients car elles ne prennent pas en compte les flux de professionnels, notamment les médecins qui viennent exercer dans le département tout en n'y étant pas dénombrés.

La deuxième source utilisée dans cette exploitation à visée comparative, celle de l'assurance maladie, montre qu'il existe des différences notables dans les effectifs de professionnels avec la source précédente. **Selon les SGDO, la source CNOM est la plus proche des réalités pour les effectifs de gastroentérologues, tandis que la source assurance maladie est au plus près des constats des SGDO pour les médecins**

<sup>19</sup> Institut national du cancer, Efect. Evaluation organisationnelle du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein. Boulogne-Billancourt: INCA; 2010.

HAS. « La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France » -, 2011.

**généralistes. Le contexte de ce travail d'exploitation du tableau de bord** ne permet pas de rechercher les explications à ces différences.

**Tableau 9 : Démographie professionnelle caractérisant le contexte du DOCCR (Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1/1/2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nombre de médecins généralistes	4325	1261	1475	1319	2203	1637	1540	1206	14966
Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants	193,5	93,9	105	105,4	138,6	106,2	114,3	102,7	125,7
Nombre de gastroentérologues	268	60	58	47	140	67	116	37	793
Densité de gastroentérologues pour 100 000 habitants	12,3	4,3	4,0	3,7	8,6	4,3	8,6	3,1	6,6
<i>Taux standardisé de participation INSEE 2015-2016 (%)</i>	16,8%	32,1%	25,3%	28,4%	18,1%	23,7%	22,4%	27,7%	23,4%

**Tableau 10 : Démographie professionnelle caractérisant le contexte du DOCCR (Selon la CNAMTS, source Direction de la Stratégie de l'ARSIF, Département Traitement de l'Information-Etudes Situation au 01/01/2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nombre total de médecins généralistes	2370	937	1078	912	1176	992	939	841	9245
Nombre de médecins généralistes de premier recours, hors MEP	1769	803	917	742	978	867	840	712	7628
Nombre total de gastroentérologues	148	28	46	37	68	36	46	27	436
<i>Taux standardisé de participation INSEE 2015-2016 (%)</i>	16,8%	32,1%	25,3%	28,4%	18,1%	23,7%	22,4%	27,7%	23,4%

# 7 MODALITES DU FONCTIONNEMENT

## 7.1.1 Les indicateurs

Trois aspects sont analysés pour faciliter la compréhension des niveaux de participation observés par département. L'usage systématique du dénominateur INSEE pour les différents indicateurs vise à faciliter leur mise en perspective.

◆ **La dimension d'activité de la SGDO, documentée par :**

- **Le nombre moyen de sollicitations par personne dépistée.**

Cet indicateur qui complète le précédent traduit la réactivité des personnes.

- **La répartition des modes d'accès au dépistage**

Il est important de connaître la répartition des grands modes d'accès au dépistage aujourd'hui possible : l'invitation, la (les)relance(s) et la procédure d'éligibilité disponible en région pour les médecins (NEONET).

◆ **L'analyse de la répartition des causes de non-participation.**

Il faut noter que plusieurs causes de non-participation sont possibles pour une même personne.

## 7.1.2 Définitions

Indicateur	Définition	Sources	Année
Le nombre moyen de sollicitations pour les personnes dépistées	Numérateur : Nombre de sollicitations pour les personnes dépistées au cours de la campagne Dénominateur : Nombre de personnes dépistées	Numérateur : SGDO Dénominateur : SGDO	2015-2016
Ventilation des modes d'accès au dépistage au cours de la campagne 2015-2016	Répartition des 5 principales modalités°	SGDO	2015-2016
Nombre de personnes non-participantes et causes de non-participation hors exclusion médicale (Total des causes)	Répartition des non-participations parmi les causes connues : décès, PND, déménagement, refus (une personne pouvant avoir plusieurs causes de non-participation, l'analyse porte sur l'ensemble des causes)	SGDO	2015-2016

## 7.1.3 Résultats 2015-2016

### Nombre moyen de sollicitations par personne dépistée

Tableau 11 Nombre moyen de sollicitations par personne dépistée, par sexes et par départements en Ile de France au cours de la campagne 2015-2016 (Source : SGDO)

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nb de personnes dépistées en 2015-2016	102782	99725	97131	89565	84524	95710	92270	83973	745680
Nb de sollicitations pour les personnes dépistées en 2015-2016	152225	167158	164897	152471	140906	156578	146281	124406	1204922
Nombre moyen de sollicitations pour les personnes dépistées en 2015-2016	<b>1,48</b>	<b>1,68</b>	<b>1,70</b>	<b>1,70</b>	<b>1,67</b>	<b>1,64</b>	<b>1,59</b>	<b>1,48</b>	<b>1,62</b>

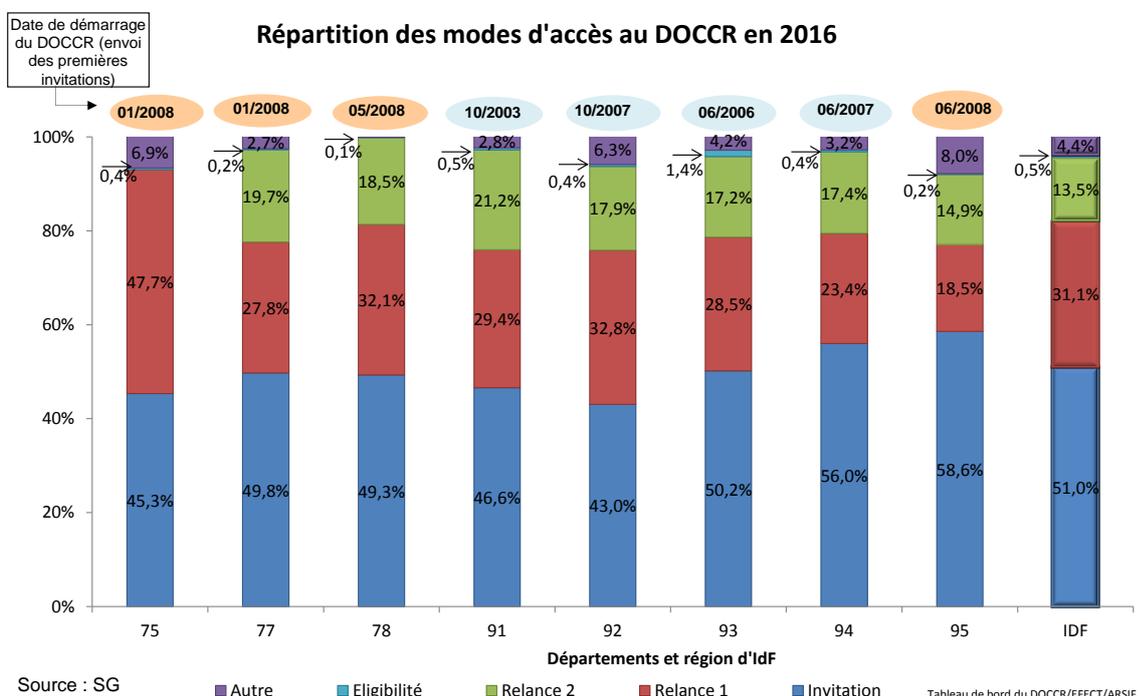
Tableau de bord du dépistage organisé du cancer colorectal

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nb de femmes dépistées en 2015-2016	54769	54769	53397	52074	47864	47608	52269	50192	412942
Nb de sollicitations pour les femmes dépistées en 2015-2016	81367	88556	87411	80284	81277	84661	78149	65516	647221
Nombre moyen de sollicitations pour les femmes dépistées en 2015-2016	<b>1,49</b>	<b>1,62</b>	<b>1,64</b>	<b>1,54</b>	<b>1,70</b>	<b>1,78</b>	<b>1,50</b>	<b>1,31</b>	<b>1,57</b>
Nb d'hommes dépistés en 2015-2016	46576	46328	45056	41701	36916	43441	42078	39019	341115
Nb de sollicitations pour les hommes dépistés en 2015-2016	69421	78602	77485	72187	59629	71917	68132	58890	556263
Nombre moyen de sollicitations pour les hommes dépistés en 2015-2016	<b>1,49</b>	<b>1,70</b>	<b>1,72</b>	<b>1,73</b>	<b>1,62</b>	<b>1,66</b>	<b>1,62</b>	<b>1,51</b>	<b>1,63</b>

Le nombre moyen de sollicitations par personnes dépistées traduit la nécessité fréquente de relancer les personnes pour qu'elles participent au dépistage. **Plus les personnes sont nombreuses à se dépister dès l'invitation plus le nombre moyen de sollicitations par personne dépistée baisse, puisque les relances ne sont pas utilisées dans ce cas. Proche de 2 dans le calcul effectué en 2012 sur une année d'activité, il se situe à 1,62 au niveau régional pour la campagne 2015-2016.** On ne note pas de différence notable par sexes au niveau régional et les différences observées dans les départements ne peuvent être interprétées en l'absence de test de significativité.

## Répartition des modes d'entrée dans le DO

Figure 36



**Les personnes dépistées ont principalement été invitées ou relancées une seule fois dans tous les départements** (82,1% au niveau régional avec des variations inter départementales allant de 77,1% dans le 95 à 96,4% dans le 91). Notons que 3 départements (93, 94 et 95) ont plus de 50% de personnes accédant au DOCCR par la seule invitation initiale. Pour ces départements, le nombre moyen de sollicitations par personnes dépistées se situe en toute logique parmi les plus bas de la région. Seul le département de Paris ne répond pas à cette règle.

La relance 2 avec test a un impact non négligeable sur la participation puisqu'elle représente 13,5% des personnes dépistées dans la région avec des variations entre départements (de 14,9% dans le 95 à 19,7% dans le 77). Pour autant, cet effet ne peut seul argumenter l'intérêt de cette relance qui fait débat du fait de son coût important mais surtout parce qu'elle demande au patient de s'autodéterminer « éligible » au dépistage. Ces variations montrent qu'il existe des spécificités départementales, liées aux attitudes et comportements de la population, des professionnels, mais également aux stratégies des SGDO. D'ailleurs, la part représentée par les autres modes d'accès au DOCCR n'est pas négligeable dans le 75 (6,9%), 92 (6,3%) et le 95 (8%).

## Non-participation au DOCCR hors causes médicales

**Tableau 12 : Nombre de non participants au DOCCR au cours de la campagne 2015-2016 et part des causes connues (Source : SGDO)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
<b>Nombre de femmes et d'hommes non participants après une invitation en 2015-2016</b>	558 584	258 929	304 840	235 068	347 704	305 156	267 688	237 024	2 514 993
<b>Nombre de femmes et d'hommes pour lesquelles la (les) cause(s) est (sont) connue(s), hors exclusions médicales, après invitation en 2015-2016</b>	562	11 864	13 667	7 218	25 853	35 096	18 774	1 208	114 242
<b>% de causes connues</b>	0,1%	4,6%	4,5%	3,1%	7,4%	11,5%	7,0%	0,5%	4,5%
<b>Répartition des causes de non-participation après invitation en 2015-2016, hors causes médicales</b>									
<b>Décès</b>		1,5%	1,6%	2,8%	0,0%	0,3%	0,3%		0,8%
<b>PND</b>		86,9%	86,2%	81,8%	98,9%	93,4%	87,5%		90,0%
<b>Déménagement</b>		2,0%	1,5%	4,8%	0,1%	0,6%	1,0%		1,5%
<b>Refus</b>		9,6%	10,7%	10,7%	1,0%	5,7%	11,3%		7,7%
<b>Ensemble</b>		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Ce tableau montre avant tout la **difficulté persistante** pour les SGDO à connaître les causes de non-participation hors causes médicales puisque seulement 4,5% de ces dernières sont renseignées au niveau régional, avec des variations départementales importantes, allant de 0,1% pour Paris à 11,5% dans le 93.

Avec les limites de cette information, les PND (Plis non distribuables) continuent d'être la première cause de non-participation au DOCCR.

## 8 EFFICACITE DU DEPISTAGE

Il s'agit du nombre de cancers dépistés dans chaque département, disponible de manière consolidée avec un décalage temporel lié à l'obtention par la structure de gestion des résultats anatomopathologiques. De ce fait, les données les plus récentes encore incomplètes ne sont pas valides et n'ont pas été utilisées dans la présente exploitation. Les indicateurs retenus sont à ce jour:

- ◆ Le nombre de cancers dépistés (disponible et consolidé en N+2) ;
- ◆ Le taux standardisé de cancers par personnes dépistées, pour mille personnes (disponible et consolidé en N+2) ;
- ◆ Le nombre d'adénomes à haut risque (N+2) ;
- ◆ Le taux standardisé d'adénomes à haut risque par personnes dépistées ;
- ◆ La répartition des cancers dépistés par stades, à partir de la classification TNM.

Notons qu'en dehors de la répartition des cancers par stades, ces indicateurs dits d'efficacité traduisent également la qualité des lectures des tests du dépistage organisé.

### 1.14 Taux de cancers et d'adénomes à risque détectés

Comme le montrent les deux tableaux suivants, les résultats observés arguent en faveur de performances plus importantes du test immunologique par rapport au test au gaïac :

- ◆ **Le nombre de cancers détectés est multiplié par 2** : 1664 cancers ont été détectés dans la région en 2015-2016 portant le **taux brut** régional de cancers détectés à 2,7 pour 1000 (1,51 en 2011-2012 avec 884 cancers détectés). Ce taux est proche de la valeur nationale disponible de 3 pour 1000 en 2015 pour la France métropolitaine (Evaluation Santé Publique France, dernière publication accessible<sup>20</sup> : 4 279 cancers colorectaux pour 1,4 millions personnes dépistées).

Le taux standardisé de cancers détectés n'étant pas disponible au niveau départemental dans les publications de Santé Publique France, il n'est pas possible pour cette exploitation d'analyser les variations départementales que le taux brut ne traduit pas correctement. De ce fait, les valeurs départementales ne sont pas présentées.

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

<sup>20</sup> <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>

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

Le taux standardisé d'adénomes détectés n'étant également pas disponible au niveau départemental dans les publications de Santé Publique France, les variations départementales que le taux brut ne traduit pas correctement ne sont pas analysées. De ce fait, les valeurs départementales ne sont pas présentées.

**Tableau 13 : Taux brut de cancers dépistés pour les personnes de 50 à 74 ans dans le cadre du DOCCR en 2015-2016**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France métro Santé Publique France (2015*)
Nombre de cancers dépistés en 2015-2016	216	342	228	155	160	216	207	140	1664	4 279
Nombre de personnes dépistées en 2015-2016	87387	95534	84444	77943	64177	75780	68302	72202	625769	1400000
<b>Taux brut de cancer du côlon et du rectum pour 1000 personnes dépistées dans les départements de la région Ile-de-France</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	3
Nombre de personnes dépistées positives entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R	3947	4496	3513	3330	2645	3598	3134	3496	28159	
<b>Pourcentage de cancer du côlon et du rectum par personne dépistée positive dans les départements de la région Ile-de-France</b>	5,5%	7,6%	6,5%	4,7%	6,0%	6,0%	6,5%	4,0%	5,9%	

\*données exploitées d'avril à décembre 2015

**Tableau 14 : Taux d'adénomes à haut risque dépistés pour les personnes de 50 à 74 ans dans le cadre du DOCCR en 2015-2016 (Test immunologique, Source : SGDO) selon le statut final du dossier, et comparaison à la période 2010-2011 (test au Gaiac)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France métro SPF (2015)
Nombre de personnes ayant un ou plusieurs adénomes à haut risque en 2015-2016	816	1289	938	1106	732	901	935	587	7304	16974
Nombre de personnes dépistées en 2015-2016	87387	95534	84444	77943	64177	75780	68302	72202	625769	1400000
<b>Taux brut d'adénomes à haut risque pour 1000 personnes dépistés en 2015-2016</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	11,7	12,1
Nombre de personnes ayant un ou plusieurs adénomes à haut risque en 2010-2011	207	440	441	294	339	321	304	346	2692	19 474
Nombre de personnes dépistées en 2010-2011	75831	80766	90235	74958	78732	90520	78055	72265	641362	
<b>Taux brut d'adénomes à haut risque pour 1000 personnes dépistés en 2010-2011</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	4,2	4 (Non standardisé)

## 1.15 Cancers détectés par stades

Comme le montre le tableau suivant, en 2015-2016, 78,8% des cancers détectés en Ile de France ont leur stade connu (versus >90% dans les exploitations antérieures). Soulignons un recul moins important avec cette exploitation, à N+1 seulement de la campagne analysée.

Parmi les cancers dont on connaît le stade, 69,9% sont invasifs et 31,1% sont in situ (22,4% dans la campagne 2011-2012). Ces proportions varient entre départements, le 92,93, et 94 présentant les valeurs les plus élevées de cancers in situ.

Le stade I représente 43,4% des cancers invasifs, avec des variations départementales, et tend vers les résultats observés au niveau national de 46,5% en 2015.

**Ces éléments arguent en faveur d'un dépistage accru de cancer de bon pronostic (in situ et stade I des cancers invasifs) qui au total représentent 61% de l'ensemble des cancers détectés dont on connaît le stade.**

**Tableau 15 : Répartition des stades des cancers dépistés pour les personnes de 50 à 74 ans dans le cadre du DOCCR en 2015-2016 (Source : SGDO) dans les départements franciliens, la région Ile de France**

Répartition des cancers selon classification TNM										
<b>NON INVASIFS</b>	<b>15</b>	<b>96</b>	<b>50</b>	<b>43</b>	<b>55</b>	<b>57</b>	<b>57</b>	<b>35</b>	<b>408</b>	
<b>Stade 0</b>	15	96	50	43	55	57	57	35	408	
<i>% non invasifs</i>	27,3%	29,6%	25,3%	28,7%	35,9%	33,5%	37,3%	32,4%	31,1%	
<b>INVASIFS</b>	<b>40</b>	<b>228</b>	<b>148</b>	<b>107</b>	<b>98</b>	<b>113</b>	<b>96</b>	<b>73</b>	<b>903</b>	
<i>% Invasifs</i>	72,7%	70,4%	74,7%	71,3%	64,1%	66,5%	62,7%	67,6%	68,9%	
<b>Stade I</b>	16	109	64	37	46	50	40	30	392	
	40,0%	47,8%	43,2%	34,6%	46,9%	44,2%	41,7%	41,1%	43,4%	46,50%
<b>Stade II</b>	11	43	37	39	19	28	23	14	214	
	27,5%	18,9%	25,0%	36,4%	19,4%	24,8%	24,0%	19,2%	23,7%	
<b>Stade III</b>	12	55	40	22	27	31	29	22	238	
	30,0%	24,1%	27,0%	20,6%	27,6%	27,4%	30,2%	30,1%	26,4%	
<b>Stade IV</b>	1	21	7	9	6	4	4	7	59	
	2,5%	9,2%	4,7%	8,4%	6,1%	3,5%	4,2%	9,6%	6,5%	
<b>Stades connus</b>	<b>55</b>	<b>324</b>	<b>198</b>	<b>150</b>	<b>153</b>	<b>170</b>	<b>153</b>	<b>108</b>	<b>1311</b>	
<i>% stades connus</i>	25,5%	94,7%	86,8%	96,8%	95,6%	78,7%	73,9%	77,1%	78,8%	
<b>Stades inconnus</b>	<b>161</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>46</b>	<b>54</b>	<b>32</b>	<b>353</b>	
<i>% stades inconnus</i>	74,5%	5,3%	13,2%	3,2%	4,4%	21,3%	26,1%	22,9%	21,2%	
<b>Ensemble des stades</b>	<b>216</b>	<b>342</b>	<b>228</b>	<b>155</b>	<b>160</b>	<b>216</b>	<b>207</b>	<b>140</b>	<b>1664</b>	

# 9 QUALITE DU PROGRAMME

Trois axes sont à considérer pour analyser la qualité du programme :

- ◆ La qualité des lectures : elle porte essentiellement sur le taux de tests non analysables, par causes ;
- ◆ La qualité du programme proprement dite : elle concerne les tests non analysables non refaits, les délais d'accès aux résultats (non disponibles dans cette exploitation) et les délais entre invitation et test déjà traités dans le chapitre 5.1.2 ;
- ◆ Le suivi des positifs.

## 1.16 Indicateurs

### 9.1.1 Définition

Indicateur	Définition	Sources	Année
Taux de personnes ayant un test NA (Indicateur Santé Publique France)	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant un test NA au cours de la période <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes ayant réalisé un test au cours de la période <i>Découpage : par départements</i>	Source : SG/ Néoscope	2015-2016
Taux de personnes ayant un test NA selon les causes (Indicateur Santé Publique France)	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant un test NA au cours de la période pour la cause « i » <u>Dénominateur</u> : Nombre total de personnes ayant réalisé un test au cours de la période <i>Découpage : par départements</i>	SG	2015-2016
Délai d'accès aux résultats		SG	2015-2016 ND
Pourcentage de personnes ayant un test NA non refait à 6 mois	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes dont le test de dépistage considéré comme NA n'a pas été refait à 6 mois <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes testées au cours de la période ayant un test NA <i>Découpage : par départements</i>	Source : SG/ Néoscope	2015-2016
Pourcentage de personnes ayant refait un test NA (Indicateur Santé Publique France)	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant refait un test NA <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes ayant un test NA <i>Découpage : par départements</i>	Source : SG/ Néoscope	2015-2016
Délai entre un test positif et la réalisation de la coloscopie	Différentiel entre la date de réalisation de la coloscopie et la date d'obtention des résultats par la SG	Source : SG/ Néoscope	2015-2016

Pourcentage de coloscopies réalisées suite à un test de dépistage positif (Indicateur Santé Publique France)	<u>Numérateur</u> : nombre coloscopies réalisées suite à un test de dépistage positif	2015-2016
	<u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes dont le test de dépistage a été jugé positif	Source : SG/ Néoscope
	<u>Découpage</u> : <i>Découpage : par départements et selon le sexe</i>	
Comparaison du nombre de coloscopies réalisé selon les sources au cours de la période d'observation	Différentiel entre :	2015-2016
	- Le nombre de coloscopies recensé par la SG	Source 1 : SG
	-Le nombre de coloscopies recensé par l'assurance maladie et le PMSI, tous régimes	Source 2 : Pour le secteur ambulatoire ARSIF, département Stratégies

## 9.1.2 Résultats 2015-2016

### Tests non analysables

Rappelons qu'il n'existe aucune antériorité avec le test immunologique.

#### 1.16.1.1.1 Nombre de tests non analysables en 2015-2016

**Tableau 16 : Nombre et devenir des tests non analysables au cours de la campagne 2015-2016 en Ile de France**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage suite à une invitation en 2015-2016	103049	99917	97522	89627	84655	95853	92379	84187	747189
Nombre de personnes ayant un test NA suite à une invitation en 2015-2016	7921	6225	7054	4764	5488	7972	6368	5787	51579
<b>% Non Analysable</b>	<b>7,7%</b>	<b>6,2%</b>	<b>7,2%</b>	<b>5,3%</b>	<b>6,5%</b>	<b>8,3%</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,9%</b>	<b>6,9%</b>
Nombre de personne ayant refait un test analysable après un test NA suite à une invitation en 2015-2016	4051	4576	4785	3361	2961	4338	3449	3043	30564
<b>% de personnes ayant refait leur test après NA</b>	<b>51,1%</b>	<b>73,5%</b>	<b>67,8%</b>	<b>70,5%</b>	<b>54,0%</b>	<b>54,4%</b>	<b>54,2%</b>	<b>52,6%</b>	<b>59,3%</b>
Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage avec un ou plusieurs tests non analysable non refaits, c'est-à-dire sans résultat analysable, 6 mois après	2279	1431	1820	1195	1433	2546	1781	1642	14127
<b>% de personnes ayant un test non analysable non refait après 6 mois</b>	<b>28,8%</b>	<b>23,0%</b>	<b>25,8%</b>	<b>25,1%</b>	<b>26,1%</b>	<b>31,9%</b>	<b>28,0%</b>	<b>28,4%</b>	<b>27,4%</b>

Le tableau précédent montre qu'en Ile de France 6,9% des tests réalisés 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, près de 60% des personnes (59,3%) ont refait le 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).

### 1.16.1.1.2 Causes des tests non analysables

Figure 37

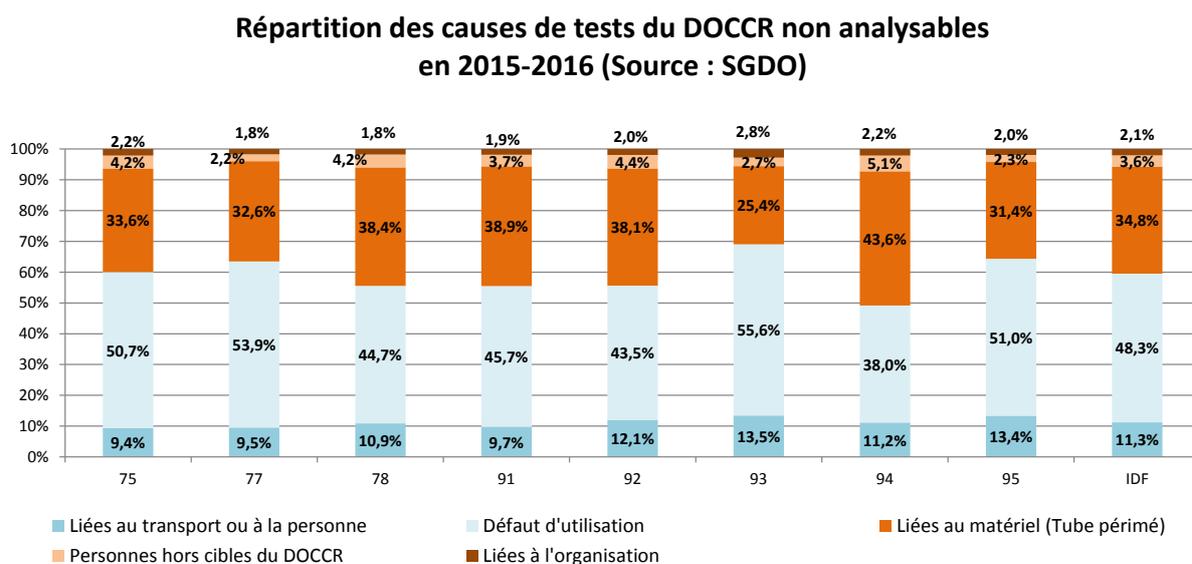


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

15 causes différentes sont actuellement recensées pour expliquer qu'un test soit non analysable. Ces causes qui peuvent être cumulatives sont regroupées dans les catégories illustrées par le graphe précédent. Les causes liées à des raisons techniques (résultats techniquement ininterprétables) n'y apparaissent pas car elles représentent un pourcentage nul relativement aux autres causes. Ainsi, notons que les défauts d'utilisation constituent la cause la plus importante de tests non analysables (48,3% en région), dont principalement **l'absence de date de prélèvement sur l'échantillon** (38,9% en région) comme le montre le tableau suivant. La deuxième cause principale, liée à l'utilisation de **tubes périmés** représente 34,8% pour la région. Malgré les variations départementales observées dans les proportions des différentes causes, l'ordre de ces dernières demeure identique pour tous les départements.

**Tableau 17 Répartition des différents défauts d'utilisation du test de dépistage immunologique**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Défauts d'utilisation %Total</b>	<b>50,7%</b>	<b>53,9%</b>	<b>44,7%</b>	<b>45,7%</b>	<b>43,5%</b>	<b>55,6%</b>	<b>38,0%</b>	<b>51,0%</b>	<b>48,3%</b>
<i>Absence de date de prélèvement</i>	43,8%	44,1%	35,2%	35,6%	34,6%	45,2%	27,3%	42,0%	38,9%
<i>Fiche d'information renseignée et tube non identifié</i>	3,6%	4,9%	3,8%	5,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,1%	4,3%
<i>Discordance des informations entre fiche d'information et tube</i>	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%
<i>Fiche d'information renseignée sans tube</i>	0,7%	0,5%	0,4%	0,4%	0,6%	1,0%	0,5%	0,5%	0,6%
<i>Tube isolé sans fiche d'information/étiquette illisible</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Tube isolé sans fiche d'information/sans étiquette du courrier d'invitation</i>	2,1%	3,6%	2,1%	4,0%	2,6%	3,4%	3,7%	3,4%	3,1%
<i>Absence de date de naissance</i>	0,4%	0,7%	3,0%	0,4%	1,2%	1,5%	1,7%	0,8%	1,2%

## Suivi de la réalisation de la coloscopie suite à un test de dépistage positif

**Tableau 18 : Suivi des positifs pour la campagne 2015-2016 (source SGDO)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métro*
Nombre de personnes dépistées	87387	95534	84444	77943	64177	75780	68302	72202	625769	
Nombre de personnes dépistées positives	3947	4496	3513	3330	2645	3598	3134	3496	28159	
% de personnes dépistées positives parmi les personnes dépistées	4,52%	4,71%	4,16%	4,27%	4,12%	4,75%	4,59%	4,84%	4,50%	4,6%
Nombre de coloscopies ayant donné lieu à une complication déclarée dans l'année	1	2	4	2	2	2	1	1	15	
% de complications connues de coloscopies dans l'année	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Délai médian entre un test positif et la réalisation de la coloscopie (en jours) 2 sexes	155	186	178,5	172,5	156	161,5	172	154	-	

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métro*
Nombre de coloscopies et de coloscopies de contrôle réalisées suite à un test positif en 2015-2016, 2 sexes	2481	3315	2505	2452	1864	2457	2105	1743	18922	
<i>% de personnes ayant eu une coloscopie après test positif</i>	62,9%	73,7%	71,3%	73,6%	70,5%	68,3%	67,2%	49,9%	67,2%	
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une coloscopie recensée par la SG suite à une invitation en 2015-2016	3251	4120	3497	3334	2829	3533	3132	1845	25541	
<b>Femmes</b>										
Nombre de femmes dépistées	48128	52073	46442	42264	37252	42133	38031	39072	345395	
Nb de femmes dépistées positives	1895	1924	1552	1460	1296	1660	1373	1475	12635	
Pourcentage de femmes dépistées positives parmi les personnes dépistées pour la campagne 2015-2016	3,9%	3,7%	3,3%	3,5%	3,5%	3,9%	3,6%	3,8%	3,7%	3,6%
<b>Hommes</b>										
Nombre d'hommes dépistés	40089	44901	39501	36190	28053	34525	30950	33760	287969	
Nb d'hommes dépistés positifs	2052	2572	1961	1870	1349	1938	1761	2021	15 524	
<i>Pourcentage d'hommes dépistés positifs parmi les personnes dépistées pour la campagne 2015-2016</i>	5,1%	5,7%	5,0%	5,2%	4,8%	5,6%	5,7%	6,0%	5,4%	5,7%

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.

## Coloscopies réalisées durant la période 2015-2016 dans la région IDF

Grâce à la coopération de la Direction de la Stratégie de l'ARSIF, cette exploitation bénéficie des données de coloscopies réalisées en hospitalisation (complète et hôpital de jour), en soins externes hospitaliers privés et par des praticiens libéraux en ambulatoires. Ces données sont issues du SNIIRAM (Datamart DCIR) et des Tables PMSI (portail SNIIRAM) et portent sur l'ensemble des régimes sociaux, incluant les sections locales mutualistes.

**Tableau 19 : Répartition par sexes et par départements des personnes ayant bénéficié d'une coloscopie en 2015-2016 dans la région IDF**

Département	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de personnes tous régimes, 2 sexes ayant eu une coloscopie	33520	28414	28055	27612	27873	26659	27534	26919	226586
Nombre d'hommes tous régimes, ayant eu une coloscopie	13923	11116	10647	10424	10495	10100	10355	10243	87303
% (total personnes)	41,5%	39,1%	38,0%	37,8%	37,7%	37,9%	37,6%	38,1%	38,5%
Nombre de femmes tous régimes, ayant eu une coloscopie	19597	17298	17408	17188	17378	16559	17179	16676	139283
%(total personnes)	58,5%	60,9%	62,0%	62,2%	62,3%	62,1%	62,4%	61,9%	61,5%
Nombre de coloscopies et de coloscopies de contrôle réalisées suite à un test positif en 2015-2016, 2 sexes	2481	3315	2505	2452	1864	2457	2105	1743	18922
% de coloscopies rattachables au DOCCR (estimation)	7,4%	11,7%	8,9%	8,9%	6,7%	9,2%	7,6%	6,5%	8,4%

**Figure 38**

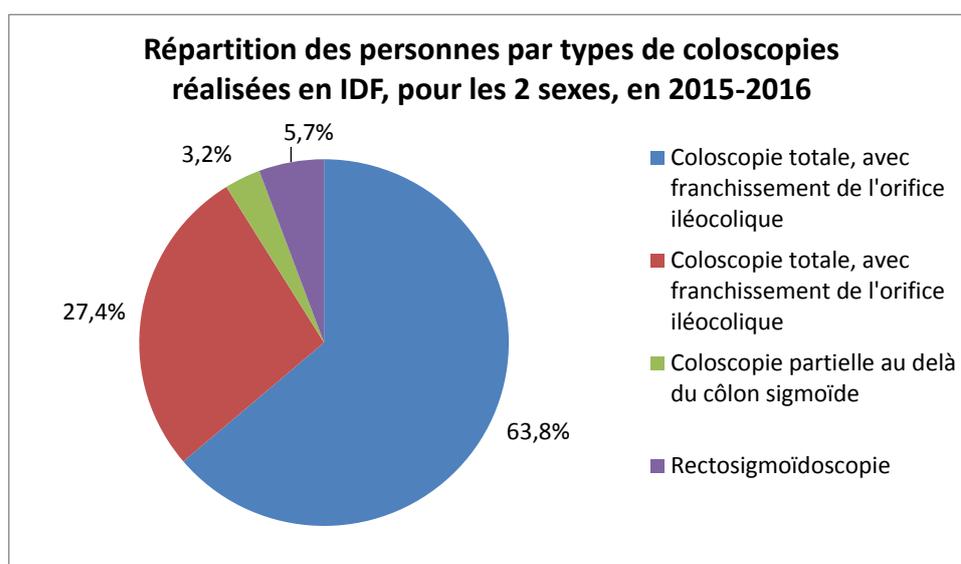
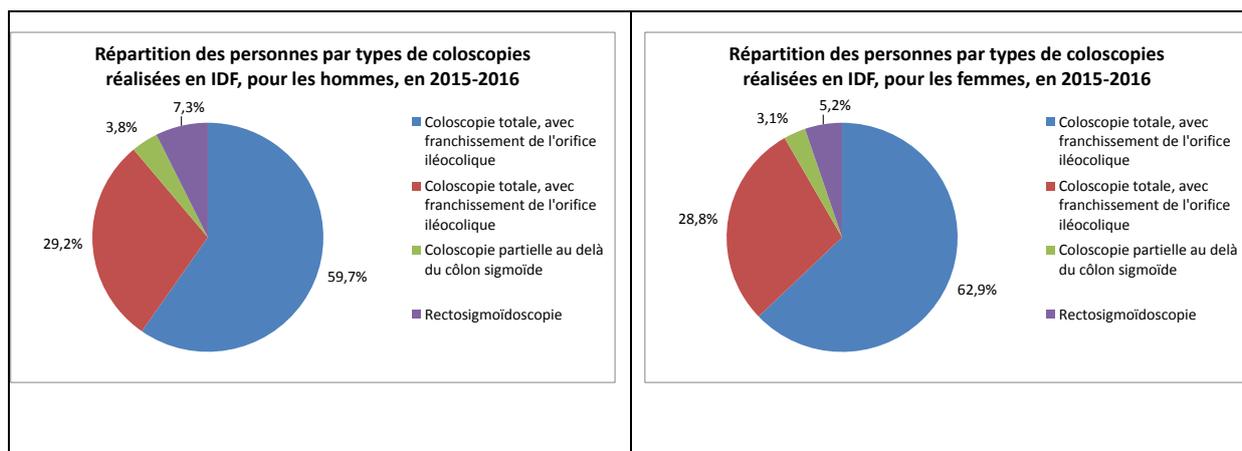


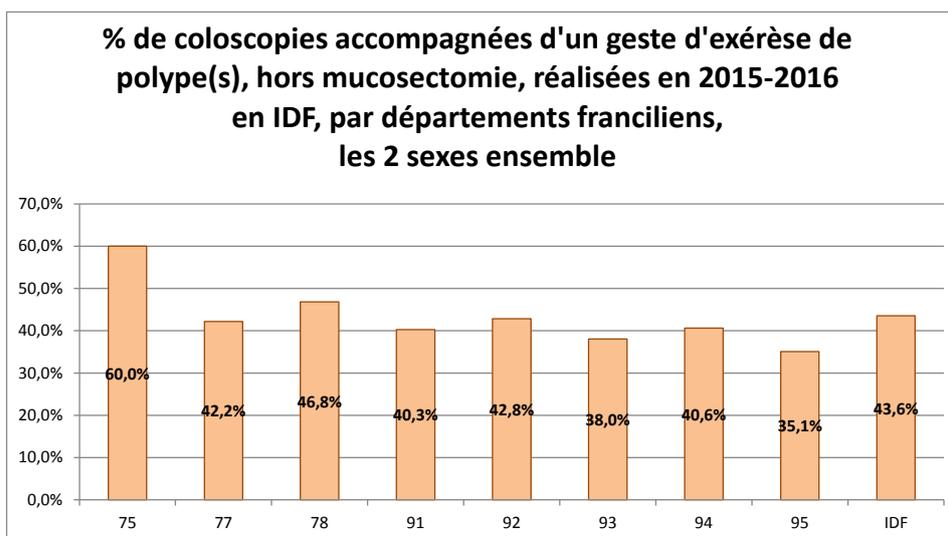
Figure 39

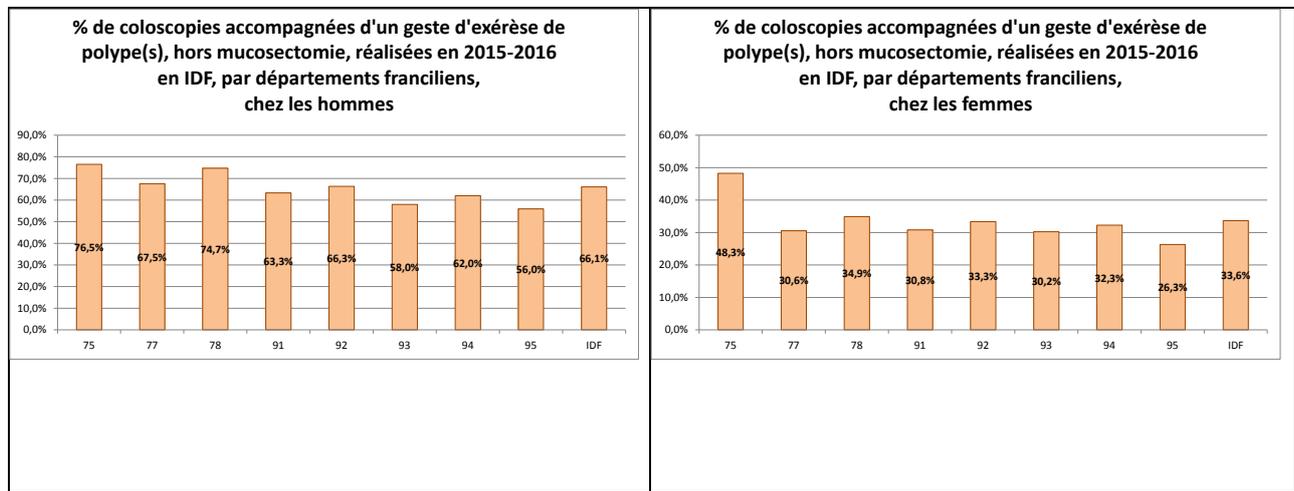


Le tableau et graphes précédents montrent que près de 230000 coloscopies ont été réalisées en Ile de France en 2015-2016 et ont concerné majoritairement des femmes (61,5% au niveau régional, sans grandes variations départementales). Pour les hommes comme pour les femmes, la coloscopie est le plus souvent totale, avec ou sans franchissement de l'orifice iléocolique (ensemble : 91,2% au niveau régional).

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.

Figure 40





43,6% des coloscopies réalisées dans la région IDF ont donné lieu à une exérèse de polypes, quels qu'ils soient, avec des différences importantes par sexes (66,1% chez les hommes versus 33,6% chez les femmes)

# 10 ANNEXE 1 : CLASSIFICATION TNM/AJCC 2009<sup>21</sup>

## Tumeur primitive (T)

Tx Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T0 Pas de signes de tumeur primitive

Tis Carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria

T1 Tumeur envahissant la sous-muqueuse

T2 Tumeur envahissant la musculature

T3 Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péricoliques et péirectaux non péritonéalisés

T4 T4a : Tumeur perforant le péritoine viscéral

T4b : Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures

## Adénopathies régionales (N)

Nx Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales

N0 Pas de métastase ganglionnaire régionale

N1a Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional

N1b Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux

N1c Nodule(s) tumoraux, c-à-d satellite(s) dans la sous-séreuse, ou dans les tissus non péritonéalisés péricoliques ou péirectaux sans métastase ganglionnaire régionale

N2a Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux

N2b Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux

---

<sup>21</sup> HAS/INCa. « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer colorectal Adénocarcinome.

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE »- Janvier 2012. Pp47-48.

## Métastases à distance (M)

M0 Pas de métastases à distance

M1a Métastase localisée à un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion(s) lymphatique(s), autre que régional

M1b Métastases dans plusieurs organes ou péritonéales

### Stades

	T	N	M
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T4a	N0	M0
Stade IIC	T4b	N0	M0
Stade III	Tous T	N1, N2	M0
	T1, T2	N1	M0
Stade IIIA	T1	N2a	M0
	T3, T4a	N1	M0
Stade IIIB	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
	T4a	N2a	M0
Stade IIIC	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Stade IVA	Tous T	Tous N	M1a
Stade IVB	Tous T	Tous N	M1b

# 11 ANNEXE 2 : METHODE D'ELABORATION DU TABLEAU DE BORD DU DOCCR

## 11.1.1 Recensement et analyse de l'existant

Au-delà des données disponibles auprès des SGDO, la faisabilité et l'intérêt de l'utilisation des données suivantes ont été explorés :

- Bases de données de l'Assurance Maladie, pour le dépistage de sang dans les selles (Hemoccult II® et recherche directe) à l'instar de la mammographie hors DO pour le DOCS, et les actes de coloscopies réalisés en dehors du programme; L'étude des possibilités d'étendre les requêtes auprès des caisses des trois principaux régimes, et des régimes spéciaux, a été menée, à l'identique de l'expérience du tableau de bord du DOCS.
- Bases de données d'activité hospitalière (PMSI), gérées au sein de l'ARS, pour les coloscopies réalisées en établissements privés et publics ainsi qu'en consultations externes publiques.
- Données contenues actuellement dans l'applicatif de gestion imposé aux SGDO, nommé APACCHE, en termes de coût du dépistage.
- Données détenues par les Centres de Lecture<sup>22</sup> des tests Hemoccult II® II® (CLH).

Ce point a également comporté une réflexion quant aux sources INSEE à utiliser au regard du besoin actuel de représentation infra départementale de la participation au DO, dans un continuum depuis le niveau régional. Les recommandations nationales relatives au référentiel de tableaux de bord, à paraître, seront intégrées autant que faire se peut à cette décision. Les données de mortalité de l'INSERM (CépiDc) sont utilisées.

## 11.1.2 Réunions de travail et production

En lien avec le responsable du projet à l'ARS, en 2012, EFECT a animé 8 groupes de travail avec les SGDO pour la conception du tableau de bord du DOCCR, traitant simultanément :

- Des besoins auxquels doit répondre le tableau de bord.
- Des choix à établir à l'intérieur d'un ensemble puis à organiser en axes et par axe, en indicateurs. Ces choix ont intégré :
  - Les contraintes déjà mises en évidence par l'exploitation du tableau de bord du DOCS : les données d'activité sont disponibles à N+1, les données à validation nationale à N+2 ;
  - La qualité des données : les SGDO rencontrent des difficultés pour recueillir certaines informations comme les exclusions ou, encore, la nature histologique des cancers détectés. Il s'agira de reconsidérer ces difficultés et d'explorer les solutions possibles, le cas échéant ;

---

<sup>22</sup> En Ile de France, les SGDO coopèrent avec 3 CLH: le CES de la CPAM du 75, L'IRSA, à LA RICHE (37) et le Centre de lecture de l'Institut Pasteur de LILLE (59).

- La notion de pertinence de l'information au regard de son usage ;
- Les procédures d'obtention des différentes informations utilisées.
- De la définition de chaque indicateur, ses modalités de construction (type de données utilisées et source), la périodicité de son exploitation.

L'ensemble de ces éléments ont fait l'objet d'un rapport intermédiaire présentant l'architecture détaillée du tableau de bord (Annexe 3), qui constitue l'objectif de réalisation, à terme. A partir de cette dernière, une première exploitation régionale a été réalisée et 2 autres réunions, ont été menées, avec les SGDO et avec un groupe d'experts pluriprofessionnel pour clôturer la première édition du tableau de bord.

En parallèle, un cahier des charges a été élaboré par EFECT en coopération avec le responsable du projet des tableaux de bord à l'ARS pour animer un groupe de travail au sein du département de la stratégie de l'ARS, centralisateur pour le département de la santé publique des informations contenues dans les systèmes de l'Assurance Maladie ou du PMSI .

### 11.1.3 Disponibilité des données souhaitées

Du fait des délais nécessaires à l'obtention de certaines données, la première exploitation porte sur les informations issues du système d'information des structures de gestion des dépistages.

Les indicateurs souhaités à termes apparaissent « en grisé » dans les tableaux de présentation des définitions des indicateurs par axes du tableau de bord, dans le présent rapport.

### 11.1.4 Référence nationale utilisée pour l'analyse

La référence nationale utilisée pour comparer les données régionales est la publication la plus récente de l'InVS : **« Evaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. 99 départements sur la période 2012-2012 ». Décembre 2013.**

# 12 ANNEXE 3 : TABLEAUX DE DONNEES

**Tableau 3 : Effectifs de décès par année et par département de la région IDF depuis 2007, pour les personnes âgées de 50 à 79 ans (Source : INSERM)**

Nb de décès par cancer du colon rectum chez les 50 à 79 ans	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France métro
En 2007 (INSERM, CepiDC)										
Total	207	137	152	120	141	120	128	113	1 118	8 704
Hommes	116	92	85	61	89	70	78	63	654	5 263
Femmes	91	45	67	59	52	50	50	50	464	3 441
En 2008 (INSERM, CepiDC)										
Total	220	132	149	122	150	145	129	124	1 171	8 704
Hommes	127	81	87	73	90	98	75	72	703	5 339
Femmes	93	51	62	49	60	47	54	52	468	3 365
En 2009 (INSERM, CepiDC)										
Total	223	126	158	127	159	153	143	121	1210	8721
Hommes	121	68	101	68	102	87	77	77	701	5 414
Femmes	102	58	57	59	57	66	66	44	509	3 307
En 2010 (INSERM, CepiDC)										
Total	219	125	157	127	137	141	135	112	1153	8526
Hommes	131	78	88	79	84	88	74	76	698	5 292
Femmes	88	47	69	48	53	53	61	36	455	3 234
En 2011 (INSERM, CepiDC)										
Total	204	148	144	135	149	145	142	112	1179	8488
Hommes	113	78	88	74	91	91	86	64	685	5 185
Femmes	91	70	56	61	58	54	56	48	494	3 303
En 2012 (INSERM, CepiDC)										
Total	188	130	146	109	135	122	118	113	1061	7350
Hommes	96	81	89	65	76	77	74	79	637	4 192
Femmes	92	49	57	44	59	45	44	34	424	3 158
En 2013 (INSERM, CepiDC)										
Total	193	143	144	130	137	151	112	114	1 124	7 350
Hommes	109	91	80	75	83	93	68	81	680	4 192
Femmes	84	52	64	55	54	58	44	33	444	3 158
En 2014 (INSERM, CepiDC)										
Total	162	134	145	116	125	134	126	113	1 055	9 914
Hommes	84	76	91	72	69	82	71	62	607	4 957
Femmes	78	58	54	44	56	52	55	51	448	4 957

**Tableau 4 : Taux d'exclusion et de participation pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans pour les 2 dernières campagne 2012-2013 et 2011-2012 (Source : InVS) au niveau départemental, régional et national**

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France (Santé Publique France))
<b>2015-2016</b>										
<b>Les 2 sexes</b>										
Nombre de personnes dépistées (2015-2016)	88 217	96 974	85 943	78 454	65 305	76 658	68 981	72 832	633 364	4 904 009
Taux d'exclusion standardisé* 2015-2016 (%)	6,5%	13,5%	10,6%	12,6%	7,6%	10,4%	9,1%	11,9%	9,9%	12,3%
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2015-2016 (%)</b>	<b>16,8%</b>	<b>32,1%</b>	<b>25,3%</b>	<b>28,4%</b>	<b>18,1%</b>	<b>23,7%</b>	<b>22,4%</b>	<b>27,7%</b>	<b>23,4%</b>	<b>29,3%</b>
<b>Femmes</b>										
Nombre de femmes dépistées (2015-2016)	48128	52073	46442	42264	37252	42133	38031	39072	345395	2672086
Taux d'exclusion standardisé 2015-2016 (%)	6,9%	13,5%	11,1%	13,0%	8,0%	10,9%	9,5%	12,2%	10,2%	12,5%
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2015-2016</b>	<b>17,1%</b>	<b>33,6%</b>	<b>26,5%</b>	<b>29,7%</b>	<b>19,6%</b>	<b>25,7%</b>	<b>23,6%</b>	<b>28,7%</b>	<b>24,5%</b>	<b>30,8%</b>
<b>Hommes</b>										
Nombre d'hommes dépistés (2015-2016)	40089	44901	39501	36190	28053	34525	30950	33760	287969	2231923
Taux d'exclusion standardisé 2015-2016	6,0%	13,5%	10,0%	12,2%	7,0%	9,8%	8,7%	11,6%	9,5%	12,0%
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2015-2016</b>	<b>16,5%</b>	<b>30,2%</b>	<b>24,1%</b>	<b>26,8%</b>	<b>16,5%</b>	<b>21,4%</b>	<b>20,9%</b>	<b>26,4%</b>	<b>22,2%</b>	<b>27,8%</b>
<b>2012-2013</b>										
<b>Les 2 sexes</b>										
Nombre de personnes dépistées (2012-2013)	71 734	91 518	80 961	74 244	62 607	93 269	76 912	67 112	618 357	4 924 609
Taux d'exclusion standardisé* 2012-2013 (%)	8,4%	13,5%	11,9%	12,8%	7,2%	10,7%	10%	10,7%	10,4%	12,3%
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2012-2013 (%)</b>	<b>14,3%</b>	<b>32%</b>	<b>25,1%</b>	<b>28,2%</b>	<b>18,1%</b>	<b>30,1%</b>	<b>26,2%</b>	<b>26,2%</b>	<b>23,9%</b>	<b>31%</b>
<b>Femmes</b>										
Nombre de femmes dépistées (2012-2013)	40 060	49 635	44 935	40 672	35 775	51 105	42 953	36 638	341 773	2 708 120
Taux d'exclusion standardisé 2012-2013 (%)	8,8%	13,4%	12,5%	13,4%	7,6%	11,2%	10,5%	11,0%	10,8%	12,5%
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2012-2013</b>	<b>14,90%</b>	<b>33,90%</b>	<b>26,90%</b>	<b>30,00%</b>	<b>19,50%</b>	<b>32,50%</b>	<b>28,00%</b>	<b>27,70%</b>	<b>25,40%</b>	<b>32,80%</b>
<b>Hommes</b>										
Nombre d'hommes dépistés (2012-2013)	31 674	41 883	36 026	33 572	26 832	42 164	33 959	30 474	276 584	2 216 489
Taux d'exclusion standardisé 2012-2013	7,9%	13,5%	11,2%	12,2%	6,8%	10,1%	9,5%	10,3%	10,0%	12,1%
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2012-2013</b>	<b>13,60%</b>	<b>30,00%</b>	<b>23,00%</b>	<b>26,20%</b>	<b>16,50%</b>	<b>27,40%</b>	<b>24,40%</b>	<b>24,50%</b>	<b>22,30%</b>	<b>29,10%</b>

<b>2011-2012</b>										
<b>Les 2 sexes</b>										
Nombre de personnes dépistées (2011-2012)	74 938	93 726	84 289	74 068	72 593	92 289	78 697	72 057	64 2657	4 987 083
<i>Taux d'exclusion standardisé* 2011-2012 (%)</i>	8,4	13,20	11,60	12,70	7,20	10,60	10,00	10,00	10,20	11,80
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2011- 2012 (%)</b>	<b>15,00</b>	<b>33,3</b>	<b>26,4</b>	<b>28,5</b>	<b>21,2</b>	<b>30,2</b>	<b>27,2</b>	<b>28,30</b>	<b>25,2</b>	<b>31,7</b>
<b>Femmes</b>										
Nombre de femmes dépistées (2011-2012)	41 982	50 780	46 408	41 008	41 383	50 907	44 216	39144	355828	2752384
<i>Taux d'exclusion standardisé 2011-2012 (%)</i>	8,90	13,20	12,30	13,30	7,50	11,10	10,50	10,30	10,7	11,90
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2011- 2012</b>	<b>15,70</b>	<b>35,30</b>	<b>28,30</b>	<b>30,60</b>	<b>22,80</b>	<b>32,90</b>	<b>29,20</b>	<b>29,80</b>	<b>26,80</b>	<b>33,70</b>
<b>Hommes</b>										
Nombre d'hommes dépistés (2011-2012)	32 956	42 946	37 881	33 060	31210,00	41 382	34 481	32913	286 829	2234699
<i>Taux d'exclusion standardisé 2011-2012</i>	7,90	13,20	10,80	12,10	6,80	9,90	9,50	9,70	9,80	11,60
<b>Taux de participation INSEE standardisé 2011- 2012</b>	<b>14,30</b>	<b>31,20</b>	<b>24,40</b>	<b>26,10</b>	<b>19,50</b>	<b>27,20</b>	<b>25,10</b>	<b>26,70</b>	<b>23,50</b>	<b>29,60</b>

**Tableau 5 : Répartition des profils de fidélisation pour les deux sexes confondus par tranche d'âge et par département depuis leur entrée dans le DOCCR (en partant des invitées de la campagne 2015-2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Ensemble des personnes par tranches d'âge</b>									
55-59 ans	132614	82705	88730	69976	96713	93047	79921	70898	714604
fidèle	6169	10334	8158	8832	6121	9723	9077	7920	66334
plutôt fidèle	5932	6201	6531	5137	6059	6843	6023	5594	48320
plutôt pas fidèle	15370	11674	14516	9924	15691	13222	10913	10653	101963
stricte non-participante	94145	49852	54860	41497	62409	56225	46980	41550	447518
Indéterminable	2273	1477	1554	1458	1285	2245	2507	1989	14788
Non significatif	8725	3167	3111	3128	5148	4789	4421	3192	35681
60-64 ans	118286	67764	76486	61159	81035	76381	67845	64307	613263
fidèle	6027	12026	8427	8766	5867	9790	8852	8330	68085
plutôt fidèle	5634	5790	5851	4155	5633	6533	5358	4855	43809
plutôt pas fidèle	14106	8995	12099	7377	12627	10655	8704	7679	82242
stricte non-participante	84253	36801	45925	37112	52007	44154	39676	37770	377698
Indéterminable	1918	1438	1572	1349	1044	1838	1929	2843	13931
Non significatif	6348	2714	2612	2400	3857	3411	3326	2830	27498
65-69 ans	116283	60214	67421	53707	72020	65630	59226	51305	545806
fidèle	7224	12039	9629	10369	6210	8978	9481	8352	72282
plutôt fidèle	6310	4867	5654	3834	5365	5591	4990	4289	40900
plutôt pas fidèle	13274	6675	9398	5680	10337	8204	6900	6359	66827
stricte non-participante	82313	33104	39421	30576	45935	38985	33439	28693	332466
Indéterminable	2113	1356	1560	1318	1071	1526	1740	1654	12338
Non significatif	5049	2173	1759	1930	3102	2346	2676	1958	20993
70-74 ans	77476	34254	46555	34538	48212	39809	37720	31801	350365
fidèle	5250	7339	6218	7315	4494	6006	6310	4857	47789
plutôt fidèle	4450	3139	3776	2751	3730	3516	3473	2668	27503
plutôt pas fidèle	8707	3839	5967	3295	6777	4846	4235	3392	41058
stricte non-participante	54975	17921	28587	19206	30851	23238	21087	18548	214413
Indéterminable	1386	753	1084	857	650	916	1150	1142	7938
Non significatif	2708	1263	923	1114	1710	1287	1465	1194	11664

<b>Ensemble des personnes</b>	444659	244937	279192	219380	297980	274867	244712	218311	2224038
fidèle	24670	41738	32432	35282	22692	34497	33720	29459	254490
plutôt fidèle	22326	19997	21812	15877	20787	22483	19844	17406	160532
plutôt pas fidèle	51457	31183	41980	26276	45432	36927	30752	28083	292090
stricte non-participante	315686	137678	168793	128391	191202	162602	141182	126561	1372095
Indéterminable	7690	5024	5770	4982	4050	6525	7326	7628	48995
Non significatif	22830	9317	8405	8572	13817	11833	11888	9174	95836
<b>Part</b>									
<b>55-59 ans</b>									
fidèle	5,0%	13,0%	9,5%	13,2%	6,7%	11,0%	12,0%	11,7%	9,8%
plutôt fidèle	4,8%	7,8%	7,6%	7,7%	6,6%	7,8%	8,0%	8,3%	7,1%
plutôt pas fidèle	12,4%	14,7%	17,0%	14,8%	17,1%	15,0%	14,5%	15,7%	15,0%
stricte non-participante	76,0%	62,7%	64,1%	62,1%	68,2%	63,7%	62,2%	61,4%	65,9%
Indéterminable	1,8%	1,9%	1,8%	2,2%	1,4%	2,5%	3,3%	2,9%	2,2%
<b>60-64 ans</b>									
fidèle	5,4%	18,5%	11,4%	14,9%	7,6%	13,4%	13,7%	13,5%	11,6%
plutôt fidèle	5,0%	8,9%	7,9%	7,1%	7,3%	9,0%	8,3%	7,9%	7,5%
plutôt pas fidèle	12,6%	13,8%	16,4%	12,6%	16,4%	14,6%	13,5%	12,5%	14,0%
stricte non-participante	75,3%	56,6%	62,2%	63,2%	67,4%	60,5%	61,5%	61,4%	64,5%
Indéterminable	1,7%	2,2%	2,1%	2,3%	1,4%	2,5%	3,0%	4,6%	2,4%
<b>65-69 ans</b>									
fidèle	6,5%	20,7%	14,7%	20,0%	9,0%	14,2%	16,8%	16,9%	13,8%
plutôt fidèle	5,7%	8,4%	8,6%	7,4%	7,8%	8,8%	8,8%	8,7%	7,8%
plutôt pas fidèle	11,9%	11,5%	14,3%	11,0%	15,0%	13,0%	12,2%	12,9%	12,7%
stricte non-participante	74,0%	57,0%	60,0%	59,1%	66,7%	61,6%	59,1%	58,1%	63,3%
Indéterminable	1,9%	2,3%	2,4%	2,5%	1,6%	2,4%	3,1%	3,4%	2,4%
<b>70-74 ans</b>									
fidèle	7,0%	22,2%	13,6%	21,9%	9,7%	15,6%	17,4%	15,9%	14,1%
plutôt fidèle	6,0%	9,5%	8,3%	8,2%	8,0%	9,1%	9,6%	8,7%	8,1%
plutôt pas fidèle	11,6%	11,6%	13,1%	9,9%	14,6%	12,6%	11,7%	11,1%	12,1%
stricte non-participante	73,5%	54,3%	62,6%	57,5%	66,3%	60,3%	58,2%	60,6%	63,3%
Indéterminable	1,9%	2,3%	2,4%	2,6%	1,4%	2,4%	3,2%	3,7%	2,3%

<b>Ensemble des personnes</b>									
fidèle	5,8%	17,7%	12,0%	16,7%	8,0%	13,1%	14,5%	14,1%	12,0%
plutôt fidèle	5,3%	8,5%	8,1%	7,5%	7,3%	8,5%	8,5%	8,3%	7,5%
plutôt pas fidèle	12,2%	13,2%	15,5%	12,5%	16,0%	14,0%	13,2%	13,4%	13,7%
stricte non-participante	74,8%	58,4%	62,3%	60,9%	67,3%	61,8%	60,6%	60,5%	64,5%
Indéterminable	1,8%	2,1%	2,1%	2,4%	1,4%	2,5%	3,1%	3,6%	2,3%

**Tableau 6 : Répartition des profils de fidélisation pour les femmes par tranche d'âge et par département depuis leur entrée dans le DOCCR (en partant des invitées de la campagne 2015-2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Nombre de femmes</b>									
55-59 ans	3298	5757	4737	4845	3416	5383	5094	4427	36957
fidèle	3357	3290	3610	2707	3364	3902	3309	2997	26536
plutôt fidèle	8341	6081	7411	5098	8806	7078	5854	5659	54328
plutôt pas fidèle	48525	24009	27563	19889	32045	26644	22813	20988	222476
stricte non-participante	1164	792	849	761	692	1192	1309	983	7742
Indéterminable	4054	1438	1572	1396	2472	1975	1983	1444	16334
Non significatif	3298	5757	4737	4845	3416	5383	5094	4427	36957
60-64 ans	3487	6795	5033	4921	3491	5688	5099	4668	39182
fidèle	3263	3117	3315	2323	3316	3711	3004	2680	24729
plutôt fidèle	7799	4813	6066	3810	7326	5807	4715	4503	44839
plutôt pas fidèle	41635	17695	22805	17891	26439	20835	19541	18311	185152
stricte non-participante	1029	823	972	749	600	978	1051	1195	7397
Indéterminable	2961	1356	1362	1155	1878	1496	1572	1272	13052
Non significatif	3487	6795	5033	4921	3491	5688	5099	4668	39182
65-69 ans	4254	6601	5503	5887	3579	4924	5445	4638	40831
fidèle	3641	2597	3082	2190	3152	2982	2892	2192	22728
plutôt fidèle	7463	3487	4827	3004	5948	4268	3751	3157	35905
plutôt pas fidèle	41067	16109	19408	14912	23132	17574	16327	13569	162098
stricte non-participante	1222	788	902	775	629	828	977	970	7091
Indéterminable	2408	1103	899	991	1560	1065	1345	1011	10382
Non significatif	4254	6601	5503	5887	3579	4924	5445	4638	40831
70-74 ans	3022	4010	3350	4072	2655	3313	3593	2661	26676
fidèle	2564	1720	2013	1546	2194	1983	1949	1436	15405
plutôt fidèle	4870	2046	3162	1774	3937	2438	2355	1903	22485
plutôt pas fidèle	26508	9016	14111	9504	15300	10117	10426	9274	104256
stricte non-participante	823	448	633	473	375	508	615	503	4378
Indéterminable	1387	695	488	577	886	631	744	591	5999
Non significatif	3022	4010	3350	4072	2655	3313	3593	2661	26676

<b>Total femmes</b>	228142	124586	143673	111250	157192	135320	125763	111032	1136958
fidèle	14061	23163	18623	19725	13141	19308	19231	16394	143646
plutôt fidèle	12825	10724	12020	8766	12026	12578	11154	9305	89398
plutôt pas fidèle	28473	16427	21466	13686	26017	19591	16675	15222	157557
stricte non-participante	157735	66829	83887	62196	96916	75170	69107	62142	673982
Indéterminable	4238	2851	3356	2758	2296	3506	3952	3651	26608
Non significatif	10810	4592	4321	4119	6796	5167	5644	4318	45767
	<b>Part</b>								
<b>55-59 ans</b>									
fidèle	5,1%	14,4%	10,7%	14,5%	7,1%	12,2%	13,3%	12,6%	10,6%
plutôt fidèle	5,2%	8,2%	8,2%	8,1%	7,0%	8,8%	8,6%	8,5%	7,6%
plutôt pas fidèle	12,9%	15,2%	16,8%	15,3%	18,2%	16,0%	15,3%	16,1%	15,6%
stricte non-participante	75,0%	60,1%	62,4%	59,7%	66,3%	60,3%	59,4%	59,9%	63,9%
Indéterminable	1,8%	2,0%	1,9%	2,3%	1,4%	2,7%	3,4%	2,8%	2,2%
<b>60-64 ans</b>									
fidèle	6,1%	20,4%	13,2%	16,6%	8,5%	15,4%	15,3%	14,9%	13,0%
plutôt fidèle	5,7%	9,4%	8,7%	7,8%	8,1%	10,0%	9,0%	8,5%	8,2%
plutôt pas fidèle	13,6%	14,5%	15,9%	12,8%	17,8%	15,7%	14,1%	14,4%	14,9%
stricte non-participante	72,8%	53,2%	59,7%	60,3%	64,2%	56,3%	58,5%	58,4%	61,5%
Indéterminable	1,8%	2,5%	2,5%	2,5%	1,5%	2,6%	3,1%	3,8%	2,5%
<b>65-69 ans</b>									
fidèle	7,4%	22,3%	16,3%	22,0%	9,8%	16,1%	18,5%	18,9%	15,2%
plutôt fidèle	6,3%	8,8%	9,1%	8,2%	8,6%	9,8%	9,8%	8,9%	8,5%
plutôt pas fidèle	12,9%	11,8%	14,3%	11,2%	16,3%	14,0%	12,8%	12,9%	13,4%
stricte non-participante	71,2%	54,5%	57,6%	55,7%	63,5%	57,5%	55,5%	55,3%	60,3%
Indéterminable	2,1%	2,7%	2,7%	2,9%	1,7%	2,7%	3,3%	4,0%	2,6%
<b>70-74 ans</b>									
fidèle	8,0%	23,3%	14,4%	23,4%	10,9%	18,0%	19,0%	16,9%	15,4%
plutôt fidèle	6,8%	10,0%	8,7%	8,9%	9,0%	10,8%	10,3%	9,1%	8,9%
plutôt pas fidèle	12,9%	11,9%	13,6%	10,2%	16,1%	13,3%	12,4%	12,1%	13,0%
stricte non-participante	70,2%	52,3%	60,6%	54,7%	62,5%	55,1%	55,1%	58,8%	60,2%
Indéterminable	2,2%	2,6%	2,7%	2,7%	1,5%	2,8%	3,2%	3,2%	2,5%

<b>Total femmes</b>										
fidèle	6,5%	19,3%	13,4%	18,4%	8,7%	14,8%	16,0%	15,4%	13,2%	
plutôt fidèle	5,9%	8,9%	8,6%	8,2%	8,0%	9,7%	9,3%	8,7%	8,2%	
plutôt pas fidèle	13,1%	13,7%	15,4%	12,8%	17,3%	15,1%	13,9%	14,3%	14,4%	
stricte non-participante	72,6%	55,7%	60,2%	58,1%	64,4%	57,8%	57,5%	58,2%	61,8%	
Indéterminable	2,0%	2,4%	2,4%	2,6%	1,5%	2,7%	3,3%	3,4%	2,4%	

**Tableau 7 : Répartition des profils de fidélisation pour les hommes par tranche d'âge et par département depuis leur entrée dans le DOCCR (en partant des invitées de la campagne 2015-2016)**

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
<b>Nombre d'hommes</b>									
55-59 ans	2871	4577	3421	3987	2705	4340	3983	3493	29377
fidèle	2575	2911	2921	2430	2695	2941	2714	2597	21784
plutôt fidèle	7029	5593	7105	4826	6885	6144	5059	4994	47635
plutôt pas fidèle	45620	25843	27297	21608	30364	29581	24167	20562	225042
stricte non-participant	1109	685	705	697	593	1053	1198	1006	7046
Indéterminable	4671	1729	1539	1732	2676	2814	2438	1748	19347
Non significatif	2871	4577	3421	3987	2705	4340	3983	3493	29377
60-64 ans	2540	5231	3394	3845	2376	4102	3753	3662	28903
fidèle	2371	2673	2536	1832	2317	2822	2354	2175	19080
plutôt fidèle	6307	4182	6033	3567	5301	4848	3989	3176	37403
plutôt pas fidèle	42618	19106	23120	19221	25568	23319	20135	19459	192546
stricte non-participant	889	615	600	600	444	860	878	1648	6534
Indéterminable	3387	1358	1250	1245	1979	1915	1754	1558	14446
Non significatif	2540	5231	3394	3845	2376	4102	3753	3662	28903
65-69 ans	2970	5438	4126	4482	2631	4054	4036	3714	31451
fidèle	2669	2270	2572	1644	2213	2609	2098	2097	18172
plutôt fidèle	5811	3188	4571	2676	4389	3936	3149	3202	30922
plutôt pas fidèle	41246	16995	20013	15664	22803	21411	17112	15124	170368
stricte non-participant	891	568	658	543	442	698	763	684	5247
Indéterminable	2641	1070	860	939	1542	1281	1331	947	10611
Non significatif	2970	5438	4126	4482	2631	4054	4036	3714	31451
70-74 ans	2228	3329	2868	3243	1839	2693	2717	2196	21113
fidèle	1886	1419	1763	1205	1536	1533	1524	1232	12098
plutôt fidèle	3837	1793	2805	1521	2840	2408	1880	1489	18573
plutôt pas fidèle	28467	8905	14476	9702	15551	13121	10661	9274	110157
stricte non-participant	563	305	451	384	275	408	535	639	3560
Indéterminable	1321	568	435	537	824	656	721	603	5665
Non significatif	2228	3329	2868	3243	1839	2693	2717	2196	21113

<b>Total hommes</b>	216517	120351	135519	108130	140788	139547	118949	107279	1087080
fidèle	10609	18575	13809	15557	9551	15189	14489	13065	110844
plutôt fidèle	9501	9273	9792	7111	8761	9905	8690	8101	71134
plutôt pas fidèle	22984	14756	20514	12590	19415	17336	14077	12861	134533
stricte non-participant	157951	70849	84906	66195	94286	87432	72075	64419	698113
Indéterminable	3452	2173	2414	2224	1754	3019	3374	3977	22387
Non significatif	12020	4725	4084	4453	7021	6666	6244	4856	50069
<b>Part</b>									
<b>55-59 ans</b>									
fidèle	4,8%	11,6%	8,3%	11,9%	6,3%	9,9%	10,7%	10,7%	8,9%
plutôt fidèle	4,3%	7,3%	7,0%	7,2%	6,2%	6,7%	7,3%	8,0%	6,6%
plutôt pas fidèle	11,9%	14,1%	17,1%	14,4%	15,9%	13,9%	13,6%	15,3%	14,4%
stricte non-participant	77,1%	65,2%	65,9%	64,4%	70,2%	67,1%	65,1%	63,0%	68,0%
<b>60-64 ans</b>									
fidèle	4,6%	16,4%	9,5%	13,2%	6,6%	11,4%	12,1%	12,2%	10,2%
plutôt fidèle	4,3%	8,4%	7,1%	6,3%	6,4%	7,8%	7,6%	7,2%	6,7%
plutôt pas fidèle	11,5%	13,1%	16,9%	12,3%	14,7%	13,5%	12,8%	10,5%	13,1%
stricte non-participant	77,9%	60,1%	64,8%	66,1%	71,0%	64,9%	64,7%	64,6%	67,7%
<b>65-69 ans</b>									
fidèle	5,5%	19,1%	12,9%	17,9%	8,1%	12,4%	14,9%	15,0%	12,3%
plutôt fidèle	5,0%	8,0%	8,1%	6,6%	6,8%	8,0%	7,7%	8,4%	7,1%
plutôt pas fidèle	10,8%	11,2%	14,3%	10,7%	13,5%	12,0%	11,6%	12,9%	12,1%
stricte non-participant	77,0%	59,7%	62,7%	62,6%	70,2%	65,5%	63,0%	60,9%	66,5%
<b>70-74 ans</b>									
fidèle	6,0%	21,1%	12,8%	20,2%	8,3%	13,4%	15,7%	14,8%	12,8%
plutôt fidèle	5,1%	9,0%	7,9%	7,5%	7,0%	7,6%	8,8%	8,3%	7,3%
plutôt pas fidèle	10,4%	11,4%	12,5%	9,5%	12,9%	11,9%	10,9%	10,0%	11,2%
stricte non-participant	77,0%	56,5%	64,7%	60,4%	70,6%	65,1%	61,6%	62,5%	66,6%
<b>total hommes</b>									
fidèle	5,2%	16,1%	10,5%	15,0%	7,1%	11,4%	12,9%	12,8%	10,7%
plutôt fidèle	4,6%	8,0%	7,5%	6,9%	6,5%	7,5%	7,7%	7,9%	6,9%
plutôt pas fidèle	11,2%	12,8%	15,6%	12,1%	14,5%	13,0%	12,5%	12,6%	13,0%
stricte non-participant	77,2%	61,3%	64,6%	63,8%	70,5%	65,8%	64,0%	62,9%	67,3%

# 13 ANNEXE 4 : RAPPEL DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SGDO EN MATIERE D'INVITATION ET DE RELANCE DANS LE DOCCR

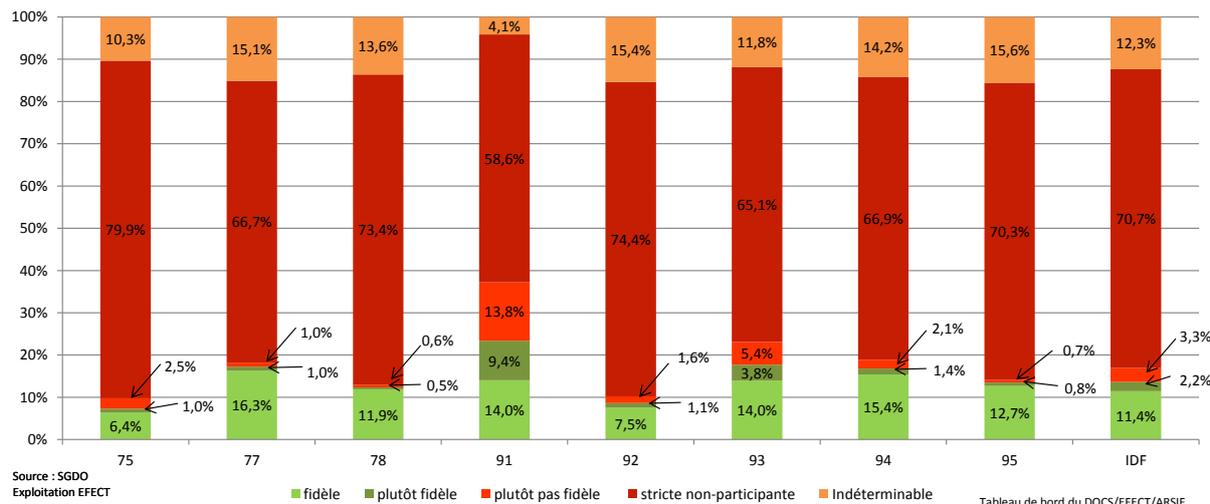
<p>Paris (Seine) 75</p>	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : janvier 2008  <b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation. À noter : les exclusions sont récupérées dès l'invitation.  <b>Relance 1</b> : Envoi entre 2 à 3 mois après l'invitation  Pas de modalités spécifiques.  <b>Relance 2</b> : Envoi entre 3 à 4 mois après la première relance.  <b>Relances spécifiques</b> : Pas de relances spécifiques.  <b>Autres modes d'accès</b> : Néonet (éligibilité en ligne)</p>
<p>Seine et Marne 77</p>	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : janvier 2008  <b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 21 mois et demi après la dernière invitation.  <b>Relance 1</b> : Envoi à 4 mois après l'invitation.  Pas de modalités spécifiques.  <b>Relance 2</b> : Envoi à 3 mois après la première relance.  Pas de modalités spécifiques.  <b>Relances spécifiques</b> : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé.  <b>Autres modes d'accès</b> : Dans le respect du cahier-des-charges : possibilité d'un accès web et direct par le Médecin Traitant.</p>
<p>Yvelines 78</p>	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : mai 2008  <b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation  <b>Relance 1</b> : Envoi à 4 mois après l'invitation.  Pas de modalités spécifiques.  <b>Relance 2</b> : Envoi à 4 mois après la première relance.  Pas de modalités spécifiques.  <b>Relances spécifiques</b> : Deux relances spécifiques après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé : à deux mois, puis 4 mois après la remise du test.  Une relance spécifique suite à l'envoi direct d'un second test, suite à un premier test non-analysable, et non encore réalisé : 3 mois après envoi du test.  <b>Autres modes d'accès</b> : Pas d'autres modes d'accès que les invitations et relances.</p>
<p>Essonne 91</p>	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : octobre 2003  Dans le temps, 2 stratégies ont été appliquées dans le département :  <u>Première stratégie d'octobre 2003 à 2007</u> : Invitations envoyées de janvier à avril, R1 envoyées de mai à août et R2 envoyées de septembre à décembre.  <u>Deuxième stratégie de 2007 à ce jour</u>, voir ci-dessous :  <b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 21 mois après la dernière invitation.  <b>Relance 1</b> : Envoi à 4 mois après l'invitation.  Pas de modalités spécifiques.  <b>Relance 2</b> : Envoi à 4 mois après la première relance.  Pas de modalités spécifiques.  <b>Relances spécifiques</b> : Pas de relances spécifiques.  <b>Autres modes d'accès</b> : Possibilité d'accès via le site d'éligibilité ou par remise directe du test par le</p>

	médecin.
Hauts de Seine 92	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : octobre 2007</p> <p><b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur : de janvier à mars pour la zone concernée par l'année (nord année paires, sud années impaires)</p> <p><b>Relance 1</b> : modalités spécifiques : de avril à juillet (revient à 3 mois à 4 mois)</p> <p><b>Relance 2</b> : modalités spécifiques : d'août à décembre (revient à 3 à 4 mois)</p> <p><b>Relances spécifiques</b> : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé.</p> <p><b>Autres modes d'accès</b> : Pas d'autres modes d'accès que les invitations et relances.</p>
Seine St Denis 93	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : juin 2006</p> <p><b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation.</p> <p><b>Relance 1</b> : Envoi entre 4 à 5 mois après l'invitation. Pas de modalités spécifiques.</p> <p><b>Relance 2</b> : Envoi entre 4 à 5 mois après la première relance. Pas de modalités spécifiques.</p> <p><b>Relances spécifiques</b> : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé : 45 jours après remise du test sur invitation appelé R1 consultation (courrier spécifique) / même pratique après R1 appelé R2 consultation.</p> <p><b>Autres modes d'accès</b> : Neonet (éligibilité en ligne)</p>
Val de Marne 94	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : (27) juin 2007</p> <p><b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation.</p> <p><b>Relance 1</b> : Envoi à 4 à 5 mois après l'invitation.</p> <p><b>Relance 2</b> : Envoi à 345 jours après la première relance.</p> <p><b>Relances spécifiques</b> : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé : 3 mois après la date de remise de test.</p> <p><b>Autres modes d'accès</b> : Modalité web et téléphone.</p>
Val d'Oise 95	<p><b>Date d'envoi des premières invitations</b> : juin 2008</p> <p><b>Invitation</b> : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation.</p> <p><b>Relance 1</b> : Envoi à 4 mois après l'invitation. Pas de modalités spécifiques.</p> <p><b>Relance 2</b> : Envoi à 4 mois après la première relance. Pas de modalités spécifiques.</p> <p><b>Relances spécifiques</b> : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé : 4 mois après remise du test.</p> <p><b>Autres modes d'accès</b> : WEB (éligibilité).</p>

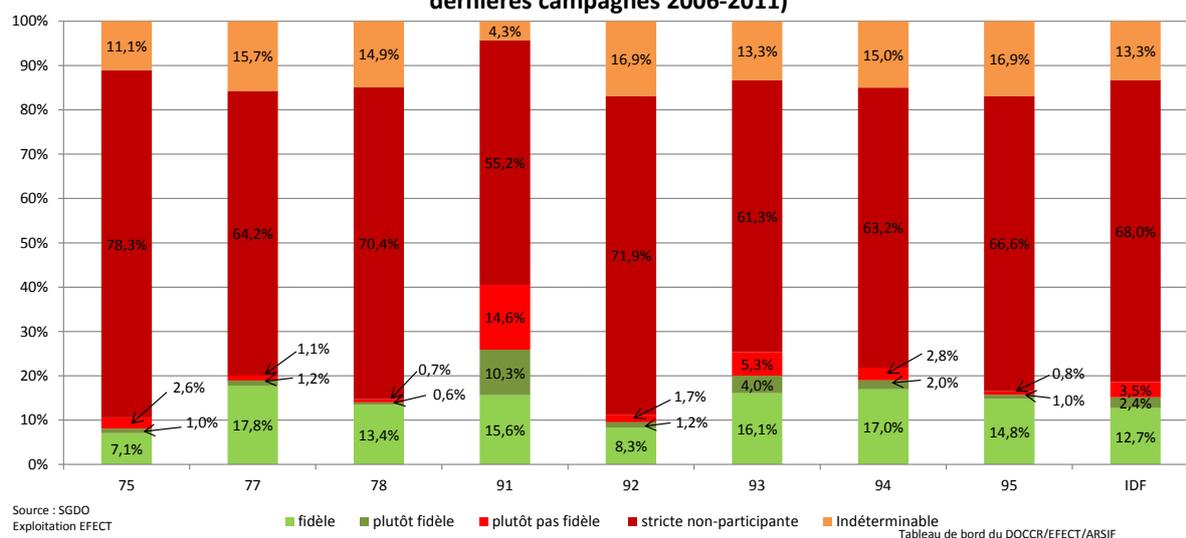
# 14 ANNEXE 5 : FIDELISATION AU DOCCR AU COURS DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE ANTERIEURES

## 1.17 Campagne 2006-2011

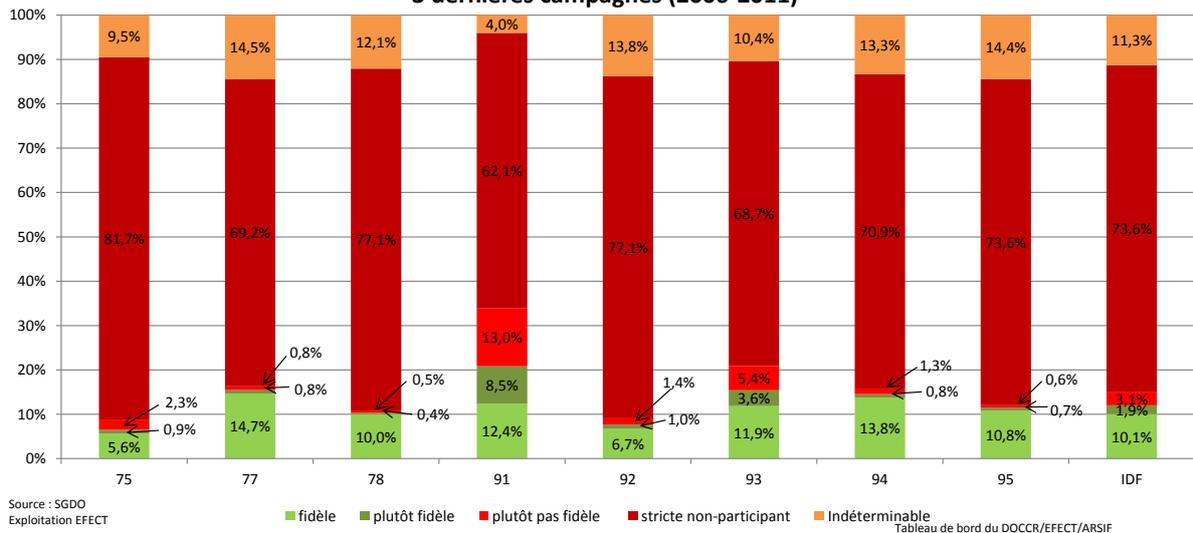
Répartition des profils de fidélisation des personnes (deux sexes confondus) invitées au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2006-2011)



Répartition des profils de fidélisation chez les femmes invitées au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes 2006-2011)

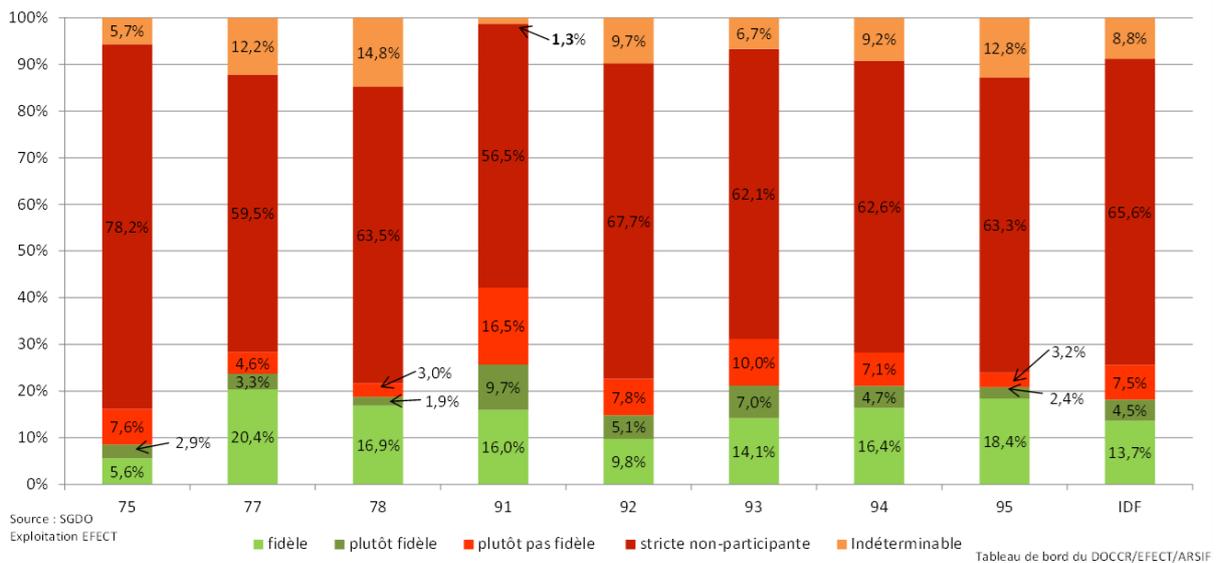


### Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2006-2011)

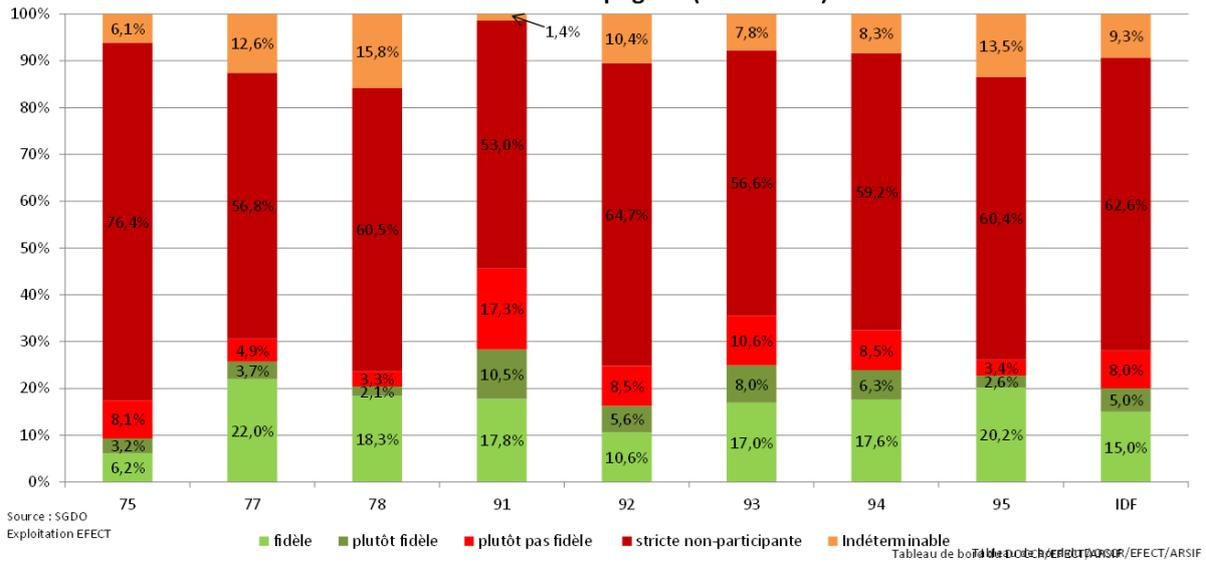


## 1.18 Campagne 2007-2012

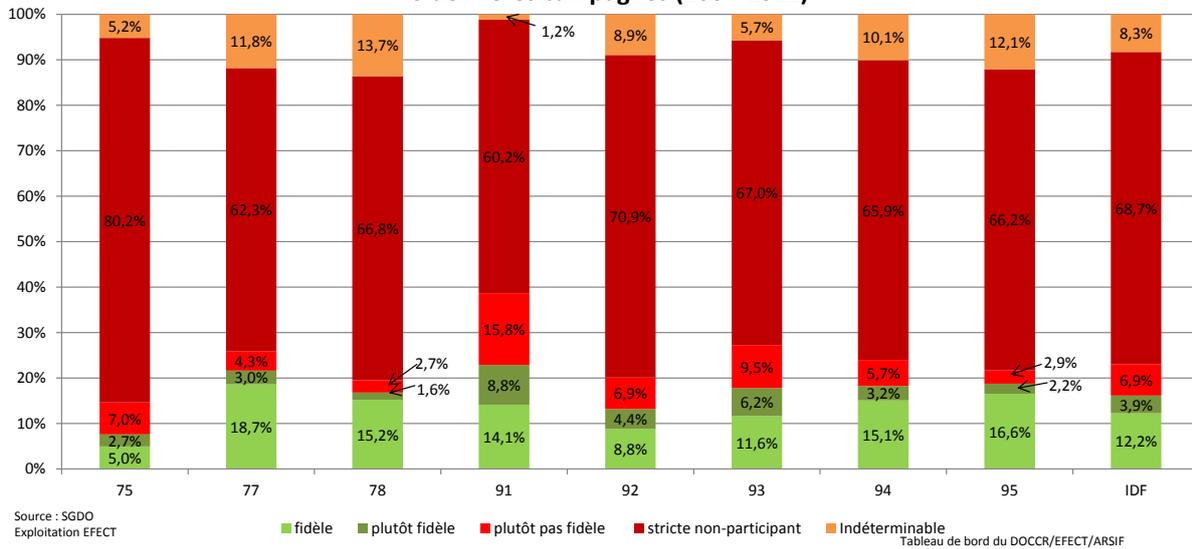
### Répartition des profils de fidélisation des personnes invitées au DOCCR (sexes confondus) au cours des 3 dernières campagnes (2007-2012)



### Répartition des profils de fidélisation chez les femmes invitées au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2007-2012)

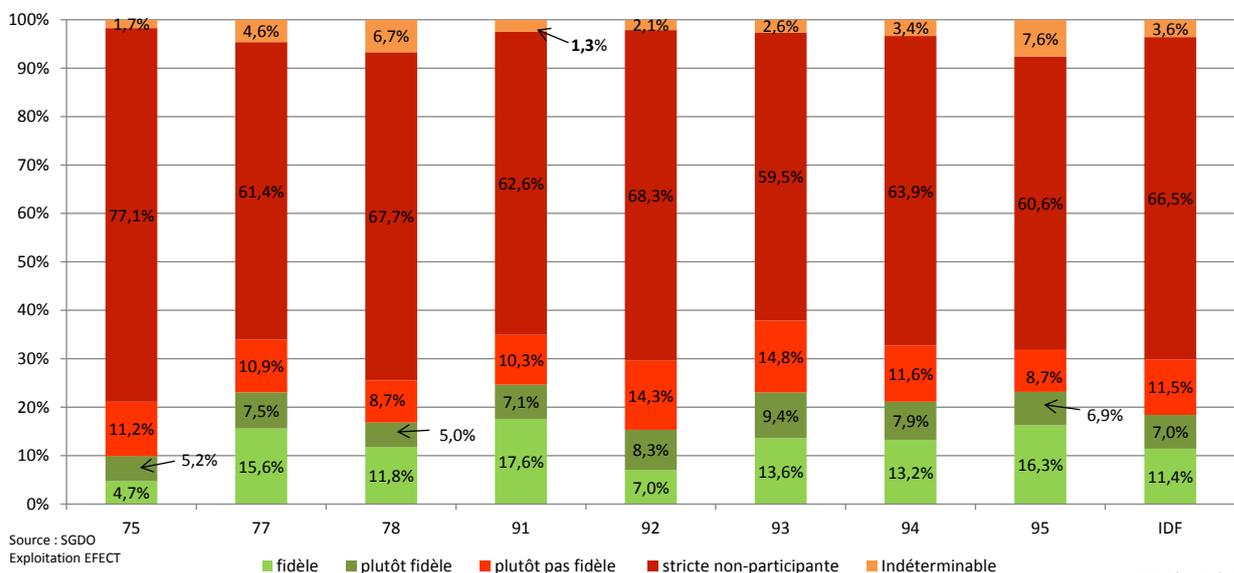


### Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2007-2012)

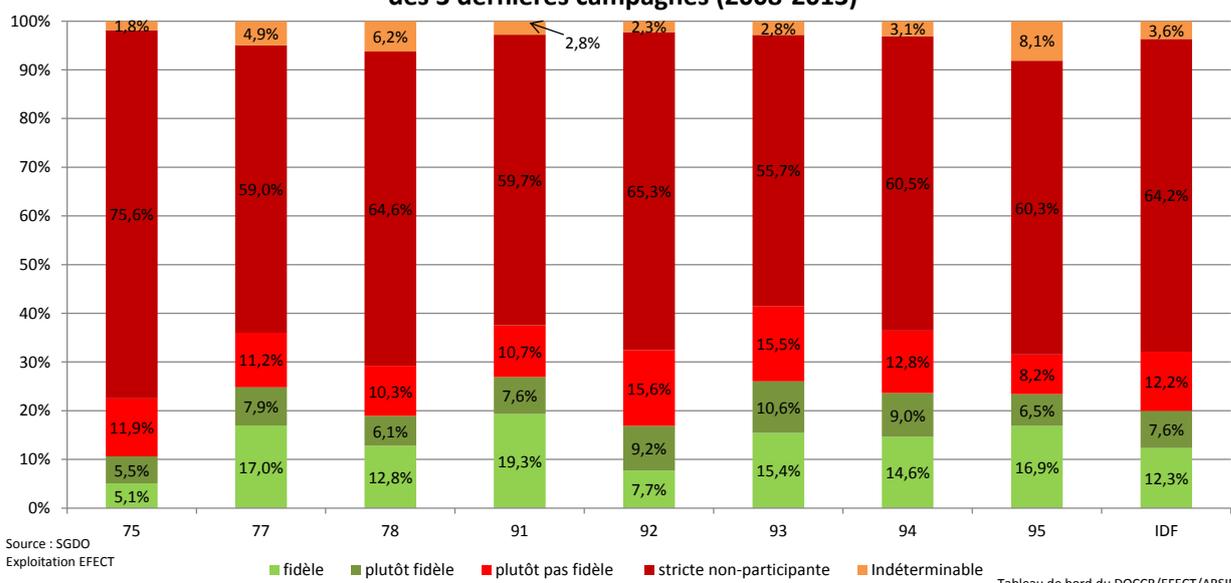


# 1.19 Campagne 2008-2013

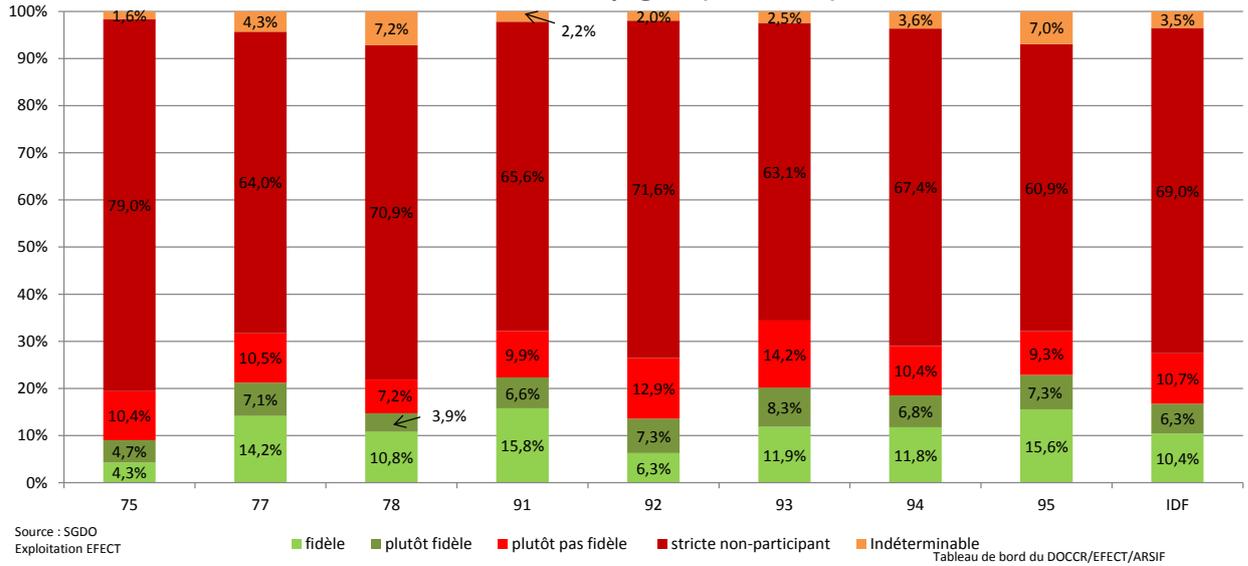
Répartition des profils de fidélisation des personnes invitées au DOCCR (sexes confondus) au cours des 3 dernières campagnes (2008-2013)



Répartition des profils de fidélisation chez les femmes invitées au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2008-2013)



### Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2008-2013)



# 15 LISTE DES SIGLES UTILISES

- ◆ **ACR** : American College of Radiology
- ◆ **ADELI** : Automatisation DEs Listes : système d'information national sur les professionnels de santé (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé)
- ◆ **ALD** : Affection Longue Durée
- ◆ **AME** : Aide Médicale d'Etat
- ◆ **APACCHE** : Outil budgétaire ministériel : Analyse Partagée des Crédits Cancers Harmonisation Evaluation
- ◆ **ARS IF** : Agence Régionale de Santé (Île-de-France)
- ◆ **CépiDc** : Centre d'Epidémiologie sur les causes de Décès
- ◆ **CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- ◆ **CRISAPIF** : Centre de Regroupement Informatique et Statistique des données d'Anatomo-cyto-Pathologie d'Île-de-France
- ◆ **CTR oncologie** : Comité Technique Régional de cancérologie
- ◆ **DGS** : Direction régionale de la Santé (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé)
- ◆ **DOCS** : Dépistage Organisé du Cancer du Sein
- ◆ **DOCCR** : Dépistage Organisé du Cancer Colo-Rectal
- ◆ **DRASSIF** : Direction Régionale de l'Administration Sanitaire et Sociale (Île-de-France)
- ◆ **DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé)
- ◆ **GIP** : Groupement d'Intérêt Public
- ◆ **GRSP** : Groupement Régional de Santé Publique
- ◆ **HAS** : Haute Autorité de Santé
- ◆ **HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique
- ◆ **IF ou IdF** : Île-de-France
- ◆ **IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales (service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales)
- ◆ **INCa** : Institut National du Cancer
- ◆ **INSEE** : Institut national de la Statistique et des Etudes Economiques
- ◆ **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- ◆ **InVS** : Institut national de Veille Sanitaire
- ◆ **MSA** : Mutualité Sociale Agricole
- ◆ **NA** : Non Analysable
- ◆ **NEONET** : Nom du logiciel (de la société Epiconcept) qui permet aux professionnels d'éditer une invitation pour les personnes éligibles au DOCCR
- ◆ **OMPHALE Pour l'INSEE** : Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logement et d'Elèves
- ◆ **ORS** : Observatoire régional de Santé (Île-de-France)
- ◆ **PND** : Pli non distribuable
- ◆ **RSI** : Régime Social des indépendants
- ◆ **SLM** : Section Locales Mutualistes
- ◆ **SNIIRAM** : Système National d'Information Inter Régimes d'Assurance Maladie