

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

— DONNEES 2017-2018

Synthèse et orientations

31 janvier 2020



La santé en Île-de-France



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

Monsieur le Docteur Luc Ginot, Directeur, Direction de la Santé Publique.

Madame le Docteur Isabelle Faibis, responsable du Département pathologies infectieuses, chroniques et cancer, Direction de la Santé Publique.

Madame le Docteur Marine Guy, Référente vaccination et prévention des cancers, Département pathologies infectieuses, chroniques et cancer, Direction de la Santé Publique.

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 Fiton, chef de projet Néoscope

Groupe de travail (ordre alphabétique)

Monsieur le Docteur Hamou Ait Hadad, CRCDC - Site 91

Monsieur Sébastien Charles, Chef de projet médico-technique, CRCDC - IF

Madame le Docteur Hélène Delattre, CRCDC – Site 92

Monsieur Jacques Deyra, CRCDC – Site 75

Monsieur le Docteur Aldis Kaufmanis, Directeur médical régional, CRCDC - IF

Monsieur le Docteur Akoï Koïvogui, CRCDC – Site 93

Monsieur le Docteur Tu Le Trung, CRCDC – Site 95

Madame le Docteur Caroline Pelisson, CRCDC – Site 94

Madame le Docteur Catherine Vincelet, CRCDC – Site 78

Sommaire

Sommaire	2
1 Principaux éléments de synthèse	3
1.1 Points clés organisationnels.....	3
1.2 Points clés méthodologiques	4
1.3 Principaux résultats.....	4
1.3.1 Participation/fidélisation au DOCCR	4
1.3.2 Efficacité du DOCCR	9
1.3.3 Qualité du programme	10
2 Orientations décisionnelles	13
2.1 Actions d'amélioration de l'adhésion au DO et de la qualité du programme	13
2.1.1 Améliorer l'adhésion et la fidélisation au programme	13
2.1.2 Améliorer la gestion et l'utilisation du matériel du dépistage.....	14
2.1.3 Améliorer la qualité du programme.....	14
2.2 Actions d'amélioration des données utilisées dans le tableau de bord pour le pilotage du DO en région IDF 14	
2.2.1 Améliorer la qualité des informations colligées en routine par le CRCDC	14
2.2.2 Etablir des connexions avec les données financières et économiques du programme	15

1 PRINCIPAUX ELEMENTS DE SYNTHESE

En Ile de France¹, 54021 nouveaux cas de cancer sont estimés par an (toutes localisations confondues) dont 52% chez l'homme.

La mortalité par cancer colorectal chez les hommes d'Île-de-France est inférieure de 13% à celle des hommes de France métropolitaine. Le nombre de décès est estimé à 1122 par an. Le taux de mortalité standardisé monde est de 11,1 pour 100000 personnes-années, plaçant la région Île-de-France au 11e rang des 13 régions métropolitaines sur la période 2007-2014.

La mortalité par cancer colorectal chez les femmes d'Île-de-France est légèrement inférieure (3 %) à celle des femmes de France métropolitaine (Tableau 1). Le nombre de décès est estimé à 1110 par an dans la région. Le taux de mortalité standardisé monde est de 7,2 pour 100000 personnes-années sur la période 2007-2014.

1.1 Points clés organisationnels

Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) a été généralisé 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 général du programme de dépistage organisé, en conformité avec le Plan Cancer national, est de contribuer à réduire la mortalité liée à ce cancer.

Le changement de test de dépistage

Le test immunologique de dépistage (OC Sensor) a été introduit en 2015 en remplacement du test au gaïac (Hemoccult 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.

La création du CRCDC-IF

Pour plus de cohérence régionale, l'arrêté du 23 mars 2018 a créé les Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) avec, en remplacement des SGDO, des sites territoriaux, toujours sous la responsabilité de coordonnateurs.

¹ Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 170 p. Disponible à partir des URL : <https://geodes.santepubliquefrance.fr>; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/>; <http://www.santepubliquefrance.fr/>; <https://www.e-cancer.fr/>

1.2 Points clés méthodologiques

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 à chaque campagne.

Depuis la campagne 2015-2016, des principes d'analyse ont été adoptés pour mieux rendre compte des réalités et compléter l'évaluation réalisée par SPF. Deux cohortes ont été constituées:

- Une cohorte des invités 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: les délais d'accès à la coloscopie sont calculés sur cette cohorte.

1.3 Principaux résultats

La dernière analyse des données 2017-2018 permet de retenir les éléments suivants.

1.3.1 Participation/fidélisation au DOCCR

Le tableau de bord du DOCCR met en évidence comme le tableau de bord 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.

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 méthodologiques². 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 25,3% pour la région IDF**, les deux sexes ensemble, et en progression par rapport à la campagne précédente (17,9% en 2015-2016). Il existe des variations de ce taux par départements, par tranches d'âges et par régimes d'assurance maladie.

Par tranches d'âges, les deux sexes confondus, comme séparément, pour les hommes comme pour les femmes, la participation augmente jusqu'à 74 ans : les personnes âgées de 50-54 ans sont celles qui participent le moins

²Le 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.

au DO, tandis que celles de 70-74 ans sont celles qui participent le plus. Cette tendance existe quel que soit le niveau de participation du département.

Par régimes sociaux, les personnes du RSI, hommes et femmes, demeurent celles qui ont le moins bon taux de participation au DOCCR (15,9% pour la participation régionale des deux sexes au cours de la campagne 2017-2018). 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.

Figure 1

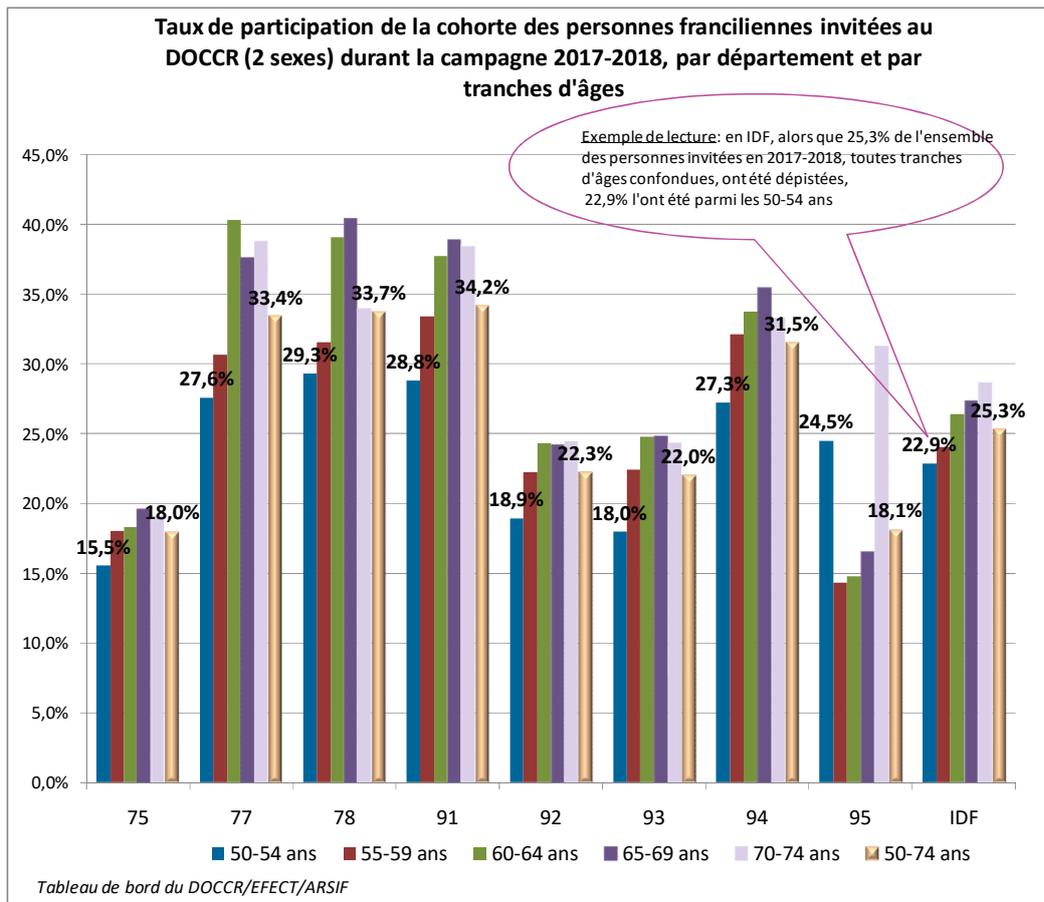
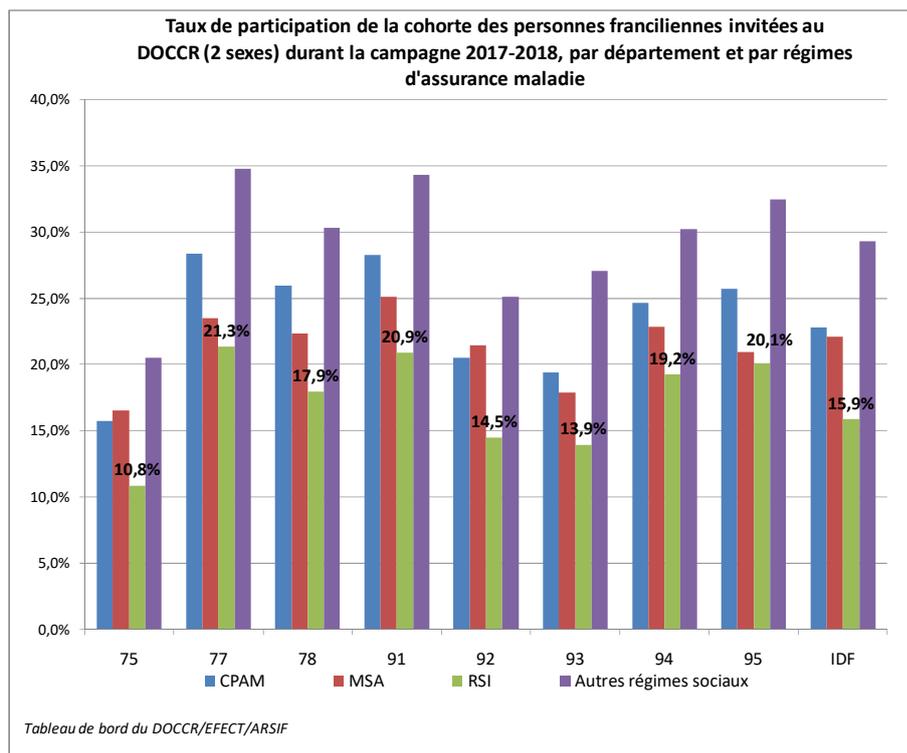


Figure 2



Taux standardisés de participation et d'exclusion Insee

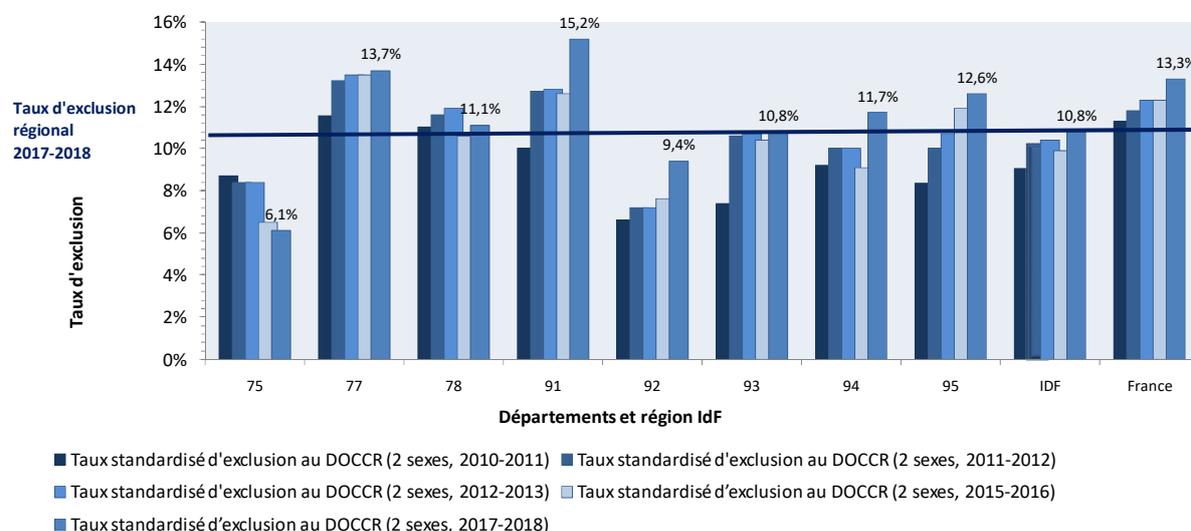
Nous rappelons à nouveau que la méthode de calcul du taux de participation INSEE qui utilise au dénominateur l'effectif de population issu de projections réalisées à partir du recensement conduit à un taux de participation en règle plus élevé que celui de la cohorte des invités.

Pour la campagne 2017-2018, avec 28%, le taux régional INSEE de participation au DOCCR affiche une tendance à la progression après avoir stagné voire diminué au cours des précédentes campagnes. Ceci est observé dans tous les territoires. **Le taux de participation régional reste plus faible qu'au niveau national (à 32%),** pour les hommes (27,2% versus 30,7%) comme pour les femmes (29,3% versus 33,4%). Ceci est vrai malgré le taux d'exclusion également plus faible qu'au niveau national bien qu'en augmentation (10,8% **pour la région IDF versus** 13,3% au niveau national), pour les 2 sexes. Le site du 75 échappe à cette règle, rappelant que des retards à la saisie des causes d'exclusion peuvent influencer la valeur observée.

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.** Comme pour la participation au DOCS, les sites du 75 et du 92 présentent les taux les plus faibles.

Figure 3 :

Evolution du taux standardisé d'exclusion au DOCCR pour causes médicales, les deux sexes confondus, entre la campagne 2010-2011 et la campagne 2017-2018 (Source Santé Publique France)

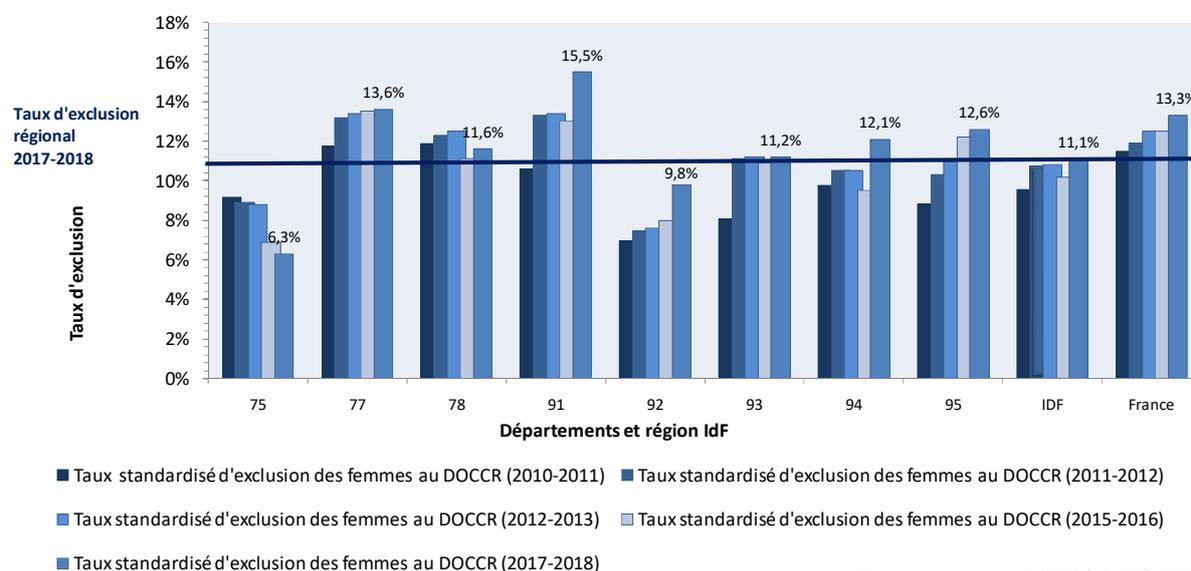


Source : Santé Publique France

Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 4

Evolution du taux standardisé d'exclusion au DOCCR pour causes médicales, chez les femmes entre la campagne 2010-2011 et la campagne 2017-2018 (Source Santé Publique France)



Source : Santé Publique France

Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Fidélisation au DOCCR

La fidélisation des personnes au programme est déterminante pour apprécier la mise en œuvre **dans la durée**. 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 2017-2018 comme la précédente bénéficie d'un recul de 3 campagnes effectives pour tous les départements franciliens et inclut la période transitionnelle d'introduction du nouveau test immunologique.**

La « non participation » au DOCCR comme la fidélisation se montrent stables dans le temps au niveau régional mais varient par territoires

Tous les territoires connaissent toujours une forte proportion de personnes strictement non participantes au dépistage organisé (66,7% au niveau régional), en soulignant la stabilité par rapport aux exploitations précédentes dans tous les territoires en dehors du 93 et du 94 où elle tend à augmenter. Par site, la fréquence de la « non-participation » s'étend de 60,2% dans le 77 (qui demeure le territoire où elle est la plus faible) à 75,5% dans le 75 (qui demeure le territoire où elle est la plus élevée).

Au niveau régional, tous âges confondus, 11,2% des personnes sont « fidèles » (versus 12% en 2015-2016, 11,4% en 2008-2013, 13,7% en 2007-2012 et 11,4% en 2006-2011) et 7,2% « plutôt fidèles » au programme national tel qu'il a été conçu (7,5% en 2015-2016), portant à 18,4% le pourcentage de personnes adhérant au DOCCR. La situation se montre donc stable dans le temps. La variation territoriale de ces deux profils (« fidèle » et « plutôt fidèle ») est également marquée, allant de 10,9% dans le 75 (11,1% en 2015-2016) à 24,7% dans le 91 (le plus haut niveau avec le 77, 94 et 95)

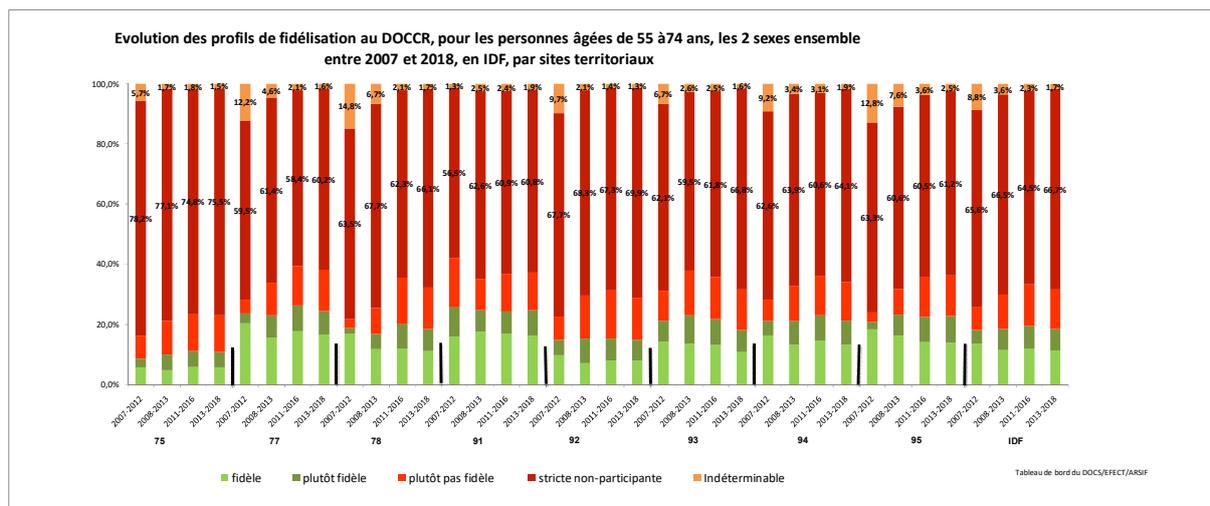
La fidélisation s'améliore avec l'augmentation de l'âge, dans les deux sexes et pour tous les sites territoriaux

Par classes d'âges **et par sexe**, la fidélisation (profils « fidèle » et « plutôt fidèle ») s'améliore avec l'avancée en âge chez les hommes comme chez les femmes. Le niveau de fidélisation demeure plus élevé chez les femmes où l'augmentation avec l'âge est également plus marquée, dans tous les départements.

Les personnes « fidèles » sont plus nombreuses dans les territoires où la participation est élevée

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 (77, 94, 95) et/ou dans les départements les plus anciennement entrés dans le DOCCR** comme le 91. Notons aussi la tendance à l'homogénéisation du niveau de fidélisation dans tous les départements en dehors des 75 et 92.

Figure 5



1.3.2 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 a été multiplié par 2** depuis son introduction en 2015.

1579 cancers ont été détectés en 2017-2018 parmi les personnes dépistées portant le **taux brut** régional de cancers détectés à 2,2 pour 1000 (2,7 pour 1000 en 2015-2016 également mais 1,51 en 2011-2012).

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.

Le pourcentage de cancers du colon et du rectum par personne dépistée positive est de 5,3% au niveau régional, ce qui est relativement stable par rapport à la précédente campagne (5,9%). Les variations territoriales vont de 4,1% dans l 91 à 6,1% dans le 77 et sont observées similaires à la campagne.

Le nombre d'adénomes à haut risque détectés a été pratiquement multiplié par 3 depuis l'introduction du test immunologique : 7683 adénomes à haut risque ont été détectés en 2017-2018 ce qui porte à 10,7 le taux brut pour 1000 personnes dépistées, les deux sexes confondus, dans la région IDF.

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.

Malgré le manque d'exhaustivité de l'information portant sur le stade TNM des cancers détectés du fait d'un recul encore insuffisant en 2019 pour récupérer les données de 2018 (le stade est connu pour 75,4% des cancers), et l'existence d'importantes variations territoriales :

- 72,6% sont invasifs et 27,4% sont in situ (22,4% dans la campagne 2011-2012). Ces proportions varient entre territoires:
 - Les sites du 77, 78, 92, 93, 94 et 95 restant proches de cette valeur
 - Les sites du 75 et du 91 se plaçant très en deçà, avec respectivement 16,7% et 14,6% de cancers de stade 0.
- Parmi les cancers invasifs, le stade I est le plus fréquent au niveau régional (41,8% des cancers invasifs) comme territorial, malgré les variations allant de 35,9% dans le 92 à 48,6% dans le 75.
- **Les cancers de bon pronostic (in situ et stade I des cancers invasifs) représentent donc, au total, 57,4% de l'ensemble des cancers détectés dont on connaît le stade au niveau régional.**

1.3.3 Qualité du programme

Tests non analysables

7,4% des tests réalisés ne sont pas analysables, ce qui est assez stable par rapport à la campagne précédente (6,9% en 2015-2016). Les variations territoriales demeurent importantes, de 6% dans le 91 à 8,9% dans le 75.

Pour la région et pour la même période :

- 71,3% des personnes ont refait le test non analysable. Les variations territoriales s'étendent de 63,9% dans le 93 à 78,2% dans le 92.
- 28,7% des personnes n'ont toujours pas refait le test non analysable après 6 mois, ce qui est stable par rapport à la campagne précédente (27,4% en 2015-2016). Les variations territoriales s'étendent de 21,8% dans le 92 à 36,1% dans le 93.

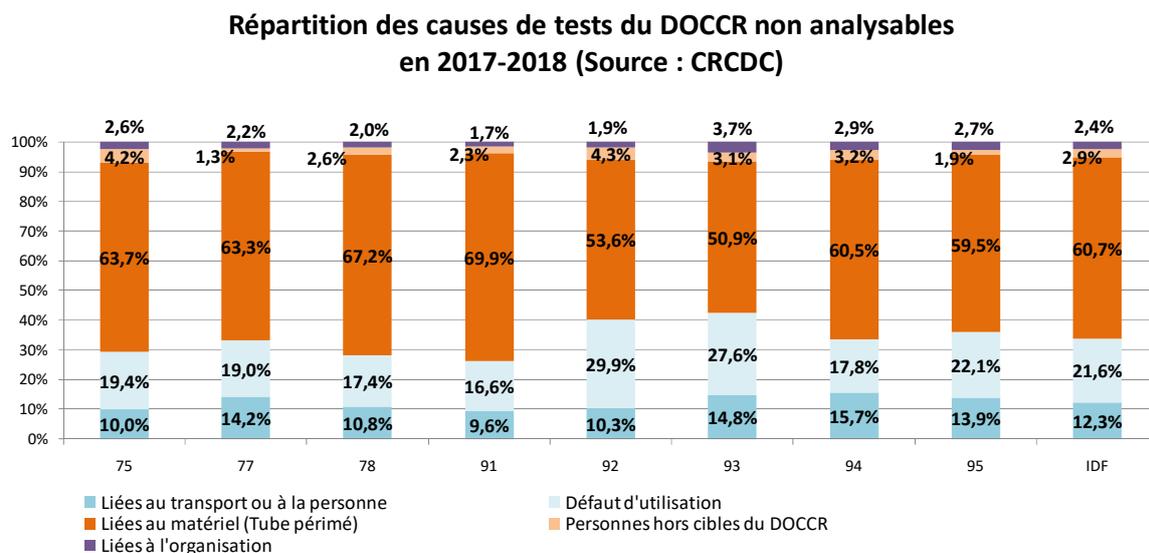
Parmi les 15 causes différentes actuellement recensées pour expliquer qu'un test soit non analysable (cumulatives) la part des causes techniques (résultats techniquement ininterprétables) est actuellement nulle.

Les causes liées au matériel (tube périmé) constituent la cause la plus importante de tests non analysables (60,7% en région), et sont passées devant les défauts d'utilisation qui constituaient la première cause en 2015-2016. Des variations territoriales existent allant de 50,9% dans le 93 à 69,9% dans le 91.

Ce constat est à rapprocher de l'estimation de l'utilisation des tests commandés par les professionnels auprès de l'assurance maladie ou le CRCDC et qui montre que seulement 70,6% des tests semblent utilisés, ce pourcentage variant fortement au sein des sites (de 49,2% dans le 75 à 81,6% dans le 91).

Les défauts d'utilisation représentent à présent la deuxième cause de test non analysable (21,6% en région), avec là encore d'importantes variations territoriales (de 13,2% dans le 91 à 29,9% dans le 92).

Figure 6



Modalités du fonctionnement du DOCCR

Pour la campagne 2017-2018 :

- Les différents sites territoriaux respectent le cahier des charges dans le délai préconisé de 22 mois entre 2 invitations puisque ce délai médian se situe entre 21 et 25 mois selon le territoire.
- Les autres indicateurs traduisent également la stratégie des sites du CRCDC mais illustrent également le comportement des personnes cibles et la contribution effective du médecin qui remet le test :
 - Le délai entre 2 tests pour les personnes invitées, les deux sexes confondus, est compris, entre 25 mois (dans le 95) et 28 mois (dans le 93) en valeur médiane, soit 2 ans et 2 ans et 4 mois, avec une tendance à la baisse par rapport aux exploitations antérieures.
 - Le délai entre l'invitation initiale et la réalisation du test varie de 4,7 mois (dans le 77) à 6,4 mois (dans le 94), en valeur médiane selon les territoires.
 - L'invitation initiale est d'ailleurs le mode d'accès le plus fréquent au DOCCR, représentant 50,3% des modes d'accès mais il existe des « profils » territoriaux qui se caractérisent :
 - Par le rôle fort de l'invitation initiale dans les modalités d'accès au dépistage (>50%) : sites du 93, 94, 95, notant que la fréquence des autres modalités est également proche. 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.
 - Par le rôle relativement plus important des relances : 77, 78, 91, 92
 - A part : 75

Aucune différence entre les hommes et les femmes n'est constatée mais des différences par tranches d'âge : les invités de plus de 65 ans sont plus réactifs à l'invitation initiale que les autres tranches d'âge, tandis que les relances 1 et surtout 2 mobilisent davantage les plus jeunes (moins de 59 ans).

- Le délai entre la dernière sollicitation et la réalisation du test, qui est plus spécifique de la réactivité des personnes cibles après relance est plus court et varie également de 1,9 mois (dans le 93) à 2,4 mois (dans le 75 et le 92), en valeur médiane.
- Le nombre moyen de sollicitations par personne dépistée en Ile de France est de 1,62 pour la campagne 2017-2018, en baisse par rapport aux résultats de 2012 où il se situait proche de 2.
- Ce nombre moyen est naturellement plus élevé, à 2,52 chez les personnes non dépistées pour la campagne 2017-2018, puisqu'il traduit la mise en œuvre des relances par les sites territoriaux.
- Il n'existe pas de différence observée par sexes pour ces différents indicateurs.

Ces éléments, qui convergent, sont en faveur de l'intégration dans la population et chez les professionnels du processus collectif de dépistage et d'une meilleure réactivité globale, mais soulignent les différences encore actuelles dans les stratégies des sites territoriaux du CRCDC.

Il demeure toujours très difficile pour le CRCDC de connaître les causes de non-participation au DOCCR hors causes médicales puisque seulement 4,3% de ces dernières sont renseignées au niveau régional, avec des variations départementales importantes, allant de 0,1% pour Paris à 9,5% dans le 93. Malgré les limites de cette information, les PND (Plis non distribuables) continuent d'être la première cause de non-participation au DOCCR.

Suivi des positifs

4% des personnes ayant réalisé un test au niveau régional sont positives pour la campagne 2017-2018 (4,5% en 2015-2016), plus élevé chez les hommes (4,8%) que chez les femmes (3,1%), comme au niveau national.

Pour cette exploitation, 82% des personnes ont réalisé une coloscopie après un test positif, pour la région IDF, proportion encore inférieure à la référence des 90% recommandés au niveau européen. Il existe d'importantes variations territoriales (même si le recueil des résultats des coloscopies est encore susceptible d'évoluer), allant de 72,4% dans le 75 à 91,6% dans le 95.

Le délai médian de réalisation de la coloscopie après un test positif varie dans les départements franciliens de 79 jours dans le 75 à 103 jours dans le 95 soit 2,5 à 3,5 mois. Ce délai est plus court en valeur médiane, attestant d'une forte dispersion autour de la moyenne.

Le pourcentage de personnes confirmées positives par la coloscopie est de 52% au niveau régional (de 44% dans le 75 à 62% dans le 91), plus important chez les hommes (57%) que chez les femmes (46,4%).

2 ORIENTATIONS DECISIONNELLES

Les éléments apportés par cette nouvelle exploitation du tableau de bord suggèrent (ou confortent par rapport aux analyses antérieures) les orientations suivantes.

2.1 Actions d'amélioration de l'adhésion au DO et de la qualité du programme

Chaque site du CRCDC hiérarchisera les actions qui le concernent sur la base de ses résultats spécifiques (monographie) mais correspondantes aux orientations communes suivantes.

2.1.1 Améliorer l'adhésion et la fidélisation au programme

- Mener des actions de sensibilisation du réseau de professionnels par le développement d'une politique d'animation territoriale poursuivant plusieurs objectifs
 - Sensibilisation directe des professionnels (en articulation avec les autres actions régionales de sensibilisation à la prévention et au dépistage) et sensibilisation des représentants régionaux des professionnels.
 - Appui pour la remise de tests
 - Retours d'informations sur la dynamique du dépistage
- Se rapprocher de l'assurance maladie pour développer ces actions de sensibilisation des professionnels de manière synergique.
- 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 : l'intégration des données des assurés à la base de données du régime général ne fera pas disparaître les spécificités de cette sous population pour laquelle la mobilisation est nécessaire.
 - Personnes « plutôt » fidèles et « plutôt » 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.
 - Personnes des plus jeunes tranches d'âge qui répondent plutôt aux relances qu'à l'invitation initiale et se fidélisent moins facilement que les tranches d'âge les plus élevées.
- Approfondir au niveau régional la connaissance des caractéristiques de sous populations :
 - Les personnes du RSI pour comprendre les freins au recours au DO, retrouvé dans le DOCS pour les femmes.
 - Les personnes « plutôt pas fidèles » pour connaître les freins à la fidélisation dans le DO, après avoir réalisé au moins un test.

2.1.2 Améliorer la gestion et l'utilisation du matériel du dépistage

- Identifier et mettre en œuvre les actions susceptibles de réduire les principales causes de tests non analysables:
 - Diffuser des consignes aux médecins et à destination des personnes dépistées pour limiter l'utilisation de tests périmés (qui constituent la première cause de tests non analysables) et l'existence de défauts d'utilisation dont l'absence de date de prélèvement sur l'échantillon
 - Mener des actions pour améliorer l'utilisation proprement dite.
- Etablir des liens réguliers avec l'assurance maladie pour disposer des données de commandes de kits de tests et synchroniser l'approvisionnement pour améliorer la gestion de la distribution et le taux d'utilisation des tests.

2.1.3 Améliorer la qualité du programme

Définir les actions pouvant :

- Réduire la part des tests non analysables non refaits.
- Poursuivre la confrontation des différentes stratégies complémentaires mises en œuvre par les territoires pour identifier les actions porteuses d'effets
- Homogénéiser les pratiques.

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

2.2.1 Améliorer la qualité des informations colligées en routine par le CRCDC

- Reconsidérer l'ensemble des données collectées dans les bases de données de chaque site, homogénéiser les saisies et mettre en place des contrôles de cohérence réguliers.
- Etablir des procédures de fonctionnement, notamment pour la récupération de certaines informations clés pour le DOCCR :
 - La connaissance de la réalisation des coloscopies,
 - Les résultats anatomopathologiques : améliorer le délai de l'accès aux résultats d'anatomopathologie du compte rendu opératoire des personnes et l'exhaustivité de la collecte, cette information étant centrale pour juger de l'efficacité du programme,
 - Les causes d'exclusion : établir pour cette donnée une stratégie de récupération de la réalisation de coloscopie avec l'assurance maladie dans tous les départements,
 - Les causes non médicales de non participation au programme.

- Mettre en place la méthode de dénombrement des médecins « actifs » pour le DOCCR, par types (ceci étant vrai pour tous les dépistages).

2.2.2 Etablir des connexions avec les données financières et économiques du programme

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.

La mise en place du CRCDC constitue une réelle opportunité pour la mise en place de ces différents axes d'amélioration.