

ESTIMATION DU TAUX DE COUVERTURE DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL EN FRANCE EN 2022

// ESTIMATION OF COLORECTAL CANCER SCREENING COVERAGE RATE IN FRANCE IN 2022

Cécile Quintin¹ (cecile.quintin@santepubliquefrance.fr), Bernard Denis², Patrick Delasalle^{3,4}, Somany Sengchanh-Vidal⁵, Marie-Christine Quartier⁶, Jean-François Seitz^{3,7}

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Hôpitaux civils de Colmar, Colmar

³ Centre régional de coordination du dépistage des cancers Sud-Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRCDC-Sud-Paca), Marseille

⁴ Clinique du Palais, Grasse

⁵ Centre régional de coordination du dépistage des cancers Centre-Val de Loire (CRCDC-CVL), Tours

⁶ Centre régional de coordination du dépistage des cancers Normandie, Caen

⁷ CHU de la Timone, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Aix-Marseille Université (AMU), Marseille

Soumis le 01.10.2024 // Date of submission: 10.01.2024

Résumé // Abstract

En France, la participation au Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (PNDCCR) est faible, en-deçà des recommandations européennes. Parallèlement, il existe une pratique d'exploration endoscopique qui permet à un certain nombre de personnes d'être couvertes par une modalité de dépistage du cancer colorectal (CCR). Les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent de comptabiliser et de caractériser les personnes ayant réalisé un test immunochimique fécal (FIT) ou une exploration endoscopique colorectale. L'objectif de ce travail était d'estimer les taux de couverture du dépistage du CCR chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans pour l'année 2022. Au niveau national, le taux de couverture était de 47,8%, plus élevé pour les femmes. Il augmentait avec l'âge et variait selon les régions. La majorité (58,4%) des personnes couvertes avaient réalisé un FIT dans un délai inférieur ou égal à 2 ans, avec d'importantes variations régionales : en Bourgogne-Franche-Comté, près de deux personnes couvertes sur trois l'étaient par un FIT alors qu'en Corse, cette proportion n'était que d'un tiers. Au niveau national, la proportion de personnes couvertes par une exploration endoscopique colorectale (sans FIT récent) était de 41,6%. Elle était d'environ un tiers en Bourgogne-Franche-Comté, Normandie et à La Réunion, et d'environ deux tiers en Guyane et en Corse. Si les taux de participation au PNDCCR sont publiés annuellement par Santé publique France, ce travail montre l'intérêt d'y ajouter la publication régulière des taux de couverture, meilleur reflet de la réalité du dépistage du CCR dans notre pays.

In France, participation in the national organised colorectal cancer screening programme (PNDCCR) is low, with rates below European recommendations. However, the practice of endoscopic exploration also allows a certain number of people to be up-to-date with colorectal cancer (CRC) screening. The French National Health Data System (SNDS) provides data on the people who have undergone a fecal immunochemical test (FIT) or a colorectal endoscopic exploration. The objective of this study was to estimate CRC screening coverage rates for the year 2022. At the national level, the total coverage rate was 47.8%, with a higher rate among women. The coverage rate increased with age and varied by region. The majority (58.4%) of people covered were covered by FIT within the preceding 2 years, with significant regional variations: in Bourgogne-Franche-Comté, almost two out of three people were covered by FIT, while in Corsica this proportion was only one in three. At the national level, the proportion of people covered by a colorectal endoscopic exploration (without recent FIT) was 41.6%. It was approximately one third in Bourgogne-Franche-Comté, Normandy and Réunion Island vs approximately two thirds in French Guiana and Corsica. While PNDCCR participation rates are published annually by Santé publique France, this work shows the additional interest of regularly publishing total coverage rates, which present a more faithful reflection of real CRC screening rates in France.

Mots-clés : Cancer colorectal, Dépistage, Couverture, Coloscopie, Test immunochimique fécal
// Keywords: Colorectal cancer, Screening, Coverage, Colonoscopy, Fecal immunochemical test

Introduction

En France, le cancer colorectal (CCR) est la deuxième cause de décès par cancer. Il représente chaque année plus de 47 000 nouveaux cas et plus de 17 000 décès¹. Il existe un Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal

(PNDCCR), généralisé à l'ensemble du territoire en 2008-2009 (incluant les départements et régions d'outre-mer – DROM –, hors Mayotte), dont l'objectif principal est de diminuer la mortalité spécifique grâce à une détection et un traitement précoces des lésions néoplasiques. Il s'adresse aux femmes et

aux hommes âgés de 50 à 74 ans, à risque moyen de développer un CCR : ils sont invités tous les deux ans à effectuer un test de recherche de sang occulte dans les selles par test immunochimique fécal quantitatif (FIT)², suivi d'une coloscopie si ce test est positif. La détection par FIT d'un grand nombre d'adénomes avancés devrait permettre aussi de réduire l'incidence du CCR et d'assurer une véritable prévention³. Ce programme, encadré par un cahier des charges national⁴, s'appuyant lui-même sur des recommandations européennes⁵, est organisé à l'échelle régionale par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). Les personnes à risque élevé ou très élevé de CCR⁶ (antécédents personnels ou familiaux d'adénome ou de CCR, de maladie inflammatoire chronique intestinale, polypose adénomateuse familiale ou CCR héréditaire non polyposique) en sont exclues définitivement, une surveillance périodique par coloscopie étant indiquée. Les personnes ayant réalisé une coloscopie récente sans lésion néoplasique sont exclues temporairement de ce programme car elles sont considérées comme à jour d'une forme de dépistage du CCR. Santé publique France réalise chaque année, à partir des informations collectées et transmises par les CRCDC, une évaluation nationale de la performance du PNDCCR, comprenant notamment le calcul des taux de participation au programme⁷. Ces taux, compris entre 24% et 40% depuis 2008, restent en deçà des recommandations européennes de 45%⁸. Si, au niveau international, le dépistage par FIT, annuel ou bisannuel, ou par coloscopie décennale est le plus fréquent, plusieurs pays proposent un dépistage multi-modal⁹ : en Allemagne ou en Autriche par exemple, les personnes éligibles peuvent choisir entre FIT et coloscopie selon leur sexe et leur âge^{10,11}. Aux États-Unis, selon les préférences des personnes et la disponibilité des tests, les options sont : FIT annuel, test ADN fécal triennal, coloscopie décennale, coloscopie virtuelle ou recto-sigmoïdoscopie quinquennale¹². La coexistence de plusieurs modalités différentes de dépistage impose le calcul d'un taux de couverture du dépistage du CCR, correspondant à la proportion de personnes couvertes par une modalité de dépistage du CCR, quelle qu'elle soit. En France, les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent d'identifier et de comptabiliser les personnes ayant réalisé un FIT ou une exploration endoscopique colorectale.

L'objectif de ce travail était d'estimer, pour l'année 2022, à partir des données du SNDS, les taux de couverture du dépistage du CCR aux niveaux national, régional et départemental.

Méthodes

Sources des données

Le Système national des données de santé (SNDS)¹³, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) est un entrepôt de données médico-administratives anonymisées des bénéficiaires de

l'Assurance maladie française et leurs ayants droits, contenant notamment des informations relatives aux prestations de santé remboursées, aux données d'hospitalisations des établissements publics et privés, aux données de prise en charge au titre des affections de longue durée (ALD).

Population étudiée

Étaient inclus dans la population les hommes et les femmes, extraits de la bibliothèque Consopat¹⁴ du SNDS, âgés de 51 (pour permettre un recul de 2 ans de participation au FIT) à 74 ans révolus, toujours vivant au 31 décembre 2022 et résidant dans l'un des départements français (hors Mayotte). Les personnes répondant à au moins l'un des critères suivants étaient exclues de notre étude :

- antécédent personnel de CCR repéré via le bénéfice d'une ALD C18, C19 ou C20 (codes Classification internationale des maladies – CIM-10) ;
- antécédent personnel de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici) repéré via le bénéfice d'une ALD K50 ou K51.

La population ainsi obtenue sera appelée population éligible dans la suite de l'article. Pour l'année 2022, les personnes de la population éligible étaient considérées comme couvertes par une modalité de dépistage si elles avaient réalisé :

- un FIT dans les deux ans précédents (soit au cours des années 2021 et 2022) ;
- ou une exploration endoscopique colorectale, totale ou partielle, à visée thérapeutique dans les cinq années précédentes ou à visée diagnostique dans les 10 années précédentes (tableau 1).

Analyse

Les taux de couverture ont été estimés en rapportant le nombre de personnes ayant réalisé un FIT ou une exploration endoscopique colorectale à l'effectif de la population éligible. La répartition des modalités de dépistage a été estimée en rapportant les nombres de personnes ayant réalisé un FIT ou une exploration endoscopique colorectale au nombre de personnes couvertes. L'ensemble de ces résultats sont présentés, par sexe et par âge, aux niveaux national et régional. Les taux de couverture sont aussi présentés cartographiquement au niveau départemental.

Résultats

Sur un total de 20 192 366 personnes, 239 667 (1,2%) bénéficiaires d'une ALD pour CCR (56%) ou MICI (44%) (données non présentées) ont été exclues. La population éligible comptait donc 19 952 699 personnes dont 52% de femmes (tableau 2). Au total, 9 529 161 personnes (47,8%) étaient couvertes par une modalité de dépistage du CCR. Ce taux de couverture était de 48,8% chez les femmes et de 46,6% chez les hommes. Il augmentait avec l'âge, passant,

Tableau 1

Codes CCAM des actes pris en compte pour une couverture par exploration endoscopique colorectale et durée de prise en compte

Code CIM10	Intitulé	Durée de prise en compte
HGFE001	Exérèse d'un polype de plus de 1 cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie	5 ans
HGFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie	5 ans
HGQE001	Entéroscopie jéjunale avec entéroscopie iléale	5 ans
HGQE005	Entéroscopie iléale [iléoscopie]	5 ans
HHFC001	Exérèse de polype du côlon par coloscopie, avec contrôle coelioscopique	5 ans
HHFE001	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	5 ans
HHFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	5 ans
HHFE004	Exérèse d'un polype de plus de 1 cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	5 ans
HHFE005	Exérèse d'un polype de plus de 1 cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	5 ans
HHFE006	Séance de mucosectomie rectocolique, par endoscopie	5 ans
HHNE001	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale	5 ans
HHNE002	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale	5 ans
HHNE003	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	5 ans
HHNE004	Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	5 ans
HHQD445	Exploration de la lumière du côlon par vidéocapsule ingérée [capsule colique]	5 ans
HHQE004	Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde	5 ans
HHSE001	Hémostase de lésion du côlon avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	5 ans
HHSE002	Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale	5 ans
HHSE003	Hémostase de lésion du côlon avec laser, par coloscopie totale	5 ans
HHSE004	Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	5 ans
HJQE001	Rectosigmoïdoscopie	5 ans
HHQK484	Scanographie du côlon avec insufflation [coloscopie virtuelle], sans injection intraveineuse de produit de contraste	5 ans
HHQH365	Scanographie du côlon avec insufflation [coloscopie virtuelle], et injection intraveineuse de produit de contraste	5 ans
HHGE010	Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie	5 ans
HHLE005	Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie	5 ans
HHQE002	Coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique	10 ans
HHQE003	Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie	10 ans
HHQE005	Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond caecal, sans franchissement de l'orifice iléocolique	10 ans
HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	5 ans
HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	5 ans
HHFA021	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	5 ans
HHFA022	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomie	5 ans
HHFA028	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	Définitive
HHFA029	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	Définitive
HHFA030	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	Définitive
HHFA031	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par laparotomie	Définitive
HJFC023	Proctectomie secondaire par coelioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale	Définitive



Tableau 1 (suite)

Code CIM10	Intitulé	Durée de prise en compte
HJFA012	Proctectomie secondaire par laparotomie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale	Définitive
HJFC003	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale	Définitive
HJFC001	Résection rectocolique subtotala pour aganglionose congénitale par coelioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale	Définitive

CCAM : Classification commune des actes médicaux ; CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision.

Tableau 2

Effectifs, taux de couverture et modalités de dépistage du cancer colorectal parmi la population éligible, par sexe, par tranche d'âge et par région, France (hors Mayotte), 2022

	Population éligible		Population couverte par une modalité de dépistage du CCR		Taux de couverture (%)		FIT dans les deux ans précédents (2021 ou FIT2022)				Exploration endoscopique colorectale antérieure (hors FIT dans les deux ans précédents)							
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Total	19 952 699		9 529 161		47,8		5 560 383				58,4				3 966 646		41,6	
Sexe																		
Total	9 575 237	10 377 462	4 466 652	5 062 509	46,6	48,8	2 570 689	57,6	2 989 694	59,1	1 894 865	42,4	2 071 781	40,9				
Âge																		
51-54 ans	1 813 798	1 850 535	719 793	787 065	39,7	42,5	481 132	66,8	515 688	65,5	238 544	33,2	271 255	34,5				
55-59 ans	2 209 891	2 294 623	953 171	1 061 425	43,1	46,3	577 507	60,6	648 052	61,1	375 496	39,4	413 179	38,9				
60-64 ans	2 027 694	2 183 672	957 908	1 085 246	47,2	49,7	543 024	56,7	637 929	58,8	414 645	43,3	447 101	41,2				
65-69 ans	1 827 745	2 067 564	933 060	1 079 814	51,0	52,2	504 245	54,0	617 725	57,2	428 569	45,9	461 870	42,8				
70-74 ans	1 696 109	1 981 068	902 720	1 048 959	53,2	52,9	464 781	51,5	570 300	54,4	437 611	48,5	478 376	45,6				
DROM																		
Guadeloupe	66 657	79 570	20 901	31 218	31,4	39,2	8 559	41,0	14 752	47,3	12 332	59,0	16 457	52,7				
Martinique	60 746	72 810	20 115	31 358	33,1	43,1	10 845	53,9	18 731	59,7	9 264	46,1	12 620	40,3				
Guyane	21 798	23 824	4 104	5 274	18,8	22,1	1 383	33,7	1 790	33,9	2 718	66,2	3 484	66,1				
La Réunion	120 994	129 117	44 016	51 114	36,4	39,6	27 147	61,7	32 997	64,6	16 860	38,3	18 109	35,4				
Hexagone	9 305 042	10 072 141	4 377 516	4 943 545	47,0	49,1	2 522 755	57,6	2 921 424	59,1	1 853 691	42,3	2 021 111	40,9				
Île-de-France	1 521 948	1 642 667	660 318	755 170	43,4	46,0	375 537	56,9	428 719	56,8	284 603	43,1	326 289	43,2				
Centre-Val de Loire	378 144	407 174	180 695	206 201	47,8	50,6	106 786	59,1	125 383	60,8	73 874	40,9	80 778	39,2				
Bourgogne-Franche-Comté	418 911	449 365	196 479	224 205	46,9	49,9	126 257	64,3	150 141	67,0	70 173	35,7	74 009	33,0				
Normandie	485 900	531 288	230 839	267 343	47,5	50,3	141 849	61,5	171 187	64,0	88 928	38,5	96 091	36,0				
Hauts-de-France	809 490	894 250	345 238	397 532	42,6	44,5	186 647	54,1	221 188	55,6	158 486	45,9	176 234	44,3				
Grand Est	813 683	874 612	407 418	450 644	50,1	51,5	249 474	61,2	284 263	63,1	157 845	38,7	166 295	36,9				
Pays de la Loire	549 810	588 735	297 200	330 320	54,1	56,1	172 511	58,1	199 366	60,4	124 626	41,9	130 913	39,6				
Bretagne	517 307	552 341	260 752	292 170	50,4	52,9	154 655	59,3	179 394	61,4	106 030	40,7	112 723	38,6				
Nouvelle-Aquitaine	937 885	1 026 261	445 370	506 754	47,5	49,4	256 437	57,6	301 173	59,4	188 804	42,4	205 474	40,5				
Occitanie	905 889	982 100	419 911	465 054	46,4	47,4	232 016	55,3	261 754	56,3	187 803	44,7	203 196	43,7				
Auvergne-Rhône-Alpes	1 130 761	1 203 985	550 451	618 150	48,7	51,3	324 592	59,0	376 788	61,0	225 740	41,0	241 266	39,0				
Provence-Alpes-Côte d'Azur	782 754	863 653	361 197	406 596	46,1	47,1	188 430	52,2	213 723	52,6	172 704	47,8	192 786	47,4				
Corse	52 560	55 710	21 648	23 406	41,2	42,0	7 564	34,9	8 345	35,7	14 075	65,0	15 057	64,3				

CCR : cancer colorectal ; FIT : test immunochimique fécal ; DROM : départements et régions d'outre-mer.

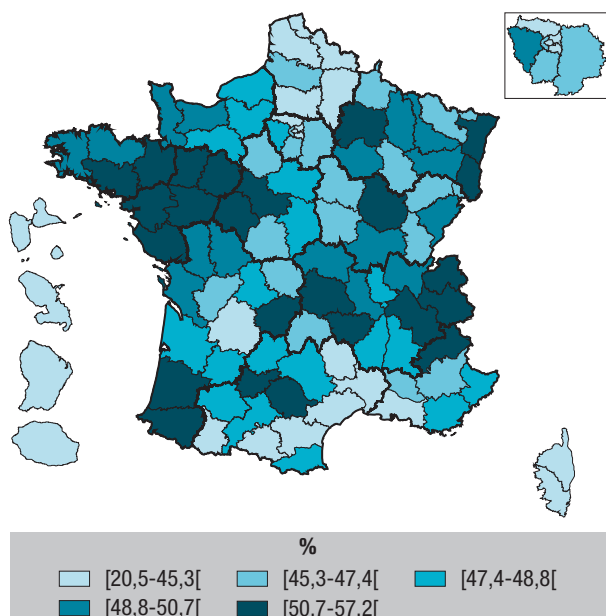
Source des données : Système national des données de santé (SNDS), exploitation Santé publique France.

chez les femmes, de 42,5% pour les 51-54 ans à 52,9% pour les 70-74 ans et, chez les hommes, de 39,7% pour les 51-54 ans à 53,2% pour les 70-74 ans. Dans l'Hexagone (Corse incluse), des variations

régionales étaient également observées, le taux de couverture passant, pour les femmes, de 42,0% en Corse à 56,1% dans les Pays de la Loire (respectivement 41,2% à 54,1% pour les hommes). Au niveau

Figure 1

Taux départementaux de couverture du dépistage du cancer colorectal par FIT ou exploration endoscopique colorectale, France (hors Mayotte), 2022



FIT : test immunochimique fécal.
Source des données : Système national des données de santé (SNDS), exploitation Santé publique France.

départemental, les taux de couverture les plus élevés étaient observés dans un grand quart Nord-Ouest et dans quelques départements de la moitié Est de la France tandis que les plus faibles étaient observés dans le Nord, dans le Nord de la région parisienne et sur le pourtour méditerranéen (figure 1). Dans l'Hexagone, les taux variaient de 37,6% en Seine-Saint-Denis à 57,1% en Loire-Atlantique (résultats non montrés). Dans les DROM, le taux de couverture variait, pour les femmes, de 22,1% en Guyane à 39,6% à La Réunion (resp. 18,8% à 36,4% pour les hommes).

Tableau 3

Répartition des codes-actes parmi les personnes couvertes par une exploration endoscopique colorectale, France (hors Mayotte), 2022

Code	Texte	N	%
HHQE005	Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond caecal, sans franchissement de l'orifice iléocolique	2 066 017	52,1
HHQE002	Coloscopie totale avec franchissement de l'orifice iléocolique	783 060	19,7
HHFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	766 154	19,3
HHFE006	Séance de mucosectomie rectocolique, par endoscopie	141 544	3,6
HHFE004	Exérèse d'un polype de plus de 1 cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale	114 021	2,9
HJQE001	Rectosigmoïdoscopie	35 325	0,9
HHQE004	Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde	30 048	0,8
HHSE002	Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale	7 924	0,2
HHFE001	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle	6 593	0,2
Autre		15 960	0,4
Total		3 966 646	100,0

Source des données : Système national des données de santé (SNDS), exploitation Santé publique France.

La majorité (58,4%) des personnes couvertes avaient réalisé un FIT dans les deux dernières années. Cette proportion était comparable pour les femmes et pour les hommes. Elle diminuait avec l'âge passant, pour les femmes, de 65,5% chez les 51-54 ans à 54,4% chez les 70-74 ans (resp. 66,8% à 51,5% pour les hommes). Elle variait aussi selon les régions (figure 2). En Bourgogne-Franche-Comté, 2 personnes sur 3 étaient couvertes par un FIT (67,0% pour les femmes et 64,3% pour les hommes), alors qu'en Corse, cette proportion n'était que d'un tiers (35,7% pour les femmes et 34,9% pour les hommes).

La proportion de personnes couvertes par une exploration endoscopique colorectale (sans FIT dans les deux dernières années) était de 41,6%. Elle augmentait avec l'âge de 34,5% à 45,6% pour les femmes (resp. 33,2% à 48,5% pour les hommes), elle était plus élevée pour les femmes que pour les hommes chez les plus jeunes, mais le rapport s'inversait à partir de 60-64 ans. Cette proportion variait aussi selon les régions.

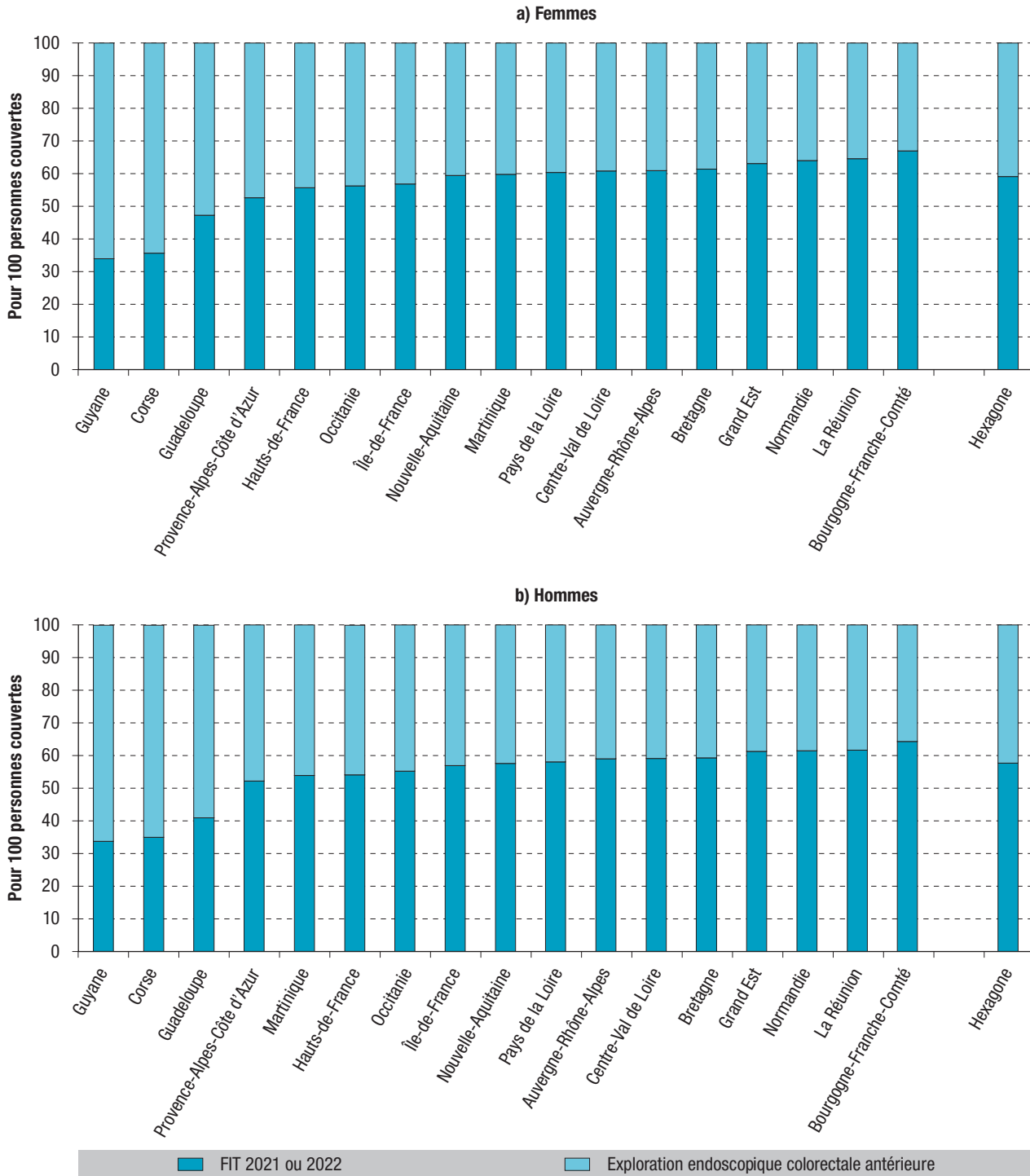
Parmi les personnes couvertes par une exploration endoscopique, 94,0% avaient réalisé une coloscopie totale, 19,3% avec une exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre, et 2,9% avec une exérèse de 4 polypes ou plus, ou d'un polype de plus de 1 cm (tableau 3).

Discussion

Notre étude a permis d'estimer qu'en 2022, en France, près d'une personne éligible sur deux était couverte par une modalité de dépistage du CCR, la majorité d'entre elles ayant réalisé un FIT dans les deux années précédentes. Ce taux de couverture était plus élevé chez les femmes que chez les hommes et augmentait avec l'âge. D'importantes variations régionales étaient observées : la couverture était plus faible dans les DROM et en Corse,

Figure 2

Répartition régionale des modalités de dépistage du cancer colorectal pour les personnes couvertes, par sexe, France (hors Mayotte), 2022



FIT : test immunochimique fécal.

Source des données : Système national des données de santé (SNDS), exploitation Santé publique France.

tandis qu'elle était la plus élevée dans les Pays de la Loire et en Bretagne. Dans l'Hexagone, la différence était de 20 points entre les départements les mieux et les moins bien couverts. La répartition entre couverture par FIT (environ 60%) et couverture par exploration endoscopique colorectale (environ 40%) variait selon les régions : elle reposait principalement sur le FIT en Bourgogne-Franche-Comté (où une expérimentation avait été conduite avant la généralisation

du programme), en Normandie ou à La Réunion, tandis que l'exploration endoscopique colorectale était plus fréquente en Corse et en Guyane.

En 2021-2022, le taux de participation au PNDCCCR était de 34,3%¹⁵, en-deçà des recommandations européennes de 45%⁸. Toutefois, en incluant les explorations endoscopiques colorectales, le taux de couverture était proche de 48%.

Les résultats de notre étude sont comparables à ceux obtenus par Seitz et coll.¹⁶ en 2016-2017, même si la méthode n'est pas exactement identique : le taux de couverture était alors de 46,5% au niveau national (dont 63% de couverture par FIT) et de 46,0% pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (dont 56% de couverture par FIT). Les présents résultats confirment également des observations précédentes, avec un nombre estimé de personnes à exclure du PNDCCR en raison d'une coloscopie antérieure similaire à celui rapporté en 2018 (3,9 millions)¹⁷, comparable aux 3,7 millions de personnes couvertes pour coloscopie antérieure en 2022. Le nombre de dépistage par FIT identifiés dans le SNDS (5,6 millions) pour notre étude est inférieur à celui recueilli par les CRCDC (6,1 millions)¹⁵. Cette différence s'explique, en partie, par l'exclusion dans notre étude, des personnes éligibles âgées de 50 ans pour permettre à l'ensemble de la population éligible de réaliser un FIT sur une période de deux ans. Par ailleurs, les tests non analysables, non facturés, ne bénéficient pas d'un remboursement et ne sont donc pas comptabilisés dans le SNDS alors qu'ils sont pris en compte dans les données CRCDC, car on considère que les personnes ont entamé leur démarche de dépistage. D'autre part, les FIT réalisés par les personnes en ALD pour CCR ou MICI, exclues de notre étude, n'ont pas été pris en compte ici puisqu'une surveillance par coloscopie est indiquée pour elles. Enfin, si un FIT réalisé en 2021 et un autre en 2022 n'ont été comptés qu'une seule fois pour notre étude, ce n'est pas toujours le cas dans les données des CRCDC puisqu'il est possible, dans ce cas, d'avoir quasiment respecté une période de deux ans (par exemple un FIT en janvier 2021 et un autre en décembre 2022).

Les comparaisons internationales, notamment avec l'enquête européenne EHIS (*European Health Interview Survey*), effectuée en 2018-2020, montrent que les taux de couverture (FIT dans les deux années précédentes ou coloscopie dans les 10 années précédentes) les plus élevés étaient observés au Danemark, au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Autriche, en Slovénie et en Allemagne (>65%) sachant que ces taux sont calculés sur des données déclaratives⁹. Certains pays européens (Royaume-Uni, Pays-Bas, Italie...) intègrent aussi, dans leur PNDCCR, les personnes à risque élevé, ce qui leur permet de bénéficier des avantages offerts par le programme, notamment les invitations, les relances et le suivi de pratique¹⁸. Aux États-Unis, où plusieurs modalités de dépistage figurent dans les recommandations, le taux de couverture est passé de 63% en 2012 à plus de 70% en 2020 pour les 50-75 ans (essentiellement par coloscopie, 65%), selon l'enquête téléphonique *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS)¹⁹.

Parmi les limites de ce travail, la population utilisée dans notre étude, issue du SNDS, est différente de celle utilisée dans d'autres travaux publiés (Institut national de la statistique et des études économiques – Insee), ce qui peut compliquer les comparaisons.

Ce choix nous permettait de considérer les mêmes personnes au numérateur et au dénominateur du calcul du taux de couverture. Par ailleurs, nous avons restreint notre étude aux FIT réalisés dans les deux ans précédents, sans aucune marge. Nous aurions pu considérer que les personnes avec un FIT datant de deux ans et trois mois étaient aussi couvertes par une modalité de dépistage du CCR, ce qui aurait mécaniquement augmenté les taux de couverture. Il est possible aussi que nous sous-estimions le taux de couverture en surestimant la population éligible, car nous ne pouvons pas, à partir des données du SNDS, identifier les personnes avec des antécédents familiaux d'adénomes ou de CCR et seul le repérage par ALD a été utilisé pour identifier les personnes souffrant de CCR ou MICI. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ont été utilisées pour repérer les actes réalisés, mais elles auraient également pu être exploitées pour identifier les antécédents de CCR. Les coloscopies diagnostiques effectuées pour l'exploration de patients symptomatiques ont été comptabilisées au même titre que les coloscopies de dépistage effectuées chez des personnes asymptomatiques. Nous calculons en effet dans cette étude un taux de couverture pour toute la population de 50 à 74 ans, pas seulement celle à risque moyen asymptomatique. Il est impossible de différencier les coloscopies diagnostiques des coloscopies de dépistage dans les bases de données, ce d'autant que la frontière n'est pas toujours bien nette entre ces deux entités. À la différence du mode de calcul du taux de couverture du BRFSS aux États-Unis et dans l'enquête européenne EHIS (10 ans quel que soit le type de coloscopie), nous avons choisi d'attribuer une durée de protection différente aux coloscopies diagnostiques (10 ans) et thérapeutiques (cinq ans) : il est démontré que le risque de CCR et de décès par CCR est significativement réduit plus de 10 ans après une coloscopie normale²⁰ et nous avons considéré qu'un individu ayant bénéficié d'une résection endoscopique d'adénome n'était correctement dépisté que pour cinq ans, une surveillance endoscopique étant habituellement recommandée, le plus souvent dans un délai de cinq ans²¹. Ce délai de cinq ans a été adopté quel que soit le type de polypectomie car les codes les plus fréquemment utilisés ne permettent pas de distinguer les cas nécessitant un suivi à trois ou cinq ans (notamment parce qu'il n'est pas possible de prendre en considération la dysplasie de haut grade).

En France, les recommandations en matière de dépistage préconisent, pour la population à risque moyen, le recours au FIT tous les deux ans. Mais il existe, parallèlement, une pratique d'exploration endoscopique colorectale que le taux de couverture global calculé ici permet de mesurer. Des travaux récents montraient que, comparé à l'absence de dépistage, le dépistage par coloscopie ou sigmoïdoscopie était la stratégie la plus efficace en termes d'années de vie ajustée sur la qualité (QALY), mais que le dépistage par FIT était le plus coût-efficace²². Néanmoins,

en France, le dépistage du CCR reste moins médiatisé que les autres dépistages, ne ciblant que les femmes, et portant sur des zones corporelles plus faciles à évoquer. Le taux de couverture en France est d'ailleurs parmi les plus faibles des pays comparables⁹ et révèle d'importantes disparités géographiques. La multiplication des modes d'obtention du kit de dépistage (pharmacies, commande en ligne) en 2022 pourrait contribuer à augmenter l'adhésion au PNDCCR. Parallèlement, la reprise des invitations par l'Assurance maladie, début 2024, dans l'optique de mieux cibler les envois d'invitations et de déployer des stratégies individuelles « d'aller vers » parmi les populations non participantes constitue un autre changement d'envergure. Les taux de participation au PNDCCR font déjà l'objet d'une évaluation annuelle par Santé publique France, aux niveaux national, régional et départemental¹⁵. Cette analyse montre l'utilité d'y ajouter l'évaluation régulière des taux de couverture, meilleur reflet de la réalité du dépistage du CCR. ■

Remerciements

Nous remercions l'ensemble des CRCDC pour la qualité de nos échanges, l'ensemble de l'équipe dépistage ainsi que Michel Vernay et Anne Moulin pour leur relecture.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Lapôte-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html

[2] Faivre J, Dancourt V, Lejeune C. Screening for colorectal cancer with immunochemical faecal occult blood tests. *Dig Liver Dis.* 2012;44(12):967-73.

[3] Breekveldt ECH, Lansdorp-Vogelaar I, Toes-Zoutendijk E, Spaander MCW, van Vuuren AJ, van Kemenade FJ, *et al.* Colorectal cancer incidence, mortality, tumour characteristics, and treatment before and after introduction of the faecal immunochemical testing-based screening programme in the Netherlands: A population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2022;7(1):60-8.

[4] Ministère de la Santé et des Solidarités. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. *JORF.* 2006;0295:81. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000460656>

[5] Conseil de l'Union européenne. Recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/878/CE). *JO de l'Union européenne.* 2003;327:34-8. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003H0878>

[6] Haute Autorité de santé. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé – Rapport d'élaboration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. 106 p. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve

[7] Quintin C, Plaine J, Rogel A, de Maria F. Premiers indicateurs de performance du programme de dépistage du cancer colorectal (participation, tests non analysables, tests positifs). Évolution depuis 2010 et focus sur les années Covid 2020-

2021 en France. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(14):266-72. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/14/2023_14_3.html

[8] International Agency for Research on Cancer. Cancer screening in the European Union (2017) – Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon: IARC; 2017. 333 p. <https://screening.iarc.fr/EUreport.php>

[9] Ola I, Cardoso R, Hoffmeister M, Brenner H. Utilization of colorectal cancer screening tests across European countries: A cross-sectional analysis of the European health interview survey 2018-2020. *Lancet Reg Health Eur.* 2024;4(1):100920.

[10] Brinkmann M, Diedrich L, Krauth C, Robra BP, Stahmeyer JT, Dreier M. General populations' preferences for colorectal cancer screening: Rationale and protocol for the discrete choice experiment in the SIGMO study. *BMJ Open.* 2021;11:e042399.

[11] Gartlehner G, Schernhammer E, Lax SF, Preusser M, Bachler H, Titzer H, *et al.* Screening for colorectal cancer: A recommendation statement of the Austrian National Committee for Cancer Screening. *Wien Klin Wochenschr.* 2023; 135(17-18):447-55.

[12] Wolf AMD, Fonham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, *et al.* Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(4):250-81.

[13] Tuppin P, Rudant J, Constantinou P, Gastaldi-Ménager C, Rachas A, de Roquefeuil L, *et al.* Value of a national administrative database to guide public decisions: From the système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) to the système national des données de santé (SNDS) in France. *Rev Epidémiol Sante Publique.* 2017;65 Suppl 4:S149-S167.

[14] Bonnet N, Cahour L, Chesneau J, Chin F, Drewniak N, Jezewski-Serra D, *et al.* Guide d'utilisation du système national des données de santé pour la surveillance et l'observation épidémiologiques. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 78 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/guide-d-utilisation-du-systeme-national-des-donnees-de-sante-pour-la-surveillance-et-l-observation-epidemiologiques>

[15] Santé publique France. Bulletin Dépistage des cancers. Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2022-2023 et évolution depuis 2010. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024. 10 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-colon-rectum>

[16] Seitz JF, Lapalus D, Arlotto S, Gentile S, Ettori F, Rinaldi Y, *et al.* Colorectal cancer screening by fecal immunochemical test or colonoscopy in France: How many people are actually covered? Focus on the Provence-Alpes-Côte d'Azur region. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2022;34(4):405-10.

[17] Quintin C, Denis B, Rogel A, Plaine J, Seitz JF. Vers une meilleure estimation des taux de participation au Programme national français de dépistage organisé du cancer colorectal. *Bull Épidémiol Hebd.* 2024;(5):70-81. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/5/2024_5_1.html

[18] Denis B. Médecine de précision et dépistage du cancer colorectal : une utopie ? *Rev Prat* 2022;72(8):829-37.

[19] He Y, Xu T, Fang J, Tong L, Gao W, Zhang Y, *et al.* Trends in colorectal cancer screening in the United States, 2012 to 2020. *J Med Screen.* 2023;30(3):125-33.

[20] Pilonis ND, Bugajski M, Wieszczy P, Franczyk R, Didkowska J, Wojciechowska U, *et al.* Long-term colorectal cancer incidence and mortality after a single negative screening colonoscopy. *Ann Intern Med.* 2020;173(2):81-91.

[21] Brenner H, Chang-Claude J, Rickert A, Seiler CM, Hoffmeister M. Risk of colorectal cancer after detection and

removal of adenomas at colonoscopy: Population-based case-control study. *J Clin Oncol.* 2012;30(24):2969-76.

[22] Barré S, Leleu H, Vimont A, Kaufmanis A, Gendre I, Taleb S, *et al.* Estimation de l'impact du programme actuel de dépistage organisé du cancer colorectal. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2020;68(3):171-7.

Citer cet article

Quintin C, Denis B, Delasalle P, Sengchanh-Vidal S, Quartier MC, Seitz JF. Estimation du taux de couverture du dépistage du cancer colorectal en France en 2022. *Bull Épidémiol Hebd.* 2025;(3-4):48-56. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/3-4/2025_3-4_4.html

ARTICLE // Article

APPORT DES REGISTRES DE CANCERS DANS L'ÉVALUATION DU DÉPISTAGE DES CANCERS // THE CONTRIBUTION OF CANCER REGISTRIES TO THE EVALUATION OF CANCER SCREENING

Marie Poiseuil*, Guy Launoy* (guy.launoy@unicaen.fr), Gaëlle Coureau, Patricia Delafosse, Jean-Baptiste Nousbaum, Arnaud Seigneurin, Anne-Sophie Woronoff, Florence Molinié

Réseau national Francim des registres français de cancers, Toulouse

* Marie Poiseuil et Guy Launoy ont contribué de manière égale à ce travail.

Soumis le : 06.11.2024 // Date of submission: 11.06.2024

Résumé // Abstract

Les enjeux individuels et collectifs liés à l'évaluation de l'impact du dépistage des cancers dans la vraie vie sont considérables. Parmi les différentes sources de données mobilisables pour cette évaluation, les registres de cancers sont les seules structures qui disposent de la connaissance non biaisée de l'incidence, du pronostic et des principales caractéristiques épidémiologiques des cancers en population générale et en suivent les tendances depuis plusieurs dizaines d'années. En Europe, l'utilisation des données des registres de cancers est promue par la Commission européenne qui finance plusieurs projets et structures spécifiquement dédiées à cette évaluation. En France, les évaluations conduites à partir des données des registres ont accompagné depuis des années la mise en place des différents dépistages organisés et ont permis d'orienter les choix des pouvoirs publics, en particulier pour le cancer colorectal et le cancer du sein. Dans tous les pays, l'analyse des données des registres est particulièrement informative lorsque ces données sont rapprochées de celles provenant des structures de gestion du dépistage avec un appariement au niveau individuel. Le cadre réglementaire prévu pour la nouvelle organisation du dépistage en France va contraindre les communications entre les CRCDC et les registres de cancers et limiter la qualité de l'évaluation du programme de dépistage et de son impact sur l'évolution de l'incidence des cancers et leurs caractéristiques épidémiologiques. À l'échelle nationale, dans une situation idéale de possibilité d'accès et de croisement des données dans le respect de la protection des droits des personnes, l'analyse des données des registres permettrait pourtant de relever les nombreux défis concernant les dépistages existants et à venir comme celui du cancer du poumon.

The individual and collective stakes involved in evaluating cancer screening are considerable. The use of data from morbidity registers is a key factor in this evaluation. In countries where they exist, registries are the only structures that have unbiased knowledge of the incidence, prognosis and main epidemiological characteristics of cancers in the general population, with a view of trends over several decades. In France, data provided by the registries has helped to shape screening programmes and guide decisions in public policy, particularly for colorectal and breast cancer. Registry data analysis is especially informative when it includes data from screening coordination structures matched at individual level. However, the new regulatory framework resulting from the reorganisation of national screening campaigns will restrict the circulation of information between screening coordination centres and cancer registries. This will limit the quality of sensitivity assessments for procedures and of screening impact evaluations to monitor changes in cancer incidence and their epidemiological characteristics. If left unchanged, this regulatory framework will prevent French cancer registries from participating in major European cancer screening evaluation projects, even though the European Commission relies heavily on this work to guide its policy.

Mots-clés : Cancer, Dépistage, Registres, Évaluation, Politiques
// **Keywords:** Cancer, Screening, Registries, Evaluation, Policy