

## INFORMATION

# Le dépistage organisé des cancers colorectaux

## *Organized colorectal cancer screening*

Jacques ROUËSSÉ \*, Hélène SANCHO-GARNIER \*\* et les membres de la Commission III (Cancérologie) \*\*\*

**Les auteurs de cet article déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cette information.**

## RÉSUMÉ

*Le dépistage organisé du cancer colo-rectal a été mis en place en France sur l'ensemble du territoire en 2008. Il concerne les sujets âgés de 50 à 74 ans n'ayant aucun antécédent personnel ou familial imposant une politique spécifique de dépistage. Malgré les campagnes de sensibilisation organisées par les pouvoirs publics, la participation de la population à cette action reste faible de l'ordre de 30 %. Le dépistage repose sur la recherche tous les deux ans d'un saignement digestif occulte mis en évidence dans les selles par un test au gaïac. Ce test doit être dans un avenir que l'on espère proche, remplacé par un test immunologique plus simple et plus performant. La place de la colonoscopie et de la recto-sigmoïdoscopie de dépistage devrait être discutée suite aux récentes publications sur ce sujet.*

## SUMMARY

*Organized colorectal screening in France was extended to the whole of the country in 2008. People aged from 50 to 74 years are offered fecal occult blood tests (FOBT) every two years. Patients with individual or familial risk factors for colorectal disease are excluded from the program. Despite promotion campaigns, the participation rate remains low, at about 30 %. It has been decided that a quantitative immunological test will replace FOBT in the near future. The evaluation and use of colonoscopy and recto-sigmoidoscopy as screening tests must be re-evaluated in the light of recent research findings.*

\* Membre de l'Académie nationale de médecine.

\*\* CLCC Montpellier — ICM — Service de Prévention et d'Épidémiologie — Épidaure. Membre correspondant de l'Académie nationale de médecine

\*\*\* Daniel Couturier, Daniel Jaeck, Philippe Jeanteur, Henri Rochefort, Jacques Rouëssé, Hélène Sancho-Garnier, Richard Villet

## INTRODUCTION

On dispose maintenant de données nationales et internationales permettant un bilan des procédures et une estimation des chances de succès des programmes de dépistage organisé (DO) des cancers du côlon et du rectum. Ce bilan doit conduire à une réflexion en vue d'en améliorer la balance bénéfiques/risques. Nous n'aborderons pas ici le cas particulier du dépistage des cancers chez les sujets à très haut risque, en particulier familial, faisant l'objet d'une problématique et de recommandations spécifiques [1]. Un tel programme nécessite une qualité élevée pour assurer les bénéfices attendus, minimiser les effets indésirables et permettre une évaluation régulière. Il doit aussi, outre la détection d'anomalies par un test, assurer pour tous le suivi des cas dits « positifs » par des examens diagnostiques et des traitements si besoin. Seule l'organisation permet d'atteindre ces objectifs.

Lorsqu'une population est invitée à participer à un programme de dépistage, les bénéfices collectifs doivent être certains et suffisamment importants pour compenser les effets secondaires individuels qui, eux, doivent être de nocivité faible et de fréquence réduite. La décision de participation, elle, est individuelle et doit être fondée sur la bonne compréhension des bénéfices et des inconvénients potentiels.

## ÉTAT DU PROBLÈME ET ANALYSE DE LA LITTÉRATURE

En France, le cancer colorectal, avec plus de 42 000 cas estimés en 2012 [2], se situe à la troisième place des cancers masculins (taux brut : 75,2/100 000) et à la deuxième des cancers féminins (taux brut : 57,7/100 000) mais avec une fréquence moindre que chez l'homme. Il est rare avant 60 ans (17 % des cas) et son pic d'incidence se situe entre 75 et 85 ans (Figure 1). Entre 1980 et 2000, l'incidence a augmenté chez les hommes et chez les femmes puis diminué depuis de 0,3 % par an pour les deux sexes. En 25 ans, le taux de mortalité par cancer colorectal a diminué de 1,4 % par an pour les femmes et de 1,2 % pour les hommes, avec 17 700 décès estimés en 2012, soit la deuxième cause de mortalité par cancer (9 275 décès annuel chez l'homme et 8 444 chez la femme) ; la survie due à ce cancer à 5 et 10 ans est estimée respectivement à 56 % et 50 % [3], cette survie diminue avec l'âge de 64 % à 50 % à 5 ans et de 56 % à 45 % à 10 ans.

On estime que 60 à 80 % des cancers colorectaux se développent à partir d'une tumeur bénigne, polype ou adénome [4] ; le cancer évolue souvent dans un premier temps sans symptôme ou signe avant-coureur ce qui entraîne un diagnostic tardif, cause majeure d'échec thérapeutique. Le risque de transformation en cancer d'un adénome est estimé à 2,5 pour 1 000 par an. Il est de l'ordre de 1 % par an, pour les « adénomes dits avancés » définis par une taille supérieure à 10 mm, et/ou par l'existence de signes de dysplasie de haut grade et/ou d'un contingent vilieux.

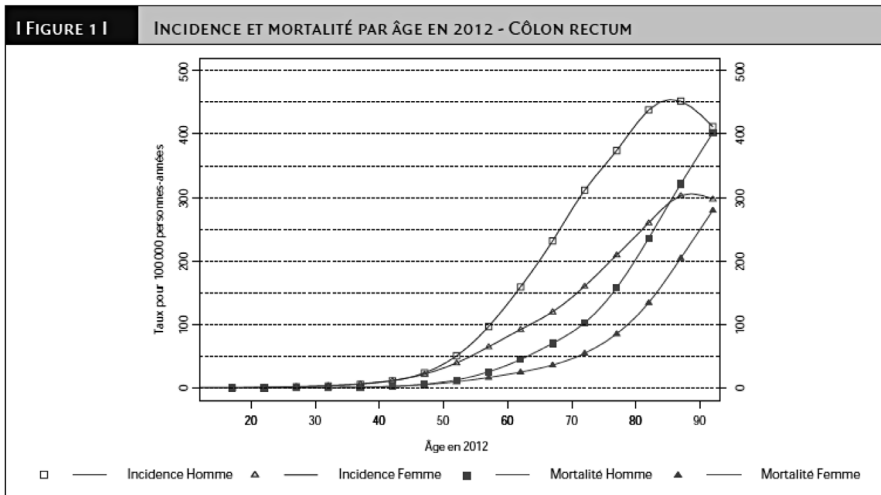


Figure 1 : Incidence et mortalité par âge des cancers colo-rectaux <sup>1</sup>.

Lorsque le cancer est détecté à un stade précoce (stade I, cancer superficiel dans la paroi de l'intestin), le taux de survie à 5 ans après le diagnostic dépasse 94 %.

Différents tests de dépistage ont fait l'objet d'études d'efficacité : la colonoscopie, la recto-sigmoïdoscopie, et la recherche de saignement occulte dans les selles. Ce dernier test est actuellement recommandé par l'Union Européenne [5] pour le dépistage organisé des cancers colo-rectaux en population (hormis les personnes à haut risque) à partir de 50 ou 60 ans selon les pays.

La colonoscopie a l'avantage, lors de la découverte d'une lésion de pouvoir la biopsier d'emblée, voire d'en pratiquer l'exérèse. Elle a l'inconvénient de nécessiter une préparation pénible pour le patient, de mobiliser une équipe (gastro-entérologue et anesthésiste) et de comporter un risque de perforation colique de l'ordre de 2 à 4 cas pour mille. La colonoscopie dite virtuelle, par scanner, implique une préparation équivalente, un équipement radiologique lourd, elle ne comporte pas le risque de perforation, mais ne permet pas de biopsie et en conséquence ne dispensera pas de la colonoscopie en cas de découverte d'anomalie. Certains auteurs préconisent une colonoscopie tous les 5 ou 10 ans, mais aucune étude randomisée ne confirme actuellement l'intérêt de cette prescription dans un cadre populationnel. Les hôpitaux des vétérans des États-Unis ont initié depuis 2011 un essai randomisé comparant la coloscopie longue aux tests immunologiques de recherche de sang dans les selles [6].

La recto-sigmoïdoscopie, plus simple permet une exploration certes limitée du colon, mais concerne le segment où se développent le plus souvent les cancers. Deux essais récemment publiés [7, 8] montrent l'intérêt de cette approche : avec une seule

1. Monnerau et al. InVS, 2013.

recto-sigmoidoscopie réalisée entre 55 et 65 ans, ils obtiennent une réduction relative de la mortalité liée au cancer du côlon et du rectum respectivement de 22 à 31 % et une réduction de l'incidence de 18 à 23 %.

Précédemment quatre essais randomisés avaient établi qu'en faisant un test de recherche de sang dans les selles utilisant le test au gaïac tous les 2 ans entre 50 et 74 ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, il était possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colorectal si la participation de la population atteignait plus de 50 % [9-12]. Dans l'étude française [13], la mortalité par cancer colorectal a été réduite de 16 % chez les personnes invitées au dépistage par rapport au groupe témoin non invité, après 11 ans de suivi. Dans tous ces essais aucune action sur l'incidence n'a été observée en dehors de l'essai de Mandel [12] utilisant un test réhydraté peu spécifique ayant entraîné 40 % de coloscopie.

Des tests sanguins sur des cellules circulantes sont en cours d'étude, il permettrait de diagnostiquer des lésions moléculaires spécifiques. Leurs qualités de spécificité, sensibilité, reproductibilité et coût doivent encore être évaluées. Ces tests (cellules circulantes et DNA circulants par PCR), potentiellement utiles pour la prise en charge des formes métastatiques de ces deux cancers, ne sont pas encore validés pour leur dépistage du fait de la rareté de ces cellules [14].

Actuellement (jusqu'à fin 2014) le test retenu par les autorités en France selon les recommandations Européennes est le test au gaïac, de sensibilité moyenne mais de bonne spécificité. La lecture, de type colorimétrique est subjective et peut entraîner des variations de résultat malgré les précautions de contrôle de qualité mise en œuvre. De nouveaux tests, basés sur une réaction immunologique, spécifique du sang d'origine humaine, ont été mis au point, ils sont plus sensibles et relativement plus faciles à effectuer. Leur lecture est automatique et quantifiée. L'HAS a recommandé en 2008 l'utilisation de ces tests dans le programme national de dépistage [15]. L'utilisation de ce test dans le DO est seulement en cours d'organisation et devrait être instituée pratiquement en 2015.

## **BÉNÉFICE POTENTIEL DU PROGRAMME**

L'intérêt du dépistage du cancer colo-rectal varie avec le sexe et l'âge. Le tableau suivant donne, en fonction de l'âge, le nombre de personnes (Hommes/Femmes) à dépister régulièrement tous les deux ans pendant 10 ans avec le test au gaïac pour éviter un décès par cancer colo-rectal. On peut constater que le dépistage est le plus « efficient » entre 60 et 74 ans, seuls 17 % des cancers colo-rectaux survenant avant 60 ans.

Dans le cadre actuel du programme (50-74 ans), il faut soumettre à un dépistage de 1 100 à 1 500 hommes et 2 100 à 2 800 femmes, tous les deux ans pendant 10 ans, pour éviter un décès par cancer colo-rectal dans chaque sexe (Tableau 1).

TABLEAU 1. — Nombre de personnes, par tranche d'âge, devant avoir un test de dépistage tous les deux ans pendant 10 ans pour éviter un décès par cancer colorectal

Age	Sexe	Population	Nombre de décès* en 10 ans	Réduction à 10 ans**	Nbre à dépister 10 ans pour éviter un décès
50-54	H	2 138 497	2580	387	5500
	F	2 227 646	2090	313	7100
50-59	H	4 152 125	7600	1140	3600
	F	4 378 107	5550	830	5300
60-74	H	4 335 394	30440	4566	950
	F	5 528 596	18070	2710	2000
<b>50-74</b>	<b>H</b>	<b>8 487 519</b>	<b>38040</b>	<b>5706</b>	<b>1500</b>
<b>Actuel</b>	<b>F</b>	<b>9 906 703</b>	<b>23620</b>	<b>3543</b>	<b>2800</b>

\* par cancer colo-rectal en France, en fonction de la tranche d'âge

\*\* en espérant une réduction de 15 % de la mortalité

(À noter que pour les classes d'âge de 50 à 60 ans il faudrait enlever des chiffres de mortalité : celle des cas à haut risque qui ne participent pas au dépistage et qui représentent dans ces classes d'âge une proportion importante des décès par cancer colo-rectaux, ce qui augmenterait encore notablement le nombre de cas à dépister pour éviter un décès.)

## EFFETS INDÉSIRABLES DU DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL

*La morbidité* qui est liée au dépistage par test au gaïac est due essentiellement aux risques de la coloscopie, examen de diagnostic pour les tests positifs. Dans l'évaluation du dépistage organisé du cancer colo-rectal en France, le pourcentage de complications liées à la coloscopie est de 0,28 % avec 0,06 % d'accidents graves ayant nécessité une hospitalisation [16]. Au Canada, on estime que pour 178 décès évités par cancer colo-rectal, le dépistage aura entraîné une mort liée à une perforation lors de la colonoscopie [17].

*Les faux négatifs* : il faudrait pouvoir distinguer les vrais cancers d'intervalle (cancers se développant entre deux dépistages) des faux négatifs liés à la sensibilité insuffisante du test au gaïac, mais contrairement au cas des cancers du sein où l'on peut revoir les mammographies, on ne peut relire le test au gaïac a posteriori ! Dans ce cas les cancers apparaissant dans l'intervalle de deux tests sont donc composés des faux négatifs et des vrais cancers d'intervalle. À titre d'exemple, nous citerons les chiffres du département de l'Isère où existe un registre de population permettant de dénombrer ces cas. Pendant la période de 2002 à 2008, 303 cancers d'intervalle furent diagnostiqués soit 13 % de l'ensemble des cancers diagnostiqués. La sensibilité du programme est alors, en Isère, de 47,9 % (30,9 % chez la femme, 58,6 % chez l'homme) ce qui est évidemment faible.

*Les faux positifs* : ils entraînent la réalisation de coloscopie inutile et en conséquence, les risques qui lui sont liés où parfois se surajoutent des biopsies voire des exérèses de polypes non totalement justifiées. Ils sont de l'ordre de 37 % chez l'homme et de 56 % chez la femme, ces pourcentages diminuent avec l'âge avec l'augmentation de l'incidence des cancers.

*L'anxiété* : bien qu'il n'ait pas fait l'objet d'enquête très précise, on peut imaginer que le dépistage du cancer colo-rectal soit comme tous les dépistages générateur d'angoisse, sans compter les désagréments liés à la préparation de la coloscopie très appréhendée par les patients.

## **LES PROBLÈMES ÉTHIQUES LIÉS AU DÉPISTAGE EN GÉNÉRAL ET LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES DU CANCER COLO-RECTAL**

### **L'éthique collective**

Dans le cas des cancers colo-rectaux, la balance bénéfique/risque pose moins de problème à l'heure actuelle que pour les cancers du sein. En effet, en raison du taux encore élevé de diagnostic trop tardif (au moins 50 % avec envahissement de la séreuse et/ou des ganglions) la mortalité par cancer colorectal reste importante et donc le gain, apporté par le dépistage, compense nettement les effets nocifs. Ceux liés aux résultats faussement négatifs devraient se réduire par la substitution de l'immunotest plus sensible, au test au gaïac. Les complications de la coloscopie restent rares mais plus fréquents au-delà de 70 ans ; le sur-traitement probablement existe et peut être particulièrement lourd surtout pour les *in situ* des sujets âgés, n'est pas estimé, de ce fait il ne donne pas encore lieu à débat !

Cependant l'estimation de la balance entre les bénéfices potentiels et les nuisances doit être régulièrement faite car les connaissances, les techniques, les populations et les styles de vie évoluent dans le temps, les programmes doivent être réajustés en fonction de ces évolutions. Le retard de mise en œuvre de tests plus performants représente un manque à l'éthique en entraînant une perte de chance de bénéfice dans les populations soumises au dépistage.

### **L'éthique de la participation**

Pour obtenir une participation permettant un bénéfice collectif équilibrant largement les risques, il est nécessaire de convaincre la population ciblée de participer dans un système organisé qui permette cette optimisation. La faible participation au dépistage des cancers colo-rectaux représente le problème majeur, car le taux moyen actuel de 34 % est largement insuffisant pour attendre un bénéfice net en population. Il faudrait, par exemple, faire porter les efforts tout particulièrement sur la participation de la population des 60-74 ans qui est celle qui pourrait le plus bénéficier du programme. D'autre part les conditions pratiques du test sont désagréables, diffici-

lement observées, infaisables par certains groupes sociaux et le test n'a pas toutes les qualités requises en termes de sensibilité.

Une révision de l'âge de la population à dépister associé à l'utilisation du test immunologique devrait permettre d'améliorer nettement la balance bénéfice/risque.

### **L'éthique de l'information**

L'objectif de l'information, en ce qui concerne le dépistage n'est pas de convaincre aveuglément de se faire dépister, mais de permettre à chacun de comprendre sa propre situation, d'appréhender l'aspect collectif de la démarche et de faire un choix autonome et éclairé.

La difficulté de l'information dans ce cadre mérite une réflexion approfondie : comment inciter au dépistage tout en respectant le droit à ne pas participer ? Une première conséquence de cette problématique est la nécessité pour les personnes délivrant l'information à la population d'être elles-mêmes suffisamment « éclairées ». Ainsi une remise à jour régulière de l'état de la science, des faits contrôlés et des incertitudes, est une réelle obligation éthique.

### **RAPPEL DE L'ORGANISATION DU DÉPISTAGE DES CANCERS COLO-RECTAUX EN FRANCE**

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire depuis fin 2008 (Plan cancer 2003-2007). La population cible représente en 2013 plus de 18 millions de personnes. Le programme propose un test de détection de sang occulte dans les selles par le gaïac tous les deux ans, aux personnes âgées de 50 à 74 ans, à risque moyen (sans symptôme apparent ni histoire familiale ou personnelle d'adénome ou de cancer colorectal). Une coloscopie complète doit être pratiquée systématiquement en cas de test positif.

La France s'inscrit dans les recommandations européennes sur l'assurance qualité du dépistage du cancer colorectal publiées en 2010 [18].

### **Les dispositions organisationnelles**

Le programme de dépistage des cancers est géré, comme celui des cancers du sein, par des structures de gestion départementales (ou interdépartementales) aux statuts différents : association loi 1901, GIE, GIP et autres. Leur financement est globalement assuré moitié par l'Assurance maladie, moitié par l'État par l'intermédiaire des ARS et complété plus ou moins par des structures locales (conseil général, associations comme la Ligue contre le cancer). Ces structures de gestion ont l'intérêt de rassembler des professionnels de santé, et des représentants des structures impliquées. Elles sont chargées d'inviter individuellement la population concernée

tous les deux ans à consulter leur médecin traitant pour remise du test et de veiller au bon déroulement du suivi (relance, suivi des cas positifs, récupération des résultats de coloscopie, de l'histologie des données concernant les traitements [19]). Elles assurent aussi la formation au dépistage des médecins traitants, leur procurent les tests et comptabilisent les tests distribués ; elles évaluent les contre-indications par questionnaire (médecin ou patient). Les données d'évaluation sont collectées par ces structures et adressées à l'Institut de veille Sanitaire (InVS) qui les regroupe et les analyse.

Seul le test au gaïac est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Les médecins ont la charge de remettre la plaquette-test aux patients, avec les indications d'utilisation pour le réaliser à leur domicile et l'envoyer au centre de lecture agréé. Ils sont honorés en fonction du nombre de tests réalisés par les patients.

Le laboratoire transmet les résultats à la personne et à son médecin traitant, ainsi qu'à la structure de gestion. Si le test est positif (2 à 3 % des cas), le médecin traitant prescrit une coloscopie (actuellement réalisée dans 88 % des cas positifs au lieu des 95 % recommandé par l'Europe).

### **Les résultats 2009-2012**

Les résultats de l'évaluation du programme depuis sa généralisation en 2008 sont effectués par l'InVS. Les principaux sont les suivants :

#### ***Nombre de participants, taux de participation sur 93 départements***

Près de cinq millions de personnes ont réalisé un test de dépistage : soit un taux moyen de participation de 33,8 % en 2009-2010 et de 32,1 % en 2010-2011, variant par département de < 25 % à > 45 % [20]. Le taux de participation étant plus élevé chez les femmes (34 %) que chez les hommes (30 %), en 2010-2011.

#### ***Proportion de tests anormaux***

Le taux de tests positifs était en 2009-2010 de 3,2 % chez les hommes et de 2,3 % chez les femmes.

#### ***Réalisation de coloscopies suite à un test positif [21]***

Dans 88 % des tests positifs, une coloscopie a été réalisée et était complète dans 97 % des cas. Sur une analyse faite sur 72 433 coloscopies suite de dépistage, on note 168 accidents d'endoscopie (0,23 %) et 32 d'anesthésie ; 70 % sont survenus chez les hommes, un décès est à déplorer (0,014 pour 1000) taux nettement inférieur au taux classique observé pour les coloscopies de diagnostic qui est de 0,1/1000.



### ***Taux d'adénomes et de cancers dépistés***

Chez les hommes, les explorations coliques réalisées suite à un test positif ont permis de diagnostiquer un adénome dans 40 % des cas et un cancer dans 9 % des cas. Chez les femmes, 25,3 % des explorations coliques ont permis de diagnostiquer un adénome et 5,8 % un cancer. Le résultat était normal pour 37 % des femmes et 56 % des hommes.

Le taux de détection des adénomes « avancés » parmi les personnes dépistées était de 7 ‰ pour les hommes et 3 ‰ pour les femmes, avec des disparités départementales importantes. Le taux de détection des cancers colorectaux présentait également des disparités départementales marquées, comprises entre 1,3 et 5,8 ‰ pour les hommes et entre 0,6 et 2,3 ‰ pour les femmes.

La description des cancers colorectaux dépistés n'a pu être faite que pour 21 départements pour lesquels 2249 cancers invasifs ont été diagnostiqués, dont 43 % de stade I, 23 % de stade II, 25 % de stade III et 9 % de stade IV.

### **Coût du dépistage**

La variabilité des coûts moyens observés dépend fortement du périmètre des postes de dépenses pris en compte et du taux de participation utilisé, ce qui rend la comparabilité des études impossible. Le surcoût que pourrait entraîner le passage au test immunologique n'est calculable qu'en faisant des hypothèses sur l'amélioration du taux de participation, de la sensibilité, et d'une éventuelle diminution de la spécificité [22]. Ces estimations indispensables devront être réalisées après la mise en place du nouveau test.

### **Les difficultés du dispositif français de dépistage du cancer colo-rectal**

La principale difficulté concerne le taux de participation notoirement insuffisant. Seuls 14 départements atteignent le seuil de 45 % (référentiel européen) permettant d'espérer une réduction relative de la mortalité de 15-20 %. Cette faible participation pose la question du rapport coût/bénéfice pour la collectivité. Divers freins peuvent expliquer ce rejet du dépistage : la méconnaissance du cancer colorectal survenant majoritairement chez les gens relativement âgés (5 % avant 50 ans, 83 % après 60 ans) et dont les médias parlent peu (tabous ?) ; la méconnaissance de son caractère asymptomatique initial, l'image des séquelles (poche abdominale...) ; le caractère déplaisant du test faisant référence à des fonctions intimes triviales dont il est bien élevé de ne pas parler et qui peuvent inspirer le dégoût. L'organisation elle-même est source de non-participation : démarche de consultation sans motif, entraînant dépenses et perte de temps, chez un médecin traitant qui a peu de temps pour convaincre et expliquer (au moins 15 minutes sont nécessaires...), qui, de plus, du fait de la situation d'incertitude importante dans le cadre du dépistage, n'est pas toujours convaincu lui-même, et/ou considère qu'il s'agit d'un coût inutile pour la

société [23]. La réalisation même du test sur 3 selles successives pose problème (outre les problèmes de dégoût) pour les personnes qui travaillent, les périodes de constipation, la nécessité de garder la plaquette (où ?), le temps nécessaire aux trois prises, des handicaps moteurs liés à l'âge, enfin la vision d'une éventuelle coloscopie peut également faire reculer certains. On peut aussi évoquer l'hétérogénéité dans les modalités d'invitation utilisées par les structures de gestion et dans les distributions de tests par les médecins, la variabilité dans les taux d'exclusion des sujets à haut risque (de 4,5 % à 16,4 %), toute raison qui finalement se traduit dans les différences de participation par département.

Contrairement au dépistage des cancers du sein, les démarches de détection individuelle, hors population à haut risque, par recherche de sang dans les selles ou par coloscopie ne sont pas connues et peut être plus importante que présumée.

### **Le problème de la qualité du test**

Dès 2002, au sein de la Commission Biologie, les Académies de médecine et de pharmacie ont exprimé des réserves sur la méthode de dépistage des cancers colo-rectaux par la recherche du sang fécal basée sur la réaction au gaïac (développée en France par le test Hemocult® [24]). Elles avaient suggéré d'étudier une méthode immunologique automatisée (MAGSTREAM) plus sensible et plus spécifique (détection du sang humain). À ce sujet l'attention des Ministères concernés, de la HAS, de l'INCa [25] a été attirée à plusieurs reprises par l'Académie de médecine [1, 24, 26]. En 2008 la Haute Autorité de Santé a publié un rapport intitulé : *Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (IFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France*. Ce rapport concluait à la nécessité de remplacer les tests au gaïac par les méthodes immunologiques automatisées dans les meilleurs délais. Recommandation reprise dans un le plan cancer 2009-2013. Les dosages fécaux par une méthode immunologique automatisée pourraient (ou devraient) être réalisés par des laboratoires de biologie médicale équipés, accrédités et choisis après un appel d'offre. Les centres de lecture des tests au gaïac très onéreux seraient ainsi amenés à disparaître, la nouvelle méthode ressortissant de l'exercice de la biologie médicale.

Annoncée officiellement en 1<sup>er</sup> mars 2012 l'utilisation des tests immunologiques devait être effective en 2013 pour le dépistage organisé du cancer colorectal. On ignore encore la date à laquelle le nouveau test sera mis en place. Lors de la présentation du III<sup>ème</sup> plan cancer, le Président de la République a confirmé qu'un appel d'offre européen concernant ce test, avait été lancé début 2014. On peut donc espérer sa mise en place dans les mois à venir.

### **CONCLUSIONS**

La recommandation de participer au dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum est toujours justifiée mais une modification du cahier des charges sur les

éléments décrits ci-dessous pourraient en améliorer considérablement l'efficacité (optimiser les bénéfices et réduire les nuisances) dont l'estimation laisse encore à désirer. S'il est satisfaisant d'apprendre que le nouveau plan cancer a prévu la prise en charge à 100 % le coût des examens complémentaires conséquences de la positivité d'un test positif, on ne peut que faire les constatations suivantes :

- la définition des populations à inviter est insuffisamment ciblée. Par exemple, il n'est pas tenu compte du fait que les personnes de 60 ans et plus ont un risque nettement plus élevé (83 % des cas pour les cancers du côlon ou rectum) ;
- les tests immunologiques d'identification des saignements occultes du colon et du rectum ne sont toujours pas mis en place, en janvier 2015 ;
- l'information des médecins traitants de l'intérêt du dépistage organisé est insuffisante et pourrait être améliorée en poursuivant la formation permanente avec les arguments et résultats récents sur lesquels repose cette préconisation ;
- le public concerné (en particulier les séniors) est mal informé des avantages et des inconvénients d'un tel dépistage, l'autonomie de décision devant toujours s'affirmer comme principe éthique de participation ;
- il manque un comité *ad hoc*, permettant l'ajustement rapide aux avancées de la science, en particulier les possibilités d'utilisation d'autres tests comme la rectosigmoidoscopie, la coloscopie pouvant permettre une réduction conjointe de la mortalité et de l'incidence et les tests de recherches d'ADN ;
- le fonctionnement des structures de gestion n'est pas homogène et les moyens qui leur sont alloués sont insuffisants.

## PERSONNALITÉS AUDITIONNÉES

M<sup>me</sup> Nicole Alby, psychologue

Dr Rosemary Ancel-Park (DGS)

Dr Évelyne.Baillon-Javon, ARS IdF

Dr Marc Colonna, Registre des cancers de l'Isère.

Dr Sophie Dehé (médecin coordinateur de la structure chargée du dépistage organisé des cancers dans les Hauts de Seine, ADK 92)

Pr Gérard Duru, économiste de la Santé

Pr Guy Launoy

Pr Grégoire Moutel, Espace éthique AP-H

Dr Robbe-Dunet (CNAMTS)

Ont participé aux réunions les membres de l'Académie de médecine suivant :  
Laurent Degos, Claude Dreux, Bernard Launois.

## RÉFÉRENCES

- [1] DREUX C., COUTURIER D. — Dépistage précoce du cancer colorectal : rappel des recommandations de l'Académie nationale de médecine en 2004 et 2007. *Bull. Acad. Natle Méd.* 2009, 193(3), 789-91.
- [2] BINDER-FOUCARD F., BELOT A., DELAFOSSE P., et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. INVS 2013.
- [3] Rapport Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007, Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim, InVS-Francim-HCL-INCa, février 2013.
- [4] FAIVRE J. — Épidémiologie et prévention du cancer colo-rectal. Digest Springer Verlag France, 2001. 110 p.
- [5] Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. *Eur. J. Cancer.* 1999, 36, 1473-8.
- [6] ROBERSTON D.J. — VA cooperative study577. Colonoscopy vs Fecal Immunochemical Test in Reducing Mortality from Colorectal Cancer (CONFIRM) World endoscopy organization annual meeting, Chicago, II. USA May 6, 2011.
- [7] SEGNAV N., ARMAROL P., BONELLI L., et al. — Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening : follow-up findings of the Italian randomized controlled trial — SCORE. *JNCI2011*, 103(17), 1310-22.
- [8] ATKIN W.S., EDWARDS R., KRALJ-HANS I., et al. — Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer, a multicenter randomized controlled trial. *Lancet.* 2010, 375(9726), 1624-33.
- [9] KRONBORG O., et al. — Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet.* 1996, 348, 1467-71.
- [10] HARDCASTLE J.D., et al. — Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996 Nov 30, 348, 1472-7.
- [11] KEWETER J., BREVINGE H., ENGARGAS B., et al. — Results of screening, rescreening, and follow-up in a prospective randomized study for detection of colo-rectal cancer by fecal occult blood testing: results for 68308 subjects. *Scand. J. Gastroenterol.* 1994, 29, 468-73.
- [12] MANDEL J.S., CHURCH T.R., EDERER F., BOND J.H. — Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1999, 91(5), 434-7.
- [13] FAIVRE J., ET al. — Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology.* 2004, 126, 1674-80.
- [14] PANTEL A.K., ALIX-PANABIÈRE C. — Real-time liquid biopsy in cancer patients: fact or fiction? *Cancer Res.*, 2013, 73(21), 6384-8.
- [15] HAS Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France Rapport d'orientation Date de validation septembre 2008.
- [16] GOULARD H., JEREWSKI-SERRA D., DUPORT N., et al. — Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France. Invs. Dec 2010 [En ligne] Disponible sur <http://www.invs.sante.fr> (consulté le 25 février 2014).
- [17] FLANAGAN W.M., LE PETIT C., BERTHELOT J.M., et al. — Effets potentiels du dépistage en population du cancer colo-rectal. *Maladies chroniques au Canada.* 2003, 24(4), 91-9.

- [18] European Commission, European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis — First edition, Segnan, Patnick J, von Karsa L (eds) Publication office of the European Union, Luxembourg 2010.
- [19] Arrêté du 15 Avril 2013 modifiant l'arrêté du 29 Septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers (JO 27 avril 2013).
- [20] [En ligne] <http://www.invs.santé.fr> (consulté le 15 janvier 2014).
- [21] LEURAUD K., JEZEWSKI-SERRA D., SALINE E. — Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Première évaluation depuis la généralisation du programme sur 46 départements sur la période 2008-2009. Saint Maurice : Institut de veille Sanitaire, 2012. 29 p.
- [22] DANCOURT C.V., ARVEUX V.P., BONITHON P., et *al.* — Cost/effectiveness of screening for colorectal cancer in France using a guaiac test versus an immunochemical test. *Journal Int. J. Technol. Assess. Health Care.*, 2010, 26(1), 40-7.
- [23] CASANOVA S., CASTE S.A. — Étude des facteurs influençant les taux de participation au dépistage des cancers colo-rectaux, dans les attitudes et les pratiques des médecins généralistes ; Thèse de doctorat-Montpellier 2010.
- [24] DREUX C. — Le dépistage biologique du cancer colorectal. *Bull. Acad. Natle Med.*, 2004, 188, 309-16.
- [25] LAUNOY G. — Apport des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal. *Bull. cancer.*, 2005, 92, 885-90.
- [26] DREUX C., COUTURIER D. — Dépistage organisé du cancer colorectal. Situation actuelle et solution souhaitable. *Bull. Acad. Natle Med.*, 2007, 191, 155-6.

