

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

HAUTE-SAVOIE

AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

CPAM DE HAUTE-SAVOIE

RAPPORT OSDC 2018

SOMMAIRE



1

P.4 LES FAITS MARQUANTS



2

P.5 DÉPISTAGE
DU CANCER DU SEIN

- Le cancer du sein
- Le programme de dépistage du cancer du sein
- Indicateurs d'activité
- Participation
- Indicateurs d'organisation
- Indicateurs de qualité
- Indicateurs d'efficacité précoce : détection des cancers



3

P.16 DÉPISTAGE
DU CANCER
COLORECTAL

- Le cancer colorectal
- Le programme de dépistage du cancer du sein
- Indicateurs d'activité
- Participation
- Indicateurs d'organisation
- Indicateurs de qualité
- Indicateurs d'efficacité précoce : détection des cancers



4

P.29 FORMATIONS ET INFORMATIONS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



5

P.34 ACTIONS DE COMMUNICATION POUR LE GRAND PUBLIC



L'Œuvre Sociale pour le Dépistage des Cancers (OSDC) en Haute-Savoie est la structure de gestion du département en charge de la mise en œuvre des dépistages organisés des cancers du sein et cancer colorectal.

Le programme national de dépistage organisé est placé sous l'autorité du ministère de la Santé. Il est piloté par la Direction Générale de la Santé, en collaboration avec l'Institut National du Cancer (INCa) pour le volet suivi et expertise. Son évaluation épidémiologique est réalisée par Santé Publique France.

Les structures de gestion sont responsables :

- de l'invitation des personnes concernées ;
 - des relations avec les professionnels concourant au dépistage ;
 - de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population ;
 - de l'organisation de la seconde lecture des mammographies jugées normales en première intention ;
 - de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées ;
 - des relations avec les personnes dépistées ;
 - du recueil des données, de suivi et de transmission des résultats aux personnes concernées.
-

FAITS MARQUANTS 2018

La publication de l'arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

Il prévoit la mise en œuvre harmonisée du dépistage organisé des cancers (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus) par une structure régionale unique et la disparition des structures juridiques départementales, avec une date d'effet au 1^{er} janvier 2019.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a piloté la mise en œuvre de la régionalisation. L'OSDC a participé aux réunions régionales de préparation entre janvier et septembre 2018 (12 réunions). **Les travaux ont abouti en décembre 2018 à une fusion-crédation réalisée avec les associations existantes au profit de l'association « Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers de la Région Auvergne-Rhône-Alpes ».**

Dépistage du cancer colorectal

La publication de l'arrêté du 19 mars 2018 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal. Cet arrêté ouvre la remise du test de dépistage aux médecins spécialistes (gynécologues et gastro-entérologues) et aux médecins des Centres d'Examens de Santé (CES). Il permet également l'envoi du test avec la seconde relance si la personne a participé au moins à l'une des 3 précédentes campagnes. Le 25 avril, la Cour administrative d'appel de Paris a annulé le marché conclu fin 2014 par l'Assurance Maladie pour la fourniture des kits de dépistage et l'analyse de leurs résultats. La Cour administrative a prononcé la résiliation anticipée du marché dès le 1^{er} août, risquant ainsi de compromettre la mise en œuvre du dépistage. L'Assurance Maladie a contesté cette décision par un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat en demandant également un report de sa mise en œuvre afin de mener à son terme la procédure de renouvellement du marché prévue le 18 décembre 2018.

Le 12 avril, le Conseil d'Etat a décidé de suspendre l'exécution de la décision de la Cour administrative d'appel de Paris, permettant ainsi de poursuivre le marché à son terme.

En juin, les structures de gestion ont alerté au niveau national sur un nombre anormalement élevé de tests de dépistage qui n'ont pu être analysés par le laboratoire (tests non analysables) et sur des résultats non reçus par les médecins et les patients.

Le 26 octobre, l'Assurance Maladie a informé les structures de gestion que dans le cadre du renouvellement du marché, les commandes de tests des médecins généralistes sur AmeliPro et des structures de gestion seraient clôturées le 15 novembre 2018. Les structures de gestion ont été invitées à constituer des stocks au plus proche du réel jusqu'à février 2019, date mise en circulation des tests du nouveau marché.

La publication de l'arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Cet arrêté prévoit la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, qui relevait avant du dépistage individuel.

Ce programme généralisé était déjà mis en place dans les départements pilotes : Isère et départements de l'ex- région Auvergne et devait être pilotée par l'association régionale « Dépistage Cancers Col Utérin - Auvergne-Rhône-Alpes (DCCU-AURA) », créée lors le 27 juin 2017 à cet effet. Au même titre que les autres dépistages, ce programme a depuis été intégré dans les missions du centre de dépistage des cancers régional.

Dépistage du cancer du sein

Une panne non réparable sur l'un des deux négatoscopes du service est survenue en septembre.

Un cabinet de radiologie participant au dépistage organisé a fermé fin 2018 avec report de l'activité sur un des autres sites du groupe.

A close-up photograph of a woman's face and shoulder. She is wearing a grey lace bra with a prominent pink awareness ribbon tied around her neck. The background is a solid teal color.

2

LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

- Le cancer du sein
- Le programme de dépistage du cancer du sein
- Indicateurs d'activité
- Participation
- Indicateurs d'organisation
- Indicateurs de qualité
- Indicateurs d'efficacité précoce : détection des cancers

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus diagnostiqué dans le monde et en France. Le nombre de nouveaux cas a beaucoup augmenté depuis les années 1980, puis s'est stabilisé autour de 2005³.

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Outre le sexe et l'âge, ses facteurs de risque connus sont soit d'origine hormonale et reproductive (âge à la puberté, nombre d'enfants, âge à la première grossesse, allaitement), soit liés aux modes de vie (utilisation d'un traitement hormonal, surpoids, consommation d'alcool, travail de nuit, tabagisme) ou à l'environnement (exposition aux rayonnements ionisants), soit encore à une prédisposition génétique ou un antécédent personnel de pathologie mammaire. À partir d'une étude de cohorte française, il a été estimé que lors de la période post-ménopause, environ 53 % des cancers du sein étaient dus à des facteurs « liés au comportement », dont 14 % à la prise d'un traitement hormonal substitutif, 10 % à une alimentation déséquilibrée, 6 % à la consommation d'alcool, 5 % à un surpoids à l'âge adulte et 17 % à un sous-poids à la puberté¹.



Il représente 31,8 % de l'ensemble des cancers incidents féminins. Plus d'un nouveau cas sur deux de cancer du sein (58 %) survient chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. L'âge médian au diagnostic est estimé à 63 ans en 2012⁵.

Le cancer du sein est considéré comme un cancer de bon pronostic. Le taux de mortalité baisse depuis 1995 : pour l'année 2012, environ 12 000 décès féminins ont été estimés. La survie nette (survie que l'on observerait si le cancer était la seule cause de décès possible) standardisée, estimée pour les cancers diagnostiqués entre 2005-2010 dans la zone couverte par un registre, est de 87 % à 5 ans⁷. Cette survie à 5 ans s'est améliorée au cours du temps, puisqu'elle était de 80 % pour les femmes diagnostiquées en 1989-1993. La France se situe parmi les pays avec les taux de survie les plus élevés d'Europe.

Néanmoins, malgré des taux de survie élevés et en augmentation, le cancer du sein reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France⁸.

Selon le stade du cancer, les taux de survie à 5 ans pour les patientes diagnostiquées en 1999-2005 sont de 98,3 % pour le stade local, 83,5 % pour le stade régional (envahissement ganglionnaire) et 23,3 % pour le stade métastatique (données américaines)². Ceci confirme l'importance et la nécessité d'une détection précoce de ce cancer.

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein vise à détecter des lésions cancéreuses pour les traiter au plus tôt. La mammographie permet de repérer de petites tumeurs localisées, sans atteinte ganglionnaire, au pronostic très favorable.

1. ODLC (Office de Lutte contre Le Cancer) - 2. ABIDEC-ARDOC (Association Bourbonnaise Interdépartementale de Dépistage des Cancers - Association Régionale des Dépistages Organisés des Cancers) - 3. Incidence et dépistage du cancer du sein en France dernières données disponibles octobre 2016, Santé publique France

5. ©Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015 - 6. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, Institut de veille sanitaire, Binder-Foucard F, et al - 7. Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2013. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim, Institut de veille sanitaire, Cowppli-Bony A, et al. - 8. Incidence et dépistage du cancer du sein en France dernières données disponibles octobre 2016, Santé publique France

Le programme de dépistage du cancer du sein

Niveaux de risque

Les deux principaux facteurs de risque de cancer du sein sont :

 Le fait d'être une femme : **plus de 99% des cancers du sein touchent des femmes**. Les hommes aussi peuvent en être atteints mais c'est beaucoup plus rare (moins de 1% des cas) ;

 L'âge : 80 % des cancers du sein touchent des personnes âgées **de plus de 50 ans**.

Le programme de dépistage organisé est recommandé quand le niveau de risque est considéré comme « moyen », c'est-à-dire pour les femmes âgées de 50 et 74 ans ne présentant pas d'histoire personnelle ou familiale de cancer du sein, ni symptôme pouvant évoquer un cancer du sein.

Certaines femmes présentent une probabilité bien plus importante que la moyenne d'être atteintes d'un cancer du sein.

On parle pour elles d'un niveau de risque « élevé » ou « très élevé » :

- antécédents de cancer du sein ou certaines anomalies du sein,
- exposition à une irradiation thoracique à haute dose (traitement d'une maladie de Hodgkin),
- prédisposition génétique (notamment les mutations familiales BRCA 1 ou BRCA 2).

Pour ces femmes, une surveillance spécifique et adaptée est proposée par le médecin traitant et entre dans le cadre du dépistage individuel. Le programme de dépistage organisé du cancer du sein n'est pas recommandé.

Indicateurs d'activité

Données de population



En Haute-Savoie (données INSEE)

117 837 femmes âgées de 50 à 74 ans

58 918 femmes à inviter

116 311 étaient présentes dans les fichiers des caisses d'assurance maladie et 115 114 éligibles à inviter sur 2 ans. Depuis le 23/02/2017, un système de recueil des dates des actes de mammographies a été mis en place afin de mieux cibler les invitations.

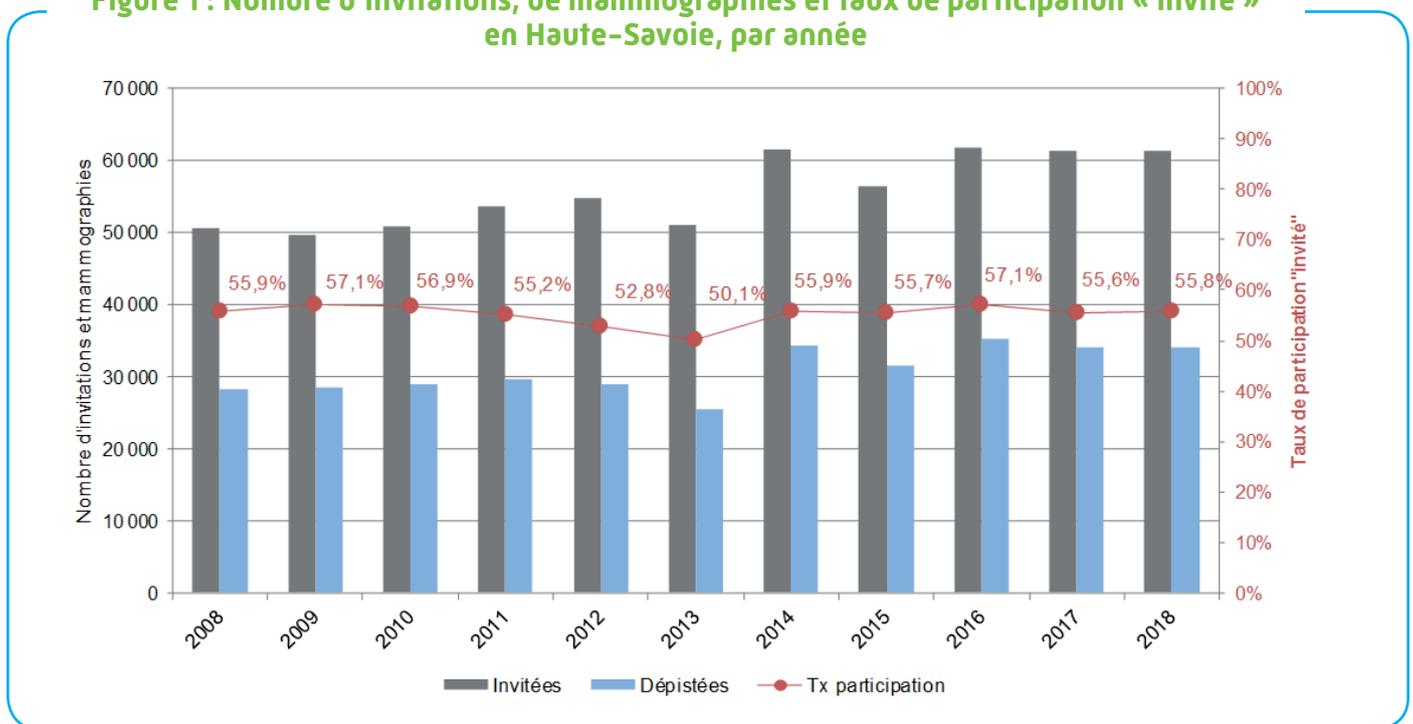
Invitations, relances et mammographies

En 2018, une invitation a été envoyée à **61 260 femmes**¹. En l'absence de mammographie réalisée, une relance (25 633) est envoyée 4 mois après (à ce jour, toutes les femmes invitées en 2018 n'ont pas encore été relancées).

34 180 mammographies de dépistage organisé réalisées (répartition mensuelle figure 1),

Un taux de mammographies par invitation de 55,8 %² : il s'agit d'une donnée instantanée, qui ne tient pas compte des campagnes d'invitation précédentes et du délai entre l'invitation et la réalisation du test. **Le délai moyen entre l'invitation et la réalisation du test est de 3,5 mois (données 2016).**

Figure 1 : Nombre d'invitations, de mammographies et taux de participation « invité » en Haute-Savoie, par année



Participation

Les inégalités sociales et géographiques sont les principaux facteurs déterminants la participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein et en particulier :

- niveau de diplôme, catégorie sociale, revenu ³,
- assurance complémentaire,
- proximité avec le système de soins,
- isolement social,
- femmes habitant en zone rurale ou périurbaine,
- femmes étrangères ou issues de l'immigration ⁴.

¹ Tient compte des invitations envoyées en double (par exemple lorsque la personne déclare ne pas avoir reçu son invitation).

² Taux de participation INVITEES : nombre de femmes ayant réalisé une mammographie au cours de l'année N-1 rapporté au nombre de femmes invitées l'année N-1.

³ Prouvost H. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2007; 2-3: 17-20.

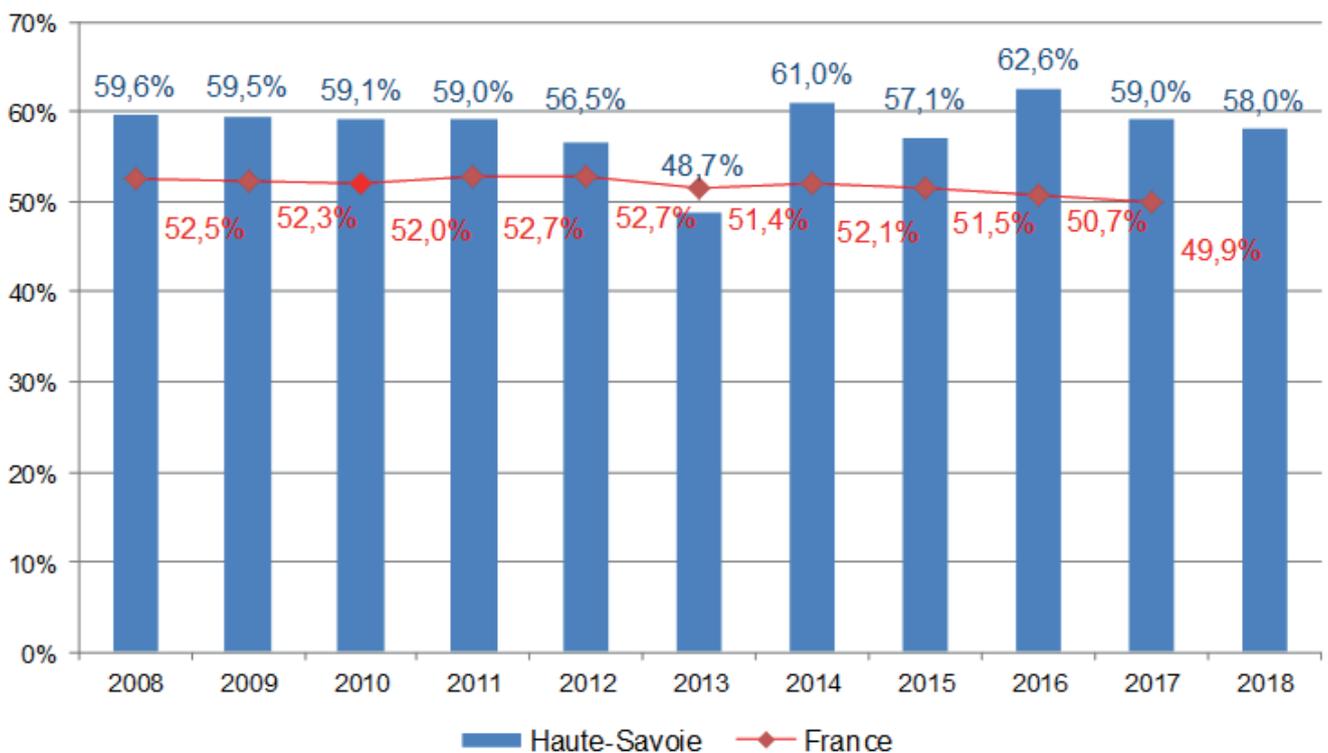
⁴ Rondet C et al. Are immigrants and nationals born to immigrants at higher risk for delayed or no lifetime breast and cervical cancer screening? The results from a population-based survey in Paris Metropolitan Area in 2010. PLOS one, 2014; 9 (1): e87046.

Participation de la population INSEE ¹



Ce taux de participation est plus élevé que dans les autres départements français (Figures 2 et 3). Sur le département, il a baissé depuis 2017 (59,0 %) et 2016 (62,6 %). Un des facteurs pouvant expliquer cette baisse en 2018 est l'augmentation du délai de relance des femmes non-participantes 4 à 5 mois début 2018, par soucis de cohérence avec la date de validité de l'invitation de 4 mois. En tenant compte de l'estimation de 10 % de dépistage individuel, la participation serait conforme aux recommandations européennes qui a défini comme acceptable un taux de couverture de dépistage de 70 % et comme souhaitable un taux de 75 %.²

Figure 2 : Taux de participation INSEE au dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Savoie et en France, par année



1. Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie l'année N-1, rapporté à la population INSEE des femmes de 50 à 74 ans de l'année N-1 (projections OMPHALES correspondantes de la population Insee) divisée par deux.

2. Europe against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. European Commission. 1996, mise à jour 2006.(4th edition)

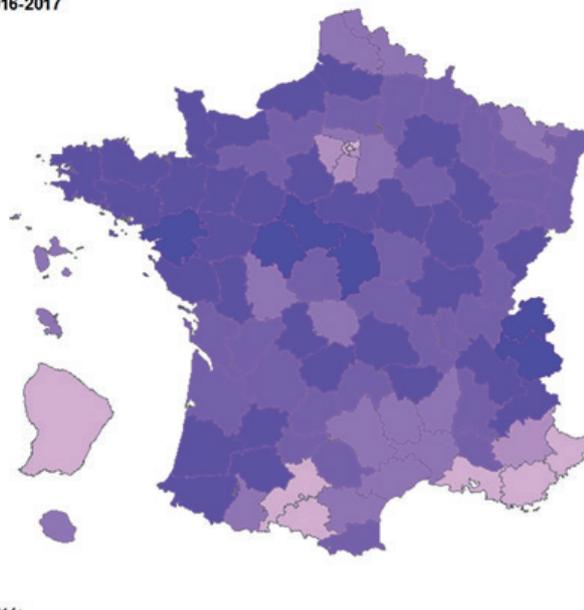
Figure 3 : Carte départementale des taux de participation INSEE au dépistage organisé du cancer du sein sur la campagne 2016-2017 (Santé Publique France)

Programme de dépistage organisé du cancer du sein

Taux de participation départementaux standardisés 2016-2017 (population de référence : France 2009)

Taux de participation 2016-2017

- < 40 %
- 40 % à < 45 %
- 45 % à < 50 %
- 50 % à < 55 %
- 55 % à < 60 %
- ≥ 60 %



Source : ©IGN-(GeoFLA)®, 2014 ;
©Santé publique France, 01/03/2018
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer du sein



Taux de participation par cohorte de femmes invitées¹.

Il s'agit du rendement de l'invitation, c'est-à-dire le nombre de mammographies réalisées pour les personnes ayant été destinataire d'une invitation sur la période considérée.

Parmi les personnes invitées sur la campagne 2016-2017, 60,4% ont effectivement réalisé une mammographies.

Le taux de participation de la cohorte de femmes invitées sur les années 2015 et 2016 était de 59,5%, stable avec la cohorte 2014-2015 (60,8%).

Dans la mesure où cet indicateur ne tient compte que des personnes ayant été réellement invitées, il permet de comparer les taux de participation :

- par régime d'assurance maladie : les taux de participation sont d'environ 70 % pour EDF, la CRCPC, la MGEN et la CNM, de 60 % pour la MSA, la CPAM et la SNCF, et de 52 % pour le RSI.
- Par commune (Figure 4) : les zones haut-savoyardes de faible participation sont Chamonix, Saint-Julien et Le Chablais et la zone frontalière. Le taux de retour de plis non distribués peut expliquer ces disparités (Figure 5), ainsi qu'un taux de déménagement élevé et un turn-over des facteurs sur la zone frontalière.

1. Taux de participation COHORTE INVITEE : nombre de femmes ayant réalisé une mammographie dans les 12 mois suivant la première invitation et/ou relance rapporté au nombre de femmes invitées.

Figure 4 : Carte communale des taux de participation en Haute-Savoie pour la cohorte 2015-2016 (données en date de juin 2018)

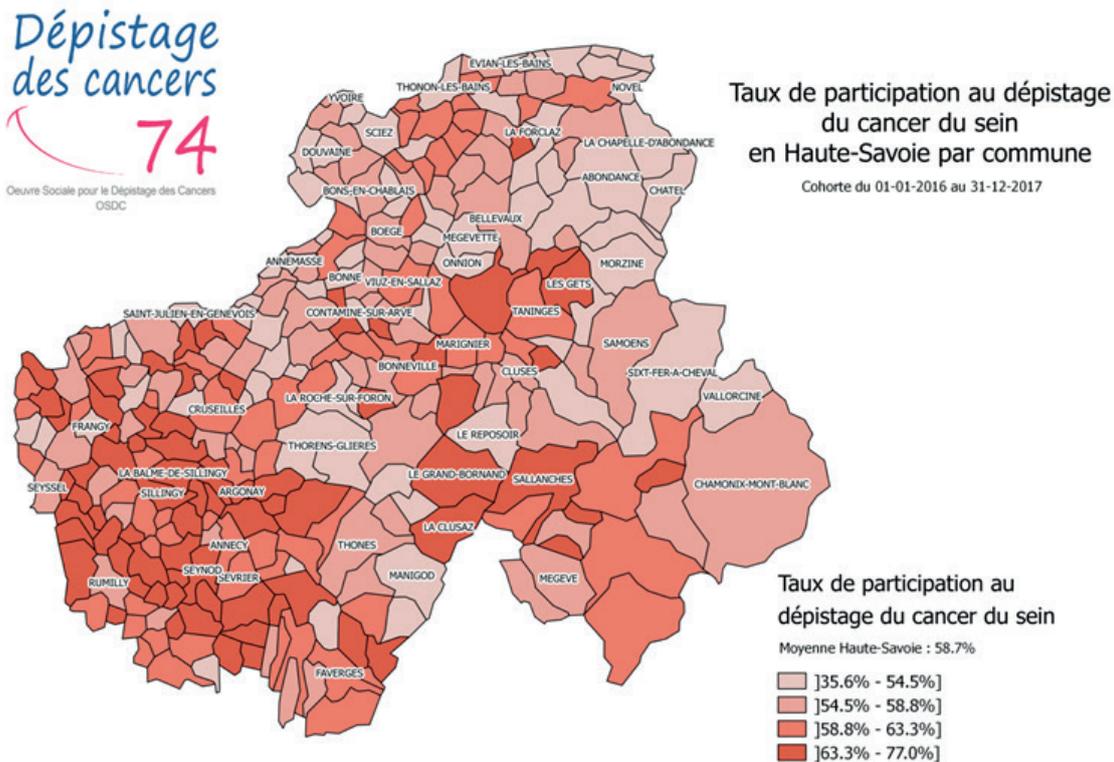
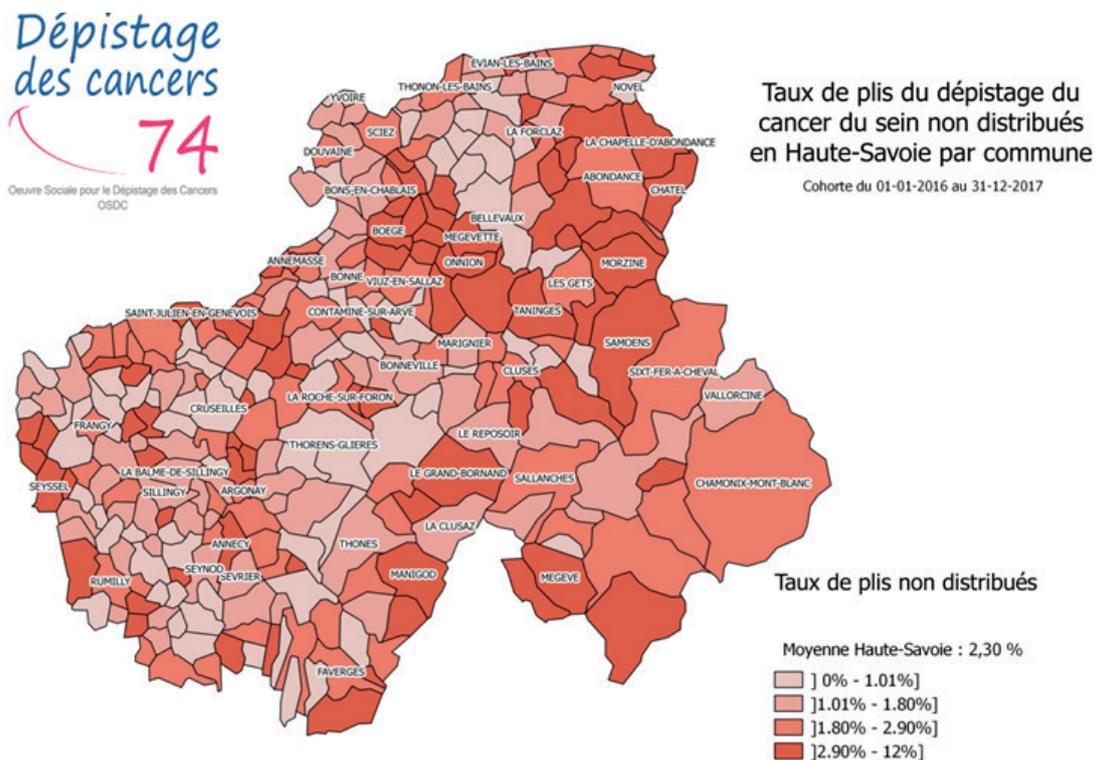


Figure 5 : Carte communale du taux de plis non distribués en Haute-Savoie pour la cohorte 2015-2016 (données en date de juin 2018)

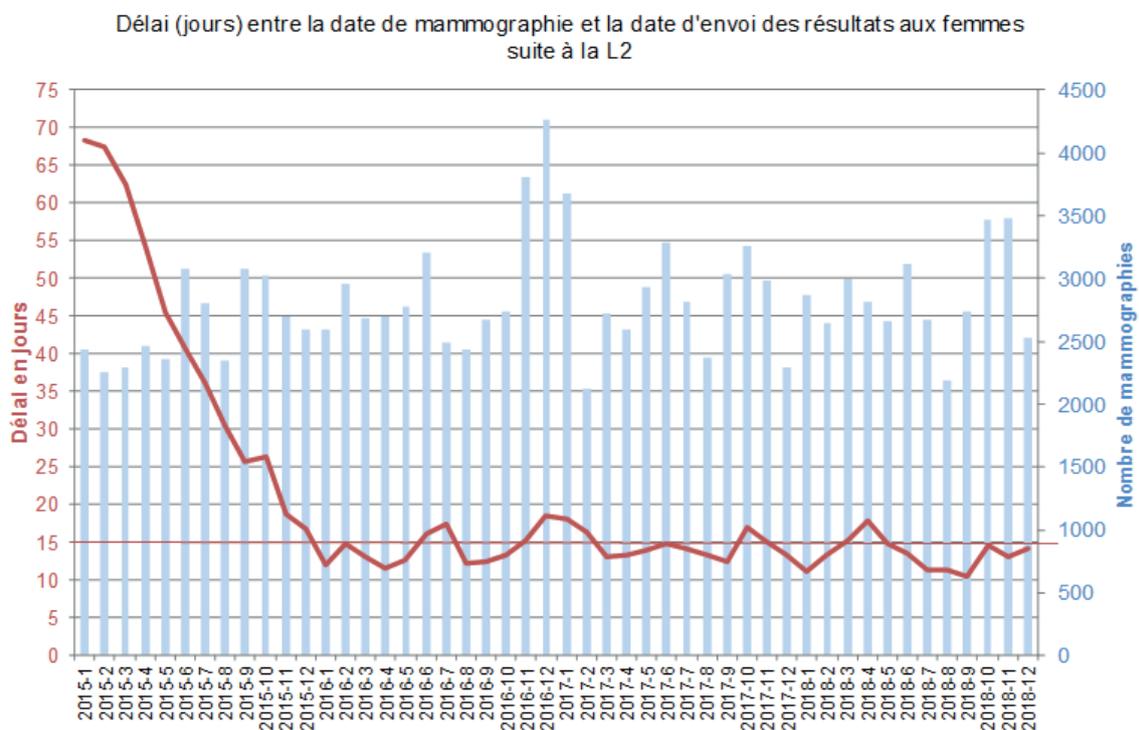


Indicateurs d'organisation

Le délai entre la réalisation de la mammographie et l'envoi du courrier de résultat doit être inférieur à 15 jours selon le cahier des charges. **Le délai moyen en 2017 était de 13,5 jours sur l'ensemble de l'année.** Ce délai varie en fonction du nombre de dossiers qui sont acheminés de façon bi-hebdomadaire et de la capacité d'affichage des clichés sur les négatoscopes (Figure 6).

Suite à l'acquisition d'un second négatoscope en juin 2017 afin d'éviter une rupture d'activité ou des retards dans le délai de traitement des dossiers, ce dernier est tombé en panne en septembre, sans possibilité de le réparer.

Figure 6 : Délai entre la date de la mammographie et la date d'envoi des résultats à la patiente et nombre de mammographies mensuelles.



Indicateurs de qualité

Avertissement : les données relatives au nombre de cancer dépistés sont incomplètes pour l'année 2018, faute de recul suffisant pour le recueil de données.

En 2018, 34 180 mammographies ont été effectuées dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein et adressées à l'OSDC.

Première lecture



18 cabinets de radiologie

57 radiologues agréés

Une mammographie est réalisée avec 2 incidences par sein (face et oblique externe), ainsi qu'un examen clinique des seins.

L'examen clinique des seins a été réalisé pour 97,1 % des femmes dépistées : ce sont donc, au total, un peu moins de 3 % des dépistages pour lesquels on ne dispose pas d'information sur l'examen clinique.

Dépistage positif



2 012 dépistages positifs

1 984 clichés de mammographies anormaux (5,8 %)

28 examens cliniques anormaux isolés.

Bilan Diagnostique Immédiat (BDI)

En cas de dépistage positif, un bilan diagnostique doit être réalisé immédiatement afin de confirmer l'anomalie dépistée : réalisation d'agrandissement, d'échographie, cytoponction et / ou IRM.

Le bilan peut confirmer l'anomalie (58,2 % des cas) ou l'infirmer : dans ce cas les clichés sont adressés à l'OSDC pour une seconde lecture. Le pourcentage de dépistages positifs confirmés par le BDI est en baisse depuis 2014 (67,6 %).

Echographie complémentaire en cas de dépistage négatif

Une échographie complémentaire peut-être réalisée, même si l'examen clinique des seins et la mammographie n'ont pas montré d'anomalies : c'est le cas pour 33,6 % des dépistages. Ce taux est en augmentation depuis 2015 (30 %), tendance également visible au niveau national depuis la mise en place du dépistage.**

Deuxième lecture

Les clichés jugés normaux après la 1^{ère} lecture (d'emblée ou après le BDI) sont adressés à l'OSDC pour effectuer la 2^{ème} lecture des clichés :



32 983 dossiers ont été relus.

Clichés Techniquement Incorrects (CTI)

Le radiologue 2nd lecteur vérifie la bonne qualité technique de réalisation des clichés (positionnement, qualité de l'image, de l'impression). Lorsque le Cliché est Techniquement Incorrect (CTI), le radiologue 1^{er} lecteur doit reconvoquer la femme afin de refaire le cliché.



134 femmes reconvoquées

0,41 % des femmes dépistées.

* Taux souhaitable selon le cahier des charges français : inférieur à 7 % à partir de la 2^{ème} mammographie et/ou la présence de clichés antérieurs récents. - Taux de 7,3 % au niveau national Sur la campagne 2013-2014 (InVS : Programme national de dépistage organisé du cancer du sein – Publié le 05/10/2016 Indicateurs par région et département sur la période 2013-2014)

** Evaluation de la performance du programme de dépistage organisé depuis 2004, A Rogel - Santé Publique France, forum du dépistage - SFSPM - Lille, novembre 2017

2nde lecture positive et rappel

Le radiologue 2nd lecteur peut détecter une anomalie (L2 positive) : il préconise alors la réalisation d'un bilan diagnostique appelé « différé » (*agrandissement, échographie, IRM, avis spécialisé, cytoponction, etc...*) pour confirmer cette anomalie. Dans ce cas le radiologue 1^{er} lecteur doit reconvoquer la femme.



715 dossiers relus en 2nde lecture ont été positifs

2,1% taux de rappel des femmes dépistées*

Ce taux est conforme au cahier des charges (<3 %) et au référentiel européen**.

Bilan Diagnostique Différé (BDD)

Lorsque la 2nde lecture est jugée anormale, le radiologue 2nd lecteur doit réaliser le BDD rapidement : il se distingue de la surveillance qui consiste le plus souvent en une mammographie de contrôle à 3 ou 6 mois.

Ce BDD peut soit confirmer (19,2 %) soit infirmer l'anomalie vue en L2. Le BDD peut ne pas être réalisé (11,0 %), notamment lorsqu'une biopsie est réalisée d'emblée.

Total des dépistages positifs

Avant bilan (BDI ou BDD)

8,0% des dépistages étaient positifs

(L1, examen clinique ou L2).

Après bilan (BDI ou BDD)

3,7% des dépistages étaient positifs ***

(L1, examen clinique ou L2).

* Taux national 2013-2014 = 1.2%

** Le taux de rappel souhaitable selon le rang du dépistage dans le référentiel européen est de moins de 5 % pour un premier dépistage et moins de 3 % pour un dépistage subséquent : Europe against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. European Commission. 1996, mise à jour 2006. (4th edition)

*** Taux national 2013-2014 = 3.5%

Indicateurs d'efficacité précoce : détection des cancers

Cancers dépistés



196 cancers dépistés (données partielles).

dans le cadre du dépistage organisé

Le temps de recueil des résultats de cancer étant élevé, les indicateurs suivants sont calculés sur l'année 2017 pour disposer d'un recul suffisant.

En 2017, 281 cancers ont été dépistés, ce qui représente 8,2 cancers pour 1 000 femmes dépistées¹ (évolution annuelle figure 7). Ce taux est en augmentation depuis 2010 (7,0/1000).

Parmi ces cancers, 19 ont été rattrapés par la 2nde lecture anormale, soit 6,8 % des cancers².

¹ Taux national 2013-2014=7.4 % (InVS : Programme national de dépistage organisé du cancer du sein – Publié le 05/10/2016 Indicateurs par région et département sur la période 2013-2014)

² Taux national 2013-2014 : 6.1%

Les pourcentages de cancers de bon pronostic parmi l'ensemble des cancers détectés sont des indicateurs indirects d'efficacité du programme. En effet, la prévention des décès par cancer du sein grâce au dépistage organisé n'est possible que si les cancers sont détectés à un stade précoce où les traitements sont les plus efficaces. On a enregistré 14,0 % de cancers canaux in situ¹. Parmi les cancers invasifs, 35,9 % étaient de taille ≤ 10 mm² et 78,5 % ne présentaient pas d'envahissement ganglionnaire³.

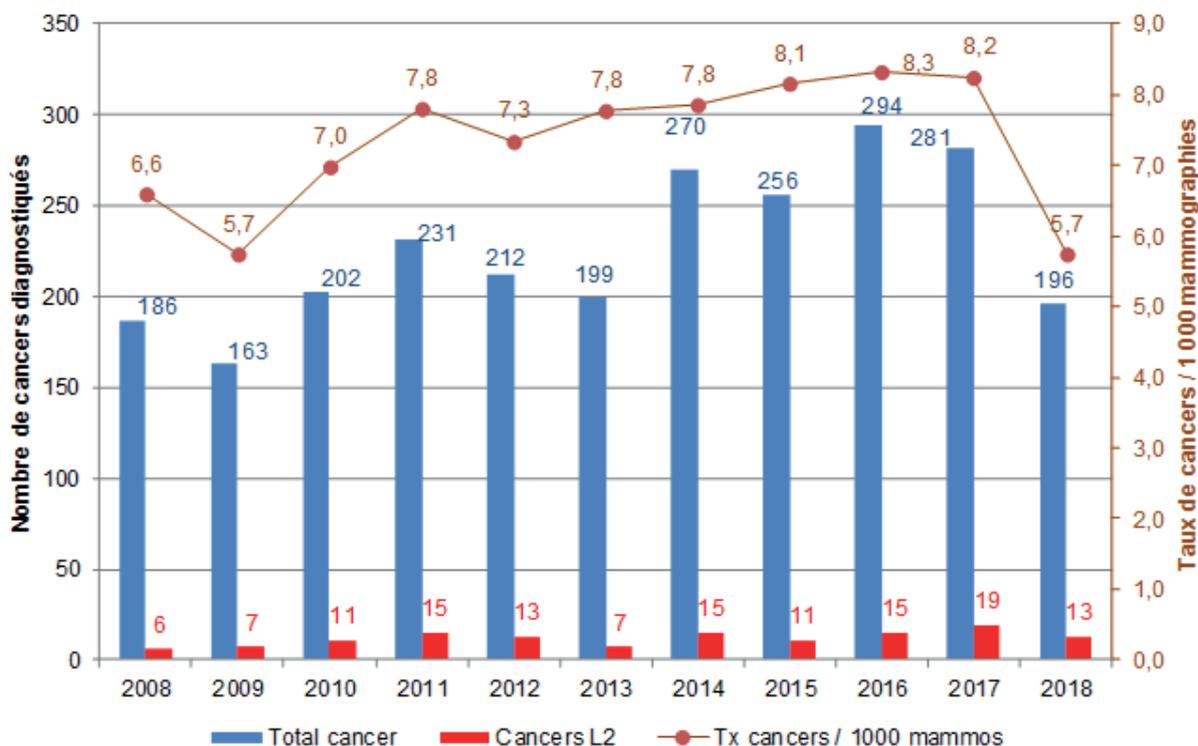
Valeur Prédictive Positive (VPP)

Il s'agit du nombre de cancers dépistés rapporté au nombre de dépistages positifs. Selon le mode de découverte, la valeur prédictive positive est (données 2016) :

- dépistage positif avant bilan diagnostique (BDI ou BDD) : **10.2%**
- dépistage positif après bilan diagnostique (BDI ou BDD) : **22.4%**

Cela signifie que lorsque le dépistage est positif en 1^{ère} ou 2^{de} lecture avant réalisation du bilan diagnostique, un cancer est dépisté dans 10 % des cas. Lorsque le bilan diagnostique (immédiat ou différé) confirme l'anomalie, un cancer est dépisté dans un cas sur 5.

Figure 7 : Evolution du nombre de cancers dépistés par année, dont suite à la seconde lecture et du taux de cancers dépistés pour 1000 mammographies, par année



¹ Taux national 2013-2014=7.4 % (InVS : Programme national de dépistage organisé du cancer du sein – Publié le 05/10/2016 Indicateurs par région et département sur la période 2013-2014)

² Taux recommandé : >30%, taux national 2013-2014 = 37.5%

³ Taux recommandé : >70% pour le dépistage initial et >75% pour les dépistages subséquents, taux national 2013-2014 = 76.6%

3

LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

- Le cancer colorectal
- Le programme de dépistage du cancer colorectal
- Indicateurs d'activité
- Participation
- Indicateurs de qualité

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le cancer colorectal

Dans le monde

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent dans le monde et la troisième cause (tous sexes confondus) de mortalité par cancer^{1,2}. Les taux d'incidence (nouveaux cas) dans le monde varient considérablement : de 4.5 en Afrique de l'Ouest à 44,8/100 000 hommes en Australie / Nouvelle-Zélande. Ces différences pourraient s'expliquer par l'alimentation, les différents modes de vie et les facteurs héréditaires.

En France

La France (métropole) fait partie des 20 pays d'Europe ayant des taux d'incidence les plus élevés pour les deux sexes.



Il représente près de 11 % de l'ensemble des cancers incidents tous sexes confondus³.



Chez l'homme, le cancer colorectal se situe au 3ème rang des cancers incidents masculins, avec 23 535 nouveaux cas estimés, derrière le cancer de la prostate et le cancer du poumon.



Chez la femme, il se situe au 2ème rang (19 535 cas), derrière le cancer du sein et juste devant le cancer du poumon.

La majorité des nouveaux cas de cancer du côlon-rectum surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus, chez les hommes (96 %) comme chez les femmes (94 %).

L'âge médian au diagnostic pour 2012 est estimé à 71 ans chez l'homme et 75 ans chez la femme.

En France, la survie nette standardisée à 5 ans et celle à 10 ans du cancer colorectal sont respectivement de 63 % et 52 %²².

La survie est liée au stade des lésions détectées : au stade précoce, sans atteinte des ganglions, le taux de survie relative est de 90 % à 5 ans, contre 70 % en cas d'atteinte ganglionnaire et 13 % en cas de métastases⁴.

En Haute-Savoie

En Haute-Savoie, le taux d'incidence du cancer colorectal est légèrement inférieur au taux national après standardisation sur l'âge, que ce soit chez les hommes (-8 %) ou chez les femmes (-16 %)⁵

1. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013 Mar 1;132(5):1133-45.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 19/02/2015.
3. ©Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015.
4. SEER 2014, Etats-unis
5. Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010 — INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Le programme de dépistage du cancer colorectal

Il a été démontré que le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal.

En France, une étude contrôlée en population générale montre une réduction de 16 % de la mortalité par cancer colorectal après 11 ans de suivi, sous certaines conditions d'organisation du dépistage¹.

Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 % pour que le programme de dépistage ait un bon rapport coût-efficace.

Mis en place en 2002 dans 23 départements pilotes, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2009. Le programme propose un test de détection de sang occulte dans les selles tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer selon les recommandations de la Conférence de Consensus de 1998, renouvelées en 2005. Une coloscopie complète doit être pratiquée systématiquement en cas de test positif.

Depuis sa mise en œuvre, le dépistage organisé était fondé sur le test au gaïac (Hémocult® II). En avril 2015, ce test a été remplacé par le test immunologique (OC-sensor®), plus performant et plus facile d'utilisation. Ce test est spécifique de l'hémoglobine humaine, avec une analyse automatisée et quantitative. Le taux de positivité cible est de 4%. Les résultats attendus de ce nouveau test sont une meilleure sensibilité de détection des cancers et une réduction des faux positifs.

Suite à un retard d'approvisionnement, le programme de dépistage s'est interrompu entre janvier et août 2015, date de mise à disposition du nouveau test. Une nouvelle procédure de commande de kits de tests a été mise en place pour les médecins généralistes par le biais de leur Espace Pro Ameli.

Les structures de gestion départementales du dépistage organisé sont chargées d'inviter la population concernée et de veiller au bon déroulement du suivi. Le premier courrier invite la population à se rendre chez son médecin généraliste (consultation non prise en charge par le dépistage organisé), et c'est le médecin généraliste qui décide, au regard des antécédents de la personne, de l'opportunité ou non de faire un test de dépistage.

Les personnes ayant une pathologie colique qui nécessite un contrôle endoscopique programmé, ayant des antécédents personnels d'adénomes colorectaux, ayant un parent du premier degré atteint d'un cancer colorectal avant 65 ans ou au moins deux parents du 1er degré atteints sont à risque plus élevé de cancer colorectal. Elles doivent se voir proposer une coloscopie d'emblée à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez le parent atteint. Enfin, les sujets présentant une pathologie grave extra-intestinale (motif éthique) et ceux chez qui le dépistage revêt un caractère momentanément inopportun (exemple la dépression pour des raisons d'éthique et d'efficacité) ne doivent pas réaliser le test de dépistage.

Indicateurs d'activité

Données de population

Le nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans résidant sur le département de Haute-Savoie (données INSEE) à inviter sur l'année est de 114 453 personnes.

Parmi ces personnes, 114 322 étaient présentes dans les fichiers des caisses d'assurance maladie et 82 801 personnes éligibles au dépistage organisé (hors exclusions médicales).

Depuis le 23/02/2017, un système de recueil des dates des actes de coloscopies a été mis en place afin de mieux cibler les invitations.

1. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, Dassonville F, Bonithon-Kopp C. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*. 2004 Jun;126(7):1674-80.

Invitations, relances et nombre de tests de recherche de sang dans les selles.

Le dépistage organisé du cancer colorectal a démarré en Haute-Savoie en septembre 2008. La lecture des anciens tests Hémocult® II s'est interrompue au 31 janvier 2015.

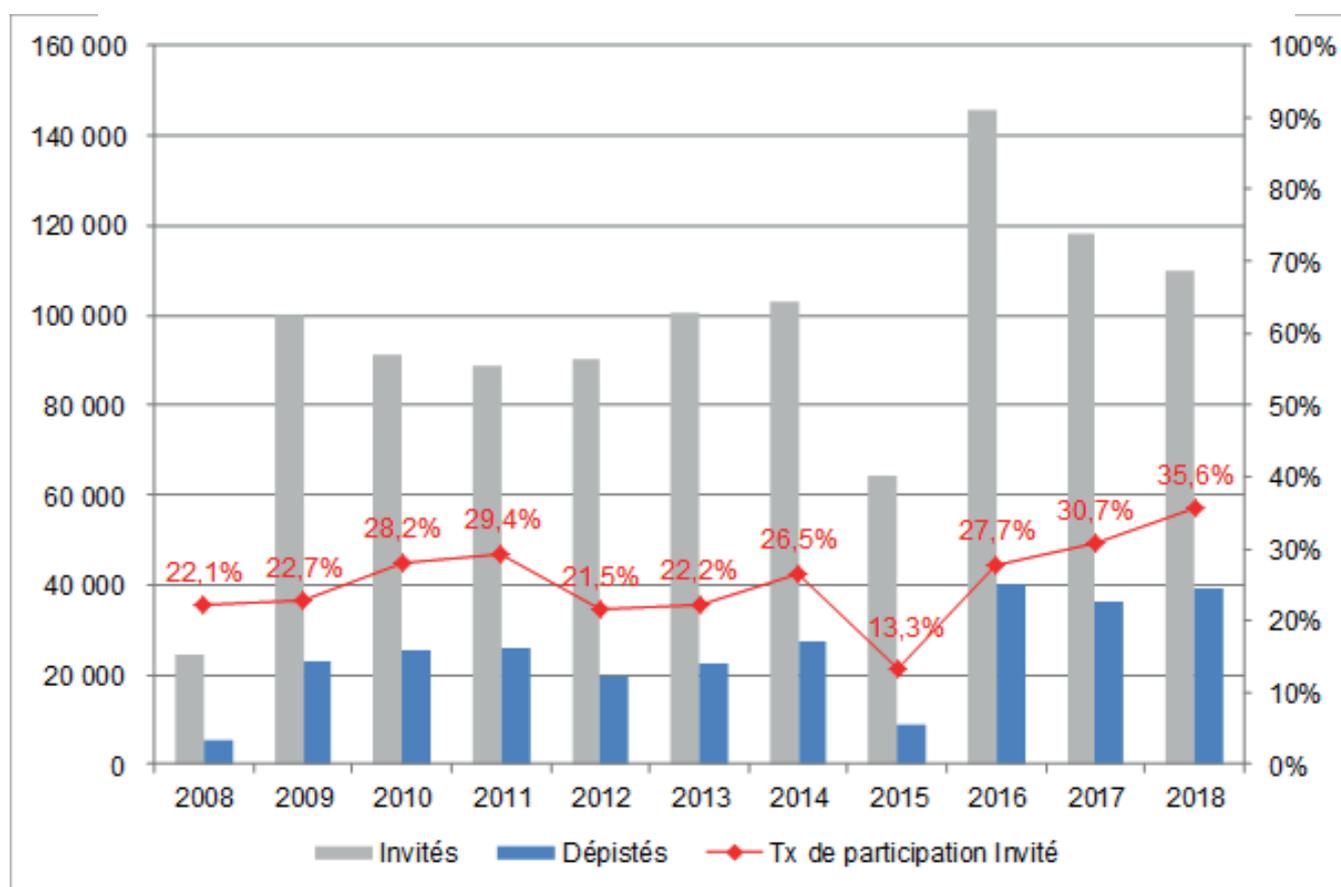
Le nouveau test n'était disponible qu'en juin 2015 : les invitations ont démarré progressivement sur le mois d'août 2015, pour les patients dont les anciens tests n'avaient pu être analysés. Les invitations ont été envoyées de manière plus soutenue à partir de septembre 2015 (15 000 invitations par mois) pour rattraper le retard lié à l'interruption du programme de dépistage.

En 2018, une invitation a été envoyée à 108 446 personnes, la première relance¹ à 98 113 personnes et la 2^{de} relance² à 80 252 personnes.

Sur l'année 2018, 39 007 tests ont été analysés, soit un taux global de tests par invitation de 35.6 %³ : il s'agit d'une donnée instantanée, qui ne tient pas compte des campagnes d'invitation précédentes et du délai entre l'invitation et la réalisation du test (figure 8). Le délai moyen entre l'invitation et la réalisation du test est de 6 mois (données 2016 et 2017).

Depuis l'arrêt du programme de dépistage en 2015 avec reprise des invitations en fin d'année 2015 et un rattrapage en 2016, on constate une forte augmentation du nombre de tests réalisés.

Figure 8 : Taux de participation « invité » au dépistage du cancer colorectal, par année



1. La 1ère relance est envoyée 4 mois plus tard, en l'absence de test de dépistage réalisé.

2. La 2ème relance est envoyée 5 mois après l'invitation, en l'absence de test de dépistage réalisé.

3. Taux de participation INVITEES : nombre tests au cours de l'année N-1 rapporté au nombre d'invitations (y compris les invitations en double)

Participation

Participation de la population INSEE

En 2018, 39,7% des personnes âgées de 50 à 74 ans éligibles du département de Haute-Savoie a réalisé un test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé.

Ce taux de participation est en nette augmentation sur les campagnes de 2015-2016 (24.7%) à 2016-2017 (39.1%), cette progression étant encore plus nette que celle observée en France (Figures 9 et 10).

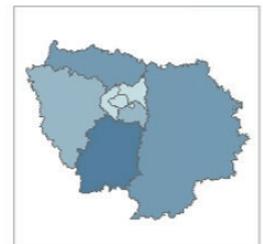
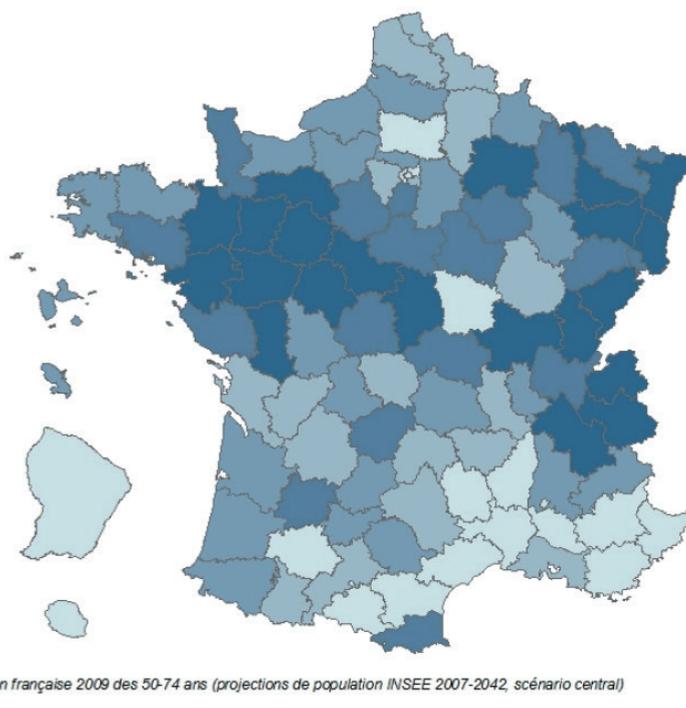
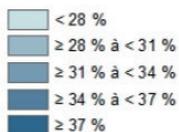
En moyenne sur la campagne 2017 - 2018, le taux de participation est de 38.7% (37.6% en 2017 et 39.7% en 2018). Ce taux de participation varie avec :

- * le sexe : les femmes (40.2%) participent plus que les hommes (37.0%) ;
- * l'âge : les personnes les plus âgées (>40% après 65 ans) et les plus jeunes (39% pour les 50-54 ans) participent plus qu'entre 55 et 64 ans (<38.5%) ;
- * le régime d'assurance maladie : 30.9% pour le RSI, 39.7% pour la CPAM et 46.2% pour les autres régimes (EDF, MGEN).

Figure 9 : Carte départementale des taux de participation INSEE au dépistage organisé du cancer du colorectal sur la campagne 2017-2018 (Santé Publique France).

**Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal
Période 2017-2018
Taux standardisés* de participation, par département**

Taux de participation standardisés (%)

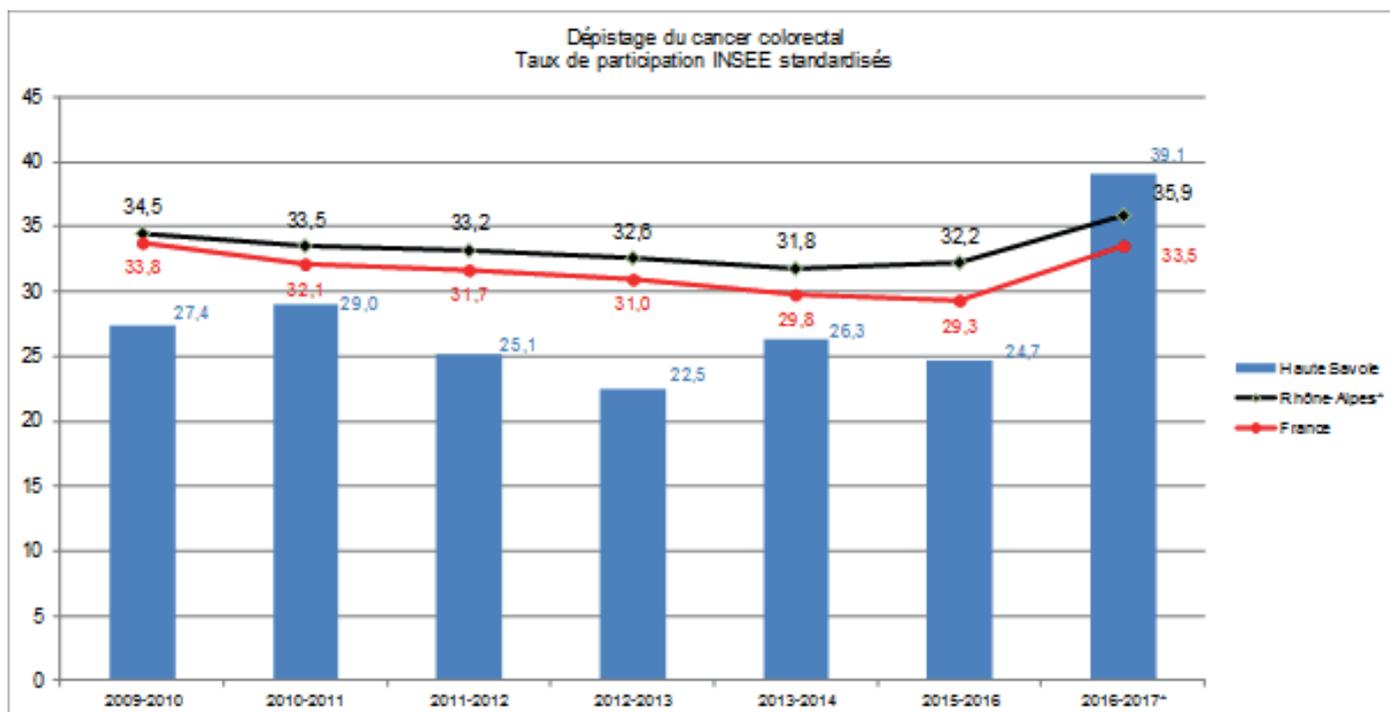


* Standardisés sur la population française 2009 des 50-74 ans (projections de population INSEE 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN-[GeoFLA]®, 2014 ;
©Santé publique France, 07/02/2019

Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

Figure 10 : Taux de participation INSEE au dépistage organisé du cancer colorectal en Haute-Savoie et en France, par année.



Le taux de participation INSEE est étroitement lié au taux d'exclusion médicale (pour antécédents personnels ou familiaux de maladie colorectale nécessitant une surveillance par coloscopie) : ces personnes exclues sont retirées du dénominateur.

En Haute-Savoie, le taux d'exclusion a augmenté de 8,4% en 2015-2016 à 10,8% en 2016-2017, période correspondant à la mise en place de l'intégration des données de remboursement des actes de coloscopies des assurés du régime général.

A l'échelle régionale, on observe de fortes disparités de taux de participation et d'exclusions (Figures 11 et 12), en lien par exemple en Isère avec une meilleur exhaustivité de recueil des exclusions du fait d'avoir été département pilote avec mise en place du dépistage organisé dès 1990, le recueil des actes de coloscopie avec les Département d'Information Médicale ou encore la participation à des études expérimentales (ex : suivi des hauts risques).

Figure 11 : Evolution des taux de participation INSEE au dépistage du cancer colorectal en France et en région Auvergne Rhône-Alpes

Evolution des **taux de participation** depuis 2009

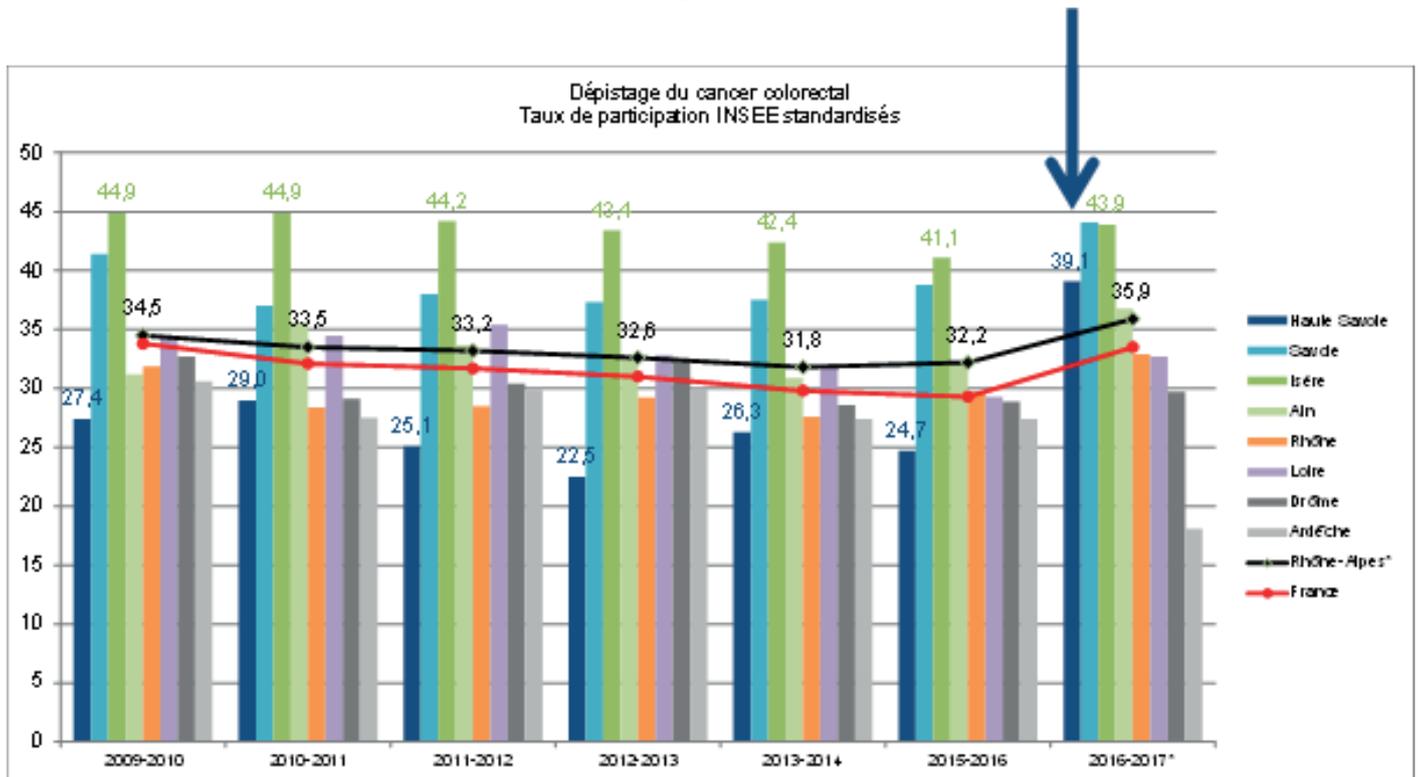
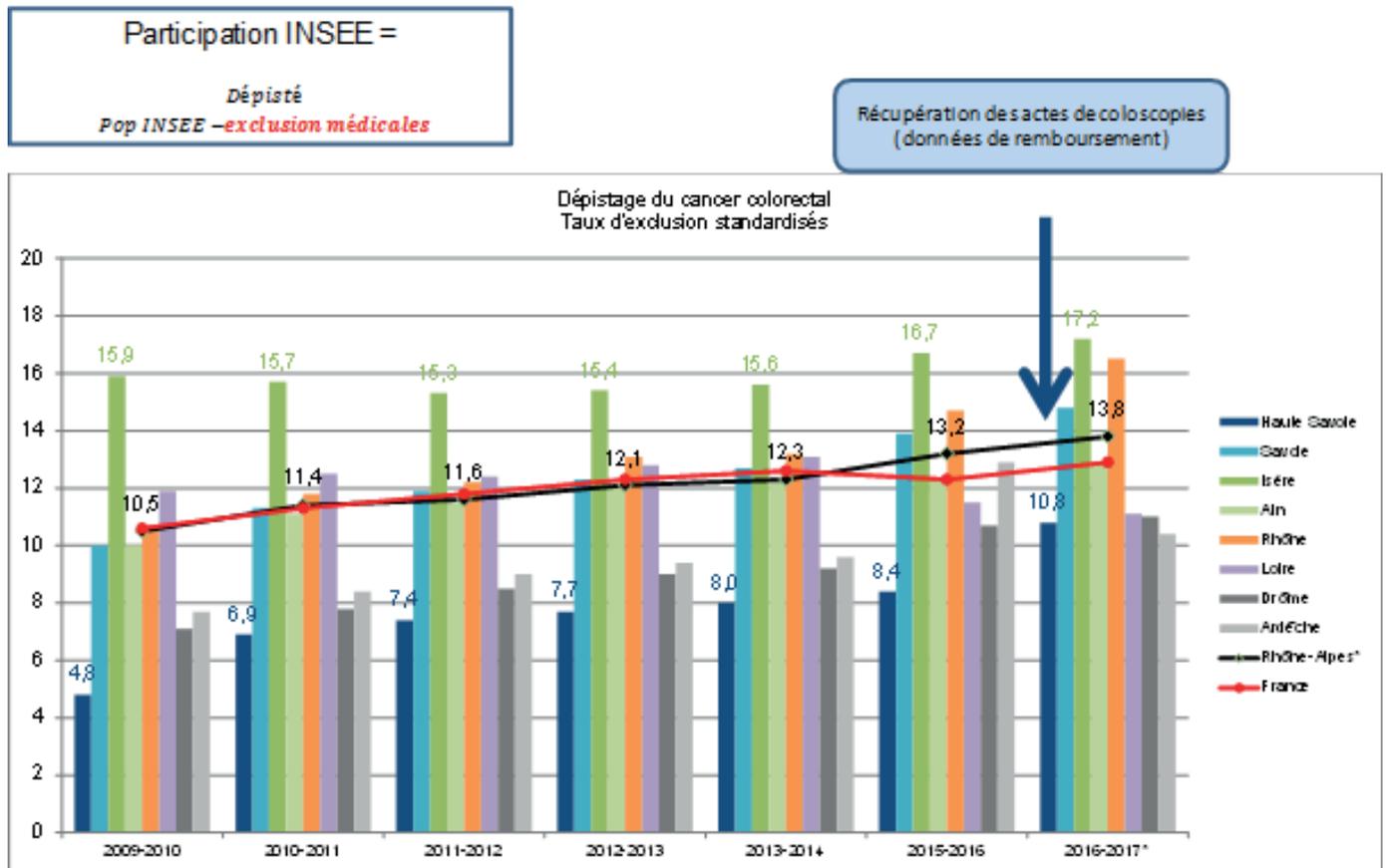


Figure 12 : Evolution des taux d'exclusion au dépistage du cancer colorectal en France et en région Auvergne Rhône-Alpes

Evolution des **taux d'exclusion** depuis 2009



Taux de participation par cohorte de personnes invitées¹.

Il s'agit du rendement de l'invitation, c'est-à-dire le nombre de tests réalisés pour les personnes ayant été destinataire d'une invitation sur la période considérée.



Parmi les personnes invitées entre septembre 2015 et septembre 2017, 34.5% ont effectivement réalisé le test.

Dans la mesure où cet indicateur ne tient compte que des personnes ayant été réellement invitées, il permet de comparer les taux de participation par commune (Figure 13) : le département est marqué par de faibles taux de participation proche de 30% sur les cantons d'Annemasse, Cluses et Thonon-les-Bains et Evian-les-Bains. Ces secteurs sont également concernés par un taux de plus non distribués plus élevé (Figure 14).

1. Taux de participation COHORTE INVITEE : nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les 12 mois suivant la première invitation et/ou relance rapporté au nombre de personnes invitées.

Figure 13 : Carte communale des taux de participation en Haute-Savoie de la cohorte invitée entre le 1^{er} septembre 2015 et le 1^{er} septembre 2017 (données en date de juin 2018)

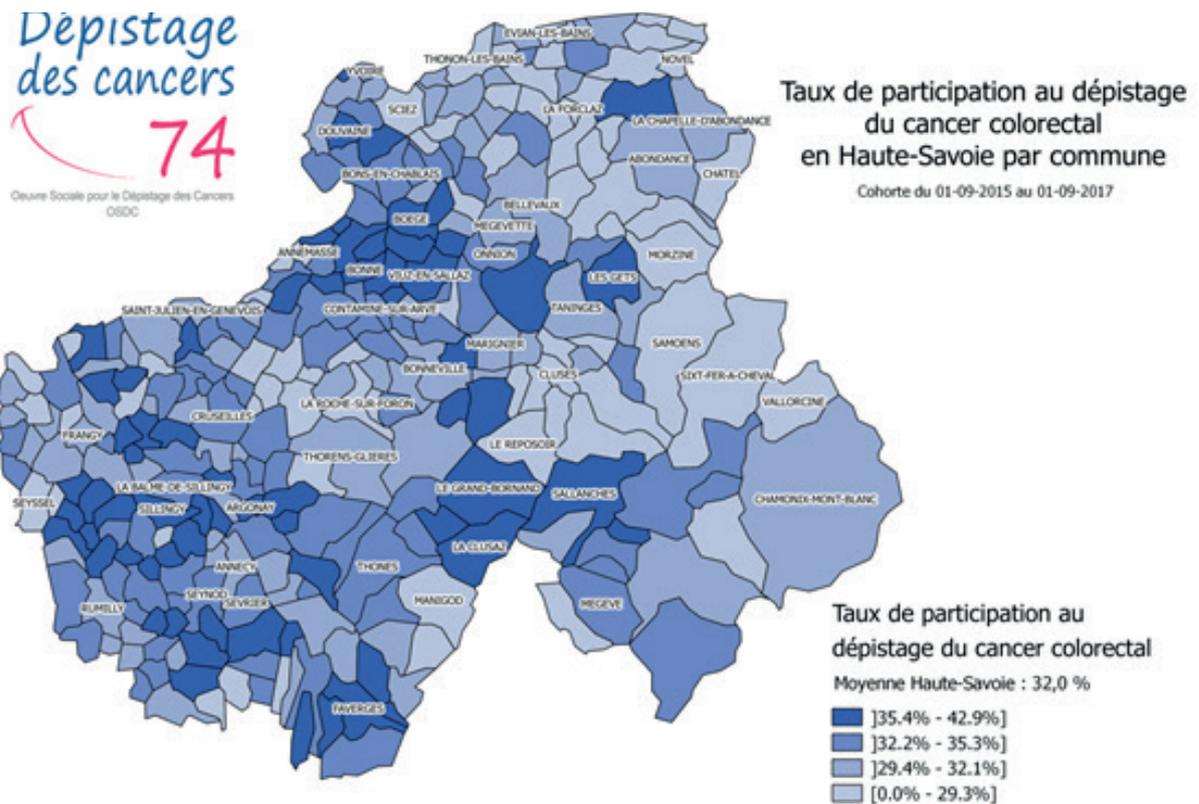
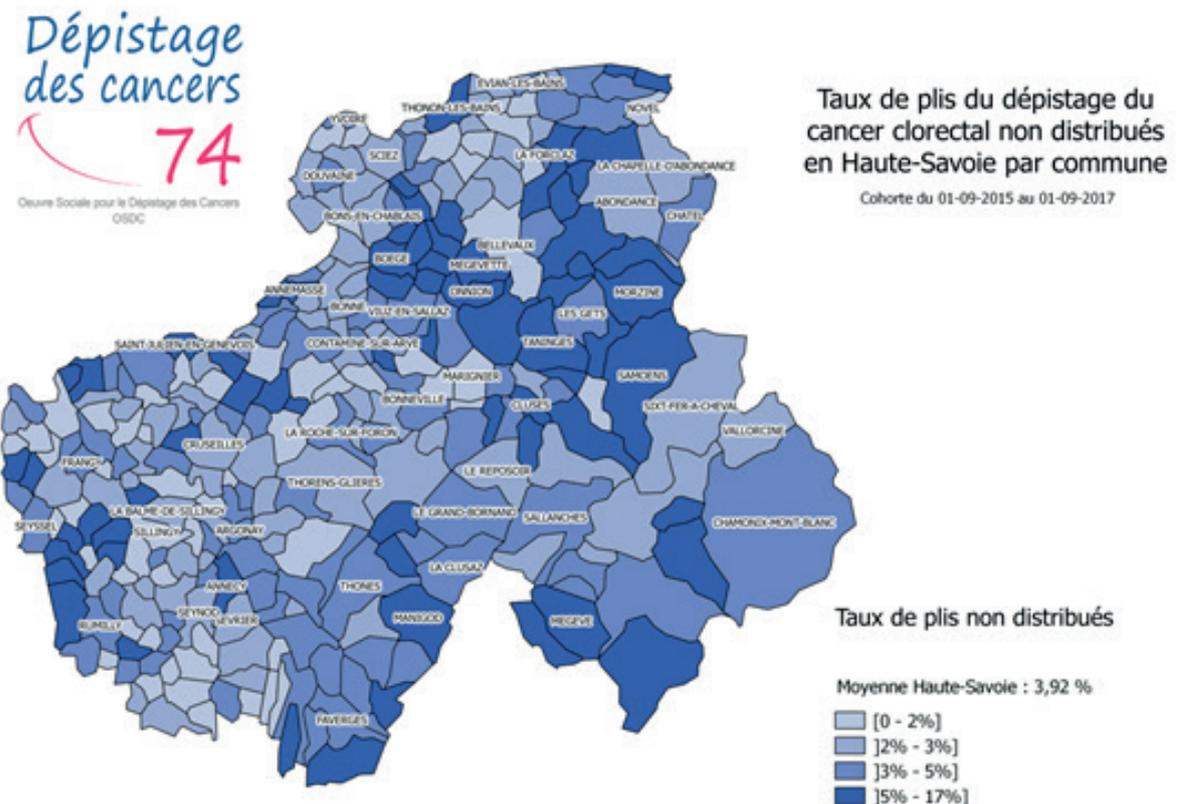


Figure 14 : Carte communale du taux de plis non distribués en Haute-Savoie pour la cohorte invitée entre le 1^{er} septembre 2015 et le 1^{er} septembre 2017 (données en date de juin 2018)



Indicateurs de qualité

Tests non analysables

Un test est dit non-analysable lorsque le laboratoire n'a pas pu analyser le prélèvement de selles. De nombreuses raisons peuvent être en cause : test périmés (maximum 18 mois), tests parvenus trop tard au laboratoire après le prélèvement de selles (maximum 6 jours), date de prélèvement non renseignée, etc... Plusieurs causes peuvent co-exister. Un test non analysable doit être refait : le laboratoire d'analyse adresse un courrier au médecin et au patient pour les informer et donner la raison du non analysable. Ensuite, un nouveau test est ré-adressé au patients 2 à 3 semaines plus tard par un prestataire externe afin que le patient puisse refaire son test. Dans certains cas, le patient ne refait pas le test. On distingue 2 indicateurs :



• **Tests non analysables (qu'ils aient été refaits par la suite ou non)**
 En 2018, 5 132 tests n'ont pas pu être analysés, ce qui représente 13.2% de tests, en forte augmentation depuis 2017 (5.3%). Les principales causes sont :

- * 2 471 tests parvenus trop tard au laboratoire (après le délai de 6 jours) (13.2%) ;
- * 2 057 tests périmés (5.3%) ;
- * 376 tests sans date de prélèvement renseignée (1.0%),
- * et 297 personnes qui ont réalisé plusieurs tests dans la même campagne (dans ce cas, les tests consécutifs sont refusés) (0.8%).

Pour les tests parvenus trop tard au laboratoire, les causes n'ont pu être clairement établies mais le problème s'est concentré sur certains jours des mois de janvier, avril et mai¹, de façon inégale selon les départements². Les raisons exposées par le laboratoire d'analyse étaient le blocage des camions par la neige et les grèves SNCF pour assurer l'acheminement des tests par la Poste. Ces pics ont fait l'objet d'une alerte régionale et auprès des médecins généralistes du département.

- **Tests non analysables et non refaits (tableau 1) : ce taux reste élevé pour 2018 (3.4% contre 1.6% en 2017) : tous les patients n'ont pas encore eu le temps de refaire un second test à ce jour.**



1. 02 au 04/01, 10/01, 16 au 18/01, 23/01, 02 au 15/02, 27/03, du 03 au 17/04, du 24/04 au 15/05, du 19/05 au 23/05, 12/06, 05/09
 2. Départements plus touchés : 68, 38, 74, 26, 13, 73

Tableau 1 : Résultats des tests de dépistage du cancer colorectal en Haute Savoie, par année

	Tests 2015	Tests 2016	Tests 2017	Tests 2018
Total tests	8 553	40 340	36 333	39 007
Négatifs	8 108 94,8%	38 149 94,6%	34 334 94,5%	36 324 94,5%
Non analysables ¹⁾	142 1,7%	510 1,3%	583 1,6%	1 363 3,4%
Positifs	303 3,5%	1 681 4,2%	1 413 3,9%	1 320 3,5%
Coloscopie réalisée ⁽²⁾	280 92,4%	1 515 90,1%	1 228 86,9%	804 60,9%
Délai moyen coloscopie ⁽³⁾	102.3	103.9	100.2	82.0

Tests positifs et coloscopies

Parmi les tests analysables en 2018, 4% sont positifs. Suite à un test positif, une coloscopie doit être réalisée afin d'identifier la cause du saignement, d'en faire le diagnostic (biopsies) et le cas échéant de retirer une lésion (ex : polype). Pour l'année 2018, 804 coloscopies ont été réalisées, soit un taux de réalisation de seulement 61%, lié au délai de réalisation de la coloscopie (en cours pour les tests positifs de la fin de l'année 2018) et au temps de recueil des données. Le délai moyen entre la date du test et la date de la coloscopie est de 3.3 mois (2017).

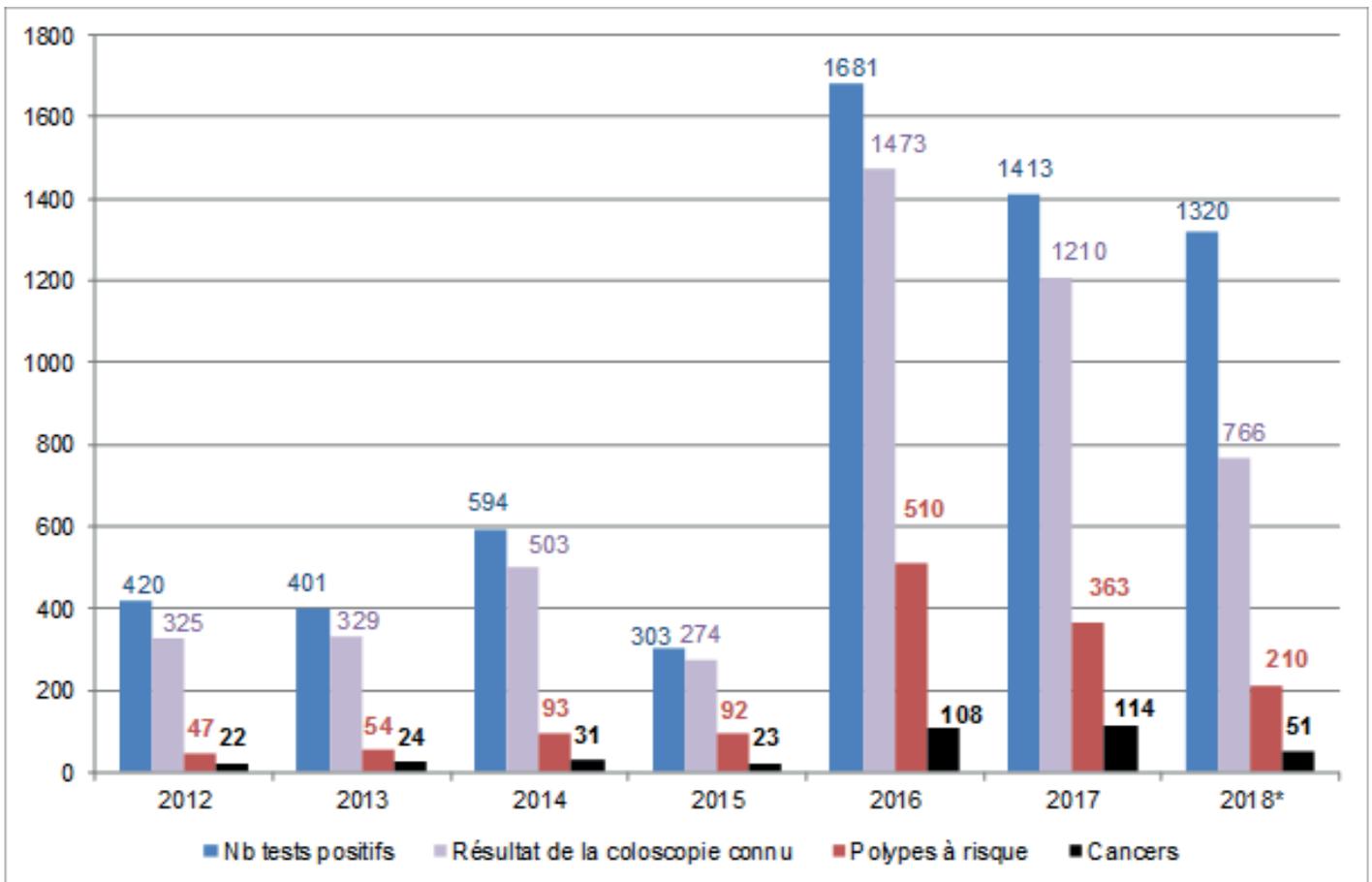
En 2017, 87% des tests positifs ont été suivis d'une coloscopie selon les données disponibles à l'OSDC, ce qui est inférieur aux recommandations (90%). En plus des relances par courrier, des relances téléphoniques ont été réalisées en 2018 auprès des « perdus de vue » afin d'inviter les patients à réaliser leur coloscopie de contrôle.

Résultats des tests

En 2017, le test a permis de dépister 363 personnes avec un polype à risque de dégénérer en cancer et 114 personnes avec un cancer colorectal (Figure 15).



Figure 15 : Evolution annuelle du nombre de personnes avec un test positif, un résultat de coloscopie connu, un polype à risque de dégénérer en cancer et un cancer.

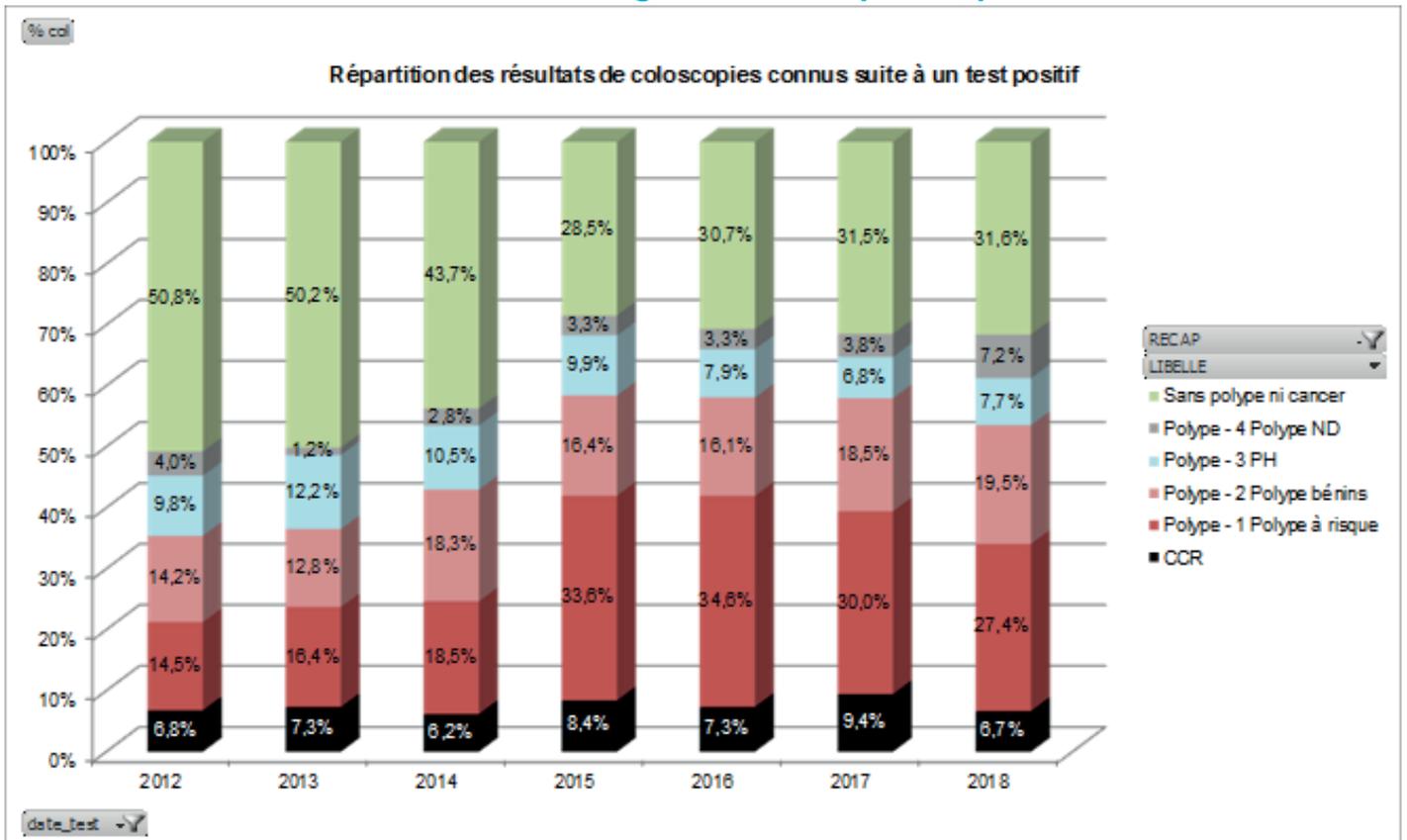


Tests positifs et coloscopies

Le taux de détection des polypes à risque et des cancers a nettement augmenté depuis la mise en place du nouveau test de dépistage au cours de l'année 2015.

Le taux de détection des cancers est passé de 6,8 % en 2012 à 9,4 % en 2017 (Figure 16). Le taux de détection de polypes à risque a également fortement augmenté : de 14,5 % en 2012 à 30,0 % en 2017. C'est le retrait de ces polypes à risque qui permet d'éviter qu'un cancer ne se développe.

Figure 16 : Evolution de la répartition des résultats de coloscopies effectuées suite à un test de recherche de sang dans les selles positifs, par année.



1. Résultat de coloscopie connu : exclu les perdus de vue, les décès de cause indéterminée, les pathologies intercurrentes / coloscopies contre-indiquées, les relances en cours
 Polype - 1 : Polype à risque: Adénome haut grade ou taille ≥ 10 mm ou composante villeuse (Définition Santé Publique France)
 Polype - 2 : Polypes bénins : Adénome < 10mm et dysplasie bas grade et absence de composante villeuse (Définition Santé Publique France)
 Polype - 3 : Polype hyperplasique
 Polype - 4 : Polype Non Déterminé (attente du CR anapath)





4

**FORMATIONS ET INFORMATIONS
DES PROFESSIONNELS**

FORMATIONS ET INFORMATIONS DES PROFESSIONNELS

Collectif « Dépistage des cancers en Haute-Savoie »

L'OSDC anime le collectif « Dépistage des cancers en Haute-Savoie » pour mutualiser les moyens, coordonner les actions de promotion du dépistage (cancer du sein et colorectal) et sensibiliser les professionnels de la prévention du département.

Le Collectif rassemble le Comité Féminin pour le dépistage du cancer du sein, la MSA Alpes Nord, la Mutualité Française Auvergne Rhône-Alpes, les Réseaux 3C Haute-Savoie Nord et Sud, la MGEN, la CAMIEG, l'IREPS et l'UDAPEI de Haute-Savoie.

Le collectif s'est réuni 7 fois au cours de l'année.

Réunion d'information aux acteurs territoriaux (mairies, CCAS)

Une réunion d'information a été proposée aux collectivités pour expliquer l'intérêt et le fonctionnement du dépistage organisé (première réunion en octobre, à l'occasion d'Octobre Rose), présenter les inégalités d'accès au dépistage par commune, partager les expériences et présenter les outils à disposition : documentation de l'Institut National du Cancer, exposition sur le dépistage des cancers (cf. infra). Pour cette première réunion, sept communes ont répondu présentes et 6 ont emprunté l'exposition sur le dépistage des cancers durant le mois d'octobre.

Formations

Formations réalisées sur le dépistage des cancers :

- Etudiants Aide-soignants (IFSI Thonon-les-bains) (13 avril)
- Agents du Centre d'Examens de Santé (4 mai)
- Etudiants infirmiers (IFSI Gaillard) (9 octobre)

Relations avec les professionnels de santé

Médecins généralistes

Une large campagne d'information sur le dépistage des cancers pour les médecins généralistes du département a été réalisée avec les délégués de l'assurance maladie en 2018, avec la remise de documentation (affiches, flyers), la transmission d'un courrier avec les taux de participation du département, les résultats statistiques personnalisés des tests de dépistage et une fiche simplifiée sur le dépistage du cancer colorectal. Cette campagne a permis de voir plus de 400 médecins généralistes.

Radiologues

Les résultats et l'actualité du dépistage sont présentés et discutés dans le cadre de l'assemblée générale des radiologues du département (24 mai).

Médecine du travail

Rencontre de l'équipe de la médecine du travail de l'entreprise NTN-SNR sur le sujet du dépistage organisé des cancers (6 juillet)

Conseil scientifique de l'OSDC

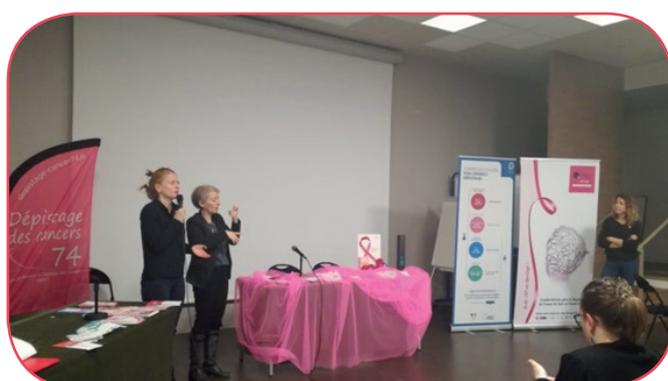
Cette instance est chargée d'assurer l'organisation médicale, la promotion et la validation des actions à mener pour les 2 dépistages organisés (cancer du sein et cancer colo-rectal). Il est composé de professionnels de santé libéraux, institutionnels et hospitaliers et s'est réuni le 14 juin.

Promotion du dépistage auprès de personnes en situation de handicap

L'Udapei74* a piloté en lien avec l'OSDC les actions en faveur de l'accès au dépistage et à la prévention des cancers pour les personnes en situation de handicap, dans le cadre d'une convention signée avec l'ARS sur la période 2016-2018.

L'OSDC a participé à la création de 2 films sur le dépistage des cancers du sein et colorectal, traduits en langage des signes. Ces films ont été réalisés par l'Udapei74 et l'association PASSERELLS, avec le soutien du Comité féminin. Une conférence traduite en langage des signes a permis de présenter les films et répondre aux questions des nombreux auditeurs venus de tout le département (plus de 100 personnes).

* Union Départementale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales de Haute-Savoie



Création d'une exposition sur le dépistage des cancers (kakémonos)

Face au double constat du manque d'information du public et de la faible accessibilité des informations existantes, l'OSDC et le collectif ont conçu une exposition « prévention et dépistage des cancers ».

Objectif

Concevoir un outil de communication adapté sur la prévention, répondant aux critères suivants :

- augmenter le niveau d'information de la population concernant la prévention du cancer en général et le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal,
- proposer une information adaptée, compréhensible par tous, scientifiquement correcte,
- mobiliser les partenaires autour d'un projet commun.

Méthode

L'ensemble des partenaires du Collectif a été mobilisé afin de choisir le support et rédiger le contenu. Le support de communication devait être à la fois pérenne, facilement transportable et visuellement attractif.

Après la réalisation d'un état des lieux des outils existants et le choix du support, le contenu a été élaboré collectivement avec une approche éducative, c'est-à-dire donner les compétences et les moyens aux personnes pour leur permettre de promouvoir leur santé et leur qualité de vie. Afin de lutter contre les inégalités de santé et rendre l'information accessible à tous, les textes ont été relus dans une démarche de Facile A Lire et à Comprendre (FALC). Cette méthode européenne de rédaction permet une accessibilité des informations aux personnes déficientes intellectuelles ou allophone.

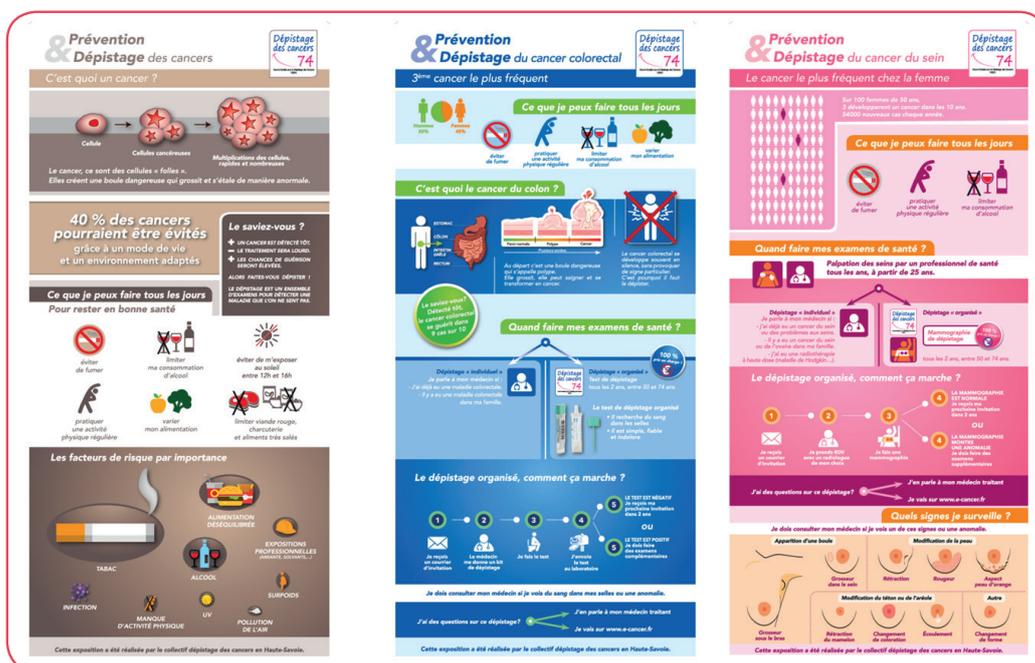
Résultats

Trois grands panneaux d'exposition sous forme de kakémono portant sur le cancer en général, le cancer du sein et le cancer colorectal ont été réalisés. Les kakémonos permettent d'assurer la pérennité du support de communication en restant adapté aux besoins des actions de terrain : facilité de transport, encombrement limité (stands d'information, exposition temporaire, congrès, forum, etc...). Le grand format avec une mise en forme graphique attractive permet d'interpeller les passants et les visiteurs. La création de cette exposition a permis une forte mobilisation des partenaires et un renforcement des connaissances des acteurs sur la thématique des cancers. Ces supports permettent aux acteurs recevant du public (mairies, hôpitaux, associations, établissements sociaux, etc...) sans ressources matérielles ou humaines spécifiques de s'emparer de ce sujet de santé publique.

Conclusion

La mutualisation des compétences de chacun des partenaires a permis la création d'un outil commun, accessible, pérenne et fiable, pour un coût peu élevé. Cet outil permet de faciliter les actions de prévention et d'assurer la diffusion des messages pour tous en renforçant la mobilisation des acteurs prenant en charge du public, qu'ils soient directement ou indirectement impliqués dans la prévention.

12 jeux ont été commandés par les différents professionnels de santé du département et il a été mis à disposition de 7 partenaires différents depuis sur le dernier trimestre 2018.



Ce travail a fait l'objet d'une communication affichée à l'occasion du 9ème congrès national des réseaux de cancérologie, les 4 et 5 octobre à Lyon sur le thème « Equité d'accès dans les parcours de soins des personnes et malades atteints de cancer : quelle contribution du travail en réseaux à l'atteinte de cet objectif ? »

Exposition Prévention & Dépistage des Cancers

L'Esprit Social pour le Dépistage des Cancers (ESDC) - Centre Social pour le Dépistage des Cancers (CSDC)
 info@esprit-social@meuse-et-moselle.fr - 34 51 88 61 00 - www.dépistage-cancer.fr

Dépistage des cancers 74

INTRODUCTION

L'Esprit Social pour le Dépistage des Cancers (ESDC) est la structure de gestion responsable du dépistage organisé des cancers en Haute-Savoie. L'ESDC coordonne un Collectif « Dépistage des cancers en Haute-Savoie » pour relayer les informations auprès de la population.

Le Collectif Dépistage des Cancers en Haute-Savoie
 Partenaires

2 - OBJECTIFS : Concevoir un outil de communication sur la prévention

- Augmenter le niveau d'information de la population
- Proposer une information adaptée, compréhensible par tous, scientifiquement correcte
- Mobiliser les partenaires autour d'un projet commun

1- POURQUOI ?

- Manque d'information du public
- Faible accessibilité des informations existantes

3 - MÉTHODE :

Définition du support de communication :

- Pérenne
- Facilement transportable
- Visuellement attractif
- Tarif accessible à tous

Etats des lieux des outils existants → Choix du support →

Reunions régulières du Collectif | Élaboration collective

- Approche éducative
- Démarche FALC : méthode européenne pour une accessibilité des informations aux personnes déficientes intellectuelles ou allophone.
- Validation scientifique

4 - RÉSULTATS :

- Réalisation de 3 grands panneaux d'exposition annulables (bakemouss) dimensions : 80 x 200 cm
- Forte mobilisation des partenaires
- Renforcement des connaissances des acteurs
- Coût accessible à tous

Prévention & Dépistage des cancers

C'est quoi un cancer ?

40 % des cancers pourraient être évités grâce à un mode de vie et un environnement adaptés.

Ce que je peux faire tous les jours

Les facteurs de risque par importance

Prévention & Dépistage du cancer colorectal

2^{ème} cancer le plus fréquent

Ce que je peux faire tous les jours

C'est quoi le cancer du côlon ?

Quand faire mes examens de santé ?

Le dépistage organisé, comment ça marche ?

Prévention & Dépistage du cancer du sein

Le cancer le plus fréquent chez la femme

Ce que je peux faire tous les jours

Quand faire mes examens de santé ?

Le dépistage organisé, comment ça marche ?

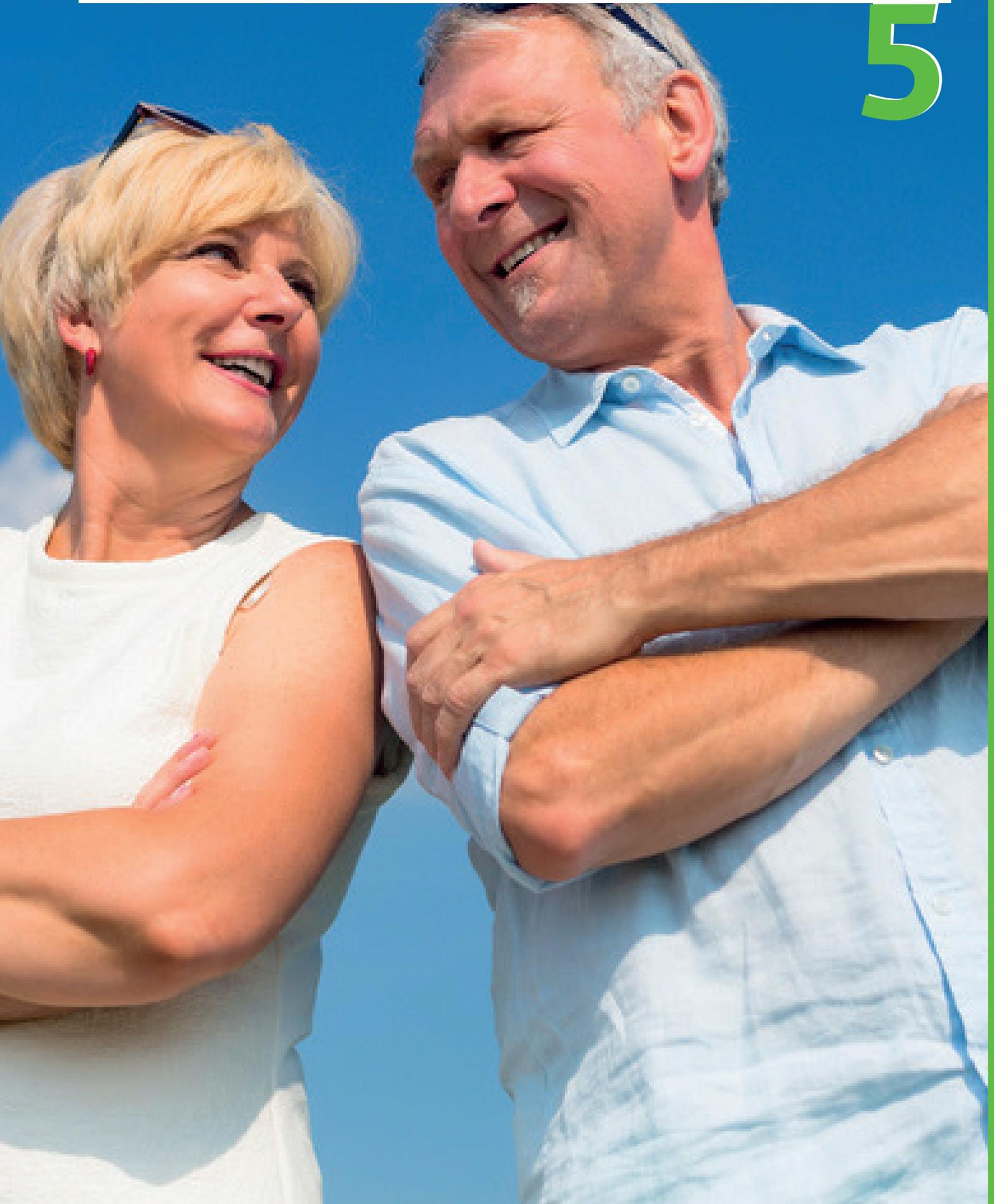
Quand faire mes examens de santé ?

5- CONCLUSION :

La mutualisation des compétences de chacun des partenaires a permis la création d'un outil commun, accessible, pérenne et fiable, pour un coût peu élevé. Cet outil permettra de faciliter les actions de prévention et d'assurer la diffusion des messages pour tous en renforçant la mobilisation des acteurs prenant en charge du public, qu'il soit directement ou indirectement impliqué dans la prévention.

ACTIONS DE COMMUNICATION POUR LE GRAND PUBLIC

5



ACTIONS DE COMMUNICATION POUR LE GRAND PUBLIC

Les actions de communication ont pour objectif d'informer la population du département sur la prévention et le dépistage organisé du cancer. Les actions de communication ont vocation à être accessibles au plus grand nombre. L'objectif est de sensibiliser les personnes de la tranche d'âge concernée, en ciblant les zones géographiques peu participantes, les personnes en situation de précarité et les personnes éloignées du système de santé. La sensibilisation des plus jeunes est également menée dans un objectif de prévention primaire.

Des stands d'information sont organisés et portent sur les 3 dépistages (cancer du sein, colorectal et col de l'utérus). Ils ont pour objectif d'informer le grand public sur la prévention des cancers, l'intérêt du test de dépistage, les modalités de réalisation du test, les cas d'exclusions médicales, et de remettre des invitations. La documentation de l'Institut National du Cancer est présentée, ainsi que le test de dépistage du cancer colorectal, les modèles d'invitation et les coordonnées des structures en charges de la prévention.

LES STANDS SONT ORGANISÉS SUR DIFFÉRENTS TYPES DE LIEUX

Des lieux santé



Accueils CPAM : les stands rencontrent un grand succès car les usagers sont disponibles et réceptifs aux messages de prévention. Ce lieu étant associé à la santé, le stand est lisible pour les assurés qui font d'emblée le lien avec la prévention. La possibilité d'offrir un café ou un thé rend le dialogue plus facile et permet de lever les freins à la réalisation du dépistage.



Centres hospitaliers : de la même façon que les accueils CPAM, les usagers associent la présence des stands d'information avec la prévention, ce qui facilite les échanges avec les patients et les visiteurs. L'intérêt des hôpitaux est qu'il permet également la sensibilisation des équipes soignantes.

ACCUEILS



Dans ces lieux santé, l'association du stand avec d'autres structures de prévention ou les équipes des télé-services pour la présentation du DMP permet d'élargir l'offre d'information et accroître l'intérêt du stand.

HÔPITAUX



Des galeries commerciales : pour toucher un large public qui ne se déplace pas dans les lieux de santé. Dans ce cas, les stands sont accompagnés d'outils de communication ludique et pédagogique (quizz sur le dépistage des cancers avec lot à gagner, exposition sur les dépistages, tapis de marche pour la promotion de l'activité physique). La difficulté dans les galeries commerciales est de capter l'attention des personnes, peu disponibles et qui identifient mal l'action de prévention « gratuite » dans une zone de commerce. La présence de l'exposition est un bon support d'explication. Les étudiants infirmiers sollicités via le Collectif assurent une aide précieuse et pédagogique pour l'animation des stands.

Centres commerciaux (Géant Casino Annemasse et Auchan Epagny)



Des évènements (soirée de jeux loto, journée marche nordique, forum des retraités) : les stands sont réalisés grâce à une étroite collaboration avec les partenaires organisateurs de ces évènements

Un mini-bus « Dépistage des cancers » : afin de lutter contre les inégalités territoriales d'accès à la prévention, le mini-bus « Dépistage des Cancers » permet de déplacer le stand d'information pour aller à la rencontre des personnes éloignées géographiquement du système de santé et des lieux de prévention. Stationné sur les parkings de supermarché, il permet de toucher un large public et de communiquer facilement.



DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

14
stands
Mars Bleu

1 714 personnes sensibilisées

71 invitations au dépistage délivrées (tableau 2)

Les animations étaient nombreuses et ont permis de sensibiliser des personnes qui, dans l'ensemble, avaient connaissance du test mais ne le réalisaient pas pour autant.

Tableau 2 : Lieux des actions, dates et nombre de personnes sensibilisées pour Mars Bleu

Lieux des actions	Dates et horaires	Nombre de personnes sensibilisées
Accueil CPAM		246
Accueil Annecy	Mardi 6 mars - 8h30-12h	83
Accueil Annemasse	Mardi 20 mars - 8h30-12h	72
Accueil Cluses	Lundi 26 mars - 8h30-12h	44
Accueil Thonon	Mardi 13 mars - 13h30-16h30	47
Hôpitaux		658
CHANGE (St Julien en Genevois)	Vendredi 2 mars - 10h-16h	120
CH Alpes Léman (Annemasse)	Jeudi 8 mars - 10h-16h	73
Clinique d'Argonay	Jeudi 8 mars - 15h-18h	27
CH Thonon-les-Bains	Vendredi 9 mars - 13h-18h	88
Hôpital Privé des Pays de Savoie (Annemasse)	Mercredi 14 mars - 10h-14h	107
CHANGE (Annecy)	Vendredi 30 mars - 10h-16h	243
Centre commercial		244
Centre commercial Géant Casino (Annemasse)	Vendredi 23 mars - 10h-19h	244
Autres lieux / manifestations		566
Soirée loto (Douvaine)	Samedi 3 mars - 19h-22h	400
Forum des retraités (Cluses)	Jeudi 29 mars - 10h-17h	59
Marche nordique (Reignier)	Samedi 31 mars - 11h-12h30	100
Total		1 714

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

12
stands
OCTOBRE
ROSE

1 024 personnes sensibilisées (tableau 3)

Tableau 3 : Lieux des actions, dates et nombre de personnes sensibilisées pour Octobre Rose

Lieux des actions	Dates et horaires	Nombre de personnes sensibilisées
Accueil CPAM		327
Accueil Annecy	Jeudi 18 octobre (8h30-12h)	121
Accueil Annemasse	Jeudi 25 octobre (8h30-12h)	80
Accueil Cluses	Lundi 15 octobre (8h30-12h)	80
Accueil Thonon	Mardi 23 octobre (8h30-12h)	41
Hôpitaux		162
CH Alpes Léman (Annemasse)	Mardi 2 octobre - 10h-16h	73
Hôpitaux du Léman (Thonon-les-Bains)	Jeudi 11 octobre - 10-16h	57
Hôpital Privé des Pays de Savoie (Annemasse)	Mercredi 14 mars - 10h-14h	64
Centre commercial		335
Auchan Epagny	Mercredi 10 octobre - 9h-17h	200
Géant Annemasse	Vendredi 19 octobre - 9h-17h	135
Mini-bus des dépistages		200
Lugrin	Mercredi 3 octobre - 8h30-10h30	75
Publier	Mercredi 3 octobre - 10h30-13h30	75
Sciez	Mercredi 3 octobre - 14h-16h	50
Total		1 024





Sécurité sociale
La Vie en Plus

Rapport de l'activité de l'OSDC 2018
rédigé, mis en page et imprimé
par l'Assurance Maladie de Haute-Savoie
2 rue Robert Schuman 74984 Annecy cedex 9
Photos et illustrations : © Fotolia.com
MAJ : 04/04/2019 - VERSION 2



**l'Assurance
Maladie**
HAUTE-SAVOIE