

— **TABLEAU DE BORD DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL EN ÎLE-DE-**
— **DONNEES 2017-2018**



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

Commanditaire

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

Contact:

Dr Marine GUY
Référénte vaccination et prévention des cancers,
Département pathologies infectieuses, chroniques et cancer,
Direction de la Santé Publique

Exploitation des données 2017-2018

Rapport final au 31 janvier 2020

EFFECT

Dr Nadine SANNINO, Responsable du projet

nadine.sannino@effect.fr

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

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

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

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

Réalisation : EFECT

Madame le Docteur Nadine Sannino, Médecin de santé publique, expert en évaluation de politique de santé publique, responsable du projet

Monsieur Mohamed Boucekine, statisticien

Partenaire : EPICONCEPT

Monsieur Guillaume Fiton, chef de projet Néoscope

Groupe de travail (ordre alphabétique)

Monsieur le Docteur Hamou Ait Hadad, CRCDC - Site 91

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

Madame le Docteur Hélène Delattre, CRCDC – Site 92

Monsieur Jacques Deyra, CRCDC – Site 75

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

Monsieur le Docteur Akoï Koïvogui, CRCDC – Site 93

Monsieur le Docteur Tu Le Trung, CRCDC – Site 95

Madame le Docteur Caroline Pelisson, CRCDC – Site 94

Monsieur le Docteur Catherine Vincelet, CRCDC – Site 78

Sommaire

Sommaire	2
1. Introduction.....	5
1.1 Les données épidémiologiques.....	5
1.1.1 L'épidémiologie du cancer colorectal en France.....	5
1.1.2 L'épidémiologie du cancer colorectal en Ile de France.....	5
1.2 La démographie médicale par territoires en Ile de France.....	8
1.3 L'organisation du DOCCR.....	9
1.3.1 Le cadre organisationnel national en 2017-2018.....	9
1.3.2 Les étapes du dépistage organisé du cancer colorectal.....	10
1.3.3 Le DOCCR en Ile de France.....	12
2. Le tableau de bord.....	16
2.1 Les objectifs.....	16
2.2 Les sources de données et la méthode de conception du tableau de bord.....	17
2.2.1 Les sources des données actuellement utilisées.....	17
2.2.2 La méthode de conception du tableau de bord.....	17
2.2.3 Les données dont l'intégration a été explorée.....	18
2.3 Les indicateurs et la méthodologie d'analyse.....	19
2.3.1 La présentation des indicateurs et l'architecture du tableau de bord.....	19
2.3.2 La stratégie d'analyse.....	19
2.3.3 Les limites de l'analyse.....	20
2.4 La présentation du rapport.....	20
3. Fonctionnement du dépistage organisé.....	21
3.1 Taux de participation et d'exclusion au DO.....	21

3.1.1	Définitions des indicateurs	21
3.1.2	Limites	23
3.1.3	Résultats de la campagne 2017-2018	23
3.2	Fidélisation au dépistage	34
3.2.1	Définition des indicateurs	34
3.2.2	Limites et construction	35
3.2.3	Résultats de la campagne 2017-2018	37
4.	Modalités du fonctionnement	43
4.1	Définitions des indicateurs	43
4.2	Résultats de la campagne 2017-2018.....	45
4.2.1	Nombre moyen de sollicitations par personne dépistée	45
4.2.2	Nombre moyen de sollicitations par personne NON dépistée.....	46
4.2.3	Délais.....	47
4.2.4	Répartition des modes d'entrée dans le DOCCR	48
4.2.5	Pourcentage de participation par modes d'entrée dans le DOCCR.....	50
4.2.6	Non-participation au DOCCR hors causes médicales	54
4.2.7	Approvisionnement des professionnels en tests de dépistage et taux d'utilisation	55
5.	Efficacité du dépistage.....	56
5.1	Définitions des indicateurs	56
5.2	Limites et difficultés.....	57
5.3	Résultats de la campagne 2017-2018.....	57
5.3.1	Taux de cancers et d'adénomes à risque détectés.....	57
5.3.2	Cancers détectés par stades	59
6.	Qualité du programme.....	61
6.1	Définitions des indicateurs	61
6.2	Résultats de la campagne 2017-2018.....	63

6.2.1	Taux de personnes ayant un test non analysable.....	63
6.2.2	Causes des tests non analysables	64
6.2.3	Suivi de la réalisation de la coloscopie suite à un test de dépistage positif	65
7	Orientations décisionnelles	68
7.1	Actions d'amélioration de l'adhésion au DO et de la qualité du programme	68
7.1.1	Améliorer l'adhésion et la fidélisation au programme	68
7.1.2	Améliorer la gestion et l'utilisation du matériel du dépistage.....	68
7.1.3	Améliorer la qualité du programme.....	69
7.2	Actions d'amélioration des données utilisées dans le tableau de bord pour le pilotage du DO en région IDF 69	
7.2.1	Améliorer la qualité des informations colligées en routine par le CRCDC	69
7.2.2	Etablir des connexions avec les données financières et économiques du programme	69
7	Annexe 1 : Classification TNM/AJCC 2009	71
8	Annexe 2 : Tableaux de données	73
9	Annexe 3 : Fidélisation au DOCCR au cours des campagnes de dépistage antérieures.....	86
10.1	Campagne 2006-2011	86
10.2	Campagne 2007-2012	87
10.3	Campagne 2008-2013	89
10.5	Campagne 2011-2016	90
10	Annexe 4 : Coloscopies réalisées durant la période 2015-2016 dans la région IDF	92
11	Glossaire	95

1. INTRODUCTION

1.1 Les données épidémiologiques

1.1.1 L'épidémiologie du cancer colorectal en France

En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 382 000 (204 600 hommes et 177 400 femmes)¹.

Les taux d'incidence standardisés sur l'âge de la population mondiale² (TSM) sont de 330,2 cas pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 274,0 chez la femme (ratio hommes/femmes égal à 1,2).

Chez l'homme, les trois tumeurs solides les plus fréquentes sont celles de la prostate (48 427 nouveaux cas en 2013), du poumon (32 260) et les tumeurs colorectales (24 035). Chez la femme, il s'agit des cancers du sein (58 968), colorectal (20 837) et du poumon (16 849).

Le nombre de décès par cancer est estimé à près de 157 400, dont 89 600 chez l'homme et 67 800 chez la femme, soit des taux standardisés (TSM) respectivement de 123,8 et 72,2 pour 100 000 personnes-années (ratio hommes/femmes égal à 1,7), constituant aujourd'hui la première cause de mortalité des français devant les maladies cardiovasculaires.

Dans son dernier rapport sur les cancers en France¹, l'Institut national du cancer stipule que le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale augmente tandis que la mortalité diminue. Chez la femme, le recul de la mortalité est de 0,7% par an entre 2010 et 2018, tandis que chez l'homme il est de 2% par an. Ceci s'explique par l'effet combiné de l'augmentation de l'incidence des cancers de bons pronostics et de la diminution de l'incidence des cancers de mauvais pronostics.

1.1.2 L'épidémiologie du cancer colorectal en Ile de France

En Ile de France³, 54021 nouveaux cas de cancer sont estimés par an (toutes localisations confondues) dont 52% chez l'homme.

Chez les hommes

Les trois localisations cancéreuses les plus fréquentes sont les cancers de la prostate (7232 nouveaux cas en moyenne par an sur la période 2007-2016 et 1140 décès en moyenne par an sur la période 2007-2014), du poumon (4124 cas et 3064 décès) et du côlon-rectum (3089 cas et 1122 décès). Ces trois localisations

¹Les cancers en France en 2018, L'essentiel des faits et chiffres, Collection Etat des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, janvier 2018 ; Consultable en ligne : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2018-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-edition-2019>

²Defossez, G. ; Le Guyader-Peyrou, S. ; Uhry, Z. et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint. Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p. Disponible à partir des l'URL : www.santepubliquefrance.fr ; <https://geodes.santepubliquefrance.fr> ; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/> ; <https://www.e-cancer.fr/>

³ Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 170 p. Disponible à partir des URL : <https://geodes.santepubliquefrance.fr>; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/>; <http://www.santepubliquefrance.fr/>; <https://www.e-cancer.fr/>

cancéreuses représentent plus de la moitié des cas de cancers incidents chez les hommes d'Île-de-France, et près de 45% des décès par cancer sur la période.

Chez les hommes d'Île-de-France, l'incidence du cancer colorectal est inférieure de 8% à celle des hommes de France métropolitaine. Le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à 3089 par an et le taux d'incidence standardisé monde est de 34,5 pour 100000 personnes-années, plaçant la région Île-de-France au 12e rang des 13 régions métropolitaines sur la période 2007-2016.

Au sein de la région, les sous-incidences les plus importantes s'observent à Paris (13 %) et dans les Hauts-de-Seine (11 %).

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

Au sein de la région, il existe une sous-mortalité particulièrement importante par rapport à celle de France métropolitaine, à Paris, dans les Hauts-de-Seine, le Val-de-Marne, les Yvelines et l'Essonne (de 22 à 10 %).

Chez les femmes

Le cancer le plus fréquent et responsable du plus grand nombre de décès est le cancer du sein (9440 nouveaux cas en moyenne par an sur la période 2007-2016 et 1862 décès en moyenne par an sur la période 2007-2014). Le cancer colorectal est le deuxième en incidence (2845 cas) suivi du cancer du poumon (1972 cas). Le cancer du poumon est la deuxième cause de décès par cancer (1337 décès) suivi du cancer colorectal (1110 décès).

Chez les femmes d'Île-de-France, l'incidence du cancer colorectal ne diffère pas de celle des femmes de France métropolitaine. Le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à 2845 par an et le taux d'incidence standardisé monde est de 23,9 pour 100000 personnes-années sur la période 2007-2016.

Au sein de la région, les taux d'incidence standardisés monde de ce cancer chez les femmes de tous les départements sont homogènes et comparables à celui de France métropolitaine.

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

Au sein de la région, une sous mortalité significative est observée uniquement dans les Hauts-de-Seine (12 %) et à Paris (6 %).

Tableau 1 Côlon-rectum, situation infra-régionale, Île-de-France : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95% (IC), par sexe (Source Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France Saint-Maurice : Santé publique France, 2019, page 45)

	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC](1)	SIR[IC](2)	Décès[IC]	TSM[IC](1)	SMR[IC](2)
Homme						
Paris-75	572 [537;609]	32,6 [30,6;34,8]	0,87 [0,82 ;0,92]	202 [192 ;212]	9,9 [9,4 ;10,4]	0,78 [0,74 ;0,81]
Seine-et-Marne-77	356 [332;381]	35,9 [33,5 ;38,4]	0,96 [0,91 ;1,01]	125 [117 ;133]	11,6 [10,8 ;12,4]	0,92 [0,87 ;0,97]
Yvelines-78	405 [379 ;433]	34,8 [32,6 ;37,3]	0,93 [0,88 ;0,99]	144 [136 ;153]	11,2 [10,5 ;11,9]	0,88 [0,83 ;0,93]
Essonne-91	329 [308 ;353]	34,1 [31,8 ;36,6]	0,92 [0,87 ;0,97]	122 [114 ;130]	11,1 [10,4 ;11,9]	0,90 [0,85 ;0,95]
Hauts-de-Seine-92	396 [371 ;424]	32,9 [30,7 ;35,2]	0,89 [0,85 ;0,95]	151 [143 ;160]	10,9 [10,3 ;11,6]	0,86 [0,81 ;0,90]
Seine-Saint-Denis-93	368 [345 ;394]	35,4 [33,1 ;37,9]	0,93 [0,88 ;0,98]	139 [131 ;148]	12,1 [11,4 ;12,9]	0,95 [0,90 ;1,00]
Val-de-Marne-94	369[345 ;395]	36,3[33,9 ;38,9]	0,95[0,89 ;1,00]	129[121 ;137]	11,1[10,4 ;11,9]	0,87[0,82 ;0,92]
Val-d'Oise-95	295 [276 ;317]	35,1 [32,7 ;37,6]	0,93 [0,88 ;0,99]	110 [103 ;117]	11,9 [11,1 ;12,8]	0,93 [0,88 ;0,99]
Femme						
Paris-75	600 [571;630]	23,6 [22,4;24,8]	0,99 [0,94;1,03]	238 [228;249]	7,0 [6,6;7,4]	0,94 [0,90;0,98]
Seine-et-Marne-77	309 [292;327]	24,9 [23,4;26,5]	1,00 [0,96;1,04]	124 [116;132]	7,9 [7,3;8,5]	1,04 [0,99;1,09]
Yvelines-78	343 [324;363]	23,5 [22,1;24,9]	0,97 [0,93;1,01]	136 [128;144]	7,4 [6,9 ;8,0]	0,97 [0,93;1,02]
Essonne-91	303 [286;321]	24,7 [23,3 ;26,3]	1,00 [0,96;1,05]	119 [111;127]	7,8 [7,2;8,4]	1,02 [0,96;1,07]
Hauts-de-Seine-92	394 [373;416]	23,1 [21,8;24,5]	0,98 [0,94;1,02]	143 [135;151]	6,5 [6,0;7,0]	0,88 [0,84;0,93]
Seine-Saint-Denis-93	298 [281;316]	23,0 [21,7;24,5]	0,96 [0,92;1,00]	123 [115;131]	7,6 [7,0;8,1]	0,99 [0,94;1,04]
Val-de-Marne-94	347 [329;368]	25,0 [23,6;26,5]	1,01 [0,96;1,05]	132 [124;140]	7,1 [6,6;7,6]	0,97 [0,92;1,02]
Val-d'Oise-95	252 [237;268]	23,4 [21,9;24,9]	0,97 [0,92;1,01]	96 [90;103]	7,2 [6,7;7,9]	0,97 [0,91;1,02]

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

1.2 La démographie médicale par territoires en Ile de France

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

L'Atlas de la Démographie Médicale en France publié chaque année par le Conseil National de l'Ordre des Médecins est la source utilisée dans le tableau de bord pour caractériser le contexte et comporte l'avantage d'une actualisation annuelle des données^{4, 5}.

Actuellement, le tableau national de l'Ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière en France (tous modes d'exercice) soit une diminution de 7% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017.

Tableau 2 : Démographie professionnelle des médecins généralistes en Ile de France (Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1/1/2018)

	Effectifs femmes	Effectifs hommes	Total général	% Libéraux	% Mixte	Densité pour 100000*
Ile-de-France	7819	6953	14772	45%	8%	125,7
75 - Paris	2380	1918	4298	36%	9%	192,9
77 - Seine et Marne	550	699	1249	57%	9%	88,4
78 - Yvelines	807	652	1459	56%	7%	100,3
91 - Essonne	669	618	1287	53%	7%	99,4
92 - Hauts de Seine	1252	927	2179	40%	7%	134,4
93 - Seine Saint Denis	772	824	1596	45%	6%	99,6
94 - Val de Marne	817	725	1542	44%	8%	111,4
95 - Val d'Oise	572	590	1162	54%	8%	94,4

*donnée 2016, ND en 2018 sur le site du CNOM

⁴ Atlas de la démographie médicale en France - CNOM – 1er janvier 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

⁵ Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales – CNOM – 1^{er} janvier 2018. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/12u58hp/approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales.pdf

Tableau 3 : Démographie professionnelle des médecins gastroentérologues en Ile de France (Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1/1/2018)

	Effectifs femmes	Effectifs hommes	Total général	% Libéraux	% Mixte	% Salarié	Densité pour 100000
Ile-de-France	336	463	799	20%	25%	55%	6,6*
75 - Paris	122	153	275	15%	28%	57%	12,3
77 - Seine et Marne	17	38	55	22%	20%	58%	3,9
78 - Yvelines	19	38	57	37%	37%	26%	3,9
91 - Essonne	14	30	44	23%	43%	34%	3,4
92 - Hauts de Seine	75	72	147	24%	17%	59%	9,1
93 - Seine Saint Denis	27	39	66	18%	21%	61%	4,1
94 - Val de Marne	50	65	115	14%	22%	64%	8,3
95 - Val d'Oise	12	28	40	33%	23%	45%	3,2

1.3 L'organisation du DOCCR

1.3.1 Le cadre organisationnel national en 2017-2018

Le cancer figure au premier rang des priorités gouvernementales depuis février 2000 où le premier programme national de lutte contre le cancer (PNLCC 2000-2005) a été mis en place, suivi de trois plans cancers successifs⁶. Ces derniers ont généralisé puis ré-affirmé le rôle majeur de la prévention et des dépistages organisés du cancer du sein (DOCS en 2002), du cancer colorectal (DOCCR en 2007) et en 2019 du cancer du col de l'utérus (DOCCU) dans la lutte contre le cancer.

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

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

Sur le plan national, l'Etat a la responsabilité de la définition et de la mise en œuvre de programmes de lutte contre le cancer, dont les programmes de dépistage organisé. C'est la Direction Générale de la Santé (DGS), avec l'expertise de l'INCa qui assure le suivi de ces programmes tandis que les caisses nationales d'Assurance Maladie (majoritairement) et l'état (FIR) les financent, et Santé Publique France les évalue, d'un point de vue dit « épidémiologique » (évaluation quantitative).

Sur le plan régional, les ARS créées par la Loi HPST⁷, ont à mettre en œuvre la politique de santé publique dans la continuité des GRSP sur l'axe prévention, et veiller à la couverture des besoins de la population dans les différents champs constituant cette politique, dont le Plan Cancer, et, par là, les dépistages. Elles allouent les

⁶ Plan Cancer 2003-2007 ; Plan Cancer 2009-2013, Plan Cancer 2014-2019

⁷ Loi Hôpital Patients Santé Territoire n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

financements de l'Etat dont elles assurent le suivi aux côtés des représentants de l'assurance maladie dans le cadre du « dialogue de gestion », annuel (avec les SGDO jusqu'à la création du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers, CRCDC).

Sur le plan local : les cahiers des charges successifs⁸ relatifs à l'organisation du dépistage, ont chargé les structures de gestion des dépistages organisés (SGDO) d'organiser et d'animer le dispositif de dépistage des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus...) au niveau de leur territoire géographique d'activité. Pour plus de cohérence régionale, l'arrêté du 23 mars 2018 a créé les CRCDC avec, en remplacement des SGDO, des sites territoriaux, toujours sous la responsabilité de coordonnateurs.

Huit missions sont attribuées au CRCDC et à ses sites territoriaux : les relations avec la population, le suivi de la population, les relations avec les professionnels concourant au dépistage, la gestion du système d'information du dépistage, l'évaluation des programmes, son assurance qualité et la participation à des expérimentations pour faire évoluer le dispositif

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

Précision de lecture : Durant la période 2017-2018, les SGDO étaient indépendantes mais le CRCDC ayant été créé pendant l'analyse du tableau de bord, et afin de prendre en compte cette transition dans les préconisations, le choix a été fait d'évoquer dès à présent les « sites territoriaux » du CRCDC et non plus les SGDO dans la rédaction du rapport.

1.3.2 Les étapes du dépistage organisé du cancer colorectal

Le DOCCR concerne l'ensemble des femmes et des hommes de 50 à 74 ans du territoire français, soit 19 millions de personnes⁹ en dehors des cas où le cahier des charges national a prévu une exclusion médicale au dépistage : symptomatologie digestive, sujet ayant réalisé une coloscopie complète depuis moins de 5 ans, antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux ou d'une pathologie colique nécessitant des contrôles périodiques, antécédents familiaux chez un parent du premier degré avant 65 ans ou au moins deux parents du premier degré atteints, sujets atteints d'une pathologie grave extra intestinale (motif éthique).

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

⁸ Un arrêté relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers portant modification du cahier des charges de ce dépistage a été publié dans le Journal Officiel du 22 mars 2018. Un arrêté du 19 mars 2018 abroge l'arrêté du 15 avril 2013 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et l'arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Un arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers introduit le cahier des charges des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers

⁹<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoc/Depistage-du-cancer-colorectal>

Le dépistage du cancer colorectal, par la recherche de sang occulte dans les selles, est proposé tous les deux ans aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal. Il repose sur la mise en œuvre d'un examen de biologie médicale utilisant depuis 2015 une méthode immunologique quantitative de recherche de sang dans les selles sur prélèvement unique¹⁰ (test OC Sensor).

Les personnes à risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal se verront proposer par un médecin une autre modalité de dépistage, de diagnostic ou de surveillance selon la nature du risque et les recommandations de bonnes pratiques cliniques en vigueur (incluant notamment une coloscopie voire, en cas de risque très élevé, une consultation d'oncogénétique).

Les invitations sont effectuées à partir d'une base de la population cible, identifiée par les structures en charge de la gestion du dépistage du cancer colorectal à l'aide des fichiers fournis par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, *et prenant en compte les informations concernant l'inéligibilité de certaines des personnes ciblées par le programme de dépistage organisé (modification introduite par l'arrêté de mars 2018)*. Les personnes de la tranche d'âge cible du dépistage sont personnellement invitées par la structure en charge de la gestion du dépistage à retirer le kit de dépistage chez leur médecin lors d'une consultation¹¹.

Le rôle du médecin généraliste demeure primordial pour la participation au DOCCR. En effet, il évalue le niveau de risques de son patient, indique directement la coloscopie en l'excluant temporairement ou définitivement du dépistage ou lui remet un test de dépistage. Le patient réalise son test au domicile et l'adresse à un centre de lecture agréé. Depuis l'introduction du nouveau test immunologique, le laboratoire CERBA est le seul centre de lecture des tests pour le territoire national.

Le résultat du test est télétransmis au site territorial du CRCDC et adressé par courrier au patient et au médecin. En cas de positivité du test, le centre écrit au patient de se rapprocher de son médecin pour que ce dernier prescrive une coloscopie. Selon le résultat de la coloscopie, le patient est soit pris en charge pour traitement ou surveillance spécifique, soit il bénéficie d'un délai de 5 ans avant reprise du processus biannuel de dépistage.

Figure 1 Représentation schématique de l'organisation du DOCCR

¹⁰ En décembre 2008, la Haute autorité de santé (HAS) a recommandé de substituer le test colorimétrique au gaiac par le test immunologique (OC Sensor) utilisant des anticorps dirigés contre des protéines du sang, lus par des automates au sein du programme organisé de dépistage. Il améliore la détection précoce des adénomes et des cancers et la technique de lecture au laser qui lui est associée est plus précise. Les modalités de prélèvement sont simplifiées pour les usagers (1 seul prélèvement de selles). Il nécessite cependant une plus grande rigueur dans l'acheminement au centre de lecture, en termes de délais (inférieurs à 7 jours) et de conditions de transport. Il est effectif depuis le mois de mai 2015, faisant de cette année 2015 une année de transition importante.

¹¹ L'arrêté de mars 2018 a également élargi la liste des professionnels de santé autorisés à remettre le kit de dépistage. Jusqu'à présent, le kit était uniquement remis par le médecin traitant. Désormais, la remise du kit à la personne pourra également être effectuée par un gynécologue, par un hépato-gastroentérologue, ou par un médecin d'un centre d'examen de santé du régime général de l'assurance maladie

Tableau 4 : Données démographiques relatives aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans de la région Ile-de-France, par département (Source INSEE, Omphale 2007-2042, année 2018)

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile-de-France	France metro
Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans (INSEE, Omphale 2018)	306522	189026	203337	170017	217125	192829	185573	161305	1625734	10038794
Part des femmes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble des femmes en 2018	27%	26%	27%	26%	25%	24%	26%	26%	26%	30%
Nombre d'hommes âgés de 50 à 74 ans (INSEE, Omphale 2018)	264227	178787	186262	158221	189857	183855	166734	148176	1476119	9233128
Part des hommes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble des hommes en 2018	26%	26%	26%	25%	24%	24%	25%	25%	25%	29%
Ensemble femmes et hommes (INSEE, 2018)	570749	367813	389599	328238	406982	376684	352307	309481	3101853	19271922
Part des personnes de 50 à 74 ans parmi l'ensemble de la population en 2018	26%	26%	27%	26%	25%	24%	26%	26%	26%	29%

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

1.3.3.2 Historique du déploiement

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

Tableau 5 : Mise en œuvre du DOCCR en Île-de-France

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

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

1.3.3.3 Système d'information des dépistages organisés en Ile de France

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

1.3.3.4 Stratégies territoriales de mise en œuvre du DOCCR

Jusqu'à la période analysée pour le tableau de bord (2017-2018), les SGDO/sites territoriaux possédaient des stratégies d'invitation proches dans le rythme de relance mais présentant des variantes sur les modalités de relance (avec ou sans test), sur les relances spécifiques et sur les autres modes d'accès au DOCCR.

La création du CRCDC va favoriser l'homogénéisation des pratiques, notamment autour des préconisations de l'arrêté de mars 2018. Ce dernier modifie la stratégie de relance comme suit. *« Au maximum cinq mois après la première invitation et en l'absence de refus documenté ou d'information sur l'inéligibilité de la personne dépistée, un premier courrier de relance sera adressé aux personnes qui n'ont pas encore réalisé l'examen de dépistage. Elaboré par l'INCa, il comportera des explications sur les avantages et les inconvénients du dépistage et un coupon réponse permettant à la structure en charge de la gestion du dépistage d'enregistrer les éventuels motifs d'inéligibilité, ou bien le refus. Neuf à dix mois après la première invitation, un second courrier de relance sera envoyé aux personnes qui n'ont pas encore réalisé d'examen de dépistage ou qui n'ont signalé aucun motif d'inéligibilité ou de refus. À ce second courrier sera adjoint un kit de dépistage, « si la personne a participé au moins à l'une des trois précédentes campagnes de dépistage. »*

Le tableau suivant synthétise ces stratégies de mise en œuvre en cours dans les SGDO au moment de l'exploitation des données du tableau de bord 2017-2018

Tableau 6 Stratégies d'invitation et de relance de la population cible dans le cadre du DOCCR en Ile de France

Territoire	Stratégie d'invitation
Paris (Seine) 75	<p>Date d'envoi des premières invitations : janvier 2008</p> <p>Invitation : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation. À noter : les exclusions sont récupérées dès l'invitation.</p> <p>Relance 1 : Envoi à 90j après l'invitation Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relance 2 : pas de relance 2</p> <p>Relances spécifiques : Pas de relances spécifiques.</p> <p>Autres modes d'accès : Néonet (éligibilité en ligne)</p>
Seine et Marne 77	<p>Date d'envoi des premières invitations : janvier 2008</p> <p>Invitation : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 21 mois et demi après la dernière invitation.</p> <p>Relance 1 : Envoi à 4 mois après l'invitation. Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relance 2 : Envoi à 3 mois après la première relance. Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relances spécifiques : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé.</p> <p>Autres modes d'accès : Dans le respect du cahier-des-charges : possibilité d'un accès web et direct par le Médecin Traitant. Néonet (éligibilité en ligne)</p>
Yvelines 78	<p>Date d'envoi des premières invitations : mai 2008</p> <p>Invitation : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 21 mois après la dernière invitation</p> <p>Relance 1 : Envoi à 4 mois après l'invitation. Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relance 2 : Envoi à 4 mois après la première relance, avec test depuis septembre 2018 (interrompu de février à septembre 2019) Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relances spécifiques : Une relance spécifique suite à l'envoi direct d'un second test, suite à un premier test non-analysable, et non encore réalisé : 3 mois après envoi du test.</p> <p>Autres modes d'accès : Envoi du test aux personnes en faisant la demande par téléphone après vérification des critères éligibilité, possibilité d'accès via le site d'éligibilité</p>
Essonne 91	<p>Date d'envoi des premières invitations : octobre 2003</p> <p>Dans le temps, 2 stratégies ont été appliquées dans le département :</p> <p><u>Première stratégie d'octobre 2003 à 2007</u> : Invitations envoyées de janvier à avril, R1 envoyées de mai à août et R2 envoyées de septembre à décembre.</p> <p><u>Deuxième stratégie de 2007 à ce jour</u>, voir ci-dessous :</p> <p>Invitation : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 21à 23mois après la dernière invitation.</p> <p>Relance 1 : Envoi à 4 mois après l'invitation. Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relance 2 : Envoi à 4 mois après la première relance.</p> <p>Relances 2 avec coupon-réponse pour la moitié des relances2 (projet financé par l'INCA) :possibilité de recevoir le test sur renvoi du coupon-réponse(décembre 2016 à juin 2018)</p> <p>Relance 2 avec test :à partir d'octobre 2018 aux participants à au moins une des trois dernières campagnes (arrêtmars 2019-reprise octobre 2019)</p> <p>Autres modes d'accès : Possibilité d'accès via le site d'éligibilité ou par remise directe du test par le médecin ou spécialistes (dérogation ARS)</p>
Hauts de Seine 92	<p>Date d'envoi des premières invitations : octobre 2007</p> <p>Invitation :Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation.</p> <p>Relance 1 :Envoi à 4 mois après l'invitation</p> <p>Relance 2 :Envoi à 4 mois après la première relance</p> <p>Relances 2 avec coupon-réponse pour la moitié des relances2 (projet financé par l'INCA) : possibilité de recevoir le test sur renvoi du coupon-réponse(décembre 2016 à juin 2018)</p> <p>Relance 2 avec test :à partir d'octobre 2018 aux participants à au moins une des trois dernières campagnes</p> <p>Autres modes d'accès : Possibilité d'accès via le site d'éligibilité ou par remise directe du test par le médecin ou spécialistes (dérogation ARS)</p>

Territoire	Stratégie
Seine St Denis 93	<p>Date d'envoi des premières invitations : juin 2006</p> <p>Invitation : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation.</p> <p>Relance 1 : Envoi entre 4 à 5 mois après l'invitation. Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relance 2 : Envoi entre 4 à 5 mois après la première relance. Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relances spécifiques : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé : 45 jours après remise du test sur invitation appelé R1 consultation (courrier spécifique) / même pratique après R1 appelé R2 consultation.</p> <p>Autres modes d'accès : Neonet (éligibilité en ligne)</p>
Val de Marne 94	<p>Date d'envoi des premières invitations : (27) juin 2007</p> <p>Invitation : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation.</p> <p>Relance 1 : Envoi 120 jours après l'invitation. Modalités spécifiques : la relance 1 est remplacée par une relance avec test pour les personnes ayant réalisé le test en R2 lors de la campagne précédente (afin de diminuer les délais pour ces personnes-là).</p> <p>Relance 2 : Envoi à 330 jours après la première relance. Modalités spécifiques : voir précision sur la première relance.</p> <p>Autres modes d'accès : Neonet (éligibilité), téléphone, mail et courrier.</p>
Val d'Oise 95	<p>Date d'envoi des premières invitations : juin 2008</p> <p>Invitation : Les invitations sont envoyées par l'intermédiaire d'un routeur 22 mois après la dernière invitation.</p> <p>Relance 1 : Envoi à 4 mois après l'invitation. Pas de modalités spécifiques.</p> <p>Relance 2 : Envoi à 4 mois après la première relance.</p> <p>Relances spécifiques : Une relance spécifique après distribution d'un test par le MG et encore non réalisé : 4 mois après remise du test</p> <p>Autres modes d'accès : Neonet (éligibilité).</p>

2. LE TABLEAU DE BORD

2.1 Les objectifs

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

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

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

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

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

2.2 Les sources de données et la méthode de conception du tableau de bord

2.2.1 Les sources des données actuellement utilisées

Les données collectées proviennent de sources nationales et régionales :

- Au plan national :
 - Données de population INSEE concernant les projections démographiques OMPHALE ;
 - Données de démographie professionnelle issues du RPPS (via l'ARSIF) ou du CNOM ;
 - Données de Santé Publique France sur l'évaluation du DOCCR à visée comparative ou complémentaire
- Au plan régional
 - Données des structures de coordination territoriales des dépistages ;
 - Données de l'assurance maladie relative aux commandes des tests du DOCCR par les professionnels de santé

2.2.2 La méthode de conception du tableau de bord

Le tableau de bord est une mutualisation de l'information précédemment présentée par sources, au sein d'un rapport produit tous les deux ans, au rythme des campagnes de dépistage.

La méthodologie de conception comporte quatre phases :

- Phase 1 : Le consultant en coopération avec le responsable du projet des tableaux de bord à l'ARSIF anime les groupes de travail sur la définition du contenu du tableau de bord révisé à chaque exploitation et rédige un document faisant état de ce contenu (architecture)
- Phase 2 : A partir de l'architecture, le consultant:
 - Collecte les données nationales
 - Elabore les requêtes littéraires pour l'extraction des données des bases de données des structures coordonnant le dépistage

Les requêtes relatives au système d'information du dépistage sont mises au format d'extraction informatique par Epiconcept (en charge de la gestion du logiciel Néoscope) et testées par des coordonnateurs du dépistage avant d'être généralisées à l'ensemble des territoires.

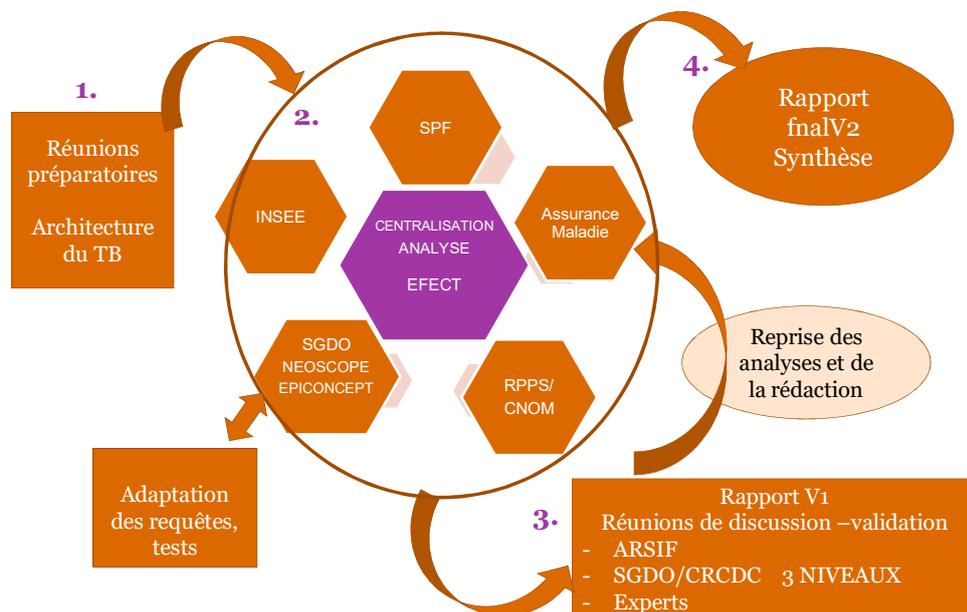
Les extractions de données faites à partir de ces requêtes sont validées par les coordonnateurs et transmises au consultant.

Le consultant centralise l'ensemble des données dans un classeur excel incrémenté à chaque exploitation et en réalise l'analyse.

- Phase 3 : Une première version de rapport est discutée en groupe de travail régional et amendé le cas échéant.
- Phase 4 : Une deuxième version de rapport centrée sur les pistes de travail est discutée en groupe de travail régional, adjoint d'experts pluralistes sur le sujet (format mis en œuvre jusqu'à la précédente exploitation). Le rapport final fait l'objet d'une synthèse.

La mise en place récente du CRCDC a appelé des ajustements de ce format qui sont en cours de réflexion pour la suite.

Figure 2 Représentation schématique de la méthodologie d'élaboration du tableau de bord du DOCCR en Ile de France



Efect

2.2.3 Les données dont l'intégration a été explorée

La faisabilité et l'intérêt de l'utilisation des données suivantes ont été explorés pour enrichir le tableau de bord :

- Bases de données de l'Assurance Maladie, pour le dépistage de sang dans les selles (Hemoccult II® et recherche directe) à l'instar de la mammographie hors DO pour le DOCS, et les actes de coloscopies réalisés en dehors du programme; L'étude des possibilités d'étendre les requêtes auprès des caisses des trois principaux régimes, et des régimes spéciaux, a été menée, à l'identique de l'expérience du tableau de bord du DOCS.
- Bases de données d'activité hospitalière (PMSI), gérées au sein de l'ARS, pour les coloscopies réalisées en établissements privés et publics ainsi qu'en consultations externes publiques.
- Données contenues actuellement dans l'applicatif de gestion imposé aux SGDO, nommé APACCHE, en termes de coût du dépistage.
- Données détenues par les Centres de Lecture¹⁴ des tests Hemoccult II® II® (CLH).
- Données de mortalité de l'INSERM (CépiDc) utilisées jusqu'à la précédente exploitation.

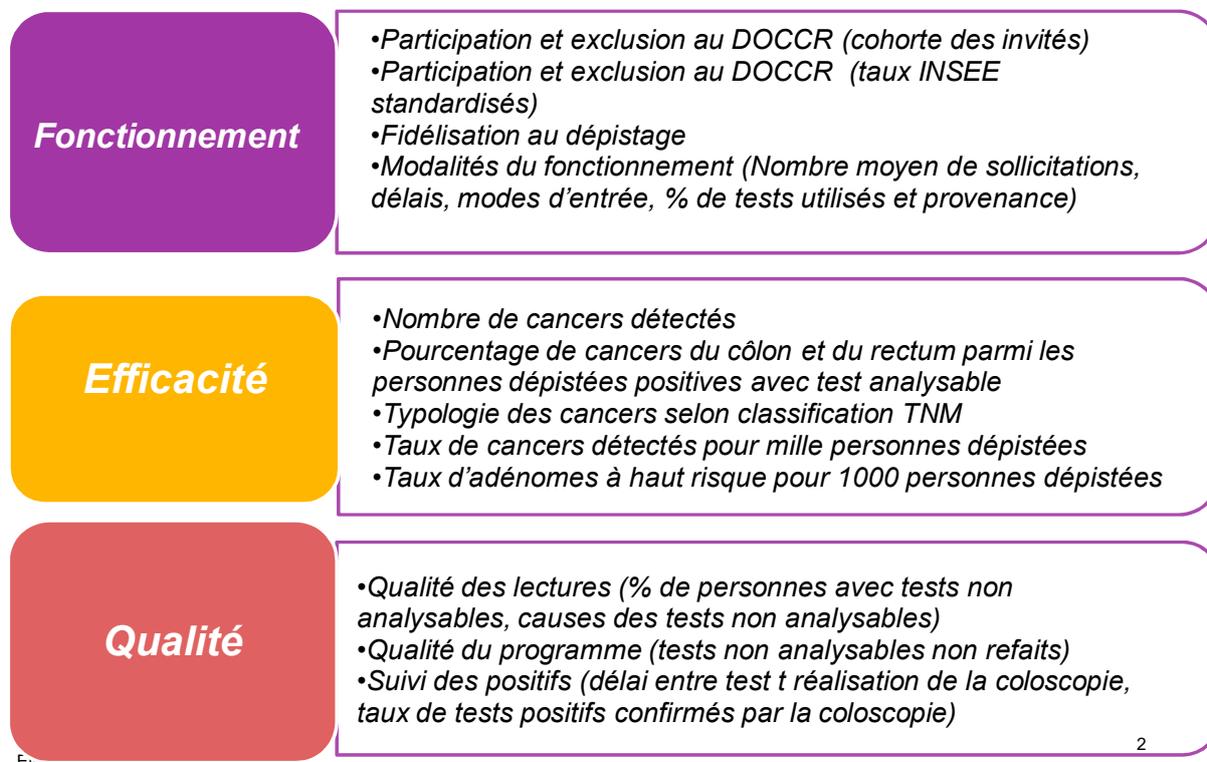
Ce point a également comporté une réflexion quant aux sources INSEE à utiliser au regard du besoin actuel de représentation infra départementale de la participation au DO, dans un continuum depuis le niveau régional. Les recommandations nationales relatives au référentiel de tableaux de bord, à paraître,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

¹⁴ En Ile de France, les SGDO coopèrent avec 3 CLH: le CES de la CPAM du 75, L'IRSA, à LA RICHE (37) et le Centre de lecture de l'Institut Pasteur de LILLE (59).

2.3 Les indicateurs et la méthodologie d'analyse

2.3.1 La présentation des indicateurs et l'architecture du tableau de bord

Figure 3 : Représentation synthétique des indicateurs du tableau de bord du DOCCR



2.3.2 La stratégie d'analyse

Conformément à la vocation d'un tableau de bord, le groupe de travail a pris le parti de se limiter à une analyse descriptive pour tous les indicateurs. Il apparaît en effet que le raisonnement « causal », essayant d'expliquer les observations, demanderait à prendre en compte plus précisément les fonctionnements et intégrer les effets des actions mises en œuvre sur le terrain. Ces éléments relèvent d'une démarche d'évaluation et non d'un suivi.

L'analyse descriptive est globale pour la région et comparative par territoire. Les indicateurs sont organisés selon les axes présentés au chapitre précédent.

L'analyse a introduit des principes d'approche qui se situent plus près des réalités que l'utilisation des dénominateurs INSEE de démographie, à travers la constitution de deux types de **cohortes** :

- Une cohorte des invités, pour le calcul de la participation et de la fidélisation sur les 3 campagnes précédentes. Les indicateurs de fonctionnement sont également calculés sur cette cohorte : délais entre invitation et test, causes de non-participation, modes d'accès au dépistage
- Une cohorte des positifs au test immunologique: les délais d'accès à la coloscopie sont calculés sur cette cohorte.

Ceci donne sa plus-value au tableau de bord en fournissant un travail différent et complémentaire de ce que produit annuellement Santé Publique France.

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

2.3.3 Les limites de l'analyse

Elles sont principalement liées :

- Aux contraintes de disponibilité de l'information : les données d'activité sont disponibles à N+1, les données à validation nationale à N+2 ;
- A la qualité des données : les centres territoriaux rencontrent des difficultés pour recueillir certaines informations comme les exclusions ou, encore, la nature histologique des cancers détectés.

2.4 La présentation du rapport

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

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

Précaution de lecture : Le tableau de bord n'a pas été réalisé en 2013-2014, ni en 2014-2015, du fait des modifications organisationnelles liées au changement de test de dépistage et à l'arrivée du test immunologique. Ces données peuvent donc manquer pour l'analyse des données d'évolution de certains indicateurs

3. FONCTIONNEMENT DU DEPISTAGE ORGANISE

3.1 Taux de participation et d'exclusion au DO

3.1.1 Définitions des indicateurs

Indicateur	Définition	Sources	Année
Taux de participation de la cohorte des invités entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R	<p>Numérateur : nombre de personnes ayant bénéficié d'un test de dépistage dans le cadre du DOCCR jusqu'au 31/08/2017</p> <p>Dénominateur : nombre de personnes invitées au cours de la dernière campagne (entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R), déduction faite des exclusions médicales</p> <p>Découpage par départements, par tranches d'âge et par régimes d'assurance maladie</p>	<p>Numérateur : SGDO</p> <p>Dénominateur : SGDO</p>	2017-2018
Typologie des causes d'exclusion obtenues par réponses postales pour la campagne de 2 ans en IdF, par départements, par sexes Et Evolution au cours des 3 dernières campagnes	<p>Répartition du nombre de personnes exclues par causes médicales obtenues par réponses postales</p> <p>Découpage région, par départements et par sexes</p>	SGDO	2017-2018
Taux standardisé d'exclusion INSEE au DOCCR pour la campagne	<p>Numérateur : Nombre de femmes et d'hommes exclus du dépistage au cours de la période d'observation entre le 1er janvier de R-1 et le 31 décembre de l'année R</p> <p>Dénominateur : Nombre de femmes et d'hommes INSEE Omphale année R</p> <p>Découpage: Par sexe et par tranche d'âge quinquennale</p>	Santé Publique France	2017-2018
Taux standardisé de participation INSEE au DOCCR pour a campagne	<p>Numérateur : Nombre de personnes ayant bénéficié d'un test de dépistage dans le cadre du DOCCR entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnes cibles INSEE omphale année R moins le nombre de personnes exclues</p> <p>Découpage: Par sexe et par tranche d'âge quinquennale</p>	Santé Publique France	2017-2018

Ces trois indicateurs traduisent un résultat de fonctionnement essentiel pour le dépistage :

- ◆ Le **taux de participation de la cohorte des invités 2017-2018** analyse la réponse des personnes effectivement invitées, selon le régime d'assurance maladie auquel elles appartiennent et leur tranche d'âge. Il a été introduit pour compléter le taux de participation INSEE utilisé dans les analyses nationales. Il est l'indicateur de participation le plus pertinent car il traduit la participation « réelle », en utilisant les mêmes personnes au numérateur et au dénominateur, contrairement au taux INSEE (dont le dénominateur est la démographie populationnelle). Notons que le suivi de la cohorte des invités donne un niveau de participation plus bas que le taux de participation INSEE car le nombre de personnes

utilisé au dénominateur est toujours plus élevé que la population INSEE de référence. Ce taux de participation cohorte a été calculé par régimes d'assurance maladie et par tranches d'âge.

- ◆ **Le taux d'exclusion INSEE au DOCCR** correspond au nombre de personnes de 50 à 74 ans devant être exclues du programme pour des **raisons médicales**¹⁵. Selon la définition adoptée par Santé Publique France (ex InVS), une personne est « exclue » du programme (et dénombrée en tant que telle) pour la période évaluée si la période d'exclusion couvre totalement la période d'évaluation (c'est-à-dire que celle-ci débute avant et se termine après la période évaluée).

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

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

¹⁵ Rappelons que le CDC indique ainsi ces raisons : symptomatologie digestive, sujet ayant réalisé une coloscopie complète depuis moins de 5 ans, antécédents personnels de cancer ou d'adénomes colorectaux ou d'une pathologie colique nécessitant des contrôles périodiques, antécédents familiaux chez un parent du premier degré avant 65 ans ou au moins deux parents du premier degré atteints, sujets atteints d'une pathologie grave extra intestinale (motif éthique)

3.1.2 Limites

Les variations départementales des taux d'exclusions sont à interpréter avec précaution au regard des difficultés d'obtention de cette information et surtout en raison des différences dans le recueil de cette dernière qui existent entre territoires , comme le montre le tableau suivant.

Tableau 7 Stratégies de recueil des causes d'exclusion de la population cible dans le cadre du DOCCR en Ile de France

Territoire	Stratégie de recueil des causes d'exclusion
Paris -75	Retours des causes d'exclusion par courrier des invités
Seine et Marne -77	Retours des causes d'exclusion par courrier des invités et retours des médecins comme tous les sites.
Yvelines - 78	Retours des causes d'exclusion par courrier des invités
Essonne - 91	Retours des causes d'exclusion par courrier des invités et retours des médecins. Procédure spécifique complémentaire : le fichier des personnes invitées ou relancées est adressé à la CPAM qui, pour les personnes du régime général retourne au site 91 du CRCDC les dates coloscopie quand elles existent ainsi que les dates de tests de dépistage du DOCCR effectués
Hauts de Seine - 92	Retours des causes d'exclusion par courrier des invités ou des médecins, avec document daté signé par invité ou médecin
Seine Saint Denis - 93	Retours des causes d'exclusion par courrier des invités ou après appel téléphonique effectué par le CRCDC-93 auprès de l'invité.
Val de Marne - 94	Retours des causes d'exclusion par courrier ou mail des invités afin d'avoir une traçabilité écrite
Val d'Oise - 95	Retours des causes d'exclusion par courrier des invités, une confirmation écrite est toujours demandée. Les informations orales par les médecins sont acceptées.

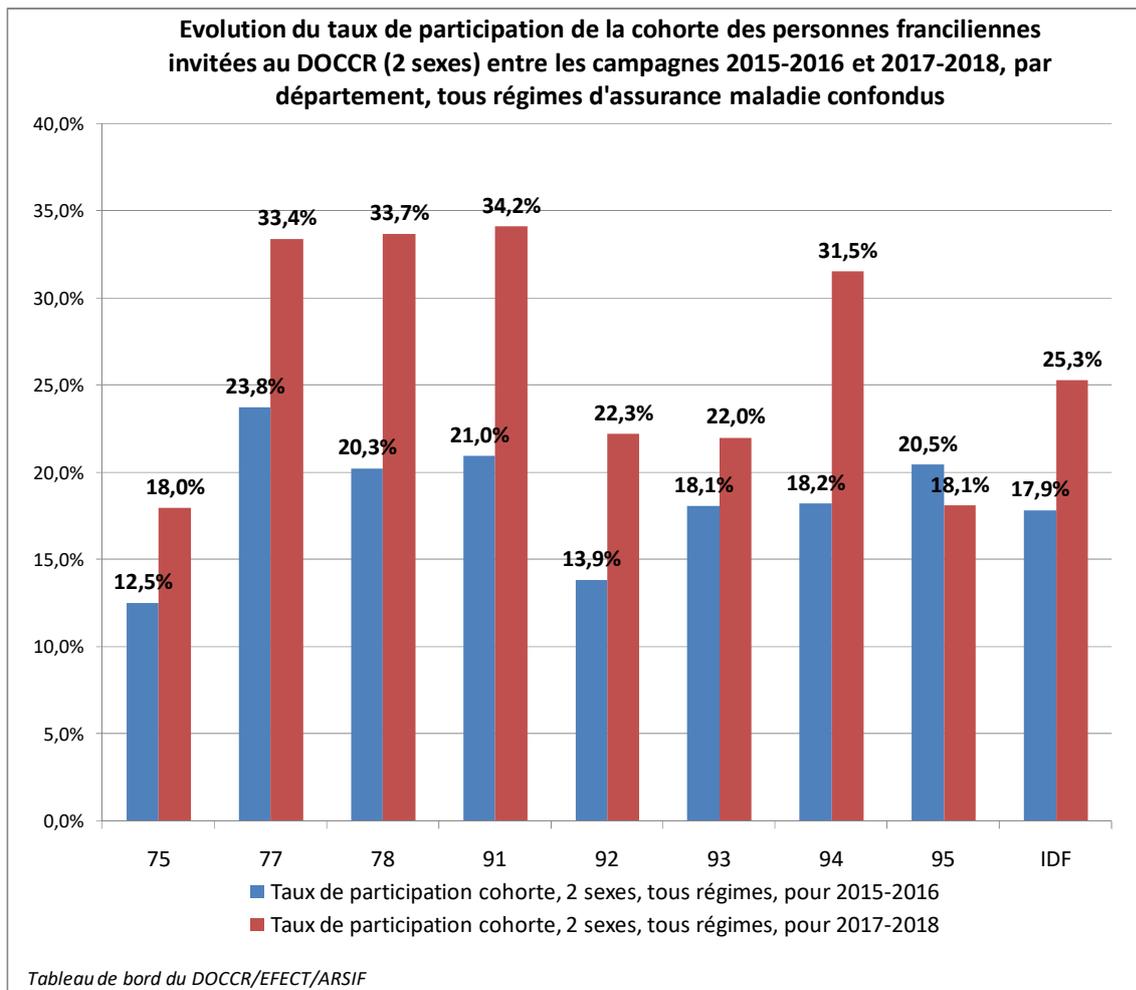
3.1.3 Résultats de la campagne 2017-2018

3.1.3.1 Taux de participation de la cohorte des invités

Le taux de participation de la cohorte des invités est habituellement plus bas que le taux de participation INSEE utilisé par Santé Publique France pour des raisons méthodologiques¹⁶, mais il a été choisi pour permettre les comparaisons interdépartementales. Rappelant que les objectifs européens de participation au programme de dépistage organisé sont de 45%, l'étude de la participation rapportée aux personnes invitées permet de mettre en évidence que, les deux sexes ensemble, tous âges et tous régimes sociaux confondus, entre les deux dernières campagnes, le taux global de participation a progressé dans tous les départements, passant pour la région de 17,9% en 2015-2016 à 25,3% en 2017-2018.

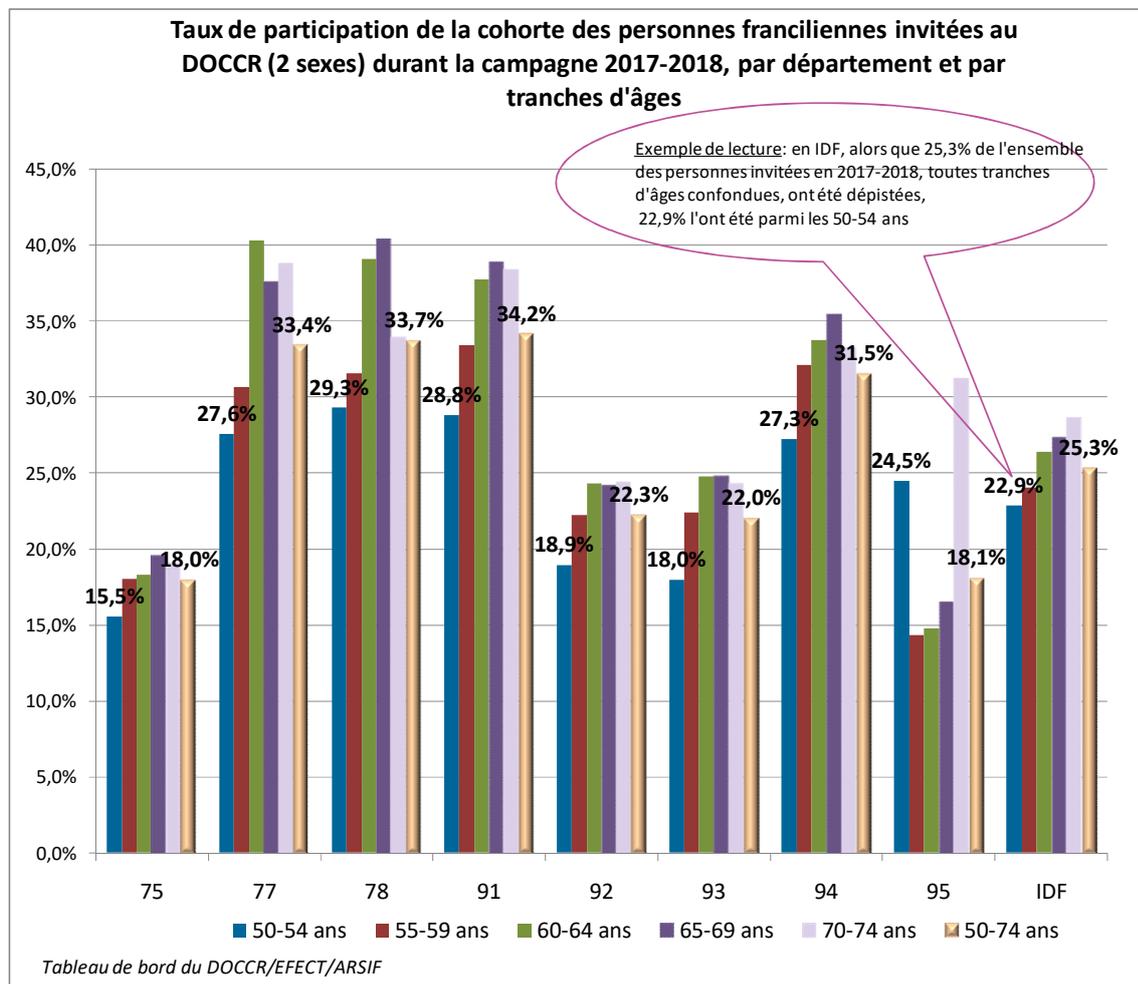
¹⁶Le dénominateur « INSEE » projection Omphale utilisé dans le calcul du taux de participation INSEE au dépistage (calculé par des projections à partir des recensements de population) est souvent plus faible que l'effectif des personnes invitées au DO, présentes dans les bases de données de l'assurance maladie.

Figure 4



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

Figure 5



Au niveau régional, les deux sexes confondus, la participation varie avec l'âge et augmente jusqu'à 74 ans: les personnes âgées de 50-54 ans sont celles qui participent le moins au DO, et celles de 70-74 ans sont celles qui participent le plus. Cette tendance existe quel que soit le niveau de participation du département, avec des spécificités territoriales :

- Dans le 78 et le 94, la tranche d'âge qui participe le plus au DOCCR est celle des 65-69 ans ;
- Dans le 92 et 93, les différences entre classes d'âges, à l'exception des 50-54 ans sont moins marquées.

Figure 6

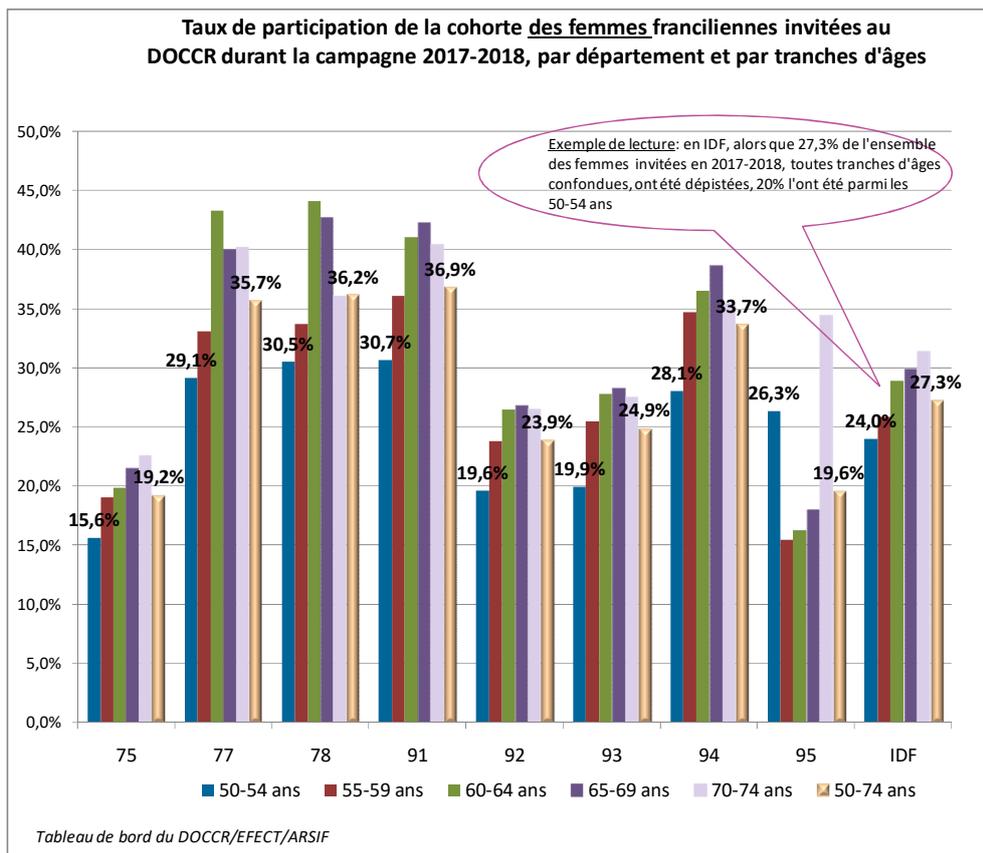
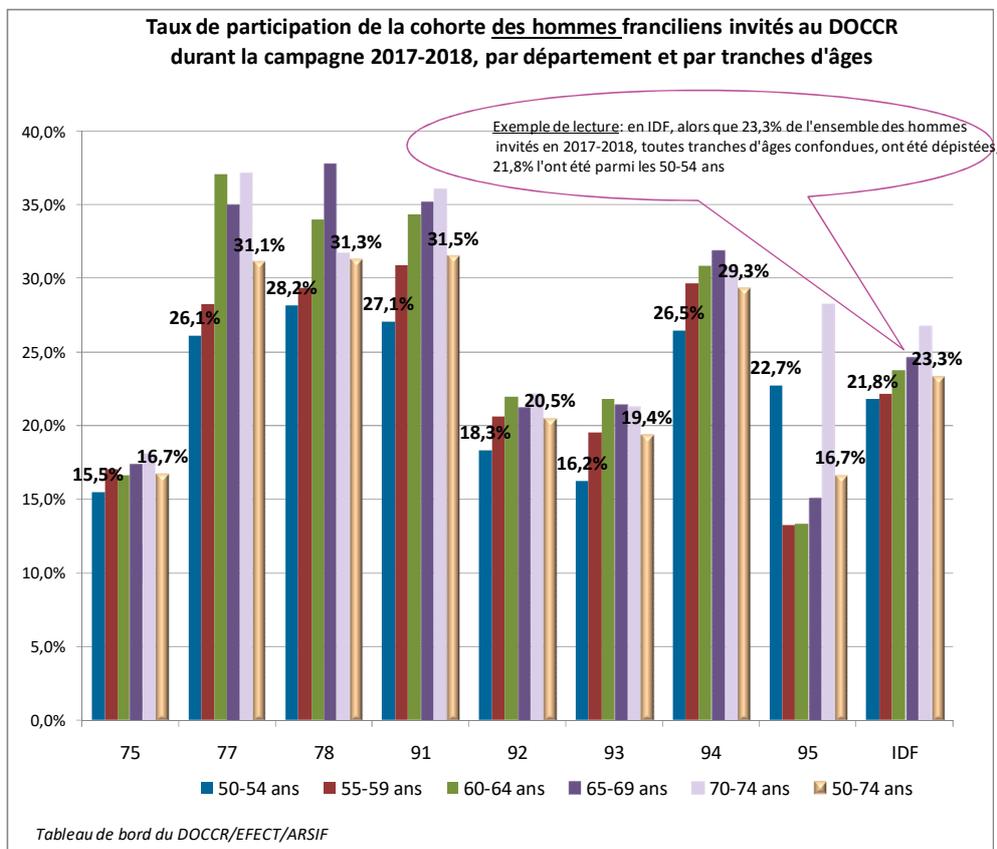


Figure 7

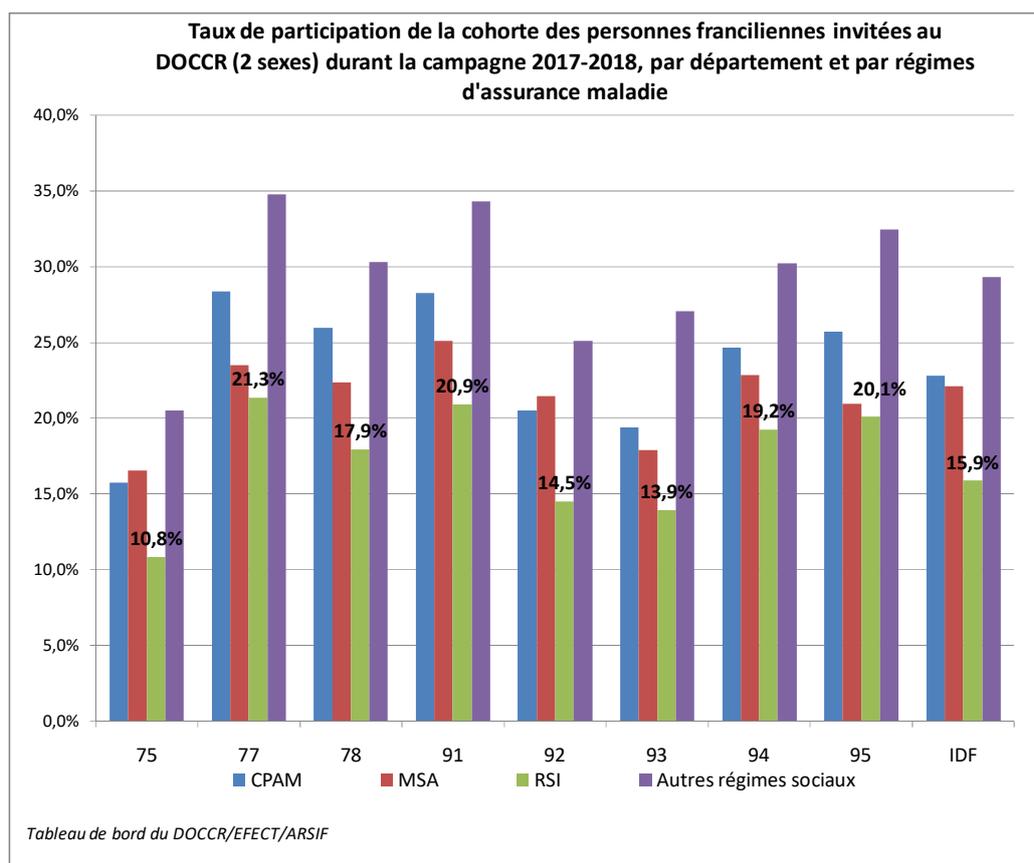


Les graphes précédents montrent que le taux de participation est moins élevé chez les hommes (23,3% au niveau régional, toutes tranches d'âges confondues) que chez les femmes (27,3%).

Dans les deux sexes les mêmes constats existent à l'égard des variations par tranches d'âges, ainsi que les mêmes spécificités par territoires.

Taux de participation de la cohorte des invités par régimes sociaux

Figure 8



Depuis plusieurs exploitations, l'analyse montre que les personnes du RSI, hommes et femmes, sont globalement celles qui ont le moins bon taux de participation au dépistage dans le programme organisé. Ce taux est de 15,9% pour la participation régionale des deux sexes au cours de la campagne 2017-2018. Comme le montrent les graphes suivants, alors que les hommes participent généralement moins que les femmes au dépistage, ce niveau de participation est proche dans les 2 sexes pour le RSI (16,2% pour les femmes au niveau régional versus 15,6% pour les hommes). Notons enfin le taux plus élevé de participation des « autres régimes sociaux » par rapport aux principaux régimes représentés par le régime général, la MSA et le RSI.

Figure 9

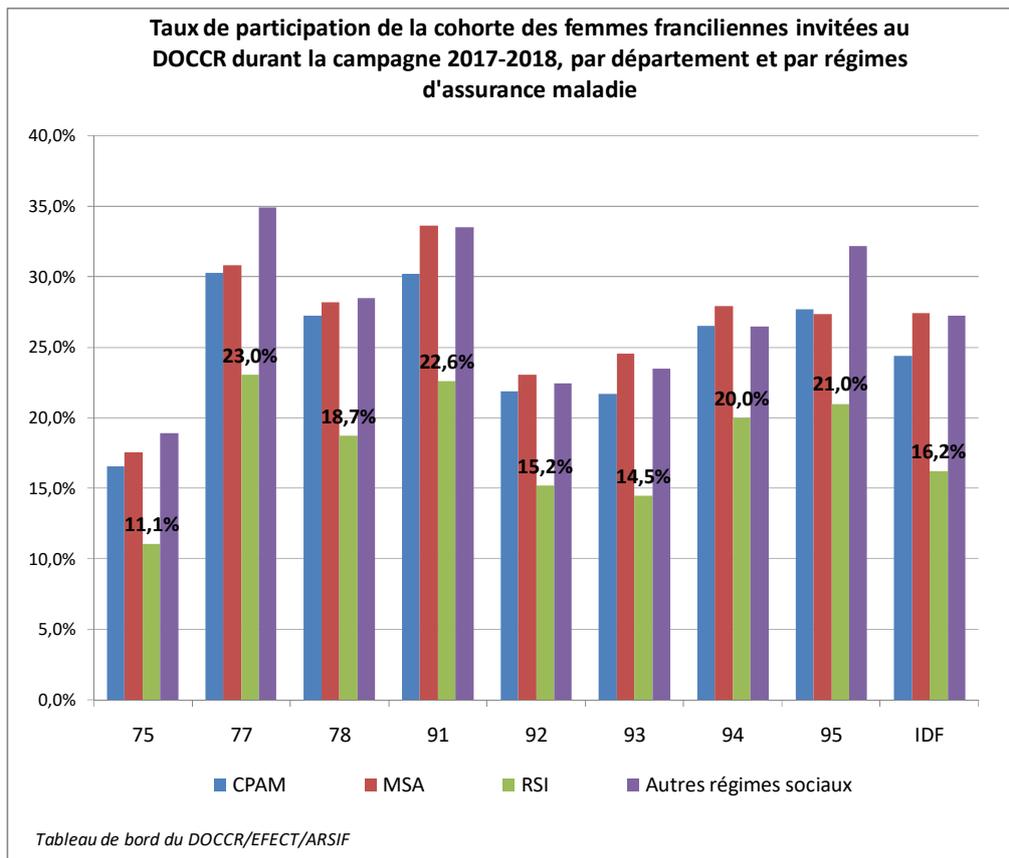
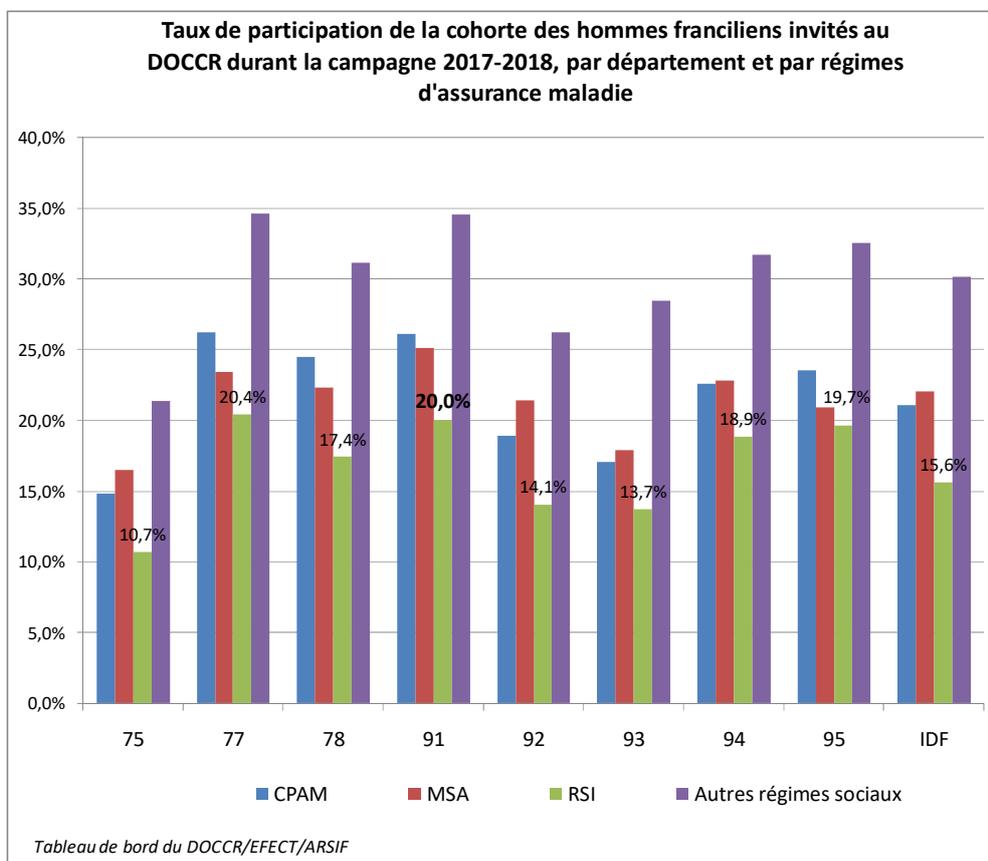


Figure 10



3.1.3.2 Taux standardisés de participation et d'exclusion Insee

Les données chiffrées sont présentées en annexe 2, tableau 8.

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

Taux de participation, global et par sexe

Le taux régional INSEE de participation au DOCCR à 28% affiche une tendance à l'augmentation assez nette pour la campagne 2017-2018, observée dans tous les départements (figure 11). Le taux de participation régional reste plus faible qu'au niveau national (28% versus 32%), pour les femmes (29,3% versus 33,4% pour le taux national de participation, figure 12) comme pour les hommes (27,2% versus 30,7% pour le taux national de participation, figure 13). Ceci est vrai malgré le taux d'exclusion également plus faible qu'au niveau national présenté dans les sections suivantes.

Il existe des variations inter départementales (à interpréter avec les stratégies d'invitation et de collecte des motifs d'exclusion des SGDO) mais dans tous les départements, **les femmes conservent systématiquement un taux de participation supérieur à celui des hommes**. Notons que le 75, le 92 et le 93 présentent les taux les plus faibles, tout comme la participation au DOCS (Figures, 14, 15 et 16).

Figure 11

Evolution du taux standardisé de participation au DOCCR (2 sexes) entre la campagne 2010-2011 et la campagne 2017-2018 (Source Santé Publique France)

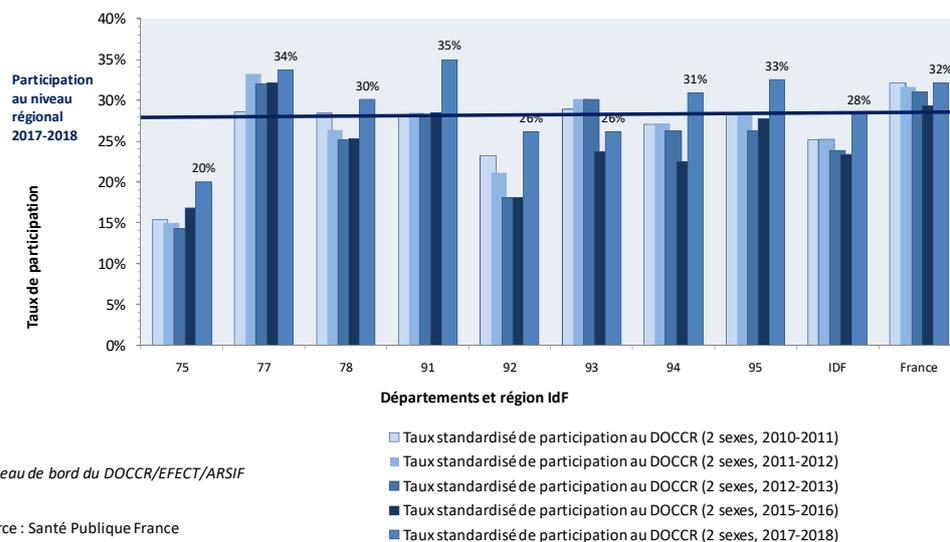


Figure 12

Evolution du taux standardisé de participation au DOCCR chez les femmes entre la campagne 2010-2011 et la campagne 2017-2018 (Source Santé Publique France)

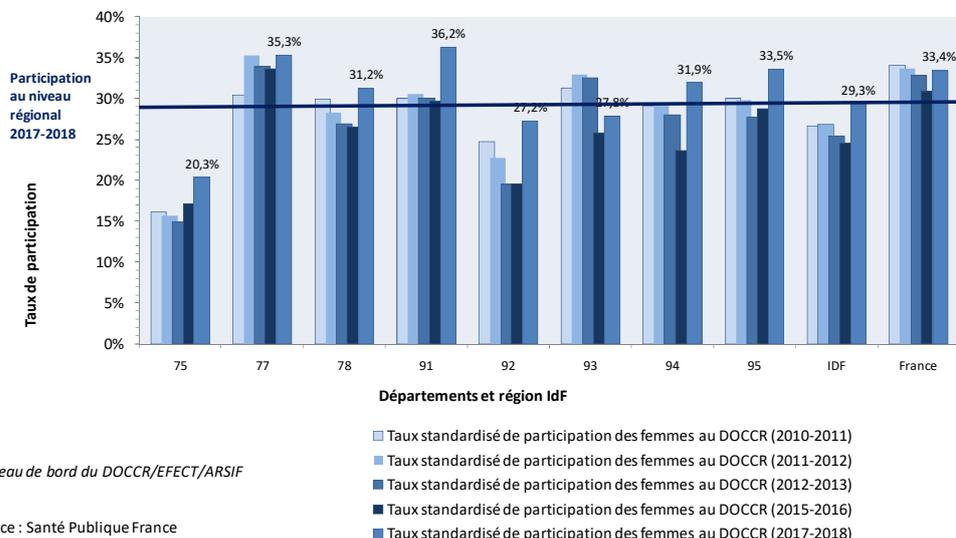


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Source : Santé Publique France

Figure 13

Evolution du taux standardisé de participation au DOCCR chez les hommes entre la campagne 2010-2011 et la campagne 2017-2018 (Source Santé Publique France)

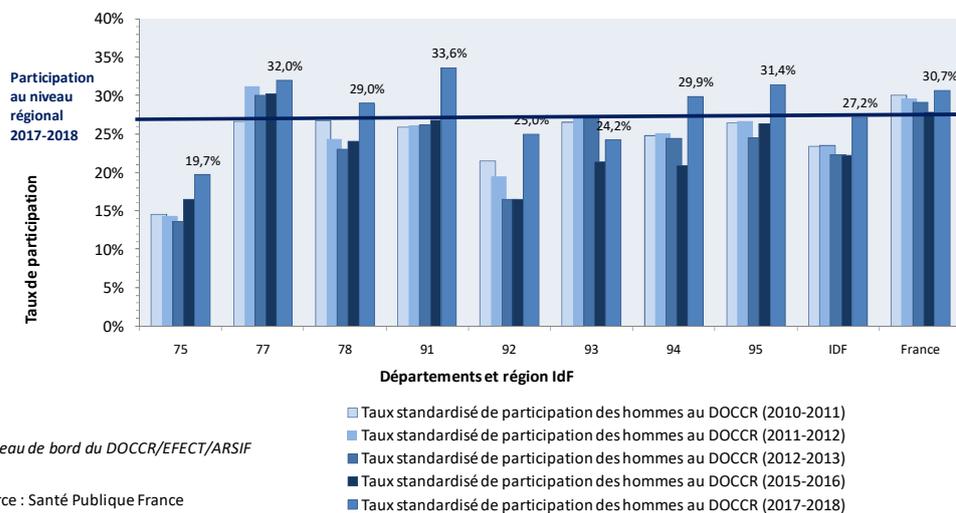


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Source : Santé Publique France

Figure 14

Taux standardisés de participation et d'exclusion au DOCCR pour la période 2017-2018 pour les deux sexes (Source Santé Publique France)

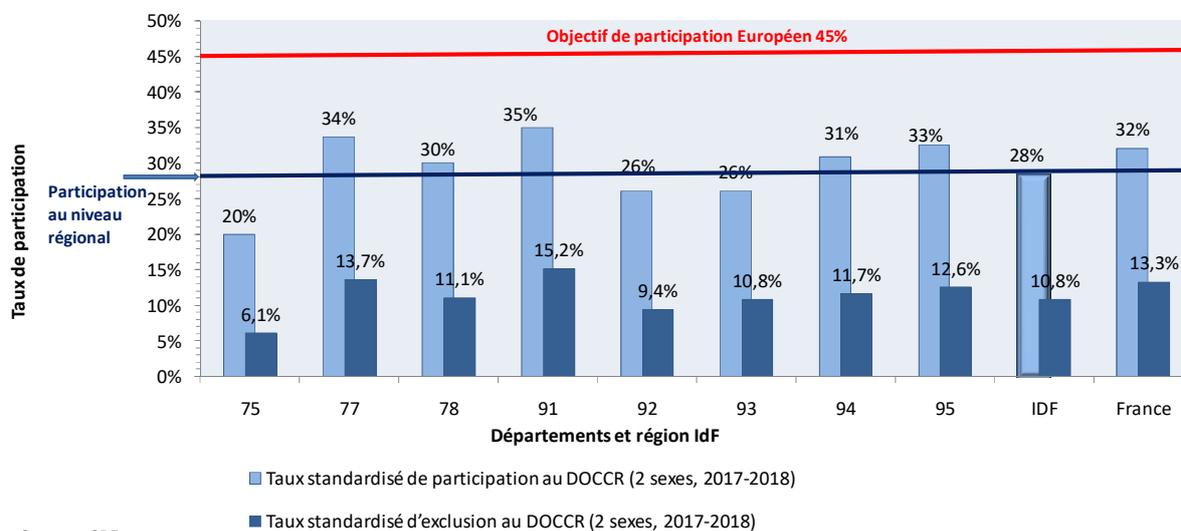


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 15

Taux standardisés de participation et d'exclusion au DOCCR pour la période 2017-2018 chez les femmes (Source Santé Publique France)

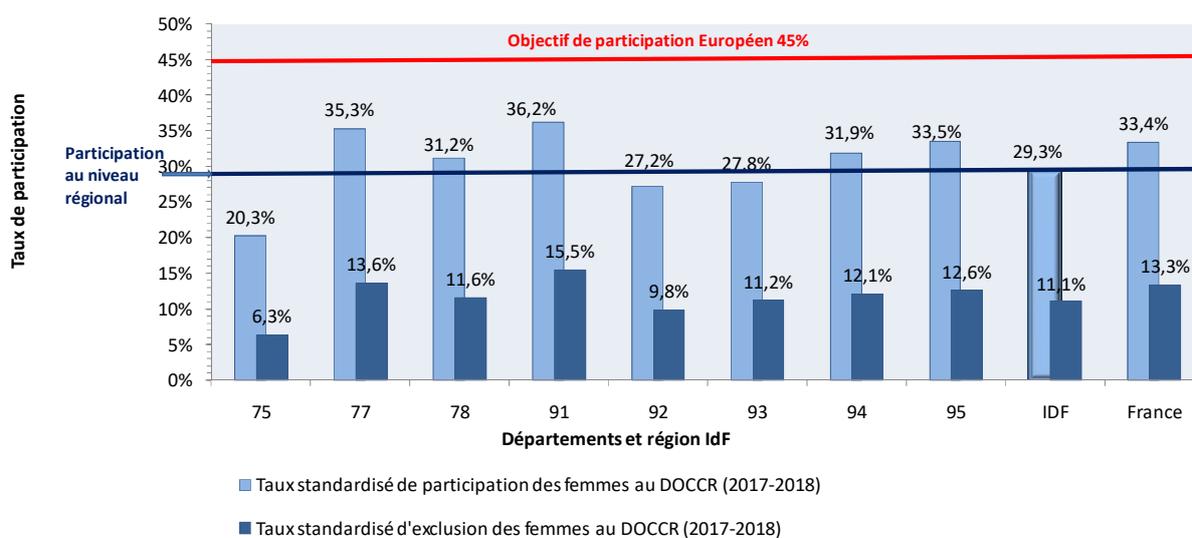
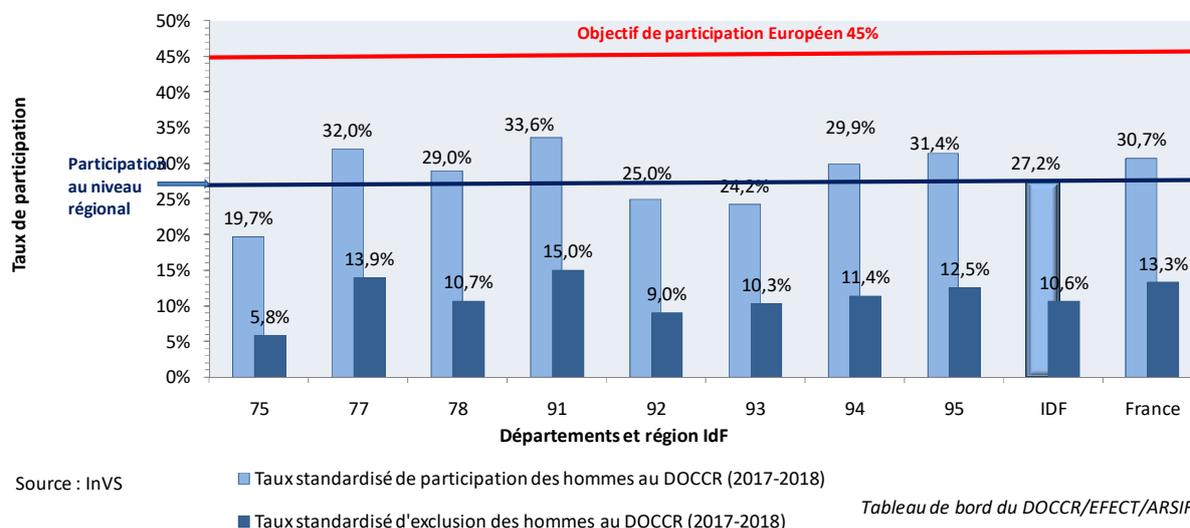


Tableau de bord du DOCCR/EFFECT/ARSIF

Figure 16

Taux standardisés de participation et d'exclusion au DOCCR pour la période 2017-2018 chez les hommes (Source Santé Publique France)



Taux d'exclusion standardisé, global et par sexe

Analysé pour les deux sexes confondus, **avec une valeur de 10,8%, le taux d'exclusion standardisé de la région, pour la campagne 2017-2018, reste inférieur au taux national**, de 13,3% pour les 2 sexes (figure 17), même s'il a progressé comme au niveau national avec un recul de 5 campagnes complètes, dans tous les départements franciliens. Sa valeur est inférieure au niveau national chez les femmes (11,1% versus 12,5%, figure 18) comme chez les hommes (10,6% en IDF versus 13,3% en France, figure 19).

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

Les départements du 75 et 92, où la participation au DOCCR est faible, se placent en deçà des taux régionaux, pour les hommes comme pour les femmes.

Figure 17 :

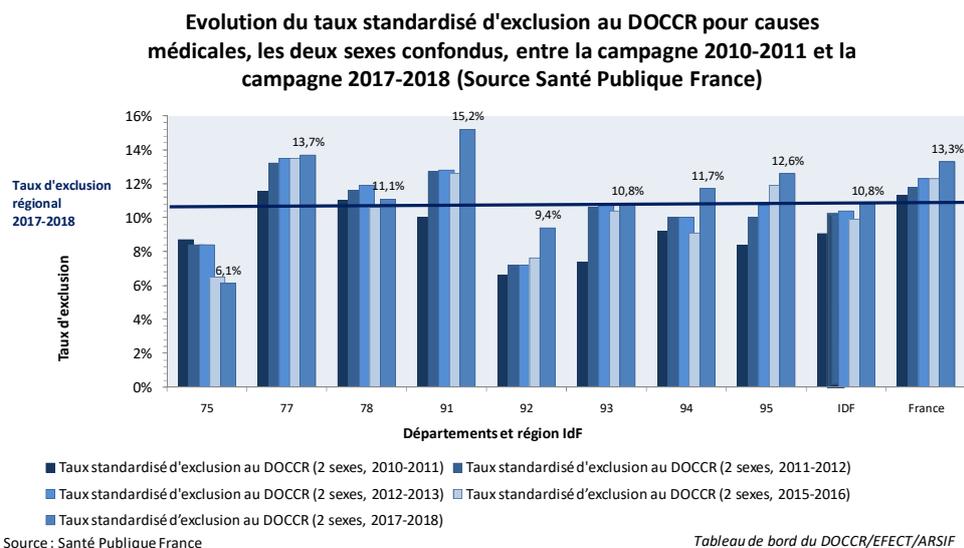


Figure 18 :

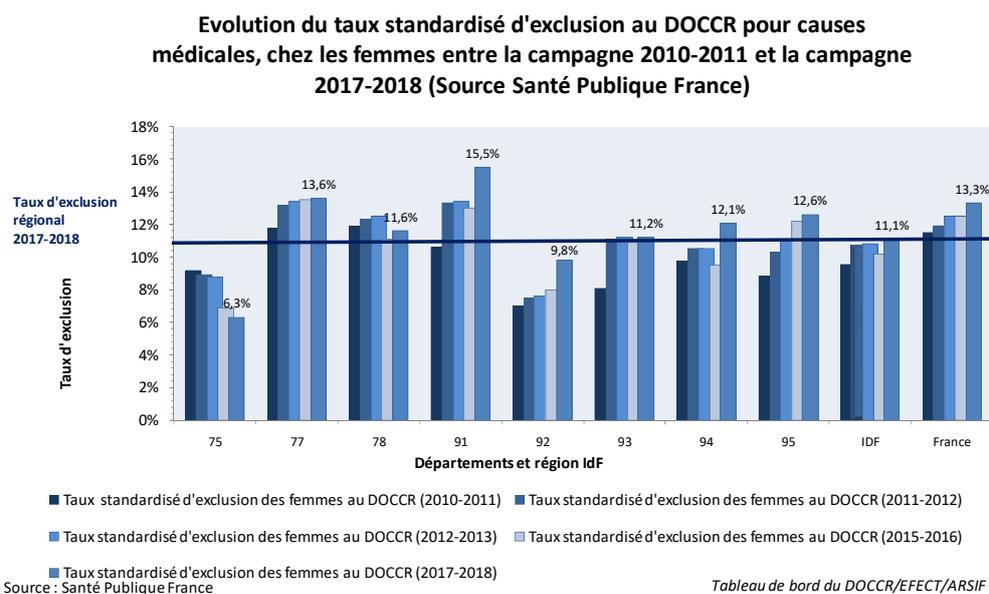
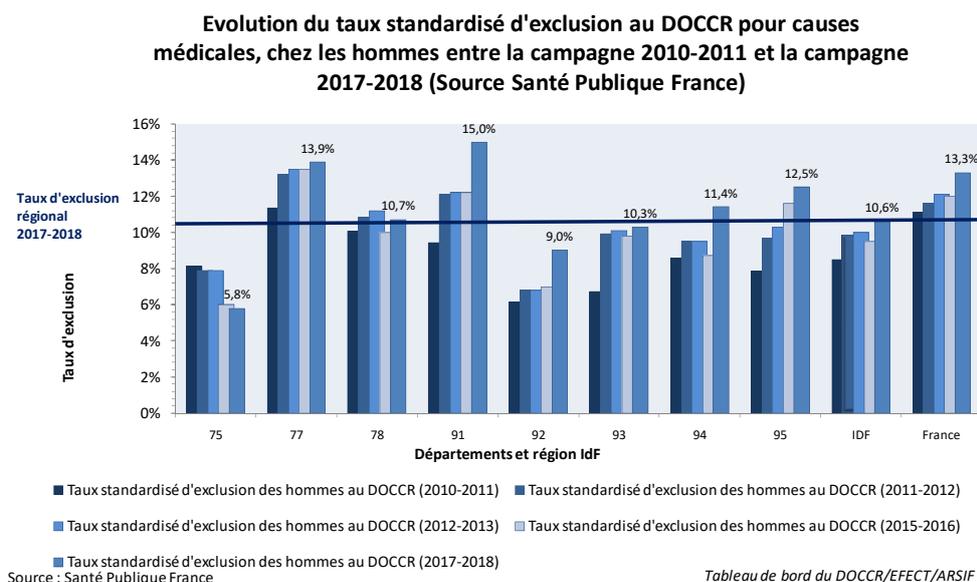


Figure 19



3.2 Fidélisation au dépistage

3.2.1 Définition des indicateurs

La fidélisation des personnes au programme est déterminante pour apprécier la mise en œuvre dans la durée et la probabilité de voir apparaître les effets souhaités sur la baisse de la mortalité spécifique. Il s'agit d'analyser dans quelle mesure une personne dépistée une première fois continue de le faire dans le cadre du DOCCR (dépistages « subséquents » de Santé Publique France).

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

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

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

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

Depuis 2015-2016 seulement il existe un recul de 3 campagnes effectives pour tous les départements franciliens après l'introduction du nouveau test immunologique.

Figurent en annexe 3 les analyses des cohortes 2010-2011, 2011-2012 et 2012-2013 pour permettre la comparaison avec ces nouveaux résultats et analyser l'évolution de ces profils présentés dans les figures suivantes.

3.2.2 Limites et construction

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

3.2.2.1 Description de la requête :

Personnes ayant été invitées au cours de la campagne 2017-2018, ayant entre 55 et 74 ans, dont on analyse les « événements » sur les campagnes précédentes, au plus loin jusqu'au 01-01-2013.

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

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

Les événements ont été codifiés comme ceci :

_ = pas d'événement

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

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

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

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

R= réponse postale correspondant à un refus

T = réalisation du test de dépistage

3.2.2.2 Présentation des profils

◆ Les fidèles

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

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

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

◆ **Les « plutôt » fidèles**

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

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

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

◆ **Les « plutôt pas » fidèles**

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

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

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

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

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

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

◆ **Indéterminables = Les autres.**

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

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

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

◆ **Les bénéficiaires « non significatifs »**

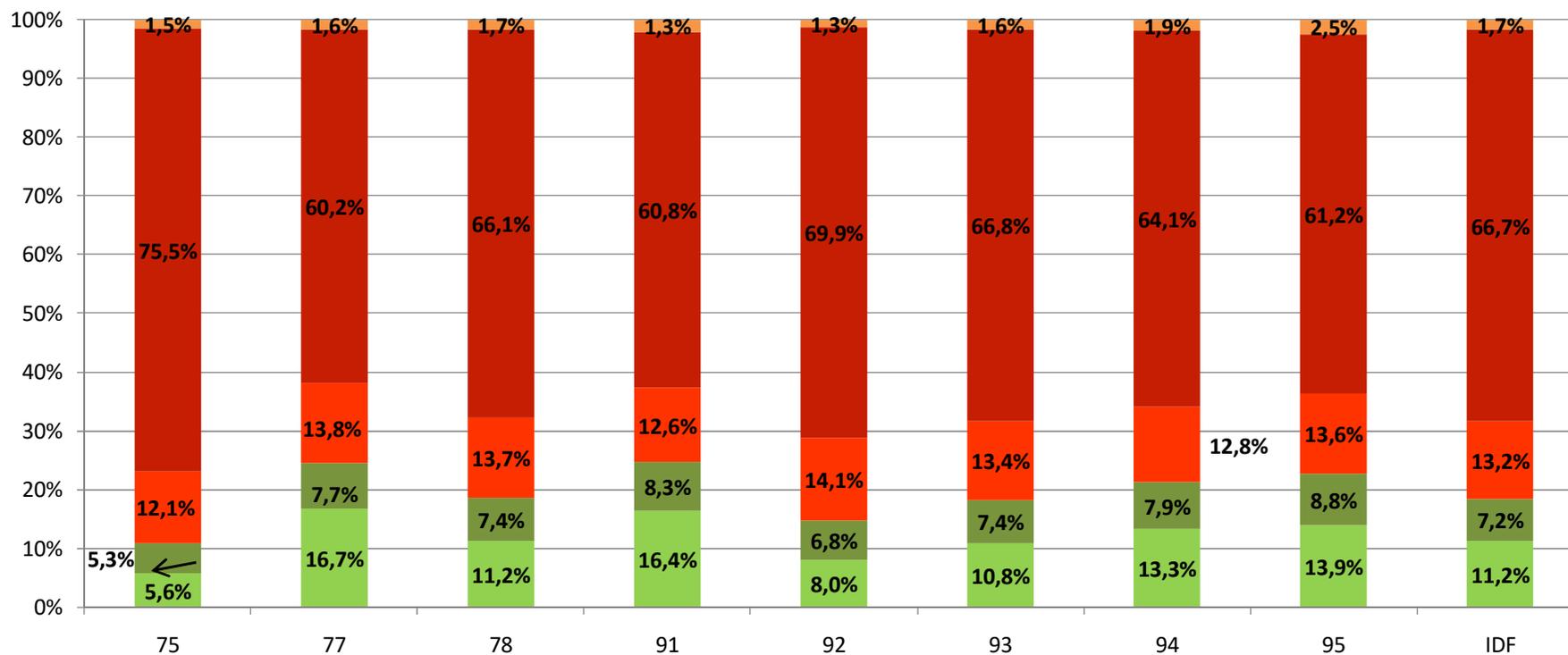
Définition : Les profils vides ou composés d'un événement unique quel qu'il soit.

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

3.2.3 Résultats de la campagne 2017-2018

Figure 20 :

Répartition des profils de fidélisation des personnes invitées au DOCCR (sexes confondus) au cours des 3 dernières campagnes (2013-2018)



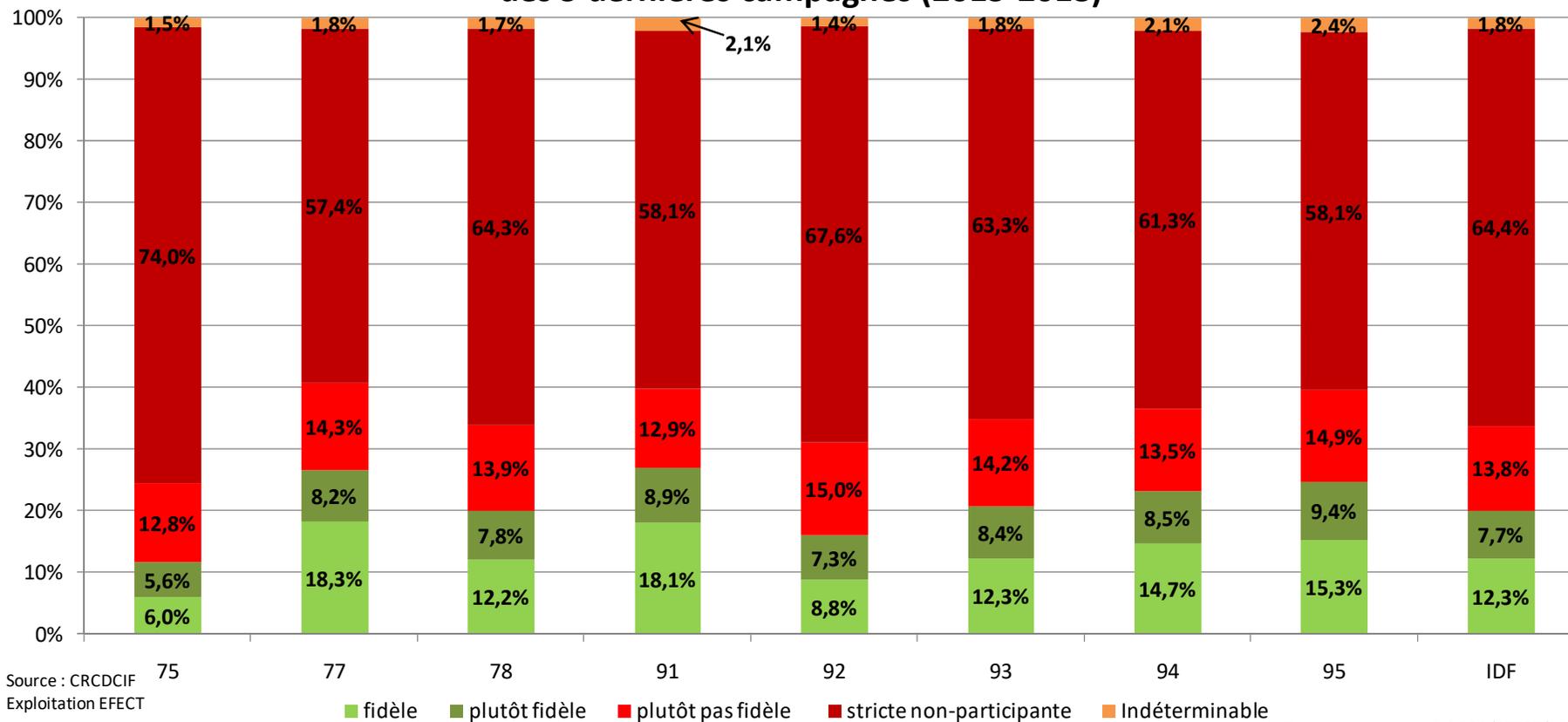
Source : CRCDCIF
Exploitation EFECT

■ fidèle
 ■ plutôt fidèle
 ■ plutôt pas fidèle
 ■ stricte non-participante
 ■ Indéterminable

Tableau de bord du DOCCR/EFECT/ARSIF

Figure 21 :

Répartition des profils de fidélisation chez les femmes invitées au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2013-2018)



Source : CRCDCIF
Exploitation EFECT

■ fidèle ■ plutôt fidèle ■ plutôt pas fidèle ■ stricte non-participante ■ Indéterminable

Tableau de bord du DOCCR/EFECT/ARSIF

Figure 22 :

Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2013-2018)

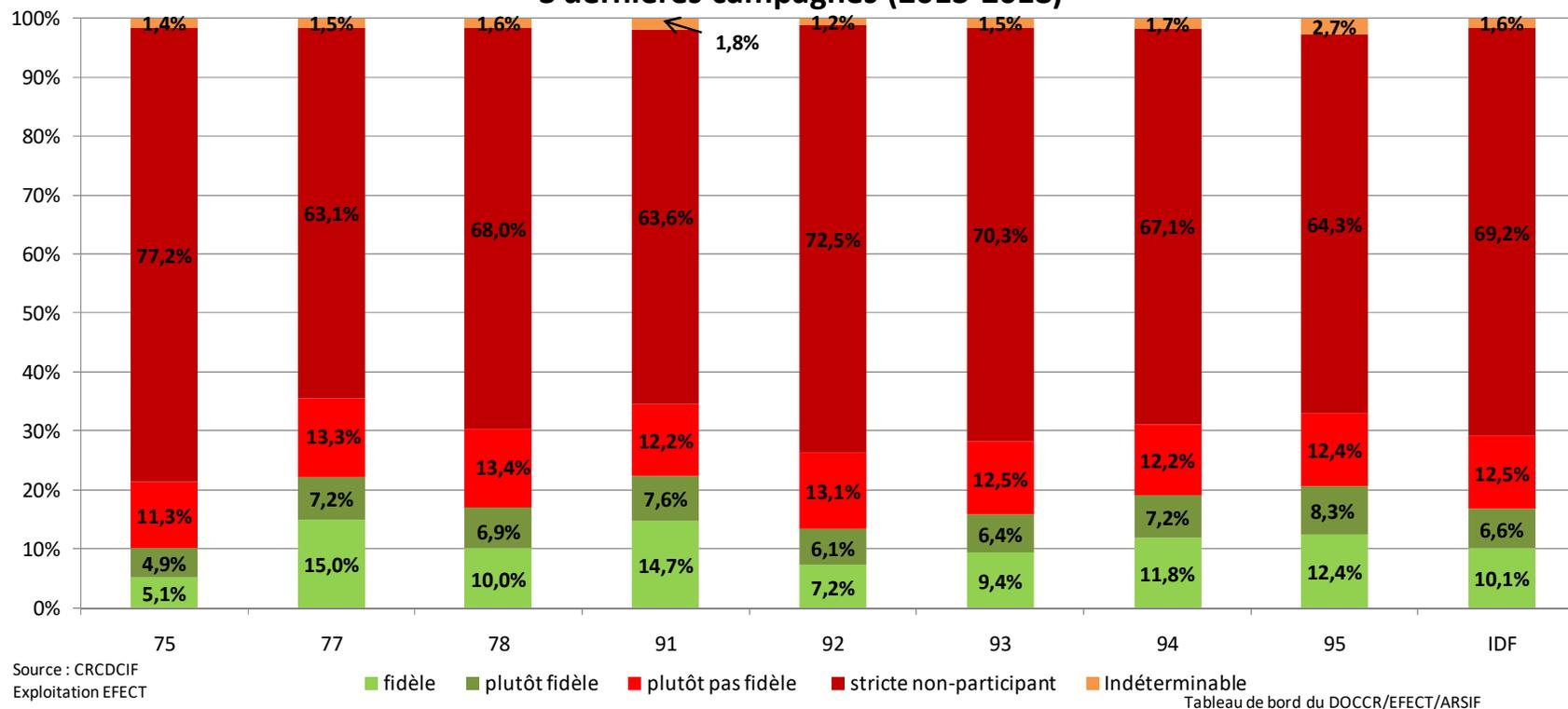
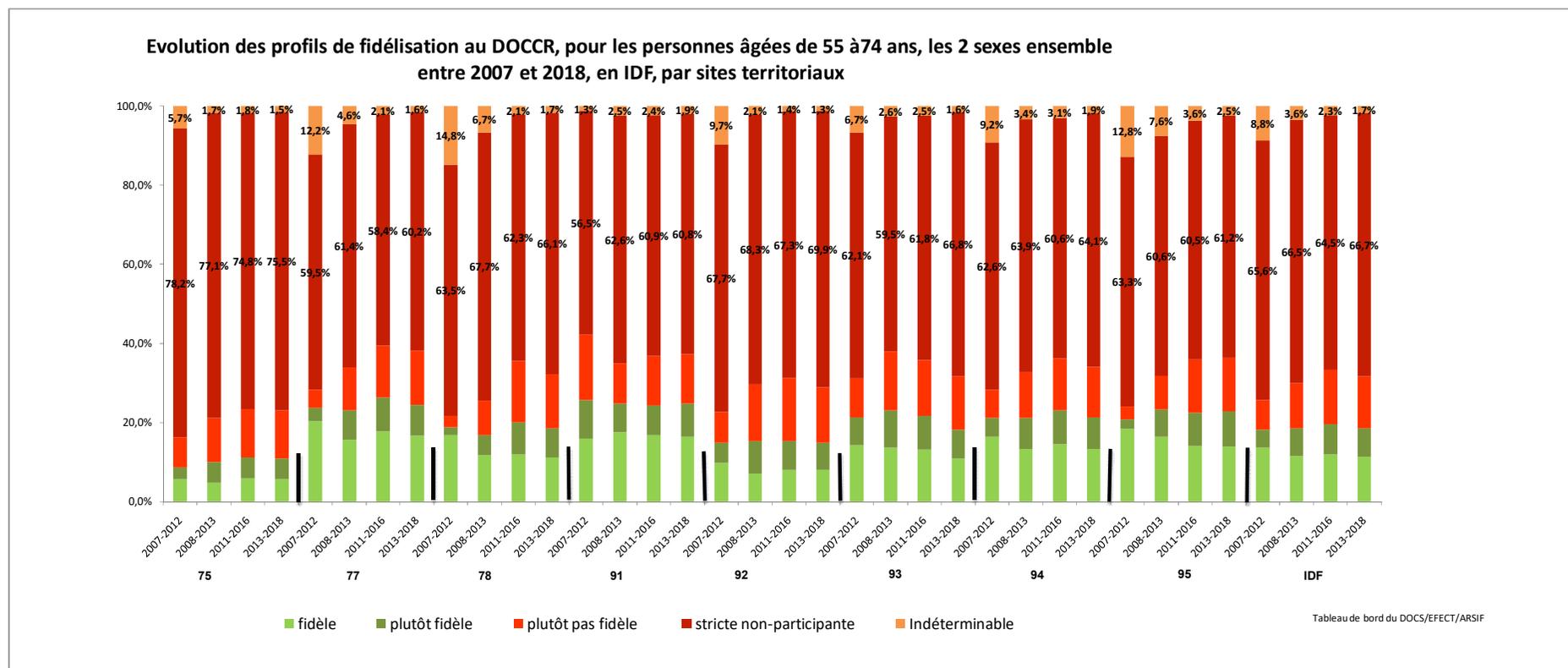


Figure 23



Comme le montrent les graphiques suivants, tous les départements connaissent toujours **une forte proportion de personnes strictement non participantes au dépistage organisé** (66,7% au niveau régional). Notons la stabilité par rapport aux 4 exploitations précédentes (64,5% au niveau régional pour la période 2011-2016, 66,5% pour la période 2008-2013 et 65,6% pour la période 2007-2012).

Par département, la fréquence de la « non-participation » s'étend de 60,2% dans le 77 (qui demeure le territoire où elle est la plus faible) à 75,5% dans le 75 (qui demeure le territoire où elle est la plus élevée). Elle se montre stable dans tous les territoires en dehors du 93 et du 94 où elle tend à augmenter.

Par classes d'âges (données détaillées présentées en annexes 2 et 3, Tableau 9, 10 et 11), **et par sexe**, la fidélisation (profils « fidèle » et « plutôt fidèle ») s'améliore avec l'avancée en âge chez les hommes comme chez les femmes. En effet :

- La fidélisation augmente de 8,3% de personnes fidèles chez les hommes dans la tranche d'âge des 55-59 ans à 12,6% dans la tranche des 70-74 ans
- La fidélisation augmente de 9,9% de personnes fidèles chez les femmes dans la tranche d'âge des 55-59 ans à 15% dans la tranche des 70-74 ans

Mais notons que le niveau de fidélisation demeure plus élevé chez les femmes et que l'augmentation avec l'âge y est également plus marquée, dans tous les départements.

Au niveau régional, tous âges confondus, 11,2% des personnes sont « fidèles » (versus 12% en 2015-2016, 11,4% en 2008-2013, 13,7% en 2007-2012 et 11,4% en 2006-2011) et 7,2% « plutôt fidèles » au programme national tel qu'il a été conçu (7,5% en 2015-2016), portant à 18,4% le pourcentage de personnes adhérant au DOCCR. La situation se montre donc stable dans le temps.

La variation territoriale de ces deux profils (« fidèle » et « plutôt fidèle ») est également marquée, allant de 10,9% dans le 75 (11,1% en 2015-2016) à 24,7% dans le 91 (le plus haut niveau avec le 77, 94 et 95)

Soulignons également que **les personnes « fidèles », comme celles « plutôt fidèles », tendent à être plus nombreuses dans les départements ayant les plus fortes participations au DOCCR (77, 94, 95) et/ou dans les départements les plus anciennement entrés dans le DOCCR** comme le 91. Notons aussi la tendance à l'homogénéisation du niveau de fidélisation dans tous les départements en dehors des 75 et 92.

4. MODALITES DU FONCTIONNEMENT

4.1 Définitions des indicateurs

Cinq dimensions du fonctionnement du programme sont analysées pour faciliter la compréhension des niveaux de participation observés par département.

Indicateurs	Définition	Sources	Année
Indicateurs d'activité du site du CRCDC			
Nombre moyen de sollicitations par personne dépistée	Numérateur : Nombre de sollicitations pour les personnes dépistées ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R Dénominateur : Nombre de personnes dépistées parmi celles ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R	Numérateur : CRCDC Dénominateur : CRCDC	2017-2018
Nombre moyen de sollicitations par personne <u>non dépistée</u>	Nombre de sollicitations pour les personnes NON dépistées ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R Dénominateur : Nombre de personnes NON dépistées parmi celles ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R	Numérateur : CRCDC Dénominateur : CRCDC	2017-2018
Délais de fonctionnement			
Délais entre deux invitations Et Evolution au cours des 3 dernières campagnes	Différentiel en jours entre la date des deux dernières invitations pour les personnes ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R Moyenne, étendue, médiane, 90ème percentile <i>Découpage : Région, Par départements, par sexes</i>	CRCDC	2013-2014 2015-2016 2017-2018
Délais entre deux tests Et Evolution au cours des 3 dernières campagnes	Différentiel en jours entre la date des deux derniers tests de dépistage pour les personnes ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R Moyenne, étendue, médiane, 90ème percentile <i>Découpage : Région, Par départements, par sexes</i>	CRCDC	2013-2014 2015-2016 2017-2018
Délai entre invitation et réalisation du test quel que soit le résultat Et Evolution au cours des 3 dernières campagnes	Différentiel en jours entre la date de l'invitation et la date de la réalisation du test quel que soit le résultat pour les personnes ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R Moyenne, étendue, médiane, 90ème percentile <i>Découpage : Région, Par départements, par sexes</i>	CRCDC	2013-2014 2015-2016 2017-2018
Délai entre la dernière sollicitation et la réalisation du test quel que soit le résultat Et Evolution au cours des 3 dernières campagnes	Différentiel en jours entre la date de la dernière sollicitation (invitation ou relance) et la date de réalisation du test pour les personnes ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R Moyenne, étendue, médiane, 90ème percentile <i>Découpage : Région, Par départements, par sexes</i>	CRCDC	2013-2014 2015-2016 2017-2018

Mode d'accès au dépistage

Typologie des modes d'accès au dépistage	Répartition des 5 principales modalités*d'accès au dépistage pour les personnes ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R <i>Découpage : Région, Par départements, par sexes</i>	CRCDC	2017-2018
Pourcentage de participation par mode d'entrée dans le DOCCR, par sexes et par âges	Numérateur : Nombre de personnes dépistées pour l'invitation initiale, la relance 1 et la relance 2 pour les personnes dépistées ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R Dénominateur : Nombre de personnes dépistées parmi celles ayant été invitées entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R <i>Découpage : Région, Par départements, par sexes, par tranches d'âges</i>		2017-2018

Répartition des causes de non-participation

Typologie des causes de non-participation hors causes médicales parmi les personnes ayant communiqué leur motif de non participation après invitation	Répartition du nombre de personnes non participantes par types de causes, hors causes médicales, pour les personnes non participantes ayant communiqué le motif de leur non participation à la structure de gestion après invitation entre le 1 ^{er} janvier de R-1 et le 31 décembre de l'année R Le calcul de cet indicateur demande à disposer au préalable : Du nombre de personnes non participantes Du nombre de personnes non participantes ayant communiqué le motif de leur non participation à la structure de gestion <i>Découpage : Région, Par départements, par sexes</i>	CRCDC	2017-2018
---	--	-------	-----------

Approvisionnement et taux d'utilisation des tests de dépistage

Pourcentage de tests utilisés	Numérateur : Nombre de personnes ayant bénéficié d'un test au cours de la campagne 2017-2018 Dénominateur : Somme du nombre de tests fournis aux professionnels, par types de professionnels : <ul style="list-style-type: none">- Libéraux- Centres de santé- Autres spécialités (Gynéco, gastro) par le CRCDC et par la CPAM (Ameli et demandes directes)	Source :: CRCDC	2017-2018
-------------------------------	---	-----------------	-----------

Approvisionnement et taux d'utilisation des tests de dépistage

	Numérateur : nombre de tests fournis aux professionnels, par types de professionnels :		
	- Libéraux		
	- Centres de santé		
	- Autres spécialités (Gynéco, gastro)		
	par le CRCDC	Source 1 : CRCDC	
Pourcentage de tests distribués par le CRCDC parmi le nombre total de tests distribués	Dénominateur : nombre total de tests fournis aux professionnels, par types de professionnels :	Source 2 : CPAM de chaque département/ CRGDR	2017-2018
	- Libéraux		
	- Centres de santé		
	- Autres spécialités (Gynéco, gastro)		
	Par le CRCDC et par la CPAM (Ameli et demandes directes)		
	<u>Découpage</u> Région, par départements, par types de professionnels		

* Invitation, relance 1, relance 2, éligibilité et autre

4.2 Résultats de la campagne 2017-2018

4.2.1 Nombre moyen de sollicitations par personne dépistée

Tableau 12 Nombre moyen de sollicitations par personne dépistée, par sexes et par départements en Ile de France au cours de la campagne 2017-2018 (Source : CRCDC)

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nb de personnes dépistées en 2017-2018	97623	106091	103966	92000	83796	73335	83245	76372	716428
Nb de sollicitations pour les personnes dépistées en 2017-2018	144485	180152	187007	156605	142327	107541	130944	113701	1162762
Nombre moyen de sollicitations pour les personnes dépistées en 2017-2018	1,48	1,70	1,80	1,70	1,70	1,47	1,57	1,49	1,62
	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nb de femmes dépistées en 2017-2018	53238	57251	56007	49450	46668	39980	45498	41014	389106
Nb de sollicitations pour les femmes dépistées en 2017-2018	78718	96321	99727	82613	79377	57988	70669	60240	625653
Nombre moyen de sollicitations pour les femmes dépistées en 2017-2018	1,48	1,68	1,78	1,67	1,70	1,45	1,55	1,47	1,61
Nb d'hommes dépistés en 2017-2018	44385	48840	47959	42550	37128	33355	37747	35358	327322
Nb de sollicitations pour les hommes dépistés en 2017-2018	65767	83831	87280	73992	62950	49553	60275	53461	537109
Nombre moyen de sollicitations pour les hommes dépistés en 2017-2018	1,48	1,72	1,82	1,74	1,70	1,49	1,60	1,51	1,64

Le nombre moyen de sollicitations par personnes dépistées traduit la nécessité fréquente de relancer les personnes pour qu'elles participent au dépistage. **Plus les personnes sont nombreuses à pratiquer le dépistage dès l'invitation plus le nombre moyen de sollicitations par personne dépistée baisse, puisque les relances ne sont pas utilisées dans ce cas. Proche de 2 dans le calcul effectué en 2012 sur une année**

d'activité, il se situe à **1,62 au niveau régional, les deux sexes confondus, pour la campagne 2017-2018**. On ne note pas de différence notable par sexes au niveau régional, ni par territoires où l'on peut noter une légère supériorité du nombre moyen de sollicitations pour les hommes dépistés par rapport aux femmes. Il existe des variations territoriales du nombre moyen de sollicitations par personne, à interpréter avec les stratégies en œuvre. Ce nombre moyen se montre stable par rapport à l'analyse 2015-2016 même si le nombre de personnes dépistées comme le nombre de sollicitations ont diminué en valeur absolue.

4.2.2 Nombre moyen de sollicitations par personne NON dépistée

Tableau 13 Nombre moyen de sollicitations par personne NON dépistée, par sexes et par départements en Ile de France au cours de la campagne 2017-2018 (Source : CRCDC)

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nb de personnes NON Dépistées en 2017-2018	545866	271071	307164	240720	335706	311402	261677	226404	2500010
Nb de sollicitations pour les personnes NON Dépistées en 2017-2018	1065907	811651	912238	662144	912521	685738	667355	573280	6290834
Nombre moyen de sollicitations pour les personnes NON Dépistées en 2017-2018	1,95	2,99	2,97	2,75	2,72	2,20	2,55	2,53	2,52
	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nb de femmes NON Dépistées en 2017-2018	280555	133175	153632	117421	172101	147804	130463	109696	1244847
Nb de sollicitations pour les femmes NON Dépistées en 2017-2018	548701	397745	461230	322985	481633	326272	334636	275378	3148580
Nombre moyen de sollicitations pour les femmes NON Dépistées en 2017-2018	1,96	2,99	3,00	2,75	2,80	2,21	2,56	2,51	2,53
Nb d'hommes NON Dépistés en 2017-2018	265311	137896	153532	123299	163605	163598	131214	116708	1255163
Nb de sollicitations pour les hommes dépistée en 2017-2018	517206	413906	451008	339159	430888	359466	332719	297902	3142254
Nombre moyen de sollicitations pour les hommes NON Dépistés en 2017-2018	1,95	3,00	2,94	2,75	2,63	2,20	2,54	2,55	2,50

Le nombre moyen de sollicitations par personnes NON dépistées traduit plutôt la stratégie des sites territoriaux du CRCDC. Il se situe naturellement à un niveau plus élevé que celui qui s'adresse aux personnes dépistées, à **2,52 au niveau régional**, les deux sexes confondus, pour la campagne 2017-2018. On ne note pas, là encore, de différence notable par sexes au niveau régional, ni par territoires mais les variations territoriales du nombre moyen de sollicitations par personne NON dépistée sont plus marquées que précédemment, proche de 2 dans le 75 à 3 dans le 77 et le 78. Il n'y a pas d'antériorité pour cet indicateur.

4.2.3 Délais

Tableau 14 Délais de fonctionnement du programme et de réactivité des personnes invitées au DOCCR entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2018 (cohorte des invités), 2 sexes confondus

	75	77	78	91	92	93	94	95
Délais entre 2 invitations								
Médianes entre 2 invitations								
En jours	687	630	665	685	669	743	694	730
En mois	23	21	22	23	22	25	23	24
% de personnes sur lesquelles portent les calculs	86%	86%	87%	92%	85%	83,5%	84%	85%
Délais entre 2 tests								
Médianes entre 2 tests, 2 sexes								
En jours	803	775	765	792	805	840	813	763
En mois	27	26	26	26	27	28	27	25
Médianes entre 2 tests pour les femmes								
En jours	806	775	763	790	806	841	812	763
En mois	27	26	25	26	27	28	27	25
% de femmes sur lesquelles portent les calculs	65%	77%	74%	75%	70%	74%	72%	73%
Médianes entre 2 tests pour les hommes								
En jours	797	775	768	797	803	838	817	763
En mois	27	26	26	27	27	28	27	25
% d'hommes sur lesquels portent les calculs	62%	74%	71%	72%	67%	70,0%	69%	70%
Délais entre l'invitation et la réalisation du test								
Médianes								
En jours	147	142	160	150	185	147	192	157
En mois	4,9	4,7	5,3	5,0	6,2	4,9	6,4	5,2
Moyennes								
En jours	160	178	185	172	185	144	178	176
En mois	5,3	5,9	6,2	5,7	6,2	4,8	5,9	5,9
Délais entre la dernière sollicitation et la réalisation du test								
Médianes								
En jours	71	66	66	64	71	57	64	66
En mois	2,4	2,2	2,2	2,1	2,4	1,9	2,1	2,2
Moyennes								
En jours	108	79	79	78	86	73	81	84
En mois	3,6	2,6	2,6	2,6	2,9	2,4	2,7	2,8

Ces résultats montrent que pour la campagne 2017-2018 en Ile de France:

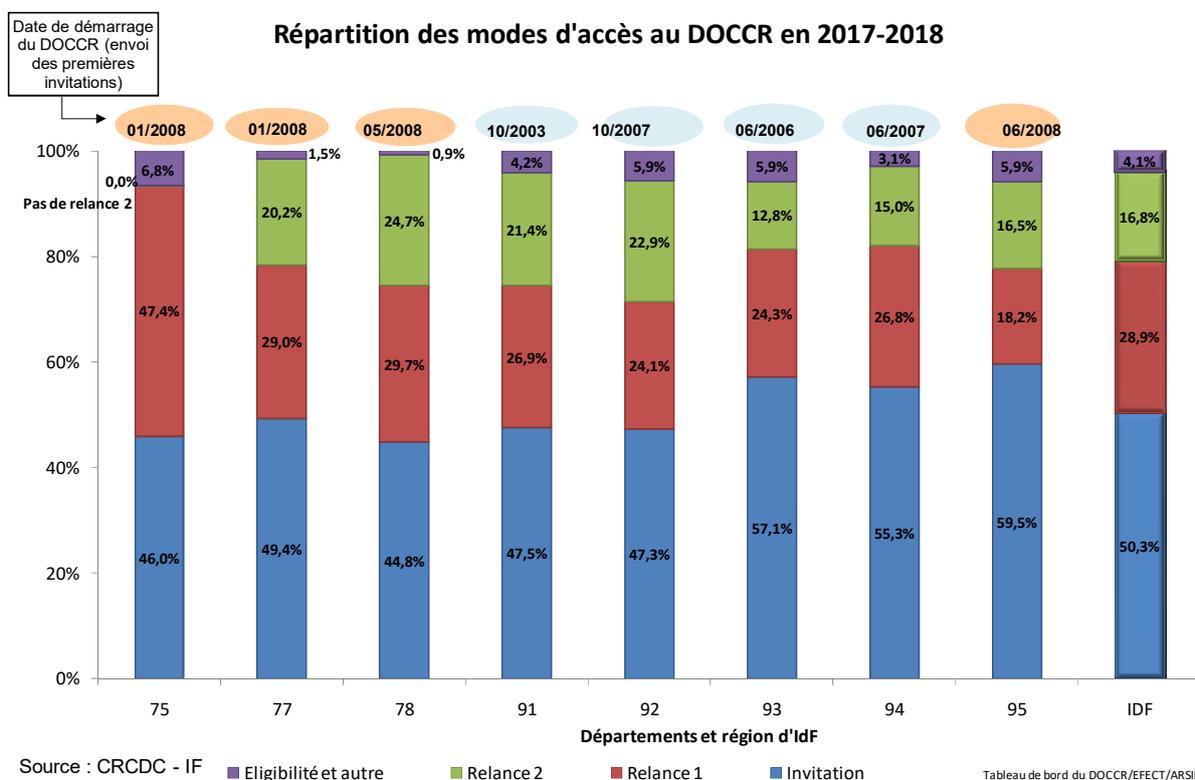
- Les délais entre 2 invitations se situent entre 21 mois (dans le 77) et 25 mois (dans le 93), c'est-à-dire autour des 22 mois indiqués dans le cahier des charges. Notons que les perturbations organisationnelles liées à l'introduction du test immunologique lors de la campagne précédente et qui avaient allongé ce délai semblent avoir été absorbées. Ce délai illustre la qualité du fonctionnement du programme
- Le délai entre 2 tests pour les personnes invitées, les deux sexes confondus, est compris, entre 25 mois (dans le 95) et 28 mois (dans le 93) en valeur médiane, soit 2 ans et 2 ans et 4 mois. Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes à l'égard de ce délai. Les limites des résultats observés tiennent à l'absence d'exhaustivité des données qui ne portent que sur 70% des personnes environ. Il

existe là aussi une évolution à la baisse du délai par rapport à la campagne 2015-2016, de 4 mois pour la fourchette inférieure (il était de 29 mois, soit 2 ans ½, dans le 95) et de 16 mois pour la fourchette supérieure (il était de 44 mois soit 3 ans ½ dans le 93). Les résultats de cette campagne tendent à montrer que le rythme de 2 ans du dépistage est mieux intégré chez les participants car si ce délai illustre également le fonctionnement du programme comme l'indicateur précédent, il rend également compte de la réactivité de la personne. Cette réactivité peut être immédiate à la première invitation ou après d'autres sollicitations comme le montrent les délais suivants :

- Le délai entre l'invitation et la réalisation du test : on observe des variations territoriales allant de 4,7 mois (dans le 77) à 6,4 mois (dans le 94), en valeur médiane, pour que les personnes réalisent leur test après l'envoi de la première invitation. Ce délai global dépend aussi, en plus du comportement des personnes :
 - De l'attitude du médecin qui mobilise son patient et remet le test.
 - Des stratégies des sites territoriaux autour de l'envoi de la lettre et qui sont évolutives dans le temps.
- Le délai entre la dernière sollicitation et la réalisation du test : il existe également des variations territoriales allant de 1,9 mois (dans le 93) à 2,4 mois (dans le 75 et le 92), en valeur médiane. Ce délai qui est plus spécifique de la réactivité de la personne que le précédent, montre que celle-ci est plus courte après relance et autre sollicitation qu'après l'invitation initiale.

4.2.4 Répartition des modes d'entrée dans le DOCCR

Figure 24



Pour la région, l'invitation initiale est le mode d'accès le plus fréquent au DOCCR, représentant 50,3% des modes d'accès. Ceci est vrai pour tous les sites territoriaux à l'exception du territoire parisien où la relance 1 est la modalité la plus importante (47,4% des modalités d'accès, devant l'invitation qui représente 46%).

Hors Paris et 95, le rôle de la relance 1 est du même ordre de grandeur pour tous les sites, et permet l'accès au DOCCR de 24,1% (dans le 92) à 29% (dans le 77) des participants. Dans le 95 où l'accès au DOCCR par l'invitation est plus important, la relance 1 représente seulement 18% des modes d'accès.

La variabilité territoriale est plus marquée pour la relance 2 avec test¹⁷ qui joue un rôle non négligeable (12,8% dans le 93 à 24,7% dans le 78) et pour les autres modes d'accès, éligibilité incluse (0,9% dans le 78 à 6,8% dans le 75). Ces deux modalités sont plus spécifiques des différentes stratégies territoriales mais sont également liées aux attitudes et comportements de la population et des professionnels.

La procédure d'éligibilité, seule, représente 0,4% des modes d'accès au dépistage en 2017-2018

Tableau 15 Nombre de personnes ayant accédé au dépistage par éligibilité au cours de la campagne 2017-2018

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nombre de personnes	439	124	85	304	181	1 130	228	174	2 665
% des modes d'accès	0,4%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	1,5%	0,3%	0,2%	0,4%

L'analyse d'ensemble met en évidence les « profils » territoriaux qui se caractérisent :

- **Par le rôle fort de l'invitation initiale dans les modalités d'accès au dépistage (>50%)** : sites du 93, 94, 95, notant que la fréquence des autres modalités est également proche. Pour ces départements, le nombre moyen de sollicitations par personnes dépistées se situe en toute logique parmi les plus bas de la région. Seul le département de Paris ne répond pas à cette règle.
- **Par le rôle relativement plus important des relances : 77, 78, 91, 92**
- **A part : 75**

¹⁷ Pour autant, cet effet ne peut seul argumenter l'intérêt de cette relance qui fait débat du fait de son coût important mais surtout parce qu'elle demande au patient de s'autodéterminer « éligible » au dépistage

4.2.5 Pourcentage de participation par modes d'entrée dans le DOCCR

L'invitation initiale, la relance 1 et la relance 2 constituent les 3 principaux modes d'accès au DOCCR comme cela a été mis en évidence dans le chapitre précédent.

Ce chapitre vise à affiner les constats par sexes et âges comme le montrent les graphes suivants avec une précaution de lecture : les différences existantes dans les valeurs régionales s'expliquent par la non disponibilité des données du 92 et la prise en compte du sexe.

Figure 25

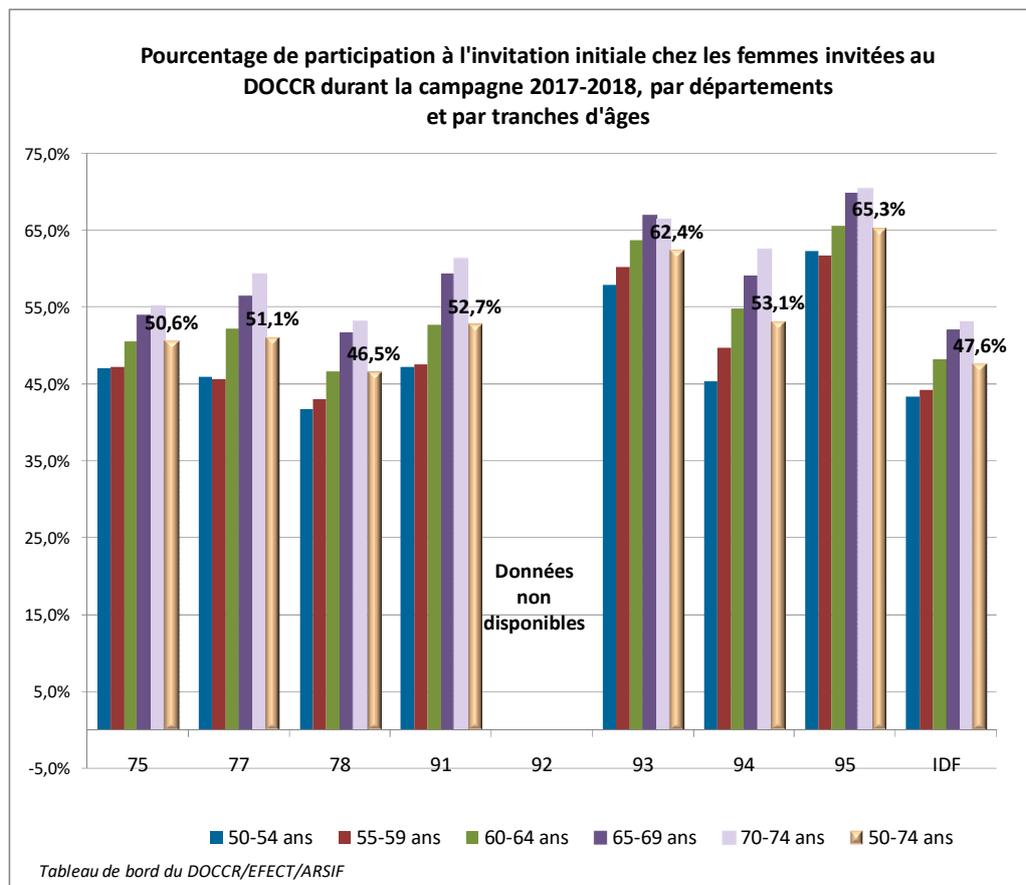


Figure 26

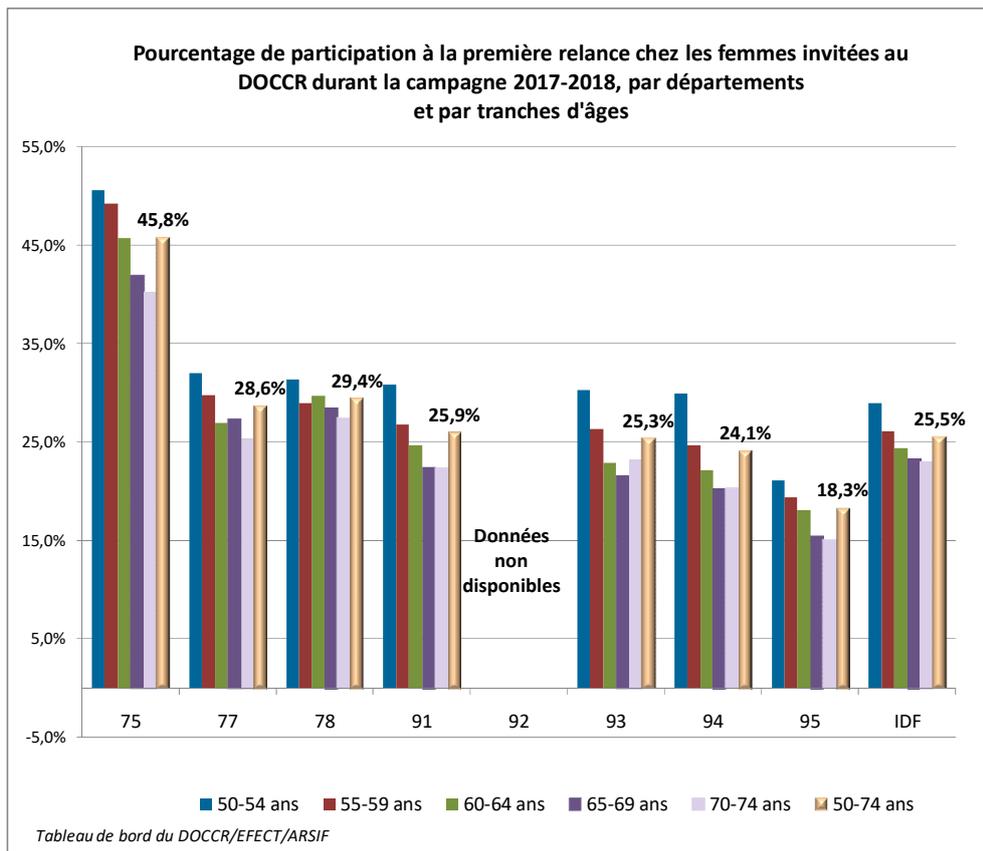


Figure 27

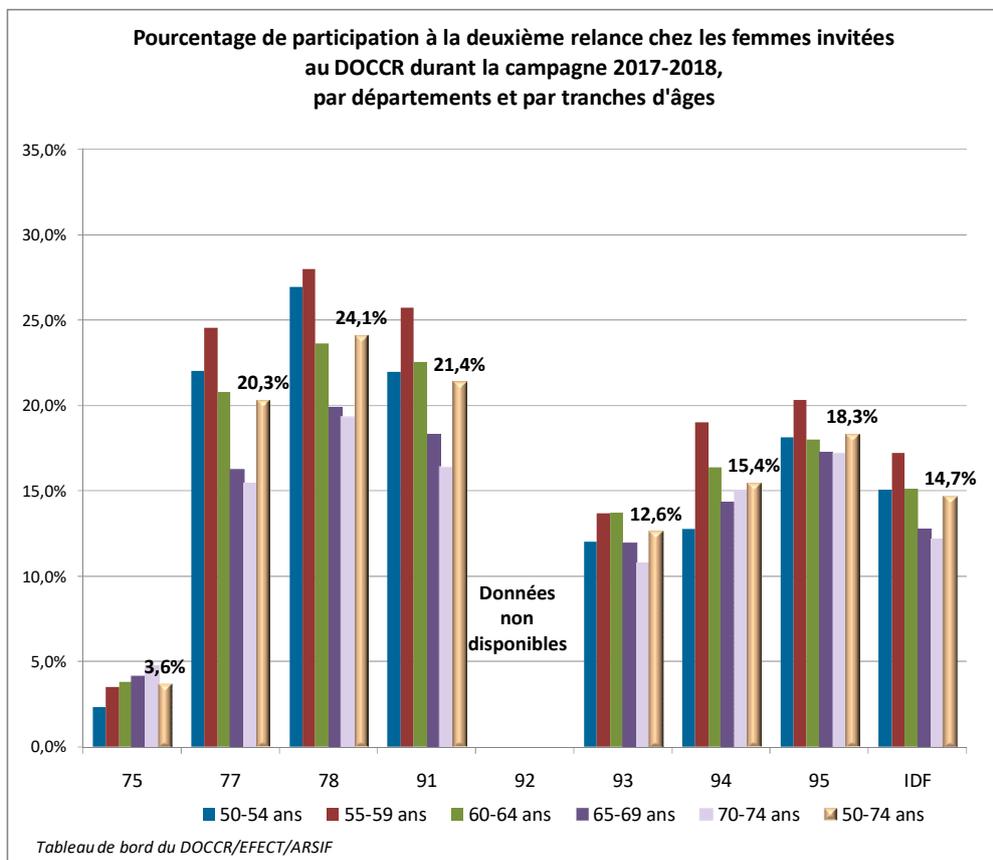


Figure 28

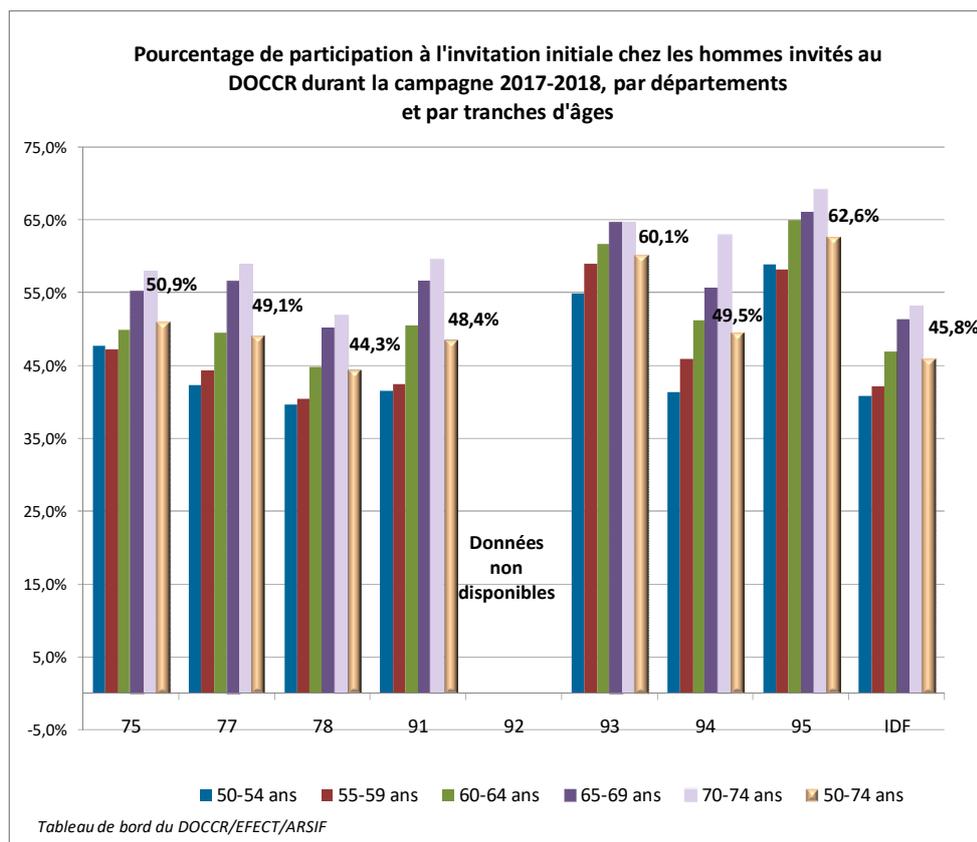


Figure 29

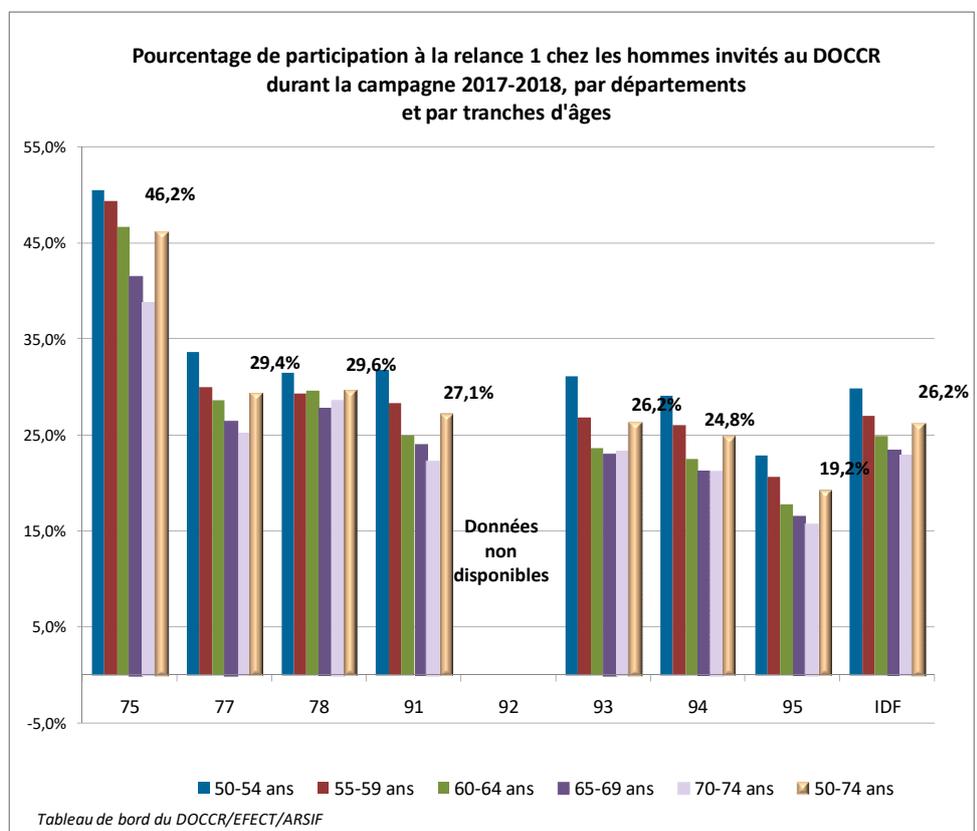
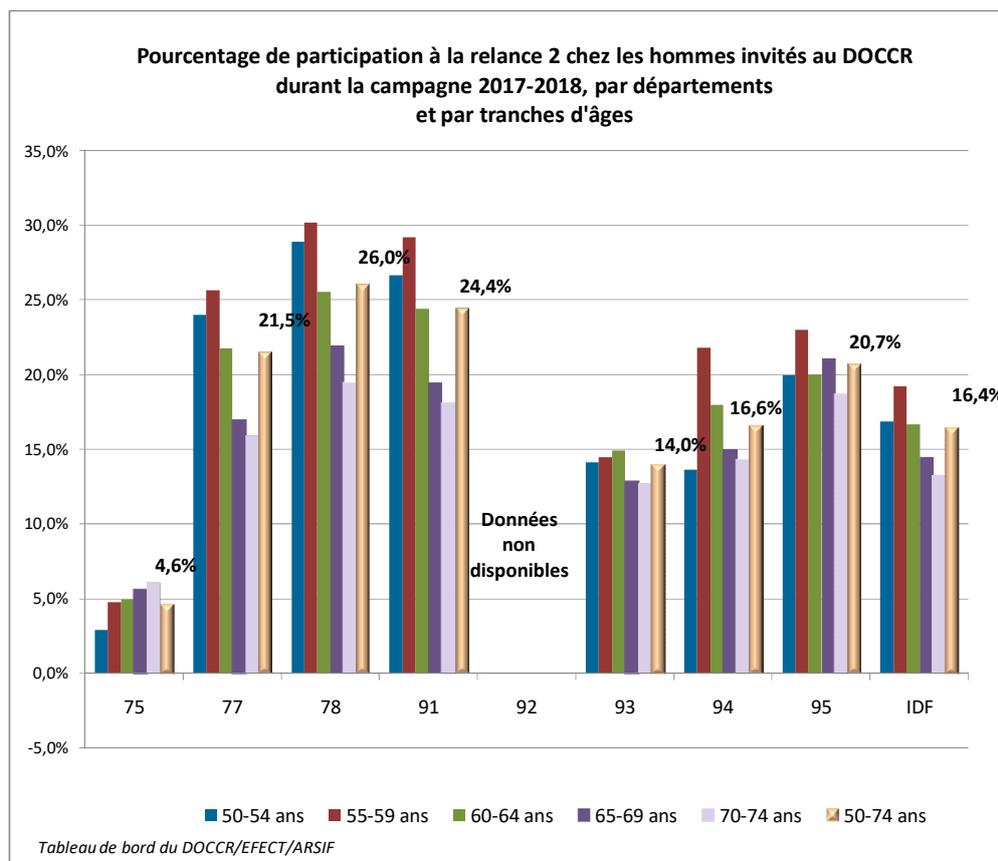


Figure 30



L'analyse de cette participation par modes d'accès selon le sexe et l'âge montre que :

- Chez les hommes comme chez les femmes, l'invitation initiale est le mode dominant d'accès au DOCCR avec des variations territoriales qui ne se différencient pas par sexes.
- Le 93 et le 95 sont les sites où l'invitation initiale connaît la plus forte réponse.
- La relance 2 (en dehors de Paris où elle est à la marge de la stratégie), joue un rôle non négligeable avec 14,7% chez les femmes et 16,4% chez les hommes de réponse après celle-ci. Cette proportion atteint le quart des dépités dans le 78 et le 91 notamment chez les hommes.

4.2.6 Non-participation au DOCCR hors causes médicales

Tableau 16 : Nombre de non participants au DOCCR au cours de la campagne 2017-2018 et part des causes connues comparativement à 2015-2016 et (Source : CRCDC - IF)

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Nombre de femmes et d'hommes non participants après une invitation en 2017-2018	550 469	294 807	333 723	244 386	341 765	311 644	269 327	227 192	2 573 313
Nombre de femmes et d'hommes pour lesquelles la (les) cause(s) est (sont) connue(s), hors exclusions médicales, après invitation en 2017-2018	725	13 790	15 773	14 492	24 988	29 663	10 311	1 009	110 751
% de causes connues	0,1%	4,7%	4,7%	5,9%	7,3%	9,5%	3,8%	0,4%	4,3%
Nombre de femmes et d'hommes non participants après une invitation en 2015-2016	558 584	258 929	304 840	235 068	347 704	305 156	267 688	237 024	2 514 993
Nombre de femmes et d'hommes pour lesquelles la (les) cause(s) est (sont) connue(s), hors exclusions médicales, après invitation en 2015-2016	562	11 864	13 667	7 218	25 853	35 096	18 774	1 208	114 242
% de causes connues	0,1%	4,6%	4,5%	3,1%	7,4%	11,5%	7,0%	0,5%	4,5%
Répartition des causes de non-participation après invitation en 2017-2018, hors causes médicales									
Décès	5,4%	1,0%	1,1%	1,1%	0,0%	0,4%	0,9%	10,3%	0,7%
PND	0,6%	90,8%	85,1%	90,7%	99,1%	94,6%	88,8%	0,1%	91,2%
Déménagement	45,3%	1,9%	2,2%	3,5%	0,0%	0,7%	2,6%	25,4%	2,0%
Refus	48,8%	6,3%	11,6%	4,8%	0,9%	4,3%	7,7%	64,2%	6,0%
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Répartition des causes de non-participation après invitation en 2015-2016, hors causes médicales									
Décès		1,5%	1,6%	2,8%	0,0%	0,3%	0,3%		0,8%
PND		86,9%	86,2%	81,8%	98,9%	93,4%	87,5%		90,0%
Déménagement		2,0%	1,5%	4,8%	0,1%	0,6%	1,0%		1,5%
Refus		9,6%	10,7%	10,7%	1,0%	5,7%	11,3%		7,7%
Ensemble		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Ce tableau montre avant tout la **difficulté persistante** pour le CRCDC de connaître les causes de non-participation hors causes médicales puisque seulement 4,3% de ces dernières sont renseignées au niveau régional, avec des variations départementales importantes, allant de 0,1% pour Paris à 9,5% dans le 93.

Ces fréquences sont stables par rapport à la précédente campagne.

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

4.2.7 Approvisionnement des professionnels en tests de dépistage et taux d'utilisation

Tableau 17 Volumétrie de tests du DOCCR commandés en Ile de France en 2017-2018, par sites territoriaux, par sources d'approvisionnement et estimation du pourcentage de tests utilisés

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France
Sur Amelipro.fr en 2017-2018- (Source CRGDR – IF) TOTAL	189 200	118 100	117 540	108 740	123 880	111 960	112 260	111 520	993 200
Nombre de tests commandés par les médecins généralistes	162 240	117 780	116 740	107 760	122 380	99 160	106 480	110 980	943 520
Nombre de tests commandés par d'autres médecins	480	80	40	80	380	180	0	180	1 420
Nombre de tests commandés par les centres de santé	26 480	240	760	900	1 120	12 620	5 780	360	48 260
Auprès du site CRCDC – IF en 2017-2018- (Source CRCDC-IF) TOTAL	17 640	16 380	23 442	6 800	9 976	5 798	8 880	2 643	59 237
Nombre de tests commandés par les médecins généralistes	12 820	16 380		5 820	3 908	4 325		2 210	45 463
Nombre de tests commandés par d'autres médecins	4 820	0		900	4 408	705		421	11 254
Nombre de tests commandés par les centres de santé		0		80	1 660	768		12	2 520
Nombre total de tests commandés pour la campagne 2017-2018 (1)	206 840	134 480	140 982	115 540	133 856	117 758	121 140	114 163	1 052 437
Nombre de personnes ayant bénéficié d'un test au cours de la campagne 2017-2018 (2)	101 764	108 265	106 069	94 229	83 795	75 482	94 959	78 751	743 314
% de tests utilisés	49,2%	80,5%	75,2%	81,6%	62,6%	64,1%	78,4%	69,0%	70,6%
% de tests distribués par le site du CRCDC parmi le nombre total de tests distribués	8,5%	12,2%	16,6%	5,9%	7,5%	4,9%	7,3%	2,3%	5,6%

Ce tableau montre que, au niveau régional, environ 70% des tests commandés sont utilisés, ce pourcentage variant fortement au sein des sites, de 49,2% dans le 75 à 81,6% dans le 91.

Avec 5,6% de distribution au niveau régional, le rôle relatif du CRCDC dans l'approvisionnement des professionnels varie également selon les sites, de 2,3% dans le 95 à 12,2% dans le 77.

Notons également qu'il existe une hétérogénéité territoriale dans le niveau de précision de la distribution des tests au niveau des sites du CRCDC comme de l'assurance maladie.

5. EFFICACITE DU DEPISTAGE

Rappelons que le nombre de cancers dépistés dans chaque département est disponible de manière consolidée avec un décalage temporel lié à l'obtention par le CRCDC des résultats anatomopathologiques. De ce fait, les données les plus récentes encore incomplètes ne sont pas valides et ne peuvent être utilisées.

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

5.1 Définitions des indicateurs

Indicateur	Définition	Sources	Année
Nombre de cancers détectés	Nombre de personnes présentant un cancer parmi les personnes ayant réalisé un test entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R	Source : CRCDC	2017-2018
	<i>Découpage : région, par départements, par sexes et par âges</i>		
Pourcentage de cancer du côlon et du rectum parmi les personnes dépistées positives avec test analysable	<u>Numérateur</u> : Nombre de cancers dépistés <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes dépistées positives parmi les personnes ayant réalisé un test analysable entre le 1 ^{er} janvier de l'année R-1 et le 31/12 de l'année R	Numérateur : CRCDC Dénominateur : CRCDC	2017-2018
	<i>Découpage : Région, par départements, par sexes et par âges</i>		
Typologie des cancers selon classification TNM	Répartition du nombre de cancers par stade TNM pour les personnes dépistées positives avec test analysable entre le 1 ^{er} janvier de l'année R-1 et le 31/12 de l'année R	CRCDC	2017-2018
	<i>Découpage : région, par départements par sexes et par âges</i>		
Taux standardisé de cancers détectés pour 1000 personnes dépistées	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant un cancer détecté au cours de la campagne R-1, R <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes dépistées avec un test analysable au cours de la campagne R-1, R	SPF	2017-2018
	<i>Découpage : région, par départements</i>		
Taux standardisé d'adénomes à haut risque par personne dépistée	<u>Numérateur</u> : nombre de polypes dépistés au cours de la campagne R-1, R <u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes dépistées au cours de la campagne R-1, R	SPF	2017-2018
	<i>Découpage : région, par départements</i>		

5.2 Limites et difficultés

- Point d'attention : les résultats utilisés dans toutes les statistiques peuvent être celles des biopsies, qui pour le cancer colorectal sont parfois les seules disponibles (pas d'intervention chirurgicale). Or, le résultat opératoire peut ramener des résultats différents, généralement dans le sens de la gravité du stade.
- Les données de SPF portant sur les taux standardisés de cancers ou d'adénomes ne sont pas disponibles. Les taux bruts utilisés présentent la difficulté de ne pas permettre les comparaisons interdépartementales.

5.3 Résultats de la campagne 2017-2018

5.3.1 Taux de cancers et d'adénomes à risque détectés

Tableau 18 : Nombre et taux BRUTS de cancers dépistés après réalisation d'un test analysable en 2017-2018 pour les personnes de 50 à 74 ans dans le cadre du DOCCR en 2017-2018 (Source CRCDC)

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France métro Santé Publique France
Nombre de cancers dépistés en 2017-2018 (source CRCDC)	177	257	211	150	197	177	217	194	1580	
Nombre de personnes dépistées en 2017-2018 (source CRCDC)	97623	106091	103966	92000	83796	73335	83245	76372	716428	5474434
Taux brut de cancer du côlon et du rectum pour 1000 personnes dépistées dans les départements de la région Ile-de-France (calcul)	1,8%	2,4%	2,0%	1,6%	2,4%	2,4%	2,6%	2,5%	2,2%	
Nombre de personnes dépistées positives en 2017-2018 (source CRCDC)	4003	4234	3597	3639	3624	3758	3951	3524	29935	212 899
Pourcentage de cancer du côlon et du rectum par personne dépistée positive dans les départements de la région Ile-de-France en 2017-2018 (calcul)	4,4%	6,1%	5,9%	4,1%	5,4%	4,7%	5,5%	5,5%	5,3%	
Nombre de cancers dépistés en 2015-2016 (source CRCDC)	216	342	228	155	160	216	207	140	1664	4 279*
Nombre de personnes dépistées en 2015-2016 (source CRCDC)	87387	95534	84444	77943	64177	75780	68302	72202	625769	1400000
Taux brut de cancer du côlon et du rectum pour 1000 personnes dépistées dans les départements de la région Ile-de-France (calcul)	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	3
Nombre de personnes dépistées positives en 2015-2016 (source CRCDC)	3947	4496	3513	3330	2645	3598	3134	3496	28159	
Pourcentage de cancer du côlon et du rectum par personne dépistée positive dans les départements de la région Ile-de-France en 2015-2016 (calcul)	5,5%	7,6%	6,5%	4,7%	6,0%	6,0%	6,5%	4,0%	5,9%	

*Données exploitées d'avril à décembre 2015

Tableau 19 : Nombre et taux BRUTS d'adénomes à haut risque dépistés après réalisation d'un test analysable en 2017-2018 pour les personnes de 50 à 74 ans dans le cadre du DOCCR en 2017-2018 (Source CRCDC)

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France métro SPF
Nombre de personnes ayant un ou plusieurs adénomes à haut risque en 2017-2018	719	1169	1123	1100	922	785	1046	819	7683	
Nombre de personnes dépistées en 2017-2018	97623	106091	103966	92000	83796	73335	83245	76372	716428	
Taux brut d'adénomes à haut risque pour 1000 personnes dépistés en 2017-2018	7,4	11,0	10,8	12,0	11,0	10,7	12,6	10,7	10,7	
Nombre de personnes ayant un ou plusieurs adénomes à haut risque en 2015-2016	816	1289	938	1106	732	901	935	587	7304	16974
Nombre de personnes dépistées en 2015-2016	87387	95534	84444	77943	64177	75780	68302	72202	625769	1400000
Taux brut d'adénomes à haut risque pour 1000 personnes dépistés en 2015-2016	9,3	13,5	11,1	14,2	11,4	11,9	13,7	8,1	11,7	12,1

Les deux tableaux précédents confirment les performances plus importantes du test immunologique par rapport au test au gaïac pour détecter les lésions.

Le nombre de cancers détectés a été multiplié par 2 au niveau régional depuis son introduction: 1579 cancers ont été détectés en 2017-2018 parmi les personnes dépistées (1664 cancers avaient également été détectés dans la région en 2015-2016 versus 884 cancers détectés en 2011-2012).

- ◆ Ce nombre porte le **taux brut** régional de cancers détectés à 2,2 pour 1000 (2,7 pour 1000 en 2015-2016 également mais 1,51 en 2011-2012).

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

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

Le nombre d'adénomes à haut risque détectés a été pratiquement multiplié par 3 depuis l'introduction du test immunologique : 7683 adénomes à haut risque ont été détectés en 2017-2018 (7304 en 2015-2016 versus 2692 en 2011-2012).

- ◆ **Ce nombre porte** à 10,7 le taux brut pour 1000 personnes dépistées, les deux sexes confondus, dans la région IDF (11,7 en 2015-2016 versus 4,2 en 2011-2012).

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

5.3.2 Cancers détectés par stades

Tableau 20 : Répartition des stades des cancers dépistés après réalisation d'un test analysable en 2017-2018, chez les personnes de 50 à 74 ans, dans le cadre du DOCCR dans les départements franciliens et la région Ile de France (Source : CRCDC)

Répartition des cancers selon classification TNM	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
NON INVASIFS	7	71	49	20	50	38	47	44	326
<i>Stade 0</i>	7	71	49	20	50	38	47	44	326
% non invasifs	16,7%	29,6%	29,5%	14,6%	28,1%	29,5%	32,6%	28,4%	27,4%
INVASIFS	35	169	117	117	128	91	97	111	865
% Invasifs	83,3%	70,4%	70,5%	85,4%	71,9%	70,5%	67,4%	71,6%	72,6%
<i>Stade I</i>	17	76	52	47	46	37	42	45	362
	48,6%	45,0%	44,4%	40,2%	35,9%	40,7%	43,3%	40,5%	41,8%
<i>Stade II</i>	8	33	25	29	31	23	23	30	202
	22,9%	19,5%	21,4%	24,8%	24,2%	25,3%	23,7%	27,0%	23,4%
<i>Stade III</i>	10	46	34	30	36	22	26	26	230
	28,6%	27,2%	29,1%	25,6%	28,1%	24,2%	26,8%	23,4%	26,6%
<i>Stade IV</i>	0	14	6	11	15	9	6	10	71
	0,0%	8,3%	5,1%	9,4%	11,7%	9,9%	6,2%	9,0%	8,2%
Stades connus	42	240	166	137	178	129	144	155	1191
% stades connus	23,9%	93,4%	78,7%	91,3%	89,9%	72,9%	66,4%	80,3%	75,4%
Stades inconnus	134	17	45	13	20	48	73	38	388
	76,1%	6,6%	21,3%	8,7%	10,1%	27,1%	33,6%	19,7%	24,6%
Ensemble des stades	176	257	211	150	198	177	217	193	1579

Rappelant que cette analyse porte sur la cohorte des positifs en 2017-2018, le tableau suivant montre qu'au niveau régional, 75,4% des cancers détectés en Ile de France ont leur stade connu (versus >90% dans les exploitations antérieures à 2015-2016 et 78,8%, donc du même ordre de grandeur, en 2015-2016). Les variations territoriales sont importantes, allant de 23,9% à Paris à 93,4% sur le site du 77.

Prenant en compte la qualité des données précédemment évoquée qui appelle des réserves quant à la validité des données du 75 :

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

6. QUALITE DU PROGRAMME

6.1 Définitions des indicateurs

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

Indicateur	Définition	Sources	Année
Qualité des lectures			
Pourcentage de personnes ayant un test NA	<p><u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant un test NA au cours de la campagne</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes ayant réalisé un test au cours de la campagne</p> <p><i>Découpage : par départements</i></p>	Source : CRCDC	2017-2018
Qualité du programme proprement dite			
Pourcentage de personnes ayant un test NA non refait à 6 mois	<p><u>Numérateur</u> : Nombre de personnes dont le test de dépistage considéré comme NA n'a pas été refait à 6 mois</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes testées au cours de la période ayant un test NA</p> <p><i>Découpage : par départements</i></p>	Source : CRCDC	2017-2018
Pourcentage de personnes ayant refait un test NA (Indicateur Santé Publique France)	<p><u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant refait un test NA</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes ayant un test NA</p> <p><i>Découpage : par départements</i></p>	Source : CRCDC	2017-2018
Répartition des causes de tests NA	<p><u>Numérateur</u> : Nombre de personnes ayant un test NA au cours de la période pour la cause « i »</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre total de personnes ayant un test NA au cours de la période</p> <p><i>Découpage : par départements</i></p>	Source : CRCDC	2017-2018
Suivi des positifs			
Délai entre un test positif et la réalisation de la coloscopie	Différentiel entre la date de réalisation de la coloscopie et la date d'obtention des résultats par la SG	Source : CRCDC	2017-2018
Pourcentage de coloscopies réalisées suite à un test de dépistage positif (Indicateur Santé Publique France)	<p><u>Numérateur</u> : nombre coloscopies réalisées suite à un test de dépistage positif</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes dont le test de dépistage a été jugé positif</p> <p><i>Découpage : Découpage : par départements et selon le sexe</i></p>	Source : CRCDC	2017-2018

Indicateur	Définition	Sources	Année
Suivi des positifs			
Taux de tests de dépistages positifs confirmés	<p><u>Numérateur</u> : Nombre de personnes dont le test de dépistage jugé positif après avoir été effectué entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R a été confirmé par la coloscopie (cancer, polype...)</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre de personnes dépistées positives pour des tests effectués entre le 1er janvier de l'année R-1 et le 31 décembre de l'année R</p> <p><u>Découpage</u> : Région, par départements, par sexes</p>	Source : SG/ Néoscope	2017-2018

Les délais d'accès aux résultats complèteraient utilement ces indicateurs mais au regard du fonctionnement, ils ne peuvent être donnés que par le centre de lecture et ne sont donc pas disponibles.

6.2 Résultats de la campagne 2017-2018

6.2.1 Taux de personnes ayant un test non analysable

Tableau 21 : Pourcentage de personnes dépistées au cours de la campagne 2017-2018 présentant un test non analysable et devenir du contrôle de ce test en Ile de France (source CRDC)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage suite à une invitation en 2017-2018	101 764	108 265	106 069	94 229	83 795	75 482	94 959	78 751	743 314
Nombre de personnes ayant un test NA après avoir réalisé ce test suite à une invitation en 2017-2018	8 952	7 582	7 345	5 831	6 213	7 090	6 245	5 945	55 203
Pourcentage de personnes dépistées suite à une invitation en 2017-2018 et ayant un test non analysable	8,8%	7,0%	6,9%	6,2%	7,4%	9,4%	6,6%	7,5%	7,4%
Nombre de personnes ayant refait un test analysable après un test NA suite à une invitation en 2017-2018	6 372	5 666	5 367	4 124	5 870	4 530	4 225	4 106	40 260
Pourcentage de personnes dépistées suite à une invitation en 2017-2018 ayant refait leur test après un test NA	71,2%	74,7%	73,1%	70,7%	78,2%	63,9%	67,7%	69,1%	71,3%
Nombre de personnes n'ayant pas refait leur test non analysable réalisé suite à une invitation en 2017-2018, 6 mois après ce test	2 580	1 916	1 978	1 707	1 636	2 560	2 020	1 839	16 236
Pourcentage de personnes dépistées suite à une invitation en 2017-2018 ayant un test non analysable non refait après 6 mois	28,8%	25,3%	26,9%	29,3%	21,8%	36,1%	32,3%	30,9%	28,7%
Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage suite à une invitation en 2015-2016	103049	99917	97522	89627	84655	95853	92379	84187	747189
Nombre de personnes ayant un test NA après avoir réalisé ce test suite à une invitation en 2015-2016	7921	6225	7054	4764	5488	7972	6368	5787	51579
Pourcentage de personnes dépistées suite à une invitation en 2015-2016 et ayant un test non analysable	7,7%	6,2%	7,2%	5,3%	6,5%	8,3%	6,9%	6,9%	6,9%
Nombre de personnes n'ayant pas refait leur test non analysable réalisé suite à une invitation en 2015-2016, 6 mois après ce test	2279	1431	1820	1195	1433	2546	1781	1642	14127
Pourcentage de personnes dépistées suite à une invitation en 2015-2016 ayant un test non analysable non refait après 6 mois	28,8%	23,0%	25,8%	25,1%	26,1%	31,9%	28,0%	28,4%	27,4%

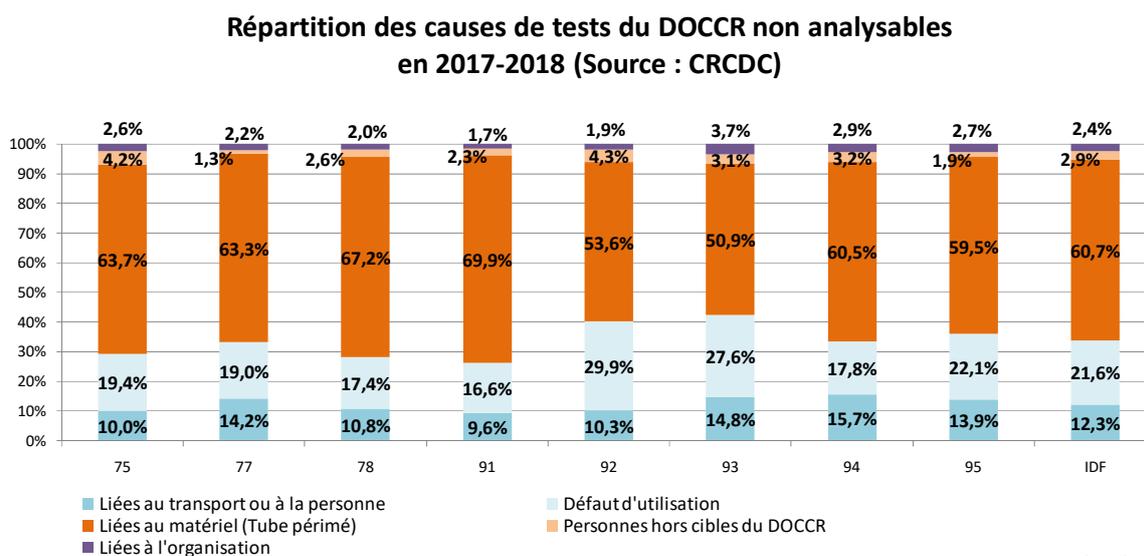
Le tableau précédent montre qu'au cours de la campagne 2017-2018, en Ile de France, 7,4% des tests réalisés ne sont pas analysables, ce qui est assez stable par rapport à la campagne précédente (6,9% en 2015-2016). Les variations territoriales demeurent importantes, de 6% dans le 91 à 8,9% dans le 75.

Pour la région et pour la même période :

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

6.2.2 Causes des tests non analysables

Figure 31



15 causes différentes sont actuellement recensées pour expliquer qu'un test soit non analysable. Ces causes qui peuvent être cumulatives sont regroupées dans les catégories illustrées par le graphe précédent. Les causes liées à des raisons techniques (résultats techniquement ininterprétables) n'y apparaissent pas car elles représentent un pourcentage nul relativement aux autres causes.

Malgré les variations départementales observées dans les proportions des différentes causes, l'ordre de ces dernières demeure identique pour tous les territoires.

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

Les défauts d'utilisation représentent à présent la deuxième cause de test non analysable (21,6% en région), avec là encore d'importantes variations territoriales (de 13,2% dans le 91 à 29,9% dans le 92). **L'absence de date de prélèvement sur l'échantillon est le principal défaut d'utilisation** comme le montre le tableau suivant,

La troisième cause importante de test non analysable est liée au transport du test ou à la personne et représente 12,3% pour la région (de 9,6% dans le 91 à 15,7% dans le 94).

Tableau 22 Répartition des différents défauts d'utilisation du test de dépistage immunologique parmi les causes de test non analysable pour la campagne 2017-2018 en Ile de France

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Défauts d'utilisation (% des causes de tests non analysables)	19,4%	19,0%	17,4%	13,2%	29,9%	27,6%	17,8%	22,1%	21,6%
<i>Absence de date de prélèvement</i>	16,0%	15,2%	13,8%	9,6%	22,6%	22,3%	12,7%	17,5%	16,9%
<i>Fiche d'information renseignée et tube non identifié</i>	2,6%	2,7%	2,8%	2,7%	3,7%	3,7%	3,9%	3,3%	3,2%
<i>Discordance des informations entre fiche d'information et tube</i>	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%
<i>Fiche d'information renseignée sans tube</i>	0,7%	0,5%	0,6%	0,4%	0,5%	0,8%	0,5%	0,8%	0,6%
<i>Tube isolé sans fiche d'information/étiquette illisible</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Tube isolé sans fiche d'information/sans étiquette du courrier d'invitation</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
<i>Absence de date de naissance</i>	0,1%	0,5%	0,2%	0,3%	0,7%	0,8%	0,4%	0,3%	0,4%

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

Rappel : le seuil de positivité retenu est de 30 µg d'hémoglobine humaine/g de selles (ou 150 ng/ml de tampon), correspondant à un taux de positivité attendu dans la population française de l'ordre de 4 %.

Tableau 23 : Suivi des positifs pour la campagne 2017-2018 (source CRCDC)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métro*
2 sexes										
Nombre de personnes dépistées	97623	106091	103966	92000	83796	73335	83245	76372	716428	5474434
Nombre de personnes dépistées positives	4003	4298	3647	3650	3624	3758	3951	3065	29996	212899
% de personnes dépistées positives parmi les personnes dépistées	4,1%	4,1%	3,5%	4,0%	4,3%	5,1%	4,7%	4,0%	4,2%	4,0%
Nombre de coloscopies et de coloscopies de contrôle réalisées suite à un test positif en 2017-2018, 2 sexes	2899	3611	3138	3108	2979	2848	3214	2808	24605	
% de personnes pour lesquelles le CRCDC a connaissance de la réalisation de la coloscopie après test positif	72,4%	84,0%	86,0%	85,2%	82,2%	75,8%	81,3%	91,6%	82,0%	
Délai médian entre un test positif et la réalisation de la coloscopie (en jours) 2 sexes	62	81	68	76	69	63	72	69	70	
Délai moyen entre un test positif et la réalisation de la coloscopie (en jours) 2 sexes	79	99	87	99	95	85	100	103	94	

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métró*
2 sexes										
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une coloscopie recensée par la SG suite à une invitation en 2017-2018	2543	3386	2952	2569	2292	2090	2408	2274	20514	
Nombre de personnes confirmées positives par la coloscopie en 2017-2018	1769	2404	2044	2051	1855	1739	2044	1800	15706	
% de personnes confirmées positives par la coloscopie en 2017-2018	44%	57%	58%	62%	51%	46%	52%	51%	52%	
Femmes										
Nombre de femmes dépistées	53237	57251	56006	49450	46667	39980	45497	41014	389102	2968756
Nb de femmes dépistées positives	1850	1913	1552	1459	1705	1755	1748	1572	13554	92293
Pourcentage de femmes dépistées positives parmi les personnes dépistées pour la campagne 2017-2018	3,5%	3,3%	2,8%	3,0%	3,7%	4,4%	3,8%	3,8%	3,5%	3,1%
Nombre de femmes positives confirmées par la coloscopie en 2017-2018	753	970	804	817	769	695	794	691	6293	
% de femmes positives confirmées par la coloscopie	40,7%	50,7%	51,8%	56,0%	45,1%	39,6%	45,4%	44,0%	46,4%	
Hommes										
Nombre d'hommes dépistés	44385	48839	47958	42550	37128	33355	37747	35358	327320	2505678
Nb d'hommes dépistés positifs	2153	2321	1960	1870	1919	2003	2203	1952	16 381	120606
Pourcentage d'hommes dépistés positifs parmi les personnes dépistées pour la campagne 2017-2018	4,9%	4,8%	4,1%	4,4%	5,2%	6,0%	5,8%	5,5%	5,0%	4,8%
Nombre d'hommes positifs confirmés par la coloscopie en 2017-2018	1016	1434	1240	1234	1086	1044	1250	1109	9 413	
% d'hommes positifs confirmés par la coloscopie en 2017-2018	47%	62%	63%	66%	57%	52%	57%	57%	57%	

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

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

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

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

7 ORIENTATIONS DECISIONNELLES

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

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

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

7.1.1 Améliorer l'adhésion et la fidélisation au programme

- Mener des actions de sensibilisation du réseau de professionnels par le développement d'une politique d'animation territoriale poursuivant plusieurs objectifs
 - Sensibilisation directe des professionnels (en articulation avec les autres actions régionales de sensibilisation à la prévention et au dépistage) et sensibilisation des représentants régionaux des professionnels.
 - Appui pour la remise de tests
 - Retours d'informations sur la dynamique du dépistage
- Se rapprocher de l'assurance maladie pour développer ces actions de sensibilisation des professionnels de manière synergique.
- Développer des actions ciblées et personnalisées sur des sous-populations et en particulier :
 - Personnes sans dépistage depuis au moins 2 campagnes ;
 - Personnes du régime d'assurance maladie RSI : l'intégration des données des assurés à la base de données du régime général ne fera pas disparaître les spécificités de cette sous population pour laquelle la mobilisation est nécessaire.
 - Personnes « plutôt » fidèles et « plutôt » pas fidèles au dépistage, d'autant que le dernier cahier des charges du DOCCR de 2018 a réintroduit la possibilité d'envoyer un kit lors de la deuxième relance.
 - Personnes des plus jeunes tranches d'âge qui répondent plutôt aux relances qu'à l'invitation initiale et se fidélisent moins facilement que les tranches d'âge les plus élevées.
- Approfondir au niveau régional la connaissance des caractéristiques de sous populations :
 - Les personnes du RSI pour comprendre les freins au recours au DO, retrouvé dans le DOCS pour les femmes.
 - Les personnes « plutôt pas fidèles » pour connaître les freins à la fidélisation dans le DO, après avoir réalisé au moins un test.

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

- Identifier et mettre en œuvre les actions susceptibles de réduire les principales causes de tests non analysables:
 - Diffuser des consignes aux médecins et à destination des personnes dépistées pour limiter l'utilisation de tests périmés (qui constituent la première cause de tests non analysables) et l'existence de défauts d'utilisation dont l'absence de date de prélèvement sur l'échantillon

- Mener des actions pour améliorer l'utilisation proprement dite.
- Etablir des liens réguliers avec l'assurance maladie pour disposer des données de commandes de kits de tests et synchroniser l'approvisionnement pour améliorer la gestion de la distribution et le taux d'utilisation des tests.

7.1.3 Améliorer la qualité du programme

Définir les actions pouvant :

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

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

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

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

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

Aujourd'hui, le tableau de bord et les données financières recueillies dans l'application APACCHE ont des vies parallèles, bien qu'à l'origine du tableau de bord, en 2003, un volet économique avait été envisagé pour ce dernier, puis différé du fait de la création d'APACCHE. Au stade actuel du développement du programme, des

éléments de réflexion économiques seraient utiles au pilotage régional dans la mesure où les dotations financières et l'activité portée par les SG sont étroitement liées.

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

7. ANNEXE 1 : CLASSIFICATION TNM/AJCC 2009¹⁸

Tumeur primitive (T)

Tx Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T0 Pas de signes de tumeur primitive

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

T1 Tumeur envahissant la sous-muqueuse

T2 Tumeur envahissant la musculature

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

T4 T4a : Tumeur perforant le péritoine viscéral

T4b : Tumeur envahissant directement les autres organes ou structures

Adénopathies régionales (N)

Nx Renseignements insuffisants pour classer les adénopathies régionales

N0 Pas de métastase ganglionnaire régionale

N1a Métastase dans 1 ganglion lymphatique régional

N1b Métastase dans 2 à 3 ganglions lymphatiques régionaux

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

N2a Métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux

N2b Métastase dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux

¹⁸ HAS/INCa. « Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer colorectal Adénocarcinome. GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE »- Janvier 2012. Pp47-48.

Métastases à distance (M)

M0 Pas de métastases à distance

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

M1b Métastases dans plusieurs organes ou péritonéales

Stades

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

8. ANNEXE 2 : TABLEAUX DE DONNEES

Tableau 11 : Taux d'exclusion et de participation pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans par campagnes depuis 2011-2012 (Source : SPF) au niveau départemental, régional et national

	75	77	78	91	92	93	94	95	Ile de France	France (Santé Publique France)
Les 2 sexes										
Nombre de personnes dépistées (2017-2018)	107 049	105 759	103 744	96 458	95 901	86 749	95 558	87 150	778 368	5 474 434
Taux d'exclusion standardisé* 2017-2018 (%)	6,1%	13,7%	11,1%	15,2%	9,4%	10,8%	11,7%	12,6%	10,8%	13,3%
Taux de participation INSEE standardisé 2017-2018 (%)	20%	34%	30%	35%	26%	26%	31%	33%	28%	32%
Femmes										
Nombre de femmes dépistées (2017-2018)	58 089	56 892	55 717	51 583	52 946	47 002	51 679	46 767	42 0675	296 8756
Taux d'exclusion standardisé 2017-2018 (%)	6,3%	13,6%	11,6%	15,5%	9,8%	11,2%	12,1%	12,6%	11,1%	13,3%
Taux de participation INSEE standardisé 2017-2018	20,3%	35,3%	31,2%	36,2%	27,2%	27,8%	31,9%	33,5%	29,3%	33,4%
Hommes										
Nombre d'hommes dépistés (2017-2018)	48 960	48 867	48 027	44 875	42 955	39 747	43 879	40 383	357 693	2 505 678
Taux d'exclusion standardisé 2017-2018	5,8%	13,9%	10,7%	15,0%	9,0%	10,3%	11,4%	12,5%	10,6%	13,3%
Taux de participation INSEE standardisé 2017-2018	19,7%	32,0%	29,0%	33,6%	25,0%	24,2%	29,9%	31,4%	27,2%	30,7%
2015-2016										
Les 2 sexes										
Nombre de personnes dépistées (2015-2016)	88 217	96 974	85 943	78 454	65 305	76 658	68 981	72 832	633 364	4 904 009
Taux d'exclusion standardisé* 2015-2016 (%)	6,5%	13,5%	10,6%	12,6%	7,6%	10,4%	9,1%	11,9%	9,9%	12,3%
Taux de participation INSEE standardisé 2015-2016 (%)	16,8%	32,1%	25,3%	28,4%	18,1%	23,7%	22,4%	27,7%	23,4%	29,3%
Femmes										
Nombre de femmes dépistées (2015-2016)	48128	52073	46442	42264	37252	42133	38031	39072	345395	2672086
Taux d'exclusion standardisé 2015-2016 (%)	6,9%	13,5%	11,1%	13,0%	8,0%	10,9%	9,5%	12,2%	10,2%	12,5%
Taux de participation INSEE standardisé 2015-2016	17,1%	33,6%	26,5%	29,7%	19,6%	25,7%	23,6%	28,7%	24,5%	30,8%
Hommes										
Nombre d'hommes dépistés (2015-2016)	40089	44901	39501	36190	28053	34525	30950	33760	287969	2231923

<i>Taux d'exclusion standardisé 2015-2016</i>	6,0%	13,5%	10,0%	12,2%	7,0%	9,8%	8,7%	11,6%	9,5%	12,0%
Taux de participation INSEE standardisé 2015-2016	16,5%	30,2%	24,1%	26,8%	16,5%	21,4%	20,9%	26,4%	22,2%	27,8%
2012-2013										
Les 2 sexes										
Nombre de personnes dépistées (2012-2013)	71 734	91 518	80 961	74 244	62 607	93 269	76 912	67 112	618 357	4 924 609
<i>Taux d'exclusion standardisé* 2012-2013 (%)</i>	8,4%	13,5%	11,9%	12,8%	7,2%	10,7%	10%	10,7%	10,4%	12,3%
Taux de participation INSEE standardisé 2012-2013 (%)	14,3%	32%	25,1%	28,2%	18,1%	30,1%	26,2%	26,2%	23,9%	31%
Femmes										
Nombre de femmes dépistées (2012-2013)	40 060	49 635	44 935	40 672	35 775	51 105	42 953	36 638	341 773	2 708 120
<i>Taux d'exclusion standardisé 2012-2013 (%)</i>	8,8%	13,4%	12,5%	13,4%	7,6%	11,2%	10,5%	11,0%	10,8%	12,5%
Taux de participation INSEE standardisé 2012-2013	14,90%	33,90%	26,90%	30,00%	19,50%	32,50%	28,00%	27,70%	25,40%	32,80%
Hommes										
Nombre d'hommes dépistés (2012-2013)	31 674	41 883	36 026	33 572	26 832	42 164	33 959	30 474	276 584	2 216 489
<i>Taux d'exclusion standardisé 2012-2013</i>	7,9%	13,5%	11,2%	12,2%	6,8%	10,1%	9,5%	10,3%	10,0%	12,1%
Taux de participation INSEE standardisé 2012-2013	13,60%	30,00%	23,00%	26,20%	16,50%	27,40%	24,40%	24,50%	22,30%	29,10%
2011-2012										
Les 2 sexes										
Nombre de personnes dépistées (2011-2012)	74 938	93 726	84 289	74 068	72 593	92 289	78 697	72 057	64 2657	4 987 083
<i>Taux d'exclusion standardisé* 2011-2012 (%)</i>	8,4	13,20	11,60	12,70	7,20	10,60	10,00	10,00	10,20	11,80
Taux de participation INSEE standardisé 2011-2012 (%)	15,00	33,3	26,4	28,5	21,2	30,2	27,2	28,30	25,2	31,7
Femmes										
Nombre de femmes dépistées (2011-2012)	41 982	50 780	46 408	41 008	41 383	50 907	44 216	39144	355828	2752384
<i>Taux d'exclusion standardisé 2011-2012 (%)</i>	8,90	13,20	12,30	13,30	7,50	11,10	10,50	10,30	10,7	11,90
Taux de participation INSEE standardisé 2011-2012	15,70	35,30	28,30	30,60	22,80	32,90	29,20	29,80	26,80	33,70
Hommes										
Nombre d'hommes dépistés (2011-2012)	32 956	42 946	37 881	33 060	31210,00	41 382	34 481	32913	286 829	2234699
<i>Taux d'exclusion standardisé 2011-2012</i>	7,90	13,20	10,80	12,10	6,80	9,90	9,50	9,70	9,80	11,60
Taux de participation INSEE standardisé 2011-2012	14,30	31,20	24,40	26,10	19,50	27,20	25,10	26,70	23,50	29,60

Tableau 11 : Répartition des profils de fidélisation pour les deux sexes confondus par tranche d'âge et par département depuis leur entrée dans le DOCCR (en partant des invités de la campagne 2017-2018)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Ensemble des personnes par tranches d'âge									
55-59 ans	133292	91910	96802	75415	95197	87067	77156	66970	723809
fidèle	6123	10647	8433	8954	6072	7319	7960	7214	62722
plutôt fidèle	6308	6136	6514	5769	5807	5707	5576	5746	47563
plutôt pas fidèle	16222	13505	14386	10341	13140	11701	10409	9596	99300
stricte non-participante	95332	57149	62567	45601	64467	56290	47728	39789	468923
Indéterminable	2035	1304	1378	1342	1232	1352	1394	1519	11556
Non significatif	7272	3169	3524	3408	4479	4698	4089	3106	33745
60-64 ans	121627	70750	79705	59963	78534	73473	65577	59879	609508
fidèle	5803	11479	8177	8810	5706	7429	7527	7452	62383
plutôt fidèle	5747	5698	5998	4879	5126	5201	4843	4932	42424
plutôt pas fidèle	14065	9627	10659	7554	11035	9645	7990	7933	78508
stricte non-participante	89073	39999	50845	35118	52322	46630	40887	35761	390635
Indéterminable	1688	1107	1266	1115	945	1154	1161	1396	9832
Non significatif	5251	2840	2760	2487	3400	3414	3169	2405	25726
65-69 ans	116344	65237	73022	52151	69362	60084	55133	46919	538252
fidèle	6747	12232	8995	9661	5882	7086	8140	7631	66374
plutôt fidèle	6184	4853	5342	4236	4593	4406	4220	4152	37986
plutôt pas fidèle	13318	7762	8873	5530	9151	7285	6389	5869	64177
stricte non-participante	84569	36992	46456	29821	46230	37970	32982	26185	341205
Indéterminable	1601	1086	1230	987	836	950	1018	1260	8968
Non significatif	5049	2173	1759	1930	3102	2346	2676	1958	20993
70-74 ans	91272	42093	56509	39833	52662	42117	41366	35650	401502
fidèle	6249	9057	7426	8423	5055	5377	6672	5555	53814
plutôt fidèle	5099	3412	4045	3168	3611	3187	3332	2901	28755
plutôt pas fidèle	10206	4952	6591	3999	6525	4887	4475	3972	45607
stricte non-participante	65996	22495	35941	22165	35067	26654	24636	21158	254112
Indéterminable	1325	742	1059	811	624	626	725	859	6771
Non significatif	2397	1435	1447	1267	1780	1386	1526	1205	12443

Ensemble des personnes	462535	269990	306038	227362	295755	262741	239232	209418	2273071
fidèle	24922	43415	33031	35848	22715	27211	30299	27852	245293
plutôt fidèle	23338	20099	21899	18052	19137	18501	17971	17731	156728
plutôt pas fidèle	53811	35846	40509	27424	39851	33518	29263	27370	287592
stricte non-participante	334970	156635	195809	132705	198086	167544	146233	122893	1454875
Indéterminable	6649	4239	4933	4255	3637	4082	4298	5034	37127
Non significatif	18845	9756	9857	9078	12329	11885	11168	8538	91456
Part									
55-59 ans									
fidèle	4,9%	12,0%	9,0%	12,4%	6,7%	8,9%	10,9%	11,3%	9,1%
plutôt fidèle	5,0%	6,9%	7,0%	8,0%	6,4%	6,9%	7,6%	9,0%	6,9%
plutôt pas fidèle	12,9%	15,2%	15,4%	14,4%	14,5%	14,2%	14,2%	15,0%	14,4%
stricte non-participante	75,6%	64,4%	67,1%	63,3%	71,1%	68,3%	65,3%	62,3%	68,0%
Indéterminable	1,6%	1,5%	1,5%	1,9%	1,4%	1,6%	1,9%	2,4%	1,7%
60-64 ans									
fidèle	5,0%	16,9%	10,6%	15,3%	7,6%	10,6%	12,1%	13,0%	10,7%
plutôt fidèle	4,9%	8,4%	7,8%	8,5%	6,8%	7,4%	7,8%	8,6%	7,3%
plutôt pas fidèle	12,1%	14,2%	13,9%	13,1%	14,7%	13,8%	12,8%	13,8%	13,4%
stricte non-participante	76,5%	58,9%	66,1%	61,1%	69,6%	66,6%	65,5%	62,2%	66,9%
Indéterminable	1,5%	1,6%	1,6%	1,9%	1,3%	1,6%	1,9%	2,4%	1,7%
65-69 ans									
fidèle	6,0%	19,4%	12,7%	19,2%	8,8%	12,3%	15,4%	16,9%	12,8%
plutôt fidèle	5,5%	7,7%	7,5%	8,4%	6,9%	7,6%	8,0%	9,2%	7,3%
plutôt pas fidèle	11,8%	12,3%	12,5%	11,0%	13,7%	12,6%	12,1%	13,0%	12,4%
stricte non-participante	75,2%	58,8%	65,5%	59,4%	69,3%	65,8%	62,5%	58,1%	65,8%
Indéterminable	1,4%	1,7%	1,7%	2,0%	1,3%	1,6%	1,9%	2,8%	1,7%
70-74 ans									
fidèle	7,0%	22,3%	13,5%	21,8%	9,9%	13,2%	16,7%	16,1%	13,8%
plutôt fidèle	5,7%	8,4%	7,3%	8,2%	7,1%	7,8%	8,4%	8,4%	7,4%
plutôt pas fidèle	11,5%	12,2%	12,0%	10,4%	12,8%	12,0%	11,2%	11,5%	11,7%
stricte non-participante	74,3%	55,3%	65,3%	57,5%	68,9%	65,4%	61,8%	61,4%	65,3%
Indéterminable	1,5%	1,8%	1,9%	2,1%	1,2%	1,5%	1,8%	2,5%	1,7%

Ensemble des personnes									
fidèle	5,6%	16,7%	11,2%	16,4%	8,0%	10,8%	13,3%	13,9%	11,2%
plutôt fidèle	5,3%	7,7%	7,4%	8,3%	6,8%	7,4%	7,9%	8,8%	7,2%
plutôt pas fidèle	12,1%	13,8%	13,7%	12,6%	14,1%	13,4%	12,8%	13,6%	13,2%
stricte non-participante	75,5%	60,2%	66,1%	60,8%	69,9%	66,8%	64,1%	61,2%	66,7%
Indéterminable	1,5%	1,6%	1,7%	1,9%	1,3%	1,6%	1,9%	2,5%	1,7%

Tableau 12 : Répartition des profils de fidélisation pour les femmes par tranche d'âge et par département depuis leur entrée dans le DOCCR (en partant des invitées de la campagne 2017-2018)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre de femmes									
55-59 ans	68314	45475	49317	37146	49287	42681	38687	33632	364539
fidèle	3221	5868	4669	4896	3357	4096	4423	4007	34537
plutôt fidèle	3340	3231	3501	2988	3193	3165	2986	2994	25398
plutôt pas fidèle	8772	6907	7491	5368	7157	6135	5544	5050	52424
stricte non-participante	48692	27323	31371	21810	32776	26649	23303	19413	231337
Indéterminable	1056	674	691	653	664	695	723	788	5944
Non significatif	3233	1472	1594	1431	2140	1941	1708	1380	14899
60-64 ans	64243	36206	41749	30260	41813	36816	33649	29551	314287
fidèle	3338	6574	4815	4906	3315	4276	4273	4151	35648
plutôt fidèle	3240	3105	3481	2660	2944	2994	2726	2659	23809
plutôt pas fidèle	7933	5148	5660	3939	6366	5191	4334	4527	43098
stricte non-participante	46455	19345	25690	16914	26963	22213	20204	16483	194267
Indéterminable	882	620	692	634	527	633	660	572	5220
Non significatif	2395	1414	1411	1207	1698	1509	1452	1159	12245
65-69 ans	62627	33468	39608	26962	36964	29758	28773	24138	282298
fidèle	3952	6831	5222	5564	3549	4008	4767	4241	38134
plutôt fidèle	3575	2663	2903	2399	2722	2459	2429	2227	21377
plutôt pas fidèle	7694	4173	4899	2903	5260	3863	3515	3212	35519
stricte non-participante	44620	17984	24739	14574	23618	17800	16299	12991	172625
Indéterminable	910	618	727	559	486	552	611	624	5087
Non significatif	1876	1199	1118	963	1329	1076	1152	843	9556
70-74 ans	3022	4010	3350	4072	2655	3313	3593	2661	26676
fidèle	2564	1720	2013	1546	2194	1983	1949	1436	15405
plutôt fidèle	4870	2046	3162	1774	3937	2438	2355	1903	22485
plutôt pas fidèle	26508	9016	14111	9504	15300	10117	10426	9274	104256
stricte non-participante	823	448	633	473	375	508	615	503	4378
Indéterminable	1387	695	488	577	886	631	744	591	5999
Non significatif	1876	1199	1118	963	1329	1076	1152	843	9556

70-74 ans	48581	21972	28739	20919	27723	20222	21662	17204	207022
fidèle	3676	4988	4093	4692	2921	2969	3812	3004	30155
plutôt fidèle	2947	1875	2199	1825	2116	1796	1879	1530	16167
plutôt pas fidèle	5799	2623	3464	2128	3618	2496	2453	2177	24758
stricte non-participante	34124	11291	17621	11158	17799	11986	12342	9515	125836
Indéterminable	793	434	578	463	382	344	422	386	3802
Non significatif	1242	761	784	653	887	631	754	592	6304
Total femmes	243765	137121	159413	115287	155787	129477	122771	104525	1168146
fidèle	14187	24261	18799	20058	13142	15349	17275	15403	138474
plutôt fidèle	13102	10874	12084	9872	10975	10414	10020	9410	86751
plutôt pas fidèle	30198	18851	21514	14338	22401	17685	15846	14966	155799
stricte non-participante	173891	75943	99421	64456	101156	78648	72148	58402	724065
Indéterminable	3641	2346	2688	2309	2059	2224	2416	2370	20053
Non significatif	8746	4846	4907	4254	6054	5157	5066	3974	43004
	Part								
55-59 ans									
fidèle	4,9%	13,3%	9,8%	13,7%	7,1%	10,1%	12,0%	12,4%	9,9%
plutôt fidèle	5,1%	7,3%	7,3%	8,4%	6,8%	7,8%	8,1%	9,3%	7,3%
plutôt pas fidèle	13,5%	15,7%	15,7%	15,0%	15,2%	15,1%	15,0%	15,7%	15,0%
stricte non-participante	74,8%	62,1%	65,7%	61,1%	69,5%	65,4%	63,0%	60,2%	66,2%
Indéterminable	1,6%	1,5%	1,4%	1,8%	1,4%	1,7%	2,0%	2,4%	1,7%
60-64 ans									
fidèle	5,4%	18,9%	11,9%	16,9%	8,3%	12,1%	13,3%	14,6%	11,8%
plutôt fidèle	5,2%	8,9%	8,6%	9,2%	7,3%	8,5%	8,5%	9,4%	7,9%
plutôt pas fidèle	12,8%	14,8%	14,0%	13,6%	15,9%	14,7%	13,5%	15,9%	14,3%
stricte non-participante	75,1%	55,6%	63,7%	58,2%	67,2%	62,9%	62,8%	58,1%	64,3%
Indéterminable	1,4%	1,8%	1,7%	2,2%	1,3%	1,8%	2,0%	2,0%	1,7%

65-69 ans									
fidèle	6,5%	21,2%	13,6%	21,4%	10,0%	14,0%	17,3%	18,2%	14,0%
plutôt fidèle	5,9%	8,3%	7,5%	9,2%	7,6%	8,6%	8,8%	9,6%	7,8%
plutôt pas fidèle	12,7%	12,9%	12,7%	11,2%	14,8%	13,5%	12,7%	13,8%	13,0%
stricte non-participante	73,4%	55,7%	64,3%	56,1%	66,3%	62,1%	59,0%	55,8%	63,3%
Indéterminable	1,5%	1,9%	1,9%	2,2%	1,4%	1,9%	2,2%	2,7%	1,9%
70-74 ans									
fidèle	7,8%	23,5%	14,6%	23,2%	10,9%	15,2%	18,2%	18,1%	15,0%
plutôt fidèle	6,2%	8,8%	7,9%	9,0%	7,9%	9,2%	9,0%	9,2%	8,1%
plutôt pas fidèle	12,2%	12,4%	12,4%	10,5%	13,5%	12,7%	11,7%	13,1%	12,3%
stricte non-participante	72,1%	53,2%	63,0%	55,1%	66,3%	61,2%	59,0%	57,3%	62,7%
Indéterminable	1,7%	2,0%	2,1%	2,3%	1,4%	1,8%	2,0%	2,3%	1,9%
Total femmes									
fidèle	6,0%	18,3%	12,2%	18,1%	8,8%	12,3%	14,7%	15,3%	12,3%
plutôt fidèle	5,6%	8,2%	7,8%	8,9%	7,3%	8,4%	8,5%	9,4%	7,7%
plutôt pas fidèle	12,8%	14,3%	13,9%	12,9%	15,0%	14,2%	13,5%	14,9%	13,8%
stricte non-participante	74,0%	57,4%	64,3%	58,1%	67,6%	63,3%	61,3%	58,1%	64,4%
Indéterminable	1,5%	1,8%	1,7%	2,1%	1,4%	1,8%	2,1%	2,4%	1,8%

Tableau 13 : Répartition des profils de fidélisation pour les hommes par tranche d'âge et par département depuis leur entrée dans le DOCCR (en partant des invitées de la campagne 2017-2018)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF
Nombre d'hommes									
55-59 ans	64978	46435	47485	38269	45910	44386	38469	33338	359270
fidèle	2902	4779	3764	4058	2715	3223	3537	3207	28185
plutôt fidèle	2968	2905	3013	2781	2614	2542	2590	2752	22165
plutôt pas fidèle	7450	6598	6895	4973	5983	5566	4865	4546	46876
stricte non-participant	46640	29826	31196	23791	31691	29641	24425	20376	237586
Indéterminable	979	630	687	689	568	657	671	731	5612
Non significatif	4039	1697	1930	1977	2339	2757	2381	1726	18846
60-64 ans	57384	34544	37956	29703	36721	36657	31928	30328	295221
fidèle	2465	4905	3362	3904	2391	3153	3254	3301	26735
plutôt fidèle	2507	2593	2517	2219	2182	2207	2117	2273	18615
plutôt pas fidèle	6132	4479	4999	3615	4669	4454	3656	3406	35410
stricte non-participant	42618	20654	25155	18204	25359	24417	20683	19278	196368
Indéterminable	806	487	574	481	418	521	501	824	4612
Non significatif	2856	1426	1349	1280	1702	1905	1717	1246	13481
65-69 ans	53717	31769	33414	25189	32398	30326	26360	22781	255954
fidèle	2795	5401	3773	4097	2333	3078	3373	3390	28240
plutôt fidèle	2609	2190	2439	1837	1871	1947	1791	1925	16609
plutôt pas fidèle	5624	3589	3974	2627	3891	3422	2874	2657	28658
stricte non-participant	39949	19008	21717	15247	22612	20170	16683	13194	168580
Indéterminable	691	468	503	428	350	398	407	636	3881
Non significatif	2049	1113	1008	953	1341	1311	1232	979	9986
70-74 ans	42691	20121	27770	18914	24939	21895	19704	18446	194480
fidèle	2573	4069	3333	3731	2134	2408	2860	2551	23659
plutôt fidèle	2152	1537	1846	1343	1495	1391	1453	1371	12588
plutôt pas fidèle	4407	2329	3127	1871	2907	2391	2022	1795	20849
stricte non-participant	31872	11204	18320	11007	17268	14668	12294	11643	128276
Indéterminable	532	308	481	348	242	282	303	473	2969
Non significatif	1155	674	663	614	893	755	772	613	6139

Total hommes	218770	132869	146625	112075	139968	133264	116461	104893	1104925
fidèle	10735	19154	14232	15790	9573	11862	13024	12449	106819
plutôt fidèle	10236	9225	9815	8180	8162	8087	7951	8321	69977
plutôt pas fidèle	23613	16995	18995	13086	17450	15833	13417	12404	131793
stricte non-participant	161079	80692	96388	68249	96930	88896	74085	64491	730810
Indéterminable	3008	1893	2245	1946	1578	1858	1882	2664	17074
Non significatif	10099	4910	4950	4824	6275	6728	6102	4564	48452
Part									
55-59 ans									
fidèle	4,8%	10,7%	8,3%	11,2%	6,2%	7,7%	9,8%	10,1%	8,3%
plutôt fidèle	4,9%	6,5%	6,6%	7,7%	6,0%	6,1%	7,2%	8,7%	6,5%
plutôt pas fidèle	12,2%	14,7%	15,1%	13,7%	13,7%	13,4%	13,5%	14,4%	13,8%
stricte non-participante	76,5%	66,7%	68,5%	65,6%	72,7%	71,2%	67,7%	64,5%	69,8%
Indéterminable	1,6%	1,4%	1,5%	1,9%	1,3%	1,6%	1,9%	2,3%	1,6%
60-64 ans									
fidèle	4,5%	14,8%	9,2%	13,7%	6,8%	9,1%	10,8%	11,4%	9,5%
plutôt fidèle	4,6%	7,8%	6,9%	7,8%	6,2%	6,4%	7,0%	7,8%	6,6%
plutôt pas fidèle	11,2%	13,5%	13,7%	12,7%	13,3%	12,8%	12,1%	11,7%	12,6%
stricte non-participante	78,2%	62,4%	68,7%	64,0%	72,4%	70,3%	68,5%	66,3%	69,7%
Indéterminable	1,5%	1,5%	1,6%	1,7%	1,2%	1,5%	1,7%	2,8%	1,6%
65-69 ans									
fidèle	5,4%	17,6%	11,6%	16,9%	7,5%	10,6%	13,4%	15,5%	11,5%
plutôt fidèle	5,0%	7,1%	7,5%	7,6%	6,0%	6,7%	7,1%	8,8%	6,8%
plutôt pas fidèle	10,9%	11,7%	12,3%	10,8%	12,5%	11,8%	11,4%	12,2%	11,7%
stricte non-participante	77,3%	62,0%	67,0%	62,9%	72,8%	69,5%	66,4%	60,5%	68,5%
Indéterminable	1,3%	1,5%	1,6%	1,8%	1,1%	1,4%	1,6%	2,9%	1,6%
70-74 ans									
fidèle	6,2%	20,9%	12,3%	20,4%	8,9%	11,4%	15,1%	14,3%	12,6%
plutôt fidèle	5,2%	7,9%	6,8%	7,3%	6,2%	6,6%	7,7%	7,7%	6,7%
plutôt pas fidèle	10,6%	12,0%	11,5%	10,2%	12,1%	11,3%	10,7%	10,1%	11,1%
stricte non-participante	76,7%	57,6%	67,6%	60,1%	71,8%	69,4%	64,9%	65,3%	68,1%
Indéterminable	1,3%	1,6%	1,8%	1,9%	1,0%	1,3%	1,6%	2,7%	1,6%

Total hommes										
fidèle	5,1%	15,0%	10,0%	14,7%	7,2%	9,4%	11,8%	12,4%	10,1%	
plutôt fidèle	4,9%	7,2%	6,9%	7,6%	6,1%	6,4%	7,2%	8,3%	6,6%	
plutôt pas fidèle	11,3%	13,3%	13,4%	12,2%	13,1%	12,5%	12,2%	12,4%	12,5%	
stricte non-participante	77,2%	63,1%	68,0%	63,6%	72,5%	70,3%	67,1%	64,3%	69,2%	
Indéterminable	1,4%	1,5%	1,6%	1,8%	1,2%	1,5%	1,7%	2,7%	1,6%	

Tableau 24 : Répartition des stades des cancers dépistés pour les personnes de 50 à 74 ans dans le cadre du DOCCR en 2015-2016 (Source : SGDO) dans les départements franciliens, la région Ile de France

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

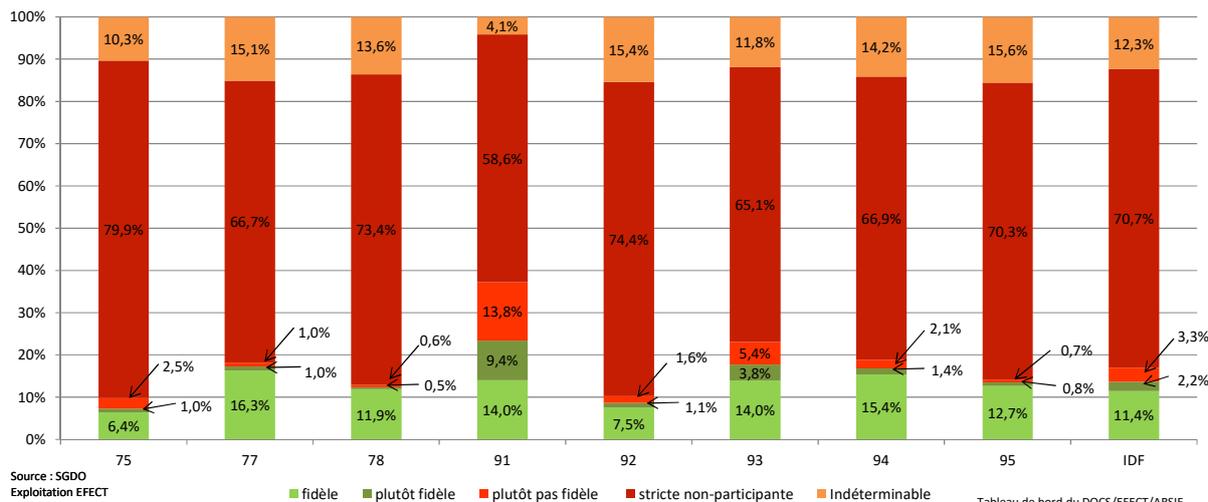
Tableau 25 : Suivi des positifs pour la campagne 2015-2016 (source SGDO)

	75	77	78	91	92	93	94	95	IDF	France métró*
Nombre de personnes dépistées	87387	95534	84444	77943	64177	75780	68302	72202	625769	
Nombre de personnes dépistées positives	3947	4496	3513	3330	2645	3598	3134	3496	28159	
<i>% de personnes dépistées positives parmi les personnes dépistées</i>	4,52%	4,71%	4,16%	4,27%	4,12%	4,75%	4,59%	4,84%	4,50%	4,6%
Nombre de coloscopies ayant donné lieu à une complication déclarée dans l'année	1	2	4	2	2	2	1	1	15	
<i>% de complications connues de coloscopies dans l'année</i>	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	
Délai médian entre un test positif et la réalisation de la coloscopie (en jours) 2 sexes	155	186	178,5	172,5	156	161,5	172	154	-	
Les 2 sexes										
Nombre de coloscopies et de coloscopies de contrôle réalisées suite à un test positif en 2015-2016, 2 sexes	2481	3315	2505	2452	1864	2457	2105	1743	18922	
<i>% de personnes ayant eu une coloscopie après test positif</i>	62,9%	73,7%	71,3%	73,6%	70,5%	68,3%	67,2%	49,9%	67,2%	
Nombre de personnes ayant bénéficié d'une coloscopie recensée par la SG suite à une invitation en 2015-2016	3251	4120	3497	3334	2829	3533	3132	1845	25541	
Femmes										
Nombre de femmes dépistées	48128	52073	46442	42264	37252	42133	38031	39072	345395	
Nb de femmes dépistées positives	1895	1924	1552	1460	1296	1660	1373	1475	12635	
Pourcentage de femmes dépistées positives parmi les personnes dépistées pour la campagne 2015-2016	3,9%	3,7%	3,3%	3,5%	3,5%	3,9%	3,6%	3,8%	3,7%	3,6%
Hommes										
Nombre d'hommes dépistés	40089	44901	39501	36190	28053	34525	30950	33760	287969	
Nb d'hommes dépistés positifs	2052	2572	1961	1870	1349	1938	1761	2021	15 524	
<i>Pourcentage d'hommes dépistés positifs parmi les personnes dépistées pour la campagne 2015-2016</i>	5,1%	5,7%	5,0%	5,2%	4,8%	5,6%	5,7%	6,0%	5,4%	5,7%

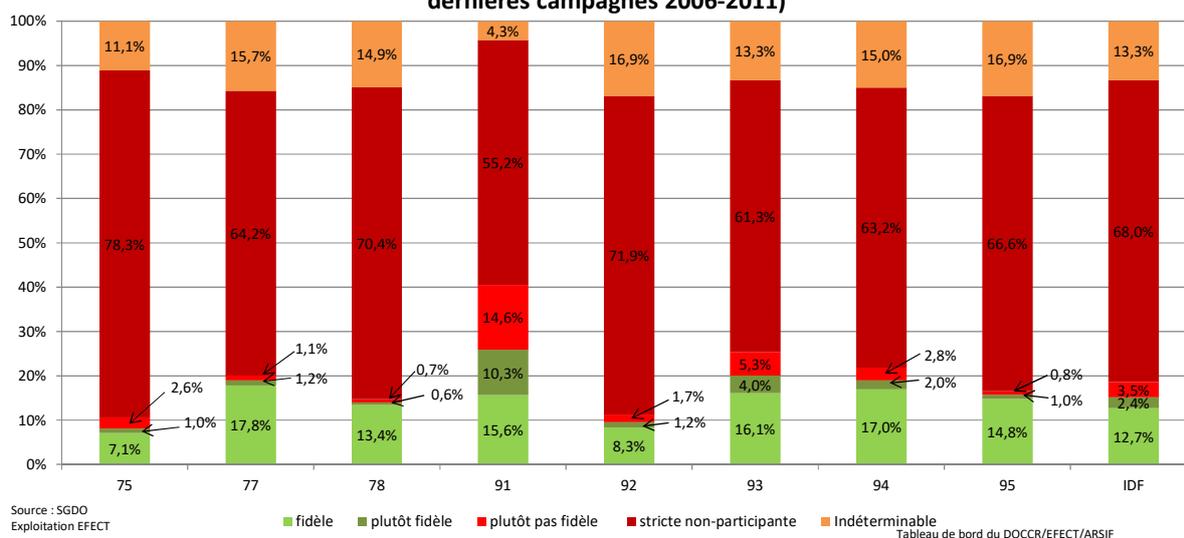
9. ANNEXE 3 : FIDELISATION AU DOCCR AU COURS DES CAMPAGNES DE DEPISTAGE ANTERIEURES

10.1 Campagne 2006-2011

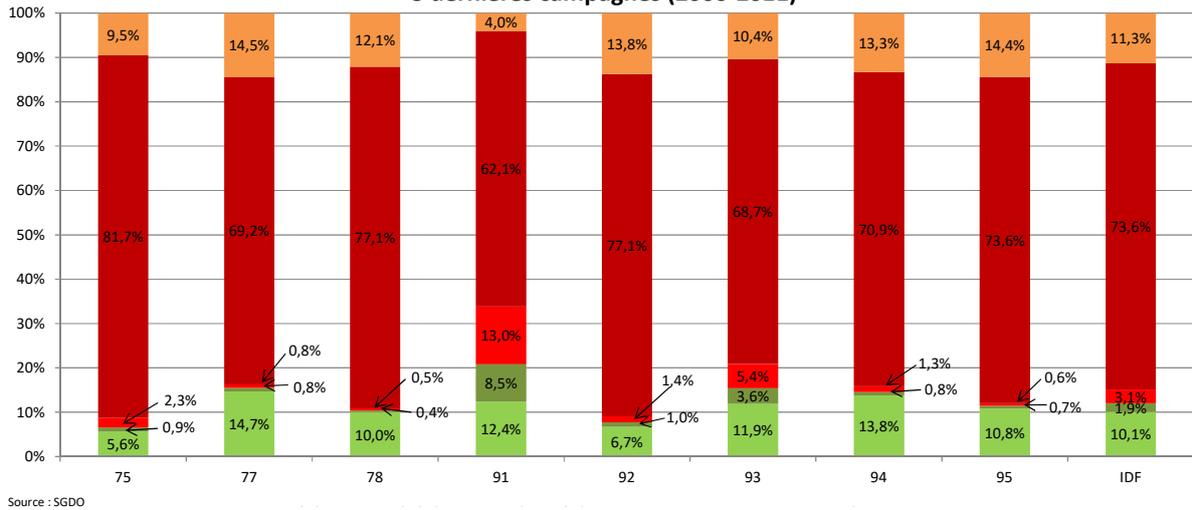
Répartition des profils de fidélisation des personnes (deux sexes confondus) invitée au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2006-2011)



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

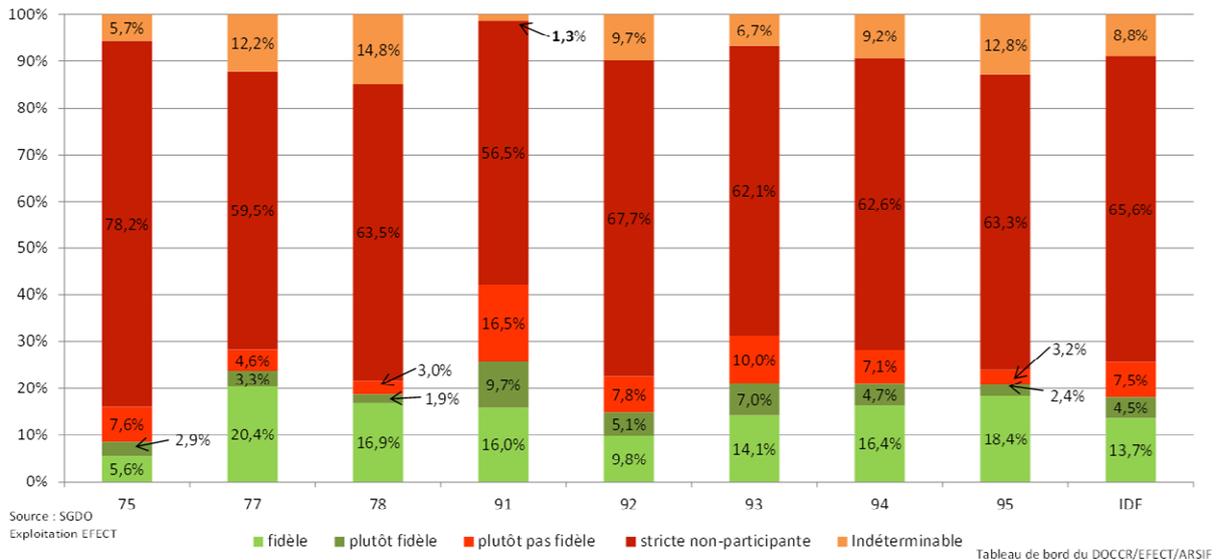


Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2006-2011)

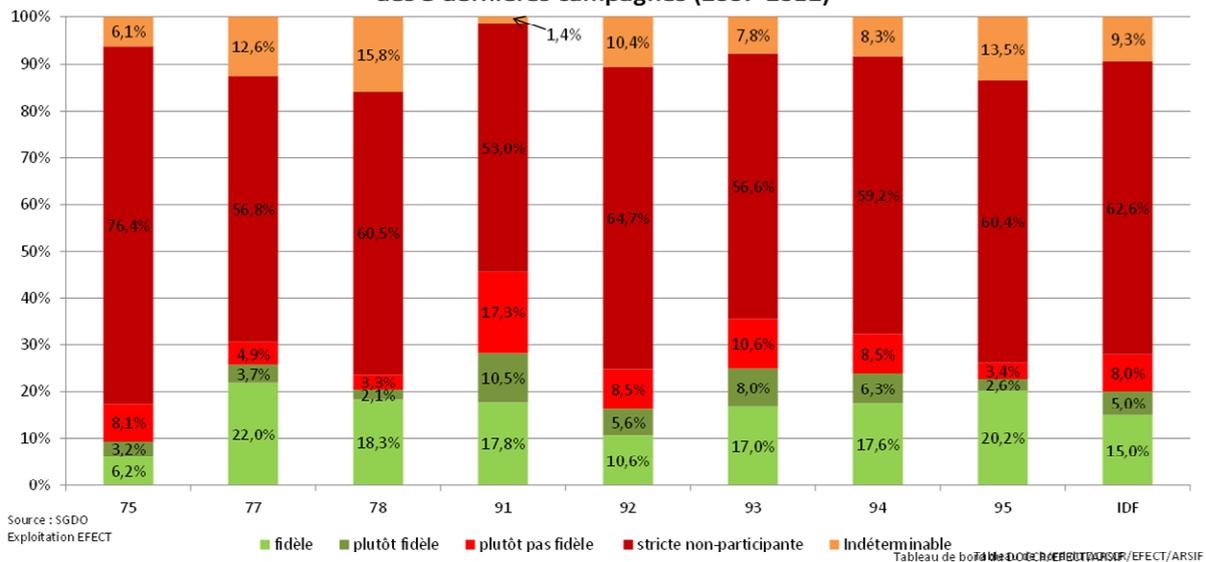


10.2 Campagne 2007-2012

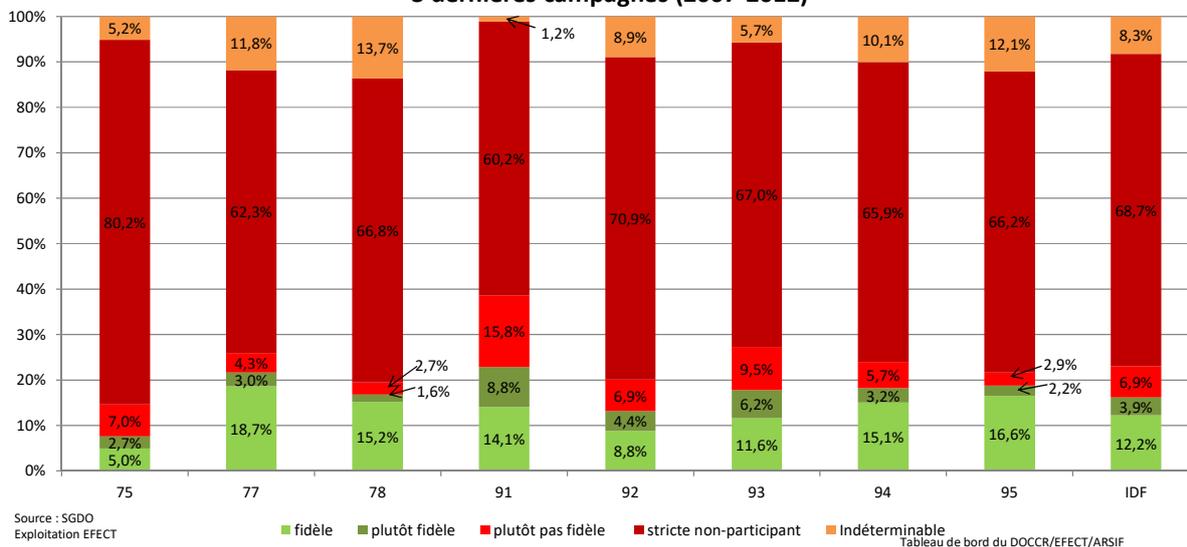
Répartition des profils de fidélisation des personnes invitées au DOCCR (sexes confondus) au cours des 3 dernières campagnes (2007-2012)



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

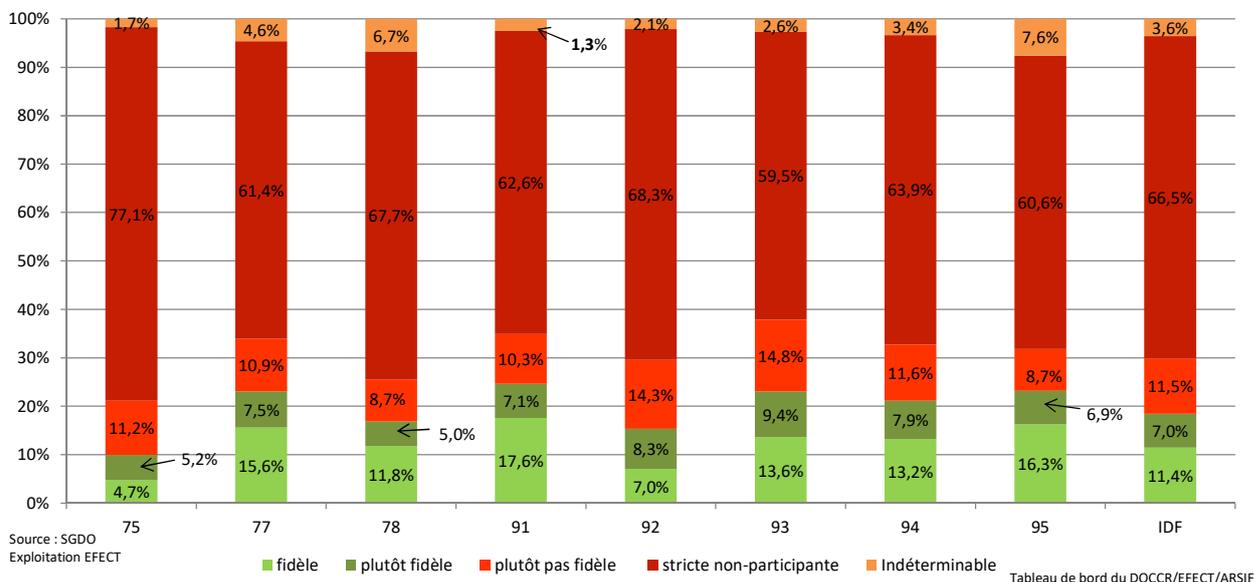


Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2007-2012)

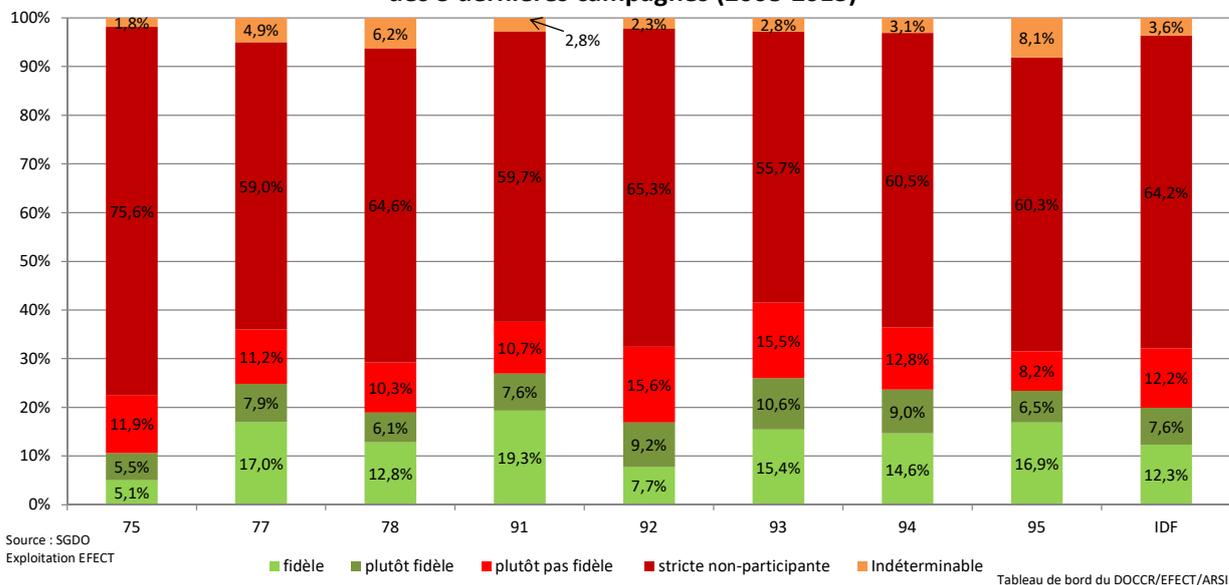


10.3 Campagne 2008-2013

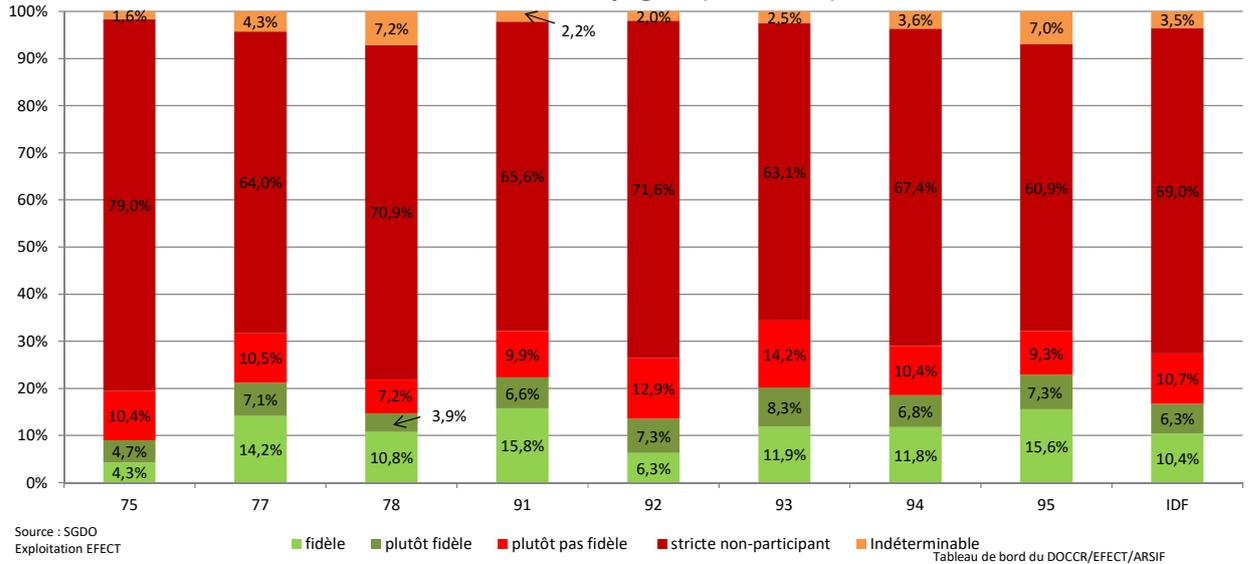
Répartition des profils de fidélisation des personnes invitées au DOCCR (sexes confondus) au cours des 3 dernières campagnes (2008-2013)



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

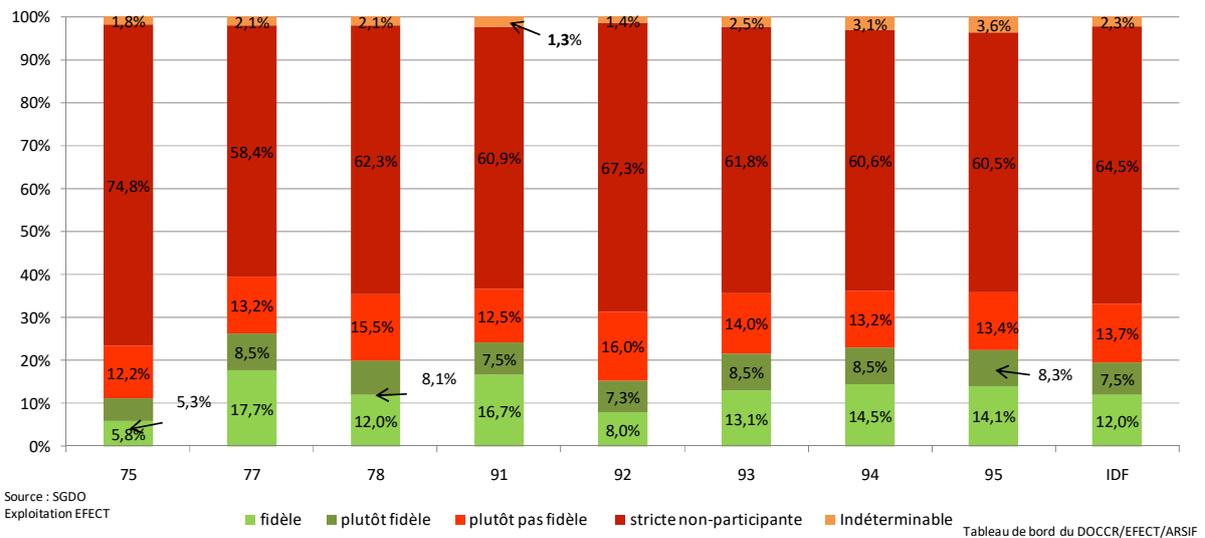


Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2008-2013)

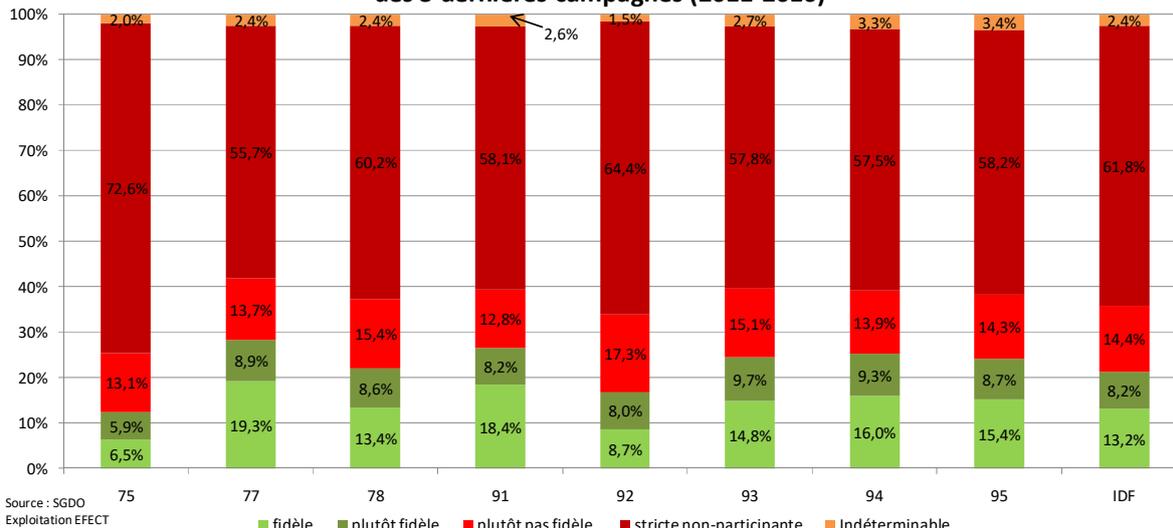


10.5 Campagne 2011-2016

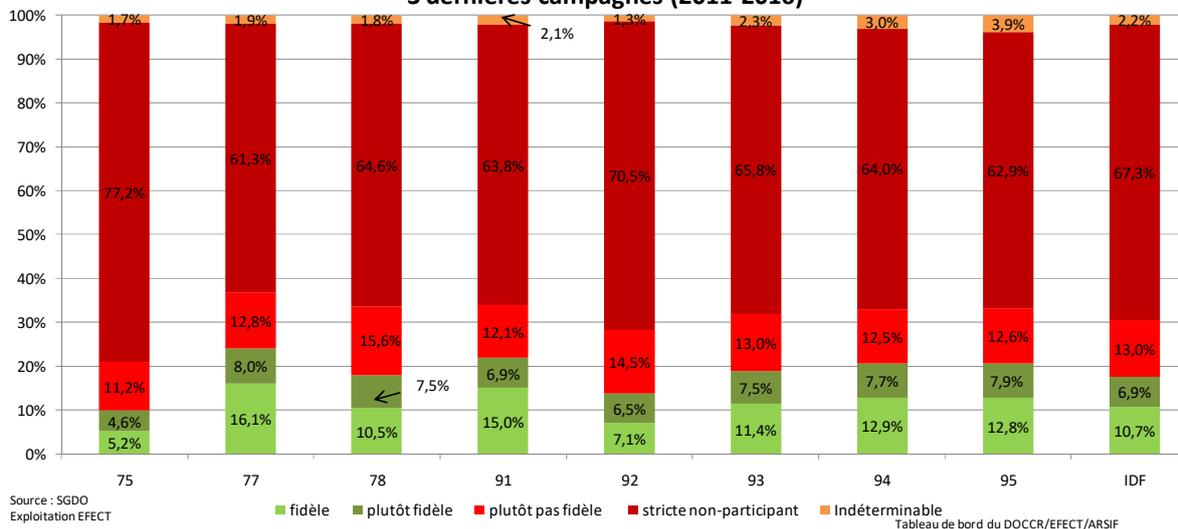
Répartition des profils de fidélisation des personnes invitées au DOCCR (sexes confondus) au cours des 3 dernières campagnes (2011-2016)



Répartition des profils de fidélisation chez les femmes invitées au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2011-2016)



Répartition des profils de fidélisation chez les hommes invités au DOCCR au cours des 3 dernières campagnes (2011-2016)



10. ANNEXE 4 : COLOSCOPIES REALISEES DURANT LA PERIODE 2015-2016 DANS LA REGION IDF

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

Tableau 26 : Répartition par sexes et par départements des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une coloscopie en 2015-2016 dans la région IDF

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

Figure 32

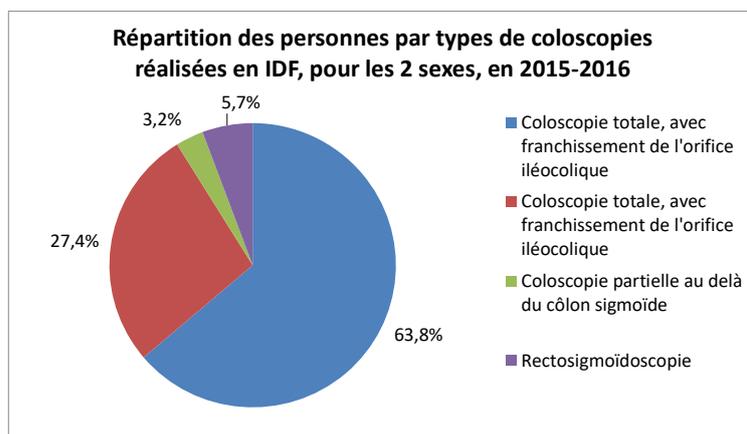
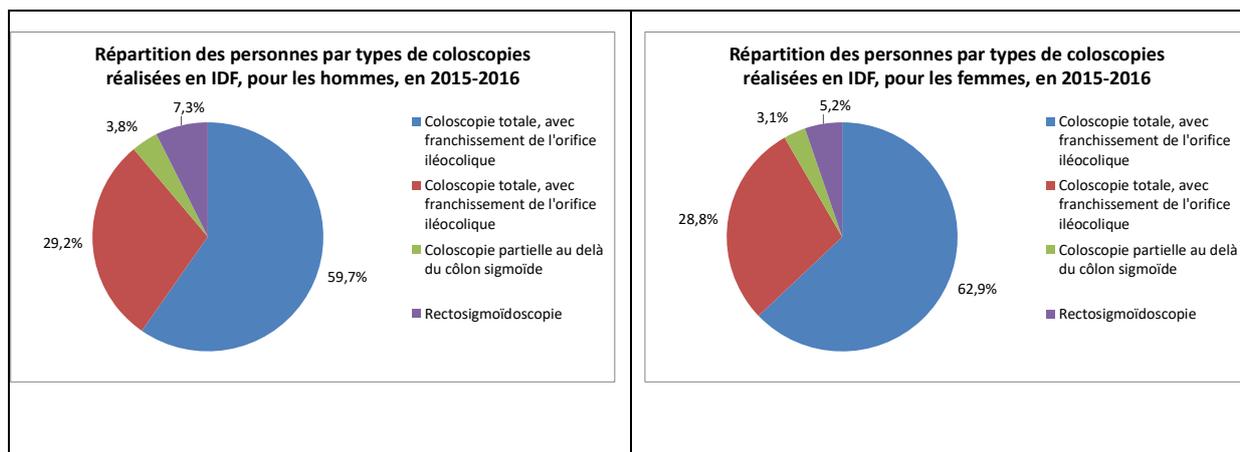


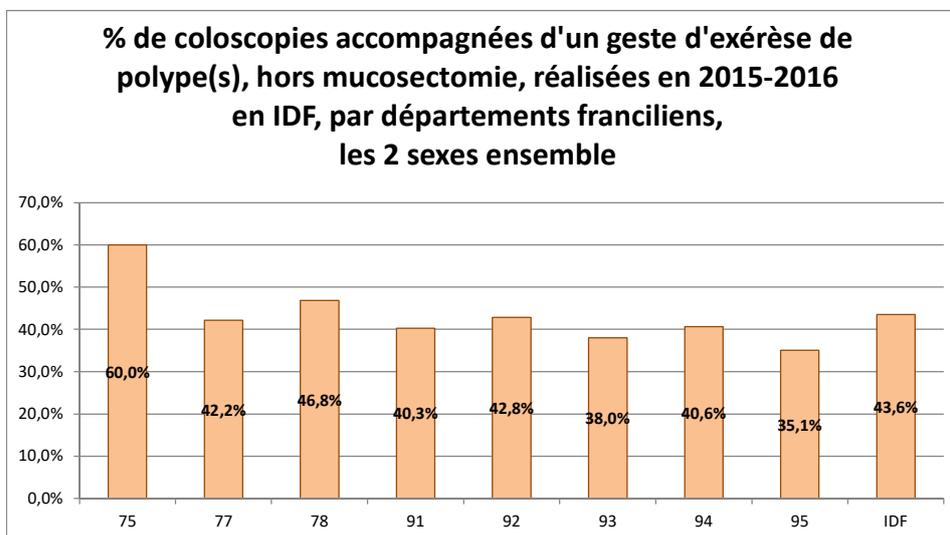
Figure 33

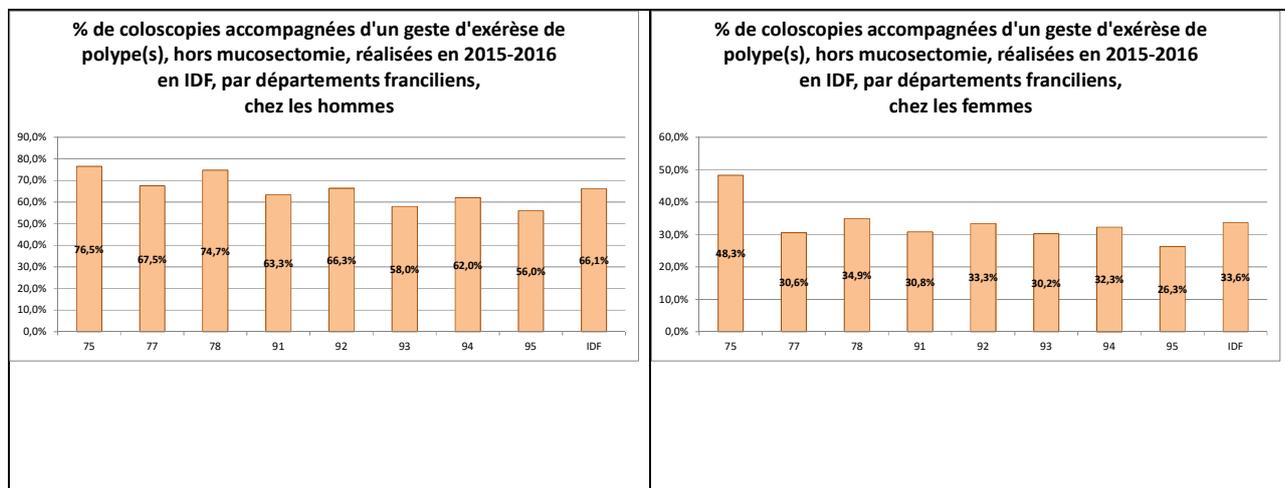


Le tableau et graphes précédents montrent que près de 230000 coloscopies ont été réalisées en Ile de France en 2015-2016 et ont concerné majoritairement des femmes (61,5% au niveau régional, sans grandes variations départementales). Pour les hommes comme pour les femmes, la coloscopie est le plus souvent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

Rapprochées du nombre de coloscopies recensées par la SGDO suite à un test positif dans le cadre du DOCCR, ces données permettent d'estimer la proportion de coloscopies rattachables à l'activité du DOCCR à 8,4% au niveau régional, avec des variations départementales allant de 6,5% dans le 95 à 11,7% dans le 77.

Figure 34





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

11. GLOSSAIRE

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

RSI	Régime Social des indépendants
SGDO	Structure de gestion des dépistages organisés
SLM	Section Locales Mutualistes
SNIIRAM	Système National d'Information Inter Régimes d'Assurance Maladie