

Document réalisé par

Mars 2009

le Service Communautaire en Promotion Santé «SIPES»
Service d'Information Promotion Education Santé
Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Avec le soutien de la
Communauté française
de Belgique

Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française

Cahier Santé SIPES - 2009
Pascale Jonckheer



Document réalisé par

le Service Communautaire en Promotion Santé «SIPES»
Service d'Information Promotion Education Santé
Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française

Cahier Santé SIPES - 2009
Pascale Jonckheer



COLOPHON

AUTEUR

Pascale JONCKHEER

RELECTURE

Isabelle GODIN
Nathalie MOREAU
Bernadette TAEYMANS
Anne VANDENBROUCKE

REMERCIEMENTS

(par ordre alphabétique)

Michel CANDEUR
Virginie CHARLIER
Myriam DE SPIEGELAERE
Jacques HENKINBRANT
Anne KONGS
Marc POLUS
Anne REMACLE
Françoise RENARD

MISE EN PAGE

Nathalie DA COSTA MAYA, Centre de Diffusion
de la Culture Sanitaire - CDCS asbl

VEUILLEZ CITER CE DOCUMENT DE LA FAÇON SUIVANTE :

Jonckheer P. Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française.
Cahier Santé SIPES. Mars 2009.

Dépôt légal : D/2009/10.134/6

Mars 2009

AVANT-PROPOS

Nous avons le plaisir de vous présenter le deuxième Cahier Santé édité par le Service Communautaire SIPES. Le premier cahier⁽¹⁾, paru en 2007, reprenait les 6 priorités du plan communautaire opérationnel de 2005⁽²⁾ et les avait approfondies sous l'angle de la promotion de la santé. Ce cahier-ci a pour thématique le cancer colorectal pour lequel, selon la déclaration de politique communautaire pour les années 2004 à 2009, il est impératif d'améliorer la prévention et le dépistage par le renforcement de l'accessibilité aux campagnes de dépistage.

Ce Cahier Santé s'inscrit comme le précédent dans une démarche globale de promotion de la santé. Il vient compléter les documents déjà existants sur ce thème, en particulier celui du service communautaire Reso de l'UCL sur les programmes de dépistage dans les pays occidentaux⁽³⁾ et celui produit par le centre d'expertise des soins de santé (KCE) sur l'analyse coût/efficacité du dépistage du cancer colorectal⁽⁴⁾. L'objectif est ici de pouvoir fournir des données d'une part sur les aspects épidémiologiques de cette problématique (importance du cancer colorectal dans la population en Belgique, comparaison avec d'autres contextes, groupes à risques, sévérité et curabilité) mais surtout de mettre en évidence les facteurs clé de réussite du programme de dépistage, ceci tant pour les acteurs qui le mettront tout prochainement en œuvre, que pour le public qui sera invité à y participer mais également pour la population générale qui est concernée par cet aspect de la santé.

Il faut souligner que ce travail a pu être réalisé grâce à la collaboration de Question Santé et du Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers, qui ont facilité l'accès aux résultats des études qualitatives.

Bonne lecture,

Isabelle Godin
Coordinatrice SIPES

- (1) Disponible à l'adresse : <http://www.ulb.ac.be/esp/sipes/>
- (2) Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, accessible sur le site de la CfB : <http://www.sante.cfwb.be/pg001.htm>
- (3) Libion F, Doumont D. Programme de dépistage du cancer colorectal : quelles recommandations pour quelle efficacité ? Tour d'horizon de pays occidentaux. 2007. UCL-Reso
- (4) De Laet C, Neyt M, Vinck I, Lona M, Cleemput I and Van De Sande S. Health Technology Assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique. KCE Reports vol. 45B. 20-12-2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
1 POURQUOI UN PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ?	7
1.1 Une maladie fréquente et sévère	7
1.1.1 Indicateurs	8
1.1.2 Incidence	8
1.1.3 Mortalité	10
1.1.4 Létalité et Survie	13
1.1.5 Tendances et évolution dans le temps	14
1.1.6 Prévalence des facteurs de risque du cancer colorectal	15
1.1.6.1 Facteurs individuels	15
1.1.6.2 Facteurs de risque comportementaux	18
1.1.6.3 Facteurs de risque environnementaux	20
1.1.6.4 Chimio-prévention	20
1.2 Une maladie curable	20
1.3 Une maladie décelable à un stade préclinique	21
1.4 L'existence d'un examen de dépistage fiable et acceptable	22
Que retenir de ce chapitre ?	25
2 QUELLE EST L'ORGANISATION PRÉVUE DE CE PROGRAMME EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ?	26
2.1 Une organisation longuement préparée par de nombreux partenaires	26
2.2 Une organisation qui ne repose pas sur une pratique de dépistage spontané	26
2.3 Une organisation pensée dans les moindres détails	28
2.4 Une organisation du dépistage qui répond à certains critères	30
2.4.1 Une coordination centralisée	30
2.4.2 L'implication du politique	31
2.4.3 Un contrôle de qualité	31
2.4.4 Une démarche non coercitive	31
2.4.5 Une action concertée	31
2.4.6 Une continuité dans la démarche	31
2.4.7 Un délai le plus court possible entre les tests et le résultats ainsi qu'entre le résultat et le traitement (PCV)	32
2.4.8 Un programme spécifique pour de dépistage pour les cancers héréditaires	32
2.4.9 Un coût raisonnable	32
Que retenir de ce chapitre ?	32



3	QUELS SONT LES FACTEURS CLÉS DE CE PROGRAMME ?	33
3.1	Les médecins généralistes	33
3.1.1	Les résistances	34
3.1.2	La stratégie	37
3.2	Les patients	39
3.2.1	Les résistances	39
3.2.2	La stratégie	42
	Que retenir de ce chapitre ?	43
4	QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE CE PROGRAMME ? À QUOI FAIRE ATTENTION ?	44
4.1	Les inégalités sociales	44
4.1.1	L'impact des inégalités sociales sur l'histoire naturelle du cancer colorectal	44
4.1.2	La stratégie	46
4.2	La Région bruxelloise	47
4.3	L'évaluation	47
4.3.1	Couverture du programme	48
4.3.2	Qualité technique du test	48
4.3.3	Adhésion des médecins, des patients, des acteurs de promotion de la santé	49
4.3.4	Efficacité à moyen voire long terme	49
5	CONCLUSIONS	50
6	RESSOURCES, RÉFÉRENCES ET GLOSSAIRE	52
7	ANNEXE	56
	Examens de dépistage : pour de bonnes pratiques	56

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La Communauté française de Belgique a décidé de lancer un programme organisé de dépistage du cancer colorectal en mars 2009. Cette décision est le fruit de plusieurs années de réflexion et de discussion avec les différents acteurs concernés par ce dépistage.

De nombreuses publications relatives au dépistage du cancer colorectal ont vu le jour ces derniers mois. Elles portent tant sur les arguments scientifiques que sur les conditions d'opérationnalisation d'un programme de dépistage de masse.

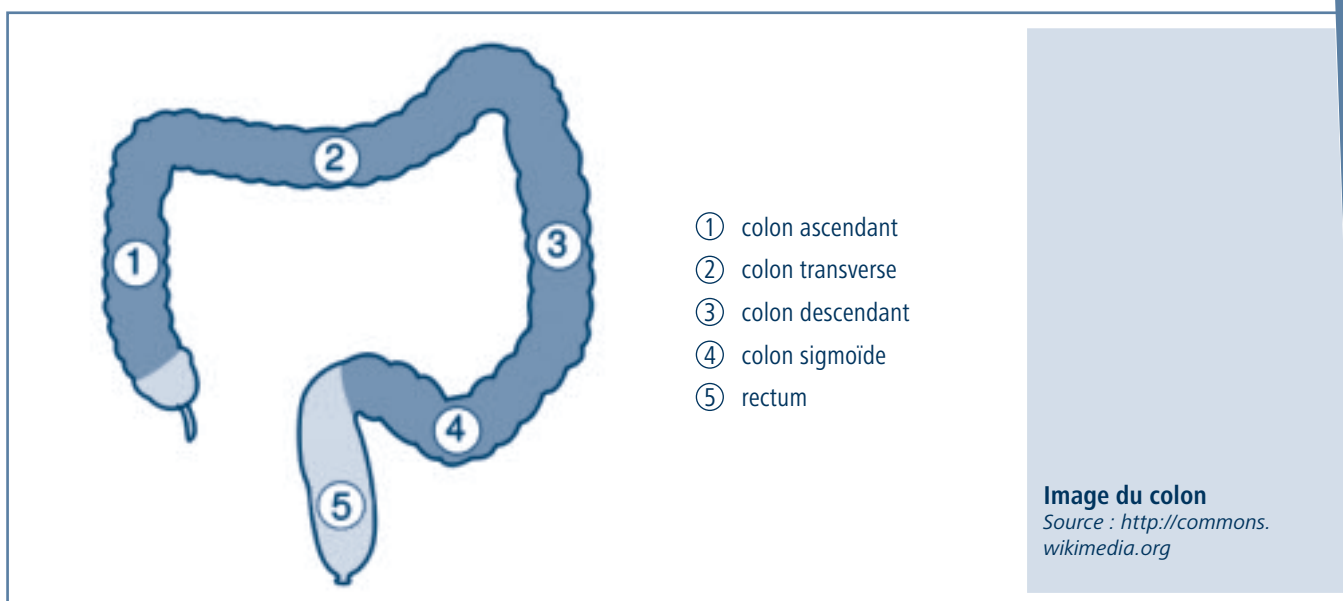
L'objectif de ce cahier Santé est de situer le programme organisé de dépistage du cancer colorectal dans le contexte particulier de la promotion de la santé en Communauté française. Il tente de répondre à 4 questions :

1. Pourquoi un programme organisé de dépistage du cancer colorectal en Communauté française ?
2. Quelle est l'organisation prévue de ce programme ?
3. Quels sont les facteurs clés de ce programme ?
4. Quelles sont les perspectives à suivre ?

Ce cahier santé ne prétend pas être exhaustif. Certains aspects de la problématique du cancer colorectal, appelé aussi cancer de l'intestin, ne seront que rapidement abordés dans ce texte. Nous invitons ceux qui voudraient en savoir plus à se reporter aux ressources et références citées en fin de ce document.

1. POURQUOI UN PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ?

Le cancer colorectal concerne, comme son nom l'indique, le colon et le rectum c'est-à-dire la dernière partie du tube digestif excepté l'anus dont le cancer est une entité à part. Il est communément appelé cancer de l'intestin.



Le cancer colorectal est une priorité de santé publique dans le monde. Il touche en effet plus d'un million de personnes chaque année et en tue près de la moitié. Dès lors, diverses instances internationales recommandent d'agir contre ce cancer et prônent la mise en place d'un programme organisé de dépistage de masse. Les arguments en faveur d'un tel programme sont nombreux. Les critères scientifiques de l'OMS présentés dans le document de la Communauté française relatif aux examens de dépistage pour de bonnes pratiques^[1] servent de base à cette argumentation. Certains de ces critères sont étroitement liés à la pathologie dépistée et sont donc valables dans tous les pays du monde. D'autres par contre peuvent dépendre du contexte local. Ces critères sont présentés en annexe 1. Certains thèmes qu'ils abordent sont repris ci-dessous avec, quand cela est possible, une mise en perspective selon les caractéristiques de la Communauté française.

1.1 UNE MALADIE FRÉQUENTE ET SÉVÈRE

Le premier critère cité par l'OMS pour justifier un dépistage de masse organisé est que la maladie dont on cherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.

Pour répondre à cette question, il faut se plonger quelque peu dans des données épidémiologiques. Ces données n'existent pas à proprement parler à l'échelle de la Communauté française mais bien à l'échelle régionale. Les chiffres présentés ci-dessous reprennent dès lors des données ventilées pour les Régions wallonne et bruxelloise. Il n'est cependant pas possible de différencier en Région bruxelloise les personnes francophones des néerlandophones.

1.1.1 INDICATEURS

Trois indicateurs sont utilisés pour décrire l'épidémiologie du cancer colorectal. Il s'agit d'abord de l'**incidence**, soit le nombre de nouveaux cas diagnostiqués chaque année rapportés à la population concernée. Il donne une idée de la fréquence de la maladie. Le deuxième indicateur est le **taux de mortalité spécifique** à ce cancer. Il comptabilise le nombre de décès dus à ce cancer sur un an et rapporte ce nombre à la population concernée. Enfin, le troisième indicateur concerne la **létalité** (soit le rapport mortalité/incidence).

1.1.2 INCIDENCE

En 2004, la Fondation Registre du Cancer a enregistré 7582 nouveaux diagnostics de cancer colorectal en Belgique. Parmi ceux-ci, 2270 proviennent de la **Région wallonne**^[2]. Cela donne un taux brut d'incidence égal à 71/100 000 pour les hommes wallons et 63/100 000 pour les femmes wallonnes. En **Région bruxelloise**, avec 621 nouveaux diagnostics de cancer colorectal, le taux brut d'incidence est de 62/100 000 tant chez les hommes que chez les femmes.

Au niveau provincial

Les taux bruts d'incidence annuels varient entre les provinces. Chez les hommes, le minimum est de 60/100 000 en province de Liège et le maximum égale 78/100 000 dans la province du Hainaut. Chez les femmes, le taux d'incidence le plus bas se retrouve aussi en province de Liège où il est de 50/100 000 et le taux le plus élevé est de 78/100 000 dans la province du Hainaut.

Tableau 1. Nombres absolus et taux bruts d'incidence du cancer colorectal /100 000 personnes année, 2004, par province en Région wallonne et en Région bruxelloise.

Source : Fondation Registre du Cancer.

	Homme		Femme	
	N	/100 000	N	/100 000
Brabant wallon	132	75,3	121	65,2
Hainaut	480	77,6	521	78,4
Liège	300	60,0	264	49,9
Luxembourg	94	74,9	68	52,9
Namur	164	74,4	126	54,2
Région wallonne	1170	71,3	1100	63,2
Région bruxelloise	234	62,2	254	62,0

Attention cependant, pour comparer les époques ou les régions entre elles, il faut tenir compte de la structure de la population. En effet, le risque de souffrir d'un cancer colorectal (ou d'en mourir) n'est pas le même selon que l'on ait 25 ans ou 95 ans. Il faut donc prendre en considération le nombre d'hommes et de femmes appartenant à chaque tranche d'âge dans chacune des populations. C'est ce qu'on fait quand on utilise les taux standardisés pour l'âge.

Les taux provinciaux standardisés pour l'âge (sur base de la population européenne) confirment la relative moindre incidence du cancer colorectal dans la province de Liège, particulièrement chez les hommes (figure 1).

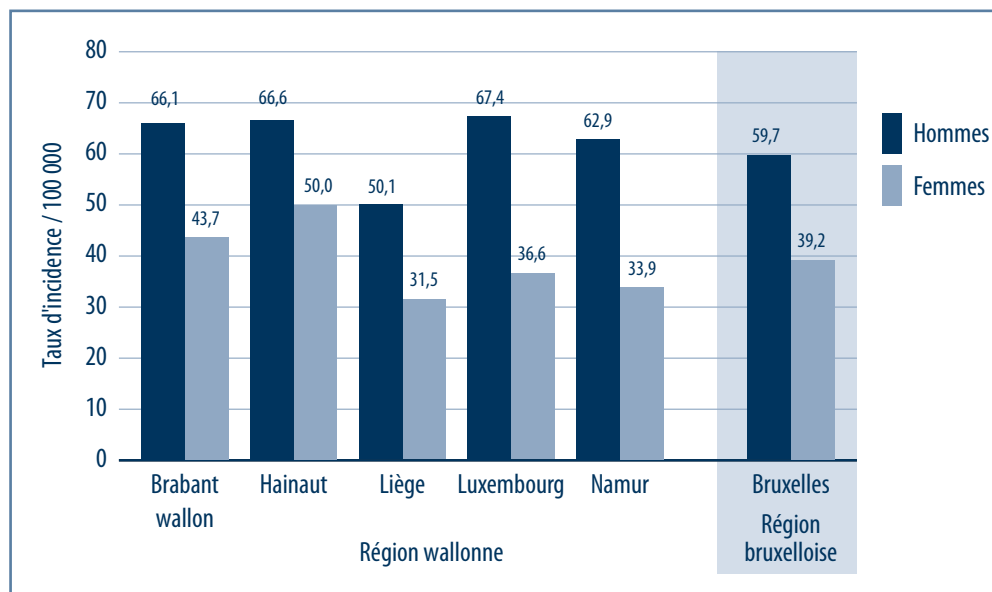


Figure 1. Taux d'incidence standardisés pour l'âge du cancer colorectal chez les hommes et les femmes, par province, 2004.

Source : Fondation Registre du Cancer

Au niveau belge

Si l'on considère les taux d'incidence standardisés pour l'âge tels que donnés par la Fondation Registre du Cancer en 2004, on observe un taux plus élevé de cancer colorectal chez les hommes en Flandre par rapport à la Wallonie. Il n'y a pas de réelle différence chez les femmes^[3].

Tableau 2. Taux d'incidence standardisés pour l'âge (sur base de la population européenne) /100 000 personnes année, 2004, pour les 3 régions belges et la Belgique.

Source : Fondation Registre du Cancer

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Hommes 2004	61,0	59,7	69,0	65,8
Femmes 2004	40,4	39,3	42,6	41,6

Cette différence mérite certainement d'être suivie dans le temps. Ceci dit, le taux d'incidence standardisé pour l'âge de la Région flamande est du même ordre de grandeur que celui de certaines provinces wallonnes (voir figure 1), ce qui justifie aussi une surveillance attentive des variations interprovinciales.

Au niveau international

Dans le monde, on comptabilise près d'un million de nouveaux cas chaque année et près de 500 000 décès liés au cancer colorectal. De grandes variations existent entre les nations. Habituellement, on distingue les pays occidentalisés où l'incidence du cancer colorectal est élevée et les pays d'Afrique ou d'Asie où l'incidence est nettement plus basse^[4]. Ainsi, le taux d'incidence standardisé du cancer colorectal est égal à 20/100 000 pour l'ensemble du monde chez les hommes mais il atteint plus de 40/100 000 dans les pays développés contre moins de 10/100 000 dans la plupart des autres pays. Il en va de même chez les femmes puisque le taux mondial est de 15/100 000 mais il égale 27/100 000 dans les pays développés et 8/100 000 ailleurs^[5].

Un site dédié au cancer (<http://www-dep.iarc.fr/>) permet d'ailleurs de comparer entre états et régions du monde les taux d'incidence et de mortalité (standardisés chaque fois sur base de la population mondiale) pour différents cancers.

La différence d'incidence du cancer colorectal entre les pays occidentalisés et les autres doit être interprétée avec précaution. L'estimation de l'incidence dépend en effet de nombreux facteurs qui peuvent nettement varier selon les pays tels que la qualité du recensement des cas, l'accès au dépistage et au diagnostic...

Les taux d'incidence les plus élevés se retrouvent chez les hommes, en République Tchèque, Hongrie, Slovaquie, Nouvelle Zélande avec des taux supérieurs à 50/100 000 hommes. Le Japon, l'Australie, les USA, le Canada et la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest présentent des taux d'incidence également élevés, supérieurs à 40/100 000.

Chez les femmes, outre l'Allemagne, les Pays-Bas et le Luxembourg, les pays ayant un taux d'incidence supérieur à 30/100 000 sont la Nouvelle Zélande, l'Australie, la Norvège, le Danemark, Israël, les USA, le Canada, la République Tchèque et la Hongrie.

Pour la Belgique, le taux d'incidence utilisé dans ces comparaisons est basé sur les chiffres de 1997-1998 de la Flandre et situe notre pays parmi les pays d'Europe présentant un haut taux d'incidence de ce cancer. Les données plus récentes confirment cette position relativement élevée de notre pays, en termes d'incidence du cancer colorectal, particulièrement chez les hommes^[3].

1.1.3 MORTALITÉ

En Région wallonne^[6], en 2004, 412 hommes et 464 femmes sont décédés suite à un cancer colorectal. Le taux brut de mortalité égale 25,1/100 000 hommes et 26,6/100 000 femmes. **À Bruxelles**^[7], 111 décès par cancer colorectal chez les hommes et 133 chez les femmes ont été recensés la même année, soit un taux brut de mortalité de 23,0/100 000 chez les hommes et de 25,5/100 000 chez les femmes.

Au niveau provincial

Chez les hommes en 2004, les taux bruts de mortalité varient entre un minimum de 18/100 000 décès en province de Luxembourg et un maximum de 27/100 000 dans le Hainaut. Chez les femmes, le taux de mortalité par cancer colorectal le plus bas est égal à 22/100 000 en province de Liège et le plus élevé atteint 31/100 000 dans le Hainaut.

Tableau 3. Nombres absolus et taux bruts de mortalité par cancer colorectal /100 000 personnes année, 2004, par province en Région wallonne et en Région bruxelloise.

Source : Direction générale de la Santé de la Communauté française et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

	Homme		Femme	
	N	/100 000	N	/100 000
Brabant wallon	44	25,0	50	26,8
Hainaut	169	27,3	208	31,3
Liège	124	24,7	116	21,9
Luxembourg	23	18,2	30	23,3
Namur	52	23,5	60	25,7
Région wallonne	412	25,1	464	26,6
Région bruxelloise	111	23,0	133	25,5

Les taux de mortalité provinciaux standardisés pour l'âge (sur base de la population européenne) confirment un taux de mortalité du cancer colorectal moins important dans la province de Luxembourg pour les hommes et dans celle de Liège pour les femmes (figure 2).

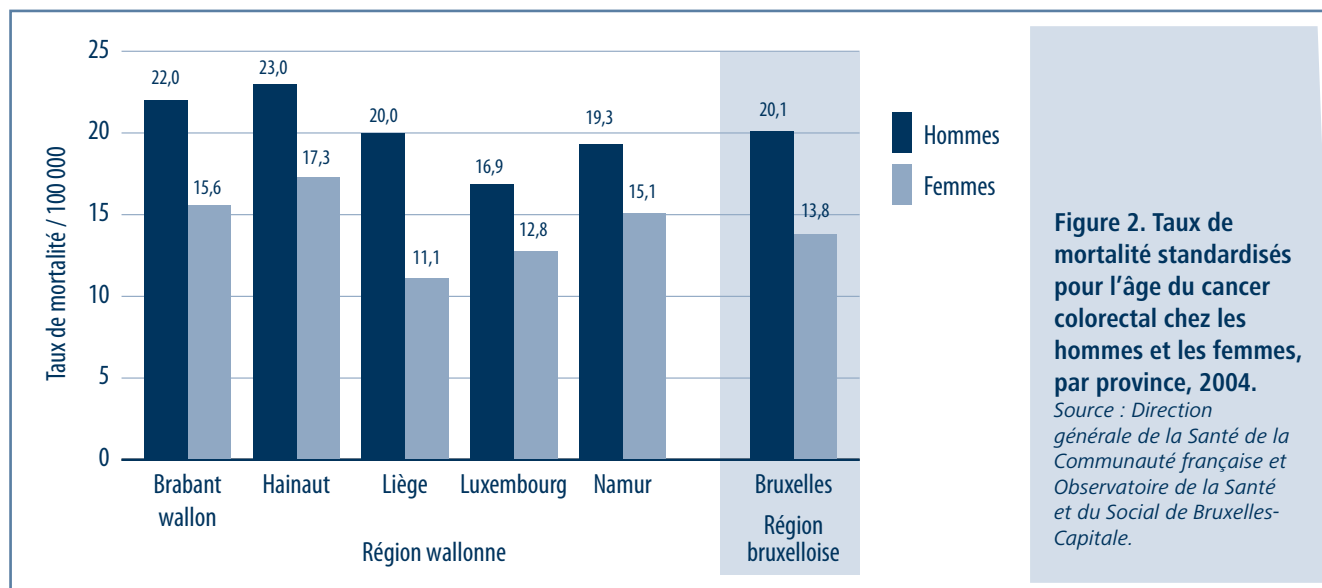


Figure 2. Taux de mortalité standardisés pour l'âge du cancer colorectal chez les hommes et les femmes, par province, 2004.

Source : Direction générale de la Santé de la Communauté française et Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale.

Au niveau belge

Pendant plusieurs années, les taux de mortalité par cancer colorectal standardisés pour l'âge montraient des différences régionales en défaveur de la Flandre, chez les hommes. Cependant, on constate au fil du temps une diminution importante de la mortalité en Région flamande (près de 32 % de réduction entre 1988 et 2003) et donc une différence régionale qui s'amenuise^[8]. Les chiffres de mortalité fournis par les trois Régions^[6,7,9] en 2004 confirment cette tendance.

Tableau 4. Taux de mortalité standardisés pour l'âge (sur base de la population européenne) /100 000 personnes année, 2004, pour les 3 régions belges.

Source : Direction générale de la Santé de la Communauté française, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale et Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

	Wallonie	Bruxelles	Flandre
Hommes 2004	21,1	20,1	24,0
Femmes 2004	14,6	13,8	14,8

Au niveau international

Concernant les décès^[5], le taux mondial standardisé de mortalité par cancer colorectal est de 10/100 000 chez les hommes mais il égale 18/100 000 dans les pays développés contre 6,2/100 000 dans les autres pays. Chez les femmes, il est de 8/100 000 au niveau mondial mais égale 12/100 000 dans les pays développés et 5/100 000 ailleurs.

Pour la Belgique, les taux utilisés pour comparer les taux de mortalité par cancer sont calculés sur base des données nationales de mortalité de 1995-1996.

On peut observer que notre pays présente un taux de mortalité relativement semblable à ceux des autres pays de l'Europe de l'Ouest, tant chez les hommes que chez les femmes. Comme pour l'incidence, ces taux sont élevés par rapport au reste du monde.

POURQUOI UN PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE ?

Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française

La différence de mortalité du cancer colorectal entre les pays occidentalisés et les autres doit être interprétée avec précaution. La connaissance précise de la cause de chaque décès et l'enregistrement de celle-ci peuvent manquer dans certaines circonstances et donc nettement varier selon les pays. Par ailleurs, le taux de mortalité dépend de l'incidence mais aussi de la qualité des soins. Un taux de mortalité bas peut donc refléter la faible incidence d'une maladie mais aussi une prise en charge satisfaisante d'une maladie fréquente.

Les plus hauts taux de mortalité par cancer colorectal sont signalés, chez les hommes, en Hongrie, République Tchèque et Slovaquie avec des taux supérieurs à 30/100 000 hommes. Chez les femmes, l'Allemagne, la Hongrie, le Danemark, la Nouvelle Zélande, la République Tchèque, la Norvège, la Slovaquie et Singapour sont les pays où le taux de mortalité par cancer colorectal est supérieur à 15/100 000.

Figure 3. Taux d'incidence et taux de mortalité standardisés pour l'âge (population mondiale) du cancer colorectal chez les hommes, par pays, en Europe de l'Ouest.

Source : Globocan 2002

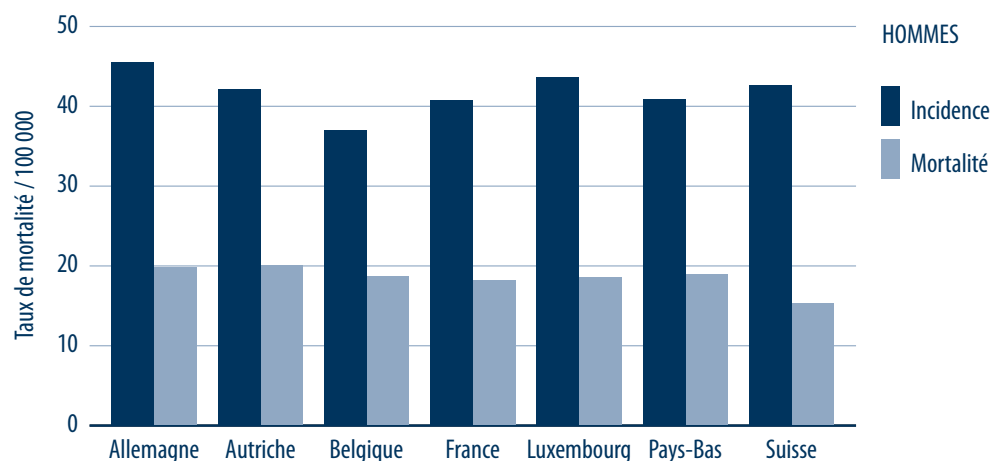
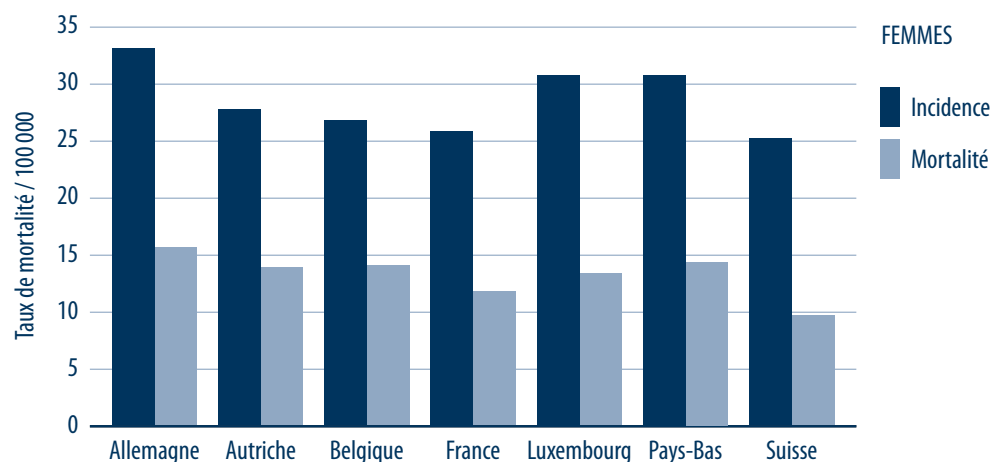


Figure 4. Taux d'incidence et taux de mortalité standardisés pour l'âge (population mondiale) du cancer colorectal chez les femmes, par pays, en Europe de l'Ouest.

Source : Globocan 2002



1.1.4 LÉTALITÉ ET SURVIE

En Région wallonne, le rapport mortalité sur incidence (rapport M/I) calculé en 2004 par la Fondation Registre du Cancer pour le cancer colorectal égale 36 % chez les hommes. Cela signifie qu'en 2004 le nombre de décès par cancer colorectal correspondait à 36 % du nombre de nouveaux diagnostics de ce cancer posés la même année. Pour les femmes wallonnes, le rapport M/I égale 42 %. À Bruxelles, il est de 37 % chez les hommes et de 41 % chez les femmes^[3].

L'excès de mortalité par cancer colorectal se situe dans la première année suivant le diagnostic et diminue fortement après^[10]. Il n'y a d'ailleurs presque plus d'excès de risque cinq ans après le diagnostic. Il paraît donc intéressant d'estimer la survie à 5 ans de ce cancer. Pour cela, il faut suivre les malades dans le temps et noter les décès. À notre connaissance, de tels chiffres n'existent pas en Communauté française.

Au niveau provincial

La province du Luxembourg se démarque par un rapport M/I relativement bas chez les hommes au contraire de la province de Liège où ce rapport est relativement haut.

Tableau 5. Rapport Mortalité/Incidence en % selon le sexe pour chaque province wallonne et la Région bruxelloise en 2004.

Source : Fondation Registre du Cancer et Direction générale de la Santé de la Communauté française

	Brabant Wallon	Hainaut	Liège	Luxembourg	Namur	Bruxelles
Hommes	33	35	41	24	32	37
Femmes	41	40	44	44	47	41

Au niveau belge

En Région flamande, le rapport mortalité sur incidence calculé en 2004 par la Fondation Registre du Cancer pour le cancer colorectal égalait 35 % chez les hommes et 38 % chez les femmes^[3]. Il n'y a donc pas de grandes différences selon les régions.

Par ailleurs, le taux de survie à 5 ans estimé sur la période 1997-2001 selon la Communauté flamande pour le cancer colorectal était de 57 % dans les 2 sexes^[11].

Au niveau international

Le taux de survie à 5 ans de la fin des années 90 avoisinait les 48 % pour le cancer du côlon en Europe et les 44 % pour le cancer du rectum^[12]. À la même période, ce taux égalait 60 % pour le cancer du côlon et 57 % pour le cancer du rectum aux USA. Le délai de diagnostic lié aux pratiques de dépistage expliquerait ces différences puisque des recommandations prônant le dépistage de ce cancer existent depuis la fin des années 70 aux USA alors qu'elles ne font leur apparition que depuis la fin des années 90 en Europe^[12]. Les chiffres européens plus récents montrent un taux de survie meilleur. Ainsi, en France, la survie relative à cinq ans standardisée pour l'âge est actuellement de 56 % chez les hommes et de 58 % chez les femmes, les cas les plus récemment diagnostiqués ayant un meilleur pronostic^[10].

La survie au cancer colorectal dépend en effet fortement du stade de la tumeur au moment du diagnostic. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé insiste d'ailleurs sur l'importance de connaître le stade exact de chaque tumeur (stade TNM) tant c'est un élément prédictif important de la survie^[13]. En Belgique, selon la Fondation Registre du Cancer^[3], cette information est manquante dans 19 % des cas. Lorsqu'elle est présente, elle permet de calculer que 50 % des cancers colorectaux présentent un stade avancé au moment du diagnostic (stade III ou IV). Aucune différence entre régions n'est signalée à ce niveau.

1.1.5 TENDANCES ET ÉVOLUTION DANS LE TEMPS

L'incidence du cancer colorectal semble stable depuis plusieurs années dans les pays occidentaux. En Asie, par contre, une augmentation de l'incidence est signalée dans certains pays qui finissent par présenter des taux élevés proches de nos pays occidentaux^[14].

En Région wallonne, il est relativement malaisé de présenter des chiffres à ce propos tant la fiabilité des données récoltées par le Registre du Cancer dans les années 90 est remise en cause. Selon le réseau des médecins vigies^[15], les taux annuels bruts d'incidence du cancer colorectal n'avaient pas varié de manière significative entre la période de 1990-93 et celle de 1994-97, tant chez les hommes que chez les femmes. De prochaines analyses sur des données plus récentes pourront nous en dire plus.

En Région flamande, l'incidence standardisée pour l'âge du cancer colorectal montre une légère augmentation entre 1999 et 2005 chez les hommes mais pas chez les femmes où les taux restent relativement stables^[3].

Par ailleurs, même si l'incidence reste stable dans le temps, le nombre de cas absolus de cancers colorectaux risque d'augmenter^[8]. En effet, la population vieillit et le cancer colorectal a une incidence qui augmente avec l'âge.

En ce qui concerne la mortalité, le risque de décéder d'un cancer colorectal reste plutôt stable depuis les années 80, voire diminue dans certaines régions du monde, notamment en Europe^[16]. Pour la Région wallonne comme pour Bruxelles, les taux sont également restés stables entre 1987 et 1999^[17] (figure 5) au contraire de la Flandre où ces taux ont tendance à diminuer.

Figure 5. Evolution du taux de mortalité standardisé (population européenne) pour l'âge par cancer colorectal (et anal) en Région wallonne, chez les hommes et les femmes, 1987 – 1999.

Source : SPMA

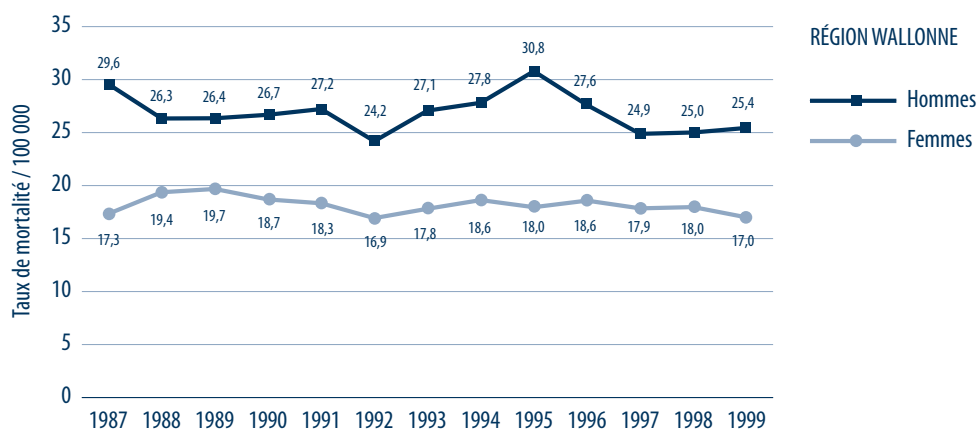
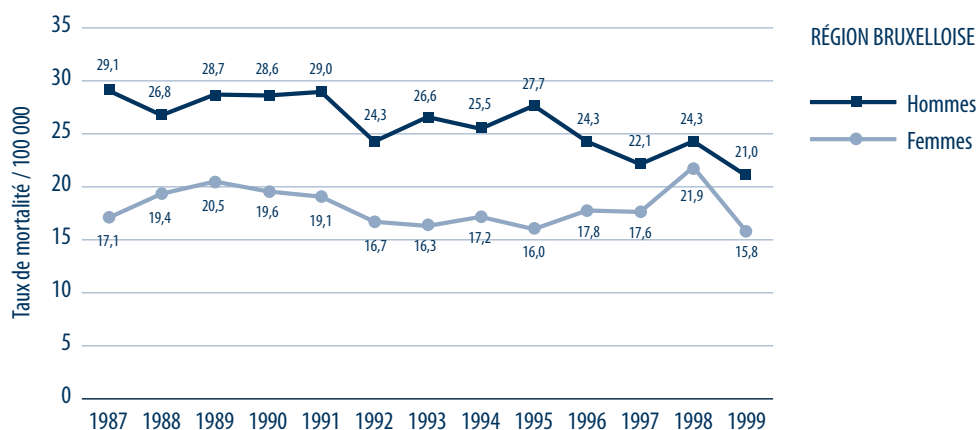


Figure 6. Evolution du taux de mortalité standardisé (population européenne) pour l'âge par cancer colorectal (et anal) en Région bruxelloise, chez les hommes et les femmes, 1987 – 1999.

Source : SPMA



Les chiffres épidémiologiques confirment que le cancer colorectal constitue une menace grave pour la santé publique en Communauté française. Ce cancer est en effet la troisième cause de cancer chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Il est également la seconde cause de décès par cancer, ce qui démontre sa sévérité. Nous nous situons d'ailleurs parmi les pays aux plus hauts taux d'incidence et de mortalité liés à ce cancer dans le monde. Enfin, hormis pour l'incidence chez les hommes qui est un peu plus élevée en Flandre, il ne semble pas y avoir de différences régionales dans l'épidémiologie de ce cancer dans notre pays. Des variations sont notées entre les provinces wallonnes tant en termes d'incidence que de mortalité et mériteraient d'être confirmées par un suivi dans le temps.

1.1.6 PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE DU CANCER COLORECTAL

Ce chapitre ne correspond à aucun critère de l'OMS en faveur d'un dépistage de masse du cancer colorectal. Il nous a cependant semblé pertinent de le présenter à la suite des indicateurs de l'épidémiologie de ce cancer. En effet, comme tout cancer, le cancer colorectal est le résultat d'un long processus qui peut être influencé par différents facteurs, certains augmentant le risque de la maladie, d'autres ayant un effet protecteur. La prévalence de ces facteurs en Communauté française peut dès lors donner une estimation du niveau de risque de la population. Elle peut aussi donner des pistes d'action de prévention primaire. C'est la raison pour laquelle une brève revue des facteurs de risque vous est proposée ici.

1.1.6.1 FACTEURS INDIVIDUELS

Le patrimoine génétique

De rares maladies génétiques rendent le risque de développer un cancer colorectal extrêmement élevé. Il s'agit :

- de la polypose familiale adénomateuse (PAF) ;
- du syndrome du cancer colorectal héréditaire sans polypose (syndrome HNPCC ou syndrome de Lynch).

Ces maladies seraient responsables de 5 % de tous les cancers colorectaux^[18].

Les antécédents personnels et familiaux

Certains antécédents ont une importance considérable dans l'incidence du cancer. Leur présence détermine d'ailleurs un risque élevé de développer ce cancer au cours de la vie.

Parmi ceux-ci, on distingue :

- les antécédents personnels d'adénome ou de carcinome
- les antécédents familiaux d'adénome (<40 ans) ou de carcinome (<60 ans)
- une maladie inflammatoire des intestins (rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) et maladie de Crohn)

Ces antécédents seraient retrouvés dans 18 % environ des cancers colorectaux^[19].

Le sexe

Plusieurs études montrent que les hommes ont une incidence plus élevée de cancer colorectal que les femmes^[20] mais les femmes ne sont pas pour autant exemptées de ce cancer, loin de là !

En Belgique^[8], le risque de développer un cancer colorectal est similaire dans les deux sexes jusqu'à l'âge de 50 ans. Après 50 ans, l'incidence de ce cancer est plus élevée chez les hommes. Cette tendance se retrouve en Région wallonne et en Région bruxelloise (figure 7 et 8).

L'influence du sexe sur la problématique du cancer colorectal n'est pas simple à démêler dans la littérature scientifique. Trois points méritent certainement d'être soulevés :

- Les professionnels de la santé et la population elle-même ont tendance à minimiser le risque de cancer colorectal chez les femmes. Avec le danger que les médecins leur proposent moins de se faire dépister ou que les femmes se sentent moins concernées par le dépistage.
- Les femmes accordent en général plus d'attention à leur santé, vont plus souvent chez le médecin généraliste, ce qui est favorable à la pratique du dépistage.
- Les femmes semblent adhérer plus facilement au dépistage par recherche de sang occulte dans les selles alors que les hommes seraient plus enclins à accepter une coloscopie^[21].

POURQUOI UN PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE ?

Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française

Figure 7. Taux d'incidence du cancer colorectal par groupe d'âge et sexe en Région wallonne, 2004.

Source : Fondation Registre Cancer

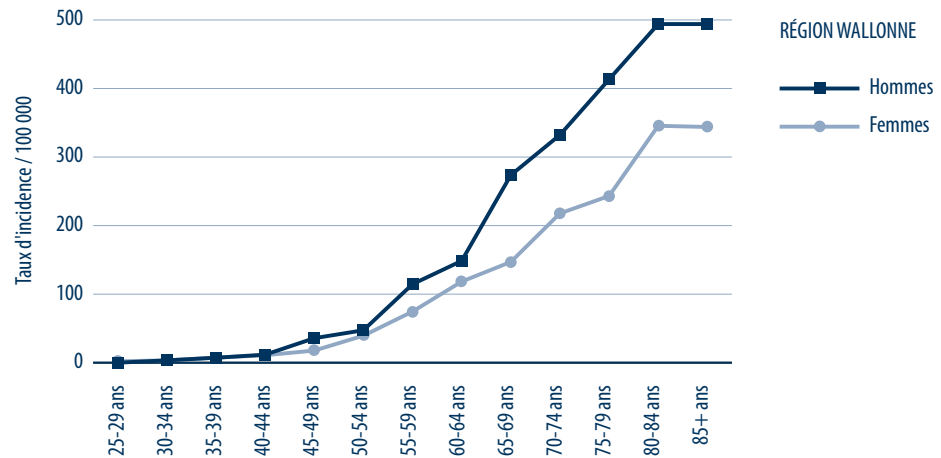
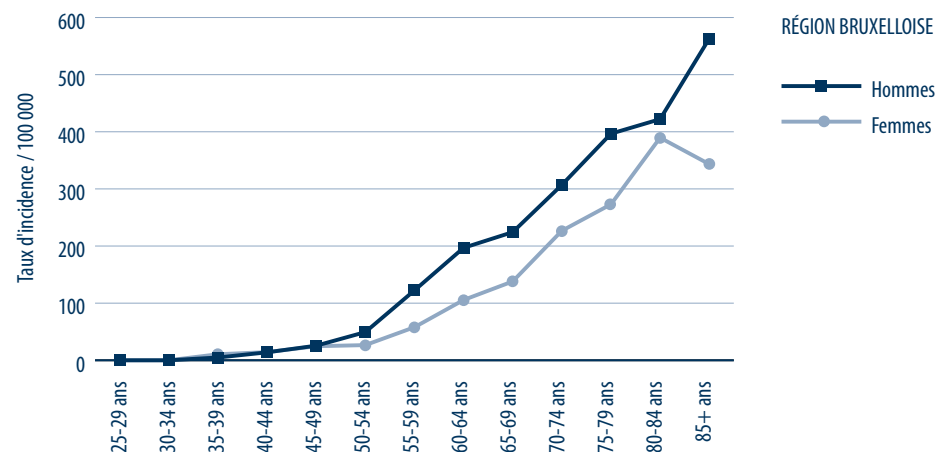


Figure 8. Taux d'incidence du cancer colorectal par groupe d'âge et sexe en Région bruxelloise, 2004.

Source : Fondation Registre Cancer



L'âge

L'incidence du cancer colorectal augmente avec l'âge. Plus de 90 % des cancers colorectaux surviennent après 50 ans^[13]. En Belgique l'âge moyen de diagnostic du cancer colorectal est de 70 ans chez les hommes et 72 ans chez les femmes^[8].

En Région wallonne, comme en Région bruxelloise, près de 95 % des cancers colorectaux surviennent à partir de 50 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

Les décès par cancer colorectal augmentent eux aussi progressivement avec l'âge. En Belgique, plus de 96 % des décès liés à ce cancer sont survenus chez des personnes de plus de 50 ans en 1997^[8]. C'est cette même proportion qui est retrouvée en 2004 en Région wallonne comme en Région bruxelloise, pour les deux sexes.

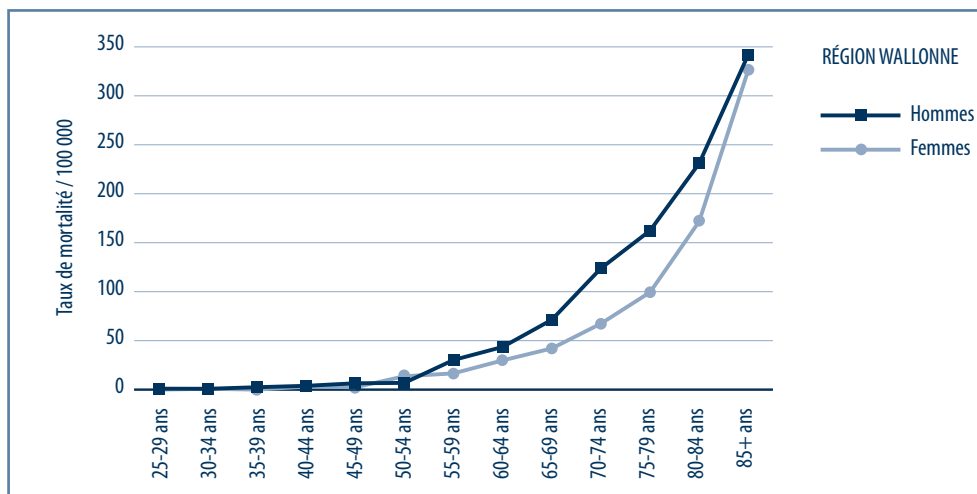


Figure 9. Taux de mortalité du cancer colorectal par groupe d'âge et sexe en Région wallonne, 2004.
Source : Communauté française

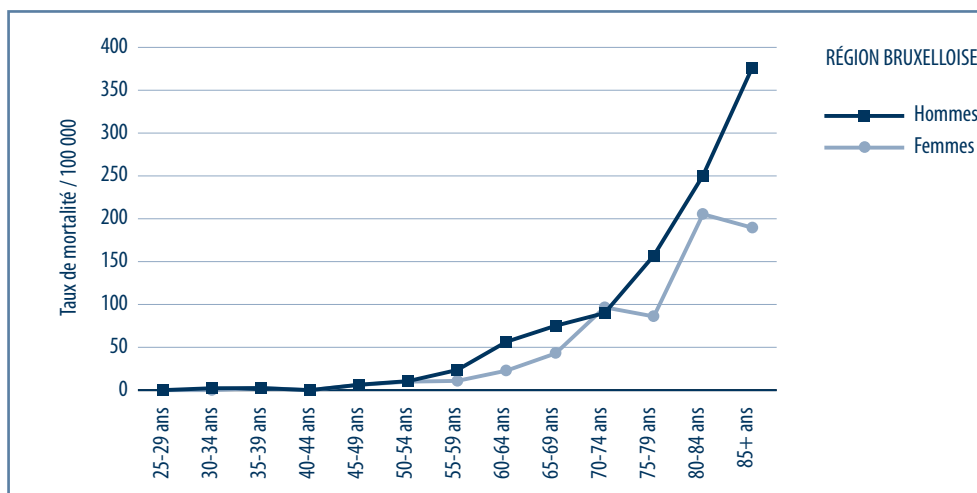


Figure 10. Taux de mortalité du cancer colorectal par groupe d'âge et sexe en Région bruxelloise, 2004.
Source : Communauté française

Différents niveaux de risque de cancer colorectal sont déterminés dans la population et définissent un risque plus ou moins important de développer un cancer colorectal (taux cumulé) avant 74 ans (tableau 6). L'âge est un facteur de risque très important de ce cancer. À partir de 50 ans, il n'y a d'ailleurs pas de risque bas d'avoir un cancer colorectal. À cet âge, la population générale, c'est-à-dire sans antécédents personnels ou familiaux d'adénomes et de carcinomes colorectaux, est considérée à risque moyen. Son risque cumulé de présenter en cancer colorectal avant 75 ans est de 3,5 %.

Tableau 6. Description des différents niveaux de risque de cancer colorectal (cancer CR).

Source : Groupe de travail de la Communauté française⁽¹⁹⁾.

Niveau de risque	Population concernée	Taux cumulé 0-74 ans
Moyen (77 % des cancers)	Population générale	3,5 %
Élevé (18 % des cancers)	1 parent avec cancer CR > 60 ans	5 %
	1 parent avec cancer CR 45 – 60 ans	8 %
	1 parent avec cancer CR < 45 ans	13 %
	2 parents avec cancer CR	21 %
	Histoire personnelle d'adénome ou de cancer CR	18 %
	RCUH ou Crohn (Pancolite > 30 ans d'évolution)	18 %
Très élevé (5 % des cancers)	PAF ou Lynch	75-100 %

1.1.6.2 FACTEURS DE RISQUE COMPORTEMENTAUX

Plusieurs constats ont suggéré que les déterminants génétiques n'étaient pas les seuls facteurs modulant l'incidence du cancer colorectal.

- L'augmentation de l'incidence du cancer colorectal en une génération chez les personnes d'origine japonaise ayant migré à Hawaii alors qu'elle restait très faible au Japon est un de ces constats^[4]. À noter que depuis lors, l'incidence du cancer colorectal augmente au Japon au fur et à mesure que le régime alimentaire et le style de vie s'occidentalisent.
- Une autre observation est l'incidence plus élevée du cancer colorectal chez les Noirs américains par rapport aux Noirs africains, aux Blancs et aux autres minorités. Ainsi, l'incidence estimée en 2000-2003 aux USA était de 52 pour 100 000 chez les Noirs Afro-Américains contre 37 pour 100 000 chez les américains hispaniques et <5 pour 100 000 chez les Noirs Africains^[14].

L'alimentation

De nombreuses études tentent d'estimer la part de l'alimentation dans le déterminisme des cancers colorectaux. Certains facteurs diététiques sont en effet associés à une augmentation du risque de cancer du côlon tandis que d'autres semblent avoir un effet protecteur.

Parmi les **facteurs de risque** alimentaires du cancer colorectal, les moins controversés sont la consommation de graisse, la consommation de viande rouge et la quantité totale de calories ingérées par jour. Concernant la viande rouge^[22], on ne sait si son action est directe, si elle est liée à la production d'amines hétérocycliques pendant la cuisson ou si elle est indirecte suite à une moindre consommation de fruits et de légumes chez les mangeurs de viande. Son effet semblerait lié à une prédisposition génétique. Par ailleurs, la consommation d'œufs et celle de poissons fumés ou salés pourrait augmenter le risque de cancer colorectal mais c'est à confirmer^[22].

D'autres facteurs semblent écartés car sans influence sur l'incidence du cancer colorectal. C'est le cas de la viande blanche, du thé, du café et du poisson (non salé ou fumé)^[22].

Concernant les **facteurs protecteurs**, l'apport des fibres est controversé de même que celui des vitamines A et C^[22]. La consommation de céréales ne montre pas d'effet sur l'incidence du cancer colorectal (mais cela peut être dû à la diversité des céréales et de leurs modes de préparation)^[23]. Par contre, l'effet protecteur des fruits et des légumes (riches en fibres mais aussi en acide folique) fait plutôt l'unanimité. L'effet positif sur l'incidence du cancer colorectal serait lié à une consommation élevée d'une combinaison de fruits et de légumes, plutôt que des uns ou des autres seuls^[23]. Enfin, l'action conjointe du calcium et de la vitamine D semble intéressante^[22].

En pratique, l'OMS et le programme «l'Europe contre le Cancer» recommandent en prévention primaire du cancer colorectal de diminuer l'apport de graisses (surtout animales) et d'augmenter la consommation quotidienne de fruits et légumes^[12].

Or, selon l'enquête effectuée en 2004 par l'Institut Scientifique de Santé publique sur la consommation alimentaire^[24], les Belges sont loin de respecter les recommandations en matière alimentaire. Ainsi, 3,4 % seulement des Wallons et Bruxellois (vs 14,4 % de Flamands) mangeraient une ration suffisante de légumes par jour (à savoir 350 g/j). Concernant les fruits, ils seraient 20,4 % en Wallonie et à Bruxelles (vs 22,3 % en Flandre) à consommer une ration quotidienne recommandée de 250 g/j. Au niveau de l'ingestion de graisses, 10,8 % de Wallons et Bruxellois (vs 9 % de Flamands) en consomment moins de 30 % /jour, ce qui est la limite conseillée.

Le surpoids et l'obésité

Il est démontré qu'un Indice de Masse Corporelle (IMC= poids/taille²) > à 25 augmente le risque d'adénome et de cancer colorectal. L'effet serait particulièrement important chez les hommes^[25].

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004^[26], l'Indice de Masse Corporelle moyen en Belgique égale 25,1 chez les adultes, ce qui indique que le Belge moyen est trop gros. En Région wallonne, 42,2 % des femmes et 54,6 % des hommes présentent un poids trop élevé. En Région bruxelloise, ce sont 34,8 % des femmes et 43,8 % des hommes qui sont dans ce cas. Les adultes wallons sont statistiquement plus gros que les Bruxellois et les Flamands. Par ailleurs, parmi les personnes qui ont un excès de poids, 39,7 % de Wallons et 38,7 % de Bruxellois déclarent ne pas se faire de soucis au sujet de leur propre poids (vs 41,4 % des Flamands). Ils sont 18,2 % en Wallonie et 19,5 % à Bruxelles à tenter de maigrir (vs 13 % en Flandre). La volonté de perdre du poids se rencontre plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

La sédentarité

Il semble qu'une activité physique régulière protège contre le cancer du côlon, principalement chez les hommes. L'influence de l'activité physique serait moindre sur le cancer rectal. Par ailleurs, elle diminue le risque d'obésité, autre facteur de risque des cancers colorectaux^[8].

Or, le pourcentage de la population pratiquant une activité physique suffisante pour avoir un impact positif sur la santé égale 36,9 % en Wallonie et 31,3 % à Bruxelles selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004^[26]. En Flandre, ce pourcentage égale 48,2 %. Par ailleurs, les femmes pratiquent moins d'activité physique que les hommes, quelle que soit la région dans laquelle elles habitent.

L'alcool

Un lien entre la consommation d'alcool et un risque accru de cancer colorectal est démontré^[8,27]. L'OMS et le programme «l'Europe contre le Cancer» préconisent d'ailleurs de diminuer la consommation d'alcool en prévention primaire de ce cancer^[12].

Selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004^[26], les Régions bruxelloise et wallonne présentent un taux particulièrement élevé de personnes ayant une consommation abusive régulière d'alcool puisque cela concerne respectivement 11,4 % et 10,7 % des personnes interrogées (vs 5,9 % en Flandre). Cela concerne même plus de 15 % des hommes bruxellois de 25-44 ans, des femmes bruxelloises de 25-34 ans et des hommes wallons de 25 à 64 ans.

Le tabac

Le lien entre le tabagisme et le cancer colorectal a longtemps été controversé. Plusieurs revues récentes de la littérature^[28,29,30,31] tendent cependant à montrer que les fumeurs ont un risque significativement plus élevé par rapport aux non-fumeurs d'avoir des adénomes mais aussi de développer et de mourir d'un cancer colorectal. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, la durée du tabagisme, le nombre d'années-paquets et l'âge de l'initiation sont autant de facteurs qui modulent le risque de ce cancer.

Selon le CRIOC^[32], il y aurait en Belgique en 2007, 23 % de fumeurs quotidiens francophones âgés de 15 ans et plus et 21 % de néerlandophones. Même si le nombre de fumeurs réguliers diminue régulièrement depuis le début des années 80 (où il avoisinait 40 %), il faut noter que le tabagisme semble toucher de plus en plus de jeunes, à un âge de plus en plus précoce.

Certains facteurs de risque sont particulièrement présents en Communauté française, du moins par rapport à la Flandre. Cela ne se traduit pas dans les chiffres régionaux d'incidence ou de mortalité par cancer colorectal mais cela montre une vulnérabilité plus grande de la population francophone qui mérite certainement un accompagnement dans l'adoption d'attitudes saines.

1.1.6.3 FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX

Par facteurs environnementaux, on entend ici les polluants physiques, chimiques ou biologiques présents dans l'environnement et pouvant avoir un impact sur la santé. Cette précision paraît nécessaire dans la mesure où de nombreux auteurs de publications relatives au cancer colorectal considèrent «environnemental» tout ce qui n'est pas «génétique». Le tabagisme, le régime alimentaire, le manque d'exercice physique sont alors associés à l'environnement, ce qui ne nous semble pas très pertinent dans une perspective de promotion de la santé.

Si l'on se concentre sur le lien entre le cancer colorectal et les polluants environnementaux, force est alors de constater que les publications sont rares et les conclusions quasi inexistantes. Parmi les facteurs étiologiques actuellement évoqués dans le développement du cancer colorectal, on peut citer les organochlorés persistants dans l'alimentation^[33] et la présence de nitrates dans l'eau de boisson^[34,35]. L'impact de ces derniers vient cependant d'être infirmé^[36].

1.1.6.4 CHIMIOPRÉVENTION

L'effet protecteur de certaines substances médicamenteuses évoque la possibilité d'une chimioprévention du cancer colorectal. Actuellement, l'aspirine et les anti-inflammatoires sont largement cités à ce propos dans la littérature^[37,38,39]. Le niveau de preuve est cependant insuffisant pour autoriser une recommandation conseillant leur administration en prévention du cancer colorectal d'autant que leurs effets secondaires potentiels sont loin d'être négligeables^[8].

Pour prévenir le cancer colorectal, certaines recommandations font l'unanimité actuellement. Il s'agit d'absorber moins de calories, de consommer plus de fruits et de légumes, de diminuer la consommation d'alcool et de faire régulièrement de l'exercice physique. Selon la littérature, 30 à 40 % des cancers colorectaux pourraient être évités par de telles modifications du style de vie^[8].

Ces recommandations ont du sens en Communauté française au vu de la proportion importante de la population qui pourrait en bénéficier. D'autant que ces messages sont tout aussi utiles pour d'autres aspects de la santé, que ce soit la santé cardio-vasculaire, la santé mentale... Le Gouvernement de la Communauté française a lancé un plan qui a pour mission de définir et mettre en oeuvre une politique coordonnée de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaires et physiques à destination des enfants et des adolescents^[40].

1.2 UNE MALADIE CURABLE

Pour qu'un dépistage ait du sens, il faut que la maladie dépistée soit curable. Parmi les différents critères cités par l'OMS pour valider l'organisation d'un dépistage de masse, plusieurs portent d'ailleurs sur les moyens de traitements. Synthétiquement, on peut dire qu'il faut que ces moyens soient disponibles, efficaces, standardisés et surtout qu'un traitement commencé à un stade précoce de la maladie soit plus bénéfique qu'un traitement commencé ultérieurement. Dans le cas contraire, le dépistage risque simplement d'avancer le diagnostic sans rien changer à l'évolution naturelle de la maladie.

Dans le cas du cancer colorectal, la survie à 5 ans du cancer colorectal dépend fortement du stade de la maladie au moment du diagnostic. Ainsi elle est de plus de 90 % pour les cancers diagnostiqués à un stade précoce (limités à la muqueuse et à la sous-muqueuse) mais elle chute à 45 % lorsqu'il y a atteinte des ganglions et elle est marginale en cas de métastases à distance^[41].

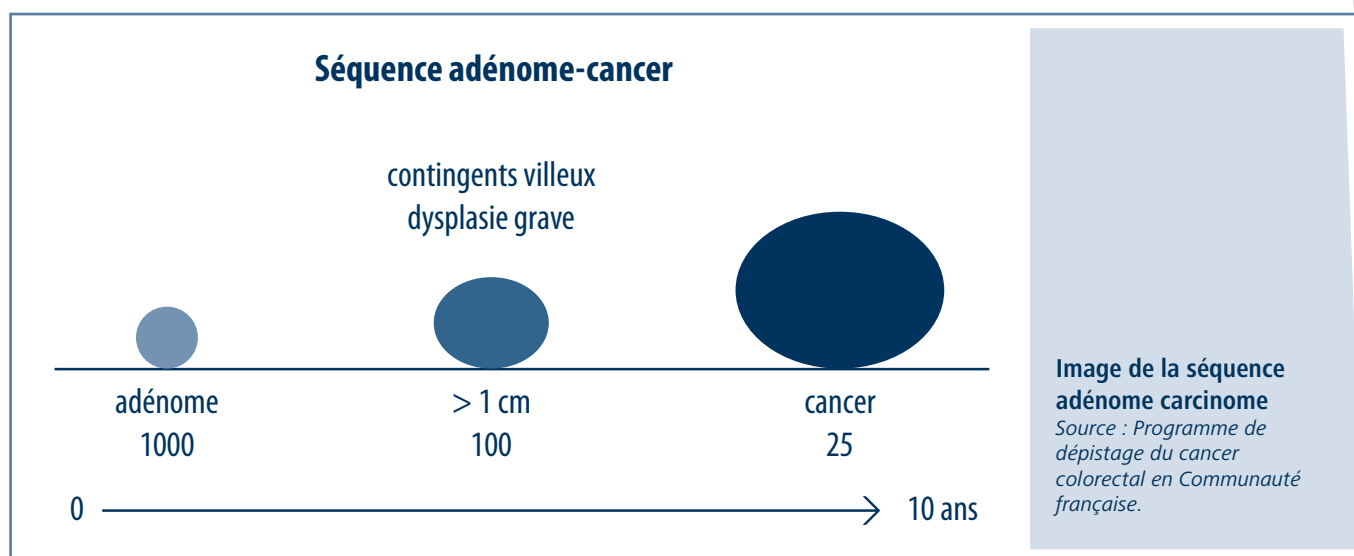
Le traitement du cancer colorectal est avant tout chirurgical avec une ablation d'autant plus délétère que le cancer est diagnostiqué à un stade tardif. Par ailleurs, des traitements adjuvants tels qu'une chimiothérapie sont parfois indiqués. La prise en charge des patients peut donc être lourde et doit être globale, autant physique que psychologique.

Le pronostic du cancer colorectal est étroitement lié au stade au moment du diagnostic variant entre plus de 90 % de survie à 5 ans si le stade est précoce à quelques pourcents s'il est avancé. Chercher la maladie sans attendre a donc du sens.

1.3 UNE MALADIE DÉCELABLE À UN STADE PRÉCLINIQUE

Pour pouvoir dépister une maladie, il faut que cette dernière passe par un stade de latence ou un début de phase clinique qui soit identifiable alors que le patient ne présente pas de symptôme. Le dépistage s'adresse en effet par définition à des patients asymptomatiques. L'histoire de la maladie doit donc être connue.

Le cancer colorectal se développe en général à partir d'une tumeur bénigne que l'on appelle adénome ou polype. Tous les adénomes ne dégèrent pas en cancer. Sur 1000 adénomes, 100 grossiront au point d'avoir plus de 1 cm de diamètre et 25 se transformeront en carcinome, c'est-à-dire en cancer. Cette transformation est appelée la séquence «adénome-carcinome». Elle prend une dizaine d'années^[19].



La séquence adénome-carcinome du cancer colorectal offre bien la possibilité de déceler des lésions avant même qu'elles ne soient cancéreuses. Il est donc possible de dépister le cancer colorectal.

1.4 L'EXISTENCE D'UN EXAMEN DE DÉPISTAGE FIABLE ET ACCEPTABLE

Plusieurs critères de l'OMS portent sur l'examen de dépistage lui-même. D'abord, il faut qu'un test existe. Ensuite il doit être efficace et acceptable. Certains auteurs affinent ces critères^[13,42], ce qui permet de dresser la liste suivante :

- simplicité de mise en oeuvre
- acceptabilité satisfaisante
- bonne reproductibilité
- sécurité d'emploi
- sensibilité satisfaisante (c-à-d la probabilité que le test soit positif lorsqu'il y a cancer)
- spécificité très élevée (c-à-d la probabilité que le test soit négatif en l'absence de cancer)
- coût raisonnable.

Plusieurs tests de dépistage sont possibles dans le cancer colorectal. Il n'est pas dans notre propos de les passer en revue d'autant que certains sont clairement identifiés comme non pertinents dans un dépistage de masse. Nous aborderons simplement :

- la recherche de sang occulte dans les selles. En effet, les carcinomes et les adénomes peuvent saigner à bas bruit, à l'insu du patient. Deux méthodes existent dans ce cadre^[43] : les tests à base de résine de gaïac (Hémocult II®, Hémocult Sensa®, Fecatest®, Hémofec®) et les tests immunochimiques (HemeSelect®, Hexagon OBTI®).
- la recherche visuelle de ce cancer par coloscopie, par recto-sigmoïdoscopie (si on s'arrête au sigmoïde) ou encore par coloscopie virtuelle.
- le dépistage moléculaire d'altérations génétiques dans les selles.

Chacun des tests de dépistage du cancer colorectal répond de manière différente aux critères énoncés ci-dessus.

A) LA RECHERCHE DE SANG OCCULTE DANS LES SELLES (FOBT) À BASE DE RÉSINE DE GAÏAC

C'est le seul test ayant fait l'objet de nombreuses études randomisées qui ont permis de mettre en évidence son efficacité. Il repère l'hémoglobine dans les selles.

Ses avantages sont :

- Son acceptabilité : il est accessible, simple à réaliser, n'entraîne pas d'inconfort physique, ni de risque pour le patient. Il ne demande plus de restriction alimentaire (hormis l'éviction du boudin noir). Celle-ci diminuait en effet fortement la compliance sans avoir démontré une quelconque efficacité dans la réduction des faux positifs. Ce test nécessite un prélèvement de 2 échantillons par selles, sur 3 selles consécutives.
- Sa spécificité élevée, de 96 à 98 %^[8].
- Sa validité démontrée dans le cadre de programme organisé de dépistage de masse. À ce jour, c'est même la seule méthode de dépistage de masse dont l'efficacité a été démontrée avec une réduction significative de la mortalité par cancer colorectal. Son utilisation répétée (tous les 2 ans) permet de diminuer la mortalité liée à ce cancer de 14 % environ après 10 ans^[44]. C'est par ailleurs la méthode la plus couramment utilisée dans les programmes de dépistage du cancer colorectal dans le monde^[45].
- Son faible coût.

Ses inconvénients sont :

- Sa sensibilité qui avoisine les 50 % pour la détection du cancer^[8]. Un test unique pourrait donc ne pas détecter plus de 50 % des cancers en cours (notamment parce que toutes les lésions cancéreuses ne saignent pas et/ou elles saignent par intermittence). Cet inconvénient peut être réduit par la répétition du test.
- Le fait que, même si sa spécificité est relativement élevée, il peut donner des résultats faux positifs (notamment parce qu'il ne fait pas la distinction entre l'hémoglobine humaine et animale et parce qu'il

ne fait pas la différence entre différents types de lésions). Or ces faux résultats positifs peuvent entraîner une mise au point (parfois lourde) et un stress négatif chez les patients.

B) LA RECHERCHE DE SANG OCCULTE DANS LES SELLES (FOBT) PAR TESTS IMMUNOCHIMIQUES

Ce test identifie la présence d'hémoglobine humaine dans les selles.

Ses avantages sont :

- Son acceptabilité : il est tout aussi acceptable que le test gäiac, même un peu plus car il ne demande qu'un échantillon de selles.
- Sa spécificité qui est plus importante que celle du test gäiac puisqu'il est spécifique au sang humain.

Ses inconvénients sont :

- Son coût.
- Sa sensibilité, plus élevée que celle du gäiac, mais restant dépendante du saignement de la lésion.
- L'absence à ce jour de démonstration de sa validité dans un programme de dépistage de masse.

C) LA RECHERCHE VISUELLE DE CE CANCER PAR ENDOSCOPIE : COLOSCOPIE OU RECTO-SIGMOÏDOSCOPIE

La coloscopie permet de visualiser l'entièreté du colon alors que la recto-sigmoïdoscopie s'arrête à l'angle gauche du côlon.

Ses avantages sont :

- Son efficacité très élevée puisque l'endoscopie permet de visualiser la muqueuse intestinale (sur l'entièreté du côlon pour la coloscopie, une partie pour la recto-sigmoïdoscopie), de détecter les adénomes et d'en faire l'ablation immédiate ainsi que de repérer les carcinomes et d'en faire une biopsie.
- Sa sensibilité élevée, supérieure à 90 % pour les cancers et les polypes avancés^[45]. Cette sensibilité pourrait encore être améliorée par de nouvelles techniques telles que l'application de colorants sur la muqueuse ou l'utilisation de systèmes optiques plus performants^[43].

Ses inconvénients sont :

- Son acceptabilité basse : une préparation intestinale est nécessaire avant l'examen et elle est désagréable ; la coloscopie doit se faire sous sédation ce qui n'est pas sans risque ; la recto-sigmoïdoscopie provoque un inconfort physique voire des douleurs liées à l'insufflation d'air dans l'intestin pendant l'examen. En Bavière, le taux de participation au programme de dépistage de masse effectué par une coloscopie d'emblée atteint 6 % seulement^[45].
- Les risques d'effet iatrogène : il existe des risques d'hémorragie, de perforation et même d'un décès pour 100 000 coloscopies.
- Son coût.

Différents travaux suggèrent d'associer la recherche d'un saignement occulte dans les selles à la recto-sigmoïdoscopie (et de les faire suivre par une coloscopie en cas d'identification de lésions néoplasiques distales et/ou d'un saignement occulte dans les selles). Cette association permettrait d'augmenter la sensibilité du dépistage pour le diagnostic des lésions néoplasiques colorectales par rapport à celle de la rectogimoïdoscopie seule mais elle cumulerait le coût et les inconvénients des 2 examens. Son efficacité doit encore être démontrée^[8].

D) LA RECHERCHE VISUELLE DE CE CANCER PAR COLONOSCOPIE VIRTUELLE

Il s'agit d'un CT-scan donnant une image de haute résolution et tridimensionnelle du côlon.

Ses avantages sont :

- Sa spécificité puisqu'elle avoisine les 94 à 98 % pour les adénomes d'au moins 1 cm de diamètre^[43].
- Un rapport bénéfice/risque supérieur à celui de la coloscopie classique.

Ses inconvénients sont :

- Son acceptabilité moyenne : une préparation intestinale est nécessaire avant l'examen et une insufflation d'air dans l'intestin doit être réalisée pendant l'examen, ce qui peut être douloureux ; il n'est pas possible de réaliser une biopsie ou une exérèse pendant l'examen ; il faut irradier le patient...
- Son coût.
- Sa sensibilité relative puisqu'elle dépend de la taille de la lésion et est modérée pour les lésions inférieure à 1 cm de diamètre^[43].
- L'absence à ce jour de démonstration de sa validité dans un programme de dépistage de masse.

E) LE DÉPISTAGE MOLÉCULAIRE D'ALTÉRATIONS GÉNÉTIQUES DANS LES SELLES

Ce test repère les mutations évocatrices de néoplasies dans la séquence d'ADN des cellules tumorales des carcinomes^[43].

Ses avantages sont :

- Son acceptabilité : il ne nécessite ni préparation, ni restriction alimentaire, n'entraîne ni inconfort ni risque physique et ne demande qu'un échantillon de selle. Il est donc encore plus acceptable que le test gaïac.
- Sa sensibilité et sa spécificité qui augmentent avec le nombre de mutations recherchées.

Ses inconvénients sont :

- Son coût qui rend son utilisation à grande échelle impraticable.
- L'absence à ce jour de démonstration de sa validité dans un programme de dépistage de masse.

Plusieurs tests de dépistage du cancer colorectal existent. Le test de recherche de sang occulte dans les selles sur base de résine de gaïac et même plus précisément le test Hémocult II® est cependant le seul test ayant fait l'objet de nombreuses études randomisées qui ont permis de mettre en évidence son efficacité dans le cadre de programmes organisés de dépistage ; la coloscopie est une alternative utilisée dans de nombreux pays mais son acceptabilité dans un dépistage de masse pose question ; d'autres tests comme la coloscopie virtuelle ou le dépistage moléculaire d'altérations génétiques dans les selles existent mais n'ont pas encore fait la preuve de leur supériorité en terme de coût/efficacité.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé^[13] affirme d'ailleurs qu'un dépistage du cancer colorectal par Hémocult II® peut être acceptable sur le plan coût /efficacité s'il est répété tous les 2 ans, est suivi d'une coloscopie en cas de résultat positif et s'il s'adresse aux personnes à risque moyen, c'est-à-dire asymptomatiques et sans antécédents familiaux ou personnels, à partir de l'âge de 50 ans. Un programme spécifique doit être prévu pour les autres personnes. Il suggère en outre d'effectuer des projets pilotes afin de tester la faisabilité d'un tel programme dans le contexte belge.

QUE RETENIR DE CE CHAPITRE ?

Le cancer colorectal est une maladie fréquente et sévère, en Communauté française comme dans de nombreuses régions du monde occidental. L'incidence de ce cancer augmente nettement avec l'âge et touche principalement les plus de 50 ans. À partir de cet âge, il n'y a pas de risque bas d'avoir un cancer colorectal. On est à risque moyen, voire élevé à très élevé si l'on présente des antécédents personnels ou familiaux spécifiques à ce cancer. Certains facteurs de risque connus de ce cancer sont suffisamment étayés pour justifier une prévention primaire. Il s'agit de l'alimentation, de la sédentarité, de la consommation excessive d'alcool et du tabagisme. Par ailleurs, le cancer colorectal est curable s'il est pris à temps et est décelable à un stade précoce, voire même avant son développement puisqu'il passe souvent par une lésion précancéreuse identifiable. Des examens de dépistage existent. Parmi ceux-ci, la recherche de sang occulte dans les selles et la coloscopie sont les plus fréquemment utilisés et ont chacun leurs avantages et inconvénients. En dépistage de masse, la recherche de sang occulte dans les selles a fait la preuve de son efficacité en termes de diminution de la mortalité. Des éléments conditionnent cependant cette efficacité : proposer ce dépistage au patient à risque moyen, le répéter de manière régulière dans le temps, obtenir un taux de participation suffisant, le faire suivre d'une coloscopie en cas de résultat positif et proposer une prise en charge spécifique des patients à risque élevé et très élevé.

2 QUELLE EST L'ORGANISATION PRÉVUE DE CE PROGRAMME EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ?

2.1 UNE ORGANISATION LONGUEMENT PRÉPARÉE PAR DE NOMBREUX PARTENAIRES

En Communauté française, la mise en place du dépistage du cancer du côlon pour la population âgée de 50 à 74 ans a été évoquée dès la Déclaration de politique communautaire pour les années 2004 à 2009. Ce dépistage fait par ailleurs partie des priorités du Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour les années 2008-2009^[46].

À partir du mois de mars 2009, le programme élaboré par la Communauté française offre un dépistage organisé du cancer colorectal aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans. Ce dépistage propose deux filières selon le niveau de risque des personnes. Pour les personnes, asymptomatiques, à risque moyen de cancer colorectal, il leur est proposé d'effectuer, tous les 2 ans, une recherche de sang occulte dans les selles. Pour les personnes à risque élevé ou très élevé, une coloscopie leur est recommandée d'emblée. Une organisation similaire est concertée pour la Communauté germanophone. En Région de Bruxelles-Capitale, la question n'est pas encore réglée en 2009 puisque la Région flamande suit un autre protocole de dépistage. Cette dernière a en effet décidé de commencer par quelques projets pilotes utilisant la recherche de sang occulte dans les selles par tests immunochimiques.

Pourquoi s'arrêter à 74 ans ? Des cancers peuvent certes se développer après cet âge mais comme ils mettront 5 à 10 ans après le dernier test de dépistage, ils ne se manifesteront qu'après 80 ans, avec la possibilité qu'une autre cause soit responsable du décès de la personne avant^[47]. Un test de dépistage est toujours possible après 74 ans mais, en dehors du programme.

Un groupe de travail composé de représentants de l'ensemble des professionnels et des organismes concernés s'est réuni à de nombreuses reprises pour préparer le programme de la Communauté française. Y étaient représentés : la DG Santé de la Communauté française, la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), les Départements Universitaires de Médecine Générale de l'ULB, de l'UCL et de l'ULg, la Société Royale belge de Gastro-Entérologie, le Groupe belge d'Oncologie digestive, la Société belge d'Endoscopie gastro-intestinale, les organismes assureurs (Mutualités chrétiennes, Mutualités socialistes, Mutualités libres), la Fondation Registre du Cancer, la Fondation belge Contre le Cancer, Question santé et des membres du Cabinet de la Ministre de la Communauté française ayant la santé dans ses attributions.

Les travaux de ce groupe de travail ont abouti au protocole présenté ci-dessous mais aussi aux mesures d'accompagnement du programme de dépistage.

2.2 UNE ORGANISATION QUI NE REPOSE PAS SUR UNE PRATIQUE DE DÉPISTAGE SPONTANÉ

La décision de lancer un programme organisé de dépistage du cancer colorectal voit le jour dans un pays où le dépistage spontané est peu fréquent. Ainsi selon le réseau des médecins vigies, en 90-97, seuls un dixième des cancers du côlon-rectum avait été diagnostiqué par dépistage (et cela par le généraliste dans 60 % des cas)^[15].

Selon l'Agence Intermutualiste (AIM) ^[48], il y a eu en 2004 moins de 180 000 tests de recherche de sang occulte dans les selles à base de résine de gaïac (FOBT) pour toute la Belgique, tous âges confondus. Parmi ces tests, la part du dépistage par rapport à celle du diagnostic n'est pas connue par l'Agence Intermutualiste mais on peut estimer qu'elle est très faible. Ce test peut en effet être utilisé lors d'une suspicion de saignements intestinaux y compris lors de certaines infections intestinales (ce qui pourrait d'ailleurs expliquer le nombre relativement important de tests chez les enfants).

Le nombre de tests à base de résine de gaïac est relativement stable dans le temps, au contraire du nombre de coloscopies et d'iléoscopies qui, lui, augmente de manière régulière avec le temps entre 1996 et 2007, passant de moins de 40 000 à plus de 100 000 pour les premières et de 50 000 à plus de 180 000 pour les secondes. Le nombre de recto-sigmoïdoscopies par contre diminue progressivement pendant la même période, passant de plus de 45 000 à moins de 40 000. Enfin, l'AIM signale que la part de tests FOBT prescrits par les généralistes est faible et qu'elle n'évolue pas avec les années.

Tableau 7. Nombre de FOBT effectué en 2004, par groupe d'âge et sexe selon une estimation basée sur un échantillon représentatif.

Source : Agence Intermutualiste

Age	Wallonie		Bruxelles	
	Homme	Femme	Homme	Femme
<15	4 400	3 760	1 200	920
15-19	280	280	80	40
20-24	520	440	0	80
25-29	480	720	160	120
30-34	600	920	120	160
35-39	800	800	0	240
40-44	400	1 480	160	200
45-49	680	1 160	200	280
50-54	880	1 520	280	320
55-59	1 240	1 720	160	320
60-64	1 240	1 320	320	320
65-69	1 240	1 680	80	160
70-74	1 680	1 360	120	240
75-79	1 440	2 320	120	360
80 et +	1 240	3 880	200	680
Total	17 120	23 360	3 200	4 440

Dans la tranche d'âge des 50 ans et plus, le nombre de personnes avec au moins 1 test FOBT est de 192/10 000 habitants en Région wallonne et de 121/10 000 habitants à Bruxelles. Il est de 154/10 000 habitants en Flandre. Il y a donc moins de 2 % des patients de 50 ans et plus qui bénéficient d'un test à base de résine de gaïac en un an et encore, il s'agit vraisemblablement d'un examen diagnostic dans une grande majorité de cas. Le dépistage spontané par FOBT est donc une pratique rare dans notre pays.

2.3 UNE ORGANISATION PENSÉE DANS LES MOINDRES DÉTAILS

Le programme de dépistage de masse en Communauté française s'adresse à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans. Deux filières sont prévues. Le type de filière à suivre par chacun est déterminé après l'identification du niveau de risque chez un médecin généraliste.

Les étapes prévues sont les suivantes :

1. **Une invitation** à participer au programme organisé de dépistage va parvenir dans les 2 ans à partir de mars 2009 à chaque habitant de la Région wallonne âgé de 50 à 74 ans (identifié sur base des données de la Banque Carrefour). Cette invitation incite la personne concernée à se rendre chez son médecin traitant. Les personnes qui ne voudraient pas attendre cette invitation ou qui ne la recevraient pas peuvent également entrer dans le programme **en le demandant** à leur médecin généraliste. De même, le médecin peut prendre **l'initiative** d'inclure un de ses patients de 50 à 74 ans dans le programme sans attendre d'invitation.
 - L'envoi de l'invitation est assuré par le Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers. Celui-ci enverra chaque mois les invitations des personnes nées ce mois-là. Comme le dépistage se fait tous les 2 ans, la population est répartie sur deux ans selon l'année de naissance.
 - La population des hommes et des femmes de 50 à 74 ans est constituée d'environ 910 000 personnes en Région wallonne. Chaque année, ce seront donc 455 000 personnes qui devront être invitées.

Chaque invitation comporte :

- une lettre,
- un dépliant d'information sur le dépistage du cancer colorectal,
- un questionnaire médical qui doit permettre de déterminer le niveau de risque de la personne (à compléter avec le médecin) et qui comprend en plus une partie à signer par la personne autorisant l'enregistrement et le traitement de ses données. Le verso du questionnaire permet à la personne qui désire ne pas participer au programme de motiver la raison de cette décision (déjà suivie par un gastro-entérologue, coloscopie il y a 2 ans, ne se sent pas concernée par ce dépistage, autre raison...). Les patients qui expriment un refus ferme seront retirés du programme. Ils pourront y revenir à leur demande ou à celle de leur médecin.
- les étiquettes d'identification «code-barres» à coller sur chaque test.

2. **Une consultation chez un médecin traitant** pour ceux qui acceptent cette proposition.

Le médecin généraliste est en effet **«la pierre angulaire»** du programme. C'est lui qui est chargé d'informer les personnes qui se présentent à sa consultation sur le dépistage, de déterminer leur niveau de risque, de les aiguiller vers la bonne filière et d'assurer le suivi de la prise en charge en cas de résultat positif.

L'invitation n'est pas obligatoire pour bénéficier du dépistage si on appartient à la tranche d'âge des 50-74 ans puisqu'on peut entrer dans le programme à l'initiative de son médecin ou si on le lui demande.

Lors de la consultation chez le médecin généraliste :

- Le médecin informe les personnes sur le cancer colorectal et répond à leurs questions, leurs réticences. C'est une étape essentielle où la relation individuelle prend tout son sens.
- Il détermine le niveau de risque de chacun en fonction de ses antécédents et s'assure que le patient n'offre aucun symptôme suggérant un cancer colorectal ; il fournit un ensemble d'informations sur les modalités de dépistage...
- Les patients à risque élevé ou très élevé sont aiguillés vers une coloscopie totale sauf s'ils sont déjà suivis par un gastro-entérologue et/ou ont déjà subi une coloscopie. Dans tous les cas, le questionnaire avec le niveau de risque et la partie signée autorisant l'enregistrement des données doivent être renvoyés au Centre de référence (soit par le médecin soit par le patient) via une enveloppe «port payé par le destinataire».

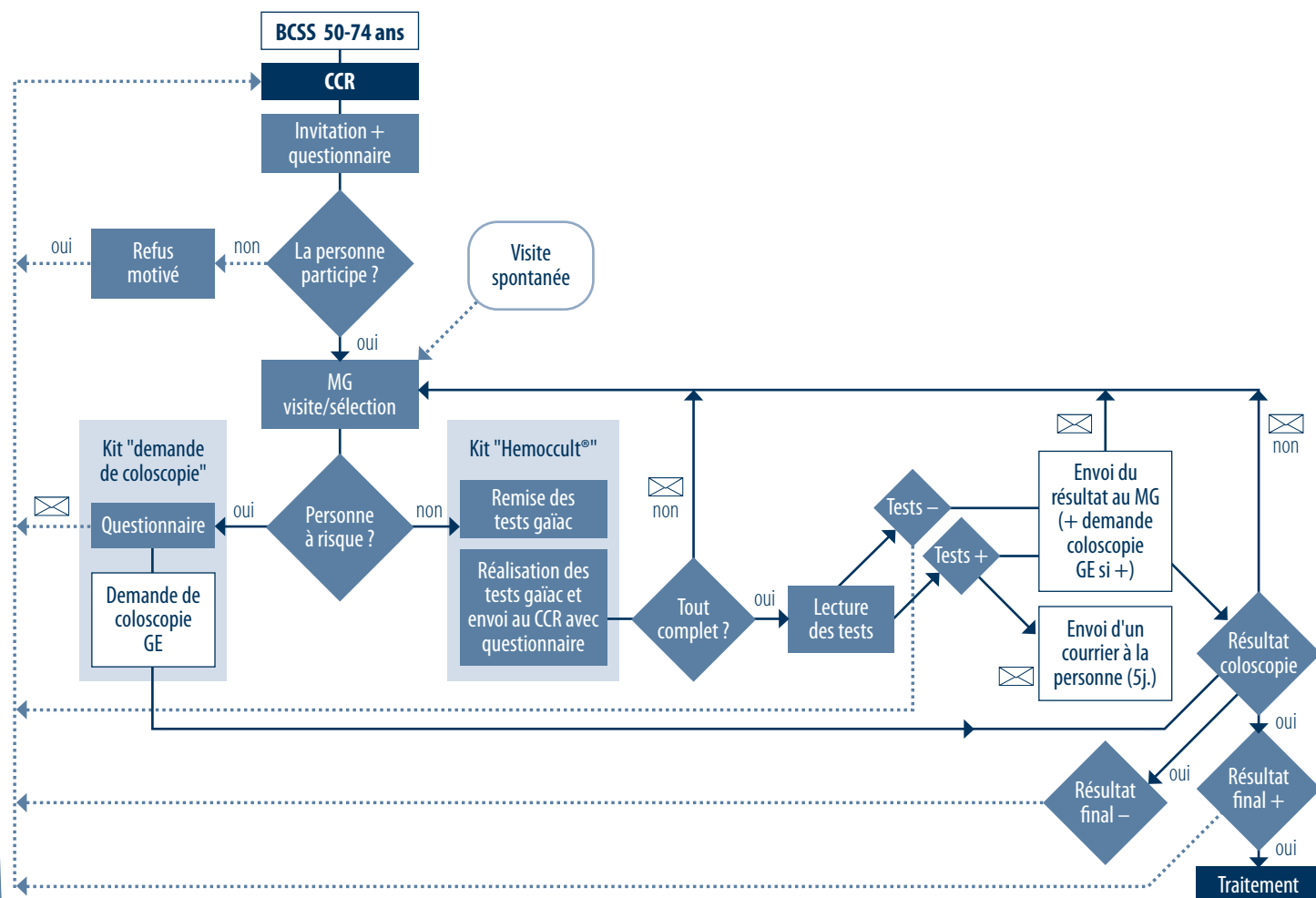
- Les patients à risque moyen qui acceptent de participer au dépistage reçoivent les tests Hémocult II® et un dépliant informatif sur la réalisation du test. Les tests et dépliants seront envoyés aux médecins par le Centre de référence (premier envoi automatique, ensuite dans les 5 jours après une commande par téléphone, fax ou e-mail - voir chapitre 6 «Ressources»).
3. En cas de risque moyen, **la réalisation du test** par le patient à son domicile. La personne doit prélever 2 échantillons (de la taille d'un grain de riz) par selle sur 3 selles successives.
 4. **L'envoi des échantillons** par le patient au Centre de référence au moyen de l'enveloppe qu'il a reçue avec les tests. Les 3 plaquettes (identifiée chacune par une étiquette code-barres) doivent être glissées dans la pochette «Hémocult». Celle-ci peut alors rejoindre le questionnaire complété avec la partie signée autorisant l'enregistrement des données dans l'enveloppe «port payé par le destinataire» à destination du Centre de référence.
 5. **La lecture du test** par le Centre de référence, l'encodage du résultat et l'enregistrement des renseignements à visée épidémiologique.
 6. **L'envoi par courrier des résultats** au médecin généraliste référent. Le médecin doit recevoir les résultats, qu'ils soient positifs ou négatifs, dans les 5 jours ouvrables. En cas de résultat positif, il recevra également un formulaire standardisé de prescription de coloscopie.
 7. **L'envoi d'une lettre au patient** par le Centre de référence en cas de résultat positif. Cette lettre invite le patient à se rendre chez son médecin généraliste pour recevoir les résultats de son test.
 8. **La remise du résultat** au patient par le médecin traitant et la préparation du suivi. À ce propos, les règles de bonnes pratiques suivantes sont retenues :
 - En cas de résultat négatif, la personne concernée bénéficie du programme de dépistage tous les 2 ans.
 - En cas de résultat positif, le médecin généraliste adresse cette personne à un gastro-entérologue de son choix pour mise au point et réalisation d'une coloscopie totale (sauf contre-indication évaluée par le gastro-entérologue). Le formulaire de prescription de cette coloscopie comprend une partie pour y noter les résultats. Il est imprimé sur 3 feuilles autocopiantes. De cette manière, le gastro-entérologue peut envoyer les résultats de cet examen au médecin généraliste qui en a fait la demande et au Centre de référence. Il garde une copie pour lui.

Le pourcentage de tests positifs est estimé à 2 % de l'ensemble des tests réalisés. Si on compte dans un premier temps sur un taux de participation de 30 % des personnes invitées, le nombre de coloscopies à effectuer serait de l'ordre de 2500 à 3000 annuellement.

- i. La coloscopie est normale : cette personne ne reprendra le programme de dépistage organisé qu'après 5 ans.
- ii. La coloscopie démontre la présence d'1 ou 2 petits adénomes (<1cm). Ceux-ci sont réséqués et le patient est invité à subir une nouvelle coloscopie après 5 ans.
- iii. La coloscopie démontre la présence de 3-4 petits adénomes ou 1 adénome dont le diamètre est égal ou supérieur à 1cm. Le ou les adénomes sont réséqués et le patient est invité à subir une nouvelle coloscopie après 3 ans.
- iv. La coloscopie démontre la présence de plus de 5 petits adénomes ou 3 adénomes >1cm. Les adénomes sont réséqués et le patient est invité à subir une nouvelle coloscopie dans 1 an^[49].

Seules les personnes dont la coloscopie est normale reviennent dans le programme de dépistage par Hémocult II® après 5 ans. Celles dont la coloscopie a été positive sont prises en charge individuellement par le gastro-entérologue et sortent du programme de dépistage.

9. **Le suivi des résultats complémentaires** par le Centre de référence. En cas d'absence d'informations 2 mois après un résultat positif, il est prévu que le Centre prenne contact avec le médecin généraliste (deux fois par courrier puis une fois par téléphone).



Protocole du dépistage organisé de la Communauté française.

Source : Centre communautaire de référence

2.4 UNE ORGANISATION DU DÉPISTAGE QUI RÉPOND À CERTAINS CRITÈRES

L'OMS propose différents critères d'organisation favorables au programme de dépistage de masse. À cela s'ajoutent des critères supplémentaires évoqués par Wilson et Jungner tels qu'ils sont repris par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé^[13] et par la Communauté française^[11]. Enfin, l'équipe du Service communautaire de Promotion de la Santé UCL-RESO a élaboré une série de recommandations à suivre dans l'organisation du dépistage^[12]. Le programme organisé de dépistage du cancer colorectal répond à certaines de ces recommandations.

2.4.1 UNE COORDINATION CENTRALISÉE

Il est conseillé de mettre en place une coordination centralisée pour la gestion du dépistage mais aussi pour le suivi des patients ayant un test positif. Le but de cette coordination est d'aider les médecins traitants dans leur rôle préventif. En Communauté française, le programme pour le dépistage du cancer colorectal est centralisé. Afin de ne pas multiplier les structures et de profiter des compétences et de l'expérience acquise

grâce au programme de dépistage du cancer du sein, il a été proposé de confier au Centre communautaire de référence (CCR) la responsabilité de «Centre de référence» pour le programme de dépistage du cancer colorectal. Ce Centre assume de nombreuses missions, tels que l'envoi des invitations à la population, l'envoi des tests et brochures pour les patients aux médecins généralistes, la lecture des échantillons, l'encodage des données épidémiologiques, l'envoi des résultats aux médecins généralistes référents, l'envoi d'une lettre au patient l'invitant à voir son médecin si le résultat est positif... Le fait de centraliser la lecture des tests permet en plus d'assurer un autocontrôle et de diminuer les risques d'erreur.

2.4.2 L'IMPLICATION DU POLITIQUE

En Communauté française, le programme de dépistage du cancer colorectal a été initié et est porté par la Ministre qui a la santé dans ses attributions. Cela peut choquer certaines sensibilités. Quelques médecins et acteurs de la promotion de la santé ont signalés être relativement méfiants face à des initiatives du politique. Pourtant, impliquer le monde politique est une recommandation de l'équipe UCL-RESO. Notamment parce que cela peut augmenter la perception positive du public face au dépistage. C'est aussi indispensable si l'on veut débloquer quelques moyens pour un programme non pris en charge par ailleurs.

2.4.3 UN CONTRÔLE DE QUALITÉ

Un dépistage organisé est un dépistage réalisé dans le cadre d'un programme d'assurance de qualité comportant des procédures de contrôle de qualité et une évaluation. Des procédures d'assurance de qualité et de contrôle de qualité pour l'ensemble du programme doivent donc être mises en place. Elles sont prévues dans le programme, à plusieurs niveaux, du suivi des invitations, à la qualité de la lecture du test ou au respect des délais dans la transmission des résultats.

2.4.4 UNE DÉMARCHÉ NON COERCITIVE

La procédure de recrutement doit laisser la liberté aux gens de participer ou non au programme de dépistage.

Un courrier d'invitation peut être utile. Celui-ci peut être signé personnellement par l'ensemble des médecins traitants participant activement au programme^[12]. Ce courrier est un stimulant pour la population.

La diffusion d'une information adéquate aux participants potentiels sur les avantages et les inconvénients d'une participation est par ailleurs indispensable pour que ces derniers puissent prendre une décision en toute connaissance de cause. Pour assurer cette recommandation, plusieurs pistes sont prônées par les différents auteurs :

- Mettre l'accent sur l'entretien individuel patient-médecin ;
- Fournir des recommandations de bonnes pratiques propres aux médecins traitants ;
- Organiser une campagne médiatique récurrente ;
- Utiliser des outils informatifs.

Nous y reviendrons dans le chapitre suivant relatif au facteur clé du programme.

2.4.5 UNE ACTION CONCERTÉE

Certaines expériences passées ont montré l'importance d'un discours cohérent entre les différents acteurs et notamment entre les spécialistes concernés par le dépistage.

Dans le programme de la Communauté française, les représentants officiels des gastro-entérologues, des oncologues et des endoscopiques ont montré leur adhésion au processus mis en place. De nombreux gastro-entérologues se sont inscrits comme formateurs potentiels de généralistes, en binôme avec un autre généraliste. L'objectif de ces binômes est d'appréhender le programme de manière homogène tout en respectant la place de chacun.

2.4.6 UNE CONTINUITÉ DANS LA DÉMARCHÉ

Une continuité dans la recherche des cas est nécessaire ; le dépistage ne peut en aucun cas être considéré comme une opération exécutée «une fois pour toutes». En Communauté française, l'inscription des patients dans un système automatique de réinvitation tous les 2 ans répond à ce critère.

2.4.7 UN DÉLAI LE PLUS COURT POSSIBLE ENTRE LES TESTS ET LE RÉSULTAT AINSI QU'ENTRE LE RÉSULTAT ET LE TRAITEMENT (PCV)

Faire un test de dépistage peut être source d'angoisse. Réduire le délai entre le test et son résultat et entre le résultat et la prise en charge est dès lors un élément crucial pour l'acceptabilité de cette démarche. Dans le programme de la Communauté française, le Centre de référence s'engage à fournir les résultats au médecin généraliste dans les 5 jours ouvrables après le test. C'est un élément de qualité humaine importante. Cela permet aussi au médecin de s'organiser avec son patient et de dire, par exemple, «Vous pouvez me passer un coup de fil dans les 8 jours».

2.4.8 UN PROGRAMME SPÉCIFIQUE DE DÉPISTAGE POUR LES CANCERS HÉRÉDITAIRES

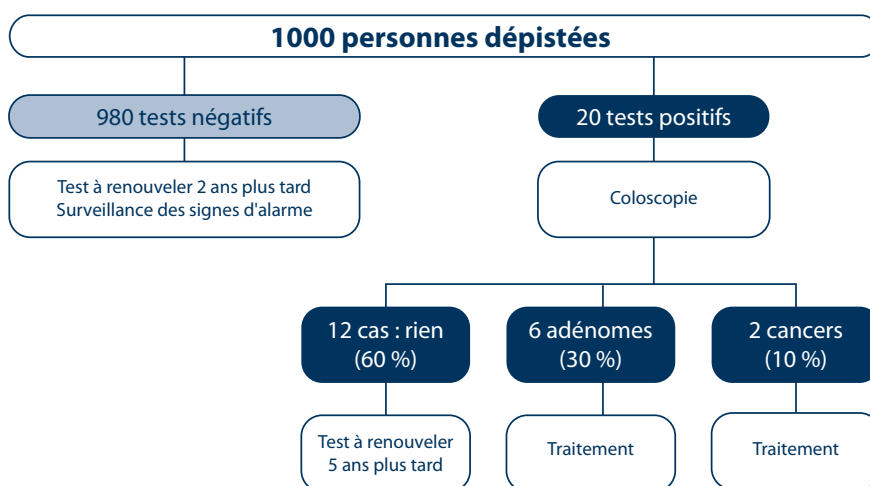
Dans le cadre du cancer héréditaire du côlon, un programme spécifique de dépistage est proposé par de nombreux pays européens aux familles concernées. En Communauté française, la première étape effectuée par le médecin généraliste est l'estimation du niveau de risque des patients en fonction de leurs antécédents. Les patients à risque élevé ou très élevé sont d'emblée envoyés dans une filière particulière (avec coloscopie et consultations de spécialistes).

2.4.9 UN COÛT RAISONNABLE

Le coût de recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) ne doit pas être disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux. C'est la raison pour laquelle le programme offre une identification des patients selon leur niveau de risque et une première sélection par un test peu cher chez les patients à risque moyen. Des estimations effectuées, on peut dire que sur 1000 personnes dépistées par Hémoccult II®, 20 auront un résultat positif et devront bénéficier d'une coloscopie. Dans 60 % des cas, cette coloscopie sera rassurante et dans 30 % des cas, elle permettra de visualiser et d'enlever des adénomes. Un cancer sera diagnostiqué (et pris en charge précocément) dans les 10 % de cas restants, soit 2 cancers pour 1000 Hémoccult II®.

Estimation de la proportion des différents résultats du test.

Source : Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française.



QUE RETENIR DE CE CHAPITRE ?

La Communauté française a pris la décision de lancer un programme organisé de dépistage du cancer colorectal en mars 2009. Ce programme s'adresse aux personnes de 50 à 74 ans. Deux filières sont proposées : une recherche de sang occulte dans les selles par Hémoccult II® tous les 2 ans pour les personnes sans symptômes et à risque moyen ; une coloscopie d'emblée pour les personnes à risque élevé ou très élevé. Ce programme allie plusieurs atouts : une préparation minutieuse avec de nombreux partenaires, une organisation définie dans les moindres détails, une cohérence avec les critères recommandés par les instances scientifiques.

3 QUELS SONT LES FACTEURS CLÉS DE CE PROGRAMME ?

L'objectif affirmé du programme organisé de dépistage du cancer colorectal est de réduire la mortalité liée au cancer colorectal grâce à la découverte et au traitement au stade débutant de la maladie. Des expériences réalisées dans d'autres pays, on peut déduire qu'il est possible de diminuer d'environ 15 % la mortalité par cancer colorectal en réalisant un test de recherche d'un saignement occulte tous les deux ans dans les selles chez les individus des deux sexes âgés de 50 à 74 ans. Il faut par ailleurs signaler que chez les participants au dépistage, la diminution de mortalité se situe entre 33 et 39 %^[50].

Une diminution de l'incidence du cancer colorectal (par exérèse des adénomes) et une diminution de la morbidité liée à la prise en charge plus précoce des lésions sont deux bénéfices potentiels supplémentaires de ce programme.

Plusieurs éléments ont une importance majeure pour la réussite du programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française. Parmi ceux-ci, l'adhésion de la population et des médecins généralistes est cruciale. En effet, pour obtenir un effet mesurable du dépistage de masse sur la mortalité, il faut que plus de la moitié de la population concernée participe régulièrement au programme^[50].

Pour appréhender cette question, plusieurs sources sont venues alimenter notre réflexion. Les publications scientifiques internationales d'une part mais aussi une analyse plus qualitative effectuée en Communauté française auprès des acteurs du programme. Ainsi en est-il de **groupes focus** organisés par le Service communautaire Question Santé auprès de 4 groupes de personnes de 50 ans et plus, d'un **prétest du matériel** organisé par Question Santé auprès de médecins généralistes ou encore de l'analyse effectuée par le Service Communautaire SIPES-ULB des réactions des médecins généralistes et des gastro-entérologues lors de **6 séances de présentation** du programme.

3.1 LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le rôle primordial du médecin traitant dans le dépistage du cancer colorectal est relevé dans de nombreuses publications^[12,13,21,50]. La relation individuelle qu'il entretient avec ses patients lui permet en effet de les stimuler à adhérer au dépistage. Il peut aussi leur fournir des informations claires, adaptées tant sur le dépistage que sur la signification des résultats positifs, le suivi, le risque de résultats faussement positifs ou faussement négatifs... Il peut ensuite accompagner le patient dont le résultat serait positif dans sa mise au point complémentaire et dans sa prise en charge thérapeutique s'il échoit. Le médecin traitant est une personne de référence pour le public, concernant les questions de santé. Son influence est importante dans les choix et décisions que le patient va prendre : c'est un conseiller, une personne de confiance qui informe, prescrit, rassure. Son avis compte pour le patient et celui-ci attend qu'il joue ce rôle dans un programme de dépistage telle que proposé. En France, il a été démontré que le taux de participation passait de 15 % à 85 % quand on passait de l'envoi direct du test par courrier postal à la remise de celui-ci par le médecin généraliste^[51].

Le médecin généraliste est donc la pierre angulaire du programme organisé de dépistage du cancer colorectal en Communauté française. Encore faut-il éviter que «cette pierre angulaire ne devienne une pierre d'achoppement», comme l'a si bien souligné un médecin généraliste participant à l'une des formations. Les résistances des médecins sont réelles et il ne faut pas les minimiser.

3.1.1 LES RÉSISTANCES

Nombreuses sont les résistances décrites dans la littérature. Le chapitre qui suit n'est certainement pas exhaustif. Il reprend cependant les principaux obstacles à l'adhésion au programme de dépistage tels qu'ils sont connus ou tels qu'ils ont été exprimés lors des séances de formation offertes aux généralistes et gastro-entérologues belges francophones.

Les connaissances

Pour décider ou non d'adhérer à une action préventive, il faut en connaître les tenants et aboutissants à savoir la fréquence et la sévérité de la maladie que l'on veut éviter, les bénéfices et les risques de l'action en question, le public visé...

Différentes études montrent que les médecins connaissent en général la fréquence et la sévérité du cancer colorectal et reconnaissent l'importance du dépistage.

En Communauté française cependant, une enquête menée en 2008 auprès de 75 médecins généralistes^[43] révèle que «les connaissances générales et stratégiques relatives au cancer du côlon et de son dépistage sont généralement trop faibles». Cette étude souligne notamment que :

- près de la moitié des médecins répondants semblent mésestimer le risque de cancer colorectal chez les femmes ;
- près de 10 % des répondants n'interrogent pas leurs patients sur leurs antécédents familiaux ;
- de nombreux répondants (les plus jeunes 25-49 ans) sous-estiment le risque de développer un cancer chez les patients sans antécédents avec une méconnaissance des facteurs de risque non héréditaires de ce cancer et un dépistage quasi inexistant chez ces patients ;
- une tendance à surconsommer les examens en cas d'antécédents familiaux se manifeste ;
- 16 % des répondants ne jugent pas utile un dépistage dans la population générale.

Par contre, l'étude révèle des éléments qui semblent clairement acquis à savoir «les maladies à risques, l'importance du cancer du côlon par rapport aux autres cancers, l'inutilité du dosage des marqueurs tumoraux dans le dépistage et le choix des examens à prescrire».

L'acceptation d'avoir un rôle à jouer

En pratique, il semblerait que les médecins généralistes soient conscients du rôle qu'ils ont à jouer dans la prévention et le dépistage du cancer colorectal mais sans assumer réellement cette mission. Lorsqu'on les interroge, les médecins semblent convaincus de l'importance du dépistage mais en pratique une minorité seulement le prévoit de manière régulière chez leurs patients, a fortiori si ces derniers n'ont pas d'antécédents^[43].

Lors des séances de formation, ce rôle n'a pas été expressément remis en question par les participants.

Les résistances habituelles à la prévention

Les résistances habituelles à la prévention sont évidemment relevées par les chercheurs^[12,52,53]. On y retrouve :

- le large éventail de soins à fournir

Ce point a été soulevé plusieurs fois lors de la présentation du programme aux médecins généralistes, certains soulignant la difficulté d'aborder toutes les questions lors d'une même consultation.

«Quand le généraliste rencontre un patient de plus de 50 ans, tout est prioritaire : le dépistage du cancer du sein chez la femme, l'identification du niveau de risque cardiovasculaire, le statut vaccinal... et le motif de sa consultation !»

Médecin participant à une séance de formation

Le médecin généraliste doit nouer la gerbe des recommandations présentées trop souvent de manière verticale, par thématique. Ce n'est pas simple. Sans compter qu'il doit tenir compte du contexte.

«Au moment d'une grosse épidémie de grippe, comment veux-tu que je pense au dépistage du cancer colorectal ?».

Médecin participant à une séance de formation

- le manque de temps et son corollaire le manque de financement adapté
Le fait de pouvoir consacrer une consultation préalable au dépistage pourrait lever certaines de ces résistances (financement, surcharge de travail). Cette consultation est honorée comme une autre mais peut être consacrée uniquement au dépistage. Ainsi, comme le suggère un médecin

«Si on est en période de grippe, tu peux dire au patient qu'on se fixera un rendez-vous, qu'on en parlera plus tard, à l'aise. On n'est pas dans l'urgence».

Médecin formateur

- le manque de formation
Ce point est régulièrement cité dans la littérature^[53] mais n'a pas été évoqué nommément par les médecins généralistes de la Communauté française. Pour rappel, ces médecins assistaient volontairement à une séance de «formation/information» sur le programme et étaient informés de la possibilité de suivre une formation dans leur groupe local sur le dépistage du cancer colorectal. Cela réduisait vraisemblablement la nécessité pour eux d'évoquer ce sujet.
- le peu de compliance des patients vis-à-vis des messages préventifs ; la peur de surmédicaliser le patient ; la difficulté d'aborder un sujet non demandé par le patient...
Un autre point récurrent dans les commentaires des médecins est la difficulté de passer d'une relation individuelle à une vision de santé publique. Certains parlent de la place bipolaire du médecin généraliste : il veut ce qu'il y a de mieux pour son patient et doit en même temps préserver l'ensemble de la population parce que c'est une responsabilité sociale.

«Mon patient est unique, il n'a pas le sentiment de faire partie de la masse d'individus auxquels s'adresse le dépistage. Et moi, je dois pouvoir lui dire que je connais ce qu'il y a de mieux pour lui et que c'est ce que je lui propose».

Médecin participant à une séance de formation

- le manque de consensus et les discours contraires des spécialistes
Enfin, la crainte d'être confronté à des discours contraires des spécialistes a été citée par quelques médecins généralistes. L'expérience négative du dépistage du cancer du sein a visiblement laissé des traces. Le programme de dépistage du cancer colorectal rassemble la Société royale belge de gastro-entérologie, le Groupe belge d'oncologie digestive et la Société belge d'Endoscopie digestive mais, comme le dit un intervenant :

«Un accord officiel sur papier d'une société scientifique ne garantit en rien ce que disent dans la vraie vie les gastro-entérologues devant les assemblées de médecins généralistes en formation continue».

Médecin participant à une séance de formation

Les résistances spécifiques au dépistage du cancer colorectal

Lorsqu'on se concentre sur le dépistage du cancer colorectal, on note :

- un manque de confiance vis-à-vis de la recherche de sang occulte dans les selles et la perception d'une plus grande pertinence de la coloscopie ou de la sigmoïdoscopie^[12,52].
Ceci est largement confirmé par la réaction des médecins lors des séances de formation. Combien de médecins pratiquant depuis une vingtaine d'années ne se souviennent-ils pas avoir utilisé l'Hémocult II® au sortir de leurs études et avoir dû l'abandonner ensuite tant sa fiabilité était remise en cause ?

Convaincre ces médecins que le test est finalement suffisamment fiable pour remplacer une coloscopie de dépistage est extrêmement difficile.

«Si mon patient me demande droit dans les yeux de lui prescrire l'examen le plus efficace pour le rassurer, pardon mais je prescrirai une coloscopie».

Médecin participant à une séance de formation

- la crainte de la non observance de la population^[12,52].
La question du refus du patient d'entrer dans la démarche préventive inquiète aussi les médecins généralistes.

«Et si le patient me dit 'Je veux qu'on me foute la paix,' que dois-je faire ?»

Médecin participant à une séance de formation

Clairement, il faut respecter ce point de vue, l'écouter, lui donner des arguments et le laisser réfléchir. Cette situation est prévue par le programme puisque dans le questionnaire le patient peut signaler son refus de participer au dépistage.

«Et si le patient à risque élevé refuse la coloscopie ?»

Médecin participant à une séance de formation

Ici aussi il faut l'écouter, voir avec lui ses freins, ses peurs (il craint peut-être l'anesthésie, la douleur...). La coloscopie virtuelle n'est pas vraiment une alternative car elle ne permet pas d'exérèse, cause de l'inconfort vu l'insufflation de l'air et risque une perforation possible sur diverticule. Il faut donc argumenter.

D'ailleurs, selon un auteur scientifique, les médecins ont tendance à surestimer l'embarras ou l'inconfort de l'examen chez leur patient^[53].

L'influence des caractéristiques personnelles des médecins

Pour lever les freins au dépistage, il semble intéressant de savoir si ces freins sont liés à certaines caractéristiques du praticien comme le sexe, l'âge, la prise en charge de sa propre santé, sa participation personnelle au dépistage... Rares sont cependant les résultats probants à ce propos dans la littérature hormis le niveau de risque personnel de cancer colorectal^[52].

Certains intervenants lors des séances de présentation du programme ont suggéré de rappeler aux médecins de 50 ans et plus de faire le test Hémocult II® eux-mêmes. Cela les convaincrat peut-être de motiver leurs patients ?

Si le médecin généraliste est conscient du rôle qu'il peut jouer en matière de dépistage du cancer colorectal, les freins à sa participation active au dépistage sont nombreux. Les résistances à la prévention en général et les craintes spécifiques au dépistage du cancer colorectal sont autant d'éléments qui influencent le taux de recommandation du dépistage par les médecins. Pour augmenter l'adhésion des médecins au dépistage, diverses stratégies peuvent s'avérer nécessaires. Certains scientifiques citent une formation adaptée, des soins davantage centrés sur le patient, une augmentation de la qualité des soins par un système d'identification appropriée des catégories de patients à risque, un autre mode de financement de la médecine plus propice à la prévention. La conclusion des auteurs est que tous les secteurs, y compris les autorités publiques, les organisations professionnelles et les communautés locales doivent être impliqués pour soutenir les efforts des médecins de première ligne dans leurs tâches préventives.

3.1.2 LA STRATÉGIE

Etant donné le rôle primordial qui incombe aux médecins généralistes dans le programme de dépistage du cancer colorectal de la Communauté française et étant donné les résistances connues des médecins à l'égard de ce dépistage, une phase préparatoire au lancement du programme a été organisée pour les médecins généralistes. Il semblait en effet fondamental d'informer ces médecins et d'assurer leur formation avant toute action visant le grand public et le démarrage effectif du programme de dépistage^[43].

3.1.2.1 UNE FORMATION

Un programme de formation a été élaboré par les gastro-entérologues et les représentants des médecins généralistes participant au groupe de travail. Des séances de formation sont proposées aux médecins généralistes via les GLEMs (Groupes locaux d'évaluation médicale), les Dodécagroupes, les réunions d'accréditation, les symposiums ou séminaires organisés par les Centres Universitaires de Médecine Générale (CUMG) ou par la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)...

La formation est donnée par un binôme constitué d'un généraliste et d'un gastro-entérologue exerçant de préférence dans la même zone que les médecins généralistes qui reçoivent la formation. Cela permet aux spécialistes concernés par la pathologie dépistée de montrer qu'ils adhèrent à la démarche du dépistage et qu'il y a cohérence dans le discours. Par ailleurs, les gastro-entérologues se sont engagés officiellement à assurer les critères de qualité de la coloscopie (préparation optimale, confort pour le patient, coloscopie complète, réalisation dans une structure adaptée permettant une polypectomie d'emblée en cas de présence d'adénome, standardisation des procédures endoscopiques...). Des séances d'information sur le programme de dépistage du cancer colorectal ont dès lors été réalisées pour les gastro-entérologues. À noter que lors de celles-ci, certains gastro-entérologues se demandaient si les médecins généralistes allaient suivre le programme. Une inquiétude en miroir de celle des généralistes en quelque sorte...

Afin que la formation soit la plus homogène possible, un diaporama détaillé a été élaboré par des gastro-entérologues et des médecins généralistes et soumis au groupe de travail pour approbation. Il a été prétesté dans plusieurs groupes de médecins généralistes début 2008 et modifié en fonction de leurs commentaires. Ce diaporama est accessible sur le site du Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers (www.ccref.org/colorectal), sur le site du programme (www.cancerintestin.be, partie professionnelle) et sur celui de la SSMG (www.ssmg.be).

Par ailleurs, une séance d'e-learning a été élaborée et est accessible sur le site de la SSMG (www.ssmg.be). Cette séance reprend le contenu d'une formation et répond aux questions posées par les généralistes lors de sa première projection.

3.1.2.2 DES INFORMATIONS

Une campagne d'information a été lancée à destination des médecins avant le démarrage du programme pour le grand public. Des articles ont été prévus dans les revues des 3 universités, la Revue de la Médecine Générale, le Journal des Glems. Les gastro-entérologues ont également été informés du programme par des dépliants distribués lors de congrès.

Par ailleurs, le Service communautaire Question santé a élaboré une brochure à destination des médecins généralistes expliquant le programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française. Cette brochure est envoyée avec les kits de matériel.

3.1.2.3 UNE PRISE DE CONNAISSANCE DU MATÉRIEL

Outre le programme de formation et la diffusion d'informations, la phase préparatoire devait permettre aux généralistes de prendre connaissance du matériel de dépistage. Peu avant le lancement des invitations individuelles par le Centre de référence, un envoi de ce matériel a été effectué vers les médecins généralistes actifs de la Communauté française (médecins généralistes de la Région wallonne et médecins inscrits sous le régime linguistique francophone à Bruxelles). Cela correspond à 6500 omnipraticiens environ.

Via cet envoi, les médecins reçoivent :

- Une lettre de la Ministre de la Communauté française ayant la santé dans ses attributions. Cette lettre introduit le programme. Elle est différente pour les médecins wallons et bruxellois, car le système d'envoi de lettres d'invitation à la population n'existe pas à Bruxelles. Une version allemande est accessible en Communauté germanophone.
- Une brochure explicative du programme pour les médecins élaborée par Question Santé.
- Six kits pour les tests Hémoccult II®
- Deux kits pour la prescription de coloscopie aux patients ayant un risque élevé (2 kits seulement car on estime que cela concerne 23 % de la population dont une partie bénéficie déjà d'un suivi spécifique).

Certains médecins ont pu pré-tester ce matériel avant sa finalisation. Le Service communautaire Question Santé a en effet organisé un prétest auprès de 9 médecins volontaires, ayant suivi une des séances de formation. Chacun d'entre eux devait utiliser le matériel auprès de 6 patients âgés de 50 à 74 ans choisis de façon aléatoire dans sa patientèle (si possible le premier patient de la journée répondant aux critères d'âge).

Le médecin devait :

- expliquer le dépistage (dans ce pré-test, les patients n'avaient reçus aucune information préalable) ;
- réaliser l'anamnèse du patient (orientation vers la filière Hémoccult II® ou vers la filière coloscopie)
- proposer l'Hémoccult II® et donner les explications aux patients à risque moyen

Le patient devait ensuite réaliser le test et l'envoyer au Centre de référence.

Le médecin recevait les résultats et devait les transmettre au patient.

Le médecin s'engageait à assurer le suivi du patient en fonction du résultat.

Au total, 5 médecins ont participé à ce prétest, proposant le test à 30 patients. Le test a été réalisé par 22 patients sur les 30 attendus (soit 73 % de taux de participation de la part de la population). Les résultats soulignent que :

- Près d'un patient sur deux n'a pas posé de question (13/30).
- La première préoccupation des patients concerne le résultat du test : si le test est positif, qu'est-ce que cela entraîne (que va-t-il falloir faire, est-ce un cancer) ?
- Un patient sur trois n'évoque pas d'obstacle à le réaliser.
- La méconnaissance de l'utilité du dépistage pour le cancer colorectal se confirme.
- En réponse à cette méconnaissance, le médecin consacre souvent du temps à expliquer l'intérêt du dépistage ainsi que son rôle de prévention en tant que médecin généraliste. Il faut rappeler que lors de ce pré-test, les patients n'avaient reçu aucune information préalable ni invitation personnalisée.
- La description concrète du test de dépistage est fondamentale.
- La relation de confiance du patient avec son médecin généraliste est souvent déterminante dans l'acceptation du test de dépistage par le patient.
- Une attitude préventive ainsi qu'une perception des bénéfices du dépistage sont également primordiales.

Ce pré-test confirme donc largement ce qu'on savait déjà sur l'importance du lien entre patient et médecin généraliste : cette relation de confiance est fondamentale, elle doit permettre de fournir une explication claire et précise du déroulement du test de dépistage, du suivi qui sera donné (résultats, éventuels examens complémentaires) ainsi qu'une explication claire et concrète du but poursuivi et des bénéfices du dépistage. Par ailleurs, les médecins sont unanimes : ils manquent de temps. Certains argumentent : il ne faut pas brusquer le patient, en parler une première fois pour en reparler lors d'un deuxième entretien.

Selon Question Santé, l'ensemble du programme et du matériel semble très largement apprécié malgré une présentation encore sommaire au moment du pré-test. Quelques remarques ont été émises et retenues pour améliorer les outils proposés. Par exemple, les pochettes en plastique contenant les kits reprennent également un récapitulatif sur la marche à suivre avec chaque élément de ce kit.

Les responsables du programme ont consacré une longue période préparatoire afin d'informer et de former les médecins généralistes à leur rôle majeur dans le dépistage organisé du cancer colorectal. L'attention a porté sur la collaboration entre les médecins généralistes et les gastro-entérologues, la mise à disposition d'un diaporama de formation standardisé, l'utilisation de plusieurs canaux d'information, la mise au point d'un matériel acceptable par les praticiens.

3.2 LES PATIENTS

Si les médecins généralistes sont la pierre angulaire du programme, la population n'en est pas moins au cœur du programme... et de sa réussite. L'adhésion de la population au dépistage est un sujet de préoccupation partagé par de nombreux auteurs d'articles scientifiques, tant le taux de participation est un facteur crucial de tout programme organisé.

3.2.1 LES RÉSISTANCES

Les résistances du grand public à la prévention sont connues et il n'est pas dans notre propos de les passer en revue ici. Par contre, nous avons relevé les facteurs étudiés spécifiquement dans le dépistage du cancer colorectal. Et nous nous sommes également basés sur l'analyse qualitative effectuée par le Service communautaire Question santé par groupes focus auprès de 65 personnes âgées de 50 à 74 ans.

Les objectifs de ces groupes focus étaient multiples^[54] :

- évaluer la connaissance/méconnaissance concernant le cancer colorectal (par rapport aux autres cancers, quels sont les cancers les plus fréquents ? quels sont les cancers les plus mortels ? pourquoi pensez-vous cela ?)
- évaluer les comportements si un dépistage était proposé : qui est le mieux placé pour vous le proposer ? et si un dépistage était proposé, le feriez-vous ? si c'était un Hémocult® ? si c'était une coloscopie ?
- explorer les hésitations et obstacles perçus concrets mais aussi subjectifs (peur, pudeur, intimité...)
- préciser les attentes, les besoins du public visé, évaluer les attentes vis-à-vis du personnel soignant, de l'entourage de la famille.

Au total, 4 groupes focus ont eu lieu dont un groupe «hommes», un groupe «femmes» et deux groupes mixtes. Ces rencontres se sont déroulées en mars 2008 dans 2 régions différentes : Bruxelles et Namur.

Les connaissances

Le «savoir» est un élément important d'adhésion au dépistage. D'une part, le manque de connaissance des facteurs de risque et l'absence de symptômes font que le public ne se sent pas réellement concerné par le cancer colorectal^[12]. D'autre part, la connaissance de l'incidence du cancer colorectal, de la mortalité et de l'efficacité du dépistage sont des facteurs psycho-sociaux prédictifs de l'initiation et de l'adhésion au dépistage^[55,56]. Et un auteur^[56] de citer l'exemple d'un de ses patients qui lui a affirmé :

«J'ai entendu que le cancer colorectal est un des cancers les plus faciles à traiter s'il est pris à temps. Alors, je viens faire le dépistage».

Personne citée dans la littérature

Or, cette connaissance est souvent très mauvaise^[12]. À tel point que les auteurs recommandent de travailler pour améliorer celle-ci. La méconnaissance du coût des examens semble être également un frein au dépistage^[21]. En outre, le manque de connaissance ou de compréhension de la nécessité de répéter le

test à court terme pour l'Hémocult II® et de la préparation du côlon ainsi que de l'inconfort vécu pour l'endoscopie peuvent compromettre la répétition du dépistage dans le temps^[12]. À ce propos, il faudrait d'ailleurs, selon le Service communautaire UCL-RESO, veiller à ce que les médecins discutent du résultat négatif avec leur patient car

«L'absence de discussion après le dépistage renforce très probablement l'idée chez les patients que le cancer colorectal n'est pas un problème majeur !».

UCL-RESO

Selon les groupes focus organisés par Question santé, l'importance du cancer colorectal est clairement sous-estimée par la population cible du programme de dépistage. Par contre, la mortalité liée à ce cancer est plutôt connue, ce qui implique qu'il ne faut pas dramatiser le message mais plutôt insister sur l'utilité du dépistage et la possibilité de guérison.

Le sentiment de vulnérabilité

Les barrières psycho-sociales au dépistage sont nombreuses. Sont citées^[12,55,56], l'impression d'être en bonne santé, le déni des problèmes de santé, la peur du cancer (allant jusqu'à ne pas vouloir savoir), la peur de la douleur, le fatalisme, l'embarras voire le dégoût de manipuler des selles ou la position jugée «indigne» lors de la coloscopie. Le fait de devoir faire face à d'autres priorités de santé est également une barrière au dépistage. Citons l'exemple de la patiente qui dit^[56] :

«Je veux arrêter de fumer. Je veux perdre du poids. C'est déjà pas mal !»

Personne citée dans la littérature

Selon l'analyse par groupes focus de Question Santé, face à la proposition d'un dépistage du cancer colorectal, les réactions divergent selon les personnes :

- Certaines sont d'accord, sans réticence : parce qu'elles se sentent à risque, parce que c'est une bonne proposition...
- Certaines hésitent : cela dépend de l'examen proposé, s'il est fiable,...
- D'autres refusent : on nous fait paniquer, je ne ferai pas les examens, je ne veux pas savoir

Le rôle du médecin généraliste est crucial à ce propos. Il connaît son patient, peut entamer un dialogue avec lui sur ses priorités, ses craintes, ses doutes. Réserver un temps spécifique pour un entretien motivationnel peut être utile^[47].

La relation avec le système des soins de santé

Plusieurs aspects sont cités dans ce cadre :

- Le fait d'avoir un médecin traitant et de le voir régulièrement est clairement associé à la pratique de dépistage, tant chez les hommes que chez les femmes^[55]. L'influence positive du médecin sur l'initiation ou l'adhésion au dépistage du cancer colorectal est relevée comme étant essentielle dans la littérature^[52], particulièrement chez les personnes socio-économiquement défavorisées^[56,57,58,59,60]. À contrario, l'absence d'intérêt et/ou de recommandation de dépistage de la part des généralistes explique une part de la faible perception de risque de la population^[12].
- L'importance d'être activement associé aux décisions relatives à la santé est à mettre en exergue. Il est démontré que l'absence de discussion des raisons d'adhérer à cette démarche ne favorise pas l'adhésion^[12]. Pour certains auteurs^[56], il est d'ailleurs important d'identifier des stratégies qui stimulent les patients à s'impliquer dans leur santé.
- Le manque de confiance dans le système de soins ou dans les médecins est aussi évoqué même si la raison de ce manque de confiance n'est pas claire^[56,57]. Selon Question Santé, l'information sur les résultats est importante. En cas de silence, les personnes ont l'impression que

«ça cafouille, c'est flou, c'est pas sérieux».

Personne de groupe focus

- Par contre, le fait d'utiliser d'autres services de prévention peut avoir un impact positif sur le dépistage du cancer colorectal^[21,55]. C'est un point également relevé par Question Santé. Et d'une patiente de dire :

«Je suis allée faire un mammothest. Là j'ai lu un dépliant sur le dépistage du cancer colorectal. Du coup, je l'ai fait aussi».

Personne de groupe focus

- La continuité des soins, la prise en charge globale, la coordination avec les spécialistes sont autant d'éléments qui vont soutenir ou au contraire défavoriser la démarche du patient. Certains auteurs^[59] insistent pour que le dépistage du cancer fasse partie intégrante de la prise en charge globale des besoins de santé et s'inscrive dans la pratique du médecin avec lequel le patient entretient une relation.

Dans le programme de la Communauté française, l'accent est mis sur le médecin généraliste pour favoriser l'adhésion au dépistage. Cela va dans le sens des publications scientifiques. Mais une question se pose : que faire lorsqu'on n'a pas de médecin traitant ? S'en trouver un ? Cette situation n'est pas exceptionnelle, car selon l'Enquête de Santé par Interview de 2004^[26], près de 10 % des personnes âgées de 50 à 74 ans ayant participé à l'enquête et résidant à Bruxelles n'ont pas de médecin traitant attribué. Cela concerne près de 3 % des personnes de 50 à 74 ans en Région Wallonne.

Selon Question santé, si l'invitation personnelle est reçue positivement par beaucoup de participants, quelques personnes évoquent effectivement le fait qu'elles n'ont pas de médecin traitant. D'autres sont irritées par le fait de devoir prévoir une consultation «supplémentaire» chez le médecin. La question de la discrétion, de l'anonymat est aussi soulevée.

L'accessibilité du dépistage

L'accessibilité du dépistage est un facteur à considérer car son contraire peut être une raison de non adhésion au programme. Éliminer la barrière du coût est suggéré par certains auteurs^[56]. Penser aux personnes qui ont du mal à se déplacer est aussi important^[61]. Offrir cet examen lors d'une consultation de routine pourrait le rendre plus accessible aux personnes défavorisées, surtout si elles ont du mal à se déplacer.

Dans le programme proposé par la Communauté française, le test Hémocult II® est gratuit et délivré simplement lors d'une consultation. Cela peut lever certaines barrières. Il faut cependant garder à l'esprit que le patient, sauf exception, devra payer le ticket modérateur de chaque consultation (une première consultation pour la définition du risque, les explications et l'aiguillage vers la bonne filière et une seconde pour la remise des résultats). Certains patients profiteront vraisemblablement d'une consultation initiée pour un autre motif pour recevoir leurs résultats ou les demanderont par téléphone mais cela ne sera pas toujours le cas. Par ailleurs, en cas de résultat positif, des examens complémentaires seront nécessaires. Ils sont remboursés mais pas gratuits.

Une fois le test et les explications reçues, le test est relativement simple à réaliser (pour celui qui n'est pas dégoûté par ses selles). Il ne demande pas de régime, ni de cessation de traitement par aspirine ou anti-inflammatoires... Il doit être gardé au sec et non pas au frigo. Si on travaille, on peut attendre la selle suivante sans que cela compromette le test. Donc, il est relativement accessible.

Le test Hémocult® est d'ailleurs accepté par quasi toutes les personnes participant aux groupes focus de Question santé.

«C'est un examen facile, simple et peu invasif, sans risque».

Personne de groupe focus

L'influence des caractéristiques personnelles des patients

Certaines caractéristiques du patient modulent l'adhésion au dépistage. Parmi celles qui ont une influence positive^[21,55,61], on peut citer :

- un âge de 65 ans et plus. Plusieurs auteurs relèvent la moindre participation au dépistage des 50-64 ans par rapport au plus de 65 ans et suggèrent de prévoir une communication spécifique pour ce groupe ;
- un niveau supérieur d'éducation et de revenu ;
- le fait d'être marié ;
- la présence de maladies chroniques ;
- une histoire tabagique ;
- des antécédents familiaux de cancer colorectal ;
- une attitude saine (manger des fruits et légumes chez les femmes ou faire de l'exercice physique chez les hommes^[21]) ;
- être une femme pour adhérer au FOBT et être un homme pour l'endoscopie.

La participation au dépistage du cancer colorectal est un comportement complexe soumis à de multiples influences. Parmi celles-ci, on peut citer les connaissances, le sentiment de vulnérabilité, la relation avec l'organisation des soins, certaines caractéristiques socio-démographiques des patients... Pour lever ces obstacles, plusieurs pistes sont possibles parmi lesquelles le dialogue médecin-patient prend une part importante. Expliquer les tenants et aboutissants du dépistage est essentiel pour favoriser l'adhésion. De même que rendre le patient acteur de sa santé, en lui apprenant à définir ses priorités ! Car comme le souligne Question santé, les éléments qui favorisent la conviction de l'utilité du dépistage sont très variés : peur «d'avoir quelque chose», sentiment d'être vulnérable, efficacité du traitement, gratuité... Il faut pouvoir tenir compte de tous ces éléments.

3.2.2 LA STRATÉGIE

Pour lever les résistances de la population, une information accessible, complète et nuancée est clairement recommandée. Dans ce cadre, le Service communautaire Question santé a reçu la mission d'organiser une campagne d'information pour le grand public.

L'analyse des groupes focus a permis à Question santé de relever que les sources d'information citées par la population sont extrêmement diversifiées. On y trouve la presse, les émissions radio et télé mais aussi le médecin généraliste et la famille. Selon Question Santé, il faut donc plusieurs canaux, sources d'informations pour parler du programme de dépistage car c'est le côté redondant et récurrent des informations qui fait réfléchir et aide à la décision. En outre, il faut à la fois des informations objectives et un côté plus relationnel, affectif, rassurant comme lors du colloque singulier avec le médecin traitant : on peut poser des questions, on a un contact, on discute. Cela rejoint d'ailleurs le constat fait dans de nombreuses publications scientifiques.

La promotion large du programme par des campagnes grand public est prônée par de nombreux auteurs (affiches, spots médiatiques, conférences, site internet...). Mais il faut veiller à ce que ces campagnes évitent d'exercer une pression morale sur les populations^[1] :

«Le choix éclairé implique le choix de refuser de participer ou non à un examen».

Conseil Supérieur de Promotion de la Santé

Ces campagnes doivent être récurrentes et doivent contenir un message éducatif, incluant notamment la notion de risque «afin d'aider le public-cible à modifier ses propres représentations et ses croyances vis-à-vis des actions de prévention/dépistage», de mieux percevoir son niveau de risque avant de prendre une décision...^[12].

La campagne d'information élaborée par Question santé se base donc sur ces recommandations et sur l'analyse des 4 focus groupes. C'est cette dernière qui a permis de déterminer le ton et le contenu des messages à délivrer. Selon les participants, seul un ton sobre est acceptable. Quant aux messages, il devait aborder les lacunes exprimées au cours de focus groupes. Trois axes ont dès lors été sélectionnés : le cancer colorectal est une **maladie fréquente** (c'est la deuxième cause de mortalité par cancer) ; un **dépistage est possible** (il est gratuit et accessible chez son médecin traitant) ; le **dépistage est efficace** et il faut le répéter tous les 2 ans.

Un prétest a été effectué par Question Santé sur une maquette de ces 3 spots. Deux groupes focus ont été organisés en novembre 2008, auprès d'une quinzaine de personnes de 50 à 74 ans, hommes et femmes^[62]. Après avoir visionné la maquette des 3 spots, un questionnaire écrit leur était distribué et une discussion orale était entamée à partir du questionnaire.

De manière générale, le message a été jugé fiable, acceptable. Un groupe focus met en évidence que des personnes déjà concernées par le dépistage par coloscopie ont un avis négatif sur un test aussi simple que l'Hémoccult II® (celui-ci ne serait pas fiable).

Les spots donnent envie de faire le test. Ils sont jugés complémentaires, simples et donnent confiance. Leur sobriété plaît. Concernant les informations manquantes, certains participants ont suggéré d'ajouter un site Internet. Par contre, parler de la prévention primaire n'est pas souhaité ou alors dans un autre spot, dans d'autres outils d'information. De même, évoquer les examens complémentaires (de la coloscopie) en cas de test positif ne semble pas nécessaire. Enfin, l'ensemble du groupe (sauf une personne) a trouvé que cela donne envie d'en parler à son médecin, d'en savoir plus. Mais l'image du médecin dans le spot manquait de chaleur, de sourire. La présence du médecin a dès lors été renforcée dans le spot concerné et le texte insistant sur l'importance d'un dialogue avec ce dernier a été inséré dans les 3 spots pour avoir un effet répétitif et une cohésion plus grande.

La campagne informative comporte des spots radiotélévisés, des messages dans la presse écrite, un site internet www.cancerintestin.be, des affiches...

Par ailleurs, plusieurs dépliants informatifs ont été élaborés par Question Santé :

- un dépliant d'information sur le dépistage (diffusé principalement par les mutuelles)
- un dépliant sur le dépistage (envoyé en même temps que l'invitation) ;
- un dépliant sur le test Hémoccult II®
- un dépliant sur la coloscopie pour les personnes à risque élevé ou très élevé
- un dépliant à l'attention des personnes ayant un résultat Hémoccult positif

Les mutuelles (via des dépliants) et les pharmacies (via des affiches) sont des acteurs volontaires pour la diffusion des informations.

QUE RETENIR DE CE CHAPITRE ?

L'adhésion de la population au programme de dépistage est un élément crucial qui peut être favorisé par des campagnes informatives récurrentes et précises. Pour permettre aux personnes de décider de participer ou non à ce programme en toute connaissance de cause, il faut allier à la fois des informations objectives et le colloque singulier avec le médecin traitant. Comme le dit Question Santé «L'objectif de permettre aux personnes de faire un choix éclairé est un objectif à atteindre par l'ensemble du dispositif mis en place : le médecin généraliste est la pierre angulaire de ce programme. Lors du colloque singulier avec son patient, le médecin est chargé de mettre en évidence les différents aspects du dépistage, d'ouvrir la discussion avec son patient, de l'informer et l'écouter dans ses questions et réticences. Les outils de communication sont là pour soutenir son action».

4 QUELLES SONT LES PERSPECTIVES DE CE PROGRAMME ? À QUOI FAIRE ATTENTION ?

Le programme démarre en 2009 après des mois de préparation. On peut d'ores et déjà relever quelques points qu'il faudra suivre avec une attention particulière. Nous en aborderons 3 : le problème des inégalités sociales, la situation à Bruxelles et l'évaluation du programme.

4.1 LES INÉGALITÉS SOCIALES

On ne peut parler de promotion de la santé sans évoquer la problématique des inégalités sociales. D'autant que les effets des déterminants sociaux peuvent être cumulatifs tout au long de l'histoire du cancer. En Belgique, 1 personne sur 7 est considérée comme pauvre* (14,7 %) mais ce pourcentage atteint 17,5 % de la population en Wallonie contre 10,7 % en Flandre^[63]. Quant aux taux de personnes n'ayant jamais suivi d'enseignement, il est de 6,4 % en Région bruxelloise et de 3,9 % en Région wallonne (contre 3 % en Région flamande)^[64]. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont particulièrement peu «diplômées» comparativement aux jeunes générations. Or, le programme de dépistage du cancer colorectal s'adresse aux plus âgés.

4.1.1 L'IMPACT DES INÉGALITÉS SOCIALES SUR L'HISTOIRE NATURELLE DU CANCER COLORECTAL

Nous avons donc cherché dans la littérature scientifique les études relatives à l'influence du statut socio-économique sur le cancer colorectal, que ce soit en matière d'incidence, de survie ou de dépistage.

De nombreuses études existent dans ce domaine. Elles proviennent principalement des Etats-Unis. Il est vrai que le cancer colorectal est une priorité depuis longtemps outre-Atlantique puisque les recommandations prônant le dépistage de cancer colorectal existent depuis la fin des années 70 aux USA alors qu'elles ne font leur apparition que depuis la fin des années 90 en Europe^[12].

Les indicateurs socio-économiques utilisés dans ces études sont principalement le niveau d'instruction, le degré de pauvreté estimé d'une zone géographique, le fait d'avoir une assurance sociale, voire plus rarement le revenu. La plupart des études se basent sur un seul indicateur, ce qui est réducteur et va à l'encontre de certains auteurs recommandant l'usage d'un indice multiple pour étudier le lien entre le niveau socio-économique et la santé^[65,66].

Par ailleurs, de nombreuses études nord-américaines associent le statut socio-économique à l'ethnie et amalgament le fait d'être défavorisé au fait d'être noir. Ceci a plusieurs implications. La première est qu'il est parfois difficile dans ce cadre de distinguer l'influence du statut socio-économique de celle d'autres facteurs socio-culturels ou génétiques. La seconde est que toutes les observations ne sont peut-être pas transposables en Communauté française.

Quoi qu'il en soit, il ressort de la littérature que le niveau socio-économique inférieur a une influence sur l'histoire du cancer colorectal. En détails, cela donne :

L'incidence

- L'incidence du cancer colorectal semble plus élevée parmi les personnes ayant un statut socio-économique bas^[20]. Peu d'explications sont avancées pour éclairer ce phénomène mais on peut déduire de l'histoire de la maladie au moins 2 hypothèses : d'une part, la présence, chez les personnes défavorisées, de

* Selon le SPF Economie : Etre pauvre signifie devoir vivre avec moins de € 822 par mois pour une personne isolée ou moins de € 1726 par mois pour un ménage composé de deux adultes et deux enfants.

facteurs de risques plus importants et d'autre part, une participation moindre au dépistage qui ne favorise pas l'exercice préventive des adénomes. Concernant les facteurs de risque, certains sont en effet particulièrement associés aux niveaux socio-économiques faibles. Il s'agit de l'obésité, de l'inactivité physique, d'un régime alimentaire plus gras et moins riche en fruits et légumes...^[65]. Concernant le dépistage, la participation à celui-ci est effectivement moindre chez les personnes au statut socio-économique bas (voir ci-dessous).

Le dépistage

- Il est largement démontré que l'accès aux actes préventifs est moindre chez les personnes de faible niveau socio-économique^[67]. Le dépistage du cancer colorectal n'échappe pas à ce constat : la participation à ce dépistage est moindre chez les personnes au statut socio-économique plus faible, chez celles sans assurance sociale, parmi les minorités ethniques^[55] et chez celles vivant en milieu rural^[20].
- Deux aspects doivent être évoqués pour expliquer ces inégalités face au dépistage : l'offre de dépistage par le système de soins d'une part et l'adhésion à celui-ci par les personnes ciblées d'autre part.
- Concernant l'**offre du système de soins**, certains auteurs^[60] ont montré que les médecins pouvaient avoir tendance à reporter l'offre de dépistage, parce qu'ils considèrent de manière un peu stéréotypée que les patients défavorisés sont peu intéressés par le dépistage ou que cela va demander trop de temps et d'énergie pour leur expliquer. Ainsi est-il démontré que le dépistage est d'autant plus souvent évoqué que le niveau d'éducation ou de revenus augmente. Une différence s'observe pour le même médecin selon le niveau d'instruction du patient. Les auteurs insistent à ce propos sur les efforts que doivent fournir les praticiens pour répondre aux besoins d'informations chez les patients de faible niveau d'éducation.
- L'offre globale du système de santé peut également différer selon le statut socio-économique. Ainsi, aux USA, certains auteurs^[60] suggèrent que les médecins installés dans les quartiers pauvres sont moins formés et moins férus de recommandations de médecine préventive que leurs collègues. Cela n'est vraisemblablement pas applicable en Communauté française, où il est démontré que les maisons médicales au forfait sont particulièrement accessibles aux personnes défavorisées^[67] et qu'elles sont spécialement attentives aux activités de prévention^[68].
- Un autre facteur qui peut influencer l'offre de dépistage est la barrière de la langue^[20]. Ceci est particulièrement crucial en prévention car il s'agit d'un sujet non urgent donc qui stimule moins à faire des efforts. Si la personne ne comprend pas, le médecin a tendance à laisser tomber ce sujet pour se concentrer sur ce qui est plus crucial.
- Concernant l'**adhésion au programme de dépistage**, celle-ci est connue pour être plus faible chez les personnes au statut socio-économique bas^[55,69] ou au niveau d'instruction inférieur^[57]. Les patients défavorisés semblent moins sensibles à l'utilité d'un dépistage. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette observation.
 - Il est possible que les patients au statut socio-économique faible ne connaissent pas l'existence de ce dépistage, notamment parce que leurs sources d'informations sanitaires sont relativement limitées. Pour certains, le médecin est parfois la seule source d'informations relatives à la santé. Si celui-ci n'en parle pas, eux n'initieront pas de discussion à ce propos.
 - Les personnes défavorisées peuvent également éprouver des difficultés à s'engager dans une discussion active avec leur médecin au sujet du dépistage et envisager clairement les bénéfices futurs et les coûts de ce dernier^[60]. Ceci peut notamment s'expliquer par un manque d'aptitudes à entrer dans une discussion de ce type ou parce que d'autres priorités font apparaître ce sujet comme accessoire.
 - Certaines barrières au dépistage peuvent être plus importantes chez les personnes défavorisées. C'est notamment le cas du manque de conviction à pouvoir agir efficacement ou à exercer un contrôle positif sur sa santé, ou d'être plus enclins à être fataliste vis-à-vis du cancer^[55].
 - Un support social moindre semble aussi jouer un rôle dans la plus faible adhésion au dépistage des personnes défavorisées^[55].

La mortalité

- Comme pour d'autres cancers, la survie au cancer colorectal diminue graduellement avec le niveau socio-économique^[70]. Whynes^[69], au Royaume-Uni, a montré que l'espérance de vie des femmes avec un cancer colorectal était d'1,1 an inférieur dans les milieux les plus défavorisés par rapport aux milieux les moins défavorisés. Le niveau d'instruction inférieur, le fait de vivre en milieu rural, l'absence d'assurance sociale, et l'appartenance à une minorité sont autant de facteurs de risque d'avoir un taux de mortalité élevé par cancer colorectal^[20,65,66,70].
- La différence de taux de mortalité entre les niveaux socio-économiques peut être le reflet d'une disparité dans le dépistage, les pratiques thérapeutiques, le support social et l'accès aux soins de santé^[14,65]. Une différence de risque et de statut sanitaire est aussi évoquée^[66].

Le traitement

- Un taux plus faible de traitement approprié est signalé chez les personnes avec un faible niveau socio-économique^[20,66] et parmi les minorités ethniques^[14,65,70].
- Comme pour le dépistage, deux aspects doivent être évoqués pour expliquer ces inégalités face au traitement : l'offre par le système de soins d'une part et l'adhésion à celui-ci par les personnes ciblées d'autre part.
 - Concernant **l'offre**, des médecins de première ligne prenant en charge des patients noirs ont rapporté rencontrer plus de difficultés pour que leurs patients accèdent à des spécialistes de haute qualité par rapport aux médecins qui prennent en charge des patients blancs. Plusieurs études^[14,60] ont également montré que des médecins sont moins susceptibles de suggérer ou de fournir le traitement recommandé aux patients noirs qu'ils ne le sont pour des patients blancs (notamment parce que ce traitement est lourd et que leur statut sanitaire et leur support social sont moindres).
 - Concernant **l'adhésion au traitement**, certaines barrières peuvent être plus importantes chez les personnes défavorisées comme le manque de confiance dans le traitement ou la difficulté de discuter des bénéfices et des risques liés à la chimiothérapie^[14].

Les répercussions d'un faible niveau socio-économique sur l'histoire du cancer colorectal sont multiples : risque plus élevé de développer un cancer colorectal, probabilité moindre de bénéficier d'un dépistage et risque plus grand de mourir de ce cancer, notamment par un moindre accès à un traitement approprié. Certaines lacunes sont épinglées en matière de recherche : il faudrait en effet pouvoir tenir compte en même temps de plusieurs indicateurs du niveau socio-économique afin de mieux cerner l'influence de chacun ; parmi ces indicateurs, il faudrait aborder les problèmes de langue, les conditions de logement, les infirmités. Il faudrait aussi pouvoir adapter ces constats au contexte de la Communauté française.

4.1.2 LA STRATÉGIE

Parmi les études faisant le lien entre les inégalités sociales et un impact négatif sur l'histoire naturelle du cancer colorectal, rares sont celles qui approfondissent la question des moyens d'interventions efficaces pour contrecarrer cet impact.

Quelques suggestions sont présentées. On peut certainement citer :

- la mise en place d'une stratégie adaptée en tenant compte des déterminants de santé, de l'accès aux soins, etc.^[1].
- l'adaptation des messages prônant le dépistage^[57,61], en veillant à offrir la possibilité au patient de poser des questions, en s'assurant de la bonne compréhension du message par quelques questions, en utilisant des outils tels que des dessins, mannequins, du matériel informatique...^[12]. Plusieurs publications prônent à ce propos le rôle crucial du médecin généraliste.
- le maintien d'une sécurité sociale forte et solidaire^[1]

Le programme organisé de dépistage de la Communauté française n'a pas (encore) développé de stratégie spécifique au public défavorisé. Plusieurs professionnels de la promotion de la santé ont déjà soulevé cette lacune. Parmi ces professionnels, de nombreuses compétences existent en matière d'action visant à réduire les inégalités sociales. Ces compétences pourraient bénéficier au programme et mériteraient certainement d'être sollicitées.

Le principe d'équité sociale en matière de dépistage, d'information, de suivi, de traitement doit être respecté en accordant une priorité aux plus faibles et aux exclus. Le programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française devra être attentif à approfondir cette question. Des compétences existent au sein du secteur de la promotion de la santé. Elles mériteraient d'être sollicitées.

4.2 LA RÉGION BRUXELLOISE

La Communauté française n'est pas compétente pour adresser un courrier aux habitants de langue française de la Région bruxelloise. Seule la Commission Communautaire Commune (COCOM) a cette compétence. La différence de stratégies entre les deux communautés, flamande d'une part et française d'autre part, met cependant cette commission en position délicate puisqu'elle ne peut opter ni pour l'une ni pour l'autre.

En attendant de trouver une solution, il a donc été décidé de ne pas envoyer d'invitation dans la Région bruxelloise. Cela n'exclut pas pour autant les personnes de 50 à 74 ans du programme. Les médecins bruxellois inscrits à l'Ordre des Médecins sous le régime linguistique francophone reçoivent en effet les informations, formations et matériels de dépistage au même titre que leurs collègues wallons. Le public bruxellois francophone bénéficie de la même campagne grand public. Toute personne de 50 à 74 ans habitant à Bruxelles peut donc entrer dans le programme soit parce qu'elle le demande à son médecin généraliste soit parce que celui-ci le lui propose.

La population concernée représente environ 200 000 personnes.

En Région bruxelloise, les personnes de 50 à 74 ans ne recevront pas d'invitation par courrier. Elles peuvent cependant entrer dans le programme via un médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins sous le régime francophone.

4.3 L'ÉVALUATION

Tout programme de dépistage doit être soigneusement évalué, pas seulement en termes de taux de participation mais aussi en prenant en compte la répartition et la nature de la participation, les effets néfastes éventuels, le vécu des examens, du suivi et l'accessibilité réelle des traitements^[1].

Le Centre d'expertise des soins de santé souligne que, compte tenu des frais fixes importants, une participation minimale est nécessaire pour justifier le coût du dépistage et pour observer son effet sur la population. Deux aspects peuvent influencer fortement la participation : comment les participants seront invités et comment le test sera perçu^[13]. Ces deux éléments doivent clairement faire l'objet d'une évaluation.

Un suivi/évaluation du programme est prévu par le Centre de référence. Il s'appuie sur certains indicateurs recommandés mais il précise que de nouveaux indicateurs d'évaluation pourront être proposés au fil du temps en fonction des indicateurs définis dans les European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening^[71].

La liste d'indicateurs potentiels dans l'évaluation du programme est longue. Nous ne prétendons pas être exhaustifs mais proposons quelques pistes en la matière.

4.3.1 COUVERTURE DU PROGRAMME

Plusieurs indicateurs peuvent intervenir dans l'évaluation de la couverture du programme.

Taux de participation

- Nombre de personnes de 50 à 74 ans venues en consultation / Nombre de personnes invitées.
- Nombre de personnes exclues de l'Hémocult II® (selon les raisons) / Nombre de personnes venues en consultation.
- Nombre de personnes déjà suivies pour un risque élevé / Nombre de personnes identifiées à risque élevé.
- Nombre de personnes invitées à effectuer le test Hémocult II® / Nombre de personnes venues en consultation.
- Nombre de tests réalisés / Nombre de personnes invitées à effectuer le test Hémocult II®.
- Nombre de coloscopies réalisées dans le cadre des risques élevés / Nombre de personnes exclues de l'Hémocult II® en raison d'un risque élevé ou très élevé.

Ces indicateurs doivent permettre de calculer différents taux selon le dénominateur et la période choisie.

Type de participation

- Caractéristiques des participants telles que l'âge, le sexe, le niveau socio-économique.

4.3.2 QUALITÉ TECHNIQUE DU TEST

- Taux de tests non analysables (Qualité des prélèvements)
- Délai de transmission des prélèvements (consultation – réception des prélèvements)
- Délai entre la réception des prélèvements et la transmission du résultat
- Taux de prélèvements non gérables
- Délai entre la transmission du résultat positif et la réception du résultat de la coloscopie
- Taux de tests positifs
- Taux de «perdus de vue»
- Spécificité
- Sensibilité
- Taux de coloscopies complètes
- Proportion de patients référés pour une coloscopie
- Taux de biopsies
- Taux de complications
- Délai de rendez-vous pour une coloscopie
- Durée de la coloscopie
- Taux de détection et stades des adénomes et des cancers, etc.
- Nombre de personnes chez qui un cancer a été dépisté et *Valeur prédictive positive (VPP)*
- Nombre de personnes chez qui un adénome >1 cm a été dépisté et *Valeur prédictive positive (VPP)*
- Part du dépistage dans le diagnostic.

4.3.3 ADHÉSION DES MÉDECINS, DES PATIENTS, DES ACTEURS DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Pour favoriser une culture préventive, il semble impératif de développer le savoir et la motivation des soignants et de la population. Plusieurs indicateurs pourraient dès lors être envisagés dans ce cadre.

- Nombre de formations pour les médecins généralistes effectuées.
- Nombre de médecins ayant suivi ces formations.
- Suivi des pratiques des médecins généralistes en matière de prescription de dépistage (initiation du dialogue ou attente de questions du patient ; satisfaction quant au matériel prévu pour le dépistage et l'information, etc.).
- Fréquence, périodicité et contenu des campagnes médiatiques.
- Nombre de brochures distribuées.
- Compréhension des messages par le public cible et par certains sous-groupes plus vulnérables au cancer colorectal ou globalement démunis (par un niveau d'éducation faible, un statut socio-économique bas...).
- Satisfaction par rapport au processus : accessibilité des médecins généralistes, accessibilité de la coloscopie, du rendez-vous avec un gastro-entérologue, satisfaction dans la remise du résultat, dans le suivi et le traitement en cas de résultat positif.

Certains de ces indicateurs nécessitent une récolte de données appropriées. Des moyens devraient dès lors être prévus dans ce cadre.

4.3.4 EFFICACITÉ À MOYEN VOIRE LONG TERME

Les indicateurs de la performance à long terme manquent selon les auteurs^[12]. Ainsi, personne ne semble pouvoir prédire l'adhésion au programme après 10 ans alors que c'est un point essentiel. Un feed-back aux médecins pourrait s'avérer utile pour maintenir leur adhésion dans le temps.

En termes de coûts-bénéfices, le Service communautaire UCL-RESO^[12] cite un auteur qui recommande une évaluation précise d'un programme de dépistage.

- Nombre de personnes à dépister pour découvrir un cas.
- Nombre de faux positifs liés à d'autres causes qu'une perte sanguine dans le tube digestif.
- Impacts financier mais aussi psychologique des faux positifs.
- Impact psychologique des faux négatifs. D'abord parce que la personne qui présente un cancer n'est pas décelée comme telle et donc pas traitée. Ensuite parce que ces situations peuvent entraîner une perte de confiance dans le dépistage.
- Suivi des évaluations des autres méthodes de dépistage possibles (coloscopie par exemple).

L'évaluation est un élément crucial dans l'organisation d'un programme de dépistage de masse. Le Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers centralise les informations et a d'ores et déjà établi une collaboration avec la Fondation du Registre du Cancer. De nombreux indicateurs pourront être suivis. Certains d'entre eux nécessitent des moyens particuliers, qu'il faudra prévoir. Par ailleurs, il sera indispensable de diffuser ce suivi, notamment aux médecins généralistes afin de maintenir leur intérêt pour le programme.

5 CONCLUSIONS

La Communauté française a pris l'initiative de mettre sur un pied un programme organisé de dépistage du cancer colorectal. Le protocole sélectionné est proche d'autres protocoles européens et répond à de nombreux facteurs de succès soulignés dans la littérature. Parmi ceux-ci, faire du médecin généraliste la pierre angulaire du programme est certainement un défi.

En promotion de la santé, quelques points clés doivent être soulignés :

- L'importance à accorder à **l'autonomie du patient**. C'est l'essence même de la promotion de la santé. Motiver les médecins généralistes à instaurer un réel dialogue en partenariat avec leurs patients et à donner des informations claires, complètes et précises sur les tenants et aboutissants du dépistage est un moyen reconnu dans ce domaine. Mais d'autres stratégies devraient être identifiées pour stimuler les patients à s'impliquer dans leur santé. Il faut absolument mettre l'accent sur la participation active des personnes. L'implication d'autres acteurs de la santé ou de la promotion de la santé pourrait certainement renforcer cette démarche.
- La nécessité d'adapter les messages aux **personnes défavorisées**. Cela implique d'adopter une stratégie qui supporte la prise de conscience et la compréhension des personnes de faible niveau d'instruction ou de bas niveau socio-économique sur les implications d'un dépistage du cancer colorectal. Cela implique également d'attirer l'attention des praticiens sur la nécessité d'une communication adaptée au patient démuné. Une recherche relative aux interventions efficaces dans ce domaine est d'ailleurs suggérée par certains auteurs. Une évaluation du profil du public touché par le programme de dépistage et du public présentant la maladie ou en mourant devrait alimenter cette réflexion.
- Une attention particulière à **l'impact psychologique négatif** que peut susciter ce type de programme. Chez les personnes aux résultats faux positifs qui subiront une batterie d'examen complémentaires ; chez les personnes aux résultats faux négatifs qui seront erronément rassurées ; chez les membres des familles à risque élevé de cancer colorectal que le démarrage du programme risquent de sensibiliser, voire de stresser.
- La recherche de moyens pour améliorer la **culture préventive des médecins**. Le message clé est que ce programme est une très belle occasion de renforcer le rôle de personne de référence du médecin généraliste et d'intégrer ce rôle dans son travail quotidien. Pour faciliter cette culture préventive, 3 aspects semblent essentiels : la mise à jour des savoirs, l'acceptation des recommandations et la prise de conscience de ce rôle clé en prévention^[12]. Fournir des recommandations de bonnes pratiques préventives est une première étape. Associer les recommandations de dépistage du cancer colorectal aux recommandations de dépistage d'autres affections et de cancers pourrait être bénéfique. L'approche

globale est en effet indispensable en médecine générale. Selon l'asbl Promotion santé et Médecine générale^[72], 3 raisons justifient ce point de vue : «d'abord, les médecins généralistes s'occupent de la santé dans son ensemble, ce qui implique d'avoir une vision globale de la prévention et de s'intéresser aux déterminants de la santé intervenant en amont des facteurs de risque (des maladies) abordés en prévention ; ensuite, chaque patient peut avoir ses propres priorités et il faut pouvoir en tenir compte : le dépistage et l'attitude à avoir en cas de risque ne doivent pas être mécaniques ; enfin, dans le futur, il sera demandé aux médecins généralistes de faire de plus en plus de prévention en travaillant en partenariat avec d'autres, en partageant la prise en charge du patient (sharing care). Des ouvertures à d'autres acteurs du secteur de la promotion de la santé en Communauté Française sont donc indispensables pour que cette dimension se réalise effectivement en médecine générale.»

- Les recommandations de **prévention primaire**. Ce n'est pas parce qu'un dépistage existe qu'il faut en oublier les conseils d'alimentation saine, de pratique d'une activité physique, de consommation modérée d'alcool ou d'abstinence du tabac. Ces recommandations doivent être diffusées, implantées, accompagnées avec tout l'investissement que cela implique.
- Le suivi des résultats de **recherches en matière de dépistage** et de prise en charge du cancer colorectal. Plusieurs modalités de dépistage comme la coloscopie virtuelle et le dépistage moléculaire d'altérations génétiques dans les selles ne sont pas encore validées en matière de dépistage de masse mais pourraient l'être à l'avenir. Or, elles pourraient avoir un impact positif sur la compliance des patients^[73]. De même la chimioprévention pourrait venir renforcer les interventions préventives du cancer colorectal.

6 RESSOURCES, RÉFÉRENCES ET GLOSSAIRE

RESSOURCES

CCR a.s.b.l. Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers

5 Rue André Dumont (Axisparc)
 1435 Mont-Saint-Guibert
 tel : 010/23 82 72
 fax : 010/45 67 95
 e-mail : colorectal@ccref.org
 site : <http://www.ccref.org/colorectal/>
 et <http://www.cancerintestin.be>

Fondation «Registre du Cancer»

215 Rue Royale, 1210 Bruxelles
 tel : 02/250 10 13
 fax : 02/250 10 11
 site : <http://www.registreducancer.org/>

Fondation contre le Cancer

479 Chaussée de Louvain, 1030 Bruxelles
 tel : 02/736 99 99
 Cancerphone : 0800/15801
 email : info@cancer.be
 site : <http://www.cancer.be/>

Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)

8 Rue de Suisse, 1060 Bruxelles
 tel : 02/533 09 80
 fax : 02/533 09 90
 e-mail : ssmg@ssmg.be
 site : <http://www.ssmg.be>

Question Santé asbl

75 rue du Viaduc, 1050 Bruxelles
 tel : 02/512 41 74
 e-mail : info@questionsante.org
 site : <http://www.questionsante.org>

Direction générale de la santé en Communauté française

44 Boulevard Léopold II, 1080 Bruxelles
 site : <http://www.sante.cfwb.be>

RÉFÉRENCES

- [1] Conseil Supérieur de Promotion de la Santé de la Communauté française. Examens de dépistage pour de bonnes pratiques. Document approuvé par le CSPS. Août 2007.
- [2] Belgian Cancer Registry. Belgium : Females, number of invasive tumours per localisation and age group in 2004.
- [3] Belgian Cancer Registry. Brochures : Cancer Incidence in Belgium 2004-2005. D/2008/11.846/1. 2008.
- [4] Parkin D.M. International variation. *Oncogene* 2004 ; 23 ; 6329-6340.
- [5] International Agency for Research on Cancer. CancerMondial. Globocan 2002. http://www-dep.iarc.fr/GLOBOCAN/Table2_sel.htm
- [6] Direction générale de la Santé du Ministère de la Communauté française. Chiffres de mortalité du cancer colorectal 2004.
- [7] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Chiffre de mortalité du cancer colorectal 2004.
- [8] Puddu M, Tafforeau J. Cancer colorectal : Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. Institut scientifique de Santé Publique. Centre de Recherche opérationnelle en Santé Publique. IPH/EPI Reports N° 2006-023. 2006.
- [9] Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Statistiek van de doodsoorzaken 2004.
- [10] Bouvier A-M. Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. Institut national de Veille Sanitaire (InVS). BEH thématique 13 janvier 2009 (2-3) : 14-16.
- [11] Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Colorectale kanker : mortaliteit versus incidentie. <http://www.zorg-en-gezondheid.be/topPage.aspx?id=15116>.
- [12] Libion F, Doumont D. Programme de dépistage du cancer colorectal : quelles recommandations pour quelle efficacité ? Tour d'horizon de pays occidentaux. UCL-RESO. Octobre 2007. Réf : 07-46.
- [13] De Laet C, Neyt M, Vinck I, Lona M, Cleemput I and Van De Sande S. Health Technology Assessment. Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique. KCE Reports vol. 45B. 20-12-2006.
- [14] Sharma S, O'Keefe SJ. Environmental influences on the high mortality from colorectal cancer in African Americans. *Postgrad Med J.* 2007 Sep ; 83(983) : 583-9. Review.
- [15] Van Casteren V, Haelterman M. Enregistrement du cancer par le réseau des Médecins Vigies : une validation externe. Institut Scientifique de la Santé Publique, Section d'Epidémiologie, Médecins Vigies. Bruxelles. IPH/EPI Reports N° 2001 – 017. 2001.
- [16] Quinn MJ. Cancer trends in the United States--a view from Europe. *J Nat Cancer Inst.* 2003 Sep 3 ; 95(17) : 1258-61. Review.
- [17] SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis) - Belgium. Institut scientifique de Santé publique. Section Epidémiologie. <http://www.iph.fgov.be/epidemiology/spma>. Last updated : février 2009.
- [18] Chappuis O, Hutter P. Cancer colorectal : dépistage adapté au risque et rôle du médecin traitant dans la prévention de ce cancer. *Revue Médicale Suisse* 2006 ; 66 : 1314-23.
- [19] Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française. Présentations : Dépistage du cancer colorectal – Gastro-entérologues. 2008. <http://www.ccref.org/colorectal/>
- [20] Palmer R.C, Schneider E.C. Social disparities across the continuum of colorectal cancer : a systematic review. *Cancer Causes and Control* 2005 ; 16 : 55-61.

- [21] McQueen A, Vernon S.W, Meissner H.I, Klabunde C.N, Rakowski W. Are there gender differences in colorectal cancer test use prevalence and correlates? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006 ; 15(4) : 782-791.
- [22] Ryan-Harshman M, Aldoori W. Diet and colorectal cancer : Review of the evidence. *Can Fam Physician*. 2007 Nov ; 53(11) : 1913-20. Review.
- [23] Marques-Vidal P, Ravasco P, Camilo M.E. Foodstuffs and colorectal cancer risk: a review. *Clinical Nutrition* 2006 ; 25 : 14-36.
- [24] Devriese S, Huybrechts I, Moreau M, Van Oyen H. Enquête de consommation alimentaire Belge 1 – 2004. Institut scientifique de Santé publique. Section Epidémiologie. ISP/EPI Reports N° 2006 – 015. 2006.
- [25] Dai Z, Xu YC, Niu L. Obesity and colorectal cancer risk: a meta-analysis of cohort studies. *World J Gastroenterol*. 2007 Aug 21 ; 13(31) : 4199-206.
- [26] Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. Health Interview Survey Interactive Analysis. Institut scientifique de Santé publique. Section Epidémiologie. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/hisia/source.htm>. Last updated : Octobre 2008.
- [27] IARC. Consumption of Alcoholic Beverages and Ethyl Carbamate (Urethane). in: Meeting Summary. *Lancet Oncology* 2007 ; 96.
- [28] Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cancer incidence and mortality: Systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*. 2008 Nov 26.
- [29] Limsui D, Limburg PJ. Cigarette smoking and colorectal cancer risk: a burning issue. *Gastroenterology*. 2008 Aug ; 135(2) : 704-5.
- [30] Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, Raimondi S, Lowenfels AB, Maisonneuve P. Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. *JAMA*. 2008 Dec 17 ; 300(23) : 2765-78. (abstract).
- [31] Botteri E, Iodice S, Raimondi S, Maisonneuve P, Lowenfels AB. Cigarette smoking and adenomatous polyps: a meta-analysis. *Gastroenterology*. 2008 Feb ; 134(2) : 388-95.
- [32] Taupinart E. Farde de documentation tabac 2008. Centre de Recherche et d'Information des Organisations de Consommateurs (CRIOC) 26-05-2008.
- [33] Howsam M, Grimalt J.O, Guino E, Navarro M, Marti-Rague J, Peinado M.A, Capella G, Moreno V. Organochlorine exposure and colorectal cancer risk. *Environ Health Perspect* 2004 ; 112(15) : 1460-1466.
- [34] Gulis G, Czompolyova M, Cerhan J.R. An ecologic study of nitrate in municipal drinking water and cancer incidence in Trnava District, Slovakia. *Environ Res* 2002 ; 88(3) : 182-187.
- [35] IARC. Ingested Nitrates and Nitrites, and Cyanobacterial Peptide Toxins. in: Meeting Summary. *Lancet Oncology* 2006 ; 94.
- [36] Yang C.Y, Wu D.C, Chang C.C. Nitrate in drinking water and risk of death from colon cancer in Taiwan. *Environment International* 2007 ; 33(5) : 649-653 (abstract).
- [37] Gwyn K, Sinicrope F.A. Chemoprevention of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol* 2002 ; 97(1) : 13-21.
- [38] Dubé C, Rostom A, Lewin G, Tsertsvadze A, Barrowman N, Code C, Sampson M, Moher D ; U.S. Preventive Services Task Force. The use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6 ; 146(5) : 365-75.
- [39] Rostom A, Dubé C, Lewin G, Tsertsvadze A, Barrowman N, Code C, Sampson M, Moher D ; U.S. Preventive Services Task Force. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 inhibitors for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2007 Mar 6 ; 146(5) : 376-89.
- [40] Communauté française de Belgique. Politique de promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et les adolescents. Site web : <http://www.mangerbouger.be>
- [41] Keating J, Pater P, Lolohea S, Wickremesekera K. The epidemiology of colorectal cancer: what can we learn from the New Zealand cancer registry? *N Z Med J* 2003 ; 116 : 1174 :U437.
- [42] Buecher B, Patron O- Indications et modalités du dépistage endoscopique des lésions néoplasiques colorectales : le dépistage des sujets à risque moyen. *Hépatogastro* 2005 ; 12 : 41-9.
- [43] Uyttendaele D. Mémoire en médecine générale. Le dépistage du cancer colorectal par le médecin généraliste. ULB. 2007-2008.
- [44] Heresbach D, Manfredi S, D'Halluin PN, Bretagne JF, Branger B. Review in depth and meta-analysis of controlled trials on colorectal cancer screening by faecal occult blood test. *Eur J Gastroenterol hepatol*, 2006, 18, 427-433. (abstract).
- [45] Montesi E. Diminuer la mortalité du cancer colorectal : une nécessité. *RMG* 2009 ; 260 : 52-59.
- [46] Ministère de la Communauté française. Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé pour les années 2008-2009. <http://www.sante.cfwb.be/publications-et-periodiques/promotionsante-prevention/>
- [47] SCPS - Question Santé asbl. Le cancer de l'intestin. Programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française. www.cancerintestin.be. 2008. <http://www.ccref.org/colorectal/Depliant/Brochure%20Medecin%20generaliste.pdf>
- [48] Remacle A, Mertens F. Dépistage du cancer du côlon : quelques chiffres. Agence Intermutualiste. Novembre 2008.
- [49] Atkin WS ; Saunders BP ; British Society for Gastroenterology ; Association of Coloproctology for Great Britain and Ireland. Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. *Gut*. 2002 ; 51(Suppl 5) : V6-V9.
- [50] Faivre J, Lepage C, Dancourt V. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux. *BEH thématique* 13 janvier 2009 (2-3) : 16-19.
- [51] Viguier J. L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. *BEH thématique* 13 janvier 2009 (2-3) : 19-22.
- [52] Shieh K, Gao F, Ristvedt S, Schootman M, Early D. The impact of physicians' health beliefs on colorectal cancer screening practices. *Dig Dis Sci*. 2005 May ; 50(5) : 809-14.
- [53] Klabunde CN, Vernon SW, Nadel MR, Breen N, Seeff LC, Brown ML. Barriers to colorectal cancer screening : a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. *Med Care*. 2005 Sep ; 43(9) : 939-44. (abstract).

- [54] SCPS Question Santé asbl. Rapport Focus groups cancer colorectal. Programme de dépistage du cancer colorectal. Synthèse et perspectives. 2008.
- [55] Beydoun H.A, Beydoun M.A. Predictors of colorectal cancer screening behaviors among average-risk older adults in the United States. *Cancer Causes Control* 2008 ; 19 : 339-59. Review.
- [56] Palmer RC, Midgett LA, Dankwa I. Colorectal cancer screening and African Americans: findings from a qualitative study. *Cancer Control*. 2008 Jan ; 15(1) : 72-9.
- [57] Greiner KA, James AS, Born W, Hall S, Engelman KK, Okuyemi KS, Ahluwalia JS. Predictors of fecal occult blood test (FOBT) completion among low-income adults. *Prev Med*. 2005 Aug ; 41(2) : 676-84.
- [58] Miller D.P Jr, Brownlee C.D, McCoy T.P, Pignone M.P. The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study. *BMC Fam Pract*. 2007 Mar 30 ; 8 : 16.
- [59] O'Malley A.S, Forrest C.B, Mandelblatt J. Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *J Gen Intern Med*. 2002 Feb ; 17(2) : 144-54.
- [60] Bao Y, Fox S.A, Escarce J.J. Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: «between-» versus «within-» physician differences. *Health Serv Res*. 2007 Jun ; 42(3Pt1) : 950-70.
- [61] Weinrich S.P, Weinrich M.C, Atwood J, Boyd M, Greene F. Predictors of fecal occult blood screening among older socioeconomically disadvantaged Americans: a replication study. *Patient Educ Couns*. 1998 Jun ; 34(2) : 103-14.
- [62] SCPS Question Santé asbl. Rapport pré-test Spots TV dépistage cancer colorectal. 2008.
- [63] SPF Economie. Résultats belges de l'enquête SILC 2005. Communiqué de presse. SPF Economie, Direction générale Statistique et Information économique. Février 2007.
- [64] Cortese V, Hamzaoui M, Valkeneers A, Veinstein M. Direction : Pierre Desmarez. Workong Paper. Scolarisation et niveau d'instruction. Centre TEF/ULB-Travail, Emploi, Formation. SPF Economie, Direction générale Statistique et Information économique. Décembre 2007.
- [65] Albano JD, Ward E, Jemal A, Anderson R, Cokkinides VE, Murray T, Henley J, Liff J, Thun MJ. Cancer mortality in the United States by education level and race. *J Natl Cancer Inst*. 2007 Sep 19 ; 99(18) : 1384-94.
- [66] Kinsey T, Jemal A, Liff J, Ward E, Thun M. Secular trends in mortality from common cancers in the United States by educational attainment, 1993-2001. *J Natl Cancer Inst*. 2008 Jul 16 ; 100(14) : 1003-12.
- [67] Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliège D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 2002 ; 56 ; 510-516.
- [68] Annemans L, Closon J-P, Closon M-C, Heymans I, Lagasse R, Mendes da Costa E, Moureaux C, Roch I. Comparison of the cost and the quality of two financing systems of primary health care in Belgium. *KCE Reports vol. 85*. 2008.
- [69] Whynes D.K, Frew E.J, Manghan C.M, Scholefield J.H, Hardcastle J.D. Colorectal cancer, screening and survival: the influence of socio-economic deprivation. *Public Health*. 2003 Nov ; 117(6) : 389-95.
- [70] Hodgson D.C, Fuchs C.S, Ayanian J.Z. Impact of patient and provider characteristics on the treatment and outcomes of colorectal cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2001 Apr 4 ; 93(7) : 501-15. Review.
- [71] Commission européenne. Development of European Guidelines for Quality Assurance of Colorectal Cancer Screening. Project funded in 2005. Strand 3. Health determinants. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action3/action3_2005_17_en.htm
- [72] Promotion Santé et Médecine Générale. Rapport des activités 2008. Janvier 2009.
- [73] Boursi B, Arber N. Current and future clinical strategies in colon cancer prevention and the emerging role of chemoprevention. *Curr Pharm Des*. 2007 ; 13(22) : 2274-82. (abstract).

GLOSSAIRE

Adénome : tumeur bénigne qui se développe aux dépens des glandes de la paroi colique. Cette lésion est éventuellement précancéreuse. On l'appelle aussi polype.

Centre de référence : le Centre de référence agréé en Communauté française pour le dépistage des cancers qui coordonne le programme en Communauté française conformément à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 11 juillet 2008 relatif au dépistage des cancers en Communauté française.

Coloscopie : examen endoscopique de l'ensemble du cadre colique. Il permet de réséquer dans le même temps des polypes éventuellement. Il est indiqué en cas de risque élevé ou de risque très élevé de cancer colorectal et en cas d'Hémocult II® positif.

Dépistage : c'est la démarche qui identifie, à l'aide de tests, d'examens, la présence de signes ou de symptômes traduisant une maladie passée jusque-là inaperçue chez une personne apparemment en bonne santé.

Diagnostic : c'est la démarche qui identifie la maladie à l'origine des signes ou des symptômes ressentis ou observés par le patient. Le diagnostic permet de reconnaître la maladie dont le patient souffre.

Facteurs de risque : facteurs qui sont reconnus comme favorisant l'apparition d'une maladie ou d'un problème de santé ; on distingue généralement cinq catégories de facteurs : les facteurs génétiques ou biologiques ; les habitudes de vie et les comportements ; l'environnement physique ; l'environnement social : milieux et conditions de vie de vie (famille, école, travail, revenu, scolarité, logement) ; l'organisation du système de soins et de services.

Faux positif : le résultat révèle la présence du signe recherché chez des individus qui ne sont pas atteints de la maladie.

Faux négatif : le résultat révèle l'absence du signe recherché chez des individus pourtant atteints de la maladie.

FOBT : Fecal Occult Blood Test. Test de recherche de sang occulte dans les selles. Il s'agit d'un test dont l'analyse provoque une réaction peroxydasique de l'hémoglobine vis-à-vis d'un réactif au gaïac. La personne doit recueillir deux échantillons sur une même selle sur plusieurs selles successives. Elle dépose cet échantillon à l'endroit où se trouve le papier réactif. Ce test ne nécessite pas de régime alimentaire particulier. On parle aussi d'Hémoccult II®.

Hemoccult : Test de recherche du sang dans les selles ou FOBT. Le test est constitué d'un papier réactif imprégné de gaïac contenu dans une petite plaquette de carton. La personne doit recueillir deux échantillons sur une même selle sur plusieurs selles successives. Elle dépose cet échantillon à l'endroit où se trouve le papier réactif. Ce test ne nécessite pas de régime alimentaire particulier.

Incidence : nombre de nouveaux cas d'une maladie, d'un problème de santé au cours d'une période donnée.

Indice de Masse Corporelle : indicateur de surcharge pondérale et d'obésité qui tient compte du poids et de la taille des individus (poids (kg) / taille (m)²).

Intervalle de confiance à 95 % : c'est un intervalle autour de la valeur obtenue, qui se calcule en taux, à partir de l'échantillon et qui, dans 95 % des cas, contient la vraie valeur du paramètre recherché dans la population. Le manque de précision statistique se traduit par des intervalles de confiance très larges.

Invitation : lettre envoyée par le Centre de référence aux personnes âgées de 50 à 74 ans qui n'ont jamais fait de test de dépistage afin de les inviter à profiter d'un test de dépistage du cancer colorectal dans le cadre du Programme.

Kits : kits fournis aux médecins généralistes. Ils se composent d'une brochure qui leur est destinée, de kits patients pour la filière «risque moyen» et de kits patients pour la filière «risque élevé ou très élevé».

Prévalence : nombre total de cas atteints (nouveaux et anciens) dans une population déterminée à un moment donné (se calcule en taux).

Polypes : tumeur bénigne qui se développe aux dépens des glandes de la paroi colique. Il est sessile et est indistinctement appelé adénome ou polype sessile. Il peut être pédiculé.

Risque cumulatif : risque de développer la maladie durant la période considérée.

Risque moyen : risque de présenter un cancer colorectal avant 74 ans chez les personnes asymptomatiques, sans antécédent particulier. Ce risque est évalué à 3,5 %.

Risque élevé : risque de présenter un cancer colorectal avant 74 ans chez les personnes qui présentent des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou qui ont des antécédents de polypes adénomateux ou qui ont souffert d'une maladie inflammatoire du colon, de la maladie de Crohn, d'une rectocolite ulcéro-hémorragique,

Risque très élevé : risque de présenter un cancer colorectal avant 74 ans chez toute personne souffrant d'une maladie de Lynch (cancer colorectal héréditaire non polyposique : HNPCC) ou d'une polyposose héréditaire.

Sensibilité : probabilité que le signe soit présent chez les individus atteints par la maladie recherchée.

Sex ratio : rapport entre le nombre d'hommes et de femmes.

Spécificité : probabilité que le signe soit absent chez les individus non atteints par la maladie recherchée.

Signification statistique : mesure qui évalue le rôle des fluctuations aléatoires dans les résultats obtenus. Plus précisément, elle évalue la probabilité, appelée «valeur de p», que le résultat obtenu survienne uniquement par le fait du hasard. Si cette probabilité est très faible, on dira qu'il est très peu probable que le résultat obtenu soit le fait des fluctuations aléatoires. En général, on utilise le seuil de 5 % pour dire que le résultat est significatif ou non. Autrement dit, une valeur de p inférieure à 5 % est considérée comme significative et donc, on considère que le résultat n'est probablement pas dû au hasard. Lorsque le résultat n'est pas significatif, le résultat est observé est attribué au hasard.

Standardisation : procédé permettant de rendre des populations artificiellement comparables en «éliminant» les différences de distribution d'une ou plusieurs caractéristiques des populations suspectées d'influencer la maladie (âge, sexe, etc.).

Taux standardisé pour l'âge (ou/et sexe) : le taux que l'on observerait dans une population donnée si celle-ci avait la même structure par âge (ou/et par sexe) qu'une population de référence. C'est la moyenne pondérée des taux spécifiques, le poids de chacune des tranches d'âges (ou catégorie de sexe) étant son pourcentage dans la population de référence. Les taux standardisés éliminent les effets de structure par âge (par sexe) et permettent des comparaisons de mortalité ou d'incidence entre deux périodes ou entre zones géographiques.

Taux brut d'incidence : le rapport, pour une période donnée, du nombre de nouveaux cas observés et la population concernée (population à risque). C'est la probabilité qu'une personne indemne de la maladie au début de la période soit atteinte au cours de la période.

Taux brut de mortalité : le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès observés dans une population et l'effectif total de cette population en milieu de période. Il s'exprime généralement en nombre de décès pour 1 000 ou pour 100 000 habitants et par année.

Taux spécifique de mortalité : pour une maladie x : le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès de la maladie x observé dans une population et l'effectif total de cette population en milieu de période. Il s'exprime généralement en nombre de décès pour 100 000 habitants et par année.

Test positif : Dès que la réaction est positive sur au moins un échantillon parmi ceux utilisés pour un test complet, le test est considéré comme positif ; tout test FOBT positif nécessite une mise au point complémentaire consistant en une coloscopie totale.

Valeur prédictive positive (VPP) : probabilité que le diagnostic soit vrai si le signe est présent.

Valeur prédictive négative : probabilité que le diagnostic soit faux si le signe est absent.

ANNEXE

EXAMENS DE DÉPISTAGE : POUR DE BONNES PRATIQUES - CSPS - 08/2007

Critères de l'OMS :

1. La maladie dont on recherche les cas constitue une menace grave pour la santé publique.
2. Un traitement d'efficacité démontrée peut être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée.
3. Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles.
4. La maladie est décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
5. Une épreuve ou un examen de dépistage efficace existe.
6. L'épreuve utilisée est acceptable par la population.
7. L'histoire de la maladie est connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique.
8. Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis.
9. Le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux.
10. La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée «une fois pour toutes».

Bien que ces critères originaux restent très largement valables, d'autres considérations peuvent être établies. Dans un rapport sur le dépistage du cancer colorectal*, le Conseil national de santé néerlandais a étendu les critères de Wilson et Jungner, en ajoutant des critères supplémentaires sur des questions d'ordre pratique et éthique.

11. Un traitement commencé à un stade précoce de la maladie devrait se révéler plus bénéfique qu'un traitement commencé ultérieurement.
12. Les périodes entre le test et le résultat, ainsi qu'entre le résultat et le traitement devraient être les plus courtes possibles.
13. La procédure de recrutement ne devrait pas constituer une entrave à la liberté des gens de participer ou non au programme de dépistage.
14. Les participants potentiels devraient recevoir une information adéquate sur le pour et le contre d'une participation. Les bénéfices ainsi que les risques devraient également être bien connus des prestataires de soins.
15. Des campagnes grand public doivent promouvoir une large accessibilité du programme. Cependant elles doivent éviter d'exercer une pression morale.
16. Des procédures d'assurance de qualité (AQ) ainsi que de contrôle de qualité doivent être établies pour l'ensemble du programme de dépistage.
17. Les programmes de dépistage sont des actions concertées qui doivent répondre à des critères organisationnels et de gestion.

* de Visser M, van Ballegooijen M, Bloemers SM, van Deventer SJH, Jansen JBMJ, Jaspersen J, et al. Report on the Dutch consensus development meeting for implementation and further development of population screening for colorectal cancer based on FOBT. *Cellular Oncology*. 2005 ;27(1) :17-29.

Ce document peut être obtenu gratuitement à l'adresse :
(dans les limites du stock disponible)

**Service d'Information Promotion
Education Santé - SIPES**
Ecole de Santé Publique de l'ULB, CP 596
Route de Lennik 808, B - 1070 Bruxelles
Tél.: 32 (0)2 555 40 81

**Vous pouvez télécharger ce Cahier Santé
au format pdf aux adresses suivantes :**

www.ulb.ac.be/esp/sipes - onglet Publications.
www.sante.cfwb.be - onglet Publications.
www.cancerintestin.be

Le dépistage du cancer colorectal en Communauté française

Le cancer colorectal est une maladie fréquente, associée à une mortalité et une morbidité considérables, avec plus d'un million de nouveaux diagnostics et 500 000 décès annuels dans le monde. En Communauté française aussi, ce cancer est prévalent et sévère. Pourtant, il offre plusieurs opportunités d'actions. En prévention primaire d'abord puisque des modifications du mode de vie peuvent avoir un impact sur son incidence. Dans ce cadre, on peut prôner une consommation élevée de fruits et légumes, une diminution de l'apport calorique, voire des graisses, une activité physique régulière, l'absence de tabagisme et d'alcool. En matière de dépistage ensuite vu l'histoire naturelle de ce cancer, à savoir la transformation progressive en une dizaine d'années d'un adénome en carcinome. Comme les adénomes peuvent être détectés et subir une exérèse avant leur transformation maligne, ce cancer est un candidat idéal au dépistage. L'adhésion à ce dernier pose cependant question car les résistances tant des professionnels de la santé que de la population sont nombreuses. La Communauté française met sur pied un programme organisé de dépistage du cancer colorectal. Ce programme est offert depuis le mois de mars 2009 aux personnes de 50 à 74 ans. Deux filières sont définies en fonction du niveau de risque de ces personnes : une recherche de sang occulte dans les selles pour les personnes à risque moyen ; une coloscopie d'emblée pour les personnes à risque élevé ou très élevé. Le médecin généraliste est la pierre angulaire de ce programme... avec les gastro-entérologues et les patients. Plusieurs stratégies seront suivies pour renforcer l'adhésion de tous au programme. Une évaluation sera indispensable pour déterminer la performance du programme y compris en termes d'atteintes du public cible défavorisé.