



MARS /

MOIS DE MOBILISATION CONTRE LE CANCER COLORECTAL

DOSSIER DE PRESSE

PRIS À TEMPS
JE NE SUIS PAS
MÉCHANT !!!



Mars 2010, mois de mobilisation nationale contre le cancer colorectal

Généralisé fin 2008 sur l'ensemble du territoire, le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux hommes et aux femmes âgées de 50 à 74 ans, invités tous les deux ans à se faire dépister. 16 millions de personnes sont concernées.

À l'occasion du mois de mars dédié à la mobilisation contre le cancer colorectal, l'Institut national du cancer, en partenariat avec le ministère de la santé et des sports et l'assurance maladie, déploie cette année encore un programme d'information et de communication enrichi de nouvelles actions. L'objectif est d'augmenter d'au moins 15 % la participation à ce dépistage organisé en sensibilisant les personnes concernées, en mobilisant les professionnels de santé et en accompagnant les acteurs locaux responsables de l'organisation des dépistages.

L'ensemble de ces actions s'inscrit, dans le Plan cancer 2009-2013. La lutte contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages constitue l'une des mesures-phares de ce plan avec des mesures spécifiques pour une augmentation de 50 % de la participation au dépistage pour les populations actuellement les moins touchées.



Mesure 14 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

Mesure 15 : Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

Mesure 16 : Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

MOIS DE MOBILISATION NATIONALE CONTRE LE CANCER COLORECTAL

CONFÉRENCE DE PRESSE – MARDI 02 MARS 2010

S O M M A I R E

| | |
|--|-----------|
| Partie I. Le dépistage organisé du cancer colorectal | 3 |
| 1. Une priorité du Plan cancer 2009-2013 | 4 |
| 2. Le dépistage organisé : une efficacité démontrée | 5 |
| 3. L'évaluation du programme de dépistage organisé | 5 |
| 4. Le dépistage en pratique | 8 |
| 5. Les acteurs du dépistage | 10 |
| <hr/> | |
| Partie II. Mars 2010 : l'INCa soutient la mobilisation nationale en faveur du dépistage du cancer colorectal | 12 |
| 1. Une prise de parole médiatique nationale pour rappeler les bénéfices et les modalités du dépistage du cancer colorectal | 13 |
| 2. Des kits d'animation pour accompagner les acteurs locaux dans leur démarche d'information et de pédagogie | 15 |
| 3. De nouveaux outils d'information pour accompagner la mobilisation nationale | 16 |
| 4. L'implication des professionnels de santé, acteurs-clés du dépistage du cancer colorectal | 19 |

L'essentiel sur le cancer colorectal

Fiche 1 – Développement d'un cancer colorectal et rappels anatomiques

Fiche 2 – Épidémiologie du cancer colorectal

Fiche 3 – Outil médecins – schéma simplifié des conduites à tenir

Fiche 4 – Les Français face au dépistage du cancer colorectal

Fiche 5 – Un Programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur les formes précoces du cancer colorectal

Fiche 6 – Les consultations d'oncogénétique

Fiche 7 – Les plateformes hospitalières de génétique moléculaire : recherche de la mutation du gène KRAS

Annexes

CONTACTS PRESSE :

Ministère de la Santé et des Sports
Tél : 01 40 56 40 14

Institut National du Cancer
Tél : 01 41 10 14 44
Email : presse@institutcancer.fr



Partie

Le dépistage organisé du cancer colorectal

1. Une priorité du Plan cancer 2009-2013



Le Plan cancer 2009-2013 consacre trois mesures aux programmes de dépistage organisé des cancers dont le dépistage organisé du cancer colorectal, placé sous la responsabilité du ministère de la Santé et piloté par la Direction générale de la Santé (DGS) en lien avec l'Assurance Maladie et l'INCa.

La mesure 14 du Plan cancer prévoit de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage. Elle constitue l'une des mesures-phares du Plan cancer. Plusieurs actions prioritaires ont été identifiées : en premier lieu, favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation (action 14.1). L'objectif est d'augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés ; cette augmentation devant être de 50 % dans les départements rencontrant le plus de difficultés.

Autre action prévue : la mise en place d'actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage, que ces inégalités soient socio-économiques, culturelles ou territoriales (action 14.2).

La mesure 14 insiste, par ailleurs, sur la nécessité de faciliter la participation des médecins traitants et d'améliorer la prise en compte des différents niveaux de risque, afin d'accroître l'efficacité de la politique de dépistage.

L'amélioration de la structuration du dispositif des programmes de dépistage organisé est au cœur de la mesure 15 *via* d'une part l'optimisation du fonctionnement des structures en charge de l'organisation des dépistages et d'autre part l'amélioration du suivi des résultats du dépistage.

Enfin, la mesure 16 met en avant deux grands objectifs : impliquer le médecin généraliste dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire. L'action 16.3 prévoit notamment de déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire.

2. Le dépistage organisé : une efficacité démontrée

Le bénéfice du diagnostic précoce est particulièrement important pour le cancer colorectal. Lorsque le cancer colorectal est dépisté et traité à un stade précoce (stade I, cancer superficiel dans la paroi de l'intestin), le taux de survie à 5 ans après le diagnostic est alors de 94 % (cf. fiche 2 – épidémiologie). Toutefois, le cancer colorectal est encore trop souvent diagnostiqué tardivement. Cela s'explique notamment par le fait qu'il évolue dans un premier temps sans donner de symptômes.

Un dépistage régulier du cancer colorectal peut permettre d'identifier la maladie à un stade très précoce de son développement ou de détecter des polypes (adénomes), avant qu'ils n'évoluent vers un cancer. Il est établi qu'en faisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, il est possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colorectal, la participation de la population-cible devant atteindre, pour cela, 50 %¹.

3. L'évaluation du programme de dépistage organisé

L'Institut de veille sanitaire (InVS) assure l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé en France. Cette évaluation, effectuée à partir des données recueillies par les structures départementales chargées de l'organisation des dépistages, permet la construction d'indicateurs d'activité, de qualité des tests et des examens, et la surveillance des lésions histologiques détectées.

La dernière évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été réalisée à partir des résultats des premières campagnes du programme pilote, à la date du 1^{er} novembre 2007. À cette date, 22 départements pilotes (sur 23) avaient clôturé leur première campagne d'invitation et disposaient d'un recul suffisant pour le recueil des données.

Le taux moyen de participation s'élevait à 42 % : 47 % chez les femmes et 40 % chez les hommes. Il variait selon les départements de 31,1 % à 54,2 %. Le taux de participation recommandé, à savoir 50 %, était atteint ou dépassé dans cinq départements seulement (Allier, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Ille-et-Vilaine et Mayenne). Le pourcentage de tests positifs était de 2,7 %. 87 % des personnes ayant eu un test positif avaient réalisé une coloscopie.

1. Kronborg *et al.*, Lancet 1996;348:1467-71 ; Hardcastle *et al.*, Lancet 1996;348:1472-7 ; Faivre *et al.*, Gastroenterology 2004;126:1674-80.

Au total :

- 3 289 personnes ont eu un cancer dépisté, soit un taux de 2,2 pour 1 000 personnes dépistées : 1,3 ‰ chez les femmes et 3,2 ‰ chez les hommes ;
- 10 884 personnes ont eu un ou plusieurs adénomes dépistés, soit un taux de 7,5 pour 1 000 personnes dépistées (4,8‰ chez les femmes et 10,9 ‰ chez les hommes).

Parmi la totalité des 3 289 personnes atteintes d'un cancer, 1 933 cancers invasifs ont été détectés dont 42 % étaient de stade I (stade le plus précoce avec un très bon pronostic), 24 % de stade II, 24 % de stade III et 10 % étaient des cancers métastasés².

De nouveaux résultats de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal pour les années 2007-2008 seront publiés prochainement. Sont d'ores et déjà disponibles les taux de participation pour les personnes ayant réalisé un test de dépistage entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2008 dans les départements dont le programme avait plus de 5 ans et dont les données étaient validées en novembre 2009 (cf. résultats dans le tableau n°1).

Dix-huit départements répondaient à ces critères soit une population-cible de 4 155 962 personnes. Le taux de participation est en moyenne de 37,1 %, soit au total 1 414 262 personnes dépistées (346 005 personnes ne remplissaient pas les conditions d'éligibilité au dépistage organisé du cancer colorectal).

Le taux de participation varie de 24,1 % à 54,2 % selon les départements. Seuls les départements de la Côte-d'Or et de Saône-et-Loire ont un taux de participation supérieur au taux recommandé de 50 %, respectivement 54,2 % et 53,7 %. Sept départements ont des taux compris entre 40 et 50 %, 5 entre 30 et 40 % et 4 départements ont des taux inférieurs à 30 %.

Par rapport aux résultats de la première campagne portant sur 22 départements, la participation au programme pour les années 2007-2008 est globalement en baisse. Seulement 5 départements sur 18 présentent des taux en augmentation (Côte-d'Or, Isère, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire).

La baisse constatée doit être analysée au regard du contexte : les premiers résultats de l'évaluation 2007-2008 portent, en effet, sur une période antérieure à la généralisation fin 2008 du programme de dépistage organisé à l'ensemble des départements et à la diffusion de campagnes nationales d'information de l'INCa sur le programme. La perspective d'une meilleure information de la population-cible devrait conduire

2. Source : Institut de veille sanitaire. http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_colorectal_programme.htm

à une augmentation des taux pour la prochaine évaluation. Celle-ci portera, par ailleurs, sur l'analyse de données individuelles dont le dispositif d'extraction est en cours, ce qui permettra une analyse plus précise que celle basée sur des données agrégées.

TABLEAU I – TAUX DE PARTICIPATION AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL.

Résultats à partir des données agrégées transmises par les 18 départements ayant débuté le programme depuis plus de 5 ans à la date du 25 novembre 2009

| Département | Date de début du programme | Taux (%) de participation 1 ^{ère} campagne* | Taux (%) de participation 2007-2008 | Évolution participation |
|------------------------|----------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------|
| 03 ALLIER | févr-04 | 51,1 | 43,3 | ↘ |
| 13 BOUCHES-DU-RHÔNE | déc-02 | 43,9 | 35,4 | ↘ |
| 14 CALVADOS | juin-04 | 35,8 | 29,7 | ↘ |
| 21 CÔTE-D'OR | févr-03 | 50,1 | 54,2 | ↗ |
| 29 FINISTÈRE | sept-04 | 49,6 | 36,2 | ↘ |
| 34 HÉRAULT | oct-03 | 31,4 | 24,1 | ↘ |
| 35 ILLE-ET-VILAINE | déc-02 | 50,8 | 42,3 | ↘ |
| 37 INDRE-ET-LOIRE | oct-03 | 43,4 | 39,0 | ↘ |
| 38 ISÈRE | mai-02 | 31,1 | 45,2 | ↗ |
| 53 MAYENNE | nov-03 | 50,4 | 41,9 | ↘ |
| 57 MOSELLE | sept-04 | 40,8 | 37,6 | ↘ |
| 59 NORD | déc-03 | 32,6 | 28 | ↘ |
| 61 ORNE | juin-04 | 47,8 | 42,8 | ↘ |
| 63 PUY-DE-DÔME | mai-04 | 37,1 | 44,7 | ↗ |
| 66 PYRÉNÉES-ORIENTALES | mai-04 | 32,4 | 37,6 | ↗ |
| 68 HAUT-RHIN | sept-03 | 54,2 | 48,4 | ↘ |
| 71 SAÔNE-ET-LOIRE | janv-03 | 49,7 | 53,7 | ↗ |
| 91 ESSONNE | nov-03 | 35,1 | 29,5 | ↘ |

* Résultats publiés en mars 2009 actualisés par rapport à la publication de mars 2007.

Source : InVS-structures départementales chargées de l'organisation des dépistages.

4. Le dépistage en pratique

● Qui est concerné ?

Les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans sans symptôme apparent ni histoire familiale ou personnelle (cf. fiche 3 – Schéma simplifié des conduites à tenir) constituent la population présentant ce qu'on appelle un risque moyen de cancer colorectal. Par ailleurs, 96 % des cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans. C'est donc à cette population qu'est destiné le test de recherche de sang occulte dans les selles réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé.

● Comment se déroule le dépistage ?

Le dépistage organisé est géré au niveau de chaque département par des structures en charge de l'organisation des dépistages suivant un cahier des charges publié au Journal Officiel³. Ainsi, sur l'ensemble du territoire national, ces structures invitent par courrier les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans à consulter leur médecin généraliste. Ces personnes sont identifiées à partir des fichiers de l'Assurance Maladie. Les médecins peuvent également remettre directement le test aux consultants de 50 à 74 ans concernés.

Le médecin généraliste évalue l'état de santé de son patient et lui remet un test s'il est éligible au dépistage organisé, en d'autres termes s'il ne présente pas de facteurs de risque ou de signes d'alerte particuliers. La personne effectue ensuite le test à domicile, l'envoie à l'aide d'une enveloppe T à un centre de lecture (laboratoire spécialisé). Ce dernier transmet les résultats à la personne et à son médecin, ainsi qu'à la structure départementale en vue de l'évaluation du programme.

En cas de test négatif (97 % des cas), la personne est invitée à le renouveler deux ans plus tard. Elle est également sensibilisée aux signes d'alerte qui, sans évoquer obligatoirement la présence d'un adénome ou d'un cancer colorectal, doivent la conduire à consulter son médecin traitant sans attendre ce délai de 2 ans :

- présence de sang dans les selles (sang rouge : rectorragie ou sang noir : méléna) ;
- troubles du transit d'apparition récente : diarrhée ou constipation inhabituelle, ou alternance de ces deux troubles ;
- douleurs abdominales inexplicables et d'apparition récente ;
- amaigrissement inexplicable.

Dans le cas où le test est positif (3 % des cas), le médecin généraliste prescrit une coloscopie pour rechercher la présence de lésions dans le côlon ou le rectum. Cette coloscopie est effectuée par un gastroentérologue.

3. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif au programme de dépistage des cancers, Journal Officiel (JO) n° 295, 21 décembre 2006

Le programme de dépistage organisé s'appuie donc aujourd'hui sur une stratégie en deux temps pour la population à risque moyen de cancer colorectal : le test de recherche de sang occulte dans les selles et en cas de positivité, la réalisation d'une coloscopie.

Le test de recherche de sang occulte dans les selles

Le test utilisé actuellement dans le cadre du dépistage organisé est un test au gaïac. Simple, acceptable, peu onéreux, sans danger, il répond aux critères requis par l'OMS pour un dépistage organisé. En pratique, le test consiste à prélever deux petits fragments de selles de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz, qu'il faut ensuite déposer sur une plaquette. Ce test est à effectuer sur trois selles consécutives. La plaquette est à envoyer au centre de lecture.

Vers les tests immunologiques

Le test actuel de recherche de sang occulte dans les selles (au gaïac) devrait évoluer à court terme vers un test immunologique. Les tests immunologiques révèlent la présence de sang avec une grande précision. Les selles sont mises au contact de l'anticorps spécifique de l'hémoglobine humaine. Le résultat de cette mesure est ainsi exprimé sous une forme quantitative qui permet d'évaluer la concentration en hémoglobine des selles analysées.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a rendu un avis le 19 décembre 2008⁴ en recommandant l'utilisation de ces tests dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal.

Le Plan cancer 2009-2013 prévoit, par ailleurs, le déploiement progressif de l'utilisation du test immunologique sur l'ensemble du territoire en assurant la continuité, la qualité et la sécurité du programme de dépistage (action 16.3).

L'INCa a financé des études expérimentales, *in vitro* et *in vivo*, sur sept sites français afin d'évaluer la performance et la stabilité des trois principaux tests immunologiques : OC SENSOR d'Eiken, FOB GOLD de Beckman Coulter et MAGSTREAM de Fujirebio. Les résultats de l'étude menée dans le Calvados, pilotée par le Pr Guy Launoy, ont été publiés⁵. Les résultats de l'étude menée sur quatre départements (Côte-d'Or, Haut-Rhin, Ille-et-Vilaine et Indre-et-Loire) pilotée par le Pr Jean Faivre seront publiés courant 2010. L'étude menée sur le Cher et l'Allier doit se terminer courant 2010.

Avant de remplacer le test au gaïac, qui reste le test de référence à ce jour dans le cadre du programme national, il reste des points à définir : le choix du test immunologique, le seuil de positivité et le nombre de prélèvements. Il faut également définir

4. Rapport sur la « place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles » (iFOBT). Ce rapport est une réponse à une double demande de l'Institut National du Cancer et de la Direction de la Sécurité Sociale.

5. L. Guittet, V.Bouvier, N.Mariotte *et al.*, Performance of immunochemical faecal occult blood test in colorectal cancer screening in average-risk population according to positivity threshold and number of samples, *Int.J.Cancer* : 125:1127-1133 (2009) ; L.Guittet, V.Bouvier, N.Mariotte *et al.*, Comparaison of a guaiac and an immunochemical faecal occult blood test for the detection of colonic lesions according to lesion type and location, *British Journal of Cancer* (2009) 100: 1230-1235.

l'organisation optimale de lecture du test et modifier les documents d'information, de communication et de formation à destination des médecins généralistes. L'INCa collabore, par ailleurs, avec le groupe La Poste afin de préciser les conditions juridiques et techniques de transport postal des tests immunologiques.

● **La coloscopie**

La coloscopie est actuellement l'examen de référence pour mettre en évidence d'éventuelles anomalies du côlon ou du rectum. Elle permet en outre de retirer les polypes. Si elles restent rares, les complications liées à la coloscopie ne doivent pas être ignorées, ce qui justifie la stratégie en deux temps pour les sujets à risque moyen, avec en premier lieu la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles. Outre les risques inhérents à l'anesthésie, les principales complications sont la perforation et l'hémorragie, estimées de 1 à 2 pour 1 000 examens.

Une autre technique existe : la coloscopie virtuelle, ou coloscanner. Elle nécessite la même préparation que la coloscopie classique et recourt au scanner pour fournir une image radiographique en 3D du côlon. Il est ainsi possible de visualiser d'éventuels polypes. Dans ce cas, il faut ensuite pratiquer une coloscopie classique pour en réaliser l'ablation. L'avantage de la coloscopie virtuelle est qu'elle ne nécessite pas d'anesthésie générale. Selon la HAS (avril 2004), cet examen est recommandé en cas de coloscopie incomplète et préconisé en cas de contre-indication à la coloscopie classique.

5. Les acteurs du dépistage

Plusieurs acteurs du monde de la santé interviennent dans le dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal.

● **La structure départementale en charge de l'organisation des dépistages :**

- participe à la sensibilisation et à l'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans ;
- organise la formation des médecins traitants et l'information des professionnels de santé sur le dépistage du cancer colorectal ;
- gère les fichiers des personnes concernées par le dépistage, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- se charge de l'envoi des lettres d'invitation au dépistage et des relances ;
- assure un suivi du processus de dépistage ;
- veille au suivi des patients positifs par le recueil des comptes rendus de coloscopie, d'anatomopathologie et éventuellement de chirurgie ;

- est responsable de l’approvisionnement des médecins généralistes en tests de recherche de sang occulte ;
- est garante des aspects réglementaires et notamment de la confidentialité ;
- veille à l’assurance qualité du dispositif en lien avec les différents professionnels impliqués ;
- se charge de la collecte de données pour le pilotage et l’évaluation du programme de dépistage.

Le médecin généraliste

Il a un rôle central puisqu’il remet et explique le test au patient ou l’oriente vers une procédure plus adaptée, en fonction de ses antécédents familiaux ou personnels, de la présence de signes d’alerte. On a pu mesurer lors des expériences pilotes que le taux de participation à la campagne était multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient⁶. Le médecin sensibilise également ce dernier aux signes d’alerte. Il joue, par ailleurs, un rôle important en cas de positivité du test du patient et représente l’acteur de santé le plus efficace pour convaincre le patient de réaliser une coloscopie (entre 10 et 15 % des patients ne la font pas).

Le centre de lecture

Les tests de dépistage bénéficient d’une lecture centralisée. Ils sont réalisés dans des laboratoires de biologie agréés ayant une expérience dans la lecture des tests au gâïac. Ces centres de lecture s’engagent à respecter le cahier des charges qui fixe leurs modalités d’organisation (formation, contrôle qualité interne, double lecture simultanée des tests, relations avec les partenaires du dépistage, organisation de la lecture et délai de réponse). Un référentiel d’assurance qualité rédigé à l’initiative de l’INCa complète ce cahier des charges. En pratique, le centre de lecture reçoit les tests effectués par les femmes et hommes concernés par le dépistage, les analyse et envoie à la structure départementale chargée de l’organisation des dépistages, les résultats des tests réalisés ainsi que les taux de positivité par tranche d’âge.

Le gastroentérologue

En cas de test positif, le patient est orienté vers un gastroentérologue qui effectuera une coloscopie afin de rechercher l’origine du saignement. Le gastroentérologue doit envoyer à la structure départementale le résultat des coloscopies réalisées à la suite d’un test positif. Ces résultats permettront à la structure en charge de l’organisation des dépistages d’évaluer le dispositif et de calculer le nombre de cancers et d’adénomes dépistés, le nombre de faux positifs et la survenue de complications.

6. Faivre *et al.*, Gastroenterology 2004.



Partie

**Mars 2010 :
l'INCa soutient
la mobilisation nationale
en faveur du dépistage
du cancer colorectal**

L'Institut National du Cancer, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Sports et l'Assurance Maladie, déploie en mars un programme d'information et de communication enrichi de nouvelles actions, visant à sensibiliser les populations concernées, à mobiliser les professionnels de santé et à accompagner les acteurs locaux responsables de l'organisation des dépistages.

1. Une prise de parole médiatique nationale pour rappeler les bénéfices et les modalités du dépistage du cancer colorectal

Une campagne média nationale, télévisée, radio et presse, sera diffusée pendant tout le mois de mars 2010 avec pour objectifs d'accroître le niveau d'information de la population de plus de 50 ans sur les bénéfices et les modalités du dépistage du cancer colorectal, et de dédramatiser un sujet anxiogène qui reste difficile à évoquer.

● Une nouvelle campagne radio du 6 au 30 mars 2010

Cette nouvelle campagne radio visera à rappeler l'importance de faire la démarche de parler de la lettre d'invitation au dépistage du cancer colorectal à son médecin. On observe en effet qu'après la réception du courrier, moins d'une personne sur deux (42 %) consulte son médecin pour qu'il lui remette le test de recherche de sang dans les selles⁷.

Deux nouveaux spots radio mettent ainsi en scène la lettre d'invitation et incitent les personnes l'ayant reçue à parler du test de recherche de sang dans les selles à leur médecin. Dans le premier spot, la lettre s'agace de rester oubliée sur la pile de courrier alors qu'elle devrait être emmenée chez le médecin ; dans le second spot, elle est heureuse de se trouver avec son propriétaire dans la salle d'attente du médecin avec la perspective de parler du test de dépistage du cancer colorectal.

La campagne radio sera diffusée du 6 au 30 mars 2010 sur RTL, Europe 1, France Inter, France Info, France Bleu, Nostalgie et RMC. Une diffusion aura également lieu sur une sélection de stations des DOM.

7. Source : Enquête barométrique INCa/BVA – janvier/février 2009, « Les Français face au dépistage du cancer colorectal ».

● La rediffusion du film « le voyage intérieur » du 1^{er} au 21 mars 2010

La campagne télévisée créée en 2008 sera rediffusée du 1^{er} au 21 mars 2010 afin de continuer à valoriser le bénéfice du dépistage du cancer colorectal.

Au terme d'un voyage à l'intérieur du corps réalisé sur le mode onirique en image 3D, le film renverse la gravité du sujet annoncée par la voix off (« le cancer colorectal est la 2^e cause de décès par cancer en France ») par la mise en scène inattendue d'un polype inoffensif. Il conclut par une signature mettant en avant le bénéfice du dépistage : « Le plus souvent, dépisté à temps, un cancer colorectal n'est pas méchant ».

Le film sera diffusé sur TF1, France télévisions, Canal+ pour les chaînes hertziennes, et une sélection de chaînes de la TNT (France 4, Direct 8, TMC, BFM, et NRJ12) et du Câble-satellite les plus en adéquation avec la cible des plus de 50 ans (Paris Première, LCI, TV5, NT1, Planète Thalassa, National geographic, TvBreizh et Voyage). Il sera également diffusé sur une sélection de chaînes des DOM.

● Une campagne presse ciblée sur les hommes, plus réticents au dépistage

En complément des campagnes grand public radio et télévisée, une campagne presse s'adressera plus spécifiquement aux hommes. On observe chez ces derniers un déficit de participation au dépistage du cancer colorectal (40 % de participation vs 47 % chez les femmes⁸). L'objectif est d'inciter les hommes à se sentir concernés et à en parler à leur médecin.

La campagne propose, grâce à la collaboration avec le dessinateur Riad Sattouf, une BD avec un ton humoristique et un clin d'œil à un univers masculin. Sous une accroche rappelant l'importance du dépistage : « 5 min aux toilettes peuvent vous sauver la vie », la campagne met en avant la simplicité et la rapidité du test de recherche de sang dans les selles, ainsi que le bénéfice de la détection précoce.

Elle sera diffusée en mars et avril dans une sélection de titres de presse à fort lectorat masculin : l'Équipe, l'Équipe mag, Auto Moto, Auto Plus, Télé Z, Télé 7 jours, Plus le magazine, Tv magazine, Le Figaro magazine, Le Point et Marianne.



8. Source : Institut de veille sanitaire. http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_colorectal_programme.htm

2. Des kits d'animation pour accompagner les acteurs locaux dans leur démarche d'information et de pédagogie

En complément de la campagne média nationale, deux outils sont mis à la disposition des structures départementales en charge de l'organisation des dépistages pour les accompagner dans la mise en place d'événements locaux pendant tout le mois de mars : un kit d'animation aux couleurs de la campagne intitulé « le café bleu » et une exposition itinérante.

● Un kit pour l'animation d'événements locaux : « le café bleu »

Sur le principe des cafés « philo » ou des cafés « santé », un décor de « café bleu » a été mis à la disposition de toutes les structures départementales chargées de l'organisation des dépistages afin de les accompagner dans leurs actions d'information sur le terrain. Ce kit d'animation – comprenant une bâche informative, un parasol et des nappes logotypées aux couleurs de la campagne, ainsi qu'un mannequin ludopédagogique illustrant le développement d'un polype et l'intérêt du test de recherche de sang dans les selles – permet de mettre en scène un lieu d'information convivial, favorisant la proximité et le dialogue.



● L'exposition « Le cancer colorectal et son dépistage »

Huit kits d'exposition sont également proposés aux structures départementales chargées de l'organisation des dépistages afin de valoriser l'information dans des lieux d'accueil du public.



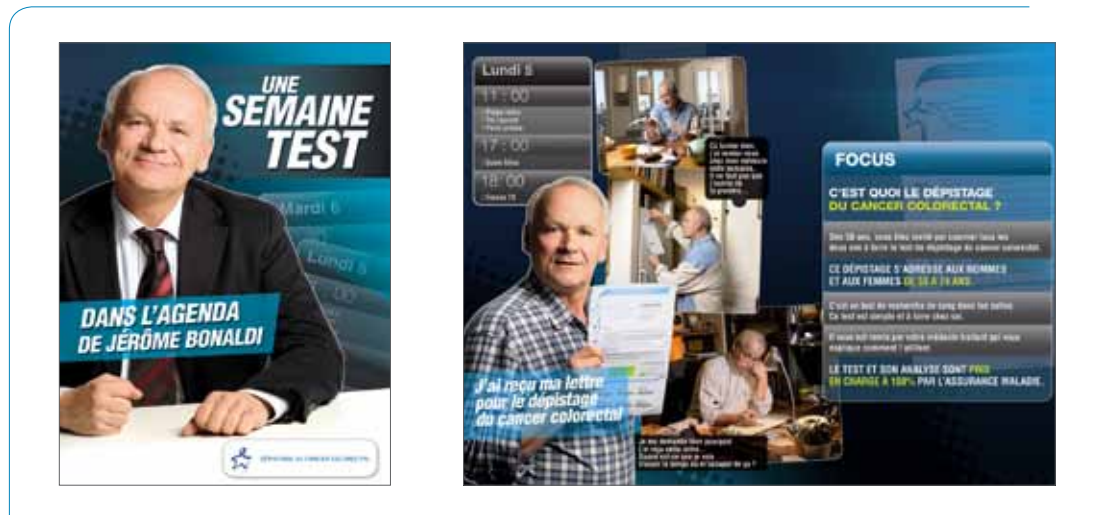
3. De nouveaux outils d'information pour accompagner la mobilisation nationale

Comme chaque année, la campagne sera accompagnée de la diffusion large d'outils d'information grâce à la mobilisation des acteurs locaux et des nombreux partenaires impliqués sur cette thématique.

● Une brochure pédagogique illustrée : « Une semaine test dans l'agenda de Jérôme Bonaldi »

L'Institut National du Cancer a réalisé cette année une nouvelle brochure d'information illustrée de huit pages. Ce document vise à dédramatiser la démarche de dépistage du cancer colorectal et à en présenter les modalités de façon accessible à tous. Par l'intermédiaire d'une personnalité médiatique, Jérôme Bonaldi, la

brochure retrace le déroulement du dépistage, de la réception de la lettre d'invitation à l'envoi du test de recherche de sang dans les selles au centre d'analyse. Elle se veut à la fois pédagogique (les grandes étapes du dépistage sont illustrées) et incitative (une personnalité médiatique fait le test... dans un emploi du temps chargé).



● **Une affichette événementielle de sensibilisation** (format 30 x 40)
 Avec un visuel humoristique, cette affichette rappelle l'âge et la périodicité à laquelle il convient de se faire dépister, et met l'accent sur le fait que les hommes comme les femmes sont concernés. Elle présente également visuellement le test de recherche de sang dans les selles.



● Une affiche traduite en 5 langues (format 40 x 60)

Traduite en portugais, arabe, chinois, turc et anglais, cette affiche a pour objectif de remédier à la barrière de la langue et de permettre au plus grand nombre de se sentir concerné par le message d'incitation au dépistage.



● Un mode d'emploi illustré du test de recherche de sang dans les selles

Un mode d'emploi en images de la nouvelle version du test de recherche de sang dans les selles a été créé, en version papier et en version animée (consultable sur le site de l'Institut www.e-cancer.fr). Une version traduite en arabe est également disponible.



4. L'implication des professionnels de santé, acteurs-clés du dépistage du cancer colorectal

La mobilisation des professionnels de santé, et en particulier les médecins généralistes, est indispensable à la réussite du programme de dépistage organisé du cancer colorectal, dans lequel ils jouent un rôle central.

C'est pourquoi, dans le cadre d'un partenariat entre l'Institut National du Cancer et l'Assurance Maladie, les 45 000 médecins traitants seront sensibilisés au thème des dépistages organisés des cancers par une campagne de visites des délégués de l'Assurance Maladie, organisées en lien avec les structures départementales chargées de l'organisation des dépistages. À l'occasion de ces visites, des documents d'information synthétiques pour leur pratique, réalisés par l'INCa et l'Assurance Maladie, leur seront notamment remis.



Par ailleurs, un kit d'information à destination des médecins traitants sera mis à la disposition des structures départementales en charge de l'organisation des dépistages. Ce kit comprend une présentation PowerPoint sur le dépistage du cancer colorectal (composée de différents modules sur l'épidémiologie, l'organisation du dépistage, les soins et la prise en charge du cancer colorectal), des documents pour la pratique des médecins et des outils d'information pour leurs patients.



L'essentiel sur le cancer colorectal

Fiche

Développement d'un cancer colorectal et rappels anatomiques

Le cancer colorectal est une tumeur maligne de la muqueuse du côlon ou du rectum. Le côlon et le rectum constituent la dernière partie du tube digestif, appelée aussi gros intestin.

■ Comment se développe un cancer colorectal ?

On estime que 60 % à 80 % des cancers colorectaux se développent à partir d'une tumeur bénigne, appelée polype ou adénome. Avec le temps, ces adénomes peuvent grossir et dégénérer.

Leurs cellules se modifient et deviennent cancéreuses. La séquence adénome-cancer dure en moyenne plus de 10 ans. On distingue au moins 3 étapes évolutives de l'adénome : la genèse, la croissance et la transformation maligne.

On estime que seulement 10 % des adénomes atteignent 1 cm de diamètre. Parmi ceux-ci, environ un quart deviennent des cancers. Il existe différents stades de développement du cancer colorectal. On en distingue quatre, en fonction du degré d'extension du cancer :

- STADE I : atteinte superficielle de la paroi intestinale
- STADE II : atteinte de la paroi intestinale au-delà de la couche musculuse
- STADE III : atteinte des ganglions
- STADE IV : métastase (propagation à d'autres organes)

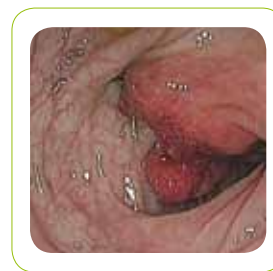
- SÉQUENCE D'ÉVOLUTION D'UN ADÉNOME EN CANCER -



pour 1000 adénomes



... 100 adénomes atteignent plus de 1 cm



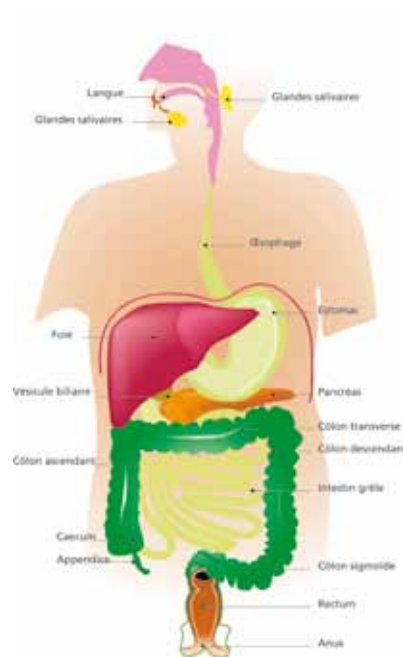
... dont 25 deviennent des cancers.

RAPPELS ANATOMIQUES

Le rôle du système digestif est d'abord de décomposer les aliments ingérés en substances utilisables par l'organisme (protéines, glucides, lipides, sels minéraux, oligo-éléments et autres). C'est ce qui se passe dans la bouche puis dans l'estomac. Ces substances transitent ensuite dans l'intestin grêle, passant alors dans la circulation sanguine pour être assimilées par le corps.

Restent des résidus inutilisables qui passent dans le côlon. Celui-ci élabore et concentre les matières fécales par réabsorption d'eau et de sel.

Ces matières fécales sont enfin acheminées vers le rectum où elles sont stockées avant leur excrétion via l'anus.



Fiche

Épidémiologie du cancer colorectal

Incidence

En 2005, on estimait à 37 400 environ le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal en France. Le cancer colorectal se situe ainsi au 3^e rang des cancers les plus fréquents derrière le cancer de la prostate (62 245 nouveaux cas) et le cancer du sein (49 814)⁹.

NOMBRE ESTIMÉ DE NOUVEAUX CAS DE CANCERS EN FRANCE SELON LA LOCALISATION, 2005

| Localisation du cancer | Hommes | Femmes | Total |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Prostate | 62 245 | - | 62 245 |
| Sein | - | 49 814 | 49 814 |
| Colorectal | 19 913 | 17 500 | 37 413 |
| Poumon | 23 937 | 6 714 | 30 651 |

Source : D'après A. Belot *et al.*, 2008.

9. A. Belot, P. Grosclaude, N. Bossard, E. Jouglu *et al.*, « Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005 », Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3): 159-75.

Les tendances récentes montrent une stabilisation de l'évolution des taux standardisés¹⁰ d'incidence du cancer colorectal chez l'homme (+0,5 % par an en moyenne entre 1980 et 2005 ; -0,5 % par an entre 2000 et 2005) et chez la femme (+0,3 % par an en moyenne entre 1980 et 2005 ; +0,1 % par an entre 2000 et 2005).

■ Survie

Selon une étude des Registres de cancers du réseau Francim, pour les cas de cancers colorectaux diagnostiqués en 1995-1997, la survie relative était de 80 % à un an après un diagnostic de cancer colorectal et de 57 % à 5 ans¹¹. Notons que la France se situe au-dessus de la moyenne européenne pour le taux de survie après un cancer colorectal¹². L'étude « CONCORD »¹³ place, quant à elle, la France au premier rang mondial pour le taux de survie relative à 5 ans après un cancer colorectal¹¹ chez les femmes.

Il est également possible d'estimer la survie selon le stade de la maladie lors du diagnostic (du stade I, le plus précoce au stade IV, métastatique) :

CANCER COLORECTAL : SURVIE RELATIVE SELON LE STADE

| Stade | Extension | Survie relative à 5 ans |
|-------|--|-------------------------|
| I | Paroi jusqu'à la musculature | 94 % |
| II | Paroi au-delà de la musculature, organe adjacent | 80 % |
| III | Ganglions envahis | 47 % |
| IV | Métastases viscérales | 5 % |

Source : FRANCIM (Enquête menée en 1990 portant sur 1 708 cas issus de 7 registres).

10. Les taux standardisés permettent de s'affranchir des effets liés à la démographie (structure par âge de la population, augmentation de la population) et de pouvoir comparer les données d'incidence et de mortalité d'une année sur l'autre ou d'un pays à l'autre.

11. « Survie des patients atteints de cancer en France », étude des registres du réseau Francim, Springer-Verlag France 2007.

12. Milena Sant *et al.*, « Eurocare 4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary ». *European Journal of Cancer*, 45 (2009): 931-991.

13. Michel P Coleman *et al.*, « Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD) », *Lancet Oncol* 2008 ; 9:730-56..

En 2000¹⁴, seuls 19 % de ces cancers étaient détectés au stade I de leur développement. Les résultats des premières campagnes de dépistage organisé dans les départements pilotes montrent que le programme de dépistage organisé a permis de détecter 42 % de cancers de stade précoce¹⁵.

Mortalité

Responsable de près de 17 000 décès par an, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer après le cancer du poumon.

NOMBRE ESTIMÉ DE DÉCÈS EN FRANCE SELON LA LOCALISATION, 2005

| Localisation du cancer | Hommes | Femmes | Total |
|------------------------|--------------|--------------|---------------|
| Poumon | 20 950 | 5 674 | 26 624 |
| Côlon-Rectum | 8 901 | 7 964 | 16 865 |
| Sein | - | 11 201 | 11 201 |
| Prostate | 9 202 | - | 9 202 |

Source : D'après A. Belot *et al.*, 2008.

Les taux de mortalité standardisés ont diminué entre 1980 et 2005 : -1,1 % en moyenne par an chez les hommes, -1,3 % par an en moyenne pour les femmes. Cette baisse est la conséquence d'une amélioration de la survie des patients avec un cancer colorectal.

14. Étude Francim : 2996 cas diagnostiqués en 2000 venant de 12 registres.

15. Source : Institut de veille sanitaire

Fiche

Outil médecins –
Schéma simplifié
des conduites à tenir

● OUTIL MÉDECINS – SCHÉMA SIMPLIFIÉ DES CONDUITES À TENIR

DÉTECTION EN PRÉSENCE DE SYMPTÔMES

- Présence de sang rouge ou noir dans les selles.
- Troubles du transit d'apparition récente : diarrhée ou constipation inhabituelle.
- Douleurs abdominales d'apparition récente (surtout après 50 ans).
- Amaigrissement inexpliqué.

- Coloscopie

DÉPISTAGE SELON LE NIVEAU DE RISQUE

● Sujet à risque moyen

- Hommes et femmes de plus de 50 ans non à risque élevé ou très élevé.

- Incitation à réaliser un test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé pour les personnes âgées de 50 à 74 ans.
- Surveillance des signes d'alerte

● Sujet à risque élevé

- Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome.
- Antécédent familial de cancer colorectal ou d'adénome (1 parent du 1^{er} degré < 65 ans, ou 2 parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge).
- Antécédent de maladie inflammatoire chronique (recto-colite hémorragique et maladie de Crohn).

- Coloscopie

● Sujet à risque très élevé

- Polypose adénomateuse familiale.
- Cancer colorectal héréditaire non polypoïde (HNPCC ou syndrome de Lynch).

- Consultation d'oncogénétique
- Chromo-coloscopie

Fiche

Les Français face au dépistage du cancer colorectal

Synthèse des résultats issus de l'enquête barométrique INCa / BVA –
janvier/février 2009¹⁶

Les résultats présentés dans cette fiche sont extraits de l'enquête barométrique mise en place par l'Institut National du Cancer afin de mieux comprendre les attitudes, opinions, connaissances et pratiques déclarées des Français par rapport au dépistage des cancers. Après une première enquête menée en novembre-décembre 2005, l'étude a été reprise en janvier-février 2009 et constitue ainsi le point 2 du baromètre que l'INCa souhaite renouveler tous les deux ans.

¹⁶ Enquête par téléphone auprès d'un échantillon de 1 013 personnes, représentatif de la population française âgée de 25 ans et plus, construit selon la méthode des quotas appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, CSP du chef de famille, après stratification par région et catégorie d'agglomération.. Les interviews ont été réalisées du 19 au 23 janvier 2009 et du 20 au 21 février 2009.

■ Une notoriété du dépistage du cancer colorectal et de ses modalités en nette progression

Depuis 2005, la notoriété du dépistage du cancer colorectal auprès de l'ensemble de la population est en nette progression, gagnant 8 points pour s'établir à 90 % : environ 9 personnes sur dix déclarent ainsi savoir qu'il existe un dépistage du cancer colorectal. En revanche, la connaissance des modalités pratiques de dépistage est encore relativement floue, mais on observe qu'elle est plus importante dans les départements pilotes ayant mis en place le programme de dépistage dès 2002-2003, et qu'elle a favorablement évolué depuis 2005.

La généralisation du programme de dépistage organisé et la communication qui l'a accompagnée en 2008 ont pu contribuer à ces évolutions : en 2005, le dépistage du cancer colorectal était majoritairement associé à la coloscopie alors qu'aujourd'hui, les Français de 50-74 ans citent majoritairement le test de recherche de sang dans les selles (52 %, +24 points en 3 ans). Ils ne sont plus que 35 % à citer la coloscopie (-10 points). Ces résultats sont encore plus marqués dans les départements pilotes du dépistage organisé du cancer colorectal puisque les Français de 50-74 ans y sont 60 % à citer le test.

La tranche d'âge pendant laquelle il est conseillé de se faire dépister est assez bien connue. Aujourd'hui, 43 % des Français et 53 % des 50-74 ans déclarent que c'est à partir de 50 ans qu'il est recommandé de se faire dépister et 70 % d'entre eux déclarent que la tranche d'âge recommandée se situe entre 45 et 75 ans, soit 15 points de plus par rapport à 2005.

En revanche, la fréquence du dépistage reste floue pour l'ensemble des Français comme pour les 50-74 ans : un quart environ estime que l'examen doit avoir lieu une fois par an (24 % de chaque population) tandis que respectivement 31 % et 38 % pensent que l'examen doit être bisannuel ou tous les 5 ans (respectivement 28 % et 24 %). Ce dernier chiffre est à rapprocher de la surveillance par coloscopie qui se fait tous les 5 ans.

Par ailleurs, 26 % des Français et 43 % des hommes de 50-74 ans pensent que les hommes sont davantage concernés par le dépistage du cancer colorectal.

■ Une image associée au dépistage du cancer colorectal qui devient plus positive

De manière générale, l'opinion des Français sur l'intérêt du dépistage est très positive et cette opinion est stable depuis 2005 : 97 % de la population s'accorde sur le bénéfice du dépistage pour augmenter les chances de guérison et la même proportion voit le dépistage des cancers comme une « bonne habitude à prendre pour faire attention à sa santé ». Toutefois, la démarche de dépistage est majoritairement perçue comme angoissante (69 % des Français).

Le dépistage du cancer colorectal n'échappe pas à cette règle. Cependant, fait positif, l'image de ce dépistage semble s'améliorer. En effet, les Français sont moins nombreux à le juger douloureux (-10 points depuis 2005) ou désagréable (-12 points). Cette dédramatisation du dépistage peut être mise en relation avec les campagnes d'information menées sur cette thématique et avec la diffusion du test de recherche de sang dans les selles induisant une moindre association, dans les esprits, du dépistage du cancer colorectal à la seule coloscopie.

■ Une pratique encore insuffisante, mais qui ne s'explique pas par un rejet de ce dépistage

La pratique déclarée du dépistage du cancer colorectal est encore relativement faible par rapport au dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus : seuls 47 % des Français de 50 à 74 ans disent avoir déjà réalisé un dépistage du cancer colorectal : 24 % par coloscopie et 23 % par un test de recherche de sang dans les selles. Le test de recherche de sang dans les selles n'est donc pas encore une habitude prise par les Français de 50 à 74 ans.

Toutefois, il est important de noter que la généralisation du dépistage organisé s'est faite progressivement. Les résultats observés dans les départements pilotes sont naturellement plus élevés : 65 % des 50-74 ans y déclarent avoir effectué un dépistage par coloscopie ou test de recherche de sang dans les selles, dont 32 % déclarant avoir réalisé un test de recherche de sang dans les selles.

Les raisons avancées spontanément pour expliquer le fait de ne pas avoir demandé le test au médecin, montrent qu'il n'y a pas un rejet de ce dépistage : les Français de 50 à 74 ans déclarent avant tout qu'ils sont déjà suivis par ailleurs (20 %), qu'ils n'ont pas consulté leur médecin (19 %) ou n'ont pas pensé à lui en parler (10 %). Peu se justifient en invoquant l'absence de symptômes (8 %), que cela ne sert à rien (3 %) ou encore que cela ne les concerne pas (2 %).

Le rôle incitatif du courrier d'invitation et l'importance des professionnels de santé dans le circuit du dépistage

Exception faite du dépistage du cancer de la peau, les dépistages sont réalisés davantage à la demande d'un professionnel de santé qu'à l'initiative de la personne. Dans le cas du dépistage du cancer colorectal, 50 % des personnes l'ont fait sur incitation médicale, alors que 21 % ont initié eux-mêmes la démarche.

Les courriers d'invitation envoyés dans le cadre des dépistages organisés sont cités comme un élément déclencheur par environ un quart des personnes ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal (ce qui est bien plus qu'en 2005 où 16 % des personnes dépistées citaient le courrier soit +8 points).

La majorité des personnes concernées par le dépistage du cancer colorectal (hommes et femmes de 50 à 74 ans) se souviennent du courrier les invitant à consulter leur médecin pour qu'il leur remette le test de dépistage (62 %). Mais après la réception du courrier, moins d'une personne sur deux (42 %) entreprend la démarche de demander à son médecin le test de recherche de sang dans les selles. Les hommes sont moins nombreux à le demander au médecin que les femmes (seulement 36 % des hommes l'ont demandé contre 49 % des femmes). En revanche, une fois le test remis par le médecin, pratiquement tous déclarent l'effectuer (89 %), soulignant ainsi le rôle déterminant du médecin généraliste dans l'adhésion au dispositif.

Fiche

Un programme d'actions intégrées de recherche sur les formes précoces du cancer colorectal

L'Institut National du Cancer lance chaque année un programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) ciblant une pathologie particulièrement pertinente en matière de santé publique. Programme novateur par sa démarche, il intègre toutes les disciplines de recherche fondamentale, de sciences humaines et sociales, d'épidémiologie et de recherche clinique.

Le premier PAIR a été lancé par l'INCa en 2007. Dédié aux « formes précoces du cancer colorectal », il visait les états précancéreux et les formes précoces de ce cancer (jusqu'au stade II inclus) et accompagnait la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire français.

Sur les 63 projets de recherche proposés, 14 ont été sélectionnés. La moitié d'entre eux s'intéresse principalement au dépistage précoce, au diagnostic et au pronostic du cancer colorectal :

- deux projets ont pour objectif de standardiser les comptes rendus d'anatomopathologie ;
- deux projets évaluent différents tests de dépistage (aspects techniques, logistiques et économiques) ;
- un projet concerne la mise en place d'un test de détection pour un nouveau marqueur diagnostique ;
- un projet a pour but de définir et de valider une signature immunitaire pronostique ainsi que sa technique de détection applicable en routine ;
- un projet a mis en évidence, chez la souris, une molécule proinflammatoire prédisposant au cancer du côlon.

Le budget global alloué pour les 14 projets retenus est de 4,34 M€. Les laboratoires Roche et Amgen participent à ce PAIR, respectivement à hauteur de 1 M€ et de 0,5 M€.

En février 2010, tous les projets sélectionnés sont en cours et ont entamé leur deuxième phase de financement.

Fiche

Les consultations d'oncogénétique

Certaines personnes ont un risque très élevé de cancer colorectal (1 à 3 % des cas environ). Certains cancers colorectaux, rares, sont liés à des mutations sur des gènes transmis par l'un des parents. Ces mutations exposent les personnes qui en sont porteuses à un risque augmenté, voire très augmenté de cancer colorectal.

Sont ainsi concernés :

- les membres d'une famille avec HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer), également appelé syndrome de Lynch. Dans ce cas, les mutations portent sur des gènes de réparation de l'ADN, principalement les gènes MSH2 et MLH1 (gènes MMR pour mismatch repair) ;

- les membres d'une famille atteinte de Polypose Adénomateuse Familiale (PAF) caractérisée par la présence de très nombreux polypes sur le tube digestif. La PAF est liée, dans la plupart des cas, à la mutation du gène APC. Une autre forme de polypose est due à la mutation des deux copies du gène MYH. Dans ce dernier cas, la mutation est héritée à la fois du père et de la mère.

Grâce à l'identification de gènes de prédisposition, il est aujourd'hui possible de proposer aux personnes supposées à haut risque de cancer des tests génétiques. Ces analyses génétiques concernent à la fois des personnes malades (cas index) mais également des membres non malades de leur famille (apparentés). Ainsi, en cas de suspicion d'une forme héréditaire de cancer colorectal, une consultation d'oncogénétique est proposée.

Lors de ces consultations gratuites, l'oncogénéticien recueille et valide les antécédents médicaux et familiaux, évalue la probabilité de l'existence d'une prédisposition héréditaire au cancer. La personne est ensuite informée des caractéristiques de la prédisposition envisagée et des modalités de prévention et de dépistage. L'oncogénéticien lui propose, si les critères sont réunis, une analyse génétique. Si le test montre l'existence d'une mutation sur le gène analysé, il est alors proposé au porteur de l'anomalie un conseil génétique et des mesures de surveillance ou de chirurgie préventive définies en fonction de la nature de l'anomalie génétique, de l'âge et de l'histoire de la famille. La prise en charge des personnes prédisposées est très efficace et conduit à une amélioration considérable de la survie.

Aujourd'hui, les consultations liées aux cancers du sein et/ou de l'ovaire et aux cancers digestifs (syndrome de Lynch et polypose adénomateuse familiale) représentent 70 à 80 % des consultations d'oncogénétique.

Le nombre de consultations pour les cancers digestifs a augmenté de manière sensible entre 2003 et 2008 (+ 133 %) avec 6 901 consultations en 2008. Il existe cependant un retard des consultations pour les cancers digestifs. En effet, les experts estiment qu'étant donné leur incidence et le pourcentage de ces cancers lié à une prédisposition génétique, le nombre de consultations pour les cancers digestifs devrait être comparable à celui des consultations liées aux cancers du sein et/ou de l'ovaire (17 871 en 2008). C'est pourquoi dans un rapport sur l'estimation des besoins de la population pour les 10 prochaines années en termes d'accès aux consultations et tests génétiques, réalisé à la demande de l'INCa, le groupe de travail a formulé des recommandations pour améliorer l'application et la diffusion des critères d'identification des mutations à l'origine du syndrome de Lynch (rapport disponible sur le site www.e-cancer.fr dans la rubrique « les soins-oncogénétique »).

Fiche

Les plateformes hospitalières de génétique moléculaire : recherche de la mutation du gène KRAS

Le développement des thérapies ciblées a constitué une avancée majeure dans la prise en charge des patients atteints de cancer colorectal métastatique, avec en particulier le ciblage de la voie du récepteur de l'EGF (Epidermal Growth Factor) par des anticorps monoclonaux anti-récepteurs de l'EGF (EGFR). La liaison de l'EGF à son récepteur active des voies de signalisation intracellulaires conduisant à la prolifération des cellules tumorales. Le blocage de la voie de signalisation du récepteur de l'EGF est ciblé par le cetuximab et le panitumumab.

Cependant, une réponse au traitement par les anticorps anti-EGFR n'est observée que chez une partie des patients. Plusieurs études ont montré dans les tumeurs colorectales que la présence de la mutation du gène KRAS, intervenant dans la signalisation de l'EGFR, était associée à l'absence de réponse au traitement par

les anticorps anti-EGFR. Seuls les patients ne présentant pas de mutation de ce gène sont susceptibles de bénéficier de ce traitement par anticorps. Ces travaux permettent d'éviter des traitements inutiles à environ 40 % des patients dont la tumeur porte une mutation du gène KRAS et de limiter ainsi les effets secondaires d'un produit inactif.

Dans ce contexte, le cetuximab et le panitumumab ont reçu une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) par l'Agence européenne du médicament, uniquement pour les patients dont la tumeur porte la forme non mutée du gène KRAS. Ceci rend désormais cette recherche de mutation indispensable avant la prescription de ces deux antitumoraux. Elle se fait sur un fragment tumoral, par les plateformes hospitalières de génétique moléculaire, dont le développement a été soutenu par l'INCa et le ministère de la Santé *via* deux appels à projets en 2006 et 2007 puis *via* l'attribution de financements spécifiques. Le nombre de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique et susceptibles de bénéficier de ce type de traitement est estimé à 20 000 par an.

Aujourd'hui, 28 plateformes, réparties sur l'ensemble du territoire, proposent le test KRAS et permettent ainsi un accès équitable à ces analyses pour l'ensemble des patients. En 2007, 1 100 recherches de mutations KRAS ont été effectuées, environ 10 000 en 2008 et 18 000 à 18 500 en 2009, multipliant ainsi par près de 17 le nombre d'analyses par rapport à 2007.

Annexes

Cancer info : la plateforme d'information de référence à destination des personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches



Dans un contexte où les sources d'information sur le cancer sont nombreuses mais hétérogènes et conformément à la mesure 19.5 du Plan cancer 2009-2013, l'Institut National du Cancer s'engage dans une démarche visant à mettre à la disposition des personnes malades et de leurs proches une information médicale et sociale de référence.

L'INCa développe ainsi Cancer info, une plateforme d'information multi-vecteurs, en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer et un groupe d'associations et institutions impliquées dans l'information sur les cancers aux personnes malades.

Les objectifs de la plateforme

Cancer info a pour finalité de donner aux patients qui le souhaitent le moyen d'être des acteurs de leur prise en charge grâce à une compréhension éclairée de la maladie, de ses traitements et de leurs conséquences.

Elle est donc conçue d'une part comme un point de référence au sein d'un environnement informationnel dense et souvent confus. Cela implique qu'elle rende accessible au plus grand nombre une information validée au plan scientifique, médical et réglementaire ; pensée pour ses utilisateurs ; précise, complète et à jour.

Elle est conçue d'autre part comme un outil relationnel entre le patient et l'équipe médicale qui le prend en charge. S'ils n'ont évidemment pas valeur d'avis médical, les contenus de la plateforme ont pour vocation de compléter, d'éclairer ou de revenir sur les informations données par le médecin spécialiste du cancer et plus largement par l'ensemble de l'équipe qui accompagne le patient.

● **Une plateforme multi-vecteurs**

Afin de multiplier les possibilités d'accès à l'information, Cancer info est disponible sous trois formes complémentaires :

- une collection de guides d'information (nouvelle génération des guides SOR Savoir Patient) ;
- un espace Internet dédié aux malades et aux proches sur le site de l'INCa, www.e-cancer.fr/cancer-info ;
- un service téléphonique, Cancer info, au 0810 810 821 (prix d'un appel local).

● **L'espace Internet dédié aux malades et aux proches sur www.e-cancer.fr**

L'espace Cancer info est accessible depuis la page d'accueil du site Internet de l'INCa et s'organise selon quatre rubriques principales :

- les cancers (des dossiers complets par pathologie) ;
- pendant les traitements (les modalités de traitement, l'organisation des soins en cancérologie, les démarches administratives, les droits sociaux...) ;
- après les traitements (la vie après un cancer, le retour au travail, le droit à l'emprunt et à l'assurance...) ;
- ressources pratiques (les coordonnées des associations, des établissements autorisés à pratiquer la cancérologie, des vendeurs signataires de la charte des perruquiers...).

Sont également accessibles un dictionnaire des mots du cancer et le registre des essais cliniques.

L'espace Cancer info est conçu pour être conforme, comme l'ensemble du site de l'INCa, aux principes HAS-HONcode concernant les sites d'information en santé (notamment la complémentarité par rapport à la relation patient/médecin, l'indication des sources et des dates des informations publiées).

Les premiers contenus ont été mis en ligne à l'automne 2009. L'espace Cancer info va progressivement se développer et s'enrichir tout au long de l'année 2010. Il fera l'objet d'une mise à jour annuelle.

● Les guides d'information de référence

La collection des guides Cancer info est construite selon deux approches qui se complètent :

- Une approche par pathologie, avec deux sous-catégories correspondant à deux moments-clés du parcours de soins : l'entrée dans la prise en charge d'une part, et la sortie de la phase aiguë de traitement d'autre part.
 - ➔ Vient ainsi de paraître le guide *Les traitements du cancer du côlon*. Sont également à paraître en 2010 : *Les traitements du cancer de la prostate*, *Les traitements du cancer du sein* et *Les traitements des cancers bronchiques*.
- Une approche transversale, avec des guides sur les modalités de traitement, sur les conséquences de la maladie et des traitements, ou consacrés à une population spécifique.
 - ➔ Sont ainsi parus en 2009 : *Comprendre la radiothérapie*, *Démarches sociales et cancer* et *Mon enfant a un cancer*.
- Les guides Cancer info sur les traitements sont cohérents avec les guides ALD médecins traitants HAS-INCa et ont pour objectif de compléter les guides ALD patients, plus synthétiques, remis par les médecins traitants dans le cadre de la mise en ALD.

● La ligne téléphonique, 0810 810 821

Ouverte depuis 2004, Cancer info est une ligne d'information et d'écoute joignable au 0810 810 821 (prix d'un appel local), du lundi au samedi de 9 h à 19 h. Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à toutes les questions d'ordre pratique, médical ou social et oriente les appelants vers des ressources complémentaires. La ligne permet également d'accéder à deux services proposés par la Ligue nationale contre le cancer : un service d'écoute animé par des psychologues et une permanence juridique animée par des avocats.

L'Institut National du Cancer, agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie

L'Institut National du Cancer a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan cancer 2003-2007, pour coordonner les actions de lutte contre le cancer. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la Santé et de la Recherche, il fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France autour d'une double ambition : contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. Son programme de travail s'inscrit dans les axes du nouveau Plan cancer 2009-2013 : l'INCa participe au comité de pilotage en charge de la mise en œuvre du plan et en assure le suivi.

L'Institut National du Cancer agit pour :

- mieux prévenir les cancers ;
- diagnostiquer plus tôt les cancers ;
- garantir l'accès à des soins de grande qualité pour tous dans le respect du principe d'équité et rendre plus accessibles innovations et progrès ;
- apporter une information adaptée aux populations, aux patients et aux professionnels ;
- rechercher des moyens plus efficaces pour prévenir, diagnostiquer, traiter les cancers.

L'INCa exerce deux métiers de base :

- le développement d'expertises dans le domaine des cancers ;
- la programmation scientifique, l'évaluation et le financement de projets.

☛ Une agence d'expertise

L'Institut National du Cancer est le référent en matière de pathologies cancéreuses au sein des entités publiques de l'État ou relevant de l'État. Il doit donc apporter son expertise en cancérologie tant aux administrations de l'État, aux caisses d'Assurance Maladie, qu'aux autres agences ou aux établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST).

L'INCa développe l'expertise à travers la production, la coproduction ou la participation à différents types de documents de référence :

- expertises collectives ;
- conseils aux patients ;
- critères d'agrément ;
- textes réglementaires et circulaires administratives (ex : cahier des charges pour le dépistage organisé du cancer colorectal, dispositif réglementaire en matière d'autorisation des établissements de santé, circulaire relative aux réseaux régionaux de cancérologie).

● Une agence d'objectifs et de moyens

En matière de programmation scientifique, de financement et d'évaluation de projets, l'INCa est l'agence d'objectifs et de moyens dédiée à la cancérologie.

L'INCa consacre la moitié de ses crédits (environ 50 millions d'euros) à la recherche.

Il lance deux vagues d'appels à projets par an concernant certaines pathologies (formes précoces du cancer colorectal...), certains domaines (de la génomique à la qualité de vie des malades...) ; d'autres étant des appels à projets libres. Il reçoit plusieurs centaines de projets par an, et en sélectionne environ 30 %.

L'INCa lance également des appels à projets conjoints avec les grandes associations caritatives : en 2009 sur le PAIR prostate avec l'ARC et la Ligue nationale contre le cancer.

Il gère, par ailleurs, pour le compte de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), le « PHRC Cancer » (programme hospitalier de recherche clinique) soit 15 M€ sur crédits Assurance Maladie. L'INCa évalue et sélectionne les projets dont le financement est assuré par la DHOS.

● Un travail en partenariat

L'INCa travaille en partenariat avec les autres entités publiques et privées.

Il signe à ce titre des conventions et accords-cadres avec les autres institutions pour rassembler les compétences (méthodologie et expertise) autour de projets communs, tels que la publication de guides pour les médecins traitants et les patients ou l'accompagnement des progrès technologiques et organisationnels destinés à améliorer la qualité des prises en charge et de l'information.

L'Institut National du Cancer rassemble en son sein de très nombreux acteurs qui ont un rôle déterminant en matière décisionnelle ainsi que dans la mise en œuvre effective des actions.

● **Les missions de l'Institut National du Cancer fixées par la loi du 9 août 2004**

Juridiquement l'INCa est un groupement d'intérêt public (GIP) auquel la loi du 9 août 2004 a fixé huit missions :

- l'observation et l'évaluation de la lutte contre le cancer ;
- la définition de bonnes pratiques et des conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge des malades ;
- l'information du public et des professionnels ;
- la réalisation de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie ;
- la participation à la formation des professionnels ;
- la mise en œuvre et le financement d'actions de recherche et de développement en cancérologie ;
- le développement d'actions communes entre opérateurs publics et privés ;
- la participation à des actions européennes et internationales.



L'Institut de veille sanitaire (InVS)

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est un établissement public de l'État, placé sous la tutelle du ministre chargé de la Santé. L'InVS exerce une mission de surveillance de l'état de santé de la population et d'alerte des pouvoirs publics en cas de menace pour la santé.

L'InVS a vu le jour le 9 mars 1999, en application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au « renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ». Fort de l'expérience de son prédécesseur, le « Réseau national de santé publique », l'Institut de veille sanitaire constitue aujourd'hui une véritable « tête de réseau » dans le dispositif de sécurité et de veille sanitaire en France.

L'InVS rassemble, analyse et valorise les connaissances sur l'état de santé de la population et les risques qui la menacent, ainsi que sur leurs causes et leur évolution. Il réalise (ou appuie) des études, des expertises et des investigations et émet des recommandations de santé publique. Les outils épidémiologiques coordonnés par l'InVS ont pour but d'améliorer les connaissances sur l'état de santé de la population et ses déterminants.

Les missions de l'InVS concernent l'ensemble des domaines de la santé publique dont les maladies infectieuses, les effets de l'environnement sur la santé, les risques d'origine professionnelle, les maladies chroniques (dont le cancer) et les traumatismes.

◀ **Les programmes organisés nationaux de dépistage des cancers**

Les programmes organisés nationaux de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal ainsi que le programme organisé de dépistage du cancer du col de l'utérus des départements pilotes ont été initiés sur décision du ministère de la Santé.

Ces programmes de santé publique impliquent de nombreux acteurs. Ils sont pilotés par la Direction générale de la Santé et l'Assurance Maladie, l'INCa intervenant en tant qu'opérateur.

Leur évaluation par l'Institut de veille sanitaire (InVS) est prévue par arrêté du ministère de la Santé (Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers publié au JO du 21 décembre 2006).

Les Plans cancer reprennent la nécessité de l'évaluation des trois dépistages organisés. Le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique de 2004 comporte plusieurs objectifs se rapportant à ces dépistages qui font l'objet d'une évaluation annuelle.

L'évaluation réalisée par l'InVS permet de vérifier la conformité de la mise en œuvre des programmes aux spécifications du cahier des charges national, de disposer d'indicateurs d'activité précoce et, à terme de mesurer l'impact de ces programmes en termes de mortalité évitée. Les aspects médico-économiques des programmes ne sont pas pris en compte.

Cette évaluation est nécessaire aux instances de pilotage des programmes pour la prise des décisions relatives à leur poursuite ou à leur modification.

Elle repose essentiellement sur des indicateurs construits à partir des données collectées par les structures départementales en charge de l'organisation des dépistages.



l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale

L' Assurance Maladie

L' Assurance Maladie est impliquée à plusieurs niveaux dans le programme national du dépistage organisé du cancer colorectal.

Elle finance, à parité avec l'État, les frais de gestion des structures départementales chargées de l'organisation des dépistages et assure à 100 % la prise en charge de l'achat et de la lecture des tests de dépistage.

De plus, l'Assurance Maladie accompagne l'engagement des médecins traitants à inciter leurs patients à se faire dépister. Ainsi, les médecins perçoivent une rémunération lorsqu'ils remettent le test à leurs patients et en 2010, les délégués de l'Assurance Maladie leur fourniront des outils pratiques d'information sur le dépistage organisé lors d'une rencontre personnalisée.

Enfin, l'Assurance Maladie participe à la campagne de communication de l'INCa. Au total, elle a consacré près de 70 millions d'euros au dépistage organisé du cancer colorectal en 2009.



CONTACTS /

MOIS DE MOBILISATION CONTRE LE CANCER COLORECTAL



**SERVICE PRESSE DU
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS**

01 40 56 40 14



**SERVICE PRESSE DE
L'INSTITUT NATIONAL
DU CANCER**

01 41 10 14 44
presse@institutcancer.fr



AGENCE KETCHUM

01 53 32 55 52
anne-sophie.bara@ketchum.fr

