

Indicateur n°2-3 : Indicateurs sur le dépistage du cancer**Sous-indicateur n°2-3-1 : Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 74 ans**

Finalité : environ 42 000 nouveaux cas de cancers du sein sont survenus en France en 2000, près de 50 000 nouveaux cas en 2005 et plus de 53 000 en 2011 selon les données de projection de l'Institut de veille sanitaire (INVS). Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. Il est le plus fréquent des cancers dépistés et représente un tiers de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez les femmes. Or, le pronostic du cancer du sein est d'autant plus favorable que la maladie est détectée à un stade précoce. L'objectif n°50 de la loi de santé publique est de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage d'au moins 80% chez les femmes de 50 à 74 ans, tous modes de dépistage confondus (dépistage organisé ou dépistage individuel). Conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), le dépistage doit toucher les femmes de ces tranches d'âge et la dernière mammographie doit dater de moins de deux ans.

Suite à une saisine de la DGS, la Haute autorité de santé (HAS), a rendu un rapport fin 2011 sur la stratégie à adopter vis-à-vis du Dépistage individuel (DI) qui existe en parallèle du Dépistage organisé (DO) et qui représente plus de 20% dans certains départements urbanisés ayant une offre de soins importante. La HAS ne recommande pas la suppression du dépistage individuel mais l'orientation des femmes vers le dépistage organisé et propose plusieurs pistes d'actions :

- s'assurer du choix libre et éclairé des femmes de participer ou non au dépistage, quelle qu'en soit la modalité (DI ou DO),
- modifier la classification commune des actes médicaux (CCAM),
- orienter les femmes susceptibles de tirer avantage du dépistage du cancer du sein et qui souhaitent en bénéficier vers le programme organisé.

Toutefois, la poursuite et l'amélioration de la participation de la « population cible » aux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal sont des objectifs du plan cancer II. La participation au programme de dépistage organisé de cancer du sein devrait augmenter au cours de la période couverte par le plan cancer, c'est-à-dire de 2009 à 2013. Ainsi, le plan cancer prévoit un taux de participation de 65% en 2013 pour le dépistage organisé du cancer du sein.

Cependant, eu égard à la tendance observée ces dernières années, cette cible de 65% pour le seul programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2013 ne pourra être atteinte. Ainsi, l'objectif 2012 (53%) a été estimé au regard des objectifs d'augmentation définis pour chaque région et des actions menées dans le cadre du Plan cancer II, qui a notamment pour objectif l'amélioration et l'efficacité des programmes de dépistage organisé des cancers. La cible fixée pour 2013 (53,5%) tient non seulement compte des objectifs du plan cancer, mais également des cibles fixées en la matière à chacune des 26 régions.

Précisions sur le dispositif : initié en 1994, le programme national de dépistage est généralisé à l'ensemble du territoire depuis 2004. Il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, invitées par l'assurance maladie à se faire dépister tous les deux ans (mammographie avec double lecture et examen clinique des seins), sans avance de frais et répondant à des critères techniques exigeants.

Le financement des structures de gestion responsables de la coordination du programme de dépistage du cancer du sein, organisé localement, est pris en charge à parité par l'État et l'assurance maladie après déduction des éventuels financements des conseils généraux ou d'autres partenaires. Ce financement prend en charge les frais de fonctionnement des structures et représente une somme d'environ 80 millions d'euros (soit 40 M€ pour l'État et 40 M€ pour l'assurance maladie).

Résultats : le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans est présenté dans le tableau suivant :

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	objectif 2015
Taux de participation (%)	32,9	40,2	44,8	49,3	50,8	52,5	52,3	52,0	52,7	53,5	55

Source : InVS.

En 2011, le taux de participation en France entière s'élevait à 52,7%, soit 2 430 000 femmes dépistées au cours de l'année. Après une progression régulière de 2004 (40,2%) jusqu'en 2008 (52,5%), le taux de participation stagne depuis aux alentours de 52% même si le nombre de femmes dépistées augmente. Quelle que soit la période, la participation la plus élevée est toujours celle des femmes de 60 à 64 ans. Elle décroît ensuite régulièrement pour atteindre son niveau le plus bas pour la tranche d'âge des 70-74 ans. Avant 60 ans, la participation est meilleure pour les femmes de 50 à 54 ans que pour celles de 55 à 59 ans. Par ailleurs, le taux de participation au dépistage organisé est inégal selon les régions. Certaines régions présentent pour la période 2010-2011 des taux de participation supérieurs à 60% (Pays-de-la-Loire, Limousin, Bretagne, Centre) tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45% (Guyane, Corse, Ile-de-France).

Les résultats du baromètre cancer de l'INPES publié en juin 2012 montrent que si le taux de réalisation de mammographie déclarée dans les deux ans (87,5%) peut être considéré comme satisfaisant, il existe encore une hétérogénéité d'adhésion même si elle est modérée. Concernant les facteurs associés, et en particulier l'âge, on peut sans doute anticiper que la seule sous-population où existe une différence notable (les femmes de 70 à 74 ans) verra à l'avenir ce gradient âge s'estomper, voire disparaître sous l'impact d'un effet générationnel. Le taux de participation est plus élevé chez les femmes vivant en couple (oui : 90,9% vs non : 80,1%) et celles ayant un niveau d'études bac ou équivalent : 93,6% vs inférieure au bac : 86,3% et supérieure au bac : 87,3%. Les autres facteurs n'ont pas d'impact statistiquement significatif. Dans le *Baromètre cancer 2005*, il existait un gradient croissant de participation selon le niveau de diplôme ou de revenu.

Pour l'année 2008, plus de 15 000 cancers du sein ont été découverts par le dépistage organisé, soit un taux de 6,8 cancers pour 1 000 femmes dépistées. La deuxième lecture a permis de dépister 8% de ces cancers.

Le rôle du médecin traitant dans la participation des femmes au dépistage organisé est prépondérant, comme le confirme la convention médicale entre la CNAMTS et les médecins libéraux, signée le 26 juillet 2011, qui généralise le contrat des pratiques individuelles (CAPI, cf. indicateur 3.6). Cette convention met en place une rémunération à la performance en fonction d'atteintes d'objectifs mesurant notamment la qualité des pratiques médicales. Un indicateur porte sur le taux de couverture du dépistage du cancer du sein, tous modes de dépistage confondus, des patientes du médecin et fixe un objectif de 80%.

Le plan cancer prévoit un taux de participation de 65% en 2013 pour le dépistage organisé du cancer du sein. Cependant, eu égard à la tendance constatée ces dernières années, cette cible de 65% pour le seul programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2013 n'est pas un objectif réaliste. Ainsi, pour 2013, le taux de participation a été estimé au regard des objectifs d'augmentation définis pour chaque région et des actions menées dans le cadre du plan Cancer II, qui a notamment pour objectif l'amélioration et l'efficacité des programmes de dépistages organisés des cancers.

La prévision de participation au programme de dépistage a été fixée pour 2014 à 53,5% ; elle tient compte des tendances observées en l'absence de nouvelles cibles nationales (deuxième plan cancer, 2009-2013).

En outre, il convient de rappeler que le dépistage individuel existe en parallèle du dépistage organisé. Ce dernier représente plus de 20% dans certains des départements urbanisés ayant une offre de soins importante. Il convient donc de noter les limites de cet indicateur qui n'inclut pas les femmes dépistées en dehors du programme organisé (dépistage individuel). Le « taux de participation » est donc différent du « taux de couverture » qui additionne le taux de participation au programme national et la participation des femmes au dépistage individuel mais pour lequel il n'existe que des estimations.

Suite à la saisine de la DGS, la HAS (haute autorité de santé) a examiné les éléments permettant d'augmenter la participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé et a étudié l'opportunité de conserver ou de supprimer la coexistence du dépistage organisé et du dépistage individuel pour les femmes de plus de 50 ans en France. Cette dernière recommande de s'assurer que les conditions soient réunies pour permettre un choix libre et éclairé des femmes concernant leur participation ou non au dépistage du cancer du sein, quelle qu'en soit la modalité individuelle ou organisée. Les femmes susceptibles de tirer avantage du dépistage et qui souhaitent en bénéficier, doivent être orientées vers le programme organisé par les professionnels de santé. De ce point de vue, la HAS recommande aux pouvoirs publics :

- de maintenir le cap du dépistage organisé, tout en le renforçant ;
- de créer les conditions permettant, chez les femmes ne présentant pas un haut risque de développer un cancer du sein, de limiter les pratiques de dépistage individuel dans la population cible (femmes de 50 à 74 ans).

Construction de l'indicateur : l'indicateur mesure la proportion de femmes ayant participé au dépistage organisé en rapportant le nombre femmes âgées de 50 à 74 ans dépistées dans l'année dans ce cadre aux effectifs de la population féminine correspondants. Pour le numérateur, les données sont produites par les structures de gestion en charge du programme. Les données du dénominateur sont de source INSEE. L'INVS réalise la synthèse et la validation des données.

Précisions méthodologiques : le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pour l'année N n'est disponible qu'au deuxième trimestre de l'année N+1. Le dépistage suit les règles strictes d'un cahier des charges mises à jour et publiées par arrêté en septembre 2006 par la Direction générale de la santé (DGS) sur la base de critères de qualité et d'efficacité. L'objectif de 53% de la couverture du dépistage organisé en 2012 retenu ici est similaire à celui présenté dans le projet annuel de performance « Prévention sécurité sanitaire et offre de soins » (programme n°204) annexé au projet de loi de finances pour 2013

Pour plus de précisions sur le cancer du sein chez la femme, voir aussi (i) Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000 BEH 2004 ; 44:209-210 ; (ii) La santé des femmes en France, DREES 2009, (iii) Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides Réseau FRANCIN, HCL, INVS, INCA

2011 (iv) La situation du cancer en France en 2011- Institut national du cancer www.e-cancer.fr (v) Baromètre cancer 2010 INPES juin 2012 www.inpes.sante.fr

Pour plus de détails, il est possible également de se reporter, d'une part, aux fiches de définition des indicateurs correspondant aux objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n 50) et aux rapports de suivi de ces indicateurs pour 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011 et, d'autre part, à la publication de Lastier D., Salines E, Danzon A, Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2009, évolutions depuis 2005, Institut de veille sanitaire, 2012, 12 p.

Sous-indicateur n°2-3-2 : taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal du cancer du col de l'utérus des femmes âgées de 25 à 65 ans

Finalité : entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer avec un taux de décroissance annuel de 2,9%, situant la France parmi les pays à faible incidence du cancer du col utérin. En projection, le nombre de nouveaux cas est estimé à 2 810 en 2011 par l'Institut de veille sanitaire (InVS). La baisse de l'incidence semble attribuable pour une grande partie au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin dont la pratique est largement répandue en France. En effet, le dépistage du cancer du col permet la découverte et le traitement de lésions précancéreuses avec un retentissement direct sur l'incidence de ce cancer. Le dépistage par frottis cervico-utérin est actuellement recommandé tous les 3 ans en France pour les femmes âgées de 25 à 65 ans conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). La loi de santé publique se donnait pour objectif de poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, en portant notamment le taux de couverture du dépistage à 80% en 2010 pour les femmes de 25 à 69 ans (objectif n°48 du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique d'août 2004).

Le Plan cancer 2009-2013 ne prévoit pas d'objectif en termes de taux de couverture du dépistage par frottis. Mais il comprend une mesure ayant pour objet d'expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès à des femmes peu ou pas dépistées. Treize départements conduisent une telle expérimentation dont les résultats seront évalués en 2013 par l'INVS.

Le rôle du médecin traitant dans la participation au dépistage est prépondérant depuis la convention médicale signée en juillet 2011. Elle reprend, dans le cadre de la rémunération à la performance, un objectif de taux de couverture de 80%, tous modes de dépistage confondus, des patientes du médecin âgées de 25 à 65 ans.

Résultats : le taux de dépistage par frottis cervico-vaginal est connu pour les femmes de 20 à 69 ans jusqu'en 2000, puis pour les femmes de 25 à 65 ans sur une période plus récente :

Âges	1995-1997	1998-2000	Âges	2004-2006	2005-2007	2006-2008	2007-2009	Objectif
20-29 ans	54,9%	59,7%						80%
30-39 ans	56,8%	61,0%	25-34 ans	56,3%	58,0%	58,4%	59,6%	
40-49 ans	56,9%	58,7%	35-44 ans	65,7%	65,3%	66,2%	67,1%	
50-59 ans	47,4%	48,0%	45-54 ans	58,5%	58,9%	59,0%	60,1%	
60-69 ans	25,8%	23,8%	55-65 ans	45,6%	46,0%	46,0%	46,4%	
Total	51,5%	53,6%		57,0%	57,4%	57,7%	58,5%	

Source : CNAMTS. Champ : régime général, France métropolitaine

Les facteurs influençant le recours au frottis cervico-utérin (FCU) sont liés à l'âge et au niveau socio-économique.

L'estimation du taux de couverture par FCU, définie comme un frottis en trois ans, est fondée sur l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie. Elle porte sur les femmes de 25 à 65 ans pour les périodes 2004 - 2006 à 2007 - 2009. Globalement, 58,5% de ces femmes étaient dépistées par FCU pour la période 2007 - 2009 contre 57,0% pour la période 2004 - 2006. La couverture du dépistage est de 59,6% chez les 25 - 34 ans, 67,1% chez les femmes de 35 à 44 ans et de 60,1% chez les 45 - 54 ans. Ce taux chute en-dessous de 50% après 55 ans. À titre de comparaison, des analyses sur l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS établissaient que 51,5% des femmes de 20 à 69 ans étaient dépistées pour la période 1995 - 1997 et 53,6% pour 1998 - 2000. Sur ces deux périodes, la couverture était inférieure à 50% dès 50 ans. Les femmes actives, les femmes plus diplômées et plus particulièrement les femmes cadres ont plus souvent recours au FCU. Ce sont les femmes sans assurance complémentaire qui déclarent moins fréquemment avoir pratiqué un FCU dans les trois ans.

L'INVS a réalisé une évaluation épidémiologique des programmes « pilotes » de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) sur leurs activités des années 2003 à 2005. Les programmes semblent contribuer à améliorer le dépistage en métropole : la couverture du dépistage atteint 71% dans le Bas-Rhin (25 à 65 ans), 68,5% dans le Haut-Rhin (25 à 65 ans) et 59,4% en Isère (50 à 74 ans) et se maintient à un niveau élevé entre 50 et 65 ans (62,7% dans le Bas-Rhin, 58,7% dans le Haut-Rhin et 66,4% en Isère) ; en revanche, le taux de couverture du dépistage de la Martinique n'est que de 39,2%.

La recommandation de la vaccination contre le Papillomavirus devrait contribuer à réduire à terme l'incidence de ce cancer, en complément du dépistage par frottis cervico-utérin. Cette vaccination est recommandée chez les jeunes filles à partir de 14 ans et jusqu'à 23 ans chez les femmes n'ayant pas eu d'activité sexuelle ou n'en ayant que depuis moins d'un an. Les deux vaccins (Gardasil® et Cervarix®) sont inscrits au remboursement (vaccins contre les formes les plus fréquentes de lésions précancéreuses du col de l'utérus).

Construction de l'indicateur : l'indicateur retenu est le taux de couverture du dépistage par frottis cervico-vaginal entre 25 et 65 ans : il rapporte le nombre de femmes entre 25 et 65 ans ayant eu un frottis du col au cours des trois années précédentes à l'ensemble des femmes de ces classes d'âge assurées sociales à la CNAMTS.

L'échantillon permanent inter-régimes des bénéficiaires de la CNAMTS (EPIB) donne les actes par personne de sorte que, si l'on retient au moins un frottis par période de trois ans par femme, il s'agit bien de couverture de dépistage, un frottis de contrôle faisant toujours suite à un frottis de dépistage. Il n'est cependant pas possible de distinguer dans la base les deux types d'actes par leur cotation, l'indicateur ayant été construit à partir de données recensant l'ensemble des actes de frottis (dépistage et contrôle confondus).

Précisions méthodologiques : pour les périodes 1995 - 1997 et 1998 - 2000, les données concernent la France métropolitaine et les femmes âgées de 20 à 69 ans assurées sociales à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et appartenant à l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), échantillon représentatif de la population assurée sociale.

Pour la période 2004 - 2009, l'estimation du taux de couverture par FCU est fondée sur l'EPIB et porte sur les femmes de 25 à 65 ans. À ce stade, l'indicateur est centré sur le régime général, mais dans l'avenir, il pourra être élargi aux deux autres principaux régimes d'assurance maladie (notamment la Mutualité sociale agricole), au même rythme que l'EPIB.

Pour plus de précisions sur le cancer du col de l'utérus chez la femme, voir aussi (i) Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008, Dr Nicolas Dupont. France, Mai 2008, InVS ; (ii) La santé des femmes en France, DREES 2009, (iii) Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011, Rapport technique, 2011. (iv) Baromètre cancer 2010 INPES juin 2012 ; (v) Synthèse d'avis de la commission de la Transparence Cervarix® Gardasil®, HAS février 2012.

Pour plus de détails, se reporter aux fiches de définition des indicateurs correspondant aux objectifs du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n 48) et aux rapports de suivi de ces indicateurs pour 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011.

Sous-indicateur n°2-3-3 : Taux de participation de la population au dépistage organisé du cancer colorectal

Finalité : en France, en 2011, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à 40 520, 21 296 hommes et 19 224 femmes (estimations à partir des incidences observées jusqu'en 2008). Le cancer colorectal est ainsi le troisième cancer le plus fréquent après les cancers du sein et de la prostate. Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer après celui du poumon, avec plus de 17 500 décès en 2011, dont 53% chez l'homme. La très grande majorité des cancers colorectaux survient chez des personnes de plus de 50 ans. Le pronostic de ce cancer est étroitement lié au stade de développement au moment du diagnostic. Les causes des cancers colorectaux ne sont que partiellement connues. Le dépistage du cancer colorectal est l'un des principaux moyens de détection précoce permettant ainsi de réduire la mortalité due à ce cancer. En France, un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place en 2002 à titre expérimental dans une vingtaine de départements. L'année 2008 a marqué une étape décisive avec la généralisation effective du programme national de dépistage organisé à l'ensemble du territoire national, métropolitain et d'outre-mer. Ce programme de santé publique repose sur le test Hémocult® de détection du sang occulte dans les selles (test au gaïac gFOBT). Il est proposé tous les deux ans chez les personnes âgées de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de risque particulier pour ce cancer. Une coloscopie doit être pratiquée en cas de test positif. La place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est à l'étude.

Le but du programme de dépistage organisé du cancer colorectal est de dépister le cancer à un stade plus précoce de la maladie pour réduire la mortalité. L'ablation lors de la coloscopie de certains polypes à risque mais non encore cancéreux, a pour effet de diminuer l'incidence des cancers colorectaux. Pour atteindre cet objectif, le taux de participation du dépistage recommandé dans la population cible (personnes des deux sexes de 50 à 74 ans) est de 50% à la fin du plan cancer 2009-2013.

Précisions sur le dispositif : le financement du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal est partagé entre l'assurance maladie (avec un impact via le Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire - FNPEIS) et l'État. L'assurance maladie finance seule, les dépenses liées à :

- la prise en charge à 100% des tests au gaïac avec un plafond de 2,87 euros par test ;
- la prise en charge à 100% de la lecture du test avec un plafond de 4,5 euros ;
- l'indemnisation des médecins généralistes pour la remise du test au gaïac à leurs patients.

Par ailleurs, les coûts de fonctionnement des structures de gestion des dépistages organisés des cancers sont répartis équitablement entre l'État (50%) et l'assurance maladie (50%) après déduction des éventuels financements des conseils généraux ou d'autres partenaires.

Résultats : les premiers résultats du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal sont présentés dans le tableau suivant :

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	Objectif
Nombre de personnes de 50 à 74 ans invitées à se faire dépister	17 millions	17,6 millions	17,9 millions	50%
Nombre de personnes de 50 à 74 ans dépistées	5,14 millions	5,0 millions	5 millions	
Taux de participation national au programme	34%	32%	31,7%	
chez les femmes	36,5%	34%	33,7%	
chez les hommes	31,4%	30%	29,8%	

Source : InVS.

Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer colorectal a augmenté d'en moyenne 0,5% par an chez les hommes et de 0,3% chez les femmes. En 25 ans, le taux de mortalité a diminué, de façon plus importante pour les femmes que pour les hommes.

Sur la période 2010-2011, plus de 17 millions de personnes de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et 5,0 millions d'entre elles ont adhéré au programme. Le taux de participation national au dépistage organisé pour cette période est de 32% soit légèrement en baisse par rapport à 2009-2010. La participation demeure plus élevée chez les femmes (34%) que chez les hommes (30%). Chez les hommes, ce sont les personnes les plus âgées (plus de 70 ans) qui adhèrent le plus massivement au programme de dépistage. Chez les femmes, la catégorie d'âge pour laquelle la participation est la plus importante est, comme pour le dépistage du cancer du sein, celle des 60-64 ans.

Le Baromètre cancer de 2010 montre que plus d'une personne sur deux déclare avoir effectué un dépistage du cancer colorectal au cours de leur vie. Des facteurs qui étaient associés à une différence d'adhésion au dépistage en 2005, comme le niveau d'études ou de revenus, ne le sont plus en 2010, avec l'extension de ce programme proposé maintenant à l'ensemble de la population cible. D'autres facteurs encore, comme l'âge plus élevé (65-74 ans), la vie en couple ou le fait d'avoir des enfants influencent favorablement la participation à ce dépistage.

En France, une étude contrôlée en population générale menée en 2004, montre une réduction de 16% de la mortalité par cancer colorectal après 11 ans de suivi, sous certaines conditions d'organisation du dépistage (*Faivre et al 2004*).

Construction de l'indicateur : les données individuelles sont recueillies au niveau du département par la structure de gestion du dépistage et une extraction des données est transmise à l'INVS qui valide les fichiers et publie les indicateurs. Le taux de participation est le rapport du nombre de personnes de 50 à 74 ans ayant réalisé un test de dépistage (test de recherche de sang occulte dans les selles) sur la population de la même tranche d'âge, auquel on soustrait le nombre de personnes exclues du dépistage par le médecin traitant pour un motif médical. Les personnes peuvent être exclues si elles présentent un risque de cancer colorectal supérieur à la moyenne (du fait d'antécédents familiaux ou personnels) ou nécessitant un recours systématique à la coloscopie ; ou encore, si elles ont réalisé une coloscopie datant de moins de 5 ans. Le taux de détection de cancers est le rapport du nombre de cancers diagnostiqués sur le nombre de personnes dépistées.

Précisions méthodologiques : les données sur la participation sont collectées annuellement par l'INVS.

Pour plus de précisions sur les données de projection du cancer colorectal et du dépistage, se reporter aux publications :

(i) Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides Réseau FRANCIM, HCL, INVS, INCA

(ii) Participation au programme de dépistage du cancer colorectal : site INVS invs.sante.fr

(iii) H. Goulard, D. Jezewski-Serra, N. Duport, E. Salines, A. Danzon et les médecins coordinateurs François Eisinger, François Beck, Christophe Léon, Anne Garnier, Jérôme Viguié « Les pratiques de dépistage des cancers en France - Baromètre cancer 2010 INPES juin 2012 ».

Pour plus de détails, se reporter à la fiche de définition de l'indicateur correspondant à l'objectif du rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique (Rapport DGS/DREES, Août 2005 : objectif n° 53) et aux rapports de suivi de cet indicateur pour 2006, 2007, 2008, 2009 - 2010 et 2011.