

Dépistage du cancer colorectal, actualités et perspectives

RESUME : Le cancer colorectal est un problème majeur de santé publique par son incidence et sa mortalité. Dans la très grande majorité des cas, il se développe sur une lésion précancéreuse, l'adénome colique, dont l'histoire naturelle est parfaitement connue. Un dépistage très efficace existe, proposé tous les 2 ans à la population cible de 50 à 74 ans. Il permet de réduire rapidement la mortalité spécifique du cancer colorectal par la détection de cancers à des stades précoces plus facilement traitables et de réduire, à plus long terme, l'incidence de ce cancer par la détection et le traitement dans le même temps des polypes adénomateux. Pour être efficace, le taux de participation de la population doit être élevé, ce qui n'est pas le cas en France. Des évolutions de ce dépistage sont en cours et de nouvelles perspectives à venir.

Table des matières

[I ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER COLORECTAL](#)

[II DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR TEST IMMUNOLOGIQUE DE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES \(FIT\)](#)

[III LA CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DE MASSE EN PRATIQUE](#)

[IV LES RESULTATS DU DÉPISTAGE PAR FIT EN FRANCE](#)

[V LES MOYENS D'AMÉLIORATION DU TAUX DE PARTICIPATION](#)

[VI POINTS FORTS](#)

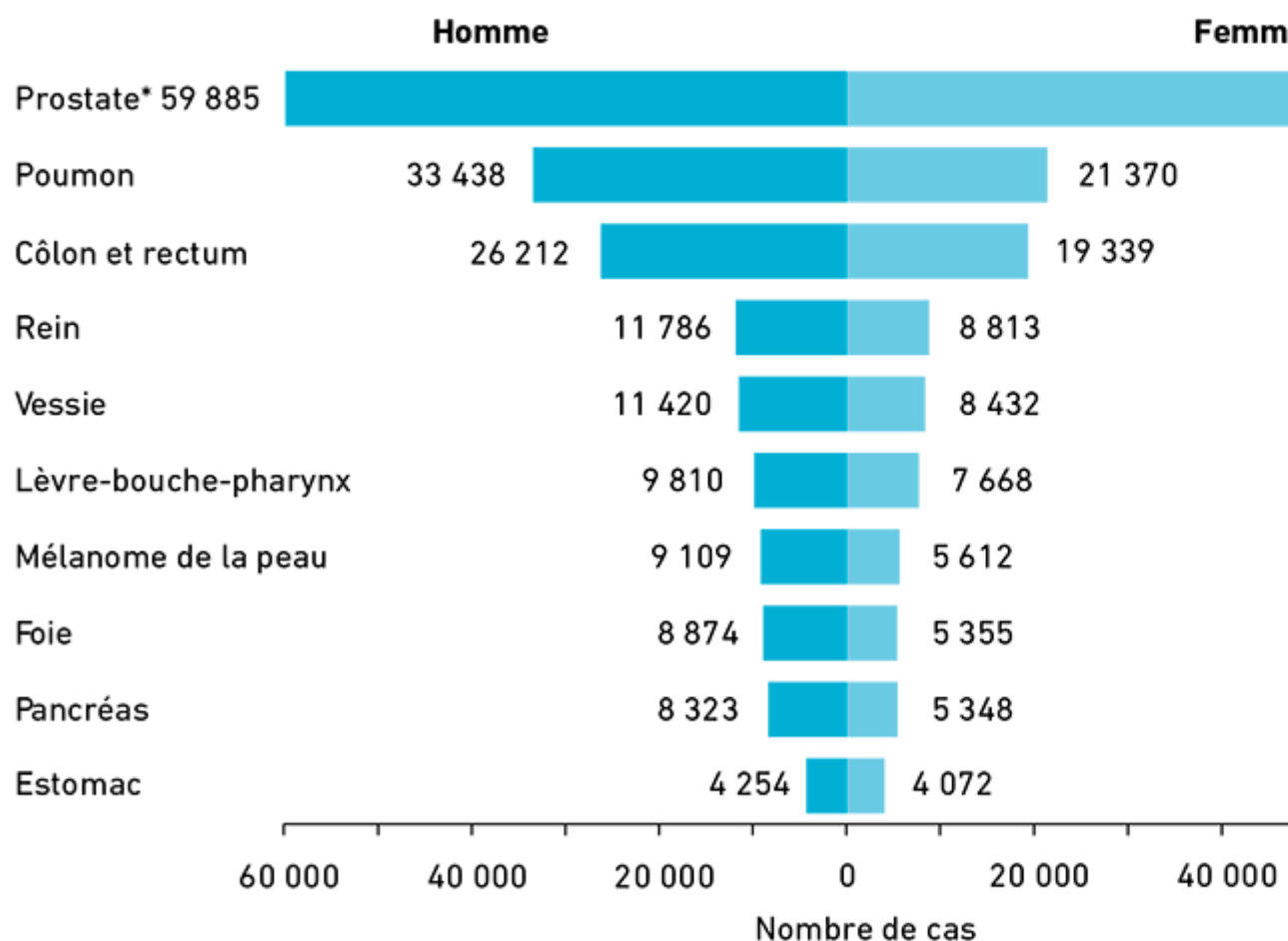
[VII BIBLIOGRAPHIE](#)

Épidémiologie du cancer colorectal

Le cancer colorectal (CCR) est un problème de santé publique majeur, avec plus de 1,9 million de nouveaux cas (4^e cancer en incidence) et plus de 900 000 décès par an (2^e cancer en mortalité) dans le monde [1]. La France, avec 47 582 nouveaux cas en 2023 (26 212 hommes et 21 370 femmes) fait partie, comme un grand nombre des pays industrialisés, des pays à plus forte incidence [2]. L'âge médian au diagnostic est de 71 ans chez l'homme et 72 ans chez la femme, le taux d'incidence baisse de 0,5 % par an en moyenne depuis 2010 pour les hommes, et augmente de 0,4 % an pour les femmes. Le CCR est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme, après ceux de la prostate et du poumon, et représente 11,2 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers masculins.

Chez la femme, ce cancer est le deuxième plus fréquent après le cancer du sein, et représente 11,3 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins (fig. 1). Le CCR constitue la deuxième cause de décès par cancer en France, avec près de 12 % de l'ensemble des décès par cancer. La mortalité par CCR en 2018 était de 17 100 décès (9 200 hommes et 7 900 femmes), avec un âge médian au décès de 77 ans chez l'homme, 81 ans chez la femme. On observe une diminution du taux de mortalité de 1,8 % par an en moyenne chez l'homme et de 1,6 % chez la femme entre 2010 et 2018, expliquée en partie par l'accès au dépistage du CCR et à la résection des lésions précancéreuses. La survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans est de 63 % (62 % chez l'homme, 65 % chez la femme), elle était de 54 % pour la période 1989-1993 [3].

Nombre de nouveaux cas de cancers estimés pour les principales localisations, en France



* Pour la prostate et la thyroïde, le nombre de cas est une estimation pour 2018 (et non 2023).

Fig. 1 : Incidence des cancers en France en 2023 [2]

Dépistage du cancer colorectal par test immunologique de recherche de sang dans les selles (FIT)

Le CCR est une maladie grave, dont l'incidence augmente après 50 ans, justifiant l'organisation d'un dépistage en population générale à partir de cet âge (fig. 2). L'histoire naturelle du CCR est bien connue: la plupart de ces cancers se développe à partir de lésions précancéreuses, les polypes adénomateux, en particulier les adénomes avancés (taille de 10 mm ou plus, et/ou présence de dysplasie de haut grade, et/ou contingent villositaire de plus de 25%). Les polypes festonnés ≥ 1 cm et/ou présentant une dysplasie sont désormais considérés comme des lésions à risque. La séquence adénome cancer, transformation d'un adénome de petite taille sans dysplasie en adénome à risque puis en cancer, dure une dizaine d'années. Le principe du dépistage est de détecter pendant cette longue phase asymptomatique, des lésions précoces facilement traitables à visée curative, moins agressives, et moins coûteuses que la prise en charge à un stade tardif. À l'échelle de la santé publique, le but est de diminuer à court terme la mortalité par CCR, de diminuer à moyen terme l'incidence et de limiter les coûts du cancer pour l'ensemble de la société.

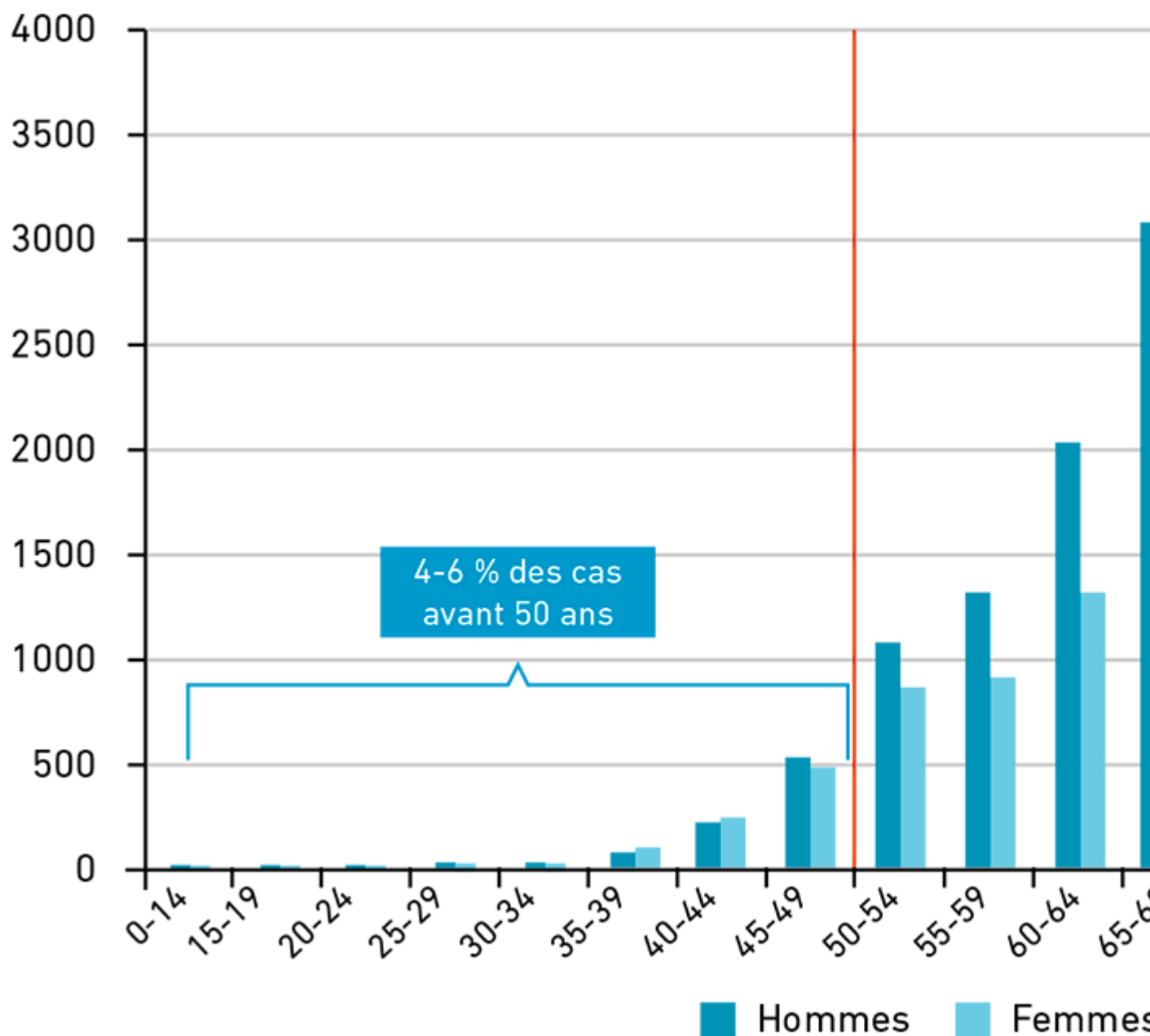


Fig. 2 : Incidence du cancer colorectal en France, par tranche d'âge (panorama des cancers en France, INCa 2022).

Les antécédents personnels et familiaux permettent de distinguer trois niveaux de risque de CCR:

- **la population à risque moyen** est constituée des individus sans antécédent personnel ou familial de CCR ou de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI). On parle alors de CCR sporadique qui représente 80 % de l'ensemble des CCR;
- **la population à risque élevé** est constituée des individus avec antécédents personnels ou familiaux au 1er degré d'adénome à risque ou de CCR et les individus atteints de MICI. 15 % des CCR sont diagnostiqués dans cette population;
- **la population à risque très élevé** est constituée des formes héréditaires de CCR: polyposes (polypose adénomateuse familiale, polypose liée à MUTYH) et syndrome de Lynch ou HNPCC, responsables de 5% de l'ensemble des CCR.

Chaque niveau de risque bénéficie d'une stratégie de dépistage adaptée:

– **risque moyen** : dépistage par recherche de sang occulte dans les selles, itératif, dans le cadre d'un programme de dépistage de masse;

- **risque élevé et très élevé** : dépistage individuel basé sur des examens endoscopiques réguliers pour le risque élevé et des explorations génétiques et des examens endoscopiques réguliers pour le risque très élevé.

En France, la stratégie de dépistage du CCR en population générale à risque moyen repose sur la recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans de 50 ans à 74 ans et la réalisation d'une coloscopie pour les tests positifs. Le programme de dépistage de masse du CCR est national en France depuis 2009. Initialement réalisé avec le test au gaiac, il a été remplacé en 2015 par le test immunologique (FIT) plus spécifique de l'hémoglobine humaine, plus simple de réalisation (1 seul prélèvement) et de lecture (automatisée) et plus performant car détectant plus de cancers et d'adénomes à risque. Le dépistage par détection de la présence de sang occulte dans les selles a prouvé son efficacité en population générale, avec une réduction de 14% à 16% de la mortalité spécifique par CCR [\[4\]](#), et une baisse d'incidence de l'ordre de 18 % avec le test FIT [\[5\]](#).

Malgré un taux de participation insuffisant, le dernier rapport médico-économique de l'INCa confirme que le dépistage organisé actuel en France est coût-efficace lorsqu'on le compare à l'absence de dépistage, et plus coût-efficace que les autres stratégies en particulier endoscopiques [\[6\]](#).

La campagne de dépistage de masse en pratique

Le test FIT est proposé tous les 2 ans aux hommes et aux femmes asymptomatiques, âgés de 50 à 74 ans, à risque moyen de développer un CCR. La population cible française est estimée à 19,7 millions de personnes. La coordination des programmes de dépistage organisés (sein, CCR, col de l'utérus) est confiée depuis 2019 aux 18 centres régionaux de coordination de dépistage des cancers (CRCDC). Initialement, les personnes âgées de 50 à 74 ans recevaient par courrier une invitation à se rendre chez leur médecin ou un hépato-gastro-entérologue, un gynécologue, ou un médecin d'un centre d'examen de santé du régime général de l'Assurance maladie pour se faire délivrer, après vérification de l'éligibilité, le test à réaliser à domicile.

Depuis le 1er janvier 2024, les invitations sont intégralement gérées par la CNAM qui définit, grâce aux données du SNDS (Système national des données de santé) et des données complémentaires des CRCDC, la population cible. Les invitations se font majoritairement par voie dématérialisée et, en dernier recours, par voie postale. Depuis 2022, les individus peuvent, avec leur invitation, commander directement le test en ligne, sans consultation médicale préalable, ou se le faire délivrer dans les pharmacies agréées pour la remise de test. Les individus peuvent également demander un test au médecin ou au pharmacien sans invitation, ce qui permet de rattraper un retard de participation.

3 à 4 mois après l'invitation, une 1^{re} relance est adressée, puis une 2^e relance à 8-9 mois en cas de non-participation. Un test est fourni automatiquement avec la 2^e relance en cas de participation à l'une des trois campagnes antérieures. La principale caractéristique du test est que le patient le réalise lui-même à domicile sur un échantillon de selles. Le prélèvement est ensuite envoyé sous 24 à 48 heures par courrier, grâce à une enveloppe T prépayée au laboratoire national d'analyse CERBA. Le test utilise des anticorps spécifiques de l'hémoglobine humaine permettant la mise en évidence et la quantification de sang dans les selles. En France, le seuil de positivité retenu est de 30 µg de sang par gramme de selles. À ce seuil, la sensibilité du test est située entre 81 % et 89 % [\[7\]](#). Le patient et son médecin traitant sont informés par courrier du résultat du test. Il est important que les patients avec test

positif aient une coloscopie totale afin de diagnostiquer les éventuelles lésions et, dans le même temps, réaliser l'exérèse endoscopique des polypes. Les patients ayant un résultat négatif sont invités à refaire le test 2 ans plus tard.

La survie des CCR est fortement liée au stade du diagnostic : la survie à 5 ans est excellente pour les stades précoces, 90,2 % pour les stades TNM 1 et 2, 71,8 % pour les stades 3 et 14,3 % pour les stades IV. Le but d'un programme de dépistage est d'augmenter la part des cancers diagnostiqués à un stade précoce. L'évaluation par Santé Publique France des stades de cancers dépistés par test FIT en 2016-2017 montre que, dans la population dépistée, plus de 2/3 des cancers sont diagnostiqués à un stade précoce et environ 10% à un stade métastatique.

Les résultats du dépistage par FIT en France

Le test de dépistage FIT est positif dans 4% des cas, plus élevé chez les hommes (4,9 %) que chez les femmes (3,2 %) et augmente avec l'âge de 3,9 % à 6,4 % chez les hommes et de 2,8% à 4,1% chez les femmes [\[8\]](#). Une revue de la littérature Cochrane [\[9\]](#) montre une sensibilité du FIT de 76% (IC95%: 0,57-0,88) pour le dépistage du CCR. Le test FIT permet de détecter 2,4 fois plus de cancers et 3,7 fois plus d'adénomes avancés que le test au gaïac. Le taux de participation au dépistage organisé du CCR en France est trop faible, toujours inférieur à 35%, en dessous de l'objectif européen minimal d'efficience fixé à 45%, et bien loin du 65% idéal [\[10\]](#). Les taux de participation dans d'autres pays européens sont supérieurs: 42 % en Italie, 56 % au Royaume-Uni, 64 % au Danemark, 69 % dans le Pays Basque espagnol et 72 % aux Pays-Bas. Le taux de participation est très variable d'une région à l'autre en France ([fig. 3](#)).

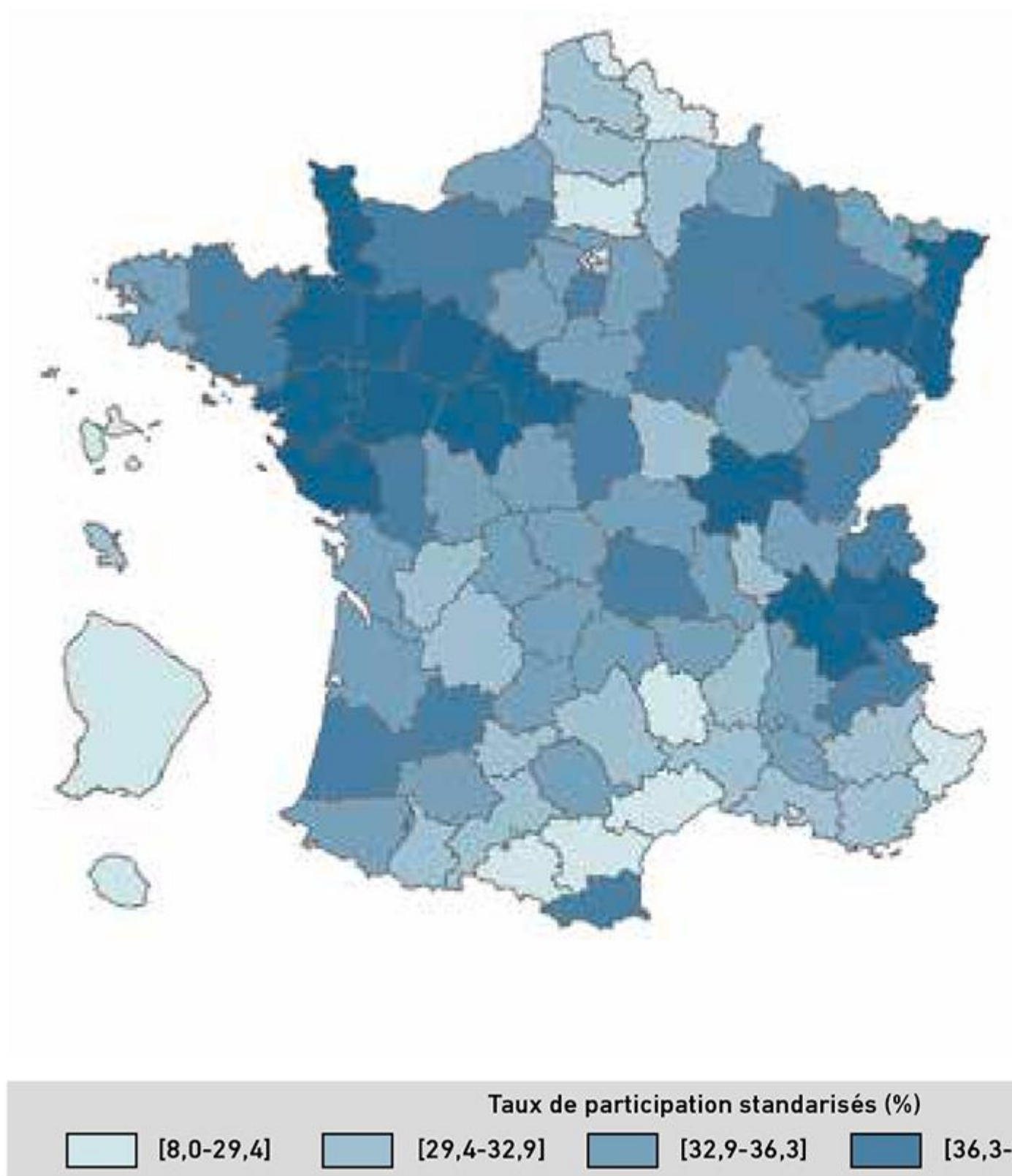


Fig. 3 : Taux de participation au dépistage organisé du CCR en France, par département, en 2020-2021 [\[10\]](#).

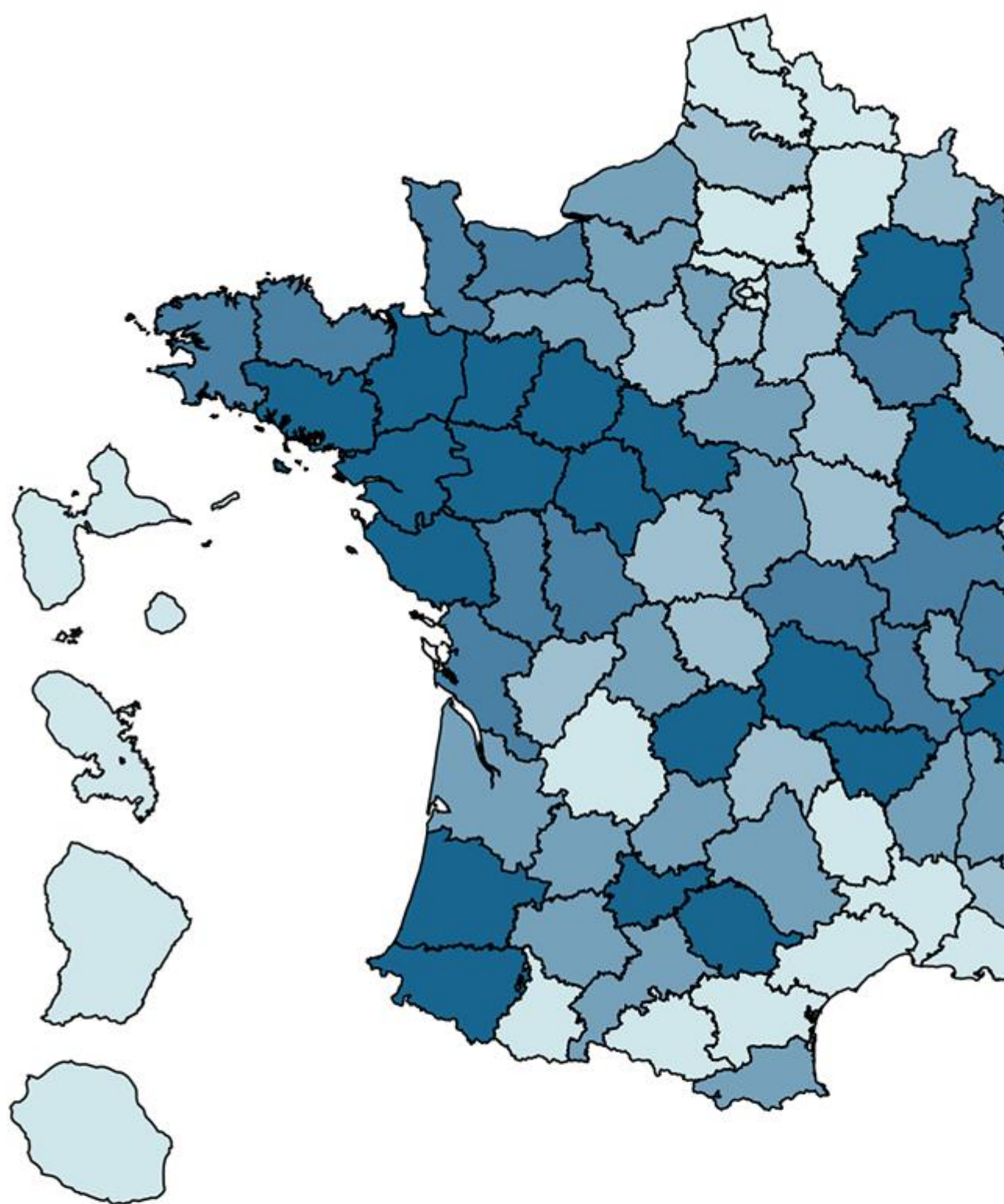
Plusieurs éléments peuvent expliquer cette faible participation: le passage en 2015 du test au gâïac au test FIT s'est traduit par l'absence de test disponible pendant près de 9 mois, soit

quasiment une campagne complète, cassant ainsi la dynamique du programme 5 ans après sa mise en œuvre. Le changement de marché public en 2020 s'est aussi traduit par une baisse de la participation avec, là aussi, l'absence de test disponible pendant quelques mois. La pandémie Covid19 de 2019-2020 a fortement impacté le programme de dépistage (arrêt de l'envoi des tests pour limiter la demande d'actes d'endoscopie pendant les périodes de confinement), un retard conséquent à la reprise des invitations a été constaté avec des délais d'accès à l'endoscopie fortement allongés.

Initialement les individus devaient obligatoirement se rendre chez un médecin pour récupérer le kit de dépistage. Cette modalité n'est plus exclusive depuis 2022, le patient pouvant désormais commander son test en ligne ou le récupérer dans une pharmacie agréée. L'évaluation de l'impact de ces deux modalités de délivrance du test est attendue prochainement.

La manipulation de selles par l'individu peut poser un problème d'acceptabilité du test, bien que le test FIT ne nécessite qu'un prélèvement contre trois précédemment avec le test au gaïac.

La définition exacte de la population cible est mal connue, comme le prouve une étude réalisée en région PACA sur la campagne 2016-2017 où la prise en compte des individus ayant réalisé une coloscopie dans les 5 ans fait passer le taux de couverture du dépistage de 25,6 % (FIT uniquement) à 46 % (FIT ou coloscopie de moins de 5 ans) [\[11\]](#). Une étude récente portant sur les données France entière 2022 confirme un taux de couverture à 47,8 % [\[12\]](#). Ce taux de couverture reste néanmoins insuffisant ([fig. 4](#)).



Taux de participation standardisés (%)



FIT : test immunochimique fécal.

Source des données : Système national des données de santé (SNDS) exploitation Santé publique France.

Fig. 4 : Taux de couverture du dépistage colorectal en France, par département en 2022 [12].

La participation élevée est essentielle à tout programme de dépistage. L'efficacité d'un programme de dépistage, en termes de baisse de mortalité spécifique, de baisse d'incidence et de coût-efficacité est fortement corrélée à la participation, comme l'a montré l'évaluation médico-économique de l'INCa [6]. Actuellement, avec un taux de participation d'environ 30 %, 2 600 décès par CCR sont évités par an, l'augmentation de participation à 45 % en éviterait 4 000, et atteindrait 6600 décès évités par an pour une participation à 65 %. De la même façon, l'intensification de la participation augmenterait le nombre de cancers évités par an (baisse d'incidence) de 2200 pour une participation à 30 %, à 3500 pour une participation à 45 % et 5700 pour une participation à 65 % [6].

Les moyens d'amélioration du taux de participation

Une meilleure définition de la population cible : les critères d'exclusion du programme organisé sont bien définis dans le cahier des charges. En pratique, ils sont basés sur un interrogatoire médical ou un auto-questionnaire pour les assurés commandant leur test en ligne. Comme l'a montré l'étude réalisée en région PACA [11] et la publication récente des résultats 2022 [12], l'exclusion des individus ayant eu une coloscopie dans les 5 ans, toutes indications confondues, par la consultation du SNDS fait monter le taux de couverture des individus effectivement dépistés à plus de 45 %. À compter du 1er janvier 2024, la CNAM prend en charge l'ensemble des invitations aux dépistages des cancers et définit, après consultation du SNDS et en collaboration avec les CRCDC, les fichiers de population cible après exclusion. Cette modalité n'était jusqu'alors pas possible en routine.

Une diversification des modalités d'invitation : initialement les invitations étaient adressées uniquement par voie postale. Depuis le 1er janvier 2024, date de reprise des invitations par la CNAM, les invitations sont majoritairement réalisées sous formes dématérialisées via le compte AMELI des assurés, via SMS, via e-mailing, avec des rappels téléphoniques et, en dernier recours, par courrier.

Une facilitation de l'accès au test : initialement, le test n'était disponible qu'auprès de son médecin traitant après réception d'une invitation. Depuis 2018, la remise médicale du test a été étendue à d'autres professionnels de santé: hépato-gastroentérologues, gynécologues, sages-femmes, médecins de centre de santé de l'Assurance maladie. Depuis 2022, les assurés peuvent commander en ligne leur test ou le retirer en pharmacie. Les différents professionnels de santé sont incités à avoir une action proactive et à proposer la remise du test, hors invitation aux assurés. Les assurés peuvent ainsi bénéficier d'un test en dehors des campagnes d'invitation, leur permettant de participer à la demande. La 2^e relance peut, sous condition de participation à au moins l'une des trois campagnes antérieures, être accompagnée de l'envoi du test à domicile. Plusieurs expérimentations d'envoi du test à domicile sont en cours en France.

Une meilleure connaissance des “non-participants” afin de définir des stratégies adaptées de promotion et de délivrance des tests. Cette approche fait partie de la stratégie d’“allers vers” promue par l'INCa, la DGOS et la CNAM. Il est ainsi demandé aux CRCDC d'identifier les zones géographiques et les populations participant le moins afin d'identifier des leviers d'action spécifiques: zones rurales, déserts médicaux, populations précaires, défavorisées, handicap, barrière linguistique, etc.

Mise en place d'une politique d’“allers vers” déclinée à l'échelon national (campagnes de promotion), régional (formation des professionnels de santé, campagnes de promotion régionales), départemental (identification des zones à faible participation, analyse des

déterminants de cette participation, mise en place d'actions ciblées). Cette politique d'"allers vers" est mise en place depuis 2024.

Une réflexion sur une approche personnalisée du dépistage prenant en compte un continuum de risque. La classification en trois groupes de risque, à l'heure du test FIT quantitatif, paraît de plus en plus obsolète. Cette classification ne prend pas en compte les facteurs de risque alimentaires (alimentation, alcool, tabac, surpoids et obésité, activité physique), et environnementaux (expositions professionnelles, radiations ionisantes) responsables de près de 40 % des cancers [13]. Le test quantitatif FIT permet d'envisager différents seuils de positivité en fonction du risque, la périodicité de réalisation du test peut également être adaptée aux risques identifiés, et enfin la pente des valeurs du FIT pourrait être prise en compte pour déclencher la réalisation d'une coloscopie [7]. Cette personnalisation du test pourrait inciter plus fortement les individus à participer. La population à risque élevé, qui adhère peu aux programmes de surveillance endoscopique [14, 15] pourrait également intégrer le dépistage par FIT avec des seuils de positivité et/ou des fréquences de réalisation adaptés.

Une amélioration de l'acceptabilité du test. Le développement d'alternatives au test fécal ne cesse de s'accroître: tests sériques (protéomiques, métabolomiques, ADN ou ARN tumoral circulant), coloscopie virtuelle par entéro-scanner ou entéro-IRM, etc. Aucun de ces nouveaux tests n'a, pour l'instant, prouvé sa supériorité par rapport au test fécal, sans parler de leur coût disproportionné dans un contexte de dépistage de masse. Des études sont en cours évaluant essentiellement des tests sériques qui sont, a priori, mieux acceptés par la population.

POINTS FORTS

- Le dépistage organisé du cancer colorectal est efficace en termes de réduction de mortalité spécifique et de réduction d'incidence.
- Le programme de dépistage français est basé sur un test de recherche de sang dans les selles, proposé à la population de 50 à 74 ans à risque moyen de cancer colorectal.
- Pour être efficace, la participation régulière de la population doit être au minimum de 45 % et dans l'idéal d'au moins 65 %.
- Des évolutions du programme actuel de dépistage sont en cours en France et de nouvelles méthodes de dépistage sont en cours d'expérimentation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al.
Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 2021;71:209-249.
2. Lapôtre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z et al.
Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull EpidEmiol Hebd*, 2023; 12-13: 188-204.
<http://beh.santepubliquefrance>
3. Les cancers en France en 2018 - L'essentiel des faits et chiffres (édition 2019).
<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2018-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-edition-2019>
4. Barré S, Leleu H, Vimont A et al.
Estimated impact of the current colorectal screening program in France. *Rev Epidemiol*, 2020;68:171-177.

5. 5. Bretthauer M, Løberg M, Wieszczy P et al.
Effect of colonoscopy screening on risks of colorectal cancer and related death ; NordICC Study Group. *N Engl J Med*, 2022; 387:1547-1556.
6. 6. Barré S, Leleu H, Benamouzig R et al.
Cost-effectiveness analysis of alternative colon cancer screening strategies in the context of the French national screening program. *Therap Adv Gastroenterol*, 2020; 13:1756284820953364.
7. 7. Denis B.
Prévention et dépistage du cancer colorectal par test immunochimique fécal : efficacité, égalité, sobriété. *Hépatogastro et Oncologie Digestive*, 2023;30:271-281.
8. 8. <https://www.santepubliquefrance.fr>
9. 9. Grobbee EJ, Wisse PHA, Schreuders EH et al.
Guaiac-based faecal occult blood tests versus faecal immunochemical tests for colorectal cancer screening in average-risk individuals. *Cochrane Database Syst Rev*, 2022;6:CD009276.
10. 10. Quintin C, Plaine J, Rogel A et al.
Premiers indicateurs de performance du programme de dépistage du cancer colorectal (participation, tests non analysables, tests positifs). Évolution depuis 2010 et focus sur les années Covid 2020-2021 en France. *Bull Epidemiol Hebd*, 2023;14:266-272.
11. 11. Seitz JF, Lapalus D, Arlotto S et al.
Colorectal cancer screening by fecal immunochemical test or colonoscopy in France: how many people are actually covered? Focus on the Provence-Alpes-Côte d'Azur region. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2022;34: 405-410.
12. 12. Quintin C, Denis B, Delasalle P et al.
Estimation du taux de couverture du dépistage du cancer colorectal en France en 2022. *Bull epidemiol Hebd*, 2025; 48-56.
13. 13. Centre international de Recherche sur le Cancer.
Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. *Lyon*, 2018.
<https://publications.iarc.fr>
14. 14. Cottet V, Jooste V, Fournel I et al.
Long-term risk of colorectal cancer after adenoma removal: a population-based cohort study. *Gut*, 2012;61:1180-1186.
15. 15. Van Heijningen E-MB, Lansdorp-Vogelaar I, Steyerberg EW et al.
Adherence to surveillance guidelines after removal of colorectal adenomas: a large, community-based study. *Gut*, 2015;64:1584-1592.