



Le Livre Blanc du Cancer Colorectal au Luxembourg

Auteurs :

Mme Karin Heckters
Mr Guy Weber
Mme Astrid Scharpantgen
Dr Yolande Wagener
Dr Danielle Hansen-Koenig

Direction de la Santé
Ministère de la Santé du Grand-Duché de Luxembourg

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à l'ensemble des acteurs ayant permis le traitement des données épidémiologiques présentées dans ce document.

Nous apprécions l'engagement des personnes responsables du traitement des données dans les différentes administrations sources : STATEC et ses données démographiques, le Laboratoire National de la Santé et ses données d'incidence, la Direction de la Santé et ses données relatives aux causes de décès, et la Caisse Nationale de Santé avec ses données relatives aux soins endoscopiques.

Nous soulignons également l'excellente collaboration avec, d'une part, les structures hospitalières qui ont accueilli nos équipes à l'occasion de la visite des services d'endoscopie et, d'autre part, les laboratoires privés contactés.

Nous remercions enfin l'ensemble des acteurs qui dans leur labeur quotidien apportent leur inestimable contribution à la lutte contre le cancer colorectal.

Edition : Ministère de la santé du Grand-Duché de Luxembourg – Direction de la Santé

Auteurs

Mme Karin Heckters – infirmière graduée
Mr Guy Weber – expert en sciences de la santé publique
Mme Astrid Scharpantgen – infirmière graduée
Dr Yolande Wagener – médecin chef de division
Dr Danielle Hansen-Koenig – médecin directeur de la santé

ISBN : 978-2-919909-88-9

Le Livre Blanc du Cancer Colorectal

Table des matières

Tables des matières	4
Liste des acronymes	6
1. Introduction	7
2. Matériel et méthodes	9
2.1. Les sources	9
2.1.1. STATEC	9
2.1.2. Registre Morphologique des Tumeurs	9
2.1.3. Direction de la Santé	9
2.1.4. Caisse Nationale de Santé	10
2.1.5. Structures hospitalières	10
2.1.6. Laboratoires privés	10
2.1.7. Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer	10
2.2. Les codes ICD et CNS considérés	11
2.3. La population de référence	12
2.4. Le comparatif international	13
3. Démographie	14
4. Importance du cancer colorectal en tant que problème de santé publique	16
5. Incidence nationale et comparaison internationale	17
5.1. Cancers les plus incidents	17
5.2. Incidence du cancer colorectal	19
5.2.1. Incidence globale	19
5.2.2. Incidence selon le sexe	20
5.2.3. Incidence selon le groupe d'âge et le sexe	21
5.2.4. Comparaison internationale de l'incidence	23
6. Mortalité nationale et comparaison internationale	24
6.1. Mortalité des cancers les plus fréquents	24
6.2. Mortalité du cancer colorectal	25
6.2.1. Mortalité globale	25
6.2.2. Mortalité selon le sexe	26
6.2.3. Mortalité selon le groupe d'âge et le sexe	27
6.2.4. Comparaison internationale de la mortalité	30

7. Actes de dépistage	31
7.1. Recherche de sang occulte dans les selles	31
7.1.1. Nombre des actes de recherche de sang occulte dans les selles	31
7.1.2. Nombre des actes de recherche de sang occulte dans les selles selon le sexe	32
7.1.3. Nombre des actes de recherche de sang occulte dans les selles selon les différentes sources de données	33
7.2. Actes endoscopiques	34
7.3. Colonoscopies	36
7.3.1. Nombre d'actes de colonoscopie totale	36
7.3.2. Nombre de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie	37
7.3.3. Nombre de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie selon le sexe	37
7.3.4. Taux brut de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie selon le groupe d'âge et le sexe	38
7.3.5. Comparaison des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie et de l'incidence du cancer colorectal selon le groupe d'âge et le sexe	40
7.4. Comparaison internationale des activités de dépistage	41
8. Description des activités menées dans les services endoscopiques et les laboratoires	43
8.1. Colonoscopies	43
8.2. Recherche de sang occulte dans les selles	45
9. Projet de conclusions à discuter avec le groupe de pilotage	46
9.1. Actes de dépistage	46
9.1.1. Recherche de sang occulte dans les selles	46
9.1.2. Colonoscopie	46
9.2. Communication – Sensibilisation – Information	48
9.2.1. Sensibilisation	48
9.2.2. Information	49
10. Références bibliographiques	50
11. Annexes	52
11.1. Liste des indicateurs considérés	52
11.2. Liste des indicateurs manquants	53
11.3. Annexe statistique	54
11.3.1. Incidence	54
11.3.2. Mortalité	56
11.3.3. Actes de gastro-entérologie à visée de dépistage du cancer colorectal	58
11.4. Questionnaire « état des lieux concernant la colonoscopie dans les établissements hospitaliers »	59
11.5. Questionnaire « état des lieux concernant l'Hemoccult® dans les laboratoires »	60

Liste des acronymes

- ASIR-W : aged-standardized incidence rate (world reference population)
- ASMR-W : aged-standardized mortality rate (world reference population)
- CCR: cancer colorectal
- CNS : Caisse Nationale de Santé
- FOBT : Fecal Occult Blood Test (Hemoccult®) - recherche de sang occulte dans les selles
- IARC : International Agency for Research on Cancer
- ICD : International Classification of Diseases and health related problems
- IGSS : Inspection Générale de la Sécurité Sociale
- LNS : Laboratoire National de la Santé
- MM : mélanome malin
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ‰ : pour 100.000 habitants
- RMT : Registre Morphologique des Tumeurs
- RNC : Registre National du Cancer
- STATEC : Institut national de la statistique et des études économiques
- TBI : taux brut d'incidence
- TBM : taux brut de mortalité
- UE-15 : Union européenne des 15 anciens états membres
- UE-27 : Union européenne des 27 états membres

1. Introduction

C'est en 1999, qu'un groupe de travail national, composé de Dr C. Bock, M. J-M. Feider, Dr D. Hansen-Koenig, Dr M. Kremer, Dr J-L. Molitor, Mme M-P. Prost, Dr I. Rolland, Mme A. Scharpantgen, Dr R. Scheiden, Dr F. Schneider, Dr S. Steil, Dr R. Stein, Dr P. Turk, Dr Y. Wagener et Dr J. Weber, a commencé à se pencher sur le problème du cancer colorectal dans notre pays et a élaboré un premier état des lieux, incluant l'analyse de la mortalité et de l'incidence de ce type de cancer dans notre population. Les évidences préoccupantes de cette analyse justifiaient de plus amples mesures de santé publique. Le 8 novembre 2000, Mr Carlo Wagner, Ministre de la santé, accompagné de Dr D. Hansen-Koenig, Dr R. Stein, Dr P. Turk et Dr J. Weber lancèrent une première campagne de sensibilisation visant à améliorer l'information du grand public sur le cancer du côlon et à encourager sa détection précoce à partir de l'âge de 50 ans. En 2004, des travaux étaient initiés pour développer une stratégie nationale de détection précoce du cancer colorectal, notamment par colonoscopie.

Le document ci-présent a pour objectif d'illustrer et de mesurer statistiquement l'ampleur du problème de santé publique que représente aujourd'hui le cancer colorectal au Luxembourg, de situer notre pays dans le cadre européen et de proposer une série d'indicateurs de suivi et d'évaluation des actions menées au Luxembourg dans le cadre de la lutte contre le cancer colorectal. Ces indicateurs concernent l'incidence, la mortalité (y compris leurs comparatifs internationaux respectifs) ainsi que les actes de dépistage.

Le cancer colorectal est une des tumeurs malignes les plus fréquentes dans nos populations tant au niveau de l'incidence que de la mortalité. Le stade de développement de la maladie au moment du diagnostic est directement lié à son pronostic du cancer colorectal. Si diagnostiqué à un stade précoce, le cancer colorectal est généralement guérissable.

C'est surtout à partir de l'âge de 50 ans que les précurseurs du cancer colorectal, les polypes, apparaissent. Endéans une période assez longue de plus ou moins 10 ans, les cancers colorectaux se développent sur ces polypes.

C'est pour cette raison que les actions de dépistage et d'extraction des précurseurs du cancer colorectal ciblent spécifiquement cette population, qui est la plus fréquemment concernée par ce problème de santé publique.

Actuellement, les autorités sanitaires luxembourgeoises recommandent chez la population générale, ne représentant pas de facteurs de risque particuliers, la réalisation d'une colonoscopie à partir de l'âge de 50 ans, une seconde étant recommandée 10 ans après. Les personnes ne désirant pas se soumettre à une colonoscopie seront invitées à faire annuellement un test de recherche de sang occulte dans les selles. Cette mesure pourrait être recommandée à la population générale à partir de 45 ans.

Les personnes présentant des maladies entériques spécifiques ou des prédispositions familiales sont ciblées quel que soit leur âge moyennant des dépistages rapprochés dans le temps.

Les recommandations européennes de 2010, citées en page 5 du document « European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis » sont les suivantes : « *Indirect evidence suggests that the prevalence of neoplastic lesions in the population below 50 years of age is too low to justify colonoscopic screening while in the elderly population (75 years and above) lack of benefit could be a major issue.* »... « *The*

optimal age for a single colonoscopy appears to be around 55 years. » ... « Limited available evidence suggests that the optimal interval for colonospy screening should not be less than 10 years and may even extend up to 20 years. » ... « Average risk colonoscopy screening should not be performed before age 50 and should be discontinued after 74. »

2. Matériel et méthodes

2.1. Les sources

Les sources d'information suivantes ont été sollicitées et consultées pour réaliser cette étude épidémiologique du cancer colorectal au Grand-Duché de Luxembourg.

2.1.1. STATEC

Le STATEC, Institut national de la statistique et des études économiques du Grand-Duché de Luxembourg a, entre autres missions, celle de produire, traiter et diffuser les données démographiques relatives à la population résidente au Luxembourg.

Cette population estimée au 1^{er} janvier de chaque année et répartie par âge et par sexe est publiée annuellement par le STATEC.

C'est cette population résidente estimée au 1^{er} janvier qui est considérée pour calculer la population à mi-année, respectivement à mi-période quinquennale.

Les données démographiques sont annuellement publiées en ligne sur le portail des statistiques www.statistiques.public.lu.

2.1.2. Registre Morphologique des Tumeurs

Le Registre Morphologique des Tumeurs (RMT), rattaché au Laboratoire National de Santé (LNS), est un registre à visée épidémiologique en charge de la gestion des données issues des comptes rendus anatomo-pathologiques, cyto-pathologiques et hématologiques, établis par le LNS, en vue d'établir une statistique annuelle des nouveaux cas de cancer diagnostiqués au Luxembourg.

Le RMT prépare et publie annuellement depuis le début des années '80 une monographie sur les nouveaux cas de cancer de l'année, la publication la plus récente se référant aux cas diagnostiqués en 2011. Ces cas de cancers sont répartis selon le sexe, le groupe d'âge et l'organe atteint.

Les données sont mises en ligne sur le site internet www.cancer-registry.lu.

2.1.3. Direction de la Santé

Le système de surveillance de la mortalité et des causes de décès est centralisé et organisé au niveau national par la Direction de la Santé, en ce qui concerne la collection, le codage, la saisie informatique, l'analyse et la publication des données de mortalité.

Les données annuellement publiées les plus récentes font référence à la mortalité de l'année 2012. Les données relatives aux causes de décès sont réparties selon le sexe, le groupe d'âge et la cause de décès.

Ces données sont publiées en ligne sur le site internet www.ms.etat.lu et sur le portail de la santé www.sante.public.lu.

2.1.4. Caisse Nationale de Santé

La Caisse Nationale de Santé collecte les données relatives aux actes de soins.

Les données analysées dans ce document sont les données statistiques relatives aux actes couvrant les années 2007 à 2010, et font référence au nombre de **patients** ayant bénéficié des examens suivants : colonoscopie ou recherche de sang occulte dans les selles.

La série de données couvrant la période totale de 2000 à 2010 fait référence au nombre d'**actes** : rectoscopies, colonoscopies gauches et colonoscopies totales (respectivement avec ou sans biopsie, polypectomie ou traitement laser).

Dans une étude ultérieure, des analyses par patient seront effectuées pour évaluer en détail l'utilisation individuelle des différents actes d'investigation et de prises en charge en lien avec le CCR sur une période de temps défini.

2.1.5. Structures hospitalières

Suite à un premier état des lieux, effectué en été 2012 par interview avec les responsables des entités d'endoscopie, un questionnaire a été développé ciblant une récolte d'informations qualitatives et quantitatives des activités de prise en charge – avant, pendant et après examen des patients - menées dans les services d'endoscopie des 5 établissements hospitaliers suivants :

- Centre Hospitalier du Nord – site Ettelbruck,
- Centre Hospitalier Emile Mayrisch – site Esch-sur-Alzette et site Niederkorn,
- Hôpital Kirchberg,
- Centre Hospitalier de Luxembourg – site Hôpital municipal et site Eich et
- Zitha Klinik.

Un questionnaire spécifique a été élaboré afin de récolter, dans ces structures hospitalières, des données relatives aux examens de recherche de sang dans les selles : types d'examens, quantité d'examens réalisés par an. Il faut préciser que les données sollicitées concernaient les années 2009 à 2011. Seules les données relatives à l'année 2010 présentent une exhaustivité importante. Les données de 2009 demeurent très lacunaires. Quant aux données 2011, bien qu'incomplètes également, elles semblent mieux documenter l'ensemble des examens réalisés.

2.1.6. Laboratoires privés

Un autre questionnaire spécifique aux examens de recherche de sang occulte dans les selles a été adressé aux laboratoires des établissements hospitaliers ainsi qu'aux laboratoires privés d'analyses médicales « Ketterthill » et « Réunis ».

2.1.7. Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer

La « International Agency for Research on Cancer » (IARC) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) siégeant à Lyon (France) gère le projet Globocan. Le but de ce projet est de publier des estimations régulières d'incidence, de prévalence, de mortalité et d'espérance de vie sans incapacité des principaux types de cancers, pour tous les pays du monde.

Les données actuellement publiées sur le site internet <http://globocan.iarc.fr/> les plus récentes font référence aux indicateurs de l'année 2012.

2.2. Les codes ICD et CNS considérés

Afin de standardiser l'analyse épidémiologique du cancer colorectal, les codes ICD (pour l'incidence et la mortalité) et les codes CNS (pour les actes réalisés) ont été préalablement définis en considérant les recommandations internationales en matière de surveillance de l'épidémiologie de ce cancer.

version ICD	ICD-9	ICD-10
Tumeurs malignes	140-208	C00-C97
Sein	174 (F)	C50
Prostate	185	C61
Côlon, rectum et anus	153-154	C18-C21
Poumon	162	C33-C34
Estomac	151	C16
Mélanome	172	C43
Peau	173	C44
Corps utérin	182	C54
Autres tumeurs malignes	reliquat	reliquat

Les actes analysés sont les suivants :

	Code CNS
Recherche de sang sur selles, maximum 3 échantillons (FOBT)	LC403
Rectoscopie	1G66-1G67
Rectoscopie exploratrice	1G66
Rectoscopie + biopsie	1G67
Colonoscopie gauche	1G71-1G72-1G73-1G81
Colonoscopie du côlon gauche	1G71
Colonoscopie du côlon gauche + biopsie	1G72
Colonoscopie du côlon gauche + polypectomie	1G73
Colonoscopie du côlon gauche + laser	1G81
Colonoscopie	1G74-1G75-1G76-1G82
Colonoscopie totale	1G74
Colonoscopie totale + biopsie	1G75
Colonoscopie totale + polypectomie	1G76
Colonoscopie totale + laser	1G82

2.3. La population de référence

Les taux bruts d'incidence et de mortalité sont calculés en référence à la population résidente au Luxembourg au milieu d'une période de 5 années. L'effectif moyen de la population à mi-période s'obtient en calculant la moyenne entre cette population au 1^{er} janvier de la première année de la période et la population au 31 décembre de la dernière année de la période.

Les périodes quinquennales observées sont les suivantes :

- de 1980 à 1984 (sauf pour les taux d'incidence calculés eux sur la période de 1981 à 1984¹)
- de 1985 à 1989
- de 1990 à 1994
- de 1995 à 1999
- de 2000 à 2004
- de 2005 à 2009

Pour avoir une image évolutive réelle, les évolutions des taux bruts d'incidence sont exprimées en pourcentage et mesurées en comparant la moyenne du taux brut quinquennal des trois premières périodes (14 années) avec la moyenne du taux brut quinquennal des trois dernières périodes (15 années) :

- moyenne de 1981-1984 et 1985-1989 et 1990-1994
- moyenne de 1995-1999 et 2000-2004 et 2005-2009

De même, les évolutions des taux bruts de mortalité sont exprimées en pourcentage et mesurées en comparant la moyenne du taux brut quinquennal des trois premières périodes (15 années) avec la moyenne du taux brut quinquennal des trois dernières périodes (15 années) :

- moyenne de 1980-1984 et 1985-1989 et 1990-1994
- moyenne de 1995-1999 et 2000-2004 et 2005-2009

Les groupes d'âge considérés pour le calcul des différents indicateurs ont été construits de manière homogène :

- 0 à 39 ans, par sexe
- 40 à 44 ans, par sexe
- 45 à 49 ans, par sexe
- 50 à 54 ans, par sexe
- 55 à 59 ans, par sexe
- 60 à 64 ans, par sexe
- 65 à 69 ans, par sexe
- 70 à 74 ans, par sexe
- 75 à 79 ans, par sexe
- 80 ans et plus, par sexe

¹ La première période pluriannuelle pour le taux d'incidence est calculée sur 4 années - de 1981 à 1984 - car les données relatives à l'année 1980 ne sont pas disponibles dans une monographie annuelle.

2.4. Le comparatif international

Dans un souci de présentation de « benchmarking » de nos résultats nationaux, ceux-ci ont été comparés aux résultats de nos pays voisins.

Les pays sélectionnés pour la présentation du comparatif international de certains indicateurs (mortalité et incidence) sont les suivants :

- Allemagne
- Belgique
- France
- Pays-Bas
- Union Européenne 15 (UE-15)
- Union Européenne 27 (UE-27)
- International Agency for Research on Cancer (IARC) Western Europe :
Autriche, Belgique, France, Allemagne, Pays-Bas, Suisse, Luxembourg

Ces pays ont été choisis en raison de leur proximité géographique et du fait que les systèmes de santé sont assez similaires.

Les indicateurs observés sont :

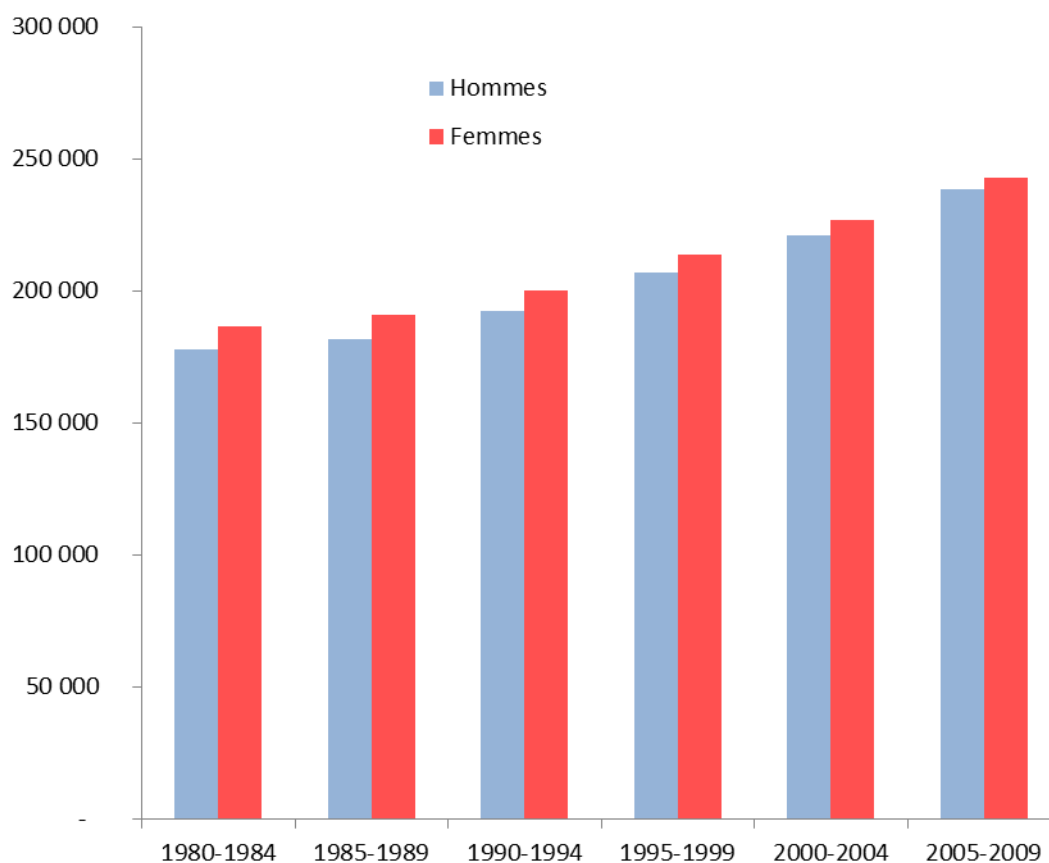
- Le taux standardisé d'incidence (population mondiale) : ASIR-W
- Le taux standardisé de mortalité (population mondiale) : ASMR-W

3. Démographie

La population de référence utilisée pour calculer les taux bruts est celle résidente au Luxembourg à chaque mi-période quinquennale.

La population utilisant le système de santé national ne se limitant pas uniquement aux personnes résidentes, il est nécessaire de garder à l'esprit que les nouveaux cas de cancer colorectal, les cas de décès par cancer colorectal ainsi que les actes de dépistage concernent tant les personnes résidentes que les frontaliers (148.541 au 31 mars 2010 selon le Rapport général de la Sécurité sociale 2011). Ainsi au numérateur de ces rapports sont considérés les résidents et les frontaliers mais au dénominateur ne sont considérés que les résidents. Les taux pourraient donc être légèrement surévalués.

Nombre de résidents par mi-période quinquennale, par sexe



Source: Statec

Depuis le début des années quatre-vingt, jusqu'à nos jours, la population résidente a augmenté de plus de 116.000 personnes, représentant une hausse de 32%.

Ci-dessous est présenté le détail de la population résidente par sexe et par groupe d'âge au long de la période observée.

Nombre de résidents par mi-période quinquennale par groupe d'âge et par sexe

Hommes	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
0-39	105 162	106 222	111 292	118 034	123 120	128 593
40-44	12 410	13 268	14 953	16 542	18 595	20 654
45-49	12 282	12 068	13 250	15 002	16 648	19 105
50-54	11 948	11 695	11 768	13 042	14 735	16 577
55-59	9 815	11 030	11 016	11 281	12 447	14 215
60-64	7 202	8 718	10 038	10 199	10 295	11 457
65-69	6 627	6 140	7 662	8 963	9 029	9 216
70-74	5 912	5 263	5 000	6 416	7 621	7 856
75-79	3 832	4 114	3 783	3 727	4 917	6 092
80+	2 824	3 185	3 732	3 937	3 997	5 019
total	178 013	181 701	192 491	207 140	221 403	238 781
Femmes	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
0-39	101 050	102 530	107 058	113 391	118 514	124 435
40-44	11 718	12 304	13 918	15 828	17 988	19 931
45-49	11 775	11 562	12 324	14 015	15 960	18 310
50-54	11 830	11 529	11 445	12 311	13 904	15 896
55-59	11 356	11 433	11 199	11 239	12 007	13 601
60-64	9 301	10 822	10 981	10 863	10 675	11 377
65-69	8 564	8 703	10 224	10 461	10 202	10 023
70-74	8 629	7 710	7 945	9 446	9 617	9 437
75-79	6 620	7 105	6 472	6 856	8 163	8 440
80+	5 947	7 329	8 895	9 603	10 035	11 420
total	186 788	191 024	200 459	214 010	227 062	242 867

Source: Statec

4. Importance du cancer colorectal en tant que problème de santé publique

L'importance du cancer colorectal au niveau européen et mondial, des stratégies de sa détection précoce et de son traitement, est soutenue par le fait des efforts mobilisés en Europe notamment par la publication en 2010 des « European Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis ».

Au cours de la décennie 2000-2009, le poids de l'incidence du cancer colorectal par rapport à l'incidence de toutes les tumeurs malignes représente au Luxembourg 13,6%, avec une différenciation selon le sexe peu marquée : 13,9% chez les hommes et 13,2% chez les femmes.

Poids de l'incidence du cancer colorectal par rapport à tous les cancers, par sexe

	ICD-10	1981-1989	1990-1999	2000-2009
Hommes	C18-C21	13,7%	13,2%	13,9%
Femmes	C18-C21	13,2%	14,4%	13,2%

Source : Registre Morphologique des Tumeurs

L'incidence du cancer colorectal par rapport à toutes les tumeurs malignes entre 1981-1989 et 2000-2009 augmente chez les hommes de 13,7% à 13,9% ; chez les femmes, de 13,2% entre 1981-1989, elle passe en 1990-1999 à 14,4% puis revient en 2000-2009 à 13,2%.

Parmi toutes les tumeurs malignes, au cours de la dernière décennie, l'incidence du cancer colorectal occupe le deuxième rang quel que soit le sexe. Chez les femmes, il se place après le cancer du sein qui représente 35,3% (3263 nouveaux cas en 2000-2009) des tumeurs malignes. Chez les hommes, il se situe après le cancer de la prostate qui représente 28,0% (3059 nouveaux cas en 2000-2009) des tumeurs malignes.

Quant au poids de la mortalité par cancer colorectal par rapport à la mortalité par toutes les tumeurs malignes, elle présente une différenciation d'avantage marquée selon le sexe. Au cours des trois décennies observées, la proportion de décès par cancer colorectal est passée chez les hommes de 11,7% à 11,3% ; chez les femmes, cette proportion est passée de 15,3% à 13,6%.

Poids de la mortalité par cancer colorectal par rapport à la mortalité par tous les cancers, par sexe

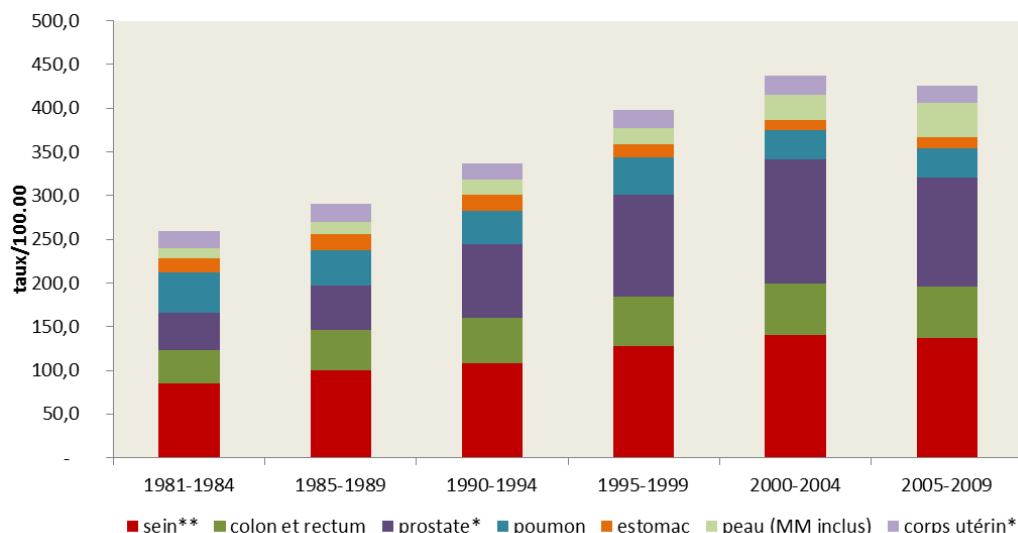
	ICD-10	1980-1989	1990-1999	2000-2009
Hommes	C18-C21	11,7%	10,6%	11,3%
Femmes	C18-C21	15,3%	14,7%	13,6%

Source : Direction de la Santé

5. Incidence nationale et comparaison internationale

5.1. Cancers les plus incidents

Taux brut d'incidence des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, de 1981-1984 à 2005-2009²



	ICD-10	1981-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	évolution 81-94 à 95-09
toutes tumeurs malignes	C00-C97	303,3	331,6	369,4	412,5	433,2	433,9	27,4%
sein**	C50	84,9	100,1	108,7	128,1	140,9	136,9	38,3%
côlon et rectum	C18-C21	38,9	46,1	51,7	56,0	58,1	59,6	27,0%
prostate*	C61	42,4	50,4	84,4	116,8	142,2	124,4	116,4%
poumon	C33-C34	46,3	41,4	38,2	42,8	33,2	33,0	-13,4%
estomac	C16	15,9	18,4	18,5	15,1	11,7	12,4	-25,5%
mélanome	C43	5,7	6,4	8,2	10,8	12,0	14,9	85,1%
peau (MM inclus)	C43-C44	16,8	20,4	24,8	29,4	41,8	54,9	102,9%
corps utérin*	C54	20,4	19,9	19,0	20,3	21,2	19,7	3,2%
autres tumeurs malignes	reliquat	110,9	119,6	130,2	136,8	136,3	133,7	12,8%

Source : Registre Morphologique des Tumeurs

* les cancers de la prostate et du corps utérin étant « gender-specific », le dénominateur choisi pour le calcul du taux brut ne considère que la population du sexe concerné

** bien que non « gender-specific », le cancer du sein étant très rare chez l'homme, les effectifs ne considèrent que les nouveaux cas déclarés dans la population féminine et le dénominateur ne considère que la population féminine

Entre 1981-1984 et 2005-2009, l'incidence de toutes tumeurs malignes a augmenté considérablement, passant de 303,3 à 433,9 ‰. L'évolution du taux brut d'incidence (TBI) moyen de 1981-1994 à 1995-2009 présente une progression de 27,4 %.

L'incidence du cancer colorectal a progressé de 38,9 à 59,6 ‰, soit une progression de 1981-1994 à 1995-2009 de 27,0%.

² Les effectifs des nouveaux cas de cancer les plus fréquents selon le sexe sont disponibles dans l'annexe statistique.

Les taux bruts d'incidence présentent pour la plupart des cancers observés des tendances à la progression à l'exception du cancer de l'estomac lequel régresse de -25,5% et du cancer du poumon qui régresse de -13,4%. Il est cependant nécessaire de préciser que pour le cancer du poumon, les tendances observées selon le sexe sont contraires : le cancer du poumon chez l'homme régresse (-25,0% entre 1981-1994 et 1995-2009) mais il progresse chez les femmes (64,1% entre 1981-1994 et 1995-2009).

Il est probable que les mesures de dépistage proposées au Luxembourg contribuent à l'augmentation de certaines de ces incidences.

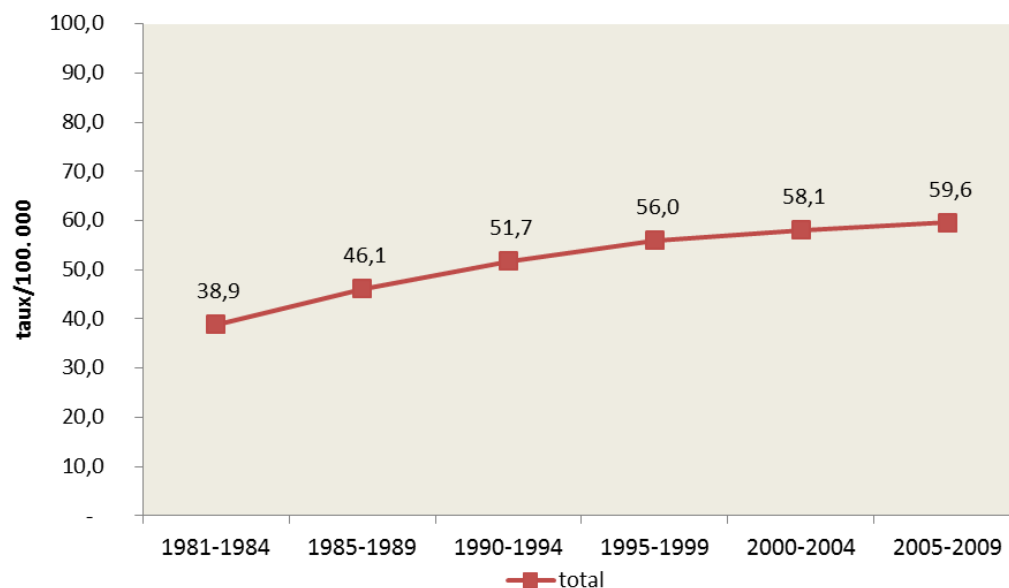
Cette évolution dans notre pays suggère l'hypothèse des effets positifs de certains programmes de prévention, notamment en ce qui concerne l'évolution du cancer du sein, du côlon et du poumon.

Elle avertit toutefois par rapport à des évolutions préoccupantes : l'augmentation du cancer de la peau, probablement en lien avec des habitudes d'exposition solaire peu prudentes, l'augmentation du cancer du poumon chez les femmes en lien avec l'augmentation considérable du tabagisme chez elles à partir des années 60.

5.2. Incidence du cancer colorectal

5.2.1. Incidence globale

Taux brut d'incidence du cancer colorectal, par période quinquennale, de 1981-1984 à 2005-2009

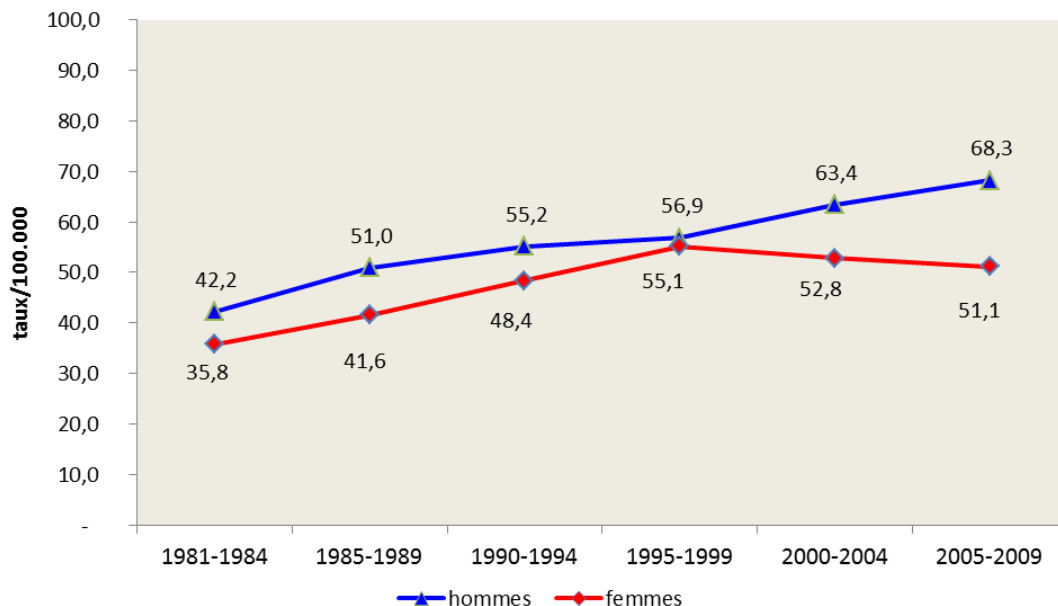


Source : Registre Morphologique des Tumeurs

Entre 1981-1994 et 1995-2009, le taux brut de l'incidence du cancer colorectal a progressé de 38,9 ‰ en 1981-1984 à 59,6 ‰ en 2005-2009. L'évolution du taux brut d'incidence moyen de 1981-1994 à 1995-2009 présente quant à elle une progression de 27,0 %.

5.2.2. Incidence selon le sexe

Taux brut d'incidence du cancer colorectal, par période quinquennale, par sexe, de 1981-1984 à 2005-2009



	1981-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	Évolution de 1981-1984 à 1995-1999
Hommes	42,2	51,0	55,2	56,9	63,4	68,3	27,1%
Femmes	35,8	41,6	48,4	55,1	52,8	51,1	26,6%

Source : Registre Morphologique des Tumeurs

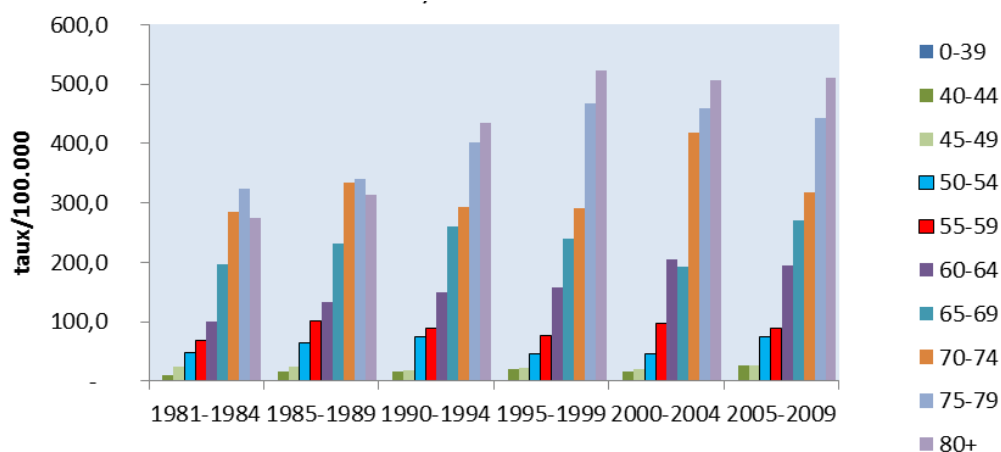
L'augmentation de l'incidence du cancer colorectal est observée dans les deux sexes.

Chez les hommes, le taux de 1981-1984, 42,2 ‰, évolue progressivement pour atteindre 68,3 ‰ en 2005-2009. L'évolution du taux brut d'incidence moyen de 1981-1994 à 1995-2009 présente chez les hommes une progression de 27,1 %.

Concernant le cancer colorectal chez les femmes, son incidence passe de 35,8 ‰ en 1981-1984 à 51,1 ‰ en 2005-2009 représentant une augmentation de 26,6 %. Toutefois jusqu'en 1995-1999 les taux progressent de 35,8 à 55,1 ‰ ; mais depuis 2000-2004, une régression des taux bruts d'incidence est observée chez les femmes : 52,8 ‰ en 2000-2004 puis 51,1 ‰ en 2005-2009. Une observation de l'évolution de l'incidence chez les femmes au cours des prochaines années pourra confirmer ou infirmer cette inversion de tendance.

5.2.3. Incidence selon le groupe d'âge et le sexe

Taux brut d'incidence du cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les hommes, de 1981-1984 à 2005-2009³



Hommes	1981-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	Évolution de 1981-1994 à 1995-2009
0-39	1,2	1,3	1,6	2,2	1,8	2,2	49,6%
40-44	10,1	16,6	16,1	20,6	16,1	26,1	47,0%
45-49	24,9	24,9	18,1	21,3	20,4	26,2	0,1%
50-54	47,2	63,3	74,8	46,0	46,1	73,6	-10,6%
55-59	68,1	101,5	89,0	76,2	96,4	88,6	1,0%
60-64	100,5	133,1	149,4	156,9	204,0	195,5	45,3%
65-69	196,1	231,3	261,0	238,8	192,7	271,3	2,1%
70-74	285,5	334,4	292,0	289,9	417,3	318,2	12,4%
75-79	323,8	340,3	401,9	466,9	459,7	443,2	28,5%
80+	274,0	314,0	434,1	523,3	505,4	510,1	50,6%
total	42,2	51,0	55,2	56,9	63,4	68,3	27,1%

Source : Registre Morphologique des Tumeurs

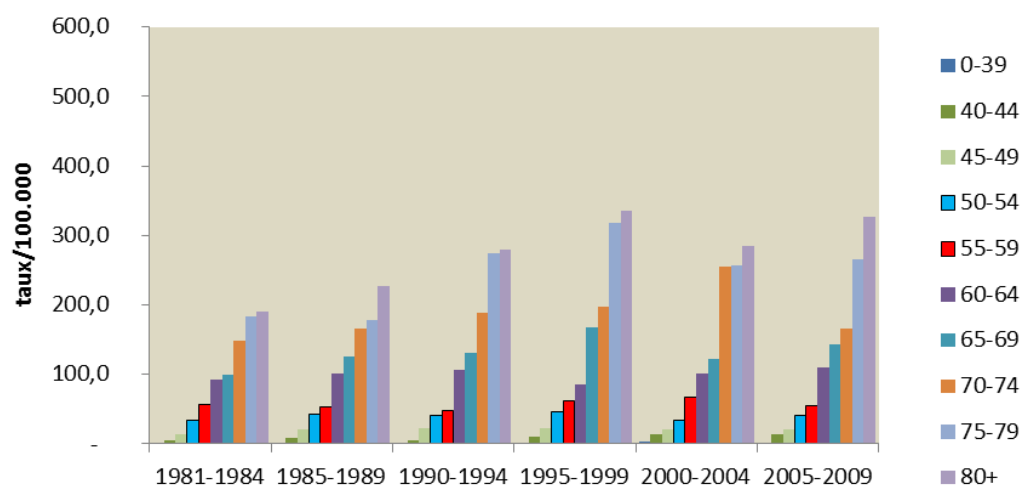
Dans les groupes d'âge des hommes de moins de 50 ans, le taux d'incidence demeure en dessous du seuil de 27,0 ‰ au cours des 3 décennies observées. Les effectifs de nouveaux cas de cancer colorectal chez ces hommes jeunes étant réduits, il est délicat de commenter les évolutions des taux d'incidence dans ces groupes d'âge.

Chez les hommes âgés de 50 à 59 ans, l'évolution du taux d'incidence entre 1981-1994 et 1995-2009 est de -10,6% chez les 50 à 54 ans et de 1,0% chez les 55 à 59 ans.

Quant aux hommes de 60 ans et plus, c'est surtout chez les 60 à 64 ans et les 75 ans et plus que l'augmentation de l'incidence est plus marquée avec respectivement 45,3% et 28,5% puis 50,6%. Notez cependant que pendant la période 2000-2004, le TBI est particulièrement bas chez les 65 à 69 ans (192,7 ‰) et particulièrement élevé chez les 70 à 74 ans (417,3 ‰).

³ Les effectifs des nouveaux cas de cancer colorectal selon le sexe et le groupe d'âge sont disponibles dans l'annexe statistique.

Taux brut d'incidence du cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les femmes, de 1981-1984 à 2005-2009



Femmes	1981-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	Évolution de 1981-1994 à 1995-2009
0-39	0,7	1,0	0,9	1,1	3,2	1,3	109,5%
40-44	4,3	8,1	4,3	10,1	14,5	13,0	125,0%
45-49	12,9	20,8	22,7	22,8	21,3	20,8	15,0%
50-54	33,5	43,4	40,2	45,5	34,5	40,3	2,8%
55-59	57,4	52,5	48,2	62,3	66,6	54,4	15,9%
60-64	92,2	101,6	105,6	84,7	101,2	110,7	-1,0%
65-69	100,0	126,4	131,1	168,3	121,5	143,7	21,3%
70-74	147,8	166,0	188,8	196,9	255,8	165,3	23,0%
75-79	182,7	177,3	275,0	318,0	257,3	265,4	32,4%
80+	190,2	226,5	278,8	335,3	285,0	327,5	36,3%
total	35,8	41,6	48,4	55,1	52,8	51,1	26,6%

Source : Registre Morphologique des Tumeurs

Chez les femmes, l'incidence par groupe d'âge, durant toute la période observée, présente, tout comme chez les hommes, une tendance à l'augmentation très marquée avec l'âge.

Pour les femmes de moins de 50 ans, le taux d'incidence demeure en dessous du seuil de 23,0 ‰ au cours des 3 décennies observées. Chez elles aussi, les effectifs de nouveaux cas de cancer colorectal dans ces jeunes groupes d'âge sont réduits ; il est donc délicat de commenter les évolutions de ces taux d'incidence.

Concernant les femmes âgées de 50 à 59 ans, l'évolution du taux d'incidence de 1981-1994 à 1995-2009 est de 2,8% chez les 50 à 54 ans et de 15,9% chez les 55 à 59 ans.

Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, on peut observer des évolutions plus marquées : 21,3% et 23,0% chez les 65 à 69 ans respectivement chez les 70 à 74 ans ; 32,4% et 36,3% chez les 75 à 79 ans respectivement chez les 80 ans et plus.

A l'observation des graphiques et tableaux précédents, on peut d'abord mesurer, quel que soit le groupe d'âge ou la période quinquennale observée, une plus grande incidence du cancer colorectal chez les hommes que chez les femmes.

Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux brut quinquennal d'incidence du cancer colorectal augmente avec l'âge.

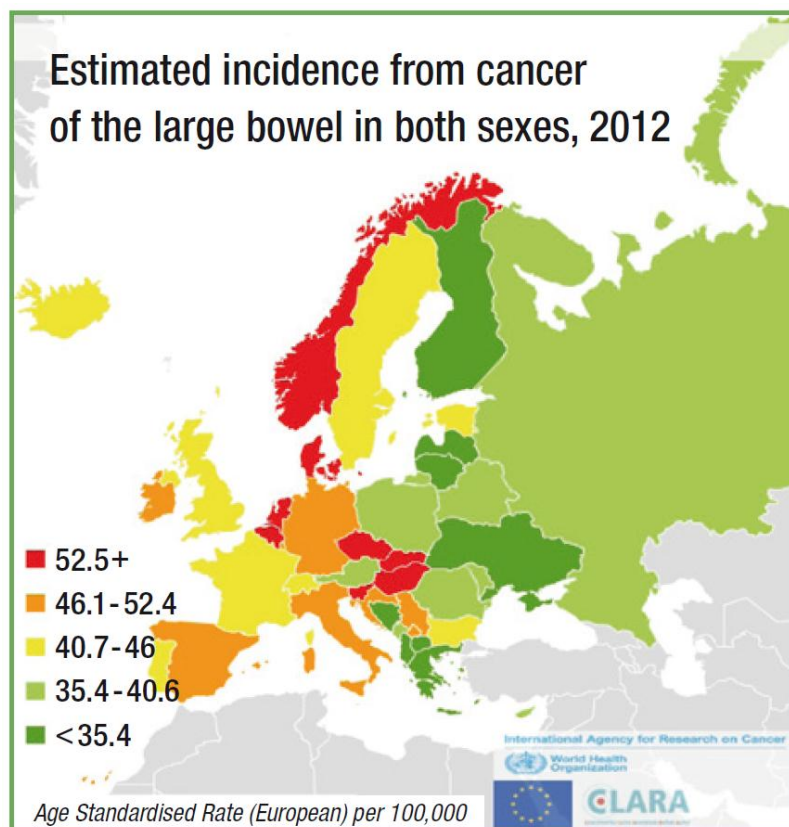
5.2.4. Comparaison internationale de l'incidence

Taux standardisé d'incidence (ASIR-W) du cancer colorectal au Luxembourg et en UE, par sexe, en 2012⁴

Pays	Hommes	Femmes
Allemagne	39,7	23,3
Belgique	45,2	29,5
France	36,1	24,9
Pays-Bas	47,5	33,9
<i>Luxembourg</i>	<i>42,1</i>	<i>21,6</i>
IARC Western Europe	39,1	24,9
UE-28	39,5	24,4

Source : OMS, IARC, Globocan

Dans la comparaison « internationale, » le taux standardisé d'incidence par cancer colorectal du Luxembourg demeure, tant chez les hommes que chez les femmes, similaire aux taux de nos pays voisins (BE, DE, FR, NL), de la moyenne de l'Union européenne (UE-28) ainsi que du taux mesuré pour la région IARC Western Europe (AT, BE, FR, DE, NL, CH, LU).



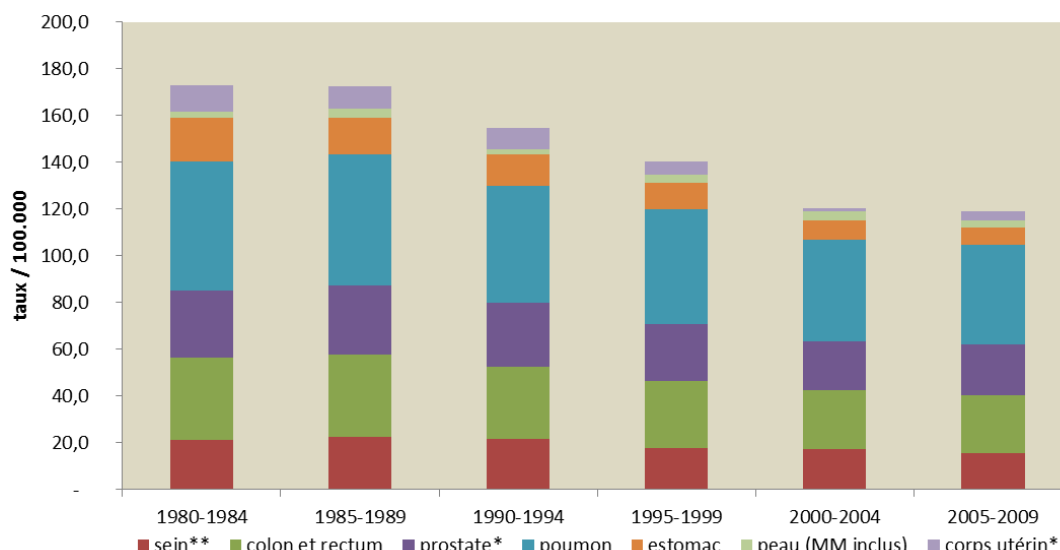
Source : [European Network of Cancer Registries, 2013](#), « [Colorectal \(CRC\) - Large Bowel Cancer Factsheet](#) », European Commission Joint Research Centre

⁴ Les taux standardisés d'incidence et de mortalité actuellement publiés en ligne par l'OMS sur <http://globocan.iarc.fr> font référence à l'année 2012.

6. Mortalité nationale et comparaison internationale

6.1. Mortalité des cancers les plus fréquents

Taux brut de mortalité par des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, de 1980-1984 à 2005-2009⁵



	ICD-10	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	évolution 80-94 à 95-09
toutes tumeurs malignes	C00-C97	267,2	263,3	248,4	230,8	207,4	199,0	-18,2%
sein**	C50	41,1	44,3	42,7	34,7	34,5	30,6	-22,1%
côlon et rectum	C18-C21	35,3	35,1	30,6	29,1	25,3	24,8	-21,7%
prostate*	C61	28,6	29,5	27,6	24,0	20,9	21,7	-22,4%
poumon	C33-C34	55,3	56,1	49,8	49,2	43,3	43,0	-15,9%
estomac	C16	19,0	15,8	13,4	11,4	8,3	7,1	-44,3%
mélanome	C43	1,4	3,1	1,7	2,7	3,5	2,3	37,4%
peau (MM inclus)	C43-C44	2,7	3,7	2,3	3,3	4,1	2,9	18,0%
corps utérin*	C54	10,9	9,6	9,1	5,9	1,1	4,0	-62,9%
autres tumeurs malignes	reliquat	114,3	110,7	112,4	105,6	98,4	93,1	-11,9%

Source : Direction de la Santé

* les cancers de la prostate et du corps utérin étant « gender-specific », le dénominateur choisi pour le calcul du taux brut ne considère que la population du sexe concerné

** bien que non « gender-specific », le décès par cancer du sein étant très rare chez l'homme, les effectifs ne considèrent que les cas de décès déclarés dans la population féminine et le dénominateur ne considère que la population féminine

La mortalité par cancer colorectal a diminué de 35,3 à 24,8 ‰, ce qui représente une réduction relative importante de 1980-1994 à 1995-2009 de - 21,7 %.

La mortalité par toutes tumeurs malignes, quant à elle, a également diminué de - 18,2 %, passant de 267,2 ‰ en 1980-1984 à 199,0 ‰ en 2005-2009.

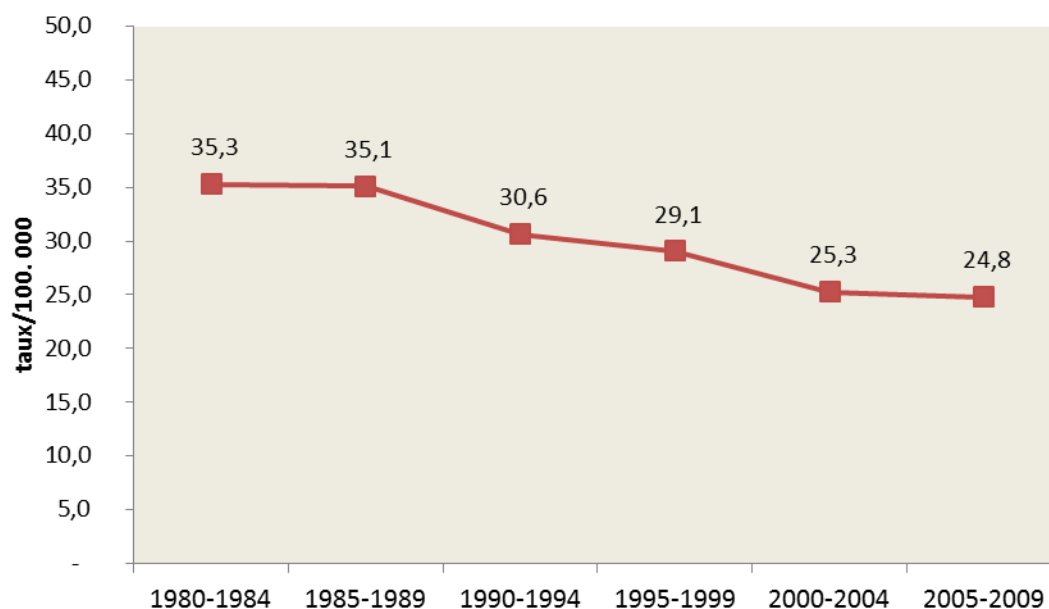
Les taux bruts de mortalité régressent pour tous les cancers entre 1980-1994 et 1995-2009 à l'exception du cancer de la peau (mélanome inclus) qui lui progresse de 18,0% mais surtout le mélanome qui quant à lui progresse de 37,4%.

⁵ Les effectifs des cas de décès par cancers les plus fréquents selon le sexe sont disponibles dans l'annexe statistique.

6.2. Mortalité du cancer colorectal

6.2.1. Mortalité globale

Taux brut de mortalité par cancer colorectal, par période quinquennale, de 1980-1984 à 2005-2009



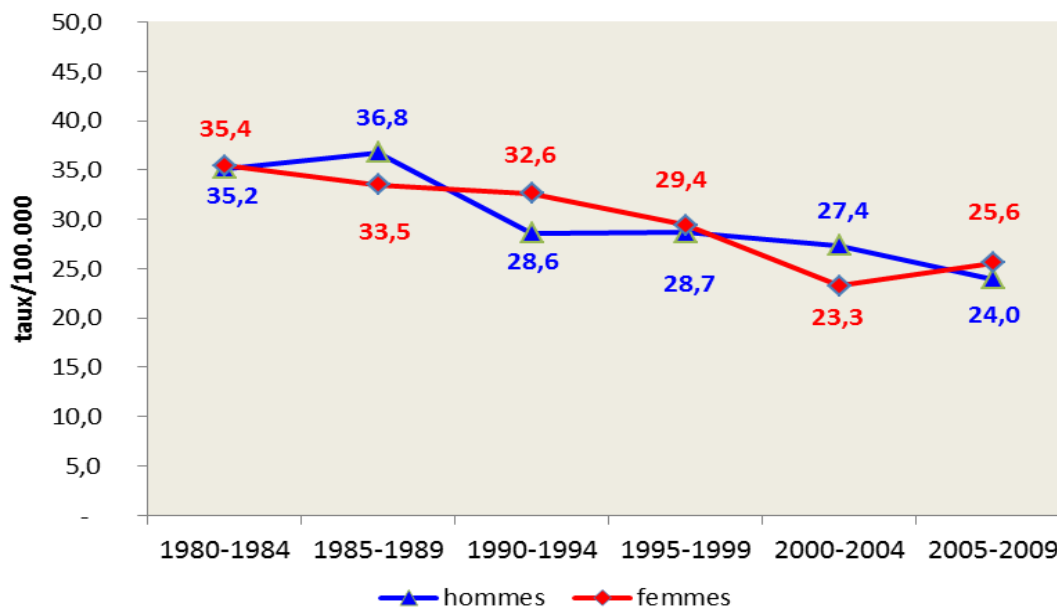
Source : Direction de la Santé

De 1980-1984 à 2005-2009, le taux brut de mortalité du cancer colorectal a régressé, passant de 35,3 à 24,8 °/°°, ce qui représente une diminution de - 21,7 % entre 1980-1994 et 1995-2009⁶.

⁶ La moyenne des taux brut annuels (2010-2011-2012) de mortalité par CCR est de 22,4 °/°°°

6.2.2. Mortalité selon le sexe

Taux brut de mortalité par cancer colorectal, par période quinquennale, par sexe, de 1980-1984 à 2005-2009



	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	Évolution de 1980-1994 à 1995-2009
Hommes	35,2	36,8	28,6	28,7	27,4	24,0	-20,4%
Femmes	35,4	33,5	32,6	29,4	23,3	25,6	-22,9%

Source : Direction de la Santé

Tant chez les hommes que chez les femmes, une baisse de mortalité par cancer colorectal est constatée à l'observation des taux bruts entre 1980-1984 et 2005-2009.

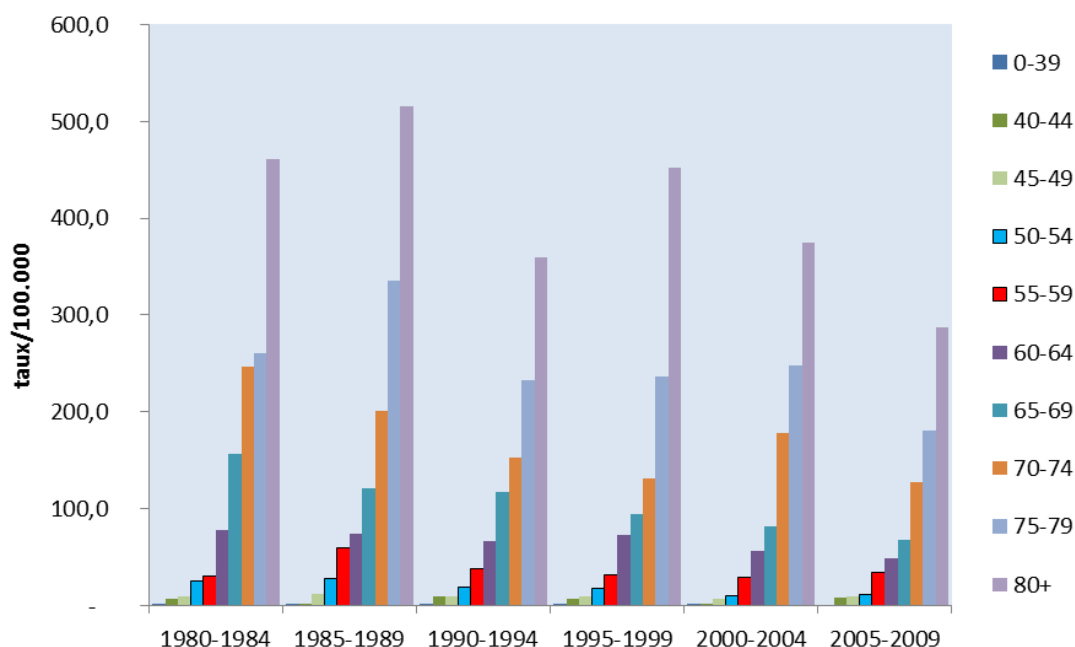
Ce taux brut de mortalité (TBM) chez les hommes étant de 35,2 ‰ en 1980-1984, il diminue au cours des trois décennies pour se situer actuellement à 24,0 ‰. Ceci représente une régression de 20,4% entre 1980-1994 et 1995-2009.

Chez les femmes, la mortalité est passée de 35,4 ‰ en 1980-1984 à 25,6 ‰, soit une réduction entre 1980-1994 et 1995-2009 de 22,9 %⁷.

⁷ La moyenne des taux brut annuels (2010-2011-2012) de mortalité par cancer colorectal est de : 22,2 ‰ chez les hommes et 22,6 ‰ chez les femmes.

6.2.3. Mortalité selon le groupe d'âge et le sexe

Taux brut de mortalité par cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les hommes, de 1980-1984 à 2005-2009⁸



Hommes	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	Évolution de 1980-1994 à 1995-2009
0-39	1,0	0,8	0,5	0,3	0,2	-	-77,7%
40-44	6,4	1,5	9,4	6,0	2,2	7,7	-7,9%
45-49	9,8	11,6	9,1	9,3	6,0	9,4	-18,6%
50-54	25,1	27,4	18,7	16,9	9,5	10,9	-47,7%
55-59	30,6	59,8	38,1	31,9	28,9	33,8	-26,4%
60-64	77,8	73,4	65,8	72,6	56,3	48,9	-18,0%
65-69	156,9	120,5	117,5	93,7	82,0	67,3	-38,5%
70-74	247,0	201,4	152,0	130,9	178,5	127,3	-27,3%
75-79	261,0	335,4	232,7	236,1	248,1	180,6	-19,8%
80+	460,4	515,0	359,1	452,2	375,3	286,9	-16,5%
total	35,2	36,8	28,6	28,7	27,4	24,0	-20,4%

Source : Direction de la Santé

De 1980-1994 à 1995-2009, une baisse importante de 20,4% du taux brut de la mortalité par cancer colorectal est mesurée chez les hommes.

Pour la mortalité tout comme pour l'incidence, les cas de décès par cancer colorectal chez les hommes jeunes sont peu nombreux. Il est donc délicat de commenter les évolutions des taux de mortalité dans ces groupes d'âge.

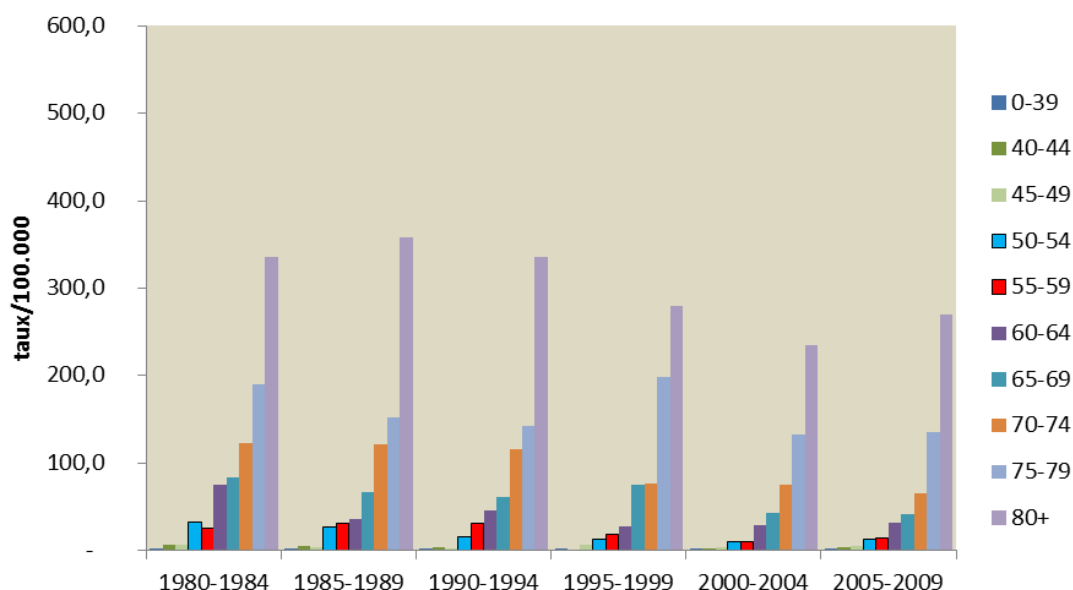
⁸ Les effectifs des cas de décès par cancer colorectal selon le sexe et le groupe d'âge sont disponibles dans l'annexe statistique.

Dans les groupes d'âge des hommes de 45 à 49 ans, on peut constater une diminution du taux brut de mortalité qui régresse de 18,6%.

Chez les hommes âgés de 50 à 59 ans, l'évolution du taux de mortalité entre 1980-1994 et 1995-2009 a diminué de 47,7% chez les 50-54 ans et de 26,4% chez les 55 à 59 ans.

Quant aux hommes de 60 ans et plus, ce sont surtout les groupes d'âge de 65 à 69 ans et de 70 à 74 ans qui présentent les régressions les plus marquées avec respectivement - 38,5 % et - 27,3 %.

Taux brut de mortalité par cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les femmes, de 1980-1984 à 2005-2009



Femmes	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	Évolution de 1980-1994 à 1995-2009
0-39	0,6	0,4	0,2	0,2	0,2	0,3	-43,1%
40-44	6,8	4,9	2,9	-	2,2	4,0	-57,2%
45-49	6,8	3,5	1,6	5,7	3,8	4,4	16,5%
50-54	32,1	26,0	15,7	13,0	10,1	12,6	-51,7%
55-59	24,7	31,5	30,4	17,8	10,0	14,7	-50,9%
60-64	75,3	35,1	45,5	27,6	28,1	31,6	-44,0%
65-69	84,1	66,6	60,6	74,6	43,1	41,9	-24,5%
70-74	122,8	121,9	115,8	76,2	74,9	65,7	-39,9%
75-79	190,3	152,0	142,2	198,4	132,3	135,1	-3,9%
80+	336,3	357,5	335,0	279,1	235,2	269,7	-23,8%
total	35,4	33,5	32,6	29,4	23,3	25,6	-22,9%

Source : Direction de la Santé

Chez les jeunes femmes aussi, les cas de décès par cancer colorectal sont peu nombreux. Il est donc délicat de commenter les évolutions des taux de mortalité dans ces groupes d'âge. Au cours des 30 années observées, une baisse importante du taux brut de mortalité par cancer colorectal est également mesurée chez les femmes, dans presque tous les groupes d'âge (sauf pour les 45 à 49 ans).

Le TBM féminin est passé de 35,4 ‰ en 1980-1984 à 25,6 ‰ de nos jours, soit une diminution entre 1980-1994 et 1995-2009 de 22,9 %.

Chez les femmes, quelle que soit la période observée, la mortalité par groupe d'âge, présente, tout comme chez les hommes, une tendance à l'augmentation très marquée avec l'âge.

Concernant les femmes âgées de 50 à 59 ans, l'évolution du taux de mortalité entre 1980-1994 et 1995-2009 atteint - 51%.

Tant dans le groupe d'âge de 55 à 59 ans que les 80 ans et plus, au cours des 3 décennies observées, les TBM les plus élevés ont été mesurés au cours de la période 1985-1989. Chez les 75 à 79 ans, le pic est mesuré en 1995-1999.

Chez les femmes âgées de 60 ans et plus, les évolutions régressives les plus marquées concernent les femmes âgées de 60 à 74 ans, soit - 44,0 % pour les 60 à 64 ans, - 24,5 % pour les 65 à 69 ans et - 39,9 % pour les 70 à 74 ans.

A l'observation des graphiques et tableaux précédents relatifs respectivement aux hommes et aux femmes, on mesure une plus grande mortalité par cancer colorectal chez les hommes que chez les femmes, et cela, quel que soit le groupe d'âge ou la période quinquennale observée.

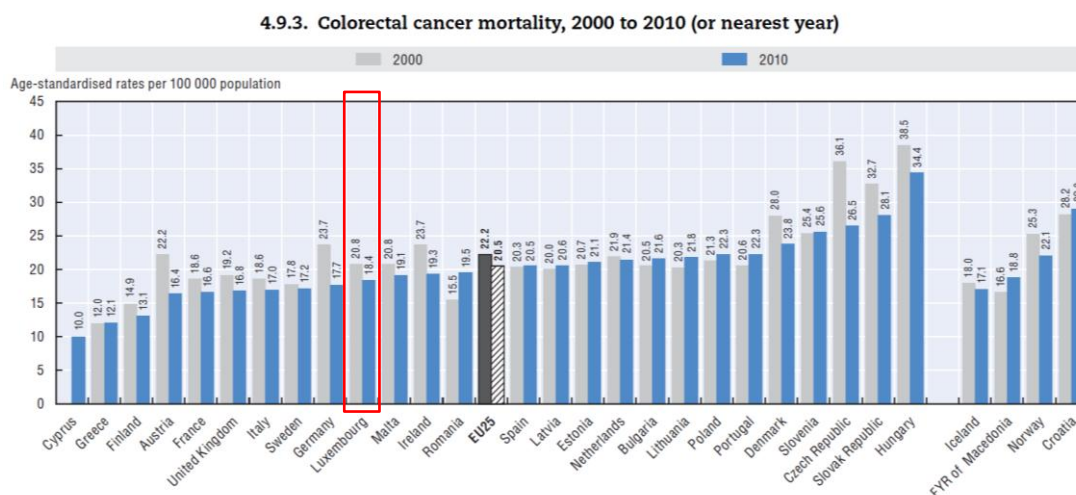
6.2.4. Comparaison internationale de la mortalité

Taux standardisé de mortalité (ASMR-W) par cancer colorectal au Luxembourg et en UE, par sexe, en 2012⁹

Pays	Hommes	Femmes
Allemagne	13,1	8,1
Belgique	10,6	9,5
France	12,9	8,0
Pays-Bas	16,0	11,2
Luxembourg	13,9	8,8
IARC Western Europe	13,3	8,3
UE-28	15,2	9,0

Source : OMS, IARC, Globocan

Dans la comparaison internationale, le taux standardisé de mortalité par cancer colorectal du Luxembourg se situe, tant pour les hommes que pour les femmes, légèrement en dessous du taux de nos pays voisins (BE, DE, FR, NL), en dessous de la moyenne de l'Union européenne (UE-28) et proche du taux mesuré pour la région IARC Western Europe (AT, BE, FR, DE, NL, CH, LU).



Source: Eurostat Statistics Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932705254>

⁹ Les taux standardisés d'incidence et de mortalité actuellement publiés en ligne par l'OMS sur <http://globocan.iarc.fr> font référence à l'année 2012.

7. Actes de dépistage

En ce qui concerne les actes endoscopiques à visée de dépistage du cancer colorectal, les données statistiques qui sont analysées font référence tantôt au nombre de patients ayant bénéficié d'au moins un acte, tantôt au nombre d'actes réalisés.

Les actes de dépistage réalisés sont de deux natures :

- la recherche de sang occulte dans les selles - FOBT - communément nommée Hemoccult®
- l'acte endoscopique.

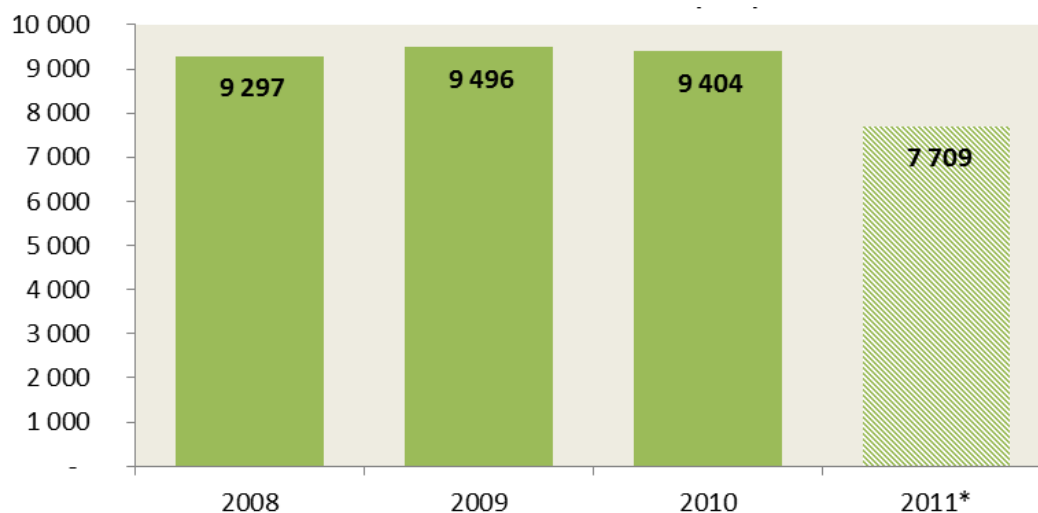
Les données statistiques présentées abordent en premier lieu l'examen de laboratoire ensuite l'acte endoscopique.

7.1. Recherche de sang occulte dans les selles

Les données présentées dans les deux graphiques suivants sont issues des bases de données de la CNS. Elles nous indiquent l'évolution du nombre annuel d'examen de recherche de sang occulte dans les selles, remboursés par la CNS pour les années allant de 2008 à 2011.

7.1.1. Nombre des actes de recherche de sang occulte dans les selles

Nombre des actes d'un FOBT, de 2008 à 2011



Source : Caisse Nationale de Santé

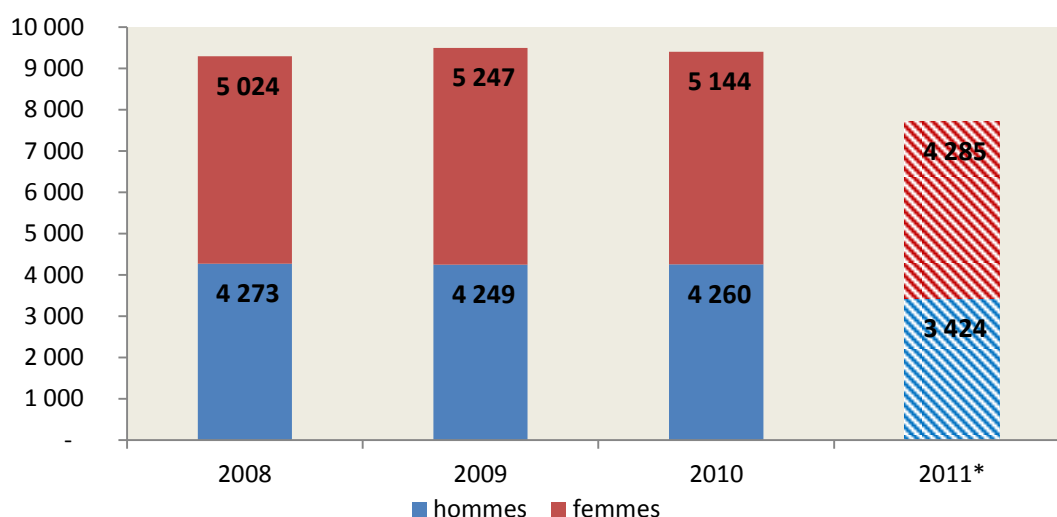
* les chiffres pour l'année 2011 sont incomplets

Le nombre d'examen recherchant du sang occulte dans les selles demeurait stable en 2008, 2009 et 2010. L'apparente baisse constatée en 2011 peut être liée au fait que ces données ayant été livrées en automne 2012, elles étaient probablement encore incomplètes.

7.1.2. Nombre d'actes de recherche de sang occulte dans les selles selon le sexe

Les données présentées dans le tableau précédent sont ci-dessous réparties selon le sexe. Il s'agit ici aussi des données issues des bases de données de la CNS, présentant l'évolution du nombre annuel d'examens de recherche de sang occulte dans les selles selon le sexe, remboursés par la CNS pour les années allant de 2008 à 2011.

Nombre des actes d'un FOBT, par sexe, de 2008 à 2011



Source : Caisse Nationale de Santé

* les chiffres pour l'année 2011 sont incomplets

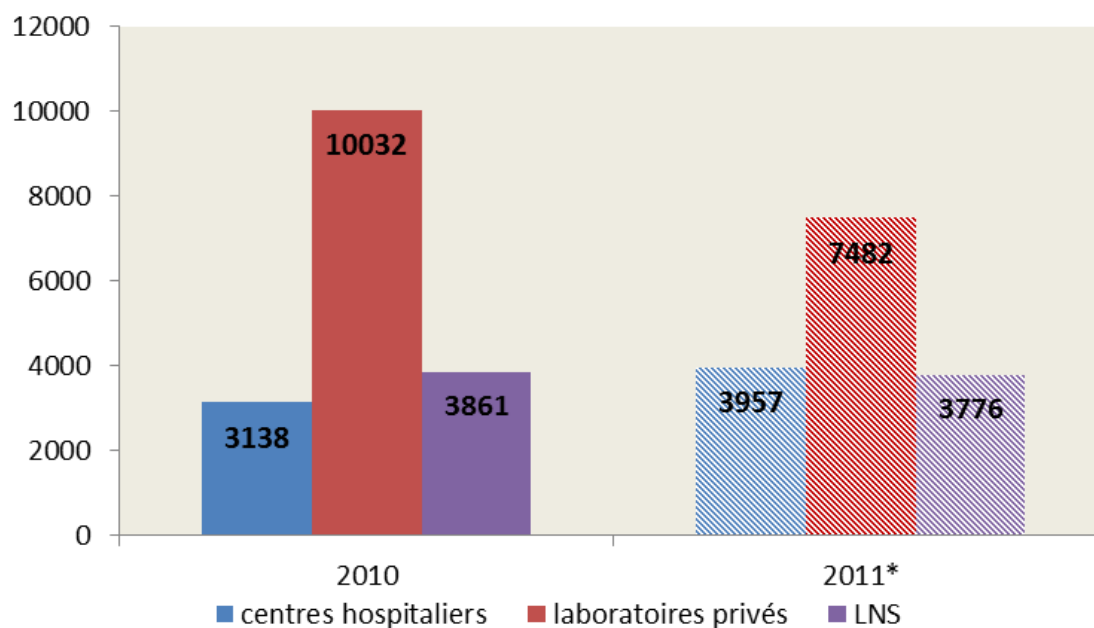
Le nombre d'examens de recherche de sang occulte dans les selles, tant chez les hommes que chez les femmes, varie peu de 2008 à 2010. La baisse du nombre d'examens mesurée en 2011 est probablement d'avantage liée à l'inexhaustivité de la base de données pour cette dernière année (livrée en automne 2012) qu'à une réelle baisse d'examens. L'observation des données 2011 mises à jour dans les prochains mois, permettra de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse.

Les femmes sont plus nombreuses à participer que les hommes, avec respectivement 55% contre 45%.

7.1.3. Nombre des actes de recherche de sang occulte dans les selles selon les différentes sources de données

Les données présentées dans le graphique suivant sont issues des bases de données du questionnaire « état des lieux concernant le test Hemoccult® dans les laboratoires ». Elles nous indiquent une estimation de l'évolution du nombre annuel d'examen de recherche de sang occulte dans les selles - selon le lieu de l'examen - pour les années 2010 et 2011.

Nombre des actes d'un FOBT, selon les différentes sources de données, en 2010 et 2011



Source : Enquête auprès des services d'endoscopie, laboratoires privés et LNS

* les chiffres pour l'année 2011 sont incomplets

D'une année à l'autre, le classement des prestataires de FOBT demeure inchangé avec les laboratoires privés (Ketterthill et Réunis) en première position, suivis des établissements hospitaliers et le LNS, au coude-à-coude.

Pour avoir une mesure exhaustive du nombre des recherches de sang occulte dans les selles, il faudrait disposer des données complètes de toutes les sources du pays : la CNS bien sûr mais aussi chacun des établissements hospitaliers, le LNS et tous les laboratoires privés du Luxembourg, selon une méthode harmonisée de récolte entre toutes les structures, qui assure l'identification d'éventuels doubles comptages.

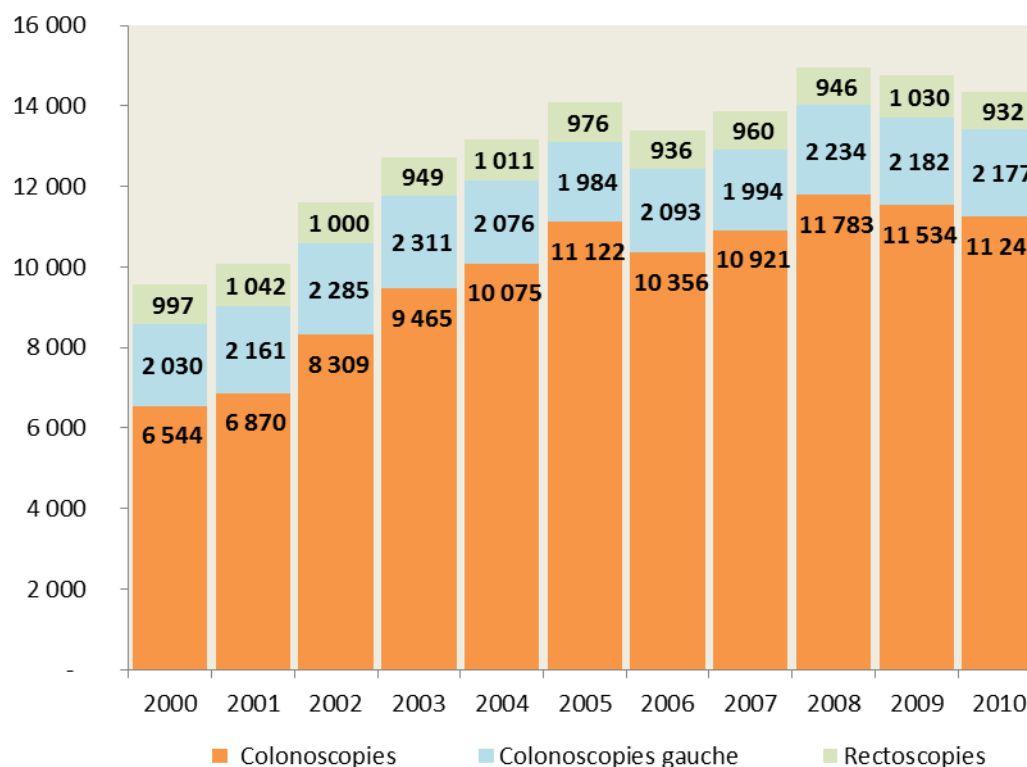
Plusieurs points devront faire l'objet d'une recherche approfondie dans une prochaine étape de la mesure des actes de recherches de sang occulte dans les selles :

- mode de comptage d'un acte de dépistage pouvant être composé de un ou deux ou trois prélèvements (pour preuve, la non compréhension de la question 7 du questionnaire « état des lieux concernant le FOBT dans les laboratoires, 2012 »,
- spécificités de comptage des vrais-positifs selon que le test est de type « immunologique » ou de type « gaïac »,
- attention au comptage ou à la facturation des doublons.

7.2. Actes endoscopiques

Pour certaines séries statistiques relatives aux **actes** endoscopiques, les données CNS disponibles ont permis l'analyse sur une période allant de 2000 à 2010. Quant aux données relatives aux **patients**, les données livrées par la Caisse Nationale de Santé concernent les années 2007, 2008, 2009 et 2010.

Nombre des actes endoscopiques, de 2000 à 2010



Actes endoscopiques	codes	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Évolution 2000-04 à 2005-10
Recto exploratrices	1G66	913	942	925	878	933	900	876	871	863	935	830	-4,4%
Recto + biopsie	1G67	84	100	75	71	78	76	60	89	83	95	102	
Rectoscopies		997	1042	1000	949	1011	976	936	960	946	1030	932	-3,8%
Colo gauche	1G71	1445	1558	1559	1565	1417	1263	1297	1245	1440	1377	1379	-13,1%
Colo gauche + biopsie	1G72	402	412	454	475	410	427	456	418	465	466	441	3,3%
Colo gauche + polypect	1G73	173	184	269	261	244	291	338	324	327	335	353	31,0%
Colo gauche + laser	1G81	10	7	3	10	5	3	2	7	2	4	4	
Colonoscopies gauch.		2030	2161	2285	2311	2076	1984	2093	1994	2234	2182	2177	-2,9%
Colo totale	1G74	2730	2974	3526	4482	4716	5356	4792	4983	5247	5127	5196	28,0%
Colo totale + biopsie	1G75	2621	2649	3124	2973	3179	3165	3018	3043	3350	3301	2945	7,3%
Colo totale + polypect	1G76	1190	1247	1656	2000	2173	2596	2528	2878	3167	3095	3094	42,9%
Colo totale + laser	1G82	3	-	3	10	7	5	18	17	19	11	12	
Colonoscopies totale		6544	6870	8309	9465	10075	11122	10356	10921	11783	11534	11247	26,1%
Actes endoscopiques		9571	10073	11594	12725	13162	14082	13385	13875	14963	14746	14356	19,7%

Source : Caisse Nationale de Santé

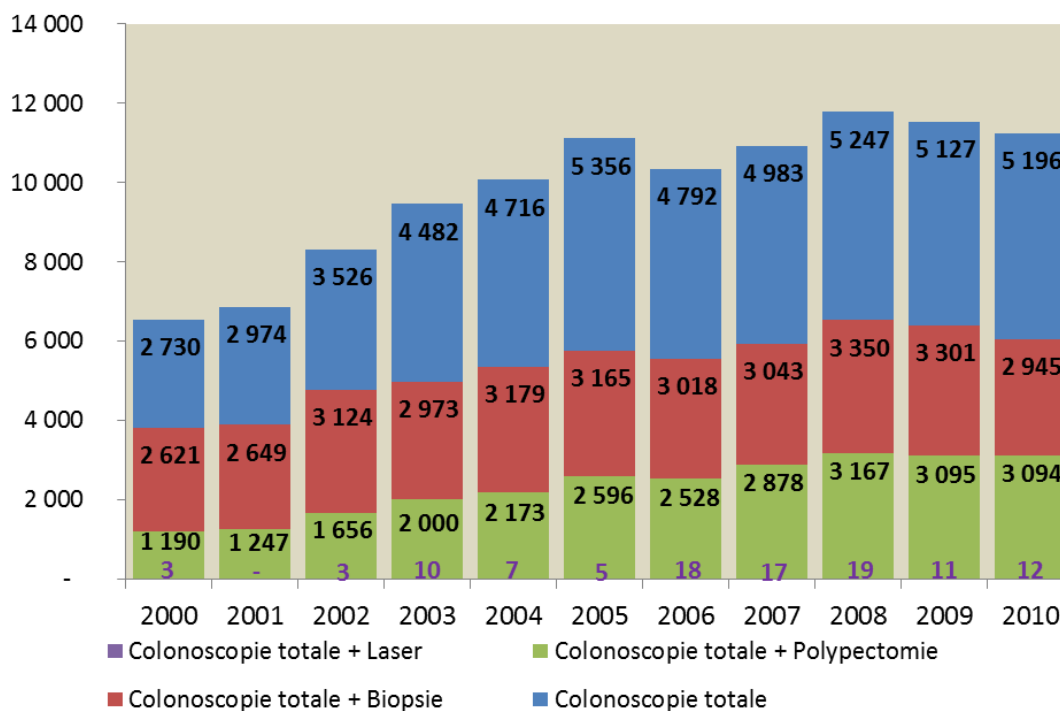
Les actes endoscopiques de 2000 à 2010 ont considérablement augmenté, passant de 9571 en 2000 à 14356 actes à 2010, soit une augmentation mesurée sur les périodes de 2000-2004 et 2005-2010 de 19,7%. Depuis 2008 cependant, une légère diminution de 4% des actes endoscopiques est constatée.

Les actes de colonoscopie totale (sans biopsie, polypectomie ou traitement laser) ont augmenté de 28,0% ; les colonoscopies totales avec biopsie demeurent stables avec une légère progression de 7,3%. Ce sont les colonoscopies totales avec polypectomie qui progressent le plus : 42,9%.

7.3. Colonoscopies

7.3.1. Nombre d'actes de colonoscopie totale

Nombre des actes de colonoscopie totale, de 2000 à 2010



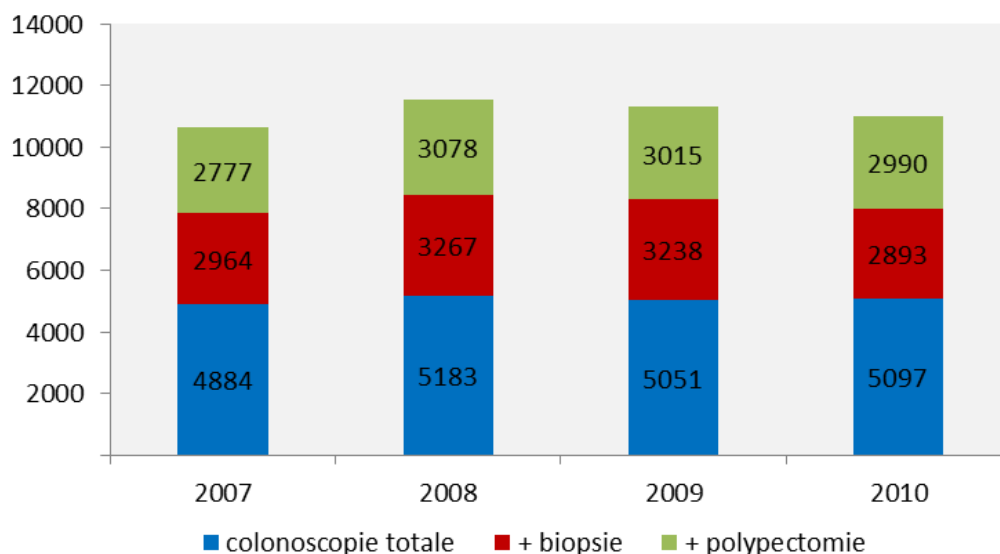
Concernant la colonoscopie totale, une augmentation de 28,0% est constatée de 2000-2004 à 2005-2010. Au cours de la période plus récente comprise entre 2005 et 2010, en moyenne 5117 colonoscopies totales sont annuellement réalisées.

L'évolution la plus marquée du nombre annuel moyen d'actes concerne celle des colonoscopies avec polypectomie : +42,9%. Bien que les colonoscopies avec traitement au laser progressent encore davantage, leurs effectifs demeurent très faibles (n =109 entre 2000 et 2010). Les colonoscopies avec biopsies progressent relativement peu : +7,3%.

	2000-2004	2005-2010	Évolution 2000-2004 à 2005-2010
Colonoscopies totales	3686	5117	28.0%
+ biopsie	2909	3137	7.3%
+ polypectomie	1653	2893	42.9%
+ laser	5	14	66.3%
Total des colonoscopies	8253	11161	26.1%

7.3.2. Nombre de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie

Nombre des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie, de 2007 à 2010

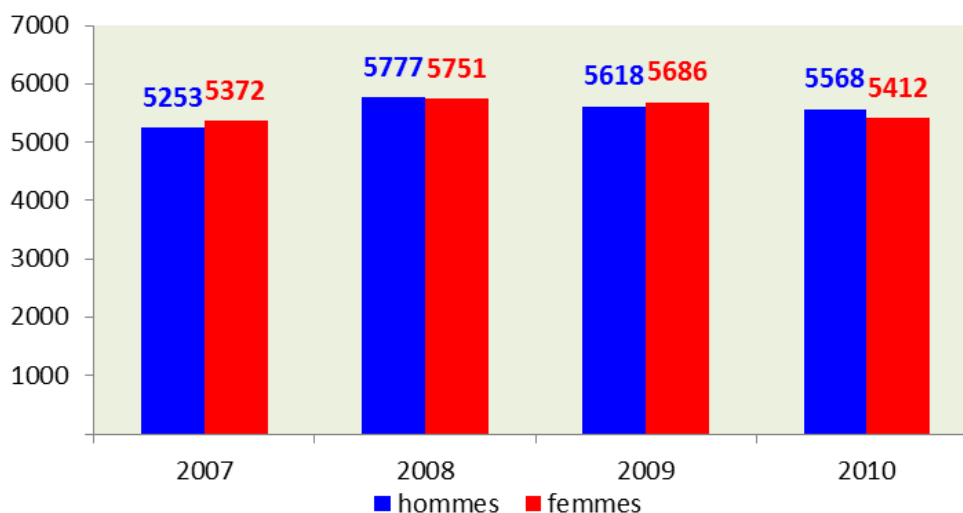


Source : Caisse Nationale de Santé

Le nombre de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie au cours des années 2007 à 2010 est demeuré stable, et ce quel que soit l'acte endoscopique réalisé (colonoscopie totale, avec biopsie ou avec polypectomie).

7.3.3. Nombre de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie selon le sexe

Nombre des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie totale, par sexe, de 2007 à 2010

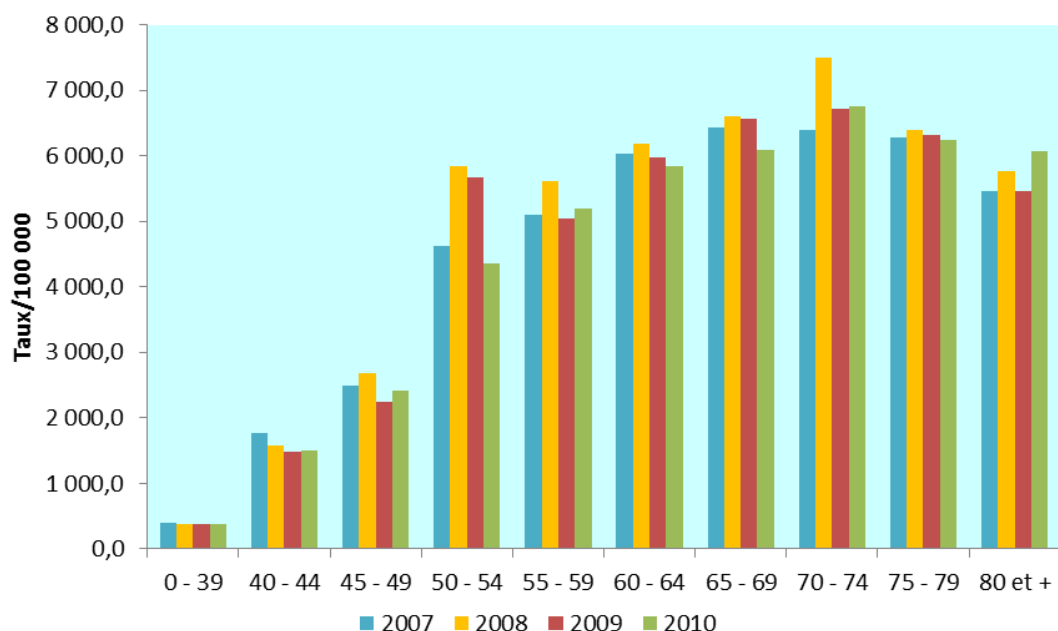


Source : Caisse Nationale de Santé

Les tendances évolutives selon le sexe sont également très stables, les différences entre les sexes sont non significatives.

7.3.4. Taux brut de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie selon le groupe d'âge et le sexe

Taux brut de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie, par groupe d'âge, chez les hommes, de 2007 à 2010

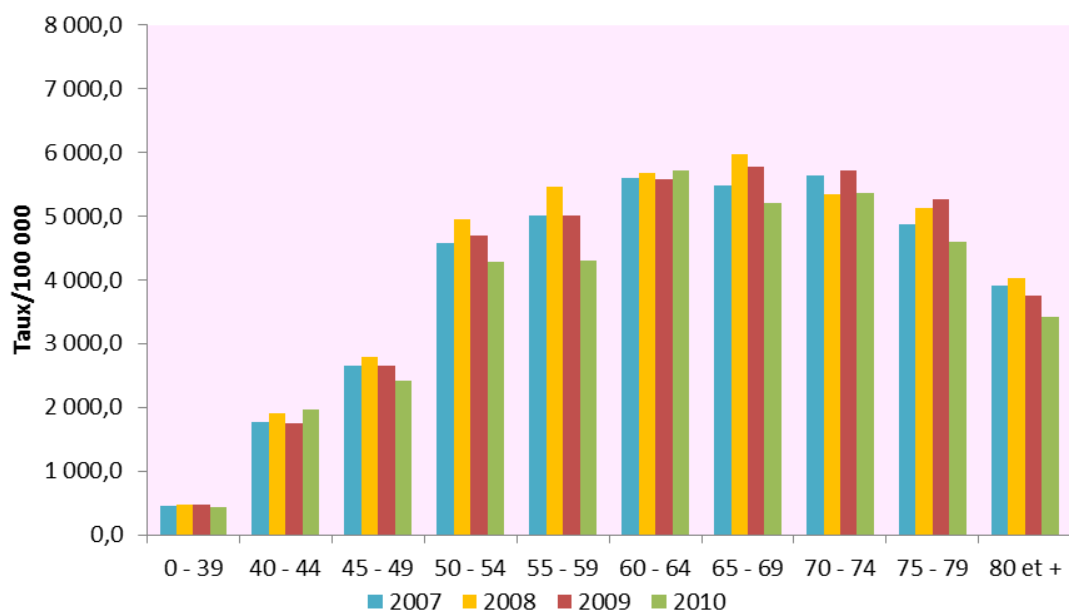


Hommes 1G74- 1G75- 1G76	2007			2008			2009			2010		
	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx
0-39	501	10%	392,1	480	8%	370,9	506	9%	385,4	510	9%	383,0
40-44	371	7%	1764,2	339	6%	1584,4	320	6%	1485,3	324	6%	1502,6
45-49	473	9%	2494,0	525	9%	2686,5	455	8%	2247,5	508	9%	2420,3
50-54	758	14%	4625,3	988	17%	5833,4	993	18%	5666,0	790	14%	4358,9
55-59	729	14%	5105,4	816	14%	5610,9	749	13%	5035,8	796	14%	5187,4
60-64	679	13%	6034,5	729	13%	6193,2	736	13%	5977,2	752	14%	5851,9
65-69	583	11%	6427,4	610	11%	6610,3	618	11%	6571,3	581	10%	6088,6
70-74	486	9%	6396,4	575	10%	7490,9	525	9%	6709,3	539	10%	6748,5
75-79	407	8%	6287,7	413	7%	6390,2	407	7%	6312,5	399	7%	6250,5
80+	266	5%	5467,1	302	5%	5761,2	309	6%	5454,1	369	7%	6064,6
total	5253	100%	2209,9	5777	100%	2385,0	5618	100%	2273,4	5568	100%	2209,4

Source : Caisse Nationale de Santé

Chez les hommes âgés de 50 à 59 ans, le taux de couverture par colonoscopies sur la période de 2007 à 2010 est en moyenne 5121 ‰ pour le groupe d'âge des 50 à 54 ans et 5235 ‰ pour le groupe d'âge des 55 à 59 ans.

Taux brut de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie, par groupe d'âge, chez les femmes, de 2007 à 2010



Femmes	2007			2008			2009			2010		
1G74-1G75-1G76	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx
0-39	564	10%	454,7	598	10%	475,7	609	11%	478,1	570	11%	442,0
40-44	357	7%	1774,0	390	7%	1904,9	362	6%	1750,7	411	8%	1969,6
45-49	483	9%	2650,1	523	9%	2795,8	513	9%	2657,1	479	9%	2416,9
50-54	733	14%	4573,0	816	14%	4946,2	793	14%	4689,5	747	14%	4287,6
55-59	678	13%	5015,9	758	13%	5465,8	717	13%	5009,6	637	12%	4308,9
60-64	621	12%	5594,3	654	11%	5689,9	668	12%	5584,8	717	13%	5727,5
65-69	555	10%	5486,9	607	11%	5967,9	584	10%	5775,6	526	10%	5215,9
70-74	513	10%	5637,1	490	9%	5347,3	534	9%	5723,8	507	9%	5367,1
75-79	425	8%	4883,7	444	8%	5132,7	451	8%	5262,9	387	7%	4590,2
80+	443	8%	3907,9	471	8%	4026,2	455	8%	3755,4	431	8%	3419,1
total	5372	100%	2217,1	5751	100%	2333,7	5686	100%	2268,4	5412	100%	2122,8

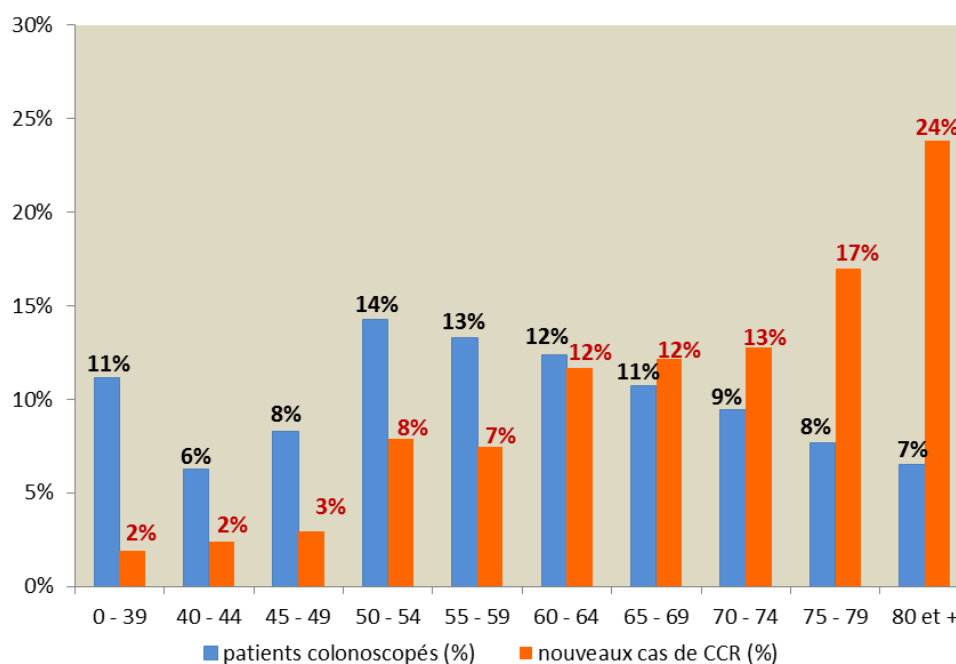
Source : Caisse Nationale de Santé

Chez les femmes âgées de 50 à 59 ans, le taux de couverture par colonoscopies durant la période de 2007 à 2010 est en moyenne 4624 ‰ pour le groupe d'âge des 50 à 54 ans et 4950 ‰ pour le groupe d'âge des 55 à 59 ans.

7.3.5. Comparaison des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie et de l'incidence du cancer colorectal selon le groupe d'âge et le sexe

Dans l'analyse qui suit ne sont considérés que les patients ayant bénéficié d'une colonoscopie totale avec une biopsie ou avec une polypectomie. Les patients ayant bénéficié d'une colonoscopie totale dite « simple » ne sont pas comptabilisés dans cette analyse.

Distribution des patients colonoscopés et des nouveaux cas de CCR, par groupe d'âge, en 2007-2009



1G75/1G76	patients colonoscopés		nouveaux cas de CCR	
	(N)	(%)	(N)	(%)
0 - 39	2 047	11%	16	2%
40 - 44	1 144	6%	20	2%
45 - 49	1 516	8%	25	3%
50 - 54	2 620	14%	67	8%
55 - 59	2 442	13%	63	7%
60 - 64	2 269	12%	99	12%
65 - 69	1 971	11%	103	12%
70 - 74	1 727	9%	108	13%
75 - 79	1 409	8%	144	17%
80 et +	1 194	7%	202	24%
total	18 339	100%	847	100%

Source : Caisse Nationale de Santé et Registre Morphologique des Tumeurs

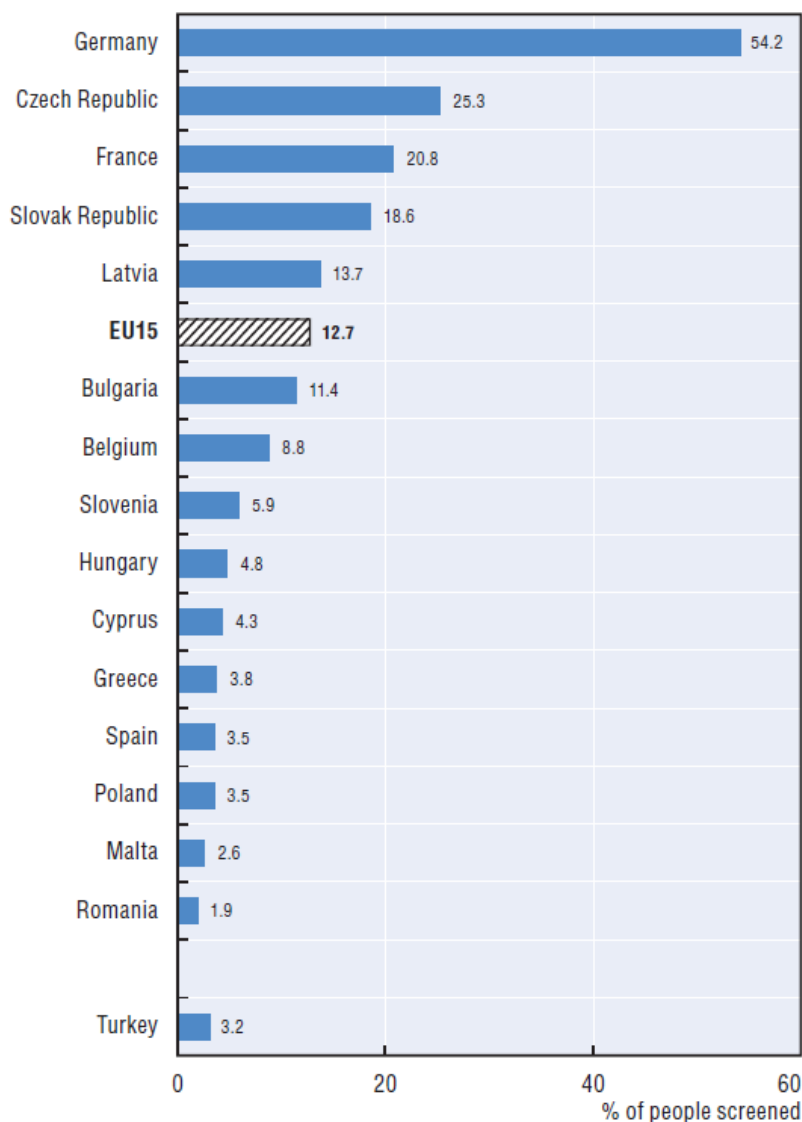
Note de lecture : les colonoscopies réalisées chez les 0-39 ans représentent 11% de toutes les colonoscopies réalisées au cours de la période 2007 à 2009

À l'observation de la distribution des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie et des patients avec un nouveau diagnostic de CCR, au cours des années 2007 à 2009, selon leur âge (surtout à partir de 50 ans), la distribution des patients colonoscopés décroît avec l'âge tandis que la distribution des nouveaux cas de cancer colorectal croît avec l'âge.

7.4. Comparaison internationale des activités de dépistage

Dans le Panorama de la Santé 2012 (« Health at a Glance for Europe »), l'analyse des données récoltées par enquêtes de santé a permis de présenter des taux de couverture de programmes nationaux de dépistage du cancer colorectal par FOBT dans différents pays.

4.9.1. Colorectal screening, percentage of people screened aged 50-74, 2010 (or nearest year)



Note: Data based on surveys in all countries.

Source: Eurostat Statistics Database (based on ECHI).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932705216>

Les variations importantes dans la gestion des programmes nationaux, les groupes d'âge ciblés et, pour certains d'entre eux, des programmes d'implémentation récente, expliquent les différences des taux de couverture par FOBT, chez les 50 à 74 ans, ci-dessus présentés.

Considérant les recommandations nationales en matière de dépistage du cancer colorectal, nous avons essayé d'extrapoler un taux de couverture colonoscopique basé sur l'hypothèse que « la colonoscopie n'est pas un examen agréable, que les personnes sans pathologies

spécifiques ne le répètent pas volontiers et que, par conséquent, la plupart de ces personnes aura effectivement tout au plus une coloscopie tous les 10 ans ».

Les taux de couverture colonoscopique ont été calculés, chez les **hommes** et chez les **femmes**, âgés de 50 ans, en considérant les données relatives aux années 2007, 2008, 2009 et 2010.

Le nombre annuel moyen de colonoscopies réalisées chez les hommes de 50 à 54 ans est de 882, ce qui représente un nombre annuel moyen de colonoscopies chez les hommes de 50 ans de 176 (882/5 années).

Considérant la colonoscopie comme un acte invasif et a priori désagréable, sans considérer les éventuelles complications, et en estimant que la proportion de cette population colonoscopée varie peu, on peut supposer qu'au bout de 10 années, 1765 (176*10 années) hommes âgés de 50 ans parmi la population masculine moyenne de 50 ans (3686) auront bénéficié de la colonoscopie : cela représente un taux de couverture colonoscopique chez les hommes de **47,9%**.

En appliquant cette hypothèse et son mode de calcul à la population féminine, le taux de couverture serait légèrement plus faible avec **43,8%**¹⁰.

¹⁰ $((772 / 5) * 10) / 3525 = 43,8\%$ de couverture dans la population féminine.

8. Description des activités menées dans les services endoscopiques et les laboratoires

Au cours des mois de juin et juillet 2012, la Direction de la Santé a conduit une enquête auprès des services d'endoscopie des cinq établissements hospitaliers : CHdN, CHEM (2 services), CHK, CHL (2 services) et Zitha.

L'objectif de cette enquête était de dresser un état des lieux décrivant la prise en charge - avant, pendant et après examen - des patients consultant pour un dépistage du cancer colorectal, que ce dépistage se fasse au moyen d'une colonoscopie ou d'une recherche de sang occulte dans les selles.

Un questionnaire fut donc établi afin de standardiser la récolte d'informations relatives aux années 2009, 2010 et 2011. Ce questionnaire fut diffusé auprès des directeurs médicaux et des responsables des services. Il est disponible en annexe du livre blanc.

Les données relatives à l'année 2009 étant incomplètes dans certaines structures sollicitées, elles n'ont pas fait l'objet du traitement statistique ci-dessous résumé.

8.1. Colonoscopies

Le délai d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous demeure généralement dans les limites de la trentaine de jours. Cependant, dans une des structures, ce délai peut monter jusqu'à deux mois.

À l'occasion de la prise de rendez-vous, une brochure multilingue informant le patient sur la préparation, le déroulement et les possibles complications de l'examen est remise aux personnes dans toutes les structures. Le contenu de cette brochure n'est cependant pas standardisé.

Des informations générales sont transmises moyennant un flyer réalisé en interne, concernant la préparation, le déroulement et les complications de l'intervention endoscopique.

Les produits utilisés pour la préparation du côlon sont Klean-Prep®, Movi-Prep®, Endo-Peg®, Phosposoda®, Colofort® ou Colo-Peg®. Tous ces produits ont une base de polyéthylène glycol (PEG).

La qualité du processus de préparation du côlon n'est documentée que dans la moitié des structures enquêtées.

La totalité des services d'endoscopie enquêtés fait usage du gaz carbonique (CO₂) pour gonfler l'intestin et ainsi optimiser le confort du patient en réduisant les désagréments liés à la flatulence post-examen.

A l'examen des distributions de types de prémédication (sans médication, sédation, analgésie ou anesthésie générale), les méthodes préparatoires varient d'une structure hospitalière à l'autre. Globalement, le type de prémédication le plus couramment utilisé est l'analgo-sédation.

Le nombre annuel moyen de colonoscopies réalisées dans ces cinq structures hospitalières est de 14.015 examens (12.863 en 2010 et 15.167 en 2011). Les patients âgés de 50 à 60 ans totalisent en 2010, 29,4% et en 2011, 34,5% des colonoscopies réalisées.

Alors que les guidelines internationales en font la recommandation, pour garantir la qualité d'un examen colonoscopique, l'atteinte de la valvule iléo-cæcale est rarement documentée par la prise d'une photographie.

La rédaction et la production informatisée d'un rapport standardisé de colonoscopie est techniquement possible, grâce à orbis® (de Agfa) et endobase® (de Olympus), dans toutes les structures à l'exception d'une seule, laquelle prévoit cependant ce passage technique pour l'année 2013. Malgré cet atout technologique, il est nécessaire de préciser que son usage n'est pas systématique pour l'ensemble des rapports de colonoscopies à produire : le rapport dicté non standardisé demeure aujourd'hui encore d'application.

Les outils informatiques actuellement les plus utilisés sont orbis® et endobase®. Une traçabilité des étapes de manipulation, nettoyage, stérilisation et stockage est parfaitement documentée grâce à ces mêmes logiciels de rédaction et de production des rapports.

Le respect des règles d'hygiène est qualitativement évalué 3 à 4 fois par an par le service d'hygiène interne à chaque structure hospitalière. Une fois par an, un auditeur externe réalise cette évaluation dans l'ensemble des services concernés.

8.2. Recherche de sang occulte dans les selles

Les deux types de tests actuellement disponibles sur le marché, soit à base de « gaïac », soit de type immuno-chimique, sont tous deux utilisés au Luxembourg. Différents laboratoires pharmaceutiques proposent ces tests aux établissements hospitaliers et aux laboratoires du pays :

- Test à base de « gaïac »
 - Hemo FEC®
 - Hemocult®
 - Hemocult SENSE®
- Test immuno-chimique
 - bioNexia FOBplus®
 - Hemostick Zentech®
 - Hb/Hp complex®

Au cours des années 2010 et 2011, les 5 établissements hospitaliers ont réalisé respectivement 3138 et 3957 tests de recherche de sang occulte.

Dans les laboratoires privés enquêtés, le nombre de tests réalisés fut, pour ces mêmes années de référence, respectivement 10032 et 7482.

Quant au Laboratoire National de la Santé, le nombre annuel de tests réalisés fut en 2010 de 3861 et en 2011, 3776.

Cela fait pour les FOBT réalisés dans les laboratoires hospitaliers, les laboratoires privés et le LNS un total de 17 031 tests en 2010 et de 15 215 tests en 2011, ce qui représente un volume sensiblement plus élevé qu'estimé.

9. Projet de conclusions à discuter avec le groupe de pilotage

9.1. Actes de dépistage

9.1.1. Recherche de sang occulte dans les selles

Les actes de dépistage du cancer colorectal par la recherche de sang occulte dans les selles est une méthode dont l'impact sur la réduction de la mortalité par cancer colorectal a scientifiquement été démontré.

Nous recommandons que ce test de dépistage soit réalisé avec une fréquence annuelle, à partir de l'âge de 45 ans, quel que soit le sexe de la personne concernée.

9.1.2. Colonoscopie

La colonoscopie, bien que plus invasive, est cependant la méthode de choix pour trouver les polypes quelle que soit leur taille.

Les recommandations actuellement diffusées par les autorités de santé s'appuient sur plusieurs points :

- la sensibilisation de la population en faveur d'une colonoscopie complète à partir de l'âge de 50 ans, en vue de la détection précoce d'un cancer colorectal,
- en cas de refus, motiver les personnes à effectuer des tests de recherche de sang occulte dans les selles, sur base annuelle,
- en cas d'anamnèse clinique positive ou en cas de facteurs de risque, suivi soutenu auprès du médecin-spécialiste.

L'avantage majeur de la colonoscopie est l'association, lors d'un seul examen, d'un acte préventif à un voir plusieurs actes curatifs. En effet, la colonoscopie permet aisément :

- de visualiser l'entière du côlon,
- de détecter des polypes ou espaces suspects,
- de prélever une biopsie,
- d'effectuer une polypectomie,
- de traiter la zone par laser.

La colonoscopie demeure cependant un acte invasif pouvant présenter des complications, y compris des complications sévères.

Le document « European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis - 2010 » présente quelques taux de complications sévères. Les taux de complications majeures des colonoscopies dans un « well-organised high-quality colonoscopy screening programme » y sont publiés.

Auteurs	Année de publication	Taux de complications sévères
Lieberman et al.	2000	0.3%
Schoenfeld et al.	2005	0%
Regula et al.	2006	0.1%
Rainis et al.	2007	0.08%
Kim et al.	2007	0%

Source : « European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis », p.20-1

Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen DJ, Garewal H & Chejfec G (2000), Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. Veterans Affairs Cooperative Study Group 380, *N.Engl.J.Med.*, vol. 343, no. 3, pp. 162-168.

Schoenfeld P, Cash B, Flood A, Dobhan R, Eastone J, Coyle W, Kikendall JW, Kim HM, Weiss DG, Emory T, Schatzkin A & Lieberman D (2005), Colonoscopic screening of average-risk women for colorectal neoplasia, *N.Engl.J.Med.*, vol. 352, no. 20, pp. 2061-2068.

Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, Polkowski M, Pachlewski J, Orlowska J, Nowacki MP & Butruk E (2006), Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia, *N.Engl.J.Med.*, vol. 355, no. 18, pp. 1863-1872.

Rainis T, Keren D, Goldstein O, Stermer E & Lavy A (2007), Diagnostic yield and safety of colonoscopy in Israeli patients in an open access referral system, *J.Clin.Gastroenterol.*, vol. 41, no. 4, pp. 394-399.

Kim DH, Lee SY, Choi KS, Lee HJ, Park SC, Kim J, Han CJ & Kim YC (2007), The usefulness of colonoscopy as a screening test for detecting colorectal polyps, *Hepatogastroenterology*, vol. 54, no. 80, pp. 2240-2242.

Plus récemment, une étude allemande nationale de type « cas-contrôle » menée par le Deutsches Krebsforschungszentrum a mesuré le taux des complications sévères ayant conduit à une hospitalisation dans les 30 jours après la colonoscopie. Cette étude a concerné plus de 33.000 patients colonoscopés entre 2001 et 2008.

Les hémorragies du côlon surviennent chez 5 personnes colonoscopées sur 10.000 (0,05%). Des lésions de la paroi intestinale sont également rares avec une fréquence de moins de 1 pour 1.000 colonoscopies (< 0,1%). Des cas de décès ou des complications sévères non-locales (comme l'accident vasculaire cérébral ou l'infarctus du myocarde) ne furent pas plus fréquentes dans le groupe « cas » que dans le groupe « contrôle »¹¹.

Un groupe national de pilotage pourra se pencher sur ces différents documents de référence afin de valider les recommandations nationales existantes en matière de dépistage du cancer colorectal respectivement de les adapter au besoin.

La colonoscopie est recommandée comme technique de référence pour le dépistage du cancer colorectal par la guideline européenne, bien que l'impact statistiquement mesuré de cet acte spécifique sur l'incidence et la mortalité soit, selon la guideline, limité.

Pour obtenir une diminution de la mortalité de 15-20%, nous recommandons que plus de la moitié de la population entre 50 et 59 ans participent une première fois au dépistage puis répète cet acte après un délai de 10 ans.

¹¹ Stock C., Ihle P., Sieg A., Schubert I., Hoffmeister M., Brenner H., 2013, « Adverse Events requiring hospitalization within 30 days after outpatient screening and nonscreening colonoscopies », *Gastrointestinal Endoscopy* 2013, Volume 77, Issue 3 , pages 419-29

9.2. Communication - Sensibilisation - Information

Afin que le patient puisse faire un choix « libre et éclairé », il est important qu'il puisse disposer d'une information et d'un soutien standardisés, accessibles et compréhensibles que peuvent lui fournir les différents acteurs d'un futur « Plan national de lutte contre le cancer colorectal ».

9.2.1. Sensibilisation

Différents supports et méthodes font actuellement figure de « best practices » en matière de sensibilisation à la problématique du cancer colorectal.

Sur le plan international, chaque année, le mois de mars est identifié pour développer des activités de sensibilisation sur le cancer colorectal. Dans le cadre de ce mois de mars, ou bien tout au long de l'année également, des activités et événements ponctuels peuvent être organisés comme par exemple :

- journées d'information dans les communes : le tour du côlon à travers le Luxembourg
- pièce de théâtre « Alarm im Darm »
- concert de musique dans les structures de prise en charge
- collaboration avec la Fondation Cancer pour l'exposition du côlon géant
- activités spécifiques dans le cadre d'événements locaux ou nationaux ciblant les thématiques « cancer »
 - o Relais pour la vie
 - o Laaf géint de Broschkriibs
 - o Duck Race 2013
- compiler ou développer du contenu informatif à présenter via la borne tactile ou sur des écrans de télévision dans des lieux publics d'attente
 - o salles d'attentes
 - o salles de consultation médicales
 - o CNS
 - o polycliniques
 - o médecine du travail
 - o Luxair
 - o chaînes de télévision des hôpitaux
 - o poste, etc...
- participation à des émissions de télévision ou de radio
- collaboration entre le programme de dépistage CCR et d'autres programmes de promotion de la santé (GIMB, tabac, alcool, etc...)
- cibler un public spécifique pour promouvoir son pouvoir multiplicateur : actions chez les adolescents à l'école ou dans les LTPS
- séances d'information par le médecin sur les sujets suivants : dépistage précoce, diagnostic, thérapie
- rencontres entre personnes concernées avec le public cible

Un partenariat avec les services de médecine du travail permettrait par le contact privilégié du médecin du travail avec la personne convoquée par ledit service de discuter sur les perspectives d'un dépistage du cancer colorectal.

Il serait également souhaitable de développer une collaboration avec les médecins généralistes afin de les sensibiliser au rôle de première ligne du médecin-référent pour promouvoir le dépistage du cancer colorectal.

9.2.2. Information

Invitation de la CNS aux personnes à leur 55^{ième} anniversaire

- courrier postal
- rappel par d'autres outils de communication : SMS, email, FB, etc.

Page internet : présence sur les outils contemporains de communication : portail santé, page internet spécifique, FB, application smartphone, etc.

Standardisation de la fiche d'information sur la recherche de sang occulte dans les selles

Fiche d'information standardisée sur la colonoscopie

Brochure sur le cancer colorectal : réactualiser la brochure actuelle



10. Références bibliographiques

Abeywickrama K.H., Becker M., Bock C., Capesius-Kisliakoff C., Dippel W., Golinska B., Groff P., Hammer G., Hansen-Koenig D., Hein T., Hornick L., Juchem J-P., Kieffer N., Knolle U., Lamy S., Pescatore P., Prost-Heinisch M-P., Scheiden R., Wagener C., Wagener Y., Weber G., Weber J., 2013, « Le cancer au Grand-Duché de Luxembourg - 1980-2009 - Approche méthodologique de l'enregistrement et évaluation des données épidémiologiques descriptives dans l'intérêt de la santé publique », Ed. Scheiden René et Abeywickrama Kamal - Laboratoire National de Santé, Registre Morphologique des Tumeurs www.lns.public.lu/home/Cancer.html

Direction de la Santé, 2013, « Statistiques des causes de décès pour l'année 2012 », Ed. Ministère de la Santé (publication annuelle) www.ms.public.lu/fr/activites/analyse-statistique/mortalite/registre-cause-deces-archive/2011/Statistiques-des-causes-de-deces-2011_pdf.pdf

Globocan
<http://globocan.iarc.fr>

Groupe de travail pluridisciplinaire Prévention du cancer colorectal, 2005, « Promotion de la détection précoce du cancer colorectal », Ed. Ministère de la Santé

Hansen-Koenig D., Bock C., Feider J-M., Kremer M., Molitor J-L., Portal I., Prost M-P., Scharpantgen A., Scheiden R., Schneider F., Steil S., Stein R., Turk P., Wagener Y., Weber J., 2000, « Promotion de la détection précoce du cancer colorectal – document de stratégie », Ed. Ministère de la Santé www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/promotion-detection-precoce-cancer-colorectal/promotion-detection-precoce-cancer-colorectal.pdf

Inspection générale de la Sécurité sociale, 2012, « Rapport général sur la Sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg - 2011 », Ed. Ministère de la Sécurité sociale www.isog.public.lu/gbe/pkg_isgbe5.prc_isgbe?p_uid=statsecu2007

OCDE, 2012, « Health at a Glance: Europe 2012 » Editions OCDE www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf

OMS, 2008, « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes », 10ième révision, 2ième volume Ed. OMS http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdf

Registre morphologique des tumeurs du Grand-Duché de Luxembourg www.cancer-registry.lu

Segnan N., Patnick J., von Karsa L., 2010, « European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis », Publications Office of the European Union <http://bookshop.europa.eu/fr/european-guidelines-for-quality-assurance-in-colorectal-cancer-screening-and-diagnosis-pbND3210390/?pgid=y8dlS7GUWMdSR0EAlMEUUsWb0000oUdRg4we;sid=7cuVBQ2f4zyVBVxWTJsLom-6oKiLdwpM6xg=?CatalogCategoryID=OG4KABst1uEAAAEjnZAY4e5L>

STATEC, Données démographiques nationales

www.statistiques.public.lu

Stock C., Ihle P., Sieg A., Schubert I., Hoffmeister M., Brenner H., 2013, « Adverse Events requiring hospitalization within 30 days after outpatient screening and nonscreening colonoscopies », *Gastrointestinal Endoscopy* 2013, Volume 77, Issue 3 , pages 419-29

[www.giejournal.org/article/S0016-5107\(12\)02864-7/abstract](http://www.giejournal.org/article/S0016-5107(12)02864-7/abstract)

Tarifs de la Nomenclature des actes et services des médecins tenant compte du règlement grand-ducal prévu à l'article 5 ainsi qu'en application de l'article 4 des dispositions financières de la loi du 16 décembre 2010, par dérogation à l'article 65 du code de la Sécurité Sociale

http://cns.lu/files/listepos/Tarifs_med_012013_new.pdf

11. Annexes

11.1. Liste des indicateurs considérés

Démographie

- Nombre de résidents par mi-période quinquennale par groupe d'âge et par sexe

Importance du problème

- Poids de l'incidence du cancer colorectal par rapport à tous les cancers, par sexe
- Poids de la mortalité par cancer colorectal par rapport à la mortalité par tous les cancers, par sexe

Incidence

- TBI des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, de 1981-1984 à 2005-2009
- TBI du cancer colorectal, par période quinquennale, de 1981-1984 à 2005-2009
- TBI du cancer colorectal, par période quinquennale, par sexe, de 1981-1984 à 2005-2009
- TBI du cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les hommes, de 1981-1984 à 2005-2009
- TBI du cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les femmes, de 1981-1984 à 2005-2009
- ASIR-W du cancer colorectal au Luxembourg et en UE, par sexe, en 2012

Mortalité

- TBM des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, de 1980-1984 à 2005-2009
- TBM par cancer colorectal, par période quinquennale, de 1980-1984 à 2005-2009
- TBM par cancer colorectal, par période quinquennale, par sexe, de 1980-1984 à 2005-2009
- TBM par cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les hommes, de 1980-1984 à 2005-2009
- TBM par cancer colorectal, par période quinquennale, par groupe d'âge, chez les femmes, de 1980-1984 à 2005-2009
- ASMR-W par cancer colorectal au Luxembourg et en UE, par sexe, en 2012

Actes de dépistage

- Nombre des actes d'un FOBT, de 2008 à 2011
- Nombre des actes d'un FOBT, par sexe, de 2008 à 2011
- Nombre des actes d'un FOBT, selon les différentes sources de données, en 2010 et 2011
- Nombre des actes endoscopiques, de 2000 à 2010
- Nombre des actes de colonoscopie totale, de 2000 à 2010
- Nombre des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie, de 2007 à 2010
- Nombre des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie totale, par sexe, de 2007 à 2010
- Taux brut de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie, par groupe d'âge, chez les hommes, de 2007 à 2010
- Taux brut de patients ayant bénéficié d'une colonoscopie, par groupe d'âge, chez les femmes, de 2007 à 2010
- Distribution des patients colonoscopés et des nouveaux cas de CCR, par groupe d'âge, en 2007-2009

11.2. Liste des indicateurs manquants

- Proportion de personnes âgées de 50 à 74 ans qui rapportent avoir bénéficié d'un test de dépistage du cancer colorectal au cours des 2 dernières années (ECHIM 60)
- Proportion de personnes âgées de 50 à 74 ans qui rapportent avoir bénéficié d'une colonoscopie de dépistage du cancer colorectal au cours des 2 dernières années
- Taux de survie à 5 ans pour la cohorte des nouveaux cas de YYYY-YYYY
- Taux de survie à 10 ans pour la cohorte des nouveaux cas de YYYY-YYYY

11.3. Annexe statistique

11.3.1. Incidence

Nombre et pourcentage de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, chez les hommes, de 1981-1984 à 2005-2009

	ICD-10	1981-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
toutes tumeurs malignes	C00-C97	2361	100,0%	3228	100,0%	3886	100,0%	4607	100,0%	5293	100,0%	5621	100,0%
sein	C50	4	0,2%	7	0,2%	10	0,3%	10	0,2%	5	0,1%	7	0,1%
prostate*	C61	302	12,8%	458	14,2%	812	20,9%	1210	26,3%	1574	29,7%	1485	26,4%
côlon et rectum	C18-C21	301	12,7%	463	14,3%	531	13,7%	589	12,8%	702	13,3%	815	14,5%
poumon	C33-C34	610	25,8%	673	20,8%	634	16,3%	725	15,7%	569	10,8%	570	10,1%
estomac	C16	148	6,3%	199	6,2%	216	5,6%	192	4,2%	170	3,2%	185	3,3%
peau	C44	105	4,4%	152	4,7%	190	4,9%	233	5,1%	396	7,5%	622	11,1%
mélanome	C43	31	1,3%	51	1,6%	61	1,6%	88	1,9%	124	2,3%	174	3,1%
peau (MM inclus)	C43-C44	136		203		251		321		520		796	
corps utérin*	C54	-		-		-		-		-		-	
autres tumeurs malignes	reliquat	860	36,4%	1225	37,9%	1432	36,9%	1560	33,9%	1753	33,1%	1763	31,4%

Nombre et pourcentage de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, chez les femmes, de 1981-1984 à 2005-2009

	ICD-10	1981-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
toutes tumeurs malignes	C00-C97	2073	100,0%	2951	100,0%	3371	100,0%	4080	100,0%	4421	100,0%	4829	100,0%
sein	C50	636	30,7%	956	32,4%	1089	32,3%	1371	33,6%	1600	36,2%	1663	34,4%
prostate*	C61	-		-		-		-		-		-	
côlon et rectum	C18-C21	268	12,9%	397	13,5%	485	14,4%	590	14,5%	600	13,6%	621	12,9%
poumon	C33-C34	67	3,2%	98	3,3%	116	3,4%	177	4,3%	176	4,0%	224	4,6%
estomac	C16	85	4,1%	143	4,8%	147	4,4%	127	3,1%	93	2,1%	114	2,4%
peau	C44	57	2,7%	109	3,7%	137	4,1%	159	3,9%	272	6,2%	339	7,0%
mélanome	C43	53	2,6%	69	2,3%	100	3,0%	139	3,4%	145	3,3%	186	3,9%
peau (MM inclus)	C43-C44	110		178		237		298		417		525	
corps utérin*	C54	153	7,4%	190	6,4%	190	5,6%	217	5,3%	241	5,5%	239	4,9%
autres tumeurs malignes	Reliquat	754	36,4%	989	33,5%	1107	32,8%	1300	31,9%	1294	29,3%	1443	29,9%

Nombre et pourcentage de nouveaux cas des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, de 1981-1984 à 2005-2009

	ICD-10	1981-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
toutes tumeurs malignes	C00-C97	4434	100,0%	6179	100,0%	7257	100,0%	8687	100,0%	9714	100,0%	10450	100,0%
sein**	C50	636	14,3%	956	15,5%	1089	15,0%	1371	15,8%	1600	16,5%	1663	15,9%
prostate*	C61	302	6,8%	458	7,4%	812	11,2%	1210	13,9%	1574	16,2%	1485	14,2%
côlon et rectum	C18-C21	569	12,8%	860	13,9%	1016	14,0%	1179	13,6%	1302	13,4%	1436	13,7%
poumon	C33-C34	677	15,3%	771	12,5%	750	10,3%	902	10,4%	745	7,7%	794	7,6%
estomac	C16	233	5,3%	342	5,5%	363	5,0%	319	3,7%	263	2,7%	299	2,9%
peau	C44	162	3,7%	261	4,2%	327	4,5%	392	4,5%	668	6,9%	961	9,2%
mélanome	C43	84	1,9%	120	1,9%	161	2,2%	227	2,6%	269	2,8%	360	3,4%
peau (MM inclus)	C43-C44	246		381		488		619		937		1321	
corps utérin*	C54	153	3,5%	190	3,1%	190	2,6%	217	2,5%	241	2,5%	239	2,3%
autres tumeurs malignes	reliquat	1622	36,6%	2228	36,1%	2559	35,3%	2880	33,2%	3057	31,5%	3220	30,8%

Source : Registre Morphologique des Tumeurs

* les cancers de la prostate et du corps utérin sont « gender-specific »

** bien que non « gender-specific », le cancer du sein étant très rare chez l'homme, les effectifs ne considèrent que les nouveaux cas déclarés dans la population féminine et le dénominateur ne considère que la population féminine

Nombre des nouveaux cas de cancer colorectal par période quinquennale selon le sexe et groupe d'âge de 1981-2009

Hommes	1981-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
0-39	5	7	9	13	11	14
40-44	5	11	12	17	15	27
45-49	12	15	12	16	17	25
50-54	23	37	44	30	34	61
55-59	27	56	49	43	60	63
60-64	29	58	75	80	105	112
65-69	51	71	100	107	87	125
70-74	68	88	73	93	159	125
75-79	50	70	76	87	113	135
80+	31	50	81	103	101	128
total	301	463	531	589	702	815

Femmes	1981-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
0-39	3	5	5	6	19	8
40-44	2	5	3	8	13	13
45-49	6	12	14	16	17	19
50-54	16	25	23	28	24	32
55-59	26	30	27	35	40	37
60-64	35	55	58	46	54	63
65-69	34	55	67	88	62	72
70-74	51	64	75	93	123	78
75-79	49	63	89	109	105	112
80+	46	83	124	161	143	187
total	268	397	485	590	600	621

Source : Registre Morphologique des Tumeurs

11.3.2. Mortalité

Nombre et pourcentage de décès des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, chez les hommes, de 1980-1984 à 2005-2009

	ICD-10	1980-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
toutes tumeurs malignes	C00-C97	2749	100,0%	2775	100,0%	2683	100,0%	2692	100,0%	2596	100,0%	2613	100,0%
sein	C50	-	0,0%	2	0,1%	2	0,1%	5	0,2%	5	0,2%	4	0,2%
prostate*	C61	255	9,3%	268	9,7%	266	9,9%	249	9,2%	231	8,9%	259	9,9%
côlon et rectum	C18-C21	313	11,4%	334	12,0%	275	10,2%	297	11,0%	303	11,7%	286	10,9%
poumon	C33-C34	894	32,5%	898	32,4%	808	30,1%	815	30,3%	746	28,7%	731	28,0%
estomac	C16	203	7,4%	163	5,9%	156	5,8%	133	4,9%	116	4,5%	104	4,0%
peau	C44	5	0,2%	3	0,1%	7	0,3%	7	0,3%	6	0,2%	7	0,3%
mélanome	C43	10	0,4%	24	0,9%	11	0,4%	27	1,0%	38	1,5%	34	1,3%
peau (MM inclus)	C43-C44	15		27		18		34		44		41	
corps utérin*	C54	-		-		-		-		-		-	
autres tumeurs malignes	reliquat	1069	38,9%	1083	39,0%	1158	43,2%	1159	43,1%	1151	44,3%	1188	45,5%

Nombre et pourcentage de décès des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, chez les femmes, de 1980-1984 à 2005-2009

	ICD-10	1980-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
toutes tumeurs malignes	C00-C97	2124	100,0%	2132	100,0%	2197	100,0%	2168	100,0%	2055	100,0%	2180	100,0%
sein	C50	384	18,1%	423	19,8%	428	19,5%	371	17,1%	392	19,1%	372	17,1%
prostate*	C61	-		-		-		-		-		-	
côlon et rectum	C18-C21	331	15,6%	320	15,0%	327	14,9%	315	14,5%	264	12,8%	311	14,3%
poumon	C33-C34	114	5,4%	148	6,9%	171	7,8%	222	10,2%	225	10,9%	305	14,0%
estomac	C16	143	6,7%	131	6,1%	107	4,9%	107	4,9%	69	3,4%	68	3,1%
peau	C44	19	0,9%	8	0,4%	5	0,2%	6	0,3%	6	0,3%	8	0,4%
mélanome	C43	15	0,7%	34	1,6%	22	1,0%	29	1,3%	41	2,0%	21	1,0%
peau (MM inclus)	C43-C44	34		42		27		35		47		29	
corps utérin*	C54	102	4,8%	92	4,3%	91	4,1%	63	2,9%	13	0,6%	48	2,2%
autres tumeurs malignes	reliquat	797	37,5%	976	45,8%	1046	47,6%	1055	48,7%	1045	50,9%	1047	48,0%

Nombre et pourcentage de décès des cancers les plus fréquents, par période quinquennale, de 1980-1984 à 2005-2009

	ICD-10	1980-1984		1985-1989		1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
toutes tumeurs malignes	C00-C97	4873	100,0%	4907	100,0%	4880	100,0%	4860	100,0%	4651	100,0%	4793	100,0%
sein**	C50	384	7,9%	423	8,6%	428	8,8%	371	7,6%	392	8,4%	372	7,8%
prostate*	C61	255	9,3%	268	9,7%	266	9,9%	249	9,2%	231	8,9%	259	9,9%
côlon et rectum	C18-C21	644	13,2%	654	13,3%	602	12,3%	612	12,6%	567	12,2%	597	12,5%
poumon	C33-C34	1008	20,7%	1046	21,3%	979	20,1%	1037	21,3%	971	20,9%	1036	21,6%
estomac	C16	346	7,1%	294	6,0%	263	5,4%	240	4,9%	185	4,0%	172	3,6%
peau	C44	24	0,5%	11	0,2%	12	0,2%	13	0,3%	12	0,3%	15	0,3%
mélanome	C43	25	0,5%	58	1,2%	33	0,7%	56	1,2%	79	1,7%	55	1,1%
peau (MM inclus)	C43-C44	49		69		45		69		91		70	
corps utérin*	C54	102	4,8%	92	4,3%	91	4,1%	63	2,9%	13	0,6%	48	2,2%
autres tumeurs malignes	reliquat	2085	42,8%	2063	42,0%	2208	45,2%	2224	45,8%	2206	47,4%	2243	46,8%

Source : Direction de la Santé

* les cancers de la prostate et du corps utérin sont « gender-specific »

** bien que non « gender-specific », le cancer du sein étant très rare chez l'homme, les effectifs ne considèrent que les nouveaux cas déclarés dans la population féminine et le dénominateur ne considère que la population féminine

Nombre de décès par cancer colorectal selon le sexe et groupe d'âge, de 1980-1984 à 2005-2009

Hommes	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
0-39	5	4	3	2	1	-
40-44	4	1	7	5	2	8
45-49	6	7	6	7	5	9
50-54	15	16	11	11	7	9
55-59	15	33	21	18	18	24
60-64	28	32	33	37	29	28
65-69	52	37	45	42	37	31
70-74	73	53	38	42	68	50
75-79	50	69	44	44	61	55
80+	65	82	67	89	75	72
total	313	334	275	297	303	286

Femmes	1980-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009
0-39	3	2	1	1	1	2
40-44	4	3	2	-	2	4
45-49	4	2	1	4	3	4
50-54	19	15	9	8	7	10
55-59	14	18	17	10	6	10
60-64	35	19	25	15	15	18
65-69	36	29	31	39	22	21
70-74	53	47	46	36	36	31
75-79	63	54	46	68	54	57
80+	100	131	149	134	118	154
total	331	320	327	315	264	311

Source : Direction de la Santé

11.3.3. Actes de gastro-entérologie à visée de dépistage du cancer colorectal

Nombre, distribution et taux des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie selon l'âge, chez les hommes, de 2007 à 2010 (tableau également repris en page 30)

Hommes 1G74- 1G75- 1G76	2007			2008			2009			2010		
	n	%	tx	n	%	Tx	n	%	tx	n	%	tx
0-39	501	10%	392,1	480	8%	370,9	506	9%	385,4	510	9%	383,0
40-44	371	7%	1764,2	339	6%	1584,4	320	6%	1485,3	324	6%	1502,6
45-49	473	9%	2494,0	525	9%	2686,5	455	8%	2247,5	508	9%	2420,3
50-54	758	14%	4625,3	988	17%	5833,4	993	18%	5666,0	790	14%	4358,9
55-59	729	14%	5105,4	816	14%	5610,9	749	13%	5035,8	796	14%	5187,4
60-64	679	13%	6034,5	729	13%	6193,2	736	13%	5977,2	752	14%	5851,9
65-69	583	11%	6427,4	610	11%	6610,3	618	11%	6571,3	581	10%	6088,6
70-74	486	9%	6396,4	575	10%	7490,9	525	9%	6709,3	539	10%	6748,5
75-79	407	8%	6287,7	413	7%	6390,2	407	7%	6312,5	399	7%	6250,5
80+	266	5%	5467,1	302	5%	5761,2	309	6%	5454,1	369	7%	6064,6
total	5253	100%	2209,9	5777	100%	2385,0	5618	100%	2273,4	5568	100%	2209,4

Source : Caisse Nationale de Santé

Nombre, distribution et taux des patients ayant bénéficié d'une colonoscopie selon l'âge, chez les femmes, de 2007 à 2010 (tableau également repris en page 31)

Femmes 1G74- 1G75- 1G76	2007			2008			2009			2010		
	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx	n	%	tx
0-39	564	10%	454,7	598	10%	475,7	609	11%	478,1	570	11%	442,0
40-44	357	7%	1774,0	390	7%	1904,9	362	6%	1750,7	411	8%	1969,6
45-49	483	9%	2650,1	523	9%	2795,8	513	9%	2657,1	479	9%	2416,9
50-54	733	14%	4573,0	816	14%	4946,2	793	14%	4689,5	747	14%	4287,6
55-59	678	13%	5015,9	758	13%	5465,8	717	13%	5009,6	637	12%	4308,9
60-64	621	12%	5594,3	654	11%	5689,9	668	12%	5584,8	717	13%	5727,5
65-69	555	10%	5486,9	607	11%	5967,9	584	10%	5775,6	526	10%	5215,9
70-74	513	10%	5637,1	490	9%	5347,3	534	9%	5723,8	507	9%	5367,1
75-79	425	8%	4883,7	444	8%	5132,7	451	8%	5262,9	387	7%	4590,2
80+	443	8%	3907,9	471	8%	4026,2	455	8%	3755,4	431	8%	3419,1
total	5372	100%	2217,1	5751	100%	2333,7	5686	100%	2268,4	5412	100%	2122,8

Source : Caisse Nationale de Santé

11.4. Questionnaire « état des lieux concernant la colonoscopie dans les établissements hospitaliers »

Nom de la clinique: site			
1. Nombre de colonoscopies par an			
Enregistrez-vous le motif de l'examen			
dépistage?	oui	si oui %	non
diagnostique ?	oui	si oui %	non
Nombre total de colonoscopies, 2011 et /ou en 2010			
Le pourcentage des personnes âgées entre 50 et 60 ans	année 2011 %	année 2010 %	
2. Délai des rendez-vous et selon les sites			
Lors de la prise de RV, pouvez-vous faire la distinction entre			
° colonoscopie de dépistage?	oui	non	
si oui quel est le délai?	0-30 jours		
	30-60 jours		
	>60 jours		
° colonoscopie diagnostique ?	oui	non	
si oui quel est le délai?	0-30 jours		
	30-60 jours		
	>60 jours		
3. Informations générales lors du RV			
Avant l'examen lors de la prise de rendez-vous			
a) Par qui les informations sont données ?	secrétaire	infirmier(ère)	médecin
b) La personne dispose-t-elle d'une checklist?	oui / non	oui / non	oui / non
c) via quel support les informations sont-elles données?	par écrit	par voie orale	par écrit et par voie orale
	par un flyer fait en interne	par un flyer du ministère	autres
d) le contenu des informations porte-t-il sur les sujets suivants?	préparation	déroulement	complications
Préparation du colon			
Quel produit?	KLEAN PREP		
	MOVIPREP		
	Autre		
4. Jour de l'examen			
a) Explication du déroulement de l'examen	secrétaire	infirmier(ère)	médecin
b) Explication de la technique		infirmier(ère)	médecin
c) Conseils à respecter après l'examen		infirmier(ère)	médecin
5. Administration médicamenteuse			
° Sédation	oui %	non %	sur le total des colonos.
Analgésie	oui %	non %	sur le total des colonos.
° Anesthésie générale	oui %	non %	sur le total des colonos.
6. Préparation du colon lors de l'examen			
a) Insufflation	Air	CO2	
	oui non	oui non	
b) Documentation de l'efficacité du lavage du colon	oui	non	
si oui, quels critères sont utilisés	satisfaisant	non satisfaisant	abandon
7. Documentation			
a) rapport standardisé -informatisé avec inclusion des photos des lésions ou du caecum	oui	non	
b) avec la possibilité d'inclure les rapports anatomopathologies	oui	non	
si oui, quel logiciel est utilisé	"endobased"	"orbis"	"autre"
b) rapport dicté	oui	non	
8. Après l'examen			
Temps de récupération prévu pour le patient			
a) sans médication	10 Minutes	15 Minutes	>15 Minutes
b) si sédation	30 Minutes	60 Minutes	>60 Minutes
c) si anesthésie générale	60 Minutes	90 Minutes	>90 Minutes
Contrôle microbiologique des endoscopes et la traçabilité en endoscopie			
a) informatisé	oui	non	
si oui, quel logiciel ?	"endobased"	"orbis"	"autre"
c) Intervalle des contrôles microbiologiques et autres -ponctuel par le personnel			
d) Contrôle microbiologiques et autres - firme externe programmé/ an	1 fois an	> 1 fois	
Commentaires			

11.5. Questionnaire « état des lieux concernant le test Hemocult® dans les laboratoires »

Enquête concernant l'utilisation du test Hemocult dans les laboratoires des établissements hospitaliers et laboratoires privées.

1. Quel type de test Hemocult est utilisé dans votre laboratoire ?

Hemocult Sensa gaïac ☐
 bioNexia FOBplus ? immunochimique ☐
 autres

2. Nombre de tests Hemocult par an réalisés dans votre laboratoire ?

Nombre	2009	2010	2011

3. Nombre de tests Hemocult par catégorie d'âge

Groupe d'âge	2009	2010	2011
0-30			
30-49			
50-54			
55-59			
60-69			
70-79			
+80			

4. Nombre de tests Hemocult faits

- en ambulatoire
 - lors d'une hospitalisation ?

5. Recueillez-vous des informations sur l'indication du test Hemocult ?

oui ☐ non ☐

6. Si oui, veuillez indiquer le nombre pour

Test Hemocult : Indication « de prévention » N :
 Test Hemocult : Indication « de diagnostic » N :

7. Interprétation des résultats de l'Hemocult

Le résultat du Hemocult est :

positif si 3 échantillons sont positifs
 positif si 2 échantillons sont positifs
 positif si 1 échantillon est positif

 douteux si 1 échantillon est positif
 douteux si 2 échantillons sont positifs

 négatif si les 3 échantillons sont négatifs
 négatif si 2 échantillons sont négatifs

A remplir, si possible

2009		Positif			Douteux			Négatif	
N/échantillons	3éch/3	2éch/3	1éch/3	3éch/3	2éch/3	1éch/3	3éch/3	2éch/3	1éch/3
N/patients									
N. Hemocult									
TOTAL									

2010		Positif			Douteux			Négatif	
N/échantillons	3éch/3	2éch/3	1éch/3	3éch/3	2éch/3	1éch/3	3éch/3	2éch/3	1éch/3
N/patients									
N. Hemocult									
TOTAL									

2011		Positif			Douteux			Négatif	
N/échantillons	3éch/3	2éch/3	1éch/3	3éch/3	2éch/3	1éch/3	3éch/3	2éch/3	1éch/3
N/patients									
N. Hemocult									
TOTAL									

Les prescripteurs :

..... % des médecins généralistes ?

..... % des gastroentérologues ?

..... % des médecins internistes ?

..... % autres spécialistes

à préciser.....