

**Le côlon géant de retour à Lyon  
le samedi 2 avril  
pour promouvoir le dépistage  
du cancer colorectal**

**DOSSIER DE PRESSE**

**Mars 2011**

**Organisation :**

**Adémas-69**

5 bis, rue Cleberg  
69322 Lyon cedex 05  
Tel : 04 72 84 65 30  
[www.ademas69.asso.fr](http://www.ademas69.asso.fr)

**Contact presse :**

**Joëlle Parry**

Tel : 06 87 59 22 29  
E-mail : [joelleparry@dbmail.com](mailto:joelleparry@dbmail.com)

## SOMMAIRE

<b>Communiqué de presse.....</b>	<b>3</b>
<b>I. Voyage au centre du corps humain.....</b>	<b>4</b>
Le plus grand côlon d'Europe	
Un parcours à la fois ludique et pédagogique	
Une initiative de la fondation Felix Burda	
Un deuxième rendez-vous à Lyon	
<b>II. Le cancer colorectal en bref.....</b>	<b>6</b>
Comment un cancer colorectal se développe	
Une incidence élevée	
Un pronostic grave	
L'intérêt d'un diagnostic précoce est établi	
<b>III. Le dépistage du cancer colorectal en pratique.....</b>	<b>8</b>
Les personnes concernées	
Une stratégie en deux temps	
Les acteurs du dépistage dans le Rhône	
<b>IV. Une pratique encore peu ancrée dans les mœurs des Français.....</b>	<b>11</b>
Bilan de la première campagne de dépistage dans le Rhône	
« <i>J'étais pourtant en pleine forme</i> » - Témoignages de patients	
« <i>Un test très simple</i> » – Témoignages de médecins généralistes	
« <i>90% de chances de guérison</i> » – Témoignages de gastroentérologues	
<b>Annexe : le côlon géant en images.....</b>	<b>17</b>

*Pour plus d'information :*

*Site web de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr/>*

*Sources :*

*Dossier constitué d'après le dossier de l'INCa (<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-colorectal/mars-2011-le-dispositif-dinformation>) et les données de l'Adémas-69*

## COMMUNIQUE DE PRESSE

### **Le « côlon géant » de retour à Lyon le samedi 2 avril pour promouvoir le dépistage organisé du cancer colorectal**

**Lyon, mars 2011 – L'Adémas-69 convie à nouveau le grand public à un voyage original dans l'intimité du corps humain. L'objectif : sensibiliser les hommes et les femmes à l'efficacité d'un dépistage précoce dans la lutte contre le cancer colorectal, qui tue plus de 17 000 personnes chaque année en France. Le côlon géant sera accessible au public le samedi 2 avril de 10 heures à 18 heures sur la Place de la République.**

La structure, un **tunnel rose gonflable de plus de 20 mètres de long**, offrira aux visiteurs un parcours à la fois ludique et pédagogique à travers une partie méconnue de leur corps. Ils pourront notamment découvrir des polypes bénins en trois dimensions et suivre leur évolution en cancer. Des spécialistes de l'Adémas-69 seront présents pour les accompagner dans cette exploration et répondre à leurs questions.

Dans le cadre de la campagne nationale de mobilisation contre le cancer colorectal, cette journée d'information et d'échange vise à dédramatiser un sujet qui reste encore tabou et inciter à l'aborder avec son médecin traitant à partir de 50 ans.

#### **Le cancer colorectal : une maladie fréquente, mais que l'on peut guérir et éviter**

Avec 40 000 nouveaux cas en 2010, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent en France après ceux de la prostate et du sein. Responsable de plus de 17 000 décès par an, il est la deuxième cause de mortalité par cancer, après le cancer du poumon. Or, le pronostic du cancer colorectal est étroitement lié au stade de développement de la maladie au moment du diagnostic. Diagnostiqué tôt, il peut être guéri dans plus de 9 cas sur 10.

C'est pourquoi l'Adémas-69 invite, tous les 2 ans, à pratiquer un test Hémoccult de recherche de sang occulte (non visible) dans les selles, puis une coloscopie en cas de présence de sang. Sur 100 coloscopies réalisées à la suite d'un test Hémoccult positif, il est découvert 10 cancers et 40 adénomes ou polypes qui peuvent être des pré-cancers. Diminuer de 15 à 20% la mortalité par cancer colorectal est ainsi possible si la participation au dépistage organisé de la population concernée atteint 50%.

#### **Un dépistage nécessaire avant tout symptôme**

Le dépistage organisé du cancer colorectal concerne 17 millions de personnes, dont près de 400 000 dans le Rhône : hommes et femmes de 50 à 74 ans. L'Adémas-69 est responsable de l'organisation et du suivi du programme dans le département, en étroite collaboration avec les médecins généralistes et les gastroentérologues. L'Adémas-69 assure un suivi régulier tous les 2 ans, par l'envoi d'un courrier d'invitation à se rendre chez son médecin traitant pour faire le point et récupérer un test Hémoccult. La lecture du test s'effectue au centre spécialisé de Dijon. Le résultat est adressé par courrier, avec copie au médecin.

Dans le Rhône, en 2008-2009, 32% des personnes concernées ont participé au dépistage organisé. Il a déjà permis de détecter 232 cancers avec des chances élevées de guérison et 1164 polypes, certains précancéreux. Il est possible de faire mieux si la participation augmente. Le manque d'adhésion révèle que le dépistage organisé n'est pas encore ancré dans le parcours de santé des Français.

Les freins identifiés incluent notamment le fait de ne pas se sentir concerné et l'absence de symptôme. Danielle, 63 ans, témoigne : « Je savais qu'il fallait faire le dépistage, mais j'ai laissé traîner. J'étais en pleine forme ! Quand je me suis finalement décidée à faire le test, il a pourtant été positif et la coloscopie qui a suivi a révélé la présence de cellules cancéreuses. Je ne m'y attendais vraiment pas. J'ai eu de la chance ; mon cancer a été pris à temps et je n'ai pas eu besoin de chimiothérapie en complément de la chirurgie. »

Lyon sera la dernière étape de la tournée française de ce côlon géant venu d'Allemagne, qui sera également exposé dans le Languedoc-Roussillon et dans la capitale.

## **I. Voyage au centre du corps humain**

### **Le plus grand côlon d'Europe**

Le « côlon géant » (en allemand : *Faszination Darm*) est une structure gonflable de couleur rose. D'une longueur totale de plus de 20 mètres, il mesure 2,80 m de haut et 3,50 m de large. Le visiteur, grâce aux couleurs, aux formes et aux éclairages au sol, a l'impression de pénétrer dans l'intimité du corps humain. Pas de cours de médecine. Polypes et tumeurs sont représentés en trois dimensions.

### **Un parcours à la fois ludique et pédagogique**

Ponctué de panneaux explicatifs très simples, le parcours permet au visiteur de suivre le développement d'un polype et son évolution en cancer colorectal.

A chaque étape, un code couleur caractérise l'urgence de la situation :

- Vert : Tout va bien.
- Orange : A ce stade, le dépistage peut permettre une guérison.
- Rouge : Il faut agir immédiatement.

Un intestin en bonne santé constitue le point de départ de l'exposition.

Le visiteur découvre ensuite des polypes de la muqueuse colique, qui sont des précurseurs bénins du cancer du côlon. Il apprend que s'ils ne sont pas détectés puis enlevés, ces polypes peuvent se transformer quelques années plus tard en cancer mortel.

A l'étape suivante, des parties d'un polype se sont transformées en cancer. Les cellules cancéreuses sont facilement visibles sur la surface. En enlevant immédiatement le polype, on augmentera les chances de guérison.

Logiquement, l'étape suivante présente un adénocarcinome du côlon, avec des métastases dans les organes alentour. Les chances de guérison sont limitées.

Outre le cancer colorectal, les visiteurs pourront découvrir d'autres maladies qui touchent le côlon : la rectocolite ulcéro-hémorragique et la maladie de Crohn. Les patients atteints de ces maladies présentent un risque plus élevé de cancer colorectal.

Enfin, l'exposition présentera les différentes étapes du dépistage – test Hémocult II®, coloscopie voire coloscanner – et les visiteurs repartiront avec toutes les informations pratiques sur le dépistage dans le Rhône.

### **Une initiative de la Fondation Felix Burda**

La fondation allemande Felix Burda s'est engagée dans la communication sur le dépistage et la prévention du cancer colorectal en 2001. Elle a été créée par l'éditeur Hubert Burda en souvenir de son fils Felix, décédé à l'âge de 33 ans d'un cancer du côlon. Le projet côlon géant figure parmi ses principales actions.

Depuis son inauguration à Munich le 28 octobre 2008, le côlon géant n'a cessé de tourner sur le territoire allemand. Il est accueilli par des entreprises, des établissements de santé, ou encore des collectivités territoriales. Les sorties du territoire sont plus rares.

L'objectif du côlon géant est bien entendu de montrer qu'une intervention précoce au niveau des polypes permet d'éviter le développement d'un cancer. Il montre aussi que, même quand le processus de cancérisation est déjà enclenché, il est possible dans le cas d'une détection précoce d'augmenter significativement les chances de guérison. En concevant cette reproduction, la fondation Felix Burda a voulu avant tout encourager les personnes concernées à faire le dépistage.

### **Un deuxième rendez-vous à Lyon**

Le rendez-vous du 2 avril est le deuxième à Lyon. Une première exposition sur la même Place de la République le 3 avril 2010 avait attiré plus de 2 500 visiteurs et entraîné une participation accrue de la population du Rhône au dépistage au cours du même mois. Devant ce succès, l'Adémas-69 a décidé de renouveler l'opération, suivie cette fois par d'autres structures de gestion du dépistage organisé, dans le Sud de la France et la capitale.

La tournée française 2011 du côlon géant inclut les villes de Mende, Nîmes, Carcassonne, Perpignan, Montpellier, Paris et Lyon, du 15 mars au 2 avril.

## II. Le cancer colorectal en bref

### Comment un cancer colorectal se développe

Le côlon et le rectum constituent la dernière partie du tube digestif, appelée aussi gros intestin. Leur paroi intérieure est tapissée d'une muqueuse, qui peut développer des excroissances nommées polypes ou adénomes. Bénins, ces adénomes peuvent grossir et dégénérer avec le temps. Leurs cellules se modifient et deviennent cancéreuses.

On estime que seulement 10 % des adénomes atteignent 1 cm de diamètre. Parmi ceux-ci, environ un quart deviennent des cancers. La séquence adénome-cancer dure en moyenne plus de 10 ans. On distingue au moins trois étapes évolutives de l'adénome : la genèse, la croissance et la transformation maligne.

On distingue ensuite quatre stades de développement du cancer colorectal, en fonction du degré d'extension du cancer :

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

### Une incidence élevée

En 2010, on estimait à 40 000 environ le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal en France. Le cancer colorectal se situe ainsi au 3<sup>ème</sup> rang des cancers les plus fréquents, derrière le cancer de la prostate et le cancer du sein.

*Nombre estimé de nouveaux cas de cancers en France selon la localisation, 2010*

Localisation du cancer	Hommes	Femmes	Total
Prostate	71 500	-	71 500
Sein	-	52 500	52 500
<b>Côlon-Rectum</b>	<b>21 000 (52,5%)</b>	<b>19 000 (47,5%)</b>	<b>40 000</b>
Poumon	23 937	6 714	30 651

*Source : d'après les Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 (Hospices Civils de Lyon, InVS, INCa, Francim, Inserm)*

Près de 95 % des cas de cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans.

## Un pronostic grave

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

*Nombre estimé de décès par cancer en France selon la localisation, 2010*

Localisation du cancer	Hommes	Femmes	Total
Poumon	21 000	7 700	28 700
<b>Côlon-Rectum</b>	<b>9 200</b>	<b>8 200</b>	<b>17 400</b>
Sein	-	11 500	11 500
Prostate	8 790	-	8 790

*Source : d'après les Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 (Hospices Civils de Lyon, InVS, INCa, Francim, Inserm)*

## L'intérêt d'un diagnostic précoce est établi

Le cancer colorectal est un cancer dit « de pronostic intermédiaire ». Selon une étude des registres de cancers du réseau Francim, le taux de survie relative 5 ans après le diagnostic est estimé à 56%.

Le pronostic est étroitement lié au stade de développement de la maladie au moment de son diagnostic. Ainsi, selon les données américaines les plus récentes, celles du programme SEER, le taux de survie à 5 ans des patients diagnostiqués en 1999-2005 est de 90,8 % pour un cancer colorectal diagnostiqué à un stade local (I ou II), contre 69,5 % pour le stade régional (III) et 11,3 % pour le stade métastatique (IV).

Détectés à un stade précoce, plus de 9 cas de cancer colorectal sur 10 peuvent être guéris. Toutefois, le cancer colorectal est encore trop souvent diagnostiqué tardivement. Cela s'explique notamment par le fait qu'il évolue dans un premier temps sans donner de symptômes.

Un dépistage régulier du cancer colorectal peut permettre d'identifier la maladie à un stade très précoce de son développement ou de détecter des adénomes avant qu'ils n'évoluent vers un cancer.

Plusieurs études ont démontré qu'un tel dépistage, basé sur un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, permet une réduction de la mortalité par cancer colorectal :

- de 15 à 20 % dans la population totale ;
- de 33 % dans la population ayant réalisé le test ;

dans la mesure où la participation de la population cible atteint 50 %.

### **III. Le dépistage du cancer colorectal en pratique**

Le dépistage est l'identification, par des tests ou des examens, des personnes susceptibles d'avoir une maladie alors même qu'elles ne présentent aucun symptôme.

#### **Les personnes concernées**

Le programme de dépistage organisé s'adresse aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans qui présentent un risque « moyen » de cancer colorectal, autrement dit sans symptôme apparent ni antécédents familiaux ou personnels.

#### **Une stratégie en deux temps**

##### ***Le test de recherche de sang occulte dans les selles (test Hémoccult II®)***

La recherche de sang dans les selles s'explique par le fait que la plupart des cancers ou des gros polypes saignent de façon intermittente.

Le test actuellement utilisé est un test au gaïac. Simple, acceptable, peu onéreux, sans danger, il répond aux critères requis par l'OMS pour un dépistage organisé. En pratique, le test consiste à prélever deux petits fragments de selles de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz, qu'il faut ensuite déposer sur une plaquette. Ce test est à effectuer sur trois selles consécutives. La plaquette est à envoyer au centre spécialisé de lecture des tests (centre de Dijon pour les habitants du Rhône). Le test est révélé par l'adjonction d'un réactif qui le fait virer au bleu en présence de sang.

##### ***En cas de positivité du test : la coloscopie***

La coloscopie est actuellement l'examen de référence pour mettre en évidence d'éventuelles anomalies du côlon ou du rectum. Elle permet en outre de retirer les polypes.

Si elles restent rares, les complications liées à la coloscopie ne doivent pas être ignorées, ce qui justifie la stratégie en deux temps pour les sujets à risque moyen. Outre les risques inhérents à l'anesthésie, les principales complications sont la perforation et l'hémorragie, estimées de 1 à 2 pour 1 000 examens.

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

## **Les acteurs du dépistage dans le Rhône**

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

### ***L'Adémas-69***

L'Adémas-69 est une association loi 1901. Elle met en œuvre, dans le département du Rhône, le programme national de dépistage organisé des cancers : cancer du sein, cancer colorectal. Elle réunit parmi ses partenaires le Département du Rhône, l'Assurance Maladie, l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, des représentants d'usagers, des médecins généralistes, des radiologues, des gynécologues, des anatomopathologistes et des gastroentérologues.

Ses missions sont les suivantes :

- participer à la sensibilisation et à l'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans ;
- organiser l'information des professionnels de santé sur le dépistage organisé ;
- gérer les fichiers des personnes concernées par le dépistage, conformément à la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- se charger de l'envoi des lettres d'invitation au dépistage et des relances ;
- veiller au suivi des patients positifs par le recueil des comptes-rendus de coloscopie, d'anatomopathologie et éventuellement de chirurgie ;
- approvisionner les médecins généralistes en tests de recherche de sang occulte ;
- garantir les aspects réglementaires et notamment la confidentialité ;
- veiller à l'assurance qualité du dispositif, en lien avec les différents professionnels impliqués ;
- se charger de la collecte de données pour le pilotage et l'évaluation du programme de dépistage.

C'est donc l'Adémas-69 qui invite par courrier les personnes concernées à consulter leur médecin généraliste. Ces personnes sont identifiées à partir des fichiers de l'Assurance Maladie. Les médecins peuvent également remettre directement le test aux consultants de 50 à 74 ans concernés.

### ***Le médecin généraliste***

Il a un rôle central. En effet, c'est lui qui remet et explique le test au patient, ou qui l'oriente vers une procédure plus adaptée s'il présente des facteurs de risque, liés à ses antécédents familiaux ou personnels, ou des signes d'alerte. La personne effectue ensuite le test à son domicile et l'envoie à l'aide d'une enveloppe pré-affranchie (T) au centre spécialisé de lecture des tests.

On a pu mesurer lors des expériences pilotes que le taux de participation à la campagne était multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient. Il joue, par ailleurs, un rôle important en cas de positivité du test du patient (3% des cas) et représente l'acteur de santé le plus efficace pour convaincre le patient de réaliser une coloscopie (entre 10 et 15% des patients ne la font pas).

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

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

### ***Le centre de lecture***

Les tests de dépistage bénéficient d'une lecture centralisée. Ils sont réalisés dans des laboratoires de biologie agréés ayant une expérience dans la lecture des tests au gâïac. Ces centres de lecture s'engagent à respecter le cahier des charges qui fixe leurs modalités d'organisation (formation, contrôle qualité interne, double lecture simultanée des tests, relations avec les partenaires du dépistage, organisation de la lecture et délai de réponse). Un référentiel d'assurance qualité rédigé à l'initiative de l'Institut National du Cancer complète ce cahier des charges.

Le centre spécialisé de lecture des tests Hémocult II® pour le Rhône est basé à Dijon. C'est lui qui reçoit l'ensemble des tests effectués par les femmes et les hommes participant au dépistage. Après analyse, il transmet les résultats à la personne et à son médecin, ainsi qu'à l'Adémas-69.

### ***Le gastroentérologue***

En cas de test positif, le patient est orienté vers un gastroentérologue. Celui-ci effectuera une coloscopie afin de rechercher la présence de lésions dans le côlon ou le rectum. Le gastroentérologue envoie à l'Adémas-69 le résultat de toutes les coloscopies réalisées à la suite d'un test positif. Ces résultats permettent à l'Adémas-69 d'évaluer le dispositif et de calculer le nombre de cancers et d'adénomes dépistés, ainsi que le nombre de faux positifs et la survenue de complications.

Dans 3 ou 4 cas sur 10, la coloscopie révèle la présence d'un adénome. Celui-ci est retiré durant la coloscopie, évitant ainsi sa transformation en cancer. Dans 1 cas sur 10, la coloscopie révèle la présence d'un cancer. Celui-ci sera d'autant mieux soigné qu'il sera détecté tôt.

## IV. Une pratique encore peu ancrée dans les mœurs des Français

### Bilan de la première campagne de dépistage dans le Rhône

Le dépistage organisé du cancer colorectal a débuté dans le Rhône en avril 2008. En 2 ans, tous les hommes et les femmes de 50 à 74 ans résidant dans le département ont été invités à participer à cette première campagne. Cela représente près de 400 000 personnes.

1 347 médecins généralistes ont relayé auprès de leurs patients le message du dépistage. Le taux de participation de la population cible a atteint 32%, ce qui a déjà permis de détecter 232 cancers et 1164 polypes, certains précancéreux.

Il est toutefois possible de faire mieux si la participation au dépistage organisé augmente. En effet, celle-ci reste insuffisante dans le Rhône, comme dans le reste de la France. Ce manque d'adhésion révèle que le dépistage organisé du cancer colorectal n'est pas encore ancré dans le parcours de santé des Français.

L'objectif de la seconde campagne de dépistage, qui a débuté en janvier 2010, est d'atteindre un taux de participation de 50%.

#### Résultats de la première campagne de dépistage dans le Rhône

	2008-2009
Invitations envoyées	392126
Tests effectués	95 233
Tests positifs	2 787 (soit 2,9%)
Coloscopies enregistrées	2 477 (soit 88,4% des tests positifs)
Cancers dépistés	232
Polypes dépistés	1 164

### « J'étais pourtant en pleine forme » - Témoignages de patients

#### **André, 73 ans**

« J'ai un copain qui avait fait le dépistage et m'en avait parlé. Je me suis dit qu'il fallait aussi que je le fasse. J'en ai donc parlé à mon médecin.

Le test Hémocult® s'est révélé positif ; j'ai donc subi une coloscopie. Elle a permis de détecter un adénocarcinome de 10 mm, qui a été retiré immédiatement. L'intervention a été très rapide et tout s'est bien passé. On m'a dit que la tumeur était éliminée et que c'était bon. Depuis, je me sens très bien.

Grâce au dépistage, le cancer a été pris à temps. Sinon, la tumeur se serait développée. Le dépistage a permis de trouver quelque chose que je ne suspectais pas du tout et de pouvoir intervenir à temps.

Je suis en forme ; je pratique un art martial deux fois par semaine ; tout va bien. Je n'avais pas de raison de m'inquiéter et de suspecter quoi que ce soit. Donc j'ai bien fait de faire le dépistage ! Il ne faut pas hésiter du tout.

Je parle de mon expérience autour de moi, notamment dans mon club de jujitsu. J'ai expliqué que ce n'était pas grand-chose et j'ai convaincu plusieurs personnes de faire le test. »

### **Danielle, 63 ans**

« J'avais reçu au moins deux fois des documents de l'Adémas, mais je les avais laissés de côté parce que je me sentais bien. Je m'étais bien dit que je ferais le test, mais le temps a passé et je ne l'ai pas fait. Mon médecin aussi m'en a parlé et il m'a même remis le test. J'avais des amis qui faisaient des coloscopies régulièrement depuis 10 ans et qui m'avaient eux aussi incitée à le faire, mais je ne les ai pas écoutés. J'ai laissé traîner... Tout est resté en *standby* pendant près de deux ans.

J'avais entendu parler du dépistage à la télévision et je savais que le cancer du côlon était guérissable si on le détectait assez tôt. J'étais donc motivée pour faire le test, mais j'ai quand même laissé traîner. Il fallait faire un prélèvement sur trois jours ; cela m'a paru compliqué au départ et m'a un peu rebutée. En réalité, je n'avais que de mauvaises raisons pour ne pas faire le dépistage. C'était de la pure négligence. Je pense malheureusement que ce cas est fréquent.

J'ai eu de la chance. A l'approche de mes 64 ans, j'ai souhaité faire un point sur ma santé, même si j'allais très bien. C'est ce qui m'a finalement décidée à faire le prélèvement. De plus, mon mari avait fait le test juste avant moi ; cet élément a aussi été un déclencheur. Fin décembre, j'ai donc fait le test Hémocult®. J'ai reçu le résultat début janvier : il était positif ! A ce moment-là, le ciel m'est tombé sur la tête, parce que je ne m'y attendais vraiment pas.

Je suis allée voir mon médecin qui m'a dit de ne pas m'affoler. Il m'a dit que ce n'était sûrement pas très grave - peut-être des hémorroïdes ou un petit saignement quelque part - mais qu'il fallait quand même faire une coloscopie pour aller plus loin. Là, en revanche, je n'ai pas traîné. A la coloscopie, le gastroentérologue a trouvé deux petits polypes, qu'il a enlevés, mais il en restait un qui était très gros. Il a fait une biopsie sur ce polype. Il fallait attendre le résultat et cette attente a été très longue et éprouvante...

Puis le médecin m'a téléphoné pour m'annoncer qu'il y avait des cellules cancéreuses superficielles. Cependant, des cellules malignes plus en profondeur auraient pu ne pas être détectées par la biopsie. Dans le doute, et pour ne prendre aucun risque, il m'a orientée vers un chirurgien pour faire une ablation de ce gros polype. On m'a enlevé 25 cm de l'intestin. En fin de compte, les cellules cancéreuses étaient vraiment superficielles, donc je n'ai pas besoin de chimio. Bref, j'ai eu très chaud ! Tout va bien maintenant.

Même si l'on ne sent rien du tout, même si l'on se sent en pleine forme, il faut faire le test de dépistage. Moi, j'ai eu de la chance d'être détectée au bon moment. Je savais qu'il fallait faire le dépistage, mais je n'avais pas l'impression que cela me concernait. Je ne suis pas quelqu'un de malade. Je n'étais ni inquiète ni fatiguée. Pour moi, tout allait bien. J'ai toujours fait les mammographies régulièrement, mais pour le test Hémocult® j'ai pris mon temps. Heureusement que je n'ai pas attendu plus longtemps ! Tout va bien, le cancer a été pris à temps.

J'ai même un fils qui est médecin. Mais il ne savait pas que je n'avais pas fait le test. Du moment que j'allais bien, je n'avais jamais parlé avec lui du dépistage du cancer colorectal...

Maintenant, je voudrais aider d'autres personnes à prendre conscience que la légèreté n'est pas toujours bonne conseillère. »

### **« Un test très simple » – Témoignages de médecins généralistes**

#### ***Docteur L.***

« Très peu de gens me parlent spontanément du dépistage du cancer colorectal. En général, c'est moi qui l'aborde.

J'ai quelques « astuces » pour faciliter l'échange avec mes patients et les motiver. D'abord, je stimule leur intérêt dans la salle d'attente, avec l'affiche de promotion du dépistage. Ensuite, je fais un rappel visuel dans mon cabinet : je place une grosse boîte d'Hémocult® bien en évidence sur un meuble à côté de mon bureau, au niveau des yeux des patients, et une pochette du test ou une plaquette d'information sur mon bureau. Du coup, certains se rappellent des courriers qu'ils ont reçus et évoquent le sujet.

Si le dépistage du cancer du sein est bien entré dans les mœurs, on constate une réticence au niveau du cancer colorectal, du fait qu'il faut s'occuper de ses matières et qu'il y a des manipulations à faire. Il est donc nécessaire de dédramatiser la pratique et de rassurer les patients. Je leur précise que le test de dépistage se fait à domicile, qu'ils peuvent le faire tranquillement, qu'il y a un petit papier qui explique bien comment procéder et qu'ils l'envoient directement. Bref, que ce n'est pas épouvantable ! Je n'ai en général pas de mal à les convaincre. Les personnes qui ne consultent pas, en revanche, c'est par l'intermédiaire des campagnes d'information qu'on arrive à les sensibiliser.

Le médecin traitant a un rôle important à jouer en termes d'explication préalable. En particulier, ce n'est pas parce qu'on a un Hémocult® positif qu'on a un cancer, et la coloscopie n'est pas un examen barbare, comme le pensent certains. J'utilise le mot « cancer » non pas comme un étendard pour faire peur, mais au contraire pour rassurer sur le fait qu'on a la possibilité de traiter. Faire le test de dépistage est plutôt rentable ; on trouvera peut-être un petit polype ou autre chose, ou on ne trouvera rien. En tout cas, si notre petite influence permet à quelques-uns de nos patients de vivre tranquilles plus longtemps et de mourir d'autre chose, il n'y a aucune hésitation à avoir.... »

#### ***Docteur S.***

« Le plus souvent, c'est moi qui aborde le sujet du dépistage car la prévention fait partie de mes préoccupations. Beaucoup de personnes pratiquent la politique de l'autruche. Elles ont peur de recevoir une mauvaise nouvelle et préfèrent ne pas savoir.

Une difficulté pour moi vient du fait qu'une bonne moitié de ma patientèle est une population immigrée originaire d'Afrique noire ou du Maghreb, dont la moitié est illettrée. De plus, la notion de pur et d'impur est centrale dans la religion musulmane. C'est un vrai problème pour évoquer le dépistage ; parler de leurs matières à mes patients musulmans est une gageure. Parfois, je dois donc passer beaucoup de temps à expliquer et à motiver les gens.

Je donne à mes patients des explications claires et honnêtes. Un test négatif ne signifie pas qu'il n'y a pas de cancer ; si le cancer ne saigne pas, on ne peut pas le détecter de cette manière. L'Hémocult® ne permet de détecter qu'un cancer sur deux, mais sans le test on n'en détecterait aucun. Par ailleurs, un test Hémocult® est positif quelle que soit l'origine du sang présent dans les selles (si la personne a des hémorroïdes, par exemple). Il y a certes des personnes qu'on envoie à la coloscopie pour rien, mais sur dix personnes on rend au moins service à trois personnes qui ont un polype à potentiel de dégénérescence et à une personne qui a un cancer, en espérant que celui-ci sera curable.

Je suis très clown avec mes patients. Je n'hésite pas à mimer le prélèvement pour les convaincre. Je leur montre qu'en quelques secondes c'est fait. Ils se rendent ainsi compte de la simplicité de la manipulation. Une fois que j'en arrive là, je pense que sur 100 personnes à qui je donne le test, il y en a 90 qui le font.

J'utilise aussi un langage imagé. Je compare par exemple le fait de faire le dépistage au fait de porter la ceinture de sécurité en voiture ou de payer une assurance incendie pour son habitation. Chaque fois que vous descendez de votre voiture en n'ayant pas eu d'accident, vous pouvez dire que vous avez mis votre ceinture pour rien. Chaque année, quand vous payez votre prime d'assurance incendie et qu'il n'y a pas eu d'incendie chez vous, vous vous dites que vous avez payé pour rien. Ce sont des arguments que les gens comprennent bien... Faire un test de dépistage, c'est se protéger de la même façon. »

### **« 90% de chances de guérison » – Témoignages de gastroentérologues**

#### ***Docteur S.***

« Le cancer colorectal n'est ni rare ni anodin. Il représente environ 40 000 cas par an et entraîne de nombreux décès. Or, les études montrent que l'on a plus de chances de guérir d'un cancer lorsqu'il a été dépisté par un examen de prévention, tel qu'un test Hémocult® ou une mammographie, que lorsqu'il a été diagnostiqué suite à la présence de symptômes. On détecte de plus en plus de cancers à des stades plus précoces. De ce fait, les traitements sont moins lourds ; on a moins besoin d'avoir recours à des chimiothérapies complémentaires.

De temps en temps, un patient arrive avec un cancer déjà très avancé, alors qu'il ne présentait aucun symptôme. Mais globalement, aujourd'hui, le dépistage du cancer colorectal permet de détecter la maladie plus précocement et de la guérir plus fréquemment.

Les patients qui ne se plaignaient de rien et à qui l'on a trouvé un polype, à la limite du cancer, qu'on a pu traiter et guérir par coloscopie, ce qui arrive quand même assez souvent, sont de très bons ambassadeurs du dépistage. Ils en parlent autour d'eux, à leur travail, dans leur famille, à leurs amis... et il y a un effet boule de neige. Ils ont eu peur et ils partagent volontiers leur expérience, parce que le test est très simple et ne pas le faire serait vraiment trop bête.

Les indices de satisfaction de la coloscopie aujourd'hui sont très élevés. Chez nous, il est de 98%. La coloscopie dure entre 15 et 45 minutes. Elle n'est pas douloureuse. Pour plus de trois quarts des patients, l'examen est ambulatoire : ils rentrent et partent le jour même. Ce que les patients redoutent le plus, c'est la préparation intestinale. C'est vrai que c'est la partie la moins plaisante, mais le praticien l'explique bien au patient. L'intestin doit être propre pour bien voir tout le côlon et repérer s'il y a des lésions.

Les patients qui arrivent chez nous avec un Hémocult® positif sont très inquiets. Ils voudraient que la coloscopie ait lieu le lendemain. Le délai d'attente est d'un mois en moyenne. Mais cette attente n'engendre pas de perte de chance. Pour ce type de maladie, on n'est pas à un ou deux mois près pour faire le diagnostic après l'Hémocult®. »

### **Docteur M.**

« Encore trop de personnes pensent que le cancer du côlon, ou le cancer en général, ne va jamais les toucher...

Pour dédramatiser la coloscopie, j'explique à mes patients que c'est devenu un examen qui est maintenant largement pratiqué et qui se passe très bien. Le taux de complication est extrêmement faible. Je pense que ce que les patients redoutent le plus, c'est l'anesthésie. C'est une anesthésie générale, mais assez légère. Les gens ne sont pas intubés ; ils sont simplement sédatisés et gardent une autonomie respiratoire.

Une bonne communication est essentielle. Dans un premier temps, j'explique aux patients que, quand le test est positif, on ne va pas forcément trouver quelque chose. Dans 50% des cas, il n'y aura rien. Par ailleurs, dans la plupart des cas, quand on trouve quelque chose, c'est enlevable au cours de la coloscopie. Enfin, dans un petit pourcentage de cas, même si l'on trouve quelque chose de plus embêtant, on a de grandes chances de guérir. Je suis très positif par rapport à ça. J'explique toujours que le but du dépistage est justement de trouver des choses avant qu'elles ne deviennent embêtantes. Ensuite, j'explique bien le déroulement de l'examen. Quand les patients repartent, ils sont en général moins inquiets.

Le test est positif chez 2 à 3% des patients. Quand on leur fait une coloscopie, une fois sur deux, on ne trouve rien. Dans 30 à 40 % des cas, il y a des adénomes, donc des polypes qu'il faut enlever, et dans 10 % des cas, il va y avoir un cancer. Un patient sur 10 qui a un test Hémocult® positif va avoir un cancer. Cependant, dans 90% des cas, le cancer est à un stade où quand on opère les patients on les guérit. Chez les personnes à qui l'on diagnostique un cancer colorectal à partir de symptômes, l'espérance de vie est de 55 à 60%. Mais chez les patients qui sont dépistés, on est au-dessus de 90%. Ces patients-là guérissent et vivent mieux que ceux qui sont diagnostiqués à partir des symptômes. Le dépistage représente donc un vrai plus.

Le dépistage coûte cher, mais quand on fait le compte, on économise des hospitalisations, des traitements lourds et des arrêts de travail. En même temps, on améliore la survie et le confort des patients. On réduit la mortalité de 18% chez les patients qui sont dépistés et, en plus, ils vivent bien.

On recense près de 40 000 cas de cancer colorectal par an en France. Si l'on compare aux accidents de la route, qui provoquent 4 à 5 000 décès par an, on meurt beaucoup plus du cancer du côlon. Le cancer peut toucher tout le monde. Il n'y a pas beaucoup de cancers qui peuvent faire l'objet d'un vrai dépistage. Aussi, quand on a un cancer qui est fréquent et que l'on peut dépister, il ne faut pas hésiter. Le test de dépistage du cancer colorectal est simple et non-invasif. Il serait dommage de s'en priver... »

## Annexe : le côlon géant en images



