



IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LES DÉPISTAGES DES CANCERS

REVUE DE LA LITTÉRATURE ET SITUATION FRANCILIENNE

Au début de l'année 2020, le monde a été confronté à une pandémie causée par le SARS-CoV-2. Afin de réduire la diffusion populationnelle et d'atténuer l'impact sur le système hospitalier, des mesures telles que l'instauration de confinements ou de couvre-feux ont été prises.

Le dépistage et le suivi des cancers, première cause de décès chez les hommes et deuxième cause de décès chez les femmes en France, ont été particulièrement impactés par la pandémie. D'une part, parce que les personnes atteintes de cancer sont vulnérables et risquent de développer des formes plus sévères de Covid-19. D'autre part, parce que les restrictions liées à la pandémie ont perturbé l'activité de dépistage et la continuité des soins, entraînant des retards de détection et de prise en charge des populations malades.

Dans ce travail, nous essayons d'objectiver les impacts de la pandémie sur le recours aux actes de dépistage des cancers à partir de la littérature nationale et internationale et d'une exploitation francilienne des données du système national des données de santé (SNDS).

Auteurs : Rita Ammoun, Catherine Mangeney
Directeur de publication : Jean-Philippe Camard

SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Une diminution générale des actes de dépistage des cancers
- 5 La situation en Île-de-France
 - 6 Cancer du sein
 - 10 Cancer du col de l'utérus
 - 13 Cancer colorectal
- 16 Conclusion et perspectives
- 17 Références

Introduction

Au début de l'année 2020, le monde a été confronté à une pandémie causée par un nouveau virus, le SARS-CoV-2. Sur le plan sanitaire, et afin de réduire la diffusion populationnelle, les conséquences en termes de morbidité et de mortalité et d'en atténuer l'impact sur le système hospitalier au bord de la rupture, des mesures drastiques telles que l'instauration de confinements total puis partiel ou de couvre-feux ont été prises.

Pour répondre à l'urgence imposée par la pandémie, plusieurs procédures médicales et chirurgicales considérées non-urgentes ont été reportées ou annulées afin de réserver les ressources médicales à la gestion des patients atteints de Covid-19 et de protéger les personnes. En effet, le milieu hospitalier ou les cabinets médicaux étaient devenus des lieux potentiels de propagation du virus. Outre le report et l'annulation des procédures programmées par les professionnels de santé, un certain nombre de patients eux-mêmes ont annulé des soins programmés ou évité de se rendre dans les établissements de santé par crainte de contracter le virus.

Dans un Focus précédent, nous avons montré que la pandémie de Covid-19 a impacté plusieurs aspects de la vie des personnes atteintes de maladies chroniques notamment en ce qui concerne l'accès aux soins (report, annulation...), le recours à la télémédecine, les comportements, et les modes de vie de ces personnes. Le présent travail est consacré plus particulièrement à l'impact de la crise sanitaire sur le dépistage des cancers.

Une diminution générale des actes de dépistage des cancers, en France comme à l'étranger

Une priorité accordée au Covid-19 au détriment du dépistage organisé des cancers

La situation exceptionnelle de la pandémie de Covid-19 a entraîné une réorganisation des soins et des services de santé : en France, par exemple, l'article 3 du décret du 23 mars 2020¹ précisait que seules les « consultations et soins ne pouvant être différés et les consultations et soins de patients atteints d'une affection de longue durée » sont autorisés. Le dépistage du cancer, quant à lui, était considéré comme moins prioritaire au regard du risque d'exposition et de diffusion du Covid-19.

Aussi, les trois programmes nationaux de dépistages organisés (dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer colorectal et dépistage du cancer du col de l'utérus) qui s'adressent aux personnes asymptomatiques ont été temporairement suspendus durant le premier confinement. De fait, en France comme ailleurs dans le monde, le recours aux activités de dépistage organisé et individuel du cancer a été très faible voire inexistant durant le premier confinement [1-12].

Après la levée du confinement en mai 2020, une note de la Direction générale de la santé en France a précisé les modalités de reprise de l'ensemble des activités des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), basées principalement sur la hiérarchisation des priorités [13]. Par exemple pour les radiologues premiers lecteurs, la priorité était accordée tout d'abord à la réalisation des mammographies en cas de symptômes et de suspicion de cancer du sein et des mammographies ayant été reportées du fait du confinement (priorisant les invitations les plus anciennes). La reprise des courriers d'invitation et de relance des CRCDC n'a été effective qu'à partir du 15 juin 2020. Les CRCDC ont alors largement communiqué auprès des populations invitées sur l'importance de se faire dépister pendant cette période de pandémie et sur la capacité des centres de radiologie à réaliser ces examens dans des conditions conformes aux recommandations sanitaires en vigueur. Ces communications ont été accompagnées par un nombre élevé d'envois et de relances d'invitations au dépistage. Ces actions se sont traduites par une hausse d'activité notamment en Île-de-France et dans les Hauts-de-France par rapport aux mêmes périodes de 2019 [1].

Cependant, bien que les taux de dépistage se soient ainsi légèrement améliorés après la première vague épidémique, ils sont restés inférieurs aux niveaux de référence en France [2] comme dans d'autres pays tels que les Etats-Unis [7,14], l'Italie [15,16] ou l'Espagne [17], et ce, même après la levée des restrictions. Ces résultats suggèrent que le recul du recours au dépistage n'a pas été lié qu'aux restrictions établies lors du premier confinement mais traduit également la crainte des populations à se rendre au sein des établissements sanitaires durant cette période de pandémie. C'est ce que semble montrer une étude réalisée à Taïwan qui établit que comparativement aux années précédentes, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal a largement diminué alors même que le programme de dépistage est resté complètement opérationnel durant toute la période épidémique [18].

Une diminution induite des cancers diagnostiqués...

Cette diminution du dépistage a conduit à une diminution des nouveaux diagnostics de cancer. Ainsi, en Espagne, a été observée depuis mars 2020 une réduction de plus de 8 700 nouvelles tumeurs dépistées (soit - 34 % par rapport aux années précédentes). Cette diminution a été plus importante entre mars et mai 2020 mais la baisse des nouveaux diagnostics a perduré au-delà de la période de confinement, en particulier pour les personnes de plus de 64 ans et au sein des communautés défavorisées [3,19,20]. D'autres études, réalisées dans d'autres pays et pour différents types de cancer, indiquent également une baisse des nouveaux diagnostics [21-36]. En France, l'Institut Curie a montré que le nombre de premières consultations pour nouveau cancer du sein a diminué pendant la première vague de 582 en 2019 à 387 en 2020 [33]. De même, la Ligue contre le cancer a estimé qu'environ 30 000 cancers auraient été non diagnostiqués dans le pays en raison des bouleversements liés à la Covid-19 en 2020 [34].

... aux conséquences potentiellement inquiétantes

Ce retard de diagnostic risque d'avoir de lourdes conséquences à moyen et long terme sur la morbi-

¹ Décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

mortalité par cancer. En effet, plus les tumeurs malignes sont détectées tôt, plus les traitements sont efficaces. Des modélisations tendent à indiquer que les retards de dépistage et de prise en charge liés à la pandémie entraîneront des diagnostics à des stades plus avancés de la maladie et une augmentation globale de la mortalité par cancer dans les années à venir [4,35]. Une étude anglaise a estimé que les retards dans le diagnostic et le traitement pourraient entraîner une augmentation de la mortalité par cancer du sein, colorectal et du poumon de respectivement 9,6 %, 16,6 % et 5,3 % en cinq ans [36]. Des modèles spécifiques de micro-simulation du cancer colorectal à l'Australie, au Canada et au Pays-Bas ont également estimé qu'un retard de diagnostic de trois, six et douze mois entraînerait une augmentation significative de l'incidence du cancer colorectal et du nombre de décès liés au cancer colorectal entre 2020 et 2050 [37]. Une autre étude de modélisation en Italie a montré des résultats plus nuancés : des délais allant jusqu'à 4-6 mois n'auraient pas d'impact significatif mais une interruption à plus long terme – et notamment au-delà de 7 à 12 mois - aurait un impact négatif sur les taux de mortalité, notamment du fait d'une détection des tumeurs malignes à un stade plus avancé [38].

Ainsi, dans les années à venir, il conviendra d'anticiper les besoins pour faire face à l'augmentation prévisible de la demande de soins [32,35].

La situation en Île-de-France

Méthodologie

Les données utilisées dans cette partie sont les données de remboursement de l'Assurance maladie. Elles ont été extraites du Système national des données de santé (SNDS).

Les caractéristiques des patients (département de résidence, âge, prise en charge pour une affection de longue durée et indice de désavantage social de la commune de résidence) sont celles renseignées au moment du recours à l'acte de dépistage.

L'indice de désavantage social (Fdep) a été construit par l'Inserm à partir de quatre variables : le revenu médian par unité de consommation du ménage, le pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans sortie du système scolaire, le pourcentage d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Alors que les deux premières variables représentent une dimension négative du désavantage social, les deux dernières en représentent une dimension positive².

Les évolutions présentées dans ce document traduisent la différence relative (en %) entre les nombres annuels de dépistages remboursés en 2020 et 2021 et le nombre annuel moyen de dépistages remboursés au cours des trois années précédentes (2017, 2018 et 2019). Pour les analyses spécifiques au cancer colorectal, les évolutions sont calculées par rapport à 2017 et 2018 puisqu'en 2019 il y avait une pénurie des tests de dépistage du cancer colorectal notamment en Île-de-France.

Les taux présentés dans ce document sont des taux annuels de dépistage et ne sont pas équivalents aux taux de participation ou taux de couverture habituellement utilisés (calculés sur deux ans). Le taux annuel est calculé en utilisant comme numérateur le nombre total d'actes effectués pour chaque type de cancer, rapportés au nombre total de bénéficiaires. En effet, il s'agit ici d'analyser la baisse des taux de dépistage au cours de la période pandémique.

Les analyses présentées dans ce focus abordent le recours au dépistage qu'il s'inscrit dans le cadre du dépistage organisé ou pas (dépistages individuels).

Le SNDS recense bien les actes effectués dans le cadre du dépistage organisé (code CCAM=QEQQ004, avec motif d'exonération 'Prévention'). La base de remboursement de l'assurance

maladie permet moins bien de distinguer les mammographies de dépistage individuel des mammographies de diagnostic clinique ou de suivi. Une partie des mammographies de dépistage individuel peut être identifiée par le code CCAM=QEQQ004 (sans motif associé d'exonération 'Prévention') qui correspond aux mammographies de dépistage individuel réalisées chez les femmes avec facteurs de risque. Pour les actes de mammographie réalisés par les femmes sans facteur de risque, le code CCAM=QEQQ001 (Mammographie bilatérale) ne permet pas de distinguer ce qui relève du dépistage de ce qui relève du diagnostic clinique ou de suivi. Pour tenter de ne retenir que les actes de dépistages, ces mammographies n'ont ici été retenues que si elles émanaient de femmes préalablement non prises en charge par cancer.

Les analyses présentées dans le présent focus diffèrent donc de celles présentées par Santé Publique France³ en ce sens qu'elles intègrent une approximation des dépistages individuels. Ces derniers représentent, en Île-de-France, 57 % des dépistages comptabilisés, d'une manière assez stable depuis 2017. C'est plus que ce qui est observé en moyenne en France métropolitaine, où les dépistages individuels ne représenteraient que 38 % des dépistages réalisés en 2020 et 2021.

Pour extraire les données relatives au dépistage du col de l'utérus, un recensement des actes d'examen cytopathologique de prélèvement du col de l'utérus (codes CCAM JKQX001, JKQX008, JKQX015, JKQX015, JKQX027, JKQX027, JKQX147, JKQX426, JKQX261, JKQX347) et tests de détection du génome de papillomavirus humains (HPV) (codes CCAM ZZQX628, ZZQX603) réalisés dans le cadre du dépistage organisé ou individuel auprès des femmes âgées de 25 à 65 ans, bénéficiaires tous régimes et résidant en Île-de-France a été effectué.

Concernant le cancer colorectal, les données kits de dépistage remboursés (tests immunologiques, prestation DCC n°9434) auprès des bénéficiaires âgés de 50 à 74 ans, tous régimes résidant en Île-de-France, ont été utilisés.

² Rey G, Rican S, Jouglan E. Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès - Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. BEH. 2011 ; 8-9 : 87-90.

³ Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2021-2022 et évolution depuis 2005 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2020-2021-et-evolution-depuis-2005>

Cancer du sein

Baisse puis reprise des dépistages du cancer du sein en Île-de-France

Au cours de la première période de confinement, qui a eu lieu entre le 17 mars et le 11 mai 2020, la région Île-de-France a connu une baisse de 90 % du nombre d'actes de dépistage du cancer du sein par rapport à ce qui avait été observé en moyenne au cours de la même période lors des trois années précédentes (Fig.1).

Avec l'allègement des restrictions à partir de mai 2020, un regain d'activité est observé.

Ce regain concerne tout d'abord la reprise des dépistages individuels (Fig.2). Ce n'est que vers juin-juillet 2020 que l'on observe une forte reprise d'activité des dépistages organisés, certainement grâce à la reprise à un rythme soutenu des courriers d'invitation et de relance des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers et à une campagne d'information auprès des populations invitées. Cette campagne insistait d'une part sur l'importance de se faire dépister y compris pendant cette période de pandémie et d'autre part sur la capacité des centres de radiologie à réaliser ces examens dans des conditions conformes aux recommandations sanitaires en vigueur [1].

Dépistage organisé du cancer du sein⁴

Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) a été généralisé en France en 2004. Il concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier (en dehors de celles en cours de traitement pour cancer, ou surveillées après traitement, les femmes présentant des facteurs de risques importants et celles présentant un symptôme). Elles sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique des seins.

Les clichés mammographiques sont lus par un premier radiologue. Les images classées comme normales ou bénignes sont revues par second radiologue, selon une procédure centralisée (double lecture). Ces procédures sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais.

En France, la mammographie peut être proposée en dehors du cadre du programme national de dépistage organisé. On parle alors de dépistage individuel ou de démarche de détection individuelle.

Figure 1 – Nombre d'actes de dépistage du cancer du sein par semaine de 2017 à 2021 en Île-de-France



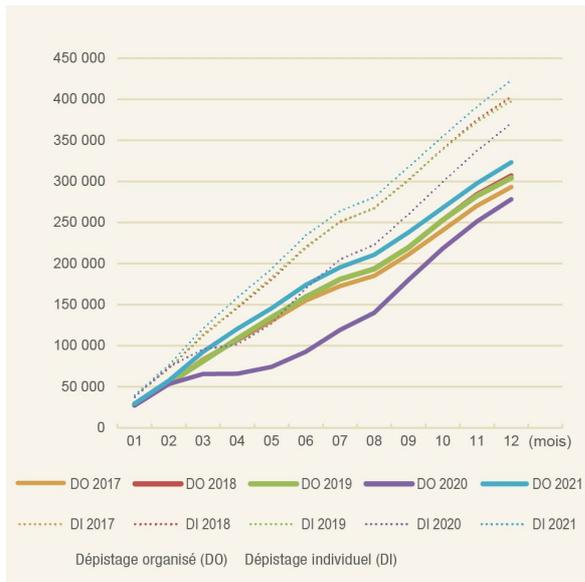
Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

⁴ Institut national du cancer. Dépistage du cancer du sein [en ligne] 2023. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein>

Un rattrapage qui n'est pas intégral

En 2020, malgré la reprise de l'activité à la sortie du confinement, le nombre de dépistages réalisés en Île-de-France ne rejoint pas celui réalisé en moyenne annuelle entre 2017 et 2019. Le nombre cumulé de dépistages réalisés en 2021 est, lui, supérieur à ce qui était observé en moyenne annuelle entre 2017 et 2019. Cependant, comme le soulignait Santé Publique France pour le dépistage organisé⁵, ce recours supérieur en 2021 ne comble pas entièrement

Fig. 2 - Nombre cumulé d'actes de dépistage individuel et organisé du cancer du sein / mois (2017 à 2021) en Île-de-France

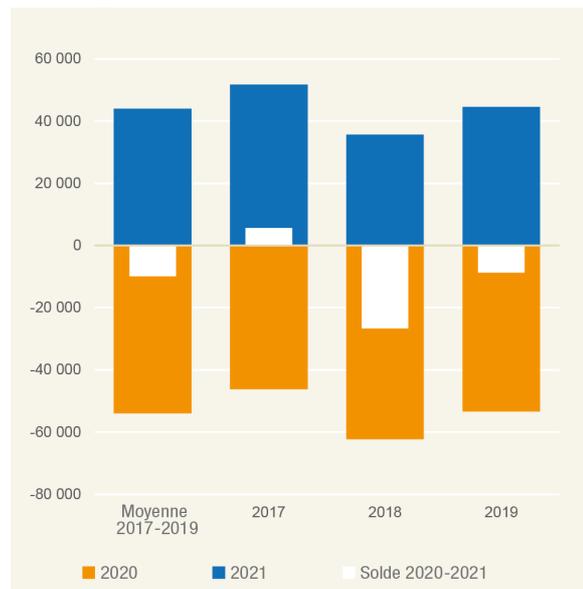


Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

le déficit de 2020 (Fig.3 et 4).

En effet, la différence entre le nombre d'actes de mammographies de dépistage réalisés en 2020 et 2021 comparativement aux niveaux de 2018 et de 2019 conduit à un solde négatif (Fig.3), sauf comparativement à 2017 où le nombre de dépistages avait été plus faible.

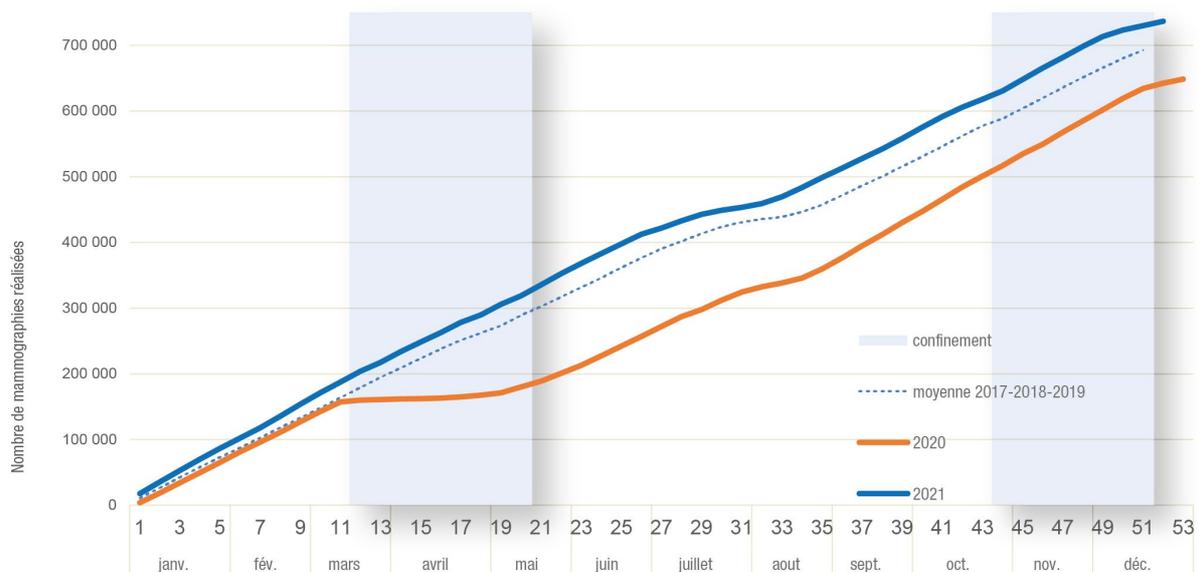
Fig. 3 - Différences du nombre d'actes de dépistage individuel et organisé du cancer du sein réalisés en 2020 et 2021 comparativement aux années antérieures



Note de lecture : En 2020, il y a eu environ 60 000 dépistages de moins qu'en 2018 ; alors qu'en 2021, il y en a eu près de 40 000 de plus. Ainsi, en moyenne sur 2020-2021, le nombre de dépistages réalisés restait inférieur au volume observé en 2018.

Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 4 - Nombre cumulé d'actes de dépistage du cancer du sein par semaine de 2017 à 2021 en Île-de-France



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

⁵ Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2020-2021 et évolution depuis 2005 [en ligne]. 2022. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2020-2021-et-evolution-depuis-2005>

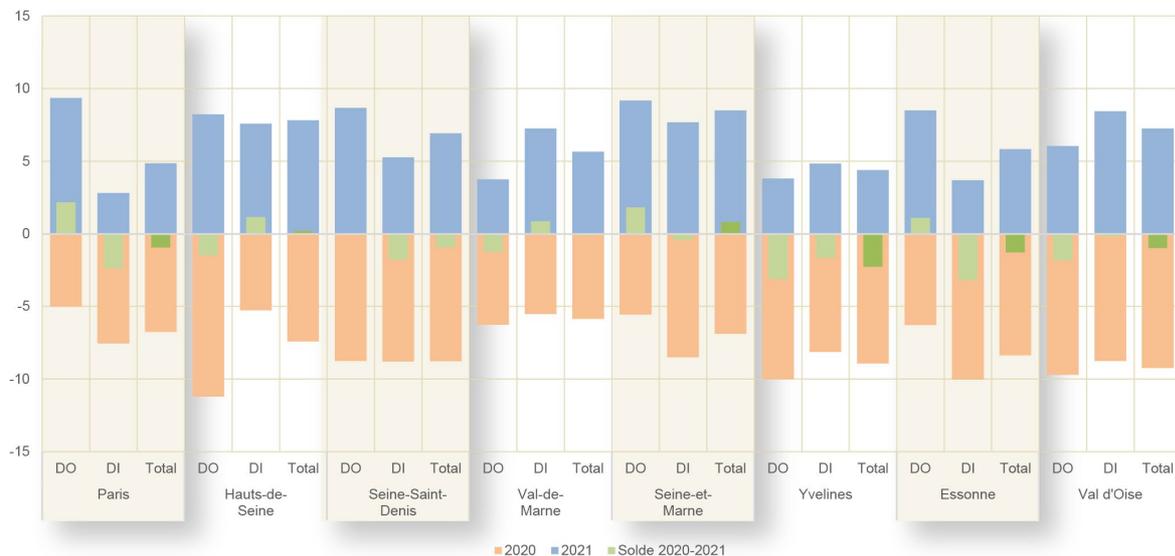
Une évolution des dépistages différenciée selon les départements

La dynamique d'évolution des actes de dépistage du cancer du sein n'a pas été similaire dans l'ensemble des départements d'Île-de-France : si tous ont connu une baisse du nombre d'actes de dépistages en 2020 et un rattrapage en 2021, la dynamique de 2021 a quasiment compensé la baisse de 2020 dans les Hauts-de-Seine, dans le Val-de-Marne, et en Seine-et-Marne (où une très légère hausse du volume des dépistages est même observée, mais cette hausse s'annule lorsque l'on tient compte de l'évolution de la population). En revanche, la reprise n'a pas permis de compenser la baisse dans les autres départements franciliens et le solde s'avère particulièrement négatif dans les Yvelines notamment (Fig.5).

Par ailleurs, les dynamiques ont également été fort différenciées, par département, entre les dépistages organisés (DO) et les dépistages individuels (DI).

Ainsi, à Paris par exemple, la hausse des DO observée en 2021 a plus que compensé la baisse de 2020, conduisant, sur les deux ans, à un volume global de DO supérieur à ce qui était observé en moyenne les années antérieures. Cela n'a pas été le cas pour les DI où le rattrapage de 2021 a été nettement plus faible que la baisse de 2020. La part des DI étant particulièrement importante à Paris (Fig.6), cela se traduit, globalement, par une baisse du nombre total d'actes de dépistage à Paris sur l'ensemble de la période. Dans les Yvelines, ce sont aussi bien les DO que les DI qui diminuent, tandis que dans le Val-de-Marne, les DO diminuent tandis que les DI s'accroissent.

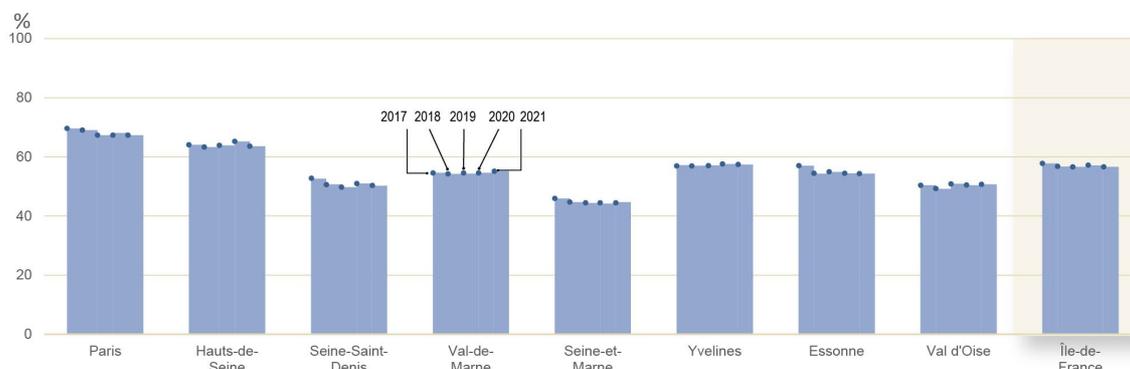
Figure 5 - Comparaison des volumes d'actes de dépistage du cancer du sein par département en Ile-de-France entre 2017-2019, 2020 et 2021 (écarts relatifs à la moyenne 2017-2019)



DO : dépistage organisé, DI : dépistage individuel.

Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 6 - Part des actes de dépistage individuel parmi l'ensemble des actes de dépistage du cancer du sein, par département

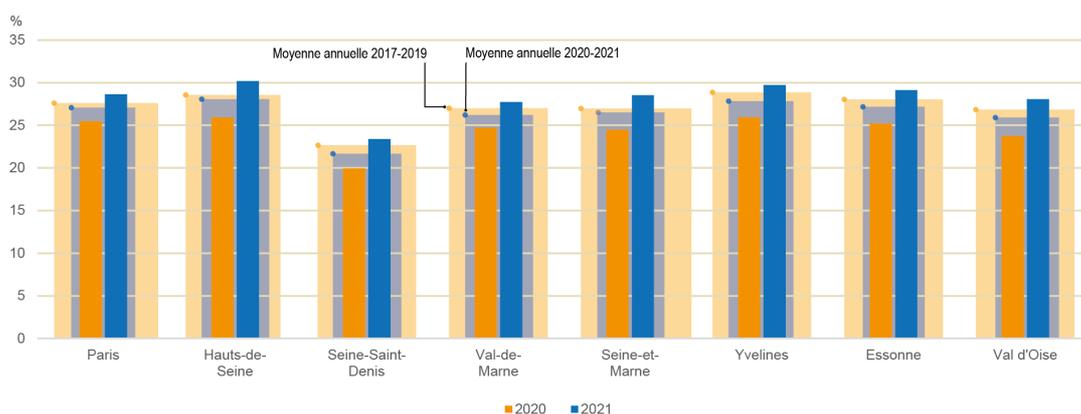


Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Rapportés à la population, le nombre d'actes de dépistages du cancer du sein a finalement diminué dans tous les départements. Par ailleurs, le classement des départements en nombre de dépistage (DO et DI) par habitante est conservé, avec la Seine-Saint-Denis qui apparaît comme le département où le volume d'actes de dépistage par habitante reste le plus faible (Fig.7).

De fait, ce sont dans les secteurs socialement les moins favorisés qu'a été enregistrée une diminution globale du nombre d'actes de dépistages en moyenne sur les deux années 2020-2021 (Fig.8). Dans les secteurs plus aisés, la baisse moyenne du nombre de dépistage individuel a été compensée par une hausse moyenne du nombre d'actes de dépistage organisé. Ça n'a pas été le cas pour les populations des communes du cinquième quintile de défaveur sociale.

Figure 7 - Nombre d'actes de dépistage du cancer du sein rapporté à la population des femmes de 40-74 ans n'ayant pas de cancer actif ou sous surveillance, par département en Île-de-France



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 8 – Comparaison des volumes d'actes de dépistage du cancer du sein en 2020 et 2021 par rapport à la moyenne 2017-2019 par indice de défaveur sociale de la commune de résidence (Fdep)



Lecture : Q1 à Q5 = quintiles du Fdep

Q1 = les plus aisés (les moins défavorisés) --> Q5 = les plus défavorisés

Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Cancer du col de l'utérus

Situation moins favorable pour le cancer du col de l'utérus

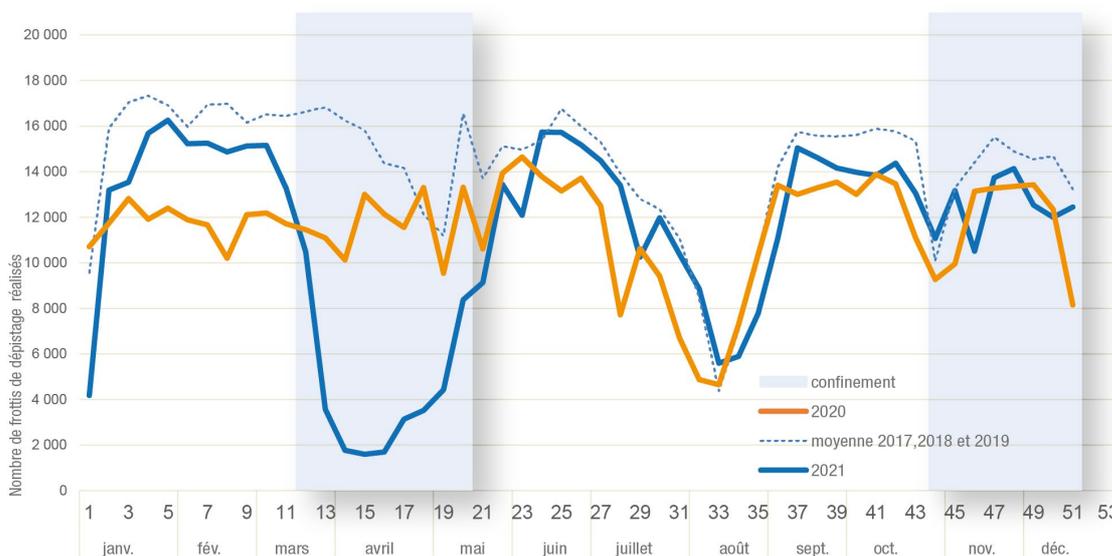
De la même manière que pour les dépistages du cancer du sein, les actes de dépistage du cancer du col de l'utérus ont diminué de 83 % pendant le premier confinement par rapport à ce qui avait été observé en moyenne au cours de la même période lors des trois années précédentes. Mais, à la différence de ce qui a pu être observé pour le dépistage du cancer du sein, l'allègement des restrictions à partir de mai 2020 n'a pas conduit à un phénomène de rattrapage (Fig. 9) et ce, dans aucun département francilien (Fig. 10).

Globalement, une diminution de près de 21 % du niveau annuel moyen de dépistage des cancers du col de l'utérus est à noter en Île-de-France quand on compare la période 2017-2019 et la période 2020-2021.

Par ailleurs, les inégalités de recours au dépistage du cancer du col de l'utérus (en défaveur de la Seine-Saint-Denis et du Val-d'Oise) ont perduré.

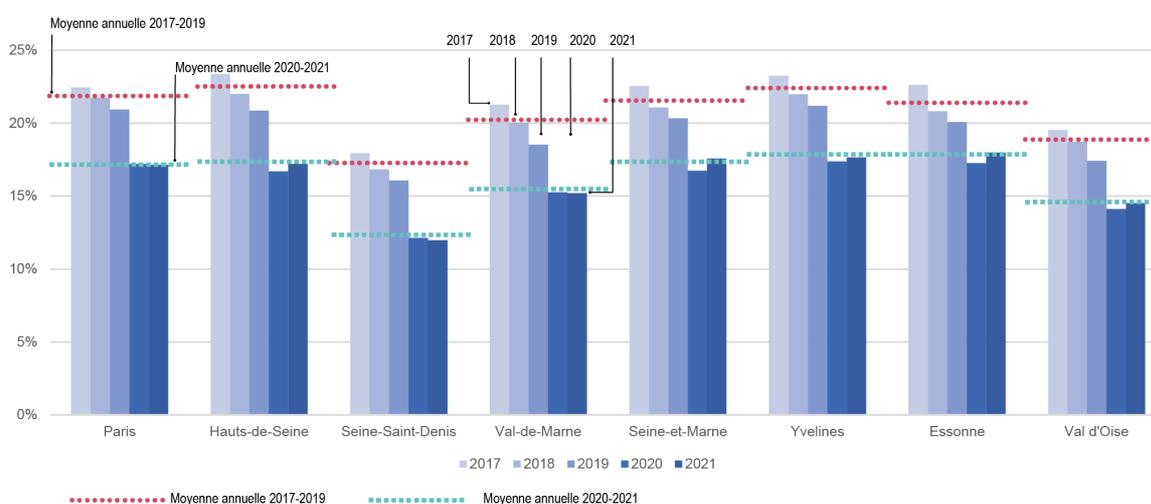
À noter également que la tendance à la diminution du recours au dépistage du cancer du col de l'utérus semblait déjà engagée dans les années précédant la pandémie, et ce, dans tous les départements franciliens.

Figure 9 - Recours aux actes de dépistage du cancer du col de l'utérus en Île-de-France



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 10 - Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les départements d'Île-de-France



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Accroissement des inégalités sociales en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus

Avant la pandémie, le recours au dépistage du col de l'utérus était déjà moins important chez les femmes couvertes par la C2S (Fig. 12) ou résidentes dans des communes à forte défaveur sociale (Fig. 13).

La pandémie semble avoir encore accru les inégalités de dépistage puisque la diminution du recours observé en 2020 a été moindre qu'en 2021 pour les femmes non couvertes par une ALD (Fig. 11) ou par la C2S par exemple tandis qu'elle s'est encore accentuée en 2021 pour les femmes bénéficiant du régime ALD ou de la C2S.

Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus⁶

Le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est mis en place depuis 2018. Le dépistage est recommandé pour les femmes asymptomatiques âgées de 25 à 65 ans. Pour les femmes entre 25 et 29 ans, le test de dépistage est réalisé par examen cytologique tous les 3 ans, après deux premiers tests réalisés à un an d'intervalle et dont les résultats sont normaux. Pour les femmes de 30 à 65 ans, la HAS a fait évoluer les modalités de dépistage : elle recommande que le test HPV-HR, plus efficace pour ces femmes, remplace l'examen cytologique. Le test HPV-HR est réalisé trois ans après le dernier examen cytologique dont le résultat est normal. Un nouveau test est refait tous les cinq ans, jusqu'à l'âge de 65 ans, dès lors que le résultat du test est négatif. A la différence de l'examen cytologique qui s'intéresse à la morphologie des cellules, le test HPV-HR cherche la présence d'ADN du virus HPV à haut risque chez les femmes. Ces tests (cytologiques et HPV-HR) sont réalisés sur un prélèvement de cellules au niveau du col de l'utérus, appelé prélèvement cervico-utérin. Cette démarche est complémentaire de la stratégie de prévention vaccinale contre les HPV. Cette vaccination est recommandée pour les adolescents, filles et garçons, de 11 ans à 14 ans, avec un rattrapage vaccinal possible entre 15 et 19 ans.

Figure 11 - Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus selon la prise en charge pour ALD

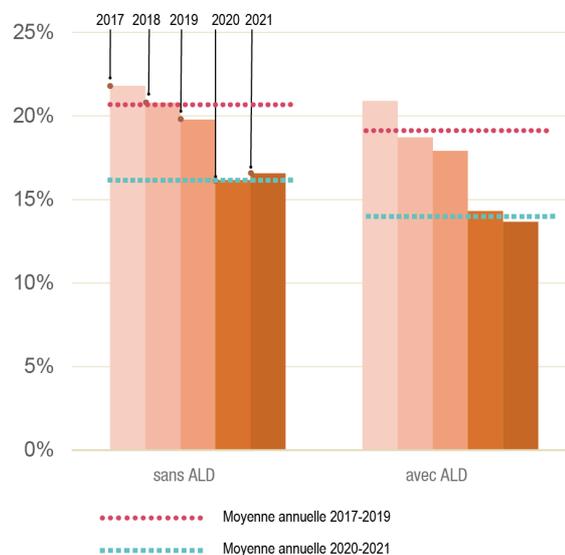
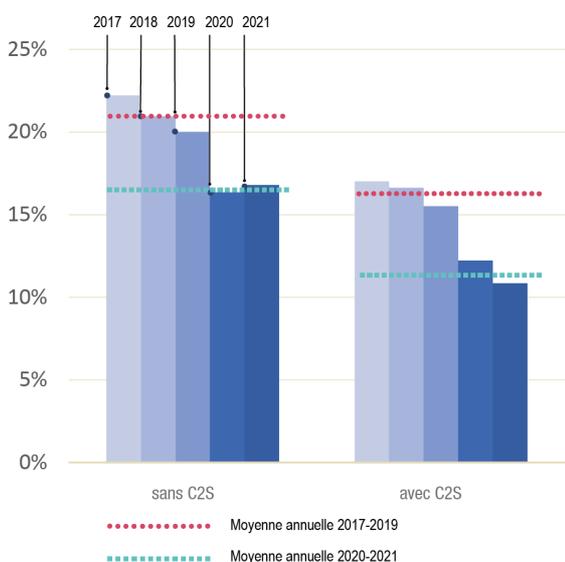
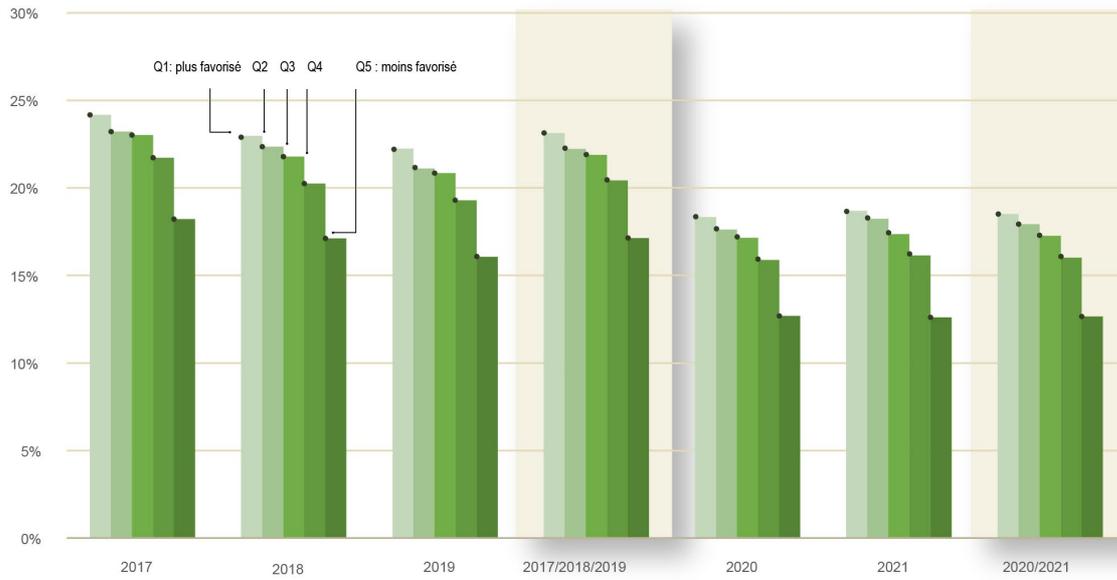


Figure 12 - Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus selon la couverture par la C2S



⁶⁶ Institut national du cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus [en ligne] 2022. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

Figure 13 - Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus selon le FDep de la commune de résidence



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Cancer colorectal

Pour le dépistage du cancer colorectal, la comparaison de la situation 2020-2021 doit se faire en référence aux années 2017 et 2018 (Fig. 14), l'année 2019 ayant connu un déficit de dépistages important du fait d'une rupture de stock des kits de dépistages. A noter également que le taux de dépistage avait notablement augmenté entre 2017 et 2018 dans la quasi-totalité des départements franciliens (Fig. 15).

suivi assez vite d'une accélération du rythme de dépistage (Fig. 14), ce qui a permis une diminution annuelle très modérée en 2020 (un peu plus marquée dans certains départements de grande couronne) par rapport à ce qui avait été observé en 2017-2018. En 2021, les taux de dépistages du cancer colorectal ont encore augmenté dans la plupart des départements franciliens (Fig. 15).

Un rattrapage du dépistage du cancer colorectal dès l'issue du premier déconfinement

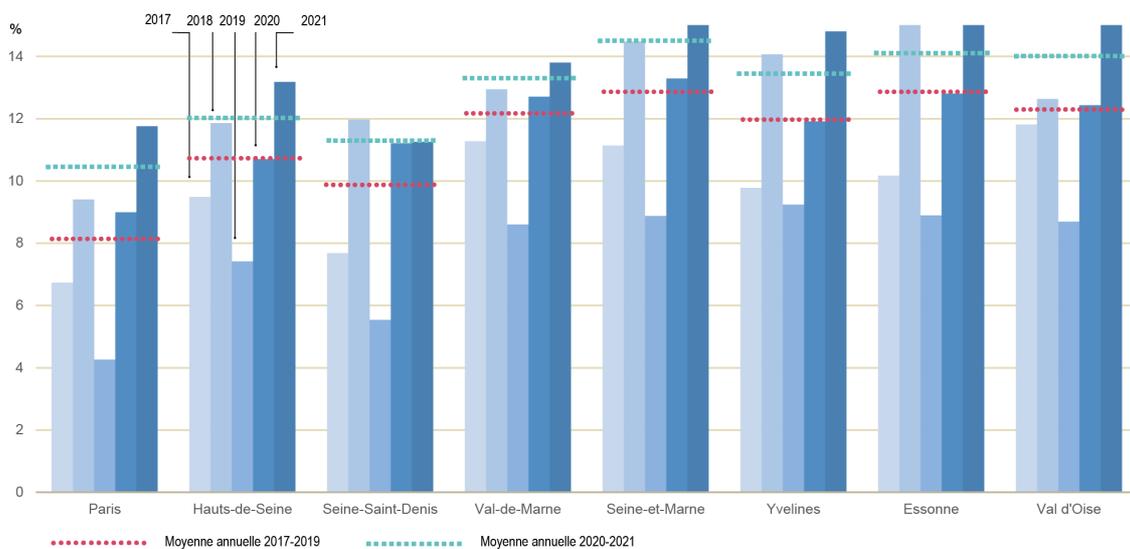
Dans ce contexte, le quasi-arrêt des dépistages lors du premier confinement (diminution de - 94 %) a été

Figure 14 - Recours aux actes de dépistage du cancer colorectal en Ile-de-France



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Figure 15 - Taux de dépistage du cancer colorectal par département en Ile-de-France



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Dépistage organisé du cancer colorectal⁷

Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) est le deuxième après celui du cancer du sein à avoir été généralisé en 2007/2008.

Le dépistage du cancer colorectal est proposé tous les deux ans aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans qui présentent un risque moyen de développer un cancer colorectal. Il repose sur l'utilisation d'un examen de biologie médicale qui utilise depuis 2015 une méthode immunologique quantitative de recherche de sang occulte dans les selles sur un seul prélèvement (test OC Sensor).

Les invitations sont émises à partir d'une base de population cible identifiée par les structures en charge de la gestion du dépistage du cancer colorectal à partir des fichiers fournis par l'ensemble des régimes d'assurance maladie et en tenant compte des informations relatives à l'inéligibilité de certaines personnes ciblées par le programme de dépistage organisé.

Les personnes appartenant à la tranche d'âge cible du dépistage sont personnellement invitées par la structure de dépistage à retirer le kit de dépistage auprès de leur médecin lors d'une consultation, sachant qu'à partir du 1er mars 2022, il est possible à toute personne éligible invitée au dépistage organisé du cancer colorectal de recevoir gratuitement un test de dépistage à domicile.

Si le résultat du test est négatif, le patient reçoit son résultat par courrier, et il sera invité à renouveler ce test 2 ans plus tard, et à revenir en consultation sans attendre ce délai s'il présente des symptômes pouvant évoquer un cancer colorectal.

Si le résultat du test est positif, le patient en sera informé et puis adressé rapidement à un gastroentérologue pour réaliser une coloscopie.

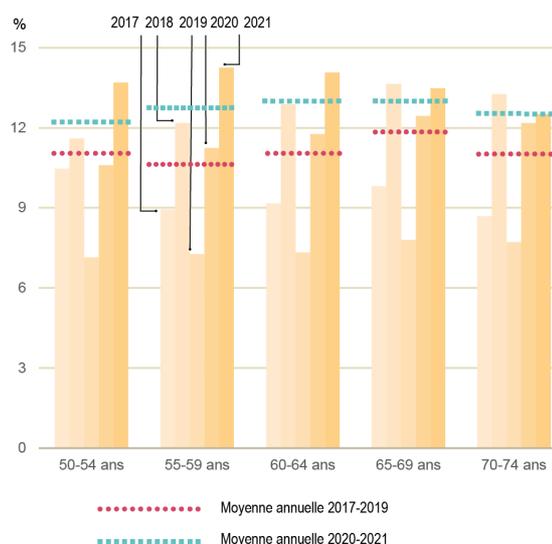
Le cancer colorectal a été le seul type de cancer à connaître cette dynamique d'évolution et de rattrapage. Une piste d'explication pourrait être que le prélèvement nécessaire pour ce dépistage est réalisé à domicile, sans déplacement (une fois le kit de dépistage acquis). Dans le contexte de restriction des déplacements généré par la crise sanitaire de la Covid-19, cela a pu favoriser l'augmentation du nombre de participants, contrairement aux dépistages du cancer du sein et du col de l'utérus, qui nécessitent un déplacement des patients dans un établissement sanitaire ou auprès d'un médecin.

Ce résultat pourrait également démontrer l'utilité de ce type de test dans des circonstances urgentes et spécifiques comme une pandémie. Les auto-prélèvements font l'objet de recherches pour d'autres cancers que le cancer colorectal, notamment le cancer du col de l'utérus. De nombreux résultats sont prometteurs et pourraient permettre d'augmenter les taux de dépistage [51].

Pas de différence marquée entre les différentes classes d'âges

Nous pouvons constater que la moyenne globale des taux de dépistage colorectal entre 2017-2018 et 2020-2021 est presque la même dans tous les groupes d'âge. Cependant, si nous examinons chaque année séparément, nous pouvons observer que les personnes âgées se sont dépistées plus que les jeunes en 2020. En revanche, en 2021, les personnes plus jeunes se sont davantage dépistées que les personnes âgées (Fig. 16).

Figure 16 - Taux de dépistage du cancer colorectal selon l'âge



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

⁷ Institut national du cancer. Le programme national de dépistage du cancer colorectal [en ligne] 2023. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoc/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-national-de-depistage>

Un gradient social de recours moins marqué pour ce type de dépistage

Le dépistage du cancer colorectal se distingue des deux autres types de dépistage du cancer en ce sens que le niveau de dépistage ne suit pas exactement un gradient social (Fig. 19) : certes, les patients couverts par la C2S présentent un taux de recours plus faible que les autres populations (Fig.18), mais la défaveur sociale de la commune de résidence n'est pas associée à un recours moins important : les habitants des communes les plus favorisées ayant même tendance à moins se faire dépister. Par contre, ce

sont bien les personnes non couvertes par la C2S ou par une ALD qui ont eu une dynamique de recours au dépistage de ce cancer particulièrement importante en 2021 (Fig. 17 et 18). Comme nous l'avons déjà dit, le fait que ce test puisse être réalisé facilement à domicile le rend probablement accessible à de nombreuses personnes, quel que soit leur niveau social. D'autres facteurs, tels que les décisions, préférences et attitudes personnelles, peuvent également influencer les taux de dépistage. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ces questions.

Figure 17 - Taux de dépistage du cancer colorectal selon la prise en charge pour ALD

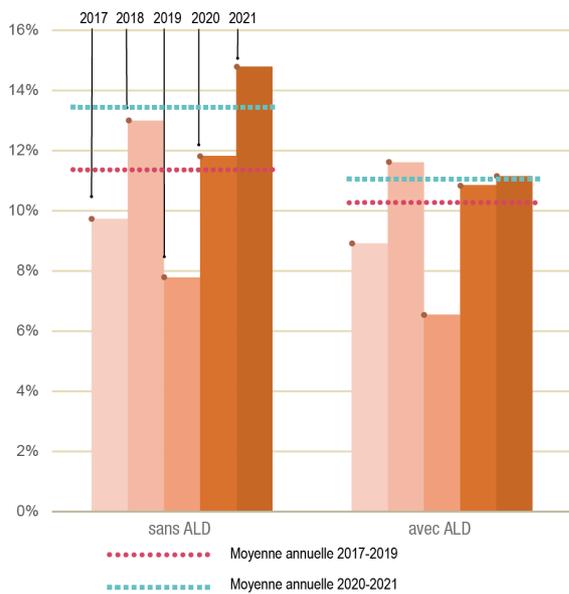


Figure 18 - Taux de dépistage du cancer colorectal selon la couverture par la C2S

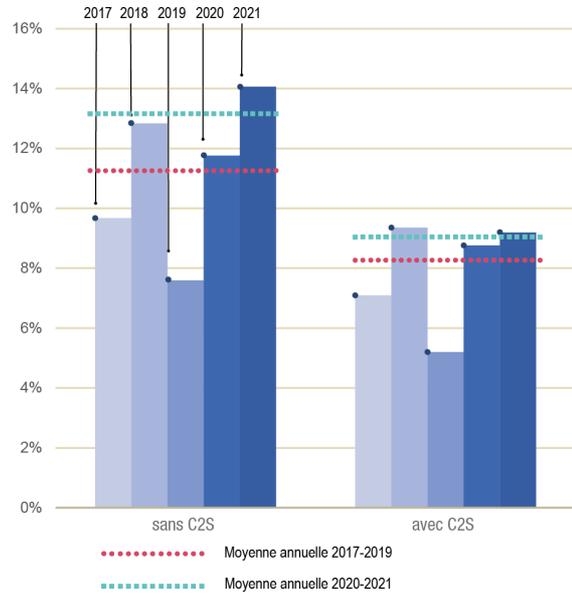
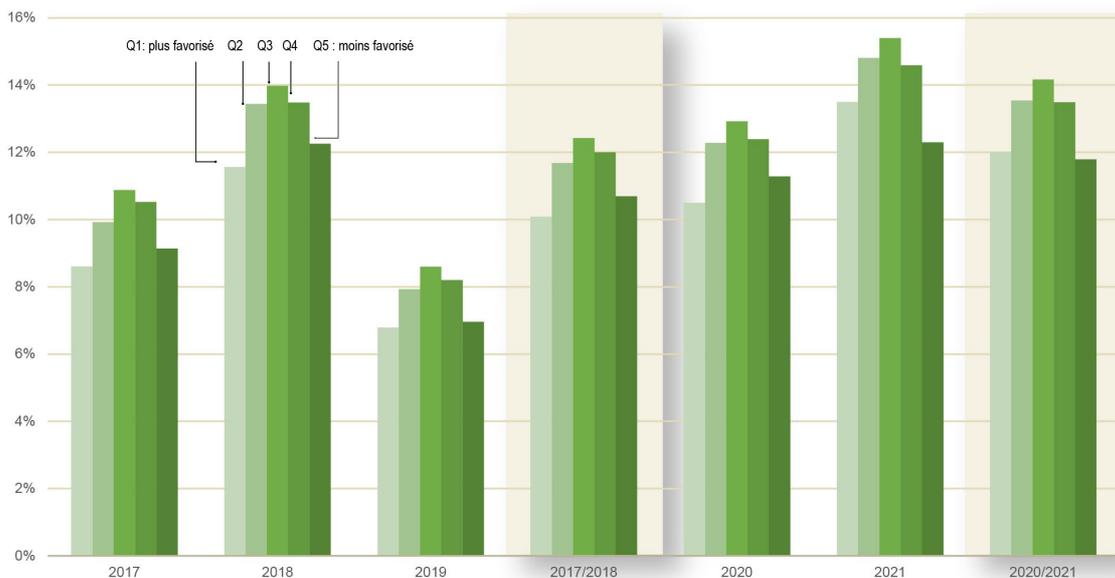


Figure 19 - Taux de dépistage du cancer colorectal selon l'indice FDep



Source : SNDS, 2017 2018 2019 2020 2021, exploitation ORS Île-de-France

Conclusion et perspectives

Les mesures mises en œuvre en réponse à la pandémie de Covid-19 ont fortement perturbé l'activité de dépistage des cancers⁸. La lutte contre l'épidémie était une priorité beaucoup plus importante et urgente, nécessitant les ressources humaines et matérielles. Les activités de santé publique liées au dépistage et à la prévention du cancer, qui sont généralement menées en milieu ambulatoire, n'étaient pas prioritaires et ont donc été réduites afin de préserver les ressources humaines et matérielles et d'éviter une éventuelle exposition au SARS-CoV-2 des participants aux dépistages du cancer. Même les services qui n'ont pas été complètement perturbés ont connu une baisse significative de leur fréquentation en raison de la crainte généralisée du public quant au risque d'exposition.

Ce travail visait à donner un aperçu global et local de l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'activité du dépistage des cancers. Comme prévu, et conformément avec la suspension des trois programmes de dépistage organisé, le nombre de personnes se faisant dépister pour un cancer en Ile-de-France, comme partout ailleurs, a chuté de façon préoccupante pendant le premier confinement, mais parfois sans aucun rattrapage au cours de l'année, pouvant entraîner des pertes de chance. Nos résultats ont montré que l'impact de la pandémie sur le dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal a été réparti de manière homogène en Île-de-France, sans différence significative entre les départements ou les caractéristiques sociodémographiques des personnes concernées. En revanche, lorsqu'on analyse les « taux » de dépistages, des inégalités territoriales et socio-démographiques apparaissent en particulier pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Le recours aux actes de dépistage du cancer du sein, col de l'utérus et colorectal était déjà relativement faible avant la survenue de la pandémie. La pandémie de Covid-19 a, sans surprise, exacerbé cette situation. A la fin de l'année 2021, les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal ont connu un rattrapage des retards observés en 2020. Dans le cas du cancer du col de l'utérus, aucun rattrapage n'est observé en 2020 et 2021.

La réussite du dépistage du cancer est souvent le fruit d'une collaboration synergique entre les patients, les professionnels de la santé et les systèmes de santé. Le déclin mondial des dépistages des cancers lors de la pandémie peut avoir de graves conséquences : certains diagnostics de cancers ont pu se faire à un stade plus avancé de la maladie, et pourrait entraîner une augmentation de la sévérité et probablement du nombre de décès par cancer chez les patients. Une anticipation de l'augmentation de la demande de soins est à envisager dans les années à venir pour atténuer autant que possible l'impact de la pandémie sur les cancers.

⁸ Pour en savoir plus, voir les indicateurs de participation/couverture des dépistages des cancers produits par Santé publique France, responsable de l'évaluation de ces programmes. Les résultats sont disponibles par région et par département :

- Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2021 ? Santé publique France (2022).

- Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2020-2021 et évolution depuis 2005, Santé publique France (2022).

- Cancer colorectal : données de dépistage 2020-2021, Santé publique France (2022).

- Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doit progresser pour une meilleure prévention, Santé publique France (2022).

- GEODES <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=home>

Références

- [1] Vincelet C, Forzy ML, Bernoux A, Koivogui A. Dépistage du cancer du sein dans deux régions françaises dans le contexte de la crise sanitaire liée à la Covid-19. *Imag Femme*. oct 2021;31(3):130-5.
- [2] Impact de l'épidémie de COVID-19 sur le recours aux actes de dépistage des cancers en Pays de la Loire, entre mars 2020 et juin 2021 | ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/impact-de-lepidemie-de-covid-19-sur-le-recours-aux-actes-de-depistage-des-cancers-en>
- [3] Ruiz-Medina S, Gil S, Jimenez B, Rodriguez-Brazzarola P, Diaz-Redondo T, Cazorla M, et al. Significant decrease in annual cancer diagnoses in Spain during the COVID-19 pandemic: A real-data study. *Cancers* [Internet]. 2021;13(13). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2007617989&from=export>
- [4] Patt D, Gordan L, Diaz M, Okon T, Grady L, Harmison M, et al. Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clin Cancer Inform*. 2020;4:1059-71.
- [5] DeGross A, Miller J, Sharma K, Sun J, Helsel W, Kammerer W, et al. COVID-19 impact on screening test volume through the National Breast and Cervical Cancer early detection program, January-June 2020, in the United States. *Prev Med*. 2021;151:106559.
- [6] Burger EA, Jansen EE, Killen J, Kok IM de, Smith MA, Sy S, et al. Impact of COVID-19-related care disruptions on cervical cancer screening in the United States. *J Med Screen*. 2021;28(2):213-6.
- [7] Chen RC, Haynes K, Du S, Barron J, Katz AJ. Association of Cancer Screening Deficit in the United States With the COVID-19 Pandemic. *JAMA Oncol*. 1 juin 2021;7(6):878-84.
- [8] Meggetto O, Jembere N, Gao J, Walker MJ, Rey M, Rabeneck L, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the Ontario Cervical Screening Program, colposcopy and treatment services in Ontario, Canada: a population-based study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2021;128(9):1503-10.
- [9] Walker MJ, Meggetto O, Gao J, Espino-Hernández G, Jembere N, Bravo CA, et al. Measuring the impact of the COVID-19 pandemic on organized cancer screening and diagnostic follow-up care in Ontario, Canada: A provincial, population-based study. *Prev Med*. 2021;151:106586.
- [10] Decker KM, Feely A, Bucher O, Singh H, Turner D, Lambert P. Evaluating the impact of the COVID-19 pandemic on cancer screening in a central Canadian province. *Prev Med*. 2022;155:106961.
- [11] Linck PA, Garnier C, Depiteville MP, MacGrogan G, Mathoulin-Pélissier S, Quénel-Tueux N, et al. Impact of the COVID-19 lockdown in France on the diagnosis and staging of breast cancers in a tertiary cancer centre. *Eur Radiol*. 2022;32(3):1644-51.
- [12] Feletto E, Grogan P, Nickson C, Smith M, Canfell K. How has COVID-19 impacted cancer screening? Adaptation of services and the future outlook in Australia. *Public Health Res Pract*. 2020;30(4):3042026.
- [13] Recommandations de la Direction générale de la santé « Prise en charge hors Covid »; 2020 [Internet]. [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/soins-hors-covid-19.pdf>
- [14] Fisher-Borne M, Isher-Witt J, Comstock S, Perkins RB. Understanding COVID-19 impact on cervical, breast, and colorectal cancer screening among federally qualified healthcare centers participating in « Back on track with screening » quality improvement projects. *Prev Med*. 2021;151:106681.
- [15] Rottoli M, Pellino G, Spinelli A, Flacco ME, Manzoli L, Morino M, et al. Impact of COVID-19 on the oncological outcomes of colorectal cancer surgery in northern Italy in 2019 and 2020: multicentre comparative cohort study. *BJS Open* [Internet]. 2022;6(1). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85124447804&doi=10.1093%2fbjsopen%2fzrab139&partnerID=40&md5=3cb2df41c9c0ec902974b1e26b319525>
- [16] D'Ovidio V, Lucidi C, Bruno G, Lisi D, Miglioresi L, Bazuro ME. Impact of COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Screening Program. *Clin Colorectal Cancer*. 2021;20(1):e5-11.
- [17] Vives N, Binefa G, Vidal C, Milà N, Muñoz R, Guardiola V, et al. Short-term impact of the COVID-19 pandemic on a population-based screening program for colorectal cancer in Catalonia (Spain). *Prev Med*. 2022;155:106929.
- [18] Cheng SY, Chen CF, He HC, Chang LC, Hsu WF, Wu MS, et al. Impact of COVID-19 pandemic on fecal immunochemical test screening uptake and compliance to diagnostic colonoscopy. *J Gastroenterol Hepatol*. juin 2021;36(6):1614-9.
- [19] Coma E, Guiriguet C, Mora N, Marzo-Castillejo M, Benítez M, Méndez-Boo L, et al. Impact of the COVID-19 pandemic and related control measures on cancer diagnosis in Catalonia: A time-series analysis of primary care electronic health records covering about five million people. *BMJ Open* [Internet]. 2021;11(5). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85106171689&doi=10.1136%2fbmjopen-2020-047567&partnerID=40&md5=d4800a107c5dd4b98f1c85d573dc72d9>
- [20] Suárez J, Mata E, Guerra A, Jiménez G, Montes M, Arias F, et al. Impact of the COVID-19 pandemic during Spain's state of emergency on the diagnosis of colorectal cancer. *J Surg Oncol*. 2021;123(1):32-6.
- [21] London JW, Fazio-Eynullayeva E, Palchuk MB, Sankey P, McNair C. Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters. *JCO Clin Cancer Inform*. nov 2020;4:657-65.

- [22] Decker KM, Lambert P, Feely A, Bucher O, Kim JO, Hebbard P, et al. Evaluating the impact of the covid-19 pandemic on new cancer diagnoses and oncology care in manitoba. *Curr Oncol*. 2021;28(4):3081-90.
- [23] Buscarini E, Benedetti A, Monica F, Pasquale L, Buttitta F, Cameletti M, et al. Changes in digestive cancer diagnosis during the SARS-CoV-2 pandemic in Italy: A nationwide survey. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver*. 2021;53(6):682-8.
- [24] Cantini L, Mentrasti G, Russo GL, Signorelli D, Pasello G, Rijavec E, et al. Evaluation of COVID-19 impact on DELAYing diagnostic-therapeutic pathways of lung cancer patients in Italy (COVID-DELAY study): fewer cases and higher stages from a real-world scenario. *ESMO Open* [Internet]. 2022;7(2). Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2016997420&from=export>
- [25] Peacock HM, Tambuyzer T, Verdoodt F, Calay F, Poirel HA, De Schutter H, et al. Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis. *ESMO Open*. 2021;6(4):100197.
- [26] Englum BR, Prasad NK, Lake RE, Mayorga-Carlin M, Turner DJ, Siddiqui T, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis of new cancers: A national multicenter study of the Veterans Affairs Healthcare System. *Cancer*. 2022;128(5):1048-56.
- [27] Kaltfen T, Hagemann F, Harbeck N, Wuerstein R, Kost BP, Burges A, et al. Changes in gynecologic and breast cancer diagnoses during the first wave of the COVID-19 pandemic: analysis from a tertiary academic gynecological center in Germany. *Arch Gynecol Obstet*. 2022;305(3):713-8.
- [28] Jacob L, Kalder M, Kostev K. Decrease in the number of patients diagnosed with cancer during the COVID-19 pandemic in Germany. *J Cancer Res Clin Oncol* [Internet]. 2022; Disponible sur: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2014760385&from=export>
- [29] Jacob L, Loosen SH, Kalder M, Luedde T, Roderburg C, Kostev K. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer diagnoses in general and specialized practices in Germany. *Cancers*. 2021;13(3):1-11.
- [30] Morris EJA, Goldacre R, Spata E, Mafham M, Finan PJ, Shelton J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the detection and management of colorectal cancer in England: a population-based study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. mars 2021;6(3):199-208.
- [31] Kopel J, Ristic B, Brower GL, Goyal H. Global Impact of COVID-19 on Colorectal Cancer Screening: Current Insights and Future Directions. *Med Kaunas Lith* [Internet]. 2022;58(1). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8778776/>
- [32] Toss A, Isca C, Venturelli M, Nasso C, Ficarra G, Bellelli V, et al. Two-month stop in mammographic screening significantly impacts on breast cancer stage at diagnosis and upfront treatment in the COVID era. *ESMO Open*. 2021;6(2):100055.
- [33] Héquet D, Rodrigues M, Tardivon A, Langer A, Dahan M, Rouzier R, et al. Impact de l'épidémie de COVID-19 sur les demandes de prise en charge initiale pour cancer du sein. *Bull Cancer (Paris)*. juin 2020;107(6):620-2.
- [34] La Covid-19 freine le dépistage précoce du cancer [Internet]. ONU France. 2021 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: <https://unric.org/fr/la-covid-19-freine-le-depistage-precoce-du-cancer/>
- [35] Yong JH, Mainprize JG, Yaffe MJ, Ruan Y, Poirier AE, Coldman A, et al. The impact of episodic screening interruption: COVID-19 and population-based cancer screening in Canada. *J Med Screen*. 2021;28(2):100-7.
- [36] Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol*. 2020;21(8):1023-34.
- [37] de Jonge L, Worthington J, van Wifferen F, Iraborri N, Peterse EFP, Lew JB, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on faecal immunochemical test-based colorectal cancer screening programmes in Australia, Canada, and the Netherlands: a comparative modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(4):304-14.
- [38] Ricciardiello L, Ferrari C, Cameletti M, Gaianilli F, Buttitta F, Bazzoli F, et al. Impact of SARS-CoV-2 Pandemic on Colorectal Cancer Screening Delay: Effect on Stage Shift and Increased Mortality. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2021;19(7):1410-1417.e9.
- [39] Glasbey J, Ademuyiwa A, Adisa A, AlAmeer E, Arnaud AP, Ayasra F, et al. Effect of COVID-19 pandemic lockdowns on planned cancer surgery for 15 tumour types in 61 countries: an international, prospective, cohort study. *Lancet Oncol*. 2021;22(11):1507-17.
- [40] Stöss C, Steffani M, Pergolini I, Hartmann D, Radenkovic D, Novotny A, et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Surgical Oncology in Europe: Results of a European Survey. *Dig Surg*. 2021;38(4):259-65.
- [41] Depypere LP, Daddi N, Gooseman MR, Batirel HF, Brunelli A. The impact of coronavirus disease 2019 on the practice of thoracic oncology surgery: A survey of members of the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *Eur J Cardiothorac Surg*. 2020;58(4):752-62.
- [42] Jouen T, Gauthier T, Azais H, Bendifallah S, Chauvet P, Fernandez H, et al. The impact of the COVID-19 coronavirus pandemic on the surgical management of gynecological cancers: Analysis of the multicenter database of the French SCGP and the FRANCOGYN group. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* [Internet]. 2021;50(8). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85103703595&doi=10.1016%2Fj.jogoh.2021.102133&partnerID=40&md5=627a7fe16cd3ad92c1cb7077dcca7621>
- [43] Laccourreye O, Mirghani H, Evrard D, Bonnefont P, Brugel L, Tankere F, et al. Impact of the first month of Covid-19 lockdown on oncologic surgical activity in the Ile de France region university hospital otorhinolaryngology departments. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2020;137(4):273-6.

[44] Dienemann T, Brennfleck F, Dejaco A, Grützmann R, Binder J, Krautz C, et al. Collateral effects of the SARS-CoV-2 pandemic on oncologic surgery in Bavaria. *BMC Surg* [Internet]. 2021;21(1). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85120731034&doi=10.1186%2fs12893-021-01404-y&partnerID=40&md5=49fa6fa215cb4eb4676db5fdc538f878>

[45] de la Portilla de Juan F, Reyes Díaz ML, Ramallo Solía I. Impact of the pandemic on surgical activity in colorectal cancer in Spain. Results of a national survey. *Cirugía Española*. 2021;99(7):500-5.

[46] Martínez-Hernández NJ, Silva UC, Sánchez AC, de la Cruz JLCC, Carillo AO, Sarceda JRJ, et al. Effect of covid-19 on thoracic oncology surgery in Spain: A Spanish thoracic surgery society (sect) survey. *Cancers* [Internet]. 2021;13(12). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85107451950&doi=10.3390%2fcancers13122897&partnerID=40&md5=6f20a5dbf7992dc159e932456bdf0e9>

[47] Rebecchi F, Arolo S, Uglione E, Morino M, Asti E, Bonavina L, et al. Impact of COVID-19 outbreak on esophageal cancer surgery in Northern Italy: Lessons learned from a multicentric snapshot. *Dis Esophagus* [Internet]. 2021;34(6). Disponible sur: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85108303401&doi=10.1093%2fdote%2fdoaa124&partnerID=40&md5=4bbad57756a80b939cb7a7df391559a7>

[48] Parmar A, Eskander A, Sander B, Naimark D, Irish JC, Chan KKW. Impact of cancer surgery slowdowns on patient survival during the COVID-19 pandemic: a microsimulation modelling study. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2022;194(11):E408-14.

[49] Dourgnon P, Or Z, Sorasith C. L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. *Quest Econ Santé*. 2013;

[50] Smith D, Thomson K, Bamba C, Todd A. The breast cancer paradox: A systematic review of the association between area-level deprivation and breast cancer screening uptake in Europe. *Cancer Epidemiol*. juin 2019;60:77-85.

[51] Lozar T, Nagvekar R, Rohrer C, Dube Man-dishora RS, Ivanus U, Fitzpatrick MB. Cervical Cancer Screening Postpandemic: Self-Sampling Opportunities to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer. *Int J Wo-mens Health*. 2021;13:841-59.

IMPACTS DE LA PANDEMIE DE COVID-19 SUR LES DÉPISTAGES DES CANCERS

REVUE DE LA LITTERATURE ET SITUATION FRANCILIENNE

L'essentiel de l'étude

- Pendant les trois premiers mois de l'épidémie, en France, comme dans la plupart des pays, le dépistage organisé des cancers a été interrompu ;
- Fin 2021, on constate que le dépistage du cancer du sein a quasiment rattrapé son retard par rapport aux trois années précédentes. Cette reprise est le résultat du dépistage organisé et individuel ;
- Le dépistage du cancer colorectal a connu un rattrapage immédiat après le premier confinement, rattrapage qui a duré jusqu'en 2021 ;
- Dans le cas du dépistage du cancer du col de l'utérus, aucun rattrapage n'a été observé en Île-de-France entre 2020 et 2021 ;
- Les disparités socio-territoriales dans le recours au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus en Île-de-France, préexistantes à la pandémie, ont été exacerbées, le recours au dépistage étant plus faible dans les communes les moins favorisées ;
- Les modalités de dépistage impactent probablement les taux de recours. Ainsi, le dépistage du cancer colorectal, dont la procédure de prélèvement est plus simple que pour les autres cancers, ne suit pas un gradient social et a présenté un rattrapage immédiat après le confinement. Cela semble particulièrement positif au moment où le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus prévoit l'offre de kit d'auto-prélèvement aux femmes insuffisamment dépistées et où, depuis mars 2022, les personnes éligibles au dépistage du cancer colorectal peuvent commander le kit sur internet ;
- Du fait de retards potentiels au diagnostic, il y a un risque d'augmentation à venir de la morbi-mortalité par cancer, ce qui nécessite une planification anticipée de la demande accrue de soins.

Nous remercions chaleureusement Françoise Hamers de Santé publique France pour sa relecture attentive et bienveillante.