



LUTTE CONTRE LES CANCERS
INFORMATION ET DÉPISTAGE

Dépister pour Agir
EN CHARENTE-MARITIME

1 Bd Vladimir – Fief Montlouis – 17 100 Saintes
Tél : 05 46 90 17 22 – Fax 05 46 90 95 16

RAPPORT D'ACTIVITE 2017



Table des matières

Table des matières	2
1 Présentation générale	3
1.1 Les missions de Lucide	3
1.2 Son Conseil d'Administration et ses Commissions	3
1.3 Son personnel	4
2 La vie de l'association	5
2.1 Historique des réunions de l'année 2017	5
2.2 Les formations du personnel en 2017	5
3 Dépistage organisé du cancer du sein	6
3.1 La base de données	6
3.2 Les invitations	6
3.3 Les réponses postales	7
3.4 Les actes de dépistage réalisés	8
3.5 Les résultats des dépistages	14
4 Dépistage organisé du cancer colorectal	25
4.1 Population concernée	26
4.2 Les invitations	27
4.3 Les réponses postales	28
4.4 Les actes de dépistage réalisés	29
4.5 Les résultats des dépistages immunologiques du cancer colorectal	32
4.6 L'évolution des résultats des dépistages par test au Gaïac du cancer colorectal	35
4.7 Comparaison des résultats des dépistages selon la technique utilisée	35
4.8 La participation des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal	37
5 Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	38
6 Commission PRS	38
7 DECORE-CCR	39
8 Les actions de communication de Lucide	40
8.1 Octobre Rose en partenariat avec 325 communes de Charente-Maritime	41

1 Présentation générale

1.1 Les missions de Lucide

Lucide, association loi 1901, a été créée le 3 juillet 2002 pour promouvoir, organiser et assurer la gestion du dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables en Charente-Maritime.

Lucide est, en particulier, chargée de coordonner au niveau départemental les programmes nationaux de dépistage organisé (DO) des cancers.

Lucide coordonne ainsi le dépistage organisé du cancer du sein depuis juin 2003 et le dépistage organisé du cancer colorectal depuis septembre 2008 en Charente-Maritime.

Lucide en tant que structure de gestion a pour missions principales de :

- sensibiliser et informer le grand public
- être en relation avec les professionnels de santé concourant au dépistage et leur assurer un retour d'information
- gérer un fichier centralisé des personnes dépistées
- mener une évaluation interne et veiller à la qualité du programme de dépistage.

1.2 Son Conseil d'Administration et ses Commissions

Le **Conseil d'Administration** était composé, au 1^{er} janvier 2017, de :

- 10 représentants des institutions (4 pour la C.P.A.M., 2 pour la M.S.A. des Charentes (*dont 1 non pourvu*), 1 pour le Conseil Général, 1 pour la Mutualité, 1 pour Mutualia Alliance Santé, 1 pour la Ligue contre le cancer),

- 11 représentants du milieu médical (1 représentant de l'U.R.P.S. collège médecins, 1 représentant du syndicat des radiologues, 1 représentant du syndicat des gynécologues (*non pourvu*), 1 représentant du syndicat des gastro-entérologues, 1 représentant du syndicat des anatomo-cytopathologistes (*non pourvu*), 1 représentant du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, 3 représentants des syndicats médicaux de médecins (UDM-CSMF17, MG, SML), 2 représentants des réseaux de cancérologie Nord et Sud).

- 2 personnes qualifiées

En outre, siègent au Conseil d'Administration, mais avec un rôle consultatif, sans droit de vote :

- 2 représentants de l'équipe technique,
- 3 représentants (administratif ou médical) des caisses d'Assurance Maladie,
- 1 représentant de l'Agence Régionale de Santé,
- 1 représentant d'associations de malades concernées par les pathologies en cause.
- 1 représentant pour le R.S.I.

Le Conseil d'Administration de Lucide était présidé au 1^{er} janvier 2017, par M. Christian DELCOURTE.

Le **Bureau** est composé de 6 membres du Conseil d'Administration. Il se réunit en principe avant chaque Conseil d'Administration pour préparer les décisions prises par le Conseil d'Administration ou à la demande du Président pour prendre, en cas d'urgence, toutes les décisions qui s'imposent dans l'intérêt de l'association.

La composition du Bureau de **Lucide** est la suivante :

Président :	M. Christian DELCOURTE, Mutualité de la Charente-Maritime
Vice-président :	Dr Bernard LE BRUN, représentant de l'URPS collège médecin
Secrétaire :	Dr François THISSE, représentant du CSMF
Secrétaire adjoint :	M. Bernard CHARRON, Personne Qualifiée
Trésorier :	M. Jean-Jacques BOUTINET, Mutualia Alliance Santé
Trésorier adjoint :	Dr Jean-Michel CHANTELOUP, représentant des gastroentérologues

Le Bureau est aidé dans ses prises de décision par des groupes de travail spécifiques :

- le **Comité Scientifique** : chargé de donner des conseils et avis sur le plan médical sur l'organisation globale du dépistage et résoudre des problèmes purement scientifiques.
- la **Commission des Radiologues** : chargée d'assister le Comité Scientifique dans ses missions d'expertise.

1.3 Son personnel

Le personnel de **Lucide**, en activité au **1^{er} janvier 2017**, se composait de :

- **2 médecins coordonnateurs** :
 - Dr Anne FEYLER (CDI - 80%)
 - Dr Isabelle JOSSO-COLOM (CDI – 10% ETP pour le suivi des dossiers positifs du dépistage organisé du cancer du sein)
- **1 responsable administratif** : Mme Eve REBOUL BELLOUARD (CDI)
- **1 secrétaire médicale** : Mme Sandrine GAGNEPAIN (CDI)
- **4 secrétaires assistantes techniques** :
 - Mme Florence ROBINET (CDI)
 - Mme Sandrine BILLY (CDI)
 - Mme Virginie THOMAS (CDI)
 - Mme Véronique VOIRY (CDI)

Afin de compenser l'absence prolongée de Mme Sandrine GAGNEPAIN (arrêt maladie du 10/2/17 au 24/2/17 - suivi d'une semaine de congés - et arrêt maladie à partir du 6/3/17 sans interruption),

Lucide a recruté successivement en CDD de remplacement :

- Mme Estelle DUZON du 8/3/17 au 31/3/17
- Mme Leslie BERNARD du 10/4/17 au 1/10/17
- Mme Jessica MILLER à partir du 4/10/17

Lors du dialogue de gestion qui s'est tenu en juillet 2017, le Dr Anne FEYLER a alerté les tutelles d'une situation de souffrance au travail au sein de l'équipe : une secrétaire en arrêt maladie depuis février 2017 et plaintes de la part d'autres secrétaires concernant des troubles musculo-squelettiques lors des installations et désinstallations des clichés de mammographies dans un contexte d'augmentation de l'activité avec un personnel à effectif constant. Le nombre de mammographies réalisées dans le cadre du programme a augmenté de 20% entre 2007 et 2016 passant de 25 601 à 30 825 mammographies annuelles.

L'ARS a validé le recrutement d'un temps partiel (24h) en CDD de 4 mois en renfort et accordé des crédits CNR en fin d'année 2017. Mme Arielle ATLAN a donc été recrutée à partir du 1/12/17 sur le site de La Rochelle.

En outre, un bilan ergonomique a été réalisé en septembre 2017 et a conduit à une adaptation des postes de travail.

2 La vie de l'association

2.1 Historique des réunions de l'année 2017

13 avril : Conseil d'Administration
1^{er} juin : Assemblée Générale

2.2 Les formations du personnel en 2017

Intitulé de la formation	Date	Personnes formées
JHOD 2017 (Paris)	25 mars	Dr Anne FEYLER Dr Isabelle JOSSO COLOM
Congrès SFSPM (Lille)	08 - 10 novembre	Dr Anne FEYLER Dr Isabelle JOSSO COLOM

3 Dépistage organisé du cancer du sein

L'année 2017 a été principalement consacrée à la poursuite du programme de dépistage organisé du cancer du sein, action de santé publique, lancée en juin 2003 en Charente-Maritime.

Ce dépistage proposé aux femmes de 50 à 74 ans s'appuie sur des normes de qualité décrites dans les différents cahiers des charges nationaux (dont les dernières mises à jour sont parues en annexe de l'arrêté du 29 septembre 2006 complété de l'arrêté du 24 janvier 2008 portant sur l'introduction de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein paru au Journal Officiel du 05 février 2008).

Le bilan présenté ci-dessous correspond à l'activité de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Néoscope® de la société EPICONCEPT.

3.1 La base de données

La base de données de **Lucide** est constituée grâce aux fichiers transmis par les différents régimes d'Assurance Maladie, chaque trimestre.

Au 31 décembre 2017, elle comportait **121 753 femmes**.

Tableau 1 : Répartition des femmes affiliées par régime et tranche d'âge

Nombre de femmes affiliées	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74 ans	Total	
CPAM (dont SLM*)	19 127	19 221	21 907	24 035	18 386	102 676	(84,3%)
MSA	1 422	1 418	1 612	1 696	1 547	7 695	(6,3%)
RSI	1 927	1 773	1 670	1 548	1 184	8 102	(6,7%)
Autres	425	602	766	737	750	3 280	(2,7%)
Total	22 901	23 014	25 955	28 016	21 867	121 753	

*sections locales mutualistes

3.2 Les invitations

En 2017, **68 276 femmes ont été invitées**, soit 56% de la population cible à inviter sur 2 ans.

Tableau 2 : Répartition des invitations par régime et tranche d'âge

Nombre de femmes invitées	50-54	55-59	60-64	65-69	≥70 ans	Total	
CPAM (dont SLM*)	12 392	10 361	12 090	12 994	9 725	57 562	(84,3%)
MSA	843	693	821	939	891	4 187	(6,1%)
RSI	1 227	987	962	846	676	4 698	(6,9%)
Autres	251	344	420	402	412	1 829	(2,7%)
Total	14 713 (21,5%)	12 385 (18,1%)	14 293 (20,9%)	15 181 (22,2%)	11 704 (17,1%)	68 276	

*sections locales mutualistes

34 248 femmes ont été relancées 6 mois après l'envoi d'une première invitation, en l'absence de réponse (réponses postales ou réalisation d'un test).

Tableau 3 : Répartition des relances par régime et tranche d'âge

Nombre de femmes relancées	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74 ans	Total
CPAM (dont SLM*)	7 167	5 851	5 832	5 752	4 094	28 696
MSA	519	489	478	387	362	2 235
RSI	804	608	472	408	257	2 549
Autres	148	165	166	158	131	768
Total	8 638	7 113	6 948	6 705	4 844	34 248

*sections locales mutualistes

3.3 Les réponses postales

Lucide® n'ayant à sa disposition que les données administratives transmises par l'Assurance Maladie (identité, date de naissance, régime, numéro d'assurée, adresse), les premiers courriers d'invitation destinés aux femmes résidant en Charente-Maritime, âgées de 50 à 74 ans, sont envoyés, quels que soient la date de leur dernière mammographie ou leurs antécédents médicaux.

Or les femmes ayant eu une mammographie normale il y a moins d'un an ou étant suivies pour un cancer du sein ou une image anormale ne sont pas concernées par le dépistage organisé.

Elles ont été invitées à communiquer ces informations, par retour de courrier, sur la feuille de prise en charge, afin que Lucide® puisse les réinviter ultérieurement ou bloquer les invitations selon les cas.

3 225 réponses postales ont ainsi été adressées à Lucide® suite aux invitations de 2017.

Tableau 4 : Réponses postales (motifs non exclusifs)

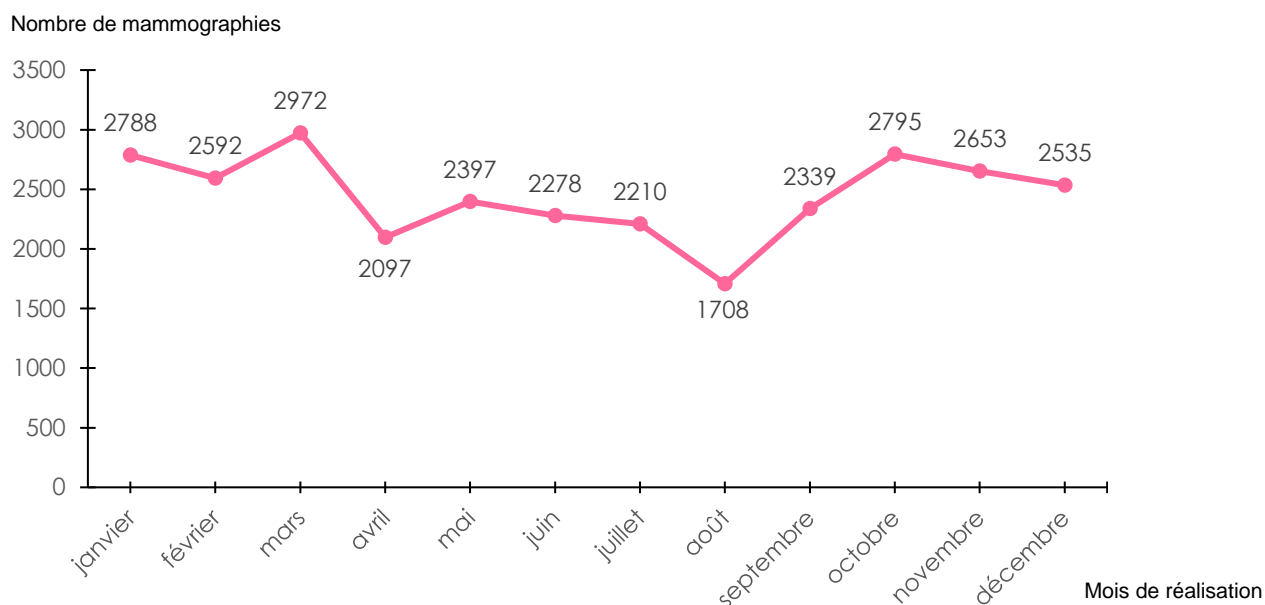
Nombre de femmes ayant refusé le dépistage	284
Nombre de femmes décédées	30
Nombre de femmes ayant un antécédent de cancer du sein et exclues du dépistage	235
Nombre de femmes ayant déclaré avoir une mammographie de moins de 2 ans	1 889
Nombre de NPAI*	727
Autres	383

*n'habite pas à l'adresse indiquée

3.4 Les actes de dépistage réalisés

29 364 mammographies ont été réalisées en 2017.

Figure 1 : Nombre de mammographies réalisées par mois



L'activité mammographie a chuté de 4,7% par rapport à l'année 2016 (avec 29 364 réalisées en 2017 *versus* 30 825 en 2016).

Figure 2 : Nombre de mammographies réalisées par année de dépistage

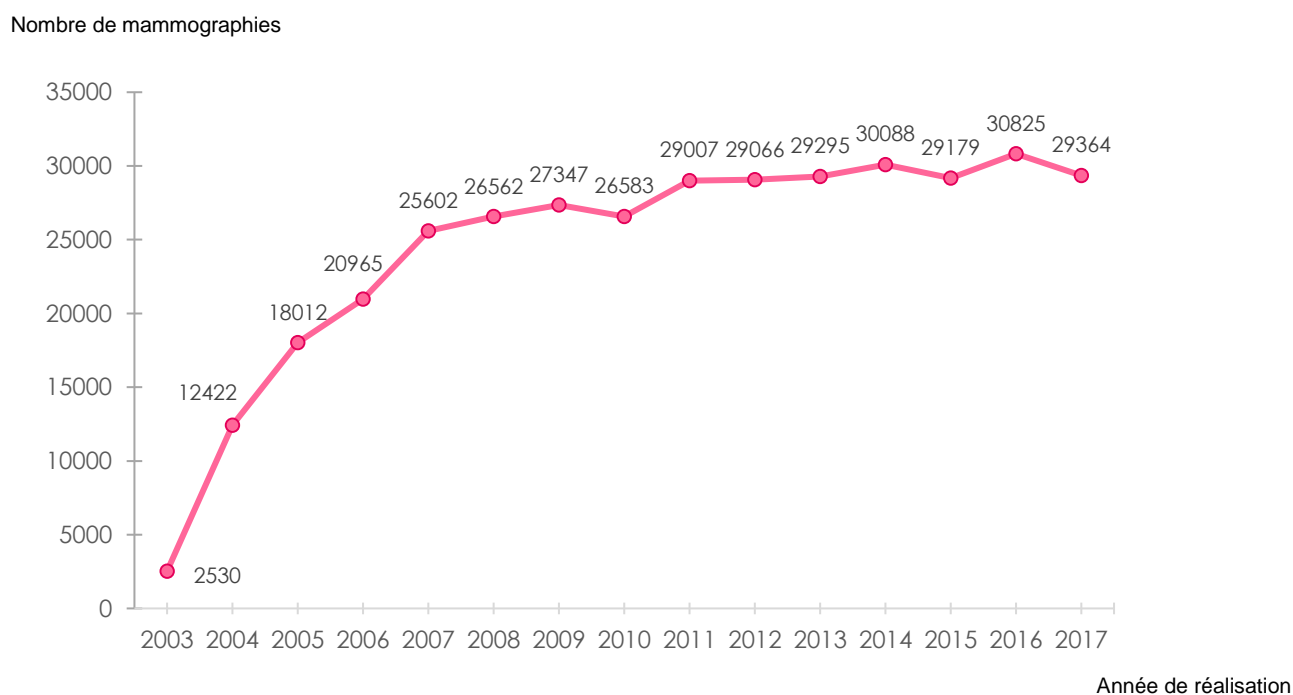


Tableau 5 : Répartition des dépistages par tranche d'âge et régime

Nombre de femmes dépistées	50-54	55-59	60-64	65-69	≥ 70 ans	Total
CPAM (dont SLM*)	4 409	4 542	5 655	6 210	4 265	25 081
MSA	269	311	376	411	335	1 702
RSI	394	338	384	369	242	1 727
Autres	103	152	224	200	175	854
Total	5 175	5 343	6 639	7 190	5 017	29 364

*sections locales mutualistes

Taux de participation

3 définitions sont utilisées pour estimer le taux de participation :

- « Taux de participation INSEE » = Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie au cours de l'année N, rapporté au nombre de femmes INSEE divisé par deux.
- « Taux de participation fichier caisses » = Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie au cours de l'année N, rapporté au nombre de femmes présentes dans le « fichier caisses » divisé par deux.
- « Taux de participation femmes invitées » = Nombre de femmes ayant réalisé une mammographie au cours de l'année N, rapporté au nombre de femmes invitées l'année N.

Tableau 6 : Taux de participation en 2017 par tranche d'âge

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	≥70 ans	Total
Taux de participation INSEE	45,3%	44,7%	50,7%	54,1%	51,2%	49,3%
Taux de participation fichier caisses	45,2%	46,4%	51,1%	51,3%	45,9%	48,2%
Taux de participation femmes invitées	35,2%	43,1%	46,4%	47,4%	42,9%	43,0%

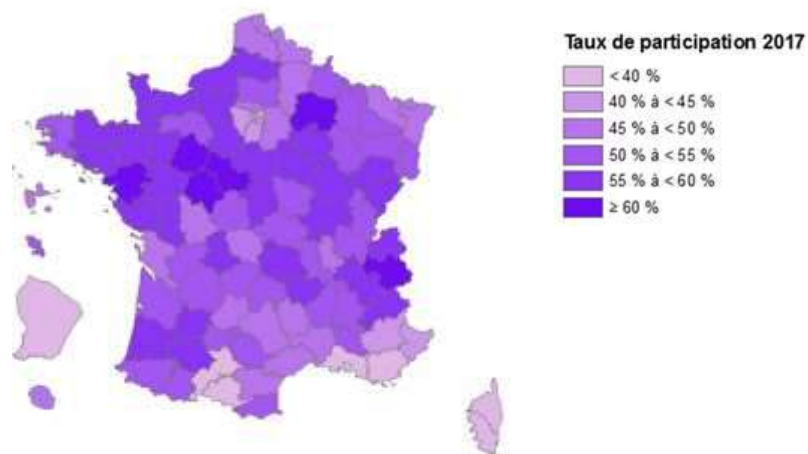
Le taux de participation INSEE est le plus utilisé pour comparer les taux de participation entre départements. La projection INSEE 2017 pour la population des femmes de 50 à 74 ans résidant en Charente-Maritime étant de 119 129 personnes, le **taux de participation INSEE** s'élevait donc à **49,3%** en 2017.

La comparaison des taux par tranches d'âge doit être faite avec prudence compte-tenu de l'impact de la stratégie initiale d'invitations par année de naissance.

Figure 3 : Participation INSEE 2017 par département

Le taux d'activité 2017 observé en Charente-Maritime (49,3%) est légèrement inférieur au taux moyen national (49,9%) et en dessous du taux de Nouvelle-Aquitaine (54,0%).

En ce qui concerne l'évolution de la participation entre 2016 et 2017, le département de Charente-Maritime voit son taux de participation à la baisse (49,3% en 2017 *versus* 52,8% en 2016). Cette même tendance à la baisse est observée en France (49,9% en 2017 *versus* 50,7% en 2016) et en Nouvelle-Aquitaine (54,0% en 2017 *versus* 55,5% en 2016)



Source : ©IGN-GeoFLA®S, 2014 ;
©Santé publique France, 01/03/2018
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer du sein

Tableau 7 : Données de participation nationales, régionales et départementales

	Nombre de femmes dépistées en 2017	Population INSEE cible 2017	Taux de participation INSEE 2017	(Taux de participation INSEE 2016)**
France entière	2 541 909	10 182 696	49,9%	(50,7%)
<i>Nouvelle Aquitaine</i>	<i>271 627</i>	<i>1 005 492</i>	<i>54,0%</i>	<i>(55,5%)</i>
Charente	16 743	62 858	53,3%	(56,1%)
<u>Charente-Maritime</u>	<u>29 364</u>	<u>119 129</u>	<u>49,3%</u>	<u>(52,8%)</u>
Corrèze	11 456	43 619	52,5%	(57,7%)
Creuse	5 501	23 118	47,6%	(50,1%)
Dordogne	21 611	80 195	53,9%	(54,2%)
Gironde	63 805	235 619	54,2%	(54,4%)
Landes	20 831	72 691	57,3%	(60,7%)
Lot-et-Garonne	17 773	60 064	59,2%	(60,2%)
Pyrénées-Atlantiques	31 109	114 570	54,3%	(59,9%)
Deux-Sèvres	18 197	61 296	59,4%	(52,0%)
Vienne	16 680	68 514	48,7%	(49,3%)
Haute- Vienne	16 680	63 819	58,2%	(58,1%)

**Sources : Santé publique France – 26 février 2018 (données 17 actualisées au 30 mai 2018)

Après une augmentation notable de la participation au fil des années entre 2003 et 2007 (de 11% en 2003 à 53% en 2007) puis une tendance à la stabilisation depuis 2008, une chute brutale a été observée en 2017. Cette chute est sans doute en rapport avec l'allongement des délais de rendez-vous liés à un problème de démographie des radiologues agréés.

Figure 4 : Evolution des taux de participation INSEE par an en Charente-Maritime (Période 2004-2017)

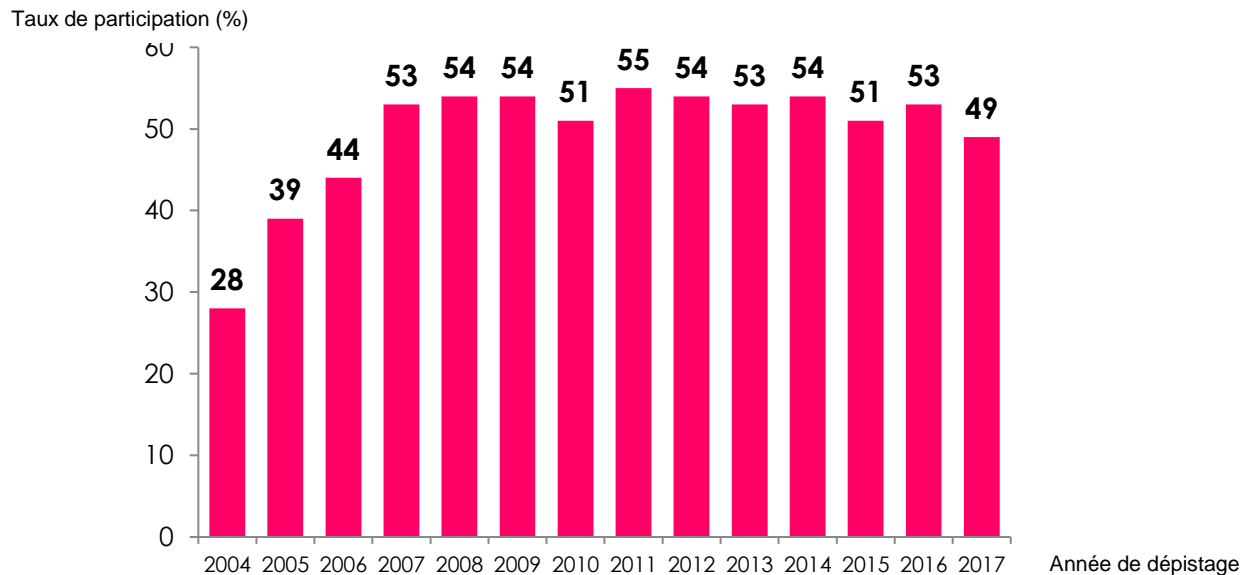
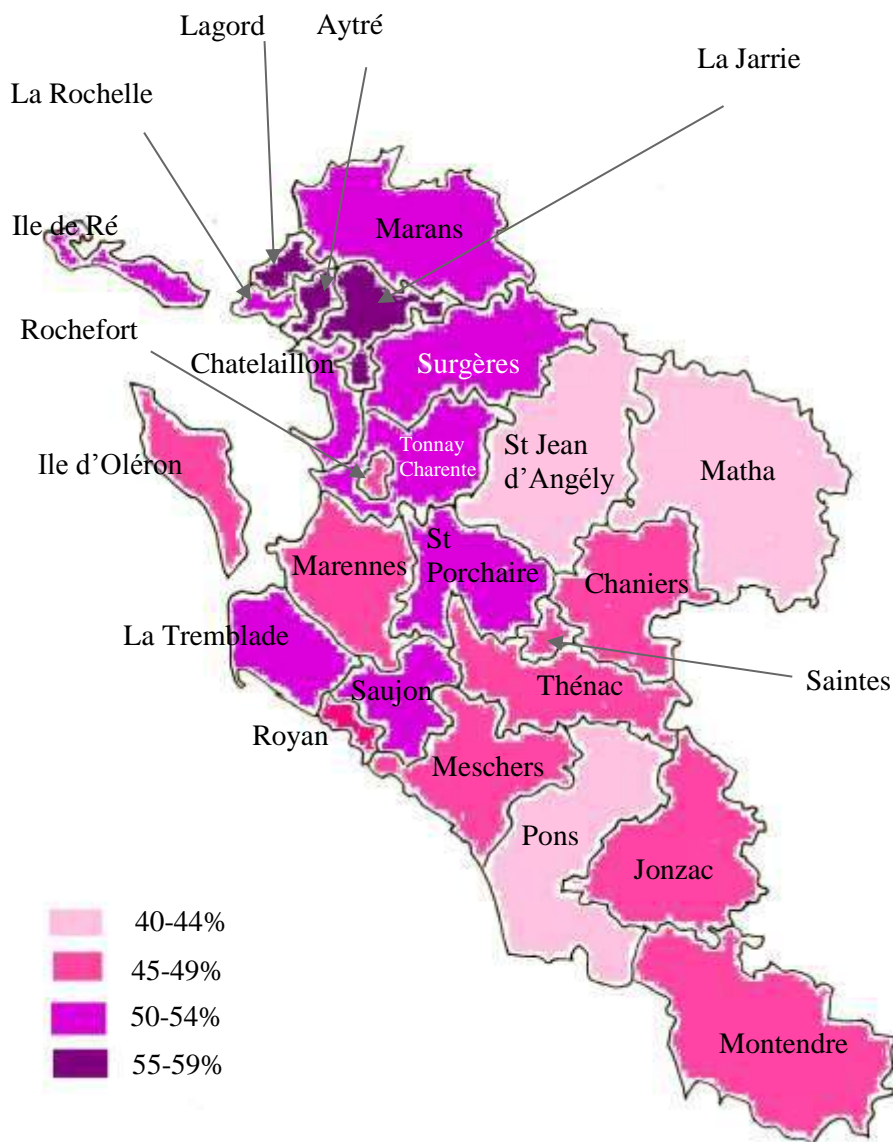


Figure 5 : Taux de participation* par canton en Charente-Maritime (Période 2016-2017)



*Mode de calcul du taux de participation 2016-2017 :

Nombre de femmes ayant eu une mammographie en 2016-2017 / nombre de femmes invitées en 2016-2017

La carte de participation par canton pour la période 2016-2017 confirme une disparité géographique déjà observée les années précédentes avec une sous-participation très marquée des cantons de Saint Jean d'Angély et de Matha. Rappelons la fermeture du centre de radiologie de St Jean d'Angély en décembre 2014.

Rang de participation au programme de dépistage organisé (DO)

On note une fidélisation des femmes au programme puisque 82,7% des personnes dépistées en 2017 avaient déjà participé au programme de dépistage organisé au moins une fois antérieurement.

Tableau 8 : Répartition des mammographies réalisées en 2017 selon le rang*

Rang	Nombre de femmes dépistées	Taux (%)
1 ^{ère} mammographie de DO	5 087	(17,3%)
2 ^{ème} mammographie de DO	4 322	(14,7%)
3 ^{ème} mammographie de DO	3 861	(13,1%)
4 ^{ème} mammographie de DO	3 978	(13,6%)
5 ^{ème} mammographie de DO	4 440	(15,1%)
6 ^{ème} mammographie de DO	4 950	(16,9%)
7 ^{ème} mammographie de DO	2 687	(9,2%)
8 ^{ème} mammographie de DO	39	(0,1%)

*nombre de participations au programme de dépistage organisé

Mode d'invitation des femmes dépistées

26 284 mammographies (soient 89%) ont été réalisées à la suite d'une invitation systématique de **Lucide** (1^{ère} invitation ou relance à 6 mois). A noter que la proportion de femmes recourant à la relance est plus élevée en 2017 qu'en 2016 (30% versus 25%).

Tableau 9 : Répartition des dépistages par type d'invitation en 2017

Mode d'invitation	Nombre de femmes dépistées	Taux (%)
1 ^{ère} invitation systématique	17 556	(59,8%)
Relance à 6 mois	8 728	(29,7%)
Demande spontanée de la femme	1 590	(5,4%)
Demande du radiologue	1 337	(4,6%)
Prescription d'un médecin	153	(0,5%)

3.5 Les résultats des dépistages

3.5.1 Premières lectures

29 364 femmes ont été dépistées chez le radiologue de leur choix.

Pour les aider dans leur choix, la liste des **35 radiologues agréés** participant au programme en Charente-Maritime en 2017 dans l'un des **14 centres de radiologie agréés** figurait au verso du courrier d'invitation.

Parmi les 35 radiologues agréés au 1^{er} janvier 2017,

- 31 étaient des radiologues libéraux exerçant dans un ou plusieurs des 12 cabinets privés et
- 4 étaient hospitaliers exerçant dans l'un des 2 centres hospitaliers (à La Rochelle ou Rochefort).

A noter que le nombre de radiologues agréés était de 33 au 31 décembre 2017 (*départs à la retraite des Drs CHAUVET Brigitte et CARRE Marc*).

Au 1^{er} janvier 2017, les **14 centres de radiologie** agréés étaient équipés d'un (ou deux) mammographe(s) exclusivement numérique(s). Parmi les 15 mammographes numériques, on recensait 12 mammographes DR (plein champ) et 3 mammographes CR (plaques).

Figure 6 : Répartition des centres de radiologie agréés au 1^{er} janvier 2017

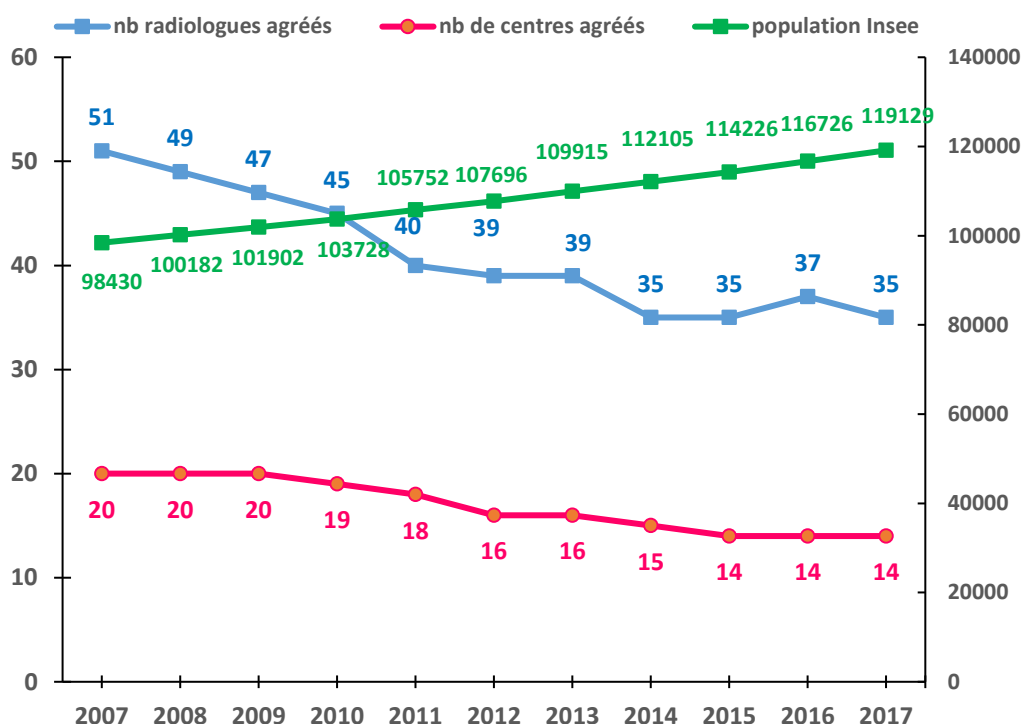


Soulignons que depuis 2007, le nombre de centres de radiologie agréés dans le département de Charente-Maritime est passé de 20 à 14 (*regroupement de deux centres (Bastion St Nicolas et Avenue du Général Leclerc à La Rochelle, Résidence Hélios et Clinique Pasteur à Royan) et fermeture de 4 autres centres (cabinet d'Aytré, cabinet de la rue du Général Dumont à La Rochelle, cabinet de St Jean d'Angély, cabinet de Villeneuve les Salines). Le Centre Hospitalier de Royan a quant à lui été déconventionné par manque d'activité pour le dépistage organisé.*

Le nombre de radiologues agréés entre 2008 et 2017 a chuté de 33% passant de 49 à 33 en fin d'année 2017 (35 radiologue en début d'année 2017).

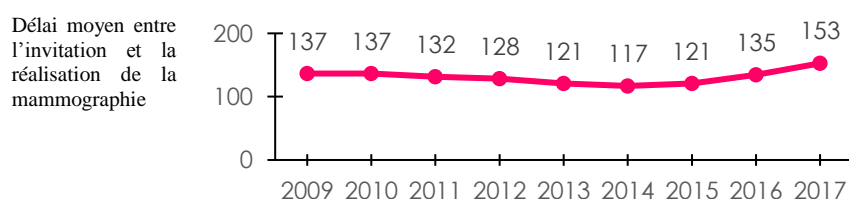
Parallèlement la population Insee des femmes de 50 à 74 ans ciblées par le programme de dépistage organisé a augmenté de 19% entre 2008 et 2017, passant de 100 182 à 119 129.

Figure 7 : Evolution du nombre de centres de radiologie et de radiologues agréés entre 2007 et 2017



Lucide® reçoit de plus en plus de témoignages de femmes se plaignant de l'allongement des délais de prise de rendez-vous. Le délai moyen entre la date d'invitation et la réalisation de la mammographie en Charente-Maritime, qui était d'environ 4 mois en 2015, s'est allongé d'un mois en moyenne en 2017. La situation est particulièrement critique au centre de sénologie de La Rochelle dans lequel ce délai moyen s'est allongé de 158 à 231 jours entre 2016 et 2017. Or ce centre réalise un tiers des mammographies de dépistage organisé du département.

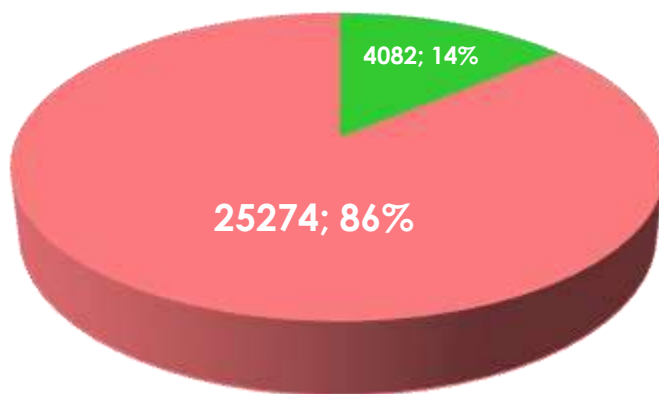
Figure 8 : Evolution du délai de réalisation de la mammographie entre 2009 et 2017



En 2017, la totalité des mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé étaient des mammographies numériques dont 86% DR (plein champ) et 14% CR (plaques).

A noter que pour 4 mammographies le type n'était pas précisé et que pour 4 autres il s'agissait d'une technique à balayage utilisée dans des départements voisins.

Figure 9 : Répartition des types de mammographies en 2017



■ numérique CR ■ numérique DR

Les résultats des premières lectures des 29 361 mammographies sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 10 : Résultats des premières lectures (L1)

Résultat	Nombre de dossiers	(%)
L1 négatives (ACR1,2)	26 550	(90,4%)
L1 positives (ACR0,3,4,5)	2 814	(9,6%)

3.5.2 Bilans complémentaires immédiats

❖ 2 923 femmes (10%) ont bénéficié d'un **bilan diagnostique immédiat** (échographie, agrandissement ou cytoponction) :

- 2 559 en raison d'une anomalie radiologique (ACR0, 3, 4 ou 5) seule
- 212 en raison d'anomalies radiologique et clinique
- 152 en raison d'une anomalie clinique isolée

840 de ces bilans diagnostiques (soit 29%) se sont avérés positifs dont 826 pour une anomalie radiologique et 14 pour une anomalie clinique seule.

❖ 5 968 femmes (20%) ont eu une **échographie complémentaire systématique**.

114 de ces échographies (2%) ont été classées suspectes. Parmi ces 114 dossiers avec échographie positive, 41 sont passés en seconde lecture.

Au total, 883 dépistages ont finalement été classés positifs (mammographies ACR0, 3, 4 ou 5 et/ou examen clinique anormal) par les premiers lecteurs dont 840 après réalisation d'un bilan complémentaire immédiat et 43 en l'absence de bilan complémentaire.

3.5.3 Deuxièmes lectures

Les dossiers classés négatifs (ACR1 ou ACR2) à l'issue de la première lecture ou du bilan diagnostique immédiat ont fait l'objet d'une deuxième lecture.

Entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017, 353 séances de deuxième lecture ont été réalisées dont :
- 164 à Saintes, 1 boulevard Vladimir
et - 189 à La Rochelle, 32 avenue Einstein.

Pour l'année 2017, le nombre de seconds lecteurs était de 11 (5 sur Saintes et 6 sur La Rochelle). A noter que le Dr CHAUVET Brigitte a été remplacée au mois de septembre par le Dr Annick GOMBERT.

Liste des radiologues deuxièmes lecteurs en 2017 :

Saintes	La Rochelle
Dr AUBERT Isabelle	Dr BELLAUD Michel
Dr CHAUVET Patrick	Dr BRUNETTI François
Dr GEOFFROY Philippe	Dr BUREAU Michel
Dr LE BRUN Bernard	Dr CHAUVET Brigitte
Dr ROLAND Sylvain	Dr GOMBERT Annick
	Dr LARRERE Claude
	Dr LEBERT Henri-Pierre

Parmi les 29 364 mammographies réalisées en 2017, 28 408 (97%) ont fait l'objet d'une deuxième lecture.

Tableau 11 : Résultats des deuxièmes lectures (L2) pour les mammographies réalisées en 2017

Résultat	Nombre de dossiers
L2 négatives	28 320
L2 positives (discordantes)	88

Aucune 3^{ème} lecture n'a été organisée cette année.

3.5.4 Résultats finaux des dépistages

Tableau 12 : Résultats des dépistages réalisés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017

Résultat du dépistage	Nombre de dossiers	(%)
Négatif		
ACR 1 Normal	4 528	(15,4%)
ACR 2 Bénin	23 865	(81,3%)
	<hr/>	
	28 393	(96,7%)
Positif		
ACR 3 A surveiller	516	(1,8%)
ACR 4 Suspect	185	(0,6%)
ACR 5 Anomalie évocatrice d'un cancer	128	(0,4%)
ACR 0 Examen complémentaire recommandé	142	(0,5%)
	<hr/>	
	971	(3,3%)

Tableau 13 : Résultats des dépistages réalisés en 2017 selon le type de mammographie

Résultat du dépistage	Numérique CR (n= 4 082)		Numérique DR (n= 25 274)	
Négatif	3 863	(94,6%)	24 526	(97,0%)
ACR 1	482	(11,8%)	4 043	(16,0%)
ACR 2	3 381	(82,8%)	20 483	(81,0%)
Positif	219	(5,4%)	748	(3,0%)
ACR 3	142	(3,5%)	372	(1,5%)
ACR 4	34	(0,8%)	151	(0,6%)
ACR 5	11	(0,3%)	115	(0,5%)
ACR 0	32	(0,8%)	110	(0,4%)

A noter que parmi les 4 mammographies sans précisions, il y avait 1 ACR1, 1 ACR3 et 2 ACR5 et que parmi les 4 mammographies à balayage, il y avait 2 ACR1, 1 ACR2 et 1 ACR3.

La comparaison entre les deux types de technologie numérique laisse apparaître un taux de mammographies positives plus faible dans le groupe DR (3,0% *versus* 5,4%).

3.5.5 Les cancers dépistés

Afin de connaître le diagnostic définitif des anomalies décelées lors du dépistage, **Lucide** a sollicité les médecins radiologues, gynécologues ou généralistes pour chacune de leur patiente dont le test de dépistage était positif.

209 cancers ont ainsi été confirmés parmi les dépistages positifs en 2017 : le taux de cancers dépistés est d'au moins 7,1%.

Trois de ces 209 cancers (soient 1,4%) ont été dépistés lors de la deuxième lecture, cependant le recul est insuffisant pour confirmer le taux de détection en seconde lecture.

Tableau 14 : Répartition des 209 cancers du sein selon leur caractéristique histologique

	Nombre de femmes	(%)
In situ	23	(11,0%)
Micro invasifs	3	(1,4%)
Invasifs	169	(80,9%)
Inconnue	14	(6,7%)
Total	209	

Parmi les **169 cancers invasifs** :

Tableau 15 : Répartition des 169 cancers invasifs selon leur grade

Grade	Nombre de femmes	(%)
Grade I	40	(23,7%)
Grade II	89	(52,7%)
Grade III	19	(11,2%)
Inconnu	21	(12,4%)

Tableau 16 : Répartition des 169 cancers invasifs selon l'envahissement ganglionnaire

N	Nombre de femmes	(%)
N- (pas d'envahissement)	77	(45,6%)
N+ (envahissement)	23	(13,6%)
Micrométastase	4	(2,4%)
Inconnu	65	(38,5%)

Tableau 17 : Répartition des 169 cancers invasifs selon leur taille

Taille	Nombre de femmes	(%)
≤10 mm	41	(24,3%)
>10 mm	65	(38,5%)
Inconnue	63	(37,3%)

3.5.6 Les indicateurs d'organisation

- ❖ **Délai moyen entre l'invitation et la mammographie** : 153 jours
- ❖ **Délai moyen entre la mammographie et l'arrivée à Lucide®** : 6,3 jours
- ❖ **Délai moyen entre la mammographie et l'envoi des résultats définitifs** : 23,4 jours
- ❖ **Délai moyen entre la mammographie et la biopsie***: 23 jours (médiane :11 jours)
*Si on ne considère que les dossiers classés ACR 4 et 5 en 1^{ère} lecture, ce délai est de 14 jours (médiane : 8 jours)
- ❖ **Délai moyen entre la mammographie et le premier traitement** : 64 jours (médiane : 54 jours)
*Si on ne considère que les dossiers classés ACR 4 et 5 en 1^{ère} lecture, ce délai est de 58 jours (médiane : 53 jours)

3.5.7 Les cancers de l'intervalle

Sur les mammographies réalisées en 2017, deux cancers de l'intervalle a été enregistré par Lucide®. Sur les mammographies réalisées en 2016, 14 cancers de l'intervalle ont été signalés à Lucide® (au 04/06/2018).

Cette donnée est communiquée à titre indicatif mais doit être considérée avec réserves car aucun recueil systématique concernant les cancers de l'intervalle n'est actuellement mis en place.

3.5.8 Les indicateurs nationaux

Tableau 18 : Indicateurs en 2017

	Nombre	Taux (%)	Taux indicatifs nationaux
Mammographies positives en 1 ^{ère} lecture avant bilan de diagnostic immédiat ⁽¹⁾	2 814	(9,6%)	< 10%
Mammographies positives en 2 ^{ème} lecture avant bilan de diagnostic différé ⁽²⁾	77	(0,3%)	< 3%
Mammographies confirmées positives par le bilan de diagnostic immédiat ⁽³⁾	826	(2,8%)	3-4%
Femmes rappelées ⁽⁴⁾	88	(0,3%)	< 3%
Clichés techniquement insuffisants ⁽⁵⁾	3	(0,0%)	< 1%
Femmes mises sous surveillance après le bilan de diagnostic ⁽⁶⁾	496	(1,7%)	< 3%

Définition des indicateurs de l'InVS :

(1) taux de mammographies positives en 1^{ère} lecture avant bilan de diagnostic immédiat = nombre de femmes dont la mammographie de dépistage a été positive (ACR0, 3, 4 ou 5) en 1^{ère} lecture avant le bilan de diagnostic immédiat, rapporté au nombre de femmes dépistées

(2) taux de mammographies positives en 2^{ème} lecture avant bilan de diagnostic différé = nombre de femmes dont la mammographie de dépistage, normale en 1^{ère} lecture, a été jugée positive en 2^{ème} lecture avant le bilan de diagnostic différé, rapporté au nombre de femmes dépistées

(3) taux de mammographies confirmées positives par le bilan de diagnostic immédiat = nombre de femmes dont la mammographie a été jugée positive en 1^{ère} lecture et confirmée positive par le bilan de diagnostic immédiat, rapporté au nombre total de femmes dépistées

(4) taux de femmes rappelées = nombre de femmes dont la mammographie a été jugée positive en L2 avant le bilan de diagnostic différé, rapporté au nombre de femmes dépistées

(5) taux de clichés techniquement insuffisants (CTI) = nombre de femmes ayant une mammographie jugée techniquement insuffisante par le 2^{ème} lecteur, rapporté au nombre de femmes dépistées

(6) taux de femmes mises sous surveillance après le bilan de diagnostic = nombre de femmes ayant été mises sous surveillance suite à une mammographie jugée positive en 1^{ère} lecture ou 2^{ème} lecture et classée BIRADS ACR3 par le bilan de diagnostic immédiat ou différé, rapporté au nombre total de femmes dépistées

Figure 10 : Evolution du taux de mammographies positives en 1^{ère} lecture entre 2003 et 2017

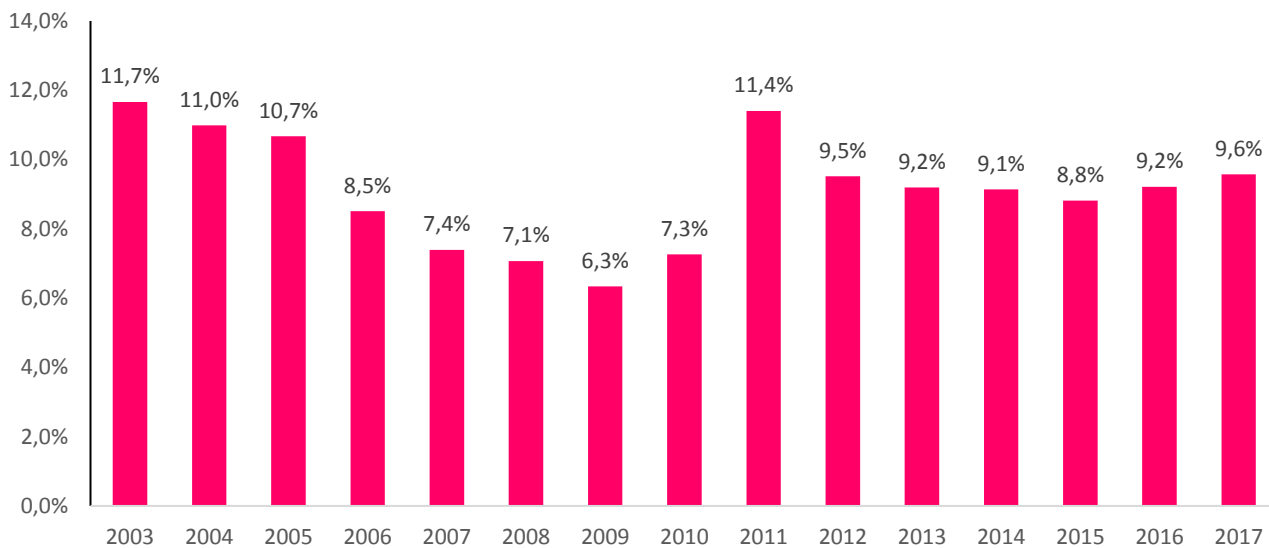


Figure 11 : Evolution du taux de rappel (2^{èmes} lectures positives) entre 2003 et 2017



Les taux de mammographies positives ont baissé de 2003 à 2009. La baisse observée dans les premières années est sans doute attribuable à la moindre proportion de mammographies de premier rang. A partir de 2008 intervient également le changement de matériel avec un passage massif de l'analogique vers le matériel numérique.

La remontée des taux de mammographies positives en première lecture, dès 2010, est sans doute en rapport avec la courbe d'apprentissage des radiologues qui se sont habitués à leur système numérique.

Les taux de rappel entre 2015 et 2017 sont les plus faibles observés depuis le lancement du programme.

Tableau 19 : Indicateurs par tranche d'âge

Indicateurs	50-54 ans n=5175	55-59 ans n=5343	60-64 ans n=6639	65-69 ans n=7190	≥70 ans n=5017
Taux de mammographies positives en 1 ^{ère} lecture avant bilan de diagnostic immédiat	13,1%	9,9%	8,9%	8,0%	8,8%
Taux de mammographies positives en 2 ^{ème} lecture avant bilan de diagnostic différé	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Taux de mammographies confirmées positives par le bilan de diagnostic immédiat	3,7%	2,4%	2,5%	2,7%	2,8%
Taux de femmes rappelées	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Taux de clichés techniquement insuffisants	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%
Taux de femmes mises sous surveillance après le bilan de diagnostic	2,6%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%
Taux de détection des cancers (pour 1000 femmes dépistées)*	5,2	4,7	6,6	9,0	9,6

* Ce taux est donné à titre indicatif mais n'est pas exhaustif

Le taux de mammographies positives en 1^{ère} lecture est plus élevé dans le groupe des femmes les plus jeunes (50-54 ans) et diminue avec l'âge. En revanche le taux de détection des cancers est supérieur dans le groupe des femmes âgées de plus de 65 ans et augmente avec l'âge.

Tableau 20 : Indicateurs selon le type de mammographe

Indicateurs	Numérique CR (plaques) (n=4 082)	Numérique DR (plein champ) (n=25 274)
Taux de mammographies positives en 1 ^{ère} lecture avant bilan de diagnostic immédiat	12,8%	9,0%
Taux de mammographies positives en 2 ^{ème} lecture avant bilan de diagnostic différé	0,5%	0,2%
Taux de mammographies confirmées positives par le bilan de diagnostic immédiat	4,2%	2,6%
Taux de femmes rappelées	0,6%	0,2%
Taux de clichés techniquement insuffisants	0,0%	0,0%
Taux de femmes mises sous surveillance après le bilan de diagnostic	3,0%	1,5%
Taux de détection des cancers (pour 1000 femmes dépistées)*	7,6	7,0

* Ce taux est donné à titre indicatif mais n'est pas exhaustif

En ce qui concerne les taux de détection des cancers selon les mammographes, les données doivent être comparées avec prudence du fait de leur non exhaustivité.

4 Dépistage organisé du cancer colorectal

Le dépistage organisé proposé aux hommes et femmes de 50 à 74 ans s'appuie sur des normes de qualité décrites dans les différents cahiers des charges nationaux (dont les dernières mises à jour sont parues en annexe de l'arrêté du 29 septembre 2006).

L'année 2017 est la deuxième année pleine de dépistage avec le nouveau test de recherche sang dans les selles immunologique introduit en avril 2015 dans le cadre programme national de dépistage organisé du cancer colorectal.

Rappelons qu'en Charente-Maritime, le programme de dépistage organisé a été initié en septembre 2008 .

De septembre 2008 à octobre 2014, **Lucide** adressait ainsi aux Charentais Maritimes âgés de 50 à 74 ans des courriers les incitant à consulter leurs médecins traitants afin qu'ils les informent sur le dépistage du cancer colorectal et leurs remettent, s'ils le jugeaient indiqué, un test de recherche de sang dans les selles au Gaïac (Hémocult II®). Les médecins généralistes disposaient de tests de dépistage à remettre gratuitement à leurs patients de 50 à 74 ans, résidant en Charente-Maritime et sans critères d'exclusion.

Une fois qu'ils avaient réalisé, à leur domicile, leur test Hémocult II® sur 3 selles consécutives, les patients envoyaient celui-ci par La Poste au laboratoire BioAtlantique (situé à La Rochelle) qui analysait (en double lecture) l'ensemble des tests réalisés dans le département.

L'envoi des invitations systématiques était programmé par rapport à la date de réalisation du précédent test de recherche de sang dans les selles enregistrée dans la base.

Lucide adressait en outre des lettres de 1^{ère} relance (sans test) et de 2^{ème} relance (avec envoi du test *Hémocult II*® par La Poste) aux personnes n'ayant pas donné suite aux invitations systématiques dans des délais respectifs de 3 et 7 mois (après la 1^{ère} invitation).

Période 2014-2015 = transition vers le nouveau test de recherche de sang dans les selles immunologique

Les dates clés :

- **1^{er} novembre 2014** : arrêt des invitations systématiques de **Lucide** pour le dépistage organisé du cancer colorectal par test Hémocult II®
- **31 janvier 2015** : arrêt de lecture des tests Hémocult II® par le centre de lecture BioAtlantique
- **Mai 2015** : envoi des tests immunologiques aux patients ayant réalisé un test Hémocult II® non lu après le 31 janvier 2017 ou non analysable
- **Juillet 2015** : reprise des invitations systématiques de **Lucide**

Depuis mai 2015 **Lucide** adresse ainsi aux Charentais Maritimes âgés de 50 à 74 ans des courriers les incitant à consulter leurs médecins traitants afin qu'ils les informent sur le dépistage du cancer colorectal et leurs remettent, s'ils le jugent indiqué, un test de recherche de sang dans les selles immunologique (OC Sensor®). Les médecins généralistes disposent de tests de dépistage à remettre gratuitement à leurs patients de 50 à 74 ans, résidant en Charente-Maritime et sans critères d'exclusion.

Une fois qu'ils ont réalisé, à leur domicile, leur test OC Sensor® sur 1 seule selle, les patients envoient celui-ci par La Poste au laboratoire Cerba (situé en région parisienne) qui analyse l'ensemble des tests réalisés en France.

L'envoi des invitations systématiques est programmé par rapport à la date de réalisation du précédent test de recherche de sang dans les selles enregistrée dans la base.

Lucide adresse en outre des lettres de 1^{ère} relance et de 2^{ème} relance (sans envoi du test par La Poste) aux personnes n'ayant pas donné suite aux invitations systématiques dans des délais respectifs de 5 et 10 mois (après la 1^{ère} invitation).

4.1 Population concernée

4.1.1 Population INSEE

La population concernée en Charente-Maritime par ce programme est estimée en 2017 à **226 849 personnes** (dont 107 720 hommes et 119 129 femmes).

Tableau 21 : Population de Charente-Maritime (INSEE, estimation 2017 - Projections Omphale 2007-2042)

Tranche d'âge	Femmes	Hommes	Total
50-54	22 838	20 891	43 729
55-59	23 925	21 482	45 407
60-64	26 182	23 638	49 820
65-69	26 589	24 527	51 116
70-74	19 595	17 182	36 777
Total	119 129	107 720	226 849

4.1.2 Base de données

La base de données de **Lncide** est constituée grâce aux fichiers transmis par les différents régimes d'Assurance Maladie, chaque trimestre. Au 31 décembre 2017, elle comportait **233 932 personnes** (après exclusion des doublons) pour la gestion du dépistage du cancer colorectal.

Tableau 22 : Population cible de la base de données en 2017

Tranche d'âge	Femmes	Hommes	Total
50-54	22 709	21 853	44 562
55-59	22 934	21 462	44 396
60-64	25 698	23 019	48 717
65-69	27 887	25 317	53 204
70-74	22 647	20 406	43 053
Total	121 875	112 057	233 932

4.2 Les invitations

Au 31 décembre 2017, **114 161 personnes** ont été invitées.

Tableau 23 : Répartition des 114 161 personnes invitées en 2017 par sexe et régime

Régime	Hommes	Femmes	Total	(%)
CPAM (dont sections locales mutualistes)	40 196	49 790	89 986	(78,8%)
MSA	4 667	3 815	8 482	(7,4%)
RSI	6 780	4 116	10 896	(9,5%)
Autres	3 283	1 514	4 797	(4,2%)
Total	54 926	59 235	114 161	

Tableau 24 : Répartition des 114 161 personnes invitées en 2017 par sexe et tranche d'âge

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Nombre de personnes invitées	(%)
50-54 ans	13 410	13 526	26 936	(23,6%)
55-59 ans	7 944	8 680	16 624	(14,6%)
60-64 ans	10 562	11 979	22 541	(19,7%)
65-69 ans	13 256	14 064	27 320	(23,9%)
≥70 ans	9 754	10 986	20 740	(18,2%)

En 2017, **64 817 personnes ont été relancées sans test à 5 mois** (relance 1) et **63 241 à 10 mois** (relance 2).

Tableau 25 : Répartition des 64 817 personnes relancées sans test (relance 1)

	Hommes	Femmes	Total
CPAM (dont sections locales mutualistes)	22 849	28 525	51 374
MSA	2 504	2 286	4 790
RSI	3 789	2 453	6 242
Autres	1 563	848	2 411
Total	30 705	34 112	64 817

Tableau 26 : Répartition des 63 241 personnes relancées sans test (relance 2)

	Hommes	Femmes	Total
CPAM (dont sections locales mutualistes)	22 995	26 109	49 104
MSA	2 715	2 009	4 724
RSI	4 454	2 632	7 086
Autres	1 573	754	2 327
Total	31 737	31 504	63 241

4.3 Les réponses postales

Lucide® n'ayant à sa disposition que les données administratives transmises par l'Assurance Maladie (identité, date de naissance, régime, numéro d'assurée, adresse), les premiers courriers d'invitation destinés aux hommes et femmes résidant en Charente-Maritime, âgés de 50 à 74 ans, sont envoyés, quels que soient la date de leur dernier test de recherche de sang dans les selles ou leurs antécédents médicaux.

Or les personnes ayant eu un test de recherche de sang dans les selles il y a moins d'un an ou une coloscopie depuis moins de 5 ans ou étant suivies pour des raisons médicales (antécédents personnels ou familiaux de polypes ou de cancers colorectaux ...) ne sont pas concernées par le dépistage organisé.

Elles ont été invitées à communiquer ces informations, par retour de courrier, au verso de la lettre d'invitation, afin que Lucide® puisse les réinviter ultérieurement ou bloquer les invitations selon les cas.

Les médecins peuvent également transmettre à Lucide® ces informations à l'aide des fiches d'exclusion mises à leur disposition.

Au total **4 647 réponses postales** nous ont été adressées suite aux invitations de 2017, dont **3 472** ont été enregistrées en **exclusions médicales**.

Tableau 27 : **Motifs des réponses postales*** :

NPAI	356	(7,7%)
Déménagement	89	(1,9%)
Décès	133	(2,9%)
Recherche de sang dans les selles inférieure à 12 mois	363	(7,8%)
Coloscopie de moins de 5 ans	2 650	(57,0%)
Antécédent de cancer colorectal	78	(1,7%)
Syndrome de Lynch, P.A.F	103	(2,2%)
Polypes	753	(16,2%)
Crohn, RCH	56	(1,2%)
Antécédents familiaux CCR (1 parent 1 ^{er} degré avant 65 ans)	439	(9,4%)
Antécédents familiaux CCR (2 parents 1 ^{er} degré)	74	(1,6%)
Antécédents familiaux sans précision	146	(3,1%)
Rectorragie macroscopique / symptômes évocateurs	173	(3,7%)
Maladie intercurrente	75	(1,6%)
Refus	1 022	(22,0%)

*non exclusifs : 1 ou plusieurs motifs ont pu être enregistrés par patient
CCR = cancer colorectal ; RCH = rectocolite hémorragique

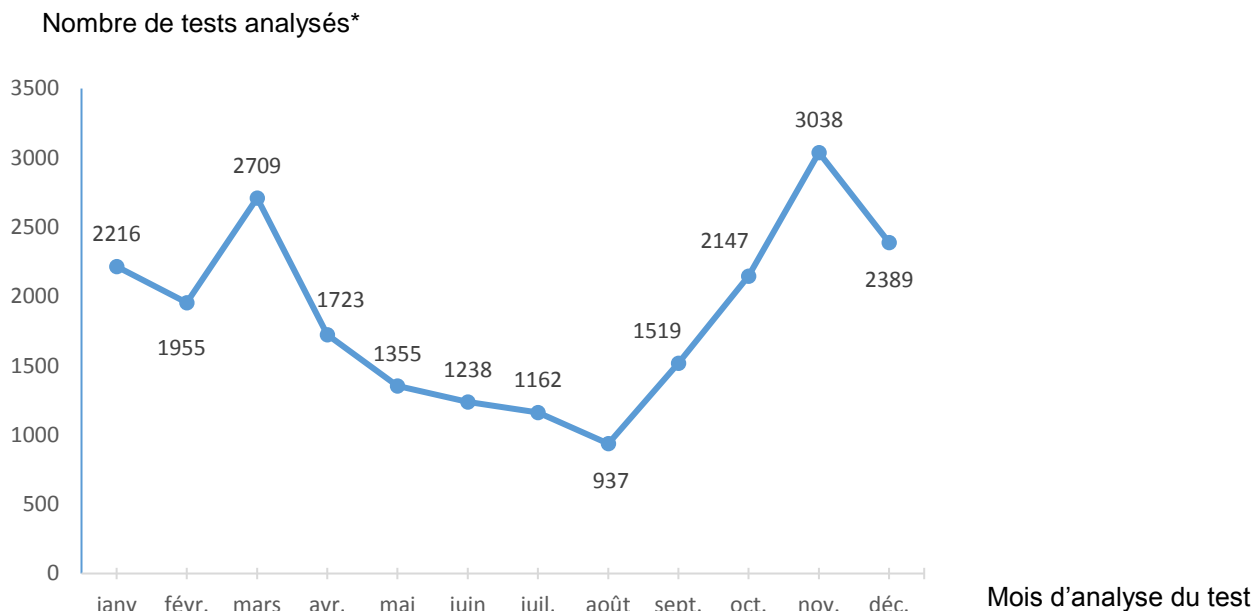
En 2017, au total, en tenant compte des réponses postales des années passées, 17 166 hommes et 19 408 femmes, soient **37 174 personnes**, étaient **exclus pour des raisons médicales** (soit un taux d'exclusion de 15,8%).

4.4 Les actes de dépistage réalisés

Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, 22 702 dépistages sont enregistrés dans notre base de données au 4 juin 2018 (précisons que cette donnée évolue à la baisse avec les mois car tout test jugé ininterprétable l'année N s'il est refait l'année N+1 est finalement enregistré par notre logiciel comme test de l'année N+1).

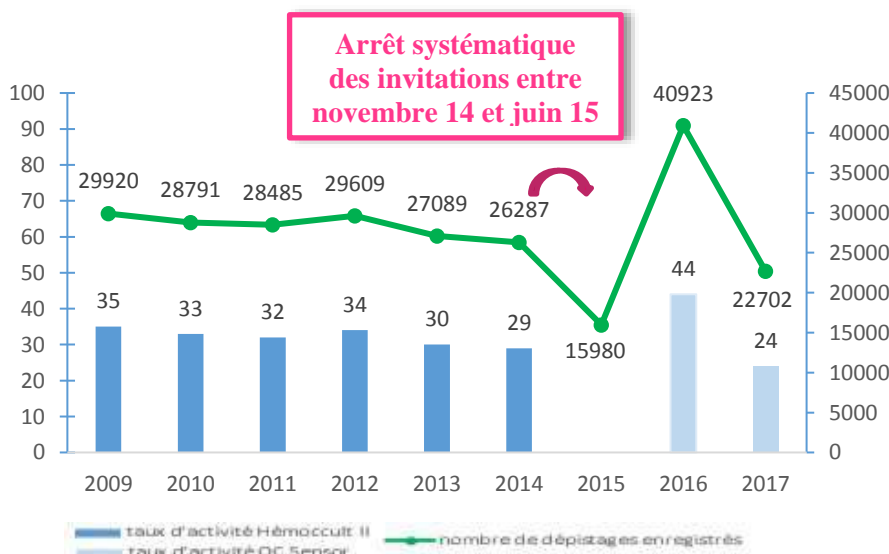
22 388 OC Sensor® ont été lus en 2017 par le laboratoire Cerba dans la région parisienne.

Figure 12 : Evolution du nombre de tests de recherche de sang dans les selles immunologiques analysés* par mois



* les tests non analysables non refaits ne sont pas inclus dans ce graphique

Figure 13 : Evolution du nombre de tests enregistrés et du taux de participation par an



Après un lancement de la campagne du test immunologique compliqué émaillé de très nombreux dysfonctionnements de CERBA et de Dacklapack aux mois de mai et juin 2015 décourageant médecins, population cible et structures de gestion, l'année 2016 a connu une bonne participation sans doute grâce au rattrapage massif des invitations non faites en fin d'année 2014 et début d'année 2015. En revanche, en 2017 l'activité a chuté notamment du fait du faible nombre d'invitations réalisées en début d'année.

Tableau 28 : Répartition des dépistages enregistrés par sexe et régime

Nombre de femmes	Femmes	Hommes	Total	
CPAM (dont SLM*)	10 544	7 881	18 425	(81,2%)
MSA	690	670	1 360	(6,0%)
RSI	695	1 108	1 803	(7,9%)
Autres	351	763	1 114	(4,9%)
Total	12 280 (54,1%)	10 422 (45,9%)	22 702	

4.4.1 Taux de participation

Le **taux annuel d'activité** tenant compte des exclusions médicales est estimé à **24%** pour 2017 (*versus* 44% en 2016). Il convient de considérer ces taux en tenant compte des répercussions à deux ans de l'atypie de l'année 2015 liée à la période de transition entre le test Hémocult II® et le test OC Sensor® avec une interruption de la lecture des tests de 3 mois et d'envoi des invitations systématiques entre novembre 2014 et juin 2015 en Charente-Maritime

Ainsi le rattrapage des invitations (interrompues de novembre 2014 à juin 2015) a entraîné un biais de surestimation en 2016 et inversement l'absence d'invitations dans les premiers mois de 2017 a généré une baisse de l'activité en 2017.

Le **taux de participation 2016-2017** défini par Santé Publique France (calculé sur la population INSEE et sur 2 ans afin de comparer l'activité des structures entre elles) est le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population éligible, soit la population cible INSEE du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans) dont sont extraites les personnes exclues du dépistage pour raisons médicale sur la période 2016-2017.

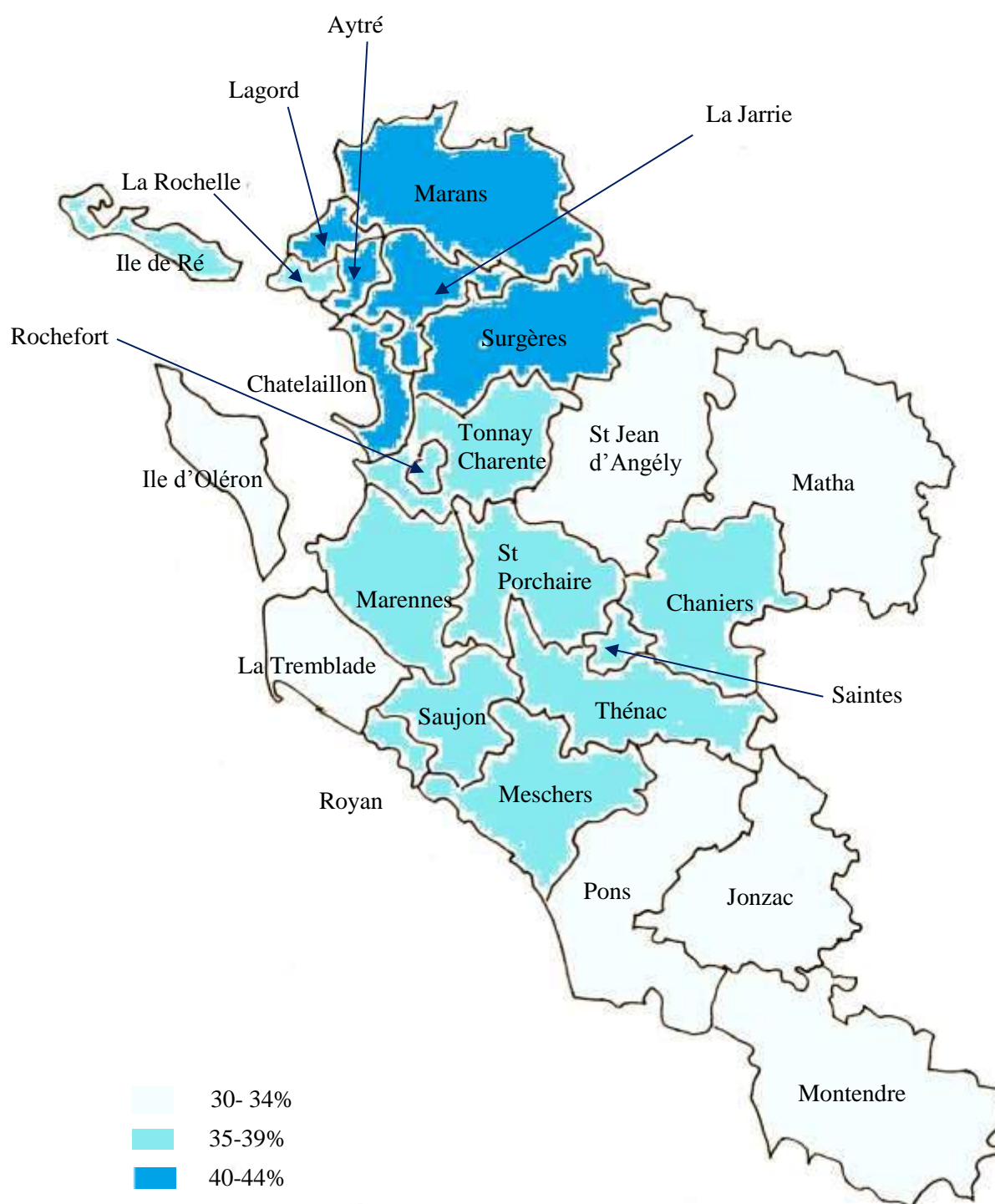
Tableau 29 : Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2016-2017

	Date d'envoi des 1 ^{ères} invitations	Population INSEE Cible	Nombre de personnes dépistées	Taux d'exclusions*	Taux de participation INSEE*
France entière		19 373 949	5 646 116	13,2	33,6
<i>Nouvelle-Aquitaine</i>		1 912 516	559 645	14,3	34,1
16- Charente	26/05/2015	120 645	33 006	13,7	31,7
<u>17- Charente-Maritime</u>	<u>01/07/2015</u>	<u>224 543</u>	<u>64 196</u>	<u>15,7</u>	<u>33,9</u>
19- Corrèze	02/07/2015	83 905	25 464	17,4	36,8
23- Creuse	04/06/2015	45 676	12 521	13,1	31,5
24- Dordogne	01/07/2015	153 837	46 271	12,5	34,4
33- Gironde	07/07/2015	441 141	133 223	13,3	34,8
40- Landes	01/09/2015	138 837	43 273	14	36,2
47- Lot-et-Garonne	20/07/2015	114 166	36 911	16,2	38,6
64- Pyrénées-Atlantiques	19/08/2015	216 673	55 279	11,2	28,7
79- Deux-Sèvres	15/05/2015	119 215	35 680	20,1	37,5
86- Vienne	27/08/2015	131 825	39 167	15,6	35,2
87- Haute-Vienne	27/07/2015	122 056	34 654	12,9	32,6

Sources : Santé publique France - 05 février 2018 - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal *Taux bruts

Les taux de participation INSEE sont difficilement comparables entre départements notamment car les stratégies de reprise des invitations et d'approvisionnement des médecins ont été différentes d'un département à l'autre.

Figure 14 : Taux de participation au dépistage colorectal en 2016-2017



*Taux d'activité = nombre de personnes dépistées en 2016-2017 / nombre de personnes invitées en 2016-2017

4.5 Les résultats des dépistages immunologiques du cancer colorectal

Tableau 30 : Résultats des 22 702 dépistages immunologiques (enregistrés au 4/06/2018) réalisés entre janvier et décembre 2017

Résultats des dépistages	Nombre de dépistages	(%)
Négatifs	21 411	(94,3%)
Positifs	978	(4,3%)
Non analysables*	313	(1,4%)

*tests en attente d'être refaits

4.5.1 Tests non analysables

Au total, pour les tests immunologiques enregistrés sur l'année 2017*, **1 854** (8,2%) n'ont pas pu être analysés et 313 (17%) d'entre eux n'ont pas encore été refaits.

Le taux de tests non analysables était légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Tableau 31 : Répartition des dépistages non analysables enregistrés en 2017 par sexe

	Femmes	Hommes	Total
Nombre de dépistages enregistrés en 2017	12 280	10 422	22 702
Nombre de tests non analysables	975	879	1 854
Taux de tests non analysables	7,9%	8,4%	8,2%

Ce taux est supérieur à celui observé en 2016 (8,2% versus 5,8% en 2016).

*Notons que le logiciel Néoscope fait basculer les tests considérés comme non analysables en 2017 et refaits en 2018 automatiquement dans la catégorie des tests réalisés en 2018 ; ces tests ne sont ainsi pas comptabilisés dans le tableau 31 (d'où une diminution du nombre de tests réalisés en 2017 avec l'avancée de la période d'étude).

Les motifs de non analyse ou de non-conformité (permettant tout de même l'analyse) des tests enregistrés par le laboratoire Cerba sont principalement les suivants :

Tableau 32 : Répartition des principaux motifs de non analyse ou non-conformité du test immunologique (non exclusifs) en 2017

Motifs de non analyse du test	Nb de tests
Tube périmé	1 482
Absence de date de prélèvement	270
Prélèvement > 6 jours	140
Personne > 76 ans	47
Fiche renseignée et tube NON identifié	41
2e test refusé (NA ou NI) dans la même campagne	39
Tube détérioré ou souillé	20
Fiche renseignée sans tube	8
Absence date de naissance	4

4.5.2 Tests positifs

978 tests immunologiques ont été jugés **positifs**, soit un taux de positivité de 4,3%.

Parmi les 978 personnes ayant eu un test positif en 2017, au moins 751 d'entre elles ont réalisé une coloscopie (soit un taux de réalisation d'au moins 77%).

Sur les 728 coloscopies dont le résultat a été communiqué à **Lucide**, les résultats étaient les suivants :

Tableau 33: Résultats des coloscopies réalisées après un test positif en 2017

Résultat	N=	(%)
Normale	212	(29,1%)
Polype(s)	419	(57,6%)
Cancer	58	(8,0%)
Autres lésions pouvant saigner	39	(5,4%)

Le délai médian entre la date de lecture du test positif et la date de la coloscopie était de 75 jours (délai moyen : 84 j, minimal : 5 j et maximal : 377 jours).

Tableau 34 : Caractéristiques histologiques des 419 polypes

Histologie	Nombre	Taux
Adénome tubuleux	142	(33,9%)
Adénome tubulo-villeux	140	(33,4%)
Hyperplasique	33	(7,9%)
Adénome mixte	6	(1,4%)
Adénome festonné	8	(1,9%)
Adénome vilieux	5	(1,2%)
Adénome sans précisions	7	(1,7%)
Autres* ou Inconnu	78	(18,6%)

*11 prélèvements

Tableau 35 : Résultats par sexe

	Femmes n=12 280	Hommes n=10 422	Total n=22 702
Adénomes	119	189	308
Adénomes à risque*	82	144	226

*sont considérés comme adénomes à risque les adénomes de plus de 10 mm et/ou présentant une dysplasie de haut grade ou sévère et/ou les adénomes vilieux ou tubulo-vilieux

Tableau 36 : Résultats par sexe

	Femmes n=12 280	Hommes n=10 422	Total n=22 702
Taux de tests OC Sensor® positifs	3,3%	5,4%	4,3%
Taux de coloscopies réalisées après un test positif	77,4%	76,4%	76,8%
Taux de coloscopies avec polypes	52,6%	61,2%	57,6%
Taux de coloscopies avec adénomes	38,4%	45,2%	42,3%
Taux de coloscopies avec cancers	7,7%	8,1%	8,0%
Taux de polypes détectés (/1000)	7,7%	8,1%	8,0%
Taux d'adénomes détectés (/1000)	9,7	18,1	13,6
Taux de cancers détectés (/1000)	2,0	3,3	2,6

Le taux de tests positifs est plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Le taux de détection d'anomalies (polypes ou cancer) est également supérieur chez les hommes.

Tableau 37 : Résultats par tranche d'âge

	50-54 ans n=5 028	55-59 ans n=3 866	60-64 ans n=4 897	65-69 ans n=5 379	≥70 ans n=3 532
Taux de tests OC Sensor® positifs	3,5%	4,1%	4,1%	4,9%	5,1%
Taux de coloscopies réalisées après un test positif	74,6%	75,9%	76,4%	77,0%	79,9%
Taux de coloscopies avec polypes	59,1%	56,0%	59,2%	58,3%	54,7%
Taux de coloscopies avec adénomes	40,9%	37,9%	44,9%	42,7%	43,9%
Taux de coloscopies avec cancers	3,1%	9,5%	8,8%	9,0%	8,6%
Taux de polypes détectés (/1000)	3,1%	9,5%	8,8%	9,0%	8,6%
Taux d'adénomes détectés (/1000)	10,3	11,4	13,5	15,8	17,3
Taux de cancers détectés (/1000)	0,8	2,8	2,7	3,3	3,4
Taux de tests non analysables	8,2%	9,2%	7,7%	7,5%	8,5%

4.6 L'évolution des résultats des dépistages par test au Gaïac du cancer colorectal

Tableau 38 : Données de Charente-Maritime période 2009-2014 et comparaison avec les données nationales

	Charente-Maritime (Lucide 17)						France	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2008-2009	2009-2010**
Tests Hémocult II® positifs	3,2%	3,0%	3,0%	2,8%	2,8%	3,4%	2,8%	2,7%
Coloscopies réalisées après un test positif	91,7%	89,2%	88,9%	86,7%	84,0%	82,1%	87,5%	87,2%
Cancers détectés (/1000)	2,8	1,7	1,6	1,9	1,5	1,6	1,8	1,7
Adénomes détectés (/1000)	9,9	8,5	7,7	6,8	5,4	7,2	8,2	7,4
Adénomes avancés	7,1	5,7	4,8	4,6	3,3	4,0	4,9	4,4
Tests non analysables	3,6%	4,0%	6,7%	5,1%	5,0%	3,8%	4,5%	5,0%
Test non analysables refaits	76,2%	71,1%	77,8%	78,6%	75,6%	71,9%	64,6%	67,0%

*données InVs, France, 2008-2009 – 46 départements parues en décembre 2012

**données InVs, France, 2009-2010 – 95 départements parues en juillet 2013

Le taux de positivité observé en 2009 en Charente-Maritime était supérieur au taux moyen observé en France à la même époque ; cependant les taux de détection d'anomalies colorectales en 2009 semblent également plus élevés.

On peut noter enfin une diminution du taux de positivité du test Hémocult II® au fil des campagnes avec cependant une remontée notable en 2014.

4.7 Comparaison des résultats des dépistages selon la technique utilisée

Tableau 39 : Résultats selon la technique de recherche de sang utilisée (Gaïac versus immunologique)

	Hémocult®	Test immunologique	
	2013	2016	2017
Tests Hémocult II® positifs	2,8%	4,7%	4,3%
Coloscopies réalisées après un test positif	84,0%	82,5%	76,8%*
Cancers détectés (/1000)	1,5	3,2	2,6*
Adénomes détectés (/1000)	5,4	18,1	13,6*
Adénomes avancés (/1000)	3,3	13,1	9,6*
Tests non analysables	5,0%	5,7%	8,2%*
Test non analysables refaits	75,6%	82,0%	83,1%*

*Données non exhaustives au 15 mars 2018

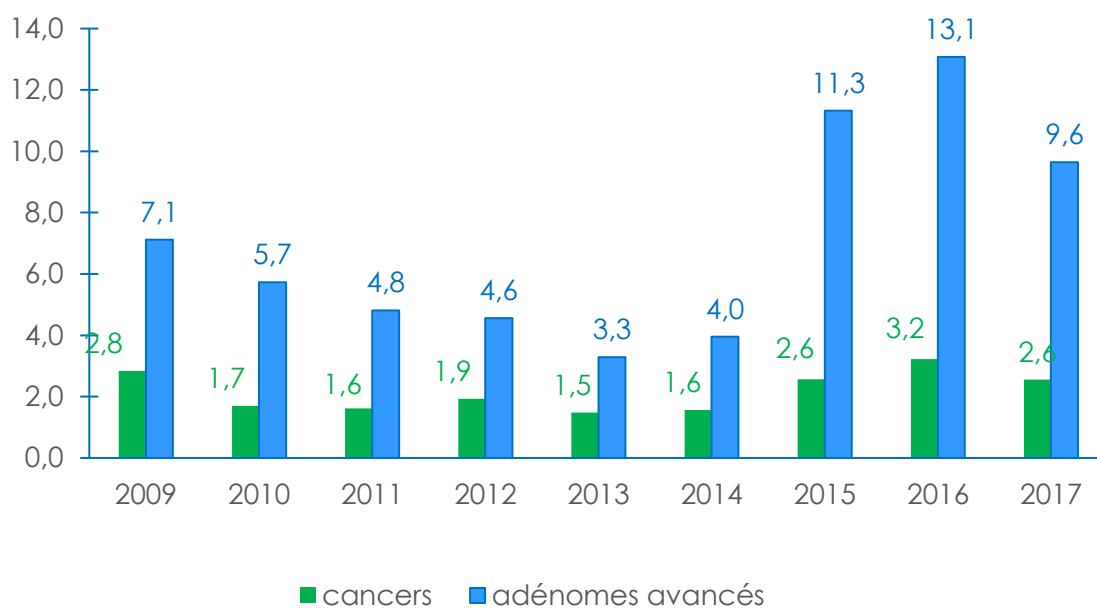
Les premiers résultats depuis l'introduction du test immunologique sont prometteurs.

La participation avec le test immunologique OC Sensor® est légèrement supérieure à celle observée avec le test Hémocult II®. Ainsi le taux de participation tenant compte des exclusions médicales était estimé à 34% en 2016-2017 (versus 32% en 2012-2013).

Concernant les performances de détection des tests, on constate comme attendu un taux de positivité avec le test OC Sensor® (environ 4,5%) supérieur à celui enregistré avec le test Hémocult II® (3%).
 Le taux d'anomalies décelées avec la coloscopie est en outre largement supérieur avec le test OC Sensor® avec notamment une meilleure VPP pour les adénomes avancés et cancer (38% en 2017 versus 21% avec le test Hémocult II® en 2013).

Figure 15 : Evolution des taux de détection des cancers et des adénomes avancés entre 2009 et 2017

Taux de détection pour 1000 personnes dépistées

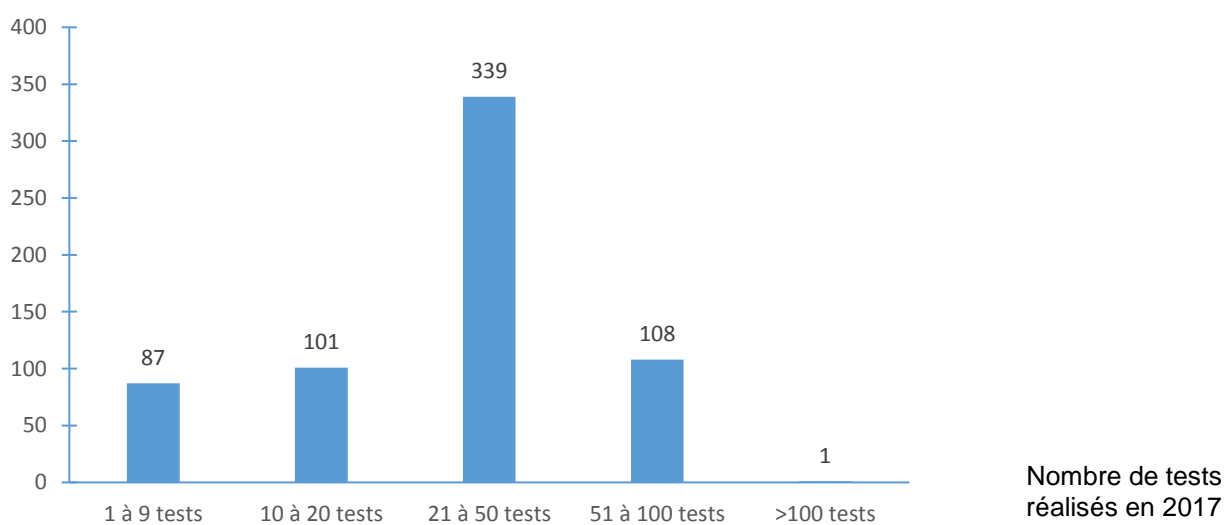


4.8 La participation des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal

En 2017, 636 médecins généralistes de Charente-Maritime (93%) ont participé au programme de dépistage organisé du cancer colorectal en 2017 (c'est-à-dire qu'au moins un de leurs patients a réalisé cette année un test).

Figure 16 : Répartition des médecins de Charente-Maritime selon le nombre de patients ayant réalisé un test en 2017

Nombre de médecins



5 Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Participation aux réunions régionales et groupes de travail thématiques pour la mise en place du nouveau programme de dépistage organisé.

Date	Participant(s)	Objet
25/01/2017	Anne Feyler Isabelle Josso	réunion AGIDECA
15/02/2017	Anne Feyler Isabelle Josso	réunion ARS
15/06/2017	Anne Feyler	visite AGIDECA à La Rochelle
12/07/2017	Anne Feyler Eve Reboul	réunion ARS
14/09/2017	Anne Feyler	réunion AGIDECA
06/11/2017	Anne Feyler	groupe de travail système informatique
16/11/2017	Isabelle Josso	groupe de travail information
20/11/2017	Anne Feyler	groupe de travail système informatique

6 Commission PRS

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a fait évoluer les projets régionaux de santé (PRS), créés par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST).

Le nouveau PRS, établi en cohérence avec la stratégie nationale de santé, est constitué :

- d'un cadre d'orientation stratégique (COS) qui détermine des objectifs généraux et résultats attendus sur 10 ans
- d'un schéma régional de santé (SRS) unique établi sur 5 ans pour l'ensemble de l'offre de prévention, de soins et d'accompagnement, qui détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels
- d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le PRS Nouvelle-Aquitaine devant être adopté au plus tard le 1^{er} janvier 2018, un projet de PRS a été adressé aux autorités et organismes prévus par les textes à l'été 2017.

L'élaboration du futur PRS s'est inscrite, au-delà de cette phase de consultation formelle, dans une concertation élargie avec les partenaires de l'Agence Régionale de Santé, les opérateurs et les acteurs de santé.

Dans ce cadre, l'élaboration du schéma régional de santé (SRS), composante opérationnelle du futur PRS, s'est appuyée sur des groupes régionaux de concertation technique, associant des représentants des partenaires de politique publique, des acteurs de santé et des usagers.

Ces groupes avaient pour but de préparer les travaux de rédaction du SRS, sur chacune de ses thématiques, en contribuant, dans une approche par principe décloisonnée, à la définition des objectifs opérationnels de la politique régionale de santé à 5 ans, et des objectifs de l'offre de soins le cas échéant.

Le Dr Anne FEYLER a participé aux réunions de travail du groupe de concertation technique CANCER

- mercredi 19 avril en visioconférence
- mardi 16 mai à Bordeaux
- mercredi 14 juin en visioconférence

7 DECORE-CCR

Au cours de l'année 2017, **Lucide** a participé à la mise en œuvre du projet « DECORE-CCR : DEpistage COordonné des sujets à Risque Elevé de Cancer ColoRectal », porté par le réseau Onco-Poitou-Charentes en lien avec les 4 structures de gestion des dépistages de l'ex-Poitou-Charentes et financé par l'INCa sur 3 ans (2017-2019).

L'objectif de DECORE-CCR est d'évaluer la faisabilité d'un dispositif de DEpistage COordonné des sujets à Risque Elevé de Cancer ColoRectal, en partenariat avec les médecins généralistes et les gastroentérologues.

Sont concernées par cette expérimentation, les personnes de 50 à 74 ans identifiées par les structures de gestion et présentant :

- un antécédent personnel de polypes à risque (adénome ou polype hyperplasique >1 cm)
- ou - un antécédent personnel de cancer colorectal
- ou - un antécédent familial d'adénome avancé ou de cancer colorectal
- ou - un antécédent personnel de maladie de Crohn ou de Rectocolite hémorragique (RCH).

En mars 2017, les structures de gestion picto-charentaises ont adressé un courrier aux médecins généralistes et gastroentérologues pour annoncer le démarrage effectif de l'étude, auquel était joint, à titre d'information, un exemplaire des documents à destination des personnes à risque.

Les courriers, dépliants et questionnaires avec enveloppe T, ont été envoyés aux personnes à risque élevé, entre mars et novembre 2017. Les informations retournées ont été saisies dans le logiciel dédié SPARE à partir de mai 2017. Au 15/12/2017, 12 079 personnes à risque ont été identifiées et sollicitées.

Les personnes de la cohorte à risque élevé avec dates de coloscopie théoriques connues sont invitées, 3 mois avant la date prévue, à réaliser une coloscopie avec le gastro-entérologue de leur choix (ces invitations ont eu lieu en 2017 et se poursuivront jusqu'à décembre 2018).

Au 15/12/2017, parmi les 12 079 personnes sollicitées, 3 437 ont retourné le questionnaire (soit un taux de retour de 28,4%), dont 297 avec un refus explicitement signalé (soit un taux d'acceptation à participer au nouveau dispositif de 91,4% parmi les questionnaires retournés et de 25,9% parmi les personnes sollicitées).

Parmi les 3 140 personnes ayant accepté d'être suivies :

- 1 820 personnes ont renvoyé un questionnaire avec la date de coloscopie programmée renseignée ;
- 1 314 personnes ont renvoyé un questionnaire avec la date de coloscopie programmée non renseignée, nécessitant un contact auprès du gastroentérologue ;
- 6 étaient inéligibles à ce jour (3 décès, 2 personnes à risque moyen sollicitées à tort, et 1 personne ayant déménagé hors Poitou-Charentes) ;

Au total et au 15/12/2017, 2 299 questionnaires étaient complets après demande de renseignements (soit 73,4%).

8 Les actions de communication de Lucide®

- Envoi de bilan et d'outils de communication dans le cadre de Mars Bleu aux médecins généralistes et gastroentérologues (mars 2017)
- Envoi d'un mail aux mairies de Charente-Maritime dans le cadre de Mars Bleu (mars 2017)
- Tenue d'un stand par le Dr Anne FEYLER et le Dr Isabelle JOSSO-COLOM, en partenariat avec la mutuelle EOVIÉ, la Ligue contre le Cancer et la CPAM, à La Rochelle lors de la remise des dossards du semi-marathon de La Rochelle (2138 coureurs et 493 quiz remplis) le 19 mars 2017
- Tenue d'un stand d'informations par le Dr Anne FEYLER à l'épicerie sociale La Boussole (mai 2017)
- Envoi d'outils de communication pour Octobre Rose aux médecins radiologues, généralistes et gynécologues du département (septembre 2017)
- Marche rose le dimanche 1^{er} octobre à La Rochelle avec la participation de M Christian DELCOURTE
- Conférence pluridisciplinaire avec intervention du Dr Anne FEYLER le vendredi 6 octobre à Saintes
- Tenue d'un stand par Mme Eve REBOUL lors de la Marche rose le samedi 7 octobre à Saintes
- Tenue d'un stand d'informations par le Dr Anne FEYLER le samedi 7 octobre à La Rochelle
- Marche rose le dimanche 8 octobre à La Tremblade avec la participation de M Christian DELCOURTE
- Sensibilisation par le Dr Anne FEYLER du personnel de l'URSSAF le lundi 9 octobre à Aytré
- Tenue d'un stand par le Dr Anne FEYLER et Marche "bâtons" jeudi 12 octobre à St Savinien
- Tenue d'un stand d'informations par Mme Eve REBOUL et le Dr Anne FEYLER (place Colbert) lors de la course et marche féminines (4 400 participantes) le samedi 14 octobre à Rochefort
- Atelier autopalpation animé par le Dr Anne FEYLER le jeudi 19 octobre au Centre Hospitalier de Saintes
- Tenue d'un stand d'informations par Mme Eve REBOUL lors d'une journée de sensibilisation le samedi 21 octobre à Royan
- Projection-débat animée par le Dr Anne FEYLER le dimanche 22 octobre à Chambon
- Envoi de bilans sur le dépistage organisé du cancer colorectal aux médecins généralistes (novembre 2017)
- Enquête téléphonique auprès des femmes non participantes en décembre 2017 menée par les services de la CPAM de La Rochelle, en partenariat avec Lucide®, pour déterminer les motifs de non-participation des femmes en Charente-Maritime et les inciter à intégrer le programme de dépistage organisé.

8.1 Octobre Rose en partenariat avec 325 communes de Charente-Maritime

Le mois d'octobre est traditionnellement le mois de mobilisation autour du dépistage du cancer du sein. Aussi, à l'occasion d'"Octobre Rose", **Lucide** a en 2017 renouvelé son dispositif d'information destiné à inciter les femmes âgées de 50 à 74 ans à participer au programme national de dépistage organisé du cancer. Une vaste campagne de sensibilisation a été menée cette année, en partenariat, avec les communes du département.

En juin 2017, **Lucide** a adressé un courrier au maire de chaque commune de Charente-Maritime pour lui proposer de participer à une vaste campagne de sensibilisation au dépistage organisé du cancer du sein.

325 communes sur 469 (69%) ont participé à l'opération Octobre Rose et ont aidé **Lucide** à sensibiliser le grand public en illuminant ou en enrubannant de rose un monument, une fontaine, une statue de femme ou encore la Marianne de leur commune durant tout le mois d'octobre. Les rubans leur ont été gracieusement fournis par notre association.

Afin de compléter cette action de sensibilisation, des articles à faire paraître dans les journaux municipaux ont été transmis aux mairies par **Lucide**. Des affiches et des dépliants ont aussi été mis à leur disposition.

Les mairies ont également diffusé l'information notamment via leurs bulletins municipaux et leurs sites internet.

Pour cette 7^{ème} édition la participation, avec 69% de communes participantes était quasi équivalente à celle de l'an dernier. Pour mémoire, 149 communes avaient participé en octobre 2011 (32%), 135 en octobre 2012 (29%), 212 en octobre 2013 (45%), 284 en octobre 2014 (60%), 311 en octobre 2015 (65%) et 330 en octobre 2016 (70%).

Figure 17: Répartition des 325 communes ayant participé à l'opération « Octobre Rose » en 2017



Liste des 325 communes ayant participé à Octobre rose en 2017

AGUDELLE	CHENAC-ST SEURIN D'UZET	LA VALLEE	PLASSAY	ST PIERRE D'OLERON
ALLAS BOCAGE	CHEPNIERS	LAGORD	POMMIERS MOULONS	ST PIERRE DU PALAIS
ALLAS CHAMPAGNE	CHIVES	LANDES	PONS	ST PORCHAIRE
ANDILLY	CIRE D'AUNIS	LANDRAIS	PONT L'ABBE D'ARNOULT	ST QUANTIN DE RANCANNE
ANGLIERS	CLAVETTE	LE BOIS PLAGE EN RE	PORT D'ENVAUX	ST ROMAIN DE BENET
ANGOULINS	CLERAC	LE CHÂTEAU D'OLERON	PORT DES BARQUES	ST ROMAIN SUR GIRONDE
ANNEPONT	CLION	LE FOUILLOUX	PUILBOREAU	ST SATURNIN DU BOIS
ANNEZAY	COIVERT	LE GICQ	PUY DU LAC	ST SAUVANT
ANTEZANT LA CHAPELLE	COLOMBIERS	LE GUE D ALLERE	PUYROLLAND	ST SAUVEUR D'AUNIS
ARCES SUR GIRONDE	CORME ECLUSE	LE MUNG	RIOUX	ST SAVINIEN
ARCHINGEAY	CORME ROYAL	LE SEURE	RIVEDOUX PLAGES	ST SEURIN DE PALENNE
ARS EN RE	COURANT	LE THOU	ROCHEFORT	ST SEVER DE SAINTONGE
ARTHENAC	COURCELLES	L'EGUILLE SUR SEUDRE	ROMAZIERES	ST SIGISMOND DE CLERMONT
ARVERT	COURCERAC	LES EGLISES D'ARGENTEUIL	ROMEBOUX	ST SIMON DE PELLOUAILLE
ASNIERES LA GIRAUD	COURCON	LES ESSARDS	ROUFFIAC	ST SORNIN
AUJAC	COURCOURY	LES GONDS	ROUFFIGNAC	ST SULPICE D'ARNOULT
AULNAY DE STONGE	COUX	LES MATHES-LA PALMYRE	ROYAN	ST SULPICE DE ROYAN
AUMAGNE	COZES	LES PORTES EN RE	SABLONCEAUX	ST XANDRE
AUTHON EBEON	CRAM CHABAN	L'HOUMEAU	ST AGNANT	STE COLOMBE
AVY	CRAVANS	LONGEVES	ST ANDRE DE LIDON	STE GEMME
AYTRE	CRAZANNES	LONZAC	ST BONNET SUR GIRONDE	STE LHEURINE
BALANZAC	CROIX CHAPEAU	LORIGNAC	ST BRIS DES BOIS	STE MARIE DE RE
BALLANS	DOEUIL SUR LE MIGNON	LOULAY	ST CESAIRE	STE MÊME
BALLON	DOLUS D'OLERON	LOZAY	ST CHRISTOPHE	STE RADEGONDE
BARZAN	DOMPIERRE SUR CHARENTE	LUCHAT	ST CIERS CHAMPAGNE	STE SOULLE
BAZAUGES	DOMPIERRE SUR MER	MACQUEVILLE	ST CLEMENT DES BALEINES	SAINTE
BEAUGÉAY	ECHILLAIS	MARANS	ST COUTANT LE GRAND	SALEIGNES
BEAUVAIS SUR MATHA	ECOVEUX	MARENNES	ST CYR DU DORET	SALIGNAC DE MIRAMBEAU
BEDENAC	ECURAT	MARSAIS	ST DENIS D'OLERON	SALLES SUR MER
BELLUIRE	EPARGNES	MARSILLY	ST DIZANT DU BOIS	SAUJON
BENON	ESNANDES	MAZERAY	ST DIZANT DU GUA	SEIGNE
BERCLOUX	ESOUVERT - ST DENIS DU PIN	MEDIS	ST EUGENE	SEMOUSSAC
BERNAY ST MARTIN	ETAULES	MEURSAC	ST GENIS DE STONGE	SEMUSSAC
BERNEUIL	EXPIREMONT	MEUX	ST GEORGES DE DIDONNE	SIECQ
BEURLAY	FENIOUX	MIGRON	ST GEORGES DES COTEAUX	SONNAC
BIGNAY	FONTAINES D'OZILLAC	MIRAMBEAU	ST GEORGES D'OLERON	SOUBRAN
BOISREDON	FONTCOUVERTE	MOËZE	ST GERMAIN DE LUSIGNAN	SOULIGNONNES
BORDS	FONTENET	MONS	ST GERMAIN DE MARENCENNES	SOUMERAS
BOSCAMNANT	FOURAS	MONTENDRE	ST GEORGES DU BOIS	SOUSMOULINS
BOUGNEAU	GEAY	MONTILS	ST GERMAIN DU SEUDRE	SURGERES
BOUHET	GEMOZAC	MONTLIEU LA GARDE	ST GREGOIRE D ARDENNES	TAILLEBOURG
BOURCEFRANC LE CHAPUS	GIVREZAC	MONTPELLIER DE MEDILLAN	ST HILAIRE DE VILLEFRANCHE	TANZAC
BOURGNEUF	GOURVILLETTE	MONTROY	ST HILAIRE DU BOIS	TAUGON
BOUTENAC-TOUVENT	GRANDJEAN	MORNAC SUR SEUDRE	ST JEAN D'ANGELY	TERNANT
BREUIL LA REORTE	GUITINIERES	MORTAGNE SUR GIRONDE	ST JEAN D'ANGLE	TESSON
BREUIL MAGNE	HIERS BROUAGE	MORTIERS	ST JEAN DE LIVERSAY	THAIRE
BREUILLET	JARNAC CHAMPAGNE	MOSNAC	ST JUST LUZAC	THENAC
BRIE SOUS MORTAGNE	JONZAC	MURON	ST LAURENT DE LA BARRIERE	THEZAC
BRIZAMBOURG	JUSSAS	NANCRAS	ST LAURENT DE LA PREE	THORS
BURIE	LA BARDE	NANTILLE	ST LEGER	TONNAY CHARENTE
BUSSAC FORET	LA BREE LES BAINS	NERE	ST MAIGRIN	VANDRE
BUSSAC SUR CHARENTE	LA CLISSE	NEUILLAC	ST MARD	VARZAY
CERCOUX	LA COUARDE SUR MER	NEUVICQ	ST MARTIAL DE MIRAMBEAU	VAUX SUR MER
CHAILLEVETTE	LA FLOTTE EN RE	NEUVICQ LE CHATEAU	ST MARTIAL DE VITATERNE	VENERAND
CHAMBON	LA GENETOUZE	NIEUL LES STES	ST MARTIN DE COUX	VERINES
CHAMOUILLAC	LA GREVE SUR LE MIGNON	NIEUL SUR MER	ST MARTIN DE JUILLERS	VILLARS EN PONS
CHAMPAGNE	LA GRIPPERIE ST SYMPHORIEN	NUAILLE D AUNIS	ST MARTIN DE RE	VILLARS LES BOIS
CHAMPAGNOLLES	LA JARD	NUAILLE SUR BOUTONNE	ST OUEN D'AUNIS	VILLEDoux
CHAMPDOLENT	LA JARNE	ORIGNOLLES	ST OUEN LA THENE	VILLEMORIN
CHANIERES	LA JARRIE AUDOUIN	PAILLE	ST PALAIS DE NEGRIGNAC	VILLENEUVE LA COMTESSE
CHANTEMERLE SUR LA SOIE	LA JARRIE	PERE	ST PALAIS DE PHIOLIN	VILLEXAVIER
CHARRON	LA LAIGNE	PERIGNAC	ST PALAIS SUR MER	VILLIERS COUTURE
CHARTUZAC	LA ROCHELLE	PERIGNY	ST PARDOULT	VIROLLET
CHÂTELAILLON PLAGES	LA RONDE	PESSINES	ST PIERRE D'AMILLY	VIRSON
CHAUNAC	LA TREMBLADE	PISANY	ST PIERRE DE JUILLERS	VOISSAY



*Quelques images des communes partenaires
d'Octobre Rose...*

