

[2]. Cela pourrait s'expliquer par un taux élevé d'exérèses endoscopiques ou endoanales ou par un retour à domicile précoce des patients en fin de vie. Pour ces raisons, et parce que le stade d'évolution du cancer n'est pas connue, la mortalité hospitalière ne peut être retenue pour une comparaison régionale des résultats.

## CONCLUSION

Ces résultats permettent d'apprécier l'activité chirurgicale hospitalière en matière de cancer colo-rectal. Ces données permettent d'identifier le volume d'activité des établissements, le type d'établissements concernés et les zones d'attractivité régionale. Elles permettent d'engager une réflexion sur l'équilibre territorial pour une bonne planification de la chirurgie carcinologique. Il est intéressant de constater que la base PMSI, malgré ses imperfections, semble donner un reflet assez exact de la situation et d'une certaine façon cela valide cette base. Elles peuvent être utilisées, avec certaines réserves, pour étudier les filières de soins, pour évaluer les programmes régionaux de santé et pour estimer les tendances. Elles apparaissent, enfin, complémentaires des données issues des registres des cancers.

Remerciements à la DREES pour avoir effectué le redressement des données.

## RÉFÉRENCES

- [1] F. Menegoz, L. Cherie-Challine et al. Le cancer en France : Incidence et Mortalité. Situation en 1995 - Evolution entre 1975 et 1995. Ministère de l'emploi et de la solidarité - Réseau FRANCIM. Diffusé par la Documentation Française, 182 pages.
- [2] J. Maurel, M. Gignoux, T. Petit et al. La conservation sphinctérienne dans le cancer de l'ampoule rectale - résultats d'un audit régional (505 patients). Lyon chir ; 93 :151-4, 1997.
- [3] J. Maurel, G. Launoy, T. Petit et coll. Registre des cancers - Evaluation des pratiques et aide à la décision. L'exemple du cancer colo-rectal. Heptogastro supplément au N° 2, vol. 4, mars-avril 1997.

# ÉTUDE

## DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LA POPULATION CONSULTANT UN CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ

J. Steinmetz<sup>1,2</sup>, Y. Spycykerelle<sup>1</sup>, J. Henny<sup>2</sup>, J.P. Giordanella<sup>3</sup>, J. Emmanuelli<sup>1</sup>

### INTRODUCTION

Le cancer colorectal (CCR) constitue en France, comme dans la plupart des pays développés, un problème majeur de Santé Publique. Il représente près de 14 % des cas annuels de cancers et on estime que 33 000 nouveaux cas apparaissent par an et que 16 000 décès lui sont attribuables [1]. En France, la probabilité pour un homme d'avoir un CCR au cours de sa vie est estimée à 5,7 et à 5 % pour une femme. Sa fréquence augmente régulièrement depuis ces dernières années, et les données de population indiquent pour les sujets atteints de CCR, une survie à 5 ans de 41 % [2].

La prévention primaire des CCR relève encore de la recherche. Pour l'instant, les recommandations ne peuvent se limiter qu'à des conseils hygiéno-diététiques et le niveau de preuve est encore insuffisant pour recommander dans les adénomes sporadiques et la polyposse adénomateuse familiale la prise d'aspirine, ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, non salicylés [2].

En janvier 1998, une conférence de consensus réalisée sous l'égide de l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [2] indique dans ses recommandations que le dépistage du CCR par la recherche de sang occulte dans les selles est possible dans le cadre de campagnes de dépistage de masse organisées, soumises à des conditions strictes de réalisation. Il est ainsi possible de faire baisser la mortalité par CCR à dix ans de 15 à 18 % par un dépistage tous les deux ans avec un taux de participation supérieur à 50 %.

Créés par l'ordonnance du 15 Octobre 1945, les Centres d'examens de santé (CES) dont les missions sont définies par l'arrêté du 20 Juillet 1992, sont des structures implantées dans la plupart des départements. Gérés directement par les Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou conventionnés, ils occupent une place privilégiée dans le paysage sanitaire français en raison de la population examinée (a priori saine) et de l'information sur l'état de santé recueillie lors des examens qui y sont pratiqués. La population fréquentant les CES est une population volontaire, appartenant au régime général de l'Assurance maladie.

Depuis plusieurs années, les CES ont intégré dans leurs objectifs le dépistage du CCR. En 1999, la périodicité biennale du test a été introduite dans leur pratique.

L'objectif de cet article est de présenter la participation de la population au dépistage mis en place au Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy et les résultats du dépistage du cancer colorectal.

### POPULATION ET MÉTHODES

#### Population étudiée

L'étude a porté sur un échantillon de 19 325 personnes âgées de 50 à 75 ans, 9 536 hommes et de 9 789 femmes, examinées au Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy entre le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et le 31 décembre 1997. Après exclusion de 1 408 sujets en raison de prise de médicaments contre indiqués pour la réalisation du test, d'examen récents (recherche de sang occulte dans les selles, coloscopie), d'incompréhension sur la manière de réaliser le test, 17 917 sujets constituaient la population cible à qui un test Hémocult II<sup>®</sup> a été proposé soit 92,7 % de la population initiale.

#### Recueil des données

Les informations ont été recueillies au cours de l'examen de santé. La recherche de sang occulte dans les selles a été effectuée par le test Hémocult II<sup>®</sup> selon les modalités précisées dans le guide des procédures techniques de l'examen de santé édité par le Centre technique d'appui et de formation des CES (Cetaf).

Pour les sujets présentant une recherche positive de sang occulte dans les selles une procédure « suite d'examen de santé » (SES) a été déclenchée. Cette procédure contribue à améliorer la prise en charge médicale des patients. Financée à 100 % au titre des dépenses de l'Assurance maladie, elle permet un retour au CES d'informations sur la prise en charge et le diagnostic posé par le praticien traitant. En absence de réponse du praticien, une information est demandée auprès du consultant lui-même.

#### Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel BMDP version Dynamic (BMDP Statistical Software, Ltd Cork, Ireland). Les tests statistiques habituels ont été utilisés dans cette étude pour la comparaison des variables qualitatives et quantitatives (test du Chi<sub>2</sub>, test de Student-Fisher).

### RÉSULTATS

Participation au dépistage et fréquence des recherches positives de sang occulte dans les selles

La participation au dépistage du CCR, évaluée par la réalisation ou non du test de recherche de sang occulte dans les selles auprès de la population cible constituée de 17 917 personnes, était de 86,7 % (15 527 consultants). Elle était légèrement plus élevée chez les femmes (87,2 %) que chez les hommes (86,1 %) ( $p < 0,05$ ) et augmentait de 82,3 % entre 50 et 54 ans à plus de 87 % après 55 ans.

La fréquence des résultats positifs était de 3,6 % dans la population ayant participé au dépistage (Tab. 1). Plus élevée chez les hommes (4,1 %) que chez les femmes (3,0 %) ( $p < 0,001$ ), cette fréquence augmentait avec l'âge passant de 2,7 % entre 50-54 ans à 4,7 % chez les 70-74 ans.

1. Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé (Cetaf), 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy.

2. Laboratoire du Centre de Médecine Préventive, 54500 Vandoeuvre-lès-Nancy.

3. Direction déléguée, Département des Etablissements et Œuvres, CNAMTS, 75000 Paris.

Correspondance : Julien Emmanuelli, Cetaf, 2, avenue du doyen Jacques Parisot, 54500, Vandoeuvre lès Nancy.

Tél. : 03 83 44 87 71 ; Fax : 03 83 44 87 79 ;

e-mail : julien.emmanuelli@cetaf.asso.fr