



Éditoriaux	Clinical case
• De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital public B. Garrel, P. H. Brochet, M.-C. Genoulleau 187	• Self-mutilation induced by cocaine abuse: the pleasure of bleeding L. Karila, M. Ferreri, S. Coscas, A. Benyamina, M. Reynaud 235
• Profession médecin aujourd'hui R. Gil 189	Cas cliniques
Articles originaux	• Kyste rénal responsable d'un hoquet P. Garrigues, B. Giovannelli, F. Villard, M.-L. Coquery, S. Belhadjou, P. Duc et al. 239
• Critères subjectifs guidant les médecins pour définir un objectif tensionnel chez l'hypertendu non contrôlé Etude Physiols M. Guichet, E. Teutenegger, J.-P. Faivel 192	• Une tumeur primitive rare du poumon : le carcinome pléomorphe I. Yangju, M. Smaoui, A. Khabir, A. Ayed, T. Binodwara 243
• Chirurgie des méningiomes intracrâniens après 80 ans X. Morand 197	• Appendicite épiploïque primitive : un diagnostic non chirurgical souvent méconnu R. Kianmanesh, B. Abdollah, S. Scaringi, C. Leroy, S. Octernaud, S. Chabanne et al. 247
• Transplantation hépatique pour maladie chronique du foie : coût hospitalier C. Fallet, Y. Chamouard, A. Nageotte, O. Dolbot, C. Colin, J. Dournerier 203	Images en médecine
• Perception par les patients de leur séjour en réanimation C. Carola, A. Corvoisy, S. Galbot, I. Naze, B. Levy, P.-E. Bollbaert 211	• Hypersignal T1 des noyaux lenticulaires lors d'une insuffisance hépatique S. Nagy, M. Ben Regaija, C. Kaddour, R. Jaiti, D. Ghorbel, L. Skandiani et al. 251
• Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes B. Denis, G. Schon, M. Raetsch, J.-C. Geill, M. Léveque, J.-M. Meyer et al. 217	Lettre à la rédaction
Revue systématique	• Ostéosarcome ostéoblastoma-like primitif du sternum : une observation S. Charfi, A. Khabir, I. Ayadi, S. Makni, K. Tounni, M. Frilho 253
• Doit-on prescrire une prophylaxie de la maladie thromboembolique aux patients porteurs d'un cathéter central et/ou recevant une chimiothérapie pour une tumeur solide ? E. Voog, E. Lazard, L. Jabel 225	Actualités
	• Mésothéliome pleural malin : un regain d'intérêt P. Letourneur 255
	• Quand les maladies sont sous le signe du grand âge P. Letourneur 257
	Instructions aux auteurs 261

431000 - Publication périodique mensuelle

www.masson.fr/revues/pm

Indexed in / Indexado en:
MEDLINE/ PubMed, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Life Sciences,
EMBASE/ Excerpta Medica, Science Citation Index/ ISI, PASCAL (INIST-CNRS)

This article was originally published in a journal published by Elsevier, and the attached copy is provided by Elsevier for the author's benefit and for the benefit of the author's institution, for non-commercial research and educational use including without limitation use in instruction at your institution, sending it to specific colleagues that you know, and providing a copy to your institution's administrator.

All other uses, reproduction and distribution, including without limitation commercial reprints, selling or licensing copies or access, or posting on open internet sites, your personal or institution's website or repository, are prohibited. For exceptions, permission may be sought for such use through Elsevier's permissions site at:

<http://www.elsevier.com/locate/permissionusematerial>



Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes

Bernard Denis, Guillaume Schon, Marcel Ruetsch, Jean-Christian Grall, Michel Lévêque,
Jean-Martin Meyer, Serge Moser, Jean-Claude Tschember, Philippe Perrin

Association pour le dépistage du cancer colorectal dans le Haut-Rhin, Colmar (68)

Correspondance :

Bernard Denis, Service de médecine A, Hôpitaux civils, 39 avenue de la Liberté,
68024 Colmar Cedex.

Tél. : 03 89 12 40 97

Fax : 03 89 12 45 33

bernard.denis@ch-colmar.rss.fr

Reçu le 17 janvier 2006

Accepté le 27 avril 2006

■ Summary

Cancer screening by primary care physicians: a chart audit

Background > Cancer screening requires identification of individuals at high risk for cancer, mainly through an adequate family history, and documentation of dates and results of past screening examinations. By asking general practitioners (GPs) to audit their charts, we sought to encourage them to enhance chart quality and their involvement in colorectal, breast and cervical cancer screening.

Methods > Chart audit of data on family cancer history and past screening examinations. Volunteer GPs, working in groups, self-audited the completeness of their charts of 20 (10 women, 10 men) consecutive patients not seen for the first time and aged 40-74 years for colorectal, breast and cervix cancer.

Results > In all, 37 GPs participated, analyzing 736 charts. Family history of cancer was documented in half the charts. A fecal occult blood test was mentioned in 51.2%, with a date in 40.2%. Mammograms were mentioned in 62.7% of women's charts, but only 27.9% contained complete information (family history, date and result of mammogram documented). Similarly, 44.2% of women's charts mentioned pap smears but only 25.9% contained complete information. The rates of complete charts ranged from 0 to 100% and varied with cancer and GP.

■ Résumé

Contexte > Pour un dépistage rigoureux des cancers, il faut évaluer le risque de cancer, principalement par la recherche d'antécédents néoplasiques familiaux, et connaître les dates et résultats d'éventuels examens de dépistage antérieurs. Ces données doivent être colligées dans le dossier médical et régulièrement actualisées. Nous avons proposé à des médecins généralistes (MG) une auto-évaluation de leurs dossiers médicaux, pour les inciter à améliorer la tenue de leurs dossiers et à s'impliquer dans le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum.

Méthodes > Les MG volontaires de 6 groupes de pairs ont chacun auto-évalué les dossiers médicaux de 20 patients consécutifs, 10 femmes et 10 hommes, âgés de 40 à 74 ans.

Résultats > Trente-sept MG ont évalué 736 dossiers. L'existence d'antécédents familiaux de cancer était renseignée dans la moitié des dossiers. La réalisation d'une recherche de sang occulte dans les selles était mentionnée dans 51,2 % des dossiers et 40,2 % en précisaient la date. La réalisation d'une mammographie était mentionnée dans 62,7 % des dossiers mais seuls 27,9 % étaient complets (antécédents familiaux renseignés, mammographie réalisée, date et résultat colligés). La réalisation d'un frottis cervical était mentionnée dans 44,2 % des dossiers mais seuls 25,9 % étaient complets. Les taux de dossiers complets variaient de 0 à 100 % selon le cancer étudié et selon les MG.

Conclusion > *Quality of charts in primary care is globally poor but very heterogeneous, ranging from bad to excellent according to GP. The collection of updated information on family history and past screening examinations must be improved in primary care.*

Conclusion > La qualité des dossiers de médecine générale est insuffisante pour une gestion rigoureuse des dépistages des cancers. À l'heure de la généralisation des dépistages des cancers, le recueil et l'actualisation des informations sur l'histoire familiale et les examens de dépistage passés doivent être améliorés dans les dossiers de médecine générale.

L'incidence et la mortalité par cancers augmentent en France, ce qui constitue un problème de santé publique [1]. Le dépistage permet de diminuer la mortalité par cancers du sein, du col utérin et du côlon-rectum et l'incidence des cancers du col utérin et du côlon-rectum. Ces 3 cancers font l'objet de recommandations de dépistage en France [2-6]. Le cancer du sein est l'objet d'un programme national de dépistage organisé. Il repose sur la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans et concerne les femmes de 50 à 69 ans (50 à 74 ans depuis 2003) à risque moyen [2, 3]. Le dépistage du

cancer colorectal est organisé dans 23 départements pilotes. Il repose sur la réalisation d'un test Hemocult II® tous les 2 ans et concerne la population à risque moyen âgée de 50 à 74 ans [4]. Le dépistage du cancer du col utérin concerne les femmes de 20 à 65 ans ayant, ou ayant eu, une activité sexuelle et repose sur la réalisation d'un frottis cervical tous les 3 ans [5, 6]. À l'exception de rares départements dans lesquels ce dépistage est organisé (dont le Haut-Rhin), il s'agit d'un dépistage opportuniste.

Les taux de couverture des différents dépistages sont encore insuffisants. La première cause de non-dépistage dans la population concernée est l'absence de recommandation au dépistage de la part du médecin généraliste (MG) [7, 8]. Le rôle du MG est essentiel pour inciter les personnes concernées à se faire dépister [9]. L'implication des MG permet d'augmenter les taux de participation et donc l'efficacité réelle des programmes de dépistage.

La gestion rigoureuse du dépistage des cancers impose :

- d'évaluer le risque individuel de cancer, principalement par la recherche d'antécédents familiaux néoplasiques ;
- de connaître les dates et résultats d'éventuels examens de dépistage antérieurs.

Ces données doivent être colligées dans le dossier médical et régulièrement actualisées.

La qualité des dossiers médicaux de médecine générale n'a jamais été évaluée en France dans le domaine du dépistage des cancers.

Le but de ce travail était, à partir d'une auto-évaluation de leurs dossiers médicaux, d'inciter des MG à améliorer la tenue de leurs dossiers et à s'impliquer dans le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum.

Méthodes

Un groupe de travail a été constitué réunissant 6 MG et un gastro-entérologue membres de "l'Association pour le dépistage du cancer colorectal dans le Haut-Rhin" et un résident de médecine générale. Ce groupe a défini les objectifs de l'étude, en a élaboré le protocole et rédigé le questionnaire. Les 6 MG appartenaient à des groupes de pairs et ont proposé cette étude

Ce qui était connu

- **La France a les taux de mortalité prématurée** et de mortalité "évitables" par cancer parmi les plus élevés d'Europe.
- **Le dépistage permet de diminuer la mortalité par cancer du sein**, du col utérin et du côlon-rectum et l'incidence des cancers du col utérin et du côlon-rectum.
- **Les taux de couverture des dépistages des cancers du sein**, du col utérin et du côlon-rectum sont insuffisants.
- **Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des cancers** est essentiel : la première cause de non-dépistage est l'absence de recommandation au dépistage de sa part.

Ce qu'apporte l'article

- **La qualité des dossiers de médecine générale** est insuffisante pour une gestion rigoureuse des dépistages des cancers.
- **Les antécédents familiaux de cancer** sont renseignés dans la moitié des dossiers.
- **Le quart des dossiers est complet** (antécédents familiaux renseignés, examen de dépistage réalisé, date et résultats colligés) pour les dépistages des cancers du sein et du col, et le tiers pour le dépistage du cancer colorectal.
- **Les dossiers médicaux sont moins complets pour le cancer du col utérin** que pour les cancers du sein et du côlon-rectum.

à leurs groupes respectifs. Les MG membres des 6 groupes de pairs volontaires pour participer à l'étude devaient chacun auto-évaluer les dossiers médicaux de 20 patients consécutifs âgés de 40 à 74 ans (10 hommes et 10 femmes) vus en consultation. Les dossiers étudiés concernaient des patients connus, à l'exclusion des patients consultant pour la première fois et des patients ayant des antécédents personnels de cancer du sein, du col utérin ou colorectal. Pour chaque dossier le MG remplissait un questionnaire comportant 10 questions pour les femmes (cancers du sein, du col utérin et colorectal) (*encadré 1*) et 5 questions pour les hommes (cancer colorectal). L'étude était réalisée au cours des 2^e et 3^e trimestres 2004. Les données étaient colligées sur un tableur Excel® (Microsoft®). Les analyses statistiques étaient réalisées à l'aide du test du χ^2 . Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

Résultats

Trente-sept MG ont participé à l'étude et évalué 736 dossiers médicaux concernant 366 femmes et 370 hommes. Un MG n'a évalué que 16 dossiers. Les résultats concernant les antécédents familiaux de cancer du sein et de cancer colorectal sont indiqués dans le *tableau 1*.

Sur 201 dossiers de femmes âgées de 50 à 69 ans, 62,7 % mentionnaient la réalisation d'une mammographie et 38,8 % mentionnaient sa date et son résultat. Cinquante-six dossiers (27,9 %) étaient complets : antécédents familiaux renseignés, mammographie faite, son résultat et sa date colligés. Ce taux

TABLEAU I
Dossiers renseignés sur les antécédents familiaux de cancer du sein et du côlon-rectum

	Population concernée	Dossiers avec antécédents familiaux renseignés n (%)	Fourchette par MG
Sein	279 femmes 40-69 ans	139 (49,8)	0-100 %
Côlon-rectum	716 femmes et hommes 40-74 ans	367 (51,3)	5-100 %

variait de 0 à 83 % selon les MG (*figure 1*) et il n'y avait pas de différence significative selon que le MG était un homme (31,4 %) ou une femme (21,6 %). Parmi les dossiers complets, 52 (92,9 %) mentionnaient une mammographie récente datant de moins de 2 ans.

Sur 243 dossiers de femmes âgées de 40 à 65 ans, 19 (7,8 %) concernaient des femmes hystérectomisées. Sur les 224 dossiers restant, 44,2 % mentionnaient la réalisation d'un frottis cervical et 25,9 % étaient complets, mentionnant la réalisation d'un frottis, sa date et son résultat. Ce taux variait de 0 à 100 % selon les MG (*figure 2*) et il n'y avait pas de différence significative selon que le MG était un homme (26,0 %) ou une femme (26,4 %). Parmi les 58 dossiers complets, 53 (91,4 %) mentionnaient un frottis récent datant de moins de 3 ans.

ENCADRÉ 1

Questionnaire femme, dépistage des cancers

Est-ce que figurent dans le dossier médical du patient :

Sein

1. L'absence ou la présence d'antécédent familial de cancer du sein ? oui / non
2. La date de la dernière mammographie ? date / non
3. Le résultat ? oui / non / NC

Col utérin

4. La date du dernier frottis ? date / non / NC
5. Le résultat ? oui / non / NC

Colorectal

6. L'absence ou la présence d'antécédent familial de cancer colorectal ? oui / non
7. L'âge et le degré de parenté du parent atteint ? oui / non / NC
8. La réalisation d'une exploration colique (radiologique ou endoscopique) antérieure ? date / non
9. Le résultat de l'exploration ? oui / non / NC
10. La date de la dernière recherche de sang occulte dans les selles ? date / non

NC : non concerné.

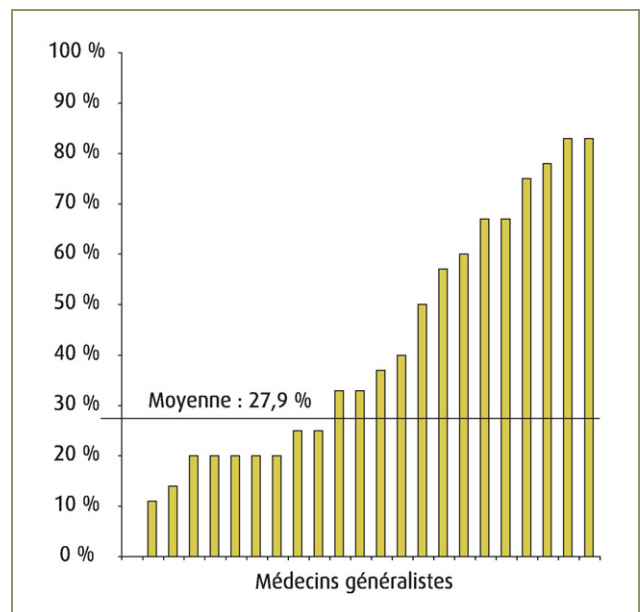


FIGURE 1
Dépistage du cancer du sein : taux de dossiers complets par MG

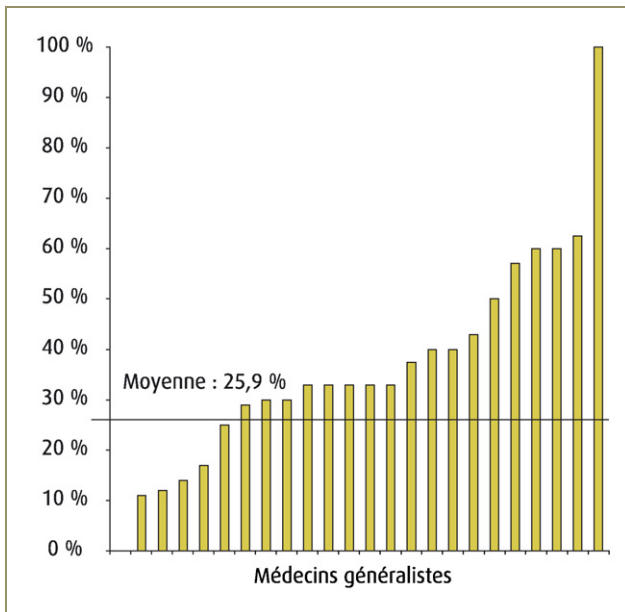


FIGURE 2
Dépistage du cancer du col utérin : taux de dossiers complets par MG

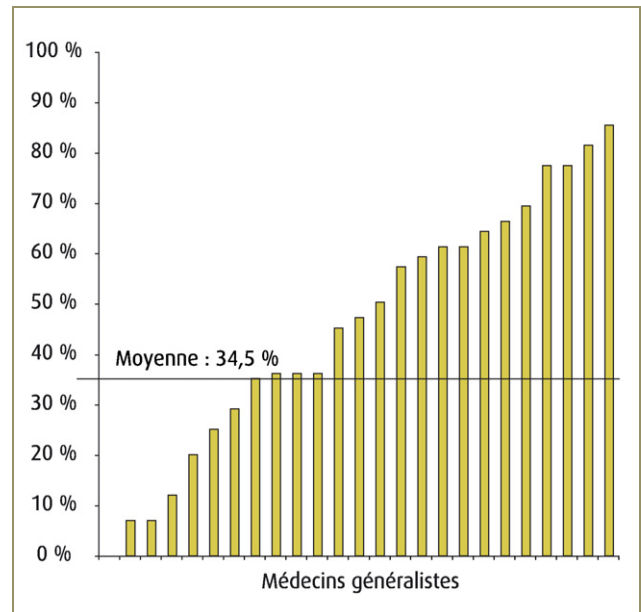


FIGURE 3
Dépistage du cancer colorectal : taux de dossiers complets par MG

La réalisation d'une exploration colique antérieure était mentionnée dans 20,5 % des 716 dossiers évaluables de femmes et d'hommes âgés de 40 à 74 ans. La date et le résultat de l'exploration colique figuraient dans le dossier dans 63,4 % des cas. Sur 510 dossiers de personnes âgées de 50 à 74 ans, 20 (3,9 %) concernaient des personnes à risque élevé ou très élevé de cancer colorectal. Sur les 490 dossiers restants, 51,2 % mentionnaient la réalisation d'une recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) et 40,2 % mentionnaient sa date. Parmi les 197 dossiers avec RSOS datée, 186 (94,4 %) dataient de moins de 2 ans. Cent soixante-seize dossiers (34,5 %) étaient complets : antécédents familiaux renseignés et soit RSOS faite et sa date colligée, soit exploration colique antérieure réalisée avec date et résultat colligés. Ce taux variait de 0 à 85 % selon les MG (figure 3).

Parmi les 159 dossiers de femmes âgées de 50 à 65 ans, seuls 14 (8,8 %) étaient complets pour l'ensemble des 3 dépistages. Le taux de dossiers complets pour le dépistage du cancer du col (25,9 %) était significativement inférieur au taux de dossiers complets pour le dépistage du cancer colorectal (34,5 %) ($p = 0,02$). Par contre, il n'y avait pas de différence significative entre ce taux pour le sein (27,9 %) et ceux concernant le col (25,9 %) ($p = 0,6$) et le côlon-rectum (34,5 %) ($p = 0,09$). Les données concernant les examens de dépistage passés (date et résultat) étaient significativement moins complètes pour les frottis cervicaux (25,9 %) que pour les mammographies (38,8 %) ($p < 0,01$) et les RSOS (40,2 %) ($p < 0,001$).

Discussion

La qualité des dossiers de médecine générale est insuffisante pour une gestion rigoureuse des dépistages des cancers. Dans notre étude, les antécédents familiaux de cancer étaient renseignés dans la moitié des dossiers et le taux de dossiers complets (antécédents familiaux renseignés, examen de dépistage réalisé, date et résultat colligés) variait selon le cancer étudié entre un quart (col et sein) et un tiers (côlon-rectum). Ces taux moyens cachent une grande disparité puisque certains MG avaient la quasi-totalité de leurs dossiers parfaitement renseignés, d'autres n'en avaient pratiquement aucun.

Les taux de dossiers médicaux complets observés dans notre étude sont probablement une estimation haute de la réalité. Il s'agissait en effet d'une auto-évaluation et les MG ont pu faire preuve d'auto-indulgence. Les MG évalués étaient volontaires et appartenaient à des groupes de pairs. Ils étaient donc peut-être particulièrement motivés et soucieux de la qualité de leurs dossiers. Certains examens réalisés à visée diagnostique ont pu être comptabilisés dans cette enquête puisque la formulation du questionnaire ne permettait pas de distinguer les examens diagnostiques des examens de dépistage. Enfin, le Haut-Rhin est l'un des rares départements où les 3 cancers étudiés sont l'objet d'un dépistage organisé. Les MG y sont donc probablement plus sensibilisés au dépistage des cancers que ceux des autres départements français.

L'existence d'antécédents familiaux de cancer du sein et du côlon modifie les recommandations de dépistage. Un antécédent familial de cancer colorectal avant 60 ans chez un parent au 1^{er} degré induit un risque élevé de cancer colorectal et conduit à proposer un dépistage par coloscopie dès l'âge de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic de cancer colorectal chez le cas index [10]. Un antécédent de cancer du sein chez 3 parents aux 1^{er} et 2^e degré de la même branche induit un risque élevé de cancer du sein et conduit à proposer un dépistage par mammographie tous les ans dès 5 ans avant l'âge du diagnostic du plus précoce des cas index [11]. Il est important que le MG interroge ses patients sur leurs antécédents néoplasiques familiaux, les notes dans son dossier et les actualise périodiquement.

Dans notre étude, les antécédents familiaux de cancer du sein et de cancer colorectal n'étaient renseignés que dans la moitié des dossiers. Ces constatations ont déjà été faites en médecine générale [12-14] mais aussi chez des spécialistes, oncologues [15] et chirurgiens [16]. Même lorsque les antécédents familiaux de cancer sont colligés, ils sont souvent faux ou incomplets [15, 16]. La grande disparité entre médecins généralistes a elle aussi déjà été constatée par Acheson *et al.* : le taux de consultations comportant un interrogatoire sur les antécédents familiaux variait de 0 à 81 % selon les MG [14]. Dans une étude réalisée aux États-Unis auprès de 28 MG, les antécédents familiaux de cancer étaient colligés dans 68 % des dossiers mais le degré de parenté n'était précisé que dans 62 % des dossiers et l'âge de survenue n'était précisé que dans 51 % des cancers colorectaux et dans 38 % des cancers du sein [13]. Une autre étude rétrospective réalisée aux États-Unis sur 500 dossiers de médecine générale a montré que les antécédents familiaux de cancer étaient renseignés dans 55 % des dossiers mais que l'âge de survenue n'était noté que dans 8 % des cas [12]. Dans notre étude, la formulation des questions 6 et 7 (*encadré 1*) ne permettait pas d'évaluer la précision des dossiers pour ce qui concerne l'âge et le degré de parenté d'éventuels antécédents familiaux de cancers.

Les données concernant les examens réalisés, leur date et leur résultat étaient colligés dans 25,9 % des dossiers pour le frottis cervical, 38,8 % pour la mammographie et 40,2 % pour la RSOS. Il n'y a pas de données comparatives dans la littérature car toutes les études publiées évaluaient les taux de couverture des dépistages et non pas les dossiers médicaux. *A contrario*, notre étude ne permettait pas d'évaluer les taux de couverture puisque l'absence d'examen de dépistage noté dans le dossier pouvait signifier indifféremment un examen non réalisé ou un examen réalisé mais non colligé dans le dossier. Une étude réalisée aux États-Unis sur 3 462 dossiers médicaux de 198 MG a montré que 63 % des dossiers comportaient une fiche spécifique dépistages et qu'elle était remplie dans 33 % des dossiers [17].

Dans notre étude, les dossiers médicaux étaient moins complets pour le cancer du col que pour les 2 autres cancers. Cela reflète la moindre implication des MG dans ce dépistage le plus souvent réalisé par des spécialistes gynécologues. Cela explique probablement en partie la diminution régulière des taux de frottis après 50 ans lorsque les femmes consultent moins leur gynécologue [18].

Lorsque les dossiers médicaux étaient complets, les examens de dépistage étaient réalisés dans les délais recommandés dans plus de 90 % des cas. La bonne tenue du dossier médical est donc corrélée à une gestion rigoureuse des dépistages et les délais de réalisation des examens respectent les recommandations en vigueur qui sont simples.

Le but ultime de ce travail était de sensibiliser les MG pour améliorer à la fois leur rigueur dans la gestion des dépistages des cancers et leur participation à ces dépistages. Cette évaluation à un seul tour ne nous a pas permis de vérifier si ce but était atteint. Seul un véritable audit clinique à 2 tours aurait permis de le mesurer. Cette étude leur a cependant donné l'opportunité de s'évaluer et, le cas échéant, de compléter les données manquantes de leurs dossiers et/ou de prescrire les examens de dépistage recommandés. Par ailleurs, les résultats de cette étude leur ont été communiqués pour les informer et les inciter à s'améliorer.

À l'heure de la généralisation des dépistages des cancers, le recueil et l'actualisation des données concernant l'histoire familiale et les examens de dépistage passés doivent être améliorés dans les dossiers de médecine générale. Les efforts d'amélioration concernent à la fois les MG, les médecins spécialistes et les structures de gestion des dépistages des cancers. Les MG doivent s'impliquer dans ces dépistages et s'enquérir systématiquement des antécédents familiaux et des examens passés, même si ces examens ont été prescrits et/ou réalisés par d'autres. Les médecins spécialistes doivent faire l'effort de communiquer systématiquement les résultats de leurs examens aux MG. Le futur dossier médical personnel permettra probablement de faciliter cet échange d'information. Les structures de gestion doivent trouver des solutions afin que les résultats des examens de dépistage organisé soient communiqués systématiquement aux MG. Enfin, les structures responsables du dépistage des cancers féminins doivent plus impliquer les MG dans ces dépistages afin qu'ils se les approprient, à l'instar du dépistage du cancer colorectal pour lequel le cahier des charges national donne le rôle principal aux MG. Les dépistages des cancers féminins sont réalisés par des spécialistes, gynécologues et radiologues, et actuellement certains MG ne se sentent, à tort, pas concernés.

Les associations qui gèrent les 3 campagnes de dépistage organisé du Haut-Rhin (ADECA 68, ADEMAs et EVE) ont, suite à ce travail, élaboré des outils destinés à faciliter l'enquête des MG sur les antécédents familiaux et les examens de dépistage

passés : affiches destinées aux salles d'attente (voir complément électronique) et autoquestionnaires destinés aux patients (*annexe A*).

Conclusion

La plupart des MG sont convaincus de l'utilité de la prévention et du dépistage des cancers mais priorité reste donnée aux soins en pratique quotidienne. Le niveau élevé de mortalité

prématurée et "évitable" en France en témoigne [19]. Pour que les pratiques de dépistage s'améliorent, il est probablement nécessaire de faciliter les actes de prévention et de les revaloriser. La "consultation de synthèse" réalisée périodiquement par le médecin traitant était une bonne piste, soulignant les missions de synthèse et de coordination des soins de la médecine générale.

Conflit d'intérêt : aucun



Complément électronique disponible sur le site Internet de *La Presse Médicale* (www.masson.fr/revues/pm)

• Affiches destinées aux salles d'attente

Références

- 1 Remontet L, Estève J, Bouvier AM, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2003; 51: 3-30.
- 2 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein. Paris: Anaes; 1997 (mars).
- 3 Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Paris: Anaes; 1999 (mars).
- 4 Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon. *Gastroenterol Clin Biol.* 1998; 22: S275-88.
- 5 Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin. *J Obstet Gynecol Biol Reprod.* 1990; 19: 7-16.
- 6 Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col utérin. Recommandations et références médicales. Paris: ANDEM; 1995.
- 7 Wee CC, McCarthy EP, Phillips RS. Factors associated with colon cancer screening: the role of patient factors and physician counseling. *Prev Med.* 2005; 41: 23-9.
- 8 Klabunde CN, Vernon SW, Nadel MR, Breen N, Seeff LC, Brown ML. Barriers to colorectal cancer screening: a comparison of reports from primary care physicians and average-risk adults. *Med Care.* 2005; 43: 939-44.
- 9 Faivre J, Tazi MA. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des tumeurs colorectales. *Gastroenterol Clin Biol.* 1995; 19: 361-3.
- 10 Agence nationale pour l'accréditation en santé. Endoscopie digestive basse. Indications en dehors du dépistage en population. Paris: Anaes; 2004 (avril).
- 11 Inserm-FNCLCC. Risques héréditaires de cancer du sein et de l'ovaire. Quelles prises en charge? Paris: Inserm; 1998.
- 12 Sifri RD, Wender R, Paynter N. Cancer risk assessment from family history: gaps in primary care practice. *J Fam Pract.* 2002; 51: 856.
- 13 Murff HJ, Byrne D, Syngal S. Cancer risk assessment. Quality and impact of the family history interview. *Am J Prev Med.* 2004; 27: 239-45.
- 14 Acheson LS, Wiesner GL, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Stange KC. Family history-taking in community family practice: implications for genetic screening. *Genet Med.* 2000; 2: 180-5.
- 15 Grover S, Stoffel EM, Bussone L, Tschogl E, Syngal S. Physician assessment of family cancer history and referral for genetic evaluation in colorectal cancer patients. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004; 2: 813-9.
- 16 Church J, McGannon E. Family history of colorectal cancer. How often and how accurately is it recorded? *Dis Colon Rectum.* 2000; 43: 1540-4.
- 17 Weyer SM, Konrad N, Esola D, Goodwin MA, Stange KC, Flocke SA. Features of medical records in community practices and their association with preventive service delivery. *Med Care.* 2005; 43: 28-33.
- 18 Rousseau A, Bohet P, Merlière J, Treppoz H, Heules-Bernin B, Ancelle-Park R. Évaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'assurance maladie. *BEH.* 2002; 19: 81-3.
- 19 Chérié-Challine L, Paty AC, Uhry Z. La mortalité prématurée par cancer : une spécificité française? *BEH.* 2003; 30-31: 146-9.

Autoquestionnaires destinés aux patients

Dépistage des cancers, mieux vaut prévenir que guérir...
Soyez acteur de votre santé !

Les cancers du côlon (intestin), du sein et du col de l'utérus peuvent être dépistés tôt (ou même évités), ce qui augmente les chances de guérison.

En remplissant ce questionnaire vous aiderez votre médecin généraliste à évaluer votre risque de cancer et à vous conseiller efficacement pour vos examens de dépistage (si vous ne pouvez pas répondre immédiatement, emportez le questionnaire à la maison, remplissez-le puis rapportez le lors de la prochaine consultation).

Cancer	Oui/non	Qui ?	À quel âge ?
Cancer du sein ?			
Cancer de l'utérus (endomètre) ?			
Cancer de l'ovaire ?			
Cancer du côlon, du rectum (intestin ?)			
Cancer de l'estomac ?			
Cancer du rein ?			
Autres cancers ?			

Date :

Mlle/Mme/Mr :

1. Le risque d'avoir un cancer augmente lorsqu'un parent proche (père, mère, frère, sœur, enfant) a eu un cancer.

Avez-vous un (des) parent(s) atteint(s) de cancer dans votre famille ?

2. Pour diminuer le risque de cancer du côlon (intestin), il est recommandé que les hommes et les femmes de 50 à 74 ans fassent tous les 2 ans un test Hemocult® (test qui consiste à prélever un petit échantillon de selles à la maison et de l'analyser au laboratoire pour vérifier s'il contient du sang invisible à l'œil nu).

De quand date votre dernier test Hemocult® ? (mois, année)

Avez-vous déjà eu une coloscopie ? Si oui quand ? (mois, année)

3. Pour diminuer le risque de cancer du sein, il est recommandé que les femmes de 50 à 74 ans fassent une mammographie tous les 2 ans (radiographie des seins).

De quand date votre dernière mammographie ? (mois, année)

4. Pour diminuer le risque de cancer du col de l'utérus, il est recommandé que les femmes de 20 à 65 ans fassent un frottis du col de l'utérus tous les 3 ans.

De quand date votre dernier frottis ? (mois, année)

Author's R