

Le programme Edifice : analyse des pratiques de dépistage du cancer en France

Edifice program: analysis of screening exam practices for cancer in France

J.-Y. BLAY¹
F. EISINGER^{2,3}
O. RIXE⁴
A. CALAZEL-BENQUE⁵
J.-F. MORÈRE⁶
L. CALS⁷
Y. COSCAS⁸
S. DOLBEAULT⁹
M. NAMER¹⁰
D. SERIN¹¹
C. ROUSSEL¹²
X. PIVOT¹³

¹ Inserm U590, centre Léon-Bérard, UJOMM HEH & Conticanet FP6-018806, 69373 Lyon, France <blay@lyon.fnclcc.fr>

² Department of Oncogenetics Screening and Prevention, Paoli-Calmettes Institute, 13009 Marseille, France

³ Inserm U599, 13009 Marseille, France

⁴ Hôpital de La Pitié-Salpêtrière, 75013 Paris, France

⁵ Capio clinique du Parc, 31400 Toulouse, France

⁶ Hôpital Avicenne, 93000 Bobigny, France

⁷ Hôpital Font-Pré, 83100 Toulon, France

⁸ Clinique de la Porte-de-Saint-Cloud, 92100 Boulogne-Billancourt, France

⁹ Psycho-Oncology Unit, Curie Institute, 75020 Paris, France

¹⁰ Centre azuréen de cancérologie, 06250 Mougins, France

¹¹ Institut Sainte-Catherine, 84000 Avignon, France

¹² Laboratoire Roche, boulevard du Parc, 92000 Neuilly, France

¹³ CHU de Besançon, 25030 Besançon, France

Résumé. *Introduction.* Les pratiques de dépistage et les paramètres influençant l'adhésion aux recommandations de dépistage restent encore imparfaitement compris en France. L'objectif de l'étude Edifice était d'analyser une large cohorte de patients et de médecins afin de comprendre ces paramètres. *Matériel et méthode.* L'enquête menée par l'institut TNS Healthcare-SOFRES a consisté en deux évaluations en parallèle : l'une auprès de la population générale, l'autre auprès des médecins généralistes (MG). L'enquête a été menée par téléphone auprès de 1 609 individus comprenant : un échantillon principal représentatif de la population française âgée de 40 à 75 ans ($n = 1\ 509$), avec un suréchantillon de sujets âgés de 50 à 74 ans et habitant les 22 départements pilotes, et auprès de 600 MG exerçant en ville. Les données collectées puis saisies ont été analysées par le panel d'experts. *Résultats.* Quarante-vingt-treize, 25, 36 et 6 % des personnes interrogées indiquent avoir effectué une fois au moins un dépistage du cancer du sein, du côlon et du rectum, de la prostate et du poumon. Soixante-dix pour cent des médecins déclarent recommander systématiquement un examen de dépistage du cancer du sein, 20 % un examen de dépistage du cancer colorectal, 60 % un examen de dépistage du cancer de la prostate et 4 % un examen de dépistage du cancer du poumon. Si pour le cancer du sein, le dépistage systématique est proposé indépendamment de la mise en place du dépistage organisé pour le cancer colorectal, 34 % des patients des 22 départements pilotes sont dépistés, contre 20 % dans les autres départements. Le dépistage du cancer de la prostate est recommandé à 77,1 % des patients de 50 à 75 ans vus par les MG interrogés. *Conclusions.* Cette étude démontre une bonne adhésion au principe du dépistage dans la population générale et les MG étudiés, montre que une corrélation entre l'adhésion et l'organisation du dépistage organisé pour le cancer colorectal, mais aussi avec le cancer de la prostate, les recommandations et les perceptions des patients ne suivent pas nécessairement les recommandations de pratiques cliniques. ▲

Mots clés : rectum, dépistage, cancer, sein, côlon, prostate

Abstract. *Introduction.* The practices of screening and the parameters influencing these practices are not well known in France. The objectives of the Edifice study were to analyze a large cohort of patients and doctors in order to further characterize these parameters. Patients and methods. The study was performed by the Institute TNS Healthcare-SOFRES, and included 2 parallel studies: 1) on 1 609 healthy persons representative of the global French population and aged 40 to 75 years ($N = 1\ 509$), with an over representation of patients aged 50 to 74 years living in the 22 pilot French departments pilots; 2) on 600 generalist practitioners. Data were collected and analyzed by the expert panel... *Results.* Ninety-three, 25, 36 and 6% of the patients in the general population declared to have performed at least one a screening exam for breast, colon, prostate, and lung carcinoma respectively. Seventy, 20, 60 and 4% of GP declare to propose systematically to a 40-75-year-old patient a screening test for breast, colon, prostate, or lung cancer. For breast cancer screening the adhesion of the GP is independent of the date of implementation of a general screening in their own regions, while for colorectal screening, 34 and 20% of the patients living in the pilot versus other departments were screened. Overall, prostate cancer screening is recommended by the GP panel for 77.1% of

Article reçu le 5 juin 2008,
accepté le 11 octobre 2008

Tirés à part : J.-Y. Blay

patients aged 50 to 75 years. Conclusions. This study shows a good adhesion of screening procedures for GP and patients, shows that screening is improved by general screening policy in colorectal cancer, but that prostate cancer screening practices exceed what is recommended according to evidence based medicine. ▲

Key words: rectum, screening exam, cancer, breast, colon, prostate

Introduction

En 2002, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer a été de 150 000 chez l'homme, et 120 000 chez la femme, responsables de 88 000 et 59 000 décès respectivement [1]. De 1980 à 2002, le nombre estimé de nouveaux cas de cancers est passé de 170 000 à 270 000 par an, soit une augmentation de 63 %. Les cancers représentent la deuxième cause de mortalité en France, derrière les affections cardiovasculaires, soit environ 28 % des décès, et représentent, chez l'homme, la première cause de mortalité tous âges confondus [1, 2]. Quatre cancers sur dix surviennent avant 65 ans, et trois entraîneront un décès avant cet âge. Le cancer représente ainsi la première cause des décès prématurés chez les personnes jeunes et actives, loin devant les accidents et les suicides. En 2002, chez l'homme, les quatre principaux cancers étaient les cancers de la prostate (29 000), du poumon (23 000), du côlon-rectum (19 200) et des voies aérodigestives supérieures (17 300). Chez la femme, deux localisations prédominent : le sein (42 000) et le côlon-rectum (15 700) ; le cancer du poumon est au sixième rang en 2002, avec 4 500 nouveaux cas et un nombre de décès équivalent [1-4].

Le pronostic vital étant fortement corrélé au stade de la maladie au moment du diagnostic, un des moyens pour augmenter les taux de survie en cancérologie est d'effectuer des diagnostics à des stades plus précoces [5, 6].

Dans le cancer du sein, il est aujourd'hui reconnu que la réalisation régulière d'une mammographie diminue la mortalité de 20 à 35 % après plus de 15 ans de suivi [4, 7-9]. De même, dans le cancer du côlon, la réalisation d'un test de dépistage tous les 2 ans devrait permettre de diminuer de 30 % le taux de mortalité par cancer colorectal dans la population cible. Néanmoins, en raison d'un taux de participation partiel, le dépistage ne permet *de facto* de réduire la mortalité cancer que de 16-18 % [5, 10-12].

Le dépistage permet ainsi, dans ces pathologies, d'effectuer des diagnostics à des stades plus précoces, de traiter des tumeurs de meilleur pronostic et d'augmenter les chances de guérison. Cependant, les pratiques de dépistage et les paramètres influençant l'adhésion aux recommandations de dépistage restent encore imparfaitement compris en France, malgré plusieurs études telles que le Baromètre Santé de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) ou les enquêtes menées par l'InVS (Institut de veille sanitaire) et l'INCa (Institut national du cancer) [13-18].

Le but de l'enquête Edifice était de mieux comprendre ces paramètres. Nous nous sommes ainsi proposés d'effectuer une description des pratiques et des connaissances des patients ainsi que des médecins en matière de dépistage pour 4 tumeurs dans lesquelles le rôle et l'intérêt du dépistage sont sensiblement différents : le cancer du sein, dans lequel le dépistage est consensuel, est largement médiatisé et incité, le

cancer du côlon, dans lequel le dépistage également consensuel, est en voie de généralisation, le cancer de la prostate, dans lequel l'intérêt du dépistage reste débattu mais, où il est recommandé par certaines associations professionnelles, et enfin, dans le cancer du poumon, où le dépistage est actuellement en cours de réflexion et d'étude. Nous rapportons, ici, une analyse générale des résultats de cette enquête.

Sujets et méthodes

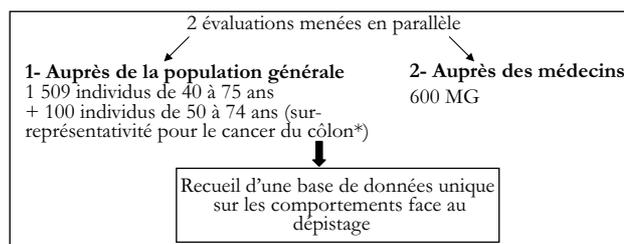
Objectifs

L'enquête Edifice avait pour but de travailler sur des paramètres déterminant la pratique du dépistage chez les praticiens et les patients pour les quatre localisations cancéreuses les plus fréquentes (sein, prostate, côlon, poumon), dont le dépistage systématique est actuellement recommandé et organisé en France (cancer du sein, cancer colorectal) ou non recommandé à ce jour (cancer de la prostate et cancer du poumon). L'objectif était de collecter les données sur les comportements de la population générale et des médecins praticiens, face à la démarche de dépistage d'un cancer, l'analyse comparative (convergences/divergences) concernant leur approche et opinions respectives à propos du dépistage, les facteurs favorisant la participation, ou non, ainsi que l'abandon du dépistage.

Population étudiée

L'enquête menée par l'institut TNS Healthcare-SOFRES a consisté en deux évaluations en parallèle : l'une auprès de la population générale, l'autre auprès des médecins généralistes (MG). L'enquête a été menée par téléphone ; ces entretiens téléphoniques ont été effectués par des enquêteurs spécialisés du département santé de l'institut TNS Healthcare-SOFRES (tableau 1).

Tableau 1.



• Description de la population générale

Cette évaluation a été menée au total auprès de 1 609 individus comprenant : un échantillon principal représentatif de la population française âgée de 40 à 75 ans ($n = 1\,509$), un suréchantillon de sujets âgés de 50 à 74 ans et habitant les 22 départements pilotes (Côte d'Or, Ille-et-Vilaine et Saône-et-Loire, Bouches-du-Rhône, Calvados, Charente, Hérault, Indre-et-Loire, Isère, Nord, Haut-Rhin et Seine-Saint-Denis, Essonne, Finistère, Allier, Ardennes, Marne, Pyrénées-Orientales, Moselle, Orne, Mayenne et Puy-de-Dôme) concernés par le dépistage de masse du cancer du côlon ($n = 100$).

Ces échantillons ont été constitués selon la méthode des quotas (sexe, âge, profession, département concerné par le dépistage de masse du cancer du côlon, double stratification par région et catégorie d'agglomération). Un redressement des données a été effectué selon les statistiques des personnes, âgées de 40 à 75 ans, issues de l'enquête Emploi 2002 de l'Insee (Institut national des statistiques et des études économiques), afin de rendre son poids réel, au suréchantillon d'individus habitant dans les départements pilotes du dépistage de masse du cancer du côlon, à l'échelle des densités de la population des différents départements français.

• Description de la population des médecins

L'enquête a été menée auprès d'un échantillon de 600 MG exerçant en ville, construit selon la méthode des quotas (âge, régions et départements d'exercice), dont les caractéristiques principales sont résumées dans le *tableau 2*. L'enquête quantitative auprès des médecins a été réalisée du 31 janvier au 18 février 2005.

Tableau 2.

	Médecins généralistes $n = 600$	Référence nationale Carnets CNAMTS-SNIR 2002
Âge		
Moins de 50 ans	51,5 %	57,7 %
50 ans et plus	48,5 %	42,3 %
Âge moyen (écart-type)	48,1 ± 8,8 ans	-
Sexe		
Hommes	66 %	49 %
Femmes	34 %	51 %
Région		
Parisienne	17,3 %	16,8 %
Ouest	18,5 %	21,5 %
Nord-est	23,7 %	22,7 %
Sud-ouest	12,3 %	12,2 %
Sud-est	28,2 %	26,8 %
Départements concernés par le dépistage du côlon		
Appartenance aux 22 départements pilotes	30 %	38 %
Autres départements	70 %	62 %

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; SNIR : Système national interrégimes, permettant de recueillir et d'agréger au plan national l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les caisses gérant assurance maladie, maternité et accident du travail.

Informations colligées

• Population générale

Pour analyser les facteurs expliquant la participation au dépistage, la non-participation ou encore l'abandon après une ou plusieurs démarches de dépistage, plusieurs types de paramètres ont été collectés : les facteurs sociodémographiques et environnementaux (âge, sexe, lieu d'habitation, catégorie socioprofessionnelle, statut marital, tabac, alcool...), le comportement général vis-à-vis de la santé : croyances et représentations en matière de santé (sentiment d'être concerné ou non par sa santé, par le cancer...), le recours aux consultations médicales, la relation avec le médecin traitant, la vision personnelle et le niveau des connaissances sur le dépistage et ses modalités, le caractère anxiogène du cancer et de son dépistage, l'impact des antécédents de cancer dans l'entourage, les motivations et les freins face à la décision de se faire dépister (initiative du premier dépistage, bénéfices, raisons d'arrêt...) et, plus encore, le vécu du premier examen de dépistage (éventuelle douleur ressentie, qualité des informations délivrées, compréhension des résultats...).

• Médecins

L'enquête a porté sur le niveau de connaissances des recommandations actuelles en matière de dépistage des cancers, concernant les 4 localisations retenues, les pratiques en matière de recommandation de fréquence et les raisons de cette prescription, leur avis sur les raisons qui poussent leurs patients à effectuer ou non un dépistage du cancer et à poursuivre ou non cette démarche.

Résultats

Dépistages déclarés par les individus de 40 à 75 ans

Mille six cent neuf individus ont été interrogés au total ; 105 ont été exclus de l'analyse en raison d'antécédents personnels de cancer. L'analyse a donc porté sur 1 504 personnes. Respectivement 93, 25, 36 et 6 % des personnes interrogées indiquent avoir effectué une fois au moins un dépistage du cancer du sein (femmes), du côlon et du rectum, de la prostate (hommes) et du poumon (*figure 1*). Quatre-vingt-treize pour cent des femmes de 50 à 74 ans déclarent avoir effectué au moins une mammographie de dépistage. Le dépistage du cancer du côlon, organisé dans seulement 22 départements,

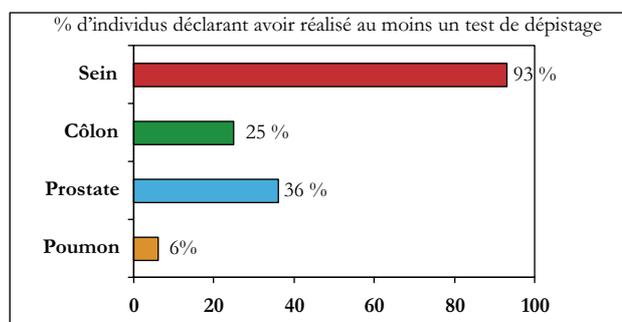


Figure 1. Bases : 507 femmes de 50-74 ans pour le sein ; 970 individus de 50-74 ans pour le côlon ; 475 hommes de 50-75 ans pour la prostate ; 1 504 individus de 40-75 ans pour le poumon.

est réalisé par 25 % des individus interrogés dans l'enquête et âgés de 50 à 74 ans. Le dépistage du cancer de la prostate, non organisé et dont l'utilité reste débattue, est mentionné être effectué par 36 % des hommes de 50 à 75 ans. Enfin, le dépistage du cancer du poumon, actuellement non recommandé, est rapporté être effectué par 6 % des individus de 40 à 75 ans, qui déclarent avoir effectué au moins une radiographie des poumons dans ce but (figure 1).

Recommandations de dépistage par les MG

Il est intéressant de comparer ces résultats avec ceux émanant des déclarations des MG au sujet du dépistage. Soixante-dix pour cent des médecins déclarent recommander systématiquement un examen de dépistage du cancer du sein, 20 % un examen de dépistage du cancer colorectal. Le dépistage du cancer de la prostate, actuellement non organisé, est recommandé par 60 % des médecins interrogés. Enfin, le dépistage du cancer du poumon est recommandé de manière marginale par 4 % des praticiens (figure 2).

Analyse par tumeur

• Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans

Un échantillon de 507 femmes représentatif de la population des femmes françaises de 50 à 74 ans (en termes d'âge, de région, de taille d'agglomération et de profession) a été interrogé. Les femmes présentant des antécédents personnels de cancer ont été exclues de l'analyse.

Seulement 7 % des femmes déclarent ne jamais avoir eu de mammographie de dépistage. Quinze pour cent des femmes interrogées n'ont pas réalisé de mammographie de dépistage au cours des deux dernières années. Parmi ces 15 % de femmes ayant effectué un examen de dépistage, il y a plus de 2 ans, 1 sur 5 a abandonné après une seule mammographie. Trois pour cent des patientes étant non évaluables, au total donc, 75 % des femmes déclarent avoir réalisé leur dernière mammographie dans un délai inférieur à 2 ans et répondent donc aux recommandations de bonne pratique du dépistage.

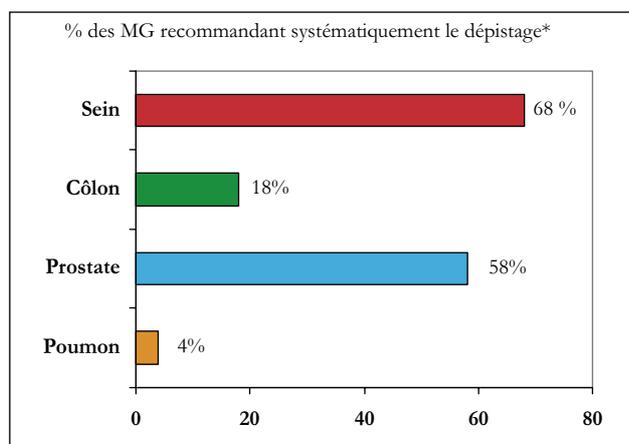


Figure 2. Base : 600 médecins généralistes (MG). * Pour les patients sans antécédents particuliers, âgés de 50 à 74 ans pour les cancers du sein et du côlon, de 40 à 75 ans pour le cancer du poumon, de 50 à 75 ans pour le cancer de la prostate.

Parmi les 600 MG interrogés, presque tous (98 %) recommandent habituellement une mammographie de dépistage à leurs patientes âgées de 50 à 74 ans sans antécédent particulier ; 68 % des médecins recommandent systématiquement une mammographie à leurs patientes de 50 à 74 ans, et 30 % déclarent le faire fréquemment (figure 3A). Une recommandation systématique du dépistage est plus fréquente chez les médecins de sexe féminin (73 %) que chez les médecins hommes (65 %) [$p < 0,05$]. Soixante-huit pour cent estiment que la fréquence recommandée du dépistage du cancer du sein est tous les 2 ans ; 58 % des MG déclarent que l'âge à partir duquel le dépistage du cancer du sein est recommandé est inférieur à 50 ans, et 60 % estiment que l'âge maximal est supérieur à 74 ans. La date de mise en place du dépistage organisé ne modifie pas significativement l'attitude du MG.

• Dépistage du cancer colorectal chez les sujets de 50 à 74 ans

Dans l'enquête Edifice, et concernant le dépistage du cancer du côlon, un échantillon de 970 individus représentatif de la population française de 50 à 74 ans (en termes d'âge, de sexe, de région, de taille d'agglomération et de profession) a été interrogé. Les personnes présentant des antécédents personnels de cancer ont été exclues de l'analyse.

Vingt-cinq pour cent des individus interrogés, âgés de 50 à 74 ans, déclarent avoir effectué un examen de dépistage du cancer du côlon ; ce pourcentage est comparable chez les hommes (24 % de $n = 462$) et les femmes (26 % de $n = 507$) [$p = 0,51$]. Les données des 22 départements pilotes, dans lesquels le dépistage de masse avait été mis en place, ont été comparées avec celles des autres départements où cela n'était pas le cas. Sur l'échantillon de 970 personnes de 50 à 74 ans, 329 personnes (34 %) vivaient dans l'un des 22 départements pilotes et 641 (66 %) dans les autres départements. Dans les 22 départements pilotes, le taux de déclaration de dépistage est significativement plus élevé que dans les autres départements : 34 contre 20 % ($p < 0,01$). Parmi les 34 % d'individus ayant réalisé un test de dépistage, la moitié l'a réalisé à la suite d'une lettre d'invitation de la structure de gestion du dépistage. Le taux de déclaration de réalisation d'un test de dépistage varie significativement selon la date de mise en place de l'organisation du dépistage de masse ($p = 0,03$). Dans les 3 départements où le dépistage était organisé depuis plus de 6 ans, le taux est de 47 versus 35 %, et 26 % dans les départements où la mise en place a été effectuée respectivement lors des 18 ou des 12 derniers mois. Dix-huit pour cent des MG déclarent recommander systématiquement un test de dépistage du cancer du côlon à leurs patients âgés de 50 à 74 ans sans antécédent particulier (figure 3). Les médecins exerçant dans les 22 départements pilotes sont plus nombreux à recommander systématiquement le dépistage (29 versus 13 % des médecins des autres départements ; $p < 0,01$), et ce, d'autant plus que le dépistage de masse est mis en place depuis longtemps : ainsi 40 % des médecins exerçant dans les 3 premiers départements pilotes recommandent systématiquement un test de dépistage contre 29 % pour les médecins exerçant dans les 9 départements suivants et 26 % pour les médecins exerçant dans les 10 derniers départements (résultats non significatifs).

• Cancer de la prostate chez les hommes de 50 à 74 ans

Dans l'enquête Edifice portant sur le dépistage du cancer de la prostate, un échantillon de 475 hommes, représentatifs de

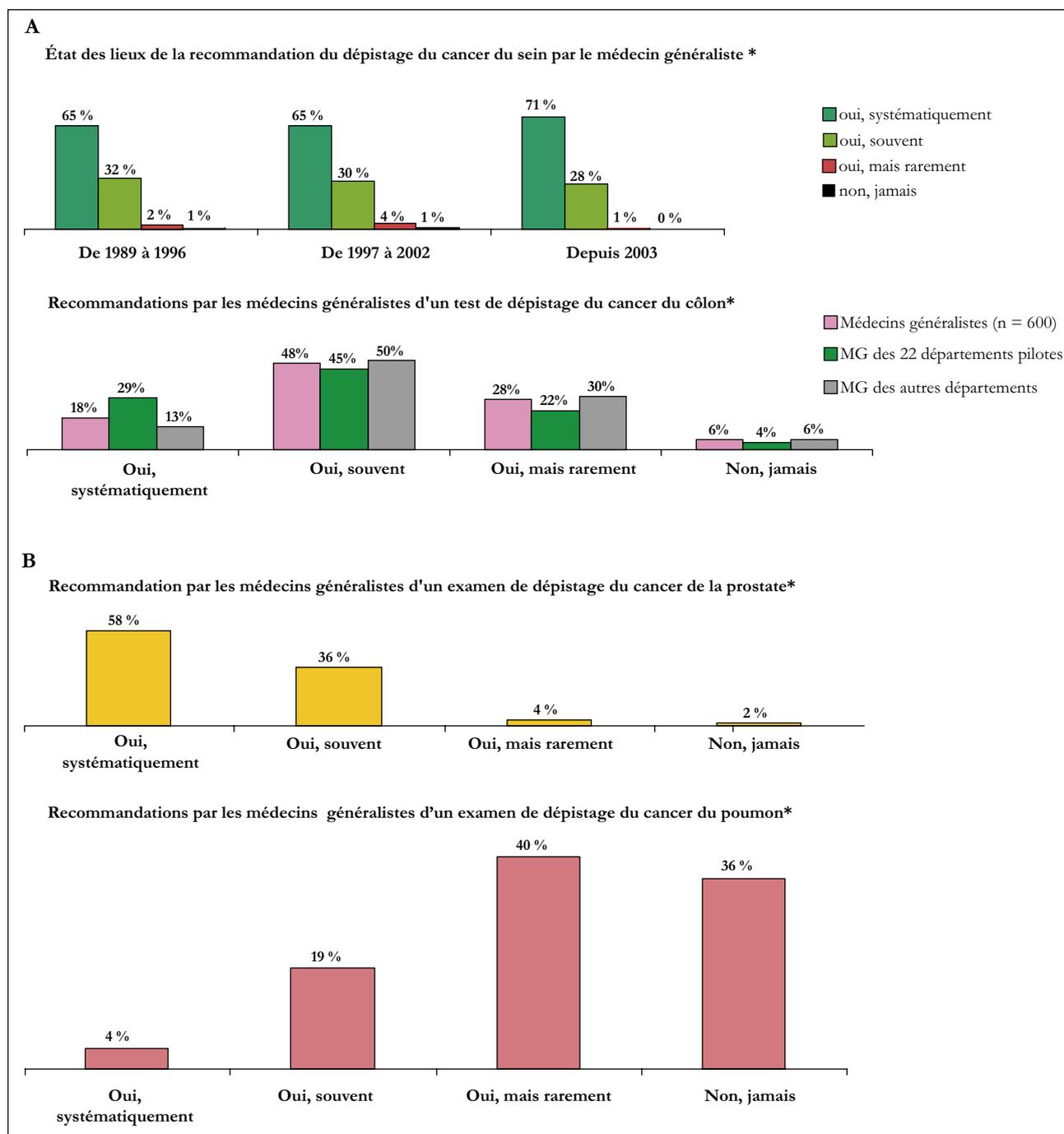


Figure 3A et B.

la population française de 50 à 75 ans (en termes d'âge, de région, de taille d'agglomération et de profession), a été interrogé. Trente-sept pour cent des hommes de 50 à 75 ans déclarent avoir réalisé, à titre individuel, un dépistage du cancer de la prostate. Quarante-deux pour cent des hommes ayant déjà réalisé un test de dépistage ont l'intention d'en effectuer un second. Parmi les 174 hommes ayant réalisé un dépistage du cancer de la prostate, ce dépistage a été effectué par un dosage du taux de PSA seul pour 43 %, par dosage de PSA associé au toucher rectal pour 42 % et par toucher rectal seul pour 11 %.

Le MG a été à l'initiative du dépistage dans 60 % des cas, l'urologue dans 5 % des cas, et le dépistage a été fait à la demande du patient dans 18 % des cas, les autres circonstances étant marginales (médecine du travail, entourage, autre médecin). Quarante-vingt-dix-huit pour cent des MG interrogés ont déclaré recommander, au moins occasionnellement, un examen de dépistage du cancer de la prostate à leurs patients âgés de 50 à 75 ans. Cette recommandation est systématique pour 58 % d'entre eux. En moyenne, le dépistage du cancer de la prostate est recommandé à 77,1 % des patients de 50 à 75 ans vus par les MG interrogés.

• **Cancer du poumon chez les hommes de 50 à 74 ans**

L'utilité du dépistage du cancer du poumon n'est pas établie formellement. Il était donc intéressant de disposer des données de pratiques en l'absence de recommandations formelles des autorités de santé [17].

L'ensemble de l'échantillon de l'étude Edifice, représentatif de la population française de 40 à 75 ans (en termes d'âge, de sexe, de région, de taille d'agglomération et de profession), a été interrogé. Les personnes présentant des antécédents personnels de cancer ont été exclues de l'analyse. Quarante-vingt-sept pour cent des 1 609 individus interrogés ont déclaré avoir effectué au moins 1 radiographie des poumons dans leur vie. La réalisation de cet examen est motivée en grande partie par une autre raison que la recherche stricte d'un éventuel cancer du poumon (bilans cardiovasculaires, respiratoires et préopératoires ou lors de la visite de la médecine du travail). Le dépistage du cancer du poumon a été effectué, à titre individuel, par 6 % des sujets de 40 à 75 ans ($n = 85$), dont 49 % d'hommes et 51 % de femmes.

Les individus ayant déjà réalisé un test de dépistage sont plus souvent fumeurs que ceux n'ayant pas effectué de radiographie du poumon dans le cadre du dépistage (33 versus 23 %, $p < 0,05$). La(les) radiographie(s) pulmonaire(s), réalisée(s) dans le cadre du dépistage du cancer du poumon, a(ont) été initiée(s) par le MG (22 % des cas) ou le médecin du travail (21 % des cas). Parmi les 600 MG interrogés, 63 % ont recommandé occasionnellement un dépistage du cancer du poumon à leurs patients âgés de 40 à 75 ans sans antécédent particulier. Cette recommandation n'est systématique que pour 4 % d'entre eux (figure 3). En moyenne, le dépistage du cancer du poumon est recommandé à 17,4 % des patients de 40 à 75 ans vus par les MG.

Discussion

Cette enquête met en évidence une adhésion majoritaire au principe du dépistage du cancer dans la population générale étudiée ainsi qu'au sein du panel de MG. Cependant, la pratique du dépistage ne suit qu'imparfaitement les recommandations nationales ainsi que les connaissances actuelles. Bien qu'il s'agisse de données déclaratives, plusieurs faits saillants sont mis en évidence par cette étude.

Comme cela avait été précédemment mentionné, pour une large fraction de patients, le dépistage est effectué en dehors des programmes établis à cet effet [9]. Ainsi, une large proportion des patients de plus de 50 ans a bénéficié d'une mammographie de dépistage dans les deux ans précédents. Il faut distinguer de fait trois niveaux en ce qui concerne l'adhésion aux recommandations : la conformité des pratiques (tous les deux ans), la conformité de la méthodologie (double lecture), voire la simple conformité organisationnelle (un seul chemin). Seul le dépistage organisé offre en fait la double lecture.

Les recommandations et les pratiques de dépistage par les médecins ne sont pas liées à l'état actuel des connaissances ni aux recommandations nationales dans toutes les maladies. Le dépistage du cancer de la prostate bénéficie ainsi d'un taux d'adhésion rapportée plus élevé que le cancer colorectal, pour lesquels les données scientifiques sont plus convaincantes. Le poids des recommandations de sociétés de spécialistes dans la diffusion de pratiques de dépistage non encore généralisées apparaît important, mais d'autres facteurs sont probablement mis en jeu [11, 19-22]. Ainsi, malgré les re-

commandations des sociétés savantes de gastroentérologie, le dépistage du cancer colorectal, dont l'efficacité a été largement démontrée, ne parvient pas au niveau de celui du cancer de la prostate dans l'enquête réalisée, tant sur la population générale que sur la population des MG étudiée. Les données actuelles de la science et les recommandations des sociétés savantes ne sont donc pas les seuls paramètres expliquant les pratiques médicales ni l'adhésion de la population générale à une pratique de dépistage. Il faut cependant souligner que le choix des examens recommandés pour le dépistage est moins bien connu des MG lorsque le dépistage n'est pas généralisé (résultats non présentés). La compréhension des paramètres prédictifs d'adhésion à la politique de dépistage sera certainement un élément important pour améliorer l'adhésion des individus au sein de la population générale.

Cette étude fournit un cliché actuel des pratiques de dépistage en France en 2005, qui pourra servir d'étalon pour évaluer l'amélioration des pratiques de dépistage après la mise en place des mesures gouvernementales. Elle devra être suivie et comparée à d'autres Edifice à venir (Edifice 2 est en cours). Par ailleurs, plusieurs catégories de sujets « résistants » au dépistage sont identifiées dans les différentes cohortes interrogées : leurs motivations sont distinctes et les stratégies pour permettre leur adhésion seront différentes [23, 24]. Les détails de ces résultats par tumeurs dépistées requièrent une analyse détaillée et feront l'objet d'articles ultérieurs. ▼

RÉFÉRENCES

1. Hill C, Doyon F. La fréquence des cancers en France en 2002 et son évolution depuis 1968. *Bull Cancer* 2006 ; 93 : 7-11.
2. Remontet L, Estève J, Bouvier AM, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz E, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003 ; 51 : 3-30.
3. Colonna M, Grosclaude P, Faivre J, Revzani A, Arveux P, Chaplain G, et al. Cancer registry data based estimation of regional cancer incidence : application to breast and colorectal cancer in French administrative regions. *J Epidemiol Community Health* 1999 ; 53(9) : 558-64.
4. Institut de veille sanitaire. Le cancer colorectal en France : évaluations 2002 à 2004. Téléchargeable sur le site de l'InVS. <http://www.invs.sante.fr/publications/default.htm>
5. Sant M, Allemani C, Capocaccia R, Hakulinen T, Aareleid T, Coebergh JW, et al. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int J Cancer* 2003 ; 106 : 416-22.
6. Gatta G, Capocaccia R, Sant M, Bell CM, Coebergh JW, Damhuis RA, et al. Understanding variations in survival for colorectal cancer in Europe : a Eurocare high resolution study. *Gut* 2000 ; 47 : 533-8.
7. Bernier M. *Rapport sur les Résultats du dépistage du cancer du sein*. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2004.
8. Institut de veille sanitaire. Dépistage organisé du cancer du sein. *BEH* 2003 ; 4 : 13-28.
9. Wait S, Schaffer P, Séradour B, Chollot M, Demay M, Dejouhanet S. Le dépistage spontané du cancer du sein en France. *Bull Cancer* 1997 ; 84(6) : 619-24.
10. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology* 2004 ; 126 : 1674-80.
11. Bretagne JF, Faivre J. La Société nationale française de gastroentérologie recommande la mise en place d'un dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal en France. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 492-3.

12. Herbert C, Launoy G. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France. Système de soins et logiques professionnelles. *Santé Publique (Bucur)* 1999 ; 11(4) : 391-407.
13. Spyckerelle Y, Kuntz C, Giordanella JP, Ancelle-Park R. Mammography use among women aged 35 to 75 years. *Bull Cancer* 2002 ; 89 : 957-62.
14. Eisinger F, Guagliardo V, Julian-Reynier C, Moatti J. Dépistage des cancers. In : Guilbert P, Baudier F, Gautier A, eds. *Baromètres santé 2000*. Paris : CFES, 2001 : 329-55.
15. Eisinger F, Rabayrol L, Julian-Reynier C, Moatti J, Allemand H. Dépistage des cancers féminins. In : Baudier F, Arènes J, eds. *Baromètre Santé adultes 95/96*. Paris : CFES, 1997 : 209-32.
16. Eisinger F, Moatti JP, Beja V, Obadia Y, Alias F, Dressen C. Attitudes de la population féminine française face au dépistage des cancers. *Bull Cancer* 1994 ; 81 : 683-90.
17. Duport N, Ancelle-Park R. Do sociodemographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *Eur J Cancer Prev* 2006 ; 15 : 219-24.
18. Institut national du cancer. *La situation du cancer en France en 2007. Partie 3 : repérage, dépistage et diagnostic précoce des cancers*. Vol. 2008. Institut national du cancer, 2007.
19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Opportunité d'un dépistage systématique de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. Janvier 1999. Téléchargeable sur le site : <http://www.anaes.fr/>
20. Villers A, Rébillard X, Soulié M, Davin JL, Coloby P, Moreau JL, et al. Cancer de la prostate. *Prog Urol* 2003 ; 13 : 209-14.
21. Soulié M, Barré C, Beuzeboc P, Chautard D, Cornud F, Eschwege P, et al. Cancer de la prostate. *Prog Urol* 2004 ; 14 : 913-55.
22. Lemarié E. Mise en place du programme national de dépistage du cancer du poumon (DEPISCAN) <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/JS2005/lemarie.html>
23. Eisinger F, Cals L, Calazel-Benque A, Blay JY, Coscas Y, Dolbeault S, et al. Impact of organised programs on colorectal cancer screening. *BMC Cancer* 2008 ; 8 : 104.
24. Eisinger F, Blay JY, Morère JF, Rixe O, Calazel-Benque A, Cals L, et al. Cancer screening in France : subjects' and physicians' attitudes. *Cancer Causes Control* 2008 ; 19(4) : 431-4 ; [Epub 2007 Dec 18].