



HAL
open science

Médecins généralistes et dépistage organisé du cancer colorectal en Côte d'Or : mobilisation et identification des facteurs d'adhésion

Espérance Nzeymana Hunda

► **To cite this version:**

Espérance Nzeymana Hunda. Médecins généralistes et dépistage organisé du cancer colorectal en Côte d'Or : mobilisation et identification des facteurs d'adhésion. Santé publique et épidémiologie. 2012. hal-01871078

HAL Id: hal-01871078

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01871078v1>

Submitted on 10 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2011-2012

Médecins généralistes et dépistage organisé du cancer colorectal en Côte d'Or : mobilisation et identification des facteurs d'adhésion

Soutenu en septembre 2012

Mademoiselle Espérance NZEYMANA HUNDA

Maître de stage :

Docteur Vincent DANCOURT

Guidant universitaire :

Madame Émilie BONSERGENT

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Docteur Vincent Dancourt, médecin coordinateur de l'ADECA 21-58 de m'avoir accueillie en stage et m'avoir confié différentes responsabilités dans l'équipe. Merci pour sa disponibilité et ses conseils dans la conduite de cette mission.

Je remercie aussi toute l'équipe de l'ADECA 21-58 pour le soutien et les encouragements, en particulier Madame Berthot Marie Thérèse pour sa collaboration et son investissement dans ce projet ainsi que Madame Yacine Assia pour ses conseils.

Merci à Madame Émilie Bonsergent, mon guidant universitaire pour ses conseils et orientations sur la conduite de ce projet ainsi qu'au responsable de la formation, le Professeur Jean François Collin.

Mes remerciements vont aussi à l'endroit de mon ami Mbubi Luis Angelo qui de loin m'a beaucoup soutenue pendant toute la période de mon stage.

Mes plus vifs remerciements s'adressent à toute ma famille, à Blaise Kabeya Kutala en particulier, pour l'aide et le soutien dont j'ai bénéficié durant mon stage.

Table des matières

Introduction	9
1 –Contexte	11
1.1 –Épidémiologie du cancer colorectal	11
1.1.1 –Le cancer colorectal dans le monde	11
1.1.2 –Le cancer colorectal en France	11
1.2 –La mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal en France	13
1.3 –L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France	15
1.3.1 –Population cible et exclusion	15
1.3.2 –Le test Hémo occult	15
1.3.3 –Le passage au test immunologique	17
1.3.4 –La coloscopie	18
1.3.5 –Le pilotage du programme de dépistage	19
1.3.5.1 –Le pilotage national	19
1.3.5.2 –Le pilotage régional	20
1.3.5.3 –Le pilotage local	20
1.3.6 –Le dépistage en pratique	20
1.3.6.1 –La population	20
1.3.6.2 –Les structures de gestion	21
1.3.6.3 –Le centre de lecture	21
1.3.6.4 –Le rôle du médecin généraliste	21
1.4 –La participation au dépistage organisé du cancer colorectal	22
1.5 –Territoire d'intervention: la Côte d'Or	23
1.5.1 –Informations générales	23
1.5.2 –La démographie médicale	24
1.6 –L'ADECA 21–58	24
1.6.1 –Historique	24
1.6.2 –Organisation	25
1.6.3 –Missions	25
1.7 –Présentation du projet et objectifs du stage	26
1.7.1 –Cadre et objectif du projet	26
1.7.2 –Cadre de la mission du stage	27
1.7.3 –Objectifs de la mission de stage	27
2 –Méthodes	29
2.1 –Présentation de la démarche	29
2.1.1 –Mobilisation des médecins généralistes	29
2.1.1.1 –Population cible	29
2.1.1.2 –Organisation des réunions	29
2.1.1.3 –Préparation du matériel de dépistage	30
2.1.1.4 –Ressources mobilisées	30
2.1.1.4.1 –Ressources humaines	30
2.1.1.4.2 –Ressources matérielles	31
2.1.1.4.3 –Ressources financières	31
2.1.1.5 –Déroulement des réunions	31

2.1.2 –Recueil des freins et facteurs d'adhésion des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal	31
3 –Résultats	33
3.1 –Mobilisation des médecins généralistes	33
3.1.1 –Résultats quantitatifs	33
3.1.2 –Déroulement des réunions	33
3.1.2.1 –La présentation des résultats des campagnes antérieures de dépistage du cancer colorectal	33
3.1.2.2 –Le surdiagnostic	33
3.1.2.3 –Débat et discussion	34
3.1.2.4 –Distribution du matériel de dépistage	34
3.2 –Recueil des facteurs d'adhésion	34
3.2.1 –Caractéristiques des médecins généralistes	34
3.2.2 – Opinions des médecins généralistes sur le dépistage du cancer colorectal	35
3.2.2.1 –Facteurs d'adhésion et de non-adhésion des médecins généralistes au DOCCR35	
3.2.2.2 –Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le DOCCR	37
3.2.2.3 –La perception de l'efficacité du dépistage organisé du cancer colorectal	37
3.2.3 –Pratiques déclarées des MG sur le dépistage organisé	38
3.2.4 –Les réunions d'information organisées par l'ADECA 21–58	39
4 –Discussion et recommandations	42
4.1 –Conduite de la mission	42
4.2 –Mobilisation des médecins généralistes	42
4.3 –Recueil des facteurs d'adhésion	44
4.3.1 –Élaboration du questionnaire	44
4.3.2 –Déroulement de l'enquête	44
4.3.3 –Traitement des données	45
4.3.4 –Caractéristiques des médecins généralistes	45
4.3.5 –Opinions des médecins généralistes sur le dépistage	46
4.3.5.1 –Facteurs d'adhésion et de non adhésion des médecins généralistes au DOCCR46	
4.3.5.2 –Difficultés rencontrées par les médecins généralistes	47
4.3.5.3 –La perception de l'efficacité du dépistage	48
4.3.6 –Pratiques déclarées des MG sur le dépistage organisé	48
4.3.7 –Les réunions d'information organisées par l'ADECA 21–58	49
4.3.8 –Conclusion et recommandations	50
Index des tables	52
Index des illustrations	53
Bibliographie	54
Annexe I : Critères de Wilson et Jungner (OMS, 1968)	I
Annexe II : Critères d'exclusion au DOCCR	II
Annexe III : Carte nationale des taux de participation départementaux au DOCCR sur la campagne 2010–2011	III
Annexe IV : Carte des arrondissements et cantons de la Côte d'Or	IV
Annexe V : Compte rendu des réunions 2012	V
Annexe VI : Courrier d'invitation aux médecins	X
Annexe VII : Coupon-réponse accompagnant les invitations	XI

Annexe VIII : Courrier de confirmation	XII
Annexe IX : Courrier d'information accompagnant le questionnaire d'enquête	XIII
Annexe X : Questionnaire d'enquête	XIV
Annexe XI : Planning de la période de stage	XVI
Annexe XII : Grille de recueil des données	XVII

Sigles et Abréviations

Acorde : Association des coordinateurs du dépistage des cancers
ADECA 21-58 : Association de dépistage des cancers en Côte d'Or et dans la Nièvre
AG : Assemblée générale
ARS : Agence Régionale de Santé
ATCD : antécédent
BRD : bureau de routage diffusion de Dijon
CA : Conseil d'administration
CCR : Cancer colorectal
CES : Centre d'examen de santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGS : Direction Générale de la Santé
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DOCCR : Dépistage organisé du cancer colorectal
DOS : Dépistage organisé du cancer du sein
DPC : développement professionnel continue
FMC : Formation Médicale Continue
HAS : Haute Autorité de santé
HPST : loi Hôpital, patient, santé et territoires
GNS : Groupe national de suivi
INCa : Institut National de Cancer
InVS : Institut de Veille Sanitaire
INSEE : Institut national de la Statistique et des Études Économiques
MG : Médecin généraliste
MSA : Mutualité Sociale Agricole
RSI : Régime Social des Indépendants
SG : Structure de gestion
SEER : Surveillance Epidemiology and End Results

INTRODUCTION

Avec une incidence estimée de près de 40 500 nouveaux cas en 2011, le cancer colorectal (CCR) représente en France la troisième localisation cancéreuse la plus fréquente, tous sexes confondus, derrière le cancer de la prostate et le cancer du sein (1). Il se situe au deuxième rang de mortalité par cancer tous sexes confondus (17 500 décès estimés en 2011) derrière le cancer du poumon et devant le cancer du sein (1). Le poids de cette pathologie incite à développer des modes de prévention. Le diagnostic précoce représente ainsi un enjeu majeur. Diagnostiquer le plus précocement possible un cancer permet non seulement de mettre en place une thérapeutique efficace et utile pour le patient, mais également d'augmenter ses chances de survie. C'est l'objectif des dépistages. En effet, le dépistage permet la détection des lésions potentiellement malignes, puis le diagnostic des cancers à un stade précoce ou préinvasif, en l'absence des symptômes ou des signes cliniques (2).

Le CCR fait l'objet d'un programme de dépistage organisé en France. Mis en place initialement dans 23 départements pilotes, le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2008 (3). Ce programme concerne actuellement 17 millions de personnes de 50 à 74 ans (4). Il repose sur des structures de gestion (SG) départementales ou interdépartementales qui invitent tous les deux ans les hommes et les femmes âgées de 50 à 74 ans à réaliser à domicile un test de recherche de sang occulte dans les selles (test Hémocult), suivi d'une coloscopie en cas de positivité du test. L'ADECA 21-58 (association de dépistage des cancers en Côte d'Or et dans la Nièvre) est l'une de ces structures chargée de l'organisation du dépistage non seulement du CCR, mais aussi du cancer du sein en Côte d'Or et dans la Nièvre. C'est dans cette structure, située en Côte d'Or que j'ai effectué mon stage.

La participation de la population au dépistage organisé du cancer colorectal est l'un des déterminants majeurs de l'efficacité de ce programme et l'implication des médecins généralistes (MG) est un facteur décisif de l'adhésion des patients. En effet, on a pu mesurer lors des expériences pilotes que le taux de participation est multiplié par trois quand le médecin remet le test à son patient (5).

L'une des mesures phares du plan cancer 2009-2013 (mesure 16.1) préconise " *d'augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers*" (6).

L'ADECA 21-58 organise chaque année des réunions d'information des médecins généralistes afin de les impliquer dans le dispositif. Dans le cadre de mon stage, j'ai reçu la mission de mettre en place ces réunions d'information auprès des médecins généralistes en Côte d'Or et ensuite me pencher sur la question des freins et des facteurs d'adhésion des médecins généralistes au DOCCR.

L'objectif de ma mission était d'étudier l'adhésion des médecins généralistes au DOCCR en Côte d'Or sur l'année 2012 et de proposer des pistes afin d'améliorer cette adhésion.

1 - Contexte

1.1 - Épidémiologie du cancer colorectal

1.1.1 - Le cancer colorectal dans le monde

Le CCR est un cancer siégeant dans la région du côlon et du rectum (partie terminale du côlon) caractérisé par la prolifération anormale des cellules dans le gros intestin et par la formation de carcinomes glandulaires ou adénocarcinomes.

Il est le plus fréquent des cancers digestifs. En 2002, on estime le nombre de nouveaux cas survenus dans le monde à 1 227 000 et le nombre de décès attribués à cette maladie à 528 500 (7).

Les taux d'incidence et de mortalité par CCR varient de manière importante selon les pays. Ce cancer est plus fréquent en Amérique du Nord, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans certaines parties de l'Europe qu'en Afrique ou en Asie (7). Ces différences peuvent s'expliquer par l'alimentation, les différents modes de vie et les facteurs héréditaires.

En Europe, l'incidence ne varie pas de manière très importante entre les pays, mais la France est l'un des pays où l'incidence du CCR est la plus élevée pour les deux sexes.

Dans 25 pays de l'union européenne, la valeur moyenne de la survie du CCR à 5 ans tout stade confondu est légèrement supérieure à 50 % (8).

Aux États-Unis, pendant la période 1975-2002, l'analyse des registres SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) a montré une progression de la survie à 5 ans de 50 à 65 % chez l'homme et de 52 à 66 % chez la femme (8).

Cette amélioration de la survie est attribuée à la détection plus précoce des cas par la coloscopie et aux progrès de la chirurgie.

1.1.2 - Le cancer colorectal en France

Le cancer colorectal représente depuis plusieurs décennies un important problème de santé publique en France. Le nombre de nouveaux cas de CCR estimé est de 40 500 en 2011 repartit en 21 300 cas chez l'homme et 19 200 cas chez la femme (1). Ce cancer se situe au 3ème rang des cancers tous sexes confondus, après le cancer de la prostate (71 000 nouveaux cas) et le cancer du sein (53 000 nouveaux cas estimés en 2011). Il représente 58 % des cas de cancers digestifs chez l'homme et 74 % chez la femme (1).

On retrouve une légère prédominance masculine (53 % des nouveaux cas de CCR chez l'homme). Le sex-ratio est de 1,5. (9)

Avec 17 500 décès estimés en 2011 dont 53 % chez l'homme, ce cancer se situe au second rang des décès par cancer derrière le cancer du poumon (29 300 décès) , et il représente 11,6 % de l'ensemble des décès par cancer (1).

L'incidence du cancer colorectal est voisine pour les deux sexes jusqu'à 50 ans, puis augmente plus rapidement chez les hommes que chez les femmes. L'évolution de la mortalité en fonction de l'âge est identique à celle de l'incidence (10). L'âge médian au moment du diagnostic est de 72 ans chez les hommes et de 75 ans chez les femmes (11). La survie relative à 5 ans est d'une façon générale de 55 % chez l'homme et 57 % chez la femme (10), mais elle est liée en grande partie au stade de développement de la maladie au moment du diagnostic (12).

Tableau I : Survie à 5 ans du CCR en fonction du stade de développement au diagnostic (13).

STADE (Classification TNM)	EXTENSION	SURVIE RELATIVE A 5 ANS
STADE I	Paroi jusqu'à la musculieuse	94,00%
STADE II	Paroi au-delà de la musculieuse, organe adjacent	80,00%
STADE III	Ganglions envahis	47,00%
STADE IV	Métastases viscérales	5,00%

Le bénéfice du diagnostic précoce s'avère particulièrement important pour le cancer colorectal. Lorsqu'il est détecté à un stade précoce (stade I, cancer superficiel dans la paroi de l'intestin), le taux de survie à 5 ans après le diagnostic dépasse alors 90 % (*Tableau I*).

Les principaux facteurs de risque du CCR non modifiables sont les facteurs héréditaires et génétiques, les antécédents personnels de cancers, les antécédents familiaux de CCR , les maladies inflammatoires du côlon et l'âge (13).

Les facteurs de risque modifiables sont les habitudes de vie à savoir le surpoids ou l'obésité, la consommation d'alcool, des viandes rouges et des charcuteries. L'activité physique régulière et la consommation des fruits et légumes ont un rôle protecteur comme pour des nombreuses maladies (13,14).

La population à risque de développer le CCR peut être classée en 3 groupes en fonction de leur niveau de risque (*Tableau II*). Les sujets à risque moyen (personnes âgées de 50 à 74 ans sans symptômes ni antécédents personnels ou familiaux) constituent la population cible du dépistage organisé du CCR et ceux à risque élevé ou très élevé devraient bénéficier d'un dépistage individuel en fonction du risque (15).

Tableau II Niveaux de risque de CCR (15)

Niveau de risque	Sujets concernés	Fréquence (parmi CCR)	Risque spontané de CCR sur l'existence
Très élevé	Prédisposition génétique: •Polyposes adénomateuses •Syndrome de Lynch	<5 %	40-100 %
Élevé	Antécédents d'adénome « avancé » ou de CCR •Personnel •Ou chez un apparenté au premier degré <60 ans (ou quel que soit l'âge si >2 apparentés Antécédent personnel de MICI *	15%	5-10 %
Moyen	Population générale (50-74 ans, sans symptôme ni antécédents personnels ou familiaux)	80%	3-4 %

*MICI : *Maladie Inflammatoire Chronique Intestinale (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)*

Le CCR a pour caractéristique d'avoir souvent comme précurseur pendant des nombreuses années, une tumeur bénigne appelée adénome ou polype. On estime que 60 à 80 % des CCR naissent sur un adénome (9). Ces lésions sont fréquentes (1 sujet sur 3 de plus de 65 ans en est atteint), mais seulement 10 % augmentent suffisamment de taille pour atteindre 1 cm de diamètre. Ce gros adénome constitue la vraie lésion précancéreuse puisque un quart d'entre eux deviennent des cancers. Le risque de transformation maligne est, à l'inverse, très rare dans les adénomes de moins de 1 cm de diamètre. On peut estimer que la séquence adénome-cancer est en moyenne de plus de 10 ans (9).

Ainsi, l'exérèse des polypes permet d'empêcher leur transformation en cancer. Ceux-ci peuvent être détectés précocement, car ils ont tendance à saigner : c'est sur la recherche de ce saignement microscopique dans les selles que repose le DOCCR.

1.2 - La mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal en France

La mise en place d'un dépistage organisé doit répondre à un ensemble de critères et le CCR remplit les critères établis par l'OMS. [Annexe I : Critères de Wilson et Jungner \(OMS, 1968\)](#).

En effet, le CCR est fréquent et reste une maladie grave malgré des progrès dans la prise en charge.

Les facteurs de risques liés au CCR sont connus, y compris son histoire naturelle. Ce cancer peut être guéri par exérèse chirurgicale lorsqu'il est diagnostiqué tôt et peut être prévenu par la détection et l'exérèse des polypes adénomateux.

Le test de dépistage reste accessible et acceptable par la population et n'entraîne aucun danger pour elle. Le DOCCR est coût-efficace, par comparaison avec l'absence de dépistage (16).

Tableau III : Résultats des études de référence sur le dépistage organisé du cancer colorectal (5, 17,18).

	Nottingham (Angleterre)	Fünen (Danemark)	Bourgogne (France)
Participation			
- Au moins 1 test	60,00 %	67,00 %	68,00 %
- Première campagne	54,00 %	67,00 %	53,00 %
- Répétition de test	Toutes campagnes (3 à 6) 38,00 %	5 campagnes 46,00 %	5 campagnes 37,00 %
Taux de positivité			
-Première campagne	2,10 %	1,00 %	2,10 %
-Campagnes ultérieures	1,30 %	1,10 %	1,30 %
VPP cancer*	11,50%	12,20%	14,40%
Proportion cancer stade 1			
-Population dépistée	20,00 %	22,00 %	29,00 %
-Population témoin	11,00 %	11,00 %	11,00 %
Durée de suivi	7-8 ans	10 ans	11 ans
RR** de décès par cancer	0,85 (0,68-0,99)	0,82 (0,74-0,99)	0,84 (0,71-0,98)

*Valeur prédictive positive ; ** Risque relatif

La stratégie de dépistage par la recherche d'un saignement occulte dans les selles a fait la preuve, dans plusieurs études, de sa capacité à diminuer la mortalité par cancer. C'est sur la base de ces études contrôlées randomisées sur la population que repose le bien fondé du DOCCR (*Tableau III*) .

En effet, il est démontré qu'en faisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans (test Hémocult), suivi d'une coloscopie en cas de positivité, il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal, la population concernée devant atteindre 50 % de participation. Si l'on tient compte des seuls participants au

dépistage, la réduction de la mortalité est d'au moins 33 % (5,17).

Ces arguments scientifiques ont permis aux autorités sanitaires françaises d'annoncer en 2001 la mise en place des programmes pilotes de dépistage du CCR, mise en place qui s'est échelonnée de 2002 à 2005 dans les 23 départements pilotes (19, 20,21).

L'évaluation de ce programme pilote en 2007 montre un taux de participation moyen de 42 % en première campagne, variant selon les départements de 31,1 % à 54,2 % (20).

Ce programme a permis de détecter 3 289 cancers et 10 884 personnes ayant un ou plusieurs adénomes. Sur les 2 504 cancers invasifs diagnostiqués, 33 % l'étaient à un stade précoce (stade I), 18 % des personnes avaient un cancer de stade II (20).

Au vu des premiers résultats de ce programme pilote, le DOCCR a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2008.

Depuis 2009, ce programme de DOCCR couvre tous les départements français. Il concerne actuellement 17 millions de personnes de 50 à 74 ans (4). Proposé tous les deux ans, il repose sur la réalisation à domicile d'un test de recherche de sang occulte dans les selles (test au gâïac), suivi d'une coloscopie en cas de positivité du test. Le test utilisé en France est le test Hémoccult II®.

1.3 - L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France

1.3.1 - Population cible et exclusion

Le programme de dépistage français s'adresse à la population de 50 à 74 ans dite à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni histoire familiale ou personnelle (*tableau II*).

La population de 50-74 ans est visée car près de 95 % des cas de cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans (22).

Le DOCCR n'est pas proposé après 74 ans car, même si le CCR reste fréquent après cet âge, les bénéfiques qui peuvent en être retirés sont très variables et dépendent de l'état de santé général de la personne; l'approche individuelle est donc préférable à partir de 75 ans (9,12).

Ce test n'est pas recommandé aux sujets à risque élevé, très élevé ou présentant des symptômes (*tableau II*). Ces sujets relèvent d'un dépistage individualisé et sont exclus définitivement du DOCCR. [Annexe II : Critères d' exclusion au DOCCR.](#)

1.3.2 - Le test Hémoccult

Le test le plus largement utilisé en France, en Europe et aux États-Unis est le test au gâïac, le test Hémoccult II®. Simple, acceptable, peu onéreux et sans danger, ce test présente les critères requis par l'OMS pour un dépistage organisé.

Le test Hemoccult® est un test de sélection (non de diagnostic) qui s'adresse à des personnes en bonne santé, à risque moyen, ne relevant pas d'autres stratégies de dépistage. En cas de positivité, il doit être complété par une coloscopie. L'efficacité de sa pratique régulière, annuelle ou biennale, sur la baisse de la mortalité par cancer colorectal a été démontrée dans les études de références décrites plus haut (*tableau III*).

La sensibilité estimée du test Hémoccult dans la population cible se situe entre 50 % et 60 % pour un cancer (23, 24), ce qui signifie qu'il permet de diagnostiquer un cancer sur deux. Sa sensibilité oscille entre 20 % et 30 % pour un adénome à haut risque (25).

Sa spécificité atteint 98 %, c'est-à-dire qu'il donne une positivité erronée dans seulement 2 cas sur 100; ce qui limite le nombre de coloscopies inutiles. Sa valeur prédictive positive est de 30 % pour les adénomes et 10 % pour les cancers .

En pratique, le test consiste à prélever à l'aide d'une spatule deux fragments de selles de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz, que l'on dépose sur une plaquette, le prélèvement étant à effectuer sur trois selles consécutives. La plaquette est à insérer dans une enveloppe T et à adresser au centre de lecture dont l'adresse est inscrite sur l'enveloppe. Les résultats de l'analyse sont transmis par le centre de lecture sous 48 heures à la personne, à son médecin généraliste, ainsi qu'à la structure départementale en charge de l'organisation des dépistages, en vue du suivi et de l'évaluation du programme.

Lorsque le test est négatif (97 à 98 % de cas) (13), la personne est invitée à le renouveler deux ans plus tard. Elle est également sensibilisée aux signes d'alerte. Ceci s'explique par le fait que les cancers et surtout les polypes saignent de manière intermittente, il est possible qu'ils ne saignent pas au moment de la réalisation du test, d'où l'intérêt de renouveler le test tous les deux ans et d'orienter le patient vers une consultation médicale dès l'apparition des symptômes (12, 13).

Dans le cas où le test est positif (2 à 3 % des cas), le médecin généraliste prescrit une coloscopie pour rechercher la présence de lésions dans le côlon ou le rectum.

Bien que ce test ait permis de démontrer l'efficacité du dépistage sur la réduction de la mortalité liée au CCR, il possède certaines limites telles que le manque de sensibilité, la contrainte liée au nombre de prélèvements à réaliser, la lecture visuelle et qualitative des résultats et le manque de spécificité pour l'hémoglobine humaine. Enfin, une proportion non négligeable de tests (2 à 3 %) n'est pas analysable du fait principalement d'un excès de dépôt de selles (25).

Afin d'optimiser les bénéfices du dépistage organisé, le test de recherche de sang occulte dans les selles devrait évoluer à court terme vers les tests immunologiques qui pourront pallier aux limites du test Hemoccult.

1.3.3 - Le passage au test immunologique

Les tests immunologiques recherchent, comme les tests au gaïac, la présence de sang occulte dans les selles. Ils utilisent des anticorps spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine humaine. En pratique, l'utilisateur prélève à l'aide d'un bâtonnet, un échantillon de selles et l'introduit dans le tube de prélèvement qui contient un tampon stabilisateur. Le tube est à insérer dans une enveloppe T et à adresser au centre de lecture dont l'adresse est inscrite sur l'enveloppe.

La décision de passer aux tests immunologiques en remplacement du test au gaïac de recherche de sang dans les selles est issue d'un ensemble de données recueillies sur l'intérêt de ces tests après analyse des expérimentations réalisées, dont sept dans des départements français, et s'appuie sur l'avis de la HAS de 2008 (26).

La Côte d'Or est l'un de 7 départements français où sont menées les études expérimentales sur les tests immunologiques.

Le test immunologique présente différents avantages par rapport au test Hémocult II® (tableau IV).

Tableau IV : Avantages du test immunologique par rapport au test Hémocult II® (27)

TEST IMMUNOLOGIQUE	TEST HEMOCCULT II®
<ul style="list-style-type: none"> - Spécifique de l'hémoglobine humaine. - Plus spécifique des saignements colorectaux car la globine est rapidement digérée dans l'estomac et l'intestin grêle. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non spécifique de l'hémoglobine humaine, il peut notamment interagir avec certains aliments et médicaments.
<ul style="list-style-type: none"> - 1 ou 2 prélèvements à réaliser sur 1 à 2 selles. 	<ul style="list-style-type: none"> - 6 prélèvements à réaliser sur 3 selles.
<ul style="list-style-type: none"> - Lecture automatisée. - Lecture reproductible qui permet une analyse répétée d'un prélèvement. - Enregistrement des résultats sur l'automate. - Lecture quantitative qui permet : <ul style="list-style-type: none"> • de déterminer la concentration en hémoglobine ; • d'ajuster le seuil de positivité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lecture visuelle, coloration bleue. - Lecture unique à 1 min, non réanalysable. - Pas de possibilité d'archivage du résultat. - Lecture qualitative (test positif ou négatif).

Les trois principaux tests immunologiques évalués en population sont le test

Magstream® (Fujirebio), le test OC Sensor® (Eiken) et le test FOB Gold® (Beckman Coulter (28). Ces études menées dans la population à risque moyen montrent que les tests immunologiques permettent de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés que le test Hémocult II®, pour un nombre de coloscopies 2 à 4 fois plus important au seuil de positivité choisi dans la plupart des études.

Pour un test immunologique donné, le taux de positivité et le rapport sensibilité/spécificité varient en fonction du seuil de positivité choisi et du nombre de prélèvements réalisés.

On estime, en fonction du seuil choisi que les tests immunologiques ont une sensibilité comprise entre 70 et 85 % et une spécificité proche de 95 % (versus 50 à 60 % et 98 % pour le test Hémocult II®) (28).

Les données récentes confirment la supériorité des tests immunologiques au test au Hémocult et permettent de résoudre le problème du nombre de prélèvements et du seuil de positivité jusque là posé par les tests immunologiques (29,30). En effet, il est démontré que même au seuil de positivité le plus faible, les tests immunologiques permettent de doubler le taux de détection des cancers colorectaux et de quadrupler celle des adénomes avec la stratégie à 2 prélèvements. Et c'est cette stratégie qui est conseillée pour le DOCCR.

La supériorité clinique des tests immunologiques par rapport au test au gaïac est associée à un surcoût. Ce surcoût est lié au test lui-même et à son mode de lecture, mais également au nombre de coloscopies à réaliser lorsque le taux de positivité est plus élevé.

D'un point de vue organisationnel, l'utilisation des tests immunologiques nécessitera des ajustements par rapport au dispositif actuel notamment sur la problématique de la stabilité de l'hémoglobine dans le tampon des kits de prélèvements, le transport postal des tests immunologiques et l'organisation des centres de lectures (28).

L'efficacité du test immunologique est susceptible de remobiliser les professionnels de santé. De plus, la réalisation plus simple de ce test devrait permettre aux médecins généralistes de convaincre plus facilement leurs patients de faire le test de dépistage.

Début 2012, le comité national stratégique des dépistages des cancers, instance de pilotage national prévue dans le plan cancer, a donné un avis favorable au principe du passage au test immunologique sur la base d'un prélèvement unique. Le passage effectif et progressif à ce test est prévu en 2013 et a déjà été annoncé en mars dernier par le secrétaire d'État à la santé.

1.3.4 - La coloscopie

Un test Hémocult ou immunologique positif révèle la présence de sang dans les selles, mais pas la présence d'un cancer. Pour identifier l'origine de ce saignement, une

coloscopie est indispensable.

Prescrite par le médecin traitant, elle est réalisée par un gastro-entérologue en hôpital de jour sous anesthésie générale. La coloscopie est actuellement l'examen de référence du DOCCR. Elle permet de retirer les polypes, avant qu'ils n'évoluent en cancer et de pratiquer une biopsie pour affirmer le diagnostic de cancer (13).

Réalisée en cas de positivité d'un test Hémocult, la coloscopie revient normale dans 60 % de cas. La personne est alors invitée à renouveler son test Hémocult dans 5 ans. Dans 30 % de cas, elle révèle la présence d'un polype et dans 10 % des cas la présence d'un cancer (13).

Bien qu'elles soient rares, les complications liées à la coloscopie ne doivent pas être ignorées. Outre les risques inhérents à l'anesthésie, les principales complications sont la perforation et les complications hémorragiques estimées à 1 à 2 pour 1000 (31). L'existence de ces complications justifie la stratégie en deux temps pour les sujets à risque moyen, avec en premier lieu la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles, dont seule la positivité indique une coloscopie. Elle est aussi indiquée en première intention chez les personnes à risque élevé bénéficiant d'un dépistage individuel.

Sa grande sensibilité et sa spécificité (proche de 100 %) (31) pour l'identification des polypes et de leur grade histologique, sa capacité à faire dans le même temps le traitement des lésions précancéreuses découvertes compensent les inconvénients liés aux risques de complication, à l'inconfort et aux contraintes de l'examen.

1.3.5 - Le pilotage du programme de dépistage

1.3.5.1 - Le pilotage national

Le programme national de dépistage est placé sous la responsabilité du ministre chargé de la Santé. Il est co-piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et l'Institut national du cancer (INCa), en lien avec les différents régimes d'assurance maladie. L'évaluation épidémiologique nationale du programme est assurée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) à partir des données colligées par les structures de gestion (SG) départementales, interdépartementales ou régionales. Un format de requête défini nationalement permet l'extraction des variables des bases de données locales, à partir desquelles les indicateurs de pilotage et d'évaluation du dispositif sont calculés.

L'INCa contribue à l'évaluation organisationnelle du dispositif.

La Haute autorité de santé est impliquée dans les recommandations de bonne pratique pour le dépistage des cancers. Enfin, Acorde, l'Association des coordonnateurs du dépistage des cancers, les représente dans les instances nationales.

1.3.5.2 - Le pilotage régional

Sur le plan régional, les ARS (Agences Régionales de Santé) assurent le pilotage et l'animation du programme. Elles interviennent dans le suivi et l'évaluation du programme ainsi que dans l'instruction des demandes budgétaires.

1.3.5.3 - Le pilotage local

La structure de gestion (SG) est l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale et la promotion du dépistage organisé. La plupart des SG correspondent à des associations « Loi 1901 ». Certaines ont des statuts juridiques différents (groupement d'intérêt public, centre d'examen de santé, établissement public de santé). D'autres ont des champs d'action interdépartementaux, voire régionaux.

1.3.6 - Le dépistage en pratique

1.3.6.1 - La population

Les personnes de 50 à 74 ans sont identifiées à partir des fichiers des organismes d'assurance maladie, fichiers adressés aux SG qui invitent ces personnes tous les deux ans à pratiquer un test de dépistage.

Chaque campagne de dépistage débute par l'envoi d'un courrier d'information adressé à chaque personne concernée par le dépistage. Par ce courrier, la structure de gestion les invite à consulter leur médecin généraliste pour parler du dépistage, et évaluer la conduite à tenir en fonction du niveau de risque. Pendant les 6 premiers mois de la campagne, les médecins généralistes et les médecins du travail offrent le test gratuitement à tous les consultants concernés quelle que soit la raison de la consultation. Les personnes n'ayant pas donné suite à la première invitation font l'objet d'un courrier de relance à trois mois, suivi, en l'absence de réponse, de l'envoi du test directement à domicile, six mois après l'invitation initiale. Les courriers comportent des coupons réponse permettant aux personnes invitées de signaler à la SG leur situation d'exclusion du programme. Ces exclusions correspondent aux personnes à risque élevé ou très élevé (13). Ces cas relèvent de mesures de suivi différentes du test au gâïac du programme national, directement par coloscopie, et justifient d'un recours aux consultations d'oncogénétique.

Les personnes ayant déjà eu une coloscopie complète normale sont exclues de ce programme pour une durée de 5 ans. Lorsque la coloscopie est positive (présence d'un ou plusieurs adénomes ou d'un cancer), l'exclusion étant définitive, le sujet rentre dans un cycle de surveillance individualisé. [Annexe II : Critères d'exclusion au DOCCR.](#)

Le dispositif de dépistage s'appuie donc sur une stratégie en deux temps pour la population à risque moyen de cancer colorectal : le test de recherche de sang occulte dans les selles et en cas de positivité, la réalisation d'une coloscopie.

1.3.6.2 - Les structures de gestion

Les structures de gestion départementales ou interdépartementales sont en charge de l'organisation du dépistage suivant un cahier de charges publié au journal officiel (32). Ce cahier des charges précise les missions de la SG, les moyens et les modalités d'administration ainsi que l'organisation du dispositif.

Les SG participent à la sensibilisation et à l'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans et se chargent de l'envoi des lettres d'invitation au dépistage et des relances.

Elles gèrent les fichiers des personnes concernées par le dépistage et veillent au suivi des patients positifs par le recueil des comptes rendus de coloscopie, d'anatomopathologie et éventuellement de chirurgie.

Elles veillent aussi à l'assurance qualité du dispositif en lien avec les différents professionnels impliqués et se chargent de la collecte de données pour le pilotage et l'évaluation du programme de dépistage.

Les structures de gestion sont aussi responsables de l'approvisionnement des médecins généralistes en tests de recherche de sang occulte, de l'organisation de la formation des médecins généralistes et de l'information des professionnels de santé sur le dépistage du cancer colorectal.

1.3.6.3 - Le centre de lecture

Les tests de dépistage bénéficient d'une lecture centralisée. La lecture est réalisée dans des laboratoires de biologie agréés ayant une expérience dans la lecture des tests au gâac. Ces centres de lecture s'engagent à respecter le cahier des charges qui fixe leurs modalités d'organisation (formation, contrôle qualité interne, double lecture simultanée des tests, relation avec les partenaires du dépistage, organisation de la lecture et délai de réponse).

Chaque département est rattaché à un centre de lecture. Pour la Côte d'Or et la Nièvre, la lecture des tests est centralisée au Centre d'Examen de Santé (CES) de l'Assurance maladie de la Côte d'Or. En pratique, après analyse des tests, le centre de lecture envoie les résultats à la personne concernée ainsi qu'à son médecin traitant. Ces résultats sont saisis instantanément dans la base de données de la structure de gestion (ici l'ADECA 21-58) grâce à une liaison en réseau entre le CES et l'ADECA 21-58.

1.3.6.4 - Le rôle du médecin généraliste

Les médecins généralistes sont les acteurs clé du dispositif de DOCCR . En effet, ce sont eux qui recueillent le consentement des patients, évaluent les situations d'exclusion et remettent le test, en expliquant les modalités de réalisations et la suite de la prise en charge en cas de positivité.

Les médecins généralistes, et parfois les établissements de santé où sont réalisées les coloscopies, participent ainsi à l'enregistrement par la SG des personnes ne relevant pas du programme, évitant les relances inutiles voire incongrues.

Au-delà de leur place dans le système de soins, et en raison de l'impact de leur discours auprès de leurs patients, ils sont un des leviers les plus pertinents dans l'incitation des personnes concernées à réaliser ce dépistage. En effet, l'expérience des départements pilotes montre que 85 % des tests remis par les médecins généralistes sont réalisés par les patients (versus 15 % en cas d'envoi postal direct) (5, 33). Les personnes participantes au dépistage dans l'étude Fado-colorectal avaient déclaré plus souvent que les non-participants « pouvoir parler de tout avec leur médecin ». Un contact avec le médecin (au moins une consultation dans l'année) était retrouvé plus souvent chez les participants au dépistage que les non-participants (34).

En plus d'éviter la remise inappropriée des tests, et de permettre l'enregistrement des exclusions, les explications et conseils fournis par les médecins sur les modalités pratiques du test limitent le nombre de tests mal réalisés et donc non analysables. En cas de test positif, le médecin généraliste est en charge de convaincre son patient de réaliser la coloscopie et d'organiser cet examen (entre 10 et 15 % des patients ne le font pas). Enfin, le médecin sera en première ligne pour gérer les situations difficiles des faux négatifs et cancers d'intervalle, cancers survenant en dépit d'un test négatif, entre deux dépistages, et les faux positifs conduisant à la réalisation d'une coloscopie sans découverte de lésion, susceptibles d'être à l'origine de complications et d'angoisse. Le passage par le médecin généraliste présente donc plusieurs avantages et permet d'améliorer la qualité et l'efficacité du dispositif.

Pour toutes ces missions supplémentaires, les médecins généralistes perçoivent une rémunération, versée par l'Assurance Maladie : c'est un montant forfaitaire par an, par rapport au nombre de tests HémoCult réalisés par leurs patients et remis par le médecin.

1.4 - La participation au dépistage organisé du cancer colorectal

En France, sur la période 2010-2011, seuls 5 millions de personnes de 50 à 74 ans ont adhéré au programme du dépistage sur les 17 millions de personnes invitées à se faire dépister, soit un taux national de participation de 32 % sur cette période contre 34 % sur la période 2009-2010 (35).

Ce taux reste encore inférieur au référentiel européen qui préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 % et un taux souhaitable de 65 %. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un dépistage organisé (4).

La participation au dépistage organisé est inégale selon les régions et les départements.

[Annexe III : Carte nationale des taux de participation départementaux au DOCCR sur la campagne 2010-2011.](#)

Contexte

Sur la période 2010–2011, le taux régional le plus élevé est enregistré pour la Bourgogne (47,5 %) et le plus faible pour la Corse (8,3 %) (4).

Seuls cinq départements (Cher, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Isère, Saône-et-Loire) atteignent ou dépassent le seuil minimal acceptable de 45 % de participation pour les années 2010 et 2011. Les taux les plus élevés sont observés pour la Côte-d'Or (51 %) et la Saône-et-Loire (52 %) (36).

Le taux de participation de la population est un point essentiel pour que le programme de dépistage soit efficace. Même s'il n'existe pas d'effet seuil, en pratique on peut retenir qu'une diminution significative de la mortalité de 15 à 20 % n'est obtenue que si au moins la moitié de la population concernée participe régulièrement au dépistage et si une coloscopie est réalisée en cas de test positif (suivie éventuellement d'un traitement adapté) (5, 17).

Parmi les facteurs qui influencent la participation au dépistage, certains déterminants socio-démographiques ont été mis en évidence dans différentes études, notamment l'âge, le sexe, la situation familiale, la situation financière et l'activité professionnelle.

De manière générale, il apparaît dans l'étude Fado-colorectal (34) que les facteurs associés à la pratique du test de recherche de sang occulte dans les selles sont le fait d'être une femme (les femmes sont plus enclines à pratiquer ce nouveau dépistage, en particulier celles qui font déjà des frottis et des mammographies), de vivre en couple ou d'être âgé de plus de 60 ans.

Le rôle du médecin généraliste, comme déjà souligné plus haut, reste central.

Le taux de participation de la population (seulement 32 %) témoigne du besoin de mobiliser encore davantage les médecins généralistes qui demeurent les maillons essentiels de ce dépistage organisé.

1.5 - Territoire d'intervention: la Côte d'Or

1.5.1 - Informations générales

La Côte d'Or est un département français parmi les quatre de la région de Bourgogne. Elle se situe au Nord Est du pays et son chef lieu est la ville de Dijon. Son code départemental attribué par l'INSEE est le 21. Ses habitants sont appelés les Côte d'Oriens.

Elle est limitrophe avec 7 départements de 3 régions différentes : l'Yonne, la Nièvre, la Saône-et-Loire (Bourgogne), le Jura, la Haute-Saône (Franche Comté), l'Aube et la Haute-Marne (Champagne Ardenne).

La Côte d'Or est le quatrième département français par la taille derrière trois départements de la région Aquitaine.

Elle est subdivisée en 3 arrondissements (Dijon, Beaune et Montbard), 43 cantons et

706 communes. [Annexe IV : Carte de la Côte d'Or et arrondissements.](#)

Elle a une superficie de 8 763 km². Selon les données de l'INSEE, la Côte d'Or comptait 524 144 habitants en 2009 pour une densité de 60 habitants/km² (37).

La population du département est concentrée principalement sur l'arrondissement de Dijon puisqu'on y recense près de 70 % de la population totale en 2009 (avec une densité de 119 habitants /km²) contre 18 % pour l'arrondissement de Beaune et 12 % pour celui de Montbard (37).

1.5.2 - La démographie médicale

En 2007, la Côte d'Or comptait 902 médecins généralistes en exercice, soit 36 % des médecins généralistes de la région de Bourgogne qui en comptait 2 487 (38, 39). Selon les données du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) (40), les MG en activité en Côte d'Or en 2009 étaient au nombre de 899 dont 800 étaient en activité régulière, mais seuls 58 % d'entre eux sont en exercice libéral exclusif.

La Bourgogne est en 16ème position sur les 22 régions françaises pour sa densité en médecins généralistes qui y est donc bien inférieure à la moyenne nationale : elle atteint 153 praticiens pour 100 000 habitants contre 165 en France en 2007 (38,39) et selon le CNOM, elle est de 76,6 pour 100 000 habitants en 2009 contre 79,7 en France (40). La répartition des médecins généralistes est très inégale dans la région. La Côte d'Or est le département où la densité est la plus forte (175 en 2007 et 88,1 en 2009) et contraste avec les trois autres départements de la région où elle avoisine 144 en 2007 et 70 en 2009. A un échelon géographique plus fin, les contrastes sont encore plus marqués : les zones urbaines et leurs alentours sont bien plus dotées que les zones rurales (38, 40).

L'exercice en cabinet est de loin le plus rencontré. Le cabinet individuel est plus fréquent en Bourgogne que ce qui est constaté en moyenne au plan national.

1.6 - L'ADECA 21-58

1.6.1 - Historique

En 2003, sous l'impulsion du Professeur Faivre, avec l'accord de la DRASS, a été créée l'ADECA 21 (Association de dépistage des cancers en Côte d'Or), une Association loi 1901 en charge de la gestion du dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal en Côte d'Or.

Suite à une réorganisation de la SG de la Nièvre en 2008, celle-ci sera rattachée à l'ADECA 21 qui deviendra une structure de gestion interdépartementale assurant la gestion du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal en Côte d'Or (département 21) et dans la Nièvre (département 58), d'où l'appellation ADECA 21-58.

Contexte

L'ADECA 21-58 a un statut associatif mais n'est pas une association d'usagers, elle est mandatée par le Ministère de la Santé pour gérer le dépistage organisé.

Son financement est assuré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les assurances maladie (la MSA, le RSI et la CPAM).

1.6.2 - Organisation

L'association est dotée d'une Assemblée Générale (AG) qui élit le Conseil d'Administration (CA). Ce Conseil d'Administration regroupe des représentants des professionnels de santé, des structures de santé ou d'associations d'usagers (Ligue contre le cancer, Réseau Oncobourgogne,...), des assurances maladie (Régime général, Mutualité Sociale Agricole,...) et du Conseil Général de la Côte d'Or.

Le conseil d'Administration se fait assister d'un Comité Scientifique pour chaque dépistage dont il assure la gestion (cancer du sein et cancer colorectal). Ce Comité scientifique est responsable de la mise en place, de l'organisation du suivi des actions de dépistage de la pathologie concernée.

Le bureau de l'ADECA 21-58 élu par le CA est composé d'une présidente, d'un secrétaire, d'un trésorier et leurs adjoints, du président de chaque comité scientifique et du médecin coordinateur.

La structure opérationnelle de l'ADECA 21-58 est composée de médecins, d'attachés de recherche clinique, d'une assistante de direction et des secrétaires.

1.6.3 - Missions

L'ADECA 21-58 est une structure de gestion interdépartementale en charge de l'organisation et de l'évaluation du programme de dépistage suivant un cahier des charges publié au journal officiel tel que décrit plus haut (32).

L'ADECA 21-58 divise sa population cible en 2 groupes correspondant aux zones géographiques. En Côte d'Or, la zone B correspond à la ville de Dijon et son agglomération (zone urbaine) et la zone A correspond au reste du département (zone rurale).

Cette division tient compte de la répartition géographique de la population et des médecins. En effet, selon les données de l'INSEE, la population de la Côte d'Or est concentrée principalement sur l'arrondissement de Dijon (37).

Selon les fichiers des médecins généralistes (MG) dont dispose l'ADECA, on retrouve autant de MG dans la zone urbaine de la Côte d'Or (zone B) qu'il y en a repartis sur tout le reste du département. Il y a donc une concentration des médecins en zone urbaine.

Les campagnes de dépistage du cancer colorectal sont organisées de façon régulière

(tous les deux ans) en début d'année et par zone géographique. Elles concernent alternativement la Côte d'Or zone A (zone rurale) puis la Côte d'Or zone B (Dijon et agglomération).

La Côte d'Or fait partie des 23 départements pilotes du DOCCR où le dépistage a démarré en 2002. Les campagnes s'étalent sur deux ans et la campagne 2011–2012 est la 5ème campagne de DOCCR.

L'ADECA invite toutes les personnes concernées par la campagne en début d'année à consulter leurs médecins généralistes pour retirer le test.

Une première relance sans test intervient entre le mois de mai et le mois de juin avec une invitation aux personnes à consulter le médecin généraliste. Cette invitation est accompagnée d'un questionnaire permettant d'identifier les sujets à exclure du dépistage et les différentes causes d'exclusion. Cette procédure permet d'éviter des invitations et relances inutiles voire déplacées.

Les mois de septembre et d'octobre sont consacrés à l'envoi postal des tests aux personnes ne l'ayant pas réalisé.

Enfin, un courrier de relance sans test est envoyé aux mois de novembre et décembre aux personnes n'ayant toujours pas participé à cette nouvelle vague de dépistage.

Pour répondre à sa mission d'information des professionnels sur le dépistage, notamment les médecins généralistes et les gastroentérologues, l'ADECA 21–58 organise en début de chaque campagne, des réunions d'information des professionnels concernés dans les deux départements sous sa responsabilité.

En Côte d'Or, la campagne 2012 concerne la Zone B (Dijon et son agglomération). Ainsi l'ADECA s'est donné la mission de mobiliser une nouvelle fois les médecins généralistes, acteurs clé du dépistage, afin de sensibiliser les nouveaux médecins, d'optimiser le retour d'information et ainsi renforcer leur adhésion au programme de dépistage.

1.7 - Présentation du projet et objectifs du stage

1.7.1 - Cadre et objectif du projet

La Côte d'Or est l'un des départements français où le taux de participation au DOCCR est le plus élevé (51 % sur la période 2010–2011) (36), mais il reste malgré tout inférieur au taux souhaitable de 65 % de participation (4).

Le retour d'information aux médecins généralistes, qui est une des missions de l'ADECA 21–58, est un paramètre sans doute important de l'adhésion de ces derniers au dispositif. C'est ainsi que l'ADECA organise en début de campagne et de façon biennale des réunions d'information des médecins.

Connaissant le rôle que jouent les médecins généralistes dans le DOCCR, il est aussi

Contexte

important de se pencher sur la question des facteurs d'adhésion au dépistage et des freins rencontrés par ces derniers dans la pratique de ce dépistage.

Recueillir les avis des médecins généralistes sur le dispositif du dépistage et sur les réunions organisées par la structure de gestion à leur intention est un moyen de les impliquer activement dans le dispositif.

D'où le projet de l'ADECA s'inscrit dans le cadre du Plan cancer 2009–2013 qui préconise dans sa mesure 16.1 " *d'augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers*"(6) .

Ce projet a comme objectif de promouvoir le dépistage organisé du cancer colorectal par une meilleure adhésion des médecins en Côte d'Or sur l'année 2012.

1.7.2 - Cadre de la mission du stage

La mission de mon stage s'inscrit dans un cadre plus général d'intervention en promotion de la santé qui se définit par les 5 axes de la Charte d'Ottawa qui sont:

- ◆ élaborer une politique publique saine
- ◆ créer des milieux favorables
- ◆ renforcer l'action communautaire
- ◆ acquérir des aptitudes individuelles
- ◆ réorienter les services de santé.

Cette intervention mise principalement sur la stratégie de la charte d'Ottawa qui consiste à acquérir des aptitudes individuelles, mais elle permettra aussi dans une moindre mesure de créer des milieux favorables pour les médecins dans le DOCCR. L'information que nous apportons aux médecins favorise d'une part l'acquisition de compétences pour soi, mais aussi pour participer ensuite à des démarches collectives (le dépistage organisé). Leurs avis sur le DOCCR nous intéressent également et nous permettront d'élaborer des recommandations, en vue de créer des milieux favorables pour les médecins généralistes et ainsi d'augmenter leur adhésion au DOCCR.

1.7.3 - Objectifs de la mission de stage

L'objectif de mon stage est d'étudier l'adhésion des médecins généralistes au DOCCR en Côte d'Or sur l'année 2012 et de proposer des pistes afin d'améliorer leur adhésion.

Pour atteindre cet objectif, je me suis fixé 3 objectifs opérationnels:

1. Mobiliser les médecins généralistes concernés
2. Identifier les facteurs d'adhésion et les freins des médecins généralistes au DOCCR
3. Proposer des recommandations pour améliorer l'adhésion et la participation des

médecins généralistes au DOCCR.

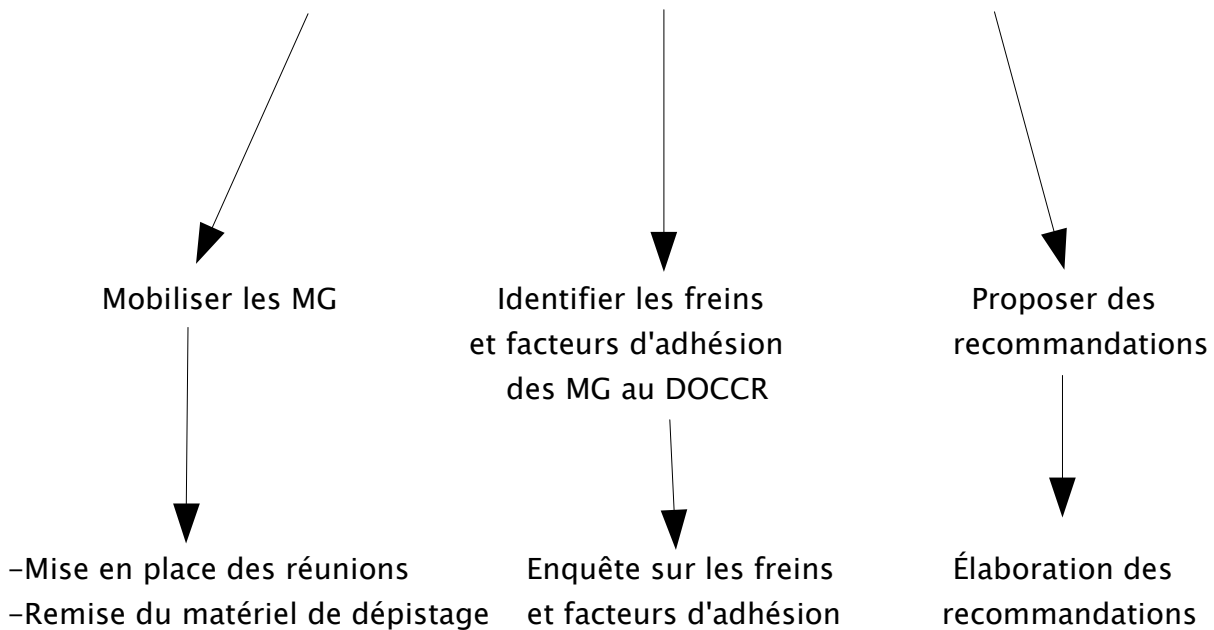
Activités

De ces objectifs opérationnels découlent 4 activités principales:

1. la mise en place des réunions d'information des médecins généralistes,
2. la remise du matériel de dépistage aux médecins généralistes,
3. le recueil des facteurs d'adhésion et des freins au DOCCR à l'aide d'un questionnaire,
4. l'élaboration des recommandations en faveur de l'adhésion des médecins généralistes au DOCCR.

Arbre des objectifs

Étudier l'adhésion des MG au DOCCR en Côte d'Or sur l'année 2012 et proposer des pistes afin d'améliorer leur adhésion



2 - Méthodes

2.1 - Présentation de la démarche

Pour atteindre l'objectif général de la mission de stage, il a fallu dans un premier temps mobiliser les médecins généralistes pour participer aux réunions d'information organisées en début de campagne.

Ces réunions ont consisté à démarrer la nouvelle campagne, annoncer d'éventuels changements intervenus dans le dispositif et apporter un retour d'information sur les campagnes précédentes. C'est aussi le moment d'approvisionner les médecins généralistes en matériel de dépistage.

Dans un second temps, nous avons jugé nécessaire de recueillir non seulement les freins et les facteurs d'adhésion des médecins au DOCCR, mais aussi leurs avis sur ces réunions d'information.

A l'issue de cette démarche, nous rédigerons quelques propositions pour tenter d'améliorer l'adhésion des médecins généralistes au dépistage.

2.1.1 - Mobilisation des médecins généralistes

2.1.1.1 - Population cible

La campagne de DOCCR actuelle (2011-2012) concerne la zone A de la Nièvre et la zone B de la Côte d'Or, (ville de Dijon et son agglomération). Notre intervention étant circonscrite au seul département de la Côte d'Or, seuls les médecins généralistes de la zone B ont été concernés par cette action.

C'est grâce aux fichiers des médecins existant dans la base de données de l'ADECA 21-58 que tous les médecins généralistes de la région ont été identifiés. Ces fichiers sont constitués à l'aide des données fournies par le Conseil de l'ordre des médecins, l'Assurance maladie et mises à jour par le retour régulier des résultats envoyés aux médecins.

2.1.1.2 - Organisation des réunions

Avant le début de mon stage le 10 janvier 2012, le médecin coordinateur de l'ADECA 21-58 avait déjà mis à la disposition de la secrétaire chargée des réunions le fichier des médecins généralistes concernés et les dates prévues des réunions. Cette dernière avait contacté des restaurants qu'elle a ciblé en fonction des différents paramètres qui sont : la localisation, l'accessibilité, accès au parking, leur renommée et la disponibilité des salles aux dates prévues des réunions. Un seul restaurant a été retenu pour recevoir les 4 réunions.

Afin d'avoir un nombre de participants acceptable et donc un auditoire réceptif, le fichier des médecins a été divisé en 4 groupes, d'où les 4 dates des réunions.

La secrétaire et moi avons procédé à l'envoi postal des invitations un mois avant la première date de réunion. Quinze jours avant la date prévue de chaque réunion, j'ai procédé à une relance par téléphone à tous les médecins n'ayant pas répondu spontanément en retournant le coupon-réponse, afin de connaître leur participation ou non à la réunion et au cocktail prévu à la fin de chaque réunion.

Les médecins ayant répondu positivement, soit à l'aide du coupon réponse, soit au téléphone, ont reçu un courrier de confirmation une semaine avant la date de la réunion leur rappelant la date, l'heure et le lieu de la réunion.

2.1.1.3 - Préparation du matériel de dépistage

Est impliqué dans cette préparation, le Bureau de Routage Diffusion de Dijon (BRD). Le BRD est un partenaire de l'ADECA 21-58 qui se charge du conditionnement des tests de dépistage, des invitations, de la mise sous pli, de leur envoi aux personnes concernées (médecins ou population cible) en se servant des fichiers que l'ADECA met à sa disposition.

Nous avons adressé un courrier au BRD quinze jours avant la date de la première réunion pour que soient préparés les cartons de tests Hémocult qui devaient être distribués aux médecins. Ce courrier précisait :

- les dates et lieu prévus des réunions
- le nombre et la liste de médecins invités
- la composition des cartons (tests Hémocult, modes d'emploi, affiches, carnets de prescription et d'exclusion).

Un second courrier a été adressé au BRD une semaine avant la date prévue de chaque réunion, précisant le nombre de cartons nominatifs à livrer avant chaque réunion pour les médecins ayant accepté de participer. Les médecins n'ayant pas participé ont reçu leur matériel par la poste.

2.1.1.4 - Ressources mobilisées

2.1.1.4.1 - Ressources humaines

Cette intervention est le résultat d'une étroite collaboration entre le médecin coordinateur de l'ADECA 21-58, la secrétaire chargée des réunions et moi-même. Sous la direction du médecin coordinateur, nous étions chargées de l'organisation des réunions et personnellement de la mobilisation des participants.

2.1.1.4.2 - Ressources matérielles

L'ADECA 21-58 dispose d'un vidéo-projecteur ayant servi aux présentations organisées dans la salle qui a été louée à l'occasion. Cette salle a été retenue parce qu'elle disposait de suffisamment de places pour accueillir les médecins, de l'espace pour stocker les cartons de matériel, elle était bien éclairée et il y avait la possibilité d'installer un vidéo-projecteur.

La principale mobilisation des ressources matérielles a consisté en la préparation du matériel de dépistage que nous avons décrite plus haut.

2.1.1.4.3 - Ressources financières

Cette intervention a été financée par l'ADECA qui prévoit dans son budget une ligne budgétaire pour toutes les actions de communication sur le dépistage. Le montant global prévu pour ces actions en Côte d'Or pour cette année est de 2 750 euros.

2.1.1.5 - Déroulement des réunions

Animées par le médecin coordinateur, 4 principaux points étaient abordés lors de ces réunions:

1. La présentation des résultats des campagnes antérieures de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein;
2. Des courtes présentations sur les tests immunologiques et sur le surdiagnostic dans le dépistage organisé;
3. La discussion;
4. La remise du matériel aux médecins.

Ces réunions ont été suivies d'un cocktail. La plupart de médecins étant invités pour la cinquième fois à une réunion sur le même thème, le cocktail dînatoire permettait des libres échanges entre les participants dans une ambiance conviviale.

2.1.2 - Recueil des freins et facteurs d'adhésion des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal

Pour répondre à la question sur les raisons de participation ou de non-participation des médecins au dépistage et aux réunions d'information organisées par l'ADECA 21-58, nous avons réalisé une enquête à l'aide d'un questionnaire standardisé. Il s'agissait d'une étude transversale menée au mois d'avril 2012 auprès de tous les médecins généralistes de la Côte d'Or, zone A et zone B, identifiés dans les fichiers de l'ADECA 21-58. Il s'agit des médecins généralistes en exercice libéral et exerçant la médecine de premier recours.

Ce questionnaire a été construit après une revue de la littérature sur le thème dépistage organisé/cancer du sein/cancer colorectal/médecins généralistes (41,42,43), il a été ensuite discuté et validé avec le médecin coordinateur. 14 questions ont été retenues dans le but d'obtenir un questionnaire concis, ciblé sur le thème du DOCCR, facile à analyser et surtout qui ne devait pas prendre beaucoup de temps aux médecins. Les MG avaient le choix entre plusieurs réponses prévues dans le questionnaire, mais aussi la possibilité d'en rajouter.

Ce questionnaire comportait des questions permettant l'identification des médecins, des questions sur les freins et les facteurs d'adhésion au DOCCR, sur les facteurs d'amélioration de la participation des médecins au dépistage et enfin des questions sur la satisfaction et la participation quant aux réunions d'information organisées par la structure de gestion.

Au total 526 questionnaires ont été adressés par voie postale à tous les médecins généralistes identifiés dans le fichiers de l'ADECA en Côte d'Or. Cette partie de la mission s'adressait à tous les MG, concernés ou non par les réunions d'information de la campagne 2012. Nous avons analysé les données recueillies à l'aide des logiciels Epi info version 5.3.5 et Excel 2003.

A la suite des résultats de cette enquête, quelques recommandations seront rédigées pour tenter d'améliorer la participation des médecins généralistes au DOCCR.

3 - Résultats

3.1 - Mobilisation des médecins généralistes

3.1.1 - Résultats quantitatifs

Au total 4 réunions d'information ont été organisées à Dijon les 09,14,16 et 21 février 2012. Sur les 256 médecins de la Zone B invités et en activité, 64 ont répondu présents, soit une participation de 25 %. 18 MG ont participé à la première réunion, 14 à la seconde, 10 MG à la troisième et 22 à la dernière réunion. Ces réunions ont duré en moyenne 2 heures.

3.1.2 - Déroulement des réunions

Seront présentés dans cette partie les différents points qui ont été abordés, les détails étant présentés dans [l'annexe V : Compte rendu des réunions 2012](#).

3.1.2.1 - La présentation des résultats des campagnes antérieures de dépistage du cancer colorectal

Ont été abordés dans cette partie :

- ◆Les études de références ayant justifié la mise en place d'un DOCCR en France.
- ◆La population cible et les critères d'exclusion
- ◆Les stratégies d'invitation au DOCCR
- ◆Les résultats des campagnes antérieures
- ◆Le taux de participation de la population cible
- ◆Le test immunologique
- ◆La présentation du matériel de dépistage
- ◆La présentation du projet de stage et de la stagiaire

3.1.2.2 - Le surdiagnostic

Le surdiagnostic est la détection d'un cancer qui ne se serait jamais révélé durant la vie d'un patient si le dépistage organisé n'avait pas eu lieu. Il est différent des faux positifs qui sont des erreurs de diagnostic. Il est un des effets délétères du dépistage, cependant, les avantages du dépistage systématique entre 50 et 74 ans dépassent les risques encourus par le surdiagnostic. Il appartient au médecin d'expliquer aux patients les avantages et les inconvénients du dépistage.

3.1.2.3 - Débat et discussion

Suite aux différentes présentations faites par le médecin coordinateur, un certain nombre de remarques ont été faites par les participants et ont concerné:

- ◆La mise à la disposition des médecins traitants de la liste de leurs patients éligibles aux dépistages des cancers
- ◆Les obstacles au dépistage les plus souvent cités par les patients en consultation
- ◆L'adhésion des médecins au dépistage des cancers en Côte d'Or
- ◆L'envoi électronique des résultats.

3.1.2.4 - Distribution du matériel de dépistage

Les médecins présents ont reçu chacun un carton de matériel à son nom et les cartons des médecins absents leur ont été envoyés par voie postale.

3.2 - Recueil des facteurs d'adhésion

3.2.1 - Caractéristiques des médecins généralistes

◆ Répondants et non répondants

La comparaison de répondants à l'enquête et des non-répondants en fonction du sexe, de la zone géographique (A ou B) et du nombre de tests Hémocult distribués pendant la dernière campagne 2010-2011 montre que ces 2 groupes sont comparables par rapport au sexe et à la zone géographique, mais diffèrent significativement par rapport au nombre des tests prescrits. Les MG ayant répondu sont ceux qui ont distribué le plus de tests de dépistage. (*Tableau V*). La comparaison en fonction de l'âge n'a pas été faite car nous ne disposons pas des données sur l'âge des non-répondants.

Tableau V : Comparaison des répondants et non-répondants à l'enquête.

	Non-répondants	Répondants
Sexe	n (%)	n (%)
Hommes	187 (71 %)	185(73 %)
Femmes	77 (29 %)	68 (27 %)
Zone		
Zone A	108 (41 %)	116 (46 %)
Zone B	156 (59 %)	138 (54 %)
Nombre des tests prescrits par médecin (moyenne)	77	121

◆ Répondants à l'enquête

Au total, 259 réponses exploitables ont été reçues, soit un taux de réponses de 49 % (N=259/526). Les répondants étaient en moyenne âgés de 52,6 ans (\pm 8 ans) et majoritairement des hommes (71 %) (*Tableau VI*). 122 (51 %) MG avaient une activité urbaine (zone B) et 118 (49 %) une activité rurale (zone A). 43 MG (67 %) ayant assisté aux réunions que nous avons organisées ont répondu à cette enquête.

Tableau VI : Caractéristiques des médecins généralistes ayant répondu à l'enquête

	Effectifs	%
Genre		
Hommes	183	71
Femmes	76	29
Age (2012)		
< 45 ans	46	18
[45–53 ans]	90	35
\geq 54 ans	143	47
Secteur d'activité		
Zone A	127	49
Zone B	132	51

La majorité des MG, soit 229 (88,4 %) se sentaient suffisamment informés sur le dépistage du cancer colorectal contre 28 MG (11 %) qui se sentaient moyennement informés. 77 % des répondants (201 MG) avaient déjà suivi une formation sur le dépistage, et 56 (22 %) n'avaient jamais suivi de formation. Ainsi, seulement 49 MG (19 %) ont manifesté le désir de pouvoir participer à une formation sur le dépistage.

3.2.2 - Opinions des médecins généralistes sur le dépistage du cancer colorectal

3.2.2.1 - Facteurs d'adhésion et de non-adhésion des médecins généralistes au DOCCR

Nous avons exploré les motivations des MG à proposer le DOCCR. 99 % des MG considéraient que le DOCCR était une des missions de la médecine générale. Seuls 2 médecins indiquaient que cela n'était pas de leur ressort. Concernant la responsabilité, ils étaient 73 (28 %) à penser que leur responsabilité pourrait être engagée en cas de retard au diagnostic (*tableau VII*). 11 MG (4 %) ont aussi évoqué le fait que le dépistage

soit un acte de prévention essentiel.

47 % (soit 77 MG) de ceux qui ne se sentiraient pas responsables vérifient régulièrement le DOCCR chez leurs patients contre 40 MG (24 %) de ceux qui se sentiraient responsables.

Sur les raisons qui les empêchaient de pratiquer le DOCCR de façon systématique, près d'un tiers d'entre eux (29 %) considéraient qu'ils leur manquait du temps pour expliquer aux patients l'intérêt de réaliser ce dépistage et le mode d'emploi du test. 25 % ont évoqué la difficulté à convaincre certains patients. Pour plus de 170 MG ($\geq 66\%$), aucune autre raison proposée ne justifiait la non réalisation systématique du DOCCR. En revanche, ils étaient 13 médecins (5 %) à évoquer l'oubli d'aborder le sujet sur le DOCCR parmi les multiples motifs de consultation de leurs patients.

Tableau VII : Facteurs d'adhésion et de non-adhésion des médecins généralistes au dépistage organisé du cancer colorectal.

Pourquoi participez-vous au DOCCR ?	Oui %	Non %	NsP %	PdR %
C'est une des missions de la médecine générale	99	1	0	0
Ma responsabilité pourrait être engagée en cas de cancer chez un patient qui n'en aurait pas bénéficié	28	46	24	2
Qu'est ce qui vous empêche de pratiquer de façon systématique le DOCCR ?				
Manque de temps	29	66	1	4
Rémunération insuffisante	10	84	2	4
Absence de formation sur le dépistage des cancers	1	92	2	5
Difficulté à convaincre les patients	25	74	0	1
Je me sens exclu du processus	1	93	2	4
Qu'est ce qui pourrait améliorer la participation des médecins au DOCCR ?				
Une incitation financière pour chaque patient dépisté	44	40	13	3
Une formation sur le dépistage des cancers	31	56	10	3
Des campagnes de prévention m'impliquant davantage	33	52	12	3
Une plus forte demande des patients	67	23	7	3

Nsp : Ne sait pas. PdR: pas de réponse.

Quant à la question sur les facteurs qui pourraient améliorer la participation des MG au DOCCR (*Tableau VII*), la majorité des MG (174) (67 %) a affirmé qu'une plus forte demande des patients

Résultats

pourrait améliorer la participation des MG au DOCCR et 44 % (114) des MG ont plutôt évoqué l'incitation financière pour chaque patient dépisté. Près d'un tiers des MG (31 %) pensaient que le fait de les impliquer davantage dans les campagnes de prévention et la formation sur le dépistage des cancers pourraient améliorer leur participation au DOCCR. 8 répondants (3 %) ont ajouté que le bon retour d'information aux médecins par la structure de gestion et la mise à leur disposition des listings de leurs patients concernés par ce dépistage pourraient améliorer la participation des MG au DOCCR.

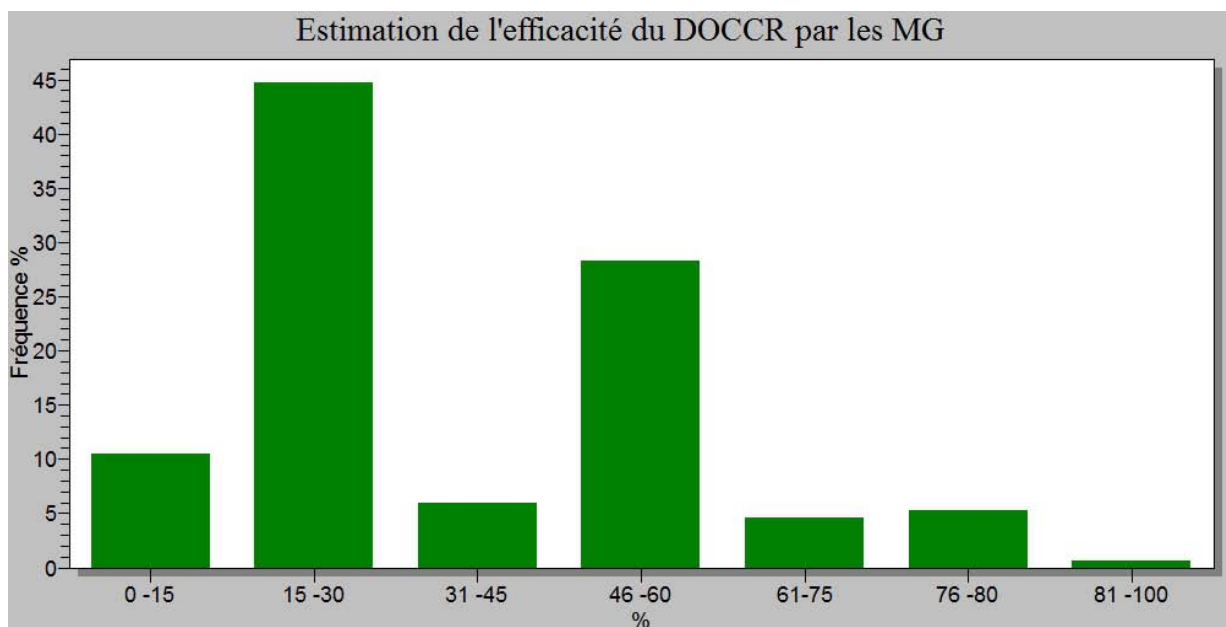
3.2.2.2 - Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans le DOCCR

192 MG (74 %) ont avoué ne pas rencontrer de difficultés particulières liées au DOCCR. 65 autres (25 %) rencontraient quelques difficultés, notamment la difficulté à convaincre certains patients en cas de refus d'effectuer le test du dépistage ou la coloscopie. 12 répondants (5 %) ont évoqué la peur du diagnostic qu'ont les patients.

3.2.2.3 - La perception de l'efficacité du dépistage organisé du cancer colorectal

Une large majorité (89 %) des MG a déclaré être convaincus de l'efficacité du DOCCR en terme de réduction de la mortalité. Seuls 8 MG (3 %) n'en étaient pas convaincu et 19 (7 %) ne savaient pas si le DOCCR était efficace ou pas.

Figure 1 : Estimation de l'efficacité du dépistage organisé du cancer colorectal par les médecins généralistes en Côte d'Or en 2012



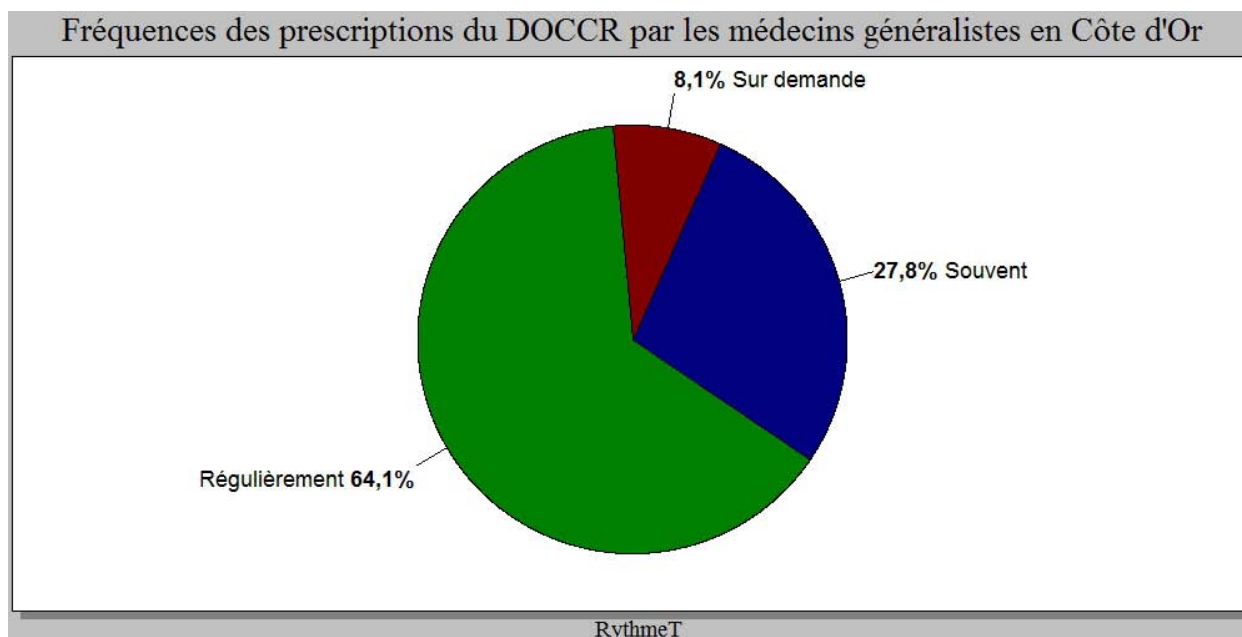
Sur les 230 MG convaincus de l'efficacité du DOCCR, ils étaient 156 (68 %) à donner une estimation de cette efficacité en terme de pourcentage (Figure I). 69 MG (44 %) ont donné une estimation proche de l'efficacité réelle du dépistage soit 15 % à 30 % et pour

les 69 autres elle est largement supérieure à 30 %. Seuls 18 MG (12 %) l'ont estimée à moins de 15 %. L'analyse spécifique de cette perception a montré qu'elle est perçue de la même façon par les deux sexes dans les deux zones géographiques A et B.

3.2.3 - Pratiques déclarées des MG sur le dépistage organisé

La vérification systématique par les médecins généralistes en consultation de la réalisation du dépistage du cancer colorectal par leur patientèle concernée est un élément majeur pour appréhender l'inscription de ce dépistage dans leur pratique quotidienne. Si 166 MG (64 %) ont déclaré proposer régulièrement le DOCCR en consultation, près de 1/3 (27,8 %) le proposaient souvent et 21 MG (8 %) uniquement sur demande des patients (*Figure II*). Parmi les MG qui proposaient régulièrement le DOCCR, la majorité (61 %) le faisait systématiquement tous les 2 ans chez leurs patients éligibles et 5 MG (3 %) le faisaient une fois par an. Mais l'analyse de cette pratique systématique du DOCCR n'a pas montrée de différence significative entre les hommes (41 %) et les femmes (44 %) ni entre la zone A (47 %) et la zone B (42 %) ($p > 0,05$).

Figure II : Fréquence des prescriptions du DOCCR par les médecins généralistes en Côte d'Or en 2012



Quant à savoir si l'implication des MG est la même dans le DOCCR que dans le dépistage organisé du cancer du sein (DOS), la majeure partie des MG (81 %) se sentaient impliqués de la même façon dans les 2 programmes de dépistage organisé.

En revanche, 16 % des MG étaient plus impliqués dans le DOCCR que dans le DOS et la raison la plus évoquée dans 52 % de cas est que le fait qu'ils soient les seuls à pouvoir distribuer le test de dépistage du CCR augmentait leur implication dans ce programme

contrairement au DOS où leur rôle est partagé avec les gynécologues.

3.2.4 - Les réunions d'information organisées par l'ADECA 21-58

Parmi les 259 répondants, 157 MG (61 %) ont déclaré avoir participé à la dernière réunion d'information organisée par l' ADECA soit 2011 ou en 2012. 146 (93 %) d'entre eux se disaient satisfaits de ces réunions et 15 (4 %) non satisfaits (*Tableau VIII*). 5 MG (3 %) ayant participé à la dernière réunion n'ont pas répondu à cette question. La raison la plus évoquée par les non-participants aux réunions reste le manque de temps dans 15 % de cas (39 MG). Pour 7 MG (4,5 %), les informations reçues lors de ces réunions étaient beaucoup plus générales, ils seraient plutôt intéressés par les résultats individuels, par rapport au département et à la région. 6 médecins (4 %) estimaient que ces réunions étaient sans intérêt car ils étaient suffisamment informés.

Tableau VIII : Réunions d'information ADECA 21-58

	Oui %	Non %	NsP %	PdR %
Avez-vous assisté à la dernière réunion d'information organisée par ADECA en 2011 ou 2012 ?	61	39	-	0
Si oui, êtes-vous satisfait ?	93	4	-	3
Avez-vous déjà assisté auparavant à une des réunions d'information organisées par l'ADECA ?	72	24	-	4

Nsp : Ne sait pas. PdR : pas de réponse. - : question non posée

Quant aux réunions antérieures, 188 (72 %) répondants avaient déjà assisté à au moins une des réunions d'information et 16 % (31) d'entre eux ont affirmé avoir participé à toutes les réunions organisées par l'ADECA depuis le début du DOCCR.

89 MG (69 %) de la zone A avaient déjà assisté à au moins une réunion antérieure contre 99 (76 %) en zone B. 14 MG (23 %) sur les 61 n'ayant assisté à aucune réunion ont évoqué comme raison le manque de temps.

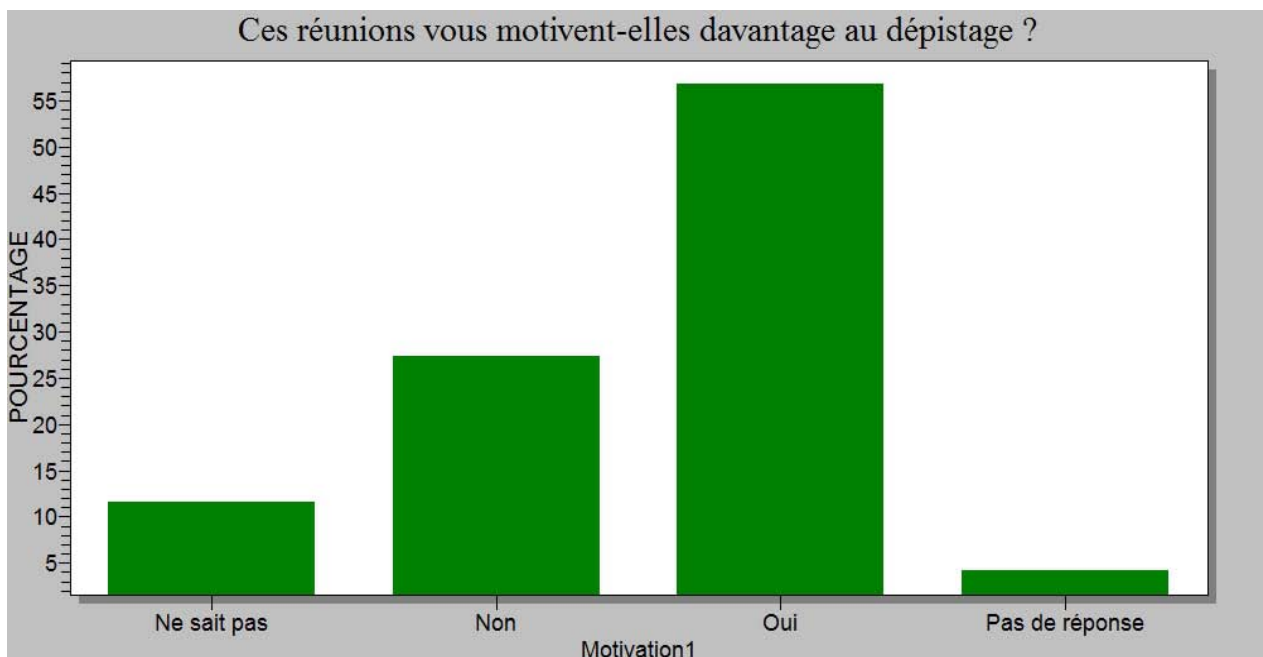
Quant à la participation à la dernière réunion en fonction de la zone géographique, elle est plus forte en zone A (71 %) qu'en zone B (50 %) et la différence est significative ($p=0,0002$) (*Tableau IX*).

Nous avons aussi cherché à savoir si ces réunions constituaient un facteur de motivation au DOCCR (*Figure III*). Ces réunions étaient une motivation pour 147 MG (57 %). 71 (27 %) estimaient ne pas être motivé par celles-ci.

Tableau IX : Participation à la dernière réunion par zone géographique

	Dernière réunion	
	Participation	Non participation
Zone A	92 (71 %)	37 (29%)
Zone B	65 (50 %)	65 (50 %)

Figure III : Réunions des médecins et motivation au dépistage

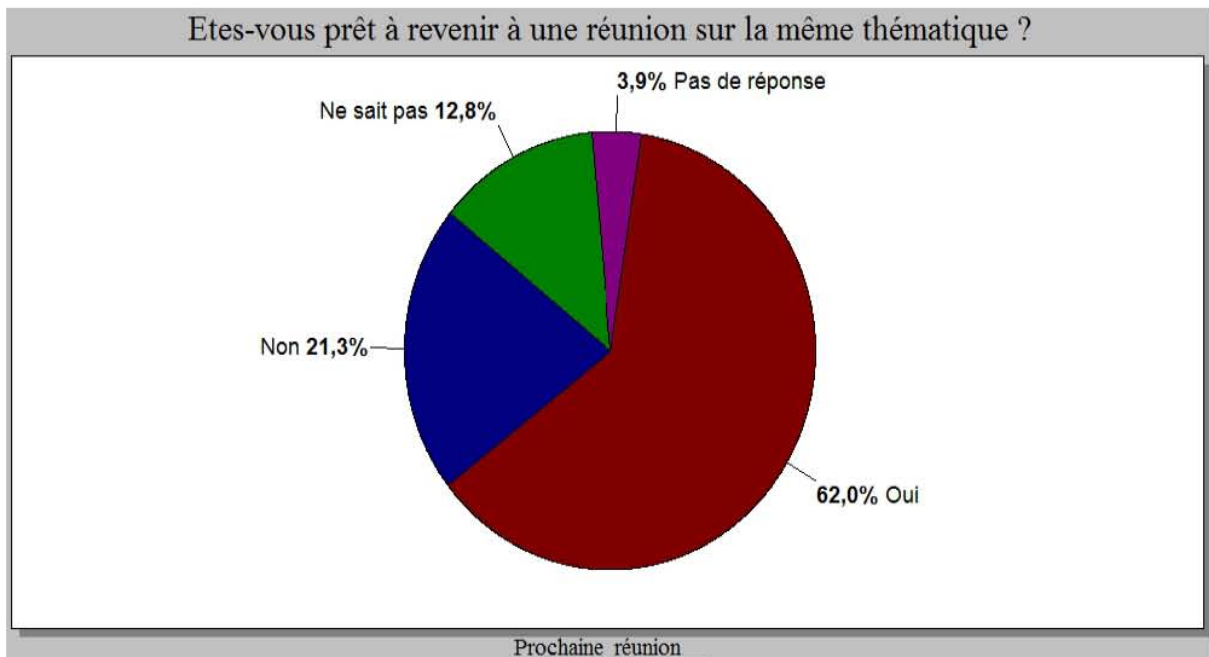


Quant à savoir si les MG participeraient aux prochaines réunions d'information, la majorité des MG, soit 160 (62 %) comptaient revenir, 55 (21 %) ne reviendraient pas et 33 (13 %) restaient hésitants (*Figure IV*). 21 MG (30 %) pour qui les réunions ne constituaient pas un facteur de motivation comptaient pourtant revenir à la prochaine réunion.

Sur les raisons de leur non participation aux prochaines réunions, 23 répondants (42 %) ont évoqué le temps et 17 (31 %) estimaient que ces réunions étaient sans intérêt car ils étaient suffisamment motivés. Un médecin comptait revenir au cas où il y aurait une incitation sur des nouvelles méthodes du DOCCR, un autre pensait que l'information individuelle répondait plus aux attentes des médecins et pour un troisième, ces réunions d'information devraient être remplacées par une formation sur le dépistage ou des visites par un délégué médical.

Résultats

Figure IV : Déclaration des médecins quant à la participation à une prochaine réunion



4 - Discussion et recommandations

4.1 - Conduite de la mission

Mon stage a commencé le 10 janvier 2012, juste un mois avant la date prévue de la première réunion des médecins. Ayant travaillé à l'ADECA 21-58 les 3 mois précédant mon stage, je n'ai pas eu de difficultés à m'intégrer. La collaboration avec les autres membres de l'équipe projet notamment la secrétaire chargée des réunions et le médecin coordinateur, mais aussi avec toute l'équipe ADECA a été primordiale.

L'organisation, la mise en place des réunions et l'envoi du questionnaire se sont déroulés comme prévu, mais le retour des médecins et l'analyse des résultats ont pris plus de temps que prévu au niveau du planning. J'étais contrainte de finaliser la rédaction des résultats après la fin de la période de stage et reporter la soutenance du mémoire.

4.2 - Mobilisation des médecins généralistes

◆Organisation des réunions

Ayant commencé mon stage un mois avant la date de la première réunion, ma mission a commencé par l'envoi des invitations aux MG et la relance téléphonique de ceux qui n'avaient pas répondu spontanément par le retour du coupon-réponse prévu. Cette relance constituait en même temps un rappel et une motivation qui permettrait une meilleure participation des MG. Elle nous a pris beaucoup de temps car ils étaient 97 MG à ne pas avoir répondu spontanément sur les 270 invités et la moyenne des appels était de 2 par médecins. Malgré tout, peu des MG ont accepté de participer aux réunions. Une large majorité n'avaient pas le temps et d'autres désiraient savoir s'il y avait une nouveauté dans le DOCCR auquel cas ils reviendraient à cette cinquième réunion sur ce thème. Par contre ces appels nous ont permis de mettre à jour nos fichiers car 8 médecins parmi ceux invités n'étaient plus en activité et 6 exerçaient hors département. Notre cible a donc été revue à 256 MG.

Quant au lieu choisi pour les réunions, nous nous sommes rendu compte lors de la première réunion que des travaux de construction d'une voie de tram étaient en cours d'exécution aux alentours du restaurant choisi, ce qui a rendu l'accès très difficile. Ainsi pour les 3 réunions suivantes, nous avons modifié le plan d'accès sur le courrier de confirmation adressé aux médecins en tenant compte de ces travaux.

◆Résultats quantitatifs

Plusieurs raisons pourraient expliquer la faible participation (25 %) des MG à ces réunions. Pour la cinquième fois consécutive depuis la mise en place du DOCCR, les MG devaient participer à une réunion portant sur le même thème. L'absence de nouveauté sur

Discussion

ce dispositif rend peut être ces réunions moins attractives. Cela devient sans doute moins intéressant à la longue et baisse la motivation. Pour certains MG que nous avons contacté au téléphone, l'organisation ne leur convenait pas car les réunions avaient lieu tard dans la soirée (20h15), en plein hiver, une saison qui a été cette année particulièrement rigoureuse. D'autres ont évoqué le fait que ces réunions étaient organisées en plein hiver pendant qu'ils devaient gérer l'afflux des malades lié à la présence d'autres épidémies et donc des consultations se terminant trop tard. Les horaires des réunions paraissent trop précoces pour les uns et trop tardifs pour les autres.

Cette participation aux réunions est tout de même comparable à celle de l'année 2010 dans la même zone (B) qui était de 26 % et reste donc stable depuis plusieurs années. Elle est pourtant inférieure à celle de la zone A lors des dernières réunions 2011 (36 %).

Ces résultats nous amènent à nous poser alors la question de savoir « quel est le bon moment pour mobiliser ces professionnels déjà débordés par leur travail ? » Il est peut-être nécessaire d'opter pour une stratégie qui permettrait à chacun d'avoir l'information, comme par exemple la délégation d'un visiteur médical aux cabinets des médecins.

◆Déroutement des réunions

Ces réunions concernaient essentiellement le démarrage de la cinquième campagne de dépistage pour cette zone. Étant donné que l'ADECA gère aussi le DOS, une communication sur ce dépistage a été faite par le médecin coordinateur qui a animé ces réunions. Les données sur le DOS se trouvent en annexe. [Annexe V : Compte rendu des réunions 2012.](#)

Ces réunions sont organisées par petits groupes afin que les médecins puissent avoir un rôle actif, c'est à dire poser des questions ou donner leur avis. C'est le moyen pour qu'ils comprennent le problème que pose le dépistage et qu'ils puissent ensuite s'impliquer activement.

Nous avons participé à toutes les réunions, et nous avons aussi échangé avec certains médecins pour recueillir leurs avis sur le dépistage et sur notre projet de stage.

L'intérêt du DOCCR a été présenté avec toutes ses modalités, les résultats des campagnes antérieures, notre projet de stage aussi. Le rôle du MG a été rappelé et le médecin coordinateur a réitéré son message sur la vérification systématique du dépistage chez toutes les personnes éligibles même en l'absence de bon de prise en charge. En effet, certains médecins s'abstiennent de remettre le test aux patients en l'absence du courrier d'invitation qui leur est envoyé par la structure de gestion. Les fichiers de l'assurance maladie dont se sert la structure de gestion ne sont pas forcément à jour pour certaines raisons et attendre l'invitation pour remettre le test pourrait être préjudiciable pour certains patients.

Discussion

Il ressort des différentes discussions ce qui suit:

- Les MG souhaiteraient la mise à leur disposition des listes de leurs patients éligibles au dépistage, ce qui les aiderait à vérifier systématiquement cette pratique.
- En Côte d'Or, l'adhésion des MG au DOCCR est satisfaisante en général. On y retrouve pas de refus catégorique de médecins, mais certains médecins prescrivent le test sur demande des patients uniquement, ce qui témoigne d'une faible adhésion.
- Certains médecins ont proposé l'envoi électronique des résultats du dépistage à l'aide du logiciel Apicrypt pour les MG étant informatisés;
- Il nous a été suggéré d'envoyer notre questionnaire par voie électronique pour obtenir une bonne participation à l'enquête. Ceci suppose qu'il faudrait avoir la mailing liste des MG ou disposer d'un site Web où le questionnaire pourrait être rempli directement.

4.3 - Recueil des facteurs d'adhésion

4.3.1 - Élaboration du questionnaire

Les documents de références que nous avons utilisés nous ont permis d'obtenir un questionnaire satisfaisant au niveau du fond et de la forme. Il a été discuté et validé avec le médecin coordinateur. Nous n'avions pas eu le temps de faire un pré-test vu le délai imparti pour notre stage.

Ce questionnaire était essentiellement constitué de questions fermées facilitant l'analyse et de quelques questions ouvertes nécessaires pour certains thèmes, permettant de recueillir plus précisément l'opinion des MG. [Annexe X : Questionnaire d'enquête.](#)

4.3.2 - Déroulement de l'enquête

En deux jours, nous avons envoyé par la voie postale le questionnaire d'enquête et un courrier d'information qui l'accompagnait. Nous n'avions pas la possibilité de passer une enquête par le biais d'internet comme nous l'ont suggéré certains MG, car nous ne disposons pas des adresses électroniques des MG en dehors de ceux qui ont rempli cette rubrique de la feuille d'émargement lors de nos réunions. L'ADECA ne dispose pas d'un site internet qui permettrait de répondre à l'enquête automatiquement par un formulaire *Google Documents* ® par exemple.

Les résultats de cette enquête doivent être nuancés car il s'agit de déclarations et non de pratiques observées, et il peut y exister une différence entre ce qui est dit et ce qui est réellement fait, ce qui pourraient entraîner un risque de biais de déclarations. Cette étude étant une enquête par questionnaire, il est vraisemblable que les MG les moins impliqués dans le DOCCR aient moins répondu. En effet, la comparaison de répondants à l'enquête et des non-répondants montre que ces 2 groupes sont comparables par rapport au sexe et à la zone géographique, mais diffèrent significativement en fonction du nombre des

Discussion

tests prescrits durant la dernière campagne. Les MG ayant répondu sont ceux qui ont distribué les plus des tests de dépistage et nous supposons qu'ils sont les plus impliqués dans le DOCCR. La comparaison en fonction de l'âge n'a pas été faite car nous ne disposons pas des données sur l'âge des non-répondants.

Concernant les réunions, il existe un risque de biais cognitif car certains MG ont dû mésestimer leur fréquence de participation aux réunions de l'ADECA. Ces réunions sont organisées depuis 10 ans et certains ne se souviennent pas exactement du nombre des réunions auxquelles ils ont participé ni de l'année.

Cette enquête nous a permis de recueillir des éléments qui pourraient améliorer l'adhésion des MG de la Côte d'Or au DOCCR, d'obtenir leurs opinions sur les réunions qui sont organisées depuis 10 ans. Elle est originale du fait qu'elle nous permet d'avoir du recul sur les actions de dépistage ou de communication menées auprès des MG dans le département.

4.3.3 - Traitement des données

Nos données ont été saisies grâce au logiciel Excel 2003. A l'aide du logiciel Epi info 3.5.3, nous avons fait nous même les analyses descriptives de nos données et nous avons essayé de mettre en évidence certaines différences existant entre différentes variables. Cependant, cette phase de traitement de données a été beaucoup plus longue que prévue du fait que nous avons sous estimé le temps dédié à l'analyse de l'ensemble des variables et la sélection des résultats les plus importants dont les principaux sont présentés dans ce rapport.

4.3.4 - Caractéristiques des médecins généralistes

La population ayant répondu semble représentative des médecins généralistes de la Côte d'Or en terme de démographie. En 2009, les MG se répartissaient ainsi (40): 66 % d'hommes, 34 % des femmes, âge moyen global 51 ans.

La répartition des répondants par âge et par sexe n'est pas différente dans les 2 zones.

La majorité des répondants se sentaient suffisamment informés sur le DOCCR. 77 % d'entre eux avaient déjà suivi une formation sur le dépistage. Sur les 56 MG jamais formés, seuls 17 MG (30 %) acceptent de suivre une formation contre 39 qui ne souhaitent pas le faire. Les MG jamais formés pourraient correspondre aux jeunes MG et à ceux qui se sont nouvellement installés dans le département.

La qualité de la formation préalable des médecins généralistes est le déterminant principal de la participation de la population. Il est peut-être nécessaire d'organiser une formation pour les MG qui en ont besoin car la formation est susceptible de modifier les

Discussion

connaissances, les perceptions et les pratiques. Par contre d'autres mesures devraient être prises pour les 39 MG jamais formés et ne désirant pas suivre une formation telle la visite d'un délégué médical.

4.3.5 - Opinions des médecins généralistes sur le dépistage

4.3.5.1 - Facteurs d'adhésion et de non adhésion des médecins généralistes au DOCCR

Une large majorité des MG considérait que le DOCCR était une des missions de la médecine générale. Seulement 28 % pensaient que leur responsabilité pourrait être engagée en cas de retard de diagnostic. Pour ainsi indiquer que leur responsabilité n'était aucunement engagée, certains ont ajouté que les patients avaient le libre choix de participer ou pas au dépistage. Mais, cette différence de perception de la responsabilité n'a certainement pas d'effet sur les taux de prescriptions du DOCCR, car 47 % des MG (77 MG) de ceux qui ne se sentiraient pas responsables déclarent vérifier régulièrement le DOCCR chez leurs patients contre 40 MG (24 %) de ceux qui se sentiraient responsables. Encore une fois, il s'agit là des déclarations et non des pratiques observées.

Un bon nombre des MG (29 %) considérait qu'ils manquaient de temps de pratiquer le DOCCR de façon systématique. Et pour la majorité, le manque de temps, la rémunération insuffisante, l'absence de formation sur le dépistage, la difficulté à convaincre les patients et le fait d'être exclus du processus n'étaient pas des raisons suffisantes pour les dissuader de pratiquer le DOCCR.

Le facteur temps pour les MG est un paramètre très important. Ce facteur est souvent évoqué dans la pratique du dépistage, mais aussi dans la participation aux réunions. Avec une densité médicale de près de 88 pour 100 000 habitants (40), les MG sont submergés par leur travail et le DOCCR est un acte de prévention parmi tant d'autres que les MG doivent intégrer dans leur pratique quotidienne. C'est ainsi que 13 MG (5 %) ont déclaré pouvoir oublier de parler du dépistage parmi les nombreux motifs de consultation de leurs patients.

L'étude faite en Saône-et-Loire (44) a montré que pendant la phase de distribution du test, le temps d'information des consultants décalait le programme de travail des médecins de plus d'une heure. Le temps nécessaire à l'information du consultant a été estimé à 10 minutes (soit environ 1/2 consultation). La solution qui a été adoptée et appliquée sur l'ensemble du pays ce jour est de proposer une rémunération forfaitaire en fonction du nombre de tests lus par les centres de lecture pour chaque médecin.

Quant à la question sur les facteurs qui pourraient améliorer leur participation au DOCCR, les réponses des MG sont très claires. La majorité (67 %) a évoqué une forte demande de

Discussion

la part des patients, 44 % ont évoqué une incitation financière pour chaque patient dépisté et environ 30 % sont pour la formation et leur implication dans les campagnes de dépistage. Deux éléments ont été ajoutés par 3 % des MG à savoir : le bon retour d'information aux MG et la mise à disposition des listings des patients éligibles qui pourrait faciliter la tâche aux médecins. Cette dernière proposition figure aussi parmi celles qui ont été faites par les MG lors des réunions cette année. Tous ces éléments feront l'objet des recommandations dans la suite de ce travail.

A propos de la rémunération des MG, nous rappelons que ces derniers bénéficient déjà d'une rémunération forfaitaire calculée sur le nombre de tests lus par le Centre de Lecture et prescrits par le médecin. Cette rémunération est calculée sur une période d'un an à compter de la date de l'engagement du MG. Elle va de 60 euros pour 10 à 20 tests, à 1030 euros pour 100 à 200 tests. Elle est versée à terme échu par la caisse d'assurance maladie référente. Certains MG pensent que ceci est injuste car bien que certains patients ne vont pas réaliser le test qui leur est remis par le MG, ce dernier aura quand même fait son travail d'information. Ainsi, le chiffre de 114 MG, soit 44 % de notre population d'étude qui réclament cette rémunération en fonction du nombre des patients dépistés n'est pas négligeable d'autant plus qu'ils sont représentatifs de la population des MG du département. Mais il faut noter que les déclarations des MG sont contradictoires à ce sujet car pour rappel, seulement 10 % des répondants avaient déclaré que la rémunération insuffisante était un obstacle à la pratique systématique du DOCCR, pourtant ils sont 44 % à réclamer une rémunération suffisante pour chaque patient dépisté.

Étant donnée que cette rémunération relève de la caisse d'assurance maladie et non de la structure de gestion, nous ne proposerons pas de recommandations à ce sujet, mais nous pensons qu'elle pourrait avoir une influence sur l'adhésion des MG au dispositif.

4.3.5.2 - Difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Seuls 25 % des MG rencontraient des difficultés notamment celle de convaincre certains patients qui refusent de réaliser le test Hémocult ou la coloscopie en cas de positivité du test. Ce chiffre correspond exactement au nombre des MG ayant cité la difficulté à convaincre les patients comme obstacle au DOCCR (25 %).

Il appartient au médecin d'expliquer à ces patients l'intérêt de réaliser ces examens et les conséquences éventuelles au cas où ils ne le feraient pas. Le refus des patients est souvent lié au gêne causé par la manipulation des selles, mais l'usage du nouveau test plus facile d'utilisation pourrait les amener à changer leur comportement.

Discussion

4.3.5.3 - La perception de l'efficacité du dépistage

La majorité (89 %) des MG sont convaincus de l'efficacité du DOCCR. Cette efficacité est perçue de la même façon par les 2 sexes et dans les 2 zones (A et B). Il reste donc à convaincre 11 % des MG à ce sujet. Mais seules 44 % ont donné une estimation juste de cette efficacité, 56 % l'ont soit sous estimée ou surestimée. En effet, l'efficacité du DOCCR est une certitude (5, 17, 44). Il permet de réduire la mortalité liée au CCR de 15 à 20 % dans la population cible avec une participation de 50 % et d'environ 30 % chez les seuls participants au dépistage. Et même dans les conditions idéales (100 % de participation), la réduction de la mortalité ne serait que de 40 %. Pourtant 44 % des MG pensent qu'elle est largement supérieure à 30 %. Cela nous amène à nous demander si les 88 % des MG qui déclarent être suffisamment informés possèdent les bonnes informations sur le DOCCR.

4.3.6 - Pratiques déclarées des MG sur le dépistage organisé

Sur les 166 MG qui disent proposer régulièrement le DOCCR en consultation, 61 % (101 MG) d'entre eux le font de façon systématique. Ce chiffre rapporté sur le total de répondants représente 39 % de MG proposant systématiquement le DOCCR. 21 MG (8 %) ne le font que sur demande des patients.

Tableau X : Évolution des opinions des médecins généralistes sur le dépistage du CCR

	Étude EDIFICE (45) (N=600 MG)		Étude barométrique (41) (N=600 MG)	Enquête ADECA 21-58 (46) (N=259 MG)
	Recommandation systématique aux patients éligibles		Vérification systématique des patients qui ont fait le DOCCR dans les 2 ans	Proposition systématique du dépistage par test Hémocult aux patients éligibles ²
	2005	2008	2010	2012
Dépistage du cancer colorectal	18,00%	30,00%	34,00%	39,00%

² Il existe une différence entre les trois questions, celle d'Edifice se faisant plutôt le reflet de la conviction du médecin « recommandez-vous ? » peut s'entendre « recommanderiez-vous ? », celle de l'étude barométrique se veut plus proche de la pratique « vérifiez-vous ? » peut s'entendre « vérifiez-vous en pratique, au-delà de votre conviction ? », et celle de notre enquête se veut aussi plus proche de la pratique « proposez-vous ? » peut s'entendre « après avoir vérifié, proposez-vous ? »

Discussion

Cette pratique peut s'expliquer par différentes causes. Les facteurs étudiés dans la littérature sur cette pratique sont le type de cabinet (individuel ou de groupe), le nombre moyen de consultations par jours, les consultations sur rendez-vous obligatoire ou pas et la présence ou non d'une secrétaire (41). Nous n'avons pas posé des questions sur ces facteurs dans cette étude, ce qui nous prive d'informations intéressantes. Mais l'analyse de cette pratique systématique du DOCCR n'a pas montré de différence significative entre les hommes et les femmes ni entre la zone A et la zone B.

L'enquête barométrique 2010 sur les MG et le dépistage des cancers (41) a montré que plus les médecins avaient une patientèle importante, plus ils s'inscrivent dans cette démarche de dépistage; et ce, quel que soit le type de dépistage et inversement, ceux qui avaient une faible patientèle étaient moins représentés dans le groupe vérifiant systématiquement les dépistages.

Dans cette même enquête barométrique, le pourcentage des MG qui vérifiaient systématiquement le DOCCR était de 34 % contre 39 % dans notre étude (*tableau VII*).

Quant à l'implication des MG dans les dépistages (DOCCR et DOS), 81 % des MG se sentaient impliqués de la même façon dans le dépistage du CCR comme dans le dépistage du cancer du sein. 16 % se sentaient plus impliqués dans le DOCCR que dans le DOS. Ce dernier chiffre correspond aux MG qui se sentent dépossédés de leur rôle par les gynécologues qui prescrivent aussi le DOS. Et souvent, ils ne sont pas informés des résultats de la mammographie, surtout lorsque la patiente n'a pas déclaré le nom de son MG au cabinet de radiologie. Dans le DOCCR, les MG sont les seuls à gérer ce dépistage, sauf en cas de positivité où interviennent aussi les gastroentérologues.

4.3.7 - Les réunions d'information organisées par l'ADECA 21-58
43 MG (67 %) ayant assisté à nos réunions cette année ont répondu à l'enquête. 157 répondants (61 %) avaient déclaré avoir participé à la dernière réunion en 2011 ou 2012. Pourtant selon les données de l'ADECA , la participation aux réunions de ces deux dernières années est de 145 médecins. Il y a donc là un biais cognitif de la part des médecins qui ne se rappellent pas du nombre et de la date des réunions auxquelles ils ont pris part.

La majorité des MG avait assisté à au moins une réunion de l'ADECA et se dit satisfait de ces réunions. 57 % des MG sont motivés par ces réunions et 62 % comptaient revenir. Mais vu le taux de participation aux réunions ces dernières années à savoir 26 % en 2010 en zone B et 25 % en 2012, 36 % en 2010 en zone A, et sachant que nous sommes dans un processus d'amélioration de la qualité du dispositif, nous prendrons en compte dans ce travail tous les avis des MG. Ainsi les remarques les plus citées par les MG non satisfaits ou qui ne comptaient pas revenir sont les suivantes:

Discussion

- Les informations sont beaucoup plus générales et le thème n'a pas changé. Les médecins ajoutent qu'ils aimeraient plutôt se situer par rapport à eux mêmes, aux autres départements, à la région et à la France entière. Ils veulent savoir combien de cancers ont été dépistés grâce à leur implication, combien de vies sauvées et qu'est ce qui leur reste à faire.
- Ces réunions d'informations sont sans intérêts car pour certains ils sont suffisamment motivés et pour d'autres elles devraient être remplacées par des sessions de formations ou des visites par un délégué médical.
- Le temps: ces réunions leur demandent du temps dont ils ne disposent pas et ils suggèrent plutôt la visite d'un délégué médical.

Cette dernière suggestion figure dans les actions de communication de l'ADECA. En effet, pendant les mois d'avril et de mai 2012, un délégué médical a visité les 192 MG n'ayant pas assisté aux réunions cette année.

4.3.8 - Conclusion et recommandations

La mission de mon stage contenait deux volets qui ont porté sur la réalisation des activités pour tenter de répondre à la problématique : « comment améliorer l'adhésion des médecins généralistes au dépistage organisé du cancer colorectal en Côte d'Or ».

Cette mission nous a permis de mobiliser, former et informer 64 MG, d'appréhender globalement les opinions des médecins généralistes sur le dépistage organisé du cancer colorectal et sur les réunions d'information et enfin de proposer des pistes d'amélioration.

Plusieurs tendances se dégagent de cette mission à la fois en terme d'implication des MG au DOCCR, d'opinions et de pratiques sur ce dépistage et en terme de participation aux réunions.

Si les MG se déclarent être convaincus de l'efficacité du DOCCR dans 89 % et ne rencontrent aucune difficulté dans 75 %, cette tendance est inversée quand il s'agit de la vérification systématique car seuls 39 % des MG le font. Ainsi la cible à convaincre peut être évaluée à environ 61 % de la population des MG de la Côte d'Or.

Ils sont majoritaires à penser qu'une plus forte demande des patients et une incitation financière pour chaque patient dépisté pourraient améliorer leur adhésion au DOCCR. Près d'un tiers des MG pensent aussi que le fait de les impliquer davantage dans les campagnes de prévention et la formation sur le dépistage sont des facteurs d'amélioration de cette adhésion.

La participation aux réunions d'information reste largement inférieure à 50 % depuis 4 ans et la question de la disponibilité et du temps mobilisable pour le DOCCR et les

Discussion

réunions se pose de façon récurrente.

Grâce aux résultats des réunions mises en place, à l'analyse des données de l'enquête et aux observations personnelles durant la période de stage, nous sommes arrivés au but de cette mission, c'est à dire rédiger quelques recommandations qui permettront d'améliorer le dispositif.

◆Recommandations

Constats 1 : L'ADECA 21-58 ne dispose pas d'un site internet. Celui-ci est demandé par les médecins. La population comme les médecins se sentent dans l'obligation d'appeler la structure de gestion pour obtenir la moindre information. Ces appels fréquents créent sans doute un rapprochement avec la structure de gestion.

Propositions : Il serait intéressant de créer un site internet où les questions sur les informations générales les plus souvent posées par la population et les médecins peuvent trouver leurs réponses. A l'aide d'une rubrique professionnelle, les médecins pourront accéder aux résultats de leurs patients concernés ainsi qu'à une évaluation individuelle de la pratique du dépistage grâce à un code personnel d'accès. Les MG pourront donc avoir accès au nombre de tests prescrits et réalisés par leurs patients.

Pour leur permettre de se situer par rapport à leur département, aux autres départements et à la France entière, les résultats annuels du département tout comme les résultats détaillés de l'institut de veille sanitaire (Invs) sur la France entière peuvent être restitués aux MG de façon annuelle par mail et peuvent être consultés sur le site de la SG.

Constat 2 : Le problème du manque de temps matériel pour les MG les amènent à demander la mise à leur disposition des listes de leurs patients concernés par le dépistage afin d'éviter l'oubli et de vérifier systématiquement la pratique du dépistage.

Proposition : Les fichiers des patients dont dispose la SG lui sont fournis par l'assurance maladie et sont mis à jour grâce aux fiches d'exclusion renvoyées par les patients et les médecins. Pour rendre disponibles les listes des patients éligibles demandées par les MG, un travail doit être fait en collaboration avec l'assurance maladie afin d'obtenir le nom du médecin généraliste de chaque personne éligible. Nous pensons que cette mesure pourrait réellement augmenter l'adhésion des MG au dispositif.

Constats 3 : L'enquête montre que 39 MG jamais formés ne veulent pas suivre une formation et 49 MG au total ont manifesté le désir de suivre une formation.

Près d'un tiers de MG pensaient que la formation sur le dépistage pourrait améliorer l'adhésion des MG au DOCCR.

Discussion

Propositions : Il serait intéressant d'organiser une formation pour les MG ayant manifesté le désir, les jeunes médecins et ceux nouvellement installés dans le département afin d'améliorer l'information et la formation qu'ils ont sur le dépistage, ceci par des séances de formations médicales continues (FMC) sur la pertinence de ce DOCCR, sa politique et ses modalités. Ces séances pourront être animées par différents intervenants tel un médecin issu d'un organisme de formation médicale continue, un médecin généraliste très intéressé par le sujet, un gastroentérologue et le médecin coordinateur. Pour inciter les MG à participer, une indemnisation équivalente à un certain nombre de consultations peut être préconisée lorsque les réunions sont organisées aux heures de service.

Des actions de même type peuvent être menées avec les internes qui se destinent à la médecine générale.

Pour les MG ne désirant pas suivre une formation, nous pensons que la délégation d'un visiteur médical sur le thème serait le meilleur moyen de les aborder et les inciter à adhérer de façon active au dispositif.

Constat 4 : D'après les résultats de l'enquête, les MG pensent qu'une plus forte demande de la part des patients pourrait améliorer leur participation au DOCCR ainsi que des campagnes les impliquant davantage.

Propositions : Il est possible d'inclure les MG à tous les niveaux d'élaboration et de réalisation des campagnes de dépistage : conception, réalisation pratique, participation aux convocations et reconvoctions. Il faudrait conforter ces médecins qu'ils sont bien dans leur rôle lorsqu'ils participent aux campagnes nationales et départementales de DOCCR.

Il est aussi possible de renforcer les incitations des patients vis-à-vis de leur médecin traitant par des actions de sensibilisation telle que des campagnes médiatiques départementales.

Constats 5 : La majorité des MG ayant participé aux réunions d'information en sont satisfaits, 62 % comptent revenir et 57 % sont motivés par ces dernières. Mais la participation des MG à ces réunions est toujours faible. Certaines MG ont proposé de les remplacer par des séances de formations ou de visites médicales.

Propositions : Vu la faible participation des MG aux réunions d'information, ces réunions d'information pourraient être remplacées par des visites médicales par un délégué chargé par la SG. Ces visites pourront être organisées en début de chaque campagne et au besoin après évaluation pour les MG qui n'auront pas prescrit suffisamment de tests.

L'amélioration des pratiques professionnelles via une évaluation formative concerne tous les professionnels de santé dans le cadre de l'obligation de FMC (Loi HPST n° 2009-879

Discussion

du 21 juillet 2009). Ce programme de FMC sera remplacé en 2013 par le développement professionnel continu (DPC). Il consiste en une obligation annuelle de participer à un programme répondant à une orientation nationale ou régionale. Nous proposons donc que l'ADECA 21-58 présente son besoin de formation des MG sur le dépistage des cancers à l'instance régionale (ARS) afin qu'il soit intégré dans le programme régional de DPC des médecins généralistes.

Index des tables

Tableau I : Survie à 5 ans du CCR en fonction du stade de développement au diagnostic	10
Tableau II : Niveaux de risque de CCR	11
Tableau III : Résultats des études de référence sur le dépistage organisé du cancer colorectal	12
Tableau IV : Avantages du test immunologique par rapport au test Hémocult II®	15
Tableau V : Comparaison des répondants et non-répondants à l'enquête	32
Tableau VI : Caractéristiques des médecins généralistes	33
Tableau VII : Facteurs d'adhésion et de non-adhésion des médecins généralistes au dépistage organisé du cancer colorectal.	34
Tableau VIII : Réunions d'information ADECA 21-58	37
Tableau IX : Participation à la dernière réunion par zone géographique	37
Tableau X : Évolution des opinions des médecins généralistes sur le dépistage du CCR	46

Index des illustrations

Figure I : Estimation de l'efficacité du dépistage organisé du cancer colorectal par les médecins généralistes en Côte d'Or en 2012	35
Figure II : Fréquence des prescriptions du DOCCR par les médecins généralistes en Côte d'Or en 2012	38
Figure III : Réunions des médecins et motivation au dépistage	38
Figure IV : Déclaration des médecins généralistes quant à la participation à une prochaine réunion	39

Bibliographie

- (1) Institut de veille sanitaire. (page consultée le 15/03/2012). Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique, [en ligne]. <http://www.invs.sante.fr>
- (2) Bourdeau A, Nourissat A , Chauvin F. Dépistage précoce et diagnostic des cancers: deux démarches pour un même objectif. La Revue du praticien. 2010 Fév;60(2):184.
- (3) Mandel JS, Bond JH, Church TR et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med. 1993;328:1365-71
- (4) Institut de veille sanitaire. (page consultée le 21/03/2012). Indicateurs d'évaluation, [en ligne]. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/>.
- (5) Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, Dasonville F, Bonithon-Kopp C. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004 Jun;126(7):1674-80.
- (6) Institut national du cancer.(page consultée le 02/04/2012). Plan Cancer 2009-2013.[en ligne]. <http://www.e-cancer.fr/>.
- (7) Institut de veille sanitaire.(page consultée le 20/03/12). Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal [en ligne]. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>.
- (8) Lambert R. Épidémiologie du cancer colorectal. Cancero digest. 2009 Févr 6 ;1(1).
- (9) Dancourt V, Faivre J. Épidémiologie et dépistage des cancers colorectaux. La Revue du praticien. 2004;54:135-42.
- (10) Bouvier AM. Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. Bull Epidemiol Hebd. 2009 janv; (2-3):14-16.
- (11) Le cancer.fr. (page consultée le 25/03/2012). Cancer colorectal : Épidémiologie, [en ligne]. <http://www.lecancer.fr/themes/le-cancer-ce-qu-il-faut-savoir/les->

différents-types-de-cancer/cancer-colorectal/item/342-cancer-colorectal-epidemiologie.html

(12) Vallata A. « Mars Bleu » temps fort pour promouvoir le dépistage organisé du cancer colorectal. Quelles actions pour quels résultats en Meurthe et Moselle ? (Mémoire de Master, Biologie et santé, Intervention et Promotion de la santé). Nancy: Université de Lorraine Faculté de Médecine; 2011.

(13) Institut national du cancer. Dépistage organisé du cancer colorectal : un moyen décisif pour lutter contre la 2ème cause de décès par cancer en France [en ligne]. Février 2008. [consulté le 15/12/10]. Disponible sur Internet : « <http://www.e-cancer.fr> »

(14) Institut National du Cancer. (page consulté le 26/03/2012). Nutrition et prévention des cancers : état des connaissances, [en ligne]. <http://www.e-cancer.fr/>.

(15) Institut national du cancer. (page consultée le 01/04/2012). Modalités du dépistage organisé du cancer colorectal, [en ligne]. <http://www.e.cancer.fr/depistage/cancer-colorectal/dossier-pour-les-professionnels/modalites-du-depistage>.

(16) Walsh JM, Terdiman JP. Dépistage du cancer colorectal : applications cliniques. JAMA. 2003 Avr;289(4):264-8.

(17) Kronborg O, Jorgensen OD, Fenger C, Rasmussen M. Randomized study of biennial screening with a faecal occult blood test : results after nine screening rounds. Scand J Gastroentero. 2004 Sep;39(9):846-51.

(18) Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, James PD, Mangham CM. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet. 1996;348:1472-77.

(19) Goulard H, Jezekwski-Serra D, Duport N, Salines E, Danzon A. Évaluation épidémiologique de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; décembre 2010. 12 p. Disponible sur internet: ww.invs.sante.fr

(20) Goulard H, Boussac-Zarebska M, Bloch J. Évaluation épidémiologique du programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal France, 2007. Bull Epidemiol Hebd. 2009 Janv 13;(2-3):22-25.

(21) Faivre J. Le dépistage organisé du cancer colorectal en Europe : état des lieux. Cancero digest. 2010;2(2):101-3.

(22) Hospices civils de Lyon/Institut de veille sanitaire/Institut national du cancer/Francim/Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. InVS. Avril 2010. 75 p.

(23) Launoy G, Smith TC, Duffy SW, Bouvier V. Colorectal cancer mass-screening: estimation of fecal occult blood test sensitivity, taking into account cancer mean sojourn time. *Int J Cancer*. 1997;73:220-24.

(24) Jouve JL, Remontet L, Dancourt V et al. Estimation of screening test (Hemoccult) sensitivity in colorectal cancer screening. *Br J Cancer*. 2001;84:1477-81.

(25) Guy Launoy. L'intérêt des tests immunologiques à lecture automatisée dans la recherche de sang dans les selles. *Bull Epidemiol Hebd*. 2009 Janv 13;(2-3):30-2.

(26) Haute Autorité de Santé. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (i-FOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Rapport d'orientation 2008, [en ligne]. <http://www.has-sante.fr>

(27) Institut national de cancer. (page consultée le 20/03/2012). Fiche argumentaire sur le test immunologique, [en ligne]. <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-colorectal/dossier-pour-les-professionnels/les-modalites-du-depistage#Fiches%20argumentaires>

(28) Institut national de cancer. Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage. Rapports et synthèses, [en ligne]. <http://www.e-cancer.fr/>

(29) Faivre J, Dancourt V, Denis B, Dorval E, Piette C, Perrin P, Bidan JM, Jard C, Jung S, Levillain R, Viguiier J, Bretagne JF. Comparison between a guaiac and three immunochemical faecal occult blood tests in screening for colorectal cancer [abstract]. *Eur J Cancer*. 2012 May 7

(30) Faivre J, Dancourt V, Manfredi S, Denis B, Durand G, Gendre I, Bidan JM, Jard C, Levillain R, Jung S, Viguiier J, Dorval E. Positivity rates and performances of immunochemical faecal occult blood tests at different cut-off levels within a colorectal cancer screening programme [abstract]. *Dig Liver Dis*. 2012 Apr 26

(31) Le dépistage du cancer du colon. La coloscopie a-t-elle une place? [en ligne]. http://www.bmlweb.org/cochin_02_01.htm

(32) Ministère de la santé et des solidarités. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. Journal officiel de la république française, n°295, 21 décembre 2006, 48p.

(33) Jérôme Viguier. L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. Bull Epidemiol Hebd. Janv 2009;(2-3):19-22

(34) Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, Bloch J. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. Bull Epidemiol Hebd. Janv 2009;(2-3):25-30

(35) Institut de veille sanitaire. (page consultée le 20/04/2012). Indicateurs d'évaluation (en ligne). [http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2009-2010/\(pdf\)/](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2009-2010/(pdf)/).

(36) Institut de veille sanitaire. (page consultée le 10/05/2012). Participation nationale de dépistage organisé du cancer colorectal – Années 2010-2011, [en ligne]. http://www.institutpaolicalmettes.fr/fileadmin/mes_documents/Comprendre_le_cancer/images/cancer_colon/InVS_Cartes_DOCCR_20120301.pdf.

(37) Insee. Recensement de la population 2009, [en ligne]. <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2011/pdf/dep21.pdf>.

(38) DRASS. Démographie des professionnels de santé. Rapport pour la Bourgogne, [en ligne]. <http://bourgogne.sante.gouv.fr/themes/statistiques/etudes/pdf/rapport09.pdf>

(39) Brion D. Les professions de santé en Bourgogne : situation démographique au 1er janvier 2007 -DRASS de Bourgogne - Dossier Statistique, [en ligne]. <http://www.bourgogne.sante.gouv.fr/themes/statistiques/etudes/prof-sante-07.html>

(40) CNOM, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en région Bourgogne. Situation au 1er janvier 2009, [en ligne]. <http://www.conseil.national.medecin.fr/system/files/bourgogne.pdf?download=1>

(41) Institut national de cancer. (page consultée le 10/03/2012). Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse de l'enquête barométrique Inca/BVA septembre 2010,

(en ligne). [Http://www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

(42) Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, Ventelou B. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Prat Organ Soins* 2007;38(4):259-268

(43) Attali C, Médioni M, Dubois C et al. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. Attitude des praticiens de ville : incertitudes ou réticences ? *exercer* 2008;83:98-103.

(44) Faivre J, Dancourt V. Le dépistage du cancer colorectal: certitudes et questions. *Gastroenterol Clin Biol* 2002;26:B86-B93

(45) Enquête Édifice2, Étude sur les dépistages des cancers et ses facteurs de compliance, Roche Pharma. 2008.

(46) Nzeymana Hunda E. Médecins généralistes et dépistage organisé du cancer colorectal en Côte d'Or : mobilisation et recueil des facteurs d'adhésion. (Mémoire de Master, Biologie et santé, Intervention et Promotion de la santé). Dijon : Université de Bourgogne Faculté de Médecine; 2012.

ANNEXE I : CRITERES DE WILSON ET JUNGNER (OMS, 1968)

1. Pertinence : la maladie à mettre en évidence doit appartenir aux problèmes de santé importants.
2. Traitabilité : la maladie doit être traitable au moyen d'une méthode thérapeutique généralement admise.
3. Disponibilité des moyens : les moyens disponibles pour poser le diagnostic doivent être suffisants.
4. Identification : un stade latent identifiable doit exister pour justifier la volonté de recherche.
5. Evolution naturelle : l'évolution naturelle de la maladie à mettre en évidence doit être connue.
6. Qui est malade ? Il doit exister un consensus sur les critères de maladie.
7. Méthode de détection : une bonne méthode de détection doit exister.
8. Acceptabilité : la méthode de détection doit être acceptable pour la population.
9. Coût-bénéfice : les coûts doivent être proportionnels aux bénéfices.
10. Continuité : le processus de détection doit être continu.

(Référence : Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968)

ANNEXE II : CRITERES D'EXCLUSION AU DOCCR

Type d'exclusion	Position du Groupe national de suivi
ATCD de Cancer colorectal	Définitive
ATCD de Polypes adénomateux et suivi par coloscopie	Définitive
Polypes hyperplasiques de grande taille (1 cm) et suivi régulier	Définitive
Maladies inflammatoires chroniques intestinales	Définitive
ATCD familiaux de cancer - Un ATCD de 1er degré avant 65 ans - Deux ATCD ou plus quel que soit l'âge	Définitive
ATCD familiaux de polypes adénomateux avancés au 1er degré et suivi coloscopique	Définitive
Examens : - coloscopie totale complétée ou non par un lavement baryté et/ou un coloscanner - coloscanner seul - recherche de sang dans les selles (autre modalité que le test Hemocult)	5 ans 2 ans - sous réserve 2 ans
Maladies intercurrentes (autres cancers, maladies, personnes dépressives, ...), évènements de vie, accidents récents	Définitive si l'exclusion est signée par le médecin traitant Sinon exclusion de 2 ans
Refus	Définitive si refus explicite, sinon exclusion de 2 ans

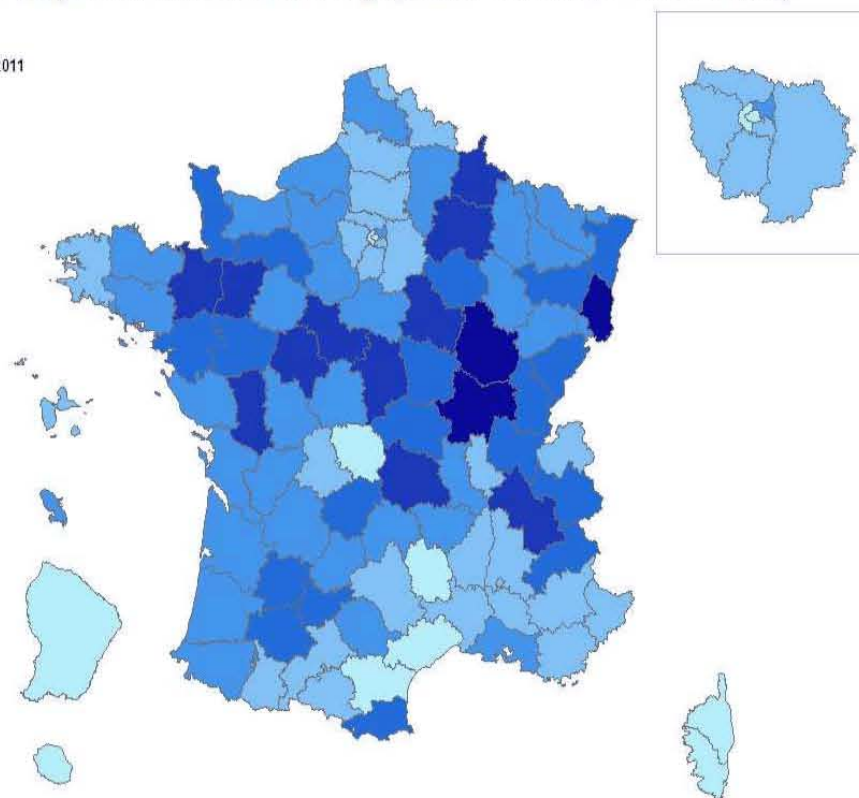
ANNEXE III : CARTE NATIONALE DES TAUX DE PARTICIPATION DEPARTEMENTAUX AU DOCCR SUR LA CAMPAGNE 2010-2011

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal

Années 2010-2011

Taux de participation départementaux standardisés (population de référence : France 2009)

Taux de participation 2010-2011



Sources : InVS, 01/03/2012 (fond de carte : IGN GéoFLA 2009)
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

ANNEXE IV : CARTE DES ARRONDISSEMENTS ET CANTONS DE LA COTE D'OR



Taille de cet aperçu : 485 × 600 pixels.

Sources : Wikimedia Commons

ANNEXE V

COMPTE RENDU DES REUNIONS 2012

5^{ème} CAMPAGNE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL-DIJON ZONE B

Dates : le 09, le 14, le 16 et le 21 février 2012

Lieu : Pavillon Bacchus, Parc Valmy-54 avenue Françoise Giroud 21000 Dijon

Présents : l'ADECA est représentée par le Docteur Vincent Dancourt, médecin coordinateur, Madame Marie Thérèse Berthot, secrétaire et Mademoiselle Espérance Nzeymana Hunda, stagiaire.

Pour les 4 réunions organisées par ADECA, 64 médecins généralistes de Dijon et agglomérations ont été présents.

Ces réunions ont été animées par le médecin coordinateur de l'ADECA 21-58.

Ordre du jour des réunions

1. Présentation des résultats des campagnes antérieures de dépistage du cancer colorectal.
2. Présentation des résultats des campagnes antérieures de dépistage du cancer du sein.
3. Courtes présentations sur les tests immunologiques et sur le surdiagnostic dans le dépistage organisé des cancers.
4. Discussion.
5. Remise du matériel.

Déroulé des réunions

1. Présentation des résultats des campagnes antérieures de dépistage du cancer colorectal :

- Le bien fondé du dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) repose sur plusieurs études à savoir une étude contrôlée en population générale menée en France qui a montré une réduction de 16 % de la mortalité par CCR après 11 ans de suivi, deux autres études, l'une Danoise et l'autre Anglaise qui ont constaté une réduction de la mortalité liée au CCR respectivement de 11 % et de 15 % dans le groupe bénéficiant du dépistage.

Il est donc établi qu'en réalisant un test de recherche du sang dans les selles tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité du test, il est possible de réduire de 15 à 20% la mortalité par cancer colorectal, avec un taux de participation de 50 % de la population cible.

– Les stratégies d'invitation au DOCCR:

- Les personnes appartenant à la population cible, les hommes et les femmes de 50 à 74 ans sont identifiées via des fichiers des caisses d'Assurance Maladie (tout régime). La structure de gestion leur envoie alors par courrier des invitations à consulter leur médecin traitant pour parler du dépistage, et voir si le test Hémocult leur est indiqué ou non.
- Des relances postales sont envoyées trois mois, puis six mois après la première invitation, aux personnes n'ayant pas fait le test ou pour les quelles aucune exclusion n'a été indiquée.
- La dernière relance en fin d'année est accompagnée du test.

– La population cible et les critères d'exclusion : sont concernées par le dépistage, toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans résidant dans le département, quel que soit leur régime d'assurance maladie, y compris en l'absence de bon de prise en charge délivré par la structure de gestion.

Ce test ne peut pas être proposé à toutes les personnes présentant des troubles digestifs récents, des antécédents personnels de cancer colorectal ou d'adénomes, des antécédents familiaux de cancer colorectal au premier degré, une maladie inflammatoire chronique ou toute autre maladie grave ou événement contre indiquant le test et les personnes ayant réalisé une coloscopie datant de moins de 5 ans.

– Les résultats des campagnes antérieures :

Les campagnes de DOCCR ont démarré en 2003 en Côte d'Or et ces réunions démarrent la 5^{ème} campagne.

Sur la période 2008–2009 : les explorations liées au DOCCR ont permis de détecter :

- 134 cancers (valeur prédictive positive (VPP) = 5,6%) dont 94 cancers grâce au test Hémocult seul
- 814 Adénomes (VPP=34,7%)
- 502 étaient sans anomalie (21,4%)

– Le taux de participation: sur les 140 000 personnes éligibles au DOCCR en Côte d'Or, 52 % seulement participent au dépistage dont 49 % sont des hommes et 51 % des femmes. Bien que ce taux soit le plus élevé avec celui de la Saône et Loire par rapport aux autres départements, il reste encore bas.

Un appel est donc lancé à tous les médecins généralistes pour prescrire le dépistage

de façon systématique aux personnes éligibles. Il est reconnu que lorsque le test est remis par le médecin, il est réalisé par le patient dans 80 % de cas et dans seulement 20 % de cas lorsqu'il est envoyé par la poste.

-Changement au niveau des carnets de prescription des tests : un carnet grand format (A4) a été mis à la disposition de médecins. A la différence de l'ancien, le nouveau carnet inclut la fiche d'exclusion sur la même page, ce qui devrait faciliter la gestion des exclusions.

-Le test immunologique: ce test est plus performant que le test Hémocult bien que beaucoup plus onéreux. Son utilisation pourrait palier aux principales limites du test Hémocult à savoir le manque de sensibilité, la contrainte liée au nombre de prélèvement à réaliser, la lecture visuelle et qualitative des résultats et le manque de spécificité pour l'hémoglobine humaine.

La Côte d'Or fait partie des 7 départements où sont mises en places les études expérimentales qui permettront le passage au test immunologique. Les médecins volontaires désirant poursuivre cette études pourront nous le faire savoir pour recevoir le matériel.

-Présentation du matériel Hémocult : des cartons de tests Hémocult sont disponibles pour chaque médecin. Ces cartons nominatifs contiennent chacun 50 tests Hémocult, un carnet nouveau format de 50 pages, des enveloppes T pour le retour des tests, des modes d'emploi, des affiches et des dépliants. Les demandes de ces cartons peuvent être renouvelées à l'ADECA en cas de besoin.

-**Présentation du projet de stage et de la stagiaire** : pour améliorer l'adhésion des médecins généralistes au dépistage en Côte d'Or, l'ADECA met en place une étude portant sur l'identification des freins et des facteurs d'adhésion des médecins au DOCCR. Cette étude fait l'objet du stage de Master 2 en promotion de la santé. Un questionnaire est prévu à cet effet et vous sera envoyé prochainement, nous vous invitons donc à le remplir et nous le renvoyer dans le délai. Ces données nous aiderons à améliorer davantage le dispositif.

2. Présentation des résultats des campagnes de dépistage du cancer du sein

-Population cible : sont concernées, toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans, quel que soit leur régime d'assurance maladie et même en l'absence de bon de prise en charge.

-Rappel sur les modalités du dépistage organisé du cancer du sein (DOS) : les femmes concernées sont invitées à un examen clinique des seins et une

mammographie (deux incidences par sein : face et oblique). Cet examen, est pris en charge à 100 % et est effectué chez le radiologue choisi par la femme parmi une liste de spécialistes agréés.

Tout cliché négatif ou bénin est relu par un second radiologue, ce qui fait l'intérêt du DOS contrairement au dépistage individuel. Cette seconde lecture permet de détecter en général 15% de cancers ayant échappé à la première lecture.

Le délai moyen entre la première lecture et la deuxième est d'environ 15 jours.

-La participation : en 2011, la participation au DOS a légèrement baissé par rapport à 2010 (65%), mais reste légèrement supérieure à 60 %. Nous lançons encore un appel aux médecins pour prescrire de façon systématique tous les deux ans le DOS sans attendre le courrier d'invitation adressé aux patientes, car lorsque l'invitation est envoyé par la poste, le DOS est fait dans seulement 45 % de cas. L'objectif est d'atteindre une couverture de 70 % de participation au DOS pour pouvoir observer une réduction significative de la mortalité liée au cancer du sein.

3. Le surdiagnostic

-Le surdiagnostic c'est la détection d'un cancer qui ne se serait jamais révélé durant la vie d'un patient si le dépistage organisé n'avait pas eu lieu. Il est différent des faux positifs qui sont des erreurs de diagnostic. On diagnostique ici des vrais cancers, mais il s'agit des cancers qui n'aurait pas évolué, voire qui auraient pour certains pu régresser. Plus un cancer est en marche lente, plus il y a le risque de surdiagnostic. Le vrai problème du surdiagnostic c'est le sur-traitement et la sur-morbidité qui en résultent.

Sont concernés par le surdiagnostic tous les cancers pour lesquels le dépistage organisé est effectué.

Le surdiagnostic est un inconvénient inhérent au dépistage et nier son existence n'est donc pas une attitude intellectuelle acceptable. Dans l'état actuel des choses et quand on raisonne en terme de population, pas d'individus, les avantages du dépistage systématique entre 50 et 74 ans dépassent les risques encourus par le surdiagnostic.

Il appartient donc au médecin d'expliquer aux patients les avantages et inconvénients du dépistage.

Estimateur du surdiagnostic = $(E - D) / T_0$

E= Excès de diagnostic

D= Déficit en diagnostic

T₀ = le nombre de cancers attendu sur la tranche d'âge étudiée.

Le surdiagnostic dépend du recul après la mise en place du dépistage (période de l'étude) et de la tranche d'âge étudiée.

4. Débats et discussions

Suite à la présentation, un certain nombre de remarques ont été faites par les participants aux réunions :

-La mise à la disposition des médecins traitants de la liste de leurs patients éligibles aux dépistages : ceci permettrait effectivement aux médecins de vérifier systématiquement le calendrier de dépistage de leurs patients.

-Les obstacles cités par les patients : pour le dépistage du cancer du sein, l'obstacle le plus cité reste l'appréhension du résultat. Le problème de surdiagnostic ne constitue pas un motif de refus, mais certaines femmes commencent à l'évoquer.

-L'adhésion des médecins au dépistage : en Côte d'Or l'adhésion est bonne en général, il n'y a pas de cas de refus catégorique. Mais, certains médecins ne prescrivent le test que sur demande, ce qui n'est pas une adhésion au dépistage, car la réussite de campagne c'est tout d'abord l'adhésion des médecins qui eux vont convaincre les patients.

-Le risque de cancer du sein radio-induit : ce risque est trop faible car la dose de radiations est très infime et l'intervalle entre deux dépistages est convenable.

-L'envoi des résultats aux médecins généralistes et aux gynécologues dans le DOS: certains médecins généralistes ne reçoivent pas les résultats des mammographies de leurs patientes parce que celles-ci n'ont pas déclaré leur nom au cabinet de radiologie. L'ADECA informe systématiquement tous les médecins déclarés par la femme.

- L'envoi électronique des résultats à l'aide du logiciel Apicrypt : un travail doit être fait en amont pour identifier les cabinets qui sont informatisés et qui peuvent en bénéficier.

- La proposition d'envoyer notre questionnaire d'enquête par voie électronique

5. Distribution des cartons nominatifs de tests hémocults

Des cartons de 50 tests hémocults et des carnets nominatifs sont disponibles et pourront être retirés à la fin de la réunion.

6. Cocktail

ANNEXE VI : COURRIER D'INVITATION AUX MEDECINS

Docteur «M_NOM» «M_PRENOM»

«M_ADR1»

«M_ADR2»

«M_CP» «M_VILLE»

Dijon, le

Cher(e) Ami(e),

Grâce à votre implication régulière, la participation aux deux campagnes de dépistage organisé des cancers est bonne : plus de 60 % pour le sein, plus de 50% pour le côlon. Notre objectif est de continuer à faire progresser ces taux de participation.

Nous vous convions pour mettre en place la 5^{ème} campagne de dépistage de ces cancers en Côte d'Or :

**le mardi 14 février 2012 à 20 heures 15, au Pavillon Bacchus
Parc Valmy - 54 av. Françoise Giroud 21000 DIJON - tél. 03 80 73 38 36**

A cette occasion nous vous présenterons les **résultats** des précédentes campagnes de dépistage, deux courtes présentations seront faites sur les **tests immunologiques** et sur le **surdiagnostic dans le dépistage organisé**.

Les kits de dépistage vous seront remis lors de cette rencontre.

Un cocktail clôturera cette soirée.

Si cette date ne vous convient pas, merci de nous contacter pour que nous vous en proposons une autre.

Avec mon confraternel souvenir,

Dr Vincent DANCOURT

Médecin coordinateur ADECA 21-58



Pièces jointes : coupon réponse et enveloppe T

ANNEXE VII : COUPON-RÉPONSE ACCOMPAGNANT LES INVITATIONS

COUPON - REPONSE

Merci de le compléter et de le retourner dans l'enveloppe T jointe

DV/MTB

Docteur «M_NOM» «M_PRENOM»

assistera

n'assistera pas

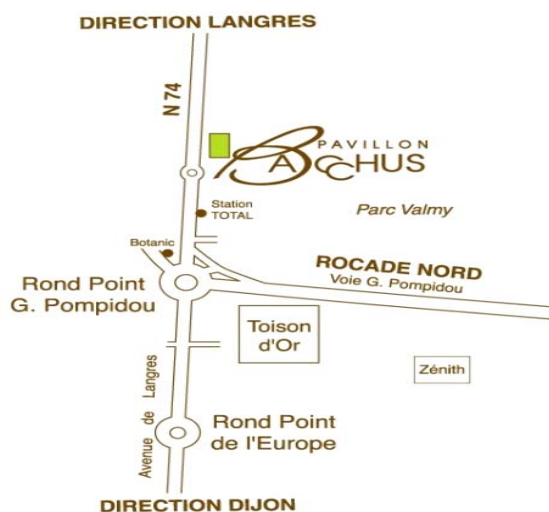
à la réunion du **mardi 14 février 2012 à 20 heures 15**

au **Pavillon Bacchus**

participera

ne participera pas

au cocktail qui suit la réunion



ANNEXE VIII : COURRIER DE CONFIRMATION

Docteur «M_NOM» «M_PRENOM»

«M_ADR1»

«M_ADR2»

«M_CP» «M_VILLE»

Dijon, le 07 février 2012

DV/MTB

Cher Confrère,

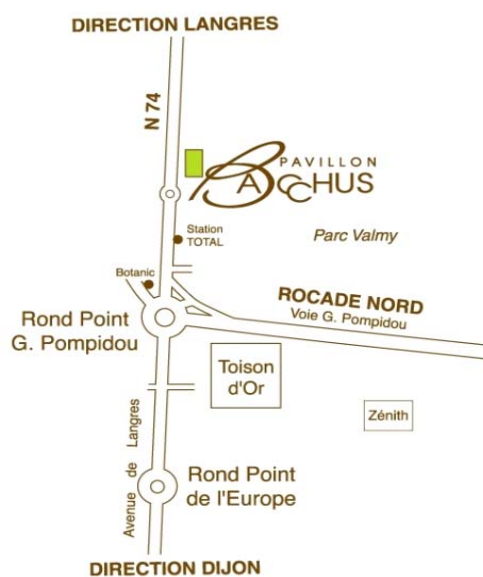
Nous vous confirmons que nous avons bien enregistré votre participation à la réunion d'information

du mardi 14 février 2012 à 20heures 15 au pavillon Bacchus.

Bien cordialement.

Dr Vincent DANCOURT

Médecin coordinateur ADECA 21-58



ANNEXE IX : COURRIER D'INFORMATION ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

DR «M_NOM» «M_PRENOM»
«M_ADR1»
«M_ADR2»
«M_CP» «M_VILLE»

Dijon, le 02 avril 2012

Cher confrère,

Avec 40 500 nouveaux cas estimés en 2011, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent en France et se situe au deuxième rang de mortalité par cancer. Il représente 8 300 décès chez la femme et 9 200 chez l'homme en 2011.

Grâce à votre implication régulière, les taux de participation aux campagnes de dépistage en Côte d'Or sont de plus de 60% pour le sein et plus de 50% pour le côlon.

Afin de pouvoir améliorer le taux de participation au dépistage du cancer colorectal, l'Association de dépistage des cancers (ADECA 21-58) met en place une étude portant sur l'identification des facteurs d'adhésion et d'amélioration du dispositif du dépistage organisé du cancer colorectal auprès des médecins en Côte d'Or.

Pour ce faire, nous vous prions de bien vouloir remplir le questionnaire en rapport avec cette étude et nous le renvoyer dans l'enveloppe T jointe.

Pour des raisons pratiques liées à la formation de la stagiaire chargée de l'enquête, nous vous serons reconnaissants de renvoyer le questionnaire avant le vendredi 20 Avril 2012.

Nous vous remercions vivement de votre précieuse collaboration.

Avec mon confraternel souvenir,

Dr Vincent DANCOURT

Médecin Coordinateur ADECA 21-58



ANNEXE X : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

«ID_MED»

Ageans

Sexe.....

I. Pourquoi participez-vous au dépistage organisé du cancer colorectal ?

- pas ▼
- ▶ C'est une des missions de la médecine générale oui ▼ non ▼ ne sait
- pas ▼
- ▶ Ma responsabilité pourrait être engagée en cas de cancer chez un patient qui n'en aurait pas bénéficié oui ▼ non ▼ ne sait
- ▶ Autres raisons (*précisez*)
.....

II. Proposez-vous le dépistage du cancer colorectal par test hémocult chez vos patients éligibles en consultation ?

Sur demande uniquement ▼ souvent ▼ régulièrement ▼
Si régulièrement, à quelle fréquence ?

III. Qu'est-ce qui vous empêche de pratiquer de façon systématique le dépistage organisé du cancer colorectal ? (*plusieurs réponses possibles*)

- pas ▼
- ▶ Manque de temps oui ▼ non ▼ ne sait
- pas ▼
- ▶ Rémunération insuffisante oui ▼ non ▼ ne sait
- pas ▼
- ▶ Absence de formation sur le dépistage des cancers oui ▼ non ▼ ne sait
- pas ▼
- ▶ La difficulté à convaincre les patients oui ▼ non ▼ ne sait
- pas ▼
- ▶ Je me sens exclu du processus oui ▼ non ▼ ne sait
- pas ▼
- ▶ Autres raisons (*précisez*).....

IV. Rencontrez-vous des difficultés particulières dans le dépistage du cancer colorectal ?

Si oui de quel genre? (*précisez*).....

V. Vous sentez-vous suffisamment informé sur le dépistage du cancer colorectal ?

Pas du tout informé ▼ Moyennement informé ▼ Bien informé ▼

VI. Etes-vous convaincu de l'efficacité du dépistage organisé du cancer colorectal en terme de réduction de la mortalité ?

oui ▼ non ▼ ne sait pas ▼

A combien estimez-vous cette réduction ?%

Suite du questionnaire au dos de cette page

VII. Pensez-vous que votre implication dans le dépistage organisé du cancer colorectal est aussi forte que dans le dépistage organisé du cancer du sein ?

oui ▼ non ▼ ne sait pas ▼

Si non pourquoi?

VIII. Selon vous, qu'est ce qui pourrait améliorer la participation des médecins au dépistage du cancer colorectal ?

- | | | | | |
|-------|---|-------|-------|---------|
| pas ▼ | ▶ Une incitation financière pour chaque patient dépisté | oui ▼ | non ▼ | ne sait |
| pas ▼ | ▶ Une formation sur le dépistage des cancers | oui ▼ | non ▼ | ne sait |
| pas ▼ | ▶ Des campagnes de prévention m'impliquant davantage | oui ▼ | non ▼ | ne sait |
| pas ▼ | ▶ Une plus forte demande des patients | oui ▼ | non ▼ | ne sait |
| | ▶ Autres raisons (<i>précisez</i>) | | | |

IX. Avez-vous déjà suivi une formation sur le dépistage ?

pas ▼ oui ▼ non ▼ ne sait

X. Souhaitez-vous participer à une formation sur le dépistage ?

oui ▼ non ▼ ne sait pas ▼

XI. Avez-vous assisté à la dernière réunion d'information organisée par l'ADECA en 2011 ou en 2012 ?

oui ▼ non ▼

▶ Si oui, êtes vous satisfait ?

oui ▼ non ▼

▶ Si non pourquoi ?

XII. Avez-vous déjà assisté auparavant à une des réunions d'information organisées par l'ADECA ?

oui ▼ non ▼

Si oui, en quelle(s) année(s) ?.....

Si non pourquoi ?.....

XIII. Ces réunions vous motivent-elles davantage au dépistage ?

oui ▼ non ▼ ne sait

pas ▼

**XIV. Etes-vous prêt à revenir à une réunion
sur la même thématique ?**

oui ▼

non ▼

ne sait

pas ▼

Si non, pourquoi ?.....

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE PARTICIPATION

ANNEXE XI : PLANNING DE LA PERIODE DE STAGE

	QUI	JANVIER			FEVRIER			MARS				AVRIL				MAI				JUN							
Activités		S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Bibliographie	St																										
Envoi postal des invitations aux médecins	St, Sc																										
Relance téléphonique	St																										
Envoi des courriers de confirmation	St, Sc																										
Préparation des tests hémocults à remettre aux médecins	St, Sc																										
Mise en place des réunions d'information	St, Sc																										
Evaluation des actions	Sc,St, Mc																										
Elaboration du questionnaire et validation	St, Mc																										
Enquête	St																										
Traitement des données et analyse des résultats	St																										
Elaboration des recommandations	St																										
Bilan avec la structure	St,Mc																										
Rédaction du mémoire	St																										

en turquoise = prévu

St = stagiaire, Sc = secrétaire,

Mc = médecin coordinateur

en orange = temps supplémentaire

ANNEXE XII : GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

Num	Zone	Age	Sexe	Mission	Responsabilite	Autres	Rythme	Frequence	Temps
3 B		36	2	1	1	0	0	0	1
6 B		41	1	1	1	0	1	0	0
7 B		43	2	1	2	0	2	3	1
8 B		62	2	1	0	1	2	2	0
9 B		38	2	1	1	0	2	1	0
15 B		51	2	1	1	0	2	3	0
17 B		60	1	1	0	0	1	0	0
18 B		50	2	1	2	0	2	0	0
19 B		50	2	1	2	0	1	0	0
20 B		61	1	1	2	0	2	0	1
23 B		50	1	1	0	0	2	2	0
24 B		42	2	1	2	0	1	0	1
26 B		41	1	1	2	0	2	3	0
30 B		37	2	1	1	0	1	0	0
34 B		43	2	1	1	2	2	3	0
36 B		44	1	1	1	0	2	0	1
38 B		56	2	1	2	0	2	0	1
40 B		57	1	1	0	0	0	0	1
41 B		52	1	1	2	0	1	0	1
43 B		36	1	1	0	0	0	0	1
44 B		61	1	1	0	0	2	0	0
45 B		56	1	1	0	0	2	2	0
46 B		52	1	1	2	0	2	0	1
48 B		47	1	1	1	0	2	0	0
53 B		59	2	1	0	0	1	0	1
54 B		48	2	1	2	0	2	2	1
55 A		65	1	1	0	0	2	1	0
56 B		79	1	1	0	1	2	2	0
57 B		54	1	1	0	0	2	2	0
59 B		51	1	1	1	0	1	0	0
62 B		45	1	1	2	0	1	0	2
63 B		52	2	1	0	0	1	0	1
64 B		52	1	1	0	0	2	0	1
65 B		57	1	1	1	0	1	0	1
68 B		54	1	1	0	0	2	3	0
69 B		47	2	1	0	0	0	0	1
70 B		54	1	1	2	0	1	0	1
71 B		41	1	1	2	0	2	0	0
72 B		53	1	1	2	0	2	1	0
80 B		59	1	1	1	0	1	0	1
81 B		43	2	1	0	0	2	1	0
83 B		50	1	1	1	0	2	0	1
84 B		35	2	1	1	0	2	3	1
85 B		59	1	1	1	0	2	2	0

RÉSUMÉ

Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer en France. Diagnostiqué à un stade précoce, son pronostic est le plus souvent favorable. Le dépistage est donc crucial. Depuis 2008, le cancer colorectal bénéficie d'un programme national de dépistage organisé qui s'adresse aux hommes et aux femmes âgées de 50 à 74 ans et consiste à réaliser un test de recherche du sang dans les selles, suivi d'une coloscopie en cas de positivité.

Les médecins généralistes sont au cœur de ce dispositif. Leur implication est un facteur important de la participation de la population au dépistage car le taux de participation est multiplié par trois quand le médecin remet le test à son patient. Afin d'améliorer l'adhésion des médecins généralistes au dépistage en Côte d'Or, nous avons mobilisé ces médecins à participer aux réunions d'information et mis en place une enquête sur les freins et facteurs d'adhésion au dépistage. Ces actions ont permis d'orienter les recommandations proposées.

MOTS CLEFS : ADHESION, CANCER COLORECTAL, COTE D'OR, DEPISTAGE ORGANISE, MEDECINS GENERALISTES, PARTICIPATION

ABSTRACT

The colorectal cancer is the second cause of death by cancer in France. Diagnosed in an early stage, its forecast is mostly favorable. The screening is thus crucial. Since 2008, the colorectal cancer benefits from a national program of organized screening which addresses the men and the women from 50 to 74 years old and consists in realizing a test of search for the blood in saddles, followed by a colonoscopy in case of positivity.

The general practitioners are at the heart of this device. Their implication is an important factor of the participation of the population in the screening because the rate of participation is multiplied by three when the doctor hands the test to his patient. To improve the membership of the general practitioners in the screening in Côte-d'Or, we mobilized these doctors to participate in information meetings and set up a survey on brakes and factors of membership in the screening. These actions allowed to direct the proposed recommendations.

KEYWORDS : MEMBERSHIP, COLORECTAL CANCER, COTE D'OR (FRENCH DEPARTEMENT), ORGANISED SCREENING, GENERAL PRACTITIONERS, PARTICIPATION

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Association de dépistage des cancers en Côte d'Or et dans la Nièvre (ADECA 21-58)
16-18 Rue Nodot
21000 DIJON