

2017-2018

THÈSE
pour le
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GÉNÉRALE

**Participation des médecins
généralistes dans le dépistage
organisé du cancer colorectal depuis
l'arrivée du test immunologique**

Enquête en Maine-et-Loire du 18 Décembre 2017
au 19 Mars 2018

BREJEON Lise

Né le 10/05/1991 à Angers (49)

Sous la direction du Pr BARON Céline et du Dr LEDUC-BANASZUK
Anne-Sophie

Membres du jury

Monsieur le Pr CAROLI-BOSC François-Xavier	Président
Madame le Pr BARON Céline	Directrice
Madame le Dr LE-DUC BANASZUK Anne-Sophie	Codirectrice
Mr le Dr CAPITAIN Olivier	Membre

Soutenue publiquement le :
20 Décembre 2018

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée Mme BREJEON Lise

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par l'étudiant(e) le **26/11/2018**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont,

Au Pr BARON Céline,

Vous avez su m'accompagner tout au long de ce travail. Merci d'avoir su me guider avec patience et réflexion, et de m'avoir fait bénéficier de toute votre expérience rédactionnelle.

Au Dr LE DUC-BANASZUK Anne-Sophie,

Vous avez su répondre à mes questions rapidement et avez su m'orienter dans l'initiation de cette thèse. Merci de votre accueil au sein de CAPSANTE49 et pour vos renseignements et toutes vos remarques pertinentes.

Au Pr CAROLI-BOSC François-Xavier,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Merci de l'intérêt que vous portez à mon travail et au lien entre médecine libérale et médecine hospitalière.

Au Dr CAPITAIN Olivier,

D'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A tous les médecins qui ont répondu au questionnaire,

Merci pour le temps que vous y avez consacré. Ce travail n'aurait pas été possible sans vous.

A mes maîtres de stage hospitaliers et libéraux qui ont su me guider progressivement et m'ont transmis leur savoir-faire. Merci notamment :

Aux Dr ROGER Marie-Cécile et Dr MILLIOT Alain

Pour avoir su m'accompagner dans cette première expérience en médecine générale avec patience et confiance. Merci aussi de m'avoir fait partager votre vision de l'exercice et l'importance de l'équilibre avec la vie personnelle. Vive les footings !

Aux Dr PARPILLON Aurore et Dr MENEAU Aurélie

Pour m'avoir fait découvrir les consultations de pédiatrie et de gynécologie en médecine générale avec votre enthousiasme et vos compétences.

Aux Dr TESSIER-CAZENEUVE Christine et Dr BENDAVID Lara

Pour votre confiance à soigner vos patients et pour m'avoir si rapidement impliquée dans la vie du cabinet. Vos remarques tout au long du semestre me seront précieuses pour la suite.

A mes parents,

Pour votre soutien depuis toujours et dans tous les domaines. Merci pour toutes ces petites intentions quotidiennes au cours de mes études, pour m'avoir encouragé et guidé dans mes choix. Vous avez su me transmettre vos valeurs. Pour tout ce que vous avez fait et tout ce que vous faites, Merci.

REMERCIEMENTS

A Camille,
Tu es LA grande sœur par excellence. Merci d'avoir rendu nos révisions si agréables voire même inoubliables. Tu es un repère pour moi depuis toujours et encore aujourd'hui.

A Armand et François,
Mes deux petits frères toujours prêts à m'accompagner pour un match de tennis, un footing ou une soirée. Pour tous ces moments partagés et pour ce que vous m'apportez depuis toujours, Merci.

A Margaux et Maxime,
Vous qui faites maintenant partie de la famille.

A Carole, Cécile et Anne-Cécile,
Pour toutes ces vacances passées ensemble et nos fous rires. Vous êtes des cousines au top et surtout dynamiques !

A Céline, Joanna, Claire, Clarisse, Sandie, Romain, Sam, Carole,
Pour avoir rendues ces années d'études inoubliables et si faciles à traverser. Petit à petit le groupe s'agrandit et c'est toujours aussi bon de se retrouver. Merci à vous et je vous souhaite bon courage pour vos thèses à venir !

A Tiffany et Julie,
Pour avoir pris le temps de relire ce travail et chercher les dernières imperfections. Votre intérêt pour ce travail m'a beaucoup touché.

Et à Thibaut,
Pour ta présence chaque jour à mes côtés, ta patience, ton amour et tout ce que tu m'apportes. Merci de me rendre si heureuse.

Liste des abréviations

[illegible]

Table des matières

1	INTRODUCTION	12
2	MÉTHODE.....	20
2.1	Type d'étude.....	20
2.2	Population de l'étude.....	20
2.3	Déroulement de l'étude	20
2.4	Le questionnaire (cf. Annexe 3).....	20
2.5	Objectif principal et objectifs secondaires	21
2.6	Analyse des données.....	21
2.7	Analyse statistique.....	22
3	RESULTATS	22
3.1	Population	22
3.1.1	Diagramme de flux.....	22
3.1.2	Caractéristiques de la population	23
3.1.3	Ancienneté de pratique	23
3.1.4	Exercice médical	23
3.2	Implication des MG, les déterminants et limites.....	24
3.2.1	L'aide à l'utilisation du kit et la notification dans le dossier	24
3.2.2	Les déterminants	24
3.2.2.1	Les critères en santé publique	24
3.2.2.2	La reconnaissance de la place et du rôle du médecin généraliste.....	24
3.2.2.3	L'appui des sites et des campagnes.....	25
3.2.3	Les limites à la participation au dépistage.....	26
3.2.3.1	Les difficultés et freins.....	26
3.2.3.2	Les limites du test.....	26
3.3	Les propositions d'amélioration	26

3.3.1	Consultation dédiée	27
3.3.2	Retour sur activité	27
3.3.3	Amélioration de la rémunération	27
3.3.4	Propositions anecdotiques	27
3.4	Modification de participation à l'arrivée du nouveau test	28
3.4.1	Les MG	28
3.4.1.1	Caractéristiques associées à une modification de participation	29
3.4.1.2	Caractéristiques non associées.....	29
3.4.2	La place des patients.....	30
3.4.3	Caractéristiques du nouveau test	30
3.4.4	Proposition d'amélioration	30
4	DISCUSSION.....	30
4.1	Forces de l'étude.....	30
4.1.1	La population	30
4.1.2	Taux de participation	31
4.1.3	Année de thèse	31
4.1.4	Exercice médical	31
4.1.5	Le recueil des données par questionnaire	32
4.2	Faiblesses	32
4.2.1	Recrutement.....	32
4.2.2	Le questionnaire	33
4.3	Implication des MG, les déterminants et limites.....	33
4.3.1	L'aide à l'utilisation du kit et la notification dans le dossier	33
4.3.2	Les critères de santé publique	33
4.3.3	Meilleur appui du site départemental que des nationaux	35
4.3.4	Les bénéfices/risques du nouveau test	36

4.3.5	Un frein émergeant : le patient	37
4.4	Modification de participation à l'arrivée du nouveau test	38
4.4.1	Caractéristiques des MG	38
4.4.2	Les caractéristiques du nouveau test	38
5	PROPOSITION D'AMELIORATION ET OUVERTURE	39
5.1	Modification de la rémunération	39
5.2	Mise en place d'une consultation dédiée	40
5.3	Et les patients ?	40
6	CONCLUSION	41
7	BIBLIOGRAPHIE	42
8	Liste des figures	46
9	Liste des tableaux	47
10	Annexes	48

1 INTRODUCTION

En France, le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer en fréquence avec 45 000 nouveaux cas en 2015 et le deuxième pour la mortalité, après le cancer du poumon. L'âge moyen de diagnostic était de 71 ans pour l'homme et 75 ans pour la femme en 2012.(1) Le dépistage de ce cancer est un enjeu majeur de santé publique devant le vieillissement de la population française. L'histoire naturelle de ce cancer est bien connue, dans 60 à 80% des cas, le CCR se développe à partir de tumeurs bénignes appelées anatomiquement polypes ou histologiquement adénomes. Le délai d'évolution, très longtemps asymptomatique, d'une lésion bénigne en lésion cancéreuse est aujourd'hui compris entre 10 et 20 ans.(2)

D'après les données américaines et françaises,(3) la survie relative à 5 ans dépend du stade du cancer au moment de son diagnostic, elle est supérieure à 90% pour des stades localisés et chute à 13% pour des stades métastatiques.

Trois études contrôlées ont également montré que la détection précoce de ce cancer pouvait diminuer la mortalité de 15% à 20%.(4)

La prévention du cancer colorectal se justifie donc par le dépistage des lésions à un stade d'extension limitée pour améliorer les chances de guérison et entraîner des traitements moins lourds. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un dépistage consiste à identifier les sujets atteints d'une maladie passée jusque-là inaperçue à l'aide de tests appliqués de manière systématique et standardisée à toute la population cible.

La recherche de sang dans les selles est la méthode de référence pour le Dépistage Organisé du Cancer Colorectal (DOCCR) étant donné que les adénomes, quel que soit leur

stade peuvent saigner. Jusqu'en 2014, le test de référence était Hémocult II® puis il a été remplacé depuis Avril 2015 par un test immunologique (OC-SENSOR®), plus sensible et spécifique pour détecter les cancers et les adénomes.(5)

Ce cancer répond donc à tous les critères pour la mise en place d'un dépistage puisqu'il est fréquent, grave, son histoire naturelle est connue, un diagnostic précoce et acceptable est possible et les thérapeutiques efficaces.

En France le dépistage s'adresse à toutes les personnes de 50 à 74 ans présentant un risque moyen de développer un cancer colorectal, c'est-à-dire des personnes sans antécédent familial ou personnel de cancer colorectal ou de maladie génétique du tube digestif et sans symptomatologie digestive (ténesme, épreinte, rectorragie, trouble du transit inhabituel). Cela représente 80% de cette tranche d'âge.

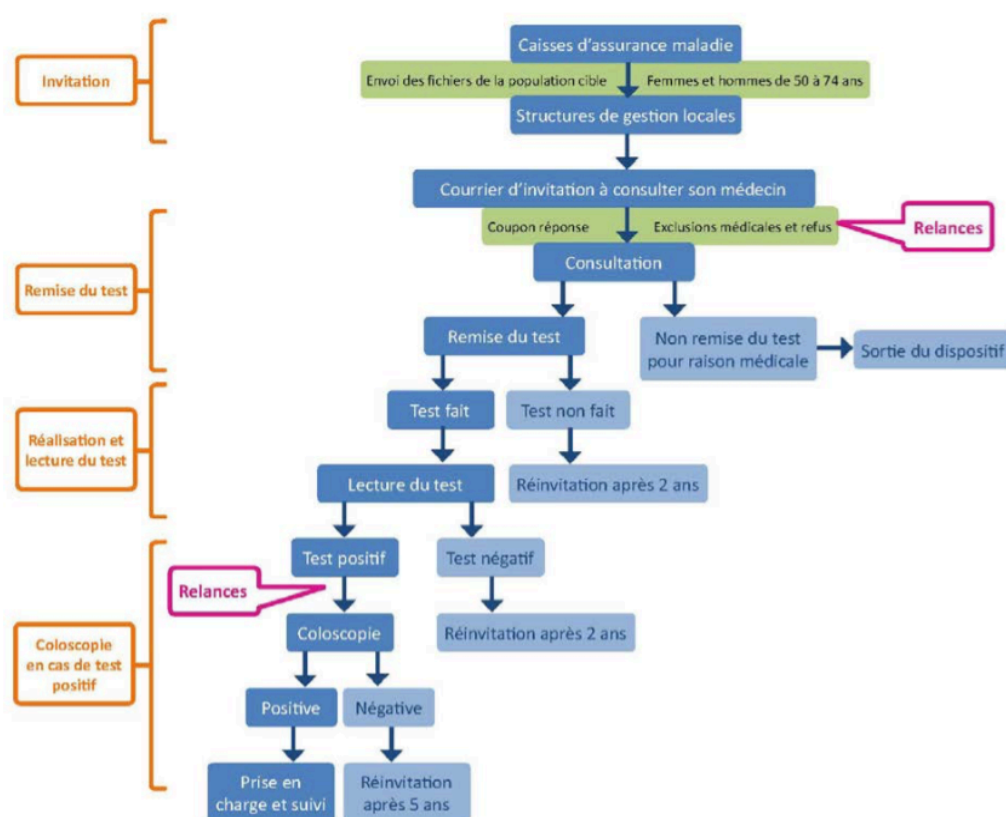
Il existe deux autres niveaux de risque définis par la Haute Autorité de Santé (HAS). Le risque très élevé comprend les personnes porteuses d'une anomalie constitutionnelle prédisposant au CCR. C'est le cas du syndrome de Lynch et de la polypose Adénomateuse Familiale. Ce groupe nécessite un suivi spécialisé par un oncologue. Le risque élevé comprend les patients présentant des antécédents familiaux au premier degré de CCR ou des antécédents personnels d'adénome (de plus de 10 mm de diamètre ou ayant un contingent vilieux) ou d'exérèse de deux adénomes quels que soient leur taille ou leur caractère vilieux, ou de maladie inflammatoire chronique de l'intestin telle que la maladie de Crohn ou la Rectocolite Hémorragique. Ces personnes ne participent pas au DOCCR mais doivent avoir une surveillance par coloscopie régulière.(6)

Au moment de l'étude, ce dépistage s'organise de manière homogène sur le territoire français autour des structures de gestion départementales qui coordonnent l'ensemble du dispositif, de la lettre d'invitation à la collecte des résultats. En Maine-et-Loire, CAPSANTE 49 s'occupe de l'ensemble de ces missions. Une lettre d'invitation à participer au DOCCR est envoyée tous les deux ans à toutes les personnes de 50 à 74 ans, leur expliquant les modalités de ce dépistage et les conseillant de consulter leur médecin traitant afin de récupérer le test. Les kits de dépistage sont envoyés au médecin généraliste par la poste après commande sur le site internet de la sécurité sociale. Avant de remettre le kit au patient, le médecin consulté doit vérifier les critères d'inclusion avant d'expliquer les modalités du test, les différents résultats possibles et les conduites à tenir qui en découlent. Le prélèvement se fait au domicile du patient et doit être envoyé par la poste dans l'enveloppe prévue à cet effet sous quarante-huit heures.

Les tests sont analysés dans un laboratoire national centralisé et les résultats sont ensuite envoyés à la structure de gestion, au médecin ayant remis le test et au patient. Si aucun résultat n'est parvenu à l'organisme de gestion dans les 9 à 10 mois suivant la première invitation, une deuxième est adressée au patient.

Si le résultat du test est négatif, le patient recevra deux ans plus tard, une invitation à réitérer le test en dehors de toute apparition de symptômes ou d'antécédents familiaux dans l'intervalle. Par-contre, si le résultat est positif, le patient est invité à contacter son médecin traitant afin que celui-ci l'oriente vers une consultation avec un gastroentérologue pour réaliser une coloscopie de diagnostic.

Figure 1 : Schéma d'organisation du programme de dépistage organisé en France



Ce dépistage a été généralisé à toutes les régions de France en 2009 suite aux résultats de plusieurs études. En effet, en 2002 et 2005, 23 départements ont progressivement mis en place un programme de dépistage organisé, se déroulant sur deux ans. Le taux de participation moyen était de 42% et variait entre 31,1% et 54,2%.(7) En juin 2004, Jean Faivre et son équipe ont publié les résultats de leur étude réalisée sur 10 ans en région Bourguignonne. Avec un taux de participation de 69,5%, la réalisation d'un test Hémocult II® tous les deux ans chez les patients entre 50 et 74 ans permettait de réduire la mortalité par cancer de 14% par rapport au groupe ne réalisant pas le test de dépistage (taux de mortalité 0,67 et IC95% [0,56-0,81]) et d'améliorer la survie à 5 ans.(8) Ces résultats ont validé la mise en place d'un programme de dépistage dans 21 départements pilotes qui a confirmé les premiers résultats et justifié l'instauration du programme national de dépistage.

Pour qu'un dépistage puisse entraîner une baisse significative de la mortalité, le taux de participation idéal à atteindre selon l'Union Européenne est de 65%, elle le recommande actuellement à 45%(9). Au niveau national, la moyenne est bien en dessous, puisque sur la campagne 2013-2014, le taux de participation n'était que de 29,8% sur 99 départements français avec le test Hémocult II®.

De nombreuses études ont été menées entre 2009 et 2013 pour explorer les raisons de ce faible taux de participation, que ce soit du côté des médecins ou du côté des patients et certaines ont permis d'identifier les facteurs influençant la participation des médecins généralistes au DOCCR lorsque le test Hémocult II® était le test de référence.

Les freins retrouvés côté patients étaient l'engagement et l'accompagnement vers une démarche préventive car ils étaient habitués à une démarche curative.(10) Les facteurs limitant la participation des médecins étaient leur insuffisance de connaissance vis-à-vis de l'histoire naturelle du cancer ainsi que leur manque d'expérience quant à la manière de proposer ce test et ses explications sur sa réalisation.(11)

Le test était lui-même trouvé trop chronophage pour les explications sur sa réalisation et sur la démarche à suivre si le résultat était positif, la charge administrative était jugée souvent trop lourde et fastidieuse.(10)

Une étude qualitative réalisée en 2010 a montré que les médecins ayant peu confiance en ce test, du fait de sa faible sensibilité et/ou de leur confrontation à un résultat de faux négatif, en avaient une mauvaise image et n'encourageaient que faiblement leurs patients à le réaliser.(12)

En septembre 2010, une enquête menée auprès de 600 médecins généralistes français, par l'Institut National du Cancer (INCa) notait que 72% étaient convaincus de l'utilité de ce dépistage en santé publique et 66% considéraient que leur rôle était indispensable dans l'organisation du dépistage. Elle soulignait une évolution croissante de l'inscription du DOCCR dans la pratique des médecins généralistes parallèlement à la mise en place du programme national. En effet, en 2008, ils étaient 30% à déclarer proposer systématiquement un dépistage du CCR contre 18% en 2005.(13)

Une enquête réalisée d'Avril à Septembre 2012 auprès des patients montrait que le taux d'adhésion au dépistage pourrait être fortement augmenté si les médecins prenaient un temps spécifique pour les informer et leur expliquer les bénéfices du dépistage. Parmi ceux qui ne le réalisaient pas, 50% des femmes ne le faisaient pas car il n'était pas recommandé par leur médecin et 33% des hommes l'omettaient par manque de connaissance.(14)

Une étude réalisée à Nice en 2008(15), montrait que le principal facteur favorisant la participation des patients au DOCCR était l'information et le conseil par leur médecin traitant. L'importance du rôle du médecin était également retrouvée dans une étude de 2016(16), qui montrait qu'une fois le test remis en mains propres par le médecin généraliste, 9 patients sur 10 déclaraient le faire.

Le médecin généraliste est donc au centre du dispositif comme le confirme le troisième plan cancer (2014-2019)(17). Concernant le DOCCR, cela s'est concrétisé en déployant le test immunologique sur l'ensemble du territoire français depuis Avril 2015 et en fixant dans son rapport de février 2016, un taux de participation à atteindre de 65% d'ici le 31 décembre 2018.

La HAS a préconisé, en 2015, le remplacement du test Hémocult II® par le test immunologique (OC-SENSOR®), malgré l'absence de données sur la diminution de la mortalité par manque de recul. Ce remplacement est justifié par d'autres avantages dont la supériorité sur le plan médico-économique(18).

Plusieurs études ont démontré que le test OC-SENSOR® était supérieur au test Hémocult II®. En effet, une de 2009(19) a montré que la sensibilité et la valeur prédictive positive (VPP) étaient supérieures pour la détection des adénomes à haut risque de cancer. Les ratios des sensibilités (RSN) des deux tests étaient respectivement, supérieur à 1 (3,32 IC95% [2,70 - 4,07]) et la VPP du test immunologique était de 24.3% contre 19.5% pour le test Hémocult II® (P=0.03).

La supériorité du test immunologique se retrouverait également dans l'acceptabilité selon une autre étude de 2008.(20) La comparaison directe des tests a révélé un taux de participation significativement plus élevé pour le test immunologique (12,7% de participation en plus soit IC95% [11.3–14.1], $p < 0,01$).

Le nouveau test consiste à détecter de manière immunologique du sang dans les selles. Il est spécifique de l'hémoglobine humaine, il a donc une meilleure spécificité que l'Hémocult II®. En pratique, le patient doit prélever ses selles une seule fois et les envoyer par la poste dans l'enveloppe prévue à cet effet.

Afin d'améliorer l'adhésion au DOCCR de la part des patients et augmenter le taux de participation, une campagne d'information nommée « Mars Bleu » a été mise en place à l'échelle nationale. Elle se déroule chaque année sur tout le mois de Mars et a pour but de

faire connaître l'utilité de ce dépistage, ses objectifs, ses avantages mais également ses risques et limites. Plusieurs manifestations sont organisées dans les départements, à leur initiative (le Colon Tour®, course contre le cancer Colorectal, stands d'informations dans des évènements divers...).

D'après les données de CAPSANTE 49, le taux de participation sur la campagne 2016-2017, pour le DOCCR avec le test immunologique, était de 44.7% en Maine-et-Loire alors qu'il était de 38% avec le test Hémocult II® sur celle de 2014-2015. Le Maine-et-Loire est en quatrième position au niveau national, mais son taux élevé de participation est en partie dû à un taux élevé d'exclusion qui est de plus de 20% (cf. Annexes 1 et 2). Une des raisons probables de l'augmentation de la participation est le passage au nouveau test. Cependant, le taux reste en dessous des seuils recommandés.

Les médecins généralistes jouant un rôle important dans l'adhésion des patients au dépistage, il nous semblait pertinent d'évaluer leur participation au DOCCR depuis l'arrivée du test immunologique et d'en identifier les facteurs influençant.

2 MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, quantitative, observationnelle, transversale et déclarative.

2.2 Population de l'étude

Elle était constituée des médecins généralistes installés en Maine-et-Loire et ayant une activité libérale. Ils ont été contactés via la mailing-list du Conseil de l'Ordre du département. Les médecins n'ayant pas autorisé la diffusion de leur adresse mail n'ont donc pas été contactés. Ont également été exclus ceux nous ayant rapporté ne pas avoir d'activité de médecine générale (angiologue, homéopathe libéral, allergologue...).

2.3 Déroulement de l'étude

L'enquête s'est déroulée sur une période de trois mois, de mi-décembre 2017 au 19 Mars 2018. Un premier mail a été envoyé le 18 Décembre, suivi de deux relances le 13 Janvier et le 19 Février. Le remplissage du questionnaire s'est fait directement par les médecins. Le mail comportait un message d'accueil présentant l'enquêteur, expliquant le but de l'étude et rappelant quelques données épidémiologiques.

2.4 Le questionnaire (cf. Annexe 3)

Il a été construit à partir d'une revue de la littérature effectuée dans PUBMED et GOOGLE SCHOLAR à l'aide des mots clés « Dépistage Cancer Colorectal » et « médecins généralistes » et en anglais « Colorectal cancer screening » et « medical practitioner ».(1,11,21-25) Les items du questionnaire de la thèse de Hugues RAMEAU datant de 2008(15) ont été majoritairement repris.

Toutes les questions étaient fermées avec un espace de commentaire libre à la fin de chacune d'elles permettant aux médecins qui le souhaitent de nous soumettre leurs avis, réticences et/ou motivations.

Il comportait douze questions organisées en quatre parties. La première permettait un recueil des données sociodémographiques : âge, sexe, année de thèse, lieu d'exercice, nombre d'actes par semaine, ainsi que la position du médecin vis-à-vis du DOCCR depuis l'arrivée du test immunologique. La deuxième partie explorait les raisons de leur participation/non-participation et leur organisation pratique dans leur cabinet. La troisième partie s'intéressait aux freins et aux difficultés rencontrées. Enfin, dans la quatrième partie, les médecins étaient invités à donner leur avis sur la campagne d'information « Mars Bleu » et sur le DOCCR en général.

Le questionnaire et la méthodologie ont été soumis au Comité d'Ethique du CHU d'Angers et validés dans l'hypothèse d'une future publication. L'ensemble des données récupérées ont été anonymisées.

2.5 Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal était de connaître l'implication des MG dans le DOCCR et les facteurs intervenant.

Les objectifs secondaires étaient d'explorer leurs propositions d'amélioration, d'évaluer leur modification de participation depuis l'arrivée du test immunologique et d'en connaître les facteurs déterminant selon les caractéristiques du médecin et celles du test.

2.6 Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel EXCEL et le site biostaTGV.

2.7 Analyse statistique

L'analyse descriptive des données qualitatives a été exprimée en pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites selon leur moyenne et médiane. Les données ont été représentées par des histogrammes lorsque cela facilitait la lecture des résultats.

Seront comparées deux populations, celle ayant modifié sa participation depuis l'arrivée du test immunologique (C⁺) versus celle qui ne l'a pas fait (C⁻) selon les caractéristiques des médecins à savoir l'âge, le sexe, l'ancienneté de pratique et le taux d'activité et selon celles du nouveau test. Pour plus de lisibilité des résultats, les données intitulées « années de thèse » dans le questionnaire ont été transformées en « ancienneté de pratique ».

Le seuil de significativité des résultats a été fixé avec un $p < 0.005$.

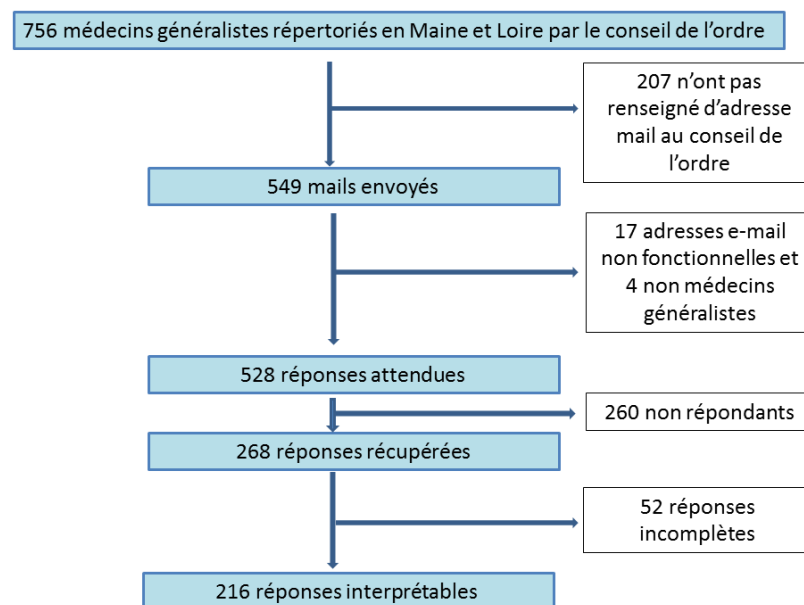
3 RESULTATS

3.1 Population

3.1.1 Diagramme de flux

Sur les 756 médecins généralistes répertoriés par le conseil départemental de l'ordre des médecins, 207 n'avaient pas communiqué leur adresse mail. Sur les 549 mails envoyés, 17 ne fonctionnaient pas et quatre réponses précisait qu'ils n'étaient pas médecins généralistes. Sur 528 réponses attendues, 268 ont été récupérées à la fin des trois mois. 52 réponses incomplètes ont été exclues, parmi elles, 31 ne présentaient aucune donnée et 21 des données partielles ou incomplètes (n'était complété que la première partie soit les six premières questions). La base de données définitive était donc composée de 216 questionnaires complets, soit une participation de 40% sur l'ensemble de mails envoyés.

Figure 2 : Diagramme de la population de l'étude



3.1.2 Caractéristiques de la population

107 (49,5%) étaient des femmes et 109 (50,46%) des hommes.

La moyenne d'âge était de 47,8 ans, la médiane de 48 ans et l'écart type de 10,4 années pour une étendue de 29 à 69 ans. La moyenne d'âge des femmes était de 45,17 ans pour une médiane de 45 ans et celle des hommes était de 50,4 ans pour une médiane de 53 ans.

3.1.3 Ancienneté de pratique

La moyenne de l'ancienneté de pratique était de 18,87 ans pour une médiane de 18 ans. Les femmes présentaient une ancienneté de pratique de 16,36 ans en moyenne et les hommes de 21,33 ans.

3.1.4 Exercice médical

Il se faisait pour 75,46% dans une localité de 2 000 à 5 000 habitants, 23,61% dans une de 500 à 2 000 habitants et enfin une minorité (0,93%) dans une de moins de 500 habitants.

La majorité déclarait faire entre 50 à 150 actes par semaine (44,91% entre 50 et 100 actes et 41,20% entre 100 et 150 actes respectivement). Ils n'étaient que 11,11% à déclarer faire plus de 150 actes par semaine et 2,78% à en faire moins de 50.

3.2 Implication des MG, les déterminants et limites

3.2.1 L'aide à l'utilisation du kit et la notification dans le dossier

L'ouverture du kit en consultation était utilisée par 190 médecins (87,96%). La lecture du mode d'emploi avec le patient était effectuée par 166 médecins (76,85%), un temps dédié à la vérification de l'identité et du collage des étiquettes par 122 (56,48%). L'annotation de la remise du test dans le dossier médical était faite par 182 médecins (84,26%).

3.2.2 Les déterminants

3.2.2.1 Les critères en santé publique

La conviction de l'intérêt du DOCCR était affirmée par 125 médecins (57,87%). La transparence de la campagne d'information sur les risques et les limites du DOCCR permettait un choix libre et éclairé du patient pour 161 (74,54%). La diminution des coûts de santé en France inhérente à ce dépistage était reconnue par 146 (67,59%). Le taux de participation actuel était apprécié comme ayant un impact réel sur la mortalité pour ce cancer selon 119 (55,09%) et sur la morbidité pour 137 (63,43%).

Les difficultés pour adapter leur argumentaire à chaque patient en concernait 20 (9,26%) et la priorisation de l'intérêt de la collectivité versus la liberté individuelle était déclarée par 80 médecins (37,04%).

3.2.2.2 La reconnaissance de la place et du rôle du médecin généraliste

Le fait que le dépistage soit une des missions du médecin généraliste et que cela soit inscrit dans les recommandations actuelles étaient deux motivations prédominantes (34 soit

15,74% et 22 soit 10,19% des médecins respectivement). Parmi les autres, étaient retrouvées la notion de rôle du médecin traitant, pour 15 d'entre eux (6,94%) et le fait que cela ait permis de diagnostiquer des cancers chez leurs patients (13 soit 6,02%).

3.2.2.3 L'appui des sites et des campagnes

Le site de CAPSANTE 49 était utilisé par 87 médecins (soit 40,28%). 13 d'entre eux ont déclaré utiliser la vidéo YouTube® (5,99%), trois le site de l'INCa (1,39%).

La campagne médiatique sur le dépistage du cancer colorectal appelée « Mars Bleu » (MB) était connue de 88 médecins (40,74%). Parmi eux, 75 (85,23%) ont déclaré ne pas participer aux actions proposées. 126 médecins soit 58,33% ne connaissaient ni ne participaient à la campagne médiatique « Mars Bleu ».

Concernant le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de la campagne « Mars Bleu », ils sont 117 (54.17%) à dire qu'elle n'a pas augmenté leur implication. Elle permet une diminution des réticences à faire le test pour 56 médecins (25,93%), facilite leur intervention auprès des patients pour 48 d'entre eux (22,22%) et permet au patient d'aborder de lui-même la question du dépistage pour 47 médecins (21,76%). L'augmentation de la participation des patients consécutive à « Mars Bleu » était notée par 18,98% des médecins.

Sur les 15 médecins déclarant participer à MB, six soulevaient l'absence d'impact que ce soit sur leur propre participation ou sur les patients. Parmi les neuf autres, six trouvaient que cela permettait au patient de parler du DOCCR, diminuait les réticences, facilitait leur intervention et ils percevaient une augmentation de participation chez leur patient. Les trois autres n'ont pas précisé leurs impressions sur MB puisqu'ils n'ont sélectionné aucun des critères proposés et n'ont pas laissé de commentaire.

3.2.3 Les limites à la participation au dépistage

3.2.3.1 Les difficultés et freins

La difficulté à proposer le test était exprimée par 164 médecins (76%). De même, les trois quarts (162 médecins soit 75%) ont déclaré avoir des freins à ce dépistage.

Parmi les difficultés rencontrées, la principale était l'absence de demande des patients pour 69 (31,94%), le fait que le patient soit asymptomatique pour 47 (21,76%) et pour 14 (6,38%) elle n'était pas précisée.

Parmi les freins exprimés, le principal est l'acte peu rémunéré pour 36 médecins (16,67%), l'adhésion du patient et la difficulté de rajouter cette tâche aux consultations habituelles pour 30 (13,89%) puis le caractère chronophage du test pour 27 (12,5%).

Dans les raisons non proposées, la patient, par sa non-adhésion, restait le frein ou la difficulté principale pour 30 médecins (13,89%) et huit médecins (3,70%) respectivement.

3.2.3.2 Les limites du test

Le gain de sensibilité du test et donc l'augmentation du nombre de coloscopies et des risques d'effets indésirables pour leurs patients étaient noté pour 83 (38,43%). Les contraintes administratives liées au test étaient vues comme un frein par huit d'entre eux (3,7%). Pour cinq médecins (2,31%) la périodicité de deux ans était une difficulté à proposer le test car estimée comme trop courte. Enfin, quatre médecins (1,85%) ont déclaré trouver les explications à donner aux patients trop complexes et trois (1,39%) estimaient le test peu fiable. Ils étaient sept (3,24%) à reconsidérer la question du dépistage pour certains patients fragiles devant le risque d'un éventuel faux positif et ses conséquences psychologiques.

3.3 Les propositions d'amélioration

Le facteur qui pourrait augmenter leur implication dans le dépistage a été précisé par 193 (89,35%) médecins.

3.3.1 Consultation dédiée

Le souhait que le dépistage soit intégré à une consultation dédiée à la prévention était exprimé par 64 médecins (29,63%).

3.3.2 Retour sur activité

Avoir un retour sur leur activité de dépistage plus clair et plus lisible était exprimée par 48 médecins (22,22%). Être informé sur les résultats du dépistage à l'échelle nationale était exprimée par 37 médecins (17,13%).

3.3.3 Amélioration de la rémunération

La revalorisation de leur acte de prévention était souhaitée par 19 (8,8%) d'entre eux et cinq (2,31%) demandaient une simplification de la rémunération.

3.3.4 Propositions anecdotiques

L'espace de commentaire libre a permis à 12 médecins d'émettre leur souhait. Trois (1,39%) médecins souhaitaient une déclaration de remise du test plus simple. Cinq médecins ont exprimé des souhaits particuliers :

- 1 (0,46%) plus de disponibilité
- 1 (0,46%) plus de facilité pour savoir l'éligibilité de ses patients
- 1 (0,46%) pas de nécessité du médecin traitant
- 1 (0,46%) une évaluation solide de l'intérêt du DOCCR
- 1 (0,46%) un acheminement plus rapide du test
- 1 (0,46%) une majoration de l'information à la population.

Le souhait de la mise en place d'un test moins compliqué était exprimé par 8 (3,7%). Trois (1,39%) n'ont pas laissé de commentaire.

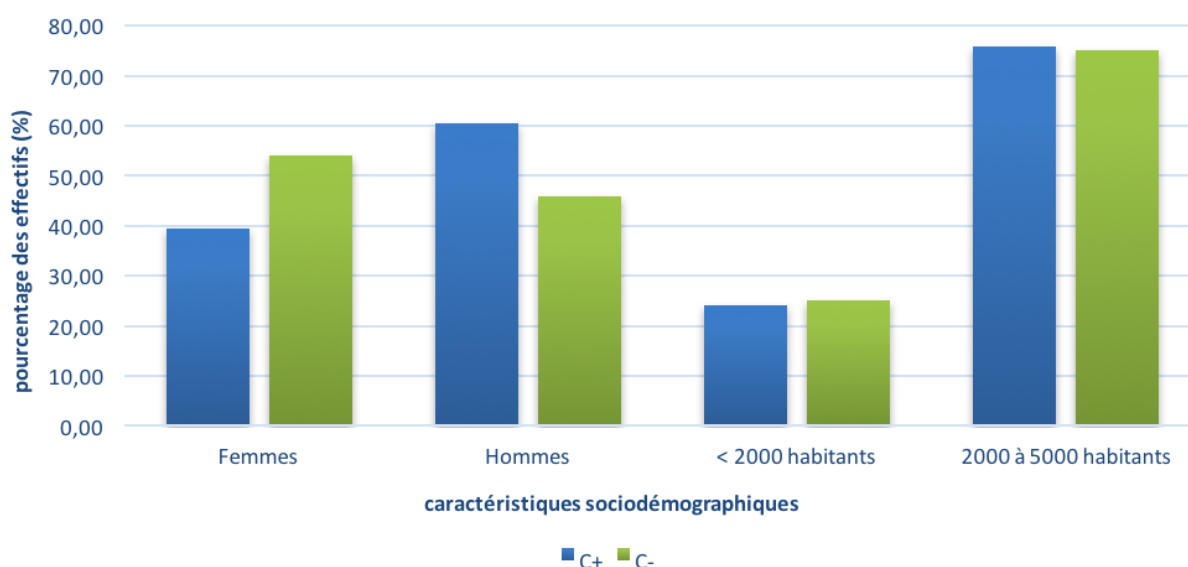
3.4 Modification de participation à l'arrivée du nouveau test

3.4.1 Les MG

Parmi les 214 (99,07%) médecins déclarant proposer le dépistage, 66 (30,84%) rapportaient une modification de leur participation depuis l'arrivée du test immunologique OC-SENSOR®.

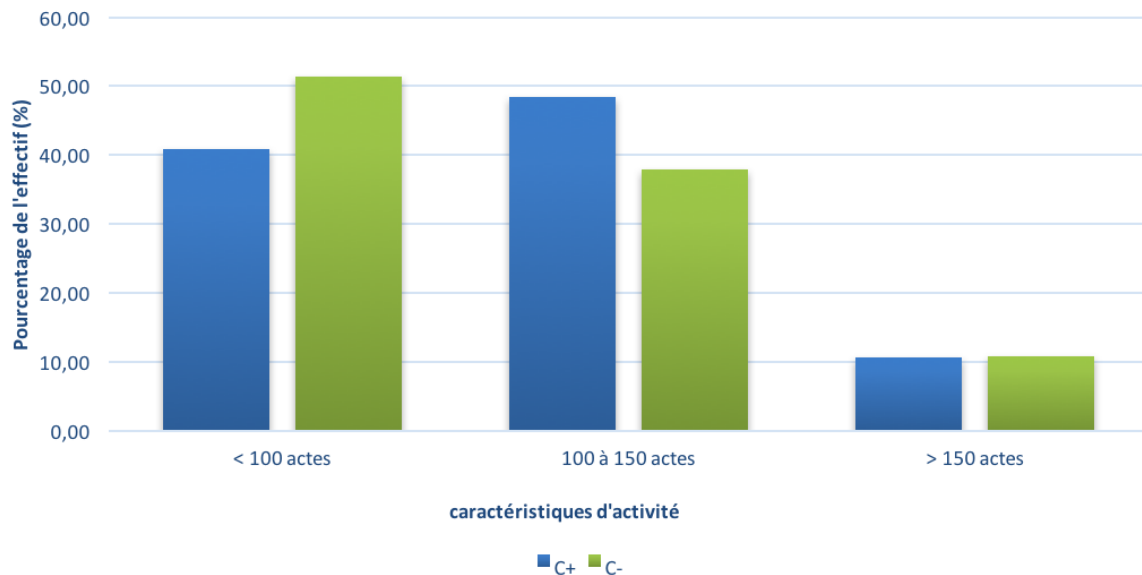
Nous appellerons ce groupe « Changement plus » (C⁺) versus « Changement moins » (C⁻) pour les 148 autres médecins (69,15%).

Figure 3 : Caractéristiques sociodémographiques



La moyenne d'âge des femmes de C⁺ était de 48,54 ans contre 44,08 ans dans le groupe C⁻ pour une médiane de 47 ans et 44 ans respectivement. La moyenne d'âge des hommes était de 53,18 ans dans C⁺ contre 48,74 ans dans C⁻ pour une médiane de 55 ans et 49,5 ans respectivement.

Figure 4 : Profil d'activité



La moyenne d'ancienneté de pratique pour le groupe C⁺ était de 22,42 ans contre 17,24 ans pour C⁻ pour des médianes de 22 ans et 17 ans respectivement.

3.4.1.1 Caractéristiques associées à une modification de participation

Les caractéristiques liées de manière statistiquement significative à la modification de pratique sont d'être d'un homme ($p=0,048$) ou d'avoir plus de 50 ans quel que soit le sexe ($p=0.0007$ IC_{95%} [-8.1;-2.16]).

3.4.1.2 Caractéristiques non associées

Il n'existait aucune différence entre les deux groupes pour le nombre d'actes par semaine et la localité d'exercice. Mars Bleu était connue par 27 médecins du groupe C⁺ contre 61 pour C⁻ et ils étaient six médecins de C⁺ à déclarer participer à la campagne contre neuf pour C⁻. Sans différence statistiquement significative mise en évidence.

Les médecins qui connaissaient Mars bleu (MB⁺) étaient plus âgés que les médecins qui ne la connaissaient pas (MB⁻) et ce de manière statistiquement significative ($p=0,026959$ IC_{95%}[0,3657 ;5,9895]). Cependant, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les médecins du groupe C⁺ et C⁻ en fonction de cette connaissance.

3.4.2 La place des patients

Nommer le patient comme le frein principal était lié de manière statistiquement significative au groupe C⁻ ($p=0,001$, $IC_{95\%}[0,0151 ; 0,5638]$).

3.4.3 Caractéristiques du nouveau test

Les caractéristiques du nouveau test sont appréciées sans différence significative entre les groupes C⁺ et C⁻. Elles concernaient la fiabilité du test (Fisher, $p=1$, $IC_{95\%}[0,018 ; 21,92]$), la périodicité tous les deux ans, le gain de sensibilité, les contraintes administratives, le caractère chronophage. De même, il n'existait aucune différence significative dans les deux groupes selon que les médecins souhaitaient un test moins compliqué, prenaient le temps d'ouvrir le kit, de coller les étiquettes, de lire le mode d'emploi, ou les trois en même temps.

Enfin, les médecins qui trouvaient le test chronophage ou les explications trop complexes n'utilisaient pas davantage (de manière statistiquement significative) l'ouverture du kit, le collage des étiquettes ou la lecture du mode d'emploi.

3.4.4 Proposition d'amélioration

Concernant les médecins s'étant prononcé sur un facteur pouvant augmenter leur implication, il n'y a pas de différence entre C⁺ et C⁻ pour chacun des facteurs.

4 DISCUSSION

4.1 Forces de l'étude

4.1.1 La population

On constate une conformité avec les statistiques démographiques du Maine et Loire puisque selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en 2017, 50,3% étaient des hommes et 49,6% étaient des femmes.(26)

La répartition était homogène avec une médiane et une moyenne de 47,8 ans et 48 ans respectivement. La moyenne d'âge globale de 47,81 ans était sensiblement plus basse que celle de la moyenne régionale qui était de 50 ans en 2015, en Pays de la Loire.

4.1.2 Taux de participation

Le taux de participation de 40% est important avec 216 questionnaires analysés. Les MG de Maine-et-Loire semblent sensibles aux questions de prévention.

Concernant les 52 réponses exclues de l'analyse, cela est dû à un problème informatique puisque pour 31 d'entre elles, aucune donnée n'était mentionnée et les 21 autres étaient complétées partiellement ou incomplètes et donc ininterprétables.

4.1.3 Année de thèse

Les chiffres de l'étude correspondent aux données nationales communiquées par le CNOM dans son atlas de la démographie de 2017 puisque 23,6% des médecins avaient soutenus leur thèse entre 1981 et 1990 (vs 21,3% dans notre population) et 21,2% entre 1991 et 2000 (vs 27,3% dans notre population).

Cependant, on peut remarquer que la tranche 2001-2010 était prédominante (28,7% versus 18,3%) et inversement pour la tranche 2011-2016 (19,82% vs 26,1% au niveau national).(26)

4.1.4 Exercice médical

Ils pratiquaient majoritairement dans des localités de taille moyenne ou grande (> à 500 habitants), il n'a pas été retrouvé de différence significative entre le nombre d'actes et la taille de la localité ($p = 0.96$). La pratique rurale n'était pas associée de manière significative à un nombre d'actes plus important.

L'hypothèse avancée ici était que la pratique rurale aurait été liée à un nombre d'actes plus important, du fait notamment de la pénurie de médecins, limitant les médecins ruraux

dans l'exercice préventif et les obligeant à se concentrer sur la médecine curative pour répondre à la demande de soins.

4.1.5 Le recueil des données par questionnaire

Le message d'accueil précédant l'ouverture du questionnaire avait pour but de susciter l'intérêt du lecteur à y répondre.

Le questionnaire court de douze questions sans ambiguïté de sens majoritairement composé de questions à choix unique (QCU) et de rares à choix multiples (QCM) facilitait la récupération d'un maximum de données. Il ne demandait que quelques minutes pour y répondre. Après relecture par trois médecins dont deux du Département de Médecine Générale de la Faculté d'Angers et d'un médecin de CAPSANTE49 il a été modifié.

Afin de faciliter l'analyse des données, toutes les questions étaient fermées avec un espace de commentaire libre à la fin de chacune d'elles permettant aux médecins qui le souhaitaient de nous soumettre leurs avis.

Ainsi l'espace de commentaire laissé à chaque question a permis de mettre en évidence une piste non envisagée.

4.2 Faiblesses

4.2.1 Recrutement

L'hypothèse d'un biais de recrutement est possible du fait que les plus jeunes répondent probablement plus facilement aux mails que les plus âgés. L'envoi par mail sans contact téléphonique ou rencontre directe entraîne également un biais car il est probable que la majeure partie des médecins répondant ait intégré le DOCCR dans leur pratique et a donc été intéressée par le sujet. Seuls deux (0,93%) déclaraient ne pas être impliqués dans ce dépistage.

4.2.2 Le questionnaire

Il aurait été plus judicieux de créer les classes de lieu d'exercice après le recueil des données que de les catégoriser sans proposer aux médecins de déclarer eux même la taille de la localité. De plus, la faible proportion de médecins exerçant dans une petite localité ne nous permet pas de généraliser nos résultats.

L'utilisation majoritaire de QCU s'est révélée être une limite pour certaines thématiques abordées notamment sur la question de la raison de la délivrance du test. La possibilité de réponse limitée à un item n'a pas permis de rendre compte de la réalité. En effet, ils étaient seulement 15,74% à reconnaître que cela faisait partie de leurs missions, 6,94% que cela faisait partie de leur rôle et l'inscription dans les recommandations était une raison pour 10,19% d'entre eux. Ces données ne concordent pas avec les résultats d'autres études utilisant des QCM où 96% des MG déclaraient que c'était une de leurs missions que de proposer les dépistages et que pour 91,7% cela faisait partie de leurs rôles.(21)

4.3 Implication des MG, les déterminants et limites

4.3.1 L'aide à l'utilisation du kit et la notification dans le dossier

La remise du kit de dépistage dans le dossier du patient était déclarée par 182 médecins (84,26%). Cette pratique semble avoir évolué puisqu'en 2012, une thèse qualitative s'intéressant aux obstacles du DOCCR du côté des médecins soulignait le faible appui du support informatique pourtant utilisé pour d'autres motifs de suivi dans la pratique des MG du Val-d'Oise.(10)

4.3.2 Les critères de santé publique

La majorité des médecins (57,87%) étaient convaincus de l'intérêt du test. Dix ans avant, le même argument était déclaré par 70% des médecins des Alpes Maritimes.(15) Il est confirmé par le rapport de l'INCa qui rapporte un taux de 95%.(13) Cette conviction

fortement partagée se retrouve dans la faible proportion des MG (3,24%) qui reconsidère la question du DOCCR chez des patients fragiles psychologiquement.

La diminution de la mortalité consécutive au dépistage était relevée par 55,09% des médecins. Cependant, celle-ci est effective pour une participation de 65% comme le rappelle le rapport de l'INCa de Mai 2016.(1) Fixée à 45% par l'Union Européenne, elle permettrait d'atteindre une efficacité réelle, ce qui n'est actuellement pas le cas même si le Maine-et-Loire s'en rapproche (44,7% sur la campagne 2016-2017).

La diminution des coûts de santé était reconnue par 67,59% avec la participation actuelle. Or, aucune évaluation médico-économique n'avait été prévue lors de la mise en place du programme mais cela faisait partie des perspectives d'évaluation comme le précisait le rapport de l'INCa en 2016.(1) La revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique de Juin 2013 notait qu'il était inexact de croire que la prévention pouvait réduire les coûts de santé, que c'était bien souvent des coûts supplémentaires, en tout cas au début, et que cela n'était pas un objectif en soi.(22)

La transparence de la campagne d'informations était notée par 74,54% des médecins. Elle va dans le sens de l'amélioration de la qualité des informations transmises au grand public dans le but de les guider vers un choix éclairé comme le souhaitait l'éditorial de la revue Prescrire en 2012(27) et 2014(28). Il dénonçait effectivement une attitude beaucoup trop paternaliste en France concernant l'information disponible pour les patients concernant les dépistages. Selon eux, elle était principalement tournée vers les bénéfices attendus du DOCCR en omettant les risques, les effets indésirables directs et indirects et la question des faux positifs ce qui ne permettait pas un choix libre et éclairé de la part des patients. Une étude allemande de 2011(29), avait montré qu'il n'y avait pas de modification de la participation si les patients étaient mieux informés. Seulement le choix était plus éclairé du fait de l'augmentation des connaissances. De même, une étude de la Cochrane collaboration

montrait qu'une information exhaustive n'augmentait pas l'anxiété et n'avait pas d'incidence négative sur la participation voire pouvait même l'augmenter légèrement.(30)

Cette insuffisance d'information et de difficulté de transparence est retrouvée dans le dépistage organisé du cancer du sein puisqu'une brochure a été publiée le 13 septembre 2017 par l'INCa. Ce dépliant faisait suite à la conclusion du comité de la concertation sur le dépistage organisé du cancer du sein qui précisait en Octobre 2016 que les informations concernant la balance bénéfice/risque étaient incomplètes. Cette démarche s'inscrit donc dans un souci de transparence et d'information malgré un ton général très favorable au dépistage. Il est probable que cette démarche de réévaluation des informations transmises aux patients concernés se produise pour le dépistage du cancer colorectal.(31)

Plus d'un tiers (37,04%) ont déclaré que le DOCCR priorisait l'intérêt collectif au dépend de la liberté individuelle. Le but des mesures de santé publique telles que les dépistages entraîne l'application de mesures générales à un grand nombre de personnes. Cette situation soulève deux problématiques qui sont le rapport bénéfice/risque pour chaque individu et la remise en cause du libre arbitre. Dans les actes de santé publique, l'individu doit-il être sujet ou objet, quelles sont les limites à la liberté individuelle face aux bénéfices attendus pour la collectivité ? La France propose des actions de prévention non obligatoires tout en apportant une information la plus complète possible afin de permettre un choix libre. Cependant, ce modèle ne permet pas à ce jour de répondre à l'objectif en terme d'efficience devant le taux de participation trop faible.(1)

4.3.3 Meilleur appui du site départemental que des nationaux

Peu ont déclaré s'appuyer sur les sites internet puisque seulement 13 d'entre eux ont déclaré utiliser la vidéo YouTube® (5,99%), 3 le site de l'INCa (1,39%). A noter toutefois une meilleure utilisation du site de CAPSANTE49 par 87 médecins (40,28%). Un seul médecin a exprimé avoir des difficultés pour accéder au site d'éligibilité.

4.3.4 Les bénéfices/risques du nouveau test

Le gain en sensibilité du test et le risque d'augmentation du nombre de coloscopies et des effets indésirables inhérents était déclaré par plus d'un tiers (38,43%) des médecins.

Certains auteurs(5,32) tirent la sonnette d'alarme quant aux conséquences de ce passage au test immunologique. Etant spécifique de l'hémoglobine humaine et donc plus performant que le test Hémocult®, il entraîne deux fois plus de coloscopies. Or cet acte invasif nécessitant parfois une anesthésie générale n'est pas sans risque et comporte des effets indésirables rares mais potentiellement graves (trois complications graves pour 1000 coloscopies(32), 0,014% de décès suite à une complication grave(7)) parmi lesquelles la perforation digestive, les hémorragies sévères, les diverticulites et autres douleurs abdominales sévères, les accidents cardiovasculaires, les troubles du rythme ou les infarctus du myocarde secondaires à l'anesthésie.(32)

Un bilan étasunien de 2010 regroupant l'analyse de plusieurs études retrouvait 128 décès pour 371 099 coloscopies, soit un taux de mortalité de 3 pour 10 000 coloscopies et un taux de mortalité spécifique de 0,007%.(33) Une autre étude de cohorte rétrospective américaine publiée en 2012 retrouvait le même taux de mortalité globale de 3 pour 10 000 coloscopies.(34) Pour le moment, il n'existe pas encore de données précises sur les conséquences de cette augmentation du nombre de coloscopies, mais il est vrai qu'il ne faudrait pas utiliser à tort l'adage « mieux vaut prévenir que guérir » au dépend de cette phrase primordiale du serment d'Hippocrate « Primum non nocere (d'abord, ne pas nuire) » comme l'a rappelé l'éditorial de la revue Prescrire en 2014.(28) Ce suivi des effets indésirables de la coloscopie dans le cadre du DOCCR est inscrit dans l'arrêté du 13 septembre 2014 du journal officiel.(35) Il permettra à long terme d'étudier si le test immunologique améliore la balance bénéfice-risque.

La proposition du test était reconsidérée par 3,24% pour certains patients ressentis fragiles. L'augmentation du nombre de faux positif potentiel et ses conséquences psychologiques sur l'individu (inquiétude, angoisses, culpabilité...) en le faisant passer, à tort, de statut de « bien portant » à « malade » font également partie des effets indésirables possibles.

Quelques études ont été publiées sur les répercussions psychosociales des Faux Positifs (FP). Deux d'entre elles montraient que les FP entraînaient stress et anxiété avant la coloscopie et un court moment après et cinq études montraient qu'il n'y avait pas de différence vis-à-vis du stress causé par un test vrai positif (VP) et FP.(36) Une étude de 2012 s'est intéressée à la qualité de vie des patients ayant un test positif et de ceux ayant un test négatif. Aucune différence significative n'a été mise en évidence dans les scores de qualité de vie entre les personnes ayant eu un Vrai Positif (VP) ou un FP.(37)

4.3.5 Un frein émergent : le patient

Le patient, reconnu pour 17,6% des MG comme un frein ou une difficulté au DOCCR est un facteur émergent de l'étude au travers des commentaires libres. Les facteurs explicatifs n'ont donc pas été explorés.

Le fait de nommer le patient comme frein principal au dépistage était associé au groupe qui n'avait pas modifié leur comportement à l'arrivée du nouveau test ($p=0,001$, $IC_{95\%}[0,0151 ; 0,5638]$). Ils notaient une difficulté à recommander « pour ceux qui refusent depuis plusieurs années », « un manque de responsabilité des patients vis-à-vis de la prise en charge de leur santé » et ils respectaient « le refus d'un dépistage systématique de certains patients ». C'est une des limites d'un dépistage de masse, le respect du libre arbitre et du choix éclairé des patients ne peut permettre d'atteindre un taux de participation de 100%.

L'absence de demande du patient reste une difficulté à proposer le test puisqu'en 2008, ils étaient 16% à le soulever contre 31,94% dans notre étude. Cette difficulté liée à la communication et au fait d'être systématique dans les consultations a été relevée dans l'étude de 2012. Les médecins reconnaissaient avoir du mal à y penser de manière systématique.(10)

On peut s'interroger sur l'impact des campagnes d'information sur le patient. La trop grande discrétion de la campagne était retrouvée dans une thèse qualitative de 2012. Les médecins interrogés notaient qu'une faible proportion de leur patient évoquait MB et qu'elle leur paraissait mal comprise par certains.(10) En 2011, des patients soulignaient l'insuffisance d'information médiatique.(12)

4.4 Modification de participation à l'arrivée du nouveau test

4.4.1 Caractéristiques des MG

30% des médecins ont déclaré avoir changé leur participation au DOCCR depuis l'arrivée du test immunologique.

Le fait d'être un homme était lié de manière significative à ce changement. En 2011, une thèse qualitative d'exploration des obstacles au DOCCR avait déjà émis l'idée que le sexe du MG influençait sur le type de dépistage proposé.(25) Cependant, les résultats des études quantitatives faites à l'étranger montraient plutôt une absence de lien entre l'âge et le sexe des MG et leur participation(11,38).

4.4.2 Les caractéristiques du nouveau test

Le test était chronophage pour seulement 12,50% de la population (en 5^{ème} position) contre 29% dans l'étude de 2008 qui déclaraient que les explications à donner étaient trop longues. En 2008, c'était la principale contrainte ressentie. Plusieurs études faites avant le changement de test retrouvaient un résultat similaire(39) avec une durée moyenne pour

expliquer et délivrer le test estimé à 7 minutes.(27) La complexité des explications n'est plus une contrainte puisque seulement 1,85% le rapportaient dans notre étude contre 16% en 2008. De même pour la fiabilité du test (1,39% vs 16% en 2008).

Le passage au test immunologique est, sans aucun doute, une des explications tout comme l'augmentation de l'expérience des MG.

L'aspect administratif reste une des limites du test (4% en 2008 et 3,70% en 2018) malgré la possibilité de commander les kits sur internet.

La modification de participation n'est pas en lien avec les caractéristiques du nouveau test malgré le constat d'une amélioration des avis sur ce test.

5 PROPOSITION D'AMELIORATION ET OUVERTURE

5.1 Modification de la rémunération

L'insuffisance de rémunération vis-à-vis du test reste présente par rapport à 2008 comme un des freins important à ce dépistage (16,67% vs 8% respectivement).

Cette proposition rejoint l'idée que les médecins généralistes s'inscrivent de plus en plus dans une démarche préventive mais qu'ils souhaitent que leurs actions soient valorisées et reconnues. Une étude de 2016 a mis en évidence qu'une rémunération supplémentaire basée sur le taux de dépistage de leur patientèle permettrait d'augmenter leur participation.

Il faudra reconsidérer cette situation dans les deux prochaines années étant donné que les modalités de rémunération ont changé depuis Janvier 2018. La sécurité sociale a résilié les contrats transitoires de rémunération d'amélioration des pratiques dans le cadre du DOCCR. L'indemnisation était basée sur le nombre annuel de tests immunologiques lus identifiés au nom du médecin et était forfaitaire et évolutive suivant le nombre de tests lus(41).

Tableau 1 : Evolution de l'indemnisation en fonction du nombre de tests lus

Nombre de tests de dépistage lus sur l'année de référence.	Rémunération annuelle totale cumulée du médecin ou par centre de santé*
De 15 à 30 tests	60 euros
De 31 à 75 tests	180 euros
De 76 à 150 tests	430 euros
De 151 à 300 tests	600 euros
Plus de 300 tests	1030 euros

En remplacement, un indicateur de Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique (Rosp) dédié au DOCCR a été signé dans la convention médicale en 2016 et mise en vigueur au 1^{er} Janvier 2017. Cet objectif est fixé à $\geq 70\%$ des patients de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des deux dernières années et rapporte 55 points.(41) Les médecins n'ont donc probablement pas encore perçu le changement de rémunération.

5.2 Mise en place d'une consultation dédiée

Depuis 2008, cette mesure est exprimée par les MG afin de faciliter leur implication (29,63% dans notre étude versus 39% en 2008). Le temps passé au recrutement et aux explications sont les justifications de cette nécessité de valorisation financière.(42) Pour le moment, aucune cotation n'est disponible pour la valoriser, même si elle a déjà été discutée au niveau ministériel par Marisol TOURAINE en Avril 2017 et reprise ensuite par Agnès BUZYN en Octobre 2017.

5.3 Et les patients ?

Le département de Maine-et-Loire est le quatrième département français en termes de participation au DOCCR avec un taux de 44,7% sur la dernière campagne. L'arrivée du test immunologique a permis d'augmenter le taux dans ce département sans pour cela atteindre les 45% recommandés par l'Union Européenne. Au regard de l'étude, les médecins n'ont

plus, en grande majorité, de difficulté avec le test de dépistage en lui-même mais plutôt avec le patient.

Une thèse d'Octobre 2018 s'est intéressée au lien entre Affection Longue-durée (ALD) et la non-participation au dépistage par frottis cervico-vaginal (FCV) après 50 ans. Elle a mis en évidence que les femmes qui étaient en ALD augmentaient leur risque de non-dépistage par FCV après 50 ans avec une grande disparité selon le type d'ALD. Les patientes bénéficiant d'un dispositif d'aide à la prise en charge des soins de santé se faisaient moins dépister et le fait d'avoir un médecin traitant déclaré était associé significativement à un meilleur dépistage. (43)

Il semble donc intéressant d'étudier si ces mêmes facteurs de non-participation des patients sont retrouvés et ainsi de mieux cibler les populations à risque de non dépistage.

6 CONCLUSION

Les résultats montrent l'implication des MG du Maine-et-Loire dans le DOCCR avec une participation qui tend à atteindre les objectifs fixés par l'Union Européenne. Cette progression constante de participation pourrait être majorée notamment par la mise en place d'une consultation dédiée à la prévention et d'une étude sur les populations à risque de non dépistage.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. INCa. Éthique et dépistage organisé du cancer colorectal - Analyse du dispositif français, collection appui à la décision. 2016 Mai p. 92.
2. YOUSSEFIAN Anne. Formation des MG aux méthodes de communication : efficacité dans le dépistage du CCR, un essai randomisé contrôlé en cluster [Thèse de doctorat]. [Paris 7]: Paris Diderot; 2013.
3. INCa. Survie attendue des patients atteints de cancers en France - état des lieux. 2010 Avril p. 1-58. (Rapports et synthèse).
4. Ole Kronborg. randomised study of screening for CCR with faecal-occult-blood test. *Lancet*. 1996;348:1467-71.
5. Faivre J, Dancourt V, Denis B, Dorval E, Piette C, Perrin P, et al. Comparison between a guaiac and three immunochemical faecal occult blood tests in screening for colorectal cancer. *Eur J Cancer*. nov 2012;48(16):2969-76.
6. Manceau G, Karoui M, Charachon A, Delchier J-C, Sobhani I. HNPCC (hereditary non-polyposis colorectal cancer) or Lynch syndrome: a syndrome related to a failure of DNA repair system. *Bull Cancer (Paris)*. 2011;98(3):323-336.
7. Bouvier A-M, others. Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. *BEH*. 2009;23:14-6.
8. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*. Juin 2004;126(7):1674-80.
9. Jérôme Viguié, Emilie Bernat. Dépistage du cancer colorectal en France - l'implication du généraliste est et restera essentielle. *Concours Méd*. Décembre 2011;133(10):778-83.
10. Enault M-A. Difficultés posées par le dépistage du cancer colorectal par test Hémocult chez les médecins généralistes du Val d'Oise [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.
11. Sahin MK, Aker S, Arslan HN. Barriers to Colorectal Cancer Screening in a Primary Care Setting in Turkey. *J Community Health* [Internet]. 11 août 2016 [cité 15 nov 2016]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10900-016-0235-1>
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Peremans L, Van Royen P. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam Pract*. 1 déc 2011;28(6):670-6.

13. INCa. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique de l'INCa Septembre 2010. INCA. juin 2011;20.
14. Miranda-Diaz C, Betancourt E, Ruiz-Candelaria Y, Hunter-Mellado R. Barriers for Compliance to Breast, Colorectal, and Cervical Screening Cancer Tests among Hispanic Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 22 déc 2015;13(1):21.
15. Rameau H. Facteurs déterminants la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal dans les Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2008.
16. Julien Scanzi. Cancer colorectal : le rôle prépondérant du médecin traitant dans la prévention, le dépistage et le suivi. *Preuves Prat*. 2eme trimestre 2016;73:4-10.
17. INCa. Plan cancer 2014-2019. 2014 Février.
18. Lejeune C, Le Gleut K, Cottet V, Galimard C, Durand G, Dancourt V, et al. The cost-effectiveness of immunochemical tests for colorectal cancer screening. *Dig Liver Dis*. janv 2014;46(1):76-81.
19. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Levillain R, Tichet J, et al. Comparison of a guaiac and an immunochemical faecal occult blood test for the detection of colonic lesions according to lesion type and location. *Br J Cancer*. 21 avr 2009;100(8):1230-5.
20. Rossum LG van, Rijn AF van, Laheij RJ, Oijen MG van, Fockens P, Krieken HH van, et al. Random Comparison of Guaiac and Immunochemical Fecal Occult Blood Tests for Colorectal Cancer in a Screening Population. *Gastroenterology*. 1 juill 2008;135(1):82-90.
21. Dubois C, Attali C. Motivations et réticences des médecins généralistes de l'Essonne à proposer les dépistages de masse organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal. UPEC, France: Université de Paris-Val-de-Marne; 2008.
22. Roger Salamon. Les obstacles à la prévention. *ADSP*. juin 2013;(n° 83):52-3.
23. Michinov E, Blanchet C. When self-construal priming influences the relationship between transactive memory and group performance**. *RIPSO Rev Int Psychol Soc*. 2015;28(3):97-119.
24. Krogsboll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 20 nov 2012;345(nov20

3):e7191-e7191.

25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz T, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *Hemobstacle Une Étude Qual Exerc.* 2008;19:4-7.
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale 2017. 2017.
27. revue prescrire. Editorial : dépistage, dire la vérité. 2012;32(340):133.
28. Prescrire. Editorial de la revue Prescrire. 2014;34(369):481.
29. Steckelberg A, Hulfenhaus C, Haastert B, Muhlhauser I. Effect of evidence based risk information on « informed choice » in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ.* 2 juin 2011;342(jun02 1):d3193-d3193.
30. Edwards AG, Naik G, Ahmed H, Elwyn GJ, Pickles T, Hood K, et al. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. Cochrane Consumers and Communication Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 28 févr 2013 [cité 27 août 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001865.pub3>
31. Aurélie Haroche. Dépistage du cancer du sein - une information un peu plus objective sur les bénéfices/risques. *JIM.fr.* 14 sept 2017;
32. Prescrire. Dépistage du cancer colorectal par les tests immunologiques. juillet 2012;32(345):522-5.
33. Fisher DA, Maple JT, Ben-Menachem T, Cash BD, Decker GA, Early DS, et al. Complications of colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* oct 2011;74(4):745-52.
34. Rutter CM, Johnson E, Miglioretti DL, Mandelson MT, Inadomi J, Buist DSM. Adverse events after screening and follow-up colonoscopy. *Cancer Causes Control.* févr 2012;23(2):289-96.
35. ARRÊTÉ du 23 septembre 2014. *JORF n°0230, AFSP1422723A* oct 4, 2014.
36. van der Velde JL, Blanker MH, Stegmann ME, de Bock GH, Berger MY, Berendsen AJ. A systematic review of the psychological impact of false-positive colorectal cancer screening: What is the role of the general practitioner? *Eur J Cancer Care (Engl).* mai 2017;26(3):e12709.
37. Kapidzic A, Korfage IJ, van Dam L, van Roon AH, Reijerink JC, Zauber AG, et al. Quality of life in

participants of a CRC screening program. Br J Cancer. 9 oct 2012;107(8):1295-301.

38. Federici A, Giorgi Rossi P, Bartolozzi F, Farchi S, Borgia P, Guastacchi G. Survey on colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and practices of general practice physicians in Lazio, Italy. Prev Med. juill 2005;41(1):30-5.
39. Nancy G. DOCTORAT EN MÉDECINE [Internet]. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT-PARIS; 2011 [cité 29 déc 2016]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3527_THESE-GAYE.pdf
40. Aubin-Auger I, Bottet A, Catrice M, Jeanmougin P, Picard H, Gauffier N, et al. De la recherche à la pratique en médecine générale : le dépistage du cancer colorectal. Exercer. 2015;26(118):78–82.
41. Ameli.fr. Rémunération ROSE DOCCR [Internet]. 2018 [cité 11 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/depistage-organise-du-cancer-colorectal-fin-du-contrat-transitoire-pour-les-medecins-traitants>
42. Sicsic J, Krucien N, Franc C. What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers. Soc Sci Med. oct 2016;167:116-27.
43. Raphaëlle Husser. ALD et non-participation dépistage FCU. [Angers]: Faculté de Médecine d'Angers; 2018.

8 Liste des figures

Figure 1 : Schéma d'organisation du programme de dépistage organisé en France	15
Figure 2 : Diagramme de la population de l'étude	23
Figure 3 : Caractéristiques sociodémographiques	28
Figure 4 : Profil d'activité	29

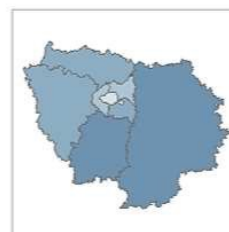
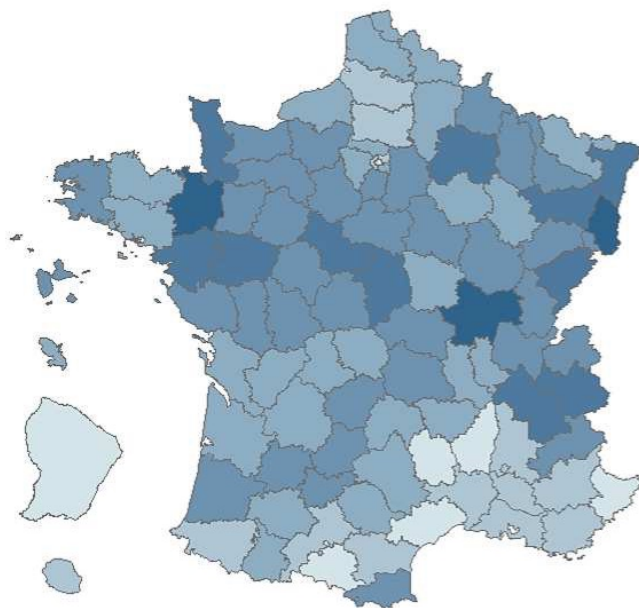
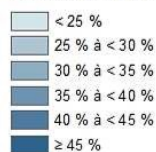
9 Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution de l'indemnisation en fonction du nombre de tests lus	40
------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

10 Annexes

Annexe 1 : Taux standardisé de participation au DOCCR par département pour la période 2016-2017

Taux de participation
standardisés (%)



* Standardisés sur la population française 2009 des 50-74 ans (projections de population INSEE 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN-GeoFLA® 2014 ;

©Santé publique France, 06/02/2018

Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

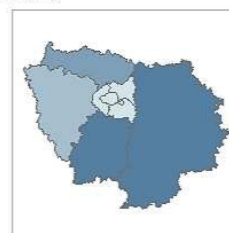
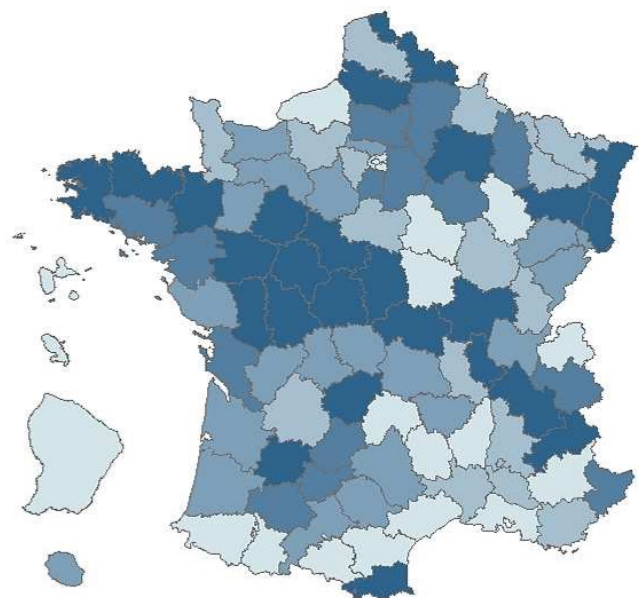
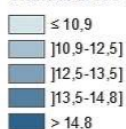
Annexe 2 : Taux d'exclusion par département pour des raisons médicales

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal

Période 2016-2017

Taux standardisés* de personnes exclues pour des raisons médicales, par département

Taux d'exclusions
standardisés** (%)



** Les classes ont été définies par rapport au taux de participation national standardisé 2016-2017 :

- plus de 15 % inférieur au niveau national
- de 5 à 15 % inférieur au niveau national
- +/- 5 % comparable au niveau national
- de 5 à 15 % supérieur au niveau national
- plus de 15 % supérieur au niveau national

* Standardisés sur la population française 2009 des 50-74 ans (projections de population INSEE 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN-GeoFLA® 2014 ;

©Santé publique France, 06/02/2018

Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

Questionnaire

Interne en dernière année du DES de médecine générale à la faculté d'Angers, je m'intéresse au dépistage du cancer colorectal et plus précisément aux facteurs qui déterminent la participation des médecins généralistes de Maine et Loire à ce dépistage depuis l'arrivée du test immunologique.

Le taux de participation reste en dessous du seuil fixé par l'union européenne même si pour le département de Maine et Loire, nous avons constaté une augmentation de participation sur la campagne 2016 suite à l'arrivée du test immunologique.

Ce questionnaire de 12 questions ne vous prendra que 5 minutes.
Je vous remercie du temps que vous y consacrerez.

1) Données épidémiologiques

Age :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Année de Thèse :

Lieu du cabinet médical : ☐ < 500 habts ☐ 500 à 2000 habts ☐ 2000 à 5000 habts

Combien d'actes faites-vous par semaine : ☐ < 50 ☐ 50-100 ☐ 100-150 ☐ >150

2) Proposez-vous le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) à vos patients ?

☐ Oui ☐ Non

3) L'arrivée du test immunologique a-t-il modifié votre comportement vis-à-vis de votre pratique du dépistage du Cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non

4) Pouvez-vous préciser la principale raison qui vous amène à délivrer ce test à vos patients ?

Une seule réponse possible :

- ☐ Parce que je suis convaincu de l'intérêt du dépistage organisé pour mes patients
- ☐ Cela a permis de diagnostiquer un cancer (ou un polype) chez un ou plusieurs de mes patients
- ☐ Les patients me le demandent
- ☐ Il y a eu un cas de cancer du côlon dans mon entourage
- ☐ J'ai été formé au dépistage du cancer colorectal (FMC, sécurité sociale, ...)
- ☐ C'est mon rôle en tant que maillon de santé publique
- ☐ C'est une de mes missions de médecin généraliste
- ☐ Cela fait partie des recommandations actuelles
- ☐ Autre :

5) Quel facteur pourrait augmenter votre implication dans le dépistage ?

Une seule réponse possible :

- ☐ Un test moins compliqué à expliquer
- ☐ Une majoration de la rémunération
- ☐ Une simplification de la rémunération
- ☐ Un retour d'information sur mon activité de dépistage plus claire et lisible
- ☐ L'intégration du dépistage dans une consultation dédiée à la prévention
- ☐ Un retour d'information sur les résultats du dépistage à l'échelle nationale
- ☐ Autre : ...

6) Quels outils utilisez-vous pour favoriser ce dépistage (informations, argumentaire, explications, suivi, ...) :

Merci de répondre à tous les items

	OUI	NON
- Site d'éligibilité de CAPSANTE 49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vidéo youtube pour le mode d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Alarme informatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ouverture du kit avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- « Collage » des étiquettes avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lecture du mode d'emploi et explications avec le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Redirection du patient vers le site INCa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Note dans le dossier informatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autre :		

7) Pouvez-vous préciser le principal frein à ce dépistage dans votre exercice ?

Une seule réponse possible

- ☐ Test chronophage
- ☐ Explications trop complexes à donner au patient
- ☐ Trop de contrainte administrative (trop de papier à remplir)
- ☐ Difficile à rajouter dans une consultation habituelle
- ☐ Acte peu rémunéré
- ☐ Autre :

8) Pouvez-vous préciser la principale difficulté à proposer la réalisation de ce test à vos patients ?

Une seule réponse possible

- ☐ C'est difficile car les patients sont asymptomatiques
- ☐ C'est difficile car les patients n'expriment aucune demande
- ☐ C'est difficile car le test est peu fiable
- ☐ C'est difficile de leur parler de leurs selles
- ☐ C'est difficile de leur parler de cancer
- ☐ La périodicité d'un test tous les 2 ans est trop courte
- ☐ Autre :

9) Connaissez-vous la campagne d'information organisée au niveau national autour du dépistage du cancer colorectal (Mars Bleu) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

10) Avez-vous participé à certaines actions de cette campagne ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11) Suite à la campagne médiatique et événementielle de « Mars Bleu », vous diriez que :

Merci de répondre à toutes les propositions

	OUI	NON
Elle a majoré votre implication dans ce dépistage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les patients abordent le sujet du dépistage plus fréquemment en consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les patients vous parlent de Mars Bleu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous notez une augmentation de participation à ce dépistage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous notez moins de réticences à l'égard de ce test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez l'impression que cela facilite votre intervention pour ce dépistage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun impact remarqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		

12) Votre avis sur le DOCCR (Dépistage Organisé du Cancer Colorectal)

Merci de répondre à tous les items

	OUI	NON
A - L'argumentaire est difficile à adapter pour chaque patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B - Il permet aujourd'hui en France de réduire les coûts de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Il est transparent en termes d'informations sur les risques et limites permettant un choix libre et éclairé de la part des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - Il a un réel impact en termes de <u>mortalité pour ce cancer</u> avec le taux de participation actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E - Il a un réel impact en termes de <u>morbidité pour ce cancer</u> avec le taux de participation actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F - Il priorise l'intérêt pour la collectivité versus la liberté individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G - Le gain de sensibilité du test et donc l'augmentation du nombre de coloscopie augmente les risques d'effets indésirables pour mes patients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H - Les Faux positif et leurs conséquences sur l'état psychologique de mes patients m'amènent à ne pas proposer systématiquement le test si je sens mon patient fragile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

Participation des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal depuis l'arrivée du test immunologique - enquête en Maine-et-Loire

RÉSUMÉ

Introduction : Depuis 2015, la HAS a préconisé le remplacement du test Hémocult II® par le test immunologique (OC-SENSOR®). Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal (CCR) reste en dessous du seuil recommandé par l'union européenne (45%). Les médecins généralistes jouent un rôle important dans l'adhésion des patients au dépistage.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, quantitative, transversale et déclarative. L'objectif principal était de connaître l'implication des MG dans le DOCCR et les facteurs intervenant. Le questionnaire explorait aussi leurs propositions d'amélioration et leur modification de participation depuis l'arrivée du test immunologique. Il a été adressé aux médecins généralistes installés en Maine-et-Loire.

Résultats : 216 questionnaires analysés avec un taux de participation de 40%. L'ouverture du kit en consultation était utilisée par 190 médecins (87,96%), l'annotation de la remise du test dans le dossier médical par 182 (84,26%). Concernant le DOCCR, 125 (57,87%) étaient convaincus de son intérêt, 161 (74,54%) reconnaissaient la transparence de la campagne d'information et 146 (67,59%) la diminution des coûts de santé. Le site de CAPSANTE 49 était utilisé par 87 médecins (40,28%). 117 (54,17%) affirmaient que la campagne « Mars Bleu » n'avait pas augmenté leur implication. La principale difficulté est l'absence de demande des patients pour 69 (31,94%), le principal frein est l'acte peu rémunéré pour 36 (16,67%). L'augmentation du nombre de coloscopies et des risques d'effets indésirables inhérents était notée par 83 (38,43%). Le souhait d'une consultation dédiée à la prévention, était exprimée par 64 (29,63%). La modification de participation depuis l'arrivée du nouveau test est associée à être un homme et avoir plus de 50 ans quelques soit le sexe, la non modification associée à nommer le patient comme frein principal.

Conclusion : Les MG sont engagés dans la participation au DOCCR, ils souhaitent une consultation dédiée et reconnaissent la nécessité des soins centrés sur le patient. Il serait intéressant d'étudier les facteurs de non-participation au DOCCR afin de mieux cibler les populations à risque de non dépistage.

Mots-clés : test immunologique, dépistage du cancer colorectal, facteurs d'implication, médecins généralistes

General practitioners' participation in colorectal cancer screening since the introduction of the immunochemical test - survey in Maine-et-Loire

ABSTRACT

Introduction: Since 2015, the French Health Authority (FHA) replaced the Hemocult II® by the immunochemical test (OC-SENSOR®). The participation rate for colorectal cancer screening (CRCS) remains below the threshold recommended by the European Union (45%). General practitioners (GP) play a key role in increasing patient compliance with CRCS.

Material & method: It was a descriptive, quantitative, transversal and declarative study. The main objective was to know GP's involvement in CRCS and the factors. The questionnaire explored opportunities of improvement and involvement's modification since the introduction of the new test. It was sent to GP of Maine-et-Loire.

Results: 216 surveys studied with a participation rate of 40%. The opening kit during the consultation used by 190 GP (87,96%), the inscription in medical record by 182 (84,26%). About the CRCS, 125 (57,96%) believed in screening interest, 161 (74,54%) admitted the transparency of information and 146 (67,59%) the diminution of public health costs. The website called CAPSANTE49 was used by 87 GP (40,28%). 117 (54,17%) said they didn't increase their involvement with "Mars Bleu". The main difficulty was the absence of request for 69 GP (31,94%), the main obstacle is the poor remuneration for 36 (16,67%). The increasing number of colonoscopy and adverse effects was noted by 83 (38,43%). 64 GP (29,63%) would like to have the screening included in a consultation dedicated to prevention. The characteristics associated to the modification of practice are to be of a male or to be over 50 years old, whatever the gender. The characteristics associated to the no-modification of practice are to report the patient as the main obstacle.

Conclusion: GP are engaged in participation of CRCS, they want a consultation dedicated to prevention and they recognize the need to have patient-centred care. It would be interesting to study the non-adherent factors in CRCS to better target populations with a high risk of non-adherence.

Key words: immunological test, colorectal cancer screening, implication factors, general practitioners

