

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7  
FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2013 \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**NOM : KENIGSBERG      Prénom : Margot**

**Date et Lieu de naissance : 13/10/1984 à Paris 14<sup>ème</sup>**

\_\_\_\_\_  
*Présentée et soutenue publiquement le :* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Étude du dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult  
chez 16 médecins généralistes d'un pôle de santé**

Président de thèse : **Professeur NOUGAIREDE Michel**

Directeur de thèse : Professeur NOUGAIREDE Michel

**DES médecine générale**

# Remerciements

Merci aux membres du jury qui me font l'honneur de juger ce travail.

Merci au Professeur Michel Nougairède qui a initié ce travail. Merci pour ce semestre d'apprentissage au cabinet Victor Hugo, pour votre goût de la transmission. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

Merci aux médecins du Pôle de Santé Gennevilliers-Villeneuve-La-Garenne pour leur participation à ce travail.

Merci au Dr Dehe d'ADK 92 et Mr Charles de CDC 93 sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

Merci à Jean-Marie Nougairède, coordinateur du PSU GVLG. Merci pour ton aide précieuse et ton incroyable patience.

Merci aux médecins rencontrés pendant mon internat qui m'ont appris mon métier : Dr Anna Christidis « ma marraine », Dr Gaëlle Duriez, Dr Maud Gelly, Dr Denis Lemasson, Dr Philippe Houdart, Pr Verny et toute l'équipe du service de gériatrie de la Pitié Salpêtrière, Dr Vittaz et toute l'équipe du service de diabétologie de l'hôpital R. Ballanger, toute l'équipe du réseau de soins palliatifs Arc en Ciel.

Merci au Dr Katell Mignotte de m'avoir fait confiance pour mes premiers pas de docteur dans son cabinet.

Merci au Dr Elisabeth Maurel Arrighi « ma doctoresse » pour m'avoir aussi donné envie de faire ce métier.

Merci à ma famille, mes parents qui m'ont appris mille autres choses que la médecine, mon frère Sam, mamie Hélène et la famille Cahen. Une pensée pour mes grands-pères, qui n'ont pas eu le temps de me voir devenir docteur. J'espère qu'ils auraient été fiers de moi.

Merci au Professeur Kahn, qui a toujours été attentif à mes études.

Une pensée pour Marie-Dominique Arrighi et Danièle Broda avec qui j'aurai tellement aimé partager ce moment.

Merci à ma fée, Léa (et sa luciole).

Merci à Dina

Merci à Sarah pour son aide.

Merci à Michèle et à Lola. Le Dr Praline a atteint sa pelouse.

Merci à la team de la bibliothèque Vauvenargues : ma juju et ma jonjon « parce qu'on avait pas décidé d'être médiocres ».

Merci aux belles rencontres des années d'internat : Nadia, Salomé, Martin, Adèle, les deux Julie, David et longue vie au GroJu !

Merci à Lina, mon phospholipide de la Pitié.

Et merci à Mikaël, mon rocher MK1. Avec tout mon amour.

# Table des matières

<b>Abréviations</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Introduction</b> .....	<b>5</b>
1. Le cancer colorectal .....	5
a) <i>Epidémiologie</i> .....	5
b) <i>Histoire naturelle du cancer</i> :.....	5
c) <i>Pronostic</i> .....	6
d) <i>Sujets à risques : 3 groupes</i> .....	7
2. Le dépistage du CCR.....	9
a) <i>Le test Hemocult II©</i> .....	9
b) <i>Les tests immunologiques</i> .....	10
c) <i>Le dépistage de masse organisé</i> .....	11
d) <i>La participation au dépistage</i> .....	15
e) <i>La consultation de délivrance du test Hemocult II©</i> .....	16
3. Le pôle de santé universitaire Gennevilliers-Villeneuve-La Garenne (PSU-GVLG) et l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération .....	17
a) <i>Le PSU-GVLG</i> .....	17
b) <i>L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération ( eNMR)</i> .....	17
c) <i>Le PSU-GVLG et les eNMR</i> .....	18
4. Hypothèse et objectifs .....	20
<b>II. Matériel et méthode</b> .....	<b>21</b>
<b>III. Résultats</b> .....	<b>24</b>
1. Nombre de tests HemocultII©.....	24
2. Questionnaire .....	27
3. Recueil de données dans les dossiers .....	29
<b>IV. Discussion</b> .....	<b>33</b>
1. Forces et biais de l'étude :.....	33
2. Evolution du nombre de tests Hemocult II© réalisés.....	33
3. La prévention encouragée en médecine générale ?.....	34
4. La place du médecin généraliste dans le dépistage du CCR.....	36
5. Comment convaincre les patients ?.....	38
6. Quelle formation pour les médecins ?.....	40
7. Les fiches d'exclusion.....	42
8. Le dossier médical.....	43
a) <i>Objectifs</i> .....	43
b) <i>Apport pour le patient</i> .....	43
c) <i>Apport pour les médecins</i> .....	44
d) <i>Les informations relatives à l'Hemocult dans les dossiers médicaux</i> .....	45
e) <i>Outils à proposer</i> .....	46
<b>V. Conclusion</b> .....	<b>50</b>
<b>VI. Annexes</b> .....	<b>51</b>
<b>VII. Bibliographie</b> .....	<b>57</b>

# Abréviations

ARS : Agence régionale de santé

CCR : Cancer colo rectal

DMO : Dépistage de masse organisé

DPM : Dossier médical personnalisé

eNMR: expérimentation des nouveaux modes de rémunération

FMC: Formation médicale continue

HAS: Haute autorité de santé

INCa : Institut national du cancer

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

InVs : Institut national de veille sanitaire

PSU GVLG : Pôle de santé universitaire de Gennevilliers Villeneuve-La-Garenne

# **I. Introduction**

Le cancer colorectal (CCR) est une pathologie fréquente et pour laquelle il existe un traitement précoce efficace. Depuis 2008, les autorités sanitaires françaises ont mis en place un dépistage de masse organisé (DMO). Nous avons voulu nous intéresser aux médecins généralistes qui sont au centre de la stratégie d'invitation à ce dépistage.

## **1. Le cancer colorectal**

### **a) Epidémiologie**

En France, en 2011, l'incidence du CCR est estimée à 40500 cas. [1]

Ce cancer représente un cancer sur six. C'est le troisième cancer le plus fréquent dans la population générale. Le deuxième chez la femme, après le cancer du sein et le troisième chez l'homme après le cancer du poumon et de la prostate. Il apparait comme la deuxième cause de mortalité par cancer, après le cancer du poumon, avec 17500 décès en 2011. Le taux de mortalité standardisé en 2011 est de 13,8 pour 100 000 hommes et 8,2 pour 100 000 femmes.

[2]

On estime que 4 hommes sur 100 et 3 femmes sur 100 risquent de développer un CCR au cours de leur vie entre 0 et 74 ans. [3]

### **b) Histoire naturelle du cancer :**

Un adénome (ou polype adénomateux) est une lésion précancéreuse, bénigne, due à une prolifération de cellules de la muqueuse colorectale. Cette dernière est fréquente puisque

qu'elle est présente chez 20 à 33 % des personnes de 65 à 74 ans. Elle se présente visuellement comme un polype ou comme une lésion plane. On estime que 60 à 80 % des CCR se développent à partir d'un adénome. Le risque de cancérisation des adénomes est plus élevé si [4] :

- le nombre d'adénome est supérieur à 3
- l'adénome est « avancé » c'est-à-dire se caractérise par une taille supérieure ou égale à 1 cm, un contingent vilieux > 25 % ou présente une dysplasie de haut grade.

Seuls les polypes adénomateux justifient une surveillance par coloscopie. La coloscopie de contrôle doit être faite au bout de 3 ans s'il existait un adénome de taille supérieure à 1 cm ou s'il existait un contingent vilieux. Après un examen négatif et de bonne qualité à 3 ans, les intervalles ultérieurs de surveillance peuvent être de 5 ans. La surveillance des polypes adénomateux doit être interrompue quand il paraît improbable qu'elle prolonge l'espérance de vie. [5]

### **c) Pronostic**

Le pronostic du CCR est étroitement lié au stade de développement au moment du diagnostic. On observe ainsi un taux de survie relative à 5 ans de 94 % pour les cancers diagnostiqués au stade I. Toutefois, seul un cinquième des CCR sont diagnostiqués à ce stade (Cf tableau ci-dessous).

Tous stades confondus, la survie moyenne à 5 ans est estimée à 56 %. [6]

Stade (classification NTM)	Extension	Survie relative à 5 ans	Répartition des diagnostics par stades
Stade I	Paroi jusqu'à la musculuse pT1/T2,N0M0	94 %	19%
Stade II	Paroi au-delà de la musculuse, organes adjacent pT3/T4 N0M0	80 %	28%
Stade III	Envahissement ganglionnaire pT,N1,M0	47 %	26%
Stade IV	Métastases pT,N,M1	5%	22%

#### **d) Sujets à risques : 3 groupes**

##### *Les sujets à risque moyen :*

Correspondant à la grande majorité de la population, ils n'ont pas de facteur prédisposant et développent des CCR dits « sporadiques ». Ce sont ces patients qui sont concernés par le DMO.

Les études [7] n'ont pas un niveau de preuves suffisant mais les facteurs favorisants évoqués sont la sédentarité, le surpoids, les régimes riches en protéines et en graisse, l'alcool et le tabac. Les facteurs protecteurs seraient : l'activité physique, les fibres alimentaires, le calcium, les vitamines A,C,D,E.

##### *Les sujets à risques élevés*

Il s'agit des personnes ayant les facteurs de risque suivants [8] :

- antécédents familiaux (le risque est d'autant plus important que le cancer apparaît tôt chez le parent)

- un cas de CCR ou d'adénome chez un parent au 1er degré (père, mère, frère, sœur, enfant), avant 60 ans, le risque relatif est de 1.8.
- deux cas ou plus de CCR chez des parents au 1er degré, quelque soit l'âge, le risque est multiplié par 4.
- antécédent personnel d'adénome ou de CCR (risque multiplié par 3,6 pour les porteurs d'un adénome villositaire ou de plus de 1 cm de diamètre et par 6,6 si les adénomes sont multiples)
- maladie inflammatoire chronique de l'intestin : pancolite, maladie de Crohn ou rectocolite ulcéro-hémorragique. Le risque relatif de CCR est de 1,7 en cas d'atteinte limitée au rectum, de 2,8 en cas d'atteinte limitée au colon gauche et de 14,8 en cas de pancolite.

#### *Les sujets à risque très élevé*

Il s'agit des personnes appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire autosomique dominante :

- polypose adénomateuse familiale (PAF) à l'origine d'environ 1 % des CCR. Le risque de cancer chez les sujets porteurs est de 100%.
- le syndrome de Lynch ou nouvellement appelé cancer héréditaire sans polypose (HNPCC pour Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) représente 4% des CCR. La pénétrance de ce syndrome est élevée avec 70 % de risque cumulé de CCR pour les hommes et 40 à 60 % pour les femmes. Le risque ne se limite pas au côlon puisque les femmes ont également un risque cumulé de cancer de l'endomètre de plus de 40 %.

Les sujets à risque élevé et très élevé relèvent d'un suivi spécialisé et d'un dépistage individuel.

## 2. Le dépistage du CCR

### a) Le test Hemoccult II©

Le test de référence choisit pour le DMO en France est le test Hemoccult II© [9]. Ce dernier est un test au gaiac qui révèle la présence de sang occulte en détectant la présence d'une activité peroxydasique de l'hémoglobine dans les selles.

#### *Présentation et réalisation*

Il consiste à prélever, sur trois selles consécutives, deux petits fragments de la taille d'une lentille qu'il faut déposer sur une plaquette en carton. Le patient doit ensuite renvoyer cette plaquette à un centre de lecture à l'aide de l'enveloppe préaffranchie fournie avec le test. Le patient dispose également d'un mode d'emploi illustré. Le centre de lecture transmet ensuite les résultats du test au patient, à son médecin traitant ainsi à la structure de gestion en charge de l'organisation des dépistages en vue de l'évaluation du programme.

#### *Caractéristiques du test*

Les études réalisées [10,11] estiment que la sensibilité du test Hemoccult II © se situe entre :

- 19 et 23 % pour les adénomes de 1 à 2 cm
- 33 et 75 % pour les adénomes de plus de 2 cm
- 50 et 60 % pour les cancers

La spécificité est estimée à 98 %. [9]

Les valeurs prédictives positives sont de 9,3 % pour les cancers, et de 31,1 % pour les adénomes. [12] Cela signifie que si une coloscopie est réalisée après un test positif, on retrouve environ 10 % de cancer, 30 % d'adénomes et dans 60 % des cas on ne retrouve rien.

Les causes de faux positifs sont :

- les médicaments induisant des saignements digestifs (aspirine, AINS ...)
- l'alimentation riche en viande rouge (hémoglobine animale) ou en peroxydases végétales (navet)

Les causes de faux négatifs sont l'absorption de vitamine C et les régimes riches en fibres qui raccourcissent la durée du transit.

Deux à trois pour cent des tests sont positifs. Il convient dans ce cas de réaliser une coloscopie, qui seule, correspond au test diagnostique. Si la coloscopie est normale, on propose de refaire un test HemocultII© cinq ans plus tard.

En cas de test négatif, il faut alors renouveler le test deux ans après et surveiller les signes d'alerte dans l'intervalle : présence de sang dans les selles, troubles du transit d'apparition récente : diarrhée ou constipation inhabituelle ou alternance de ces deux troubles, douleurs abdominales inexplicables et d'apparition récente, amaigrissement inexplicé.

## **b) Les tests immunologiques**

Après un avis favorable de l'HAS en 2008 et un rapport de l'INCa en 2011, il a été décidé un remplacement des tests au gaïac par des tests immunologiques.

Le Plan cancer 2009-2013 [13] prévoit de « déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire ».

Les tests immunologiques pourraient pallier les principales limites du test au gaïac à savoir le manque de sensibilité, la contrainte du nombre de prélèvements à réaliser, la lecture visuelle et qualitative des résultats et le manque de spécificité pour l'hémoglobine humaine. Le principe ces tests repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les

selles grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux, spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine humaine. En pratique, l'utilisateur prélève, à l'aide d'un bâtonnet, un échantillon de selle et l'introduit dans le tube de prélèvement qui contient un tampon stabilisateur.

Pour un taux de positivité égal à celui du test Hemocult II© (et donc pour le même nombre de coloscopies réalisées), ces tests permettent de détecter 1,2 à 1,3 fois plus de cancers et 1,5 à 2 fois plus d'adénomes avancés que le test Hemocult II©. [14]

La praticabilité des kits de prélèvements et le nombre restreint de prélèvements pourrait être à l'origine d'une meilleure acceptabilité de ces nouveaux tests par la population cible avec, *in fine*, un impact possible sur la participation au programme. La mise en place des tests immunologiques, initialement prévue pour l'année 2013 a été reporté en 2014.

### **c) Le dépistage de masse organisé**

Les trois principaux critères exigés pour la mise en place d'un DMO sont réunis dans le cas du CCR : la maladie est fréquente et grave ; il existe un traitement efficace lorsque le cancer est reconnu précocement. Le test de dépistage est simple, acceptable, peu onéreux et sans danger.

#### *Critères d'inclusion et d'exclusion : la population cible*

Sont concernés par ce dépistage, les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans, dits à risque moyen, c'est-à-dire asymptomatique et sans ATCD familial ou personnel d'adénome ou de CCR. Cette tranche d'âge est particulièrement ciblée car près de 95 % des cas de cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans. [15]

Dix sept millions de personnes correspondent à cet ensemble.[14]

Sont exclus du DMO les patients :

- présentant une symptomatologie digestive d'apparition récente, à qui il convient de proposer d'emblée une coloscopie
- ayant réalisé une coloscopie complète normale depuis moins de 5 ans
- ayant des antécédents personnels de CCR, d'adénome colorectal ou d'une pathologie colique qui nécessite alors un contrôle endoscopique programmé
- ayant un parent au 1er degré atteint d'un CCR avant 65 ans ou au moins deux parents du 1er degré atteints
- présentant une pathologie extra-intestinale grave et ceux pour qui le dépistage paraît momentanément ou définitivement inopportun

#### *Historique et mise en place du DMO*

Comme nous l'avons vu le CCR remplit les conditions nécessaires à l'organisation d'un DMO. De plus, le dépistage par la recherche de sang occulte dans les selles a montré une baisse de la mortalité par CCR : dans une méta analyse [16] actualisée en 2010, 4 essais randomisés (dépistage par le test Hemoccult II© tous les 2 ans versus pas de dépistage) ont été comparés en terme de mortalité par CCR. Après 12 à 18 ans de suivi selon les études, la mortalité par CCR était de 85 pour 10 000 chez les patients dépistés contre 100 pour 10 000 ( $p < 0.001$ ) pour un taux de participation de 60 à 79 %. Cela représente 15 morts par CCR évités pour 10 000 participants sur 15 ans. Il n'y pas d'impact sur le taux de mortalité total.

En 1998, la Conférence de Consensus sur le CCR recommande la mise en place d'études pilotes sur le dépistage de masse organisé. En 2002, la Direction Générale de la Santé rédige le cahier des charges de l'organisation de ce dépistage. L'organisation sera assurée par les

structures de gestion déjà en charge du dépistage du cancer du sein. En mars 2003, la première étude pilote est lancée dans 23 départements. [17]

En 2008, le programme entre en phase de généralisation progressive sur l'ensemble du territoire.

En Europe, l'Allemagne, l'Angleterre et l'Écosse ont également un programme organisé couvrant tout le pays. Le dépistage est en cours de généralisation en Italie, en Belgique, en Hollande et en Finlande. Dans les autres pays, sont développés des programmes pilotes ou des stratégies de dépistage individuel. [18]

### *Les structures de gestion*

La structure de gestion est l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale des dépistages organisés à l'échelle d'un ou plusieurs départements. Ses missions ont été déterminées par l'Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers paru au Journal Officiel. [19]

La structure de gestion est responsable :

- des relations avec les professionnels concourant au dépistage et de l'approvisionnement en test des médecins de sa zone géographique
- de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population
- de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées
- des relations avec les personnes dépistées
- du recueil des données et de la transmission des résultats aux personnes concernées
- de la gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget type
- de l'évaluation interne et de l'assurance qualité du programme
- du retour d'information vers les professionnels de santé, comportant la transmission périodique de statistiques individuelles et globales permettant à chaque médecin d'évaluer sa pratique

- de la conservation des données

Pour le département des Hauts-de-Seine, la structure de gestion s'appelle ADK 92. Elle organise le dépistage du CCR et du cancer du sein.

### *La Stratégie d'invitation*

La stratégie est dite couplée car le patient est personnellement invité par courrier à retirer le test chez son médecin traitant lors d'une consultation.

Cette lettre d'invitation est accompagnée d'un document d'information et d'étiquettes autocollantes comportant l'identification complète de la personne afin que celle-ci puisse correctement identifier son test. En outre, le médecin peut remettre un test à un patient sans présentation de la lettre d'invitation ni les étiquettes d'identification. Le patient devra alors remplir manuellement les informations relatives à son identité. Le médecin qui remet le test s'identifie également en collant une « étiquette code barre » qui permettra à la structure de gestion de le rémunérer pour sa participation au dépistage.

La lettre d'invitation comporte également un questionnaire sous la forme d'un coupon-réponse qui doit être retourné à la structure de gestion afin que celle-ci identifie les sujets à exclure du dépistage.

Trois mois après la première invitation, la structure de gestion envoie un courrier de relance aux patients qui n'ont pas répondu (c'est-à-dire à ceux qui n'ont pas réalisé le test ou qui n'ont pas renvoyé le coupon réponse d'exclusion). Après six mois sans réponse, celle-ci adresse aux patients une enveloppe comportant le test, ainsi qu'une lettre explicative et une incitation à se rendre chez son médecin. Une fois le test réalisé et posté, les résultats sont envoyés à la personne dépistée et à son médecin. En cas de test positif, le médecin est informé dans les plus brefs délais. La structure de gestion doit s'enquérir auprès du médecin de la réalisation d'une coloscopie. Par ailleurs les gastro-entérologues doivent envoyer à la structure de gestion le résultat des coloscopies réalisées à la suite d'un test positif. Une fiche

formulaire de coloscopie ( avec compte-rendu anatomo-cytopathologique ) est fournie par la structure de gestion à cet effet. Ces résultats permettent de calculer le nombre de cancers et d'adénomes dépistés, le nombre de faux positifs ainsi que la survenue de complications. Il permette également de programmer automatiquement une invitation pour la vague de dépistage suivante dans les délais de deux ans pour un test négatif et de cinq ans les patients ayant eu une coloscopie normale. ADK92 envoie régulièrement aux médecins généralistes une liste récapitulant les patients n'ayant pas répondu au dépistage.

De plus, les médecins d'Île de France disposent d'un site d'éligibilité en ligne. Ce dernier permet, non seulement de connaître le statut des patients vis-à-vis du dépistage du CCR et du cancer du sein (éligible/non éligible) mais également de remplir, en ligne, le formulaire d'inclusion ou d'exclusion.

#### **d) La participation au dépistage**

Le taux de participation à la campagne de dépistage est calculé en rapportant le nombre de personnes dépistées au nombre de patients cibles sans les patients exclus.

La population cible est composée de l'ensemble des personnes âgées de 50 à 74 ans issu des dernières projections de l'INSEE.

Selon l'Institut de veille sanitaire (InVS), sur la période 2010-2011, plus de 17 millions de personnes ont été invitées à se faire dépister. Le taux de participation a été de 32,1 %. Cette participation est plus élevée chez les femmes (34 %) que chez les hommes (30 %), quelle que soit la tranche d'âge observée. Si elle s'avère stable par rapport à l'année précédente (33,8 % sur la période 2009-2010), elle apparaît inégale selon les régions. Ainsi, le taux le plus élevé est enregistré en Bourgogne (47,5 %) et le plus faible en Corse (8,3 %), région tardivement entrée dans le dispositif. A l'inverse, la Bourgogne fait partie des régions pilotes qui ont instauré le dépistage organisé depuis 2003.

En termes de santé publique, ces résultats sont insuffisants. Plusieurs études [20][21] ont ainsi établi qu'un dépistage (recherche de sang occulte de sang dans les selles tous les 2 ans suivie d'une coloscopie si la recherche est positive) avec un taux de participation de 50 %, permettait de diminuer de 16 % à 18 % la mortalité par CCR.

Dans le département des Hauts-de-Seine, le dépistage concerne près de 350000 hommes et femmes. Le taux de participation était de 26 % en 2010 et 23% en 2011. [22]

Près de 2/3 des tests réalisés le sont après la 2<sup>ème</sup> relance.

Le taux de test positif est de 2.3% ce qui est conforme aux recommandations de l'INVs (<3%).

Le taux de coloscopie après un test positif est de 84 % en 2010, ce qui reste inférieur à la recommandation de l'INVs ( 90 %).

En 2011, le nombre de tests ininterprétables atteint 9.5 %. Selon ADK92, ce chiffre conséquent est dû à la présentation du test qui reste inchangée par le fabricant malgré les demandes itératives des structures de gestion. Ainsi, les patients collent mal les étiquettes et le centre de lecture refuse d'interpréter ces tests en raison du risque d'erreur d'indentification.

### **e) La consultation de délivrance du test Hemocult II©**

Des expériences pilotes ont montré que le taux de participation au dépistage était multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient. [23]

Le médecin traitant a un rôle central puisque d'une part, il évalue la conduite à tenir en fonction du niveau de risque, et d'autre part il remet le test au patient et lui explique sa finalité, lui explicite les résultats et l'accompagne en cas de résultat positif.

La consultation de délivrance du test apparaît donc comme un moment clé dans la stratégie du dépistage. Lors d'une étude qualitative [24] menée en 2010, le Dr Bismuth a observé et

analysé des consultations de délivrance du test. Il a ensuite élaboré une consultation « type » visant à faciliter l'information et la communication et a proposé que celle-ci soit utilisée dans le cadre de formations professionnelles.

### **3. Le pôle de santé universitaire Gennevilliers-Villeneuve-La Garenne (PSU-GVLG) et l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération**

#### **a) Le PSU-GVLG**

Ce pôle de santé regroupe des professionnels de santé avec une volonté de développer un travail pluridisciplinaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients. Il est composé de médecins généralistes, dermatologues, pharmaciens, infirmiers, orthophonistes, biologistes, kinésithérapeutes, d'un pédicure podologue, d'un pédiatre, d'un psychanalyste et d'une psychologue clinicienne.

#### **b) L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération ( eNMR)**

L'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, permettant par là même de mesurer l'impact d'un mode de rémunération innovant sur la qualité et l'efficacité de soins de premiers recours. Nous considérons ici le mode de rémunération collectif qui incite les professionnels à se regrouper et à valoriser le développement de certaines pratiques nouvelles, notamment en matière de prévention.

Ces expérimentations, initialement prévues pour la période 2008-12 et récemment prolongées jusqu'en 2013, concernent toute structure pluri-professionnelle ambulatoire (maisons, centres,

pôles et réseaux de santé) ayant formalisé un projet de santé. Elles sont pilotées par les agences régionales de santé (ARS).

Entrées dans leur phase opérationnelle le 1er janvier 2010, elles concernent désormais près de 150 structures pluriprofessionnelles de premiers recours réparties sur l'ensemble du territoire.

### **c) Le PSU-GVLG et les eNMR**

Le PSU-GVLG a répondu à l'appel à projet de l'ARS et ce dernier a été retenu en janvier 2011. Le pôle a choisi de travailler sur le module « les missions coordonnées ».

Parmi les objectifs définis par l'ARS, ceux retenus par le pôle sont les suivants :

- Objectifs de qualité des pratiques : dépistage des cancers du sein et du colon, lutte contre l'hypertension, prise en charge des diabétiques, prévention de l'obésité, prévention du risque cardiovasculaire, prescription par les paramédicaux
- Objectifs de coordination et de continuité des soins : dossier commun de patient, continuité des soins, coordination des soins avec une structure extérieure médicale et sociale, partage d'information grâce à une espace de travail informatique commun, réunion de concertation, organisation des pratiques avec la mise en place de protocoles de soins
- Objectifs d'efficience : bon usage des médicaments génériques  
diminution du recours à l'hospitalisation, utilisation rationnelle des transports sanitaires

De plus, le pôle a également fixé ses propres objectifs :

- Instituer des petits groupes de travail pluriprofessionnels thématiques, qui réfléchissent aux besoins locaux et proposent des actions à mettre en place, une fois validées en réunion par l'ensemble du pôle.

Les thèmes sont les suivants :

- Hypertension artérielle
  - Maternité et paternité
  - Transports sanitaires
  - Prévention
  - Diabète
  - Prescriptions
  - Télédermatologie
  - Echanges électroniques
  - Annuaire des professionnels médicaux
  - Continuité des soins
  - Réunions institutionnelles
  - Accès aux soins
  - Hospitalisations programmées et sorties d'hospitalisation
  - Planning familial
  - Hospitalisations
  - Anticoagulants
  - Coordination infirmiers-pharmaciens
- Réaliser des audits de pratique : plusieurs thèses de médecine générale (dont la présente) ont été lancées et concernent l'auto mesure tensionnelle, les indicateurs de prévention, l'information sur l'oubli de pilule contraceptive, les hospitalisations programmées, les correspondants en médecine générale.
- Organiser régulièrement des réunions de médecins généralistes pour permettre à ceux-ci d'échanger sur leurs pratiques, faire des études de cas, ou soulever des problématiques qui les concernent.

- Mettre en place des actions de coordination avec les réseaux de santé locaux, des EHPAD mais aussi avec d'autres structures participants aux eNMR en Ile de France.

#### **4. Hypothèse et objectifs**

L'hypothèse de notre travail a été la suivante : une information spécifique à la consultation de délivrance du test HemocultII© aux médecins généralistes pourrait augmenter le nombre de tests réalisés par les patients des médecins concernés.

L'objectif principal est d'augmenter le nombre de tests HemocultII© chez les patients remplissant les critères d'inclusion à ce test, dont le médecin traitant déclaré est un des médecins du PSU-GVLG entre 2010 et 2012. Cette augmentation doit être supérieure à l'augmentation observée dans les communes de Gennevilliers, Villeneuve La Garenne et Anières sur la même période.

Les objectifs secondaires sont d'examiner les connaissances et la pratique des médecins sur ce dépistage de masse organisé et d'analyser l'utilisation du dossier médical informatisé dans le suivi de ce dépistage.

## II. Matériel et méthode

Cette étude quantitative a concerné les seize médecins généralistes du PSU GVLG.

La première étape s'est déroulée entre avril et septembre 2011 et a consisté en un questionnaire à réponses fermées réalisé par téléphone (Annexe n°1). Ce questionnaire a été préalablement testé auprès de trois médecins généralistes extérieurs au PSU GVLG et maîtres de stage universitaires de la faculté Denis Diderot.

Les informations recueillies concernaient :

- les caractéristiques du médecin
- la formation antérieure à la consultation de délivrance du test Hemocult II© et les connaissances sur la stratégie d'invitation
- les informations délivrées par le médecin lors de la consultation de délivrance du test et le traitement des résultats des tests dans les logiciels informatiques

A la fin du questionnaire, nous avons précisé les réponses exactes aux médecins et répondu à leurs questions.

La seconde étape, une intervention, a eu lieu en novembre 2011, lors d'une soirée de formation médicale continue du PSU GVLG. Dix des seize médecins du pôle étaient présents. Elle consistait en une présentation orale des objectifs de notre travail et des premiers résultats du questionnaire. Cette présentation fut également l'occasion de rappeler l'organisation de la stratégie d'invitation au dépistage et les critères d'exclusion. Cette soirée s'est poursuivie par un jeu de rôle autour de la consultation de délivrance du test : deux médecins ont joué le rôle du patient et du médecin pendant que le reste de l'assemblée pouvait se référer à une grille d'item pré établie à partir du travail de Dr Bismuth (présenté dans la première partie, Annexe

n°2). Le groupe a ensuite échangé sur les modalités et les difficultés de cette consultation. Par la suite les médecins ont reçu par mail des documents présentés lors cette FMC ainsi que des modes d'emploi du test Hemocult II© traduit en différentes langues. Tous ces documents ont été mis en ligne sur le site du PSU GVLG. (<https://sites.google.com/site/psugvlg/>) Nous avons inscrit les seize médecins au site d'éligibilité en ligne d'Île de France. Ils ont reçu leur code d'accès et ont été formé à l'utilisation du site.

La troisième étape s'est déroulée entre mai et septembre 2012, et correspond à un recueil rétrospectif de données à partir des dossiers informatisés des patients. Pour chaque médecin, 30 dossiers ont été tirés au sort pour vérifier si l'information « Hemocult » apparaissait bien et dans l'affirmative, selon quelle modalité. Si elle n'apparaissait pas nous avons cherché un critère d'exclusion.

Le tirage au sort des dossiers a été réalisé à partir de la liste «médecin traitant déclaré » de chaque médecin disponible dans « l'espace pro » du site ameli.fr. Les critères d'inclusions étaient les suivants : avoir consulté au moins une fois depuis 2 ans et 9 mois (rapporté à la date du recueil) et avoir au moins 51 ans et au plus 74 ans lors de cette consultation. Préalablement au recueil, nous avons demandé à chaque médecin de nous montrer comment il allait chercher l'information "hemocult" dans son logiciel. Sa réponse correspondait à "l'emplacement dédié".

Lors du recueil nous avons donc cherché l'information "Hemocult" à l'emplacement dédié mais aussi dans les comptes rendus ainsi qu'en remontant dans le déroulé des consultations depuis 2 ans et 9 mois ( cette période a été choisie en se basant sur les relances par courrier à 3 mois puis 6 mois puis en ajoutant un délai de 3 mois au patient pour faire le test). Pour chacun des dossiers, nous avons également regardé le statut du patient ( éligible/non éligible) sur le site d'éligibilité d'Île de France.

Nous avons écrit un commentaire dans les dossiers des patients si aucune mention Hemocult n'avait été retrouvée (proposer un test) , si un critère d'exclusion avait été retrouvé alors que le patient était éligible sur le site ( transmettre la fiche d'exclusion à la structure de gestion), si le test avait été remis mais non fait ( relancer le patient) , si test était négatif mais le résultat non rentré dans le dossier ( dossier à mettre à jour).

ADK 92 et CDC 93 (structure de gestion pour le département de la Seine Saint Denis) nous ont fourni le nombre de test remis par les médecins, le nombre de test réalisés par les patients, le nombre de fiche d'exclusion transmises en 2010 et 2012.

Au terme de cette étude, chaque médecin a reçu ses résultats ainsi que ceux du groupe.  
(Exemple en annexe n°3)

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le test du Chi 2.

Les recherches bibliographiques ont été réalisées avec les mots clefs suivants : « dépistage cancer colorectal », « test hémocult », « formation », «fecal occult blood test », « Fobt », « Cancer colorectal screening », « training ».

### III. Résultats

#### 1. Nombre de tests HemocultII©

*Nombre de test remis (faits et non faits) aux patients des communes de Gennevilliers, Asnières et Villeneuve-La-Garenne*

	2010	2012	Variation	Différence
Chez les médecins du pôle de Santé GVLG	510	706	+ 38.43 %	+ 30.09 % p< 0.01
Chez les médecins des communes de Gennevilliers, Asnières et VLG hors pôle	2435	2638	+ 8.34 %	

*Nombre de test réalisés par les patients des communes de Gennevilliers, Asnières et Villeneuve-La-Garenne*

	2010	2012	Variation	Différence
Chez les médecins du pôle de Santé GVLG	442	531	+ 20.1%	+ 10 % p: 0.2
Chez les médecins des communes de Gennevilliers, Asnières et VLG hors pôle	2071	2281	+ 10.1 %	

*Comparaison du nombre de test remis aux patients des médecins du pôle*

	2010	2012	Variation	Différence
installés depuis moins de 5 ans	51	144	+182%	+ 160%
installés depuis plus de 5 ans	459	562	+22 %	p < 0.01

*Comparaison du nombre de test réalisés par les patients des médecins du pôle*

	2010	2012	Variation	Différence
installés depuis moins de 5 ans	39	93	+ 138 %	+ 129 %
installés depuis plus de 5 ans	403	438	+ 9 %	p < 0.01

*Comparaison du nombre de test remis aux patients des médecins qui utilisent le site d'éligibilité*

	2010	2012	Variation	
Toujours	190	276	+ 45 %	p : 0.78
Parfois	71	99	+ 39 %	
Jamais	249	331	+ 33 %	

*Comparaison du nombre de test réalisés chez patients des médecins qui utilisent le site d'éligibilité*

	2010	2012	Variation	
Toujours	158	201	+27 %	p : 0.79
Parfois	61	71	+ 16 %	
Jamais	223	259	+ 16 %	

*Tests remis aux patients par les médecins du pôle avant et après notre intervention lors de la soirée de formation médicale continue (FMC)*

	2010	2012	Variation	Différence
Médecins présents à la FMC	368	458	+ 24 %	-51%
Médecins absents à la FMC	142	248	+ 75 %	p<0.01

*Tests réalisés par les patients des médecins du pôle avant et après notre intervention lors de la soirée de formation médicale continue (FMC)*

	2010	2012	Variation	Différence
Médecins présents à la FMC	320	359	+ 12 %	-29 %
Médecins absents à la FMC	122	172	+ 41 %	p: 0.1

## 2. Questionnaire

On rappelle que ce questionnaire à réponses fermées a été réalisé par téléphone (sauf un par mail) auprès des seize médecins généralistes du PSU GVLG.

En 2011, les caractéristiques, de ce groupe de médecins étaient les suivantes :

- Sexe: 9 femmes / 7 hommes
- Age moyen 47,25 ans, Médiane 51 ans (de 29 à 62 ans)
- Lieu d'exercice : 9 à Gennevilliers, 6 à Villeneuve La Garenne, 1 à Asnières sur Seine
- Mode d'exercice: 5 seuls, 11 en groupe, tous exercent en secteur 1

Douze médecins ont déclaré avoir été formés, par la structure de gestion, au dépistage du CCR par le test HemocultII© dont un par téléphone puis envoi d'un CD. Les quatre autres médecins n'ont pas reçu de formation spécifique.

La première partie du questionnaire portait sur l'organisation du DMO et sur la stratégie d'invitation. Treize médecins ont déclaré connaître cette stratégie d'invitation mais seuls sept d'entre eux ont su décrire correctement les trois étapes (lettre d'invitation, relance à 3 mois, relance à 6 mois avec test joint au courrier). Sur les trois médecins qui déclaraient ne pas connaître la stratégie, un a en fait bien décrit les différentes étapes. Au total, la moitié des médecins connaissent cette stratégie d'invitation.

La seconde partie du questionnaire s'intéressait à la pratique quotidienne des médecins vis-à-vis de la remise du test. Six médecins ont déclaré demander systématiquement aux patients de 50 à 74 ans (population cible) s'ils avaient déjà fait un test Hemocult II©.

Neuf médecins ne remettent pas le test si le patient ne présente pas la lettre d'invitation (deux ont déclaré communiquer dans ce cas le numéro de la structure de gestion ADK 92).

Lors d'une consultation pour un autre motif, dix médecins ont considéré qu'ils ne disposaient pas d'assez de temps pour la remise du test, deux ont dit que cela dépendait du motif de consultation et quatre trouvent qu'ils ont assez de temps.

Dix médecins ne proposent jamais une consultation dédiée à la remise du test (parmi eux, huit avaient répondu qu'ils ne disposaient pas d'assez de temps pour ce faire).

Ils sont treize (sur quinze car un médecin n'avait jamais rencontré cette situation) à trouver que la remise d'un deuxième test est plus rapide.

Concernant la rémunération pour leur participation au dépistage, seuls trois médecins avaient connaissance du montant qui leur a été versé.

Lors de la remise du test, tous les médecins déclarent chercher systématiquement les critères d'exclusion.

Neuf médecins ne donnent aucune information d'ordre épidémiologique sur le CCR, quatre utilisent le terme « fréquent », deux la notion de « dépistage précoce » et un parle de « première cause de décès par cancer chez l'homme ».

Douze médecins déclarent faire une démonstration à leur patient avec un test prévu à cet effet ou avec le test du patient.

Concernant les résultats du test, quatorze en parlent pendant cette consultation de remise du test, tous disent expliquer la valeur d'un test positif. Cependant, il n'y a que treize médecins qui parlent d'emblée de la coloscopie.

Enfin, la dernière partie du questionnaire se centrait sur l'utilisation du logiciel médical : huit médecins déclarent avoir un emplacement dédié à l'Hemocult dans le dossier des patients.

Trois médecins ont mis en place un rappel ou alarme tous les 2 ans.

Au sujet de la liste des patients non répondants envoyée par ADK92, cinq médecins déclarent ne jamais l'avoir reçue, trois l'utilisent en mettant un mot de rappel dans le dossier des patients concernés.

### **3. Recueil de données dans les dossiers**

Au total, 589 dossiers ont été tirés au sort et 459 dossiers ont été étudiés rétrospectivement.

Il convient au préalable de définir certains termes :

« *Eligible* » signifie que le patient est considéré par la structure de gestion comme ayant les critères d'inclusion à un dépistage par le test Hemocult II©.

« *Non éligible* » signifie que le patient est considéré par la structure de gestion comme ayant réalisé un test Hemocult II© depuis moins de 2 ans ou qu'il présente un critère d'exclusion définitif ou temporaire.

« *A jour* » pour le dépistage du CCR signifie que le patient a réalisé un test Hemocult II© depuis moins de 2 ans ou qu'il a réalisé une coloscopie depuis moins de 5 ans, ou qu'il a été informé et a refusé le test.

« *La mention Hemocult* » est une information du dossier médical du patient relative au test HemocultII©.

Après tirage au sort et vérification des critères d'inclusion à notre étude, les données de 459 dossiers ont été relevées.

Pour chaque patient, nous avons regardé sur le dispositif d'éligibilité d'Île de France en ligne le statut du patient. 67% (307) des patients étaient éligibles. En réalité, parmi ces patients, 18% (55) ont un critère d'exclusion au test Hemocult II© ou ont fait une coloscopie depuis

moins de 5 ans mais la structure de gestion n'en a pas été informé. On appellera ces patients les « faux éligibles ».

Au total, comme le montre la Figure 1, sur l'ensemble des dossiers passés en revue, 55% (252) des patients ne sont pas à jour pour le dépistage et sont éligibles au test, 33% (152) sont à jour et ne sont pas éligibles et 12% (55) sont à jour et considérés comme éligibles à tort (faux éligibles).

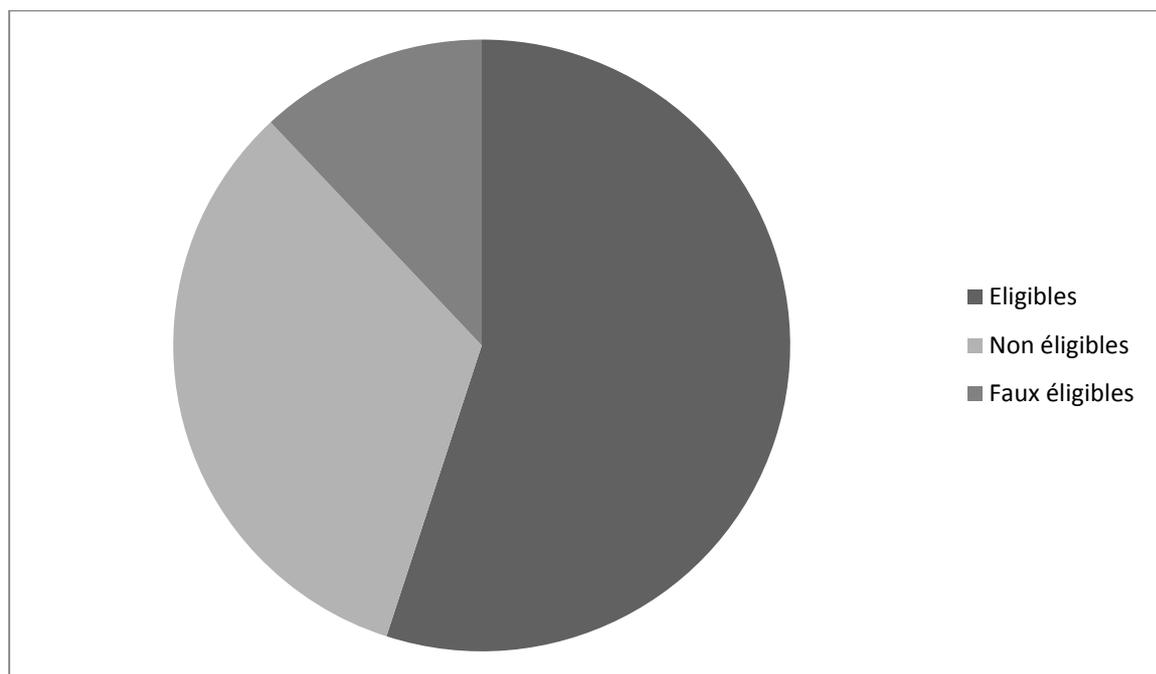


Figure 1 - Statut des patients vis à vis du dépistage par le test HemocultII©

Il y a donc 45% (207) des patients à jour pour le dépistage du CCR.

Nous avons retrouvé une mention Hemocult dans 40% (183) des dossiers. Parmi les dossiers sans mention Hemocult, nous n'avons pas identifié de critère d'exclusion au test dans 75 % (208) des cas.

Un quart des patients non à jour ont une mention hemocult dans leur dossier.

La mention Hemocult était retrouvée dans 80% (144) des cas à l'emplacement dédié (emplacement pré défini par le médecin), 19,5% (36) dans la partie « consultation » et 0.5% (1) dans les comptes rendus.

Les informations relatives à l'HémocultII© notées par le médecin dans les dossiers sont regroupées Figure 2.

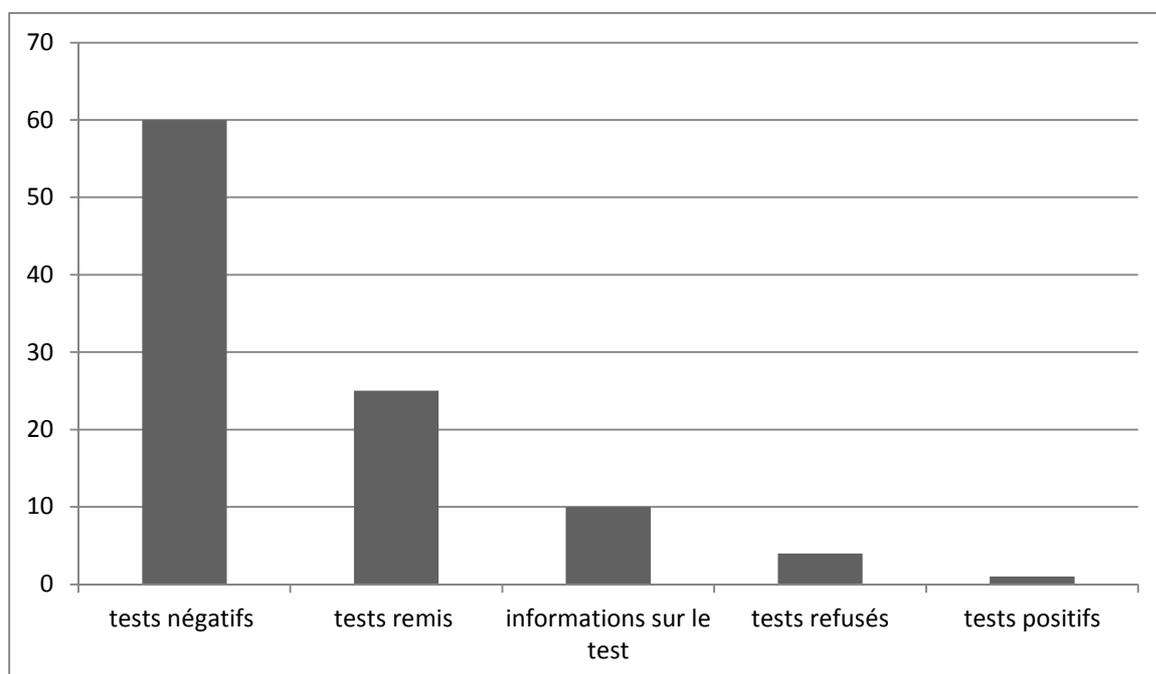


Figure 2 - Information relative au test HemocultII©

On a relevé 3 tests positifs dans les dossiers. Dans tous les cas, les résultats de la coloscopie étaient notés.

Des alarmes pour la réalisation du test ont été retrouvées dans les dossiers de deux médecins (6 et 2 fois respectivement).

Nous avons complété 74% (340) des dossiers par une information à destination du médecin :

- 234 (69 %) « Proposer le test Hemocult »
- 55 (16 %) « Envoyer la fiche d'exclusion »
- 34 (10%) « Test fait et négatif, mettre à jour le dossier »
- 13 (4 %) « Test remis non fait, relancer le patient »

## **IV. Discussion**

### **1. Forces et biais de l'étude :**

Le principal intérêt de cette étude est d'avoir pu obtenir des informations objectives provenant des structures de gestion ADK 92 et CDC 93. Ces informations concernaient non seulement le statut des patients pour le dépistage du CCR via le site d'éligibilité d'Ile de France mais également le nombre de tests remis par les médecins et réalisés par les patients. Il s'agit de mesures externes, objectives et exhaustives, permettant une extraction facilement reproductible pour une éventuelle nouvelle mesure dans l'avenir.

Ce travail s'est concentré sur les seize médecins du PSU GVLG, désireux de porter une réflexion sur leurs pratiques. Du fait du nombre restreint de médecins et donc de patients inclus, certains résultats sont non statistiquement significatifs. A ce titre, ils ne reflètent qu'une tendance des modifications d'activités de ce groupe de médecins.

Un des seize médecins, récemment installé au début de l'étude a quitté le pôle pendant l'année 2012.

### **2. Evolution du nombre de tests Hemocult II© réalisés**

Entre 2010 et 2012, et après nos différentes interventions auprès des médecins du PSU-GVLG, nous avons observé une augmentation globale de 20,1 % du nombre de tests réalisés. Cet accroissement a concerné douze des seize médecins. Parallèlement, nous avons relevé une augmentation de 10.1 % chez les autres médecins des mêmes communes, dont les patients ont bénéficié des mêmes vagues d'invitation par ADK 92. A contrario, si on considère l'ensemble du département des Hauts-de-Seine, la participation au dépistage du CCR est de 19 %, en baisse par rapport aux années précédentes (23 % en 2011).

Notre objectif est donc, à priori, atteint puisque l'augmentation du nombre de tests HemocultII© réalisés par les patients des médecins du pôle est supérieure à l'augmentation chez les médecins du même territoire.

Toutefois, cette évolution positive est à nuancer si on réalise une analyse en sous-groupe.

En effet, l'augmentation concerne principalement les médecins installés depuis moins de 5 ans. Ces jeunes médecins ont, sans doute, été plus sensibilisés aux démarches de prévention et de dépistage. De plus ils ont vu leur patientèle s'accroître « naturellement » avec le temps et notamment leur patientèle plus âgée et donc concernée par le dépistage du CCR. Ce changement de médecin traitant est peut être un moment propice pour proposer les examens de dépistage.

Il serait intéressant de renouveler, avec l'aide des structures de gestion, un relevé du nombre de test remis par les médecins et faits par les patients dans deux ans pour suivre l'évolution de la pratique de ce dépistage au sein de ce groupe de médecin. De plus, plusieurs médecins du pôle vont prochainement adopter le même logiciel. Le remplissage des informations du dossier médical pourrait être formaté et ainsi extrait facilement pour une nouvelle étude.

### **3. La prévention encouragée en médecine générale ?**

L'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers a été souligné par la mesure 16.1 du Plan cancer 2009-2013 [25] et par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

Les actions proposées sont les suivantes :

- Renforcer dans le cadre conventionnel, les mesures incitatives, contractuelles et réalistes, visant à améliorer l'inclusion des personnes dans les programmes de dépistage des cancers par les médecins traitants en fonction des objectifs nationaux négociés et reconnaître leur rôle de santé publique dans la prévention des cancers.
- Assurer la mise à disposition des médecins traitants d'outils de formation, d'information, d'inclusion dans les programmes de dépistage.

L'objectif annoncé est de « permettre aux médecins généralistes de proposer la stratégie de détection précoce et de dépistage adaptée à chaque niveau de risque et de les aider à l'inclusion dans les programmes de dépistage des personnes ciblées et assurer un retour systématique d'informations personnalisées aux médecins traitants sur la pratique de dépistage dans sa patientèle. »

Comment les médecins généralistes perçoivent-ils leur rôle dans la prévention ?

Une étude a été réalisée auprès des médecins généralistes picards en 2004 soit avant l'instauration du dépistage organisé du CCR [26]. Celle-ci portait sur l'attitude des médecins généralistes par rapport à la prévention primaire et au dépistage des cancers. 95 % des participants ont déclaré que la prévention des cancers devait avoir une place majeure dans leur activité.

Dans l'étude Hemobstacle [27], un focus group réalisé en 2008 en région parisienne, les médecins généralistes participant considéraient les actes de dépistage en général et des cancers en particulier comme faisant partie de leurs attributions.

Dans une enquête réalisée en 2008 portant sur l'opinion des médecins généralistes sur les dépistages des cancers en général et du cancer du sein en particulier, 80 % des répondants étaient convaincus que le dépistage en général était une de leur mission. [28]

Cependant, on peut se demander si les médecins généralistes ont réellement les moyens de réaliser cette mission qui leur tient à cœur. La prévention, qui par définition demande du temps, n'est pas encouragée par le système de rémunération à l'acte tel qu'il existe aujourd'hui. C'est un des thèmes de travail choisi par le PSU-GVLG. Il faut noter que concernant précisément le dépistage du CCR par le test HemocultII©, le pôle a dû abandonner ce critère d'évaluation des actions de prévention à cause du manque d'homogénéité dans l'organisation des différentes structures de gestion. Ce changement a peut-être provoqué une démotivation dans notre groupe de médecin.

#### **4. La place du médecin généraliste dans le dépistage du CCR**

Les médecins généralistes ont un rôle indispensable dans le programme de dépistage du CCR. Ils sont placés au cœur du dispositif et en ont pleinement conscience [29]. Ils ont une image positive de ce programme. L'étude EDIFICE [30], réalisée avant la généralisation du DMO, est une enquête téléphonique comparant les comportements et le ressenti des médecins généralistes et de la population par rapport aux dépistages des 4 cancers les plus fréquents (prostate, sein, côlon, poumon). Pour 99 % des 600 médecins interrogés, le dépistage précoce du CCR augmente l'espérance de vie.

Un questionnaire a été adressé aux médecins généralistes du Haut-Rhin, en 2007, pour déterminer leurs connaissances, leur opinion et leurs pratiques vis-à-vis du dépistage du CCR. 87 % des médecins ont répondu que le dépistage de masse organisé du CCR pouvait faire baisser la mortalité par cancer colorectal, soit fortement (56 %), soit un peu (31 %) [31].

Cependant, lors de notre questionnaire, nous avons pu constater que seule la moitié des médecins avaient une bonne connaissance de la stratégie d'invitation et que plus de la moitié d'entre eux ne remettaient pas le test si la lettre d'invitation ne leur était pas présentée.

Dans notre étude, six médecins sur seize (37.5%) ont déclaré demander systématiquement aux patients de 50 à 74 ans s'ils avaient déjà fait un test Hemocult II©. La vérification systématique par les médecins généralistes, au cours des consultations, de la réalisation des actes de dépistage par leur patientèle concernée est un élément majeur pour appréhender l'inscription de ces différents dépistages dans la pratique quotidienne de ces professionnels.

Selon l'étude BVA [32], ils sont 34 % à déclarer demander systématiquement si le dépistage du CCR a été réalisé. Si près de un médecin sur cinq (19 %) déclare vérifier systématiquement à la fois les dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus, près d'un tiers (29 %) disent ne vérifier systématiquement aucun de ces trois dépistages.

Lors de notre questionnaire, dix médecins ont considéré qu'ils ne disposaient pas d'assez de temps pour la remise du test lors d'une consultation pour un autre motif. Dix médecins ne proposent jamais une consultation dédiée à la remise du test (dont huit qui avaient répondu qu'ils ne disposaient pas d'assez de temps).

Le temps est souvent identifié comme le principal obstacle rencontré par les médecins généralistes dans les études menées sur le sujet.

Ceci est constaté dans l'étude Hémostacle [27] ainsi que dans l'enquête du Dr Attali [33] dans laquelle un tiers des répondants considéraient que le manque de temps était un frein au dépistage de masse des cancers.

En plus du temps nécessaire aux explications, s'ajoute le temps nécessaire pour remplir la fiche d'information à remettre avec le test et le formulaire d'inclusion à renvoyer à la structure de gestion. L'utilisation du site d'éligibilité en ligne apparaît comme un gain de temps et semble avoir favorisé la réalisation du test. En effet, on retrouve une augmentation

plus importante du nombre de test chez les médecins qui déclarent utiliser à chaque fois ce système.

Du côté des patients il reste à vaincre plusieurs freins [34] qui persistent et que l'on retrouve pour d'autres dépistages : le fait de ne pas se sentir concerné, l'absence de symptôme (et la confusion entre dépistage et diagnostic), la peur liée aux résultats du dépistage et au cancer lui-même. En favorisant le dialogue autour de ces sujets, on peut espérer lutter contre ces obstacles.

## **5. Comment convaincre les patients ?**

Si on considère l'ensemble des tests remis par les médecins, l'augmentation atteint 38.4% (contre 20.1% pour les tests remis et réalisés par les patients). Un effort de participation des médecins est donc à noter mais il persiste un grand nombre de patients qui une fois le test en main, ne le font pas. Le dépistage organisé repose sur un dialogue patient – médecin, ce dernier évaluant la situation du patient et lui expliquant les modalités du test à réaliser. Ce dialogue constitue un élément-clé de l'adhésion au dépistage.

Le dépistage du CCR présente, par rapport au programme de dépistage organisé du cancer du sein par exemple, des spécificités qu'il est important de prendre en compte pour favoriser l'adhésion. Le patient effectue lui-même le test de dépistage, chez lui. Cette modalité de dépistage nécessite donc une démarche active de la part du patient, d'autant plus qu'une manipulation des selles est nécessaire.

Une étude américaine [35] portant sur plus de 700 patients a comparé deux modes de délivrance du test et a souligné l'importance que pouvait avoir un entretien personnalisé. Un groupe recevait les informations au cours d'un entretien personnel ainsi que des brochures explicatives tandis que l'autre groupe ne recevait que les brochures explicatives. Les résultats

ont montré que pour les patients du premier groupe les retours de test étaient significativement plus importants. (65.9% vs 51.3%;  $P < .001$ ).

Une étude qualitative française [36] s'est intéressée au contenu de la consultation et au style de communication, entre le médecin généraliste et le patient, lors de la remise du test Hemoccult. Il ressort que l'information délivrée est surtout d'ordre biomédical, axée sur l'aspect technique de la réalisation du test et non centrée sur le patient.

Lors de notre questionnaire qui s'intéressait en partie à l'information délivrée à l'occasion de la remise du test, neuf médecins ont déclaré ne donner aucune information d'ordre épidémiologique sur le CCR, quatre utilisent le terme « fréquent », deux la notion de « dépistage précoce » et un parle de « première cause de décès par cancer chez l'homme ». Il s'agit donc une information vague, erronée ou absente.

Douze médecins déclarent faire une démonstration à leur patient avec un test prévu à cet effet ou avec le test du patient. Pourtant, la démonstration et l'explication de l'utilisation des différents éléments contenus dans l'enveloppe, si elles ne doivent pas occuper toute la consultation, nécessitent du temps et sont indispensables pour la réalisation correcte du test. En effet, on peut aisément imaginer le patient se décourager découvrant, seul, le test. Une démonstration permettrait sans doute également de diminuer le très grand nombre de tests ininterprétables (9.5 % pour l'ensemble du département en 2011), dû le plus souvent à des étiquettes mal collées, rendant l'identification du patient impossible et donc le test non interprétable.

La réalisation du test est encore plus compliquée pour les patients qui parlent ou lisent peu le français. Il existe donc des modes d'emploi en différentes langues, disponibles en ligne. Lors de notre travail, nous avons envoyé aux médecins du PSU GVLG le lien vers ces modes d'emploi : <http://www.adk92.org/cancer-colon-test-hemoccult.asp>

Concernant les résultats du test, quatorze médecins en parlent pendant la consultation de remise du test et tous disent expliquer la valeur d'un test positif. Cependant, il n'y a que treize médecins qui parlent d'emblée de la coloscopie. L'HemoccultII© est un test de dépistage et la coloscopie, un test diagnostique. Il faudrait s'assurer de la compréhension de cette distinction dès la remise du test.

Une étude française portant sur 19 départements montre qu'environ 15% des patients ne réalisent pas la coloscopie après un résultat positif. [37]. Pourtant, il semble qu'évoquer cet examen et anticiper les craintes du patient pourrait améliorer la compliance pour la réalisation de la coloscopie. On retrouve dans le cahier des charges du DMO [38] un objectif de 90 % de réalisation d'une coloscopie après un test positif. Lors de notre recueil d'information dans les dossiers des patients, seuls 3 tests étaient positifs et les résultats de la coloscopie étaient toujours mentionnés. Naturellement, ce très faible chiffre ne nous permet aucune conclusion.

## **6. Quelle formation pour les médecins ?**

Le cahier des charges du dépistage organisé du CCR préconise une formation collective ou individuelle soit par téléphone, soit lors d'une visite d'un membre d'une structure de gestion. Dans notre groupe de médecin, douze ont déclaré avoir été formés par la structure de gestion dont l'un par téléphone et envoi d'un CD. Les quatre autres médecins n'ont pas reçu de formation spécifique. La formation initiale à la remise du test hemoccult semble être l'un des facteurs le plus important de la participation au dépistage [39][40].

Lors de notre intervention durant une soirée de FMC, deux médecins se sont prêtés à un jeu de rôle sur la consultation de délivrance et les autres médecins pouvaient cocher sur une grille (annexe n°2) les éléments cités. Le jeu de rôle est un outil pédagogique où les participants simulent une situation professionnelle leur permettant de travailler sur la communication. Il semble particulièrement bien adapté à cette situation où tant la manière de communiquer que

le contenu de l'échange pourra influencer le patient. Il est d'ailleurs recommandé par l'INPES [41] pour les formateurs en éducation de la santé. Toutefois, les résultats de notre travail montrent que l'augmentation du nombre de tests n'a pas été plus importante chez les dix médecins qui ont assisté à cette formation. Les médecins non présents étaient peut être ceux moins intéressés car déjà formés et habitués au dépistage par le test Hemocult II©.

Une étude similaire mais avec un plus grand échantillon de médecin généraliste est en cours dans le Val d'Oise. Le taux de participation au dépistage par l'Hemocult a été augmenté après la réalisation d'une formation spécifique à la consultation de délivrance du test. (36.7% dans le groupe formation versus 24.5% dans le groupe témoin et (p=0.03))

A l'issue de notre intervention, il n'y a pas eu de retour formel sur cette proposition de consultation type. Il y a là une des limites de notre travail. Une étude d'acceptabilité et de faisabilité serait sans doute utile pour l'adapter au besoin des médecins. Cela dit, la critique principale des médecins présents, était l'exhaustivité des informations. En effet, cette proposition de consultation comportent un grand nombre d'informations qu'il semble impossible de toutes les citer, mais elle peut servir de trame au cours d'une consultation.

En Belgique, où le taux de participation n'était que de 8 % en 2012, le système d'invitation est comparable au programme français. Les médecins généralistes sont la nouvelle cible de la Fondation contre le cancer [42]. Ils vont recevoir, entre autre, une clé USB sur laquelle il y aura un film d'animation les informant sur le CCR et son dépistage. Dans le Val d'Oise des vidéos de consultation type (patient compliant, patient réticent, etc...) vont être testées comme outils de formation. On peut se demander si le support vidéo est intéressant pour former les praticiens ?

## 7. Les fiches d'exclusion

Grace à notre système de double recherche, dans le dossier et sur le site d'éligibilité, nous avons pu constater que 12 % des patients étaient considérés, à tort, comme éligibles au test par la structure de gestion. Cela signifie que ni le patient, ni le médecin n'ont fait parvenir la fiche d'exclusion. Ce chiffre est important. En effet, le nombre de patient exclus entre dans le calcul du taux de participation au DMO. Le risque est de sous-estimer ce taux.

Il convient de se demander pourquoi les médecins ne font pas parvenir la fiche d'exclusion ?

Il existe un certain nombre de freins à la participation des médecins [43.] Ainsi, on peut imaginer que le médecin « luttera » contre ces obstacles pour aboutir à une action de dépistage pour son patient en lui remettant le test. Toutefois, cela apparaît plus complexe quand l'action à mener n'a pas d'effet direct pour le patient comme c'est le cas dans la démarche de renvoyer une fiche d'exclusion. Envoyer les fiches d'exclusion est une action de santé publique dans le sens où elle permet un recueil de données épidémiologiques indispensables aux travaux sur la prévention. C'est donc un « réflexe épidémiologique » que devrait acquérir les médecins. Il faudrait à la fois se questionner sur le statut du patient vis-à-vis du dépistage mais aussi sur la transmission de cette information à la structure de gestion. Nous avons insisté sur ce point lors de notre intervention et lors du recueil de données dans les dossiers. Cela semble avoir été entendu par notre groupe de médecins puisqu'entre 2010 et 2012 le nombre de fiche d'exclusion transmise est passé de 39 à 74 (soit une augmentation de 89.7%). Le système d'inclusion/exclusion en ligne, d'utilisation facile et rapide a sans doute encouragé les médecins à retourner la fiche d'exclusion. Dans le cadre du PSU GVLG, les médecins ont reçu des codes d'accès au site et ont été formés. Ce système semble avoir été bien accepté et même plébiscité puisqu'en février 2013, dix médecins déclarent l'utiliser à chaque fois ou parfois.

## **8. Le dossier médical**

### **a) Objectifs**

Le dossier médical doit permettre une meilleure gestion des informations relatives aux patients et d'atteindre les objectifs suivants [44] :

- retrouver rapidement et sans risque d'erreur le bon dossier,
- disposer à tout moment d'une histoire médicale actualisée et synthétique, comportant les éléments utiles à la prise de décision,
- se remémorer le contenu des rencontres précédentes,
- structurer le recueil d'informations au moment des rencontres,
- planifier et assurer le suivi médical personnalisé prenant en compte les facteurs de risques et les pathologies chroniques,
- minimiser le risque iatrogène
- favoriser la transmission entre professionnels de santé (associé, remplaçant, successeur, interne en stage)
- améliorer les rapports et la communication avec les patients
- servir de support à une démarche d'éducation thérapeutique
- documenter les faits liés à la prise en charge des patients et assurer la gestion des conflits et des contentieux

### **b) Apport pour le patient**

L'outil informatique peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins par une meilleure gestion des informations et une aide à la prise des décisions. Il est difficile d'établir un lien de cause à effet entre la bonne tenue des dossiers médicaux et la qualité de la prise en charge mais certaines études [45][46] montrent que le dossier médical peut être considéré comme un indicateur de la qualité des soins.

Il est habituel, lors de la création du dossier, d'interroger le patient sur ses antécédents personnels et familiaux, sur sa situation sociale et familiale, sur son mode de vie. Ces informations sont souvent notées dans une partie spécifique du dossier. Cet interrogatoire initial est un moment important dans la relation médecin-patient et est primordial pour une prise en charge globale. Par la suite, il est important de mettre à jour régulièrement les informations concernant les pathologies en cours.

Le médecin généraliste prend souvent en charge ses patients sur de longues périodes. Un dossier bien complété gardera en mémoire la chronologie de l'histoire médicale (et parfois personnelle) du patient et sera une aide à la prise de décision et à la prescription.

Dans une étude anglaise [47] les auteurs se sont intéressés à des médecins qui allaient faire des visites au cours des gardes, sans emporter le dossier du patient. Lorsque, à posteriori, le dossier leur a été soumis, ils ont considéré que s'ils avaient disposé du dossier pendant la visite, leur décision aurait été modifiée dans 10% des cas. Dans un avenir proche, les médecins pourront sans doute consulter les dossiers à distance, et notamment lors des visites à domicile.

### **c) Apport pour les médecins**

A l'heure du développement des maisons et pôles de santé, le dossier médical doit permettre une communication entre professionnels. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à l'amélioration du système de santé va dans ce sens.

Le dossier devient un outil de communication, à la fois entre professionnels mais également entre patients et professionnels.

Il peut également être un outil d'évaluation des pratiques ou encore un outil de recherche et d'enseignement. Il a été démontré que l'évaluation des pratiques médicales améliore la qualité des soins [48].

L'évaluation des pratiques par la méthode de l'audit repose sur l'observation des pratiques réelles et l'analyse des écarts entre la réalité observée et les recommandations [49].

En médecine générale les dossiers, s'ils sont correctement tenus, peuvent constituer une source de données intéressantes pour une réflexion sur la qualité des soins et l'amélioration des pratiques [50]. Grâce aux logiciels médicaux informatiques et au codage, il est possible d'extraire les dossiers sur lesquels va porter l'évaluation et les données étudiées.

#### **d) Les informations relatives à l'Hemocult dans les dossiers médicaux.**

Dans notre étude, il a été retrouvé une information relative au test Hemocult dans 40 % des dossiers. Ce taux de remplissage est supérieur à celui retrouvé dans une étude [51] qui présentait une méthodologie similaire mais un nombre de dossier beaucoup plus grand (1900 dossiers étudiés). Dans ce recueil fait à Paris chez des médecins maîtres de stage à l'Université Paris V en 2009, soit un an après la mise en place du dépistage de masse organisé, seul 25.1 % des dossiers étaient renseignés pour le dépistage du CCR. Trois ans plus tard, les médecins ont sans doute davantage intégré ce dépistage dans leur pratique et renseigne mieux les dossiers.

Une autres étude, menée en 2007 dans un département pilote pour le dépistage du CCR, retrouvait que seuls 1/3 des dossiers étaient complets (ATCD familiaux, date et résultats du test renseignés) [31].

On constate donc qu'il reste encore des efforts à faire par les médecins généralistes pour compléter au mieux les dossiers des patients.

### **e) Outils à proposer**

Plusieurs types d'outils informatiques peuvent être proposés aux médecins pour les aider dans leur pratique et notamment pour les démarches de dépistage.

#### **➤ *Les fiches thématiques***

Les logiciels médicaux diffèrent dans leur présentation et la structuration des informations. Certains proposent des outils pour optimiser le recueil et la gestion de ces informations. En effet, il existe déjà des fiches de suivi pour les maladies chroniques. Celles-ci permettent de définir un protocole de suivi comprenant les actions nécessaires à la prise en charge d'une maladie chronique (par exemple le suivi d'un diabète). La fiche sert d'échéancier et d'aide-mémoire pour planifier les actions à venir et permet une vision synthétique et résumée. Un travail a été mené en France en 2008 sur le suivi de certaines pathologies chroniques. Cette étude était basée sur des « tableaux de bord de suivi » (TBS) dont le principe est de rassembler les informations relatives à plusieurs procédures du suivi d'une pathologie et de rappeler visuellement si le patient n'est pas à jour pour l'une d'entre elles. L'utilisation de ces TBS a montré une amélioration du relevé des indicateurs de santé [52].

Au sein du PSU GVLG, trois médecins utilisent un logiciel qui comporte un TBS consacré à la prévention. Lors de notre recueil, nous avons pu constater qu'il était utilisé dans plus de la moitié (52%) des dossiers des patients de ces médecins. On peut se demander si cela a une influence sur le dépistage. Une étude a été faite en 2012 sur l'impact d'un TBS pour le dépistage des cancers dans un cabinet de groupe de médecine générale [53]. Les questions posées étaient les suivantes : Est-ce que l'implémentation dans les dossiers de patients d'un TBS relatif au dépistage des trois principaux cancers et à la consommation-alcool-tabagique

des patients permettrait d'augmenter les taux de dépistage des patients ? Permettrait-elle d'améliorer la documentation des soins préventifs réalisés ?

A l'issue de l'étude, il n'y a pas eu d'augmentation du nombre de tests de dépistage réalisés. Toutefois, à moyen terme, après neuf mois d'utilisation des TBS, il a été noté une amélioration du renseignement des dossiers, témoignant d'une plus grande implication des médecins généralistes dans les problématiques de dépistage de cancer.

Lors de notre recueil dans les dossiers des patients, nous avons demandé au préalable à chaque médecin quel était son emplacement dédié aux informations relatives à l'Hemoccult. La mention Hemoccult était retrouvée dans 80% des cas à l'emplacement dédié (pré défini par le médecin). Il paraît logique de rassembler à un endroit spécifique, consultable régulièrement et dont l'accès est rapide, les informations concernant le dépistage et la prévention. Une étude de comparaison (emplacement spécifique versus pas d'emplacement) pourrait objectiver un impact en termes de dépistage comme cela a été fait dans une étude anglaise [54]. Dans cette dernière, la présentation des dossiers médicaux a été modifiée : un emplacement dédié aux vaccins, mis en évidence, et pré rempli avait été créé. Cela a entraîné un meilleur suivi des recommandations vaccinales.

Chaque médecin crée son organisation à l'intérieur de son logiciel médical, le but étant de pouvoir retrouver facilement et rapidement les informations. Cela doit être une aide pendant la consultation et non une perte de temps. Chaque logiciel a une présentation et des fonctionnalités que le médecin doit s'approprier.

A ce titre, une question demeure : Est-ce aux concepteurs des logiciels médicaux de pré définir des emplacements dédiés à la prévention et aux examens de dépistage ?

### ➤ *Rappels automatiques*

La capacité des rappels automatiques à améliorer la qualité des soins, et plus particulièrement des soins préventifs, a déjà été démontrée [55]. Les rappels automatiques ou alarmes constituent une fonctionnalité intéressante des logiciels médicaux informatiques. Lorsqu'une procédure doit être mise en œuvre périodiquement (vaccination, dépistage, examen de surveillance d'une pathologie chronique) le système avertit le médecin à l'approche de l'échéance.

Dans notre étude, seuls deux médecins du groupe utilisent des alarmes. Dans l'étude de 2009 [51] sur la prévention et le dépistage, moins de 30 % des médecins utilisaient un tel système.

Lors du questionnaire, plusieurs médecins ont répondu qu'il existait cette fonctionnalité dans leur logiciel mais qu'ils ne savaient pas s'en servir. Actuellement, les médecins du PSU GVLG sont en train de changer de logiciel pour uniformiser leurs pratiques.

On peut imaginer que dans le cadre de pôle ou de maison de santé où les médecins utilisent le même logiciel, ils bénéficient de formation à l'utilisation du logiciel et profitent alors de toutes leurs fonctionnalités, dont les alarmes.

### ➤ *Le dossier médical personnalisé (DPM)*

Outil mis en place par la Sécurité Sociale [56], il est actuellement testé dans le Tarn. Sur la carte Vital des patients seront inscrites les informations nécessaires à son suivi. Ce dossier pourrait donc contenir également les informations relatives à ses examens de dépistage dont l'Hemoccult et représenter une aide pour les médecins.

Encore au stade d'étude, le DPM a fait l'objet d'une thèse sur son applicabilité en médecine générale [57]. Il en ressort que même si les médecins interrogés sont dans l'ensemble

réticents, ils encouragent l'idée du partage des données pour que le dossier médical soit le plus complet possible.

## V. Conclusion

Le CCR est une pathologie grave et fréquente pour laquelle il existe un programme de DMO dans lequel les médecins généralistes ont une place centrale.

En France et dans le département des hauts de Seine, la participation au DMO est encore insuffisante.

Nous nous sommes intéressés à la pratique de ce dépistage chez seize médecins généralistes regroupés au sein d'une structure innovante : un pôle de santé universitaire mis en place grâce au nouveau mode de rémunération créé par l'ARS.

Le nombre de test HemocultII© remis aux patients de ces médecins a augmenté entre 2010 et 2012 après différentes actions d'information autour du dépistage et notamment l'utilisation du système d'éligibilité en ligne.

Il serait intéressant de refaire un relevé dans deux ans pour préciser l'évolution dans le temps de cette pratique.

Nos recueils ont révélé un nombre insuffisant, mais en nette augmentation, d'envoi des fiches d'exclusions, actions indispensables aux structures de gestion pour un calcul précis du taux de participation aux campagnes de dépistage.

Pour améliorer l'adhésion des patients à ce dépistage, nous devons poursuivre nos réflexions sur le contenu de l'information délivrée lors de la remise du test et sur la formation des médecins généralistes.

Par ailleurs, une étude serait intéressante sur l'utilité d'outils informatique au sein des logiciels médicaux pour améliorer le remplissage des dossiers des patients et ainsi espérer favoriser les actions de prévention.

## VI. Annexes

### Annexe n°1 : Questionnaire

#### 1. Caractéristique du médecin

- Sexe :  M  F
- Année de naissance :
- Lieu (code postal) :
- Mode d'exercice  seul  en groupe  
 Secteur 1  Secteur 2
- Appartenance à un groupe de travail des NMR :  
 Oui  non

#### 2. Formation antérieure à la consultation de délivrance du test HémoCult et connaissance sur la stratégie d'invitation :

- Avez-vous déjà assisté à une formation sur le test Hemocult par ADK 92 indemnisée?  
 Oui  non
- Connaissez- vous l'organisation et la stratégie d'invitation de ce dépistage par ADK 92 ?  
 Oui  non

- Que reçoit le patient chez lui ?

- Lettre d'invitation (bonne réponse)
- Autre :
- Ne sait pas

- Que ce passe t'il si il ne renvoie pas le test dans les 3 mois ?

- Nouvelle lettre d'invitation (bonne réponse)
- Autre :
- Ne sait pas

- Que ce passe t'il si il ne renvoie pas le test dans les 6 mois ?

- Lettre + test (bonne réponse)
- Autre :
- Ne sait pas

#### 3. Pratique Quotidienne :

- Demandez vous systématiquement à tous les patients de la population cible (50/74 ans) s'ils ont déjà réalisé le test ?

- Oui  non

- Donnez- vous le test sans présentation de la lettre ?

- Oui  non

- Vous arrive-t-il de proposer au patient de revenir pour une consultation dédiée à la remise du test ?

- Oui  non

- Trouvez vous que vous disposez du temps suffisant à la remise du test lors d'une consultation pour un autre motif ?

Oui  non  dépend du motif

- Est-ce plus rapide lors de la remise du 2eme test ?

Oui  non

- Combien vous avez été payé l'année dernière pour votre participation au dépistage ?

Réponse  
 Ne sait pas

#### 4. Remise du test et explications

- Recherchez-vous systématiquement les critères d'exclusion ?

Oui  non

- Quelle donnée épidémiologique sur le CCR donnez-vous au patient ?

Réponse :  
 Aucune

- Est-ce que vous faites une démonstration à votre patient (avec un test de démonstration ou avec le sien) ?

Oui  non

- Est-ce que vous parlez des résultats ?

Oui  non

- Expliquez-vous la signification d'un test positif ?

Oui  non

- Parlez vous d'emblée de la coloscopie ?

Oui  non

- Est-ce que vous insistez sur le rythme biannuel de ce dépistage ?

Oui  non

#### 5. Traitements des résultats des tests :

- Existe-t-il une place dédiée à l'Hemocult dans la partie historique/ATCD du patient (ou autre) ?

Oui  non

- Si votre logiciel le permet, utilisez-vous des alarmes pour les rappels biannuels ?

Oui  Non

- Exploitez-vous la liste des non répondants diffusée par ADK ?

Oui  non

- Si oui, comment ? Réponse :

## Annexe n°2

### **Dépistage du CCR par le test Hemocult** **Proposition de consultation détaillée de délivrance du test** **Thèse qualitative, Dr Bismuth, 11/01/11**

*En Italique : les changements, remarques apportés par Margot Kenigsberg*  
*Cette consultation très complète, est proposée comme outils aux MG, qui pourront choisir parmi tous les items, les messages les plus appropriés à chaque patient.*

<b>1) Introduire la consultation</b> Objectif : valoriser l'acte de dépistage, informer du déroulement de la consultation	
- Nous allons prendre du temps aujourd'hui pour parler de votre santé	
- Nous allons vous présenter un test qui est important pour votre santé	
- Suite à cette consultation, je vous renouvellerai votre traitement ...	
<b>2) Recherche d'un test antérieur</b> Objectif : recherche d'éligibilité, expérience	
- Avez-vous déjà fait le test hemocult ?	
- A quelle date aviez-vous réalisé ce test ?	
<b>3) Evaluation du niveau de risque</b> Objectif : recherche d'éligibilité, ne pas sous-estimer les patients à risque, expliquer la notion de parent du premier degré (1 parent de moins de 65 ans, ou 2 parents quelque soit l'âge)	
- Avez-vous déjà eu du sang dans les selles jusqu'à ce jour ?	
- Avez-vous déjà fait une coloscopie ?	
- (si oui) Avaient-ils trouvé quelque chose, un polype à la coloscopie ? A quelle date avait vous réalisé cette coloscopie ? Est-ce que cette coloscopie date de plus de 5 ans ?	
- Est-ce qu'un de vos parents, de vos frères ou sœurs ou de vos enfants a déjà passé une coloscopie ? A déjà eu des problèmes aux intestins /polypes /cancer ?	
<b>4) Tester les connaissances de son patient</b> Objectif : Evaluer les connaissances pour adapter ses explications, adopter une approche centrée pour renforcer l'implication du patient	
- Savez-vous pourquoi vous faites ce dépistage aujourd'hui	
- Que savez-vous du dépistage préventif du cancer colorectal ?	
- Que savez du test hemocult ?	
- En avez-vous déjà entendu parler à la télévision ? à la radio ? Qu'en avez-vous retenu ? Qu'avez-vous compris ?	

<p><b>5) Epidémiologie du CCR</b>  Objectif : informer le patient sur la fréquence et la gravité du CCR. Souligner l'intérêt d'un dépistage diagnostic précoce</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est un cancer qui touche beaucoup de français/ 40 000 nouveaux cas par an et qui est souvent grave car dépisté trop tardivement</li> </ul> <p><i>Incidence : 36000/an (3<sup>ème</sup> rang chez l'homme, 2<sup>ème</sup> chez la femme)</i>  <i>Mortalité :16000/an (2<sup>ème</sup> cause de décès par cancer)</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Par contre, dépisté tôt, ce cancer se soigne très bien. Les progrès de la médecine / des thérapeutiques / des traitements nous permettent de soigner 9 personnes sur 10 / 95% des malades si on le dépiste suffisamment tôt</li> </ul>	
<p><b>6) Histoire naturelle du CCR</b>  Objectif : Rassurer le patient, expliquer la notion prépondérante des lésions précancéreuse. Inscire le patient dans un dépistage biannuel : condition indispensable au succès</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'avantage que nous avons aujourd'hui, c'est de pouvoir agir avant que le développe, le test nous permet de trouver des lésions précancéreuses / qui ne sont pas encore un cancer / des polypes afin d'éviter qu'ils ne se transforment/ qu'ils ne deviennent plus tard un cancer</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ces polypes se développent très lentement (10 ans) ce qui nous permet en répétant le test tous les deux ans de les enlever avant qu'ils ne deviennent un cancer</li> </ul> <p><i>80% des adénomes se transforment en cancer</i></p>	
<p><b>7) Comparaison à d'autre dépistage</b>  Objectif : expliquer la notion de lésion précancéreuse. Insister sur la réalisation d'un dépistage préventif non diagnostique</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mammographie permet de dépister un début de cancer tandis que ce dépistage permet de révéler une lésion précancéreuse/ qui n'est pas encore un cancer</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le dépistage du cancer colorectal permet comme le frottis du col de l'utérus que vous pratiquez de dépister une lésion qui n'est pas encore un cancer</li> </ul>	
<p><b>8) Présentation du test Hemoccult</b>  Objectif : Rappeler l'objectif, décrire les différentes étapes, s'assurer de la bonne compréhension  Montrer les différents éléments, rassurer le patient, responsabiliser le patient, justifier les explications données, faire une démonstration</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le test Hemoccult permet de dépister du sang microscopique / non visible/ que l'on ne voit pas dans les selles</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je vais vous montrer l'ensemble des éléments</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Vous avez 1 cartons avec 2 carrés A et B dans chaque case, 1 bâton par carré soit 6 bâtons. Il faut prélever 2 petits morceaux, gros comme une lentille, de selle sur 3 selles successives</i></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La selle ne doit pas entrer en contact avec l'eau ou les urines, alors vous devez mettre du papier journal (ou du sopalin ou les bandes qui sont données avec le test ou une assiette en carton) pour recueillir vos selles</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le test se lit en périphérie donc il ne faut pas que votre prélèvement déborde trop : une petite lentille suffit</li> </ul>	

- Le réactif se trouve derrière la plaque en carton...donc il ne faut pas que le carton soit trop détrempé. Le test n'aime pas l'eau/le test ne supporte pas l'humidité	
- Vous avez 10 jours pour réaliser ces prélèvements. Avez-vous un transit régulier ? 1 selle par jour soit 3 jours de suite ou 1 selle tous les 2 jours donc 6 jours	
- Trois fois de suite, c'est important car s'il y a un polype qui saigne, nous avons plus de chance de le retrouver sur trois selles	
- Il faut conserver les cartons à l'air libre, à température ambiante. Vous mettez les tests au dernier moment parce que le plastique fait macérer Une fois cela fini et seulement quand vous avez fini, vous mettez le carton dans le plastique et vous envoyez dans l'enveloppe pré-remplie et pré-timbrée <i>Penser à joindre la feuille de renseignement</i>	
- Nous allons faire une petite démonstration avec un peu de crème ou de vaseline	
- Avez-vous bien compris la démarche à suivre ? Le mode d'emploi est très bien fait	
<b>9) Avantages liés à la réalisation du test Hemoccult</b> Objectif : Rassurer le patient, insister sur les avantages	
- C'est un test simple, facile à faire, qui n'est pas douloureux	
- C'est un test entièrement gratuit	
- C'est un test qu'on peut faire à la maison	
<b>10) Réception des résultats</b> Objectif : favoriser l'accompagnement	
- Nous devrions recevoir, vous et moi, le résultat d'ici une quinzaine de jours	
- Si vous avez une question sur vos résultats, n'hésitez pas à me contacter	
<b>11) Résultats négatifs</b> Objectif : prendre en considération la peur générée par les résultats. Rassurer le patient. Avertir de l'intérêt de consulter si apparition de symptômes dans l'intervalle. Nouvelle opportunité d'inscrire le patient dans un dépistage bi annuel. Tester la bonne compréhension	
- Dans la majorité des cas, plus de 9 fois sur 10, le résultat est négatif, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas de sang dans les selles	
- Si entre ces deux années, vous avez des problèmes intestinaux, du sang dans les selles, une modification de poids brutal, vous venez me consulter comme à votre habitude	
- C'est très bien MAIS comme je vous l'ai expliqué précédemment, il faut refaire le test tous les deux ans pour être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose /d'un polype /d'un problème débutant	
- Avez-vous compris pourquoi il faut refaire ce test tous les deux ans ? Avez-vous compris pourquoi si nous ne faisons pas ce test tous les deux ans nous ne serons pas efficaces ? Nous risquons de passer à côté de quelque chose...	

<p><b>12) Faux négatifs</b></p> <p>Objectif : inscrire dans un dépistage biannuel (vision à long terme). S'assurer que son patient ne consomme pas de forte dose de Vitamine C.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est un test qui ne dépiste pas tous les problèmes notamment parce que les lésions saignent de façon intermittente mais dans la répétition du test et la surveillance d'éventuels symptômes, nous pouvons dépister une grande majorité des lésions</li> </ul> <p><i>Le test ne dépiste qu'un cancer sur 2....restons attentif à la clinique</i></p>	
<p><b>13) Test positif</b></p> <p>Objectif : informer sur la signification d'un test positif. Convaincre le patient de réaliser une coloscopie (garder à l'esprit que 15% des patients ayant un test positif ne font pas de coloscopie)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans moins d'un cas sur dix (3%), le test va être positif, c'est-à-dire que nous avons retrouvé un peu de sang dans les selles</li> </ul> <p><i>Je rajouterai d'emblée : cela ne signifie pas que vous avez un cancer</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- à ce moment-là, il faut accepter de réaliser une coloscopie</li> </ul> <p><i>« il faut accepter », maladroite ? j'insisterai plus sur l'intérêt diagnostique et thérapeutique</i></p>	
<p><b>14) La coloscopie</b></p> <p>Objectif : tester les connaissances et expérience personnelles. Expliquer le déroulement de l'examen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Savez-vous ce qu'est une coloscopie ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est passer une petite caméra qui nous permet de voir à l'intérieur vos intestins</li> </ul> <p>Un examen sous anesthésie générale où on passe un tube dans l'intestin et on va voir ce qui se passe</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous ne sentez rien, ce n'est pas douloureux</li> </ul> <p><i>J'évoquerai la préparation colique</i></p>	
<p><b>15) Résultats de la coloscopie</b></p> <p>Objectif : Dépistage « préventif » d'une lésion précancéreuse. Rassurer le patient. Intérêt du dépistage précoce</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans 5 cas sur 10, nous ne trouvons pas de problème et nous continuerons de surveiller</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans 4 cas sur 10, nous trouvons un polype</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Et seulement dans 1 cas sur 10, nous trouvons un cancer qui quand nous le dépistons tôt se soigne très bien (94% de survie à 5 ans)</li> </ul>	
<p><b>16) Faux positifs</b></p> <p>Remarque : difficultés de discuter des cas de FP, risque de décourager le patient</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le test est un test hautement spécifique (98%). Nous ne retrouvons que 2% de faux positifs. Théoriquement possible en cas d'ingestion de viandes rouges ou de certains fruits et légumes (navets, brocolis, choux fleurs, radis, melon...) ayant une activitéperoxydase, de prise d'AINS dont l'aspirine, de saignement gynécologique ou lié à des hémorroïdes</li> </ul>	

**Annexe n°3 :** Courrier type adressé aux 16 médecins à la fin de l'étude

Résultats pour le Dr n°1:

1) Evolution du nombre de test remis (faits ou non par les patients) par

	2010	2012	
Dr n°1	13	22	+69%
Les médecins du Pôle de santé GVLG	510	706	+38.43 %
Les médecins des communes de Genevilliers, Asnières et VLV hors pôle	2435	2638	+8.34%

2) Evolution du nombre de test réalisés par les patients

	2010	2012	
Dr n°1	11	14	+27%
Les médecins du Pôle de santé GVLG	442	531	+20.1%
Les médecins des communes de Genevilliers, Asnières et VLV hors pôle	2071	2281	+10,1%

3) Fiches d'exclusion renvoyées

	2010	2012	
Dr n°1	1	5	+400%
Les médecins du Pôle de santé GVLG	39	74	+ 89.7%
Les médecins des communes de Genevilliers, Asnières et VLV hors pôle	239	228	-4.6 %

4) Patients dont la fiche d'exclusion n'a pas été envoyé

Dr n°1	Les médecins du Pôle de santé GVLG
23.3%	12%

5) Information relative à l'Hemocult retrouvée dans les dossiers :

Dr n°1	Les médecins du Pôle de santé GVLG
53%	40%

6) Patients à jour pour le dépistage du cancer colo rectal :

Dr n°1	Les médecins du Pôle de santé GVLG
57%	45 %

Quelques rappels ...

- Le test Hemocult doit être proposé à tous les **patients de 50 à 74 ans dit à moyen risque tous les 2 ans.**
  
- **Critères d'exclusion à rechercher et à transmettre à la structure de gestion :**
  - Symptomatologie digestive récente et/ou
  - Coloscopie complète normale réalisée depuis moins de 5 ans et/ou
  - ATCD personnel de CCR ou adénome ou pathologie colique nécessitant un contrôle endoscopique programmé et/ou
  - ATCD familiaux : 1 parent 1er degré atteint d'un CCR avant 65 ans ou au moins 2 parents du 1er degré quel que soit leur âge (coloscopie de dépistage à partir de 45 ans)
  - Maladie intercurrente grave
  - Refus du patient
  
- Vous pouvez remettre à vos patients le test Hemocult sans présentation de la lettre ni les étiquettes. Dans ce cas, remplir l'identité à la main ou demander des étiquettes à la structure de gestion par téléphone ou grâce au site d'éligibilité en ligne
  
- Le site d'inclusion en ligne (<https://www.neonetidf.org>) permet de remplir en ligne et d'envoyer à la structure de gestion le **formulaire d'inclusion lors de la remise du test ou d'exclure le patient du dépistage**. Ceci remplace le carnet à souche. Par ailleurs, le site permet de **vérifier le statut d'éligibilité des patients** pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal. Il est indiqué la date du prochain test.

Chaque médecin a un identifiant (le n° ADELI) et doit demander à la structure de gestion pour le dépistage des cancers de son département ( ADK92 pour le 92, CDC93 pour le 93 ....) son mot de passe.

- Des modes d'emploi en différentes langues sont disponibles ici :  
<http://www.adk92.org/cancer-colon-test-hemocult.asp>

## VII. Bibliographie

- [1] Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 (InVs, Inserm, INCa, Francim, Hospices civils de Lyon). Traitement : INCa 2011
- [2] <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/les-cancers/cancers-du-colon/quelques-chiffres-sur-les-cancers-colorectaux> (Mis à jour : 27.01.12)
- [3] Doc. 239 - Fiche 4.3.2 -Mai 2012 [http://www.ors-limousin.org/publications/4pages/2012/Cancer\\_colorectal\\_limousin\\_2012.pdf](http://www.ors-limousin.org/publications/4pages/2012/Cancer_colorectal_limousin_2012.pdf)
- [4] Cancérogénèse, Histoire naturelle du cancer colorectal, document InVs en ligne, mise à jour 11/12/09
- [5] [http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU\\_9\\_item\\_148.pdf](http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_9_item_148.pdf). Mise à jour le 30/04/2010.
- [6] Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau FRANCIM, Éd Springer, 2007.
- [7] ANAES. Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise charge des cancers du côlon. *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22(2) : 205-218.
- [8] Durand G, Arveux P, Milan C et al. Vécu d'une campagne de dépistage de masse des cancers colorectaux par les médecins généralistes. *Cah Socio Démo Med* 1992 ; 32(2-3) :191-205.
- [9] Mitry E. Dépistage du cancer colorectal. De nouvelles techniques en cours d'évaluation. *La revue du praticien médecine générale* 2006 ; 20(746/747) : 1150-2.
- [10] Jouve JL, Remontet L, Dancourt V et al. Estimation of screening test (Hemoccult®) sensitivity in colorectal cancer mass screening. *Br J Cancer* 2001; 84(11): 1477-81.
- [11] Launoy G, Smith TC, Duffy SW et al. Colorectal cancer mass-screening: estimation of fecal occult blood test sensitivity, taking account cancer mean sojourn time. *Int J Cancer* 1997; 73(2): 220-4.
- [12] BEH du 13 janvier 2009, Numéro thématique, Dépistage organisé du cancer colorectal en France
- [13] Plan cancer 2009 2013 . Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr>
- [14] Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage, INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2011.
- [15] HCL / InVS / INCa/ Francim / Inserm, Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011, Rapport technique. Juin 2011
- [16] Hewitson P et Coll. "Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult" . Cochrane library. Chichester 2011; Issue 2: 36 pages

- [17] [http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer\\_colorectal/cancer\\_colorectal.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_colorectal/cancer_colorectal.pdf)
- [18] Faivre J. Cancéro dig. Vol. 2 N° 2 - 2010 - 101-103
- [19] Journal Officiel, n°295, 21/12/2006
- [20] Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by faecal occult blood screening in a french controlled study. Gastroenterology. 2004;126:1674-80
- [21] Bretagne J-F, Manfredi S, Heresbach D. Dépistage de masse du cancer colorectal : Présent et avenir. Presse Med. 2008 ;36 :1054-63.
- [22] Rapport d'activités 2010 et 2011. ADK 92
- [23] Dancourt V, Faivre J. Epidemiology et dépistage des cancers colorectaux la revue du praticien, 2004 ; 54 :135-142.
- [24] Bismuth M, La consultation de délivrance du test Hemocult dans le cadre du dépistage organisé : étude qualitative Thèse d'exercice de médecine. Université de médecine Denis Diderot Paris 7, 2011
- [25] Plan cancer 2009 2013. Mesure 16. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/5-axes-30-mesures/axe-prevention-depistage/mesure-16/actions.html>
- [26] Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie. Résultats d'une enquête de type déclarative. Bull Cancer, 2004 ; 91(10) :785-791.
- [27] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Hémostacle : une étude qualitative. Exercer, 2008 ; 80 :4-7.
- [28] Attali C, Médioni M, Dubois C et al. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essone. Exercer, 2008 ; 83:98-103.
- [29] Médecins généralistes et les dépistages des cancers : étude barométrique V1. Disponible en ligne: [www.ecancer.fr](http://www.ecancer.fr)
- [30] Enquête Edifice, étude sur le dépistage des cancers et ses facteurs de compliance. Roche Pharma, 2006. Disponible en ligne : [http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche\\_fr/doc/AttachedFile\\_09822.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/AttachedFile_09822.pdf)
- [31] Denis B, Schon G, Ruetsch M, Grall JC, Lévêque M, Meyer JM, Moser S, Tsciember JC, Perrin P, Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes, Press Med, 2007 ; 36 : 217-23.
- [32] Médecins généralistes et les dépistages des cancers : étude barométrique V1. Disponible en ligne [www.ecancer.fr](http://www.ecancer.fr)
- [33] Attali C, Médioni M, Dubois C et al. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essone. Exercer, 2008 ; 83:98-103

- [34] Enquête barométrique INCa/BVA, Les Français face au dépistage des cancers, deuxième vague de l'enquête barométrique janvier/février 2009. Disponible en ligne [www.ecancer.fr](http://www.ecancer.fr)
- [35] Stokamer, C.L., et al., Randomized controlled trial of the impact of intensive patient education on compliance with fecal occult blood testing. *J Gen Intern Med*, 2005; 20 (3) :278-282
- [36] Aubin-Auger , Mercier, Mignotte, Lebeau, Bismuth, Peremans, Van Royen. Delivering Fecal Occult Blood Test : more instruction than shared decision. A qualitative study on french GPs. *The European Journal of General Practice*. Accord pour publication. 2013
- [37] Bretagne J-F, Goulard H, Boussac-Zarebska M, Salines E, Bloch J. L'état du dépistage du cancer colorectal en France en 2009. *Post'U*, 2009 ; 24-29.
- [38] Dépistage du cancer colorectal. Cahier des charges. Disponible en ligne : <http://www.snfge.asso.fr/>
- [39] Casanova S, Caste S-A. Etude des facteurs influençant les taux de participation au dépistage des cancers colorectaux, dans les attitudes et les pratiques des médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine. Université Montpellier 1, 2010
- [40] Durand G, Arveux P, Milan C, Quelier C, Bedenne L, Faivre J. Vécu d'une campagne de dépistage de masse des cancers colorectaux par les médecins généralistes. *Cah Sociol Demogr Med* 1992;22:197-206
- [41] Document INPES. Disponible en ligne [http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr/fiche/5-2\\_seq02.pdf](http://outils-formateurs-education-patient.inpes.fr/fiche/5-2_seq02.pdf)
- [42] Belpair P.A, Dépistage du cancer colorectal, les MG appelés à la rescousse ! *Le journal du médecin*, n°2307, 19/03/13
- [43] Gaye N. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal en médecine générale et envisager les moyens de les contourner. Thèse d'exercice de médecine. Université de médecine Denis Diderot Paris 7, 2011
- [44] Bensoussan A, Mole A, Guide juridique du dossier médical informatisé. Paris : MMI Editions-Masson, collection médidroit, juin 2001, 135p
- [45] Zuckerman AE, Starfield B, Hochreiter C, Kovasznay B. Validating the content of pediatric outpatient medical record by means of tape-recording doctor-patient encounters. *Pediatrics* 1975; 56: 407-11.
- [46] Carter BL, Helling DK, Burns EA, Johnson RE, Danielson SL. Association between appropriateness of prescribing and prescription documentation. *Am J Hosp Pharm* 1983; 40: 1513-5.
- [47] Perry JR, Caine N. General practitioners' knowledge about patients and use of medical records in out of hours calls. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 190-3
- [48] Ourabah R, Doumenc M, Pazart L, Molinari M, Matillon Y. Medical audit in France (letter). *Br J Med Pract* 1996 (juin) : 374-5.

[49] Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire : l'audit médical. Paris, ANDEM, 1993 : 32p.

[50] Kandel O, Gavid B, Roy C, Maugard J-F. Le dossier médical informatisé, Comment peut-il contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles ? La revue du praticien – médecine générale. Tome N° 742/743, septembre 2006

[51] Loiseau Breton C. Qualité du dépistage du cancer colorectal en médecine générale : une étude chez des maîtres de stages franciliens. Thèse d'exercice de médecin. Université Paris Descartes. 2010

[52] Falcoff H, Benainous. Développement et étude d'impact d'un système informatique de tableaux de bord pour le suivi des pathologies chroniques en médecine générale, Pratiques et Organisation des Soins 2009 volume 40 n° 3

[53] Borgat - Archeveque A. « Impact d'un "tableau de bord" informatique pour le dépistage des cancers dans un cabinet de groupe de médecine générale : étude avant/après. » Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 2012

[54] Rodney WM, Chopivsky P, Quan M Adult immunization: the medical record design as a facilitator for physician compliance. Journal of Medical Education 1983, 58(7):576-580.

[55] Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. J Am Med Inform Assoc 1996 Nov;3(6):399-409.

[56] En ligne [http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-tarn/en-ce-moment/nouveau-le-dossier-medical-personnel\\_tarn.php](http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-tarn/en-ce-moment/nouveau-le-dossier-medical-personnel_tarn.php)

[57] Binard P. Application du dossier médical personnel en médecine générale. Enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes du Rhône et de l'Isère 2006 Université Claude Bernard – Lyon

*PORT-FOLIO: fiche de projet de thèse*

<i>Votre projet de thèse</i>	Projet agréé par la commission des thèses comme THESE DE MEDECINE GENERALE. Vous êtes dispensé de la rédaction d'un mémoire.
Date de la présente version du projet de fiche de thèse:	00/00/0000
Nom du directeur de thèse (sans le prénom):	Pr Nougairède
Adresse mail du directeur de thèse:	michel.nougairède@wanadoo.fr
Thème de la thèse:	Audit sur le dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) par la réalisation de l'Hémocult chez 13 médecins généralistes du pôle de santé universitaire Villeneuve La Garenne-Gennevilliers.
Contexte et justification:	<p>Le cancer colorectal représente le 3ème cancer en terme de fréquence et le 2ème en termes de mortalité. Depuis 2008, l'HAS recommande l'utilisation de l'Hémocult comme test de dépistage organisé. Or, actuellement le taux de participation, en moyenne 42%, est insuffisant.</p> <p>Selon l'étude EDIFICE 2, 20 % des MG déclarent proposer le test de dépistage de façon systématique. Dans le département des Hauts de Seine ce taux ne s'élève qu'à 26% en 2010. Le plan cancer 2009-2013 comporte une mesure visant à augmenter l'implication des médecins traitants dans ce dépistage. (Mesure 16 : Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire) Dans une thèse sur la consultation de délivrance du test Hemocult par le médecin généraliste dans le cadre du dépistage organisé, le Dr M. Bismuth a relevé un certain nombre d'insuffisances et de difficultés lors de la remise de ce test.</p> <p>Par ailleurs il semble que le résultat du test Hemocult n'ait pas encore trouvé sa place dans le dossier de suivi des patients. Or pour un suivi et un dépistage adapté (population cible, choix du test hemocult ou d'une coloscopie d'emblée) la bonne tenue du dossier médical est nécessaire.</p>
Hypothèse et question:	<p>Une information spécifique à la consultation de délivrance de l'hémocult aux médecins généralistes d'un pôle de santé universitaire et la mention (et /ou la mise en place « d'alarme ») du test hemocult dans les dossiers des patients peut augmenter le taux de participation au dépistage des patients des médecins concernés.</p> <p>Critère principal : Augmentation du nombre de participant au dépistage du CCR par le test Hemocult chez les patients ayant les critères d'inclusion à ce test, dont le médecin traitant déclaré est un des médecins du Pôle de santé universitaire Villeneuve la Garenne-Gennevilliers (NMR). (Augmentation = atteindre l'objectif d'ADK92, à savoir une augmentation de 4% du taux de participation (actuellement le taux est de 26 % pour le département des Hauts de Seine et l'objectif pour l'année 2010 est de 30%) ).</p> <p>Critère secondaire : taux de mention « hemocult » mis en place dans les dossiers (dans la partie dédiée à l'historique ou aux ATCD du patient) d'un échantillon de patients n'ayant pas répondu au test.</p> <p>Objectif secondaire : évaluer l'acceptation et les difficultés d'utilisation d'une consultation type de délivrance du test Hémocult par les médecins généralistes du groupe NMR.</p>
Méthode:	Audit de pratique (ou Audit externe) sur la réalisation du dépistage du CCR chez les patients de 13 médecins généralistes du Pôle de Santé Gennevilliers / Villeneuve La Garennes (NMR).

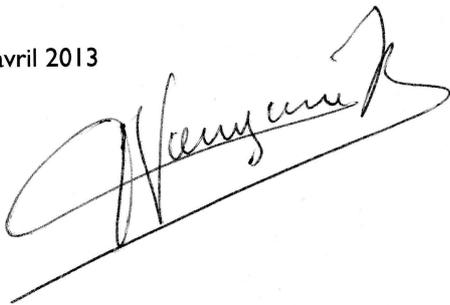
	<p>1) Recueil du taux d'Hemocult réalisés auprès d'ADK 92, Association pour le dépistage des cancers dans les Hauts de Seine. Taux par médecins et pour l'ensemble du groupe NMR)</p> <p>2) T0 : intervention  1- Présentation lors d'une FMC organisée par le Pôle de Santé universitaire VLG-Gennevilliers de la consultation type de délivrance de l'hemocult</p> <p>2- Entretiens avec les médecins : questionnaire semi directif  - Caractéristiques du médecin : âge, sexe, mode d'installation  - Formation à la délivrance de l'Hemocult: déjà eu ? quel type ?  - Pratique quotidienne : Vérification systématique pour tous les 50/74 ans ? Alarmes ?  - Traitements des résultats des tests : une place dédiée dans la partie historique/ATCD?  Existe-t-il une mention pour les non répondants ?</p> <p>3- Recherche dans x ( nombre à déterminer) dossiers des patients pour voir si « l'item hemocult » apparait : où et comment ?</p> <p>3) Suivi de l'étude par mail, téléphone</p> <p>4) T final (6 mois ?)  - nouveau recueil auprès d'ADK92 : augmentation du nombre de réponse ?  - 2ème questionnaire : impression des MG : changement d'attitude ? Utilisation de la consultation type ?  - 2ème visite chez les MG : recueil du taux d'alarme mis en place dans x dossiers?</p>
Retombées potentielles:	Outils de travail pour les médecins du groupe NMR Prétest pour une étude randomisée sur une population représentative
Rôle de l'interne dans le projet de thèse:	Exploitation des données d'ADK 92 Questionnaire semi directif des MG participants Relevé des données dans les dossiers Information sur le test Hemocult et présentation de la consultation type lors d'une réunion de FMC
Bibliographie:	Plan cancer 2009 2013 [En ligne]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé La consultation de délivrance du test Hemocult dans le cadre du dépistage organisé : étude qualitative , Michel Bismuth, thèse soutenue le 11/01/11 EDIFICE 2 nouveaux résultats Sein-Colon-Prostate 2008
Recrutement d'investigateurs	<input type="checkbox"/> Je souhaite solliciter pour ce projet des investigateurs maîtres de stage sur toute l'Ile de France et dépose pour cela une demande auprès de la COMMISSION IDF D'HARMONISATION DES THESES <input type="checkbox"/> Je souhaite pour ce projet la collaboration des investigateurs maîtres de stage de Paris DIDEROT <input type="checkbox"/> Je me charge de recruter les investigateurs pour mon projet (par exemple ils seront tirés au sort, ou bien je les trouverai seul(e), ou bien j'utiliserai un réseau de soins...) <input type="checkbox"/> Ce projet ne nécessite pas d'investigateurs médecins généralistes

## PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse  
Université Paris Diderot  
Le Professeur Michel Nougairède

Le 25 avril 2013



VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Université Paris Diderot - Paris 7  
Professeur Benoît Schlemmer



*VU ET PERMIS D'IMPRIMER*  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7  
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

## Résumé

Introduction : Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent dans la population française. Un traitement précoce efficace pour cette pathologie existe. En 2008, un programme de dépistage de masse organisé a été mis en place, auprès des personnes de 50 à 74 ans sans facteur prédisposant : invitation par courrier à réaliser un test Hemocult © remis par leur médecin traitant. La participation était insuffisante en 2010 (32%). Une participation de 50% permettrait une baisse de la mortalité par CCR de 18%.

Hypothèse : une information des médecins généralistes à la consultation de délivrance du test HemocultII© pourrait augmenter le nombre de tests réalisés. Objectif principal : augmenter le nombre de tests chez les patients des médecins informés. Objectif secondaire : étudier les connaissances, la pratique des médecins et leur utilisation du dossier médical.

Matériel et méthode : Etude quantitative par questionnaire fermé, intervention auprès de 16 médecins d'un pôle de santé universitaire des Hauts de Seine, recueil rétrospectif dans des dossiers tirés au sort, comparaison avec d'autres médecins.

Résultats : Les tests remis et réalisés ont plus augmenté chez les médecins informés, (+38.43% vs +8.34%,  $p < 0.01$ ) (+20.1% vs + 10.1%,  $p : 0.2$ ). 40 % des dossiers des patients comportaient une information relative au test Hemocult. 45 % des patients étaient à jour vis-à-vis du dépistage. 12 % des fiches d'exclusion n'ont pas été transmises.

Conclusion : Les médecins généralistes remettent plus de test après avoir reçu une information. Le remplissage des dossiers et le renvoi des fiches d'exclusion au test sont à améliorer.

Mots clés : Cancer colorectal –Dépistage-Hemocult-médecine générale- dossier médical