

## Cancer du sein, cancer colorectal : les médecins libéraux et les campagnes de dépistage de masse organisés

Dr Régis MOURIES  
*Président de la commission  
Prévention, santé publique et environnement  
(généraliste)*

Dr Gérard GENTY  
*Président de la commission  
Prévention, santé publique et environnement  
(gynécologue)*

Dr Bruno SILBERMAN  
*Président URML Ile-de-France  
(radiologue)*

Dr Frédéric PRUDHOMME  
*Secrétaire général URML Ile-de-France  
(gastroentérologue)*

# Les enjeux et le fonctionnement des DMO

*Dr Frédéric PRUDHOMME*

*Secrétaire général URML Ile-de-France*

## Les enjeux du dépistage de masse organisé des cancers

- Deux campagnes en cours actuellement : dépistage du cancer du sein (généralisé en 2004) et du cancer colorectal (2009).
  - Pour assurer un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire et faire bénéficier chaque patient de la même garantie de qualité et de prise en charge.

Cancer du sein : 49 800 nouveaux cas / an en France - 11 200 décès (2005).

→ 1<sup>er</sup> cancer en terme de mortalité pour les femmes.

Cancer colorectal : 37 000 nouveaux cas par an - 16 800 décès (2005).

→ 3<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent dans la population française.

## Les enjeux du dépistage de masse organisé des cancers

- Pour garantir l'efficacité sanitaire du DMO, le taux de participation de la population cible (référentiel européen) doit atteindre 70 %.
  - En France en 2009 ce taux est de 52,8 % pour le DO du cancer du sein.  
→ 40,5 % en Ile-de-France (28 % à Paris)
- Les recours franciliens aux DO + dépistage individuel (DI) atteignent un taux de participation de 70 %.
- Objectifs du plan cancer 2 (2009-2013) : ↗ 15 % taux de participation et ↗ 50 % dans les départements aux taux de participation les plus faibles.

## Comment fonctionnent les DMO

- Rappel du schéma d'organisation du DMO du cancer du sein :
  - Envoi convocation tous les 2 ans par les structures de gestion départementales.
  - Mammographie dans une centre de radiologie agréé.
  - 2<sup>nd</sup>e lecture dans un centre de lecture.
  - Résultats adressés à la patiente et au médecin traitant.
  
- Rappel du schéma d'organisation du DMO du cancer colorectal :
  - Envoi convocation tous les 2 ans à la population cible.
  - Remise du test hémocult et explications par le médecin généraliste.
  - Réalisation du test à domicile par le patient et envoi au centre de lecture.
  - En cas de résultats + : coloscopie.

## Les enjeux du dépistage de masse organisé des cancers

- Enjeux majeur de santé publique pour l'URML Ile-de-France.
- L'URML et la Commission Prévention, santé publique et environnement s'est saisie du sujet :

Enquête sur les freins à la mise en œuvre des DMO

## Objectifs de l'enquête URML

*Dr Gérard GENTY*

*Co Président Commission Prévention Santé Publique URML*

## Objectifs de l'enquête de l'URML IDF

Sur le terrain : persistance de freins tant du côté des patients que des médecins pour la mise en œuvre de ces DMO.

L'URML a décidé de s'intéresser aux freins opérationnels de ces campagnes de masse et à l'analyse qu'en font les médecins libéraux franciliens concernés.

Une enquête auprès des spécialistes concernés pour :

- Repérer les pratiques quotidiennes des médecins libéraux en matière de dépistage.
- Identifier leurs motivations, leurs difficultés, et réticences face aux DMO.
- Recueillir leurs propositions pour en améliorer l'efficacité.





## Méthode et participation

- Enquête par questionnaire auto administré élaboré par l'URML.
- Envoi postal effectué le 11 décembre 2009 auprès des 11 335 médecins généralistes, gynécologues, radiologues, gastro entérologues.
- Période de recueil : 11 décembre 2009/15 février 2010.
- Taux de retour : **20 %**

Spécialité	Généralistes	Gastro-entérologues	Radiologues	Gynécologues	Ensemble
Nombre de médecins interrogés	8694	402	964	1275	11335
Nombre de questionnaires conformes recueillis	1587	140	181	297	2205
Taux de retour (en%)	18,3	34,8	18,8	23,3	19,5

- Traitement et analyse des **2 205** questionnaires sous Modalisa.

## Premiers résultats de l'enquête URML

*Dr Régis MOURIES*

*Président Commission Prévention Santé Publique  
Environnement URML*

# Résultats

## Présentation de la population répondante

	généralistes	gynécologues	radiologues	gastro entérologues
<b>Sexe</b>				
<b>Homme</b>	70 %	28 %	73 %	80 %
<b>Femme</b>	30 %	72 %	27 %	20 %
<b>Département</b>				
<b>75</b>	18,8 %	33,9 %	28,2 %	25,4 %
<b>77</b>	12,8 %	8,8 %	9,9 %	5,8 %
<b>78</b>	14,8 %	14,2%	14,4 %	14,5 %
<b>91</b>	11,7 %	8,8 %	7,2 %	8,0 %
<b>92</b>	11,5 %	15,3 %	8,8 %	18,1 %
<b>93</b>	10,6 %	7,1 %	8,3 %	11,6 %
<b>94</b>	10,9 %	6,8 %	13,8 %	10,1 %
<b>95</b>	8,9 %	5,1 %	9,4 %	6,5 %
<b>Secteur</b>				
<b>1</b>	74,2 %	23,3 %	69,0 %	33,3 %
<b>2</b>	25,3 %	76,0 %	31,0 %	65,2 %
<b>Autre</b>	0,5 %	0,7 %	0,0 %	1,5 %

- Gynéco : sur représentation des femmes (59 % dans la population cible).

## Dépistage du cancer du sein

Trois populations de médecins interrogées :

- généralistes
- gynécologues
- radiologues

## La quasi-totalité des médecins participent à ce DO...

97 % des MG, 94,5 % des radiologues, 89 % des gynécologues.

## ...et le jugent utile :

92 % des gynécologues, 90 % des généralistes sont convaincus de l'utilité du dépistage.

Tous les gynécologues et 95 % des généralistes répondants recommandent à leurs patientes âgées entre 50 et 74 ans le dépistage du cancer du sein (DI ou DO).

## Dépistage individuel ou dépistage organisé ?

**Les gynécologues** : orientation plutôt vers le DI (53 %). Surtout en secteur 1 (68 % versus 50 % des secteurs 2) et dans le Val d'Oise (71 %).

Les Parisiens ont davantage tendance à orienter leurs patientes dans le cadre du DO (58 %).

**Les médecins généralistes** : orientation plutôt vers le DO (52 %). Pour Paris et le 92 cette tendance s'inverse. Les généralistes en secteur 1 orientent davantage vers le DO (55 % versus 45 %).

## Formation :

**Généralistes** : Seuls 15 % des MG répondants ont suivi une formation récente (moins de 2 ans). Ils sont **40 % à souhaiter suivre une formation** sur ce thème.

**Radiologues** : Tous les radiologues et les manipulatrices ont reçu une formation (obligatoire) et mêmes certaines secrétaires.

**Gynéco** : Pas de formation spécifique sur le DO

## Le dépistage organisé en pratique

*La seconde lecture* : un gage de qualité reconnu

**Pour les radiologues** : avant tout une sécurité supplémentaire pour 77 % et un apport de qualité du dépistage (57 %).

Les gynécologues : Tous connaissent l'existence de cette double lecture.

*Les contrôles qualités du matériel* en radiologie :

Méconnaissance des obligations de qualité mise en œuvre par les radiologues.  
(par exemple seuls 60 % des gynéco connaissent ces contrôles).



## La diffusion des résultats :

*La récupération des mammographies non systématique* : 1/3 des radiologues répondant indiquent que leurs patientes ne viennent que rarement voire jamais retirer leurs clichés → difficultés de stockage.

### **Chez les radiologues : Hétérogénéité des adressages**

1/3 → choix laissé à la patiente

1/3 → le gynécologue

1/3 → le médecin traitant doit être indiqué (il n'est pas toujours identifié dans le cadre DMO)

**Pourtant tous les gynéco** souhaiteraient être destinataires des résultats (97 %).

### *Les relations confraternelles*

21 % des radiologues → problèmes relationnels avec certains correspondants : les gynécologues en règle général (conséquence des requalifications du DI en DO).

## Pourquoi l'orientation vers le DO n'est-elle pas systématique ?

### 1- Une implication insuffisante

20 % des médecins généralistes et 30 % des gynécologues s'estiment insuffisamment impliqués dans le dispositif. Pour les gynécologues → 1<sup>ère</sup> raison les dissuadant de proposer ce DO.

### 2- Une méconnaissance de leur droit d'orienter vers le radiologue de leur choix

**Un quart des gynécologues** et 1 MG sur 10 indiquent qu'ils préfèrent confier leurs patients à leurs correspondants habituels (or le DO l'autorise).

3- Relation avec la structure de dépistage mal établie (diapo suivante).

## Pourquoi l'orientation vers le DO n'est-elle pas systématique ?

### 4- Un trop long délai d'obtention des résultats

Ce délai, jugé trop long, est l'une des raisons les dissuadant de proposer ce dépistage de masse (43 % des gynécologues).

5- L'outil de vérification d'éligibilité [www.neonetidf.org](http://www.neonetidf.org) : très peu connu par les MG (17 %) et les gynécologues (15 %). Les radiologues le connaissent mieux (60 %) mais parmi eux seul un tiers l'utilise souvent, et 63 % rarement ou jamais.

Quelle(s) raison(s) les inciteraient à proposer davantage le DO ?

	Généralistes	Gynécologues
Davantage de motivation et de demande de leurs patientes	44 %	23 %
La preuve qu'il diminue la mortalité lié au cancer du sein	36 %	46 %
Des campagnes m'impliquant davantage	27 %	23 %

# Dépistage du cancer colorectal

Deux populations de médecins interrogées :

- généralistes
- gastroentérologues

## Forte implication des libéraux dans le DO du cancer colo rectal

**85 % des médecins généralistes** répondants participent à ce DO.

70% ont suivi une formation récente.

**2/3 des gastroentérologues** ont également participé à ces formations.

3 gastroentérologues sur 4 seraient prêts à s'engager dans des actions de formation des MG sur ce sujet.

## En pratique ...

69 % des MG proposent ce DO systématiquement ou souvent aux patients cibles non demandeurs.

### *Des patients réticents*

Les patients sont peu demandeurs et peu motivés pour réaliser ce test : 1<sup>ère</sup> raison déclarée comme frein à cette campagne par les gastro (47 %) et les MG (41 %).

1/3 des MG n'essuient jamais de refus. Pour les autres, le taux de refus est < à 1 patient sur 4. Principal motif : réticence à la manipulation des selles.

En cas de résultat positif à l'hémoccult, le refus de coloscopie reste très faible : aucun pour 68 % des répondants, moins de 5 % pour le quart des répondants.

*La communication des gastroentérologues avec les confrères et les structures de gestion*

80 % des gastroentérologues déclarent informer la structure de gestion des résultats de la coloscopie de leurs patients, tous informent également le MG.

68 % n'ont aucun retour d'information de la part de la structure de gestion.

96 % souhaiteraient recevoir des relevés d'informations annuels sur le nombre d'hémocult positifs coloscopés et sur le nombre de cancer colorectal dépistés.



## Principaux freins identifiés par les médecins généralistes :

- ❖ Le manque de temps (49 %),
- ❖ La rémunération insuffisante (39 %),
- ❖ Le maniement compliqué des étiquettes et des divers imprimés (33 %).

La remise du test hémocult, l'explication de la démarche et de l'interprétation des résultats demandent beaucoup de temps : durée jugée incompatible avec la consultation par 34 % des généralistes.

La rémunération : source d'insatisfaction pour 2/3 des MG, quelque soit le secteur d'exercice.

40 % des MG pensent qu'une consultation dédiée les inciteraient davantage à proposer ce DO.

## Enseignements et conclusions

*Dr Bruno SILBERMAN*  
*Président URML Ile-de-France*

## **Cancer du sein/cancer colorectal : une comparaison riche d'enseignements**

- Le mode d'organisation est déterminant quant à l'implication et à la participation des praticiens de ville :
  - Le DO du cancer du sein contourne le généraliste et le gynécologue ; à l'inverse le DO du cancer colorectal s'appuie sur le généraliste et le gastroentérologue.
  
- Les principaux freins identifiés sont liés à un manque de formation ou d'information des médecins et au défaut de valorisation du temps consacré à la prévention par le médecin.
  
- Etape scientifique : remplacement de l'hémocult en attente, validité du dépistage du cancer du sein.

## **Plusieurs pistes sont identifiées pour lever ces freins :**

### Pour le DO du cancer du sein

- Proposer aux gynécologues et médecins généralistes des formations.
- Organiser des campagnes de communication à destination des médecins de ville.
- Envoyer systématiquement les résultats du DO au gynécologue ET au médecin traitant.

### Pour le DO du cancer colo rectal :

- Simplifier certains aspects administratifs.
- Prévoir d'avantage de retours d'informations de la part des structures de gestion auprès des gastroentérologues.

➔ Et globalement :

- Agir sur les populations les plus précaires qui passent au travers des DO.
- Valoriser le travail des médecins en matière de prévention.

L'URML, attentive à ses missions dans le domaine de la prévention, souhaite engager des actions concrètes pour améliorer ces dispositifs.

Rapprochement en cours avec l'ARS pour :

- Approfondir ces premiers résultats.
- Identifier les actions communes à mener.