

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

ANNEE 2013 N° 2013-18

TITRE DE LA THESE : Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal

THESE
présentée
à l'UNIVERSITE de SAINT-ETIENNE
et soutenue publiquement le : Mardi 25 Juin 2013
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR :

NOM ET PRENOM : THU-THON Emilie
NEE LE : 10/12/1986
A : Aix-en-Provence

REMERCIEMENTS

Au président du jury de thèse,

Monsieur le Professeur JM. RODRIGUES,
Qui m'a fait l'honneur de présider ce jury.
Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Au jury de thèse,

Madame le Dr B. TROMBERT,
Je vous remercie pour l'intérêt porté à ce travail, pour votre disponibilité, vos remarques constructives et votre écoute.

Monsieur le Pr X. ROBLIN,
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Dr R. CHARLES,
Je tiens à remercier tout particulièrement celui qui a proposé et encadré cette thèse et qui m'a permis de la réaliser dans les meilleures conditions. Je n'oublie pas son aide précieuse dans la relecture et la correction de ma thèse. La justesse de ses critiques a été très constructive et utile. Merci aussi pour ta grande disponibilité.

Aux médecins de Drôme et d'Ardèche,

A Patrick Froger, merci de m'avoir accueilli à Tournon, pour ta sympathie et pour avoir suivi mes travaux pendant la durée de ma thèse.
Je remercie également Etienne Paré, Tariq Hicham, Bruno Meyrand...
Et les médecins ayant participé à la formation.

Merci à Laurent Farre, Bernadette Barberino, Marie-Paule Chaize et leurs équipes Statistiques respectives.

Et merci à tous ceux qui de près ou de loin ont participé à la réalisation de ce projet.

Merci à toute ma famille.

*A mes parents surtout,
Merci pour votre soutien sans faille.*

A ma sœur Christiane, je te remercie pour ton travail de relecture. Merci de m'avoir épaulée dans ce projet.

A mon frère Yannick.

Merci à mes amis entre autres Aurélie, Laurène et ceux de Marseille. Merci à Julie avec qui j'ai partagé les mêmes épreuves au cours de cet internat.

Merci à l'équipe des urgences pédiatriques et aux co-internes avec qui nous avons partagé d'agréables moments.

Merci aux praticiens du SASPAS d'Ardèche chez qui j'ai passé un superbe stage et qui m'ont confortée dans la pratique de l'exercice libéral de la médecine générale.

Et enfin à Kévin, merci pour tes encouragements répétés au cours de la rédaction de cette thèse et pour ton soutien inconditionnel.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

THESE DE : Melle THU-THON Emilie

COMPOSITION DU JURY

Président : RODRIGUES Jean-Marie

Faculté : Saint Etienne

Assesseurs : TROMBERT Béatrice

Faculté : Saint Etienne

ROBLIN Xavier

Faculté : Saint Etienne

CHARLES Rodolphe

Faculté : Saint Etienne

FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

LISTE DES DIRECTEURS DE THESE

Anatomie	M. le Pr Jean-Michel PRADES	PU-PH 1C
Anatomie et cytologie pathologiques	M. le Pr. Michel PEOC'H	PU-PH 2C
Anatomie et cytologie pathologiques	Mme le Dr ML CHAMBONNIERE	MCU-PH 2C
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Christian AUBOYER	PU-PH C except
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	M. le Pr. Serge MOLLIEUX	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	M. le Pr. Bruno POZZETTO	PU-PH 1C
Bactériologie – Virologie – Hygiène	M. le Pr Thomas BOURLET	PU-PH 2C
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Florence GRATARD	MCU-PH HC
Bactériologie – Virologie - Hygiène	Mme le Dr. Sylvie PILLET	MCU-PH 2C
Bactériologie – Virologie – Hygiène(opt Hygiène)	M. le Pr Philippe BERTHELOT	PU-PH 2C
Biochimie et biologie moléculaire	Mme Nadia BOUTAHAR	MCU-PH 2C
Biologie cellulaire	Mme le Pr Marie Hélène PROUST	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Pr. Francis DUBOIS	PU-PH 1C
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Pr Claire BILLOTEY	PU-PH 2C
Biophysique et médecine nucléaire	M. le Dr Philippe RUSCH	MCU-PH HC
Biophysique et médecine nucléaire	Mme le Dr Nathalie PREVOT	MCU-PH 1C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Thierry SCHMITT	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Radiothérapie)	M. le Pr. Nicolas MAGNE	PU-PH 2C
Cancérologie - Radiothérapie (opt Cancérologie)	M. le Pr. Yacine MERROUCHE	PU-PH 1C
Cardiologie	M. le Pr. Karl ISAAZ	PU-PH 1C
Cardiologie	M. le Pr Antoine DACOSTA	PU-PH 2C
Chirurgie digestive	M. le Pr Jack PORCHERON	PU-PH 2C
Chirurgie générale	M. le Pr Olivier TIFFET	PU-PH 2C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. François VARLET	PU-PH 1C
Chirurgie Infantile	M. le Pr. Bruno DOHIN	PU-PH 2C
Chirurgie orthopédique	M. le Pr Frédéric FARIZON	PU-PH 2C
Chirurgie orthopédique	M. le Dr Rémi PHILIPPOT	MCU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Xavier BARRAL	PU-PH C except
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr. Jean Pierre FAVRE	PU-PH 1C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean Noël ALBERTINI	PU-PH 2C
Chirurgie Vasculaire	M. le Pr Jean François FUZELLIER	PU-PH 2C
Dermato - vénéréologie	M. le Pr. Frédéric CAMBAZARD	PU-PH C except
Endocrinologie et Maladies Métaboliques	M. le Pr. Bruno ESTOUR	PU-PH C except
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	M. le Pr. Jean-Marie RODRIGUES	PU-PH C except
Epidémiologie- Economie de la Santé et Prévention	M le Pr Franck CHAUVIN	PU-PH 1C
Biostatistiques informatique médicale et technologie de la communication	Mme le Dr Béatrice TROMBERT	MCU-PH 1C
Gériatrie	M. le Pr. Régis GONTHIER	PU-PH C except
Gynécologie et Obstétrique	M. le Pr. Pierre SEFFERT	PU-PH C except
Gynécologie et Obstétrique	Mme le Pr Céline CHAULEUR	PU-PH 2C

Gynécologie et Obstétrique	M. le Dr Gautier CHENE	MCU-PH 2C
Hématologie	M. le Pr. Denis GUYOTAT	PU-PH 1C
Hématologie	Mme le Pr Lydia CAMPOS GUYOTAT	PU-PH 2C
Hématologie	Mme le Dr Emmanuelle TAVERNIER	MCU-PH 2C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Jean Marc PHELIP	PU-PH 2C
Hépatologie – Gastro - Entérologie	M. le Pr Xavier ROBLIN	Pr Associé
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Mme le Pr Michèle COTTIER	PU-PH 1C
Histologie – Embryologie - Cytogénétique	Melle Delphine BOUDARD	MCU-PH 2C
Immunologie	M. le Pr. Christian GENIN	PU-PH 1C
Immunologie	M. le Pr Olivier GARRAUD	PU-PH 1C
Immunologie	M. Stéphane PAUL	MCU-PH 1C
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	M. le Pr. Frédéric LUCHT	PU-PH C except
Maladies Infectieuses - maladies tropicales	Mme le Dr Elisabeth BOTELHO NEVERS	MCU-PH 2C
Médecine et santé au Travail	M. le Dr. Dominique FAUCON	MCU-PH HC
Médecine et santé au Travail	M. le Pr Luc FONTANA	PU-PH 2C
Médecine générale	M. le Dr Christophe BOIS	PAMG
Médecine générale	Mme le Dr Josette VALLEE	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Rodolphe CHARLES	MCAMG
Médecine générale	M. le Dr Xavier GOCKO	MCAMG
Médecine interne	M. le Pr. Pascal CATHEBRAS	PU-PH 1C
Médecine Légale	M. le Pr. Michel DEBOUT	PU-PH C except
Médecine Légale	M. le Dr Sébastien DUBAND	MCUPH 1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr. Vincent GAUTHERON	PU-PH1C
Médecine Physique et réadaptation	M. le Pr Pascal GIRAUX	PU-PH 2C
Médecine vasculaire	M. le Dr. Christian BOISSIER	MCU-PH HC
Néphrologie	M. LE Pr François BERTHOUX	Prof émérite
Néphrologie	M. le Pr Eric ALAMARTINE	PU-PH 1C
Néphrologie	M. le Pr Christophe MARIAT	PU-PH 2C
Neurochirurgie	M. le Pr Jacques BRUNON	Prof émérite
Neurochirurgie	M. le Pr. Christophe NUTI	PU-PH 2C
Neurologie	M. le Pr Jean Christophe ANTOINE	PU-PH C except
Neurologie	M. le Pr. Bernard LAURENT	PU-PH C except
Neurologie	M. le Pr Roland PEYRON	Pr associé
Nutrition	M. Le Dr Bogdan GALUSCA	MCU-PH 2C
Ophtalmologie	M. le Pr Philippe GAIN	PU-PH 1C
Ophtalmologie	M le Pr Gilles THURET	PU-PH 2C
Oto - Rhino - Laryngologie	M. le Pr. Christian MARTIN	PU-PH C except
Parasitologie et mycologie	M. le Pr. Roger TRAN MANH SUNG	PU-PH 1C
Parasitologie et mycologie	M. le Dr Pierre FLORI	MCU-PH 1C
Pédiatrie	M. le Pr. Jean Louis STEPHAN	PU-PH 2C
Pédiatrie	M. le Pr. Hugues PATURAL	PU-PH 2C
Pharmacologie fondamentale	M. le Pr Michel OLLAGNIER	Prof émérite
Pharmacologie clinique	M. le Pr Patrick MISMETTI	PU-PH 1C
Pharmacologie clinique	Mme Silvy LAPORTE	MCU-PH 1C
Physiologie	M. le Pr André GEYSSANT	Prof émérite
Physiologie	M. le Pr Christian DENIS	Prof émérite
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude BARTHELEMY	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Dr. Jean Claude CHATARD	MCU-PH HC
Physiologie	M. le Pr Frédéric ROCHE	PU-PH 2C
Physiologie	M. le Dr Léonard FEASSON	MCU-PH 1C

Pneumologie	M. le Pr. Jean-Michel VERGNON	PU-PH C except
Psychiatrie d'adultes	M. le Pr Jacques PELLET	Prof émérite
Psychiatrie d'adultes	Mme le Pr Catherine MASSOUBRE	PU-PH 2C
Psychiatrie d'Adultes	M. le Pr. François LANG	PU-PH 1C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Pr. Fabrice - Guy BARRAL	PU-PH C except
Radiologie et imagerie médicale	M le Pr Pierre CROISILLE	PU-PH 2C
Radiologie et imagerie médicale	M. le Dr Fabien SCHNEIDER	MCU-PH1C
Réanimation	M. le Pr. Jean-Claude BERTRAND	PU-PH C except
Réanimation	M. le Pr. Fabrice ZENI	PU-PH 1C
Réanimation	M. le Pr Michael DARMON	PU-PH 2C
Réanimation	M. le Dr. Yves PAGE	MCU-PH HC
Rhumatologie	M. le Pr Thierry THOMAS	PU-PH 2C
Rhumatologie	M. le Pr Hubert MAROTTE	PU-PH 2C
Stomatologie et Chirurgie Maxillo - Faciale	M. le Pr. Pierre SEGUIN	PU-PH 1C
Thérapeutique	M. le Pr. Hervé DECOUSUS	PU-PH C except
Thérapeutique	M. le Pr Bernard TARDY	PU-PH 2C
Urologie	M. le Pr. Jacques TOSTAIN	PU-PH 1C
Urologie	M. le Pr Nicolas MOTTET	PU-PH 2C

Légende :

PU-PH	<i>Professeur des Universités - Praticien Hospitalier</i>
MCU-PH	<i>Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier</i>
1C	<i>1ère classe</i>
2C	<i>2ème classe</i>
C except	<i>Classe exceptionnelle</i>
HC	<i>Hors classe</i>
MCAMG	<i>Maître de conférences associé de Médecine générale</i>
PAMG	<i>Professeur associé de médecine générale</i>

Mise à jour : 18 septembre 2012

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) en France fait partie des cancers les plus fréquents. Il est le 3^e cancer le plus fréquent chez l'homme avec 21 500 nouveaux cas derrière le cancer de la prostate (71 000 cas) et le cancer du poumon (27 500 cas), et le 2^e cancer chez la femme avec 19 000 nouveaux cas derrière celui du sein (53 000 cas) en 2010 [1] ; alors que l'incidence se portait à 37 413 nouveaux cas (environ 19 900 hommes et 17 500 femmes) et à 16 865 décès en 2005 [2]. Selon les prévisions de l'INVS, près de 40 520 nouveaux cas et 17 526 décès étaient estimés en 2011 avec un taux de mortalité (standardisé monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme de 13,8 % et chez la femme de 8,2 % [3].

Le CCR reste une maladie grave qui, diagnostiquée à un stade précoce [4], peut être guérie par l'exérèse chirurgicale [5]. Un dépistage régulier permet d'identifier la maladie à ce stade ou de détecter des polypes (ou adénomes) potentiellement cancérigènes : la probabilité cumulative de transformation cancéreuse d'un adénome de diamètre supérieur ou égal à un centimètre s'élève à 2,5 % à 5 ans, 8 % à 10 ans et 24 % à 20 ans [6]. Le dépistage s'effectue par recherche de traces de sang occulte dans les selles : l'Hemoccult II® qui demeure actuellement le seul test validé en France [7]. Le dépistage concerne les personnes âgées de 50 à 74 ans présentant un risque moyen (sans facteur de risque particulier de CCR). La recherche effectuée tous les deux ans et suivie d'une coloscopie en cas de positivité, permet de réduire de 15 % à 20 % sur 10 ans la mortalité spécifique si le taux de participation de la population cible atteint 50 % [8,9].

En conséquence, au cours de l'année 2000, le groupe des experts cancérologues de la Commission Européenne a inscrit le dépistage du CCR dans le Code Européen contre le cancer [10]. En France, des études pilotes ont débuté dans 21 départements en 2003 (la première étant réalisée en Bourgogne), et la décision de généralisation du dépistage a été prise en 2005, devenant effective fin 2008 dans tout le territoire français. Dans les autres pays européens, la mise en place du dépistage s'est installée de manière très progressive, le Royaume-Uni se plaçant en tête dans ce domaine [11].

Si la notoriété du dépistage du CCR a largement progressé [12], la participation au programme de dépistage organisé reste à améliorer. Sur la période 2009-10, la participation nationale s'inscrivait autour de 34 % (36,5 % chez les femmes et 31,4 % chez les hommes), avec de fortes disparités selon les régions. Ainsi ce taux de participation n'atteignait que 30,7 % en Ardèche et 33,4 % dans la Drôme. Sur la période 2010-11, le taux de participation diminuait à 27,5 % en Ardèche et 29,1 % dans la Drôme (même constat au niveau national : 32 %). Ces taux demeurent inférieurs à l'objectif européen de participation minimal acceptable (45 %) et loin derrière le taux souhaitable (65 %) [13].

Le médecin généraliste conserve un rôle central dans le dépistage. Il remet et explique le test au patient ou l'oriente vers une procédure plus adaptée, selon ses antécédents familiaux ou personnels et la présence de signes d'alerte. Des expériences pilotes ont montré que le taux de participation à la campagne de dépistage était multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient [14] et que 85 % des tests remis étaient ensuite effectivement réalisés par les patients (versus 15 % en cas d'envoi postal direct). La non-participation au dépistage s'expliquerait en premier lieu par l'absence de communication de la part du médecin traitant [15]. Par ailleurs, en plus d'éviter la remise inappropriée des tests, les explications et conseils sur les modalités de réalisation pratique prodigués par le médecin limiteraient le nombre de tests mal réalisés et donc ininterprétables. Le médecin jouerait d'autre part un rôle important en cas de positivité du test, représentant l'acteur de santé le plus efficace pour convaincre le patient de poursuivre les investigations par une coloscopie.

La lutte contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages constitue l'une des mesures-phares du plan cancer 2009-2013 [16] comprenant des mesures spécifiques pour augmenter de 50 % le taux de participation au dépistage pour les populations actuellement les moins touchées. Ces mesures associent activement le médecin traitant en proposant de les former par groupes ou individuellement.

Dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche, le dépistage du CCR est organisé depuis 2008 par le centre de dépistage *Préventions Cancers Drôme-Ardèche* (PCDA). En trois ans, le centre a envoyé 270 111 invitations à participer à des sujets cibles. 95 209 tests ont été remis aux patients par leur médecin, soit un taux d'adhésion de 35,3 % pour les trois ans mais avec une diminution entre 2009 et 2010 observée dans les deux départements : de 36,5 % à 30,4 % pour la Drôme et de 39,0 % à 22,5 % pour l'Ardèche. Sur l'ensemble de ces tests, 2 618 sont revenus positifs, correspondant à 2,74 % de dépistés.

Une enquête nationale montre que même si 66 % des généralistes se disent indispensables dans le dépistage du CCR, seulement 34 % affirment vérifier systématiquement si le test a été réalisé [17].

C'est pourquoi un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) en Drôme Ardèche « *DPC-CCR : actions personnelles et en groupe pour améliorer le dépistage organisé* » a été développé au printemps 2011, visant à améliorer la pratique médicale et l'implication des médecins dans la prévention du CCR, et à mettre en place des actions de santé publique en collaboration avec d'autres acteurs de ce dépistage [18]. Quel est l'apport à un an d'un tel programme ?

L'objectif principal de ce travail consistait à évaluer, dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme, le taux de participation au dépistage des sujets cibles (ayant consulté au moins une fois dans l'année qui a suivi la formation par DPC) suivant que leur médecin ait participé au DPC-CCR ou non (groupe témoin). Les objectifs secondaires reposaient sur l'évaluation du taux de participation au dépistage de tous les patients cibles inscrits auprès d'un médecin dans l'année suivant la formation,

sur l'évaluation de l'influence de la formation des médecins généralistes sur la persuasion de leur patient (tests réalisés / tests remis), et sur l'éducation à la qualité des tests (tests effectués de façon correcte).

Méthode

Type d'étude :

Cette étude épidémiologique quantitative quasi-expérimentale, sans randomisation (volontariat des médecins inscrits dans le programme DPC-CCR), utilisant des données prospectives, a évalué un programme de formation au dépistage et comparé des médecins formés (groupe « action ») au groupe « témoin » composé par le reste des médecins conventionnés des deux départements (Drôme et Ardèche).

Populations et échantillons :

La population de médecins généralistes ressource était constituée de l'ensemble des médecins généralistes exerçant sur un mode libéral conventionné dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche.

L'échantillon du groupe « action » comprenait les médecins généralistes extraits de cette population source et volontaires pour suivre le programme de formation type DPC, conçu par l'Union Inter-régionale Grand Sud (UIGS) et réalisé au travers de l'association de formation médicale continue Tain-Tournon (une soixantaine de médecins adhérents).

L'échantillon du groupe « témoin » regroupait tous les autres médecins généralistes de la population source n'ayant pas reçu la formation par DPC.

Les patients étudiés, âgés de 50 à 74 ans inclus, avaient choisi un des médecins généralistes de la population ressource sur la base des données de l'assurance maladie (CPAM) (« choix du médecin traitant »).

Critères de jugement :

Le critère de jugement principal était le taux de participation des sujets cibles (âgés de 50 à 74 ans) « vus en consultation » après le programme de DPC, c'est-à-dire le nombre de tests réalisés sur le nombre de patients cibles ayant consulté au cours de l'année suivant la formation dans les groupes « action » vs « témoin ».

Les critères secondaires étaient les suivants : le taux de participation des sujets cibles (incluant les patients n'ayant jamais consulté) après le programme de DPC, c'est-à-dire le nombre de tests faits sur le nombre total de patients cibles dans les groupes « action » vs « témoin » ; l'indice de conviction reflétant la persuasion des médecins (tests réalisés / tests remis) et indice de pédagogie reflétant l'éducation à la qualité des tests (tests techniquement interprétables / tests réalisés) après le programme de DPC dans les groupes « action » vs « témoin ».

Inclusions, données, déclaration CNIL

Les médecins exerçant dans les départements de la Drôme ou de l'Ardèche, conventionnés, généralistes, ambulatoires, enregistrés à la fois dans les bases de données du centre de dépistage PCDA et des CPAM Drôme ou Ardèche étaient inclus. Les médecins non enregistrés dans l'une des deux bases ne l'étaient pas. Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Les CPAM ont fourni les données sur le nombre de patientèle âgée de 50 à 74 ans de chaque médecin en 2011 et 2012, et le nombre de consultations de cette patientèle cible entre le 30 juin 2011 et 30 juin 2012.

Le centre de dépistage a communiqué le nombre de tests « remis », « effectués » et « non interprétables » de 2008 à juin 2011 puis de 2008 à juin 2012. Les données ont été traitées afin d'en extraire les valeurs pour chaque catégorie pour l'année suivant le programme de DPC (juin 2011 à juin 2012).

Pour l'analyse, les données suivantes ont été retenues : participation (ou non) au programme de DPC, âge des médecins, part de patientèle cible âgée de 50 à 74 ans inclus et sex-ratio, nombre de consultations de ces patients cibles par médecin dans l'année suivant le programme (source CPAM) ; nombre de tests remis, nombre de tests effectués et nombre de tests techniquement ininterprétables par médecins en 2011 et dans l'année suivant le programme (source centre de dépistage PCDA).

L'étude a bénéficié d'une déclaration pour la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le numéro 1510109 en date du 26/05/2011.

Déroulement de l'étude :

La formation DPC s'est déroulée en deux séances (réunions en soirée) espacées de quelques mois.

- Déroulement de la 1ère séance (26 mai et 30 juin 2011) : les outils de dépistage ont été rappelés. Chaque médecin a confronté ses pratiques avec celles de ses confrères sur les moyens d'informer et de motiver ses patients à réaliser le dépistage. Il s'est engagé à modifier sa pratique pendant toute la période entre les deux réunions et à chercher à mettre en place une action de santé publique isolée ou associée.

- Déroulement de la 2ème séance (17 novembre et 3 décembre 2011) : une analyse entre pairs des modifications de pratiques, puis un atelier « jeu de rôle » sur l'entretien motivationnel afin de motiver le patient à faire le test, et un atelier lecture critique d'article ont été réalisés (« Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado colorectal, France, décembre 2006-avril 2007 » [19]) pour donner des pistes et utiliser ces facteurs d'adhésions.

Analyse statistique :

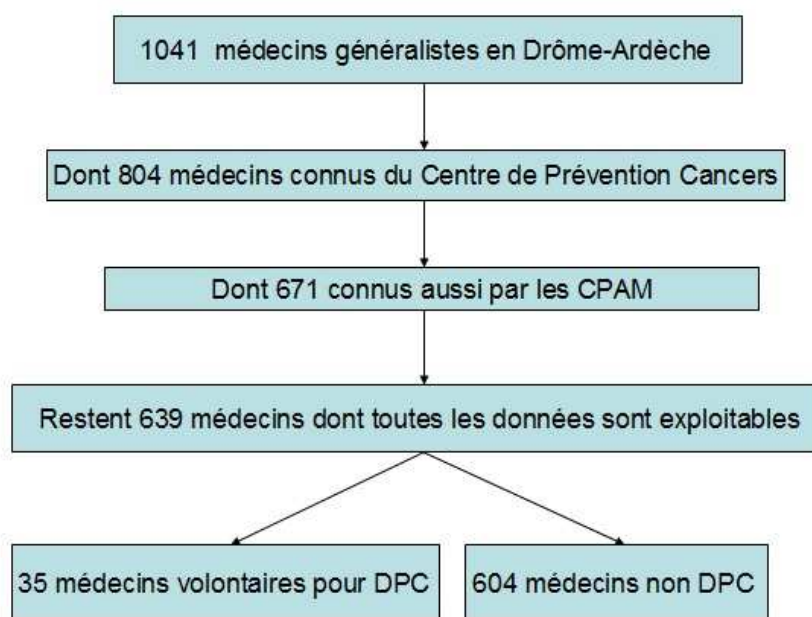
Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Inc. V9®. Les nombres de tests remis, faits et correctement réalisés, ainsi que les différents indices (pédagogie et conviction) ont été comparés chez les médecins formés et non formés, par comparaison de moyennes ANalysis Of VAriance (ANOVA). Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats

Trente cinq médecins ont participé à la formation DPC alors qu'elle avait été proposée aux 60 membres de l'association. Une « journée porte-ouverte », le 31 Mars 2012, a constitué l'action de santé publique : les médecins qui le désiraient ont accueilli sur une demi-journée ou plus les patients réticents au dépistage (jamais effectué ou remontant à plus de 2 ans) pour les motiver et leur remettre le test. Les médecins volontaires pour cette action ont préalablement prévenu le centre de dépistage PCDA pour que leurs patients réticents soient relancés. Sur les 35 médecins formés, 28 ont participé à la journée (80 %).

Selon l'*Atlas de la démographie médicale en France* édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, 383 médecins généralistes libéraux exercent de façon régulière au 1^{er} janvier 2012 en Ardèche et 658 en Drôme. 61% de ces médecins ont été inclus (figure1).

Figure 1 : Flow Chart



La moyenne d'âge du groupe action était de 53,3 ans et dans le groupe témoin de 52,8 ans (différence non significative).

Avant la formation DPC proposée, le nombre moyen de tests réalisés par médecin dans le groupe formé depuis 2008 au 30 juin 2011 était de 176,6 et dans le groupe non formé de 135,7 avec $p=0,007$. Les médecins volontaires donnaient donc environ 11,7 tests de plus chacun par an en moyenne.

Après la formation dans le groupe action, les médecins ont chacun fait réaliser, en un an, en moyenne 15 tests de plus que dans le groupe témoin.

En moyenne au cours de l'année qui suit la formation, sur le nombre de patients âgés de 50 à 74 ans vus en consultation dans le groupe action, le nombre de test remis, de tests réalisés et de tests interprétables par patient était plus élevé que dans le groupe témoin, avec une différence statistiquement significative à chaque fois (tableau I).

Tableau I : Nombre de tests par patient âgé de 50 à 74 ans vus en consultation

	Groupe action	Groupe témoin	Test
Tests remis	0,36	0,19	p-value <0,0001
Tests réalisés	0,29	0,17	p-value <0,0001
Tests interprétables	0,28	0,16	p-value <0,0001

Le nombre de tests réalisés sur la population totale de 50 à 74 ans s'élevait en moyenne à 0,24 par patient dans le groupe action (vs 0,14 dans le groupe témoin) avec $p < 0,001$. Dans le groupe action, l'indice de conviction moyen atteignait 0,85 par médecin (vs 0,90 dans groupe témoin) avec $p < 0,0008$, significatif en faveur du groupe témoin, et l'indice de pédagogie moyen s'élevait à 0,94 (vs 0,93), différence non significative.

Plus un médecin est âgé, plus son indice de conviction était élevé avec $p = 0,005$. Le coefficient de corrélation de Pearson entre le sex-ratio et le nombre de tests réalisés se calculait à -0,126 avec $p = 0,0015$; entre le sex-ratio et l'indice de pédagogie, il s'élevait à -0,112 avec $p = 0,0045$: les femmes réalisaient plus de tests et de façon plus correcte.

Discussion

Cette enquête interventionnelle quasi expérimentale montre que le programme de DPC a eu un impact positif sur la participation au dépistage du CCR avec un taux de participation de 29 % dans le groupe de médecins formés, contre 17 % chez le groupe témoin avec une différence statistiquement significative ($p < 0,0001$). Selon l'institut national de veille sanitaire (INVS), le taux de participation 2011-12 baissait légèrement par rapport à l'année précédente avec 31,7 vs 32,0 % au niveau national, mais il subissait une petite augmentation de participation dans les départements de l'Ardèche (29,9 vs 27,5 %) et de la Drôme (30,4 vs 29,1 %) [13].

Limites de l'étude

Environ 61 % des données concernant les médecins ont pu être analysées. Les données manquantes concernent probablement les médecins retraités, ayant cessé leur activité, remplaçants ou jeunes installés, ou ayant déménagé dans une autre région.

Les médecins ayant participé au programme correspondaient à 3,4 % des généralistes libéraux installés en Drôme-Ardèche. Avant la formation DPC, ils donnaient déjà en moyenne plus de tests que ceux n'ayant pas participé (11,7 tests annuels de plus par médecin). Bien qu'ils n'aient pas fait l'objet d'une sélection aléatoire et que le programme ait été proposé à une minorité, leur recrutement basé sur le volontariat peut être considéré comme représentatif de la « vie réelle » où ne suivent une formation que ceux qui le souhaitent, et souvent dans les domaines qu'ils préfèrent et maîtrisent déjà. Les plus engagés ont également participé à la journée porte-ouverte en mars 2012, ce qui a probablement permis de motiver les patients, sans compter l'impact des médias du fait du choix du mois « Mars bleu », retenu aussi dans d'autres pays comme les Etats-Unis, la Suisse ou l'Allemagne pour communiquer sur le CCR.

Il faut remarquer aussi que les médecins peuvent être associés et partager une même patientèle. Un médecin peut avoir distribué un test à la patientèle de son collaborateur que celui-ci soit formé ou non et inversement, cela pouvant minimiser l'efficacité de l'étude.

Dans la patientèle des 50-74 ans, certains n'ont pas forcément consulté, d'autres ont pu consulter plusieurs fois dans l'année. C'est pourquoi il a paru aussi intéressant de connaître le taux de participation sur la patientèle totale appartenant à cette tranche d'âge par médecin. Il n'a pas été possible de connaître parmi la patientèle des 50-74 ans, le nombre de patients cibles concernés uniquement par le dépistage de masse et non par le dépistage par coloscopie. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation des résultats.

Paradoxalement, l'indice de conviction était meilleur dans le groupe non formé, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que ces médecins ont distribué moins de tests, et donc de façon peut-être plus sélective. Malgré une formation sans doute un peu courte sur l'entretien motivationnel, les médecins

du groupe action ont essayé de toucher tous les patients concernés par le dépistage qui peuvent être des patients spontanément réticents, alors que les autres l'ont remis à des patients déjà convaincus qui réclamaient le test. Enfin lors de la 3^{ème} relance, les tests sont directement envoyés au patient et non remis par le généraliste.

Le manque d'enthousiasme reflété par l'indice de conviction des médecins formés a peut-être été favorisé aussi par l'arrivée de nouveaux tests de dépistage qui seraient nettement plus sensibles que les tests actuels au Gaïac (Hemoccult II®). Ce sujet a d'ailleurs été abordé lors de la formation. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a rendu un avis le 19 décembre 2008 en recommandant l'utilisation de tests immunologiques dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal en France [20]. Un rapport n'a d'ailleurs été rédigé qu'en novembre 2011 pour préciser les modalités de passage au test immunologique, sachant qu'un programme national d'utilisation des tests immunologiques a déjà débuté en Ecosse et en Slovaquie [21] (pays où le médecin généraliste n'est pas impliqué sauf en cas de positivité du test). En attendant avec impatience leur utilisation, ces médecins ont pu remettre l'Hemoccult II® sans être totalement convaincus, ce qui peut induire en aval une résistance secondaire du patient.

Aucune différence significative d'indice de pédagogie n'est retrouvée entre les groupes : le test semble d'utilisation simple et la notice paraît claire.

Inégalités des moyens mis en place pour le dépistage en France et à l'étranger

Une formation initiale a été réalisée au démarrage du programme national, les structures départementales de gestion du dépistage devant assurer la formation des généralistes. Pour rappel dans l'étude bourguignonne, première étude pilote en France, la participation était de 35 % lors de la première vague de dépistage puis de 45 % lors des suivantes [14].

En France, le seul autre programme de dépistage de masse concerne le cancer du sein organisé depuis 2004, avec une moyenne de 52,7 % de participation nationale en 2011 alors que l'objectif est de 70 %. Cependant les invitations sont envoyées aux patientes qui contactent ensuite directement un radiologue agréé pour effectuer une mammographie, sans passer par le médecin généraliste.

Dans cette étude, en passant de 11,7 à 15 tests réalisés, le gain de participation grâce à la formation des généralistes se limiterait à 3 tests de plus par médecin formé, est-ce suffisant ? La formation aurait peut-être dû toucher les médecins qui donnaient le moins de test pour un meilleur effet. Ou faudrait-il valoriser les actes de prévention des médecins ? La rémunération sur objectifs de santé publique n'existe pas encore pour le dépistage du CCR [22]. Ou finalement ne vaudrait-il pas mieux adresser les tests directement aux patients pour améliorer le dépistage du CCR ? Le risque de ne pas passer par le généraliste étant d'inclure des patients non concernés, le médecin traitant pourrait signaler au centre de prévention les patients concernés pour que ceux-ci soient directement destinataire d'un test. Il conserverait un rôle dans la prévention, qui pourrait se prolonger avec la gestion des résultats positifs.

Pour comparaison, en Europe, seules l'Angleterre, l'Écosse, la Finlande et la République Tchèque disposent aussi d'un programme organisé couvrant tout le pays [23,24]. Pour certains d'entre eux, le test est envoyé directement au patient (tableau II). Le dépistage du CCR par recherche de sang occulte dans les selles en Allemagne fait partie du bilan de santé annuel depuis 1977, mais le dépistage par coloscopie est aussi proposé depuis 2006. En Angleterre, le dépistage est généralisé depuis 2006 chez les 60-69 ans, et étendu jusqu'à 74 ans en 2010 [25]. En Suisse, même si un article récent confirme l'utilité de ce dépistage [26], il n'y a pas de programme de dépistage officiel sauf si le cancer est héréditaire [27]. Au Canada, 32 % des 50-74 ans disent se soumettre à des tests de dépistage [28]. Un projet pilote existe depuis 2007-2008 et des programmes structurés de dépistage ont été mis en place partout dans le pays depuis 2010. Aux Etats-Unis, il n'y a pas de campagne de dépistage de masse, l'*American Cancer Society* recommande soit les tests immunologiques tous les ans, soit au choix une coloscopie tous les 10 ans ou une endoscopie sigmoïdienne souple tous les 3 à 5 ans chez les plus de 50 ans [29]. Le taux de personnes signalant que leur test est réalisé a augmenté de 37,6 % à 44,2 % entre 2000 et 2005 chez les 50-64 ans, et de 48,7 % à 56,4 % chez les 65 ans et plus.

Tableau II : Etats des lieux du dépistage du cancer colorectal dans les autres pays.

	Dépistage individuel ou organisé (avec programme national)	Test utilisé et périodicité	Envoi direct du test ou invitation à voir son médecin	Taux de participation	Age cible
France	Organisé (étude pilote en 2002, généralisé en 2008)	RSOS* tous les 2 ans	Invitation. Si positivité du test, voir son médecin.	33% (en 2003)	50-74ans
Allemagne	Individuel	RSOS tous les ans et coloscopie tous les 10 ans			50-55ans >55ans
Ecosse Angleterre	Organisé (étude pilote en 2000, généralisé en 2005)	RSOS tous les 2 ans	Envoi direct. Si positivité du test, référence dans un centre de dépistage où rencontre avec une infirmière et endoscopie.	53% 51,9% (en 2005)	60-74 ans
Finlande	Organisé depuis 2004	RSOS tous les 2 ans	Envoi direct. Si positivité du test, voir son médecin.	75% (en 2005)	60-69ans
République Tchèque	Organisé	RSOS tous les 2 ans	Invitation.	20% (en 2004)	>50ans
Italie	Etude pilote en 2004 Programmes régionaux diverses	RSOS et/ou sigmoïdoscopie	Invitation. Si positivité du test, référence dans un centre d'endoscopie.	Varie de 29 à 69% (moyenne de 58,4%)	44-74ans
Autriche	Individuel	RSOS ou coloscopie			
Canada	Etude pilote en 2007 Généralisation en cours depuis 2010	RSOS tous les 2 ans	Invitation. Si positivité du test, voir son médecin.	32% (en 2008)	>50ans
Australie	Organisé depuis 2006	RSOS tous les 2 ans	Envoi direct. Si positivité du test, voir son médecin.	45% (en 2006)	55-74ans

*RSOS : Recherche de sang occulte dans les selles

Dans tous les cas, la faible performance de l'expérience Drôme-Ardèche laisse penser qu'une motivation de la patientèle doit s'obtenir conjointement par d'autres moyens que le médecin (médias...). À ce titre, le besoin d'une information adaptée à chaque personnalité avec un temps d'écoute doit être souligné : les (futurs) médecins devraient être formés à l'entretien motivationnel.

Une étude américaine a montré que l'exposition d'un côlon géant est une stratégie interactive pour sensibiliser les patients et augmenter la participation au dépistage [30]. L'idée avait été émise lors de la mise en place de l'action de santé publique mais n'avait pu être réalisée.

Portée économique du programme DPC

Le taux de tests positifs s'élève à 3 % en moyenne et les coloscopies réalisées par la suite révèlent dans 10% des cas un cancer tous stades confondus [19]. Selon une étude réalisée en Ile-de-France, la dépense médicale moyenne par patient atteint d'un CCR dans l'année suivant le diagnostic est de 28 900 euros (de 17 000 à 35 600 euros) [31].

Dans cette étude il n'a pas été possible de rapporter le coût du programme DPC à l'amélioration du dépistage ainsi obtenu par médecin formé. Chaque généraliste formé a donné environ 15 tests de plus qu'un généraliste non formé, sachant que l'organisme de gestion conventionnel (OGC) accordait 1260 € pour chaque participant. Mais nous ne connaissons pas le nombre de tests positifs et de coloscopies réalisées. Peut-être qu'une estimation de ce coût aurait pu être calculée afin d'évaluer la pertinence d'un tel programme en terme de santé publique.

Une étude en Belgique évalue l'impact d'une formation faite aux généralistes sur le taux d'acceptation d'un examen par rectosigmoïdoscopie ou d'une coloscopie de dépistage, parmi des patients de 50 à 70 ans [32]. Les praticiens avaient été au préalable sensibilisés par une séance d'information sur le dépistage du CCR. Environ 20 % des patients avaient accepté de réaliser une endoscopie. Cette étude concluait qu'il était préférable de développer un programme de dépistage basé sur la recherche du sang occulte dans les selles : six mois après la mise en place du programme en communauté française, le taux de participation atteignait seulement 7,4 % [33].

Il serait donc intéressant d'évaluer l'effet de la formation DPC à plus long terme notamment pour observer l'évolution du taux de participation au cours du temps et voir à quelle fréquence il faudrait renforcer la formation des médecins généralistes, mais aussi pour connaître le nombre de dépistés positifs. Une évaluation à long terme rentabiliserait un peu plus la formation, tout en tenant compte du fait que la motivation des patients ne se joue pas que sur la formation des médecins.

Conclusion

Le dépistage par le test Hemoccult II® permet de diminuer le taux de mortalité du cancer colorectal. Malheureusement la participation des patients concernés reste insuffisante. Sensibiliser les médecins généralistes à s'impliquer davantage dans cette prévention a été l'objectif du programme de développement professionnel continu qui s'est déroulé dans les départements de Drôme et d'Ardèche, où le taux de participation était plus bas que la moyenne nationale.

L'étude a permis de comparer le groupe de médecins volontaires formés au reste des généralistes des deux départements. Au bout d'un an, cette formation a eu un impact en termes de participation au dépistage. Les médecins formés ont distribué et fait réaliser plus de tests. Mais l'amélioration de cette participation reste faible.

Cela peut s'expliquer par le manque de motivation des patients mais aussi de certains médecins qui voient arriver dans les tests immunologiques un meilleur outil de dépistage. Le manque de valorisation des actes de prévention peut freiner les généralistes à passer du temps en consultation à expliquer et convaincre le patient de faire le test.

Une formation systématique proposée aux généralistes tant que le dépistage de masse passera par eux, peut donc paraître discutable. Néanmoins agir avec les médecins reste indispensable mais renouveler les moyens de motivation de la patientèle s'avère totalement indispensable en utilisant entre autres les campagnes de santé publique et les médias.

Aucun conflit déclaré.

UNIVERSITE DE SAINT-ETIENNE JEAN MONNET
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

CONCLUSIONS

Le dépistage par le test Hemocult II® permet de diminuer le taux de mortalité du cancer colorectal. Malheureusement la participation des patients concernés reste insuffisante. Sensibiliser les médecins généralistes à s'impliquer davantage dans cette prévention a été l'objectif du programme de développement professionnel continu qui s'est déroulé dans les départements de Drôme et d'Ardèche, où le taux de participation était plus bas que la moyenne nationale.

L'étude a permis de comparer le groupe de médecins volontaires formés au reste des généralistes des deux départements. Au bout d'un an, cette formation a eu un impact en termes de participation au dépistage. Les médecins formés ont distribué et fait réaliser plus de tests. Mais l'amélioration de cette participation reste faible.

Cela peut s'expliquer par le manque de motivation des patients mais aussi de certains médecins qui voient arriver dans les tests immunologiques un meilleur outil de dépistage. Le manque de valorisation des actes de prévention peut freiner les généralistes à passer du temps en consultation à expliquer et convaincre le patient de faire le test.

Une formation systématique proposée aux généralistes tant que le dépistage de masse passera par eux, peut donc paraître discutable. Néanmoins agir avec les médecins reste indispensable mais renouveler les moyens de motivation de la patientèle s'avère totalement indispensable en utilisant entre autres les campagnes de santé publique et les médias.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Saint-Etienne, le

**Le Doyen
de la Faculté,**

**Le Président
de Thèse,**

**Le Président
de l'Université,**

F. ZENI

Le Directeur de la Thèse K. BOUABDALLAH

Références :

1. Hospices civils de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Francim, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique Avril 2010. Saint-Maurice (Fr): Institut de veille sanitaire; 2010. 75 p. Available from:
<http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/rapport_projections_nationales_cancer_2010.pdf>
2. Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint-Maurice (Fr) : Institut de veille sanitaire; 2008. 136 p. Available from:
<http://www.invs.sante.fr/publications/2009/estimation_cancer_1980_2005/estimation_cancer_1980_2005.pdf>
3. Hospices civils de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Francim, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique Juin 2011. Saint-Maurice (Fr): Institut de veille sanitaire; 2011. 78 p. Available from:
<http://www.invs.sante.fr/content/download/12524/76003/version/1/file/rapport_mortalite_cancer.pdf>
4. Gunderson L, Milburn Jessup J, Sargent D, Greene F, Stewart A. Revised TN Categorization for Colon Cancer Based on National Survival Outcomes Data. J Clin Oncol. 2010;28(2):264-71. Available from : <<http://jco.ascopubs.org/content/28/2/264.full.pdf+html>>
5. Mazeau-Woynar V, Cerf N. Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux. Collection Rapports et synthèses. Santé publique Soins et vie des malades. Boulogne-Billancourt (Fr) : Institut national du cancer ; 2010. 58 p. Available from : <http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4890-survie-attendue-despatients-atteints-de-cancers-en-france--etat-des-lieux>
6. Collège Des Universitaires en Hépato-Gastro-Entérologie. Item 148 Tumeurs du côlon et du rectum. In : Hépato-gastro-entérologie. Issy-les-Moulineaux (Fr) : Elsevier Masson 2009 p88. Available from : <http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/OB-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_9_item_148.pdf>
7. Goulard H, Boussac-Zarebska M, Salines E, Bloch J. Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France – Bilan du programme pilote : actualisation des données au 1^{er} novembre 2007. Saint Maurice (Fr) : Institut de veille sanitaire ; 2009. 8 p. Available from :
<http://www.invs.sante.fr/publications/2009/plaq_eval_depistage_cancer_colon/plaq_eval_depistage_cancer_colon.pdf>
8. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. Gut. 2002;50:29-32. Available from : <<http://gut.bmj.com/content/50/1/29.full#cite>>

9. Scholefield JH, Moss S, Sufi F, Mangham CM, Hardcastle JD. Effect of faecal occult blood screening on mortality from colorectal cancer: results from a randomised controlled trial. Gut. 2002;50:840-4. Available from : <<http://gut.bmj.com/content/50/6/840.full>>
10. Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. Eur J Cancer. 2000; 36:1473-8. Available from : <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_en.pdf>
11. Faivre J, Lepage C, Dancourt V. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe: historique et état des lieux. Institut National de Veille Sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2009;p17-9. Available from: <http://www.invs.sante.fr/beh/2009/02_03/beh_02_03_2009.pdf>
12. Institut National du Cancer. Les Français face au dépistage des cancers. enquête barométrique. Boulogne-Billancourt (Fr) : Institut national du cancer. Collection Enquêtes et sondages 2009. 12p. Available from: <http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/1505-synthese--les-francais-face-au-depistage-des-cancers-resultats-de-la-2eme-vague-barometrique-i>
13. Institut de veille sanitaire. Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal 2009-2010 [Internet]. 2011 Mars [cited: 2011 June 30]. Available from: <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/colorectal_2009_2010/participation_c_c_olorectal_2009_2010_tableaux.pdf>
14. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 2004;126:1674-80. Available from : <[http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(04\)00217-3/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(04)00217-3/fulltext)>
15. Roche Pharma 2008. Étude sur les dépistages des cancers et ses facteurs de compliance. Enquête Roche-Édifice2 [Internet]. Suisse; 2009 June [Cited : 2011 June 30] 5p. Available from : <http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/AttachedFile_09822.pdf>
16. Plan cancer 2009-2013. Boulogne-Billancourt (Fr) : Institut national du cancer. 140 p. Available from: <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf>
17. Institut national du cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Boulogne-Billancourt (Fr) : Institut national du cancer. Collection Enquêtes et sondages 2010. 20 p. Available from : <http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/7621-medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers>
18. Collège de la Médecine Générale du 13 mai 2011. DPC 19 réponses [Internet]. France; 2011 May. [cited: 2011 June 30] Available from: <http://www.lecollegedelamedecinegenerale.fr/actualites/2011/dpc_19reponses.docx>
19. Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal. Saint-Maurice (Fr) ; Institut de veille sanitaire 2008. 1p. Available from: <http://www.invs.sante.fr/publications/2008/jvs_2008/46_poster_goulard.pdf>
20. Haute Autorité de Santé. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Rapport

d'orientation et Synthèse [Internet]. 2008 December [Cited: 2011 June 30] 59 p. Available from: <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_727078/fr/rapport-place-des-tests-immunologiques-de-recherche-de-sang-occulte-dans-les-selles-ifobt>

21. Institut national du cancer. Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage, Boulogne-Billancourt (Fr) Institut national du cancer. Novembre 2011. 178p. Available from : <http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9585-synthese-relative-aux-modalites-de-migration-vers-lutilisation-des-tests-immunologiques-de-depistage>
22. Assurance maladie. Nouvelle convention médicale : questions-réponses [Internet]. 2013 April [Cited : 2013 May 11]. Available from: <<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/nouvelle-convention-medecale-questions-reponses/remuneration-sur-objectifs.php>>
23. Libion F, Doumont D. Programme de dépistage du cancer colorectal : quelles recommandations pour quelle efficacité : Tour d'horizon de pays occidentaux [Internet]. Louvain (Belgique) ; 2007 October [Cited 2011 June 30] 44p. Available from : <<http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier46.pdf>>
24. Institut national de santé publique du Québec. Drolet M, Candas B. Revue systématique des programmes du dépistage du cancer colorectal chez une population à risque moyen [Internet]. Canada; Mars 2008 [Cited 2011 June 30] 72p. Available from : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/883_RevueSystPrpgDepistCC.pdf>
25. Faivre J. Le dépistage organisé du cancer colorectal en Europe : état des lieux. Cancero dig. 2010;2:101-3. Available from : <http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/32415/Cancero_dig_2010_2_101_103.pdf>
26. Gubler C, Marbet UA. Les preuves se multiplient : le dépistage du cancer colorectal est utile. Forum Med Suisse. 2012;12(51-52):997-8. Available from : <<http://www.medicalforum.ch/docs/SMF/2012/5152/fr/fms-01339.pdf>>
27. Dehlavi A, Nichita C, Kesser Brondolo V, Bertolini D, Dorta G. Prévention du cancer colorectal. Rev Med Suisse. 2011;7:1704-9. Available from : <http://rms.medhyg.ch/article.php?ID_ARTICLE=RMS_307_1704&DocId=2990&Index=%2Fcairn2Idx%2Frms&TypeID=226&HitCount=3&hits=1242+1236+2+0&fileext=html#hit1>
28. Partenariat canadien contre le cancer. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [Internet]. Toronto (Canada) 2010 October [Cited 2013 February 15]. Available from : <http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl_crc_snapshot_one_fr.pdf>
29. Smith RA, Cokkinides V. et Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2009: a review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2009;59(1): 27-41. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20008/pdf>>
30. Redwood D, Provost E, Asay E, Ferguson J, Muller J. Giant Inflatable Colon and Community Knowledge, Intention, and Social Support for Colorectal Cancer Screening. Prev Chronic Dis. 2013;10:120-92. Available from: <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2013/pdf/12_0192.pdf>

31. Renaud T, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Impact of medical practices on the cost of cancer treatment. The case of colon cancer in the Ile de France region. *Prat Organ Soins*. 2008;39(4):283-95. Available from :
<http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cout_du_cancer_du_colon.pdf>
32. Colin JF, Stibbe G. Étude concernant l'impact d'une information sur le dépistage primaire du cancer colorectal. *Santé conjugée*. 2005;33:969. Juin 2005. Available from :
<http://www.maisonmedicale.org/docrestreint.api/594/15aadf86a7f7bc52e2b70d28e2a57e90fe3181bf/pdf/Sc33_colin.pdf>
33. Education santé. Le programme de dépistage du cancer colorectal : un premier bilan après six mois de fonctionnement [Internet]. Bruxelles; 2010 February [Cited 2013 February 20]. Available from : <http://pmb.santenpdc.org/doc_num.php?explnum_id=9198>

THESE DE MEDECINE - SAINT-ETIENNE

NOM DE L'AUTEUR : THU-THON Emilie		N° DE THESE : 2013-18
TITRE DE LA THESE : Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal		
RESUME : Objectif : La mortalité par cancer colorectal en 2011 en France s'élevait à 13,8/100 000 hommes et à 8,2/100 000 femmes. La participation au dépistage de masse restant insuffisante, une formation a été proposée à des généralistes des départements Drôme-Ardèche. L'objectif consistait à évaluer son impact à un an. Méthodes : Cette étude a comparé le groupe de médecins formés volontaires au reste des généralistes des deux départements. Il s'agissait premièrement de mesurer le taux de participation sur la patientèle âgée de 50 à 74 ans « vue en consultation » dans l'année suivant la formation, secondairement d'évaluer le taux de participation sur la patientèle « totale » des 50-74 ans par médecin, et d'évaluer la conviction (tests effectués / tests remis) et la pédagogie (tests interprétables / tests effectués) des médecins. Résultats : La formation a eu lieu au printemps 2011 avec 35 participants. Dans le groupe formé, le nombre de tests réalisés s'élevait à 0,29 par patient cible vu en consultation (vs 0,17 dans le groupe non formé, 604 médecins) avec une différence significative ($p < 0,0001$). Le nombre de tests réalisés sur la population totale des 50-74 ans atteignait 0,24 par patient (vs 0,14) avec $p < 0,001$. L'indice de conviction s'élevait à 0,85 (vs 0,90) avec $p < 0,0008$ et l'indice de pédagogie à 0,94 (vs 0,93) avec p non significatif. Conclusion : Former systématiquement les praticiens de soins primaires peut paraître discutable devant la faible amélioration de la participation, renouveler les moyens de motivation de la patientèle s'avère totalement indispensable.		
MOTS CLES :		- cancer colorectal - médecine générale - formation continue - dépistage de masse - participation des patients
JURY :	Président : RODRIGUES Jean-Marie Assesseurs : TROMBERT Béatrice ROBLIN Xavier CHARLES Rodolphe Invité : FROGER Patrick	Faculté de : Saint Etienne Faculté de : Saint Etienne Faculté de : Saint Etienne Faculté de : Saint Etienne
DATE DE SOUTENANCE : Mardi 25 Juin 2013		
ADRESSE DE L'AUTEUR : 9, rue Etienne Dolet, 42000 St Etienne		