

RAPPORT D'ÉVALUATION DU PROJET VISITEUSE MÉDICALE

PROJET DE SENSIBILISATION DES MÉDECINS GENEVOIS AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU CÔLON

Prune Collombet¹, avec la collaboration scientifique de Dr José Sandoval²
Avec le soutien de la Dre Béatrice Arzel¹ et du Pr Idris Guessous²

¹Fondation genevoise pour le dépistage du cancer

²Unité d'épidémiologie populationnelle et Service de médecine de premier recours, HUG



Résumé

Mots clés : Médecins de famille, cancer colorectal, programme de dépistage, dépistage organisé, visiteuse médicale, visite au cabinet, intervention, sensibilisation.

Contexte : A Genève, le cancer colorectal touche chaque année 250 personnes et entraîne 80 décès. Depuis 2013 dès lors qu'un canton met en place un programme organisé, son dépistage est pris en charge par l'assurance maladie de base sans que le montant de la franchise ne soit à la charge du participant. Le canton de Genève a fait le choix en 2017 d'initier un programme organisé qui propose aux personnes domiciliées sur le territoire genevois ou aux frontaliers assurés LAMAL, âgés de 50 à 69 ans, de bénéficier d'un dépistage par coloscopie tous les 10 ans ou par recherche immunologique de sang dans les selles (FIT) tous de deux ans. Les médecins de famille devant y tenir un rôle central, il a été choisi avant le démarrage du programme de leur proposer une formation au cabinet par une visiteuse médicale.

Objectif : une évaluation du projet « visiteuse médicale » a été réalisée afin d'évaluer l'impact, en termes d'acquisition de connaissance, de changements de perceptions et de pratiques, de cette approche.

Méthode : trois questionnaires ont été soumis aux médecins qui ont accepté de recevoir la visiteuse médicale : deux questionnaires le jour de la visite, un avant et un après, et un dernier questionnaire trois mois après le lancement du programme de dépistage, au printemps 2019. Ce dernier questionnaire reprenait l'ensemble des questions du premier questionnaire.

Résultats : l'intervention a induit des changements significatifs dans les pratiques, les représentations et les connaissances des médecins de famille. La communication avec le patient s'est améliorée et les avantages et inconvénients respectifs des deux tests sont présentés de manière plus équilibrée. Alors que seule la coloscopie était reconnue par la quasi-totalité des médecins de famille comme valable auparavant, le test FIT est reconnu comme performant pour détecter les cancers colorectaux. Même si elles demeurent encore insuffisantes, les connaissances sur les critères d'inclusion/exclusion et les caractéristiques des tests sont meilleures, même à distance de l'intervention. Cependant, trois mois après le début du programme de dépistage, les médecins ne déclarent pas encore avoir augmenté leur proportion de prescriptions du test FIT, et ils perçoivent leur implication dans le programme de dépistage comme un ajout de contraintes. Enfin, une part non négligeable de médecins n'a pas concrétisé à ce moment-là sa participation pourtant annoncée lors de la visite.

Interprétation : Ce type d'intervention a un impact positif et atteint une partie des objectifs fixés. Elle nous semble être une première étape au changement, qui doit cependant être accompagnée d'autres mesures :

- Implication des associations professionnelles des MDF ;
- Ajout d'autres types de formation en complément (ateliers, congrès...)
- Interventions par des pairs dans des formations et cercles de qualité ;
- Formations interactives en groupe ;
- Communications régulières pour renforcer l'intervention (newsletters, mails, ...) ;
- Reprise de contact avec les MDF qui s'étaient annoncés intéressés mais n'ont pas concrétisé ;
- Utilisation du levier patients pour les MDF réticents.

Financement. Le projet a été financé par la Ligue genevoise contre le cancer.

PLAN

Résumé	p 2
Glossaire	p 5
1- Introduction	p 6
2- Présentation du projet « visiteuse médicale »	p 8
A- Population	p 8
B- Objectifs du projet	p 8
C- Les étapes du projet	p 9
a- La prise de contact	p 10
b- Les visites	p 10
3- Evaluation du projet	p 9
A- Questions de recherche	p 9
B- Méthodes	p 10
a- Population enquêtée	p 10
b- Questionnaires	p 10
c- Variables mesurées	p 11
4- Analyse des questionnaires	p 12
A- Taux de réponse	p 12
B- Caractéristiques socio-démographiques des médecins de famille	p 12
C- Résultats	p 13
a- Les pratiques des MDF en lien avec le dépistage du CCR	p 13
b- Les critères pour choisir un test de dépistage	p 15
c- Les représentations des MDF sur le dépistage organisé	p 17
d- Les représentations des MDF au sujet des deux tests de dépistage proposés par le programme	p 19
e- Les connaissances des MDF au sujet du programme et des recommandations de dépistage	p 21
f- Utilité de la visite et des documents transmis	p 23
g- Participation actuelle des médecins	p 27
5- Interprétation et mise en perspective	p 28
A- Acquisition de connaissances et compétences	p 28
B- Evolution des représentations du dépistage du cancer du côlon et du programme de dépistage organisé	p 28
C- Modification des pratiques des MDF pour le dépistage du cancer du côlon	p 29
D- Modifications des freins à la participation des médecins au programme de dépistage	p 32
E- Forces et faiblesses du projet	p 33

6- Réflexions finales et recommandations	p 34
7- Conclusion	p 36
8- Bibliographie	p 37
9- Annexes	p 38
Annexe 1 : Calendrier du projet visiteuse médicale	p 38
Annexe 2 : Calendrier de l'évaluation du projet visiteuse médicale	p 39
Annexe 3 : Brochure distribuée aux médecins genevois	p 40
Annexe 4 : Distribution géographiques des médecins	p 42
Annexe 5 : Questionnaire avant intervention (E1)	p 44
Annexe 6 : Questionnaire après intervention (E2)	p 47
Annexe 7 : Questionnaire distribué trois mois après le lancement du programme (E3)	p 49
Annexe 8 : Tableaux de résultats	p 56
Annexe 9 : Schéma de la théorie de l'action raisonnée	p 71

GLOSSAIRE

CCR : cancer colorectal

FGDC : Fondation genevoise pour le dépistage du cancer du sein

FIT : test immunologique de recherche de sang dans les selles (Fecal immunochemical test)

MDF : médecin de famille

PDCCR : programme de dépistage du cancer du côlon

UEP : Unité d'épidémiologie populationnelle

HUG : Hôpitaux universitaires de Genève

AMG : Association des médecins du canton de Genève

Cabinet de groupe : cabinet de trois médecins ou plus

1- Introduction

En Suisse, le cancer du côlon est le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et le deuxième chez les femmes, avec plus de 4 200 nouveaux cas découverts chaque année¹. Troisième cause de mortalité par cancer, il est responsable de 690 décès par an. À Genève, le CCR touche annuellement environ 250 personnes et entraîne 80 décès.

Évoluant dans un premier temps de manière asymptomatique, le cancer du côlon est souvent découvert tardivement, avec pour conséquences une survie médiocre et des chances de guérison réduites. Aujourd'hui, environ 35% des individus atteints décèdent de la maladie dans les 5 ans qui suivent le diagnostic².

Le dépistage du CCR fait partie de la stratégie nationale contre le cancer. La coloscopie et la recherche de sang occulte dans les selles ont été inscrites dans le catalogue des prestations prises en charge par l'assurance maladie de base, avec levée de franchise dans les cantons dotés d'un programme de dépistage organisé. Un dépistage régulier (par coloscopie ou recherche de sang occulte dans les selles) permet d'en diminuer la mortalité, mais aussi l'incidence, grâce à l'ablation des adénomes.

Les guidelines européens³ mettent en avant la nécessité d'une couverture minimum de la population pour permettre une baisse de la mortalité ; les valeurs cibles sont de 45% « minimum » et de 65% « souhaitable » pour le dépistage du CCR.

Le Canton de Genève a l'expérience du dépistage organisé puisqu'il bénéficie d'un programme pour le cancer du sein depuis 1999. Les obstacles à la participation pour celui-ci, liés à l'adhésion insuffisante au programme des médecins libéraux, à leurs habitudes de prescriptions à titre individuel et à l'hétérogénéité de la population (forte mobilité, internationale et migrante), explique une participation encore trop faible aujourd'hui : de l'ordre de 14% au démarrage du programme (1999) et n'atteignait que 36% en 2014. Pour augmenter l'adhésion des médecins, la FGDC a expérimenté en 2015 un premier projet de visites médicales au cabinet des gynécologues et généralistes. Au total, une centaine de gynécologues et plus de 300 généralistes ont reçu une visite. Les praticiens visités se sont dits majoritairement intéressés et satisfaits de cette approche, se sentant plus impliqués et plus en mesure de communiquer sur le dépistage du cancer du sein avec leurs patientes. À la suite de cette intervention et malgré une participation restant en dessous des recommandations, une hausse constante du nombre de mammographie est relevée⁴ depuis 2015. Aucune évaluation formelle de cette intervention n'avait alors été faite.

Les études qui ont évalué l'impact de projets similaires, mettent en avant des résultats encourageants. Les visites sur le terrain par les formateurs sont identifiées comme l'une des stratégies qui favorise le changement de pratiques des médecins de famille⁵. On relate à leur suite une modification des

¹ Ligue genevoise contre le cancer. 2016. Le cancer en Suisse : les chiffres, *NICER*

² Volker A., Feller A., Hauri D. et al. 2016. Le cancer en Suisse rapport 2015, état des lieux et évolution, *OFS, NICER, RSCE*

³ European Commission. 2010. *European guidelines for quality assurance in colorectal screening*, (First Edition). Segnan N, Patnick J, von Karsa L

⁴ Karen Braendle, Simon Germann, Robin Schaffar, Jean-Luc Bulliard. 2020. Évaluation épidémiologique du programme genevois de dépistage du cancer du sein, 2012-2017. Lausanne, Centre universitaire de médecine générale et de santé publique (Unisanté), *Raisons de santé*

⁵ NENDA Z M. 2005. Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies. *Rev Med Suisse*

pratiques allant de 15% à 68%, même si des enquêtes sur le coût efficacité de ces actions manquent encore.

Il semblait évident que pour le dépistage du CCR, la participation de la population cible et le choix de la modalité de dépistage dépendrait encore plus largement de l'adhésion des médecins, puisque qu'ils seraient chargés de sensibiliser leurs patients et de les inclure dans le programme. Il a semblé ainsi pertinent, avant le démarrage du programme, de reprendre l'approche des visites au cabinet, pour informer les MDF sur le fonctionnement du programme, leur rôle et les performances respectives de la coloscopie et du FIT (Fecal immunologic blood test). Le premier projet de « visiteuse médicale » a été retravaillé afin de fournir des objectifs propres au nouveau programme (teaching sur la décision partagée, les deux tests, réponse aux a priori des médecins). L'intervention décrite ci-dessous s'est déroulée majoritairement avant le démarrage du programme (de juillet 2017 à janvier 2019).

Il a semblé nécessaire après cette deuxième expérience, de mesurer l'impact de la visite au cabinet pour l'implication des MDF dans une mission de santé publique. Grâce au soutien financier de la Ligue genevoise contre le cancer, il nous est aujourd'hui possible de présenter les résultats des enquêtes soumises aux médecins dans le cadre de ce projet : deux questionnaires administrés avant et immédiatement après l'intervention, et un troisième questionnaire complété 3 mois après le lancement du programme (de 5 à 20 mois après la visite selon les médecins). Ces données ont été analysées avec l'aide de l'Unité d'épidémiologie populationnelle des HUG. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact de notre intervention mais également de participer à une réflexion plus globale sur ce mode de sensibilisation.

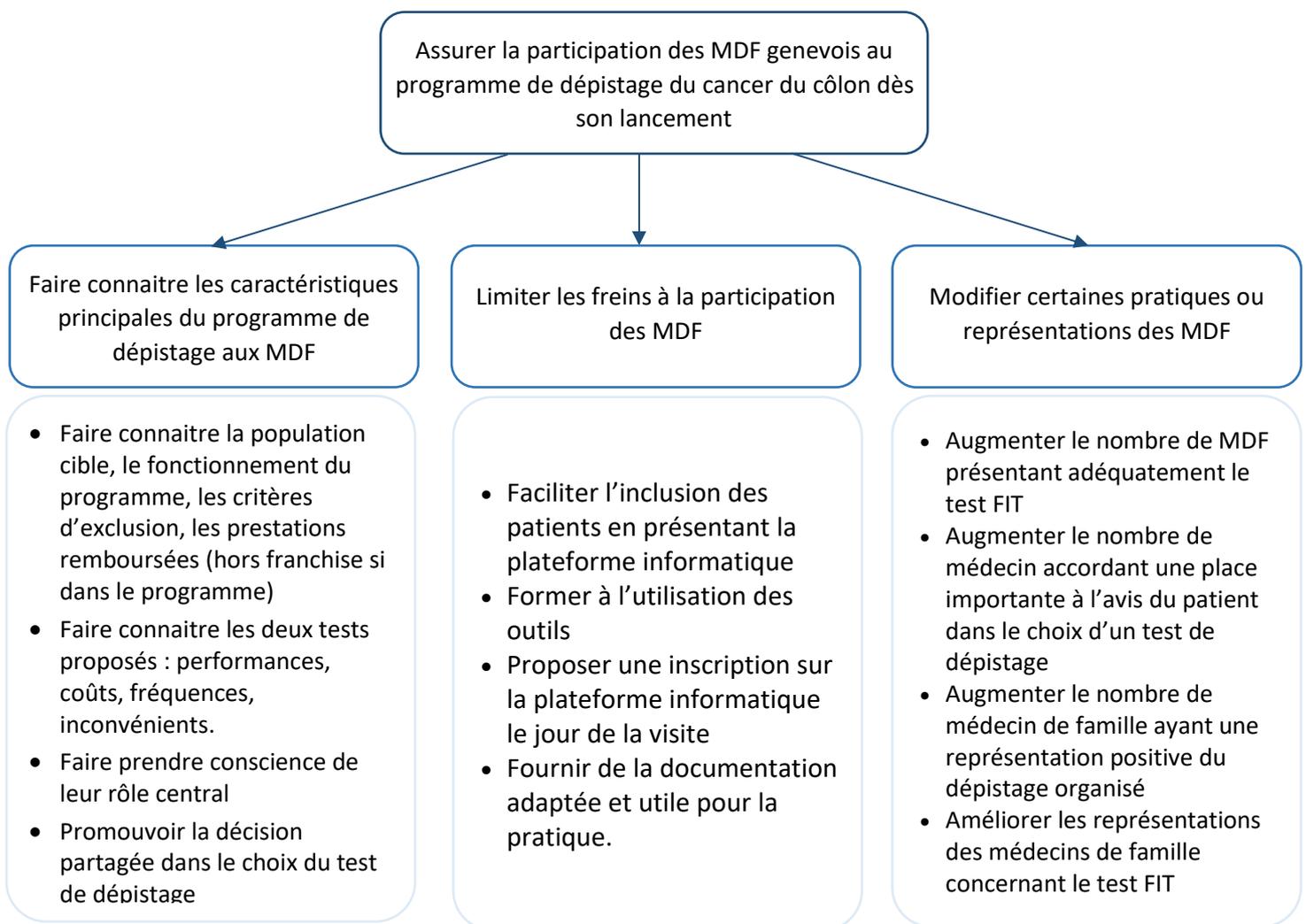
2- Présentation du projet « visiteuse médicale »

A. Population

Les médecins de famille genevois sont la population cible de cette intervention.

B. Objectifs du projet

Le but de la Fondation est d'atteindre une participation suffisante au dépistage, démontrée nécessaire pour faire baisser l'incidence et la mortalité liées au CCR. Partant du postulat que la participation de la population cible au programme est intimement liée aux informations communiquées par les MDF⁶, l'objectif principal du projet était de favoriser la collaboration des MDF au programme. Il en découle plusieurs sous objectifs précisés dans le schéma ci-dessous.



⁶ Fondation genevoise pour le dépistage du cancer et Unité d'Épidémiologie Populationnelle. 2016. Enquêtes sur les perceptions, connaissances et intentions de la population genevoise au sujet du dépistage du cancer colorectal : Rapport intermédiaire.

C. Les étapes du projet

a. La prise de contact

Tous les MDF ont été contactés par téléphone de juillet 2017 à octobre 2018 et se sont vus proposer un rendez-vous d'une demi-heure à leur cabinet (*annexe 1*).

Afin de faciliter la tâche, un courrier co-signé par la Directrice de la FGDC et le président de l'AMG (organisation faîtière des MDF genevois) a été envoyé aux médecins de famille en septembre 2017. En mai 2018, un nouveau courrier a été envoyé, par ces deux mêmes institutions, aux MDF qui n'avaient pas encore donné de réponse quant à leur accord de recevoir la visiteuse médicale.

b. Les visites

Les visites auprès des médecins genevois ont été réalisées par une personne titulaire d'un master professionnel en « Promotion et éducation pour la santé », formée en interne sur le dépistage du CCR et le programme.

Le rendez-vous durait entre 25 et 40 minutes. Pour les cabinets de plusieurs médecins, un rendez-vous groupé était proposé.

Pendant la visite, les thématiques suivantes étaient abordées :

- présentation de la FGDC,
- restitution de données épidémiologiques sur le cancer du côlon,
- rappel de population cible du programme de dépistage, des critères d'exclusion temporaires et définitifs,
- présentation du fonctionnement du programme de dépistage et des prestations remboursées à 90% hors franchise,
- explication des tests de dépistage proposés par le programme (avantages et inconvénients),
- présentation d'études sur les performances du test FIT et de la coloscopie,
- présentation du processus de décision partagée,
- présentation de la plateforme informatique sur laquelle le médecin devra inscrire ses patients,
- inscription des médecins de famille à la plateforme MyHUG, permettant d'accéder au site du dépistage de manière sécurisée,
- présentation de la brochure créée spécialement pour les médecins genevois (*annexe 3*).

3- Evaluation du projet

A. Questions de recherche

1. La visite a-t-elle permis aux MDF d'acquérir les connaissances et compétences concernant le programme de dépistage du cancer du côlon ?
2. La visite a-t-elle permis de faire évoluer les représentations des MDF à propos du dépistage du cancer du côlon et des programmes de dépistage organisé ?
3. La visite a-t-elle permis de modifier les pratiques des MDF en lien avec le dépistage du cancer du côlon ?
4. Quels sont les freins à la participation des médecins au programme de dépistage et comment l'intervention les a-t-elle modifiés ?

B. Méthode

a. Population enquêtée

Les MDF genevois ayant accepté recevoir la visite proposée par la FGDC ont constitué la population ciblée par cette évaluation. Il est nécessaire de préciser que ceux-ci ne représentent qu'une partie des médecins susceptibles de présenter le dépistage du CCR à leurs patients et de leur proposer de le réaliser dans le cadre du programme.

En 2017, on dénombrait 683 MDF sur le canton, toutes sous-spécialités confondues. Parmi ces médecins, 329 ont reçu la visite de la représentante de la FGDC entre juillet 2017 et janvier 2019 (*annexe 1 et 4*). Le nombre de MDF n'ayant pas souhaité recevoir la visite s'élève donc à 379. Le nombre de médecins total est ici plus élevé que les 683 MDF comptés au départ, en raison de l'installation de nouveaux médecins dans le canton entre 2017 et 2019, non-inscrits sur les fichiers de base.

Bien que tous les MDF du canton aient été contactés par téléphone, une part non négligeable de ces derniers n'ont pas pu être visitée pour les raisons suivantes :

- le MDF n'est pas intéressé (12,32 %),
- le MDF n'a jamais donné de réponse quant à sa volonté de recevoir la visite, malgré les relances par téléphone et/ou par courrier électronique (35,67%),
- le dépistage du cancer du côlon ne fait pas partie des pratiques du médecin contacté (21%) : le médecin a orienté sa pratique vers une autre spécialité (cardiologie, pédiatrie, etc.) et n'est donc pas concerné par le programme de dépistage,
- le MDF est injoignable (10%) : le numéro n'est pas valide, l'adresse est inconnue et aucune autre information n'a été trouvée sur internet,
- le MDF est parti à la retraite ou ne consulte plus (8%),
- le MDF a annulé le rendez-vous sans en reprendre un nouveau (5%),
- le MDF a participé à la conférence organisée en présentiel par la FGDC (3%).

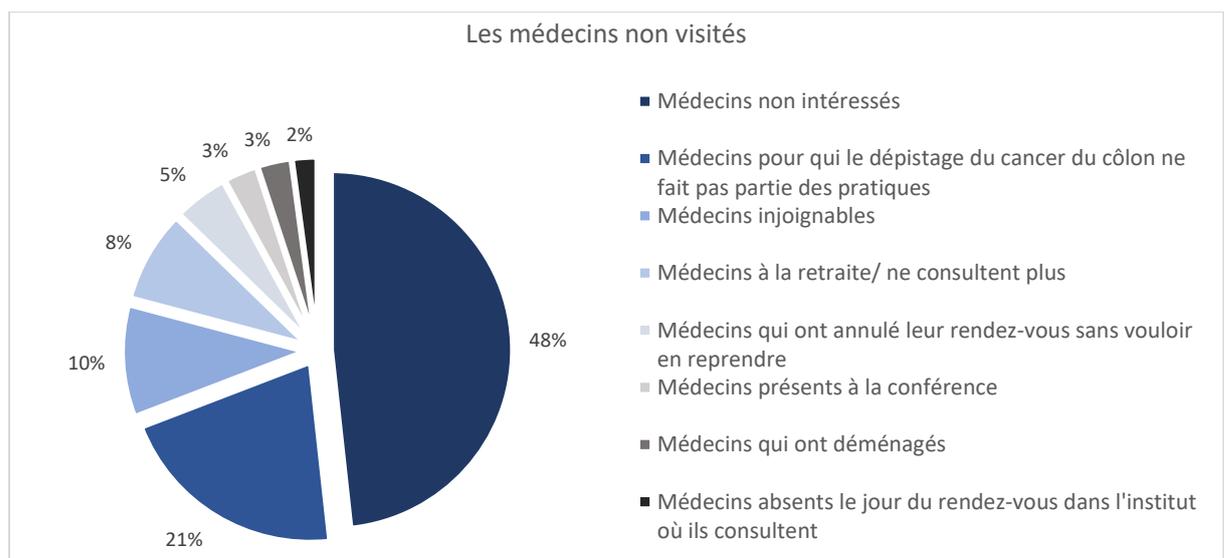


Figure 1 : Les raisons avancées par les médecins non visités

b. Questionnaires

Trois questionnaires ont été élaborés en collaboration avec le Service de médecine de premier recours et l'Unité d'épidémiologie populationnelle (UEP) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Ils ont été prétestés et validés par les membres du comité de pilotage de la FGDC et par deux MDF (*annexe 2*).

Enquête 1 (E1) : questionnaire avant intervention (*annexe 5*)

Le premier questionnaire a été complété par le MDF au début du rendez-vous, en présence de la visiteuse, après une brève présentation de la FGDC et du motif de la visite.

Enquête 2 (E2) : questionnaire post-intervention (*annexe 6*)

Le second questionnaire a été complété par les médecins de famille en présence de la visiteuse à la fin de la visite.

Enquête 3 (E3) : questionnaire post lancement du programme de dépistage (*annexe 7*)

Le troisième questionnaire a été envoyé par courrier trois mois après le lancement du programme aux médecins de famille visités, soit entre trois et douze mois après l'intervention. Une lettre explicative et une enveloppe réponse étaient jointes. Deux relances par courrier ont été envoyées.

c. Variables mesurées

Les pratiques des MDF en lien avec le dépistage du CCR

E1, questions 1 à 3 et E3, questions 6 à 8 et 13 à 16 :

- la fréquence à laquelle est abordé le dépistage du CCR avec le patient,
- les tests les plus prescrits,
- la fréquence des prescriptions.

Les critères pour choisir un test de dépistage

E1, questions 4 à 6 et E3, questions 9 à 12 :

- les critères pour recommander un test de dépistage au patient,
- les informations explicitées au patient,
- la place du patient dans le choix du test.

Les représentations des MDF sur le dépistage organisé

E1 questions 7 et 8 et E3 questions 17 à 20 :

- la place du MDF dans un programme de dépistage,
- les représentations sur le dépistage organisé,
- les éléments du programme qui incitent les MDF à participer,
- les éléments du programme qui freinent les MDF à participer.

Les représentations des MDF concernant les deux tests de dépistage proposés par le programme

E1 questions 9 et 10 et E3 questions 21 à 22 :

- la sensibilité des tests,
- les avantages et inconvénients respectifs des tests,
- l'acceptation par la population.

Les connaissances des MDF sur le programme et les recommandations de dépistage

E3 questions 1 à 5 :

- la population cible du programme,
- les critères d'exclusion,
- les prestations remboursées à 90% hors franchise par l'assurance maladie de base,
- les portes d'entrées possibles dans le programme.

L'intérêt perçu pour le mode de formation "visite au cabinet"

E2 questions 1 et 2 et E3 question 23

L'intérêt perçu pour le matériel de formation

E2 questions 3 et 4 et E3 questions 24 et 25 :

- la brochure laissée le jour de la visite,
- les documents envoyés au lancement du programme.

4- Analyse des questionnaires

A. Taux de réponse

Pour le E1, 313 questionnaires ont été complétés, soit un taux de réponse est de 95.14%.

Pour le E2, 285 questionnaires ont été complétés, soit un taux de réponse de 86.63%.

Pour le E3, 122 questionnaires ont été complétés, soit un taux de réponse de 37.08%.

B. Caractéristiques socio-démographiques des médecins de famille

Les caractéristiques des médecins décrites dans le tableau ci-dessous sont celles des médecins ayant répondu aux questionnaires 1 et 3. Il n'a pas été fait d'analyse des caractéristiques sociodémographiques des MDF ayant répondu au E2 étant donné que rares sont les MDF qui ont répondu au E1 sans répondre au E2.

Caractéristiques	E1		E3		p-value
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
N	313	100%	122	100%	
Sexe					
Femme	141	45%	62	50,8%	0,32
Homme	172	55%	60	49,2%	
Age, median (IQR)	53	(44,5, 61)	49	(42, 57)	0.07
Années de diplôme, median (IQR)	23,5	(17, 33)	21	(14, 30)	0.08
Localisation du cabinet					0.85
Semi urbaine	78	25,1%	33	27,5%	
Zone rurale	15	4,8%	5	4,2%	
Zone urbaine	218	70,1%	82	68,3%	
Structure du cabinet					0.05
1 médecin	110	35,1%	28	23%	
2 médecins	64	20,4%	32	26,2%	
3 médecins ou plus	139	44,4%	62	50,8%	

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants au E1 et au E3

La répartition entre les hommes et les femmes est similaire à celle observée sur le canton⁷.

On observe une similarité des caractéristiques sociodémographiques des médecins entre le E1 et le E3, excepté pour les médecins exerçant dans un cabinet individuel qui sont moins représentés dans le E3 (23% contre 35.1%).

C. Résultats

a. Les pratiques des MDF en lien avec le dépistage du CCR

Le dépistage du cancer du côlon

→ *A quelle fréquence recommandez-vous le dépistage du cancer du côlon à vos patients ?*

E1 question 1, E3 question 6 (*annexe 8, tableau 2*)

Plus de 95% des MDF disent aborder « systématiquement » ou « souvent » le dépistage du cancer du côlon avec leur patient. La prescription du dépistage du CCR semble donc être largement intégrée dans les pratiques des médecins genevois.

On ne retrouve pas de différence significative entre les réponses du E1 et du E3.

Le test le plus recommandé

→ *Quel test recommandez-vous le plus fréquemment à vos patients ?*

E1 question 2, E3 question 7 (*annexe 8, tableaux 3 et 4*)

Le test le plus recommandé par les médecins interrogés est la coloscopie, avec respectivement 81.6% pour le E1 et 82.8% pour le E3 (*tableau 3*). Pour le FIT, les prescriptions passent de 5.5% dans le E1 à 0% dans le E3. Dans le E3 on observe une augmentation du nombre de MDF choisissant la modalité de réponse « autres tests » : on passe de 3.1% (E1) à 8.2% (E3).

Dans le E1, la structure du cabinet semble influencer les réponses (*tableau 4*) : parmi les médecins qui ont prescrit un test FIT, 68,8% sont des médecins qui exercent dans des cabinets de groupe, contre 18,8% pour les médecins exerçant dans un cabinet individuel et 12,5% pour les cabinets de deux médecins.

La fréquence des prescriptions

→ *A quelle fréquence prescrivez-vous les examens suivants à vos patients ?*

E1 question 3, E3 question 8 (*annexe 8, tableau 5*)

Dans le E1, 60% des médecins citent « deux ans » comme intervalle entre deux tests FIT et 79.9% citent « 10 ans » comme intervalle entre deux coloscopies. Dans le E3, ces nombres passent respectivement à 89.2% pour le FIT à 89.7% pour la coloscopie. Ces deux augmentations sont statistiquement significatives ($p = <0.001$ et 0.03).

Effet du lancement du programme sur les prescriptions du dépistage du cancer du côlon

→ *Depuis le lancement du programme, le nombre de patients à qui vous avez prescrit un test de dépistage (tous tests et examens confondus) a-t-il augmenté ?*

E3 question 13 (*annexe 8, tableau 6*)

⁷ Fédération des médecins suisses, Office fédéral de la statistique, Médecins en exercice, selon le secteur et le sexe, depuis 1990, *Office cantonal de la statistique - OCSTAT*

Pour 69,2% des médecins, le lancement du programme de dépistage ne semble pas avoir eu d'impact sur les pratiques en matière de dépistage du cancer du côlon. Pour 18%, le lancement du programme de dépistage a permis une augmentation du nombre de dépistage prescrit.

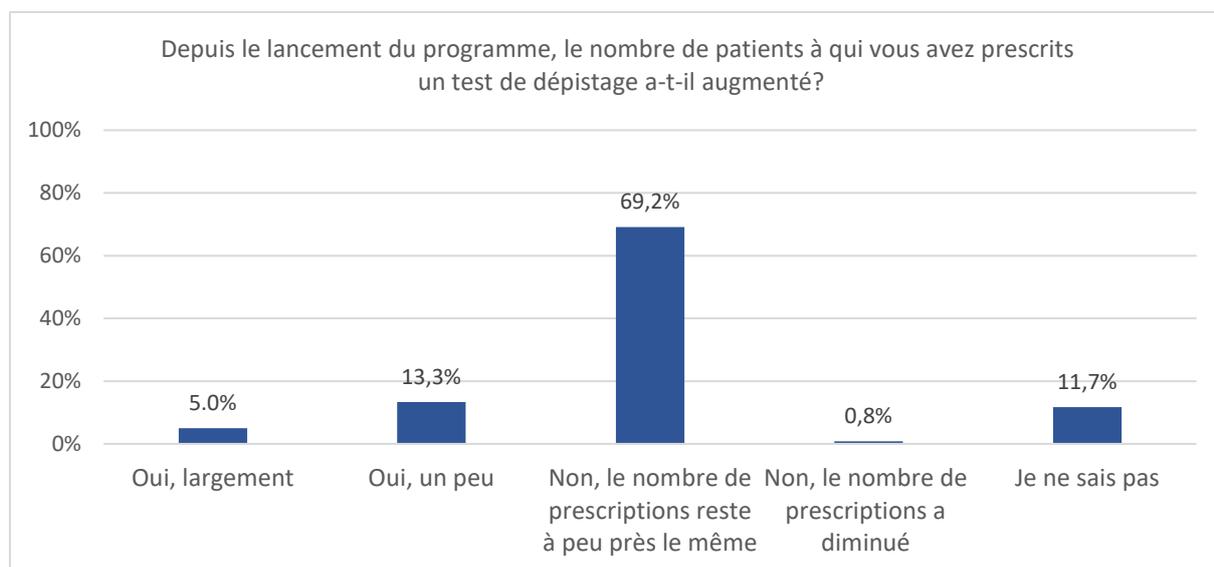


Figure 2 : Prescriptions depuis le lancement du programme

→ *Comment se répartissent (approximativement) vos prescriptions dans le cadre du programme de dépistage et hors du programme de dépistage ?*

E3 question 14 (annexe 8, tableau 7)

Pour cette question, 41,1% des médecins ont coché « je ne sais pas », ce qui rend les résultats peu significatifs et difficiles à interpréter. Nous pouvons cependant remarquer que parmi les médecins qui ont répondu, 64% d'entre eux prescrivent plus de test hors programme que dans le programme.

→ *Combien de patient(s) avez-vous inclus dans le programme de dépistage du cancer du côlon ?*

E3, question 15 (annexe 8, tableau 8)

Trois mois après le lancement du programme, la moitié des médecins n'ont pas inclus de patients : 47% pensent en inclure dans le futur et 5,2% déclarent ne pas être intéressés. Parmi les MDF qui ont déjà participé au programme, 40,9% ont inclus entre 1 et 5 patients et une minorité ont inclus plus de 6 patients (6,92%).

→ *Si vous avez déjà inclus des patients dans le programme de dépistage, comment se répartissent (approximativement) vos prescriptions pour les deux modalités de dépistage proposées :*

E3 question 16 (annexe 8, tableau 9)

Seulement 50% des médecins ont répondu à cette question, ce qui rend ici aussi les résultats difficilement interprétables. Parmi les personnes qui ont répondu, un quart ont coché « je ne sais pas ». Il ressort cependant que parmi les médecins qui ont inclus des participants dans le programme, 65% ont plus souvent prescrit une coloscopie qu'un FIT.

b. Les critères pour choisir un test de dépistage

Les critères pris en compte pour recommander un test de dépistage à un patient

→ Sur quels critères vous basez-vous pour recommander un test de dépistage ?

E1 question 4, E3 question 9 (annexe 8, tableaux 10 et 11)

Le graphique ci-dessous regroupe et compare les résultats des deux questionnaires (figure 3). « Les performances du test » semble être le critère le plus important pour recommander un test (87.9% dans le E1 et 92.6% dans le E3), suivi de « l'acceptation du test par le patient » (68.2% dans le E1 et 84.4% dans le E3), « la facilité d'utilisation » (36.4% dans le E1 et 45.1% dans le E3) et enfin « le coût » (23.6% dans le E1 et 36.1% dans le E3).

Ce classement reste le même avant la visite et à distance de celle-ci, mais des augmentations statistiquement significatives sont observées entre le E1 et le E3 pour presque tous les critères. À relever que les augmentations les plus significatives concernent « l'acceptation du test par le patient » et « le coût » ($p < 0.001$ et 0.005).

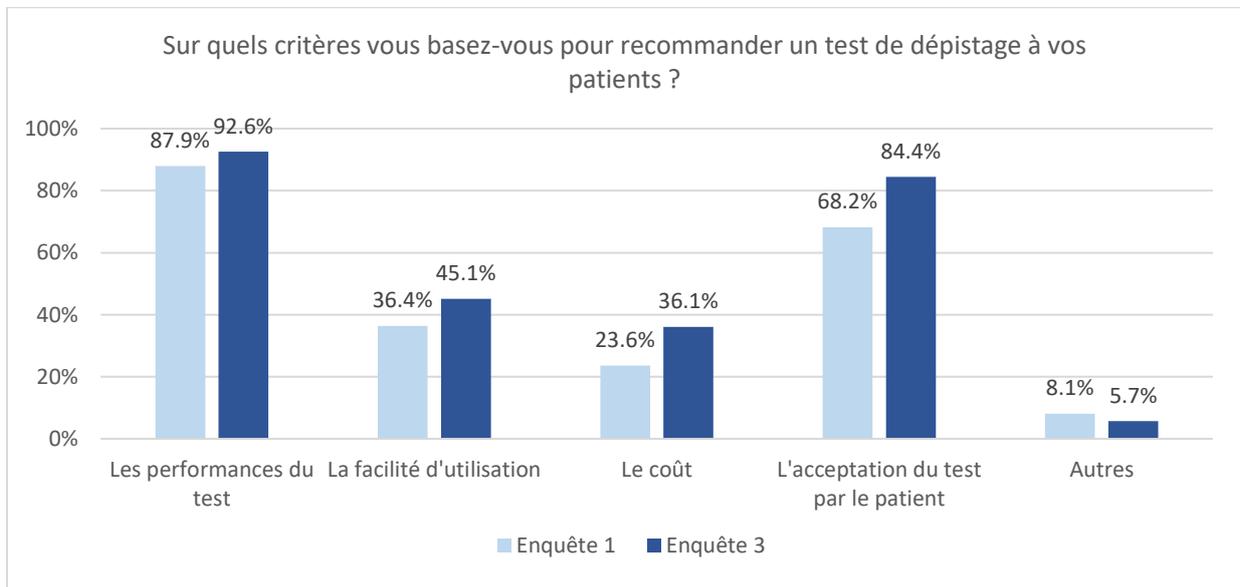


Figure 3 : Critères pour recommander un test de dépistage à un patient

Déjà en amont de la visite, les médecins exerçant dans un cabinet de groupe sont ceux qui semblent prendre le plus en compte l'avis du patient (annexe 8, tableau 11). Les médecins pour qui ce critère semble avoir moins d'importance sont plutôt des médecins plus âgés que la moyenne des MDF interrogés, ayant eu leur diplôme il y a plus longtemps ($p=0.001$ et $p=0.009$), ou exerçant dans un cabinet individuel ($p=0.006$).

Les informations partagées avec le patient

→ Quelles informations partagez-vous avec votre patient lorsqu'il faut choisir le test de dépistage ?

E1 question 5, E3 question 10 (annexe 8, tableau 12)

Avant l'intervention, les informations partagées sont, dans l'ordre du plus ou moins fréquents : « les avantages », « les performances du test », « les inconvénients », « l'acceptation du test par le patient », « la fréquence » et « le coût ».

De manière générale, dans le E3 toutes les modalités de réponses ont été sélectionnées plus fréquemment et ces augmentations sont toutes statistiquement significatives. Les différences les plus

importantes se retrouvent pour le partage des « inconvénients » (75.2% à 89.3%), du « coût » (25.2% à 59%) et de « la fréquence » de répétition du test (40.9% à 68.0%). « Le coût » reste tout de même la proposition la moins sélectionnée par les médecins (25.2% - 50%).

Trois mois après le lancement du programme de dépistage, le poids des inconvénients semble devenir plus important dans la discussion, plaçant cette modalité de réponse en deuxième position derrière « les avantages ».

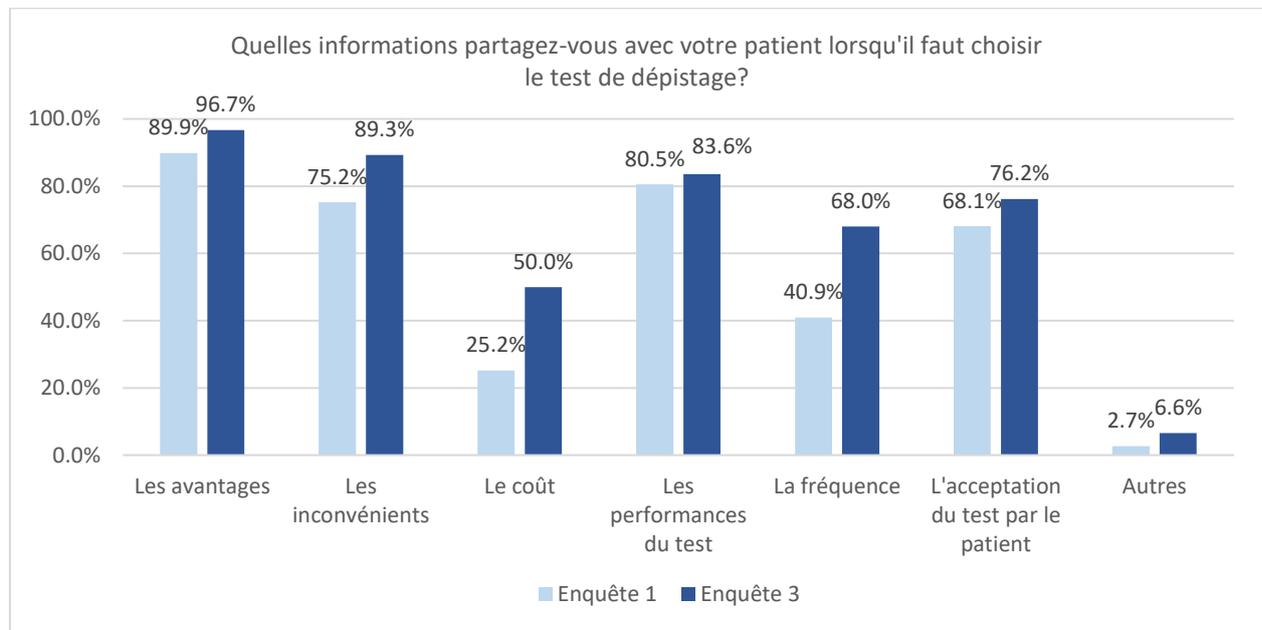


Figure 4 : Informations partagées avec le patient pour le choix d'un test de dépistage

La prise en compte de l'avis du patient

→ Dans quelle mesure prenez-vous en compte l'avis du patient concernant la prescription d'un test de dépistage ?

E1 question 6, E3 question 11 (annexe 8, tableau 13)

Il y a une augmentation de la prise en compte « dans une large mesure » de l'avis du patient après l'intervention, sans que cette différence ne soit statistiquement significative (85.1% -90.9%).

Processus de décision au sujet du test de dépistage à réaliser

→ Comment se prend la décision concernant le test de dépistage du cancer du côlon ?

E3 question 12 (annexe 8, tableau 14)

Trois mois après le lancement du programme (E3), la prise de décision concernant un test de dépistage se répartit de la manière suivante : pour 37,8% des médecins, le choix du test de dépistage est fait par le patient, même si le médecin a un avis différent sur le test à effectuer, pour 29%, la décision est prise avec le patient sur une base égale, alors qu'un quart des médecins tente de convaincre leur patient du test à effectuer selon sa propre compréhension du test.

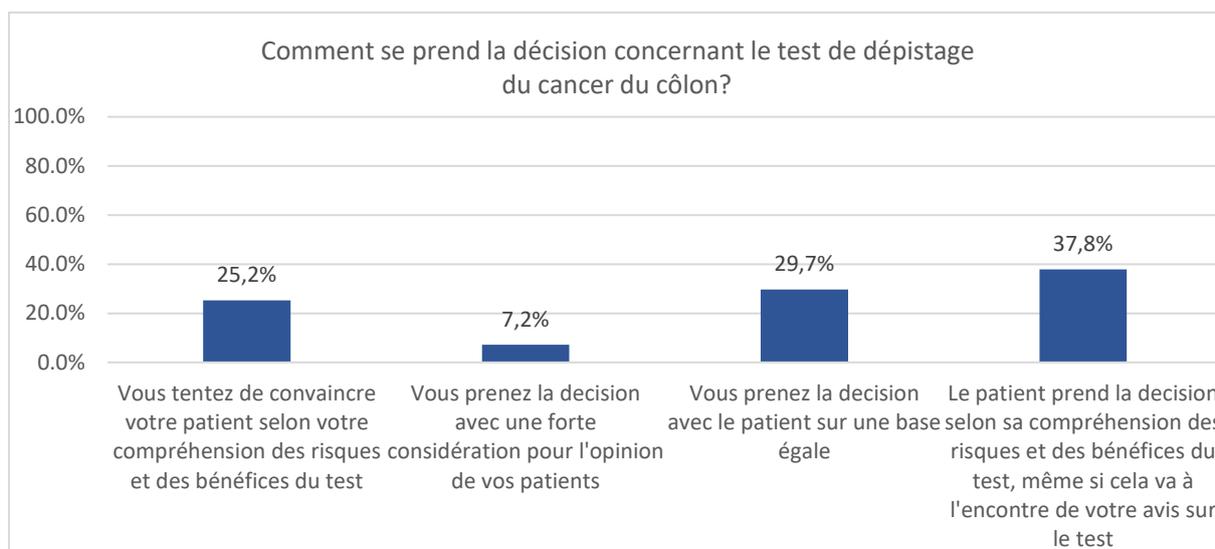


Figure 5 : Prise de décision concernant le test de dépistage

c. Les représentations des MDF sur le dépistage organisé

Les médecins et la participation au dépistage organisé

→ Dans quelle mesure estimez-vous que prescrire un test de dépistage dans le cadre d'un programme fait partie de vos attributions ?

E1 question 7, E3 question 17 (annexe 8, tableau 15)

Les médecins interrogés sont nombreux à considérer que prescrire un test de dépistage dans le cadre d'un programme de dépistage fait « dans une large mesure » partie de leurs attributions, que ce soit avant ou après l'intervention (90.8% - 85.1%). Aucune différence significative n'est observée entre les deux questionnaires pour cet item.

Les médecins et les représentations sur le dépistage organisé

→ Selon vous, le dépistage organisé représente :

Une opportunité pour mes patients d'être remboursés hors franchise / Une intrusion dans ma pratique / Une assurance de qualité des prestations / Une occasion d'aborder le dépistage avec les patients / Un ajout de contraintes

E1 question 8, E3 question 18 (annexe 8, tableau 16)

Dans les deux questionnaires, les propositions les plus citées sont « une opportunité pour mes patients d'être remboursés hors franchise » (76.9% - 89.9%), puis « une occasion d'aborder le dépistage avec les patients » (73.8% - 58.8%). L'importance de cette deuxième proposition et de la modalité « l'assurance de qualité des prestations » (40.1% - 30.3%) diminue.

A l'inverse on retrouve une augmentation significative pour la réponse « un ajout de contraintes », qui passe de 5.8% à 37.0% (P<0.001).

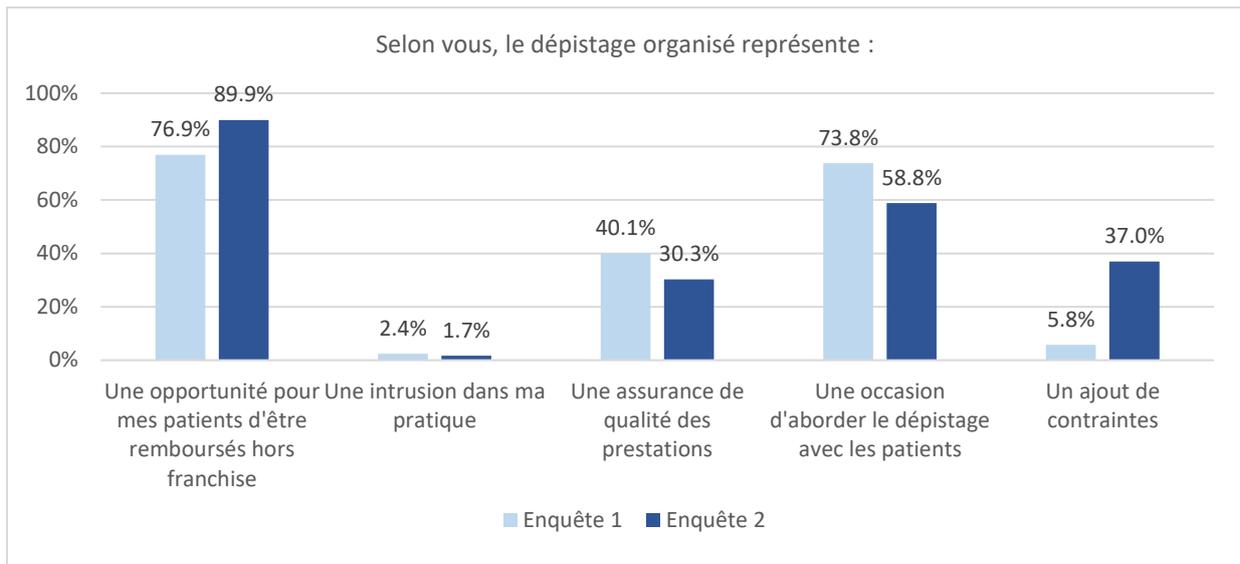


Figure 6 : Représentations du programme de dépistage

Caractéristiques du programme qui incitent ou freinent les médecins dans leur participation

→ Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous incite(nt) à inscrire vos patients dans le programme de dépistage du cancer du côlon ?

E3 questions 19 (annexe 8, tableau 17)

Pour cette question, la modalité de réponse la plus sélectionnée par les médecins est « le remboursement à 90% hors franchise des prestations pour le patient » (81,9%). Ce sont ensuite les demandes des patients (57,8%) qui incitent les médecins à les inscrire dans le programme de dépistage, suivi par la lettre de d'invitation de la FGDC et la qualité des prestations. Un quart des médecins estiment être incités par le fait d'avoir reçu la visite de la représentante de la FGDC à son cabinet et seulement 7,8% sélectionnent sa rémunération comme élément incitateur.

Aucune différence significative liée au profil du MDF n'a été repérée pour cette question.

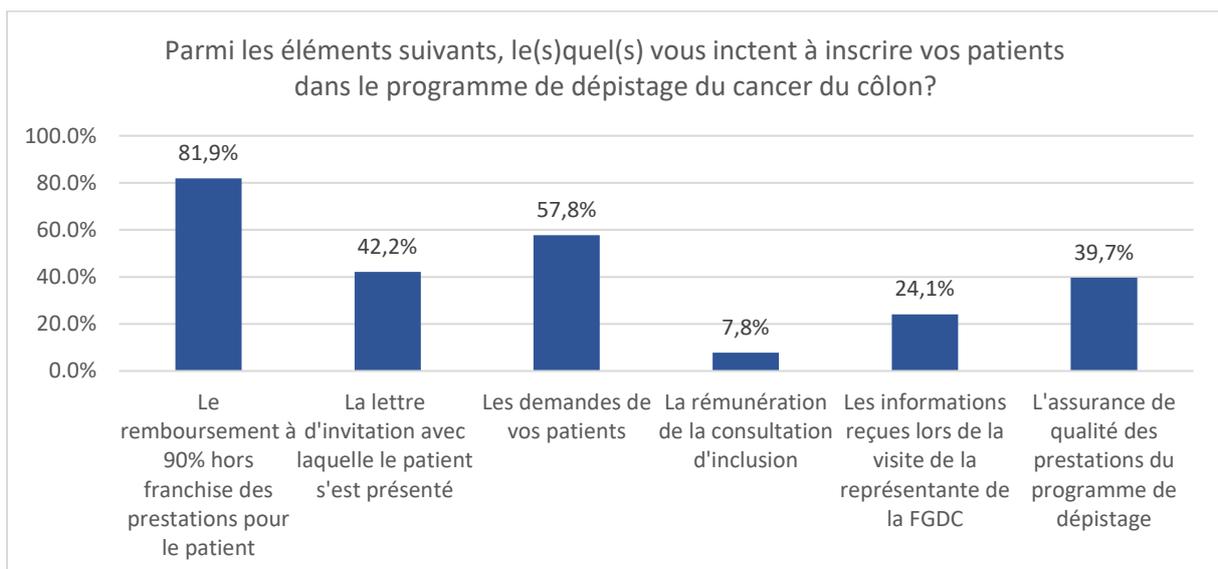


Figure 7 : Éléments incitateurs pour inscrire les patients dans le programme

→ Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous freinent pour prescrire un test de dépistage dans le cadre du programme à vos patients ?

E3 question 20 (annexe 8, tableau 18)

Trois grands freins à la participation des médecins ont été identifiés : « les contraintes administratives liées au programme » (78,8%), « l'inclusion du patient sur la plateforme informatique » (58,4%) et « le manque de temps lié à votre pratique » (40,7%). Les autres modalités proposées ne semblent avoir une influence que pour une plus faible proportion de médecins.

Aucune différence significative n'a été observée concernant les caractéristiques des médecins.

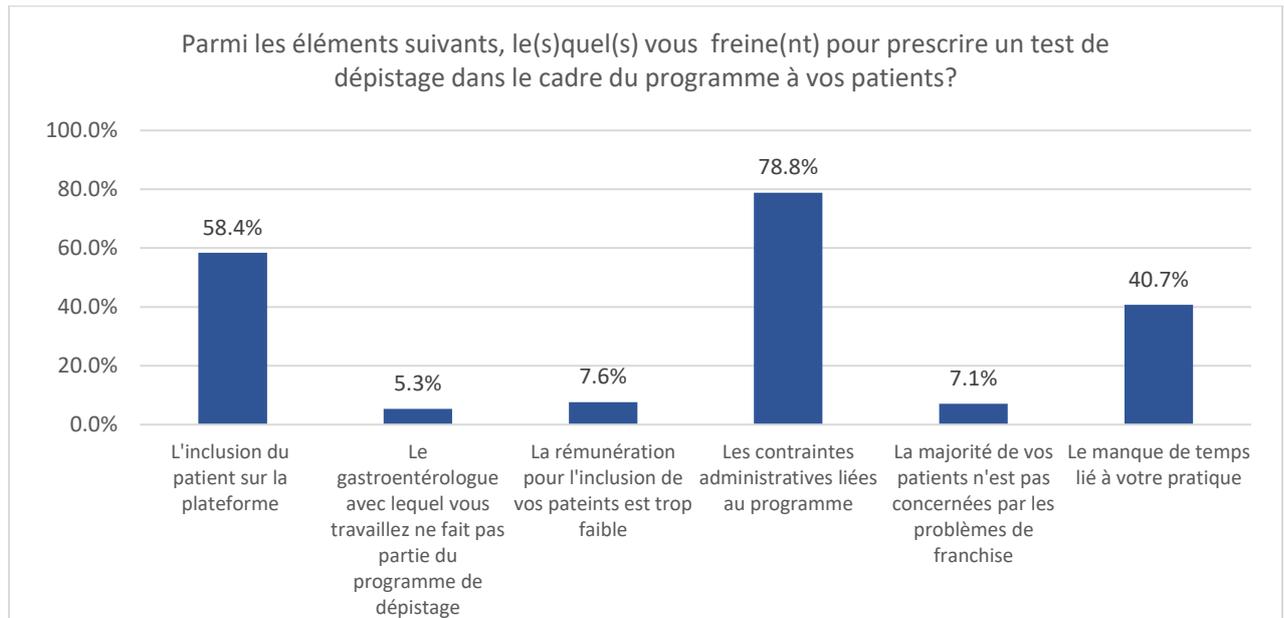


Figure 8 : Freins à la participation au programme

d. Les représentations des MDF au sujet des deux tests de dépistage proposés par le programme

Les représentations des tests

E1 question 10, E3 question 21 et E1 question 11, E3 question 22

Pour le groupe de questions cité ci-dessus, en raison de la faible répartition des réponses pour certaines modalités, les propositions « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » sont regroupées, tout comme les modalités « plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ».

Les représentations du test FIT

→ Concernant le test FIT, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?
Le test FIT a une bonne sensibilité pour détecter les cancers colorectaux.

E1 question 10A, E3 question 21A (annexe 8, tableau 19)

Pour la majorité des médecins, le test FIT a une bonne sensibilité pour détecter les cancers puisque 64.6% (E1) et 80.2% (E3) sont « d'accord » avec l'affirmation « ce test a une bonne sensibilité pour détecter les cancers ». On remarque également une augmentation significative du nombre de MDF ayant une vision positive des performances du test FIT dans le E3 ($p=0.008$).

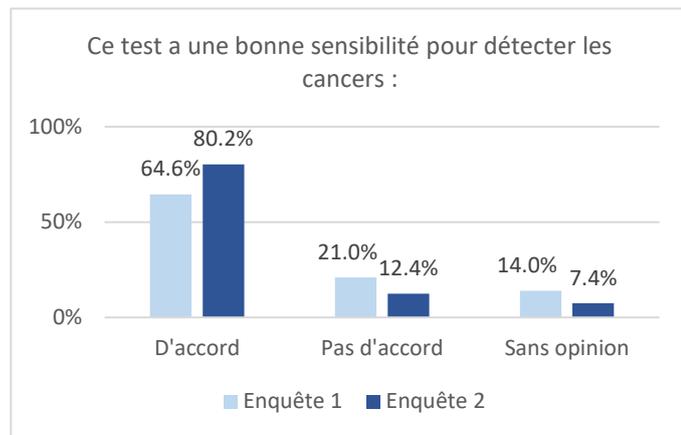


Figure 9 : FIT et sensibilité pour détecter les cancers colorectaux

→ Concernant le test FIT, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?
Le test FIT a une bonne sensibilité pour détecter les adénomes avancés.

E1 question 10B, E3 question 21B (annexe 8, tableau 20)

La sensibilité du test FIT pour détecter les adénomes avancés divise, que ce soit avant ou après la visite. Les MDF sont ainsi 34.7% (E1) puis 38% (E3) à être d'accord avec l'affirmation contre 37.2% (E1) et 41.3% (E3) à ne pas être d'accord. Le nombre de médecins « sans opinion » diminue et passe de 28,1% à 20.7%. Aucune différence significative entre les deux questionnaires n'est relevée pour cette question.

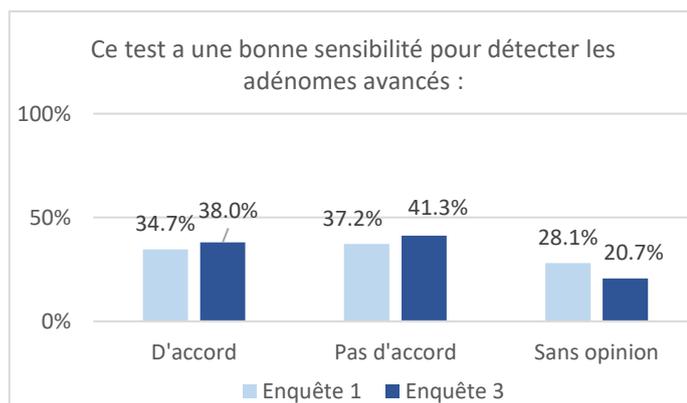


Figure 10 : FIT et sensibilité pour détecter les adénomes avancés

→ Concernant le test FIT, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?
Le test FIT sera mieux accepté par la population que la coloscopie.

E1 question 10C, E3 question 21C (annexe 8, tableau 21)

Dans les deux questionnaires, la majorité des médecins sont d'accord avec cette affirmation (69.2% - 55.8%). On remarque une diminution significative du nombre de médecins d'accord avec cette affirmation dans le E3 ($p=0.006$) et une augmentation significative du nombre de praticiens pas d'accord (12.7% - 25%). Le nombre de médecins « sans opinion » reste à peu près identique et est assez élevé (18,2% - 19,2%).

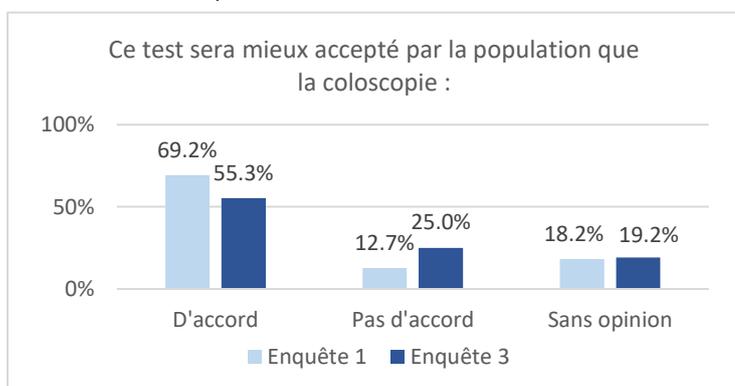


Figure 11 : Acceptation du test FIT par rapport à la coloscopie

Les représentations de la coloscopie

→ Concernant la coloscopie, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?
Une coloscopie effectuée tous les 10 ans a une meilleure sensibilité pour détecter les cancers qu'un FIT effectué tous les deux ans sur une période de 10 ans.

E1 question 11A, E3 question 22A (annexe 8, tableau 22)

Dans les deux questionnaires, les médecins sont en majorité « d'accord » avec cette affirmation (61.8% - 64.2%). On remarque une diminution significative du nombre de personnes « sans opinion » (14.3% - 24.2%) au profit du nombre de personnes « pas d'accord » (p=0.001) dans le E3.

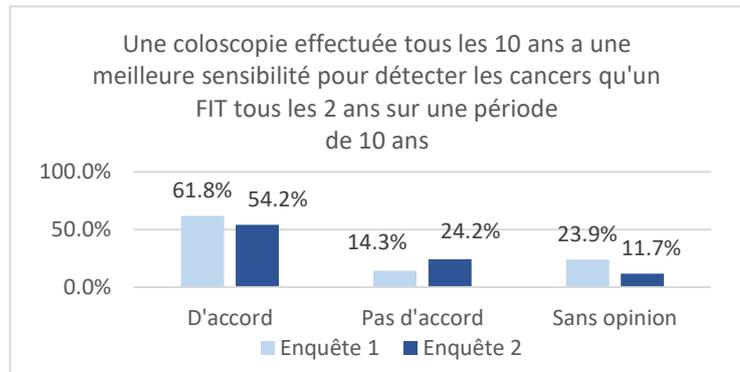


Figure 12 : Sensibilité du test FIT par rapport à coloscopie

→ Concernant la coloscopie, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ?
Les risques de complications liés à la coloscopie sont négligeables pour mes patients.

E1 question 11B, E3 question 22B (annexe 8, tableau 23)

La majorité des médecins sont « d'accord » avec l'affirmation (69.7% - 60.3%). On remarque cependant que le nombre de médecins qui ne sont pas d'accord a augmenté passant de 25.2% à 35.5%. Le nombre de médecins sans opinion reste faible.

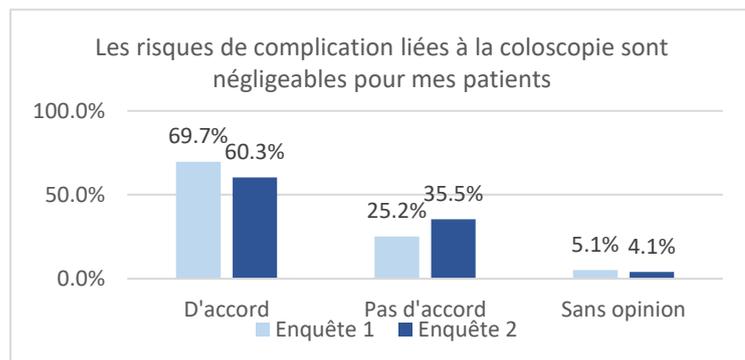


Figure 13 : Risques de complication et coloscopie

e. Les connaissances des MDF au sujet du programme et des recommandations de dépistage

Connaissances des médecins concernant l'âge d'éligibilité au programme

→ Selon vous, un patient peut participer au programme de dépistage du cancer du côlon si :

E3 question 1 (annexe 8, tableau 24)

Deux tiers des médecins visités (66,7%) ont choisi la réponse "de 50 à 69 ans" (réponse correcte) et connaissent donc la tranche d'âge ciblée par le programme de dépistage.

La seule différence significative concernant le profil des MDF que nous pouvons observer concerne la structure du cabinet (p=0.007). Les médecins qui partagent leur cabinet avec un autre médecin sont les plus nombreux à avoir répondu correctement et les moins nombreux à avoir choisi une deux autres réponses (incorrectes).

Connaissances de médecins concernant les critères d'exclusion du programme

→ *Avoir des symptômes digestifs est-il un critère d'exclusion du programme de dépistage pour le patient ?*

E3 question 2 (annexe 8, tableau 25)

Pour un peu plus de la moitié des médecins (55,9%) le fait d'avoir des symptômes digestifs n'est pas considéré comme étant un critère d'exclusion. Ce critère d'exclusion est ainsi identifié par seulement 44,1% des médecins répondants.

La seule différence significative semble être le sexe. Parmi les MDF qui ont répondu « oui », 60% sont des femmes et 40% des hommes.

→ *Un patient avec un risque élevé ou très élevé de cancer du côlon (antécédents personnels de cancers du côlon, maladie de Crohn...) peut-il participer au programme de dépistage ?*

E3 question 3 (annexe 8, tableau 26)

Deux tiers des médecins (67%) ont répondu qu'un patient avec un risque élevé ou très élevé de CCR ne peut pas participer au programme de dépistage (réponse correcte).

Deux caractéristiques significatives semblent conditionner les réponses : l'âge et la structure du cabinet. Les médecins qui ont répondu de manière incorrecte (33%) sont un peu plus âgés que la moyenne (53 ans contre 49 ans) et les MDF qui exercent seuls sont sur-représentés (37% alors qu'ils ne représentent que 23% des MDF interrogés).

Connaissance des prestations remboursées dans le cadre du programme de dépistage

→ *Selon vous, quelles sont les prestations qui sont remboursées à 90% hors franchise dans le cadre du programme de dépistage ?*

E3, question 4 (annexe 8, tableaux 27 et 28)

La majorité des médecins interrogés connaissent les prestations qui sont remboursées dans le cadre du programme de dépistage du cancer du côlon. Le remboursement du test FIT tous les deux ans a été le plus retenu par les médecins (96,7%), suivi par celui de la coloscopie tous les 10 ans (90,8%) puis de celui de la consultation d'inclusion chez le MDF (88,3%). Le remboursement de la coloscopie après un test FIT positif est le point le moins connu par les répondants (65,8%).

Certains médecins ont coché toutes les réponses proposées dans cette question, ne différenciant donc pas les prestations prises en charge par le programme de celles non prises en charge. Là encore la structure dans laquelle exerce le MDF a une influence significative ($p=0.005$) : les MDF qui exercent dans un cabinet individuel sont 39% à avoir coché toutes les réponses alors qu'ils ne représentent normalement que 23% des répondants.

Connaissances des différentes portes d'entrée dans le programme de dépistage

→ *Selon vous, pour pouvoir être inclus dans le programme de dépistage du cancer du côlon le patient peut**:

E3 questions 5 (annexe 8, tableaux 29)

La très grande majorité des médecins interrogés ont identifié la consultation chez le médecin de famille comme une porte d'entrée dans le programme de dépistage, que le patient ait reçu sa lettre d'invitation (95,9%) ou non (91%).

L'inclusion possible en pharmacie est connue par trois quarts des médecins (77%) mais pour un médecin sur deux, l'inclusion en pharmacie n'est possible que si le patient a apporté sa lettre d'invitation (réponse incorrecte).

Il n'a pas été observé de différences significatives en fonction des caractéristiques des médecins pour cette question.

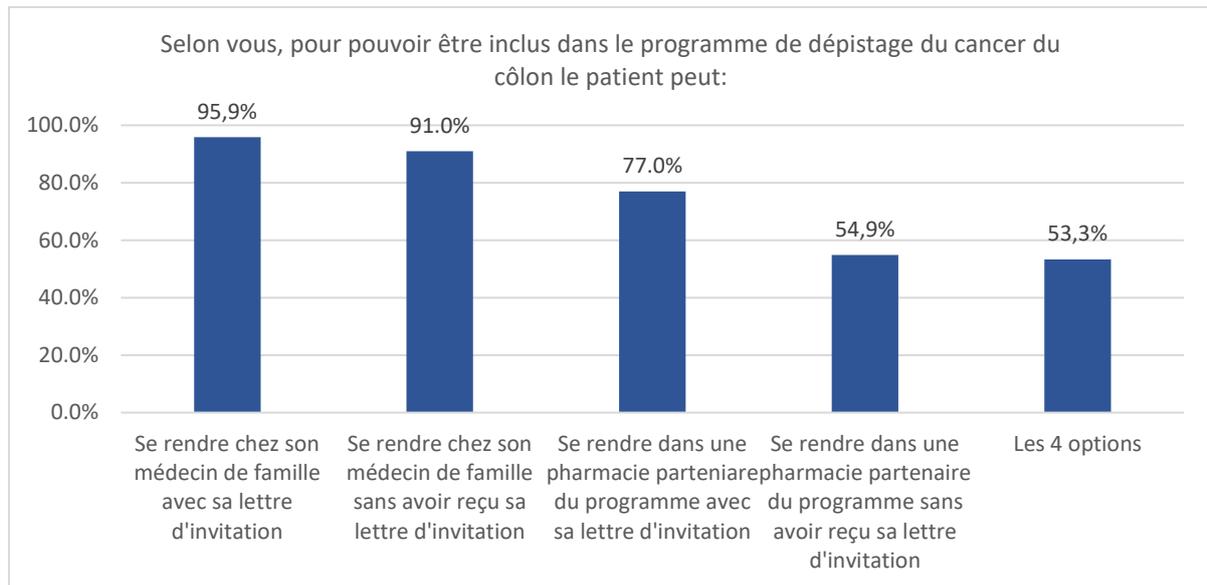


Figure 14 : Portes d'entrées dans le programme de dépistage

f. Utilité de la visite et des documents transmis

Utilité de la visite

- La visite de la déléguée médicale vous a-t-elle permis de :
- Comprendre le parcours du patient dans le dépistage organisé
 - Connaître les principales caractéristiques du programme de dépistage
 - Connaître la population ciblée par le programme de dépistage
 - Savoir inclure les patients dans le programme
 - Connaître les avantages et les inconvénients du FIT et de la coloscopie
 - Améliorer l'image que vous aviez du FIT
- E2 question 1 (annexe 8, tableau 30)

D'une manière générale, la visite semble avoir été utile aux médecins puisque plus de 88% des répondants ont coché « oui » ou « plutôt oui » pour les différentes propositions de réponses. Les trois premières affirmations sont celles qui rencontrent le plus de résultats très favorables puisque 96,1% (proposition 1), 97,2% (proposition 2) et 96,1% (proposition 3) des médecins ont répondu « oui ». Un peu moins de MDF ont répondu "oui" pour les propositions 4 (91,9%), 5 (86,7%) et 6 (67%). La proposition qui rencontre le plus d'avis divergents et de réponses négatives est la dernière affirmation (proposition 6) : 2,1% ont répondu « plutôt non », 2,5% ont répondu « non » et 7,0% ont répondu « sans opinion ».

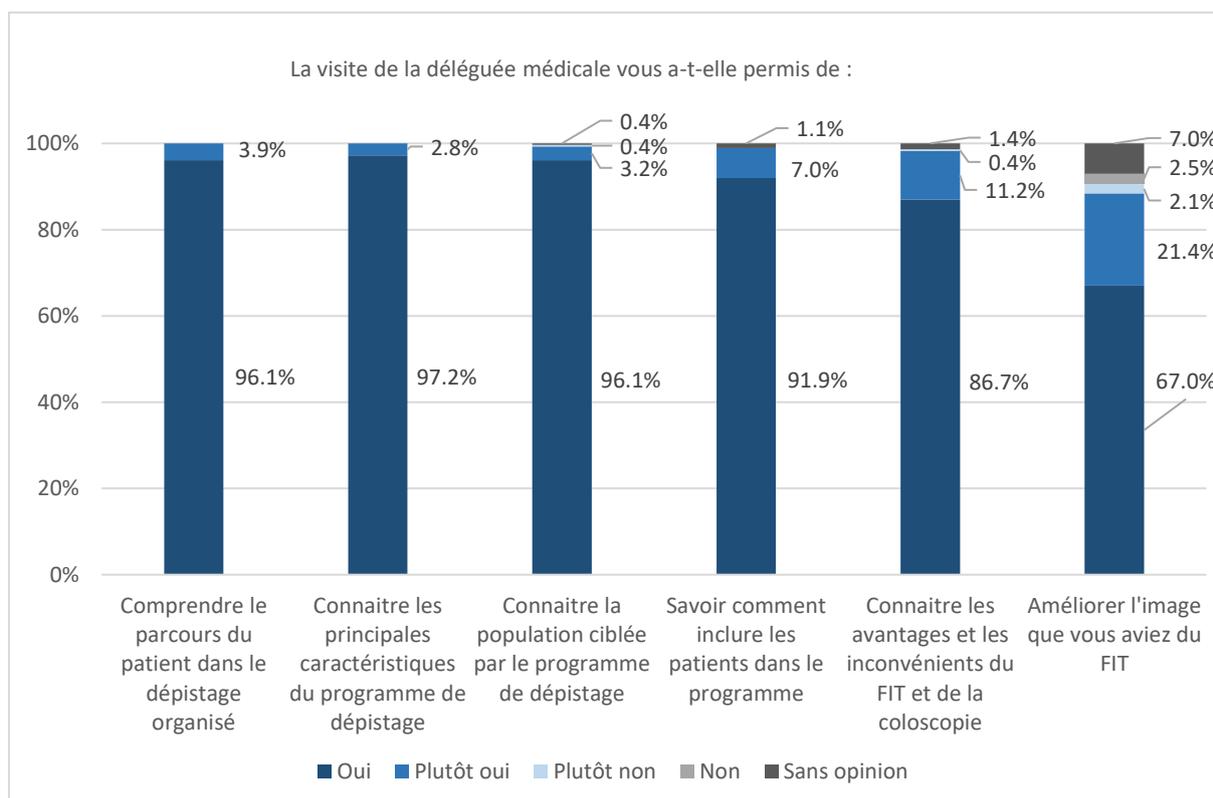


Figure 15 : Utilité perçue de la visite de la déléguée médicale

→ Y a-t-il des thématiques que vous aimeriez aborder pendant la visite ?

E2 question 2 (annexe 8, tableau 31)

Peu de médecins ont complété cette question (6,3%). En regroupant les remarques en catégories, nous remarquons que 27,8% des suggestions sont des compliments sur la visite, 22,2% sont des propositions de thèmes non abordés, 16,7% sont des suggestions pour le programme de dépistage et 16,7% des suggestions de documents à transmettre aux MDF.

→ Concernant la visite de la représentante de la FGDC à votre cabinet pour vous présenter le programme de dépistage estimez-vous que :

E3 questions 23 (annexe 8, tableau 32)

Les trois quarts des médecins rapportent que la visite de la représentante de la FGDC a permis de connaître les informations principales sur le programme de dépistage et presque un médecin sur deux déclare que cette visite l'a incité à participer au programme. La visite a également permis pour un tiers des médecins d'avoir un lien avec la FGDC (39,3%) et de se sentir impliqué dans le programme (34,2%). Cependant, la visite ne semble pas avoir permis aux médecins de se sentir plus à l'aise avec l'inclusion des patients (15,4%).

Aucune différence significative n'a été observée liées aux caractéristiques des médecins.

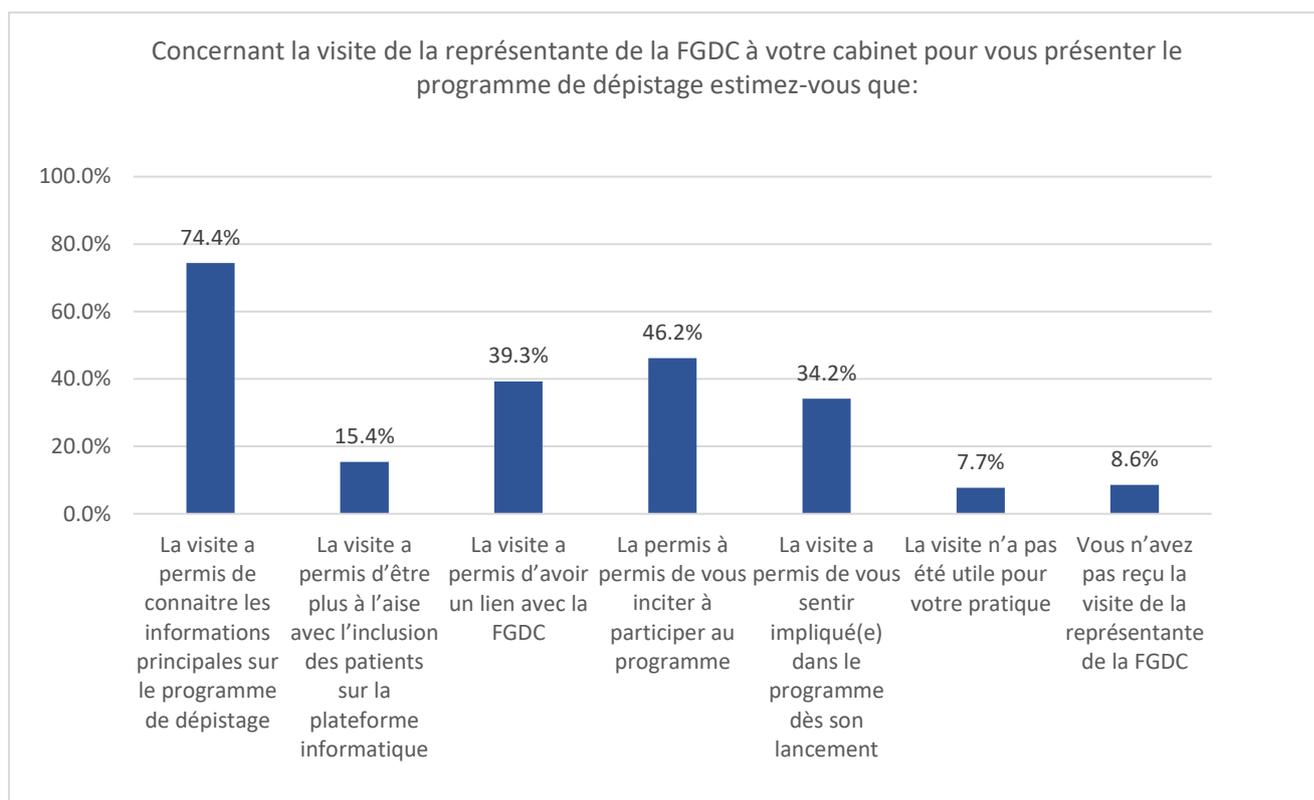


Figure 16 : Utilité de la visite

Remarques générales

→ *Autres suggestions*

E2 question 5 (*annexe 8, tableau 33*)

Seulement 22 MDF sur les 285 répondants ont émis des remarques pour cette question (7,7%) : 27,3% ont complimenté la visite, 13,6% souhaitent avoir un feed-back sur l'enquête ou la mise en place du programme et 31,8% décrivent des craintes ou des propositions de simplification (notamment de la plateforme).

Utilité des documents transmis

→ *Selon vous, la brochure résume-t-elle les informations principales et nécessaires à votre pratique ?*

E2 question 3 (*annexe 8, tableau 34*)

La brochure qui a été remise et présentée aux médecins semble bien résumer les informations transmises pendant la visite puisque 75,1% des médecins ont répondu « oui » et 11,6% « plutôt oui » à cette question. Le nombre de médecins ayant répondu « sans opinion » ou n'ayant pas répondu à cette question est respectivement de 6,7% et 5,3%.

→ *Y a-t-il des informations que vous auriez souhaité trouver sur la brochure ?*

E2 question 4 (*annexe 8, tableau 35*)

Seulement 6 médecins ont proposé des informations qu'ils auraient trouvées utiles dans la brochure, parmi lesquelles nous pouvons citer : des informations sur les autres tests de dépistage ou encore des images à montrer aux patients.

→ Utilisez-vous la brochure qui vous a été laissée lors de la venue de la visiteuse médicale de la FGDC à votre cabinet ?

E3 question 24 (annexe 8, tableau 36)

La brochure laissée lors de la visite est utilisée par 40% des médecins pour rechercher de l'information et par 19,1% comme support avec les patients. Elle n'est pas utilisée par 25,2% des médecins et 24,4% déclarent ne pas avoir reçu de brochure (alors que tous les MDF ont reçu un exemplaire au moment de la visite).

Aucune différence significative n'a été observée liées aux caractéristiques des médecins.

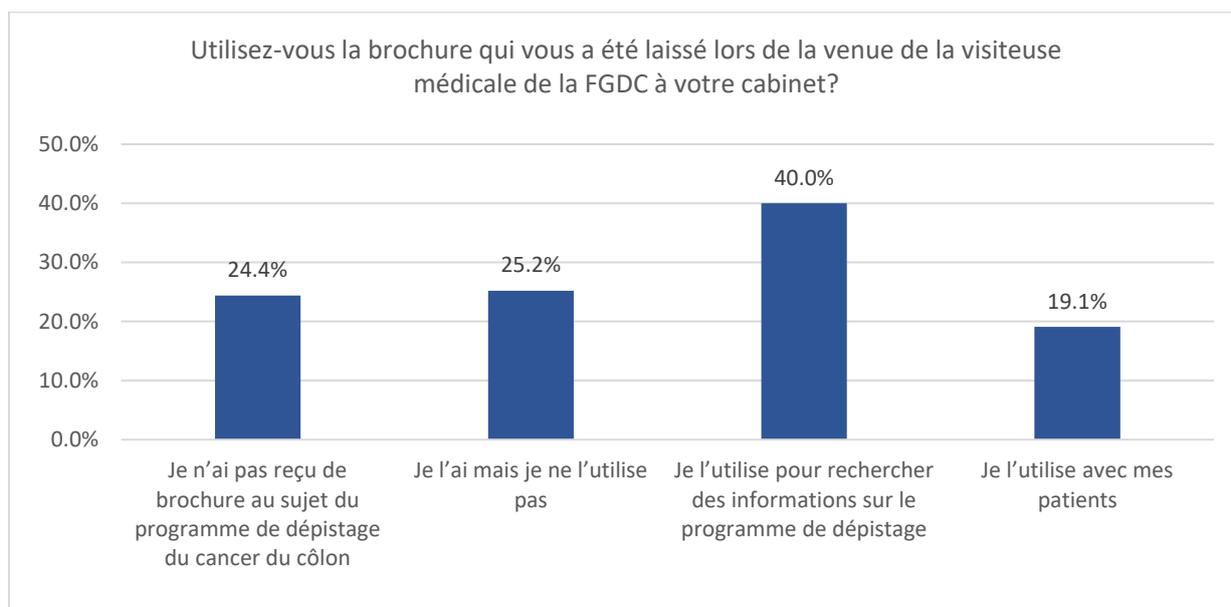


Figure 17 : Utilité de la brochure

→ Parmi les documents qui vous ont été transmis au lancement du programme de dépistage, lesquels vous ont paru utiles pour votre pratique ?

E3 question 25 (annexe 8, tableau 37)

Les deux documents qui ont été les plus utiles aux médecins sont « le mode d'emploi pour inclure son patient sur la plateforme informatique » (66,3%) et « la liste des gastro-entérologues participant au programme » (45,5%). Les autres documents transmis semblent avoir été utiles dans une proportion moins importante : le cahier des charges pour participer au programme (28,7%) et la liste des pharmacies (29,7%). Un médecin sur 5 déclare ne pas avoir reçu de document.

Aucune différence significative n'a été observée liées aux caractéristiques des médecins.

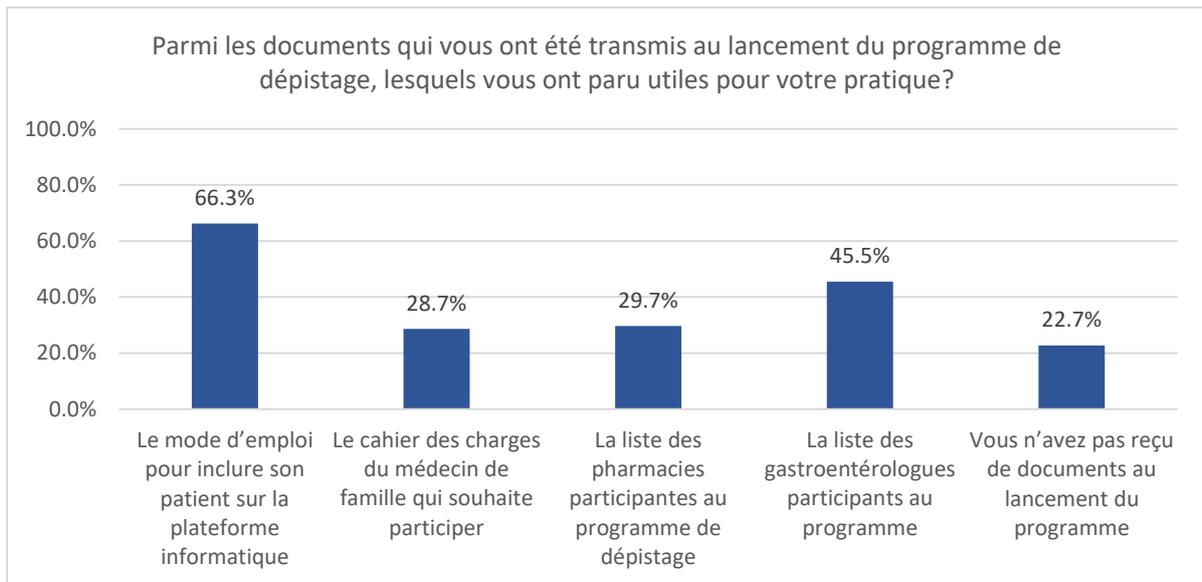


Figure 18 : Utilité des documents

g. Participation actuelle des médecins

Dans le premier mois de lancement du programme de dépistage du CCR, 143 MDF ont renvoyé leur cahier des charges signé pour participer au programme, ce qui correspond à 21,8% des médecins genevois et 42,6% des médecins visités. Parmi eux, 140 (98%) sont des médecins qui ont reçu la visite de la déléguée médicale (annexe 3).

Environ un an et demi après le lancement du programme, les médecins agréés sont au nombre de 273. Parmi eux 184 (67%) ont à l'époque bénéficié de l'intervention.

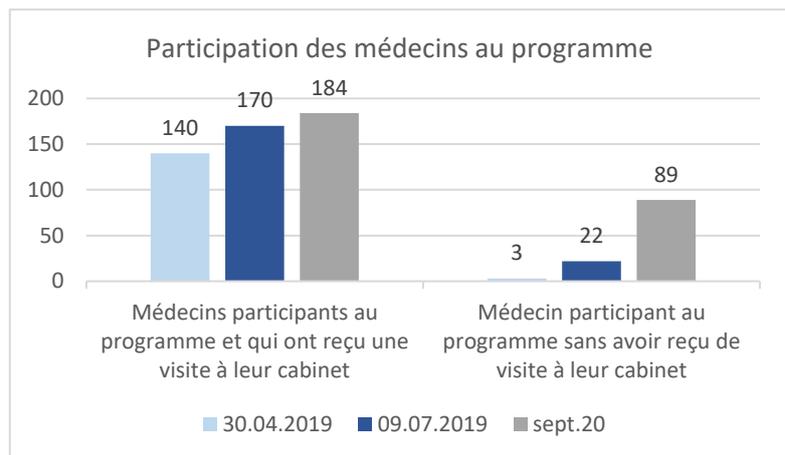


Figure 19 : Participation des MDF au programme de dépistage

5- Interprétation et mise en perspective

A. Acquisition de connaissances et compétences

Le premier objectif du projet visiteuse médicale était de faire connaître les caractéristiques principales du programme de dépistage aux MDF visités.

Il a été réjouissant de relever que juste après la visite, la quasi-totalité des médecins interrogés déclaraient que l'intervention leur avait été utile pour mieux comprendre le programme de dépistage et ses différents aspects, et que trois mois après le lancement du programme les trois quarts des médecins maintenaient cet avis.

Cependant ce ressenti positif des praticiens ne se reflète pas toujours dans les réponses apportées dans le questionnaire administré trois mois après le lancement du programme (entre trois et douze mois après l'intervention) puisque seuls les deux tiers des MDF connaissent la tranche d'âge ciblée par le programme ou les critères d'exclusion en lien avec le niveau de risque du patient, et moins de la moitié des MDF identifie les symptômes digestifs comme facteur d'exclusion au programme. Ce dernier point laissant craindre dans la pratique qu'un test de dépistage puisse être prescrit en lieu et place d'un examen diagnostique par plus de la moitié des MDF, ce qui ne correspond pas aux objectifs du programme de dépistage. Ces résultats assez moyens sont cependant à relativiser, car l'impossibilité de mettre en pratique les informations transmises en raison du retard de lancement du programme (9 mois pour cause de négociations compliquées avec les assurances), a empêché les MDF de mettre en pratique les connaissances transmises et a certainement favorisé l'oubli d'une partie des informations.

A relever que des différences significatives ont été identifiées selon le profil des praticiens : les médecins plus jeunes et/ou exerçant dans un cabinet avec un ou plusieurs confrères ont mieux retenu les informations transmises. Ainsi l'âge et le contact avec les pairs paraissent avoir une influence positive sur l'acquisition des connaissances.

Le matériel laissé lors de la visite a été identifié comme utile par 90% des MDF, qui considèrent qu'ils y trouvent les informations pertinentes pour leur pratique. Du reste plus de la moitié d'entre eux disent l'utiliser après le lancement du programme. Ce résultat est plutôt satisfaisant, sachant qu'une partie des MDF a reçu la visite de la déléguée médicale longtemps avant le démarrage effectif du programme, ce qui montre donc que les médecins ont conservé et relu ce support.

B. Evolution des représentations du dépistage du cancer du côlon et du programme de dépistage organisé

Le deuxième objectif visé par ce projet était d'améliorer les représentations des MDF sur le dépistage organisé et le test FIT, très rarement proposé aux patients avant le programme.

Représentation du programme de dépistage

L'intervention paraît avoir fait évoluer les représentations au sujet du programme de dépistage. Point positif, l'idée que le programme est une « opportunité pour les patients d'être remboursés à 90% hors franchise » semble renforcée par l'intervention. A l'inverse, la perception du programme comme « occasion d'évoquer le dépistage » ou comme « une assurance de la qualité des prestations » régresse. Ce résultat peut être interprété de plusieurs manières. La première est que les MDF abordaient déjà

le dépistage avec leurs patients avant le lancement du programme de dépistage du CCR. Il est donc possible que le rôle central du MDF dans le programme de dépistage, avec certaines exigences peu engageantes, soit donc plutôt perçu comme un ajout de contraintes par rapport à leurs pratiques habituelles sans que le MDF n'y voit de valeur ajoutée ; c'est du reste ce qui est mis en avant dans les réponses apportées aux questionnaires. En effet, côté médecin, les modalités de dépistage dans et hors programme sont identiques et la confiance est certainement élevée quant à la qualité de la prestation fournie par les gastro-entérologues, indépendamment des exigences du cahier des charges du programme. Un autre éclairage peut être proposé sur ces réponses et leur évolution : avant le lancement du programme de dépistage du cancer du côlon, seul le dépistage organisé du cancer du sein était proposé à Genève. Dans ce programme, le MDF tient plutôt un rôle de sensibilisation à l'importance d'un dépistage régulier puisque les femmes invitées par le programme se rendent directement à l'institut de radiologie. Sans contrainte administrative directe sur sa pratique, il est possible que le MDF voit surtout les avantages de ce programme pour ses patientes. Cette représentation sans contrainte d'un programme de dépistage du cancer du sein prévalait peut-être avant l'intervention pour le programme de dépistage du CCR.

Les tests de dépistage

La présentation du test FIT et des études scientifiques récentes démontrant ses bonnes performances lors de la visite, semblent augmenter la part des MDF qui se disent convaincus de sa bonne sensibilité pour la détection des cancers. Celle-ci est même perçue comme équivalente à celle de la coloscopie pour un quart des médecins à la suite de l'intervention. La représentation de la sensibilité du test FIT pour détecter les adénomes avancés n'a par contre pas significativement changé et reste perçue comme plutôt médiocre, même s'il apparaît que le nombre de médecins sans opinion a diminué au profit des autres modalités de réponses. Cette dernière représentation rejoint du reste les résultats des études exposées lors de la visite. Pour une partie des MDF, ce point peut rester un obstacle pour soutenir la préférence de leur patient pour ce test.

Il est plus étonnant de constater qu'à la suite de la visite, la proportion des MDF qui estiment que le test FIT sera mieux accepté que la coloscopie dans le cadre d'un programme de dépistage a diminué. Une des explications possibles est que certains médecins, qui auparavant remettaient eux même le test au gaïac, estiment que la nécessité pour les patients de se rendre en pharmacie pour récupérer le test FIT est une limitation à son acceptabilité.

Concernant la coloscopie, la diminution du nombre de MDF qui considèrent que les complications liées à la coloscopie sont négligeables, pourrait être mis en lien avec l'intégration du processus de décision partagée, présenté lors de l'intervention. Cette prise en compte du ressenti du patient et de ses appréhensions peut faire évoluer l'opinion et les pratiques du praticien.

C. Modification des pratiques des MDF pour le dépistage du cancer du côlon

Le troisième objectif de l'intervention était de modifier les pratiques des MDF sur deux points : une augmentation de la proportion de médecins présentant et prescrivant le FIT et une augmentation de la proportion de médecins accordant une place importante à l'avis du patient dans le choix du test de dépistage.

Augmentation du nombre de médecins présentant et prescrivant un test FIT

Le dernier questionnaire montre que l'intervention, bien que considérée comme utile par les médecins, n'a pas à elle seule induit de changement dans les pratiques. La grande majorité des MDF visités dit déjà aborder le dépistage du cancer du CCR avec ses patients avant l'intervention.

Cependant, notre premier questionnaire, tout comme l'enquête menée auprès des MDF en amont de la mise en place du programme de dépistage genevois⁸, montre que la majorité des médecins ne présentent à leurs patients que le test dont ils sont convaincus en l'occurrence pour l'écrasante majorité d'entre eux la coloscopie. L'étude menée en population avant la mise sur pied du programme met en évidence que lorsque le test FIT et la coloscopie sont présentés de manière équilibrée, avec une description claire et imagée des coûts, des avantages et des inconvénients respectifs, 40% des genevois ont une préférence pour le test FIT. L'intervention à elle seule ne semble donc pas pouvoir modifier les pratiques en termes de prescription et la coloscopie reste largement le test le plus prescrit. Nous pouvons cependant relativiser ce résultat car là encore, le retard au démarrage du programme a grandement limité l'accès au test FIT en pharmacie et donc sa prescription. Avec plus de recul (15 mois après le démarrage), on constate que la répartition entre les tests prescrits correspond mieux aux préférences exprimées par la population. L'intervention semble donc tout de même avoir eu un impact sur les pratiques des MDF, malgré les réponses apportées.

La théorie de l'action raisonnée peut apporter un éclairage sur cette situation. Selon ce modèle, un comportement est déterminé par l'intention, elle-même influencée par deux facteurs : les normes subjectives et l'attitude à l'égard du comportement⁹ (*annexe 8*). Les représentations de la coloscopie comme examen de référence semblent ancrées chez les MDF et leur position envers les autres tests ne peut être assez modifiée par une simple visite pour que le comportement soit significativement impacté. En se basant sur ce modèle, l'absence de changement de comportement peut être aussi s'expliquer par le fait que la visiteuse médicale n'est pas reconnue par les MDF comme "une personne influente". Ces deux éléments limitent la modification des normes subjectives et l'impact de l'intervention sur l'intention des MDF et leur comportement.

La place de l'avis du patient dans le choix du test de dépistage

Le changement majeur de pratiques des MDF à la suite de l'intervention concerne l'amélioration significative du partage d'informations et de prise en compte de l'avis du patient. Les inconvénients des tests, la fréquence de leur réalisation ou encore le coût semblent plus exposés au cours de la consultation. Ainsi, après l'intervention, deux tiers des médecins ont le sentiment de prendre la décision sur une base égale avec leur patient ou de laisser le patient prendre lui-même la décision. L'acceptation du test par le patient a pris plus de poids, en particulier pour les médecins plus jeunes ou exerçant dans des cabinets groupe. L'objectif de promouvoir la décision partagée auprès de ces médecins paraît donc avoir été atteint. On peut regretter que la question du coût ne reste abordée que par la moitié des médecins, alors que cette information est primordiale, dans un canton où un

⁸ Bulliard J.L., Germann S. 2016. Enquête sur le dépistage du cancer colorectal auprès des médecins de premier recours genevois, *Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)*, Lausanne

⁹ Godin Gaston. 1991. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*. Volume 9, n°1, pp. 67-94;

assuré sur sept renonce à des soins pour des raisons économiques et où, parmi les personnes avec un revenu mensuel inférieur ou égal à 2'000 CHF par mois, seules 16% disent effectuer un dépistage du cancer du côlon, soit deux fois moins que dans la classe de salaire la plus élevée (6'000 CHF par mois ou plus)¹⁰.

Pour comparaison, le canton de Vaud a aussi tenté de promouvoir le programme de dépistage du cancer du côlon au moment de son lancement. Le programme vaudois a les mêmes caractéristiques que le programme genevois, à la différence que l'inclusion peut également être effectuée par les MDF sous format papier et pas uniquement via la plateforme informatique. En 2015, les MDF vaudois ont été invités à participer à un séminaire d'une durée de deux heures, mêlant partie théorique et partie pratique. Parmi tous les MDF du canton, 22% ont participé à l'une de ces formations.

A la sortie immédiate de ces formations :

- la proportion des MDF déclarant vouloir prescrire le test FIT et la coloscopie à part égale était passée de 8% à 33% ;
- les médecins qui disaient vouloir proposer uniquement la coloscopie à leurs patients étaient moins nombreux ;
- la proportion de MDF privilégiant la décision partagée comme modèle de communication au détriment du modèle paternaliste avait significativement augmenté ;
- la population dite « à risque moyen de cancer du côlon » est mieux identifiée par les MDF.

Ces résultats sont aussi à relativiser puisque les réponses ont été recueillies immédiatement après l'intervention. Ces séminaires ont du reste été complétés par une visite du médecin responsable du programme de dépistage auprès des médecins réticents à participer, ce qui a permis d'atteindre après 4 ans un taux de participation de 86,52% des MDF du canton¹¹. Une communication soutenue auprès des médecins participants a également été engagée afin d'augmenter la proportion de prescriptions de FIT.

Les formations réalisées "sur le terrain" sont identifiées par les études s'intéressant à l'impact des formations sur les changements de pratiques des MDF comme l'une des stratégies qui favorisent le changement de pratiques, surtout quand ces dernières laissent une place à une participation active des médecins⁵. Avec ce type de formation on observe un changement relatif des pratiques de 15% à 68%, même si des enquêtes sur le coût efficacité de ces actions manquent encore. Il est aussi estimé que les interventions jugées efficaces sont celles qui se déroulent sur le lieu de pratique des personnes visées par la formation, qui sont choisies en fonction d'une évaluation des besoins de formation du praticien, et qui font intervenir plusieurs stratégies engageant activement le participant.

¹⁰ Fedewa S.A., Cullati S., Bouchardy C., Welle I., Burton-Jeangros C., Manor O. et al. (2015) Colorectal Cancer Screening in Switzerland: CrossSectional Trends (2007-2012) in Socioeconomic Disparities. *PLoS ONE* 10(7): e0131205. doi:10.1371/ journal.pone.0131205

¹¹ Ducrey C. 2018. Politique vaudoise de santé publique : évaluation des pratiques préventives des médecins de famille engagés dans le programme cantonal de dépistage du cancer colorectal, *UNIL*

⁵ NENDAZ M. 2005. Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies. *Rev Med Suisse*

Les formations interactives semblent permettre^{12,13} :

- une amélioration des connaissances et du sentiment d'auto-efficacité,
- une augmentation du nombre de tests réalisée par les patients,
- une augmentation de la participation au dépistage.

D. Limitation des freins à la participation des médecins au programme de dépistage

Le quatrième objectif était de limiter les freins à la participation des MDF. Cet objectif reposait sur plusieurs actions :

- présenter la plateforme informatique pour la saisie de l'inclusion,
- proposer une inscription sur la plateforme informatique le jour de la visite,
- fournir une documentation adaptée et utile pour la pratique.

Les MDF interrogés considèrent avant et après la visite, que prescrire un test de dépistage dans le cadre d'un programme fait partie de leurs attributions. Aucun frein n'est identifié dans les réponses en amont de l'intervention. A la suite de cette dernière, on observe par contre une augmentation du nombre de médecins considérant que le dépistage organisé représente pour eux "un ajout de contraintes". Les réponses données permettent d'identifier les éléments qui posent problème aux médecins : les contraintes administratives et l'inclusion du patient sur la plateforme informatique. Malgré une inscription réalisée le jour de la visite afin d'éviter les démarches administratives aux MDF, la plateforme freine la participation des MDF. A relever que les contraintes administratives avaient déjà été mises en avant lors d'une enquête auprès des médecins genevois sur le futur programme de dépistage du cancer du côlon, et dans laquelle 62% des MDF les avaient mentionnées comme crainte anticipée.

Les documents créés pour cette intervention semblent leur être utiles : la brochure laissée le jour de la visite est ensuite utilisée par plus de la moitié des médecins visités, tout comme le mode d'emploi pour inclure le patient sur la plateforme.

¹² Daria Koutaissoff, André Jeannin, Françoise Dubois-Arber. 2012. Évaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. *Raisons de santé*. 200.

¹³ Émilie Thu-Thon et al. 2013. Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal, *Santé Publique*. (Vol.25), p. 775-783.

E. Forces et faiblesses du projet

ELEMENTS FAVORABLES

ELEMENTS DEFAVORABLES

INTERNES

FORCES

- Tous les MDF genevois ont été contactés afin de leur proposer de recevoir une visite en cabinet
- Les visites sont planifiées selon les disponibilités des MDF
- Un nombre important de MDF a été visité
- L'entrevue est personnalisée pour faciliter les interactions
- Les connaissances principales ont été acquises par deux tiers des MDF
- Des changements de pratiques ont été observés auprès des MDF : meilleure communication avec le patient et prise en compte de son avis pour le choix du test
- Les proportions des prescriptions de tests par les MDF coïncident avec les résultats d'études sur les choix des tests par les patients
- Les représentations concernant le test FIT se sont améliorées
- La plateforme informatique à utiliser par les MDF a été présentée leur inscription préalable a été facilitée
- Un lien entre les MDF et la FGDC a pu être créé
- La brochure et le mode d'emploi pour l'inclusion des patients sur la plateforme sont utilisés par les MDF
- L'évaluation du projet a été facilitée grâce aux questionnaires complétés et récupérés directement le jour de la visite.

FAIBLESSES

- Une part importante de MDF visités qui s'était pourtant déclarés intéressés à rejoindre le programme n'a pas concrétisé sa participation
- Les MDF ne connaissent pas tous les caractéristiques du programme
- Des mises en situations ou des ateliers n'ont pas pu être mis en place lors de l'intervention
- Les questionnaires de l'enquête 1 et 2 ont été complétés en présence de la visiteuse médicale
- Les MDF plus âgés ou exerçant seuls ont été moins touchés par l'intervention
- Le nombre de MDF qui considère que le programme de dépistage représente un ajout de contraintes a augmenté

EXTERNES

OPPORTUNITES

- Le dépistage du cancer du côlon fait entièrement partie des pratiques des MDF
- Les MDF considèrent que prescrire un test de dépistage dans le cadre du programme fait partie de leurs attributions
- L'AMG a apporté son soutien pour introduire les visites auprès des MDF
- La présentation du programme de dépistage du cancer du sein est possible pendant l'intervention

MENACES

- La moitié des MDF environ n'a pas répondu aux sollicitations téléphoniques malgré les relances
- L'inscription des patients sur la plateforme informatique sécurisée est trop lourde pour les MDF
- Certains MDF ont changé de coordonnées (adresses, e-mails, téléphone, changement d'institut etc.)

6- Réflexions finales et recommandations

La section précédente permet de relever les forces et les limites de la visite au cabinet des MDF en appui d'un projet de prévention, et des conclusions intéressantes pour d'autres projets peuvent être tirées de notre évaluation.

Le premier point est que la visite au cabinet présente des atouts indéniables : une meilleure atteinte de la population cible (MDF) grâce à un contact préalable personnalisé, des visites planifiées selon les disponibilités du praticien, un enseignement personnalisé et adapté au niveau de connaissances de chacun. La visite en cabinet permet également et surtout de créer un lien entre la FGDC et le médecin, qui apparaît clairement comme un facilitateur pour les interactions ultérieures. Malgré cela, il reste illusoire de penser pouvoir atteindre la totalité des MDF. Dans notre cas, malgré des appels et mails réitérés, une proportion non négligeable des cabinets médicaux n'a jamais répondu aux sollicitations et n'a donc pu être visitée. Les secrétaires ont très souvent constitué une barrière pour la prise de rendez-vous, l'intervention étant souvent assimilée à une visite de représentant pharmaceutique.

Après la visite, la satisfaction et le sentiment des praticiens d'avoir acquis des nouvelles connaissances nécessaires peut être un atout pour motiver à s'impliquer dans le programme, même si on peut relever un décalage entre la perception et la solidité des acquis.

Le timing de l'intervention est dans notre cas à questionner. Réalisée trop en amont du démarrage (décalage aggravé par un retard imprévu) il est possible que l'impact de l'intervention en ait été diminué, faute pour les MDF de pouvoir mettre rapidement en pratique ce qui leur a été présenté. Du reste nombre de praticiens qui avaient annoncé leur intention de participer et s'étaient inscrits sur la plateforme myHUG et n'ont finalement pas concrétisé la démarche. Ces derniers sont maintenant relancés lorsque leurs patients, ne pouvant pas être inclus chez eux, appellent le centre de dépistage pour s'en plaindre. L'intervention aurait peut-être gagné à se dérouler une fois le programme effectif.

Il est intéressant de constater que pour les modifications des pratiques, tant en termes de répartition des tests prescrits que de décision partagée, l'impact de l'intervention sur le plus long terme semble être bien réel, même si peu exprimé par les praticiens dans leurs réponses à l'enquête. Il est difficile de savoir si c'est l'intervention qui en est réellement la cause mais les notions transmises (qualité du test FIT, prise en compte de la décision partagée) ont fait leur chemin et se reflètent dans la pratique.

Comme le mettent en lumière l'exemple vaudois et la littérature, les approches qui semblent les plus efficaces pour obtenir un changement de pratique sont celles qui font intervenir plusieurs stratégies qui engagent activement le participant. Dans notre projet, il est probable que la partie interaction sous forme de mise en situation ou d'atelier aurait gagné à être plus présente, puisque le fait de travailler dans un cabinet de groupe est associé à une meilleure acquisition des informations transmises. Les approches doivent probablement être adaptées selon le profil des médecins visités. Notre évaluation met également en avant que malgré une visite individuelle, les médecins plus âgés et exerçant seuls dans leur cabinet ont moins modifié leurs pratiques et moins retenu les informations présentées. Nous avons aussi émis l'hypothèse que le fait que la visiteuse médicale ne soit pas médecin a pu avoir une influence et que l'enseignement par un pair aurait eu plus d'impact.

En conclusion et si on en a les moyens, la visite au cabinet reste selon nous une formule qui présente de réels atouts et permet une mise en lien du MDF avec l'institution. Elle est certainement une première étape de changements, dont la forme peut être améliorée et qui doit être accompagnée par d'autres mesures.

Les recommandations suivantes peuvent ainsi être faites :

- s'assurer du soutien des associations professionnelles des MDF, en amont de la visite (annonce de celle-ci par courriers et/ou e-mails) mais également pour renforcer l'intervention et susciter l'intérêt des MDF qui n'ont pas souhaité recevoir de visite ;
- proposer en parallèle de la visite au cabinet d'autres formats d'enseignements : séminaires, présence dans des congrès, cercles de qualité ;
- proposer des mises en situation ou des ateliers lors des formations ;
- faire intervenir des pairs lors des formations pour légitimer les informations données auprès des praticiens les moins réceptifs et pour aborder les points pour lesquels un changement de représentations, d'intention ou de pratique est souhaité ;
- privilégier les formations de plusieurs MDF dans les cabinets de groupe ;
- communiquer régulièrement à la suite de l'intervention (newsletters, restitution de résultats...) pour rappeler les informations essentielles du programme et maintenir le lien ;
- reprendre contact avec les MDF qui s'étaient annoncés comme intéressés pour participer au programme mais qui n'ont pas concrétisé leur participation et leur proposer une nouvelle visite par un pair ;
- se servir du levier patient pour attirer les MDF dans le programme.

Plus spécifiquement, pour la FGDC, les recommandations suivantes peuvent être proposées :

- alléger l'inclusion des patients via la plateforme pour le MDF : ce point a déjà été effectué par la FGDC.
- démystifier le recours à l'informatique pour l'inclusion des patients (vidéo tournée par des pairs, tutoriel etc.).

7- Conclusion

Ce travail visait à évaluer l'impact de visites de sensibilisation aux cabinets des MDF, sur les connaissances, perceptions et attitudes, dans le cadre de la mise sur pied du programme de dépistage du cancer colorectal dans le canton de Genève.

Dans un premier temps, ce projet a révélé la difficulté à atteindre complètement la cible de projet, la moitié des médecins n'ayant pas accepté, pour diverses raisons, de recevoir une visiteuse médicale.

Il ressort heureusement de cette enquête que pour les MDF rencontrés, la majorité des objectifs du projet ont été atteints : les caractéristiques principales du programme sont, même à distance de la visite, retenues par la majorité d'entre eux, la communication avec le patient sur les différents aspects du dépistage du CCR s'est significativement améliorée, les praticiens présentent de manière plus complète les tests, l'avis du patient est mieux pris en compte lors de la décision finale. Alors que les MDF n'intégraient pas le test FIT dans les options de dépistage avant la visite, ce test apparaît dorénavant comme assez sensible pour détecter le cancer colorectal, ce qui garantit une présentation plus équilibrée des options au patient. Il apparaît également que la visite a permis aux MDF indécis d'avoir un avis plus clair sur le dépistage du CCR et sur le programme.

Les résultats ne sont cependant pas homogènes : la visite a eu moins d'impact auprès des MDF plus âgés et exerçant seuls, seule la moitié des MDF aborde la totalité des aspects des tests avec son patient.

Finalement, il est possible que la visite, en explicitant les aspects pratiques du rôle des MDF, ait amené un nombre élevé d'entre eux à considérer que la participation au programme constitue un ajout de contraintes dans leur pratique quotidienne. Cet aspect est un frein potentiel à leur implication et devra être prise en compte en visant une simplification de la tâche administrative liée à l'inclusion pour assurer l'adhésion des MDF.

Enfin, si l'intervention ne semblait pas, trois mois après le démarrage du programme, avoir augmenté la prescription de FIT, le délai était probablement trop court pour évaluer réellement l'impact de la visite sur ce paramètre. Un an après la fin du projet, 40% des prescriptions sont des tests FIT, en cohérence avec les préférences affichées par les genevois. Il reste difficile cependant d'évaluer à distance l'influence de l'intervention sur ce changement de pratique.

En conclusion, les visites au cabinet des MDF, qui présentent de nombreux atouts et atteignent les objectifs fixés de ce projet sur plusieurs aspects, doivent cependant être associées à d'autres actions pour pouvoir en tirer les bénéfices escomptés. Nous proposons donc des interventions complémentaires pour renforcer les visites au cabinet : implication des pairs dans des cercles de qualité pour accompagner les praticiens plus réticents, formations interactives en groupe pour favoriser l'apprentissage, communication régulière (newsletters) pour maintenir la motivation, nouveaux contacts téléphoniques avec les MDF qui n'ont pas souhaité participer dans un premier temps.

Bibliographie

- [1] Ligue genevoise contre le cancer. 2016. Le cancer en Suisse : les chiffres, *NICER*
- [2] Volker A., Feller A., Hauri D. et al. 2016. Le cancer en suisse rapport 2015, état des lieux et évolution, *OFS, NICER, RSCE*
- [3] European Commission. 2010. *European guidelines for quality assurance in colorectal screening*, (First Edition). Segnan N, Patnick J, von Karsa L
- [4] Karen Braendle, Simon Germann, Robin Schaffar, Jean-Luc Bulliard. 2020. Evaluation épidémiologique du programme genevois de dépistage du cancer du sein, 2012-2017. Lausanne, Centre universitaire de médecine générale et de santé publique (Unisanté), *Raisons de santé*
- [5] NENDAZ M. 2005. Changer la pratique médicale par la formation continue : de l'efficacité de quelques stratégies. *Rev Med Suisse*
- [6] Fondation genevoise pour le dépistage du cancer et Unité d'Épidémiologie Populationnelle. 2016. Enquêtes sur les perceptions, connaissances et intentions de la population genevoise au sujet du dépistage du cancer colorectal : Rapport intermédiaire.
- [7] Fédération des médecins suisses, Office fédéral de la statistique, Médecins en exercice, selon le secteur et le sexe, depuis 1990, *Office cantonal de la statistique - OCSTAT*
- [8] Bulliard J.L., Germann S. 2016. Enquête sur le dépistage du cancer colorectal auprès des médecins de premier recours genevois, *Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)*, Lausanne
- [9] Godin Gaston. 1991. L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*. Volume 9, n°1, pp. 67-94;
- [10] Fedewa S.A., Cullati S., Bouchardy C., Welle I., Burton-Jeangros C., Manor O. et al. (2015) Colorectal Cancer Screening in Switzerland: CrossSectional Trends (2007-2012) in Socioeconomic Disparities. *PLoS ONE 10(7)*: e0131205. doi:10.1371/ journal.pone.0131205
- [11] Ducrey C. 2018. Politique vaudoise de santé publique : évaluation des pratiques préventives des médecins de famille engagés dans le programme cantonal de dépistage du cancer colorectal, *UNIL*
- [12] Daria Koutaissoff, André Jeannin, Françoise Dubois-Arber. 2012. Évaluation de la formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CARE). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive. *Raisons de santé*. 200.
- [13] Émilie Thu-Thon et al. 2013. Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal, *Santé Publique*. (Vol.25), p. 775-783.

Annexes

Annexe 1 : Calendrier du projet « visiteuse médicale »

Projet visiteuse médicale	2017									2018												2019					
	avril	mai	juin	juil	aoû	sept	oct	nov	dec	jan	fev	mar	avril	mai	juin	juil	août	sept	oct	nov	dec	jan	fev	mar	avril	mail	
Création de la brochure																											
Création des questionnaires E1 et E2																											
Pré-test des questionnaires E1 et E2																											
Création de la présentation pour les visites																											
Appels aux MDF genevois																											
Visites																											
Création du mode d'emploi pour l'inclusion des participants																											
Envoi des documents pour l'inclusion des participants																											
Création du questionnaire E3																											
Envoi postal de l'E3																											

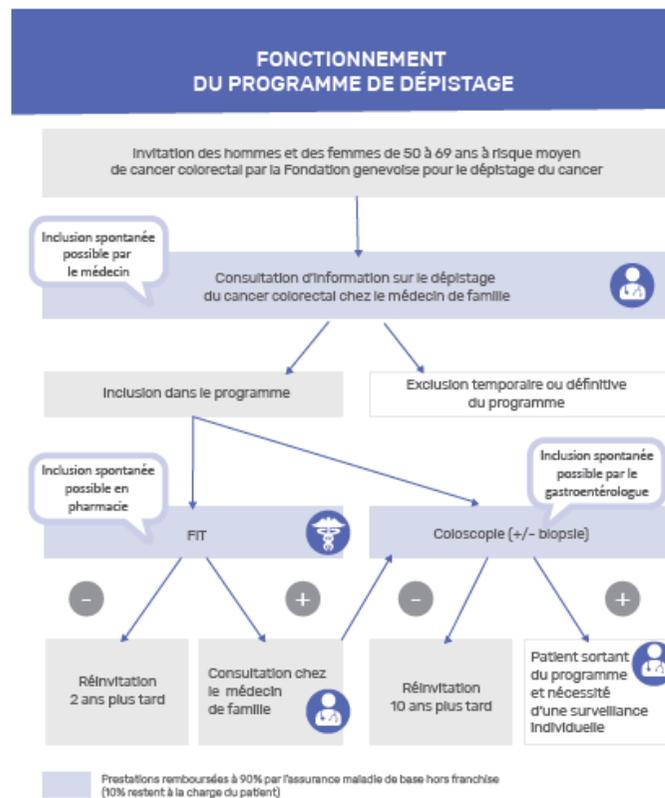
Annexe 2 : Calendrier de l'évaluation du projet

Evaluation du projet	2019										2020										2021			
	mar	avril	mai	juin	juil	aoû	sept	oct	nov	dec	jan	fev	mar	avril	mai	juin	juil	aoû	sept	oct	nov	dec	jan	fev
Anonymisation des questionnaires de l'E1 et E2																								
Saisie des questionnaires E1 et E2																								
Analyse des questionnaires E1																								
Analyse des questionnaires E2																								
Recherche de littérature																								
Anonymisation des questionnaires E3																								
Analyse des questionnaires E3																								
Rédaction du rapport																								

Annexe 3 : Brochure distribuée aux médecins visités

	DEUX EXAMENS DE DÉPISTAGE PROPOSÉS	
	FIT*	COLOSCOPIE
AVANTAGES	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre limité de coloscopies pour détecter un cancer • Réalisation facile (1 prélèvement) et sans préparation • Bonne acceptation • Examen non invasif • Capacité d'absorption du nombre de participants plus importante dans le cadre d'un dépistage organisé • Coût faible 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité élevée pour les cancers (97%) • Sensibilité élevée pour les adénomes (80-95%) • Retrait des polypes directement pendant l'examen
INCONVÉNIENTS	<ul style="list-style-type: none"> • Moins sensible pour détecter les adénomes avancés (10 à 20%) • Coloscopie nécessaire en cas de résultat positif • Risque de faux négatifs (2 à 4%) • Risque de faux positifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Moins bonne acceptation par la population • Complications sévères possibles (2 à 4/1000) • Préparation nécessaire • Impossibilité de conduire jusqu'au lendemain (si sédatifs) • Nombre élevé de coloscopies pour détecter un cancer • Coût plus élevé
REMBOURSEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement par l'assurance de base avec exemption de franchise : quote-part d'environ 4 CHF 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement par l'assurance de base avec exemption de franchise : quote-part entre 80 et 120 CHF
RÉSULTATS	<ul style="list-style-type: none"> • Résultat envoyé au médecin et au patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Résultat oral le jour de l'examen et compte rendu envoyé au médecin
FRÉQUENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les 2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les 10 ans

Le choix du mode de dépistage n'est pas définitif : le patient peut alterner les modes de dépistage autant qu'il le souhaite en respectant le rythme de réalisation de chaque test



LE MÉDECIN DE FAMILLE DANS LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Faire diminuer la mortalité par cancer colorectal... l'objectif prioritaire du dépistage organisé

LA GARANTIE D'UN DÉPISTAGE DE QUALITÉ

- Sur mandat de l'État de Genève
- Invitation de la population cible
- Choix entre le FIT* ou la coloscopie
- Remboursement des prestations hors franchise
- Sensibilisation de la population
- Professionnels agréés
- Contrôle qualité

FGDC Fondation genevoise pour le dépistage du cancer
Boulevard de la Cluse 43 – 1205 Genève
022 320 28 28
depistage@fgdc.ch
Médecin responsable : Dr Béatrice Arzel

Ligue genevoise contre le cancer
Avec le soutien de

FONDATION GENEVOISE POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER

Dépistage du cancer du côlon

POPULATION CIBLÉE PAR LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE



Hommes et femmes **DE 50 À 69 ANS**,
À RISQUE MOYEN DE CANCER COLORECTAL,
domiciliés dans le canton de Genève
ou frontaliers au bénéfice d'une assurance LAMal.

Les personnes présentant un ou plusieurs des critères d'exclusion ci-dessous ne peuvent être incluses

Critères d'exclusion temporaire

- Rectorragie macroscopique
- Syndromes digestifs récents évocateurs d'un cancer colorectal
- Refus du patient
- Coloscopie ou FIT récents (moins de 10 ans ou moins de 2 ans)

Critères d'exclusion définitive : personnes à risque élevé ou très élevé

- Antécédents personnels
- cancer colorectal
- polypes supérieurs à 1 cm ou polypes tubuleux / villosités
- Antécédents familiaux de cancer colorectal ou d'adénomes avant 60 ans
- Polypose adénomateuse familiale
- Syndrome de Lynch
- Maladie intercurrente grave
- Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn

RÔLE CENTRAL DU MÉDECIN DANS LE DÉPISTAGE ORGANISÉ



PROCESSUS DE DÉCISION PARTAGÉE

Informations

- Le cancer colorectal
- Le risque individuel du patient
- Le dépistage

Présentation des options

- Le programme de dépistage et le dépistage individuel
- Les modalités de dépistage (FIT* - coloscopie), y compris la possibilité de ne pas agir

Échange avec le patient

- Avez-vous des questions sur les 2 modes de dépistage ?
- Avez-vous une préférence / des réticences concernant l'un ou l'autre des deux tests ?

Teach back

- Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez compris du dépistage du cancer colorectal ?

**CHOIX ACCEPTÉ
PAR LES 2
PARTIES**

*FIT : test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles

INCLUSION D'UN PATIENT ASPECT PRATIQUE

- Vous rendre sur <https://login.swisscancerscreening.ch> et vous connecter à l'aide de votre identifiant médecin et de votre mot de passe via myHUG

Connexion via myHUG

Login myHUG

- Rechercher le patient à l'aide de son identifiant

Type de donnée: Particiant

ID:

Nom:

- Renseigner les données administratives du patient
- Remplir la feuille d'inclusion et sauvegarder

Fiche d'inclusion

Veuillez cocher les réponses appropriées pour les questions suivantes.

1. Consultation volontaire volontaire sur avis médical sur invitation

Date de consultation:

2. Exclusion **Motifs**

Coloscopie récente date de réalisation:

Antécédents familiaux du 1er degré avant 50 ans (polypes/adénomes, cancer colorectal)

Antécédents personnels cancer colorectal

Antécédents personnels de polype, adénome colique

Antécédents personnels de syndrome hémorragique à haut risque (H&CC, PAJ)

Antécédents personnels de rect (Maladie de Crohn et RCH)

Symptômes digestifs suspects

Radiologie macroscopique

Maladie intercurrente grave

Refus du patient

Autre:

Exclusion définitive Incertain Exclusion temporaire jusqu'à la date du:

3. Inclusion **Type**

Coloscopie optique FIT

Particiant

Poids: kg Taille: cm

Décliner en suspenso

4. Facturation Forfait consultation courte Forfait consultation longue Consultation gratuite

[Page précédente](#) [Suivant](#)

- Imprimer le bon pour un FIT* ou une coloscopie et le remettre au patient
- Signaler les cas de complications tardives à la suite d'une coloscopie et enregistrer

Événement tardif

Date de l'événement:

Événement tardif:

Date de l'événement:

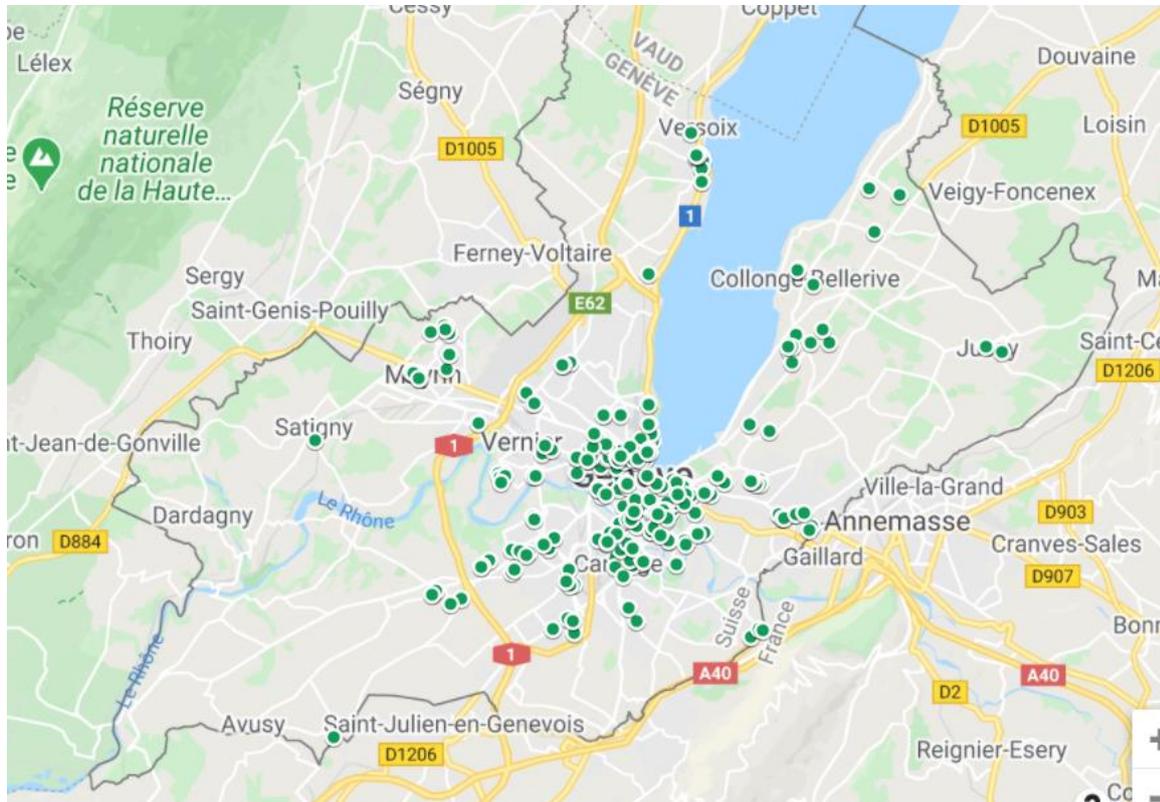
Index:

Appeler un nouvel enregistrement

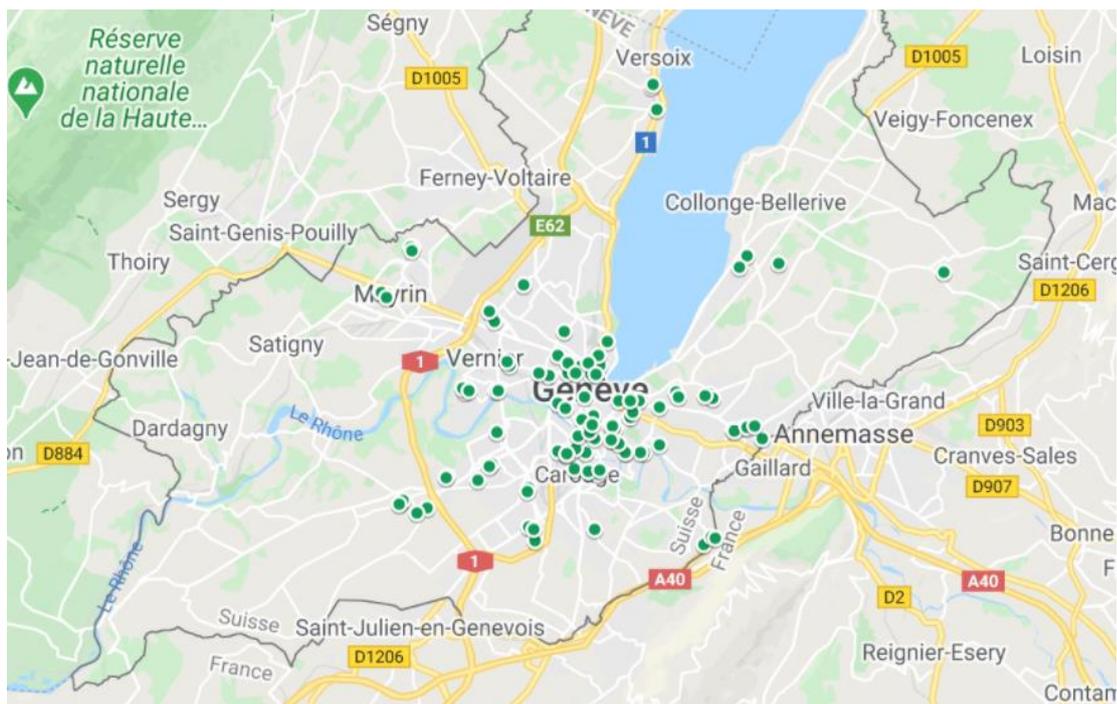
Enregistrer Annuler

Annexes 4 : Cartographie des MDF

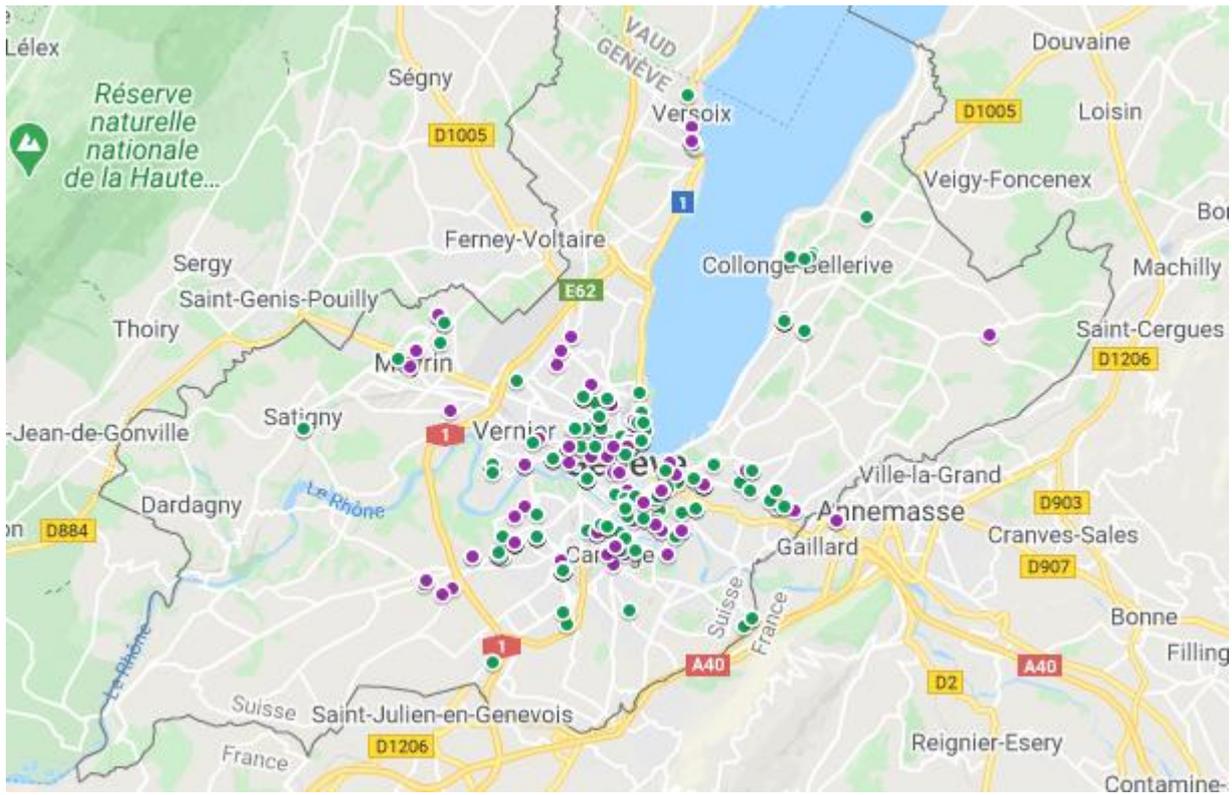
Carte n°1 : MDF visités qui ont participé à E1



Carte n°2 : MDF ayant participé à E1 et E3



Carte n°3 : MDF participant au programme



Annexes 5 : Questionnaire avant intervention (E1)

- 1- A quelle fréquence abordez-vous le dépistage du cancer colorectal avec vos patients ? *Cochez la réponse de votre choix*
- Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
- 2- Quel test recommandez-vous le plus fréquemment à vos patients ? *Cochez la réponse de votre choix*
- La coloscopie
 - Le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (FIT)
 - Autres (préciser) :
- 3- A quelle fréquence prescrivez-vous les examens suivants (pour un patient sans facteur de risque et pour lequel rien n'aurait été trouvé lors d'une première coloscopie ou d'un premier FIT) ? *Inscrivez votre réponse*
- La coloscopie : tous les ans
 - Le FIT : tous les ans
- 4- Sur quels critères vous basez-vous pour recommander un test de dépistage ? *Plusieurs réponses possibles*
- Les performances du test
 - La facilité d'utilisation
 - Le coût
 - L'acceptation du test par le patient
 - Autres :
- 5- Quelles informations partagez-vous avec votre patient lorsqu'il faut choisir le test de dépistage ? *Plusieurs réponses possibles*
- Les avantages
 - Les inconvénients
 - Le coût
 - Les performances du test
 - La fréquence
 - L'acceptation du test par le patient
 - Autres :
- 6- Dans quelle mesure prenez-vous en compte l'avis du patient concernant la prescription d'un test de dépistage ? *Cochez la réponse de votre choix*
- Dans une large mesure
 - Moyennement
 - Assez peu
 - Pas du tout

7- Dans quelle mesure estimez-vous que prescrire un test de dépistage dans le cadre d'un programme fait partie de vos attributions? *Cochez la réponse de votre choix*

- Dans une large mesure
- Moyennement
- Assez peu
- Pas du tout

8- Selon vous, le dépistage organisé représente : *Plusieurs réponses possibles*

- Une opportunité pour mes patients d'être remboursés hors franchise
- Une intrusion dans ma pratique
- Une assurance de qualité des prestations
- Une occasion d'aborder le dépistage avec les patients
- Un ajout de contraintes

9- Concernant le test FIT (Test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles), dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? *Cochez la réponse de votre choix pour chaque proposition*

A- Ce test a une bonne sensibilité pour détecter les cancers colorectaux

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

B- Ce test a une bonne sensibilité pour détecter les adénomes avancés

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

C- Ce test sera mieux accepté par la population que la coloscopie

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

10- Concernant la coloscopie, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? *Cochez la réponse de votre choix pour chaque proposition*

A- Une coloscopie effectuée tous les 10 ans a une meilleure sensibilité pour détecter les cancers qu'un FIT effectué tous les deux ans sur une période de 10 ans

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

B- *Les risques de complication liés à la coloscopie sont négligeables pour mes patients*

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Merci pour votre participation

Annexe 6 : Questionnaires après intervention (E2)

Evaluation de la visite

11- La visite de la déléguée médicale vous a-t-elle permis de : *Cochez la réponse de votre choix pour chaque proposition*

A- Comprendre le parcours du patient dans le dépistage organisé

- Oui
- Plutôt oui
- Sans opinion
- Plutôt non
- Non

B- Connaître les principales caractéristiques du programme de dépistage

- Oui
- Plutôt oui
- Sans opinion
- Plutôt non
- Non

C- Connaître la population ciblée par le programme de dépistage

- Oui
- Plutôt oui
- Sans opinion
- Plutôt non
- Non

D- Savoir comment inclure les patients dans le programme

- Oui
- Plutôt oui
- Sans opinion
- Plutôt non
- Non

E- Connaître les avantages et les inconvénients du FIT et de la coloscopie

- Oui
- Plutôt oui
- Sans opinion
- Plutôt non
- Non

F- Améliorer l'image que vous aviez du FIT

- Oui
- Plutôt oui
- Sans opinion
- Plutôt non
- Non



12- Y a t-il des thématiques que vous auriez aimé aborder pendant la visite ?

.....
.....
.....

13- Selon vous, la brochure résume t'elle les informations principales et nécessaires à votre pratique ? *Cochez la réponse de votre choix*

- Oui
- Plutôt oui
- Sans opinion
- Plutôt non
- Non

14- Y a-t-il d'autres informations que vous auriez souhaité trouver sur la brochure ?

.....
.....
.....

15- Autres suggestions :

.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation

Annexe 7 : Questionnaire distribué trois mois après le lancement du programme de dépistage

ENQUÊTE SUR LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU CÔLON ET LES MÉDECINS DE FAMILLE GENEVOIS

Consignes

Nous vous remercions de remplir entièrement ce questionnaire en respectant les consignes pour chaque question.

Nous vous rappelons que les informations que vous nous transmettez resteront anonymes.

Temps estimé pour remplir ce questionnaire : 6 minutes.

Terminologie

Afin de faciliter la compréhension des questions, les termes ci-dessous ont été précisés :

- FIT (Fecal Immunochemical Test)
Test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles. Il est basé sur l'emploi d'anticorps spécifiques de l'hémoglobine humaine (contrairement au test au gaïac).
- FGDC (Fondation genevoise pour le dépistage du cancer)
La FGDC a été mandatée par l'Etat de Genève pour mettre en place et gérer le programme genevois de dépistage du cancer du côlon. La FGDC gère également le dépistage organisé du cancer du sein depuis 1999.
- Tests de dépistage
Les termes « tests de dépistage » désignent aussi bien la coloscopie que le test FIT.

La  **ligue genevoise contre le cancer** finance cette étude d'impact à laquelle vous avez accepté de participer. La ligue est partenaire de la FGDC dans la prévention et le dépistage du cancer, elle contribue à l'information au public et aide les personnes concernées.

- 1- Selon vous, un patient peut participer au programme de dépistage du cancer du côlon si : *(Cochez LA réponse de votre choix)*
- Il a entre 50 et 69 ans
 - Il a entre 50 ans et 74 ans
 - Il a 50 ans et plus
- 2- Avoir des symptômes digestifs est-il un critère d'exclusion du programme de dépistage pour le patient ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 3- Un patient avec un risque élevé ou très élevé de cancer du côlon (antécédents personnels de cancer du côlon, maladie de Crohn...) peut-il participer au programme de dépistage ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas
- 4- Selon vous, quelles sont les prestations qui sont remboursées à 90% hors franchise dans le cadre du programme de dépistage ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Un test FIT tous les 2 ans
 - Une coloscopie tous les 10 ans
 - La consultation d'inclusion chez le médecin de famille
 - Les produits de préparation avant la coloscopie
 - La consultation chez le médecin de famille après un test FIT positif
 - La coloscopie après un test FIT positif
- 5- Selon vous, pour pouvoir être inclus dans le programme de dépistage du cancer du côlon le patient peut : *(Plusieurs réponses possibles)*
- Se rendre chez son médecin de famille avec sa lettre d'invitation
 - Se rendre chez son médecin de famille sans avoir reçu sa lettre d'invitation
 - Se rendre dans une pharmacie partenaire du programme avec sa lettre d'invitation
 - Se rendre dans une pharmacie partenaire du programme sans avoir reçu sa lettre d'invitation
- 6- A quelle fréquence recommandez-vous le dépistage du cancer du côlon à vos patients ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*
- Systématiquement
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais

- 7- Quel test recommandez-vous le plus fréquemment à vos patients ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*
- La coloscopie
 - Le test immunologique de recherche de sang dans les selles (FIT)
 - Autres *(précisez)* : _____
- 8- A quelle fréquence prescrivez-vous les examens suivants à vos patients ? *(Inscrivez vos réponses)*
- Coloscopie : tous les _____ ans
 - Le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles (FIT) : tous les _____ ans
- 9- Sur quels critères vous basez-vous pour recommander un test de dépistage ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Les performances du test
 - La facilité d'utilisation
 - Le coût
 - L'acceptation du test par le patient
 - Autres *(précisez)*: _____
- 10- Quelles informations partagez-vous avec votre patient lorsqu'il faut choisir le test de dépistage ? *(Plusieurs réponses possibles)*
- Les avantages
 - Les inconvénients
 - Le coût
 - Les performances du test
 - La fréquence
 - L'acceptation du test par le patient
 - Autres *(précisez)*: _____
- 11- Dans quelle mesure prenez-vous en compte l'avis du patient concernant la prescription d'un test de dépistage ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*
- Dans une large mesure
 - Moyennement
 - Assez peu
 - Pas du tout
- 12- Comment se prend la décision concernant le test de dépistage du cancer du côlon? *(Cochez LA réponse de votre choix)*
- Vous tentez de convaincre votre patient selon votre compréhension des risques et des bénéfices du test
 - Vous prenez la décision avec une forte considération pour l'opinion de vos patients

- Vous prenez la décision avec le patient sur une base égale
- Le patient prend la décision selon sa compréhension des risques et des bénéfices du test même si cela va à l'encontre de votre avis sur le test

13- Depuis le lancement du programme, le nombre de patients à qui vous avez prescrit un test de dépistage (tous tests et examens confondus) a-t-il augmenté ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*

- Oui, largement
- Oui, un peu
- Non, le nombre de prescriptions reste à peu près le même
- Non, le nombre de prescriptions a diminué
- Je ne sais pas

14- Comment se répartissent (approximativement) vos prescriptions dans le cadre du programme de dépistage et hors du programme de dépistage? *(Note : le total doit faire 100%)*

- Dans le cadre du programme de dépistage du cancer du côlon: _____%
- Hors programme de dépistage du cancer du côlon: _____%
- Je ne sais pas

15- Combien de patient(s) avez-vous inclus dans le programme de dépistage du cancer du côlon ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*

- Aucun, je ne suis pas intéressé(e) à participer au programme de dépistage pour le moment
- Aucun, mais je pense participer dans le futur
- Entre 1 et 5
- Entre 6 et 10
- Plus que 10 *(précisez) :* _____

16- Si vous avez déjà inclus des patients dans le programme de dépistage, comment se répartissent (approximativement) vos prescriptions pour les deux modalités de dépistage proposés : *(Note : le total doit faire 100%)*

- FIT : _____%
- Coloscopie : _____%
- Je ne sais pas

17- Dans quelle mesure estimez-vous que prescrire un test de dépistage dans le cadre d'un programme fait partie de vos attributions ? *(Cochez LA réponse de votre choix)*

- Dans une large mesure
- Moyennement
- Assez peu
- Pas du tout

18- Selon vous, le dépistage organisé représente : *(Plusieurs réponses possibles)*

- Une opportunité pour mes patients d'être remboursés hors franchise
- Une intrusion dans ma pratique
- Une assurance de qualité des prestations
- Une occasion d'aborder le dépistage avec les patients
- Un ajout de contraintes

19- Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous incite(nt) à inscrire vos patients dans le programme de dépistage du cancer du côlon ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Le remboursement à 90% hors franchise des prestations pour le patient
 - La lettre d'invitation avec laquelle le patient s'est présenté
 - Les demandes de vos patients
 - La rémunération de la consultation d'inclusion
 - Les informations reçues lors de la visite de la représentante de la FGDC
 - L'assurance de qualité des prestations du programme de dépistage
 - Autres *(précisez)* :
-

20- Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous freine(nt) pour prescrire un test de dépistage dans le cadre du programme à vos patients? *(Plusieurs réponses possibles)*

- L'inclusion du patient sur la plateforme informatique
 - Le gastroentérologue avec lequel vous travaillez ne fait pas parti du programme de dépistage
 - La rémunération pour l'inclusion de vos patients est trop faible
 - Les contraintes administratives liées au programme
 - La majorité de vos patients n'est pas concernée par les problèmes de franchise
 - Le manque de temps lié à votre pratique
 - Autres *(précisez)* :
-

21- Concernant le test FIT, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? *(Cochez LA réponse de votre choix pour chaque proposition)*

D- Le test FIT a une bonne sensibilité pour détecter les cancers colorectaux

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

E- Le test FIT a une bonne sensibilité pour détecter les adénomes avancés

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

F- Le test FIT sera mieux accepté par la population que la coloscopie

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

22- Concernant la coloscopie, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :

A- Une coloscopie effectuée tous les 10 ans a une meilleure sensibilité pour détecter les cancers qu'un FIT effectué tous les deux ans sur une période de 10 ans

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

B- Les risques de complications liés à la coloscopie sont négligeables pour mes patients

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Sans opinion
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

23- Concernant la visite de la représentante de la FGDC à votre cabinet pour vous présenter le programme de dépistage, estimez-vous que : *(Plusieurs réponses possibles)*

- La visite a permis de connaître les informations principales sur le programme de dépistage
- La visite a permis d'être plus à l'aise avec l'inclusion des patients sur la plateforme informatique
- La visite a permis d'avoir un lien avec la FGDC
- La visite a permis de vous inciter à participer au programme
- La visite a permis de vous sentir impliqué(e) dans le programme dès son lancement
- La visite n'a pas été utile pour votre pratique

Vous n'avez pas reçu la visite de la représentante de la FGDC

24- Utilisez-vous la brochure qui vous a été laissée lors de la venue de la visiteuse médicale de la FGDC à votre cabinet ? *(Plusieurs réponses possibles)*

Je n'ai pas reçu de brochure au sujet du programme de dépistage du cancer du côlon

Je l'ai mais je ne l'utilise pas

Je l'utilise pour rechercher des informations sur le programme de dépistage

Je l'utilise avec mes patients

25- Parmi les documents qui vous ont été transmis au lancement du programme de dépistage, lesquels vous ont paru utiles pour votre pratique ? *(Plusieurs réponses possibles)*

Le mode d'emploi pour inclure son patient sur la plateforme informatique

Le cahier des charges du médecin de famille qui souhaite participer au programme

La liste des pharmacies participantes au programme de dépistage

La liste des gastroentérologues participants au programme

Vous n'avez pas reçu de documents au lancement du programme

26- Remarque(s) :

Merci pour votre participation

Annexe 8 : tableaux de résultats

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants aux questionnaires E1 et E3

Caractéristiques	E1		E3		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
N	313	100%	122	100%	
Sexe					
Femme	141	45%	62	50,8%	0,32
Homme	172	55%	60	49,2%	
Age, median (IQR)	53	(44,5, 61)	49	(42, 57)	0.07
Années de diplôme, median (IQR)	23,5	(17, 33)	21	(14, 30)	0.08
Localisation du cabinet					0.85
Semi urbaine	78	25,1%	33	27,5%	
Zone rurale	15	4,8%	5	4,2%	
Zone urbaine	218	70,1%	82	68,3%	
Structure du cabinet					0.05
1	110	35,1%	28	23%	
2	64	20,4%	32	26,2%	
3 ou plus	139	44,4%	62	50,8%	

Tableau 2 : Pratiques en lien avec le dépistage du cancer du côlon

A quelle fréquence abordez-vous le dépistage du cancer colorectal avec vos patients ?	E1		E3		p=0.6
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Jamais	1	0,3%	0	0%	
Rarement	9	3,0%	2	1,6%	
Souvent	87	29,2%	31	25,4%	
Systématiquement	201	67,5%	89	73%	

Tableau 3 : Test le plus recommandé par les médecins

Quel test recommandez-vous le plus fréquemment à vos patients ?	E1		E3		p=0.009
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Les deux	29	9,9%	11	9%	
FIT	16	5,46%	0	0%	
Coloscopie	239	81,6%	101	82,8%	
Autre	9	3,1%	10	8,2%	

Tableau 4 : Caractéristiques des médecins selon le test le plus fréquemment recommandé dans l'E1

	FIT	Coloscopie	Deux réponses	Autres	p
Caractéristiques des médecins					
Sexe					
Femme	7 (43.8%)	106 (44.4%)	11 (37.9%)	17 (58.6%)	0.42
Homme	9 (56.3%)	133 (55.6%)	18 (62.1%)	12 (41.4%)	
Age, médian (IQR)	57.5 (46, 61.5)	51.5 (44, 60)	55 (50, 66)	54 (44, 59)	0.077
Années de diplôme, médian (IQR)	20 (13, 32.5)	23 (16, 33)	26 (22, 37)	24 (16, 34)	0.17
Localisation du cabinet					
0.12					
Semi urbaine	1 (6.3%)	59 (24.8%)	9 (31.0%)	9 (32.1%)	0.015
Zone rurale	1 (6.3%)	8 (3.4%)	3 (10.3%)	3 (10.7%)	
Zone urbaine	14 (87.5%)	171 (71.8%)	17 (58.6%)	16 (57.1%)	
Structure du cabinet					
1	3 (18.8%)	77 (32.2%)	17 (58.6%)	13 (44.8%)	0.015
2	2 (12.5%)	51 (21.3%)	7 (24.1%)	4 (13.8%)	
3 ou plus	11 (68.8%)	111 (46.4%)	5 (17.2%)	12 (41.4%)	

Tableau 5 : Fréquence de prescriptions des tests de dépistage

À quelle fréquence prescrivez-vous les examens suivants ?	E1		E3		p
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
FIT					
2 ans	69	60%	91	89,2%	<0.001
Autres	46	40%	11	10,8%	
Coloscopie					
10 ans	226	79,9%	104	89,7%	0,03
Autres	57	20,1%	12	10,3%	

Tableau 6 : Lancement du programme et évolution des prescriptions

Depuis le lancement du programme, le nombre de patients à qui vous avez prescrit un test de dépistage (tous tests et examens confondus) a-t-il augmenté ?	Effectif	Pourcentage
	Oui, largement	6
Oui, un peu	16	13,3%
Non, le nombre de prescriptions reste à peu près le même	83	69,2%
Non, le nombre de prescriptions a diminué	1	0,8%
Je ne sais pas	14	11,7%

Tableau 7 : Proportion des patients inclus dans le programme ou hors programme

Comment se répartissent (approximativement) vos prescriptions dans le cadre du programme de dépistage et hors du programme de dépistage ?	Effectif	Pourcentage
100/0	3	5.56%
95/5	1	1.85%
80/20	5	9.26%
70/30	2	3.7%
60/40	2	3,7%
50/50	6	11.11%
40/60	3	5.56%
30/70	3	5.56%
25/75	1	1.85%
20/80	5	9.3%
10/90	1	1.85%
0/100	22	40.74%
Je ne sais pas	46	41.74%

Tableau 8 : Inclusion de patients dans le programme de dépistage

Combien de patient(s) avez-vous inclus dans le programme de dépistage du cancer du côlon ?	Effectif	Pourcentage
Aucun, je ne suis pas intéressé(e) à participer au programme de dépistage pour le moment	6	5,2%
Aucun, mais je pense participer dans le futur	54	47%
Entre 1 et 5	47	40,9%
Entre 6 et 10	6	5,2%
Plus que 10	2	1,7%

Tableau 9 : Prescriptions dans le cadre du programme

Si vous avez déjà inclus des patients dans le programme de dépistage, comment se répartissent (approximativement) vos prescriptions pour les deux modalités de dépistage proposées ?	Effectif	Pourcentage
	100/0	2
90/10	1	2.08%
80/20	1	2.08%
66/303	1	2.08%
60/40	1	2.08%
50/50	5	10.42%
40/60	1	2.08%
36/66	1	2.08%
20/80	1	2.08%
20/80	8	9.3%
10/90	5	1.85%
5/95	2	4.17%
0/100	19	19.58%
Je ne sais pas	16	24.6%

Tableau 10 : Les critères importants pour recommander un test de dépistage

Sur quels critères vous basez-vous pour recommander un test de dépistage ?	E1		E3		p
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Les performances du test	261	87,9%	113	92,6%	0,02
La facilité d'utilisation	108	36,4%	55	45,1%	0,05
Le coût	70	23,6%	44	36,1%	0,005
L'acceptation du test par le patient	202	68,24	103	84,43	<0.001
Autres	24	8,08	7	5,74	0,6

Tableau 11 : Caractéristiques des médecins ayant coché "l'acceptation du test par le patient" comme critères pour recommander un test de dépistage dans l'E1

Caractéristiques	Médecins qui ont coché « l'acceptation du test par le patient »	Médecins qui n'ont pas coché « l'acceptation du test par le patient »	p
Sexe			0.016
Femme	99 (49.0%)	32 (34.0%)	
Homme	103 (51.0%)	62 (66.0%)	
Age, median (IQR)	51 (43, 59)	56 (49, 63)	0,001
Années de diplôme, median (IQR)	22 (15, 31)	27 (20, 37)	0.009
Localisation du cabinet			0.24
Semi urbaine	52 (25.9%)	16 (17.2%)	
Zone rurale	10 (5.0%)	4 (4.3%)	
Zone urbaine	139 (69.2%)	73 (78.5%)	
Structure du cabinet			0.006
1	58 (28.7%)	45 (47.9%)	
2	46 (22.8%)	15 (16.0%)	
3 ou plus	98 (48.5%)	34 (36.2%)	

Tableau 12 : Informations partagées avec le patient pour choisir un test de dépistage

Quelles informations partagez-vous avec votre patient lorsqu'il faut choisir un test de dépistage ?	E1		E3		p
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Les avantages	268	89,9%	118	96,7%	0,002
Les inconvénients	224	75,2%	109	89,3%	0,0001
Le cout	75	25,2%	61	50%	<0.001
Les performances du test	240	80,5%	102	83,6%	0,15
La fréquence	122	40,9%	83	68,0%	<0.001
L'acceptation par le patient	203	68,1%	93	76,2%	0,03
Autres	8	2,7%	8	6,6%	0,09

Tableau 13 : Prise en compte de l'avis du patient pour le choix d'un test de dépistage

Dans quelle mesure prenez-vous en compte l'avis du patient concernant la prescription d'un test de dépistage ?	E1		E3		p=0.3
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Dans une large mesure	251	85,1%	110	90,9%	
Moyennement	35	11,9%	8	6,6%	
Assez peu	7	2,4%	3	2,5%	
Pas du tout	2	0,7%	0	0%	

Tableau 14 : Test de dépistage et décision

Comment se prend la décision concernant le test de dépistage du cancer du côlon ?	Effectif	Pourcentage
Vous tentez de convaincre votre patient selon votre compréhension des risques et des bénéfices du test	28	25,2%
Vous prenez la décision avec une forte considération pour l'opinion de vos patients	8	7,2%
Vous prenez la décision avec le patient sur une base égale	33	29,7%
Le patient prend la décision selon sa compréhension des risques et des bénéfices du test, même si cela va à l'encontre de votre avis sur le test	42	37,8%

Tableau 15 : Programme de dépistage et sentiment d'attributions des médecins

Dans quelle mesure estimez-vous que prescrire un test de dépistage dans le cadre d'un programme fait partie de vos attributions ?	E1		E3		p=0.4
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Dans une large mesure	266	90,8%	97	85,1%	0,14
Moyennement	25	8,5%	16	14,0%	0,14
Assez peu	1	0,3%	1	0,9%	1
Pas du tout	1	0,3%	0	0%	1

Tableau 16 : Représentations du dépistage organisé

Selon vous, le dépistage représente :	E1		E3		p
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
Une opportunité pour mes patients d'être remboursés hors franchise	226	76,9%	107	89,9%	0,0009
Une intrusion dans ma pratique	7	2,4%	2	1,7%	0,99
Une assurance de qualité des prestations	118	40,1%	36	30,3%	0,14
Une occasion d'aborder le dépistage avec les patients	217	73,8%	70	58,8%	0,024
Un ajout de contraintes	17	5,8%	44	37,0%	<0.001

Tableau 17 : Eléments incitateurs et programme de dépistage

Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous incitent à inscrire vos patients dans le programme de dépistage du cancer du côlon ?	Effectif	Pourcentage
Le remboursement à 90% hors franchise des prestations pour le patient	95	81,9%
La lettre d'invitation avec laquelle le patient s'est présenté	49	42,2%
Les demandes de vos patients	67	57,8%
La rémunération de la consultation d'inclusion	9	7,8%
Les informations reçues lors de la visite de la représentante de la FGDC	28	24,1%
L'assurance de qualité des prestations du programme de dépistage	46	39,7%

Tableau 18 : Freins à la participation au programme de dépistage

Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous freine(nt) pour prescrire un test de dépistage dans le cadre du programme de dépistage à vos patients ?	Effectif	Pourcentage
L'inclusion du patient sur la plateforme informatique	66	58,4%
Le gastroentérologue avec lequel vous travaillez ne fait pas parti du programme de dépistage	6	5,3%
La rémunération pour l'inclusion de vos patients est trop faible	9	7,6%
Les contraintes administratives liées au programme	89	78,8%
La majorité de vos patients n'est pas concernée par les problèmes de franchise	8	7,1%
Le manque de temps lié à votre pratique	46	40,7%

Tableau 19 : Représentations de la sensibilité du test FIT pour détecter les cancers colorectaux

Concernant le test FIT, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? Ce test a une bonne sensibilité pour détecter les cancers colorectaux	E1		E3		p = 0.008
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
D'accord	188	64,6%	97	80,2%	
Pas d'accord	61	21,0%	15	12,4%	
Sans opinion	42	14,4%	9	7,4%	

Tableau 20 : Représentations de la sensibilité du test FIT pour détecter les adénomes avancés

Concernant le test FIT, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? Ce test a une bonne sensibilité pour détecter les adénomes avancés	E1		E3		p = 0.3
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
D'accord	99	34,7%	46	38,0%	
Pas d'accord	106	37,2%	50	41,3%	
Sans opinion	80	28,1%	25	20,7%	

Tableau 21 : Représentations de l'acceptation du FIT par rapport à la coloscopie

Concernant le test FIT, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? Ce test sera mieux accepté par la population que la coloscopie	E1		E3		p = 0.006
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
D'accord	202	69,2%	67	55,8%	
Pas d'accord	37	12,7%	30	25%	
Sans opinion	53	18,2%	23	19,2%	

Tableau 22 : Comparaison des représentations sur la sensibilité du FIT par rapport à la coloscopie

Concernant la coloscopie, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? Une coloscopie effectuée tous les 10 ans a une meilleure sensibilité pour détecter les cancers qu'un FIT effectué tous les deux ans sur une période de 10 ans	E1		E3		p=0.001
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
D'accord	181	61,8%	77	64,2%	
Pas d'accord	42	14,3%	29	24,2%	
Sans opinion	70	23,9%	14	11,7%	

Tableau 23 : Représentations des risques liés à la coloscopie

Concernant la coloscopie, dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes ? Les risques de complications liés à la coloscopie sont négligeables pour mes patients	E1		E3		p=0.10
	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage	
D'accord	205	69,7%	73	60,3%	
Pas d'accord	74	25,2%	43	35,5%	
Sans opinion	15	5,1%	5	4,1%	

Tableau 24 : Âge des patients éligibles au programme

Selon vous, un patient peut participer au programme de dépistage du cancer du côlon si :	Il a entre 50 et 69 ans		Autre réponse		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Total	80	66,7%	40	33,3%	
Sexe					0.37
Femme	43	54%	18	45%	
Homme	37	46%	22	55%	
Âge, median (IQR)	49 (42, 56)		50 (41, 58)		0.74
Années de diplôme, median (IQR)	22 (15, 30)		17 (14, 27)		0.27
Localisation du cabinet					0.18
Semi urbaine	19	24%	14	36%	
Zone rurale	4	5%	0	0%	
Zone urbaine	56	71%	25	64%	
Structure du cabinet					0.007
1	13	16%	13	33%	
2	28	35%	4	10%	
3 ou plus	39	49%	23	57%	

Tableau 25 : Exclusion des patients et symptômes digestifs

Avoir des symptômes digestifs est-il un critère d'exclusion du programme de dépistage pour le cancer ?	Oui		Non		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Total	52	44,1%	66	55,9%	
Sexe					0.044
Femme	31	60%	27	41%	
Homme	21	40%	39	59%	
Âge, median (IQR)	48 (41, 55)		50 (43, 58)		
Années de diplôme, median (IQR)	20 (14.5, 29)		22 (14, 30)		
Localisation du cabinet					0.52
Semi urbaine	12	24%	21	32%	
Zone rurale	3	6%	2	3%	
Zone urbaine	35	70%	43	65%	
Structure du cabinet					0.25
1	9	17%	18	27%	
2	17	33%	14	21%	
3 ou plus	26	50%	34	52%	

Tableau 26 : Risque élevé ou très élevé du patient et exclusion du programme

Un patient avec un risque élevé ou très élevé de cancer du côlon (antécédents personnels de cancer du côlon, maladie de Crohn...) peut-il participer au programme de dépistage ?	Oui		Non		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Total	38	33%	77	67%	
Sexe					0.075
Femme	15	39%	44	57%	
Homme	23	61%	33	43%	
Âge, median (IQR)	53 (44, 63)		48 (42, 54)		0.039
Années de diplôme, median (IQR)	24 (14, 36)		21 (15, 28)		0.38
Localisation du cabinet					0.78
Semi urbaine	9	24%	23	30%	
Zone rurale	2	5%	3	4%	
Zone urbaine	26	70%	50	66%	
Structure du cabinet					0.002
1	14	37%	12	16%	
2	3	8%	27	35%	
3 ou plus	21	55%	38	49%	

Tableau 27 : Connaissances des prestations remboursées par le programme

Selon vous, quelles sont les prestations qui sont remboursées à 90% hors franchise dans le cadre du programme de dépistage ?	Effectif	Pourcentage
Un test FIT tous les 2 ans	116	96,7%
Une coloscopie tous les 10 ans	109	90,8%
La consultation d'inclusion chez le médecin de famille	106	88,3%
La coloscopie après un test FIT positif	79	65,8%

Tableau 28 : Prestations remboursées par le programme et caractéristiques des médecins

Selon vous, quelles sont les prestations qui sont remboursées à 90% hors franchise dans le cadre du programme de dépistage ? Médecins qui ont coché toutes les propositions	Oui		Non		p
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
Total = 120	28	23,3%	92	76,7%	
Sexe					0.054
Femme	10	36%	52	57%	
Homme	18	64%	40	43%	
Âge, median (IQR)	52 (40, 65)		48 (42, 54)		0.13
Années de diplôme, median (IQR)	25.5 (14, 36.5)		20 (15, 28)		0.22
Localisation du cabinet					0.31
Semi urbaine	11	39%	22	24%	
Zone rurale	1	4%	4	4%	
Zone urbaine	16	57%	64	71%	
Structure du cabinet					0.005
1	11	39%	15	16%	
2	2	7%	30	33%	
3 ou plus	15	54%	47	51%	

Tableau 29 : Portes d'entrées dans le programme de dépistage

Selon vous, pour pouvoir être inclus dans le programme de dépistage du cancer du côlon le patient peut :	Effectif	Pourcentage
Se rendre chez son médecin de famille avec sa lettre d'invitation	117	95,9%
Se rendre chez son médecin de famille sans avoir reçu sa lettre d'invitation	111	91%
Se rendre dans une pharmacie partenaire du programme avec sa lettre d'invitation	94	77%
Se rendre dans une pharmacie partenaire du programme sans avoir reçu sa lettre d'invitation	67	54,9%
Les quatre réponses	65	53,3%

Tableau 30 : Utilité de la brochure

	Comprendre le parcours du patient dans le dépistage organisé		Connaitre les principales caractéristiques du programme de dépistage		Connaitre la population ciblée par le programme de dépistage		Savoir comment inclure les patients dans le programme		Connaitre les avantages et les inconvénients du FIT et de la coloscopie		Améliorer l'image que vous avez du FIT	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	274	96,1%	277	97,2%	274	96,1%	262	91,9%	247	86,3%	191	67,0%
Plutôt oui	11	3,9%	8	2,8%	9	3,2%	20	7,0%	32	10,9%	61	21,4%
Plutôt non	0	0%	0	0%	1	0,4%	0	0%	1	0,4%	6	2,1%
Non	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	2,5%
Sans opinion	0	0%	0	0%	1	0,4%	3	1,1%	4	1,4%	20	7,0%
Deux réponses	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0,4%	0	0%

Tableau 31 : Autres propositions de thématiques à aborder

Y a-t-il des thématiques que vous auriez aimées aborder pendant la visite ?	Effectif	Pourcentage
Total = 18		
Compliment sur la visite	5	27,80%
Suggestions pour le programme de dépistage	3	16,70%
Suggestions de document à transmettre aux médecins	3	16,70%
Thème non abordé	4	22,20%
Autres	3	16,70%

Tableau 32 : Utilité de la visite : 3 mois après le lancement du programme

Concernant la visite de la représentante de la FGDC à votre cabinet pour vous présenter le programme de dépistage, estimez-vous que :	Effectif	Pourcentage
La visite a permis de connaitre les informations principales sur le programme de dépistage	87	74,4%
La visite a permis d'être plus à l'aise avec l'inclusion des patients sur la plateforme informatique	18	15,4%
La visite a permis d'avoir un lien avec la FGDC	46	39,3%
La permis à permis de vous inciter à participer au programme	54	46,2%
La visite a permis de vous sentir impliqué(e) dans le programme dès son lancement	40	34,2%
La visite n'a pas été utile pour votre pratique	9	7,7%
Vous n'avez pas reçu la visite de la représentante de la FGDC	10	8,6%

Tableau 33 : Autres suggestions

Autres suggestions :	Effectif	Pourcentage
Compliments sur la visite	6	27,3%
Proposition d'envoi de feedback	3	13,6%
Craintes des médecins sur la plateforme et idée de simplification	7	31,8%
Autres remarques	6	27,3%

Tableau 34 : Utilité de la brochure

Selon vous, la brochure résume-t-elle les informations principales et nécessaires à votre pratique ?	Effectif	Pourcentage
Oui	214	75,1%
Plutôt oui	33	11,6%
Plutôt non	0	0,0%
Non	3	1,1%
Sans opinion	19	6,7%
Pas de réponse	15	5,3%
Deux réponses	1	0,4%

Tableau 35 : Suggestions pour la brochure

Y a-t-il d'autres informations que vous auriez souhaité trouver sur la brochure ?	Effectif	Pourcentage
Autres tests de dépistage	1	0,35%
Images pour expliquer au patient	1	0,35%
Comment accéder au site HIN	1	0,35%
Inclusion du formulaire de la Fondation dans le logiciel Mediway	1	0,35%
Aspirine ACO	1	0,35%
Le futur d'un dépistage	1	0,35%

Tableau 36 : Utilité de la brochure – trois mois après le lancement du programme

Utilisez-vous la brochure qui vous a été laissée lors de la venue de la visiteuse médicale de la FGDC à votre cabinet ?	Effectif	Pourcentage
Je n'ai pas reçu de brochure au sujet du programme de dépistage du cancer du côlon	28	24,4%
Je l'ai mais je ne l'utilise pas	29	25,2%
Je l'utilise pour rechercher des informations sur le programme de dépistage	46	40%
Je l'utilise avec mes patients	22	19,1%

Tableau 37 : Documents utiles

Parmi les documents qui vous ont été transmis au lancement du programme de dépistage, lesquels vous ont paru utiles pour votre pratique ?	Effectif	Pourcentage
Le mode d'emploi pour inclure son patient sur la plateforme informatique	67	66,3%
Le cahier des charges du médecin de famille qui souhaite participer	29	28,7%
La liste des pharmacies participantes au programme de dépistage	30	29,7%
La liste des gastroentérologues participants au programme	46	45,5%
Vous n'avez pas reçu de documents au lancement du programme	23	22,7%

Annexe 9 : Schéma de la théorie de l'action raisonnée

76

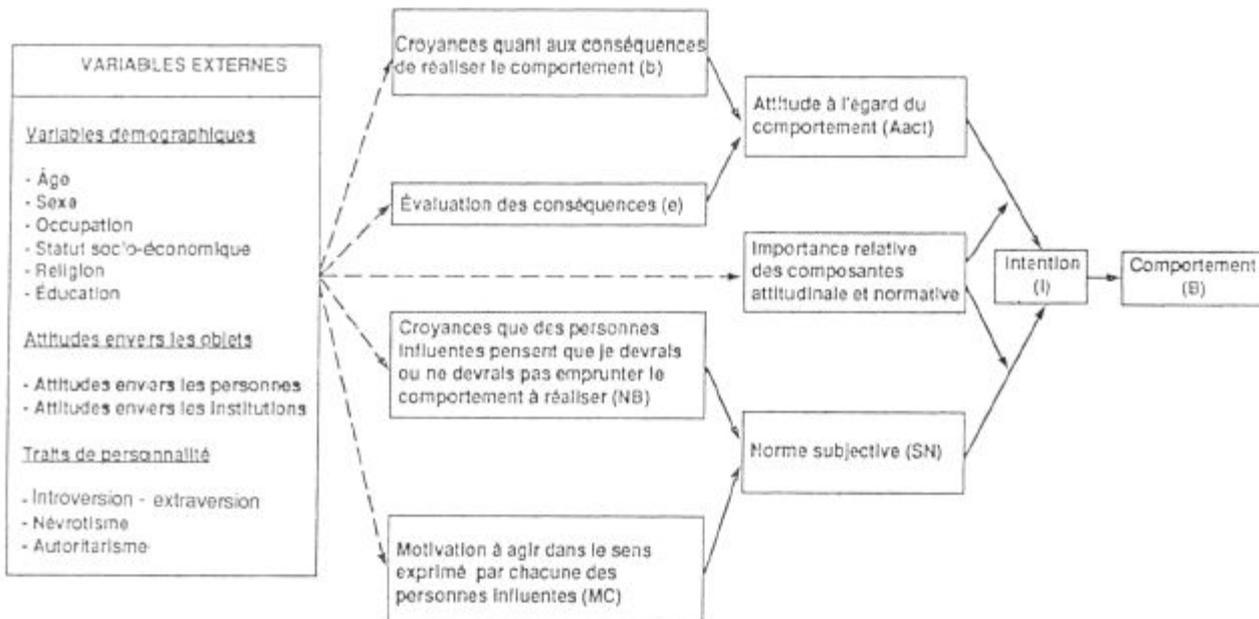


Figure 3

Illustration schématique du modèle de Fishbein et Ajzen qui découle de la théorie de l'action raisonnée (d'après Fishbein et Ajzen, 1975).

GASTON GODIN



Bd de la Cluse 43
1205 Genève
Tél. : 022 320 28 28
Fax : 022 320 28 30
depistage-ge.ch
Avec le soutien de la République et canton de Genève

