

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« LE MEDECIN TRAITANT ET
LES DEPISTAGES VALIDES »**

– Groupe n° 21–

- **ABGRALL Evelyne, IASS**
- **DITTE Evelyne, IASS**
- **JAJKIEWICZ Nathalie, DS**
- **RIVET Ghislaine, D3S**
- **TAUSAN Simona, MISP**
- **DESCAMPS Céline, D3S**
- **FRANCO Loriane, EDH**
- **PARNEIX Nicolas, EDH**
- **SUC Pascale, DS**

Animateur :

Dr Paul LE MEUT

Sommaire

REMERCIEMENTS

LISTE DES SIGLES

METHODOLOGIE1

INTRODUCTION.....2

I- Le médecin traitant : un rôle croissant dans l'accès des patients aux dépistages validés.....5

A- Les dépistages validés : une organisation complexe5

1- Dépistages et validations : un processus complexe.....5

2- Un financement croisé qui n'est pas de nature à responsabiliser les acteurs.....7

B- Le médecin traitant : plus qu'un rôle de simple aiguilleur.....10

1- Le rôle central du médecin traitant dans les missions de prévention.....10

2- Le médecin traitant, pivot de la réussite d'une campagne de dépistage.....12

II- Une responsabilité accrue du médecin traitant qui n'est pas en phase avec les leviers dont il dispose pour agir.....16

A- Des entraves multiples au rôle du médecin traitant dans les dépistages validés.....16

1- Une organisation historique de la médecine qui freine les programmes de dépistage organisé.....16

2- Un chevauchement contre-productif entre dépistage organisé et dépistage individuel..... 18

3- Des réactions mitigées de la part des patients.....20

B- Un décalage émergent entre le statut de médecin traitant et la possibilité d'une exposition contentieuse22

1- La relation médecin / patient : un ancrage contractuel.....22

2- Les limites d'une excessive responsabilisation du médecin traitant.....24

III- Préconisations	26
A- En regard des médecins.....	26
B- En regard des personnes concernées par les dépistages.....	27
C- En regard du dispositif de dépistage organisé.....	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE.....	30
LISTE DES ANNEXES	35

Remerciements

Les membres du groupe remercient tout d'abord M. François-Xavier Schweyer et Mme Emmanuelle Guevara pour leur soutien tant logistique que méthodologique. En leur personne, c'est également toute l'EHESP envers qui le groupe souhaite témoigner sa reconnaissance (équipe logistique, équipe des documentalistes...).

Les auteurs tiennent également à remercier le Docteur Paul Le Meut, médecin généraliste, maître de conférence associé à la faculté de médecine de Rennes et animateur du groupe MIP n°21, sans lequel cette étude n'aurait pas été possible. Ses recommandations autant que son expertise sur une problématique nouvelle et délicate nous ont permis de mener à bien cette recherche dans les délais impartis.

Le groupe tenait enfin à remercier les nombreuses personnes qui ont accepté de se prêter à un entretien, malgré un calendrier parfois chargé. Leur gentillesse et leur disponibilité nous ont été d'un grand secours pour réaliser notre travail et le rendre plus concret.

Liste des sigles utilisés

ADECI 35 : Association pour le dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ARH : Agences régionales d'hospitalisation
CMUc : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNASEA : Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles
CNIL : Commission nationale informatique et libertés
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
DI : Dépistage individuel
DGS : Direction générale de la santé
DMP : Dossier médical personnel
DO : Dépistage organisé
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
FCU : Frottis cervico-utérin
FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé
GRSP : Groupements régionaux de santé publique
HAS : Haute autorité de santé
INCA : Institut national du cancer
INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS : Institut national de veille sanitaire
JO : Journal officiel de la République française
JOUE : Journal officiel de l'Union européenne
MSA : Mutualité sociale agricole
ODLC : Office de lutte contre le cancer, association de gestion du département
ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORS : Observatoire régional de santé
RSI : régime social des indépendants
SFTG : société de formation thérapeutique du généraliste
UE : Union européenne
UMR 379 : Unité mixte de recherche 379
URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie.

METHODOLOGIE

Le groupe est constitué de six élèves issus de trois filières différentes : deux élèves directrices des soins ; deux élèves directeurs d'hôpital ; deux élèves directeurs d'établissements sanitaires et sociaux ; un médecin inspecteur de santé publique stagiaire; et deux inspectrices de l'action sanitaire et sociale en formation initiale. Le groupe est très hétérogène en matière d'âge, de cursus universitaire et de formation ainsi que d'expérience professionnelle. Cette diversité a ainsi permis le regroupement des points forts de chacun.

Déroulement de la première semaine :

- Une première rencontre avec l'animateur du groupe, Paul LE MEUT, a permis de clarifier les attentes du travail de recherche à mener. Une double problématique est apparue à travers les nouvelles missions du médecin traitant : le fonctionnement du dépistage organisé et ses implications médico-légales.
- Une deuxième rencontre s'est déroulée de la façon suivante :
 - Constitution de deux sous-groupes : l'un chargé d'éclairer la notion de dépistage organisé et le rôle du médecin traitant au sein de ce dispositif, l'autre de travailler sur la jurisprudence et la responsabilité du médecin traitant dans ses nouvelles missions.
 - Réalisation d'un tour de table pour mettre en évidence les personnes ressources à contacter et prise de contact puis élaboration d'un guide d'entretien.

Déroulement de la deuxième semaine :

- Les entretiens ont été réalisés en fonction de la répartition entre les membres du groupe des personnes ressources à rencontrer. Chacun a rédigé une synthèse de l'entretien qu'il a mené et l'a diffusée à l'ensemble du groupe.
- Une troisième rencontre a eu lieu, à la suite de recherches individuelles bibliographiques qui ont fait l'objet d'une restitution collective, et a abouti à la rédaction du plan.

Déroulement de la troisième semaine :

- La rédaction du rapport a été répartie de manière consensuelle entre les membres du groupe en fonction des domaines de recherche et d'intérêt de chacun. Par ailleurs, un système de relecture a été adopté, afin de bénéficier d'un regard extérieur sur la lisibilité de chaque partie.
- Pour terminer, une quatrième rencontre a permis au groupe d'harmoniser et de lisser le travail de chacun. Cette ultime étape nous a amenés à élaborer la troisième partie du rapport relative aux préconisations. De même, l'introduction, la conclusion et la mise en page finale du devoir ont été réalisées de façon collégiale.

INTRODUCTION

Par la loi du 4 mars 2002, la notion de prévention apparaît pour la première fois dans le Code de la santé publique. Celle-ci permet l'amélioration de l'état de santé de la population en prévenant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies. La prévention se décline sous trois formes : on distingue classiquement la *prévention primaire* qui vise à éviter la maladie chez la personne n'ayant jamais été malade, la *prévention secondaire* destinée à diminuer les suites et la gravité de l'affection chez un patient ayant déclaré la maladie. Enfin, la *prévention tertiaire* cherche à empêcher les complications ou les rechutes.

Le dépistage s'inscrit dans les deux premiers niveaux de prévention et permet ainsi de détecter précocement une maladie, pour ensuite mettre en œuvre un processus curatif. On distingue deux types de dépistages : le dépistage individuel (décision de pratiquer le dépistage laissée à l'instigation de l'individu concerné ou de son médecin) et le dépistage organisé. Ce dernier est défini comme « *une action de santé publique organisée, coordonnée, évaluée sur le plan médical, éthique et économique, sans barrière socio-économique et culturelle d'accès* »¹. Il consiste en l'identification des sujets présentant une anomalie asymptomatique au sein d'un groupe de personnes déterminées. Le présent rapport accepte, sans le remettre en cause, le postulat selon lequel les dépistages validés organisés ont un rapport bénéfice-risques positif tant pour l'individu qui s'y prête que pour l'ensemble de la population.

Dans le cadre de ce travail, nous avons restreint volontairement le champ d'étude aux seuls dépistages validés des cancers, à savoir le cancer colorectal, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus sur le territoire français.

Il est à relever que la généralisation d'un dépistage organisé des cancers s'impose dès lors que ceux-ci représentent une morbidité et une mortalité importante en France. Le cancer du sein est actuellement le plus fréquent des cancers féminins et a occasionné, en 2000, 11 600 décès chez la femme. Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal était quant à lui estimé, cette même année, à 36 000 par an, dont 53 % chez l'homme. Près de 16 000 personnes décèdent chaque année de cette pathologie. Enfin, le nombre de décès imputable au cancer du col de l'utérus s'est élevé à 904 en 2002.

Le programme de dépistage du cancer du sein est généralisé à tout le territoire national depuis 2004 ; celui du cancer colorectal l'est quant à lui depuis janvier 2008. Cependant,

¹ TUBIANA-MATHIEU N., *Cancers : prévention et dépistage*, Paris, Masson, 2002, p 36.

l'adhésion à ces campagnes reste insuffisante. Or, la nécessité de renforcer la participation aux dépistages organisés repose sur trois séries d'arguments.

En premier lieu, les recommandations européennes et nationales engagent la France à privilégier le dépistage organisé (DO) sur le dépistage individuel (DI). Le groupe des experts pour la prévention des cancers de l'Union européenne estime en effet que *«les bénéfices d'un programme de dépistage sont atteints seulement si la couverture de la population est élevée. Le dépistage individuel ou spontané n'est normalement pas acceptable car il ne permet pas d'atteindre les bénéfices potentiels et peut entraîner des effets secondaires négatifs inutiles»*². Cette recommandation est en parfaite adéquation avec les objectifs actuels du Plan Cancer. Celui-ci cherche également à renforcer les programmes de DO pour atteindre un taux d'inclusion de 80 % (notamment pour le cancer du sein)³.

En deuxième lieu, outre des avantages médicaux supérieurs à ceux du DI (double lecture pour le cancer du sein ; périodicité adéquate...), le dépistage organisé permet véritablement d'atteindre dans ce domaine une certaine égalité de traitement. Il permet de rapprocher de la démarche de dépistage des femmes qui, pour des raisons socio-culturelles ou financières, s'en trouvaient éloignées et pouvaient pâtir d'un suivi trop irrégulier. Il s'inscrit donc dans le souci d'égalité et de solidarité qui sous-tend notre système de santé.

Enfin, il faut reconnaître que la nécessité de privilégier le DO a également des justifications économiques. Comme l'expliquent P. Gaynard, M. Namer et C. Granon⁴, *«augmenter la participation des femmes au dépistage organisé est le seul moyen de rendre ce dispositif économiquement et médicalement cohérent. A contrario, un taux de participation bas remet en cause l'intérêt du dépistage organisé et peut à terme imposer aux pouvoirs publics l'arrêt de son financement et donc la fin de l'équité dans ce domaine»*.

La loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fait du médecin traitant un coordonnateur des soins devant intégrer dans sa pratique les objectifs de santé publique fixés par le législateur. La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005, et ses avenants 12 et 23, reprennent explicitement ces nouvelles obligations légales, rappelant que *« la promotion et l'éducation thérapeutique trouvent*

² « Recommandation pour le dépistage du cancer dans l'Union européenne », rapport préparé par le groupe des experts pour la prévention des cancers de l'UE, novembre 1999, www.invs.sante.fr/publications/depistage_cancer/depistage_cancer.htm

³ Annexe 1 de l'Avenant n°12 à la Convention Nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, p.6, cf texte mis en annexe

⁴ GAYNARD P., NAMER M., GRANON C., «Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein ? », *ADSP*, n°58, mars 2007, p.15.

naturellement place dans le dialogue singulier »⁵. L'avenant 12 (arrêté du 23 mars 2006), complété par l'avenant 23 (arrêté du 2 mai 2007) précise les domaines retenus en la matière, en cohérence avec la loi de santé publique : le dépistage du cancer du sein en est un des thèmes retenus.

Dans ce contexte, le médecin voit le périmètre de sa responsabilité évoluer. Sans anticiper sur la jurisprudence à venir, nous souhaitons mettre en évidence les nouveaux risques qui pourraient émerger de cette situation inédite. La sphère judiciaire apparaît en effet de plus en plus exigeante envers le médecin traitant, face à ses nouvelles missions, du fait de sa meilleure connaissance du patient, des antécédents et de l'environnement de celui-ci. De ce fait, notre étude consiste à mettre en lumière les conséquences de la réforme du médecin traitant sur l'efficacité des DO et les implications médico-légales induites par ce nouveau dispositif.

C'est pourquoi nous nous proposons dans un premier temps de comprendre le fonctionnement des dépistages organisés ainsi que la place du médecin traitant dans cette organisation. Nous chercherons ensuite à mettre en exergue les différents freins et risques médico-légaux qui empêchent aujourd'hui le médecin traitant de s'inscrire pleinement dans cette démarche. En dernier lieu, nous présenterons des préconisations et pistes d'évolution du système actuel.

⁵ Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, p. 2, http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Convention_gene_et_spe.pdf

I- Le médecin traitant : un rôle croissant dans l'accès des patients aux dépistages validés

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a initié un changement profond dans la relation entre le patient et son médecin. En effet, en introduisant la notion de médecin traitant, la loi a fait du médecin traitant le principal relais entre les autorités responsables de la santé publique et le patient. Dès lors, le médecin traitant est, *de facto*, devenu l'interlocuteur naturel du patient au regard des dépistages validés.

A- Les dépistages validés : une organisation complexe

L'organisation des dépistages validés en France fait intervenir un grand nombre d'acteurs, sur le plan de l'identification du besoin en matière de santé publique, de l'élaboration du programme, de la validation du dépistage et de son financement. L'ensemble forme une organisation complexe.

1 - Dépistages et validations : un processus complexe

Tout processus de dépistage validé naît sur les bases d'un besoin identifié par le réseau épidémiologique dont s'est dotée la France. Ce réseau repose sur les observatoires régionaux de la santé (ORS) au niveau territorial et sur l'institut national de veille sanitaire (InVS) au niveau national. Ainsi, les données épidémiologiques constituent la base du travail des autorités scientifiques afin d'élaborer la réponse aux besoins identifiés. La loi du 13 août 2004 a fait de la Haute autorité de santé (HAS) le principal interlocuteur de la Direction générale de la santé (DGS) dans le processus de validation des dépistages envisagés pour répondre à un besoin. La validation de ces dépistages s'appuie également sur la littérature scientifique internationale. Cette validation dans sa phase finale, avant généralisation du dépistage sur l'ensemble du territoire, nécessite une phase d'expérimentation auprès de départements ou de territoires représentatifs de la situation que les autorités sanitaires tentent d'améliorer.

Comme indiqué en introduction, notre rapport s'est volontairement centré sur trois grands dépistages validés par les autorités scientifiques et politiques. En concordance avec la Recommandation 2003/878/EC, du 2 Décembre 2003, du Conseil de l'UE pour le dépistage du cancer (parue dans le JOUE, 16/12/2003), le dépistage des cancers en France se fait conformément à l'arrêté du ministère de la santé et des solidarités du 29 septembre 2006 relatif au dépistage des cancers (texte publié au JO du 21 décembre 2006).

Pour le cancer du sein, les conditions de mise en œuvre du dépistage organisé sont fixées de la façon suivante. Les femmes, âgées de 50 à 74 ans, sont invitées à bénéficier, tous les 2 ans, d'une mammographie de dépistage gratuite, sans avance de frais. Les femmes qui ne sont pas éligibles à ce programme, parce qu'elles ont des facteurs de risque individuels ou familiaux, sont prises en charge d'une façon particulière. L'examen de dépistage comprend une mammographie (deux clichés par sein, incidences face et oblique) et un examen clinique. Toute mammographie est systématiquement relue par un deuxième lecteur : c'est le principe de double lecture. Si une anomalie est décelée, le radiologue fait immédiatement un bilan diagnostique, pour une prise en charge de la patiente. Dans chaque département, une structure de gestion à statut associatif organise le dépistage au niveau local ; elle est coordonnée par un médecin. La structure de gestion est responsable de la formation continue des médecins impliqués dans le dépistage. Les mammographies réalisées dans le cadre du dépistage validé sont effectuées indifféremment par des radiologues exerçant dans le secteur public ou dans le secteur libéral. A l'heure actuelle, ce dépistage couvre près de 70 % des femmes de la population cible dont 45 % dans le cadre du dépistage organisé⁶.

Pour ce qui concerne le cancer colorectal, le dépistage organisé repose sur un test réalisé tous les deux ans, permettant de détecter des traces de sang dans les selles (test Hémocult®). Le dépistage est organisé au niveau du chaque département par les mêmes structures de gestion, qui invitent la population-cible, par courrier, à se rendre chez leur médecin traitant, pour obtenir des explications sur la démarche. Le médecin traitant peut, en même temps, déterminer si le test est approprié à la situation du patient. Le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Le médecin traitant remet le test à la personne et en explique les modalités d'emploi et d'envoi au centre de lecture. Après cette première démarche et en cas de non réalisation du test, celui-ci est envoyé par voie postale par la structure de gestion. En cas de test positif, une coloscopie doit être pratiquée. Le taux de couverture de ce dépistage, qui est le plus récent, est de 45 % dans le cadre du dépistage organisé.

Pour le cancer du col de l'utérus, en France, comme l'explique le rapport de l'INCA « *La situation du cancer en France en 2007* », le taux de couverture relativement élevé (54 %) obtenu par dépistage individuel et la baisse régulière de l'incidence de ce cancer expliquent que, jusqu'à présent, il n'ait pas été envisagé par les pouvoirs publics de généraliser le

⁶ DUPORT N. *et al.* , « Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein », InVS, juin 2007, p.1., http://www.invs.sante.fr/publications/2007/plaquette_cancer_sein/plaquette_cancer_sein.pdf.

dépistage organisé, mais d'améliorer les performances du dépistage individuel. Seuls quatre départements expérimentent un DO : le Bas-Rhin, le Haut-Rhin, l'Isère et la Martinique.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé par le gynécologue ou le médecin généraliste grâce à un frottis cervico-utérin (FCU). Ce frottis est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans, tous les 3 ans, après 2 FCU négatifs à un an d'intervalle. En cas de frottis anormal, des investigations diagnostiques plus amples sont recommandées.

2- Un financement croisé qui n'est pas de nature à responsabiliser les acteurs

Les dépistages validés évoqués dans ce rapport, qui ne constituent pas la totalité des efforts de dépistage en France, présentent la caractéristique d'un financement croisé assuré par une multiplicité d'acteurs. Deux niveaux de financement peuvent être distingués.

Le premier se situe au niveau de la relation médecin / patient. Il vise à répondre aux deux questions suivantes : Combien coûte au patient un dépistage ? Quels sont les revenus que tire le médecin du dépistage ?

Le deuxième niveau de financement concerne l'organisation matérielle, du dépistage à la fois au niveau territorial et au niveau national.

Concernant le premier niveau de financement, il apparaît que le but du financement des dépistages validés est de conjuguer deux éléments qui paraissent de prime abord difficilement conciliables. En effet, les dépistages validés que nous examinons doivent présenter la caractéristique d'une quasi-gratuité pour les patients, afin de ne pas mettre d'obstacle à une couverture importante de la population, dans un but de santé publique. Cependant, une rémunération attractive des actes de dépistage réalisés par les professionnels de santé est également un élément moteur dans la réussite d'une campagne de dépistage. Ainsi, avec des dépenses sans recettes possibles sous peine de voir échouer les campagnes, les dépistages validés sont onéreux pour la collectivité et font intervenir par nature les pouvoirs publics en tant que garants de la solidarité nationale et de la santé publique.

Le financement des dépistages validés est donc marqué par une quasi-gratuité pour les patients. En effet, pour ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, le test Hémocult® (coût unitaire de 3 €), l'envoi postal du test ainsi que son analyse (30 €) sont gratuits pour le patient. Cette gratuité sans avance de frais est sans doute à l'origine de la montée rapide du taux de couverture de ce dépistage (45% de la population cible dans les départements pilotes). Cependant, les actes de diagnostic qui doivent suivre un dépistage positif par test Hémocult® (notamment la coloscopie associée) sont financés dans le cadre de la prise en charge normale par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Pour ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus, le principe de gratuité est à nuancer. En effet, le frottis nécessaire au dépistage réalisé par le gynécologue ou le médecin traitant dans le cadre d'une consultation classique et analysé par un laboratoire médical a un coût. Au total, 70 % de ce coût est à la charge de la sécurité sociale et 30 % à la charge des assurances complémentaires contractées par le patient. Ainsi, il reste à la charge du patient le forfait d'un euro par acte, non pris en charge par les assurances complémentaires et les éventuels dépassements d'honoraires du praticien. Ce dépistage pose donc le problème plus général de l'accès des patients à une couverture maladie complémentaire. En effet, malgré la mise en œuvre de la couverture maladie universelle complémentaire en 1999, environ 8 % de la population ne bénéficie pas d'une prise en charge complémentaire. Dès lors, pour cette population souvent démunie, l'éviction du dépistage pour des raisons financières est une réalité.

Pour ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, là encore la gratuité est le principe afin de garantir un taux de couverture important. La patiente invitée à se rendre auprès de son radiologue tous les 2 ans dans le cadre du dépistage organisé bénéficie d'une mammographie gratuite avec une double lecture des clichés. Cependant, si l'acte de dépistage est gratuit, les actes de diagnostic qui suivront en cas de dépistage positif afin de le confirmer (clichés radiographiques et échographie associée) sont à la charge de la patiente dans le cadre des couvertures obligatoires et complémentaires. Cet élément est de nature à poser, là aussi, le problème de la couverture des plus démunis en matière d'assurances complémentaires. Nous reviendrons sur ce point dans le cadre de l'identification des freins aux dépistages validés (Cf. partie II.A.).

Du point de vue du professionnel de santé, la logique du financement est tout autre. En effet, par son action d'aiguilleur, de facilitateur ou de dépisteur, le praticien de premier recours (médecin traitant ou gynécologue) constitue le pivot de la réussite d'une campagne de dépistage organisé. Dès lors, le financement des actes de dépistage réalisés par les médecins s'oriente de plus en plus vers un mécanisme financier incitatif. Ainsi, si les frottis ou les clichés radiographiques préventifs ne bénéficient pas d'un mécanisme incitatif pour les médecins, le dépistage validé du cancer colorectal inaugure un nouveau type de financement pour les médecins traitants. La nouveauté tient dans le mécanisme d'intéressement du médecin aux résultats, c'est à dire au nombre de dépistages effectivement réalisés par ses patients (le médecin reçoit un forfait de 1000 € dès qu'au moins 100 de ses patients ont réalisé le test Hémocult®). Dans la plupart des cas, cette rémunération forfaitaire s'additionne avec les honoraires de la consultation de 22 € par patient.

Concernant le financement du dépistage sur un plan organisationnel, il paraît nécessaire d'examiner dans un premier temps le niveau territorial puis le niveau national de ce financement.

En dehors de la rémunération des médecins, l'organisation territoriale des dépistages validés comporte des coûts de structure nécessaires à sa mise en œuvre effective. Ces coûts sont centralisés au niveau du département par des structures de gestion dédiées. Au cours de nos travaux nous avons pu rencontrer l'association pour le dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine (ADECI 35). Le financement de cette structure est assuré pour l'essentiel par l'assurance maladie via notamment un fonds national consacré aux actions de préventions (FNPEIS) dont l'enveloppe nationale se décline au niveau local sous la responsabilité des CPAM. Avec 1,9M €, l'assurance maladie (régime général, MSA et RSI) finance à hauteur de 68 % les dépenses de l'ADECI 35. Les groupements régionaux de santé publique, qui réunissent pour l'essentiel les services de l'Etat et l'assurance maladie (URCAM), financent à hauteur de 30 % les actions de l'association. Enfin 2 % des actions de l'ADECI 35 sont financées par la Ligue contre le Cancer, les mutuelles et le CNASEA. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales autorise les collectivités locales à ne plus assumer un certain nombre de compétences qu'elles exerçaient depuis 1983, au profit de l'Etat. Cette recentralisation a notamment concerné, pour les départements qui en ont fait le choix, l'action sanitaire et notamment le financement du dépistage. C'est le choix qu'a fait le département de l'Ile-et-Vilaine. Cependant un certain nombre d'autres départements continuent de financer les dépenses liées aux dépistages. Ainsi, l'organisation territoriale du dépistage (incluant les frais de structure, les frais liés à la relance des populations cibles, le coût des Hémocult® et les frais liés à la double lecture des mammographies) représente environ 147M € sur l'ensemble du territoire, répartis entre les deux grands financeurs selon le tableau mis en annexe.

A cette organisation territoriale des dépistages se rajoute un niveau national dont l'objet essentiel est le financement des campagnes de communication. Ainsi, une diversité d'acteurs intervient dans ce domaine. Depuis la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, l'INCA est devenue un acteur important en matière de dépistage des cancers. Les dépenses de communication consacrées par l'institut aux campagnes de communication représentent environ 10 M€ par an. Par ailleurs le ministère de la santé, l'INPES et la CNAMTS continuent à co-financer avec l'INCA un certain nombre de communications dans ce domaine. Enfin les CPAM et les structures de gestion du dépistage financent, au niveau local, un certain nombre de campagnes de communication.

Ainsi, le financement du dépistage validé apparaît marqué par une certaine complexité, tant en termes d'acteurs qu'en termes de financements croisés. Au final quand un grand nombre de partenaires cofinancent de façon très différente les actions de dépistage, il est possible de s'interroger d'une part sur le risque de déresponsabilisation de ces acteurs (aucun n'étant réellement identifié comme en charge de cette politique publique), sur le risque d'un éparpillement de ces efforts financiers et enfin sur le risque d'un manque de cohérence du but recherché (but économique ? but de santé publique ou but financier ?) et des moyens pour l'atteindre (médecin traitant au centre des actions de dépistage ou médecin spécialiste ?).

B- Le médecin traitant : plus qu'un rôle de simple aiguilleur

Les dépistages validés font donc intervenir un grand nombre d'acteurs, tant en termes de validation, d'organisation que de financement. Cependant, la loi du 13 août 2004 est venue donner un dénominateur commun à ces différents acteurs, situé au plus près du patient : le médecin traitant. Ainsi, ce médecin se retrouve en « première ligne » à la fois sur le plan de l'organisation des soins curatifs et sur le plan de la prévention. Nous nous situons donc là bien loin du rôle souvent donné au médecin traitant de simple aiguilleur entre médecins spécialistes.

1- Le rôle central du médecin traitant dans les missions de prévention.

Jusqu'à une période récente, le médecin traitant n'avait d'autre définition que celle du dictionnaire : médecin qui soigne habituellement le patient. Même si l'instauration du médecin traitant ne fait qu'officialiser le rôle tenu depuis toujours par le « médecin de famille », la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 12 janvier 2005, donnent pour la première fois une définition légale du médecin traitant qui se voit confier un certain nombre de missions spécifiques, pour certaines tout à fait nouvelles. Le médecin traitant est ainsi au centre du parcours de soins coordonné, c'est-à-dire qu'il assure par sa connaissance médicale appliquée à chaque patient une bonne coordination des autres professionnels de santé et services participant aux soins.

• Un réseau de professionnels de santé de proximité dotés de nouvelles missions de prévention

Les médecins traitants sont très majoritairement des médecins généralistes (à 99,5 %) qui forment la première ligne du système de santé. De fait, 96 % de la population déclare se rendre chez le médecin généraliste en première intention. Ces professionnels de santé, les plus proches et les plus fréquemment en contact avec la population, constituent un véritable réseau de

proximité en santé publique, dont dépend étroitement l'objectif d'égal accès à la santé et à la prévention. Dès lors, et comme l'affirme la convention nationale des médecins, « *la relation de proximité des médecins traitants avec leurs patients les situe au cœur du développement de la prévention en santé* »⁷, l'objectif de leur plus grande participation aux programmes de prévention étant indissociable de l'instauration du nouveau statut qui leur est conféré.

Ayant la possibilité d'instaurer sur le long terme une relation de confiance avec ses patients, disposant d'une vision globale de leur état de santé tout en étant au fait de leurs modes de vie et de leurs représentations de la santé, le médecin traitant apparaît ainsi comme le mieux placé pour relayer les actions de dépistage définies au niveau national, en les adaptant aux caractéristiques individuelles de leurs patients. Il est particulièrement apte à déterminer leurs facteurs de risque individuels et la pertinence de leur inclusion dans le dépistage organisé.

- *Des praticiens formés et majoritairement acquis à la cause de la prévention et du dépistage*

Le cahier des charges des structures de gestion prévoit la formation des médecins généralistes au dépistage. Les médecins traitants interrogés confirment avoir reçu une formation complète leur permettant de comprendre l'organisation et les enjeux du dépistage organisé. En Ille-et-Vilaine, le département a été découpé en 25 zones en fonction des différents réseaux de médecins. Aux médecins de chaque zone a été proposée une série de réunions de formation, organisées en collaboration avec la structure de gestion (l'ADECI 35) par un médecin référent intéressé par les questions de santé publique et désigné unanimement par les syndicats. Les praticiens qui étaient dans l'impossibilité de se rendre aux réunions collectives ont pu bénéficier d'une formation individuelle sur leur lieu de travail. Postérieurement à la formation, le contact est maintenu entre l'association et les médecins grâce à des rendez-vous directs, des lettres d'information et des appels téléphoniques.

De l'avis unanime, l'adhésion des médecins au dépistage et leur participation aux campagnes sont d'autant plus fortes qu'ils se sentent intégrés par la formation. Une étude de J. Faivre et V. Dancourt⁸ met ainsi en évidence l'efficacité d'une méthodologie de sensibilisation active des généralistes au dépistage du cancer colorectal : une fois la formation dispensée, 90 % des généralistes concernés en Saône-et-Loire ont activement distribué le test.

⁷ Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, p. 3,
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Convention_gene_et_spe.pdf

⁸ FAIVRE J., DANCOURT V., « Le dépistage du cancer colorectal, certitudes et questions », *Gastroenterol clin biol*, 2002, n°26, pp. 86-93.

D'une façon générale, les médecins traitants semblent acquis à la cause du dépistage. Le docteur F., médecin généraliste dans les Alpes-Maritimes, déclare ainsi : « *les dépistages sont de toute première importance pour les médecins car les sociétés savantes et les études ont vraiment prouvé qu'ils étaient utiles (...). Les dépistages fonctionnent vraiment, et c'est pourquoi le médecin ne saurait avoir de réticence à engager ses patients à procéder à ces pratiques* ». Une étude⁹ de l'ORS PACA et de l'UMR 379 de l'Inserm ayant pour but de mesurer l'implication des généralistes de la région dans les problématiques de prévention a par ailleurs constaté que 95,9 % des médecins interrogés affirmaient proposer pendant la consultation une mammographie de dépistage du cancer du sein pour les 50-75 ans tous les 2 ans. « *Ce score semble d'autant plus important, commentent les auteurs, que l'implication du médecin et son sentiment d'efficacité sont élevés. (...) À la question « les médecins généralistes dans leur ensemble devraient-ils mieux tenir compte de la dimension de santé publique dans leurs pratiques de soins ? », 76% ont répondu oui. Et plus de 66% reconnaissent la prévention comme faisant bien partie de leur « rôle ». Ces résultats montrent une adhésion importante au principe d'une délégation de mission de santé publique en médecine libérale* ».

Placé au centre de la coordination des soins, proche de la population, formé et favorable à la démarche de dépistage, le médecin traitant dispose donc d'atouts certains pour être un interlocuteur essentiel dans la réussite des campagnes de dépistage organisé.

2 - Le médecin traitant, pivot de la réussite d'une campagne de dépistage.

La place du médecin traitant, et notamment celle du médecin généraliste, dans les processus de dépistage fait l'objet d'une reconnaissance croissante de la part des pouvoirs publics. Son intervention est ainsi souhaitée dans le cadre du Plan cancer. Elle conduit indéniablement à une augmentation de la participation au dépistage.

- *Une place en voie de reconnaissance croissante pour les divers types de dépistage*

Le médecin traitant occupe initialement une place plus ou moins centrale selon le type de dépistage envisagé. Ainsi, l'organisation du dépistage du cancer colorectal en fait l'interlocuteur privilégié du patient puisque c'est chez son médecin traitant que celui-ci est invité à venir retirer le test Hémocult®. Selon l'association ADECI 35, 60 % de la population dépistée en

⁹ VENTELOU B., VIDEAU Y., COMBES J-B., « Prévention et santé publique en PACA », *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 11 septembre 2007, volume 21, n°7786779, pp. 737-738.

Ille-et-Vilaine l'a été par le biais d'un test Hémocult® délivré par le médecin traitant (les 40 % restants ayant reçu le test par un courrier de relance de l'ADECI).

En revanche, le médecin généraliste n'a pas été directement associé au dépistage du cancer du sein, puisque les femmes ont la possibilité, à la réception de l'invitation par la structure de gestion, de prendre directement rendez-vous avec un radiologue, et que le prescripteur de la mammographie est très souvent un gynécologue, intervenant en tant que médecin de premier recours. « *Pour le cancer du sein, constate le Docteur L., nous sommes complètement exclus puisque les femmes vont directement chez le gynécologue* ». Il en va de même pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, les médecins généralistes pratiquant peu de frottis.

Cette mise à l'écart est très largement remise en question aujourd'hui. Le rapport Flajolet¹⁰ souligne ainsi « *qu'il manque une clarification de la mission préventive des professionnels de santé de premier recours (...) On pourrait citer le cas de la méthodologie adoptée par le programme de dépistage du cancer du sein, qui fait l'impasse sur le médecin traitant* ». L'avenant n°12 à la convention médicale répare en partie ce manque en conférant officiellement au médecin traitant la mission de vérifier, à l'occasion d'une consultation de sa patiente, son inclusion dans le dispositif de dépistage organisé et, en cas de non-inclusion ou de périodicité inadéquate, de l'encourager, à l'aide des explications nécessaires, à respecter les modalités prévues pour ce dépistage. Il faut ajouter que la très forte diminution prochaine du nombre de gynécologues libéraux, conjuguée avec la féminisation de la profession médicale, devrait amener les médecins généralistes à prendre en charge beaucoup plus souvent le suivi gynécologique de leurs patientes et donc voir leur place s'accroître dans les dépistages des cancers féminins.

- *Un rôle essentiel de relais de proximité*

Même si le patient a la possibilité de le contourner, le médecin traitant est très souvent étroitement impliqué dans sa décision de se soumettre à un test de dépistage. L'occasion d'une consultation fournit en effet au médecin l'opportunité de vérifier si son patient a bien reçu l'invitation de l'organisme de gestion. S'il ne l'a pas reçue ou l'a égarée, le praticien peut vérifier, *via* Internet¹¹, dans quel cadre il peut bénéficier du protocole validé et lui obtenir une

¹⁰ FLAJOLET A., « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », mai 2008, p.35.

¹¹ Il s'agit du dispositif Web médecin, autorisé par la CNIL lors de sa séance du 10 juillet 2007. Il permet au médecin, en accord avec son patient, d'avoir accès à l'historique des remboursements effectués par la Caisse d'assurance maladie.

feuille d'invitation. Dans le cas où il n'est pas informatisé, il dispose généralement de « bons de dépistage » papier fournis par la structure de gestion.

Il apparaît d'autre part que le courrier d'invitation envoyé par la structure de gestion constitue un véritable support de communication entre le patient et son médecin traitant. Bien souvent, le patient destinataire du courrier souhaite se faire expliquer la démarche de dépistage, parfois mal identifiée. Le médecin joue alors un rôle essentiel de médiation entre le patient et l'organisme de gestion : par une communication humaine de proximité dont les études¹² établissent l'importance au regard de l'engagement dans une démarche de dépistage, il fournit au patient l'« *information complète, compréhensible et pertinente* » qu'il est en droit d'attendre depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il présente l'utilité du dépistage, ses conséquences et ses risques ; il conseille, oriente et rassure.

Destinataire des résultats des tests effectués¹³, le médecin traitant est par ailleurs responsable du suivi du patient en cas de test positif. En Ille-et-Vilaine, le médecin traitant d'un patient diagnostiqué positif au test Hémocult® sera ainsi prévenu le jour même par téléphone par un médecin du centre d'analyse. La structure de gestion s'assurera ensuite auprès de lui que son patient a bien subi une coloscopie.

- *Une implication qui augmente sensiblement la participation aux dépistages*

Il existe de nombreuses évidences que l'absence du médecin traitant d'une campagne de dépistage en limite l'efficacité tandis que son implication favorise une plus grande participation du public concerné.

Ainsi, pour le Dr D., médecin coordonnateur d'une structure de gestion, l'erreur fondamentale des organisateurs des premières campagnes de dépistage du cancer du colon, qui se sont soldées par un échec avec seulement 20 % de participation, a été de passer outre l'idée, soutenue par les équipes de médecins de santé publique à l'initiative de la généralisation de ce dépistage, que « *les patients ne suivraient jamais l'invitation au dépistage faite par un simple courrier* » et « *qu'il leur fallait une interface de confiance, c'est-à-dire leur médecin de famille* ». Ce constat est confirmé par l'étude de Faivre et Dancourt¹⁴, qui indique une fourchette de participation de 28 à 34 % en cas de simple envoi postal du test, contre 53 à 58 % en cas de remise du test par le

¹² DUJONCQUOY S., MIGEOT V., GOHIN-PÉRIO B., « Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes », *Santé Publique*, décembre 2006, volume 18, n°4, pp. 533-547.

¹³ Les résultats des mammographies sont parfois envoyés uniquement au gynécologue. En Ille-et-Vilaine, les radiologues sont invités à demander systématiquement le nom du médecin traitant pour envoi des résultats (entretien CPAM 35).

¹⁴ FAIVRE J., DANCOURT V., « Le dépistage du cancer colorectal, certitudes et questions », *Gastroenterol clin biol*, 2002, n°26, pp. 86-93.

médecin traitant ou le médecin du travail, suivie de son envoi postal aux personnes n'ayant pas consulté.

Selon une enquête de l'ADECI 35¹⁵ sur les motifs de la non-participation aux dépistages organisés, il s'avère par ailleurs que la plupart des personnes n'ayant pas participé au dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal avaient, selon leurs propres dires, négligé d'en discuter avec leur médecin traitant. « *Chez les personnes ne remettant pas directement en cause l'utilité du test, conclut donc l'étude, le potentiel de recrutement est élevé et l'implication des médecins traitants essentielle afin de les conduire à la réalisation du test* ».

D'autre part, le médecin traitant joue un rôle essentiel dans la promotion du dépistage organisé sur le dépistage individuel, dont la résorption au profit du premier constitue un enjeu de taille pour la réussite des campagnes nationales. Le Dr D., médecin coordonnateur, affirme ainsi que, au regard des expériences variées menées dans différents départements, lorsque qu'un dépistage est opéré de façon individuelle autour du spécialiste, le taux de couverture avoisine les 30%, alors que lorsque le médecin traitant est impliqué dans le cadre d'un dépistage organisé, ce taux est multiplié par deux.

Enfin, l'implication du médecin traitant est incontournable pour parvenir à toucher des populations souvent en marge du dépistage, en particulier les personnes en situation de précarité, qui sont généralement peu enclines à adopter des comportements de prévention. Or, ces personnes, que les campagnes de communication ne parviennent pas à sensibiliser, consultent au moins occasionnellement un médecin généraliste¹⁶. L'intervention de celui-ci en faveur de leur inclusion dans le dépistage est donc capitale. Il semble d'ailleurs que leur action en ce sens soit réelle, le dépistage des généralistes étant selon une étude¹⁷ de la SFTG plus orienté que celui des gynécologues vers les femmes « socialement défavorisées ».

L'association des médecins traitants aux dispositifs de dépistage organisé apparaît donc comme largement garante de la réussite des programmes. La relation nouvelle qui lie le patient à son médecin traitant fait naître un sentiment de confiance qui n'est cependant pas dénuée de risques pour le médecin, dans un contexte de judiciarisation de la société.

¹⁵ ADECI 35, « Les motifs de non-participation aux DO ou à leurs examens complémentaires. Résumé de l'étude exploratoire », octobre 2005.

¹⁶ Selon l'ONDPS, seuls 4 % de la population ne bénéficie pas d'un accès normal aux soins primaires.

¹⁷ Jean-Pierre AUBERT *et al.*, « Le dépistage mammographique du cancer du sein chez les femmes de 40 à 70 ans dans les clientèles des généralistes de la Seine Saint Denis (93) et du Val d'Oise (95) », d'après la thèse de doctorat de Valérie Humblot-Bayard, Université Paris V-Necker, 1998.

II - Une responsabilité accrue du médecin traitant qui n'est pas en phase avec les leviers dont il dispose pour agir

Le médecin traitant désormais choisi par son patient d'un commun accord est, comme nous l'avons vu précédemment, invité à assurer les soins de prévention¹⁸. Dès lors, pour que cette mission puisse s'accomplir pleinement, il appartient aux différents acteurs ayant intérêt à favoriser les dépistages validés (patient, médecin et pouvoirs publics), de lever les différents freins à cette nouvelle responsabilité du médecin.

A- Des entraves multiples au rôle du médecin traitant dans les dépistages validés

1- Une organisation historique de la médecine qui freine les programmes de dépistage organisé

- *Des missions de santé publique chronophages et mal rémunérées*

Il ressort, tant de la littérature que des entretiens effectués, que les médecins généralistes, s'ils ne sont pas foncièrement opposés à leurs nouvelles missions de santé publique -ils y seraient même plutôt sensibles- se retrouvent parfois débordés par manque de temps. Les médecins généralistes interviewés soulignent que les patients viennent avant tout en consultation lorsqu'ils sont malades (« *Nous sommes avant tout des médecins traitants* », précise un médecin). Or, au cours de cette consultation ponctuelle, il revient au médecin de faire à la fois une action curative mais également de jouer un rôle préventif dans divers domaines, dont le dépistage organisé, ce qui n'est pas toujours évident. Ainsi un article¹⁹ révèle que selon 66,4% des médecins de l'échantillon, c'est bien le manque de temps qui reste le principal obstacle en matière d'actions de prévention. Ceci se rapproche des conclusions du rapport du député A.Flajolet²⁰ qui observe que « *les médecins sont accaparés par l'empilement de leurs tâches, jugé comme improductif et inéluctable, et focalisés sur la baisse de la démographie* ».

Les problèmes de démographie médicale, que le rapport Flajolet n'est pas le seul à mettre en exergue, doivent en effet être évoqués lorsque l'on cherche à déterminer ce qui freine le dépistage organisé. Le manque de médecins, notamment dans certaines zones géographiques,

¹⁸ Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005.

¹⁹ VENTELOU B., VIDEAU Y., COMBES J-B., « Prévention et santé publique en PACA », *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 11 septembre 2007, volume 21, n°7786779, pp 737-738.

augmente considérablement le nombre de patients par praticien. Ceci pourrait expliquer le temps réduit que le médecin consacre à l'exercice de ses missions de prévention.

Cette observation peut, en outre, être mise en relation avec le schéma historique français d'exercice isolé de la médecine. A la différence par exemple des médecins anglo-saxons, réunis majoritairement en cabinets médicaux au sein desquels exercent également des infirmières, les praticiens français pratiquent seuls²¹. Or, dans le cadre du dépistage organisé, cela n'est pas sans effets néfastes. La rémunération des services d'une assistante ou secrétaire médicale constitue une charge financière importante (« *Je ne vois pas comment un médecin seul pourrait se payer le luxe d'avoir une secrétaire* », nous expliquait un généraliste), ce qui conduit le médecin isolé à effectuer personnellement les tâches administratives relatives au dépistage. Ces activités bureaucratiques sont à l'évidence suffisamment chronophages pour être soulignées. Selon l'association ADECI 35, s'agissant du dépistage du cancer colorectal, la somme forfaitaire de 1000 euros par an tous les 100 dépistages effectués paraît dérisoire compte tenu du temps et de la responsabilité engagés par le médecin.

- *Un manque de clarification de la mission préventive des médecins généralistes*

Les médecins interviewés déplorent également que leur inclusion dans les programmes de dépistage organisé, comme d'ailleurs dans l'ensemble de leurs missions de santé publique, n'ait pas été mieux prise en compte tant au niveau de leur formation que de leurs organisations professionnelles.

En dépit de l'importance de leur rôle dans le domaine de la santé publique, les futurs médecins généralistes ne disposent que d'une formation initiale réduite en la matière. Les enseignements en sciences humaines, éthique, sociologie des populations et de prévention ont encore bien des difficultés à se frayer un chemin dans le cursus universitaire médical, ce qui n'incite pas les jeunes généralistes à s'approprier les programmes de prévention comme celui du dépistage organisé. L'absence de formation spécifique est ainsi invoquée par 27,5% de l'échantillon dans l'étude précédemment citée²² faite en région PACA pour expliquer le peu d'enthousiasme des médecins dans la démarche de prévention. Cet argument est également conforté par nos propres entretiens.

²⁰ FLAJOLET A., député du Pas-de-Calais, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », mai 2008, p.23.

²¹ DREES, « L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Etudes et résultats*, n°314, juin 2004

²² VENTELOU B., VIDEAU Y., COMBES J-B., « Prévention et santé publique en PACA », *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 11 septembre 2007, volume 21, n°7786779, pp 737-738.

Par ailleurs, si la loi de santé publique de 2004 a permis de clarifier leurs compétences dans ce domaine et dans la mesure où la participation au dépistage organisé du cancer du sein fait désormais partie de la convention nationale 2005 (avenant n°12), il n'existe pas à ce jour au niveau réglementaire, comme le déplore le rapport Flajolet, « *de référentiel métier du médecin généraliste, définissant missions, tâches et activités attendues de ce professionnel* »²³. De ce fait, les médecins généralistes éprouvent des difficultés à se situer dans leurs missions et surtout leurs obligations et leur responsabilité en ce qui concerne les dépistages organisés. Le mutisme du conseil de l'ordre à ce sujet est une difficulté soulignée par deux de nos interviewés.

Il convient de souligner sur ce point les bonnes pratiques de la région Bretagne. Les médecins généralistes sont informés sur leurs missions de dépistage par la CPAM. Un représentant de cet organisme rencontré dans le cadre de notre enquête justifie la nécessité d'informer individuellement chaque médecin traitant, afin d'améliorer l'efficacité de ses actions de prévention. Des « délégués de l'Assurance maladie » rencontrent chaque médecin régulièrement, pour leur expliquer les objectifs du dépistage, leur rôle dans ce programme, puis plus tard leur « profil » (nombre de patients dépistés dans leur patientèle). Leur rôle consiste à inciter les médecins aux bonnes pratiques dans un objectif de gestion des risques et de maîtrise des dépenses. L'accueil réservé par les médecins à ce dispositif est très favorable car il va à l'encontre de leur sentiment d'isolement et leurs réticences face à des missions dont ils estiment trop souvent qu'elles leur ont été imposées.

2- Un chevauchement contre-productif entre DO et DI

• *Un chevauchement dû à un cloisonnement médical trop prégnant et à la force des lobbies de spécialistes*

Comme démontré supra, les textes, nationaux comme européens, recommandent fortement aux médecins (voire les obligent) à privilégier le dépistage organisé par rapport au dépistage individuel, ceci pour des raisons d'efficacité avant tout sanitaire, mais aussi administrative et économique. Or, selon nos propres investigations, il semble qu'encore trop souvent, certaines catégories de médecins refusent d'opérer cette translation, surtout dans le domaine du cancer du sein, beaucoup plus lié à la médecine spécialisée que le cancer colorectal.

²³ FLAJOLET A., député du Pas-de-Calais, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », mai 2008, p.34.

Rares sont les écrits qui, dans la littérature, soulignent cet état de fait. L'étude de Gaynard, Namer et Granon²⁴ révèle toutefois que les femmes de la région PACA disent préférer le dépistage individuel au dépistage organisé dans la mesure où une relation de confiance s'est installée avec « *leur médecin (généraliste, gynécologue ou radiologue) qui ne les incite pas au dépistage organisé* ».

Or, il ressort de nos entretiens que ce sont essentiellement les médecins spécialistes qui freinent le recours au dépistage organisé du cancer du sein pour préserver une partie de leur clientèle. Le médecin généraliste interviewé en PACA précise notamment: « *Les réticences peuvent venir peut-être de la part des radiologues libéraux, qui ont tendance à dire à leurs patientes de ne pas participer au dépistage organisé et de privilégier le dépistage individuel, ce qui leur permet de récupérer leur clientèle* ».

L'un de nos interviewés explique à cet égard que la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein, dans la fin des années 80, a été bloquée par le lobby des radiologues qui désiraient « *garder la main* » sur cette activité, amoindrissant ainsi son efficacité.

Il convient néanmoins de souligner que ces réticences particulières de type lobbyiste sont plus ou moins prégnantes selon les zones géographiques. Ainsi, elles sont par exemple, et au contraire de la région PACA, presque étrangères au département d'Ille-et-Vilaine, puisque selon l'ADECI 35, le dépistage individuel du cancer du sein s'élève à 20 % des participants contre 60 % de dépistage organisé. Mais l'association reconnaît qu'il s'agit d'une excellente performance, ce qui n'est pas le cas de la plupart des départements dont la répartition serait plutôt de 30 % de DI et de 40 % de DO, voire 50/50. Ce frein particulier méritait d'être souligné, car il fait apparaître la nécessité d'associer impérativement les spécialistes aux programmes de dépistage organisé pour atteindre les objectifs d'inclusion de 80 % pour le DO du cancer du sein fixés par le Plan Cancer.

• *Un chevauchement dû aux représentations des patients sur le dépistage organisé* Les patients eux-mêmes sont acteurs du chevauchement néfaste entre DO et DI. Ils invoquent deux principales raisons, aussi différentes qu'inattendues, pour expliquer leur non adhésion aux programmes organisés de dépistage.

Premièrement, le dépistage organisé est perçu comme un dispositif social destiné aux personnes en situation de précarité et donc de moindre qualité²⁵. Les médecins généralistes

²⁴ GAYRARD P., NAMER M., GRANON C., « Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein ? », *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2007, n°58, p.13.

²⁵ *Id.*, pp. 12-15 .

interviewés ainsi que l'association ADECI 35 ont confirmé ce point de vue. Une meilleure communication sur les enjeux d'une organisation nationale des dépistages paraît indispensable, comme pour le cancer du sein, secteur où des efforts ont déjà été accomplis (élaboration d'un nouveau cahier des charges du DO en 2001 le rendant plus performant que le DI grâce à la double lecture). Des réflexions sur d'autres stratégies de communication doivent cependant continuer à être engagées.

Deuxièmement, le dépistage organisé est ressenti par certains patients comme une énième « campagne-choc » des gouvernements successifs, sans réelle utilité. Notre interlocuteur à l'ADECI 35 s'en explique par une mauvaise communication de la part des autorités (Ministère de la santé, INCA...) qui privilégient les spots télévisés plutôt que des émissions et des transmissions d'informations plus « sérieuses ». Selon lui, une communication plus documentée serait plus pertinente en termes de résultats.

3- Des réactions mitigées de la part des patients

• Des programmes anxio-gènes

Selon de nombreuses études, la participation au DO est souvent freinée par « *la peur de l'examen et des résultats* »²⁶. Les médecins traitants interviewés sur ce point particulier évoquent unanimement l'anxiété des patients et leur désir de rester dans l'ignorance d'une pathologie grave.

Une récente étude de l'INCA²⁷ révèle qu'un des freins principaux au dépistage organisé du cancer colorectal est « *la croyance dans le caractère fatal du dépistage et la confusion entre dépistage et diagnostic* ». Les conclusions sont les mêmes pour le cancer du sein : « *Ainsi le cancer du sein est présent à l'esprit de l'ensemble des femmes rencontrées, mais ces femmes déploient des stratégies pour ne pas y penser, stratégies d'évitement qui marchent d'autant mieux que ces femmes sont partiellement informées* »²⁸. Plus grave encore, la pratique du dépistage pourrait même être à l'origine de « *réactions anxieuses ou dépressives* »²⁹. Ces constats révèlent l'importance de la communication sur l'utilité d'un dépistage suffisamment précoce et la nécessité de s'employer à changer ces perceptions erronées.

²⁶ GAYRARD P., NAMER M., GRANON C., « Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein? », *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2007, n°58, pp. 12-15.

²⁷ DE FOUCHIER M., « Freins à la participation au dépistage du cancer colorectal », présentation MEDEC 2008, session INCa, www.inca.fr

²⁸ SANCHO-GARNIER H., MAIGNIEN M., MERGIER A. et le groupe de pilotage de la LNCC, « La communication pour le dépistage organisé du cancer du sein : avis des femmes », *BEH*, n°04, 21 janvier 2003, pp.27-28.

²⁹ Rédaction de la revue, « Mammographies et dépistage du cancer du sein : une balance bénéfices-risques peu favorable », *La Revue Prescrire*, mai 2006, tome 26, n°272, pp. 347-349.

• *La précarité, source d'éloignement du dépistage organisé*

Selon nos interlocuteurs, l'attitude de désintérêt de certains patients envers les pratiques de dépistage organisé constitue le frein ultime sans doute le plus délicat à traiter. Au vu de la littérature et des entretiens menés par nos soins, ce désintérêt semble avant tout être le fait des couches sociales les plus défavorisées de la population. Comme le relève l'INVS dans son *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de janvier 2007³⁰, les personnes les moins instruites ou le groupe des professions manuelles recourent beaucoup moins aux dépistages.

Un des médecins traitants, questionné à ce sujet, déclare qu' «*il y a un monde entre ce que disent les sociétés savantes et politiques et ce qu'il est possible de faire avec les patients* ». Cette opinion, largement partagée, est confortée par le désarroi du médecin face à des patients qu'il ne voit qu'en sa qualité de médecin traitant et qui sont exclus de tout parcours obligatoire de prévention de santé publique.

Le médecin traitant n'a aucune légitimité à imposer à son patient une consultation de prévention, la « consultation de santé publique », affichée par la loi de 2004, n'ayant jamais été créée. A titre d'exemple, une enquête dans la région PACA révèle que 33,8 % des médecins estiment que la résistance des patients est un des freins principaux aux dépistages organisés³¹.

Dans une interview de 2005, le président de l'INCA, M. Khayat, justifiait les mauvais résultats des DO dans certains départements par le désintérêt et l'éloignement de certaines couches de population et réaffirmait, à cette occasion, sa volonté d'intensifier la communication pour les atteindre en particulier³². Pour exemple, l'ADECI 35 développe des réunions type « Tupperware® » dans les mairies, les associations, les maisons de quartier, pour présenter le dépistage à des groupes réduits. 2 à 3% de personnes supplémentaires, pour l'essentiel en situation de précarité, ont ainsi pu être informées par ce biais. Selon le médecin traitant interviewé en Isère, l'ODLC (Office de Lutte contre le Cancer, association de gestion du département) propose des campagnes d'information des populations avec des relais dans chaque canton, sur le même principe.

La diffusion de ces expérimentations paraît indispensable au niveau national. En effet, les couches les moins favorisées de notre société sont à la fois celles qui sont les plus éloignées du

³⁰ InVs, « Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord – Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, 23 janvier 2007, pp.17-20.

³¹ VENTELOU B., VIDEAU Y., COMBES J-B., « Prévention et santé publique en PACA », *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 11 septembre 2007, volume 21, n°7786779,

³² KHAYAT D., « Interview : Comment organiser la lutte contre le cancer ? », *Risques*, avril-juin 2005, n°62, pp. 9-15.

DO et celles qui semblent en avoir le plus besoin car elles n'entrent pas non plus dans le parcours du dépistage individuel. C'est par conséquent sur cette tranche de la population qu'il conviendra d'axer la réflexion pour de futures propositions.

Ainsi, au terme de cette analyse de l'identification des freins aux dépistages validés, il apparaît que le médecin traitant ne dispose pas de l'ensemble des leviers nécessaires à l'exercice de sa pleine responsabilité en matière préventive. Pourtant, comme nous l'avons vu, le médecin traitant est placé dans une situation de responsabilité vis-à-vis de son patient. Ce fait est d'autant plus dommageable que la nature même de la relation médecin traitant / patient pourrait prendre la voie d'une nature contractuelle dans le domaine de la prévention. Dès lors, que penser d'un patient accusant son médecin d'une perte de chance, pour ne pas l'avoir suffisamment mis en garde contre le fait de ne pas suivre scrupuleusement les recommandations posées par un dépistage validé ?

B- Un décalage émergent entre le statut de médecin traitant et la possibilité d'une exposition contentieuse

1 – La relation médecin / patient : un ancrage contractuel

En droit privé, d'une façon générale, la responsabilité médicale est restée fondée sur la faute. En 1936, dans l'arrêt Mercier, la Cour de cassation a posé le principe selon lequel : *« Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement sinon, bien évidemment, de guérir le malade, du moins de lui donner des soins consciencieux, attentifs, et réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science; que la violation, même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle ».*

Or, un contrat est une *« convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres à faire ou à ne pas faire quelque chose »* (article 1101 du Code civil). C'est un accord de volontés : celle de soigner et celle d'être soigné. Chaque partie prend donc des engagements réciproques l'une envers l'autre : c'est un contrat synallagmatique (article 1102 du Code civil) qui entraîne des droits et devoirs et pour le médecin et pour le patient.

Le contrat induit notamment le droit à l'information bien que pendant longtemps, certains impondérables n'aient pas été communiqués au patient. En effet le juge judiciaire

(comme le juge administratif) dispensait le praticien du signalement du risque dont la réalisation était exceptionnelle³³. Cependant, avec l'assentiment de la doctrine les juges ont modulé la substance de l'information en invoquant l'intérêt du malade et celui de la pratique médicale. De ce fait, ils optent pour une information portant sur tous les risques graves qu'ils soient exceptionnels ou fréquents³⁴. Par ailleurs, la charge de la preuve prend un autre aspect depuis un arrêt de 1997³⁵. Celui-ci précise que dans le cadre d'un litige, il appartient au médecin d'apporter la preuve qu'il a donné au patient l'information souhaitable.

Toutefois, il convient de souligner, comme le prévoit l'arrêt précité que la preuve peut être faite par tous moyens. Elle peut être apportée par un faisceau de présomption, suivant les circonstances de l'espèce comme l'illustre une décision³⁶ à propos d'une extraction dentaire.

Il appartient donc aux médecins de se ménager désormais toute preuve, y compris écrite, de l'information donnée.

C'est aussi une obligation déontologique. A cet effet l'article 35 du Code de déontologie médicale dispose : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension* ».

L'ensemble de ces décisions de justice peut être transposé au médecin traitant, du fait de sa meilleure connaissance du patient, de ses antécédents et de son environnement. La jurisprudence devient parfois, mais de façon très sporadique, plus exigeante comme le met en exergue une décision de la Cour de cassation³⁷ relative à la continuité des soins et de diagnostic.

Ainsi, au terme de cette analyse, il apparaît que la relation médecin traitant / patient relève bien, aux yeux de la jurisprudence, d'une nature contractuelle. Dès lors, l'exposition contentieuse du médecin pourrait devenir réalité en matière de dépistage, s'il veut prouver que, par son action ou son inaction, il n'a pas participé à la perte de chance de son patient en matière de santé. Cependant, cette probabilité doit être tempérée.

³³ Cour de Cassation 1^{ère} civ du 14 avril 1961

³⁴ Cour de Cassation 1^{ère} civ, Madame X, du 7 octobre 1998

³⁵ Cour de cassation, Monsieur Y, en date du 25 février 1997

³⁶ Tribunal de grande instance de Rennes en date du 9 mars 1998

³⁷ Cour de cassation, 25 mai 1971

2 - Les limites d'une excessive responsabilisation du médecin traitant

Nous ne disposons pas aujourd'hui d'une jurisprudence pour tirer des conclusions définitives sur le cas spécifique du médecin traitant. Cependant, à partir de la jurisprudence antérieure relative à l'exercice de la médecine, il est possible de tracer les limites d'une responsabilisation excessive du médecin traitant.

La responsabilisation du médecin traitant porte avant tout sur l'obligation d'informer son patient sur l'ensemble des risques encourus. Dans le cadre de la responsabilité du médecin, il est admis que le contrat médical ne met à la charge du médecin qu'une obligation de moyens. Ce dernier s'engage ainsi à assurer personnellement au patient des soins « *consciencieux, attentifs* » et fondés sur les « *données acquises de la science* ».

En effet, le médecin ne peut par exemple être tenu responsable du préjudice subi par une patiente qui aurait préféré être opérée sous anesthésie locale plutôt que sous anesthésie générale, dès lors que ce médecin avait informé la patiente des risques liés à ce mode d'anesthésie. La Cour de cassation³⁸ a précisé que le médecin n'est pas tenu de réussir à convaincre son patient du danger de l'acte médical qu'il demande.

Hormis les cas d'urgence, d'impossibilité ou de refus du patient d'être informé, un médecin est tenu de lui donner une information loyale, claire et appropriée sur les risques graves afférents aux investigations et soins proposés, même si ces risques sont minimes ou exceptionnels, précise la Cour de cassation dans un arrêt en date du 10 mai 2000. Le préjudice indemnisable à la suite du non-respect de l'obligation d'information du médecin, laquelle a pour objet d'obtenir le consentement éclairé du patient, est la perte d'une chance d'échapper au risque qui s'est finalement réalisé. Dès lors, il viole les articles R. 4127-36 du Code de la santé publique et 1382 du Code civil. La Cour³⁹, après avoir écarté toute perte de chance d'échapper au risque qui s'est réalisé, alloue au malade une indemnité au titre du préjudice moral éprouvé par lui du fait du manquement à l'obligation d'information, au motif que le malade non informé n'avait pu anticiper le risque qui s'est réalisé.

Par ailleurs, le médecin traitant peut être soumis au Conseil de discipline⁴⁰ pour un manquement à son devoir d'information ou pour une absence d'examen complémentaire⁴¹.

³⁸ Cour de cassation 1^{ère} Mme Y, le 18 janvier 2000

³⁹ Cour de cassation 1^{ère} M. X 6 décembre 2007

⁴⁰ Conseil de discipline en date 15 février 2007

⁴¹ Conseil de discipline en date du 2 décembre 2004

La délivrance d'une information claire et éclairée ne pourra être appréciée par le juge qu'*in concreto* (à la lueur des faits et en considération de la personne). En effet, aucun contrat type ne pourra être le reflet de tous les individus pris dans leur diversité et plus particulièrement dans le respect de leur compréhension face notamment à une nécessité de se soumettre à un dépistage.

Cependant, le médecin traitant doit prendre en compte toute la portée et le sens de la notion de parcours coordonné. Il n'a désormais plus la possibilité de se retrancher derrière le nomadisme médical : il devient ainsi le chef d'orchestre de la santé des hommes avec lesquels il a contracté. Les prochaines décisions de jurisprudence sur le contentieux entre le patient et son médecin traitant seront particulièrement éclairantes sur l'évolution de la responsabilité du médecin, en particulier sur le bien-fondé de la décision de solliciter ou non un spécialiste et la pédagogie mise en place pour expliquer la décision au patient.

Par ailleurs, dans le cadre des dépistages validés qui peuvent être soumis à des techniques invasives dont les risques ne sont pas négligeables, le degré d'implication et de sensibilisation du médecin devra être apprécié.

La seconde limite qui protège le médecin traitant d'une responsabilisation excessive de son activité réside dans **la relation de confiance** qui se cache derrière le choix contractuel de son médecin traitant par un patient. Cette relation est d'autant plus forte qu'elle est entretenue par la couverture géographique inégale que connaît la médecine générale. En effet, aujourd'hui en milieu rural, et demain en milieu plus urbanisé, un patient disposant d'un médecin unique autour de lui pourra-t-il réellement se permettre une judiciarisation de ses rapports avec son médecin traitant ?

Enfin, le dépistage validé est, comme nous l'avons abordé dans la première partie, un processus complexe, faisant intervenir de nombreux acteurs. Dès lors, il restera difficile à un patient de prouver que l'information médicale, qui emprunte de multiples canaux (en dehors du dépistage du cancer du col de l'utérus), ne lui est pas parvenue du seul fait de son médecin traitant. Ce serait alors faire porter aux seuls médecins traitants, la totalité du poids d'une campagne de dépistage, alors qu'il n'en maîtrise ni l'élaboration, ni la conduite.

III- Préconisations

Pour augmenter le taux de dépistage des cancers, nos réflexions nous amènent à proposer plusieurs axes de réforme. Nous nous sommes inspirés, pour ce faire, de divers travaux (MIP, rapports parlementaires cités en bibliographie), des entretiens réalisés et des réflexions consensuelles du groupe.

A. En regard des médecins

Proposition 1 : Renforcer la formation médicale initiale dans le domaine de la prévention.

Cette formation devrait inclure des cours de santé publique, d'éducation pour la santé, une formation en psychologie, sociologie et anthropologie. Il serait utile que des outils de communication soient enseignés aux médecins, qui se trouvent encore trop démunis pour plaider en faveur des dépistages.

Proposition 2 : Mettre en place un nouveau « contrat de santé publique ». Celui-ci, simplifiant et complétant les dispositifs actuels, lèverait le flou juridique quant à la place du médecin traitant dans la politique de santé publique en définissant précisément les missions qui lui sont attribuées (sur le modèle du « contrat sanitaire » pour les vétérinaires). Ce contrat pourrait venir préciser le cahier des charges des consultations de prévention prévues par la loi du 9 août 2004 pour en faire l'un des principaux outils du médecin. Enfin, il prévoirait l'information et la formation du médecin signataire de ce contrat (information par l'assurance maladie, sur le modèle de ce qui se fait en région Bretagne par la CPAM). En parallèle, il reviendrait au Conseil de l'ordre de clarifier les missions du médecin traitant et d'informer régulièrement ce dernier de ses obligations nouvelles, par le biais d'envoi de documents de synthèse.

Proposition 3 : Valoriser les EPP en médecine libérale dans le cadre des dépistages. Au-delà de leur caractère obligatoire, on peut souligner que 5 ans après la parution des textes législatifs et réglementaires sur l'EPP par les URML, seules 81 évaluations individuelles ont pu être recensées. Or, les médecins libéraux qui s'engagent dans cette voie bénéficient d'une aide à la souscription de leur assurance en responsabilité civile professionnelle par la CNAMTS. A ce titre, il peut sembler pertinent d'initier une démarche d'EPP centrée sur les dépistages organisés en médecine libérale. Cela pourrait améliorer la traçabilité des démarches menées, le renforcement du label qualité des dépistages auprès des usagers et le développement des bonnes

pratiques au sein des territoires de santé dans une dimension de coopération des acteurs médicaux.

Proposition 4 : Faciliter l'échange d'informations entre médecins. Le développement de la communication (télémédecine, échange de données...) avec un centre de référence hospitalier permettrait de diffuser les compétences et le partage des expériences. Le médecin libéral doit avoir une mission de service public et promouvoir la « prévention globale » auprès de ses patients, comme auprès des relais naturels, bénévoles ou coordonnateurs, pour faciliter le bon fonctionnement d'une communauté de santé. Il s'avèrerait donc également nécessaire d'inclure les spécialistes dans la formation dispensée par l'association gestionnaire aux généralistes. Les formations devraient être dispensées aux deux catégories de médecins en même temps pour optimiser la synergie des compétences.

Proposition 5 : S'inspirer des modèles étrangers. Le système anglais actuel pourrait s'appliquer aux médecins traitants français. Un regroupement en cabinets médicaux formés à la fois de plusieurs médecins et d'infirmièr[e]s permettrait de fusionner les moyens de ces praticiens pour qu'ils puissent rémunérer une secrétaire ou une assistante médicale, à qui ils délègueraient tous les travaux administratifs induits par les dépistages organisés (relance téléphonique, vérification de la fréquence des dépistages effectués...). Si telle n'est pas la volonté des médecins, la délégation de la pratique des dépistages organisés pourrait alors revenir aux infirmièr[e]s, sous la responsabilité médicale.

Si les pouvoirs publics estiment que cette proposition est à ce jour trop irréaliste car freinée par la pratique isolée de la médecine dans de nombreuses zones géographiques, il conviendrait de réfléchir à l'élaboration d'un système mixte de rémunération. L'Etat pourrait rémunérer par capitation les médecins traitants au regard de leurs missions de santé publique. Cette rémunération serait rendue plus attractive que le système actuel. Mais la contrepartie serait alors la remise en cause partielle du paiement à l'acte.

B. En regard des personnes concernées par les dépistages

Proposition 6 : Optimiser le concept de « santé positive ». Ce concept vise à mobiliser chaque citoyen dans la prise en charge de sa santé. Dans le cadre des dépistages organisés, il pourrait susciter une plus forte participation des personnes à l'écart du dépistage, en lien avec les missions du Ministère de la santé, des agences nationales et de la politique de la ville. A titre d'exemple, le renforcement de la communication informative sur le cancer et les dépistages

organisés pourrait être réalisé sous forme d'émissions participatives, d'articles et d'interviews de médecins dans les journaux. Il semble nécessaire d'inclure les chiffres du dépistage pour faire comprendre aux patients son utilité.

En parallèle, ce concept de santé positive permettrait d'amoindrir l'effet anxiogène du dépistage. Par exemple, une relance personnalisée par le médecin traitant ou son assistante, mieux connus du patient, pourrait être envisagée.

Proposition 7: Responsabiliser les personnes quant à la prévention de leur santé et des dépistages validés. Le refus de se prêter au DO vient souvent d'un éloignement du patient du monde médical pour des raisons financières. A ce titre un système incitatif pourrait être envisagé:

- La mise en place de la consultation de prévention imaginée par la loi du 9 août 2004 pourrait être renforcée comme suit : le passage chez le médecin traitant pour les dépistages, via la création d'un « bon de dépistage » à délivrer par celui-ci pour se rendre chez le spécialiste pourrait devenir obligatoire et incitatif financièrement. De ce fait, si la personne fait le choix de ne pas entrer dans ce cadre, elle s'exposerait à un moindre remboursement des consultations classiques.

- En contrepartie, en guise de « bonus », les personnes défavorisées bénéficieraient d'un dépistage et d'examens complémentaires (s'il y a lieu) en ambulatoire sans avance de frais par une collaboration du médecin traitant avec les spécialistes (gynécologues et radiologues) des établissements publics de santé.

- Enfin, les mutuelles pourraient être associées à cette dynamique en mettant en place un système financier incitatif pour les patients qui se prêteraient au jeu de la prévention et des DO.

C. En regard du dispositif de dépistage organisé

Proposition 8 : Créer un système d'information efficace en direction du médecin traitant.

Au cours de nos entretiens il est apparu pertinent de mettre en œuvre un croisement des fichiers relatif aux dépistages et au choix du médecin traitant par chaque patient pour mieux localiser les patients ne participant pas au DO. Il permettrait également une traçabilité de toutes les données du DO pour améliorer l'exhaustivité des études épidémiologiques. La faisabilité technique et juridique ne semble pas être problématique. L'absence d'avis de la CNIL sur cette question spécifique à ce jour ne permet cependant pas d'en être formel.

CONCLUSION

Suite au travail de recherche mené, il apparaît qu'au regard de l'évolution sociale et sociétale, la prévention commence à prendre une place conséquente dans le dispositif de santé français. Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre des cancers ont fait prendre conscience aux pouvoirs publics de la nécessité de modifier leur politique de santé, en renforçant la prévention et l'éducation pour la santé auprès des populations. De fait, la notion de dépistage organisé apparaît comme un des moyens forts pour responsabiliser la population et répondre à ces nouveaux enjeux de santé publique.

Dans le cadre de ces nouvelles activités de prévention, le médecin traitant devient l'acteur-clé d'une convergence entre le médical et le social. Les missions de santé publique énoncées dans l'arrêté du 3 février 2005 révèlent l'engagement du médecin traitant dans ce nouveau dispositif. La contractualisation de la relation médecin traitant/patient amène des implications médico-légales fortes. La judiciarisation actuelle de la relation médecin/patient laisse présager le développement de recours à l'encontre des médecins traitants au regard de leurs nouvelles missions.

Dans cette dynamique d'ébauche, les moyens mis en place actuellement par les pouvoirs publics ne semblent pas suffisants pour que le médecin traitant puisse répondre à ses nouvelles obligations. Fort de ce constat, il apparaît souhaitable de développer des mesures réalistes correspondant aux besoins de santé de la population.

Dans le cadre plus particulier des dépistages organisés, le fruit de nos recherches met en évidence la réelle nécessité d'une collaboration étroite entre les acteurs du système sanitaire et la responsabilisation des personnes face à leur santé. Enfin, c'est dans une dynamique communautaire grâce à un travail en pluridisciplinarité que le dépistage organisé pourra prendre toute son ampleur.

Bibliographie

Textes officiels :

CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE, Recommandation du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer, *Journal officiel de l'Union européenne*, 16 décembre 2003, L327/34 – L327/38.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, Circulaire DGS/SD5A/SD1A/2007/38 du 23 janvier 2007 relative aux modalités de financement des dépistages organisés des cancers pour 2007, http://doc.intranet.sante.gouv.fr/textoffi/circulair/pages07/07_38.htm.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, *Journal officiel de la République française* n°190 du 17 août 2004.

MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Projet annuel de performance du programme santé publique et prévention, Loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008, *Journal officiel de la République française* n°0300 du 27 décembre 2007.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistages des cancers, *Journal officiel de la République française* n°295 du 21 décembre 2006.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005, *Journal officiel de la République française* n° 35 du 11 février 2005.

Rapports :

« Recommandation pour le dépistage du cancer dans l'Union européenne », rapport préparé par le groupe des experts pour la prévention des cancers de l'UE, novembre 1999, consultable sur www.invs.sante.fr/publications/depistage_cancer/depistage_cancer.htm.

Dr DURAND., Dr ROBERT., Dr DENIS., Dr PIETTE., Dr MALLARD., Dr DE KORVIN., Dr MANFREDI., « Rapport d'activité 2007 de l'ADECI 35 », mars 2008, (budget prévisionnel 2008 en annexe).

FLAJOLET A., député du Pas-de-Calais, « Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire », rapport remis le 28 avril 2008 à Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, consultable sur http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER, « Repérage, dépistage et diagnostic précoce des cancers », *in* « Rapport sur la situation du cancer en France en 2007 », pp.49-69, consultable sur

http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/4_situationcancerfrance_2007_partie3_48a69.pdf

PAPARONARIS A. (dir.), « La médecine générale face à ses nouvelles missions de santé publique », MIP 2007, Groupe 10, consultable sur http://ressources.ensp.fr/memoires/2007/mip/groupe_10.pdf

Ouvrage :

TUBIANA-MATHIEU N., *Cancers : prévention et dépistage*, Paris, Masson, 2002.

Articles:

ADECI 35, « Les motifs de non-participation aux DO ou à leurs examens complémentaires. Résumé de l'étude exploratoire », *in* « Campagne de prévention et de dépistage des cancers colorectaux : Dossier documentaire », ADECI 35, janvier 2007.

AUBERT J.P., FALCOFF H., FLORES P. *et al.*, « Dépistage mammographique individuel du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans : audit de pratique de 41 médecins généralistes d'Ile-de-France », *La Revue du Praticien- Médecine Générale*, n° 300, 22 mai 1995, p 40-51.

AUBERT J.P., FALCOFF H., FLORES P. *et al.*, « Le dépistage mammographique du cancer du sein chez les femmes de 40 à 70 ans dans les clientèles des généralistes de la Seine Saint Denis (93) et du Val d'Oise (95) », d'après la thèse de doctorat de Valérie Humblot-Bayard, Université Paris V-Necker, 1998. Article consultable sur <http://www.unimedia.fr/homepage/sftg/recherche/depistmamval.html>

DE FOUCHIER M., « Freins à la participation au dépistage du cancer colorectal », présentation MEDEC 2008, session INCa, www.inca.fr

DREES, « L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Etudes et résultats*, n°314, juin 2004.

DUJONCQUOY S., MIGEOT V., GOHIN-PÉRIO B., « Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes », *Santé Publique*, décembre 2006, volume 18, n°4, pp. 533-547.

DUPORT N., ANCELLE-PARK R., BOUSSAC-ZAREBSKA M. *et al.* , « Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein », InVS, juin 2007, p.1, consultable sur http://www.invs.sante.fr/publications/2007/plaquette_cancer_sein/plaquette_cancer_sein.pdf

FAIVRE J., DANCOURT V., « Le dépistage du cancer colorectal, certitudes et questions », *Gastroenterol clin biol*, 2002, n°26, pp. 86-93.

GAYRARD P., NAMER M., GRANON C., « Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein? », *Actualité et dossier en santé publique*, mars 2007, n°58, pp. 12-15.

InVs, « Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord – Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 2-3, 23 janvier 2007, pp.17-20.

KHAYAT D., « Interview : Comment organiser la lutte contre le cancer ? », *Risques*, avril-juin 2005, n°62, pp 9-15.

ORS PACA, « Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur », *Regard Santé*, n°16, 2006, pp. 1-6.

Rédaction de la revue, « Mammographies et dépistage du cancer du sein : une balance bénéfices-risques peu favorable », *La Revue Prescrire*, mai 2006, tome 26, n°272, pp 347-349.

SANCHO-GARNIER H., MAIGNIEN M., MERGIER A. et le groupe de pilotage de la LNCC, « La communication pour le dépistage organisé du cancer du sein : avis des femmes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°4, 21 janvier 2003, pp.27-28.

VENTELOU B., VIDEAU Y., COMBES J-B., « Prévention et santé publique en PACA », *La Revue du Praticien – Médecine Générale*, 11 septembre 2007, volume 21, n°7786779, pp. 737-738.

Référentiel :

ANAES/SFTG, *Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale : Dépistage du cancer du sein en médecine générale*, septembre 2004 consultable sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Depist_cancer_sein_epp_ref.pdf