

Place du médecin traitant dans le dépistage : encore trop paradoxale !

Didier Duhot

Médecin généraliste
à Montreuil-sous-Bois

Sa place dans le dépistage devrait être centrale, puisque son rôle incitatif est prouvé, mais elle n'est pas toujours bien reconnue. La communication des résultats au médecin traitant gagnerait à être améliorée. Des outils informatiques d'aide au dépistage sont d'ores et déjà disponibles.

On peut distinguer trois types de dépistage :

- le dépistage organisé (DO) qui concerne actuellement le sein, le côlon, et, pour certains départements, le col de l'utérus ; il est dit organisé, car il repose sur des recommandations nationales prenant en compte un seuil d'efficacité médico-économique ; il est fondé sur l'âge et le sexe, et géré à l'échelon départemental par des structures de gestion ;
- le dépistage ciblé (dit individuel organisé) qui repose aussi sur des recommandations, mais il est organisé par les professionnels de premier recours au sein de leur patientèle ; il prend en compte un nombre beaucoup plus important de facteurs de risque personnels et familiaux, et conduit à faire un dépistage en dehors des bornes du dépistage organisé, avec des techniques ou des rythmes différents ;
- le dépistage individuel qui ne repose pas vraiment sur des recommandations de bonnes pratiques, mais souvent sur les craintes et représentations des patients et des médecins. Il amène, par exemple, à prescrire une radiographie pulmonaire à un fumeur hors de tout contexte pathologique en se disant qu'« avec un peu de chance nous découvrirons une lésion de petite taille et... ».

Le dépistage organisé et le dépistage ciblé sont complémentaires et en aucune façon concurrents. En effet, le dépistage ciblé met en place un dépistage « hors des bornes » pour des populations qui souffriraient d'une perte de chance si elles n'en bénéficiaient pas, et permet l'acculturation des patients au dépistage organisé.

L'appui des généralistes améliore la participation au dépistage

La place des médecins traitants dans le dépistage est actuellement paradoxale : d'une part, ils prennent en charge pratiquement l'ensemble de la population sur deux ans, et pourraient donc jouer un rôle central ; d'autre part, les moyens techniques et humains ne leur sont pas donnés pour mener à bien cette mission.

Plusieurs études ont montré que les systèmes s'appuyant sur les MG augmentaient la participation des patients, comme l'expérimentation de dépistage du cancer colorectal en Bourgogne. Autre exemple, une synthèse de la littérature sur le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Europe ⁽¹⁾ a montré que lorsque le MG invitait ses patients à se faire dépister, la participation augmentait de 7,8 % (Pays-Bas), et qu'une rémunération spécifique du MG augmentait le taux de couverture à 80 % (Royaume-Uni). Il est alors éton-

nant que certains centres de gestion aient choisi d'exclure de fait les MG du circuit de certains dépistages.

Notons enfin que le paiement à l'acte ne favorise pas la nécessaire modification des organisations, comme la mise en place de binômes MG et infirmière de santé publique promue par le réseau Asalée ⁽²⁾.

Rapports des MG avec les autres acteurs du dépistage

La plupart des centres de gestion adressent les informations des dépistages aux médecins traitants. Selon les dépistages, cette information circule de manière différente :

- pour le côlon, il n'y a en principe pas de problème, ni avec les structures de gestion (le MG remet le test Hemocult et en reçoit les résultats) ni avec les gastroentérologues qui pratiquent les coloscopies en cas de positivité du test, car le médecin généraliste privilégie les correspondants qui offrent des soins de qualité, le courrier de retour d'information en faisant partie ;
- pour le sein (et le col), des problèmes peuvent se poser quand le dépistage (soit ciblé, soit organisé dans certains départements) est prescrit par un gynécologue ; contrairement aux laboratoires d'anatomopathologie, il est moins fréquent que ceux-ci fassent des courriers aux médecins traitants, et ce malgré les obligations d'information de la loi de mars 2004. La patiente doit alors elle-même

Trois messages clés

- Les pouvoirs publics et les institutions doivent donner aux médecins généralistes les moyens techniques et humains d'assumer leurs missions de santé publique. Ainsi, la Cnam pourrait donner tous les ans aux MG la liste des femmes âgées de 50 à 74 ans dont ils sont le médecin traitant et qui n'auraient pas fait de mammographie dans les deux dernières années.
- Il est nécessaire que les médecins soient convaincus des bénéfices du dépistage et de leur rôle dans le système.
- Des outils informatiques existent pour améliorer la qualité des soins, et les MG doivent continuer à s'en emparer. Leur intégration aux logiciels médicaux est un facteur important de l'amélioration des prises en charge.

transmettre à son médecin traitant une copie du compte rendu de mammographie ou de frottis.

L'information transmise est en général bonne, explicite et claire, comme la classification ACR des mammographies. Certains radiologues, d'eux-mêmes ou à la demande du prescripteur, utilisent cette classification pour les examens hors dépistage organisé. En revanche, le taux de mammographies classées normales en première lecture et reclassées anormales en seconde lecture par cabinet de radiographie n'est pas connu, car cette information détenue par les centres de gestion n'est pas rendue publique.

Le Dépican, un logiciel d'aide au dépistage

La SFMG met à disposition gratuitement pour tous les médecins un logiciel d'aide au dépistage, le Dépican. Ce logiciel permet de proposer la meilleure conduite de dépistage en fonction des facteurs de risque des patients et de la revue de la littérature. Ce module, ac-

tuellement autonome, est en cours d'intégration par certains éditeurs à leur logiciel de dossier médical.

Nous travaillons à la mise à jour de ses référentiels, en particulier avec les gastroentérologues de la SFNGE, et nous participons à plusieurs groupes de travail de l'INCa pour apporter une expertise généraliste. ⁴¹⁴⁷⁴⁵ ■

L'auteur remercie les Drs Gavid, Hebbrecht et Szidon pour leurs conseils et relectures de cet article.

L'auteur ne déclare pas de conflit d'intérêt en dehors de participations à des groupes de travail de l'INCa.

1. Ruelle Y. The role of European general practitioners in cervical cancer screening and its effects on the success of this screening. Wonca Europe 2008 Istanbul.

2. Rapport n° 1733 - Bourguet Y, Le Fur P, Mousquès J, Yilmaz E. Coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Irdes décembre 2008.