

## CONTEXTE

En France, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est généralisé depuis 2009. Les personnes de 50-74 ans sont invitées par courrier (avec 2 relances) tous les 2 ans à consulter leur médecin traitant (MT) qui prescrit un test après vérification des critères médicaux d'éligibilité. L'évaluation du programme pilote montrait une adhésion de 42%. Dans ce contexte, il est pertinent d'étudier les facteurs associés à l'adhésion afin d'envisager des interventions ciblées sur des populations précises de patients et/ou de MT.

## OBJECTIFS

- Estimer la part de la variabilité de l'adhésion liée à des comportements différents entre médecins (variabilité inter-MT)
- Identifier les caractéristiques des patients et des médecins associées à une meilleure ou une moindre adhésion
- Analyser les effets de ces facteurs sur les 2 phases du programme (invitation et relance)

## POPULATION ET MÉTHODES

L'étude a inclus l'ensemble des patients de 50-74 ans ayant un MT et résidant dans le Val-de-Marne lors de la première campagne (06/07 à 12/08) qui a reçu une invitation et au moins une relance si nécessaire.

Les données proviennent de la structure de gestion du programme, de la CPAM et, pour un sous échantillon, d'une enquête auprès de 200 MT. A défaut de données individuelles sur le statut socio-économique des patients, un indicateur de précarité construit au niveau de sa zone IRIS de résidence d'après une analyse en composante principale est associé à chaque patient.

Une modélisation logistique multiniveau est conduite, les patients représentant le premier niveau et les MT le second. Les MT ayant au moins 10 patients éligibles sont inclus.

Un premier modèle teste le genre, l'âge et le niveau de précarité de la zone de résidence\*<sup>1</sup> de l'ensemble de la population (155 842 patients), et le genre, le secteur conventionnel, le volume d'actes en 2009 et la taille de la population éligible dans la patientèle pour 884 MT.

Un second est réalisé sur le sous-échantillon de MT enquêtés (39 291 patients) pour tester d'autres caractéristiques MT : âge, exercice en groupe ou solo, présence d'une secrétaire, consultation sur rendez-vous.

Enfin, une modélisation multinomiale multiniveau compare les facteurs d'adhésion avant et après relance. Les analyses sont ajustées sur le recul depuis l'invitation.

\*Un modèle cross-classified de niveau 2 IRIS-médecins a permis de vérifier la pertinence de l'association au niveau du patient de l'indicateur de précarité lié à sa zone de résidence.

## RESULTATS

Le taux d'adhésion est de 30% soit 16,7% à l'issue de l'invitation et 15% à l'issue de la relance.

### → VARIABILITÉ INTER-MÉDECINS

Le taux d'adhésion varie de 0 à 76% de la patientèle éligible des MT. **5,5% de la variabilité de l'adhésion est liée à des comportements différents entre MT**, 11% avant la relance et 3,4% après.

### → FACTEURS ASSOCIÉS À L'ADHÉSION

La probabilité d'adhésion des patients **augmente avec leur âge (+3%/an)**. Elle est **moindre chez les hommes (-21%)** et les **résidents des zones les plus défavorisées (-14%)**. Elle est **plus élevée pour les patients ayant un MT femme (+20%)**, **exerçant en secteur 1 (+9%)** ou avec une **proportion de patients éligibles plus importante (+5% par 10 points)** [voir tableau 1].

Les analyses conduites sur le sous échantillon\*\* montrent que l'adhésion **augmente** pour les patients dont le **MT consulte sur rendez-vous (+16%)** ou a une **secrétaire (+12%)**. Elle **diminue inversement à son âge (-2%/an)** et son **volume d'activité (-6% pour 500 actes/an)**. Le secteur conventionnel, le genre du MT et le mode d'exercice en groupe ou solo n'ont plus ou pas d'effet [voir tableau 2]. Ces caractéristiques augmentent le pouvoir explicatif du modèle (20,9% de la variabilité inter-MT est expliquée contre 6,5% précédemment).

L'analyse multinomiale ne montre pas de différence entre les deux phases du programme pour les facteurs étudiés.

\*\* à l'exception d'une proportion de patients éligibles plus importante, il est représentatif de l'échantillon total

**Tableau 2 : Facteurs influençant l'adhésion des patients au programme de dépistage** (seuls les facteurs significatifs à p<0,05 et dont l'IC exclu 1 sont montrés), résultats du sous-échantillon des médecins enquêtés

CARACTÉRISTIQUES MÉDECINS	Sens de l'influence	OR	[IC]
Age (années)	-	0,98	[0,98 - 0,99] *
Secrétaire (ref. non)	+	1,12	[1,01 - 1,24]
Consultation toujours sur RDV (ref. jamais/parfois)	+	1,16	[1,05 - 1,29]
Activité annuelle (par 100 actes)	-	0,99	[0,98 - 0,99]
Proportion de patients éligibles (%)	+	1,01	[1,00 - 1,01]

\*p < 0,001  
 39291 patients, 200 médecins. Ajustement sur le recul depuis l'invitation, le genre, l'âge et l'indicateur de précarité de la zone de résidence des patients (les associations ne diffèrent pas de celles présentées au tableau 1). Part de variance inter-médecins expliquée par les covariables de niveau 2 : 20,9%

**Tableau 1 : Facteurs influençant l'adhésion des patients au programme de dépistage** (seuls les facteurs significatifs à p<0,05 et dont l'IC exclu 1 sont montrés)

CARACTÉRISTIQUES	Sens de l'influence	OR	[IC]
<b>PATIENTS</b>			
Femmes (ref Hommes)	+	1,26	[1,23 - 1,29] *
Age (années) (ref.: 50 - 54)			
55 - 59	+	1,26	[1,22 - 1,30] *
60 - 64	+	1,55	[1,50 - 1,60] *
65 - 69	+	1,77	[1,71 - 1,83] *
70 - 74	+	1,66	[1,59 - 1,73] *
Précarité (ref.: Quintiles 1 à 4)			
La plus grande (Quintile 5)	-	0,88	[0,83 - 0,92] *
Non renseignée	-	0,92	[0,85 - 0,98]
<b>MÉDECINS</b>			
Femmes (ref Hommes)	+	1,20	[1,12 - 1,28] *
Secteur 2 (ref.: secteur 1)	-	0,91	[0,83 - 0,99]
Proportion de patients éligibles (%)	+	1,01	[1,00 - 1,01] *

\*p < 0,001  
 155842 patients, 884 médecins. Ajustement sur le recul depuis l'invitation. Part de variance inter-médecins expliquée par les covariables de niveau 2 : 6,5%

## CONCLUSION

Nos résultats montrent que pour augmenter l'adhésion au programme de dépistage, la mise en place d'actions de sensibilisation envers des populations ciblées, en particulier en direction des plus jeunes, des hommes et des personnes résidant en zone défavorisée, pourrait être bénéfique.

L'organisation du travail des MT influence l'adhésion des patients mais la variabilité due à des différences de comportement entre MT, peu importante, ne justifie pas des interventions ciblées. Des interventions auprès de l'ensemble des MT pourraient cependant être bénéfiques. Une étude en cours utilisant différents modes d'intervention auprès de MT renseignera en partie ce dernier point.