



EVALUATION DES PRATIQUES DE DEPISTAGE DES CANCERS

- *Col de l'utérus*
 - *Côlon*
 - *Prostate*
 - *Sein*
- Par les médecins de Guyane*

Cancers

Observatoire
Régional de la
Santé de
Guyane

Téléphone
05 94 29 78 00
Télécopie
05 94 29 78 01
Courriel
orsg@wanadoo.fr
Site
www.ors-guyane.org

Mai 2008



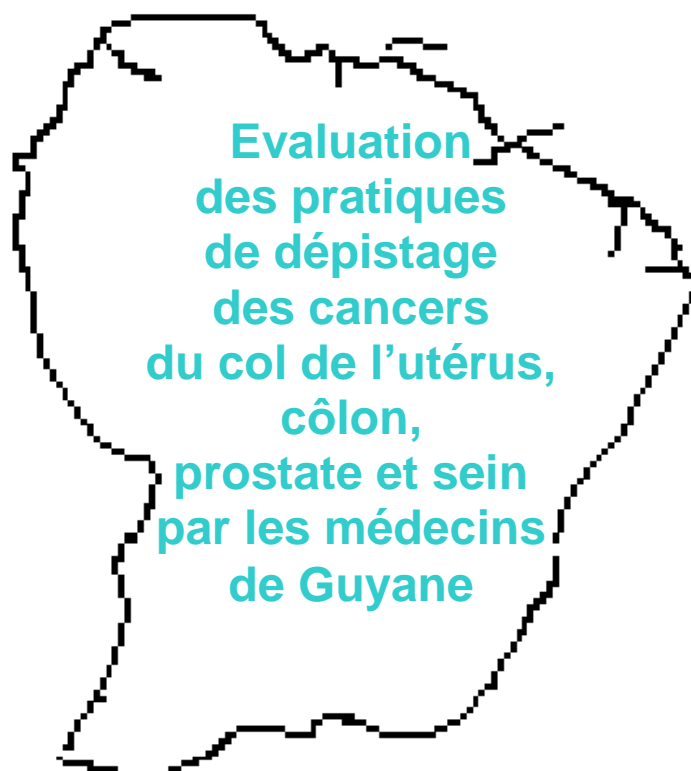
Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Sous la Présidence de Madame Marie-Claude VERDAN

Espace Bertène JUMINER

771, rte de Baduel - BP 659 - 97335 Cayenne Cedex

Site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr



Sous la Direction de

Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON

Directrice de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Etude réalisée et rédigée par :

Mathieu ROYNARD, Chargé d'études

Jean-Rémy GOUGAUD, Chargé d'études

Avec la collaboration de :

Arise CHOCHO, Responsable de la Cellule Etudes

Christelle LARUADE, Assistante d'études

Investigateur : ROYNARD Mathieu

Chargé d'études à l'ORSG

Téléphone : 0594297811

Télécopie : 0594297801

Courriel : roynard.orsg@gmail.com

Promoteur :

Agence Régionale de Santé (ARS)

19, rue Schœlcher

97300 CAYENNE

Méthodologistes :

Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON Directrice de l'ORSG

Téléphone : 0594297804

Télécopie : 0594297801

Courriel : orsgdir@wanadoo.fr

Arise CHOCHO

Responsable de la Cellule Etudes à l'ORSG

Téléphone : 0594297817

Télécopie : 0594297801

Courriel : a-chocho.orsg@voilà.fr

GOUGAUD Jean-Rémy

Chargé d'études à l'ORSG

Téléphone : 0594297807

Télécopie : 0594297801

Courriel : jean-remy@lycos.com

Comité de relecture :

Dr. Marie-Josiane CASTOR-NEWTON Directrice de l'ORSG

Priscillia BOMPARD

Chargée d'études Cellule Etudes

Jean-Rémy GOUGAUD

Chargé d'études Cellule Etudes

Marie-Thérèse DANIEL

Responsable Cellule

Documentation

Céline GOBER

Chargée d'études Cellule

Documentation

Roselyne MAKALU

Chargée d'études Cellule

Documentation

Les cancers prennent une place de plus en plus importante dans la charge de morbidité mondiale. Ils se situent dans les pays industrialisés au deuxième rang des causes de mortalité après les maladies cardiovasculaires. Selon les données épidémiologiques, cette tendance est en voie d'émerger dans les pays les moins avancés.

En France, la lutte contre le cancer est une priorité gouvernementale qui fait l'objet d'un plan national (2008–2012).

Au niveau régional, sur la période 2003-2005, les cancers représentaient la 3^{ème} cause de décès en Guyane après les maladies de l'appareil circulatoire et les traumatismes et empoisonnements.

Entre 2003-2005, quatre localisations prédominent selon le registre des cancers : le sein, le col de l'utérus, le côlon et le poumon/bronches/trachée chez la femme et, la prostate, le poumon/bronches/trachée, l'estomac, les lèvres/bouches/pharynx chez l'homme. Une surmortalité est observée par rapport à la France pour la prostate, le col utérin et l'estomac quelque soit le sexe.

Dans le cadre de la politique de dépistage en Guyane, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a souhaité que l'ORSG réalise une étude sur les pratiques de dépistage en libéral en Guyane. Ce sont les résultats de cette étude qui sont présentés ici.

Le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein est réalisé par plus de 80 % des médecins libéraux, tandis que celui du côlon n'est réalisé que par 20 % de ces professionnels. Cependant, depuis deux ans, des campagnes de dépistage du côlon se succèdent et devraient voir un taux de dépistage par ces médecins en augmentation.

Compte tenu des différences de comportements et d'accessibilité aux soins de la population guyanaise par rapport à celles de la métropole, certains critères de dépistage devraient être revus, notamment l'âge de début de dépistage.

Le dépistage de certains cancers (sein, col de l'utérus ou prostate) devrait être plus précoce en Guyane, d'autant plus que la prise en charge de cette pathologie n'est pas réalisée en Guyane, nécessitant le départ quasiment systématique des malades aux Antilles ou en métropole. Cette rupture ne facilite pas les conditions de traitement de ces personnes.

Le développement de l'accompagnement social de ces malades devrait être soutenu afin de maintenir le principe de l'accessibilité et de l'égalité des soins.

Dr. Roger-Michel LOUPEC
Président de l'ORS Guyane

I - ETAT DES LIEUX DES CANCERS EN GUYANE	15
1. MORTALITE ET MORBIDITE DES CANCERS EN GUYANE	19
1.1 Mortalité.....	19
1.2 Proportion des cancers dans les Affections de Longue Durée (ALD) en Guyane	21
1.3 Incidence des cancers	22
2. OFFRES DE PREVENTION, DE DEPISTAGE, DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS ET REGIS-	
TRE DES CANCERS	25
2.1 Offre de prévention et de dépistage	25
2.2 Offre de diagnostic	25
2.3 Offre de prise en charge.....	25
2.4 Le Registre des cancers.....	26
II - CONTEXTE DE L'ETUDE.....	27
1. OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE POUR LA LUTTE CONTRE LE CANCER EN GUYANE	31
1.1 Le plan cancer.....	31
1.2 Les recommandations du Shéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)	31
1.3 Les objectifs du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)	32
2. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	32
III - EPIDEMIOLOGIE ET DEPISTAGE DES CANCERS ETUDIES	33
1. DEPISTAGE.....	37
2. CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	37
2.1 Les facteurs de risque	38
2.2 Les recommandations en matière de dépistage.....	38
2.3 L'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (Guyane)	39
3. CANCER DU COLON	40
3.1 Les facteurs de risque	40
3.2 La prévention primaire.....	41
3.3 La prévention secondaire : les recommandations en matière de dépistage.....	41
3.4 L'organisation du dépistage du cancer colorectal (Guyane).....	42
4. CANCER DE LA PROSTATE	42
4.1 Les facteurs de risque	43
4.2 Les recommandations en matière de dépistage.....	43
4.3 L'organisation du dépistage du cancer de la prostate (Guyane).....	43
5. CANCER DU SEIN.....	44
5.1 Les facteurs de risque	44
5.2 Les recommandations en matière de dépistage.....	45
5.3 L'organisation du dépistage du cancer du sein (Guyane).....	46
Iv - OBJECTIFS ET METHODOLOGIE	47
1. RAPPEL DES OBJECTIFS PRINCIPAUX DE L'ETUDE.....	51
2. SCHEMA D'ETUDE.....	51
3. POPULATION ET ECHANTILLON	51

4. METHODE D'INVESTIGATION ET RECUEIL DES DONNES.....	52
4.1 Questionnaire à administration par voie postale.....	52
4.2 Information des médecins participants à l'étude.....	52
4.3 Mode de circulation des données.....	52
5. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES.....	53
V - RESULTATS	55
1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON.....	59
1.1 Taux de réponse par type de médecin et par zone	59
1.2 Taux de participation par sexe.....	60
1.3 Analyse par type de cancer	61
2. PRATIQUE DE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	62
2.1 Réalisation du frottis de dépistage par le médecin consulté.....	62
2.2 Cadre de la réalisation du frottis de dépistage.....	62
2.3 Origine de la demande de frottis.....	63
2.4 Raison de la non-réalisation du frottis de dépistage	64
2.5 Fréquence de la pratique du frottis de dépistage.....	64
2.6 Difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription d'un frottis de dépistage ..	64
2.7 Type de dépistage préconisé par les médecins pour le cancer du col de l'utérus	65
2.8 Information des patients sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.....	65
2.9 Existence et types de freins pour le dépistage par frottis du cancer du col de l'utérus chez les patientes	66
2.10 Information des médecins sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus dans la région.....	67
2.11 Opinion des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus.....	68
2.12 Difficultés constatées par les médecins dans le dépistage individuel.....	68
2.13 Actions prioritaires à mener afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus....	69
2.14 Nombre de cancers du col de l'utérus constaté par les médecins	69
3. CANCER DU CÔLON	71
3.1 Réalisation du test Hémocult de dépistage par les médecins.....	71
3.2 Motif de la consultation lors de la réalisation du test Hémocult.....	71
3.3 Raisons de la non-réalisation d'un test Hémocult	71
3.4 Difficultés rencontrées par les médecins de la prescription d'un test Hémocult.....	72
3.5 Information des patients sur le dépistage du cancer du côlon	72
3.6 Existence et types de freins pour le dépistage par test Hémocult du cancer du côlon	73
3.7 Information des médecins sur le dépistage du cancer du côlon	74
3.8 Opinion des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du côlon.....	75
3.9 Difficultés constatées par les médecins.....	75
3.10 Nombre de cancers du côlon recensé par les médecins	76
4. CANCER DE LA PROSTATE	77
4.1 Réalisation du test de dépistage par les médecins (toucher rectal et dosage PSA).....	77
4.2 Motif de consultation lors de la réalisation du test de dépistage.....	78
4.3 Origine de la demande de test (toucher rectal et/ou dosage PSA).....	78
4.4 Raisons de la non-réalisation du dépistage du cancer de la prostate.....	78
4.5 Difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription d'un toucher rectal et/ou d'un dosage PSA.....	79
4.6 Information des patients sur le dépistage du cancer de la prostate.....	79
4.7 Existence et types de freins pour le dépistage par toucher rectal et/ou dosage PSA du cancer de la prostate chez les patients	80

4.8	Information des médecins sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans votre région.....	81
4.9	Opinions des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer de la prostate	81
4.10	Difficultés constatées par les médecins.....	82
4.11	Nombre de cancers de la prostate constaté par les médecins	82
5.	CANCER DU SEIN.....	83
5.1	Réalisation d'une mammographie de dépistage par les médecins.....	83
5.2	Motif de la consultation lors de la prescription de la mammographie	84
5.3	Origine de la demande de mammographie.....	84
5.4	Raisons de la non-réalisation de la mammographie de dépistage	85
5.5	Difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription d'une mammographie.....	86
5.6	Information des femmes sur le dépistage du cancer du sein.....	86
5.7	Existence et types de freins pour le dépistage par mammographie du cancer du sein chez les patientes	87
5.8	Information des médecins sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans leur région.....	88
5.9	Opinions des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la génération du dépistage du cancer du sein.....	89
5.10	Difficultés constatées par les médecins dans le dépistage individuel du cancer du sein..	89
5.11	Nombre de cancers du sein recensé par les médecins	90
6.	EVALUATION DES PRATIQUES DE DEPISTAGE DES CANCERS PAR LES MEDECINS	91
6.1	Pratique de tests de dépistage et bonnes pratiques de dépistage des 4 cancers par les médecins	91
6.2	Evaluation des bonnes pratiques de dépistage par type de cancer.....	91
VI - DISCUSSION.....		95
1. OBSERVATIONS METHODOLOGIQUES.....		99
1.1	Méthodologie d'enquête	99
1.2	Effectif et répartition géographique des médecins exerçant en Guyane.....	99
1.3	Représentativité de l'échantillon des médecins	100
2. PRINCIPAUX RESULTATS		100
2.1	Cancer du col de l'utérus	100
2.2	Cancer du côlon	101
2.3	Cancer de la prostate	102
2.4	Cancer du sein	102
2.5	Bonnes pratiques de dépistage des cancers	103
3. RECOMMANDATIONS		104
VII CONCLUSION		105
VIII - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....		109
1. EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS.....		113
2. METHODOLOGIE D'ENQUETE		117
IX - ANNEXES.....		119
Annexe 1	: Questionnaire	123
Annexe 2	: Courrier d'accompagnement du questionnaire	133
Annexe 3	: Liste des participants.....	135
Annexe 4	: Calendrier prévisionnel.....	135
Annexe 5	: Equipe de l'ORSG	137

En 2000, en France, le nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués a été estimé à 280 000 et le nombre de décès à 150 000. Parmi les cancers diagnostiqués, 30% sont détectés avant 65 ans. En 20 ans, le nombre de nouveaux cas détectés a presque doublé.

Devant l'importance de ces chiffres, la lutte contre le cancer lancée en juillet 2002 constitue une priorité de santé publique nationale.

En Guyane, l'épidémiologie des cancers est mal connue. Les sources d'informations sont anciennes, éparpillées, partielles et la prévalence des cancers est sous-estimée notamment en terme de mortalité.

Le dépistage du cancer du sein ne datant que d'un an, nous n'avons que très peu d'informations sur la conduite de dépistage des acteurs de santé.

Aussi, l'Observatoire Régional de la Santé en Guyane (ORSG), avec le financement de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS) est l'instigateur d'une étude sur «L'évaluation des pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus, côlon, prostate et sein par les médecins en Guyane».

I - ETAT DES LIEUX DES CANCERS EN GUYANE

1. Mortalité et morbidité des cancers en Guyane
2. Offres de prévention, de dépistage, de prise en charge des cancers et Registre des cancers en Guyane

1. Mortalité et morbidité des cancers en Guyane

Cet état des lieux a été réalisé à partir des données issues du volet cancers du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de 2004-2010.

1.1. Mortalité

La mortalité globale par cancer est nettement inférieure à celle de la France hexagonale. De plus, la distribution et la fréquence des cancers y sont différentes. Cependant, les données de mortalité laissent à penser qu'elles ne sont pas représentatives de la réalité en Guyane. En effet, les statistiques officielles de l'INSERM en 2005 font état de 13 décès pour le cancer de la prostate contre 9 pour le cancer rectocolique, 11 pour le cancer du sein et 7 pour le cancer du col de l'utérus.

Il apparaît évident que ces données souffrent de déperdition aboutissant à une perte d'information sous-évaluant la situation en Guyane.

Deux raisons peuvent être évoquées pour expliquer cet appauvrissement des données sur les décès liés au cancer en Guyane :

- 31% des certificats de décès ne sont pas renseignés et sont enregistrés dans les causes inconnues, pour toutes les tranches d'âge. La perte d'information concerne 1 cas sur 3 en 2001.

- L'accessibilité aux structures de soins spécialisées en oncologie est problématique en Guyane. En effet, il n'existe pas de services ou de centres spécialisés en oncologie.

Aussi, des patients sont soignés en dehors du département (hexagone ou Antilles). Ils y sont domiciliés et ne figureront plus sur les statistiques de Guyane.

Ce phénomène est accentué pour les patients non originaires de la Guyane, qui retournent définitivement dans les structures spécialisées de leur département d'origine, par conséquent en métropole ou aux Antilles et ne figureront plus sur les statistiques de Guyane. Il en est de même pour les personnes d'origine étrangère travaillant en Guyane qui, malades, retournent généralement dans leur pays, pour recevoir des soins ou lorsque leur état clinique se dégrade.

L'absence d'unités de soins palliatifs, l'insuffisance de lits d'hospitalisation longue durée et adaptés à leurs besoins aggravent encore la perte d'information.

En effet, les patients, même guyanais, sont transférés en fin de vie dans une unité de soins palliatifs de l'hôpital d'accueil. Ils ne peuvent pas revenir en Guyane, sauf à pouvoir supporter un retour à domicile, pour la fin de vie.

Enfin, une domiciliation dans un département, chez la famille ou des amis, enregistrée par les services administratifs de l'hôpital d'accueil, induit une perte d'information pour la Guyane. Le Registre des cancers devrait apporter des données plus proches de la réalité.

Tableau 1 : Nombre de décès par tumeur selon la localisation et le sexe pour le département Guyane, années 1995-2005.

Cause de décès – Liste S10	Codes CIM10	1995			1999			2003			2005		
		♀	♂	T	♀	♂	T	♀	♂	T	♀	♂	T
Total tumeurs malignes	C00-D48	21	52	73	32	50	82	42	57	99	40	77	117
Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du Pharynx	C00-C14	0	5	5	0	3	3	1	4	5	0	2	2
Tumeur maligne de l'œsophage	C15	1	4	5	0	1	1	0	1	1	1	2	3
Tumeur maligne de l'estomac	C16	0	4	4	2	5	7	2	4	6	1	14	15
Tumeur maligne de l'intestin, côlon, rectum	C18-C21	0	4	4	4	3	7	2	2	4	3	6	9
Tumeur maligne du pancréas	C25	1	1	2	1	1	2	1	4	5	2	0	2
Tumeur maligne du larynx	C32	0	0	0	1	2	3	0	2	2	0	0	0
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	C32-C34	1	11	12	1	7	8	2	12	14	1	8	9
Tumeur maligne des os et du cartilage articulaire	IND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tumeur maligne du sein	C50	6	0	6	3	0	3	8	0	8	11	0	11
Tumeur maligne de l'utérus	C53	6	0	6	7	0	7	4	0	4	7	0	7
Tumeur maligne de la prostate	C61	0	4	4	0	14	14	0	8	8	0	13	13
Tumeur maligne de la vessie	C67	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	2
Maladie de Hodgkin...	IND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leucémies	C81-C96	1	3	4	0	2	2	3	1	4	3	2	5
Autres tumeurs malignes	C00-C97 nc preced	5	16	21	12	12	24	19	19	38	10	29	39

♀ : Femme ; ♂ : Homme ; T : Total

Source : INSERM CépiDc

Pour faciliter la comparaison, en ne prenant que les mortalités par cancer les plus importantes de 2001 et 2002 et en donnant à ces mortalités pour la France hexagonale l'indice 100, nous obtenons le tableau suivant :

Tableau 2 : Indice comparatif de mortalité (ICM) par cancer en 2001-2002 en Guyane

Site	Métropole	Guyane
Col utérus	100	216
Estomac	100	160
Prostate	100	159
Côlon-rectum	100	72
Larynx, bronche, poumon	100	45
Pancréas	100	44
Sein	100	36
Tous cancers	100	65

Source : Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) Guyane, SROS 2006-2010

Selon le SROS, les certificats de décès sont des sources épidémiologiques souvent contestées en terme de fiabilité notamment ceux concernant la Guyane dont l'effectif est faible. Nous constatons donc une mortalité globale par cancer en Guyane nettement inférieure à celle de la France hexagonale, à l'exception du nombre de décès dus aux cancers du col de l'utérus, de l'estomac et de la prostate. Cette surmortalité pourrait être due, soit à une incidence supérieure de ces cancers en Guyane, soit à un diagnostic plus tardif que dans l'hexagone, diminuant ainsi les chances de survie, soit à la combinaison de ces deux raisons¹.

1.2. La proportion des cancers dans les Affections de Longue Durée (ALD) en Guyane

Une affection de longue durée est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de six mois) et des traitements coûteux ouvrant droit à la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Cette prestation concerne des personnes de nationalité françaises, affiliées aux organismes d'assurance maladie, et en droit d'en bénéficier.

Aussi, les données statistiques d'ALD reflètent la part de la population affectée par un cancer (cas déclarés les années précédentes et cas incidents).

En 2003, 177 cas d'ALD ont été notifiés pour cancer en Guyane soit une prévalence des cancers de l'ordre de 9,76 pour 10 000.

Les tumeurs malignes les plus représentées sont :

- cancer de la prostate : 41 cas (23,0%)
- cancer du sein : 31 cas (17,5%)
- cancer côlon, rectum, sigmoïde : 17 cas (9,6%)
- cancer bronches-poumon : 13 cas (7,3%)
- cancer du col de l'utérus : 12 cas (6,8%)

Ainsi, les quatre cancers étudiés représentent 56,9% des cas d'ALD pour tumeur maligne.

¹ Source : SROS Guyane.

1.3 Incidence des cancers

Estimation de l'incidence : nombre de cas incidents par l'analyse des ALD

Le tableau ci-dessous représente les cas incidents de cancers en Guyane selon les ALD.

Tableau 3 : Affections de Longue Durée (ALD) par tumeur par année d'attribution* - Guyane

Codes CIM10	Libellés	2003	2004	2005
C00-D48	Tumeurs	172	191	228
C00-C97	Tumeurs malignes	168	181	216
C00-C14	Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	10	8	11
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	4	2	3
C16	Tumeur maligne de l'estomac	4	7	10
C18	Tumeur maligne du côlon	11	13	14
C19-C20-C21	Tumeur maligne du rectum et de l'anus	5	6	3
C22	Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	1	3	4
C25	Tumeur maligne du pancréas	3	3	1
C32-C34	Tumeur maligne larynx, trachée, bronches et poumon	11	13	10
C43	Mélanome malin de la peau	2	5	3
C50	Tumeur maligne du sein	30	39	47
C53	Tumeur maligne du col de l'utérus	10	14	16
C54-C55	Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus	2	3	3
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	1	2	5
C61	Tumeur maligne de la prostate	41	29	42
C64	Tumeur maligne du rein	0	3	1
C67	Tumeur maligne de la vessie	2	4	7
C81-C96	Tumeur maligne des tissus lymphatiques et hématopoïétiques.	22	14	18
C00-C97 nc preced	Autres tumeurs malignes	9	13	18
C98 - D48	Autres tumeurs	4	10	12

*L'année d'attribution correspond à l'année pendant laquelle le dossier a été étudié et accepté. La maladie quant à elle peut avoir commencé avant.

Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs et des Salariés (CNAMTS)

Estimation de l'incidence : nombre de cas incidents par l'analyse des données du PMSI

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ne permet pas de différencier une hospitalisation dont le diagnostic principal serait un cancer d'une ré-hospitalisation d'un cancer connu et diagnostiqué dans un autre établissement lors de l'année précédente.

Il n'est donc pas un bon instrument pour déterminer l'incidence sauf pour les cancers où la chirurgie fait partie du traitement, à part quelques rares cas de contre-indications.

Les taux de ré-interventions sont très faibles. Le nombre de patients ayant pour diagnostic un cancer et ayant subi une exérèse de la tumeur donne une bonne estimation de l'incidence, sous réserve évidemment de l'exhaustivité des données PMSI, exhaustivité encore insatisfaisante semble-t-il en Guyane en 2004².

² Source : SROS Guyane.

Tableau 4 : Cancers opérés en Guyane ou patients domiciliés en Guyane opérés pour un cancer hors de la Guyane en 2004

Codes CIM10	Libellé	2004
C00-C14	Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	6
C15	Tumeur maligne de l'œsophage	0
C16	Tumeur maligne de l'estomac	4
C18	Tumeur maligne du côlon	9
C19-C20-C21	Tumeur maligne du rectum et de l'anus	6
C22	Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra hépatiques	0
C25	Tumeur maligne du pancréas	0
C43	Mélanome malin de la peau	2
C50	Tumeur maligne du sein	29
C53	Tumeur maligne du col de l'utérus	13
C54-C55	Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus	1
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	1
C61	Tumeur maligne de la prostate	27
C64	Tumeur maligne du rein	3
C67	Tumeur maligne de la vessie	9

Source : PMSI / Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

Estimation des cas incidents de cancers par inférence des cas incidents de la France hexagonale

Si la seule différence pertinente pour les cancers, entre la Guyane et l'hexagone, était la distribution des âges, en standardisant pour ces derniers, nous devrions atteindre en

Guyane un nombre de nouveaux cas de cancers de l'ordre de grandeur de ceux qui sont dans le tableau suivant.

Tableau 5 : Estimation du nombre de nouveaux cas de cancers en Guyane, après standardisation sur l'âge, si les incidences étaient les mêmes qu'en France hexagonale en 2000.

♀ : Femme ; ♂ : Homme ; T : Total

S o u r	NOUVEAUX CAS											
	2003	2003	2003	2004	2004	2004	2005	2005	2005	2010	2010	2010
Site de la tumeur	♀	♂	T	♀	♂	T	♀	♂	T	♀	♂	T
Lèvre-Bouche-Pharynx	3	22	25	3	22	26	4	23	27	5	28	33
Œsophage	1	6	7	1	6	7	1	6	7	1	8	9
Estomac	2	5	8	2	5	8	3	6	8	3	7	11
Côlon-rectum	16	22	38	16	23	39	17	24	42	23	31	54
Foie	1	6	7	1	6	7	1	7	8	1	9	10
Pancréas	2	3	5	2	3	6	2	4	6	3	5	8
Larynx	0	6	6	0	6	7	1	6	7	1	8	9
Poumon	6	32	38	6	33	38	6	34	40	8	43	51
Mélanome peau	8	6	13	8	6	14	8	6	14	10	7	17
Sein	63	0	63	65	0	65	68	0	68	87	0	87
Col utérus	7	0	7	7	0	7	7	0	7	9	0	9
Corps utérus	6	0	6	6	0	6	6	0	6	8	0	8
Ovaire	6	0	6	6	0	6	7	0	7	9	0	9
Prostate	0	40	40	0	41	41	0	43	43	0	56	56
Vessie	2	11	12	2	11	12	2	11	13	2	15	17
Rein	4	8	11	4	8	12	4	8	12	5	10	15
Système nerveux central	5	6	10	5	6	11	5	6	11	6	7	13
Thyroïde	6	2	8	6	2	8	7	2	8	8	2	10
Lymphome malin non hodgkinien	6	9	15	6	10	15	6	10	16	8	12	20
Maladie de Hodgkin	2	2	4	2	2	4	2	2	4	2	2	5
Leucémies (toutes)	4	6	10	4	6	11	4	7	11	5	8	13
Tous cancers	161	215	376	165	220	384	173	230	403	220	289	508

ⁿ Source ayant servi aux calculs : évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000 :

(http://www.invs.sante.fr/publications/2003/rapport_cancer_2003/index.html)

Et INSEE : Projections pour la Guyane Hypothèse centrale.

PS : Les sommes ne correspondent pas toujours exactement en raison des arrondis. (Ex : 2+5 = 8 parce que 2.37 + 5.633 = 7.70 soit 8).

A des fins de comparaison, si nous donnons l'indice 100 à l'incidence des tumeurs malignes en France hexagonale, l'indice calculé à partir des ALD nous donne les résultats suivants :

Tableau 6 : Indices de comparaison de l'incidence des tumeurs malignes hexagonale - Guyane pour la période 2004 – 2005

Codes CIM10	Localisation	Métropole 2004-2005	Guyane ALD 2004-2005
C00-C97	Total tumeurs malignes	100	50
C00-C14	Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	100	36
C15	Tumeur maligne de l'oesophage	100	36
C16	Tumeur maligne de l'estomac	100	106
C18	Tumeur maligne du côlon, rectum et anus	100	44
C22	Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	100	47
C25	Tumeur maligne du pancréas	100	33
C32-C34	Tumeur maligne larynx, trachée, bronches et poumon	100	25
C43	Mélanome malin de la peau	100	29
C50	Tumeur maligne du sein	100	65
C53	Tumeur maligne du col de l'utérus	100	214
C54-C55	Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus	100	50
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	100	54
C61	Tumeur maligne de la prostate	100	85
C64	Tumeur maligne du rein	100	17
C67	Tumeur maligne de la vessie	100	44
C81-C96	Tumeur maligne des tissus lymphatiques et hématopoïétiques.	46	100
C00-C9nc précéd	Autres tumeurs malignes	100	30

Source : PMSI / ATIH

Nous constatons que l'incidence des tumeurs malignes en Guyane est deux fois moindre que celui de la France hexagonale.

La mortalité par cancer de l'estomac et de la prostate est nettement supérieure à celle de l'hexagone alors que leurs incidences sont égales ou inférieures. Nous avons ici un argument de plus pour penser que leur diagnostic se fait beaucoup trop tardivement. Il convient donc d'insister sur l'importance des campagnes de sensibilisation au dépistage.

Les prochaines exploitations du Registre des cancers en Guyane sauront préciser ces résultats.

2. Offres de prévention, de dépistage, de prise en charge des cancers et Registre des cancers en Guyane

Les médecins libéraux jouent un rôle déterminant dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge des cancers en Guyane.

2.1. Offre de prévention et de dépistage

Quatre structures interviennent dans le domaine de la prévention et du dépistage organisé :

- L'association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC), créée en 2004.
- La ligue contre le cancer.
- Les consultations anti-tabac du Centre Hospitalier André Rosemon (CHAR).

2.2. Offre de diagnostic

La Guyane dispose de peu de moyens de diagnostic :

- Deux scanners fonctionnels sont installés au Centre Hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) à Cayenne et au Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG) à Saint-Laurent-du-Maroni.
- Une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est installée au CHAR en 2006.
- Deux mammographes fonctionnels sont installés en libéral à Cayenne, un autre à la Clinique Saint-Paul. En janvier 2006, le mammographe de la clinique n'était pas en état de marche depuis 6 mois. Deux autres appareils sont prévus, l'un pour le CHAR et l'autre pour le CHOG.
- Un seul laboratoire d'anatomo-pathologie est installé à Cayenne, au CHAR. Cependant, le manque de personnel qualifié accable entre autres ses possibilités de réaliser des examens extemporanés sur l'ensemble du territoire. Aussi, pour pallier cette lacune, certains praticiens travaillent avec des laboratoires métropolitains.

2.3. Offre de prise en charge

La Guyane dispose de très peu de moyens de traitement. Seules les chirurgies et les chimiothérapies sont pratiquées car il n'existe pas de service ou de centre spécialisé en cancérologie. Seul le Centre Hospitalier de Cayenne (CHAR) dispose d'un petit service d'hospitalisation de jour sous la responsabilité d'un médecin oncologue depuis 2003. Ce service se réduit à deux lits et un fauteuil pour la chimiothérapie. Il en résulte que les patients cancéreux sont orientés essentiellement en Métropole, à l'Institut Gustave Roussy ou à l'Institut Curie, ou encore en Martinique.

Le Réseau Onco-Guyane, agréé en décembre 2003, réunit l'ensemble des professionnels et des structures qui prennent en charge des patients cancéreux.

Ses objectifs opérationnels sont :

- La prise en charge multidisciplinaire du patient et la continuité des soins.
- L'information des usagers et de leur entourage.
- La mise en place du dossier médical partagé en cancérologie.
- L'harmonisation des protocoles de soins et application des référentiels.
- L'information et la formation continue des professionnels de santé.

2.4. Le Registre des cancers

Le Registre des cancers de Guyane est géré par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) depuis 2005 dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Le Registre des cancers de Guyane a pour objectif de recenser tous les patients, résidant en Guyane française, atteints d'une pathologie tumorale maligne (hormis les carcinomes basocellulaires de la peau) et in situ diagnostiquée à partir du 1^{er} janvier 2003, quelle que soit la localisation tumorale, le lieu de diagnostic et le lieu de traitement.

Les principales missions du Registre des cancers de Guyane sont :

- De mettre en place et de maintenir les mesures fonctionnelles et techniques de protection des données individuelles.
- D'établir les demandes réglementaires de fonctionnement.
- D'établir un recueil exhaustif des nouveaux cas de cancer (toutes localisations confondues) chez des patients dont la résidence principale se situe dans le département de la Guyane.
- De valider et de saisir l'information.
- D'exploiter les données afin de produire les éléments épidémiologiques descriptifs attendus d'un registre des cancers.
- D'exploiter les autres sources d'information disponibles (données de mortalité en particulier) pour établir une cartographie complète des tumeurs malignes chez les patients guyanais.
- D'étendre, au besoin et dans la limite de la pertinence et de la disponibilité des données, les mesures aux états précancéreux.
- De mettre en place et de maintenir les modes de fonctionnement et la production de données épidémiologiques nécessaires à la demande d'agrément auprès de la Commission Nationale des Registres pour la pérennisation du Registre des Cancers de Guyane.
- D'offrir des services dans le recueil, l'analyse et le traitement de données épidémiologiques aux structures de recherche et d'épidémiologie de Guyane, dans la limite des charges de travail acceptables par le registre.

II – CONTEXTE DE L'ETUDE

1. Objectifs de santé publique pour la lutte contre le cancer en Guyane
2. Justification de l'étude

1. Objectifs de santé publique pour la lutte contre le cancer en Guyane

Les politiques de santé publique de lutte contre le cancer en Guyane reposent sur :

- Le Plan Cancer National.
- Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS/Guyane).
- Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP/Guyane).

1.1. Le plan cancer

En France, les priorités pour le dépistage des cancers ont été fixées par la loi de santé publique du 9 août 2004. Cette loi définit des objectifs pour réduire la morbidité et la mortalité évitables, diminuer les disparités régionales en matière de santé.

Les objectifs du plan cancer pour la période 2004-2008 sont de :

- développer les actions de prévention,
- mettre en place un dépistage mieux organisé,
- fournir des soins de meilleure qualité, centrés autour du patient,
- fournir un accompagnement social plus humain et plus solidaire,
- mettre en place une formation plus adaptée,
- développer la recherche.

1.2. Les recommandations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)

Le SROS a défini plusieurs recommandations pour la lutte contre le cancer en Guyane :

- Poursuivre le développement des campagnes d'information et de sensibilisation à la prévention, aux symptômes devant amener à

consulter et au dépistage. Ces actions devront être plus particulièrement ciblées sur les cancers les plus fréquents et/ou qui entraînent le plus de mortalité dans le département (poumon, prostate, sein, col de l'utérus, côlon et estomac). En ce sens, il apparaît incontournable de réaliser une étude de faisabilité de la mise en place d'une unité mobile de dépistage, avec un mammographe pour tous les sites isolés mais accessibles par la route.

- Améliorer la prise en charge des patients, avec pour objectif d'harmoniser l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire guyanais. Ceci nécessite un renforcement des capacités diagnostiques, et tout particulièrement dans les sites isolés.
- Inscrire la prise en charge des cancers dans les projets d'établissements ou dans leurs orientations stratégiques pour les établissements privés.
- Développer les hospitalisations de jour pour les patients souffrant d'un cancer.
- Organiser les soins de support qui devront être accessibles pour tous les patients atteints de cancer.
- Renforcer en personnel le laboratoire d'anatomo-pathologie, pour lui permettre, entre autres, d'assurer les examens extemporanés dans tous les hôpitaux, chaque fois que nécessaire.

En 2005, la consolidation du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), le renforcement des actions de la Ligue contre le cancer, du Réseau Onco-Guyane, de l'Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC) et la naissance du Registre des Cancers de la Guyane, permettent d'espérer une amélioration rapide de la connaissance des cancers dans la région Guyane ainsi qu'une meilleure orientation des actions de prévention, de dépistage et de soins.

1.3. Les objectifs du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)

Le Plan Régional de Santé Publique Guyane, pour la période 2006-2009, a défini la lutte contre le cancer comme priorité stratégique de santé publique. Le PRSP propose plusieurs objectifs afin de réduire les facteurs de risque majeurs de mortalité et de morbidité liés aux cancers par la prévention primaire et le développement du dépistage :

- Améliorer le dépistage et le suivi préventif.
- Améliorer la couverture des dépistages organisés existants (col de l'utérus, côlon, prostate, sein...) et favoriser le transport des personnes isolées ou en situation de précarité pour leur permettre d'accéder au dépistage.
- Prévoir des actions d'information, d'éducation pour la santé et de prévention du cancer auprès de la population.

La communication apparaît moins développée qu'en France hexagonale ou dans les Antilles. Il y a une inégalité d'accès à l'information en Guyane. Il en résulte des consultations souvent tardives à un stade avancé.

Une des actions serait de diffuser, par une organisation de personnes relais, des messages d'information sur le cancer et de sensibiliser aux dépistages en cours. Une articulation avec les professionnels de terrain intervenant dans le cadre de l'axe « éducation pour la santé » et de l'axe « programme de santé territorial » sur les fleuves permettrait de relayer au mieux l'information.

2. Justification de l'étude

Au sein de la population guyanaise, les six cancers les plus représentés en termes de décès et d'Affections de Longue Durée (ALD) sont les cancers du col de l'utérus, du côlon, de l'estomac, du poumon, de la prostate et du sein. Toutefois, nous notons une grande fluctuation annuelle des effectifs qui semblerait dépendre de plusieurs facteurs connus tels que des problèmes de recueil, d'exhaustivité, de sous-estimation et de fiabilité des données.

Parmi ces six cancers, seuls quatre d'entre eux sont dépistables en routine. Aussi, l'ORSG, dans le cadre de son contrat d'objectifs et de moyens calqué sur les priorités du PRSP, a décidé de réaliser une étude sur les 4 cancers pouvant faire l'objet de prévention et de dépistage en Guyane à savoir : les cancers du col de l'utérus, du côlon, de la prostate et du sein.

Ceci dans le but que les médecins soient :

- Informer sur leurs pratiques de dépistage afin d'en faire une auto-évaluation.
- Sensibiliser au dépistage des cancers isolés.

Une prise de conscience générale sur l'adaptation des normes et des standards métropolitains à la population guyanaise en fonction des patients, de l'environnement des médecins, des infrastructures et des équipements existants, s'avère nécessaire.

III – EPIDEMIOLOGIE ET DEPISTAGE DES CANCERS ETUDIES

- 1. Dépistage**
- 2. Cancer du col de l'utérus**
- 3. Cancer du côlon**
- 4. Cancer de la prostate**
- 5. Cancer du sein**

1. Dépistage

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Le dépistage s'effectue par simples tests, examens ou autres procédures, rapidement appliqués sur une grande échelle. Le dépistage ne constitue pas un diagnostic. Les personnes ayant un résultat positif ou suspicieux doivent bénéficier d'un examen de santé complémentaire afin de déterminer le diagnostic et le traitement adapté.

La prévention des cancers s'articule essentiellement autour de deux axes :

La prévention primaire : elle concerne le grand public et s'articule autour de campagnes d'information. C'est l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue d'un cancer. Par exemple, des conseils nutritionnels qui tendent à modérer la consommation de graisses animales et à augmenter la consommation de fruits et légumes (cancers du côlon, prostate, sein, endomètre).

La prévention secondaire : elle s'adresse à des individus qui ne sont pas malades mais qui présentent un certain risque. Il s'agit du dépistage, qui consiste à rechercher de façon systématique dans une population en bonne santé les porteurs de symptômes latents. Le dépistage vise à abaisser la mortalité liée au cancer, seul critère permettant de juger de son efficacité. La mise en place d'une campagne de dépistage implique nécessairement que le cancer considéré soit fréquent dans la population choisie et/ou grave par les conséquences de son traitement, mais aussi qu'il soit précédé de lésions précancéreuses ou d'une période infra-clinique au cours de laquelle il est à la fois détectable et curable.

La technique de dépistage doit être sensible et spécifique afin d'éviter de pratiquer des examens douloureux et coûteux à des sujets sains appelés « faux positifs ». Le test de dépistage doit être suffisamment simple pour être accepté par la population. Enfin, les coûts d'une campagne (prévention primaire et secondaire) doivent être proportionnels aux moyens financiers de la collectivité et au gain qu'elle en tirera au niveau sanitaire.

2. Cancer du col de l'utérus

En France, le cancer du col de l'utérus représente 3% de l'ensemble des nouveaux cas de cancer chez les femmes. Il se situe au 8^{ème} rang des cancers féminins en nombre de cas avec près de 3 400 nouveaux cas en 2000, et au 15^{ème} rang en nombre de décès féminins par cancer (1 000 décès par an en 2000). L'âge moyen est de 51 ans au moment du diagnostic.

Cependant, il représente encore aujourd'hui en France le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme jeune de moins de 44 ans, après le cancer du sein. Près de 40% des femmes victimes d'un cancer du col de l'utérus sont âgées de moins de 44 ans.

En Europe, on en a dénombré 33 000 nouveaux cas en 2002 et cette même année, il a été responsable de 15 000 décès.

Dans le monde, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent, avec environ 470 000 nouveaux cas diagnostiqués chaque année. 80% de l'ensemble de ces cancers surviennent dans des pays en voie de développement.

2.1. Les facteurs de risque

A la différence de nombreux autres cancers, le cancer du col de l'utérus a pour principal facteur de risque des virus sexuellement transmissibles, appelés Papillomavirus Humains (HPV). Il existe de nombreux types de Papillomavirus Humains. La plupart sont sans danger et sont à l'origine de maladies bénignes. Mais certains sérotypes et plus particulièrement les sérotypes 6, 11 et surtout 16 et 18, peuvent provoquer l'apparition de cellules anormales au niveau du col de l'utérus. Si ces cellules anormales ne sont pas détectées à un stade précoce, elles peuvent évoluer en cancer. Dans la plupart des cas, ce processus de cancérisation prend une dizaine d'années. Cependant, il arrive que le cancer se développe dans un intervalle de temps plus réduit.

La contamination par le HPV s'effectue à l'occasion de rapports sexuels non protégés, des premiers rapports sexuels à un âge précoce et plus encore la multiplicité des partenaires, favorisent la contamination par ce virus. Elle est très fréquente puisqu'on estime que 70% des personnes qui ont une activité sexuelle sont en contact avec le virus. Dans l'extrême majorité des cas, le système immunitaire parvient à contrôler spontanément l'infection virale (contre laquelle il n'existe pas de traitement médical efficace) et à l'éliminer. Seules 1 à 2% des femmes contaminées par le virus vont développer un cancer du col de l'utérus.

On pourrait évoquer comme autre facteur de risque au cancer du col de l'utérus l'infection à VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine, responsable du SIDA). En effet, les femmes infectées par ce virus ont un risque accru non seulement de développer un cancer du col de l'utérus, mais aussi, d'avoir un cancer plus agressif.

2.2. Les recommandations en matière de dépistage

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur la pratique régulière d'un frottis cervico-utérin qui, en prélevant des cellules du col, permet leur analyse au microscope. Le frottis a démontré son efficacité pour détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

- Le dépistage repose sur un test cytologique : le Frottis Cervico Utérin (FCU).
- Test simple, peu coûteux, efficace et indolore : le frottis peut être pratiqué dans le cadre d'une consultation gynécologique (80 à 90% des frottis en France) ou même d'une consultation de médecine générale. Le recueil des cellules au niveau du vagin et du col de l'utérus se fait grâce à une petite spatule en bois ou à une brosette. Cet examen, absolument indolore, est pratiqué après la simple mise en place d'un spéculum. Après étalement des prélèvements sur une lame de verre, on peut analyser l'échantillon (examen cytologique) et connaître la nature des cellules recueillies par le frottis.
- Il est recommandé chez les femmes de 25 à 65 ans. Compte tenu de l'âge habituel du début de la vie sexuelle, il est conseillé de commencer à faire les frottis vers l'âge de 20/25 ans.
- Les 2 premiers frottis doivent être pratiqués à un an d'intervalle, puis, s'ils sont négatifs, tous les 3 ans tant que le frottis est normal.
- Le frottis est pris en charge par l'Assurance maladie à hauteur d'environ 70% en général, hors dépassement d'honoraires.
- Reconnaissance des états précurseurs du cancer du col utérin : ces maladies, appelées dysplasies³ (ou lésions intra-épithéliales de bas grade ou de haut grade), précèdent le plus souvent le cancer de 10 ans ou 15 ans.
- Leur traitement permet d'éviter leur transformation en cancer invasif du col utérin.

³ La dysplasie du col utérin est une transformation des cellules du col de l'utérus. Sa définition est une définition histologique, se basant sur l'analyse d'un fragment de biopsie du col utérin.

- Tout frottis anormal doit être suivi d'investigations diagnostiques en fonction du résultat de la cytologie.

- Le dépistage individuel par frottis a permis de découvrir de plus en plus de lésions précancéreuses ou de cancers à un stade intra-épithélial, ce qui entraîne une forte baisse de l'incidence et la mortalité liée au cancer du col utérin : le nombre de nouveaux cas est passé de 4 900 en 1980 à moins de 3 400 en 2000 et le nombre de décès de 1 941 en 1980 à 1 004 en 2000.

Le cancer du col de l'utérus est l'un de ceux pour lesquels il y a eu les plus grandes avancées au cours des 20 dernières années en matière de dépistage. Grâce à l'extension du dépistage par frottis, la fréquence du cancer du col de l'utérus baisse régulièrement depuis une trentaine d'années, passant de 22/100 000 en 1975 à 8/100 000 en 2000. Mais une nouvelle forme de cancer du col de l'utérus, l'adénocarcinome, dont le diagnostic est plus difficile, tend à se développer.

Nous noterons que parallèlement à la prévention secondaire du cancer du col de l'utérus par frottis, il a été mis en place un plan de prévention primaire complémentaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et des condylomes génitaux, grâce à la vaccination contre certains virus HPV.

La population cible est composée des femmes n'ayant pas été exposées au risque d'infection HPV.

- Jeunes filles de 14 ans.
- Jeunes filles/femmes de 15 à 23 ans (n'ayant pas eu de rapports sexuels ou dans l'année suivant les premiers rapports sexuels).

2.3. L'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (Guyane)

Le dépistage du cancer du col est la première priorité en Guyane. L'incidence du cancer du col de l'utérus ne peut pas être inférieure à celle de la France hexagonale.

Elle ne peut être que supérieure pour des raisons précises :

- La vie sexuelle commence tôt en Guyane par rapport à l'hexagone.

- L'exposition au papillomavirus (HPV) oncogène débute avec les premiers rapports sexuels. La durée d'exposition accroît le risque. Ce risque est encore accru par la faiblesse du dépistage individuel, surtout en dehors des centres urbains et l'absence de soins qui en découle.

La prévalence du papillomavirus, qui n'est que de 10% en Europe, atteint des chiffres très élevés, de 40% environ sur les études menées, selon le niveau de développement du pays, les habitudes sexuelles précoces, et l'activité sexuelle avec partenaires multiples.

Le cancer du col de l'utérus est ainsi le 1^{er} cancer des femmes dans les pays pauvres, avec une population jeune et une activité sexuelle précoce et intense. La Guyane présente toutes ces caractéristiques.

Les premières études des anatomopathologistes, qui examinent les lames de la région, confirment un pourcentage de lésions pathologiques environ 4 fois plus élevé qu'en métropole, chiffre correspondant aux études internationales. Par ailleurs, l'incidence du SIDA, autre infection sexuellement transmissible, est 10 fois supérieure à l'hexagone.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est donc inscrit comme objectif prioritaire en matière de lutte contre le cancer en Guyane.

Il s'inscrit dans la mesure 26 du plan cancer national et également dans l'objectif quantifiable n° 48 de la loi de santé publique du 9 août 2004 : « Poursuivre la baisse de l'incidence de 2,5% par an, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 25 à 69 ans et l'utilisation du test HPV. Indicateurs : incidence du cancer du col de l'utérus, taux de couverture du dépistage, volume des tests HPV ».

3. Cancer du côlon

Le cancer colorectal représente, par sa fréquence, le troisième cancer chez l'homme et le deuxième chez la femme. En France, plus de 36 500 nouveaux cas ont été comptabilisés en 2000, soit 15% de l'ensemble des cancers et est responsable de 16 000 décès. Son incidence augmente depuis une vingtaine d'années (24 000 nouveaux cas et 14 700 décès en 1980). 53% des cancers colorectaux surviennent chez l'homme, l'âge médian du diagnostic est de 72 ans chez l'homme et 75 ans chez la femme. Environ 40% des cancers touchent le rectum et 60% le côlon où la localisation principale est le sigmoïde (dernière partie du côlon).

3.1. Les facteurs de risque

Le cancer colorectal se développe le plus souvent à partir d'un polype adénomateux (excroissance développée à la surface du côlon), encore appelé adénome. Des différents types de polypes adénomateux, l'adénome villositaire (5% des polypes) est celui qui a le plus de risque d'évoluer en cancer.

Selon des données d'autopsie, un tiers de la population est porteur d'un polype de type polyadénome à l'âge de 65 ans. Sur 1 000 polypes, 100 atteindront la taille de 1 cm et 25 évolueront en cancer dans un délai de 10 à 20 ans. Outre la taille, le risque de transformation dépend de la structure microscopique du polype. Presque tous les polypes peuvent être retirés sous coloscopie. Après exérèse, les polypes peuvent récidiver. Le taux de récurrence à 3 ans des polypes de plus de 1 cm de diamètre se situe autour de 3%.

On peut classer la population en trois groupes, en fonction de leur niveau de risque de développer un cancer colorectal :

- Un groupe à risque moyen : tous les sujets de plus de 50 ans, même s'ils n'ont jamais présenté de troubles digestifs (à partir de 50 ans, la fréquence du cancer colorectal augmente rapidement avec l'âge).
- Un groupe à risque élevé constitué par :
 - les sujets qui ont des antécédents personnels de cancer ou de polypes colorectaux,
 - ceux ayant un parent du 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur, enfant) de moins de 60 ans, ou plusieurs quel que soit l'âge, atteint(s) d'un cancer colorectal ou d'un polype de grosse taille ou plus ou moins dégénéré,
 - les patients aux antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn dans ce cas, le risque dépend de l'ancienneté de la maladie et de l'étendue des lésions),
 - ainsi que ceux porteurs d'une tumeur de l'hypophyse responsable d'une acromégalie.
- Un groupe à risque très élevé : les patients atteints ou ayant des antécédents familiaux de la polypose adénomateuse familiale (PAF ou polypose rectocolique familiale), une maladie qui se traduit par une multitude de polypes intestinaux, ou d'une maladie héréditaire (appelée HNPCC ou syndrome de Lynch)

où des cancers coliques se développent d'emblée sans polypose préalable, à un âge plus jeune.

Déterminer l'anomalie génétique prédisposante, lorsque ceci est possible, permet le plus souvent d'éviter les coloscopies répétées aux membres de la famille qui ne sont pas porteurs de l'anomalie, et de surveiller régulièrement ceux qui le sont. Ces formes de cancers colorectaux héréditaires ne s'observent que dans 5 à 8% des cas et surviennent avant 40 ans, préférentiellement aux dépens du colon droit.

3.2. La prévention primaire

L'alimentation et le mode de vie jouent un rôle essentiel dans le développement du cancer colorectal.

L'effet protecteur des fruits et légumes frais riches en fibres et de la pratique régulière d'une activité physique est établi par de nombreuses études. Cependant, un apport calorique excessif et riche en graisses animales (obésité), une importante consommation de viande rouge et le tabac constituent des facteurs de risque accrus pour le cancer colorectal.

3.3. La prévention secondaire : les recommandations en matière de dépistage

Des progrès ont été accomplis ces dernières années dans la détection précoce, le dépistage et les traitements du cancer colorectal. Une meilleure connaissance des signes d'alerte et la réalisation plus rapide des examens à visée diagnostique, en particulier la coloscopie (exploration visuelle de l'intestin), ont contribué à faire reculer ce cancer.

Les pouvoirs publics proposent aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans d'effectuer le test de dépistage du cancer colorectal. Ce dernier permet de détecter des traces de sang occultes dans les selles (test Hémocult II, également appelé « test au gaïac »). En effet, les petits cancers et les gros adénomes saignent souvent.

Ainsi, on peut déceler très tôt la présence de polypes pour les retirer avant qu'ils n'évoluent en cancer. Les cancers dépistés sont le plus souvent à un stade débutant. En pratique, le test consiste à prélever sur trois selles consécutives un petit fragment de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz qu'il faut déposer chaque fois sur une plaquette. Les trois plaquettes sont ensuite envoyées à un laboratoire d'analyses qui transmet alors les résultats à la personne et au médecin généraliste.

En cas de test négatif (pas de présence de sang), la personne est invitée à renouveler le test deux ans plus tard. Elle est également sensibilisée aux signes d'alerte qui doivent la conduire à consulter son médecin traitant sans attendre ce délai de 2 ans.

Si une présence de sang est identifiée, une coloscopie est prescrite pour confirmer ou infirmer la suspicion de lésion cancéreuse. La coloscopie permet de visualiser l'intérieur de l'intestin. Il s'agit du moyen le plus fiable pour diagnostiquer un polype ou un cancer. Elle peut permettre d'enlever des polypes sans intervention chirurgicale. Elle n'est généralement proposée qu'aux personnes à risque élevé ou très élevé, en présence de symptômes ou à l'issue d'un test de recherche de sang dans les selles positifs.

Ce dépistage est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. La consultation est prise en charge dans les conditions habituelles, de même que la coloscopie lorsqu'elle est prescrite.

Le diagnostic :

Pour le cancer du rectum : au-delà de 50 ans, il est souhaitable de faire pratiquer, annuellement, par votre médecin généraliste, un toucher rectal, lors d'un examen médical.

Pour le cancer du côlon : l'examen le plus sensible et le plus spécifique est la coloscopie. Elle est pratiquée par un gastro-entérologue, sous anesthésie générale, dans une structure de soins. Elle est généralement réalisée sous une brève anesthésie générale. Elle permet de voir l'intérieur du gros intestin, de faire un prélèvement des lésions trouvées pour les analyser au microscope et également l'exérèse de la plupart des polypes observés. Elle s'avère nécessaire chez les sujets dont le test de recherche de sang dans les selles est positif, ou présentant des symptômes évocateurs. Elle permet de déterminer si les patients sont atteints d'un adénome ou d'un cancer colorectal.

Chez les sujets à haut ou très haut risque (existence d'antécédents familiaux notamment), le dépistage par coloscopie doit être réalisé avant 50 ans, parfois même dès l'âge de 20 ans.

Cependant, certains symptômes peuvent également attirer l'attention et conduire à une consultation médicale :

- des troubles du transit : constipation soudaine ou qui s'aggrave, diarrhée qui se prolonge ou alternance de diarrhée et de constipation.
- du sang visible dans les selles, que l'on attribuera trop facilement à des hémorroïdes.
- des douleurs abdominales à type de coliques, évoluant par crises de 2 ou 3 jours,

accompagnées parfois de gargouillements abdominaux.

- un amaigrissement inexpliqué et/ou une petite fièvre persistante.

3.4. L'organisation du dépistage du cancer colorectal (Guyane)

La généralisation du dépistage organisé du cancer colorectal est demandée d'ici à 2006 par le Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Ce dépistage rencontrera des difficultés qui seront à résoudre, entre autres :

- Les possibilités d'altération des tests en climat chaud et humide.
- L'arrêt des endoscopies à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, qui nécessitera le déplacement des patients présentant un test positif, pour subir une coloscopie de contrôle à l'hôpital de Cayenne.

4. Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme de plus de 50 ans et sa fréquence augmente avec l'âge. C'est notamment l'allongement de l'espérance de vie des hommes qui explique l'augmentation progressive (estimée à 5,33% par an) de l'incidence du cancer de la prostate.

Depuis 2000, on a diagnostiqué 40 000 nouveaux cas de cancer de la prostate chaque année en France (543 000 dans le monde). Il représente la 2^{ème} cause de mortalité par cancer chez l'homme, en France, après le cancer du poumon. Il est responsable de 10 000 décès par an en France (environ 200 000 dans le monde). Ce cancer est peu symptomatique et évolue souvent lentement. Ainsi, de nombreux hommes vivent avec lui pendant des années sans le savoir. Mais dans certains cas, ce cancer peut devenir agressif ou l'être d'emblée et cette évolution est impossible à prévoir.

4.1. Les facteurs de risque

Il n'existe pas de mesure préventive spécifique du cancer de la prostate. Le fait d'avoir un adénome prostatique (tumeur bénigne fréquente de la prostate) n'expose pas à un risque accru de cancer de la prostate.

Toutefois, certaines personnes ont un risque plus élevé que la moyenne. Il s'agit des hommes :

- Ayant deux parents proches (par exemple un père + un grand père ou un grand-père + un oncle) atteints du cancer de la prostate.
- Ayant un parent proche atteint du cancer de la prostate avant l'âge de 45 ans.
- D'origine africaine ou antillaise. Pour ces personnes à risque, l'unique précaution actuellement recommandée est d'abaisser de 50 à 45 ans l'âge de début du dépistage annuel.

Il est à noter que l'obésité serait un facteur de risque pour le cancer de la prostate.

4.2. Les recommandations en matière de dépistage

La prostate peut être le siège d'un développement tumoral. La plus fréquente est une tumeur bénigne, l'adénome, qui correspond à une augmentation de taille du centre de la prostate (hypertrophie bénigne de la prostate). L'adénome de la prostate est très fréquent. Après l'âge de 50 ans, près de la moitié des hommes en sont atteints.

De nombreux cas de cancer de la prostate survenant chez des personnes âgées sont des données d'autopsie, c'est-à-dire que le cancer était cliniquement muet et que le patient est décédé d'une autre cause. En effet, le cancer de la prostate évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. C'est la raison pour laquelle le dépistage précoce de ce cancer n'est pas recommandé après l'âge de 75 ans, l'espérance de vie à cet âge étant inférieure à 10 ans.

Le dépistage du cancer de la prostate est recommandé par l'Association Française d'Urologie et la grande majorité des urologues pour les hommes dès 50 ans (âge abaissé à 45 ans pour les personnes à risque) et jusqu'à 75 ans. Il repose sur deux moyens de diagnostic annuel :

- L'examen clinique (toucher rectal).
- Le dosage sanguin du PSA⁴.

L'examen clinique repose sur la palpation de la prostate lors d'un toucher rectal. Cet examen permet d'apprécier le volume de la glande, sa consistance et de discerner la présence éventuelle de zones indurées. Le toucher rectal peut être très évocateur pour un praticien exercé.

Le dosage sanguin du PSA est le deuxième élément fondamental du dépistage. Ce marqueur tumoral ne signe pas automatiquement un cancer de la prostate. Il peut en effet être augmenté dans diverses affections prostatiques, y compris l'adénome prostatique ou une prostatite. Un taux élevé de PSA ou la progression rapide du PSA sont des éléments qui font suspecter un cancer de la prostate.

La mesure du PSA se fait par une simple prise de sang. Normalement, le PSA se situe en dessous de 4 ng/ml. Ce taux peut être influencé par l'activité sexuelle. Il est donc recommandé d'observer une abstinence de 48 heures avant le dosage.

4.3. L'organisation du dépistage du cancer de la prostate (Guyane)

Le cancer de la prostate représente 41 cas d'ALD en 2003 en Guyane.

L'incidence apparaît plus forte dans les départements français d'Amérique qu'en France hexagonale. Ce cancer touche une population jeune en Guyane.

⁴ PSA : Antigène spécifique de la prostate. Cette protéine est sécrétée par la prostate. L'augmentation de son taux, mesurée dans le sang, traduit une affection de la prostate : hypertrophie bénigne, inflammation, cancer...

Le dépistage organisé du cancer de la prostate a été mis en place en Martinique et dans 4 ou 5 départements de l'hexagone. Actuellement, une réflexion a lieu en Guyane sur l'opportunité de retenir ce dépistage comme objectif stratégique.

5. Cancer du sein

Dans le monde, plus de 1 050 000 nouveaux cas de cancer du sein chaque année, surviennent, dont plus de 580 000 dans les pays développés. Le cancer du sein est responsable chaque année de plus de 400 000 décès.

Aujourd'hui, en France, comme dans de nombreux pays à niveau de vie élevé, le cancer du sein est, chez la femme, le cancer le plus fréquent⁵. Ce classement est cependant susceptible d'être remis en cause du fait de la forte augmentation du tabagisme chez les femmes. Dans certains pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni ou le Danemark, le cancer du poumon est passé devant le cancer du sein en nombre de décès annuels.

En France, il représente plus du tiers des nouveaux cas de cancer. En 2000, en France, 41 845 nouveaux cas ont été enregistrés et 11 637 décès liés à ce cancer. Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas a presque doublé. Dans le même temps, la mortalité n'a que très peu augmenté grâce à l'amélioration des thérapeutiques. Aujourd'hui, le taux global de survie à 5 ans après le diagnostic est de 85%.

Comme pour la majorité des cancers, le risque d'en être affecté augmente avec l'âge. Ainsi, nous observons que près de 10% des cancers du sein surviennent avant 40 ans. L'incidence augmente ensuite régulièrement jusqu'à l'âge de 65 ans. Plus de 50% des cancers du sein sont observés après 65 ans.

Le risque de développer un cancer du sein devient maximal entre 60 et 69 ans. L'âge moyen est de 61 ans au moment du diagnostic.

Différents types de cancer du sein sont identifiés. Les adénocarcinomes sont les plus courants (95% des cas). Ils se développent à partir des canaux (cancer canalaire) et des lobules (cancer lobulaire). Les cancers sont dits in situ lorsque les cellules cancéreuses sont confinées aux canaux et lobules. Ils sont qualifiés de cancers infiltrants lorsque les cellules cancéreuses ont traversé la membrane des canaux ou des lobules et sont présentes dans les tissus qui les entourent. Dans ce cas, les cellules cancéreuses peuvent se propager dans les ganglions situés sous les bras (ganglions axillaires) et éventuellement diffuser dans l'organisme.

5.1. Les facteurs de risque

Les causes du cancer du sein ne sont pas connues, mais on a pu identifier quelques facteurs de risque qui peuvent agir conjointement pour favoriser le développement de ce type de cancer :

- Les mastopathies bénignes (affections de la glande mammaire). Certaines mastopathies ont une propension plus grande que d'autres à se transformer en cancer. Aussi, les médecins proposent aux femmes qui en sont atteintes une surveillance accrue et éventuellement un traitement radical (exérèse chirurgicale des lésions bénignes susceptibles de dégénérer en cancer).
- La vie reproductive (fécondité). Les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, ou ont eu leur première grossesse tardivement (après 30 ans), ont un risque sensiblement doublé de développer un cancer du sein, par rapport à celles ayant eu au moins un enfant avant 30 ans.

⁵ Il faut noter que le cancer du sein peut survenir aussi chez l'homme, mais il est rare et environ 200 fois moins fréquent que chez la femme.

- Le mode de vie. L'effet le plus net est celui de la quantité de calories absorbées : plus elle est élevée, plus le risque augmente. Il peut ainsi être multiplié par 1,5 ou 2 pour les consommations les plus élevées.

L'obésité (pour les cancers survenant après la ménopause), une consommation relativement importante d'alcool (équivalent de 1/2 l à 1 l de vin par jour), la faible consommation de fruits et de légumes sont également suspectées d'augmenter le risque, alors que l'exercice physique régulier serait protecteur.

- Les risques familiaux sont de deux ordres :
 - Simple susceptibilité familiale : on retrouve plusieurs cas dans la famille, mais sans transmission systématique. Il s'agit plutôt de transmission de certains facteurs de risque : hypofécondité, tendance à avoir une mastopathie bénigne, obésité... Dans ces familles, les risques sont multipliés par 2 à 3.

- Prédilection génétique forte : dans environ 5 à 8% des cas, une mutation génétique héréditaire est à l'origine du cancer. Dans ce cas, les risques encourus par les femmes d'une famille dans laquelle un gène prédisposant est présent (gène BRCA1 ou BRCA2) dépendent du fait qu'elles ont ou non hérité du gène anormal. Si elles n'ont pas le gène, leur risque est le même que celui des femmes n'ayant pas de prédisposition au cancer du sein. Mais parmi celles qui sont porteuses du gène, 70 à 80% d'entre elles pourront développer un cancer du sein.

On soupçonne cette transmission génétique si, dans une même famille, on observe des cancers du sein, mais aussi parfois des ovaires ou du côlon, chez des femmes et plusieurs de leurs parentes proches, dont l'une au moins est du 1^{er} degré (mère, soeur, fille). Ces cancers surviennent en règle générale dans la première partie de la vie.

Si tel est le cas (et la preuve peut être apportée par un examen génétique), les parentes exposées doivent faire l'objet d'une surveillance particulièrement étroite.

- Les traitements hormonaux

- Pour les contraceptifs oraux (CO), les études faites aux États-Unis, avec des produits différents de ceux utilisés en France, concluent à une augmentation minimale du risque (+ 14%). Le risque serait un peu plus élevé (+ 20%) pour les femmes ayant pris des CO pendant plus de 5 ans avant une première grossesse.

- Pour le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS), tous les THS ne semblent pas augmenter de la même façon le risque de cancer du sein. Des travaux récents ont mis en évidence un sur-risque de cancer du sein chez les femmes ayant recours à un THS œstroprogestatif. Pour le THS faisant appel aux œstrogènes seuls, des études sont encore nécessaires. Les experts estiment qu'il faut réserver l'usage d'un THS sur une courte durée et uniquement dans l'objectif de lutter contre les troubles climactériques durant la période de ménopause.

5.2. Les recommandations en matière de dépistage

Le dépistage mammographique du cancer du sein a fait les preuves de son efficacité. Ce test est jugé simple, acceptable et d'un coût peu élevé.

Les résultats de nombreuses études ont montré qu'il permet de réduire la mortalité par cancer du sein de l'ordre de 30% chez les femmes qui participent aux programmes de dépistage, par rapport aux femmes qui n'ont aucun dépistage. La mammographie permet de révéler des tumeurs de très petite taille (moins d'1 cm de diamètre) avant même de provoquer des symptômes.

Cependant, avant la ménopause (c'est-à-dire environ 50 ans), le dépistage systématique n'a pas fait les preuves de son efficacité car les anomalies suspectes sont plus difficiles à sélectionner, et les inconvénients (biopsies inutiles) paraissent supérieurs aux avantages.

Les examens de dépistage du cancer du sein se font chez un radiologue :

- avant 50 ans, il faut une prescription d'un généraliste ou d'un gynécologue. La mammographie est remboursée par l'Assurance Maladie à hauteur de 70% hors dépassement d'honoraires. De manière préventive, la palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que devrait faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle afin de détecter d'éventuelles tumeurs.

- A partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans, les femmes sont intégrées au programme de dépistage organisé à l'échelle nationale. Les femmes sont invitées tous les 2 ans par la structure en charge du dépistage à se rapprocher d'un radiologue de leur choix dans la liste proposée. Le dépistage comprend un examen mammographique composé de deux clichés par sein, complété d'un examen clinique (palpation des seins) et d'un questionnaire médical qui permettra au radiologue de connaître leurs antécédents familiaux et personnels. Dans le cas du dépistage organisé, l'examen est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie (sans avance de frais).

Certaines femmes doivent bénéficier d'un suivi spécifique, en dehors du cadre du programme de dépistage organisé, dans les contextes suivants :

- Antécédent de lésion bénigne (mastopathie).
- Détection d'anomalie probablement bénigne.

- Antécédent de cancer du sein.
- Présence de facteurs de risque comme une néoplasie lobulaire *in situ* (ensemble de cellules nouvellement créées constituant une tumeur bénigne ou maligne sans envahissement), ou une hyperplasie canalaire atypique (anomalie cellulaire pouvant précéder une dégénérescence maligne)
- Predisposition au cancer du sein car porteuses des gènes BRCA1 ou BRCA2.

5.3. L'organisation du dépistage du cancer du sein en Guyane

La campagne de dépistage organisé du cancer du sein a débuté, en Guyane, le 18 mai 2005. Cette campagne a été lancée par l'Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC).

L'objectif quantifiable n° 50 de la loi de santé publique du 9 août 2004, pour le cancer du sein est de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes. Un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans doit être atteint.

Cependant, cet objectif ne pourra pas être atteint sur l'ensemble de la région Guyane en raison de problèmes d'accessibilité au dépistage :

- Concentration des 3 mammographes à Cayenne, dans l'attente de l'installation d'un appareil au Centre Hospitalier de St-Laurent-du-Maroni
- Difficultés de déplacement et coût pour les habitants des fleuves et de l'intérieur.

La réalisation de cet objectif relève des démarches opérationnelles opérées par l'association AGDOC.

IV – OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

1. Rappel des objectifs principaux de l'étude
2. Schéma d'étude
3. Population et échantillon
4. Méthode d'investigation et recueil des données
5. Plan d'analyse statistique des données

1. Rappel des objectifs principaux de l'étude

Cette enquête sur « L'évaluation des pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus, côlon, prostate et sein par les médecins libéraux en Guyane » a pour principaux objectifs :

- d'évaluer les pratiques de dépistage, par les médecins libéraux, des quatre cancers les plus fréquents en Guyane en 2008.
- de connaître les conditions de diagnostic des cancers en Guyane.
- de connaître l'opinion des médecins libéraux sur l'information grand public en termes de prévention et de dépistage des cancers, les difficultés de dépistage, de diagnostic et de prise en charge rencontrées, ainsi que les facteurs d'adhésion et/ou de résistance à la prévention du cancer par les médecins et/ou les patients.

2. Schéma d'étude

Pour cette enquête sur « L'évaluation des pratiques de dépistage des cancers du col de

l'utérus, côlon, prostate et sein par les médecins libéraux en Guyane », nous avons choisi de mener une étude d'observation de type transversale à visée exhaustive. Elle a été réalisée sur une période d'un mois, du 16 juin au 11 juillet 2008.

3. Population et échantillon

Afin d'obtenir une représentation suffisante des médecins exerçant en Guyane en 2008 et compte tenu de leur effectif et de leur représentation géographique, nous avons opté pour une inclusion intégrale des médecins libéraux exerçant sur le département (généralistes et spécialistes). Par ailleurs, afin de garantir le caractère exhaustif de l'enquête sur le territoire guyanais et compte tenu des particularités locales liées à un certain isolement géographique de certaines communes, les médecins salariés des centres de santé sont également intégrés à cette étude. En effet, même si ces médecins sont des salariés de la fonction publique hospitalière, leurs pratiques se rapprochent de celles des médecins libéraux.

Toutefois, nous excluons de l'étude les médecins libéraux dont la spécialité n'a aucun lien avec le dépistage des 4 cancers étudiés :

Anesthésiologie-réanimation	Ophthalmologie
Biologie	ORL
Cardiologie et maladies vasculaires	Pédiatrie
Echographie	Pharmacologie
Hématologie ou onco-hématologie	Pneumologie
Médecine Légale	Psychiatrie
Médecine physique et de réadaptation	Radiologie
Neurologie	Rhumatologie

Nous nous sommes basés sur le fichier des médecins libéraux mis à disposition par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG) ainsi que de la liste des médecins salariés des centres de santé fournie par le département des centres de santé de l'hôpital Andrée ROSEMON de Cayenne. Notre population est constituée de 107 médecins, répartis de la manière suivante : 71 médecins généralistes libéraux, 21 médecins spécialistes libéraux et 15 médecins des centres de santé.

Notre échantillon est composé de 49 médecins dont 34 médecins généralistes libéraux, 7 médecins spécialistes libéraux et 8 médecins salariés des centres de santé.

4. Méthode d'investigation et recueil des données

Il s'agit d'une étude transversale à visée exhaustive, qui a été menée en Guyane du 16 juin au 11 juillet 2008.

4.1. Questionnaire à administration par voie postale

En tenant compte des moyens matériels, humains, temporels et financiers dont nous disposons combinés aux contraintes d'exercice des médecins et à l'objectif d'obtenir un taux de participation exhaustif⁶, le mode d'interrogation retenu par l'ORSG pour cette enquête est celui d'un questionnaire standard auto-administré, adressé par voie postale, associé à une relance téléphonique ultérieure pour réduire le taux de non-réponse.

Le questionnaire est inspiré de celui réalisé par l'ORS-Bourgogne⁷.

Les données seront recueillies au moyen d'un questionnaire auto-administré (annexe 1) structuré autour de la pratique de dépistage des médecins vis-à-vis des quatre cancers.

Il comporte cinq parties distinctes :

- La première concerne les caractéristiques du médecin interrogé (sexe, âge, date d'installation, spécialité, lieu du cabinet, conditions d'exercice, ...).
- Les quatre autres parties portent chacune spécifiquement sur le dépistage d'un des quatre cancers étudiés (col de l'utérus, côlon, prostate, sein) et les difficultés rencontrées vis-à-vis de ce dépistage (opinion sur l'information des patients et leur propre information à ce sujet, l'organisation de chacun des dépistages, les freins d'un bon usage de ces dépistages, l'organisation et les difficultés rencontrées, la suggestion d'actions susceptibles d'améliorer les conditions de dépistage, ...).

4.2. Information des médecins participant à l'étude

Après avoir reçu le soutien du Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG) et du médecin coordonateur des centres de santé, les questionnaires ont été envoyés accompagnés d'un courrier expliquant les motivations et les attentes de notre étude (annexe 2).

4.3. Mode de circulation des données

Les questionnaires ont été renvoyés par les médecins à l'ORSG sur une période d'un mois après la date limite de renvoi des questionnaires pour une saisie informatique.

⁶ Caractère exhaustif de l'enquête sur le territoire guyanais

⁷ ORS Bourgogne. Prévention des cancers gynécologiques : point de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. 2004 (51 p)

Un identifiant correspondant à l'ordre de saisie a été attribué à chaque fiche anonymée. Ensuite, les données ont été stockées dans une base sécurisée à l'ORSG.

Afin d'obtenir un maximum de réponses, une relance téléphonique d'un mois a été mise en place auprès des médecins interrogés, suivant la date limite de renvoi des questionnaires, contre une période de relance de 15 jours initialement prévue.

5. Plan d'analyse statistique des données

Les questionnaires réceptionnés à l'ORSG ont été saisis pendant le mois d'août 2008. La base de données est sous format Excel.

Cette base a subi plusieurs traitements afin de corriger les erreurs de saisie, de logique et autres erreurs de manipulation de fichiers.

De plus, certaines questions ouvertes ont fait l'objet d'un recodage en questions fermées suite aux réponses obtenues.

L'exploitation des résultats se découpe en trois parties distinctes :

- Une description de la population étudiée.
- Une analyse par cancer.
- Une analyse permettant d'évaluer les bonnes pratiques de dépistage des médecins pour les quatre cancers étudiés.

L'étude descriptive des données a été effectuée à l'aide du logiciel Excel.

Chaque question a fait l'objet d'une analyse univariée avec le type de médecin (médecins de centre de santé, généralistes, spécialistes).

Par ailleurs, les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de tableaux de contingence (effectifs, pourcentages).

V – RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon
2. Pratique de dépistage du cancer du col de l'utérus
3. Cancer du côlon
4. Cancer de la prostate
5. Cancer du sein
6. Evaluation des pratiques de dépistage des cancers par les médecins

1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Notre population est constituée de 107 médecins : 71 médecins généralistes libéraux, 21 médecins spécialistes libéraux et 15 médecins salariés des centres de santé.

L'échantillon est composé de 49 médecins dont 34 médecins généralistes libéraux, 7 médecins spécialistes libéraux et 8 médecins salariés des centres de santé.

1.1 Taux de réponse par type de médecin et par zone géographique

Notre échantillon est composé de 69,4% de médecins généralistes, de 16,3% de

médecins salariés des centres de santé (CDS) et de 14,3% de médecins spécialistes.

Nous avons enregistré un taux de participation global de 45,8%. Le meilleur taux de participation provient des médecins salariés des centres de santé (53,3%) et le plus mauvais taux étant observé chez les médecins spécialistes avec 33,3% (Tableau 7).

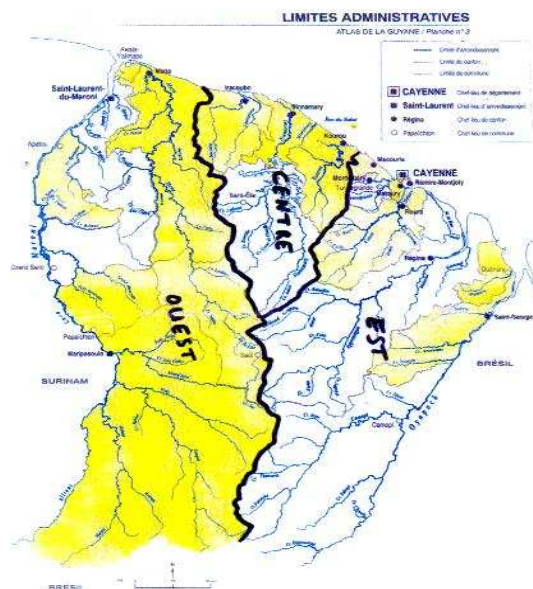
Afin de faire une analyse par zone géographique, nous avons utilisé le découpage administratif de la Guyane en trois régions distinctes :

- la zone Ouest comprenant la ville de Saint-Laurent-du-Maroni ;
- la zone Centre comprenant la ville de Kourou ;
- la zone Est comprenant la ville de Cayenne.

Tableau 7 : Taux de participation des médecins selon le mode d'exercice en Guyane, juillet 2008

	Population		Echantillon		Taux de participation
	Effectif	%	Effectif	%	%
Type médecin					
Médecins salariés des CDS	15	14,0	8	16,3	53,3
Médecins libéraux	92	86,0	41	83,7	44,6
Médecins généralistes	71	66,4	34	69,4	47,9
Médecins spécialistes	21	19,6	7	14,3	33,3
Total	107		49		45,8

Source : ORSG - Evaluation des pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus, côlon, prostate et sein par les médecins libéraux de Guyane- décembre 2008



Nous constatons une meilleure participation des médecins dans les zones Centre et Ouest.

1.2 Taux de participation par sexe

Notre échantillon est composé de 69,4% d'hommes. Leur taux de participation est de l'ordre de 43,0%.

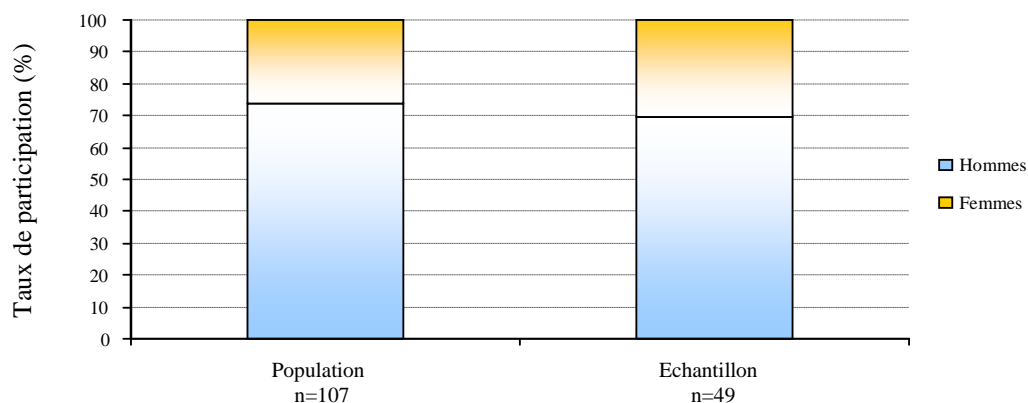
Nous constatons que quelque soit le mode d'exercice et la spécialisation, les femmes ont été légèrement plus réceptives à notre enquête, avec un taux de participation de 53,6%.

Tableau 8 : Répartition des médecins par localisation géographique et par taux de participation en Guyane, juillet 2008

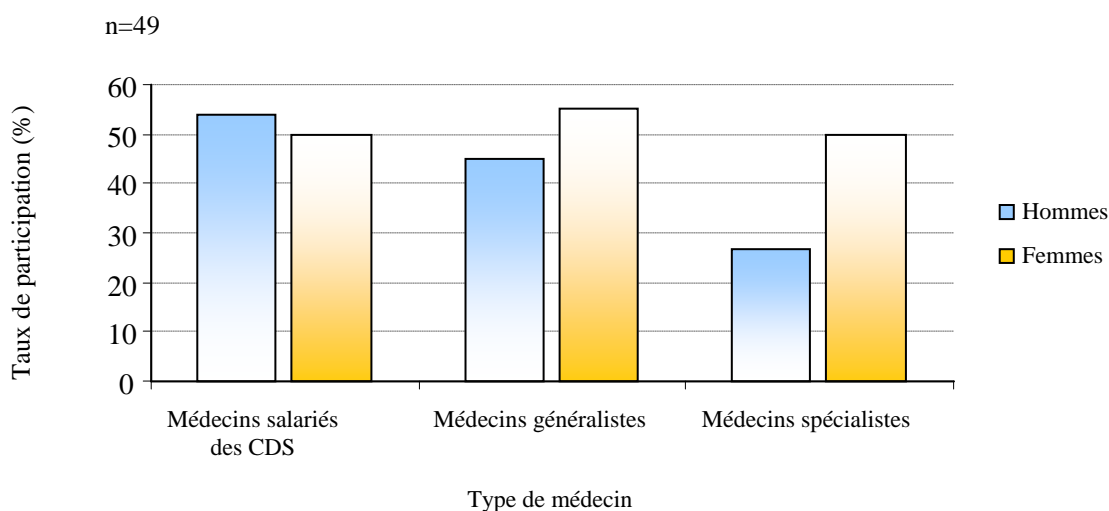
	Population		Echantillon		Taux de participation
	Effectif	%*	Effectif	%*	%
Zone Est					
Médecins salariés des CDS	5	33,3	2	25,0	40,0
Médecins libéraux	66	71,8	26	63,4	39,4
Médecins généralistes	45	63,4	19	55,9	42,2
Médecins spécialistes	21	100,0	7	100,0	33,3
Total zone Est	71	66,4	28	57,1	39,4
Zone Centre					
Médecins salariés des CDS	1	6,7	1	12,5	100,0
Médecins libéraux	13	14,1	8	19,5	61,6
Médecins généralistes	13	18,3	8	23,5	61,6
Total zone Centre	14	13,1	9	18,4	64,3
Zone Ouest					
Médecins salariés des CDS	9	60,0	5	62,5	55,6
Médecins libéraux	13	14,1	7	17,1	53,8
Médecins généralistes	13	18,3	7	20,6	53,8
Total zone Ouest	22	20,6	12	24,5	54,5

Source : ORSG - Evaluation des pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus, côlon, prostate et sein par les médecins libéraux de Guyane- décembre 2008

* Proportion par type de médecin



Graphique 1 : Répartition des médecins en fonction du sexe en Guyane, juillet 2008



Graphique 2 : Taux de participation des médecins en fonction du sexe, du mode d'exercice et de la spécialité en Guyane, juillet 2008

1.3 Analyse par type de cancer

Les médecins devaient, pour chacun des cancers dépistables en routine, répondre à un certain nombre de questions.

Les effectifs de notre échantillon étant très faibles, nous avons choisi de regrouper les médecins salariés des centres de santé avec les médecins généralistes libéraux, renommés «médecins de proximité». Ce

regroupement est basé sur l'hypothèse de travail selon laquelle leur profil ainsi que leurs pratiques sont similaires.

Pour cette même raison, nous n'avons pas pu faire d'analyse par zone géographique.

C'est donc une analyse descriptive, à partir des questionnaires des médecins qui ont bien voulu participer à l'enquête, qui a été privilégiée.

2. Pratique de dépistage du cancer du col de l'utérus

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant la dernière patiente de 25-65 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer du col de l'utérus (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

2.1 Réalisation du frottis de dépistage par le médecin consulté

Parmi les 49 médecins qui ont répondu aux questionnaires, près de la moitié (57,1%) ont réalisé un frottis de dépistage à la dernière patiente consultée correspondant au profil. Soit 55,9% des médecins généralistes, la moitié des médecins salariés des centres de santé et 5 médecins spécialistes sur 7. Le reste des médecins n'ont pas réalisé de frottis à leur dernière patiente.

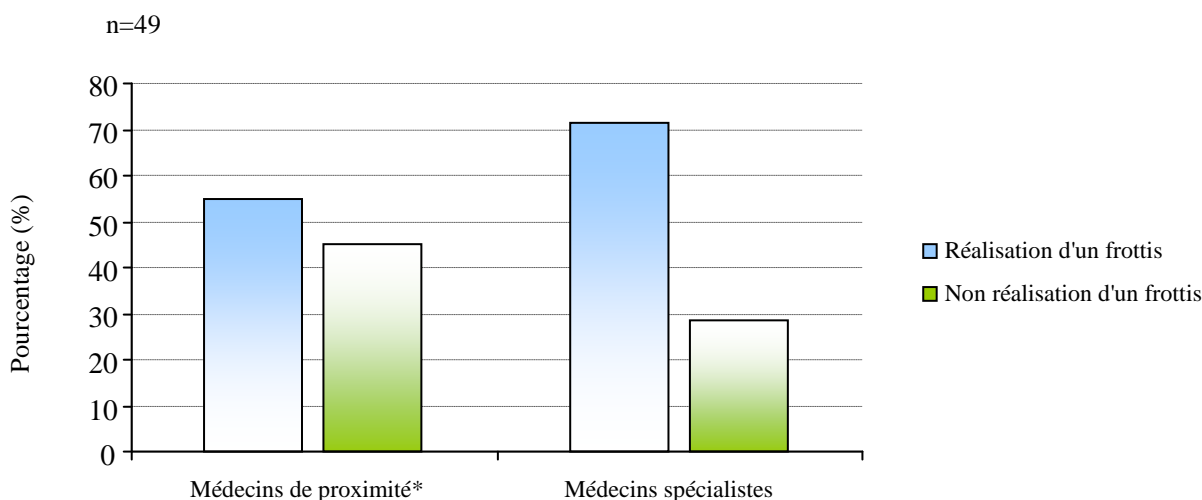
Chez les médecins spécialistes, ceux qui disent ne pas avoir réalisé le test, ne sont pas concernés par cette pathologie (dermatologue et gastro-entérologue). Par conséquent, tous les gynécologues ayant répondu à l'enquête ont réalisé eux même le frottis de dépistage du col de l'utérus à leur patiente.

2.2 Cadre de la réalisation du frottis de dépistage

Le contexte dans lequel les médecins faisaient un frottis était le plus souvent, pour 42,9% des médecins, lors d'une consultation pour motif gynécologique et pour 32,1% lors d'un bilan général de santé.

42,1% des médecins généralistes libéraux réalisent des frottis lors d'un bilan général de santé et 42,0% lors de consultations à motif gynécologique ou traitement de la ménopause.

Pour les médecins salariés des centres de santé et les gynécologues (4/5), le frottis de dépistage est réalisé lors de consultations à motif gynécologique.



Graphique 3 : Réalisation d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus selon la spécialité des médecins en Guyane, juillet 2008

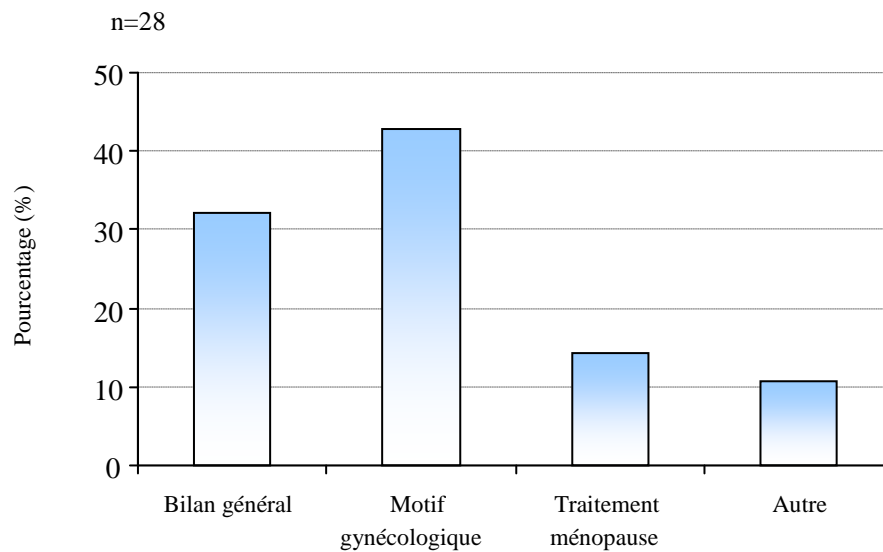
2.3 Origine de la demande de frottis

Le frottis faisait suite à la demande soit du médecin (67,8%), soit de la patiente (17,9%) et, soit elle était conjointe à la patiente et au médecin (14,3%).

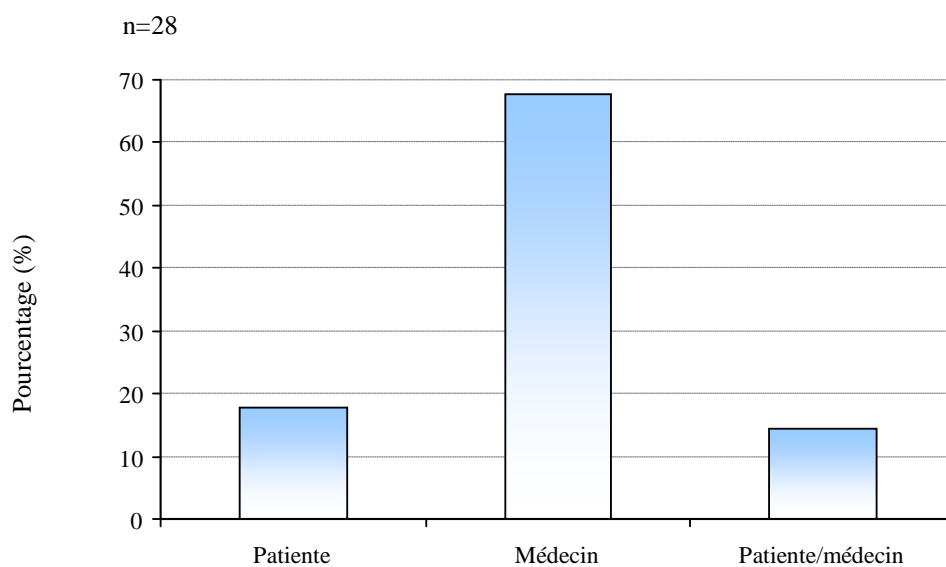
63,2% des médecins généralistes sont à l'origine de la demande de frottis. Seuls 21% de leurs patientes sont à l'origine de la demande.

3 gynécologues sur 5 ont proposé un frottis à leurs patientes durant la période d'enquête.

Dans les centres de santé, les frottis sont toujours réalisés à l'initiative du médecin.



Graphique 4 : Motif de la consultation lors de la réalisation d'un frottis de dépistage en Guyane, juillet 2008



Graphique 5 : Origine de la demande de dépistage par frottis du cancer du col de l'utérus en Guyane, juillet 2008

2.4 Raisons de la non-réalisation du frottis de dépistage

41,7% des médecins, n'ayant pas effectué le frottis, disent avoir orienté leurs patientes vers un spécialiste. 16,7 % disent l'avoir réalisé récemment.

Dans la moitié des cas, les généralistes orientent leurs patientes vers un gynécologue. Seuls les spécialistes, dont ce n'est pas le domaine de compétence, orientent leurs patientes vers un gynécologue.

2.5 Fréquence de la pratique du frottis de dépistage

Dans leur pratique, plus de la moitié des médecins (57,1%) plus de $\frac{3}{4}$ des médecins des centres de santé et la moitié des médecins généralistes réalisent fréquemment un frottis de dépistage. Les gynécologues pratiquent fréquemment un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus.

2.6 Difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription d'un frottis de dépistage

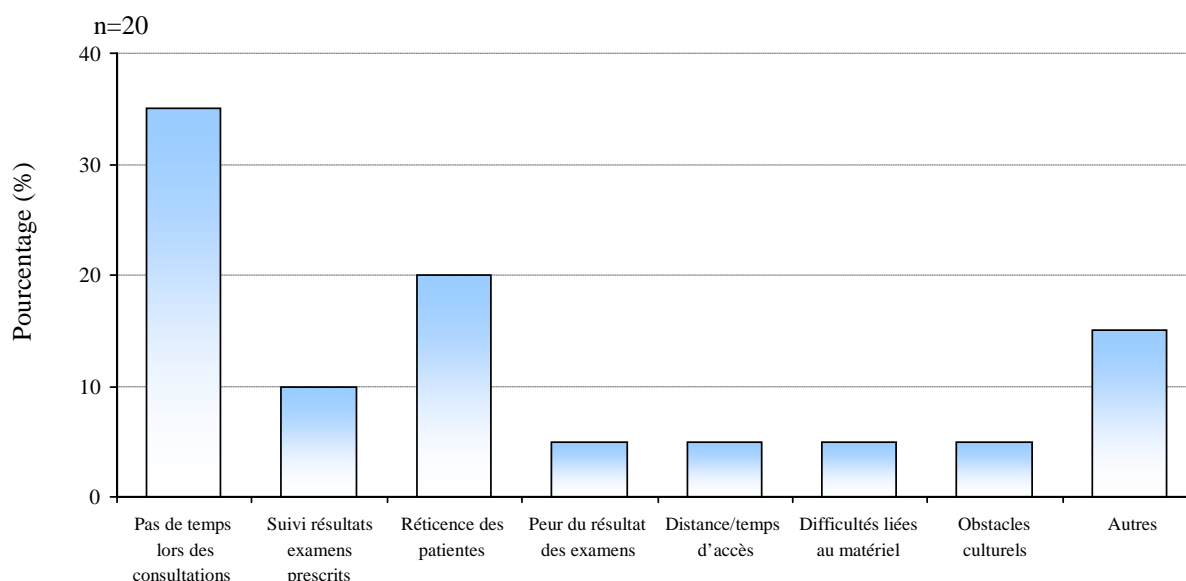
La majorité des médecins (79,6 %) ne rencontrent pas de difficultés pour prescrire un frottis de dépistage. Les 20,4 % restant en rencontrent ceci diminue avec la spécialisation et l'éloignement des centres urbains (20,6% des médecins généralistes, 1 médecin salarié des centres de santé sur 4 et 1 médecin spécialiste sur 7).

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées par les médecins sont le manque de temps lors de la consultation (35,0%) et la réticence des patientes (20,0%).

Le manque de temps lors des consultations est une difficulté rencontrée par 42,9% des médecins généralistes et par 1 médecin salarié des centres de santé sur 5.

Les médecins spécialistes déplorent une augmentation des difficultés liées au suivi des résultats des examens prescrits.

Nous noterons que les médecins des centres de santé sont confrontés à de multiples difficultés : manque de temps, réticence des patientes, peur du résultat par les patientes, distance/temps d'accès aux soins.



Graphique 6 : Nature des difficultés auxquelles sont confrontés les médecins lors de la prescription d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus en Guyane, juillet 2008

2.7 Type de dépistage préconisé par les médecins pour le cancer du col de l'utérus

La majorité des médecins (73,5%) sont favorables à la mise en place d'un dépistage mixte associant dépistage individuel et dépistage organisé pour lutter contre le cancer du col de l'utérus.

12,2% des médecins envisagent la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du col exclusif.

Seuls 14,3% des médecins considèrent qu'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus est suffisant.

2.8 Information des patientes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

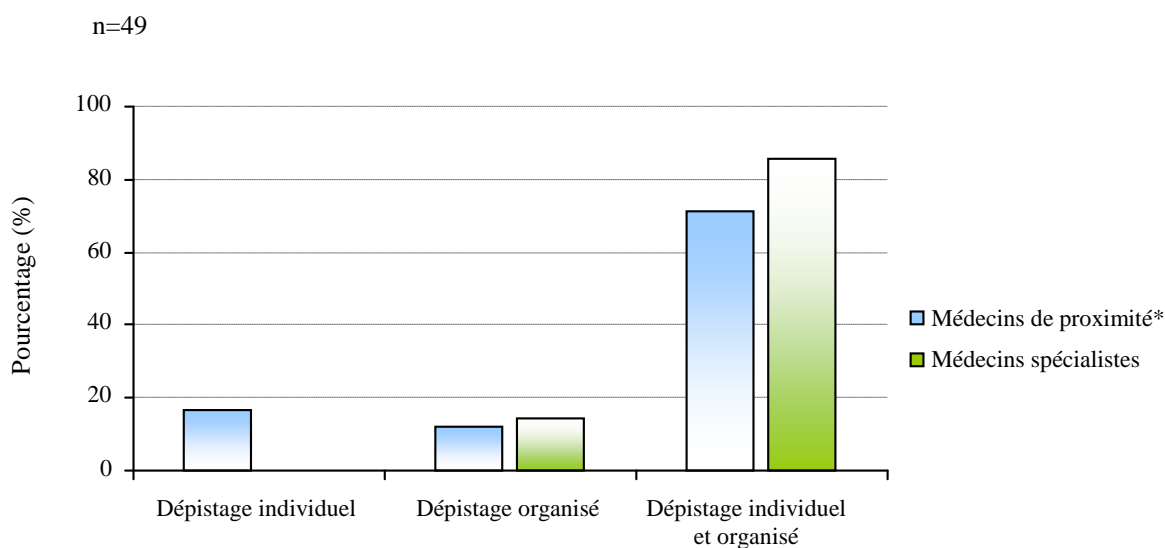
Pour 66,7% des médecins, les femmes sont insuffisamment informées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. 8,2% des médecins avouent ne pas savoir si les patientes sont suffisamment informées sur le dépistage du cancer.

7 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 6 médecins spécialistes sur 7 dénoncent le manque d'information sur le cancer du col de l'utérus auprès des femmes.

Toutefois, nous notons qu'un quart (25,1%) des médecins généralistes considère que leurs patientes sont suffisamment informées sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Afin d'expliquer le manque d'information des femmes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, 40,8% des médecins invoquent des problèmes de communication.

Pour les médecins libéraux, le manque d'information est dû principalement à la méconnaissance combinée à des problèmes culturels (33,3%), une information insuffisante sur la maladie. Les généralistes pensent qu'il y a aussi des problèmes de communication, tandis que les médecins des centres de santé soulignent que ce manque d'information s'explique exclusivement par des problèmes de communication.



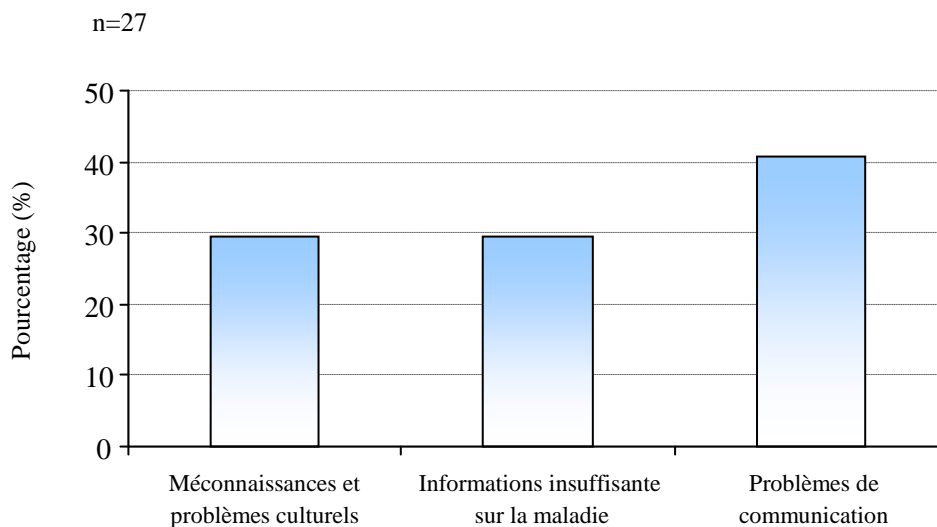
* Médecins de proximité = médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux

Graphique 7 : Type de dépistage préconisé par les médecins en fonction de leur spécialité concernant le dépistage du col de l'utérus en Guyane, juillet 2008

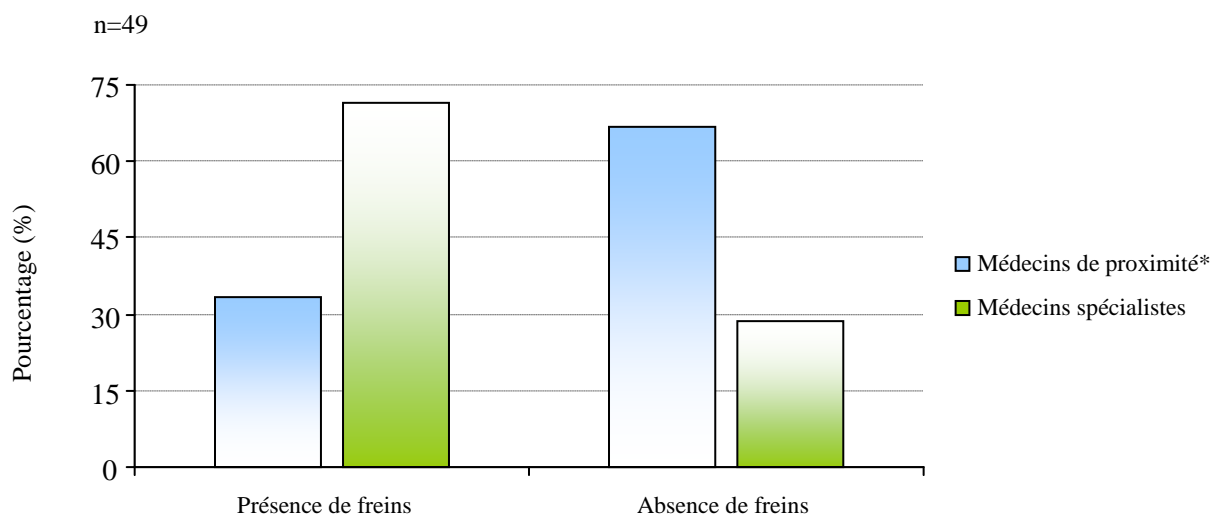
2.9 Existence et types de freins pour le dépistage par frottis du cancer du col de l'utérus chez les patientes

Pour 61,2% des médecins, il n'existe aucun frein chez les femmes pour le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis. Pour le reste des médecins, un frein existe.

Nous observons que 5 médecins spécialistes sur 7 signalent l'existence de freins (l'intégralité des gynécologues) au dépistage par frottis. Ce constat est partagé par 32,4% des médecins généralistes et par 3 médecins salariés des centres de santé sur 8.



Graphique 8 : Nature du manque d'information des patientes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus d'après les médecins en Guyane, juillet 2008



* Médecins de proximité = médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux

Graphique 9 : Existence de freins au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les patientes en fonction du type de médecin consulté en Guyane, juillet 2008

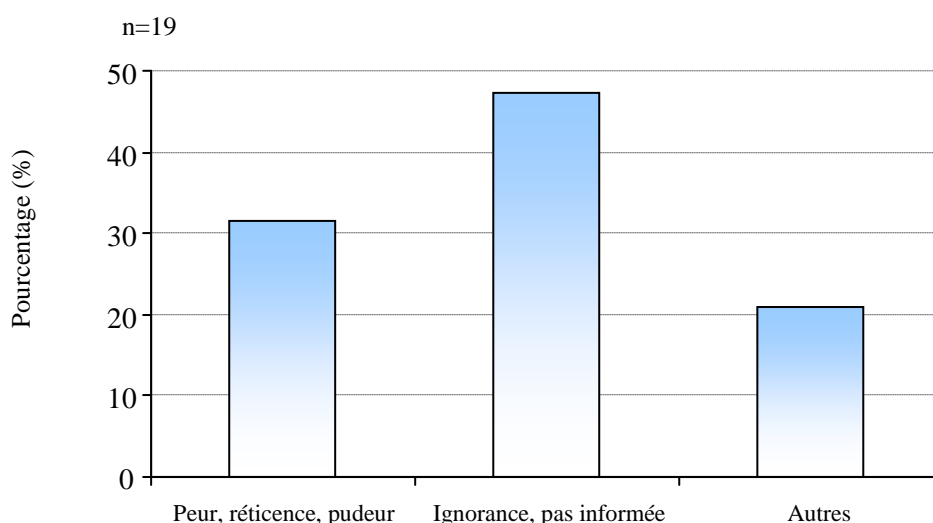
Pour 47,4% des médecins ayant déclaré des freins au dépistage par frottis, les freins majeurs sont l'ignorance des patientes et le manque d'information (4 gynécologues sur les 5, 36,4 % des médecins généralistes et 1 médecin salarié des centres de santé sur 3).

Pour 31,6% des médecins, l'un des freins au dépistage réside dans la peur, les réticences et la pudeur des patientes. Cependant, ce frein est majeur pour 2 médecins salariés des centres de santé sur 3.

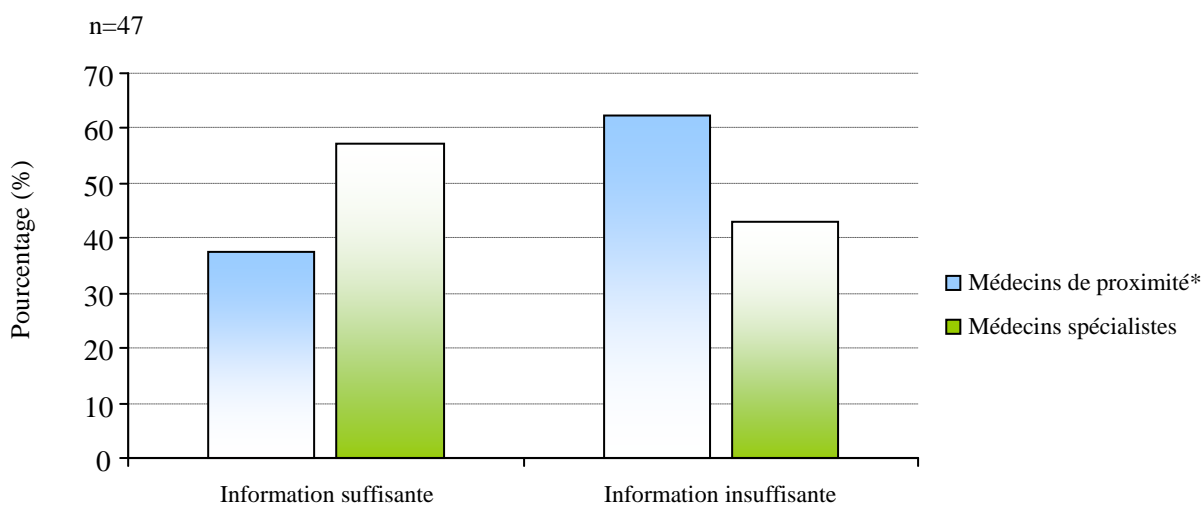
2.10 Information des médecins sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus dans la région

59,6% des médecins considèrent qu'ils sont insuffisamment informés sur le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus.

37,5% des médecins généralistes, 4 médecins spécialistes sur 7 et 3 médecins salariés des centres de santé sur 8 considèrent être suffisamment informés.



Graphique 10 : Types de freins au dépistage par frottis chez les patientes en fonction du type de médecin consulté en Guyane, juillet 2008



*Médecins de proximité = médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux

Graphique 11 : Répartition des médecins selon de leurs connaissances sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en Guyane, juillet 2008

2.11 Opinion des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus

37,9% des médecins jugent les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du col de l'utérus insuffisantes (la moitié des médecins spécialistes et 41,2% des médecins généralistes).

31,0 % des médecins considèrent ces mesures satisfaisantes (3 médecins salariés des centres de santé sur 8).

Nous noterons que 24,1% des médecins déclarent ne pas connaître les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (29,4% des médecins généralistes, 1 médecin spécialiste sur 4 et 1 médecin des centres de santé sur 8).

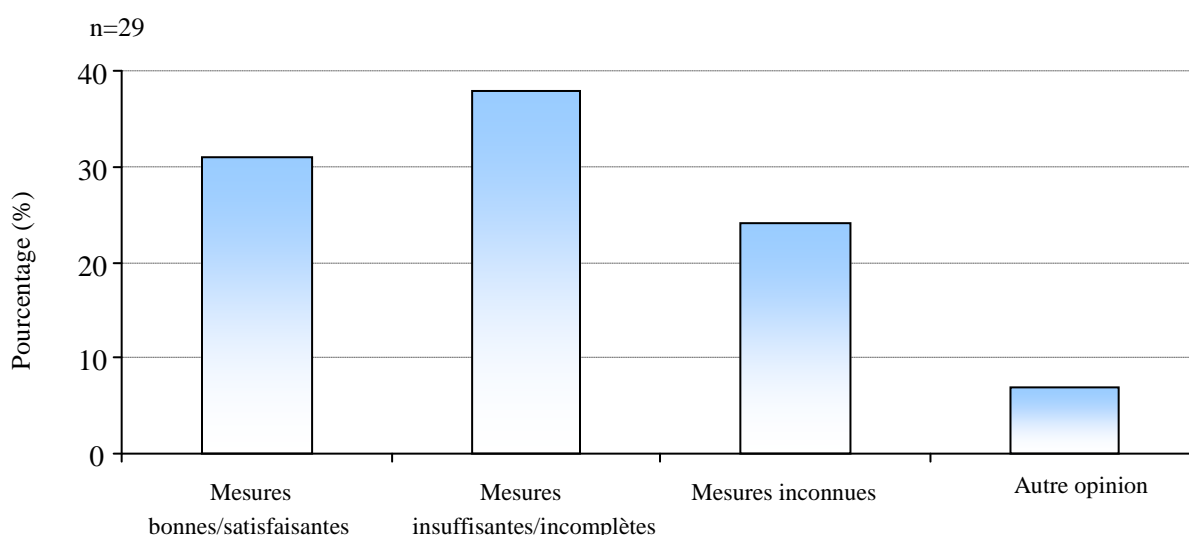
2.12 Difficultés constatées par les médecins dans le dépistage individuel

Les médecins ont été interrogés sur les difficultés qu'ils avaient pu constater lors du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus (plusieurs réponses possibles).

Pour 32,8% des médecins, les difficultés constatées lors du dépistage par frottis s'expliquent par une faible implication de la population (31,6% des médecins généralistes, 1 médecin spécialiste sur 3 et 1 médecin salarié des centres de santé sur 3).

16,4% des médecins dénoncent un manque de mobilisation de leurs confrères pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (15,8% des médecins généralistes, 3 médecins spécialistes sur 7 et 1 médecin salarié des centres de santé sur 8).

Toutefois, 27,9% des médecins n'enregistrent aucune difficulté lors du dépistage du cancer du col de l'utérus (36,8% des médecins généralistes, 1 médecin salarié des centres de santé sur 6 et 1 médecin spécialiste sur 7).



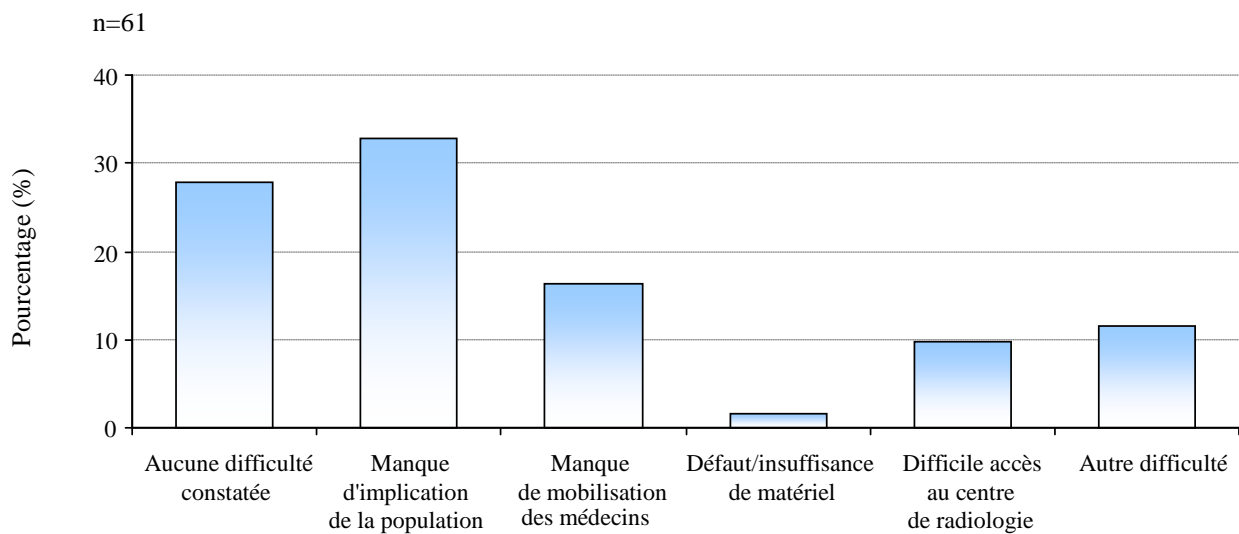
Graphique 12 : Opinion des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en Guyane, juillet 2008

2.13 Actions prioritaires à mener afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus

Un tiers des médecins insiste sur le fait de développer les campagnes d'informations auprès de la population, notamment par les médias et les pouvoirs publics en plusieurs langues.

2.14 Nombre de cancers du col de l'utérus constaté par les médecins

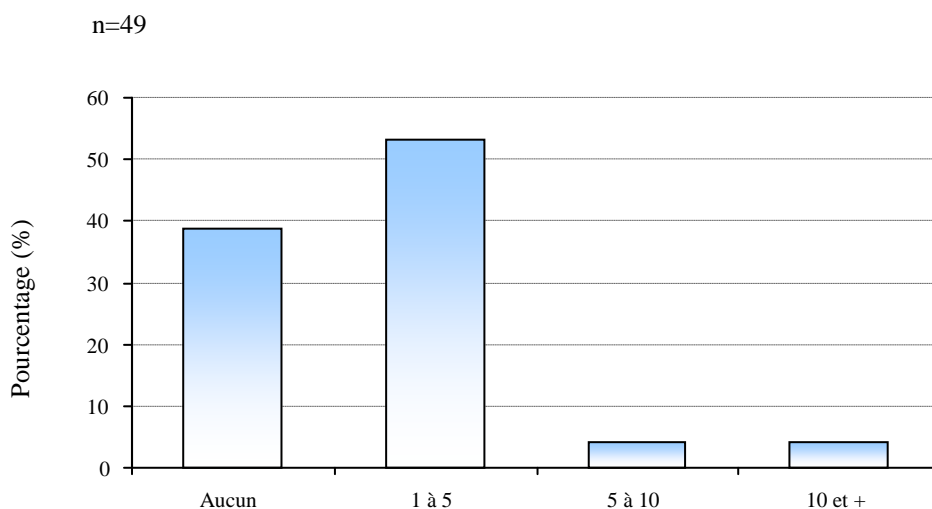
38,8% des médecins n'ont enregistré aucune patiente atteinte d'un cancer du col de l'utérus (35,3% des médecins généralistes, 3 médecins salariés des centres de santé sur 4 et 1 médecin spécialiste sur 7).



Graphique 13 : Difficultés constatées par les médecins lors du dépistage du cancer du col de l'utérus en Guyane, juillet 2008

La majorité des médecins (53,1%) ont 1 à 5 cas de cancers du col de l'utérus enregistrés depuis le début de l'année 2008 (55,9% des médecins généralistes et 5 médecins spécialistes sur 7).

Parmi les médecins ayant des patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus, nous avons 1 médecin généraliste et 1 médecin spécialiste qui ont plus de 10 patientes touchées par la maladie.



Graphique 14 : Nombre de cancers du col de l'utérus constaté par les médecins entre janvier et juin 2008 en Guyane, juillet 2008

3. Cancer du côlon

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant le dernier patient (homme ou femme) de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer du côlon (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

3.1 Réalisation du test Hémoccult de dépistage par les médecins

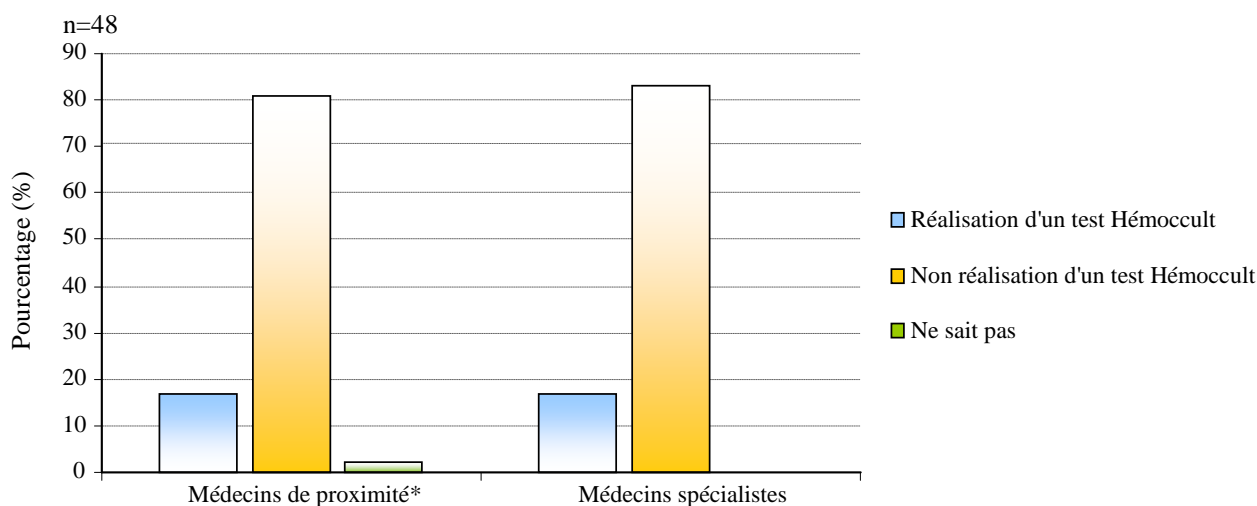
Seul un médecin sur 5 pratique (81,2%) le dépistage du cancer du côlon par test Hémoccult⁸ (79,4% des médecins généralistes, 7 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 5 médecins spécialistes sur 6)

3.2 Motif de la consultation lors de la réalisation du test Hémoccult

Parmi les médecins effectuant un dépistage du cancer du côlon, le motif de consultation est pour 7 médecins sur 8 (toutes spécialités confondues) un bilan général de santé. 6 médecins sur 8 ont pris la décision de réaliser un test Hémoccult.

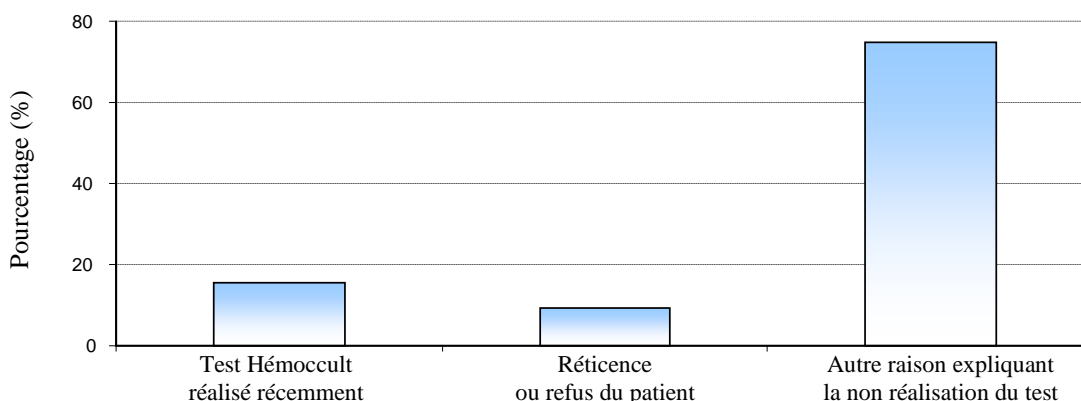
3.3 Raisons de la non-réalisation d'un test Hémoccult

75% des médecins déclarent ne pas avoir effectué de test Hémoccult pour des raisons diverses non explicitées.



*Médecins de proximité = médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux

Graphique 15 : Réalisation d'un test Hémoccult de dépistage du cancer du côlon par les médecins en Guyane, juillet 2008.



Graphique 16 : Raisons données par les médecins afin de justifier la non réalisation d'un test Hémoccult de dépistage du cancer du côlon sur le dernier patient consulté en Guyane, juillet 2008.

⁸ Test basé sur la recherche de sang dans les selles.

3.4 Difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription d'un test Hémocult

Certains médecins rencontrent des difficultés lors de la prescription du test Hémocult de dépistage : 44,2% contre 35,7% qui disent n'en avoir aucun. Il est à noter que 21,4% d'entre eux ne savent pas ou ne se sont pas exprimés sur cette question (12,4%).

La moitié des médecins généralistes et des médecins salariés des centres de santé rencontre des difficultés lors de la prescription du test Hémocult de dépistage, ce qui n'est pas le cas pour aucun médecin spécialiste.

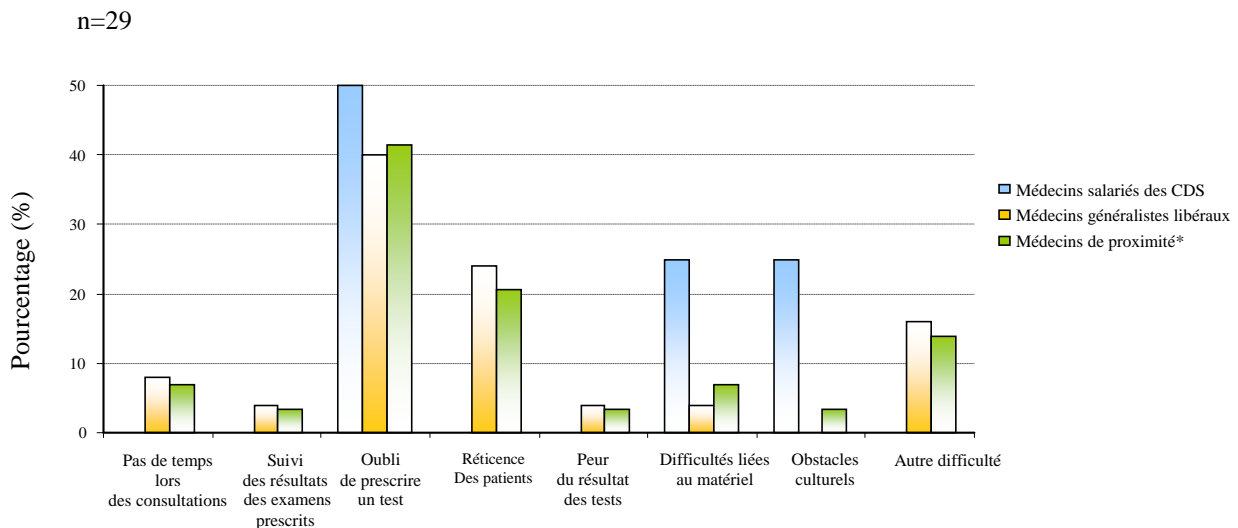
Les difficultés les plus souvent rencontrées par les médecins lors de la prescription du

test Hémocult sont l'oubli de la prescription systématique (41,4%) et la réticence des patients (20,7%).

3.5 Information des patients sur le dépistage du cancer du côlon

Pour 4 médecins sur 5 (78,7%), les patients sont insuffisamment informés sur le dépistage du cancer du côlon (76,5% des médecins généralistes, 7 médecins salariés des centres de santé sur 8, 4 médecins spécialistes sur 5). 21,3% d'entre eux disent ne pas savoir si les patients de la région sont suffisamment informés sur le dépistage du cancer du côlon.

Enfin, aucun médecin n'a déclaré considérer les patients suffisamment informés contrairement aux trois autres cancers.



*Médecins de proximité = médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux

Graphique 17 : Nature des difficultés auxquelles sont confrontés les médecins lors de la prescription du test Hémocult de dépistage du cancer du côlon en Guyane, juillet 2008

Pour 48,1 % des médecins, le manque d'information des patients sur le dépistage du cancer du côlon est dû à une méconnaissance de la maladie. Ceci est l'opinion de 50,0% des médecins généralistes et spécialistes et de 2 médecins salariés des centres de santé sur 5.

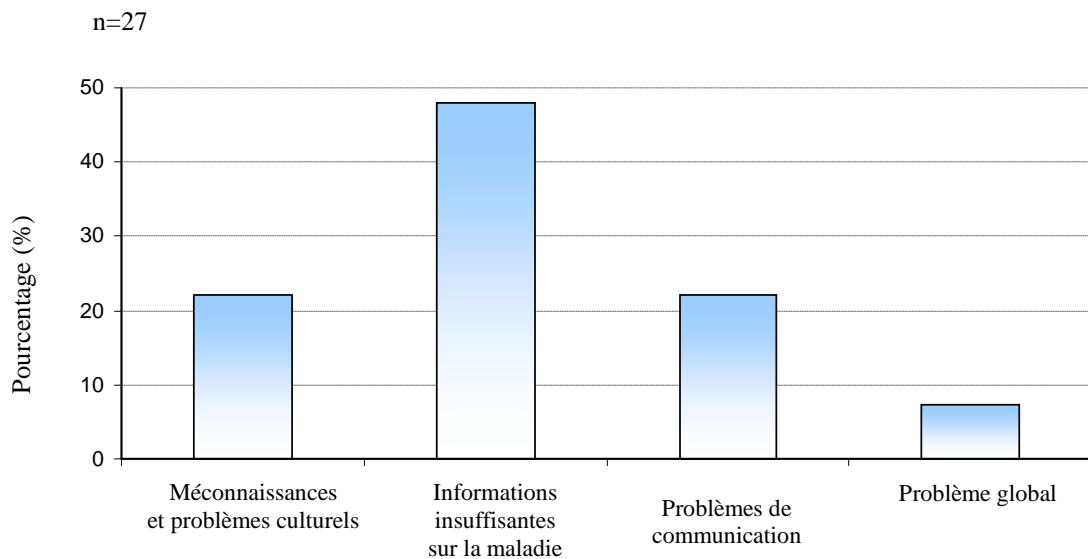
Pour 30 % des médecins généralistes, le manque d'information est dû à une méconnaissance combinée à des problèmes culturels.

3.6 Existence et types de freins pour le dépistage par test Hémocult du cancer du côlon

Pour 69% des médecins, il n'existe aucun frein chez les patients pour le dépistage du

cancer du côlon par test Hémocult. Cependant, nous observons que 2 médecins spécialistes sur 3 et 5 médecins salariés des centres de santé sur 8 signalent l'existence de freins au dépistage par test Hémocult. Ce constat est partagé par seulement 19,4% des médecins généralistes.

Pour 54,6% des médecins ayant déclaré des freins au dépistage par test Hémocult, le frein majeur est l'ignorance des patients et le manque d'information (les 2 médecins spécialistes ayant répondu, 3 médecins salariés des centres de santé sur 5 et 1 médecin généraliste sur 4).

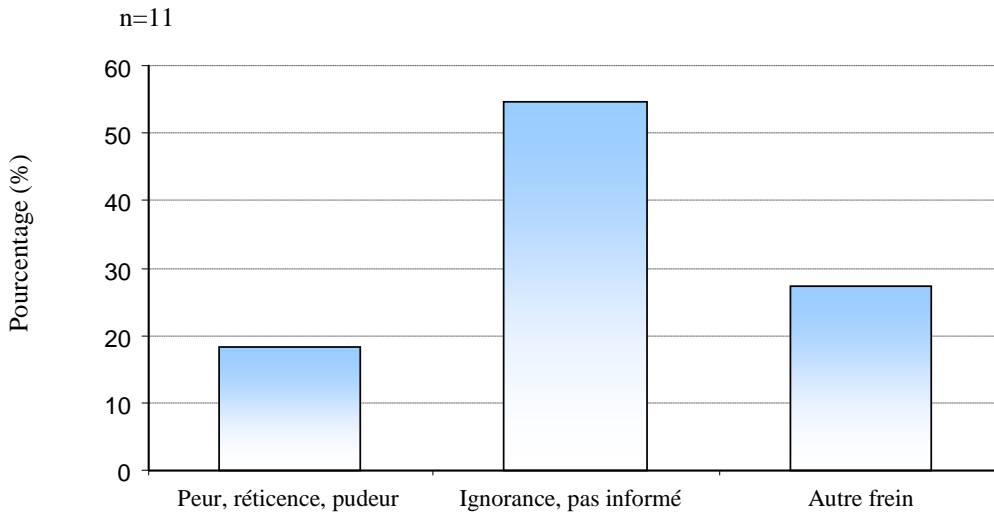


Graphique 18 : Nature du manque d'information des patients concernant le dépistage du cancer du côlon selon les médecins en Guyane, juillet 2008

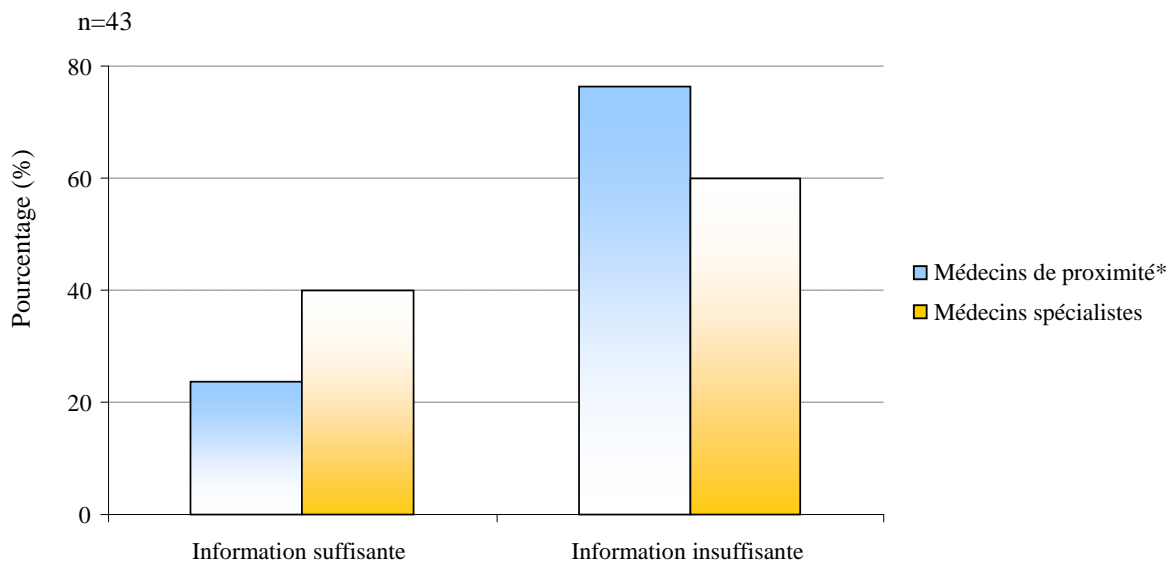
3.7 Information des médecins sur le dépistage du cancer du colon

Les médecins ont été interrogés sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans la région. Sachant que ce programme n'avait pas encore été mis en place au moment de l'enquête, 12,2 % des

médecins n'ont pas répondu et 13,4 % ont répondu positivement. Les ¾ restant (74,4 %) considèrent qu'ils sont insuffisamment informés sur le dépistage du cancer du colon (74,2 % des médecins généralistes, 6 médecins salariés des centres de santé sur 7 et 3 médecins spécialistes sur 5).



Graphique 19 : Types de freins au dépistage par test Hémocult chez les patients selon le type de médecin consulté en Guyane, juillet 2008



*Médecins de proximité = médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux

Graphique 20 : Répartition des médecins en fonction de leurs connaissances sur le dépistage du cancer du côlon en Guyane, juillet 2008

3.8 Opinion des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du côlon

62,5 % des médecins déclarent ne pas connaître l'existence des mesures mises en place pour le dépistage du cancer du côlon (72,2 % des médecins généralistes, la moitié des médecins spécialistes et 1 médecin salarié des centres de santé sur 4).

33,3% des médecins jugent les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du côlon insuffisantes (3 médecins salariés des centres de santé sur 4, la moitié des médecins spécialistes et 22,2% des médecins généralistes).

3.9 Difficultés constatées par les médecins

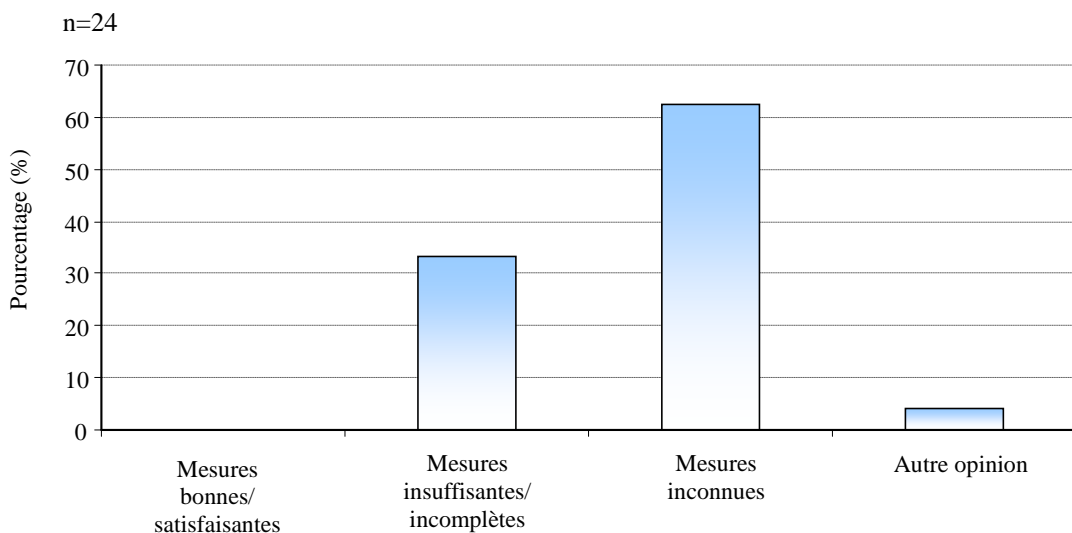
Les médecins ont été interrogés sur les difficultés qu'ils avaient pu constater lors du

dépistage individuel du cancer du côlon (plusieurs réponses possibles).

Pour 38,9% des médecins, les difficultés constatées lors du dépistage par test Hémocult s'expliquent par une faible implication de la population (38,5% des médecins généralistes, 4 médecins spécialistes sur 7 et 2 médecins salariés des centres de santé sur 8).

33,3% des médecins dénoncent un manque de mobilisation de leurs confrères pour le dépistage du cancer du côlon (1 médecin généraliste sur 3, 3 médecins spécialistes sur 7 et 2 médecins salariés des centres de santé sur 8).

Toutefois, 13% des médecins n'enregistrent aucune difficulté lors du dépistage du cancer du côlon (7,7% des médecins généralistes et 4 médecins salariés des centres de santé sur 8).



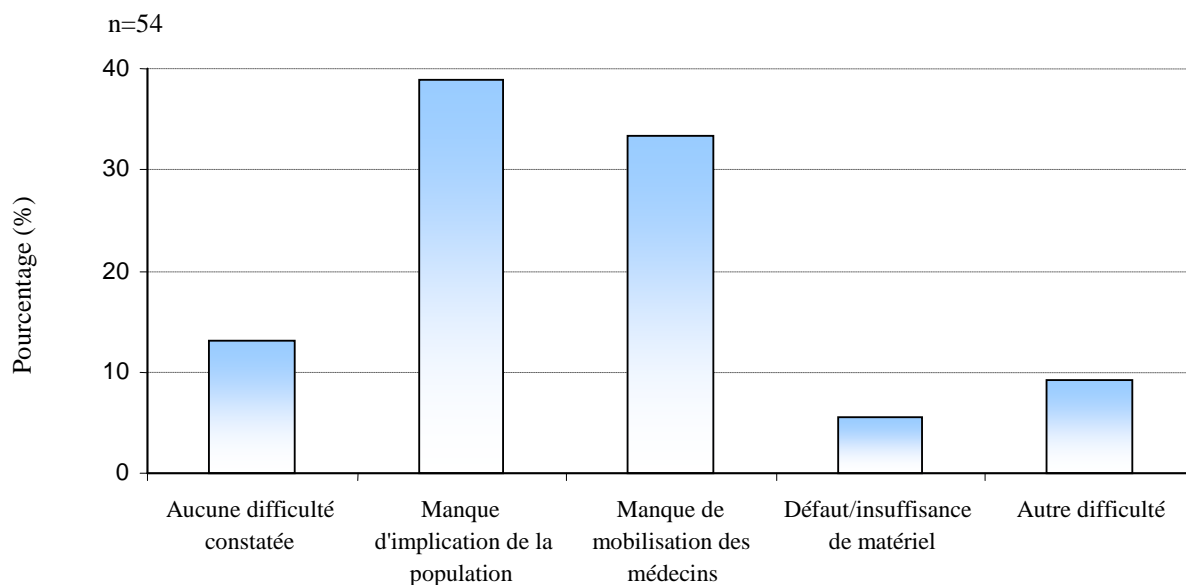
Graphique 21 : Opinion des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du côlon en Guyane, juillet 2008

3.10 Nombre de cancers du colon recensé par les médecins

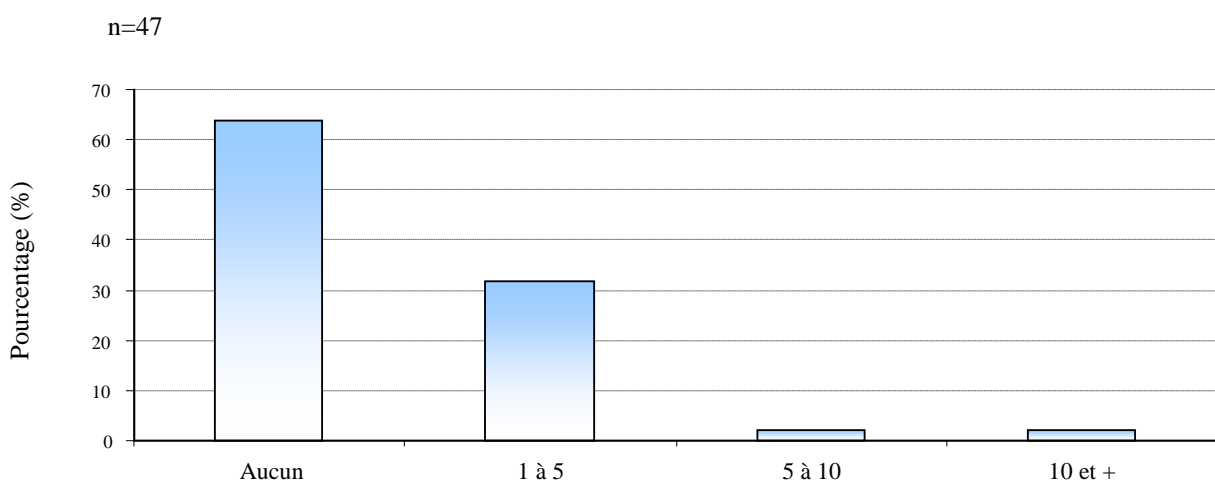
63,8% des médecins n'ont enregistré aucun patient atteint d'un cancer du côlon depuis le début de l'année 2008 (55,9% des médecins généralistes, l'ensemble des médecins sala-

riés des centres de santé et 3 médecins spécialistes sur 5).

Parmi les médecins ayant des patients atteints d'un cancer du côlon, nous avons 44,1% de médecins généralistes et 2 médecins spécialistes sur 5.



Graphique 22 : Difficultés constatées par les médecins lors du dépistage du cancer du côlon en Guyane, juillet 2008



Graphique 23 : Nombre de cancers du colon recensé par les médecins de janvier à juin 2008 en Guyane, juillet 2008

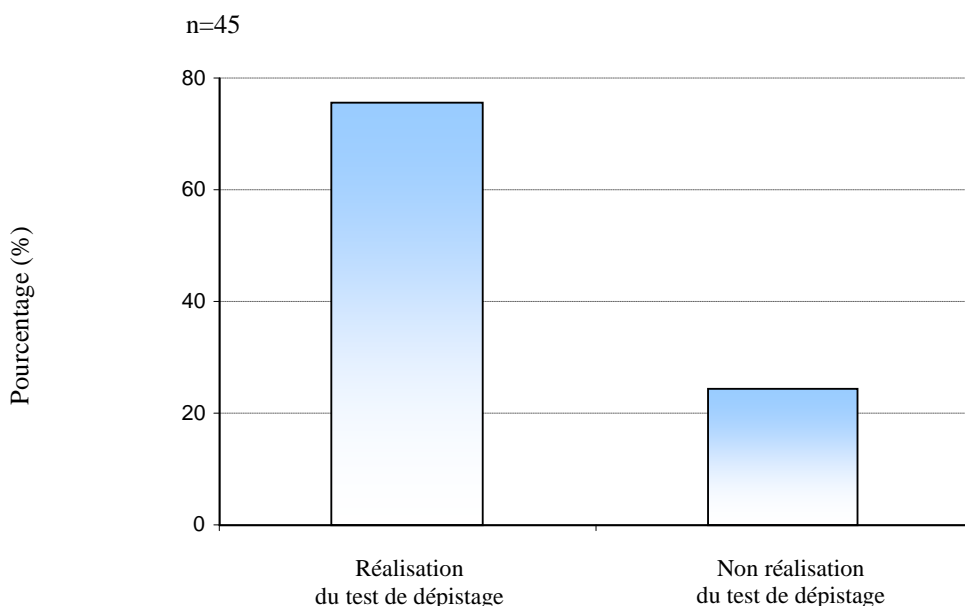
4. Cancer de la prostate

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant le dernier patient de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer de la prostate (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

4.1 Réalisation du test de dépistage par les médecins (toucher rectal et dosage PSA)

Seuls 69,4 % des médecins ont réalisé un test de dépistage au dernier patient consulté correspondant au profil.

76,5% des médecins généralistes, 5 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 3 médecins spécialistes sur 7 ont pratiqué ce dépistage.



Graphique 24 : Réalisation d'un test de dépistage du cancer de la prostate selon la spécialité des médecins en Guyane, juillet 2008

Tableau 9 : Réalisation d'un test de dépistage (toucher rectal et/ou dosage PSA) du cancer de la prostate selon la spécialité des médecins lors de la dernière consultation en Guyane, juillet 2008

n=34

	Echantillon	
	Effectif	%
Réalisation d'un test de dépistage (toucher rectal et/ou dosage PSA)		
Médecins salariés des CDS	5	62,5
Médecins libéraux	29	70,7
<i>Médecins généralistes</i>	26	76,5
<i>Médecins spécialistes</i>	3	42,8
Total	34	69,4

4.2 Motif de la consultation lors de la réalisation du test de dépistage

Pour 79,4 % des médecins, le test de dépistage (toucher rectal et/ou dosage PSA) est réalisé lors d'un bilan général de santé et pour les 20,6% restant lors d'un autre contexte (non précisé).

Pour 80,8 % des médecins généralistes libéraux, 3 médecins spécialistes sur 3 et 3 médecins salariés des centres de santé sur 5, les tests de dépistage (toucher rectal et/ou dosage PSA) sont réalisés lors d'un bilan général de santé.

4.3 Origine de la demande de test (toucher rectal et/ou dosage PSA)

82,3 % des tests ont été réalisés à la demande du médecin, 11,8 % à la demande conjointe du patient et du praticien et 5,9% à la demande du patient.

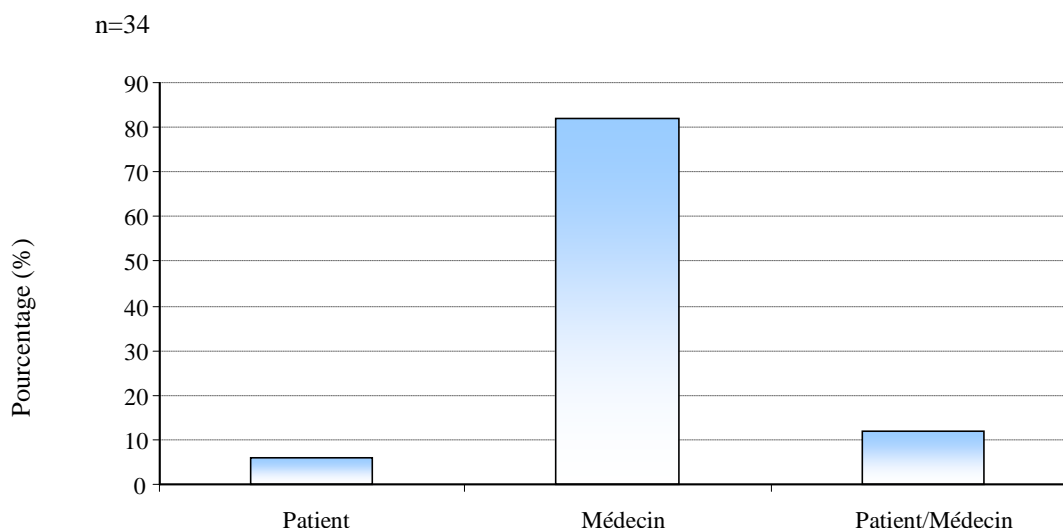
Dans les centres de santé, les tests sont toujours réalisés à l'initiative du médecin.

84,6 % des médecins généralistes sont à l'origine de la demande de dépistage. Seuls 21 % de leurs patients sont à l'origine de la demande.

3 gynécologues sur 5 ont proposé un test à leur patient durant la période d'enquête.

4.4 Raisons de la non-réalisation du dépistage du cancer de la prostate

44,4% des médecins ne réalisent pas de test parce que ce dernier a été effectué récemment (50,0% des médecins généralistes et 1 médecin spécialiste), 33,3% des médecins ne réalisent pas le test pour des raisons diverses non précisées (les 2 médecins salariés des centres de santé qui ont répondu et 16,7 % des médecins généralistes) et 22,2% des médecins sont confrontés à la réticence du patient (1/3 des médecins généralistes).



Graphique 25 : Origine de la demande de dépistage par toucher rectal et/ou dosage PSA du cancer de la prostate en Guyane, juillet 2008

4.5 Difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription d'un toucher rectal et/ou d'un dosage PSA

Les 2/3 (65,9 %) des médecins ne rencontrent pas de difficultés lors de la prescription d'un toucher rectal et/ou d'un dosage PSA pour un dépistage du cancer de la prostate. Le tiers restant (34,1%) des médecins disent en rencontrer (28,1% des médecins généralistes, 4 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 2 médecins spécialistes sur 4).

Les difficultés les plus fréquentes sont la réticence des patients (40,0%), les obstacles culturels (20,0%) et l'oubli par le praticien de prescrire le test (20,0%).

La réticence des patients est la difficulté rencontrée par 50,0% des médecins généralistes et 33,3% des médecins spécialistes.

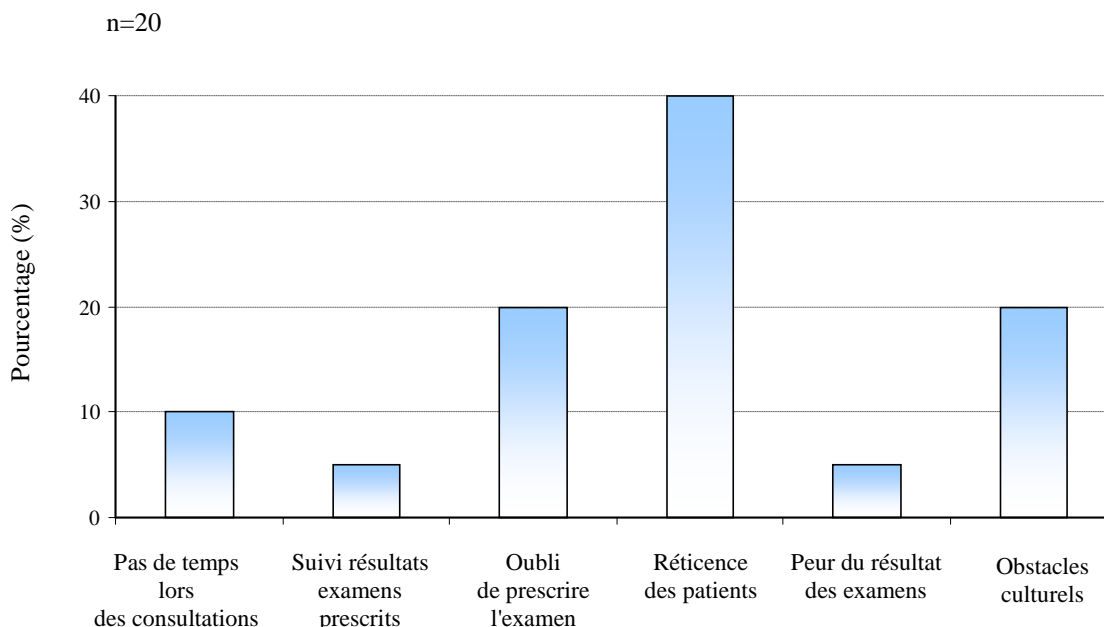
L'oubli par le praticien de prescrire le test de dépistage est, pour 2 médecins salariés des centres de santé sur 3, la principale difficulté rencontrée.

Les médecins spécialistes déplorent des difficultés liées au manque de temps lors des consultations (33,3%), la réticence des patients (33,3 %), les obstacles culturels (33,3 %).

4.6 Information des patients sur le dépistage du cancer de la prostate

Pour 54,5 % des médecins, les hommes sont insuffisamment informés sur le dépistage du cancer de la prostate contre 36,5% qui ne le sont pas. 9,0% des médecins avouent ne pas savoir.

46,9 % des médecins généralistes, 6 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 3 médecins spécialistes sur 4 déplorent le manque d'information des hommes sur le cancer de la prostate.



Graphique 26 : Nature des difficultés auxquelles sont confrontés les médecins lors de la prescription d'un toucher rectal et/ou un dosage PSA de dépistage du cancer de la prostate en Guyane, juillet 2008

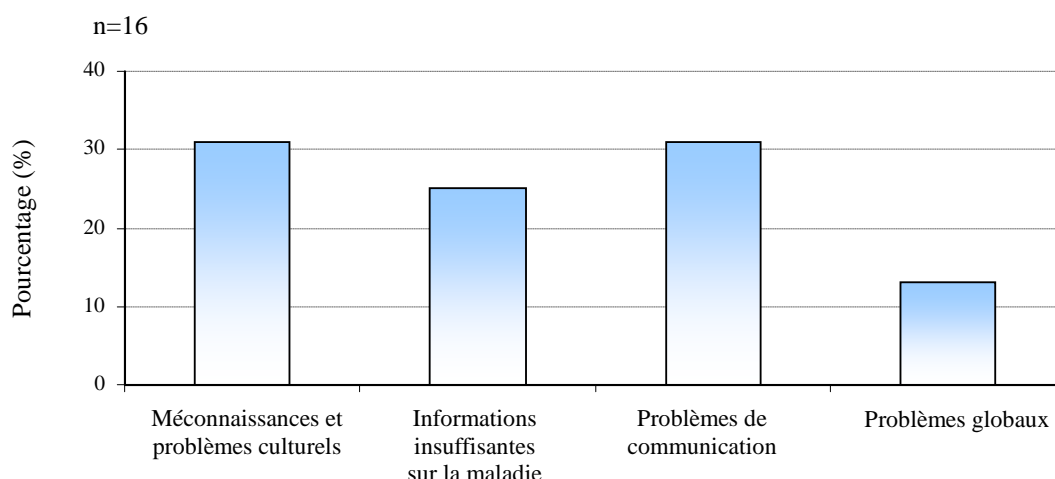
Afin d'expliquer le manque d'information des hommes sur le dépistage du cancer de la prostate, les médecins évoquent des problèmes de communication (principalement liés à la barrière de la langue !) (31,2 %), des méconnaissances et des problèmes culturels (31,2 %) et des informations insuffisantes sur la maladie (25,0 %).

Pour les médecins salariés des centres de santé, ce manque d'information s'explique exclusivement par des problèmes de communication.

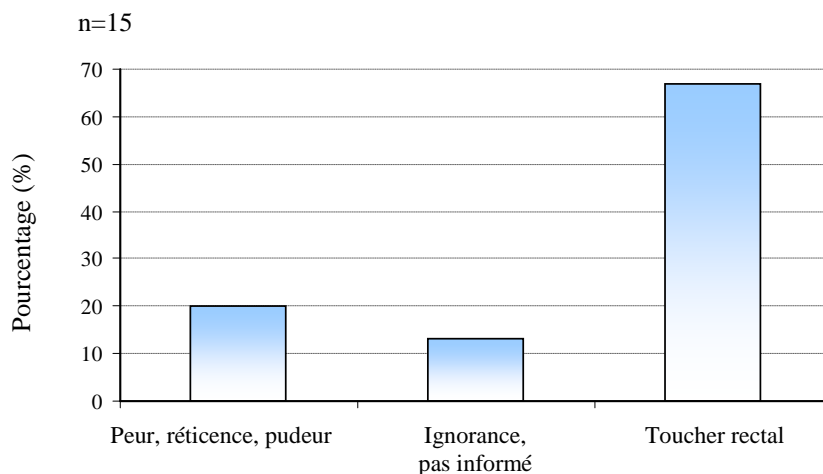
4.7 Existence et types de freins pour le dépistage par toucher rectal et/ou dosage PSA du cancer de la prostate chez les patients

Pour 64,3% des médecins, il n'existe aucun frein chez les hommes au dépistage du cancer de la prostate par toucher rectal et/ou dosage PSA (62,5% des médecins généralistes, 2 médecins spécialistes sur 3 et 5 médecins salariés des centres de santé sur 7). **(14,3% de NR, 35,7% oui frein)**

Pour 66,7% des médecins ayant déclaré des freins au dépistage du cancer de la prostate, le frein majeur est le toucher rectal (75,0% des médecins généralistes et 1 médecin salarié des centres de santé sur 2). Pour 20,0% des médecins, l'un des freins au dépistage réside dans la peur, les réticences et la pudeur des patients. Cependant, ce frein est majeur pour le médecin spécialiste qui a répondu.



Graphique 27 : Nature du manque d'information des patients concernant le dépistage du cancer de la prostate d'après les médecins en Guyane, juillet 2008



Graphique 28 : Types de freins au dépistage du cancer de la prostate chez les patients suivant le type de médecin consulté en Guyane, juillet 2008

4.8 Information des médecins sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans votre région

Au moment de l'enquête, il n'y avait pas de programme de dépistage du cancer de la prostate dans la région.

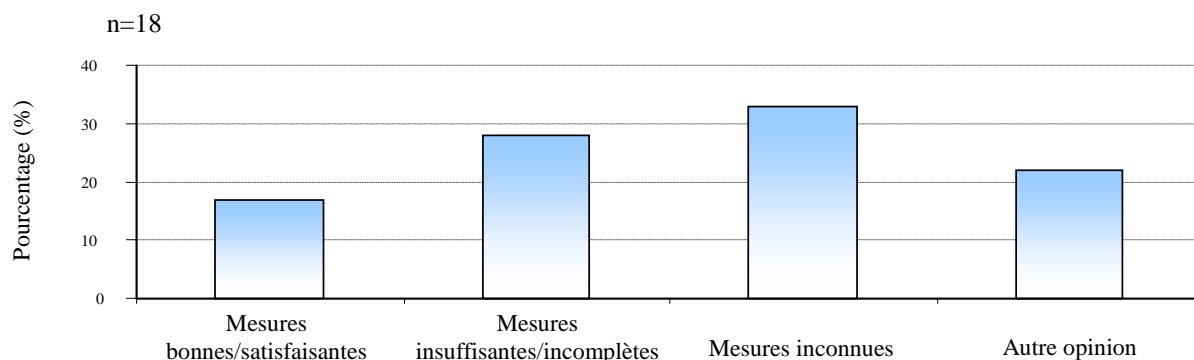
Cependant, 58,5% des médecins considèrent qu'ils sont insuffisamment informés sur le dépistage du cancer de la prostate (50,0% des médecins généralistes, 2 médecins spécialistes sur 3 et 7 médecins salariés des centres de santé sur 8). Pour les autres, soit ils n'ont pas répondu (14,3%) soit disent qu'ils sont assez informés (42,5%).

4.9 Opinions des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer de la prostate

1/3 des médecins déclarent ne pas connaître les mesures mises en place pour le dépistage du cancer de la prostate (40,0% des médecins généralistes).

27,8% des médecins jugent les mesures mises en place pour le dépistage du cancer de la prostate insuffisantes (la moitié des médecins salariés des centres de santé, le médecin spécialiste ayant répondu et 20,0% des médecins généralistes).

Seuls 16,7% des médecins considèrent les mesures mises en place pour le dépistage du cancer de la prostate satisfaisantes (1 médecin salarié des centres de santé sur 2 et 13,3% des médecins généralistes).



Graphique 29 : Opinion des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer de la prostate en Guyane, juillet 2008

4.10 Difficultés constatées par les médecins

Les médecins ont été interrogés sur les difficultés qu'ils avaient pu constater lors du dépistage du cancer de la prostate (plusieurs réponses possibles).

Pour 30,9% des médecins, les difficultés constatées lors du dépistage par toucher rectal et/ou dosage PSA s'expliquent par une faible implication de la population (24,0% des médecins généralistes, 2 médecins spécialistes sur 5 et 5 médecins salariés des centres de santé sur 12).

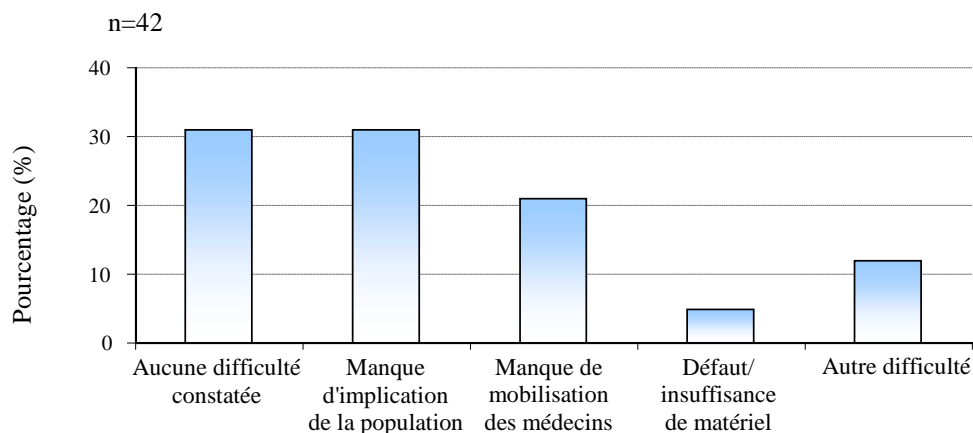
Un médecin sur 5 (21,4%) dénonce un manque de mobilisation de leurs confrères pour le dépistage du cancer de la prostate

(20,0% des médecins généralistes, 1 médecin spécialiste sur 5 et 3 médecins salariés des centres de santé sur 12).

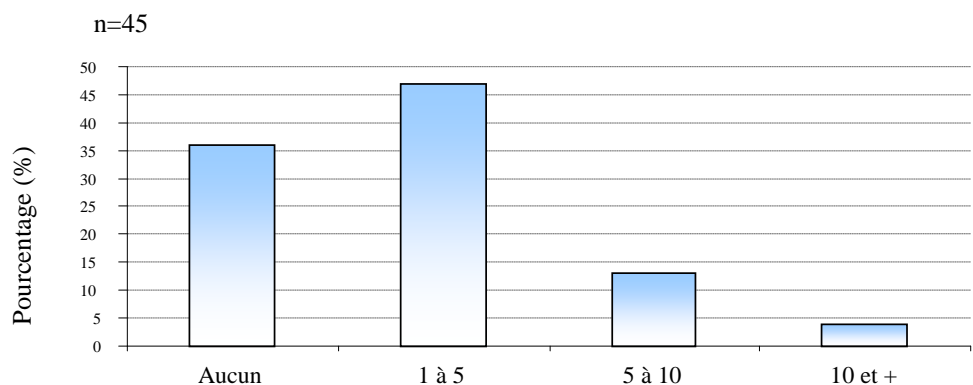
Toutefois, 31% des médecins n'enregistrent aucune difficulté lors du dépistage du cancer de la prostate (44,0% des médecins généralistes, 1 médecin spécialiste sur 5 et 1 médecin salarié des centres de santé sur 12).

4.11 Nombre de cancers de la prostate constaté par les médecins

35,6% des médecins n'ont enregistré aucun patient atteint d'un cancer de la prostate (24,2% des médecins généralistes, 5 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 3 médecins spécialistes sur 4).



Graphique 30 : Difficultés constatées par les médecins lors du dépistage du cancer de la prostate en Guyane, juillet 2008



Graphique 31 : Nombre de cancers de la prostate constaté par les médecins de janvier à juin 2008 en Guyane, juillet 2008

Près de la moitié des médecins (46,7 %) ont parmi leurs patients 1 à 5 cas de cancer de la prostate depuis le début de l'année 2008 (51,5 % des médecins généralistes, 3 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 1 médecin spécialiste sur 4).

Parmi les médecins ayant des patients atteints d'un cancer de la prostate, nous avons 2 médecins généralistes qui ont plus de 10 patients touchés par la maladie.

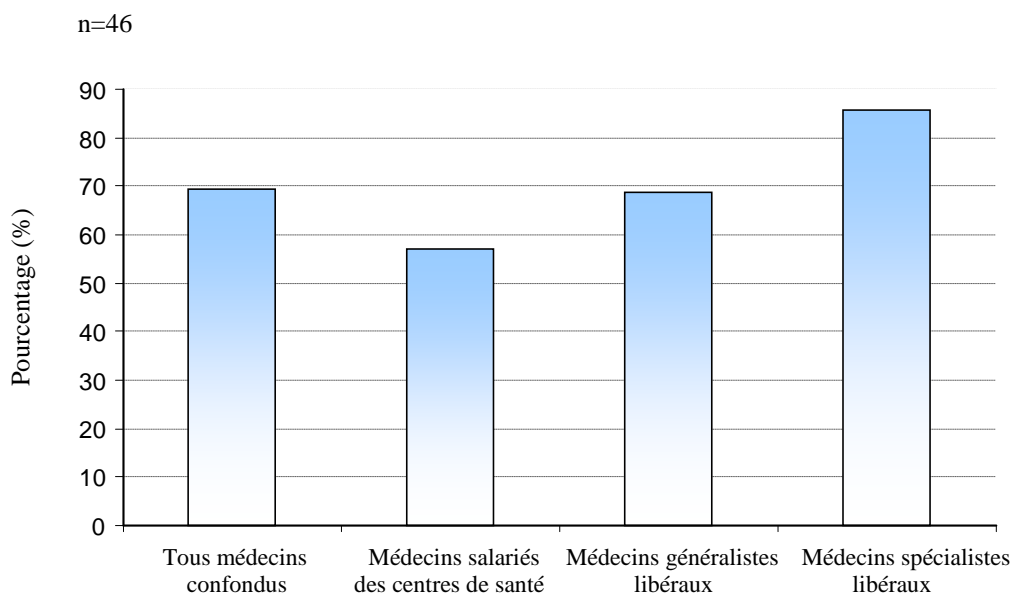
5 Cancer du sein

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant la dernière patiente de

50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer du sein (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

5.1 Réalisation d'une mammographie de dépistage par les médecins

Seuls ¾ des médecins (75,3 %) ont prescrit une mammographie de dépistage à la dernière patiente consultée correspondant au profil (68,8 % des médecins généralistes, 4 médecins salariés des centres de santé sur 7 et 6 médecins spécialistes sur 7 ont pratiqué ce dépistage.



Graphique 32 : Prescription d'une mammographie de dépistage du cancer du sein lors de la dernière consultation selon le type de médecin en Guyane, juillet 2008

Tableau 10 : Prescription d'une mammographie de dépistage du cancer du sein lors de la dernière consultation selon le type de médecin en Guyane, juillet 2008

n=32

	Effectif	Taux de réponse en % par type de médecins
Réalisation d'une mammographie de dépistage		
Médecins salariés des CDS	4	57,1
Médecins libéraux	28	71,8
<i>Médecins généralistes</i>	22	68,8
<i>Médecins spécialistes</i>	6	85,7
Total	32	69,6

5.2 Motif de la consultation lors de la prescription de la mammographie

Pour 47,0% des médecins, la mammographie de dépistage est prescrite lors d'un bilan général de santé, pour 20,6% des médecins lors du traitement de la ménopause et pour 23,5% des médecins lors d'une consultation à motif gynécologique.

Pour 52,2% des médecins généralistes libéraux et 3 médecins salariés des centres de santé sur 4, les mammographies sont prescrites lors d'un bilan général de santé.

Pour 4 médecins spécialistes libéraux sur 7, la mammographie est prescrite lors de consultations à motif gynécologique et pour 2 médecins spécialistes libéraux sur 7, lors d'une consultation pour traitement de la ménopause.

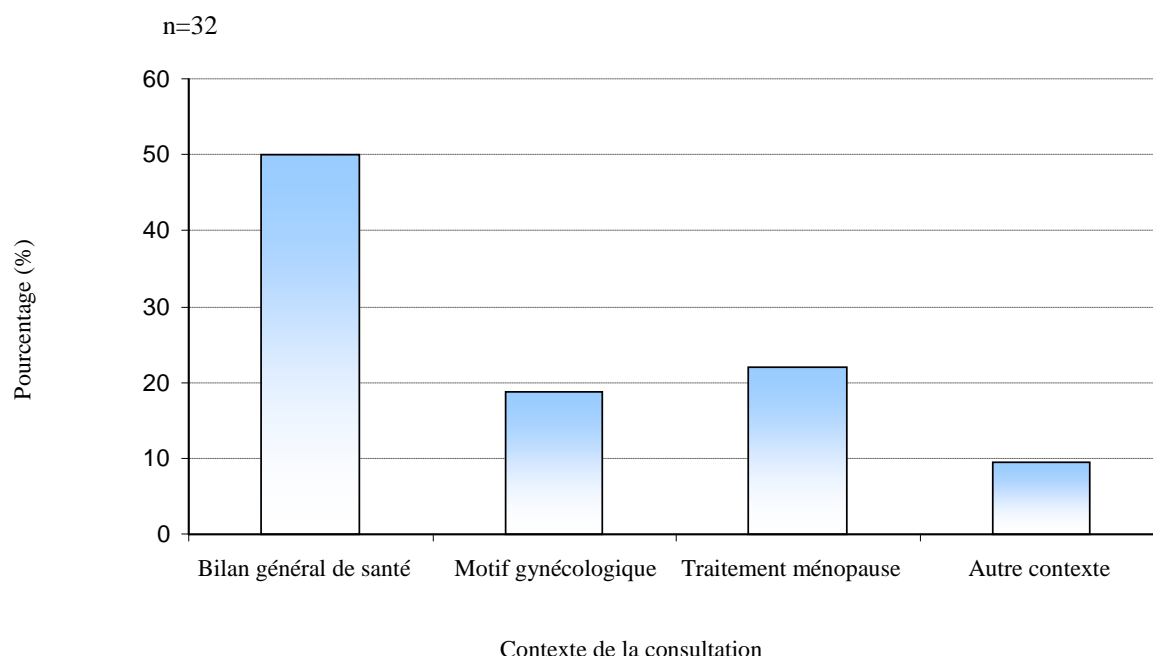
5.3 Origine de la demande de mammographie

53,1% des mammographies ont été prescrites à la demande du médecin, 25,0% à la demande de la patiente et 21,9% à la demande de la patiente et du médecin.

Les médecins généralistes sont à l'origine de la demande de mammographie dans 45,4%. Cette demande est faite par 27,3 % des patientes. Dans 27,3% des cas la demande est conjointe de la patiente et du médecin.

Dans les centres de santé, les mammographies sont prescrites à 50,0% à la demande de la patiente et à 50,0% à l'initiative du médecin.

Pour 5 médecins spécialistes libéraux sur 6, la mammographie est à l'initiative du médecin.



Graphique 33 : Contexte de la consultation lors de la prescription d'une mammographie de dépistage selon le type de médecin en Guyane, juillet 2008

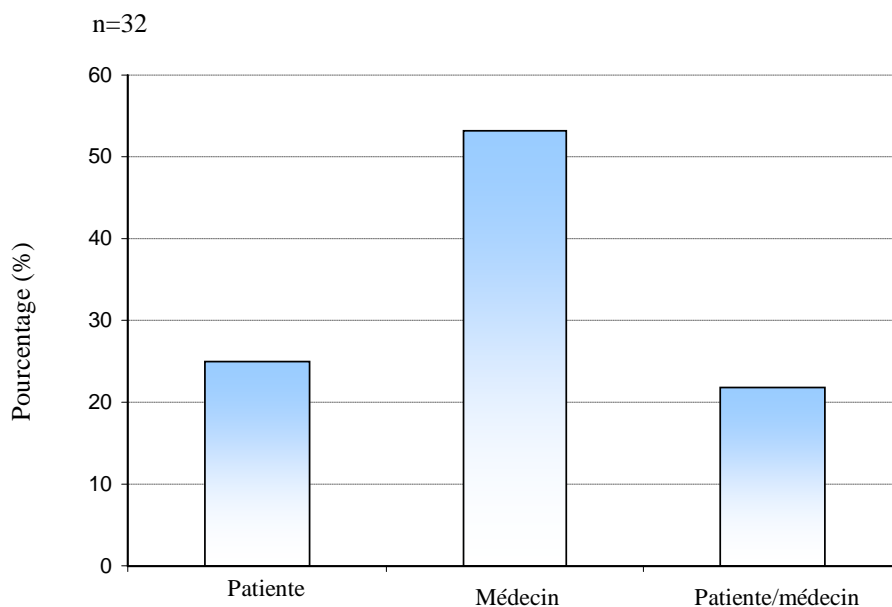
5.4 Raisons de la non-réalisation de la mammographie de dépistage

La moitié des médecins n'a pas prescrit de mammographie lors de la consultation car celle-ci avait été effectuée précédemment. 16,7 % des médecins n'ont pas prescrit de mammographie car ils ne font pas de suivi gynécologique.

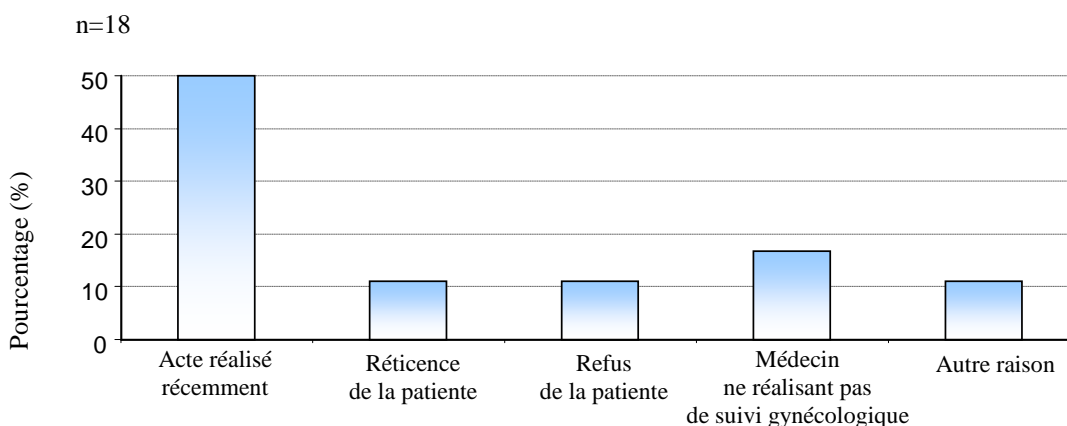
69,2 % des médecins généralistes libéraux n'ont pas prescrit de mammographie car cet examen a été effectué précédemment.

Le seul médecin spécialiste libéral (gastro-entérologue) n'ayant pas prescrit de mammographie se justifie par le fait qu'il n'est pas un spécialiste du domaine.

Les 4 médecins salariés des centres de santé n'ayant pas prescrit de mammographie évoquent chacun une raison différente : réticence de la patiente, refus de la patiente, ne réalise pas de suivi gynécologique et raison indéterminée.



Graphique 34 : Origine de la demande de dépistage par mammographie du cancer du sein en Guyane, juillet 2008



Graphique 35 : Raisons de la non-prescription de la mammographie de dépistage par les médecins en Guyane, juillet 2008

5.5 Difficultés rencontrées par les médecins lors de la prescription d'une mammographie

Les $\frac{3}{4}$ des médecins ne rencontrent pas de difficultés de prescription.

Le $\frac{1}{4}$ restant en rencontrent dont 18,8 % des médecins généralistes, 1 médecin spécialiste sur 6 et 5 médecins salariés des centres de santé sur 7.

Les difficultés les plus souvent rencontrées par les médecins lors de la prescription d'une mammographie sont la distance et le temps d'accès aux structures de soins (38,9 %), l'oubli du médecin de prescrire l'examen (22,2 %) et la réticence des patientes (16,7 %).

La distance et le temps d'accès aux structures de soins est une difficulté rencontrée par 66,7 % des médecins généralistes et 3 médecins salariés des centres de santé sur 10.

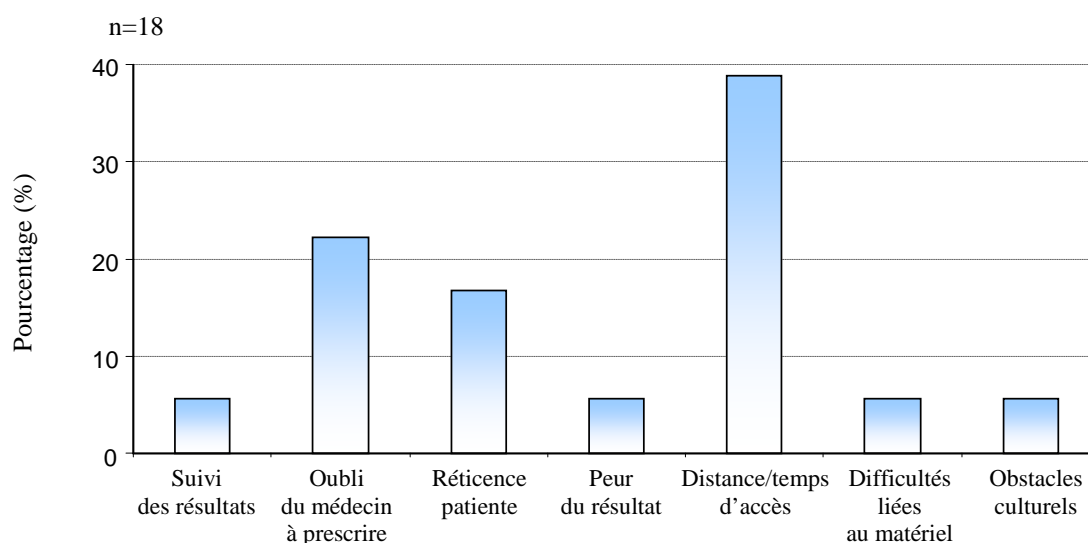
Les médecins spécialistes (2 réponses) déplorent des difficultés liées à la réticence des patientes et des obstacles culturels.

Nous noterons que les médecins salariés des centres de santé sont confrontés à de multiples difficultés : oubli de prescrire l'examen, distance/temps d'accès au soin, suivi des résultats, réticence des patientes, peur du résultat par les patientes et des difficultés d'ordre matériel.

5.6 Information des femmes sur le dépistage du cancer du sein

Pour 70 % des médecins, les femmes sont assez informées sur le dépistage du cancer du sein. Pour le tiers restant les femmes le sont insuffisamment (6 médecins salariés des centres de santé sur 7, 3 médecins spécialistes sur 7 et 15,6% des médecins généralistes dénoncent le manque d'information).

Toutefois, nous notons que 85,7% des médecins généralistes considèrent que leurs patientes sont suffisamment informées sur le dépistage du cancer du sein.



Graphique 36 : Nature des difficultés auxquelles sont confrontés les médecins lors de la prescription d'une mammographie de dépistage du cancer du sein en Guyane, juillet 2008

Afin d'expliquer le manque d'information des femmes sur le dépistage du cancer du sein 45,4 % des médecins évoquent des problèmes de communication.

Pour les médecins généralistes, le manque d'information est dû à 4 facteurs : méconnaissances combinées à des problèmes culturels (25,0 %), une information insuffisante sur la maladie (25,0 %), des problèmes de communication (25,0 %) et des problèmes globaux (25,0 %).

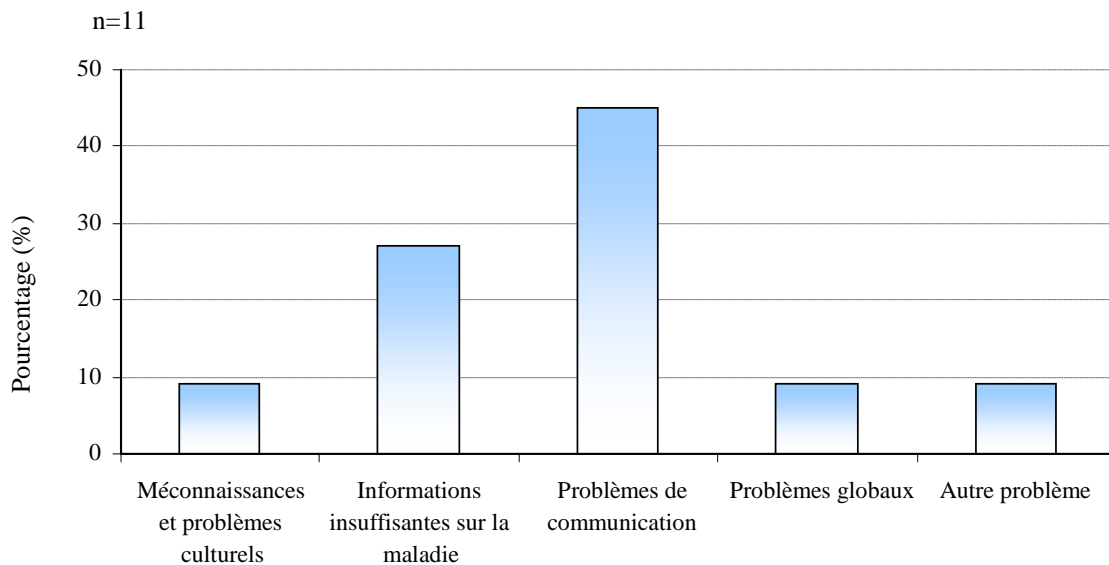
Pour les médecins spécialistes, le manque d'information est dû à une information insuffisante sur la maladie et d'autres problèmes (non définis).

Pour les médecins salariés des centres de santé, ce manque d'information s'explique à 80,0% par des problèmes de communication et à une information insuffisante (20,0 %).

5.7 Existence et Types de freins pour le dépistage par mammographie du cancer du sein chez les patientes

Pour 72,7% des médecins il n'existe aucun frein chez les femmes au dépistage du cancer du sein par mammographie.

Cependant, nous observons que 3 médecins spécialistes sur 7 signalent l'existence de freins au dépistage par mammographie. Ce constat est partagé par 23,3% des médecins généralistes et 2 médecins salariés des centres de santé sur 7.



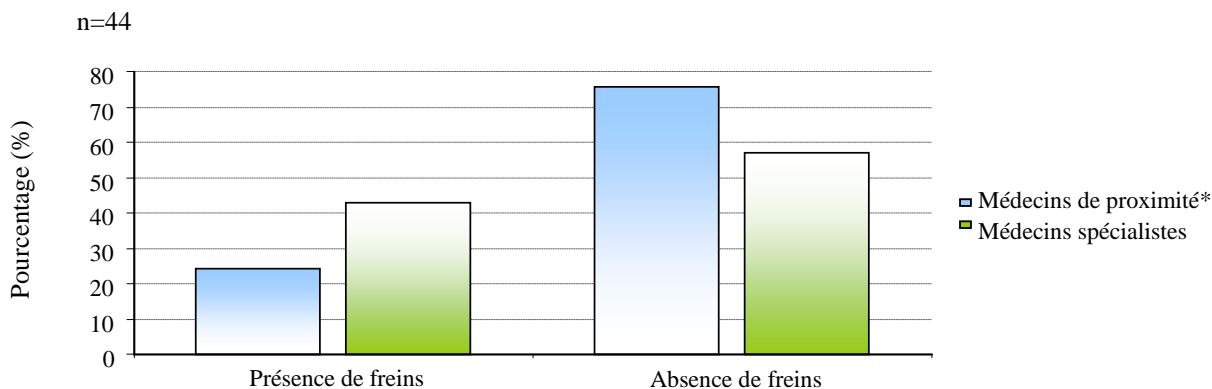
Graphique 37 : Nature du manque d'information des patientes concernant le dépistage du cancer du sein selon les médecins en Guyane, juillet 2008

Pour 60,0% des médecins ayant déclaré des freins au dépistage par mammographie, le frein majeur est la peur, la réticence et la pudeur des patientes (les 2 médecins spécialistes qui ont répondu et 4 médecins généralistes sur 6).

Pour les 2 médecins salariés des centres de santé qui ont répondu, le frein majeur est l'ignorance et le manque d'information des patientes.

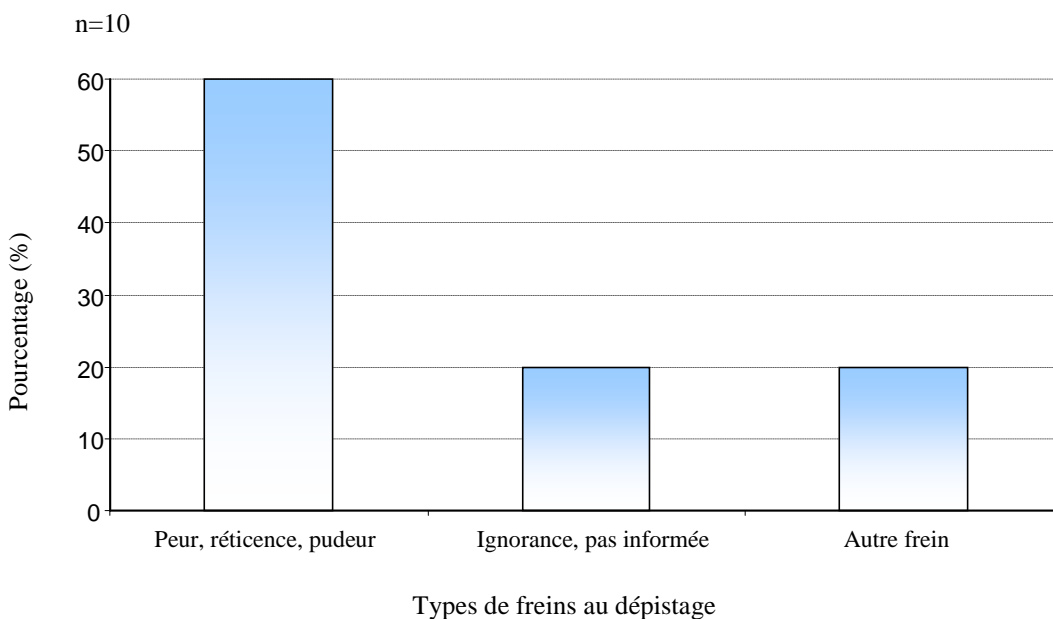
5.8 Information des médecins sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans leur région

(10,2% de NR, 22,7% pas assez informés). Le programme de dépistage au moment de l'enquête existe depuis plus d'un an. Seuls 77,3 % des médecins considèrent qu'ils sont suffisamment informés sur le programme de dépistage du cancer du sein (57,1 % des médecins généralistes, 4 médecins spécialistes sur 6 et 4 médecins salariés des centres de santé sur 7) et 22,7 % disent l'être insuffisamment.



*Médecins de proximité = médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux

Graphique 38 : Existence de freins au dépistage du cancer du sein chez les patientes en fonction du type de médecin consulté en Guyane, juillet 2008



Graphique 39 : Types de freins au dépistage par mammographie chez les patientes selon le type de médecin consulté en Guyane, juillet 2008

5.9 Opinions des médecins sur les mesures mises en place en Guyane dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du sein

65,2 % des médecins jugent les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du sein bonnes ou satisfaisantes (près des ¾ des médecins libéraux et ¼ des médecins salariés des centres de santé).

26,1 % des médecins considèrent les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du sein insuffisantes ou incomplètes (3 médecins salariés des centres de santé sur 4, 13,3 % des médecins généralistes et 1 médecin spécialiste sur 4).

Nous noterons que 8,7 % des médecins déclarent ne pas connaître les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du sein (ces médecins sont tous des généralistes et représentent 13,3 % des médecins généralistes ayant répondu).

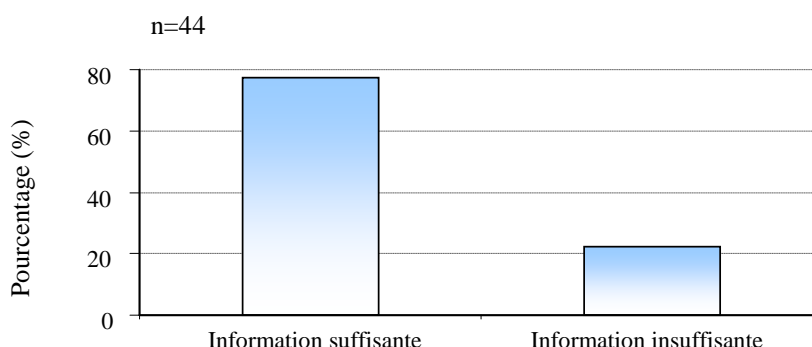
5.10 Difficultés constatées par les médecins dans le dépistage individuel du cancer du sein

Les médecins ont été interrogés sur les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer lors du dépistage du cancer du sein (plusieurs réponses possibles).

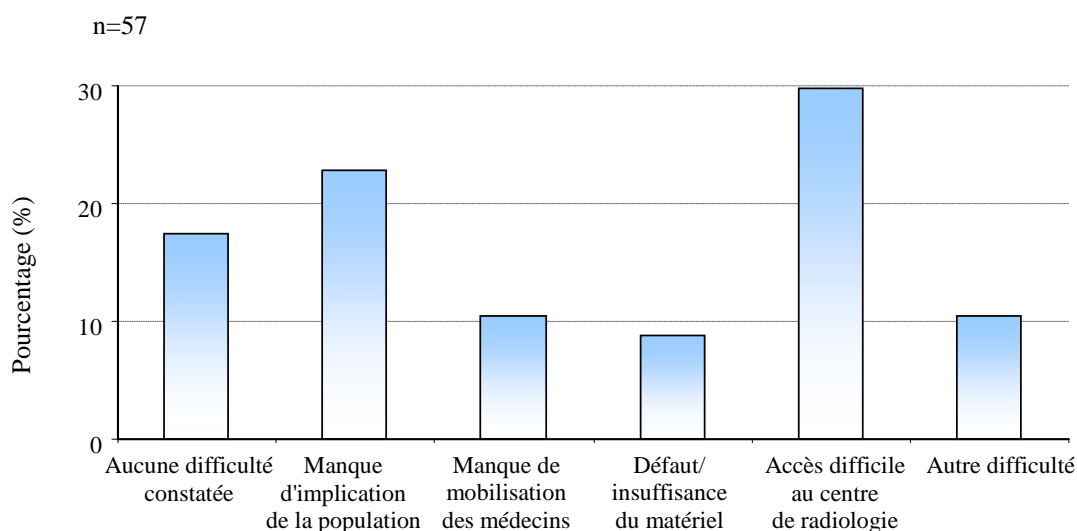
Pour 29,8 % des médecins, les difficultés rencontrées lors du dépistage par mammographie s'expliquent par des difficultés d'accès au centre de radiologie (25,8 % des médecins généralistes, 5 médecins spécialistes sur 11 et 4 médecins salariés des centres de santé sur 15).

22,8 % des médecins dénoncent une faible implication de la population (19,4% des médecins généralistes, 1 médecin spécialiste sur 11 et 6 médecins salariés des centres de santé sur 15).

Toutefois, 17,5% des médecins n'enregistrent aucune difficulté lors du dépistage du cancer du sein (29,0 % des médecins généralistes et 1 médecin spécialiste sur 11).



Graphique 40 : Proportion de médecins en fonction de leurs connaissances sur le dépistage du cancer du sein en Guyane, juillet 2008



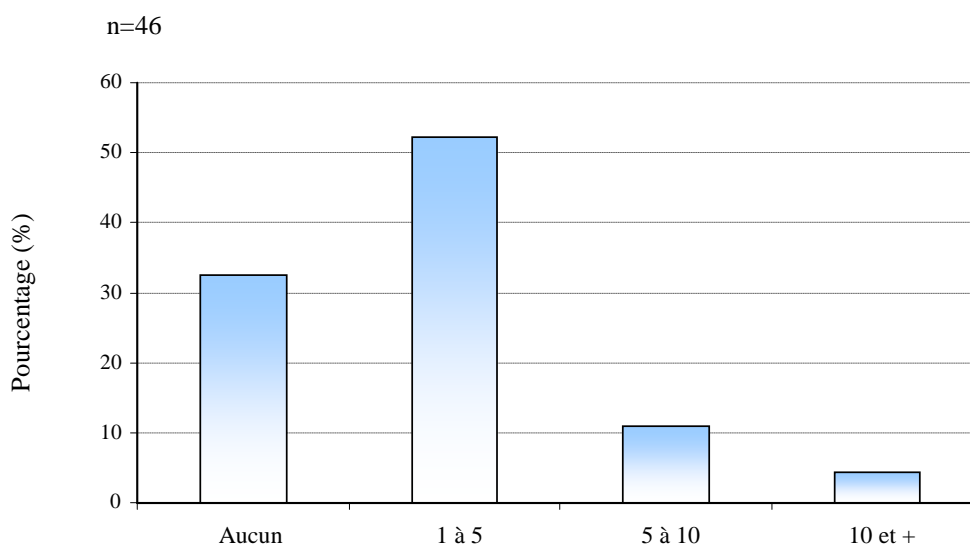
Graphique 41 : Difficultés rencontrées par les médecins lors du dépistage du cancer du sein en Guyane, juillet 2008

5.11 Nombre de cancers du sein recensé par les médecins

32,6 % des médecins n'ont enregistré aucune patiente atteinte d'un cancer du sein (25,0 % des médecins généralistes, 6 médecins salariés des centres de santé sur 7 et 1 médecin spécialiste sur 7).

La majorité des médecins (52,2%) ont parmi leurs patientes 1 à 5 cas de cancers du sein depuis le début de l'année 2008 (59,4% des médecins généralistes, 4 médecins spécialistes sur 7 et 1 médecin salarié des centres de santé sur 7).

Parmi les médecins ayant des patientes atteintes d'un cancer du sein, nous avons 1 médecin généraliste et 1 médecin spécialiste qui ont plus de 10 patientes touchées par la maladie.



Graphique 42 : Nombre de cancers du sein recensé par les médecins de janvier à juin 2008 en Guyane, juillet 2008

6 Evaluation des pratiques de dépistage des cancers par les médecins

Suite à l'analyse détaillée des pratiques des médecins vis-à-vis de chaque cancer, nous avons évalué les bonnes pratiques de dépistage des cancers par les médecins.

6.1 Pratique des tests de dépistage et bonnes pratiques de dépistage des 4 cancers par les médecins

Dans notre échantillon, nous avons 4 médecins sur 49 qui ont pratiqué sur leur dernier patient un test pour chacun des quatre cancers étudiés (2 médecins généralistes, 1 médecin spécialiste et 1 médecin salarié des centres de santé).

Parmi les 7 spécialistes ayant participé à notre étude, nous avons :

- 1 dermatologue (dépistage du cancer de la prostate et du sein uniquement),
- 1 gastro-entérologue (dépiste uniquement le cancer de la prostate),
- 5 gynécologues (dépistage du cancer du col de l'utérus (5/5), du cancer du colon (1/5), du cancer de la prostate (1/5), du cancer du sein (5/5) – NOTA c'est le même gynécologue qui pratique un dépistage pour

le cancer du colon et le cancer de la prostate).

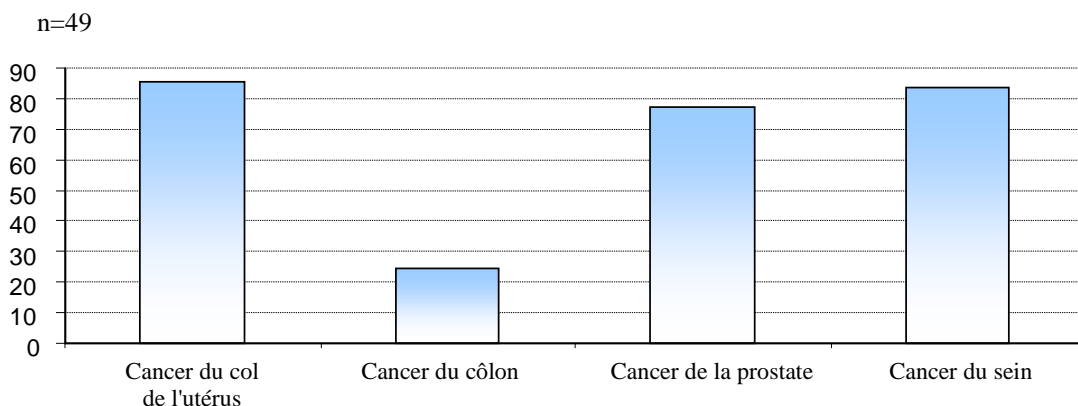
En revanche, 6 médecins n'ont pratiqué aucun des 4 tests de dépistage au dernier patient qu'ils ont eu en consultation (4 médecins généralistes et 2 médecins salariés des centres de santé).

Toutefois, une bonne pratique ne se limite pas à la réalisation ou pas du test de dépistage. Nous considérons qu'un médecin a de bonnes pratiques de dépistage s'il pratique lui-même le test de dépistage (test réalisé lors de la consultation ou précédemment) ou, qu'il oriente ses patients vers un spécialiste.

Ainsi, dans notre échantillon, nous avons 18,4% des médecins qui ont de bonnes pratiques pour les 4 cancers étudiés (20,6 % des médecins généralistes, 1 médecin salarié des centres de santé sur 8 et 1 médecin spécialiste sur 7).

6.2 Evaluation des bonnes pratiques de dépistage par type de cancer

85,7 % des médecins ont de bonnes pratiques de dépistage pour le cancer du col de l'utérus, 83,7% pour le cancer du sein et 77,5 % pour le cancer de la prostate. Cependant, seuls 24,5% des médecins ont de bonnes pratiques de dépistage pour le cancer du colon.



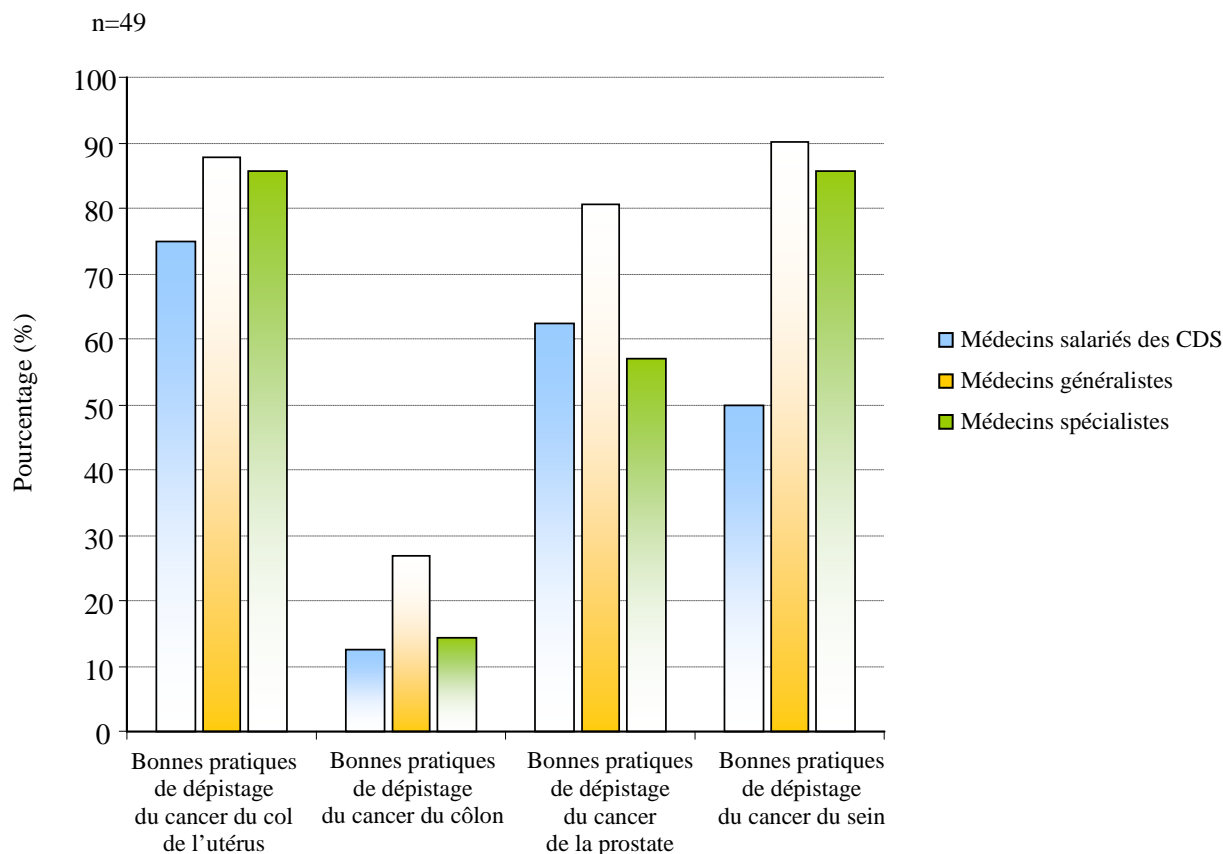
Graphique 43 : Proportion de médecins ayant des bonnes pratiques de dépistage en fonction du type de cancer en Guyane, juillet 2008

Pour le cancer du sein, la proportion de médecins ayant de bonnes pratiques de dépistage est de 91,2 % pour les médecins généralistes, 6 médecins spécialistes sur 7 et la moitié des médecins salariés des centres de santé.

Pour le cancer de la prostate, la proportion de médecins ayant de bonnes pratiques de dépistage est de 85,3 % pour les médecins généralistes, 5 médecins salariés des centres de santé sur 8 et 4 médecins spécialistes sur 7.

Pour le cancer du col de l'utérus, la proportion de médecins ayant de bonnes pratiques de dépistage est de 88,2 % pour les médecins généralistes, 6 médecins spécialistes sur 7 et 6 médecins salariés des centres de santé sur 8.

Enfin, pour le cancer du colon, la proportion de médecins ayant de bonnes pratiques de dépistage est de 29,4 % pour les médecins généralistes, 1 médecin spécialiste sur 7 (il s'agit d'un gynécologue, le gastroentérologue ne dépistant pas ce cancer) et 1 médecin salarié des centres de santé sur 8.



Graphique 44 : Proportion de médecins ayant des bonnes pratiques de dépistage en fonction du type de cancer en Guyane, juillet 2008

Nous avons repris et synthétisé dans le tableau 45 suivant les principaux résultats obtenus lors de cette enquête pour chacun des quatre cancers étudiés.

Tableau 45 : Synthèse des résultats obtenus

	Cancer du col de l'utérus	Cancer du côlon	Cancer de la prostate	Cancer du sein
Population concernée	Femme de 25-65 ans	Femme ou homme de 50-74 ans	Homme de 50-74 ans	Femme de 50-74 ans
Test de dépistage	Frottis cervico-vaginal	Hémocult II	Toucher rectal et dosage PSA	Mammographie
Bonnes pratiques de dépistage par les médecins	85,7%	24,5%	77,5%	83,7%
Pratique du test de dépistage au dernier patient concerné consulté	57,1%	18,8%	75,6%	69,6%
Motif de consultation lors de la réalisation du test	42,9% motif gynécologique 32,1% bilan général de santé	87,5% bilan général de santé	79,4% bilan général de santé 20,6% autre contexte	50,0% bilan général de santé 21,9% traitement de la ménopause 18,7% motif gynécologique
Personne à l'origine de la demande de réalisation du test	67,8% médecin 17,9% patiente 14,3% conjointe médecin/patiente	75,0% médecin	82,3% médecin 11,8% conjointe médecin/patient 5,9% patient 44,4% test effectué récemment	53,1% médecin 25,0% patiente 21,9% conjointe médecin/patiente
Non réalisation du test par le médecin	41,7% orientent leurs patientes vers un spécialiste	75,0%	33,3% raisons diverses 22,2% réticence du patient	50,0% test effectué récemment 16,7% pas de suivi gynécologique
Rencontre de difficultés lors de la prescription du test par le médecin	20,4%	44,2%	34,1%	26,1%
Difficultés les plus fréquemment rencontrées par les médecins	35,0% manque de temps lors de la consultation 20,0% réticence des patientes	41,4% oubli de prescription systématique 20,7% la réticence des patients	40,0% réticence des patients 20,0% obstacles culturels 20,0% oubli de prescription systématique	38,9% temps d'accès aux structures de soins 22,2% oubli de prescription systématique 16,7% réticence des patientes
Proportion de patients jugés insuffisamment informés par les médecins	66,7%	78,7%	54,5%	30,4%
Origine du manque d'information des patients selon le médecin	40,8% problèmes de communication	48,1% informations insuffisantes sur la maladie	31,2% problèmes de communication 31,2% méconnaissances et des problèmes culturels 25,0% informations insuffisantes sur la maladie	45,4% problèmes de communication
Existence de frein au dépistage	38,8%	31,0%	35,7%	27,3%
Freins au dépistage les plus fréquemment rencontrés par les médecins	47,4% l'ignorance des patientes et le manque d'information 31,6% la peur, les réticences et la pudeur des patientes	54,6% l'ignorance des patients et le manque d'information	66,7% touché rectal	60,0% la peur, la réticence et la pudeur des patientes
Proportion de médecins qui se jugent insuffisamment informés	59,6%	74,4%	58,5%	22,7%
Proportion de médecins jugeant les mesures prises pour le dépistage du cancer insuffisantes	37,9%	33,3%	27,8%	26,1%
Proportion des médecins ne connaissant pas les mesures mises en place	24,1%	62,5%	33,3%	8,7%
Difficultés constatées par les médecins	32,8% faible implication de la population 16,4% manque de mobilisation des médecins	38,9% faible implication de la population 33,3% manque de mobilisation des médecins	30,9% faible implication de la population 21,4% manque de mobilisation des médecins	29,2% difficultés d'accès au centre de radiologie 22,8% faible implication de la population
Proportion des médecins ayant parmi leurs patients au moins un patient atteint d'un cancer	61,2%	36,2%	64,4%	67,4%

VI – DISCUSSION

1. Observations méthodologiques
2. Principaux résultats
3. Recommandations

1. Observations méthodologiques

1.1. Méthodologie d'enquête

La méthodologie que nous avons choisie repose en grande partie sur celle de l'enquête « Prévention des cancers gynécologiques : point de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne », réalisée en 2004 par l'Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne.

Toutefois, pour la réalisation de cette étude, plusieurs éléments spécifiques à la Guyane nous ont contraints sur le plan méthodologique :

- Le faible effectif de médecins exerçant en Guyane (107 médecins : 71 médecins généralistes libéraux, 21 médecins spécialistes libéraux et 15 médecins salariés des centres de santé) a rendu impossible une sélection par tirage au sort et nous a amené à conduire une étude à visée exhaustive de cette population.
- Les spécificités géographiques et sanitaires du département de la Guyane nous ont amenés à interroger les médecins salariés des centres de santé (pratiques similaires à celles des médecins libéraux) afin de pouvoir couvrir la population concernée sur l'ensemble du territoire.
- La prise en compte des moyens matériels, humains, temporels et financiers de l'ORSG, combinés aux contraintes d'exercice des médecins et à l'objectif d'obtenir un taux de participation exhaustif, nous a conduit à choisir comme mode d'interrogation un questionnaire standard auto-administré, adressé par voie postale et associé à une relance téléphonique pour réduire le taux de non-réponse.

- Le calendrier nous a amené à positionner la période d'enquête fin juin, juste avant la période estivale. Aussi, nous avons constaté l'absence de nombreux professionnels en congés. Les médecins remplaçants, ne se sentant pas ou peu concernés, n'ont pas répondu à l'enquête.

- Certains professionnels ont refusé de participer, ne trouvant aucun intérêt à cette étude.

- Pour certaines communes isolées, nous n'avons eu aucun retour des médecins salariés des centres de santé car il existe des problèmes sur les réseaux de communication (acheminement du courrier hasardeux, communications téléphoniques ou électroniques impossibles).

1.2. Effectif et répartition géographique des médecins exerçant en Guyane

Cette étude a permis de recueillir 49 témoignages de médecins sur le département de la Guyane, soit un taux de réponse de 45,8 %.

A l'issue de la période d'enquête, le taux de participation global était de 28,0 %. Les relances téléphoniques réparties sur 4 semaines ont permis d'obtenir un taux de participation final de 45,8 %. Avec un taux de participation de 53,3 % pour les médecins salariés des centres de santé et un taux de 33,3% pour les médecins spécialistes libéraux.

Ce taux de réponse, bien que inférieur aux objectifs d'exhaustivité initiaux de notre étude, est supérieur aux taux de participation des études, similaires réalisées en France métropolitaine.

Les éléments suivants peuvent expliquer ce taux :

- Les professionnels en Guyane sont très sollicités par de nombreux organismes et structures. Ceux-ci nous ont informé de leur difficulté majeure liée au manque de temps à consacrer à leurs patients lors des consultations et donc de leur difficulté à répondre aux sollicitations diverses qui s'ajoutent à leurs charges de travail et justifiant ainsi leur non participation.
- Les remplaçants de certains professionnels absents car en congés ne se sentaient pas concernés par l'enquête.
- Ce questionnaire, bien que anonyme, a été perçu par certains professionnels comme une surveillance (un contrôle) et un jugement individuel de leurs pratiques.

1.3. Représentativité de l'échantillon des médecins

Les résultats de cette étude ne peuvent être extrapolés à la population des médecins, les biais étant nombreux par rapport au type de recueil et des retours que nous avons eu des médecins, malgré un nombre important de relances ou de nombreuses relances ou d'importantes relances.

Cependant, c'est un des meilleurs taux de réponse que nous n'ayons jamais eu auprès de cette population avec une répartition sur le territoire identique à celle de la population.

2. Principaux résultats

D'un point de vue général, les faibles effectifs des médecins salariés des centres de santé (8) et des médecins spécialistes libéraux (7) ne nous ont pas permis de donner des résultats en pourcentage mais en proportion de répondants.

De plus, nous avons constaté des variations sur le nombre de répondants en fonction du type des questions et de cancers.

2.1. Cancer du col de l'utérus

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant la dernière patiente de 25-65 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer du col de l'utérus (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

Nous avons observé un taux de bonnes pratiques par les médecins pour le cancer du col de l'utérus de 85,7%. Ce résultat est intéressant car il est légèrement supérieur au taux de bonnes pratiques du cancer du sein qui fait l'objet d'une campagne de dépistage organisée depuis 2 ans.

Aussi, les médecins exerçant en Guyane semblent être très sensibles à la problématique liée au cancer du col de l'utérus.

Ce taux de bonnes pratiques des médecins est corrélé à un faible taux de difficultés rencontrées par les médecins (20,4 %) lors de la prescription de frottis de dépistage.

Certains témoignages de médecins révèlent que, pour certaines femmes, le suivi de leur grossesse est une occasion pour les médecins de leur prescrire un test de frottis qui s'intègre aux autres tests recommandés. La seule prescription d'un frottis n'est pas toujours suivie par les patientes.

Parmi les principaux points négatifs soulevés par les médecins concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, nous observons que :

- 66,7 % des médecins ayant répondu jugent les patientes insuffisamment informées.

- Pour 40,8 % des médecins, l'origine du manque d'information est liée à des problèmes de communication.
- 38,8 % des médecins signalent des freins au dépistage par frottis.
- Les freins majeurs au dépistage du cancer du col de l'utérus sont l'ignorance et le manque d'information (47,4 %) ; la peur, les réticences et la pudeur des patientes (31,6 %).
- 59,6% des médecins se jugent insuffisamment informés sur cette pathologie.
- 32,8 % des médecins dénoncent une faible implication de la population et 16,4 % un manque d'implication des médecins dans le dépistage du cancer du col de l'utérus.

2.2. Cancer du côlon

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant le dernier patient (homme ou femme) de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer du côlon (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

81,2 % des médecins ne pratiquent pas de dépistage du cancer du côlon par test Hémocult⁹.

44,2% des médecins ayant répondu à l'enquête rencontrent des difficultés lors de la prescription du test Hémocult de dépistage. Les difficultés les plus souvent rencontrées par les médecins de proximité (médecins salariés des centres de santé et médecins généralistes libéraux), lors de la prescription du test Hémocult, sont l'oubli de prescription systématique (41,4%) et la réticence des patients (20,7%).

Les principaux points négatifs soulevés par les médecins concernant le dépistage du cancer du col du côlon sont :

- La non intégration du dépistage du cancer du côlon dans leurs pratiques (prescription non systématique, la non réalisation du test Hémocult...).
- 78,7 % des médecins ayant répondu déclarent que les patients sont insuffisamment informés sur le dépistage du cancer du côlon.
- Pour 48,1 % des médecins, le manque d'information des patients est lié à une information insuffisante sur la maladie.
- 31,0 % des médecins dénoncent des freins chez les patients au dépistage du cancer du côlon par test Hémocult.
- Le frein majeur au dépistage du cancer du colon est pour 54,6 % des médecins l'ignorance et le manque d'information des patients.
- 74,4 % des médecins considèrent qu'ils sont insuffisamment informés sur le dépistage du cancer du côlon.
- 38,9 % des médecins dénoncent une faible implication de la population et 33,3 % un manque de mobilisation de leurs confrères pour le dépistage du cancer du côlon.

La recherche chimique de sang occulte dans les selles par Hémocult impose un saignement de la tumeur pour se révéler positif, ce qui n'est pas toujours le cas. De plus, la mauvaise sensibilité (<40%) et le nombre élevé de faux positifs (spécificité médiocre 85 à 98% selon la technique)¹⁰ ont conduit certains médecins à considérer que ce dépistage n'était pas fiable et a retardé la généralisation de sa prescription.

⁹ Test basé sur la recherche de sang dans les selles.

¹⁰ http://www.bmlweb.org/cochin_02_01.htm.

Toutefois, l'Association Guyanaise de Dépistage Organisé des Cancers (AGDOC), dans le cadre de la programmation en 2009 d'une campagne de dépistage organisé du cancer du côlon en Guyane, a organisé en septembre 2008 une formation sur la pratique du test Hémocult II afin de sensibiliser les médecins à l'intégration à la généralisation de la prescription de ce test dans leurs pratiques.

2.3. Cancer de la prostate

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant le dernier patient de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer de la prostate (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

Nous avons observé un taux de bonnes pratiques par les médecins pour le cancer de la prostate de 77,5%. Ce résultat est encourageant car il est légèrement inférieur au taux de bonnes pratiques du cancer du sein qui fait l'objet d'une campagne de dépistage organisé depuis 2 ans.

Aussi, les médecins exerçant en Guyane semblent être très sensibles à la problématique liée au cancer de la prostate.

Toutefois, nous devons relativiser le taux de bonnes pratiques des médecins concernant le dépistage du cancer de la prostate car un biais s'est introduit dans la formulation des questions. En effet, un bon dépistage est basé sur un dosage PSA couplé à un toucher rectal. Or dans notre interrogatoire, nous avons interrogé les médecins sur leurs pratiques concernant le dosage PSA et/ou le toucher rectal. Il ressort de l'enquête que les médecins n'ont pas ou peu de difficultés à prescrire un dosage PSA. En revanche, le toucher rectal constitue un frein majeur pour deux tiers des médecins.

Aussi, nous supposons que le taux de bonnes pratiques est en-deçà de ce que nous affirmons dans ce document mais nous ne disposons pas d'outils pour redresser cette information erronée.

Parmi les principaux points négatifs soulevés par les médecins concernant le dépistage du cancer de la prostate, nous observons que :

- 54,5 % des médecins ayant répondu jugent les patients insuffisamment informés.
- Pour les médecins, l'origine du manque d'information est liée à des problèmes de communication (31,2%), des méconnaissances et problèmes culturels (31,2%) et une information insuffisante sur la maladie (25,0 %).
- 35,7 % des médecins signalent des freins au dépistage par toucher rectal et/ou dosage PSA.
- Le frein majeur au dépistage du cancer de la prostate est le toucher rectal pour 66,7% des médecins.
- 58,5% des médecins se jugent insuffisamment informés sur cette pathologie.
- 30,9% des médecins dénoncent une faible implication de la population et 21,4% un manque d'implication des médecins dans le dépistage du cancer de la prostate.

2.4. Cancer du sein

Les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques concernant la dernière patiente de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer du sein (individuel ou familial) qu'ils suivent régulièrement.

Nous avons observé un taux de bonnes pratiques par les médecins pour le cancer du sein de 83,7%. Ce résultat est certes positif. Cependant, compte tenu des efforts d'information et de sensibilisation des médecins et de la population menés lors des deux campagnes de dépistage organisé

par l'AGDOC, nous espérons avoir un taux de bonnes pratiques plus élevé.

Parmi les principaux points négatifs soulevés par les médecins concernant le dépistage du cancer du sein, nous observons que :

- 30,4% des médecins ayant répondu jugent les patientes insuffisamment informées. Ce chiffre s'élève à 85,7% pour les médecins exerçant dans des communes isolées.

- Afin d'expliquer le manque d'information des femmes sur le dépistage du cancer du sein, 45,4% des médecins invoquent des problèmes de la barrière de la langue. Pour les médecins salariés des centres de santé exerçant dans les communes isolées, ce manque d'information s'explique à 80,0% par des problèmes de communication et à une information insuffisante (20,0%).

- 26,1% des médecins rencontrent des difficultés lors de la prescription d'une mammographie. Les difficultés les plus rencontrées par les médecins, lors de la prescription d'une mammographie, sont la distance et le temps d'accès aux structures de soins (38,9%), l'oubli du médecin de prescrire systématiquement l'examen (22,2%) et la réticence des patientes (16,7%).

- 27,3 % des médecins signalent des freins au dépistage par mammographie. Le frein majeur au dépistage du cancer du sein par mammographie est pour 60,0 % des médecins : la peur, la réticence et la pudeur des patientes.

- 22,7% des médecins se jugent insuffisamment informés sur cette pathologie. De plus, 26,1% des médecins considèrent les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du sein insuffisantes ou incomplètes et 8,7% des médecins déclarent ne pas connaître les mesures mises en place pour le dépistage du cancer du sein. Ces chiffres paraissent surprenants compte tenu des actions de communication et de sensibilisation menées par l'AGDOC.

- Pour 29,2% des médecins, les difficultés d'accès aux centres de radiologie constituent une difficulté au dépistage du cancer du sein en Guyane.

- 22,8% des médecins dénoncent une faible implication de la population dans le dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs, les résultats concernant le dépistage du cancer du sein seront à communiquer à l'AGDOC afin que la structure puisse faire un bilan rétrospectif sur les deux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein menées en Guyane. En effet, il semblerait que le message ne soit pas passé auprès de certains médecins et une partie de la population guyanaise. Le retour d'expérience concernant ces campagnes de dépistage organisé sera sans doute essentiel afin d'améliorer et d'optimiser le taux de couverture des prochaines campagnes de dépistage organisé de cancer en Guyane comme celle du cancer du côlon.

2.5. Bonnes pratiques de dépistage des cancers

Nous considérons qu'un médecin a de bonnes pratiques de dépistage s'il pratique lui-même le test de dépistage (test réalisé lors de la consultation ou précédemment) ou qu'il oriente ses patients vers un spécialiste.

Ainsi, dans notre échantillon, nous avons 18,4% des médecins qui ont de bonnes pratiques pour les 4 cancers étudiés.

85,7% des médecins ont de bonnes pratiques de dépistage pour le cancer du col de l'utérus, 83,7% pour le cancer du sein et 77,5% pour le cancer de la prostate. Toutefois, ce dernier résultat est, comme nous l'avons précédemment évoqué, erroné.

Cependant, seuls 24,5% des médecins ont de bonnes pratiques de dépistage pour le cancer du côlon.

3. Recommandations

Les résultats obtenus dans le cadre de cette analyse nous ont permis d'établir des recommandations dans le domaine du dépistage des cancers en Guyane.

Les témoignages recueillis auprès des médecins exerçant en Guyane mettent en relief le vif intérêt que ces derniers portent aux problématiques de santé qui concernent la population guyanaise et la très forte demande de ces professionnels en termes de communications médicales.

Parallèlement à cette demande d'informations médicales, les médecins dénoncent un manque d'information auprès des patients. Ce phénomène est encore plus important dans les communes isolées.

Aussi, de manière générale, les autorités sanitaires sont invitées à renforcer les campagnes de communication, d'information et de sensibilisation des professionnels de santé mais plus généralement de la population guyanaise, plus spécifiquement les populations des communes isolées.

Cette information destinée au grand public devra mettre l'accent sur l'importance pour les patients de devenir acteurs de leur propre santé afin d'obtenir une adhésion massive aux recommandations sanitaires de la région.

Parmi les quatre cancers étudiés, deux d'entre eux retiennent plus spécifiquement notre attention : le cancer du côlon et le cancer de la prostate.

Le premier est un cancer pour lequel les professionnels ont le plus faible taux de bonnes pratiques. Le lancement en 2009 par l'AGDOC d'une campagne de dépistage organisé nous laisse espérer un vaste projet de communication et de sensibilisation régional.

Le cancer de la prostate devra faire l'objet d'une étude sociologique sur l'acceptation du toucher rectal pour le dépistage de ce cancer. En effet, 60,0% des médecins signalent que le frein majeur au dépistage de ce cancer est lié au refus de cet acte par le patient.

Ces propositions ne sont pas exhaustives, et chacun, à la lumière des résultats exposés dans ce rapport, pourra proposer des solutions personnalisées.

VII – CONCLUSION

Cette étude sur les pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus, côlon, prostate et sein par les médecins libéraux et médecins des centres de santé exerçant en Guyane en 2008, nous a permis :

- de mieux cerner et définir les problématiques et les enjeux locaux en matière de prévention, de sensibilisation et de communication ;
- de recueillir des témoignages sur les conditions d'exercice des médecins libéraux en Guyane ;
- de connaître les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins libéraux en Guyane ;
- de connaître les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins dans leurs pratiques quotidiennes ;
- de recueillir les difficultés, réticences des patients sur les pratiques de dépistage ;
- de recueillir le niveau d'information des patients selon l'avis des médecins ;
- de recueillir le niveau d'information des médecins et leurs besoins d'information.

Nous avons observé que les bonnes pratiques de dépistage diffèrent selon le type de cancer. Il est à rappeler que nous considérons que le médecin a une bonne pratique de dépistage dans le cas où ce dernier réalise lui-même ou prescrit le test (test réalisé lors de la consultation ou précédemment) ou bien oriente son patient vers un spécialiste.

Ainsi, 85,7 % des médecins interrogés ont de bonnes pratiques de dépistage pour le cancer du col de l'utérus, 83,7 % pour le cancer du sein et 24,5 % pour le cancer du côlon.

Par ailleurs, nous avons obtenu un taux de bonnes pratiques de l'ordre de 77,5 % pour le cancer de la prostate. Nous avons interrogé les médecins sur la prescription du dosage PSA et/ou le toucher rectal, alors qu'un bon dépistage est basé sur le dosage PSA couplé à un toucher rectal. Ce résultat doit donc être nuancé puisque le toucher rectal constitue un frein majeur au dépistage pour les deux tiers des médecins.

Nous avons livré des résultats nécessaires pour la prévention des cancers en Guyane.

Par conséquent, il appartiendra aux autorités sanitaires de mettre l'accent sur des campagnes de communication, d'information et de sensibilisation adaptées au contexte guyanais et d'envisager la mise en place de campagnes de dépistage organisé des cancers du col de l'utérus, du côlon et de la prostate. De plus, il serait nécessaire que l'accent soit mis sur l'accès aux centres de radiologie par les patientes, dans le cadre de la prévention du cancer du sein.

VIII – REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Epidémiologie des cancers**
2. **Méthodologie d'enquête**

1.Épidémiologie des cancers

• Bibliographie « Dépistage et Prévention du cancer du col de l'utérus »

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Histoires de femmes, vies de femmes. Expériences du dépistage et du traitement du cancer du col utérin – *Women's stories Women's lives Experiences with Cervical Cancer Screening and Treatment* (Texte intégral :

http://screening.iarc.fr/doc/RH_womens_stories.pdf)

ANAES. Évaluation de l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. ANAES, 2004.

BLANC Bernard. Dépistage du cancer du col de l'utérus. 2006 (180 p) (document en anglais).

BOZON LE GALL (Claire) Thèse : Dépistage du cancer du col de l'utérus : l'expérience martiniquaise : 1991-2004. 2006

DUPORT (N.) – Institut de Veille Sanitaire (INVS) : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Évaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes". 2007 (Texte intégral : http://fulltext.bdsp.tm.fr/Invs/Rapports/2007/col_uterus.pdf?11KM7-7X806-M171X-70MMG-68434)

EXBRAYAT C. Le cancer du col de l'utérus.

In Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. FRANCIM. 2003 :107-112.

Publication Institut de veille sanitaire. www.invs.sante.fr

FAMILY (Shahine) Thèse : Comment améliorer la qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus en Ile-de-France 2005

HAGUENOER (Ken) Mémoire ENSP: Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France : mise en place de la première évaluation conjointe des trois initiatives locales. (2006) (Texte intégral :

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ensp/memoires/2006/misp/haguenoer.pdf?1JMG7-9XG1Q-M6664-K0QMG-6K489>

IARC Handbooks of Cancer Prevention volume 10: Cervix cancer screening. IARC Press, Lyon 2005.

Organisation Mondial de la Santé (OMS). La lutte contre le cancer du col de l'utérus - Guide des pratiques essentielles- *Comprehensive Cervical Cancer Control A guide to essential practice* (Texte intégral : <http://screening.iarc.fr/doc/cervicalcancergep.pdf>)

Le cancer du col utérin, Réseaux Cancer n°13, septembre 2003.

ORS Aquitaine. Dépistage des cancers du col de l'utérus en Gironde. 1998 (7 p)

ORS Bourgogne. Dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus : éléments pour la mise en place ou l'extension des programmes en Bourgogne. 2001 (73 p)

ORS Franche-Comté. Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs 1993-2004. 2005 (50 p)

ROUSSEAU (A.) - INVS Bulletin épidémiologique hebdomadaire: Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie. 2002 (Texte intégral :

<http://www.bdsp.tm.fr/fulltext/show.asp?url=/Invs/Beh/2002/19/19.pdf>)

Schaffer P., Sancho-Garnier H., Fender M., Dellenbach P., Carbillet J.P., Monnet E., Gauthier G.P., & Garnier A. (2000). Cervical cancer screening in France. Eur J Cancer 2215-2220.

• **Bibliographie « Dépistage et Prévention du cancer du colon »**

CANCEROLOGIE AUJOURD'HUI : (PARIS) : Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon : conférence de consensus. 1998

Endoscopie digestive basse : indications en dehors du dépistage en population (ANAES, avril 2004).

Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Institut national de Veille Sanitaire.

La lettre de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, n° 2, octobre 2004.

Le cancer colorectal – Revue Réseaux Cancer n°1, février 2000.

MAINGUET (P.) revue ACTA ANDOSCOPIA : Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon. 1998

ORS Aquitaine. Les cancers du côlon et du rectum en Aquitaine. 2006 (10 p)

ORS Bourgogne. Dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus : éléments pour la mise en place ou l'extension des programmes en Bourgogne. 2001 (73 p)

Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon (conférence de consensus, ANAES, janvier 1998).

• **Bibliographie « Dépistage et Prévention du cancer de la prostate »**

CUSSENOT, FOURNIER, MUNTZ. Cancer de la prostate - Prévenir, détecter et traiter. Ed. JOHN LIBBEY .2004

GROSCLAUDE (P.) Revue progrès en urologie : Dépistage du cancer de la prostate. (II) : Le cancer de la prostate est-il un problème de santé publique ? Actualisation des chiffres d'incidence et de mortalité en France de 1982 à 1990. Commentaire. 1997 (Texte intégral : <http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-1997-00070647/TEXF-PU-1997-00070647.PDF>)

HOSTYN (Nicolas) Thèse : Épidémiologie et dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA chez les hommes de plus de 50 ans. 2006

PERRIN (Paul) Revue de l'UNAFORMEC: Dépistage du cancer de la prostate : primum non nocere. 2006 (texte intégral : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/edocs/00/04/18/27/article.md?type=text.html>)

RAVERY Vincent. Cancer de la prostate. 2002 (250 p)

VILLERS (A.) Revue Progrès en urologie: Dépistage du cancer de la prostate (I) : Evolution des connaissances et des pratiques depuis la conférence de consensus de 1989. 1997 (texte intégral : <http://www.urofrance.org/BaseUrofrance/PU-1997-00070508/TEXF-PU-1997-00070508.PDF>)

• **Bibliographie «Dépistage et Prévention du cancer du sein»**

ANCELLE PARK (R.) - Institut de Veille Sanitaire (INVS) : Programme de dépistage du cancer du sein en France. Résultats 2003. 2006 (Texte intégral : http://fulltext.bdsp.tm.fr/Invs/Rapports/2006/cancer_sein.pdf?0GMG6-K4W00-KQ704-31GM3-61433)

BOLLA. Du dépistage au diagnostic précoce:le cancer du sein aujourd'hui. 1998 (400p.)

CHAPET (Mathilde) : Développement, pilotage et animation d'un dispositif de santé publique : l'exemple du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France. 2007 (Texte intégral : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Ensp/memoires/2007/iass/chapet.pdf?16M16-X491G-K6734-604MM-6Q436>)

COISNE (Sophie). Revue LA Recherche : Cancer du sein : les illusions du dépistage. 2006

DUMERY (Sophie). Revue Impact Médecin Hebdo : Cancer du sein. L'Anaes défend le dépistage de masse. 2002

IARC Handbook of Cancer Prevention Vol. 7, Breast Cancer Screening.

JACQUOT (Matthieu) : Dépistage organisé du cancer du sein dans le Finistère : résultats de la première campagne 2003-2005. 2006

Numéro thématique : dépistage organisé du cancer du sein. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°04 2003

ORS Bourgogne. Dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus : éléments pour la mise en place ou l'extension des programmes en Bourgogne. 2001 (73 p)

ORS Centre. Étude préalable à la mise en place d'un programme de dépistage du cancer du sein en région Centre. 2001 (125 p)

Observatoire Régional de la Santé de Franche Comté. (O.R.S.F.C.). Besançon. FRA : Etat des lieux préalable au dépistage du cancer du sein en Franche-Comté. 2002. (Texte intégral : <http://www.ors-franchemonte.org/docs/200303-ORSFC-RapportKSein.pdf>)

ORS Limousin. Evaluation de la campagne de dépistage du cancer du sein en Haute-Vienne. 1995 (79 p)

ORS Pays de la Loire. Dépistage organisé du cancer du sein en Mayenne. Participation des femmes à la campagne 2002-2003. 2005 (23 p)

ORS Pays de la Loire. Dépistage organisé du cancer du sein en Loire-Atlantique. Participation des femmes à la campagne 2002-2003. 2005 (23 p)

ORS Pays de la Loire. Dépistage organisé du cancer du sein en Sarthe. Participation des femmes à la campagne 2002-2003. 2005 (23 p)

ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur.
Evaluation du dépistage du cancer du sein dans les Alpes-Maritimes. Evaluation A.PRE.MAS. 1995 (109 p)

PATY (A.C.) – Institut de veille Sanitaire (INVS) : Dépistage du cancer du sein. Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique. Données 2004. 2007 (Texte intégral : http://fulltext.bdsp.tm.fr/Invs/Rapports/2007/Cancer_sein_depistage_cancer_sein.pdf?06M96-1440M-K77M4-819MQ-6K438)

PHILIP (Thierry). Bulletin de l'Académie de médecine: Le dépistage du cancer du sein en France : bilan et limites. Discussion. 2005

Rapport de la commission d'orientation sur le cancer, janvier 2003

SCHOCH (Christian). Revue Bulletin du cancer : Le dépistage du cancer du sein généralisé : une priorité de santé publique en France. 2002 (texte intégral : <http://www.jle.com/fr/revues/medecine/bdc/edocs/00/01/14/32/article.md?type=text.html>)

SERADOUR Brigitte. Le dépistage du cancer du sein : un enjeu de santé publique 2^{ème} édition. 2007 (192p).

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Languedoc-Roussillon.

(U.R.C.A.M.). Montpellier. FRA Revue Santé Languedoc Roussillon: Dépistage organisé du cancer du sein en Languedoc-Roussillon. 2006 (Texte intégral : http://www.languedoc-roussillon.assurance-maladie.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/Publications/SLR12_pr_site_28nov06.pdf)

2. Méthodologie d'enquête

- **Bibliographie « pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus par les médecins libéraux »**

BOUUAERT (C.). Revue Médicale de Liège : Place du médecin généraliste dans une stratégie de dépistage du cancer du col utérin. 1995

ESTIVAL (Nathalie) : Revue de la littérature sur le dépistage de masse et individuel du cancer du sein, du col de l'utérus et du colon-rectum et application en médecine générale HémoCcult. 2004

DARGENT (D.). La revue du praticien : Cancer du col de l'utérus : Epidémiologie, anatomie pathologique, diagnostic, évolution, principes du traitement, dépistage. 1999

ORS Bourgogne. Prévention des cancers gynécologiques : point de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. 2004 (51 p)

Union régionale des médecins libéraux Bretagne (URML Bretagne). La surveillance des frottis cervico-vaginaux par le médecin généraliste. 2007 (en cours)

SCHAFFER (P.) Revue PRESCRIRE: Les généralistes et le dépistage du cancer du col de l'utérus. 1995

- **Bibliographie « pratiques de dépistage du cancer du colon par les médecins libéraux »**

COURAUD (L.F.)- CREDES : Revue médicale de l'assurance maladie : Evaluation de la pratique des coloscopies

longues dans le dépistage et le suivi du cancer du colon. 2000 (Texte intégral :

<http://fulltext.bdsp.tm.fr/Cnamts/Rmam/2000/3/05.pdf?67QQ7-04J03-Q9074-316K9-06303>)

ESTIVAL (Nathalie) : Revue de la littérature sur le dépistage de masse et individuel du cancer du sein, du col de l'utérus et du colon-rectum et application en médecine générale HémoCcult. 2004

Institut National du Cancer (INCA). Dépistage organisé du cancer colorectal : témoignage de Vincent Dancourt, médecin coordonnateur. Mars 2007 (disponible sur http://www.e-cancer.fr/Sante-publique/op_1-ta_1-it_59-id_1537-la_1-ve_1.html)

- **Bibliographie « pratiques de dépistage du cancer de la prostate par les médecins libéraux »**

BURIN (Benoît) : "État des lieux" des pratiques courantes de dépistage du cancer de la prostate auprès des médecins généralistes et de leurs patients en Loire Atlantique. 2005 (Texte intégral : <http://www.bu.univnantes.fr/thesemed/2005/med05/MEDburin.pdf>)

VAN DE STEENE (Emma) : Dépistage du cancer de la prostate : une enquête de pratique auprès des médecins généralistes de la région Auvergne. 2007

- **Bibliographie « pratiques de dépistage du cancer du sein par les médecins libéraux »**

Association Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation de la Santé (ANAES) – Société Française de Médecine Générale (SFMG).

Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles : Dépistage du cancer du sein en médecine générale. Sept. 2004 (Texte intégral :

http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/doc/library/sein/HASsept2004Depist_cancer_sein_epp_rap.pdf)

BERTRAND PREVOTEAUX (Angélique) - Université de Reims : Dépistage du cancer du sein : enquête rétrospective auprès des médecins généralistes libéraux des Ardennes. 2006

DUJONCQUOY (S.)- Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP). Revue Santé publique : Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes. 2006

ESTIVAL (Nathalie) : Revue de la littérature sur le dépistage de masse et individuel du cancer du sein, du col de l'utérus et du colon-rectum et application en médecine générale Hémo-cult. 2004

FERLEY (J.P.) : Le dépistage du cancer du sein en médecine libérale. Enquête auprès des généralistes et des gynécologues de Rhône-Alpes. Volet 2. 2003 (Texte intégral : http://www.upmlra.org/doc/doc_174_doc.pdf)

FIGUEPRON (Amandine) : L'implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer du sein rend-

elle celui-ci plus efficace ? (à travers l'exemple de l'association EMMA en Seine-Maritime). 2007

GAYRARD (P.) - Observatoire Régional de la Santé Rhône Alpes. (O.R.S.R.A) :

Opinion des médecins libéraux de Rhône-Alpes sur le dépistage organisé du cancer du sein. 2001 (Texte intégral : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/depist_kc_sein.pdf)

GRUAZ (D.)- Observatoire Régional de la Santé Rhône Alpes. (O.R.S.R.A.): La place des médecins libéraux dans le dépistage du cancer du sein. Volet 1. Les filières d'accès à la mammographie en Rhône-Alpes. 2002 (Texte intégral : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/rapport-upml-kc-sein.pdf>)

LAMARQUE (Mathieu) : La place du médecin généraliste dans le dépistage de masse organisé (à propos de 9839 tests positifs du dépistage de masse organisé du cancer du sein dans l'Hérault). 2004

ORS Bourgogne. Prévention des cancers gynécologiques : point de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. 2004 (51 p)

L'Union s'Aquitaine – Journal des médecins libéraux d'aquitaine. Dépistage du cancer du sein : les ambitions de l'URMLA. N°26, 1^{er} trimestre 2004.

RIAHI (Mickaël) : Le médecin généraliste et le dépistage organisé du cancer du sein. 2005

Union Régionale des Médecins Libéraux URML Champagne- Ardenne. Cancer du sein : enquête de pratique auprès des médecins libéraux URML Champagne-Ardenne - mars-juin 2000

Union régionale des Médecins libéraux du Languedoc-Roussillon (URML-LR). Dossier : Dépistage et prévention. Janv. 2003 (Texte intégral : <http://www.upml-lr.org/unionlr/bulletins/2003-8/bull-8.pdf>)

IX - ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Courrier d'accompagnement du questionnaire

Annexe 3 : Liste des participants

Annexe 4 : Calendrier prévisionnel

Annexe 5 : Equipe de l'ORSG

**Questionnaire de l'étude
«Evaluation des pratiques de dépistage des cancers
du col de l'utérus, côlon, prostate et sein
par les médecins libéraux»**



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE GUYANE (ORSG)

«Espace Bertène JUMINER»
771 route de Baduel – BP 659
97335 CAYENNE Cedex

Tél. : 05 94 29 78 00 Fax : 05 94 29 78 01
Courriel : orsg@wanadoo.fr - Site : www.ors-guyane.org

Evaluation des pratiques de dépistage du cancer
Enquête auprès des médecins libéraux et des médecins des centres de santé

Quelques questions vous concernant

- 1- Votre sexe :** homme femme
- 2- Vous exercez :** en libéral dans un Centre de Santé
- 3- Etes-vous ?** Généraliste Spécialiste (préciser votre spécialité) :

4- Quelle est votre année d'installation ? _ _ _ _

5- Dans quelle localité exercez-vous ?

- Antécume Pata
- Apatou
- Awala Yalimapo
- Cacao
- Camopi
- Cayenne
- Grand Santi
- Iracoubo
- Javouhey
- Kaw
- Kourou
- Macouria
- Mana
- Maripasoula
- Matoury
- Montsinéry – Tonnegrande
- Organabo
- Ouanary
- Papaïchton
- Régina
- Rémire Montjoly
- Roura
- St Elie
- St Georges de l'Oyapock
- St Laurent du Maroni
- Saül
- Sinnamary
- Trois Sauts
- Twenké

6- Pensez-vous que la prévention des cancers relève de vos missions ? Oui Non Ne sait pas

7- Si non, pourquoi ?

.....

Merci d'avoir consacré du temps pour répondre à ce questionnaire et de nous le renvoyer dans l'enveloppe jointe.

Evaluation des pratiques de dépistage du cancer du col de l'utérus
Enquête auprès des médecins libéraux et des médecins des centres de santé

Concernant votre dernière patiente de 25-65 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer (individuel ou familial) et que vous suivez régulièrement

8- Avez-vous déjà réalisé vous-même un frottis de dépistage cancer du col de l'utérus pour cette patiente?

- Oui Non Ne sait pas

9- Si oui, le contexte de la consultation était plutôt celui

- d'un bilan général de santé
 d'une consultation pour un motif gynécologique
 d'une consultation de traitement de la ménopause
 autre raison :

10- Ce frottis faisait suite

- à la demande de la patiente
 à votre propre initiative

11- Si non, pour quelle raison était-ce ? (plusieurs réponses possibles)

- généralement, vous ne réalisez pas cet acte
 vous ne réalisez pas cet acte et vous orientez la patiente vers un spécialiste
 cet acte a été réalisé récemment
 vous n'assurez pas le suivi gynécologique
 la patiente a refusé
 la patiente était réticente
 autre raison :

12- Concernant le frottis de dépistage, quelle est votre pratique la plus fréquente ?

- vous orientez la patiente vers un spécialiste
 vous réalisez vous-même le frottis de dépistage

13- De manière générale, rencontrez-vous des difficultés pour prescrire ou réaliser un frottis de dépistage?

- Oui Non Ne sait pas

14- Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous dans votre prescription ou réalisation habituelle du frottis de dépistage ? (plusieurs réponses possibles)

- pas de temps prévu dans la consultation habituelle
 le manque de formation initiale spécifique
 des difficultés liées au matériel pour réaliser le frottis
 le suivi des résultats
 l'oubli de prescrire ou de réaliser systématiquement le frottis
 la réticence des patientes de faire le frottis
 la peur du résultat
 les changements récents pour la périodicité du dépistage
 la distance / temps d'accès pour réaliser cet acte
 des obstacles culturels (précisez) :
 autre (précisez) :

15- Pour le cancer du col de l'utérus, pensez-vous qu'il est préférable ...

- de maintenir le dépistage individuel, tel que le pratique actuellement la médecine ambulatoire
- de mettre en place un dépistage organisé par frottis auprès de femmes de 25 à 65 ans
- les deux

16- De manière générale, pensez-vous que les femmes de la région soient suffisamment informées des possibilités de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

- Oui Non Ne sait pas

17- Si non, sur quoi porte le manque d'information ?

.....

18- Pensez-vous qu'il existe, chez les femmes, un ou des frein(s) au dépistage précoce du cancer du col de l'utérus ?

- Oui Non

19- Si oui, le ou lesquels ?

.....

20- Et vous, personnellement, pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans votre département ?

- Oui Non

21- Que pensez-vous des mesures mises en place dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

.....

22- Quelles difficultés particulières avez-vous constatées dans le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus dans votre département ? (plusieurs réponses possibles)

- l'implication de la population générale
- la mobilisation des médecins
- le difficile accès aux centres de radiologie
- défaut ou insuffisance de matériel
- aucune difficulté particulière
- autres difficultés (précisez) :

.....

.....

23- Selon vous, quelle(s) action(s) prioritaire(s) devraient être menées afin d'améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus ? (par qui et pour quelle population cible ?)

Type d'action(s) à mener :

.....

24- Avez-vous des remarques et observations à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus ?

.....

25- Concernant votre pratique professionnelle

Dans les dossiers de vos patients adultes, quelles informations sont en générale consignées ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> consommation de tabac | <input type="checkbox"/> dernière mammographie |
| <input type="checkbox"/> consommation d'alcool | <input type="checkbox"/> dernier frottis |
| <input type="checkbox"/> poids/taille | <input type="checkbox"/> dernier hémocult II |
| <input type="checkbox"/> antécédents familiaux de cancer | <input type="checkbox"/> état des vaccinations |

26- Depuis début 2008, dans votre pratique, combien de femmes atteintes du cancer du col de l'utérus avez-vous consulté ?

- Aucune 1 à 5 5 à 10 10 et plus

Evaluation des pratiques de dépistage du cancer colo-rectal
Enquête auprès des médecins libéraux et des médecins des centres de santé

Concernant votre dernier patient de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer (individuel ou familial) et que vous suivez régulièrement

27- Avez-vous prescrit à ce patient un test Hémo occult II de dépistage ?

- Oui Non Ne sait pas

28- Si oui, le contexte de la consultation était plutôt celui

- d'un bilan général de santé
 autre raison :

29- Ce test Hémo occult II faisait suite

- à la demande du patient
 à votre propre initiative

30- Si non, pour quelle raison était-ce ? (plusieurs réponses possibles)

- cet acte a été réalisé récemment
 le patient était réticent
 le patient a refusé
 autre raison :

31- De manière générale, rencontrez-vous des difficultés pour prescrire un test Hémo occult II ?

- Oui Non Ne sait pas

32- Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous dans votre prescription habituelle de test Hémo occult II de dépistage ? (plusieurs réponses possibles)

- pas de temps prévu dans la consultation habituelle
 le suivi des résultats
 l'oubli de prescrire systématiquement un test
 la réticence des patients de faire le test
 la peur du résultat
 la distance / temps d'accès pour réaliser cet acte
 défaut ou insuffisance du matériel
 des obstacles culturels (précisez) :
 autre (précisez) :

33- De manière générale, pensez-vous que les patients de la région soient suffisamment informés des possibilités de dépistage du cancer colo-rectal ?

- Oui Non Ne sait pas

34- Si non, sur quoi porte le manque d'information ?

.....
.....

35- Pensez-vous qu'il existe, chez les patients, un ou des frein(s) au dépistage précoce du cancer colo-rectal ?

- Oui Non

36- Si oui, le ou lesquels ?

.....

37- Et vous, personnellement, pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans votre département ?

- Oui Non

38- Que pensez-vous des mesures mises en place dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer colo-rectal ?

.....

39- Quelles difficultés particulières avez-vous constatées dans le dépistage individuel du cancer colo-rectal dans votre département ? (plusieurs réponses possibles)

- l'implication de la population générale
- la mobilisation des médecins
- défaut ou insuffisance de matériel
- aucune difficulté particulière
- autres difficultés (précisez) :

40- Avez-vous des remarques et observations à propos du dépistage du cancer colo-rectal ?

.....

41- Concernant, votre pratique professionnelle

Dans les dossiers de vos patients adultes, quelles informations sont, en général, consignées ?

- consommation de tabac
- consommation d'alcool
- poids/taille
- antécédents familiaux de cancer
- dernière mammographie
- dernier frottis
- dernier hémocult II
- état des vaccinations

42- Depuis début 2008, dans votre pratique, combien de patients atteints du cancer du côlon avez-vous consulté ?

- Aucun 1 à 5 5 à 10 10 et plus

Evaluation des pratiques de dépistage du cancer de la prostate Enquête auprès des médecins libéraux et des médecins des centres de santé
--

Concernant votre dernier patient de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer (individuel ou familial) et que vous suivez régulièrement

43- Avez-vous prescrit à ce patient un toucher rectal et/ou un dosage du PSA de dépistage ?

- Oui Non Ne sait pas

44- Si oui, le contexte de la consultation était plutôt celui

- d'un bilan général de santé
- autre raison :

45- Ce toucher rectal et/ou dosage de PSA faisait suite

- à la demande du patient
- à votre propre initiative

46- Si non, pour quelle raison était-ce ? (plusieurs réponses possibles)

- cet acte a été réalisé récemment
- le patient était réticent
- le patient a refusé
- autre raison :

47- De manière générale, rencontrez-vous des difficultés pour prescrire un toucher rectal et/ou dosage de PSA ?

- Oui Non Ne sait pas

48- Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous dans votre prescription habituelle de toucher rectal et/ou dosage de PSA de dépistage ? (plusieurs réponses possibles)

- pas de temps prévu dans la consultation habituelle
- le suivi des résultats
- l'oubli de prescrire systématiquement un test
- la réticence des patients de faire le test
- la peur du résultat
- la distance / temps d'accès pour réaliser cet acte
- défaut ou insuffisance du matériel
- des obstacles culturels (précisez):
- autre (précisez)

49- De manière générale, pensez-vous que les patients de la région soient suffisamment informés des possibilités de dépistage du cancer de la prostate ?

- Oui Non Ne sait pas

50- Si non, sur quoi porte le manque d'information ?

51- Pensez-vous qu'il existe, chez les patients, un ou des frein(s) au dépistage du cancer de la prostate ?

- Oui Non

52- Si oui, le ou lesquels ?

53- Et vous, personnellement, pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans votre département ?

- Oui Non

54- Que pensez-vous des mesures mises en place dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer de la prostate ?

55- Quelles difficultés particulières avez-vous constatées dans le dépistage individuel du cancer de la prostate dans votre département ? (plusieurs réponses possibles)

- l'implication de la population générale
- la mobilisation des médecins
- défaut ou insuffisance de matériel
- aucune difficulté particulière
- autres difficultés (précisez) :

56- Avez-vous des remarques et observations à propos du dépistage du cancer de la prostate ?

57- Concernant, votre pratique professionnelle

Dans les dossiers de vos patients adultes, quelles informations sont, en général, consignées ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> consommation de tabac | <input type="checkbox"/> dernière mammographie |
| <input type="checkbox"/> consommation d'alcool | <input type="checkbox"/> dernier frottis |
| <input type="checkbox"/> poids/taille | <input type="checkbox"/> dernier hémocult II |
| <input type="checkbox"/> antécédents familiaux de cancer | <input type="checkbox"/> état des vaccinations |

58- Depuis début 2008, dans votre pratique, combien d'hommes atteints du cancer de la prostate avez-vous consulté ? Aucun 1 à 5 5 à 10 10 et plus

Evaluation des pratiques de dépistage du cancer du sein
Enquête auprès des médecins libéraux et des médecins des centres de santé

Concernant votre dernière patiente de 50-74 ans, sans risques particuliers vis-à-vis du cancer (individuel ou familial) et que vous suivez régulièrement

59- Avez-vous prescrit à cette patiente une mammographie de dépistage ?

- Oui Non Ne sait pas

60- Si oui, le contexte de la consultation était plutôt celui

- d'un bilan général de santé
- d'une consultation pour un motif gynécologique
- d'une consultation de traitement de la ménopause
- autre raison :

61- Cette mammographie faisait suite

- à la demande de la patiente
- à votre propre initiative

62- Si non, pour quelle raison était-ce ? (plusieurs réponses possibles)

- cet acte a été réalisé récemment
- la patiente était réticente
- la patiente a refusé
- vous n'assurez pas de suivi gynécologique
- autre raison :

63- De manière générale, rencontrez-vous des difficultés pour prescrire une mammographie ?

- Oui Non Ne sait pas

64- Si oui, quelles difficultés rencontrez-vous dans votre prescription habituelle de mammographie de dépistage ? (plusieurs réponses possibles)

- pas de temps prévu dans la consultation habituelle
- le suivi des résultats
- l'oubli de prescrire systématiquement une mammographie
- la réticence des patientes de faire la mammographie
- la peur du résultat
- la distance / temps d'accès pour réaliser cet acte
- défaut ou insuffisance du matériel
- des obstacles culturels (précisez):
- autre (précisez)

65- De manière générale, pensez-vous que les femmes de la région soient suffisamment informées des possibilités de dépistage du cancer du sein ?

- Oui Non

66- Si non, sur quoi porte le manque d'information ?

.....
.....

67- Pensez-vous qu'il existe, chez les femmes, un ou des frein(s) au dépistage précoce du cancer du sein ?

- Oui Non

68- Si oui, le ou lesquels ?

69- Et vous, personnellement, pensez-vous être suffisamment informé(e) sur les mesures prises dans le cadre du programme de dépistage dans votre département ?

- Oui Non

70- Les dispositifs départementaux de dépistage organisé du cancer du sein ont été mis en place en Guyane. Selon vous, quelles conditions doit-on réunir pour obtenir que 60% des femmes invitées au dépistage y participent ?

.....

71- Que pensez-vous des mesures mises en place dans le cadre de la généralisation du dépistage du cancer du sein ?

.....

72- Quelles difficultés particulières avez-vous constatées dans le dépistage individuel du cancer du sein dans votre département ? (plusieurs réponses possibles)

- l'implication de la population générale
- la mobilisation des médecins
- le difficile accès aux centres de radiologie
- défaut ou insuffisance de matériel
- aucune difficulté particulière
- autres difficultés (précisez) :

73- Avez-vous des remarques et observations à propos du dépistage du cancer du sein ?

.....

74- Concernant, votre pratique professionnelle

Dans les dossiers de vos patients adultes, quelles informations sont, en général, consignées ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> consommation de tabac | <input type="checkbox"/> dernière mammographie |
| <input type="checkbox"/> consommation d'alcool | <input type="checkbox"/> dernier frottis |
| <input type="checkbox"/> poids/taille | <input type="checkbox"/> dernier hémocult II |
| <input type="checkbox"/> antécédents familiaux de cancer | <input type="checkbox"/> état des vaccinations |

75- Depuis début 2008, dans votre pratique, combien de femmes atteintes du cancer du sein avez-vous consulté ?

- Aucune 1 à 5 5 à 10 10 et plus

b. Annexe 2 : courrier d'accompagnement du questionnaire

.....
DIRECTION

.....
Cellule Etudes

.....
Réf : M-J.C-N/M.R/ 08/

Contact : M Mathieu ROYNARD, chargé du projet

Tél. : 05 94 29 78 11

Courriel : roynard.orsq@gmail.com

Objet : Information sur la conduite de l'enquête « l'évaluation des pratiques de dépistage des cancers du col de l'utérus, côlon, prostate et sein par les médecins libéraux »

Cher confrère,

L'Observatoire Régional de la Santé de Guyane, avec le financement de la DSDS, met en place une étude sur « l'évaluation des pratiques de dépistage des cancers par les médecins ». Elle concerne principalement les médecins libéraux et les médecins des centres de santé.

En effet, ces médecins sont très impliqués dans la prévention et le dépistage des cancers.

Cette enquête est une étude transversale à visée exhaustive sur le territoire guyanais. Elle a pour principaux objectifs :

- d'évaluer les pratiques de dépistage des médecins concernant les quatre cancers dépistables les plus fréquents en Guyane en 2008 (col de l'utérus, côlon, prostate, sein),
- de connaître les conditions de diagnostic de ces cancers,
- de connaître leur opinion sur l'information grand public en termes de prévention et de dépistage des cancers, les difficultés de dépistage, de diagnostic et de prise en charge rencontrées et les facteurs d'adhésion et/ou de résistance à la prévention du cancer des médecins et/ou des patients.

L'étude a été validée par un comité de pilotage regroupant des représentants de médecins et des partenaires institutionnels et a reçu le soutien du Président du conseil de l'ordre, de l'URMLG, du syndicat SML et du médecin coordonnateur des centres de santé.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire auto-administré anonyme. Un seul questionnaire doit être rempli par médecin. Le temps de réponse est estimé à une quinzaine de minutes. Lorsque vous aurez achevé de remplir ce dernier, nous vous remercions de bien vouloir le retourner à l'ORSG à l'aide de l'enveloppe préaffranchie fournie. Nous souhaiterions recevoir votre questionnaire avant le vendredi 4 juillet.

L'étude achevée, l'ORSG diffusera à l'ensemble des médecins les résultats de cette étude.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à ce projet et de votre participation ; et vous prie de croire, cher confrère, en l'expression de mes respectueuses salutations.

P.J : questionnaire de l'étude

Dr Marie-Josiane CASTOR NEWTON

Directeur de l'ORS Guyane



c. Annexe 3 : Liste des participants

Pour finaliser la méthodologie d'enquête et les outils de collecte des données, nous avons sollicité des professionnels concernés par le dépistage dans la région.

Dr J. BRETON, Président du Réseau Régional de cancérologie Onco-Guyane
Président de la Ligue nationale contre le cancer

Dr M-J. CASTOR-NEWTON, Directrice de l'ORSG

Dr J-L. GRANGEON, Directeur de la Direction de la Santé et du Développement Social (DSDS)

Dr M. JOUBERT, Responsable Département des Centres de Santé (DCS)

Dr. R-M. LOUPEC, Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Guyane (URMLG)

Dr J. PLENET, Responsable du registre du Cancer en Guyane

M. M. ROYNARD, Chargé d'étude à l'ORSG

d. Annexe 4 : Calendrier prévisionnel

	SEMAINES CALENDAIRES					
	15-22	23-25	26-33	34-35	36-38	39-52
Rédaction protocole	■					
Validation protocole		■				
Masque de saisie			■			
Administration du questionnaire + relance téléphonique			■			
Recueil et codage des données				■		
Analyse statistique					■	
Rédaction du rapport						■

e. Annexe 5 : Equipe de l'ORSG

Dr. M-J. CASTOR-NEWTON, Directeur de l'ORSG

M. R. VIVIES, Responsable Cellule Administrative et Financière

Mme A. CHOCHO, Responsable Cellule Etudes

Mlle M-T. DANIEL, Responsable Cellule Documentation

Mlle C. GOBER, Chargée d'études – Cellule Documentation

M. J-R. GOUGAUD, Chargé d'études – Cellule Etudes

M. M. ROYNARD, Chargé d'études – Cellule Etudes

Mme C. LARUADE, Assistante d'études – Travaux d'édition/PAO

Mlle R. MONNY, Assistante de Direction et de Présidence

Mlle J. BOUTIN, Assistante Cellule Administrative et Financière

M. R. ALLEN, Aide-documentaliste

Mme S. LAUBE, Assistante Cellule de documentation

Mme C. BIENVENU, Standardiste et Vaguemestre



Observatoire Régional de la Santé de Guyane

**“Espace Bertène JUMINER”
771, rte de Baduel - BP 659
97335 CAYENNE CEDEX**

Site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr

Tél. : (0594) 29.78.00 - Fax : (0594) 29.78.01