

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

YOUSSEFIAN Anne
Née le 1^{er} mai 1983 à Paris 14^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le : 07 juin 2013 à Paris

*FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES AUX
METHODES DE COMMUNICATION : EFFICACITE DANS LE
DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.
Un essai randomisé contrôlé en cluster.*

Président de thèse : Professeur AUBERT Jean-Pierre
Directeur de thèse : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean-Pierre AUBERT, merci d'avoir accepté de présider cette thèse. Cela compte d'autant plus pour moi que c'est dans votre cabinet que j'ai assisté à mes premières consultations de médecine générale, lors d'un stage de deuxième année, et que j'ai alors envisagé d'en faire mon métier.

Aux Professeurs Pascal HAMMEL et Philippe LEVY, merci de me faire un tel honneur en acceptant de faire partie de mon jury. En arrivant dans votre service de gastroentérologie à Beaujon, j'étais externe pour la première fois ; presque 9 ans se sont écoulés mais je garde un souvenir fort de vos enseignements, aussi bien théoriques que pédagogiques, mais surtout relationnels. Nos échanges respectifs m'ont soutenue et guidée durant mes études, et aujourd'hui encore dans ma vie professionnelle. De tout cœur merci.

Au Professeur Isabelle AUBIN-AUGER, merci à toi d'avoir dirigé ma thèse, d'avoir été si présente – et patiente ! - ; tu as su m'accompagner et me guider exactement comme j'en avais besoin, toujours disponible. Travailler à tes côtés fut un plaisir, une motivation permanente qui a balayé les difficultés. J'ai découvert avec cette thèse le monde de la recherche en médecine générale, sa rigueur trop peu connue et reconnue, et y ai pris goût. Ton assiduité et ton humanité sont un exemple pour moi.

Au Docteur Cédric LAOUENAN, merci infiniment pour ton aide en tant que biostatisticien dans cette étude, ta disponibilité et ta gentillesse.

Au Docteur Tu LE TRUNG et à Prévention et Santé en Val d'Oise, merci pour votre participation et votre implication actives dans ce projet.

Au Docteur Josselin LE BEL, merci pour ton accompagnement et tes conseils au début de ma vie libérale. Je n'oublie pas que c'est grâce à toi que j'ai pu participer à ce beau projet de recherche.

A Danièle DELOBEL, merci pour ton travail de secrétariat pour cette thèse, sérieux et efficace comme toujours. Bonne continuation.

Au Docteur Philippe ZERR, merci pour TOUT. Tu n'as pas fait partie de ce projet mais je ne peux conclure ces remerciements professionnels sans te citer. Tu as accepté de me recevoir pour un dernier stage d'externe « hors cursus classique » à l'époque. A tes côtés j'ai découvert une médecine générale scientifique et à la fois à l'écoute du patient, une médecine perfectionniste, qui prend son temps. L'observation de ta pratique m'a rendue cette discipline très attractive, que j'ai ensuite naturellement choisie. Devenue interne, je suis revenue travailler 6 mois avec toi pour m'imprégner encore de ton savoir-faire. Ce que tu m'as appris m'influence encore extrêmement aujourd'hui. Tu restes un modèle pour moi dans la profession. Merci de tout cœur pour ces échanges constructifs et cette agréable collaboration.

A l'ensemble de mes proches, famille, belle-famille et amis : un grand merci pour votre présence fidèle à mes côtés.

A mes parents et ma sœur chéris, tout particulièrement, merci pour vos délicates attentions et votre soutien indéfectible durant toutes ces années, qui m'ont permis d'en arriver là.

A Alexandre, mon compagnon et amour de toujours. Tu es là depuis le tout début, merci pour ta patience et ta bienveillance à mon égard. A notre fille Diane, soleil de ma vie, grâce à vous deux chaque jour est plus heureux que le précédent.

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CCR : Cancer Colorectal

CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé

CIC : Coefficient Intra Cluster

CPP : Comité de Protection des Personnes

DE : Design Effect

EBM : Evidence Based Medicine

ET : Ecart-Type

FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer

HAS : Haute Autorité de Santé

HNPC : Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer (syndrome de Lynch)

INCa : Institut National du Cancer

MG : Médecin Généraliste

MIC : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence

P4P : Payment For Performance

PAF : Polyadénomatoze familiale

PSVO : Prévention et Santé en Val d'Oise

SNFGE : Société Nationale Française de Gastroentérologie

TNM : Tumor/Nodes/Metastasis (classification des tumeurs malignes)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	7
UNE TROP FAIBLE PARTICIPATION AU DEPISTAGE.....	8
UN PROBLEME DE COMMUNICATION IDENTIFIE.....	9
METHODES	13
RECRUTEMENT.....	13
INTERVENTION.....	14
EVALUATION.....	16
AUTRES METHODES.....	18
RESULTATS	20
FIGURE 1 : FLOW CHART.....	22
TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DES MG DES 2 GROUPES (N = 45).....	23
FIGURE 2 : BOX PLOT : TAUX DE PARTICIPATION DES PATIENTS AU DEPISTAGE DANS LES 2 GROUPES.....	24
TABLEAU 2 : CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES DE L'ETUDE.....	25
DISCUSSION	26
RESULTAT PRINCIPAL ET SON IMPLICATION MAJEURE.....	26
FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE TRAVAIL.....	26
IDEES NOUVELLES ISSUES DE NOTRE TRAVAIL.....	28
CONCLUSION	32
ANNEXES	34
ANNEXE I : LETTRE D'INVITATION POUR LE GROUPE FORMATION.....	34
ANNEXE II : FICHE DE RAPPEL DES POINTS CLES SUR LA COMMUNICATION (POUR LE GROUPE FORMATION) ...	35
ANNEXE III : FICHE DE RAPPEL DES POINTS CLES DE LA CONSULTATION DE DELIVRANCE DU TEST HEMOCULT (POUR LES 2 GROUPES)	38
ANNEXE IV : FICHE DE RECUEIL DES DONNEES (POUR LES 2 GROUPES).....	41
BIBLIOGRAPHIE	43

INTRODUCTION

Le cancer colorectal est un cancer fréquent et grave : 40 500 cas et 17 500 décès ont été enregistrés en France en 2011 (1). C'est le troisième cancer le plus fréquent en France (derrière les cancers de la prostate et du sein) et le deuxième en termes de mortalité (après le cancer du poumon). L'incidence du cancer colorectal a augmenté de 50% en 25 ans. On estime qu'1 personne sur 25 aura un cancer colorectal au cours de sa vie. Son taux de survie global est de 56% à 5 ans. Ce taux dépasse les 90% de survie à 5 ans pour les cancers diagnostiqués au stade I de la classification TNM (limités à la musculature). Seul 1 cancer sur 5 est diagnostiqué à ce stade.

Il est lié dans 5% des cas à un syndrome de prédisposition génétique, du type syndrome de Lynch ou polyadénomatoase familiale. Dans 15 à 20% des cas il existe un antécédent familial de cancer colorectal. Il survient donc « de novo » dans près de 80% des cas, ce qui justifie un dépistage précoce et organisé dans la population générale.

Le cancer colorectal se développe dans 60 à 80% des cas à partir d'un adénome (ou polype). Sur 1000 adénomes, 100 deviendront supérieurs à 1 cm, et parmi eux 25 deviendront un cancer. Cette transformation se fait en une dizaine d'années. A noter qu'un apparenté d'un patient ayant un adénome supérieur à 1 cm doit avoir la même prise en charge qu'un apparenté de patient ayant un cancer colorectal.

Les facteurs de risque non héréditaires de cancer colorectal identifiés sont l'excès calorique, la sédentarité, la consommation excessive de viande et charcuterie, la consommation d'alcool ou de tabac. La consommation de légumes est un facteur protecteur.

LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le dépistage consiste en un test de recherche de sang occulte dans les selles, appelé Hemoccult. L'efficacité du test sur la mortalité du cancer colorectal a été démontrée par plusieurs essais randomisés en Suède, Angleterre, Danemark et Etats-Unis avec un suivi de 10 à 18 ans. Un taux de participation de 50% permettait de diminuer la mortalité de 15 à 20% (car une diminution de la mortalité de 30% était constatée chez l'ensemble des patients ayant participé au dépistage) (2).

En France, la campagne de dépistage a débuté en 2002 par une expérimentation pilote dans 23 départements, jusqu'en 2007, puis une généralisation à l'ensemble du territoire à partir de 2008. L'organisation du dépistage est coordonnée localement par une structure de gestion, chacune couvrant un ou plusieurs départements. Il existe au total 89 structures pour 99 départements. Ce sont les mêmes structures qui ont en charge le dépistage organisé du cancer du sein.

Le dépistage se fait actuellement par un test au gaïac (extrait de plante), sur lequel une fine couche de matière est déposée, puis du peroxyde d'hydrogène. En présence d'hémoglobine, une coloration bleue apparaît, signant la positivité. La lecture des tests s'effectue de manière centralisée, avec double lecture simultanée obéissant à un cahier des charges. Les tests immunologiques, à lecture automatisée, donc plus sensibles, sont en cours d'expérimentation. En effet le test Hemoccult a une sensibilité de 50% pour le dépistage d'un cancer colorectal et de 25% pour celui d'un adénome supérieur à 1 cm. Sa spécificité est par contre de 98%. Le test revient positif dans 2,4% des cas, il s'agit d'un cancer dans 10% des cas et d'un adénome dans 30% des cas (valeurs prédictives positives) (3).

Les cancers colorectaux diagnostiqués dans le cadre du dépistage organisé sont dans 27% des cas des cancers in situ, et parmi les cancers invasifs 43% sont de stade I. La majorité des cancers dépistés est donc de bon pronostic (4).

Le test de dépistage s'adresse à tous les patients de 50 à 74 ans, qui sont invités par courrier tous les 2 ans à se rendre chez leur médecin traitant. Celui-ci vérifie l'éligibilité du patient au dépistage et lui remet le kit pour effectuer un prélèvement de selles à domicile 3 fois de suite. Le patient et le médecin reçoivent le résultat, qui s'il est positif (présence de sang occulte dans les selles) indique la nécessité d'une coloscopie. Dans près de 7% des cas le patient n'est pas éligible au test Hemoccult, une coloscopie étant indiquée d'emblée : en présence de certains signes spécifiques (rectorragies, douleurs abdominales), en cas d'antécédent personnel de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, d'adénome ou de cancer colorectal, d'antécédent familial de cancer colorectal, de coloscopie datant de moins de 5 ans.

En l'absence de réalisation du test dans un délai de 3 mois, un courrier de relance est adressé au patient. Si 3 mois plus tard, le patient n'a pas réalisé le dépistage le test lui est adressé directement au domicile.

UNE TROP FAIBLE PARTICIPATION AU DEPISTAGE

D'après les données du dossier de presse Mars Bleu 2013 (3) : alors que le taux de participation lors de la campagne pilote atteignait 42%, sur plus de 17 millions d'invitations au dépistage en 2011-2012, 5 millions de patients ont fait le test, soit une participation de 31,7% (34% chez les femmes, 30% chez les hommes). Les quinquagénaires ont été ceux participant le moins au dépistage. Pour 11 départements, le taux de participation a été compris entre 40 et 45%. 33 départements ont eu une participation inférieure à 30%. Ces chiffres sont inférieurs

aux recommandations européennes qui visent à obtenir un taux de participation d'au moins 45%, et si possible 65% (5). Seuls 2 départements ont atteint ces objectifs en 2011-2012 (le Haut Rhin avec 47,1% de participation, la Saône et Loire avec 51,4%). Le plan cancer 2009-2013 ambitionne d'augmenter de 15% la participation au dépistage du cancer colorectal.

A noter que 89% des tests remis par les médecins généralistes sont réalisés, contre 15% en cas d'envoi postal direct. En cas de test positif, 87% des patients acceptent de faire la coloscopie (6).

Une étude réalisée en France en 2007 a identifié 5 raisons pour les patients de ne pas faire le test : ils disaient avoir d'autres problèmes à gérer (36% des cas), ne pas être convaincus par ce test (26%), ne pas se sentir concernés par ce dépistage (14%), avoir peur des résultats (9%), et déploraient des explications peu claires (4%) (7).

Le faible taux de participation au dépistage du cancer colorectal a motivé plusieurs études cherchant à déterminer les obstacles côté médecins et côté patients.

UN PROBLEME DE COMMUNICATION IDENTIFIE

Des focus groups d'une dizaine de médecins généralistes français chacun (pour un total de 39 médecins) de départements différents, et des entretiens individuels semi-structurés de 24 patients ont été réalisés en 2009-2010 (8). Les médecins ont rapporté des problèmes dans la gestion du temps et de l'organisation, une peur des résultats faux négatifs, des difficultés avec les patients non demandeurs, et semblaient plus concernés par des freins médicaux que par des barrières psychologiques ou sociales. Les patients quant à eux ont signalé l'importance de sentir l'implication de leur médecin dans le dépistage, et avaient des connaissances

erronées comme la nécessité d'avoir des symptômes ou des antécédents familiaux pour être éligible au dépistage.

Ces études ont révélé un fossé entre médecins et patients dans la perception de leurs obstacles respectifs. Le principal frein côté médecin était une représentation erronée des opinions des patients (trouvant le test trop complexe à réaliser) ainsi que la peur de rassurer à tort (du fait de la faible sensibilité du test). Le principal frein côté patient était l'absence de proposition de la part du médecin !

Le dépistage du cancer colorectal devrait s'inscrire dans une décision partagée avec le patient.

Aux Etats Unis, 3 possibilités de dépistage sont proposées entre la réalisation soit d'un test Hemocult annuel, d'une sigmoïdoscopie tous les 5 ans ou d'une coloscopie tous les 10 ans. Des enregistrements de consultations ont montré que les patients américains étaient intéressés par les différents tests de dépistage, mais que le médecin commençait sa communication sur le dépistage avant toute discussion sur les préférences de test du patient, ce qui ne facilitait pas la décision médicale partagée (9). Les médecins recommandaient fortement le dépistage du cancer colorectal, mais se focalisaient sur la coloscopie. Ils ne proposaient jamais le test Hemocult comme seul moyen de dépistage, même lorsque le patient les questionnait à son sujet. Des opportunités de dépistage pouvaient ainsi être perdues, d'autant plus que l'Hemocult n'était jamais proposé comme alternative en cas de refus du patient de réaliser une coloscopie.

En France, l'enquête barométrique INCa/BVA a révélé que si 62% des patients cibles se souvenaient avoir reçu la lettre d'invitation, seuls 42% en parlaient ensuite à leur médecin traitant (6). De leur côté les médecins généralistes n'étaient à l'initiative du dialogue sur le sujet que dans la moitié des cas. Par ailleurs si les 2/3 des médecins

généralistes percevaient leur rôle dans le dépistage du cancer colorectal comme indispensable, seuls 1/3 déclaraient vérifier systématiquement la réalisation du dépistage chez leurs patients âgés de 50 à 74 ans (10). Il n'existait pas de corrélation chez les médecins entre l'efficacité perçue d'un dépistage, l'opinion sur un test de dépistage, et l'inscription de ce dépistage dans la pratique quotidienne du médecin.

35 enregistrements de consultations lors de la délivrance du test ont été effectués par 9 médecins généralistes entre juin 2010 et juin 2011 pour évaluer le contenu de la consultation et la communication entre les médecins généralistes et leurs patients (11). Concernant le contenu de la consultation, les médecins enregistrés utilisaient très peu d'arguments épidémiologiques sur le cancer colorectal pour convaincre leurs patients. L'éligibilité au test Hemoccult n'était pas toujours recherchée. La plupart des médecins se concentraient uniquement sur l'aspect technique de la réalisation du test. Sur le dialogue avec le patient : peu de place était laissée au patient et à ses interrogations. Sur la communication : très peu de médecins utilisaient une approche centrée-patient.

Une revue systématique américaine des essais d'intervention visant à augmenter le dépistage de tous les cancers, a dégagé 3 stratégies pouvant augmenter le dépistage du cancer colorectal par l'Hemoccult. La demande de dépistage par les patients pouvait être augmentée par l'éducation individuelle et surtout par les rappels au patient. L'accès au dépistage pouvait être augmenté en réduisant les obstacles non économiques. La délivrance et la promotion du dépistage par le médecin pouvaient être augmentées en agissant sur leur capacité à proposer et délivrer le test, mais aussi grâce à un retour sur leur capacité à délivrer le test (12). Un essai randomisé allemand a comparé l'effet d'une information basée sur des preuves

versus une information standard sur le choix informé du dépistage du cancer colorectal : la première a permis d'augmenter le choix éclairé des patients et leurs connaissances sur le sujet, mais n'a pas augmenté le taux de participation au dépistage (13).

Ces essais étaient essentiellement dirigés vers les patients, très peu concernaient les médecins.

Une action centrée sur les médecins semble donc indiquée. Le Breton et al ont montré que la cible de ces interventions devait concerner l'ensemble des médecins généralistes (14).

Les travaux cités précédemment ont montré qu'il existe un problème identifié sur la communication dans le cadre du dépistage du cancer colorectal.

Les enregistrements de consultations, les focus groups de médecins et les entretiens de patients nous ont permis d'élaborer une formation pour les médecins généralistes dans le but d'améliorer cette communication. L'objectif de ce travail est d'évaluer si cette formation des médecins généralistes à la communication permettrait d'améliorer la participation de leurs patients au dépistage du cancer colorectal.

METHODES

RECRUTEMENT

Pour tenter de répondre à la question soulevée, nous avons réalisé une étude prospective quantitative, à visée évaluative. Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en cluster.

Une lettre a été envoyée à l'ensemble des cabinets de médecine générale du Val d'Oise en juin 2011, les invitant à participer à l'étude, en prévenant de l'existence de deux groupes d'investigateurs : un groupe intervention et l'autre témoin. Le choix de ce département a été fait car la structure de gestion locale (PSVO : Prévention et Santé en Val d'Oise) s'est particulièrement investie dans la recherche sur l'amélioration de la participation au dépistage du cancer colorectal. Elle a fourni le nom et l'adresse des médecins généralistes du département et l'ensemble de leurs données de participation. Ont été exclus les cabinets des médecins investigateurs, ceux des médecins à exercice particulier, et ceux n'ayant pas assisté à la soirée de formation organisée par PSVO sur le dépistage du cancer colorectal. Ces derniers représentaient 5% du total des médecins généralistes. Le tirage au sort des groupes formation et témoin devait être effectué au sein de la population ayant accepté de participer.

En septembre 2011 devant l'absence de réponders suffisants, la stratégie de randomisation a été modifiée. La randomisation a été faite avant accord des médecins généralistes. Un courrier expliquant l'étude leur avait été envoyé auparavant (annexe 1). Le tirage au sort a été fait par cabinet médical (cluster) et non pas par médecin généraliste, pour éviter le biais de contamination au sein d'un cabinet où l'un des médecins aurait fait partie du groupe formation. Les médecins

d'un même cabinet faisaient ainsi partie du même groupe. Le tirage au sort a été fait par une personne extérieure au groupe de travail en octobre 2011. Deux personnes du groupe ont ensuite contacté les médecins randomisés pour obtenir leur accord de participation en octobre 2011.

La population de patients éligibles au dépistage de chaque médecin des 2 groupes a été recueillie via l'accès à leur patientèle médecin traitant sur le site Ameli.fr avec l'accord des participants. Les données ont été rendues anonymes avant exploitation.

INTERVENTION

Une triangulation des données qualitatives des travaux précédents a été réalisée et discutée avec le département de communication de l'université d'Anvers (Belgique) afin de développer une formation originale. Le contenu de la formation a été élaboré à partir des 6 composantes de la méthode clinique centrée sur le patient de Stewart (15), chaque composante étant alimentée par les données qualitatives précédemment recueillies :

- La première composante de l'approche centrée-patient consiste à : explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécues par le patient. Pour la consultation de remise du test Hemocult, il s'agit pour le médecin généraliste de s'enquérir des connaissances antérieures du patient, d'explorer ses représentations sur le dépistage. A-t'il des inquiétudes ou préoccupations particulières ? Quelles sont ses attentes à l'égard du médecin ?
- Comprendre la personne dans sa globalité psychosociale (2^e composante) : quelle est son histoire personnelle, quel est le contexte socio-économique ? A-t'il connu dans son entourage un cas de cancer colorectal qui influence son

attitude vis-à-vis du dépistage ? Utiliser le désir d'information du patient pour adapter son discours.

- S'entendre avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités entre le médecin et le patient (relation de coopération) (3^e composante) : le test se fait à domicile, quand il le souhaite, et est gratuit.
- Valoriser la prévention et la promotion de la santé (4^e composante) : ne pas attendre que le patient vienne consulter : repérer les patients éligibles ; pour ceux qui ne consultent pas passer par l'entourage ; donner des arguments épidémiologiques sur le cancer colorectal pour convaincre de réaliser le test.
- Etablir et développer la relation médecin-patient (5^e composante) : à chaque information délivrée, s'assurer de la bonne compréhension : nécessité de faire une coloscopie si le test est positif, test à répéter tous les 2 ans, connaissance des symptômes d'intervalle.
- Faire preuve de réalisme (6^e composante) : aller au-delà des simples informations techniques, gagner du temps en s'aidant de la notice d'utilisation du test.

Deux scénarios de consultations ont été élaborés à partir de ces données : le premier scénario concernait une consultation d'un patient compliant et venant spontanément demander le test ; le deuxième scénario concernait un patient réticent qui n'était pas spontanément demandeur du dépistage. A partir de ces scénarios, des vidéos de consultations simulées ont été tournées au département de communication de l'université de Rouen par deux chercheurs impliqués dans le projet.

La formation a été animée par 2 modérateurs (Isabelle Aubin-Auger et Anne Youssefian), des méthodes pédagogiques interactives ont été utilisées. La première

partie évoquait le cas d'un patient compliant, demandant spontanément le test à son médecin lors de la consultation. Un jeu de rôle était proposé, avec l'un des participants dans le rôle du médecin et l'un des animateurs dans le rôle du patient simulé. Le groupe devait ensuite rapporter les différents éléments de communication relevés. La vidéo de la consultation simulée de délivrance du test a ensuite été projetée, avec repérage par les participants des méthodes de communication. La seconde partie a suivi le même ordre mais cette fois-ci avec un patient réticent, qui ne demandait pas spontanément le dépistage et qu'il fallait convaincre. A l'issue de la formation une fiche de rappel des points clés sur la communication a été distribuée au groupe (annexe 2).

Trois séances de formation comptant 5 à 7 médecins chacune ont été organisées.

EVALUATION

Une fiche de rappel des points clés de la consultation de délivrance du test également élaborée à l'issue des précédents travaux a été envoyée aux 2 groupes afin qu'ils ne diffèrent que par le contenu de la formation, et afin de pouvoir évaluer la communication (annexe 3).

Tous les médecins ont reçu une fiche de recueil sur laquelle ils devaient notifier tous les tests Hemocult délivrés durant les 6 mois de la période de suivi, soit du 12 décembre 2011 au 09 juin 2012 (annexe 4). A la fin de cette période le nombre de tests déclarés remis a été comparé au nombre de tests réalisés au plus tard 1 mois après la période de suivi, données fournies par la structure de gestion.

Le critère de jugement principal était la comparaison du taux de participation au dépistage de la patientèle éligible du groupe de médecins formés, par rapport au

groupe témoin, à l'issue de la période de suivi. Le taux de participation au dépistage était défini pour chaque médecin par le nombre de tests réalisés par ses patients durant la période de suivi, divisé par le nombre de patients éligibles au dépistage (adultes de 50 à 74 ans moins ceux exclus du dépistage comme défini dans l'introduction), rapporté à 2 ans. En effet le nombre de personnes dépistées au cours d'une année peut être influencé par les stratégies d'invitation, en particulier dans les premières années de mise en place du programme. Les taux calculés sur 2 ans permettent de prendre en compte une période au cours de laquelle toute la population cible devrait avoir été invitée et ainsi reflètent mieux la participation des personnes de la population cible.

Les critères de jugement secondaires étaient le nombre de médecins ayant atteint 65% de taux de participation chez leurs patients durant la période de suivi, taux souhaité par les European guidelines for quality assurance, le nombre de médecins ayant atteint 45% de taux de participation, selon le taux acceptable défini par les mêmes références, ainsi que la différence entre le nombre de tests délivrés et ceux réalisés dans les 2 groupes durant la période de suivi.

Justification du nombre de sujets nécessaires : pour mettre en évidence une différence absolue de 10% entre les 2 groupes à l'issue de l'étude (30% dans le groupe témoin et 40% dans le groupe intervention) avec une puissance de 90% et un risque alpha de 5%, le nombre de sujets nécessaires était de 477 patients par bras. Nous avons pris en compte l'effet cluster (tirage au sort par cabinet médical) dans le calcul de l'effectif des 2 groupes, avec un Coefficient Intra Cluster (CIC) fixé à 0,05 d'après les données de la littérature. Nous avons estimé, en nous basant sur le recensement de la moitié des médecins du Val d'Oise dans les pages jaunes, que la taille moyenne des cabinets était de 1,5 médecin par cabinet. Avec une moyenne de

300 patients éligibles par médecin généraliste dans le département, $m_0 = 300 \times 1,5 = 450$, où m_0 est le nombre de patients éligibles par cabinet médical. Nous avons calculé un Design Effect (DE) égal à $[1+(m_0-1) \times \text{CIC}]$, soit 23,5. Le nombre de patients nécessaires par cabinet médical pour mettre en évidence cette différence de 10% était donc de $477 \times \text{DE} = 477 \times 23,5 = 11\ 210$. D'où le nombre de cabinets nécessaires par bras = $11\ 210 / m_0 = 25$ (soit un nombre de médecins par bras égal à $25 \times 1,5 = 38$). Nous avons randomisé 50 cabinets par bras, espérant inclure finalement au moins 25 cabinets par bras.

AUTRES MÉTHODES

- **Méthodes statistiques** : l'analyse statistique a été effectuée au sein du service de biostatistiques de l'hôpital Bichat, sous la responsabilité du Dr Cédric Laouénan, à partir des données obtenues après anonymisation et double saisie des cahiers d'observation au moyen du logiciel SAS (version 9.2). S'agissant d'un essai randomisé en cluster, la méthode qui permettait d'analyser correctement les données était l'utilisation de modèles mixtes (avec effets fixes et effets aléatoires) où l'unité d'analyse était le patient emboîté dans le cluster. Les taux de participation au dépistage dans chaque groupe à l'issue de la période de suivi ont été comparés. Le nombre de médecins ayant atteint ou dépassé les seuils de 45% et 65% de taux de participation ont été comparés. La proportion du nombre de tests délivrés et du nombre de tests réalisés a été calculée globalement et par groupe.
- **Recherche bibliographique** : différentes ressources ont été consultées avec comme limites les publications des 5 dernières années :
 - o Les bases de données Pubmed (mot clé « colorectal cancer » puis « colorectal neoplasm » puis « mass screening »), Embase avec le

thesaurus Emtree (« colorectal cancer » puis « screening » avec comme limite « general practitioner ») et la Cochrane database of systematic reviews et le modèle PICO (Patient/Problème : « colorectal cancer » ou « colorectal neoplasm » ; Intervention évaluée : « screening », Comparateur : « general practitioner » ou « family physician »).

- Le site de l'INCa (e-cancer).
 - Le site du BEH.
 - Le site de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC).
 - Les recommandations des sociétés savantes : Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE).
 - Les recommandations opposables de la HAS, du National Institute for health and Clinical Excellence (NIC ; mot clé « colorectal cancer screening »).
 - Les revues d'EBM francophones : Prescrire, Exercer.
- **Ethique** : un accord a été demandé et obtenu auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) de Paris 4, qui a confirmé qu'il s'agissait d'une étude non interventionnelle. Un dossier a été transmis au Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS).
 - **Financement** : l'organisation de la formation et l'analyse des données ont été financées par la structure locale de gestion PSVO.

RESULTATS

Les différentes étapes du recrutement et de la randomisation ont été détaillées dans le chapitre précédent et sont exposées dans la figure 1 (flow chart). 24 médecins ont accepté d'être dans le groupe formation, et 50 dans le groupe témoin. Concernant ceux ayant refusé de participer, les raisons étaient diverses : surcharge de travail, manque de temps pour la formation médicale continue, pas d'intérêt pour ce sujet, impression de déjà faire au mieux, médecin déjà formé et trouvant cela inutile.

Les formations organisées : 3 séances de formation de 4h comptant 5 à 7 médecins chacune ont eu lieu les 6, 7 et 8 décembre 2011 à Taverny (Val d'Oise), pour un total de 18 médecins participants (6 médecins initialement inscrits étaient trop occupés ou malades). A la fin de la période de suivi, 17 médecins du groupe formation et 28 médecins du groupe témoin ont renvoyé leurs données : 45 médecins, exerçant dans 35 cabinets, ont participé à l'étude, soit une taille moyenne de cluster de 1,3 (moyenne du département de 1,5).

Les caractéristiques des médecins des 2 groupes étaient comparables en termes d'âge, de sexe, d'années d'installation et de diplôme, de mode et lieu d'exercice (tableau 1). Les médecins étaient majoritairement des hommes (62%), âgés de 51 ($\pm 9,8$) ans, travaillant en groupe (69%) en zone urbaine (93%). Le nombre de patients éligibles au dépistage par médecin était comparable dans les 2 groupes : 256 patients (± 186) dans le groupe formation et 282 (± 111) dans le groupe témoin ($p = 0,6$).

Durant la période de suivi, 415 tests ont été délivrés dans le groupe formation et 549 dans le groupe témoin. 383 tests ont été réalisés dans le groupe formation et 567 dans le groupe témoin.

Critère principal : le taux de participation des patients au dépistage par médecin durant la période de suivi était de 36,7% ($\pm 20,3$) dans le groupe formation et de 24,5% ($\pm 10,1$) dans le groupe témoin ($p = 0,03$) (figure 2). Durant la même période, 20 652 tests ont été réalisés sur l'ensemble du département, sur une population de 254 842 patients éligibles (273 882 adultes de 50 à 74 ans moins 7% non éligibles). Soit une participation de 7,5% de la population au dépistage sur 7 mois, soit un taux de participation de 27,8% extrapolé sur 2 ans.

Critères secondaires : la différence entre le nombre de tests délivrés et réalisés durant l'étude était de 1,9 ($\pm 18,9$) dans le groupe formation et de -0,6 ($\pm 4,3$) dans le groupe témoin (tableau 2). Le taux de participation des patients au dépistage de 65% a été atteint pour 1 médecin du groupe formation (5,9%) et aucun du groupe témoin ($p = 0,2$). Le taux de participation de 45% a été atteint par 4 médecins du groupe formation (23,5%) et 2 médecins du groupe témoin (7,1%) ($p = 0,3$).

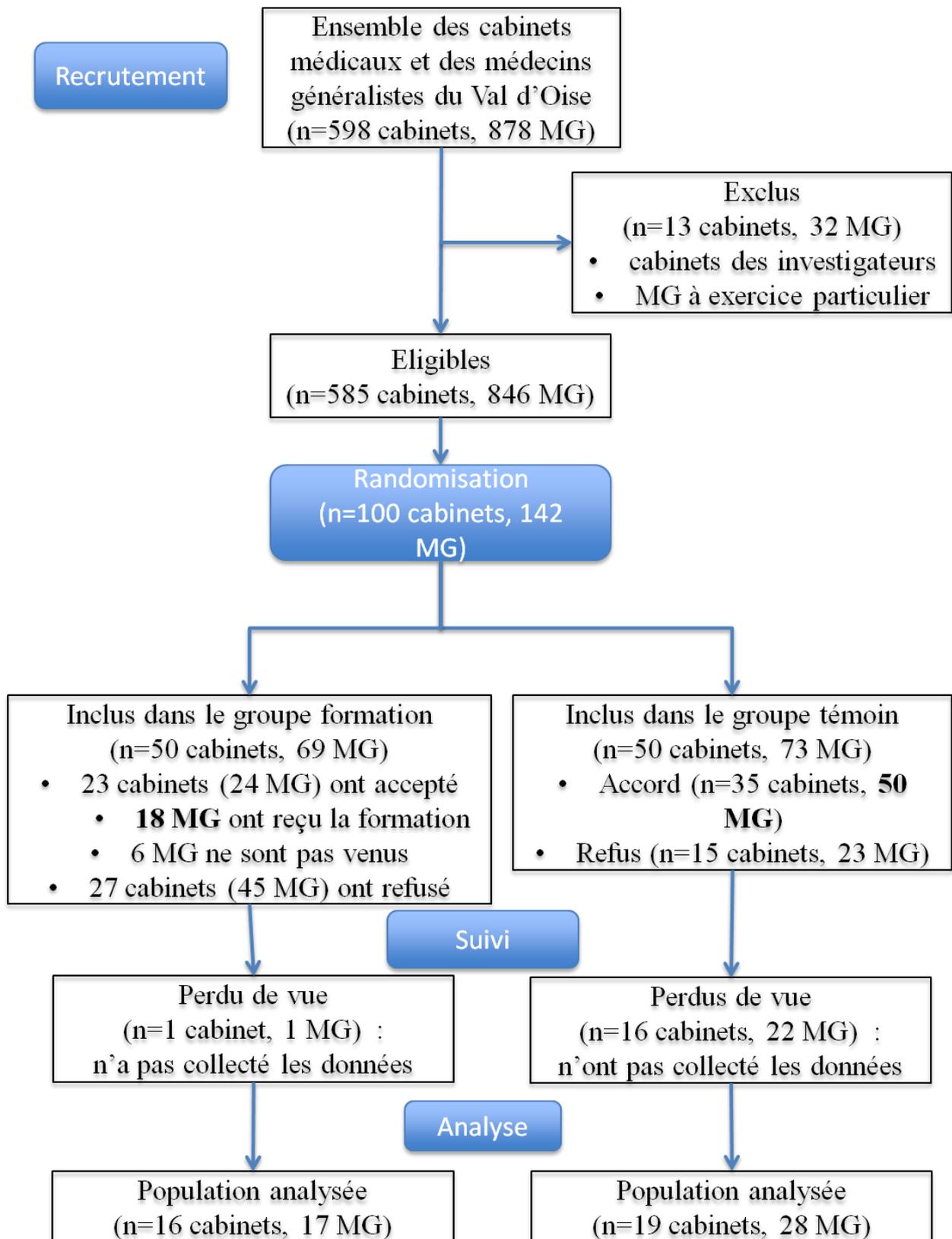


FIGURE 1 : FLOW CHART

TABLEAU 1 : CARACTERISTIQUES DES MG DES 2 GROUPES (N = 45)

	groupe Formation (n = 17 MG)	groupe Témoin (n = 28 MG)
Nombre de femmes (%)	5 (29,4)	12 (42,9)
Age moyen en années (\pm ET)	51,0 (\pm 12,5)	51,3 (\pm 8,1)
Années depuis la thèse (\pm ET)	19,6 (\pm 14,2)	21,4 (\pm 8,6)
Années depuis l'installation (\pm ET)	18,4 (\pm 14,4)	18,4 (\pm 9,2)
Nombre moyen de MG par cabinet (\pm ET)	2,2 (\pm 1,3)	2,4 (\pm 1,0)
Nombre de MG par cabinet (%)		
Seul	7 (41,2)	7 (25,0)
2	4 (23,5)	8 (28,6)
+ de 2	6 (35,3)	13 (46,4)
Cabinet avec secrétariat (%)	14 (82,4)	23 (82,1)
Exercice urbain (%)	16 (94,1)	26 (92,9)

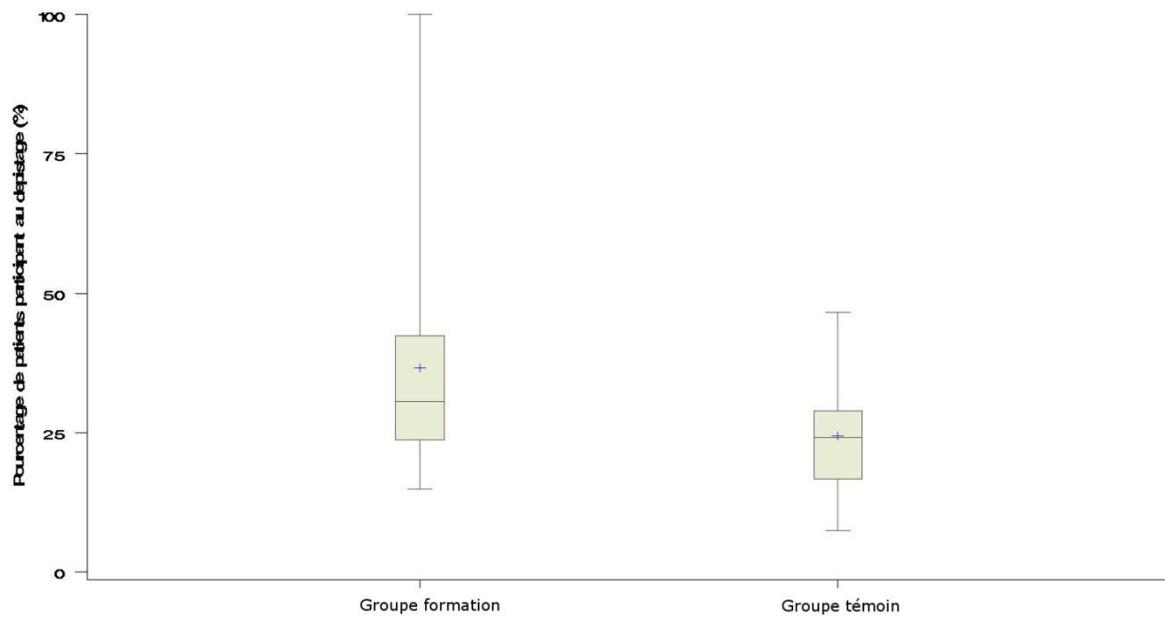


FIGURE 2 : BOX PLOT : TAUX DE PARTICIPATION DES PATIENTS AU DEPISTAGE DANS LES 2 GROUPES.

TABLEAU 2 : CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRES DE L'ETUDE

	groupe Formation (n = 17 MG)	groupe Témoin (n = 28 MG)	p
Critère principal			
Taux de participation des patients au dépistage durant la période de suivi (\pm ET)	36,7 (\pm 20,3)	24,5 (\pm 10,1)	0,03
Critères secondaires			
Nombre de MG ayant un taux de participation de 65% durant la période de suivi (%)	1 (5,9)	0 (0)	0,2
Nombre de MG ayant un taux de participation de 45% durant la période de suivi (%)	4 (23,5)	2 (7,1)	0,3
Nombre moyen de tests délivrés par médecin (\pm ET)	24,4 (\pm 24,1)	19,6 (\pm 9,0)	0,3
Nombre moyen de tests faits par médecin (\pm ET)	22,5 (\pm 15,9)	20,3 (\pm 10,3)	0,6
Différence entre tests délivrés et faits par MG (\pm ET)	1,9 (\pm 18,9)	-0,6 (\pm 4,3)	0,5

DISCUSSION

RESULTAT PRINCIPAL ET SON IMPLICATION MAJEURE

Dans notre étude, une formation des médecins généralistes à une communication centrée sur le patient a permis d'augmenter significativement le taux de participation de leurs patients au dépistage du cancer colorectal de plus de 10% en valeur absolue par rapport au groupe témoin. Ce résultat semble généralisable à une plus grande échelle, car une méthodologie rigoureuse a été utilisée, avec des groupes qui étaient comparables.

FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE TRAVAIL

Le principal défaut de ce travail est son manque de puissance, dû à la difficulté de recruter des investigateurs (17 dans le groupe formation et 28 dans le groupe témoin, au lieu de 50 nécessaires dans chaque groupe), et témoignant une nouvelle fois de la difficulté à investir les médecins généralistes français dans la recherche. Les commentaires des médecins contactés après le tirage au sort étaient multiples : d'une part ils pensaient tout savoir sur le dépistage du cancer colorectal car ont déjà été formés, d'autre part ils manifestaient un manque de temps et d'intérêt pour la formation.

Ce manque d'investissement des médecins généralistes dans des projets de recherche pose problème. Ces difficultés ont été rencontrées dans de nombreux autres travaux sur des thématiques diverses comme l'insuffisance cardiaque (16). La prévention était pourtant l'un des domaines dans lesquels les médecins généralistes dans l'étude DRIM souhaitaient s'investir (17). La discipline médecine générale ne pourra se construire que si elle fournit ses propres données. Les raisons de refus des médecins tirés au sort, déjà évoquées plus haut, étaient multiples : la première était

Le manque de temps, une autre raison fréquemment évoquée était le fait qu'ils avaient déjà été formés au dépistage du cancer colorectal. La quasi-totalité d'entre eux avait été effectivement formée au cours d'une soirée co-animée par un médecin généraliste, un gastroentérologue et le coordonnateur de la structure de gestion. L'argumentaire d'une formation différente centrée sur la communication n'avait sans doute pas été suffisamment valorisé. Le rappel des données de participation insuffisantes ne constituait pas non plus un argument pour les médecins contactés. Les médecins du Val d'Oise reçoivent pourtant régulièrement leurs taux de participation au dépistage. Un travail à venir pourrait porter sur leur vécu et leurs représentations de ces résultats.

Devant cette faible disponibilité des médecins généralistes nous avons dû construire la formation sur une demi-journée, au lieu d'une journée tel qu'il apparaissait souhaitable dans une revue systématique des méthodes de formation à la communication (18). Le choix de proposer la formation au mois de décembre en pleine période d'épidémies et de surcharge de travail ne nous a pas été favorable pour recruter des participants. Le manque de puissance peut également expliquer la non significativité statistique de nos critères secondaires : l'hypothèse avait été formulée qu'une formation centrée sur la communication entre médecins et patients permettrait de diminuer la différence entre les tests délivrés et ceux réalisés.

44% des médecins du groupe témoin ont secondairement renoncé à participer à l'étude (22 médecins sur 50). Des entretiens avec ces renonceurs secondaires auraient permis d'analyser les raisons de ce désengagement. Il n'est possible à ce

stade du travail que de formuler des hypothèses. S'agissait-il d'un manque de temps ? D'un manque d'intérêt dans ce travail de recherche ?

Notre travail est surtout intéressant car il s'est axé sur les médecins, tandis qu'une revue systématique des essais d'intervention sur le sujet montrait qu'ils étaient essentiellement dirigés vers les patients (12).

Le contenu de la formation a été élaboré de manière originale à partir d'une réflexion sur les résultats de travaux précédents, ayant relevé les obstacles au dépistage côté médecins et côté patients, et des enregistrements de consultations. Des méthodes pédagogiques éprouvées ont été utilisées : jeux de rôles, vidéos (18). A l'issue de la formation les médecins participants nous ont fait part de leur satisfaction, ils avaient l'impression d'avoir acquis certains outils pour motiver les patients réticents au dépistage et les non demandeurs. De plus les habiletés communicationnelles développées au cours de cette formation pourront être utilisées de façon plus large dans leur pratique quotidienne de médecins généralistes

IDEES NOUVELLES ISSUES DE NOTRE TRAVAIL

Notre étude a eu des résultats significatifs mais qui restent inférieurs aux recommandations européennes. La participation au dépistage du cancer colorectal reste trop faible dans le monde entier : aux Etats-Unis 35 à 50% des patients éligibles ne sont pas dépistés (19).

L'attitude du médecin généraliste face à son patient fait partie des facteurs modifiables pouvant augmenter la participation au dépistage et représente ainsi une cible d'intervention (19). Les actions devraient être dirigées vers l'ensemble des médecins généralistes (14). Nous avons vu que ceux-ci n'étaient à l'initiative du

dialogue sur le dépistage du cancer colorectal que dans la moitié des cas (10), or le principal facteur décisionnel côté patient était de sentir l'implication du médecin dans le dépistage (8). Une plus large formation à la relation centrée-patient serait utile, notamment au cours des études de médecine. Un autre support pédagogique type vidéo de consultation de délivrance du test commentée serait intéressant et faciliterait une plus grande diffusion des données. D'un point de vue pratique, une meilleure tenue du dossier médical et un système d'alerte informatique permettraient de mieux cibler les patients non dépistés, et d'évoquer le sujet dès le début de la consultation pour disposer de suffisamment de temps.

Une meilleure orientation des patients à haut risque de cancer colorectal devrait être mise en place. Ils représentent 15 à 20% des cas de cancer colorectal. Les patients ayant un antécédent familial au premier degré de cancer colorectal ou d'adénome supracentimétrique notamment, ne bénéficient pas à ce jour systématiquement de coloscopie. Les campagnes de sensibilisation à ce sujet sont insuffisantes. Les médecins généralistes ont un rôle important dans le repérage de ces patients et leur information.

Devant la nécessité d'une recherche active en soins primaires, il apparaît urgent d'augmenter l'incitation à la recherche, et de réconcilier les médecins généralistes avec elle. Elle ne doit plus leur apparaître comme une discipline théorique, éloignée de la réalité du terrain, et uniquement destinée à promouvoir la carrière scientifique des investigateurs. Ils doivent réaliser qu'elle peut leur permettre d'améliorer la prise en charge de leurs patients. L'étude DRIM chez des médecins généralistes français a relevé que 30% d'entre eux étaient motivés pour être investigateurs en soins primaires, y compris dans des actions de dépistage (17). Les médecins exprimaient un vrai besoin de reconnaissance et d'incitation à la participation à la recherche. Il

faut privilégier la communication avec eux, dès la phase de recrutement, et tout au long de l'étude pour recueillir leurs impressions et difficultés. A l'issue du travail de recherche, la diffusion des résultats à l'ensemble des investigateurs est indispensable.

D'autres motivations pourraient également être développées. En France depuis 2009 s'est mis en place progressivement un nouveau système de rémunération des médecins à la performance (P4P : Payment For Performance), qui concerne différents indicateurs de santé publique (20) : pourcentage de patients hypertendus et diabétiques atteignant les objectifs thérapeutiques recommandés, pourcentage de femmes ayant réalisé une mammographie parmi celles éligibles au dépistage, ... Aucun de ces indicateurs ne concerne à ce jour le cancer colorectal, pourtant deuxième cause de mortalité par cancer en France. Son intégration dans le P4P inciterait davantage les médecins généralistes à en parler aux patients, en montrant que l'augmentation du taux de dépistage du cancer colorectal fait partie des objectifs de santé publique de notre pays.

En mars 2012 le Ministère de la Santé a annoncé la très prochaine mise en place du test de dépistage par la méthode immunologique, suite au rapport de l'INCa (21). Il repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux, spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine. Ce test se réalisant sur un prélèvement unique de selles (au lieu de 3 actuellement) a l'avantage d'une probable meilleure acceptabilité par la population. Sa meilleure sensibilité comparée à l'Hemoccult (il permet de détecter 2 fois plus de cancers et 3 fois plus d'adénomes avancés, au prix de 2 fois plus de coloscopies) permettrait une plus grande confiance des médecins généralistes et une augmentation de leur adhésion au dépistage, indispensable car nous avons vu que

89% des tests remis par les médecins sont réalisés par les patients (6). Le début du dépistage par la méthode immunologique serait une opportunité pour refaire une formation et de nouveaux travaux de recherche, et ainsi impliquer de nouveaux médecins généralistes en levant certains obstacles.

CONCLUSION

Depuis la campagne pilote de 2002-2007 et ses 42% de patients éligibles dépistés, le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé en 2008. Le taux de participation au dépistage n'atteint pas en France les objectifs fixés par les recommandations européennes (65%) : il a été de 31,7% en 2011-2012.

Le médecin généraliste joue un rôle capital dans ce dépistage par le biais de sa relation avec le patient. Le contenu de la communication sur le cancer colorectal par le médecin généraliste est déterminant pour la participation au dépistage de ses patients. Une formation à une meilleure communication du médecin avec son patient dans le cadre d'une relation centrée sur le patient, a montré une efficacité pour augmenter le taux de participation de la population éligible des médecins formés. Cette formation permettait également de donner aux médecins des méthodes pour motiver les patients non demandeurs. Cette formation portant sur la communication avec le patient dépassait le seul cadre du dépistage organisé du cancer colorectal et présentait un intérêt plus large dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, à l'ère de la décision médicale partagée. La relation centrée-patient a fait les preuves de son efficacité mais demeure encore insuffisamment enseignée au sein des facultés de médecine françaises.

Les difficultés de recrutement des médecins généralistes pour ce travail de recherche posent de multiples questions. Elles impliquent d'imaginer d'autres moyens de formation et de motivation destinés à l'ensemble des médecins généralistes français. L'incitation aux travaux de recherche et la valorisation de ces travaux doivent être favorisées.

Pour atteindre les taux de participation des recommandations européennes, des actions sur l'ensemble des facteurs semblent nécessaires : médecins, patients, organisateurs du système de soins, sources d'information, avec des messages simples et forts à la fois, tels « le cancer colorectal, dépisté à temps il se guérit dans 9 cas sur 10 » de la campagne Mars bleu 2013 de l'INCa.

ANNEXES

ANNEXE I : LETTRE D'INVITATION POUR LE GROUPE FORMATION



Paris, le 2 octobre 2011

Cher(e)s confrères,

La campagne de dépistage du cancer colorectal par l'Hemocult s'est mise en place progressivement au niveau national, et depuis 2008 dans votre département. Le taux de participation des patients au dépistage reste faible dans ce département, de l'ordre de 28%. Les raisons en sont multiples :

Côté médecins généralistes : le temps que cela prend, l'organisation difficile....
Côté patients : le fait d'y penser, de trouver le temps de faire le test, l'appréhension du résultat ...

Nous pouvons faire mieux ensemble, c'est sûr !
Grâce aux travaux précédemment réalisés par les médecins généralistes de la faculté Xavier Bichat, nous vous proposons une formation portant sur :

L'organisation pratique du dépistage à votre cabinet : **comment mieux s'organiser et gagner du temps dans notre pratique quotidienne**
La communication avec les patients : **une meilleure communication peut optimiser la délivrance du test et le temps que nous y consacrons**
Les patients réticents ou ne demandant pas spontanément le test

Cette formation vous sera utile au quotidien bien au-delà de la simple problématique du dépistage du cancer colorectal

Un tirage au sort a été effectué parmi tous les cabinets médicaux du Val d'Oise afin de constituer deux groupes de 50 médecins l'un bénéficiant de la formation, l'autre groupe réalisant son travail comme à l'accoutumée.

Vous avez été tirés au sort pour participer à une formation de 4 heures qui sera indemnisée 140 euros

Vous pourrez choisir entre trois dates : soit le mardi 6, mercredi 7 ou jeudi 8 décembre de 16H00 à 20 H00.

Nous pouvons vous aider à trouver un remplaçant si cela vous pose problème
Vous allez être contacté très prochainement par notre secrétaire : Mme Delobel
Merci par avance de l'accueil que vous lui réserverez
En espérant compter sur votre participation

L'équipe de recherche : Dr Isabelle Aubin-Auger, Dr Dan Baruch, Dr Cédric Laouénan, Dr Josselin Lebel, Dr Tu Le Trung , Anne Youssefian

ANNEXE II : FICHE DE RAPPEL DES POINTS CLES SUR LA COMMUNICATION (POUR LE GROUPE FORMATION)



Points clés sur la communication

Le patient compliant

- Inciter le patient à parler du test dès le début de la consultation
- Rechercher les connaissances du patient sur le dépistage / sur le test
- S'appuyer sur les connaissances antérieures du patient
- Evaluer le désir d'information du patient
- S'appuyer sur la notice afin de ne pas passer trop de temps sur les informations techniques
- A chaque nouvelle information délivrée, s'assurer de la compréhension

Le patient réticent

- Repérer ces patients en vérifiant les données de dépistage chez tous les patients de 50 à 74 ans
- S'enquérir des obstacles au dépistage (s'aider des arguments donnés dans le feuillet joint)
- Rechercher les connaissances du patient
- Utiliser les désirs du patient et le niveau d'information pour adapter son discours
- Aider le patient à faire une balance décisionnelle
- Attendre l'approbation du patient pour délivrer les informations techniques
- Temporiser si le patient reste réticent mais le noter dans le dossier
- S'assurer de la compréhension des informations délivrées

Arguments à développer pour inciter les patients au dépistage

Thématiques abordées par le médecin	Suggestions	Objectifs
Introduction de la consultation	<p>« nous allons prendre du temps aujourd’hui pour parler de votre santé »</p> <p>« nous allons vous présenter un test qui est important pour votre santé »</p> <p>« suite à cette présentation, je répondrai à vos attentes....renouvellement... »</p>	<p>Valoriser l’acte de dépistage auprès des patients</p> <p>Informer le patient sur le déroulé de la consultation</p>
Epidémiologie du cancer colorectal	<p>« c’est un cancer qui touche beaucoup de français (40 000 nouveaux cas par an) qui est souvent grave car dépisté trop tardivement »</p> <p>« par contre, dépisté tôt, ce cancer se soigne très bien. Les progrès de la médecine permettent de soigner 9 personnes sur 10 »</p>	<p>Informer le patient sur la fréquence et la gravité du cancer colorectal</p> <p>Souligner l’intérêt d’un dépistage précoce</p>
Histoire naturelle du cancer colorectal	<p>« Il ne faut pas attendre d’avoir des symptômes pour se dépister car c’est alors trop tard »</p> <p>« le test nous permet de trouver des lésions précancéreuses/des polypes afin d’éviter qu’ils ne deviennent plus tard un cancer »</p> <p>« ces polypes se développent très lentement (10 ans) ce qui nous permet en répétant le test tous les deux ans de les enlever avant qu’ils ne deviennent un cancer »</p>	<p>Contre l’idée des patients qu’il faut avoir des symptômes pour faire un dépistage</p> <p>Rassurer</p> <p>Expliquer la notion de lésions pré-cancéreuses et la chance de dépister à ce stade</p> <p>Inscrire le patient dans un dépistage biannuel</p>
Comparaison à d’autres dépistages	<p>« la mammographie permet de dépister un début de cancer tandis que ce dépistage permet de révéler une lésion précancéreuse »</p> <p>« le dépistage du cancer colorectal permet comme le frottis du col de l’utérus de dépister une lésion qui n’est pas encore un cancer »</p>	<p>Insister sur la notion de lésion précancéreuse et la possibilité d’intervenir avant un cancer</p>

<p>Avantages liés à la réalisation du test</p>	<p>C'est un test simple, facile à faire</p> <p>Qui n'est pas douloureux</p> <p>C'est entièrement gratuit</p> <p>On peut le faire quand on veut</p> <p>A la maison : pas besoin d'aller au labo ou à l'hôpital</p> <p>Ce n'est pas une coloscopie</p> <p>La notice est très bien faite</p>	<p>Rassurer</p> <p>Insister sur les avantages pratiques du test</p>
---	---	---

ANNEXE III : FICHE DE RAPPEL DES POINTS CLÉS DE LA CONSULTATION DE DELIVRANCE DU TEST HEMOCCULT (POUR LES 2 GROUPES)

(D'après la thèse de Michel Bismuth)



Rappel des points clés de la consultation

Thématique abordée	Suggestions	Objectifs
Recherche d'un test antérieur	« avez-vous déjà fait le test Hemoccult ? » « à quelle date aviez-vous réalisé ce test ? »	Rechercher l'éligibilité du patient au dépistage
Evaluation du niveau de risque	« avez-vous déjà eu du sang dans les selles ? » « avez-vous déjà fait une coloscopie ? », (si oui) « avaient-ils trouvé quelque chose, un polype à la coloscopie ? », « à quelle date avez-vous réalisé cette coloscopie ? Est-ce que cette coloscopie date de plus de 5 ans ? » « est-ce qu'un de vos parents, frères, sœurs, ou enfants, a déjà passé une coloscopie ? A déjà eu des problèmes aux intestins/polypes/cancer ? »	Vérifier l'éligibilité (même s'il s'agit de la 2^{ème} fois) Ne pas sous estimer les patients à risque (atcd personnel de CCR ou adénome, atcd familial de CCR ou adénome/MICI/PAF/HNPCC Sd de Lynch) Expliquer la notion de parent du 1^{er} degré (1 parent 1^{er} degré avant 60 ans ou 2 parents 1^{er} degré quel que soit l'âge)
Présentation technique du test Hemoccult	« le test Hemoccult permet de dépister du sang microscopique/non visible/que l'on ne voit pas dans les selles » « vous avez 3 cartons avec des carrés A et B, 1 bâton par carré soit 6 bâtons. Il faut prélever 2 petits échantillons de selles sur 3 selles successives » « la selle ne doit pas entrer en contact avec l'eau ou les urines, alors vous pouvez mettre du papier journal ou un	Rappeler l'objectif du test Décrire les différentes étapes

	<p>sac pour recueillir vos selles »</p> <p>« il faut conserver les cartons à l'air libre, à température ambiante »</p> <p>« vous avez 9 jours pour réaliser ces prélèvements, une fois cela fini et seulement quand vous avez fini, vous mettez les 3 cartons dans la pochette et vous envoyez dans l'enveloppe pré-remplie et pré-timbrée »</p>	
Réception des résultats	<p>« nous devrions recevoir, vous et moi, le résultat d'ici une quinzaine de jours » « si vous avez une question sur vos résultats, n'hésitez pas à me contacter »</p>	Favoriser l'accompagnement
Résultat négatif	<p>« dans la majorité des cas, plus de 9 fois sur 10, le résultat est négatif, c'est-à-dire que l'on ne retrouve pas de sang dans les selles »</p> <p>« si entre ces deux années, vous avez des problèmes intestinaux, du sang dans les selles, une modification de poids brutale, vous venez me consulter comme à votre habitude »</p> <p>« c'est très bien mais comme je vous l'ai expliqué il faut refaire le test tous les 2 ans pour être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose/d'un polype/d'un problème débutant »</p>	<p>Prendre en considération la peur générée par les résultats</p> <p>Rassurer le patient</p> <p>Avertir le patient sur l'intérêt de consulter en cas de symptômes d'intervalle</p> <p>Nouvelle opportunité d'inscrire le patient sur la réalisation d'un dépistage tous les 2 ans</p>
Test positif	<p>« dans moins d'1 cas sur 10 (3%), le test va être positif, c'est-à-dire que nous avons retrouvé un peu de sang dans les selles et à ce moment-là, il faut accepter de réaliser une coloscopie »</p>	Informé sur la signification d'un test positif. Convaincre le patient de réaliser une coloscopie (15% des patients ayant un test positif ne font pas la coloscopie)
La coloscopie	<p>« savez-vous ce qu'est une coloscopie ? »</p> <p>« c'est passer une petite caméra qui nous permet de voir à l'intérieur de vos intestins »</p> <p>« un examen sous anesthésie générale où on passe un tube dans l'intestin et on va voir ce qui se passe »</p> <p>« vous ne sentez rien, ce n'est pas douloureux »</p>	<p>Tester les connaissances de son patient, ses expériences personnelles</p> <p>Expliquer le déroulement de l'examen</p>

Résultat de la coloscopie	<p>« dans 5 cas sur 10, on ne trouve pas de problème et on continue de surveiller »</p> <p>« dans 4 cas sur 10, on trouve un polype, et dans seulement 1 cas sur 10, on trouve un cancer qui quand on le dépiste tôt se soigne très bien (94% de survie à 5 ans) »</p>	<p>Dépistage « préventif » d'une lésion précancéreuse</p> <p>Rassurer le patient</p> <p>Intérêt du dépistage précoce</p>
Faux négatifs	<p>« c'est un test qui ne dépiste pas tous les problèmes notamment parce que les lésions saignent de façon intermittente mais avec la répétition du test et la surveillance d'éventuels symptômes, nous pouvons dépister une grande majorité des lésions »</p>	<p>Rassurer le patient</p> <p>Inscrire le patient dans un dépistage tous les 2 ans (vision à long terme)</p>

ANNEXE IV : FICHE DE RECUEIL DES DONNEES (POUR LES 2 GROUPES)



Fiche de recueil

Nom du médecin :

Prénom du médecin :

Numéro ADELI :

Adresse :

Date de naissance :

Sexe : masculin

Féminin

Année de thèse

Année d'installation

Modalités d'installation : isolé / cabinet de groupe : préciser combien de médecins :

Présence d'un secrétariat : oui / non modalités : téléphonique / présentiel

Modalités d'exercice : rural / semi rural/ urbain

Merci de répertorier les patients auxquels vous avez délivrés un test Hemocult du 12/12/2011 au 09/06/2012

	Date de délivrance	Date de naissance	Sexe (M/F)	Numéro de sécurité sociale
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

BIBLIOGRAPHIE

1. InVS/INCa. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. [consulté le 15 avr 2013]; Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/8079-projection-de-lincidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-en-2011.
2. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet*. 30 nov 1996;348(9040):1472-1477.
3. Mars bleu 2013 : le dispositif d'information - Institut National Du Cancer [Internet]. [consulté le 14 avr 2013]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/mars-bleu-2013>.
4. Institut de veille sanitaire. Evaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Première évaluation depuis la généralisation pour 46 départements sur la période 2008-2009. [Internet]. 2012 [consulté le 14 avr 2013]. Disponible sur: www.invs.sante.fr/content/download/51790/218667/version/8/file/rapport_evaluation_de_depistage_cancer_colorectal.pdf.
5. European Commission, International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1. ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2010. ISBN 9789279164354.
6. Enquête INCa/BVA, Les Français face au dépistage des cancers [Internet]. 2009 [consulté le 14 avr 2013]. Disponible sur: www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9399-les-francais-face-au-depistage.
7. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. *BEH* [Internet]. 13 janv 2009 [consulté le 14 avr 2013]; Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1320.
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, et al. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam. Pract.* [Internet]. déc 2011 [consulté le 14 juin 2012];28(6):670-676. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21551256>.
9. McQueen A, Bartholomew LK, Greisinger AJ, et al. Behind closed doors: physician-patient discussions about colorectal cancer screening. *J. Gen. Intern. Med.* nov 2009;24(11):1228-1235.
10. Enquête INCa/BVA, Médecins généralistes et dépistage des cancers [Internet]. 2010 [consulté le 14 avr 2013]. Disponible sur: www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9400-medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers.
11. Bismuth M. La consultation de délivrance du test Hémocult dans le cadre du dépistage organisé: étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2011.
12. Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews

for the guide to community preventive services. *Am. J. Prev. Med.* juill 2012;43(1):97-118.

13. Steckelberg A, Hülphenhaus C, Haastert B, et al. Effect of evidence based risk information on « informed choice » in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ.* 2011;342:d3193.
14. Le Breton J, Journy N, Attali C, et al. Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. *Prev. Med.* nov 2012;55(5):488-492.
15. Stewart M. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Abingdon, U.K.: Radcliffe Medical Press; 2003. ISBN 1857759818.
16. Pantera E. Difficultés de recrutement de médecins investigateurs en soins primaires: exemple de l'étude ETIC [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2011.
17. Supper I, Ecochard R, Bois C, et al. How do French GPs consider participating in primary care research: the DRIM study. *Fam. Pract.* avr 2011;28(2):226-232.
18. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, et al. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ. Couns.* août 2011;84(2):152-162.
19. Gimeno García AZ. Factors influencing colorectal cancer screening participation. *Gastroenterol. Res. Pr.* 2012;2012:483417.
20. Saint-Lary O, Plu I, Naiditch M. Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France. *J. Med. Ethics.* août 2012;38(8):485-491.
21. INCa. Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage [Internet]. 2011 [consulté le 14 avr 2013]. Disponible sur: www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9585-synthese-relative-aux-modalites-de-migration-vers-lutilisation-des-tests-immunologiques-de-depistage.

FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES AUX METHODES DE COMMUNICATION : EFFICACITE DANS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.

Un essai randomisé contrôlé en cluster.

Le cancer colorectal est le troisième cancer français en termes de fréquence et le deuxième en termes de mortalité. Son dépistage est généralisé depuis 2008 par le test de détection de sang occulte dans les selles au gäiäc. Le taux de participation était de 31,7% en 2011-2012, inférieur aux recommandations européennes (65%). Des travaux précédents ont identifié de nombreux obstacles au dépistage, côté médecin et côté patient. Des enregistrements de consultations ont révélé des problèmes de communication chez les médecins, qui se concentraient surtout sur l'aspect technique de la réalisation du test. Peu de place était laissée au patient et à ses interrogations. Une formation des médecins à la communication permettrait-elle d'augmenter la participation des patients au dépistage ? Un essai d'intervention randomisé en cluster a été réalisé auprès de médecins généralistes d'un département français. L'intervention a consisté en une formation de 4 heures axée sur la communication avec le patient, réalisée à partir des données qualitatives précédemment recueillies. Les deux groupes étaient comparables, avec 17 médecins dans le groupe intervention et 28 dans le groupe témoin. Il existait une différence significative ($p = 0,03$) entre les 2 groupes à l'issue des 7 mois de l'étude sur le critère majeur de jugement : nombre de tests réalisés dans la population éligible de chaque médecin (36,7% pour le groupe intervention versus 24,5% pour le groupe témoin). Une formation à la communication utilisant une approche centrée sur le patient a permis d'augmenter la participation au dépistage du cancer colorectal des patients dont les médecins généralistes avaient reçu la formation.

Mots clés : cancer colorectal, dépistage, communication, médecine générale.