

Année 2014

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RIPS Nicolas

Né le 2 septembre 1983 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 20 juin 2014

**ETUDE D'ACCEPTABILITÉ D'UN OUTIL
CONSULTATION-TYPE POUR LE DEPISTAGE DU
CANCER-COLORECTAL**

Président de thèse : **Professeur** AUBERT Jean-Pierre

Directeur de thèse : **Docteur** JOLY Serge

DES Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, le Professeur Jean-Pierre AUBERT dont les enseignements m'ont accompagné tout au long de l'internat, pour l'honneur qu'il me fait.

Au Professeur Annie BEZEAUD pour avoir accepté d'être membre du jury.

Au Professeur Élisabeth BOUVET pour avoir accepté d'être membre du jury.

Au Docteur Serge JOLY pour la totale liberté accordée, son soutien et ses conseils avisés.

Au Docteur Isabelle AUBIN-AUGIER pour m'avoir fourni les bases de la réflexion et m'avoir réorienté pour ce travail.

Au Département de Médecine Générale de Paris 7 pour son dynamisme et la qualité de ses enseignants.

A mes maîtres, le Docteur Alain EDDI, le Docteur Didier DUHOT, le Docteur Jean AERTS, le Docteur Marie-Gaëlle BRAY et toute l'équipe du service du Professeur ZIZA, le Docteur Cyril TROUVE et toute l'équipe du service du Docteur ELIAS, le Docteur Kamel BENGHALIA, le Docteur Sylvie ROUSSIN-BRETAGNE, le Docteur Sabine DAMELINCOURT, le Docteur Sandrine DAUTHEVILLE.

Au Docteur Josselin LE BEL et au Docteur Fanny CUSSAC pour leurs conseils avisés en biostatistiques.

A mes co-internes, en particulier l'équipe de choc de pédiatrie été 2010, Grégoire « JD » Maillard et mes doctes co-internes de mon dernier semestre.

A l'équipe de la permanence de soin rue Ramey, Myriam, Marc, Jean-Christophe, Sébastien, Lydie, Julie, Samia et Cindy...

A mes co-externes, les cinq de la gastro, Anabelle, Fabien, Henri dit Axeman, Amélie, l'équipe du SMUR de Lariboisière pour m'avoir appris l'examen clinique en soins primaires. A mon Copain Philippe, Maxime et Sophie, Michael, Lise, Romain pour m'avoir permis d'apprendre l'Italien pendant la mise en page, à Julien et Sarah, Adrien et Julie.

A mes parents, Papa et Maman, mon maître à penser. Au Docteur Sarah Wright

A François RIPS, mon frère. Mon Frère !

A Marie-Noëlle, mon âme-sœur, à ma petite Chloé.

A toute ma famille mes oncles et tantes mes cousins, Paul-Simon, le Jeunesse Dorée.

A ma belle-famille, mon beau-frère, ma belle-petite sœur, à Jeanne, ma future consœur.

A Chimène, ma meilleure amie. A Safi et Medhi. A Tata Lili pour sa relecture assidue,

A mes amis de toujours, Romain, Patrice, Fabien, Tony, Vincent, Sylvain, Xavier.

A mon instituteur, M. Marchand, de m'avoir permis de m'ouvrir au monde.

ABREVIATIONS

ADECASO : Association de Dépistage des Cancers dans l'Oise

ARS : Agence Régionale de Santé

ATCD : Antécédents

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CDC 93 : Centre de Dépistage des Cancers en Seine-Saint-Denis

CCR : Cancer colorectal

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGS : Direction Générale de la Santé

EBM : Evidence Based Medecine

FADO : Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé

HAS : Haute Autorité de Santé

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

INCa : Institut National du Cancer

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MG : Médecin Généraliste

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

MMR : MisMatch and Repair

MSU : Maître de Stage Universitaire

PAF : Polyadénomatoase familiale

PSVO : Prévention et Santé Val d'Oise

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

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	6
1. Données épidémiologiques	6
Histoire naturelle connue.....	6
Facteurs de risque de cancer colorectal	7
2. Le dépistage du cancer colorectal en France.....	8
Efficacité du dépistage collectif	8
Modalités du dépistage	9
Les tests immunologiques	10
Exemple de l'Oise	10
3. Le médecin généraliste au cœur du dispositif	11
4. Freins au dépistage.....	12
Chez les patients des obstacles principalement en lien avec le manque d'information.....	12
Chez les médecins manque de temps, désir de formation et de rémunération	13
5. Les campagnes médiatiques	15
6. La population cible.....	15
7. Problématique de l'étude	15
MATERIEL ET METHODE	17
1. Échantillonnage.....	17
2. Calcul du nombre de sujets nécessaire.....	17
3. Synthèse de l'outil	18
4. Intervention	20
5. Évaluation par auto-questionnaire.....	20
6. Recherche bibliographique.....	21
RESULTATS	22
1. Description de l'échantillon.....	22
2. Les médecins et le dépistage du cancer colorectal.....	22
Critère principal.....	23
Critères secondaires	23
3. Évaluation des rubriques et des items de l'outil	23
Tableau 1 : Caractéristiques des médecins.....	25

Tableau 2 : Comparaison du nombre de tests délivrés par les médecins de l'échantillon et les médecins des départements de Seine St-Denis et de l'Oise	25
Tableau 3 : Pratique des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal	26
Tableau 4-1 : Évaluation de l'outil consultation-type.....	27
Tableau 4-2 : Évaluation de l'outil consultation-type.....	28
Tableau 5 : Résultats de l'évaluation des items et rubriques de l'outil par les médecins (n=7) ...	29
DISCUSSION	30
1. Taille de l'échantillon	30
2. Biais de sélection.....	30
3. Biais d'observation	31
4. La pratique des médecins de l'échantillon.....	31
5. Un contenu informatif sur l'intérêt du dépistage	32
6. Une information systématisée pour diminuer la peur du résultat	33
7. Favoriser l'adhésion du patient.....	34
8. Améliorer la communication centrée sur le patient	34
9. Un gain de temps en consultation?.....	35
10. Une augmentation des consultations de dépistage	36
11. Comparaison avec les autres ressources adressées aux médecins généralistes.....	37
12. Les modifications apportées par les médecins	37
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	40
Annexe 1 : la consultation type, extrait de la thèse de M Bismuth, 2011	42
Annexe 2 : Outil consultation-type version testée lors de l'étude	48
Annexe 3 : Questionnaire recueil de données	49
Annexe 4 : version finale de l'outil « consultation-type ».....	56
Annexe 5 : outil « consultation-type » version test immunologique.....	57
Annexe 6 : Grille de rémunération des médecins (source : CDC 93).....	58
Annexe 7 : fiche d'information ADECA 75	59
Annexe 8 : fiche « dépistage cancer colorectal » pour les médecins généralistes, INCa.....	61
Fiche de thèse agréée le 05/04/2011 (avec remarques du jury de thèse)	63
ABSTRACT	64
RÉSUMÉ.....	65

INTRODUCTION

1. Données épidémiologiques

Dans le monde, le cancer colorectal a une incidence d'environ 1 million de cas par an et une mortalité de plus de 500 000 personnes par an. (1)

C'est un cancer qui touche principalement les pays occidentaux (Europe de l'Ouest, États-Unis, Australie et plus récemment, Japon) et dont l'incidence ne cesse d'augmenter ces 30 dernières années. En revanche, son taux de mortalité a diminué de 21 % en 20 ans.

En France, c'est le troisième cancer en terme d'incidence avec 42000 nouveaux cas estimés en 2012 et le deuxième en terme de mortalité avec 17700 décès en 2012 (2).

Histoire naturelle connue

Le cancer colorectal se développe dans 80% des cas à partir d'un adénome colique. Tous les adénomes ou polypes adénomateux n'évoluent pas systématiquement en adénocarcinome. Dans 25 % cas pour les polypes de plus de 1cm, et après 20 ans d'évolution, ceux-ci se transforment en adénocarcinomes. Seulement un adénome sur dix atteint 1cm ou plus. La progression des cellules tumorales se fait ensuite par voie loco-régionale puis par voie hématogène, ce qui donne lieu à une classification en 5 stades (3) :

Stade 0 – Tumeur in situ. Le cancer ne touche que la muqueuse du côlon ou du rectum

Stade I - Le cancer a traversé plusieurs couches de la paroi du côlon ou du rectum mais ne traverse pas la séreuse.

Stade II - Le cancer a franchi complètement la paroi du côlon ou du rectum et peut se propager aux tissus environnants.

Stade III - Le cancer a atteint les ganglions lymphatiques, les groupes paracoliques au contact de l'organe (ganglions proximaux), puis pédiculaires à la racine des pédicules vasculaires (ganglions distaux)

Stade IV- Le cancer s'est étendu à des organes à distance, foie, poumons puis extensions péritonéales, osseuses, cérébrales.

Quand le cancer colorectal est diagnostiqué au stade 1, le taux de survie est de 94%, alors que le taux de survie à 5 ans est de 57% tout stade confondu, (1-2).

C'est une affection mortelle, fréquente, dont chaque étape de l'histoire naturelle est connue, et qui peut être guérie, un dépistage collectif est donc justifié (3).

Facteurs de risque de cancer colorectal

Dans la population il existe trois niveaux de risque de cancer colorectal

Risque très élevé

Environ 5% des cancers colorectaux sont liés à une maladie héréditaire :

- La Polypose Adénomateuse Familiale (PAF) caractérisée par la présence de très nombreux adénomes dans le tube digestif.
- Le syndrome de Lynch ou HNPCC dû à la mutation d'un gène MMR.

Le dépistage est alors individuel et une consultation d'oncogénétique est recommandée.

Risque élevé

Pour environ 15% des cancers colorectaux, il existe un antécédent personnel ou familial de cancer ou d'adénome colique ou rectal de plus d'1cm. Les personnes dont un parent au premier degré a été atteint d'un cancer colorectal ou d'adénome avant 65 ans, les personnes dont deux parents ont été atteints quel que soit l'âge d'un cancer colorectal ou d'un adénome. Cette population relève d'un dépistage individualisé par coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic chez le parent atteint. A cela s'ajoutent les personnes atteintes de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, une coloscopie de dépistage est indiquée au moment du diagnostic et après 20 ans d'évolution en l'absence de polype.

Risque moyen

Il s'agit de la population cible du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Ce sont les patients asymptomatiques, âgés de 50 à 74 ans, sans histoire familiale ni antécédents personnels de cancer colorectal ou d'adénome. En 2011, 71% chez les hommes et 95% chez les femmes des nouveau cas de cancer colorectal surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus. On ne retrouve aucun antécédent familial ou personnel chez 80 % des cancers colorectaux diagnostiqués.

Facteurs environnementaux

Les facteurs de risque environnementaux connus sont essentiellement des facteurs alimentaires. Les légumes verts, les fibres alimentaires auraient un rôle protecteur. Un apport calorique excessif et la consommation excessive d'alcool auraient un effet néfaste. Un régime riche en protéines animales (viandes et graisses) et en acides gras saturés aurait un effet néfaste.

La prise d'aspirine à faible dose au long court aurait un effet protecteur, mais la balance bénéfice-risque est défavorable.

L'activité physique aurait un effet protecteur, au contraire la sédentarité serait néfaste.(4)

2. Le dépistage du cancer colorectal en France

Efficacité du dépistage collectif

Depuis 1996, plusieurs essais contrôlés randomisés ont prouvé que le dépistage collectif d'une population de risque moyen par recherche de sang occulte dans les selles diminue significativement la mortalité par cancer du colon. Le dépistage par test Hémocult II® s'il atteint un taux de participation entre 60% et 78%, dans les conditions des essais cliniques, diminue la mortalité par cancer de 15% à 20% sur 12 à 18 ans sans avoir d'impact sur la mortalité globale(5-6). L'analyse en sous groupe montre une baisse de 30 % de la mortalité par cancer chez les personnes ayant réalisé le dépistage .

L'objectif fixé par la DGS était, en 2009, une participation de 50 % de la population de risque moyen pour le cancer colorectal, le plan cancer 2009-2013 qualifie de souhaitable une participation de 60% de la population à risque moyen. Le taux national de participation est de 32% au premier mars 2013. En 2006, le taux de participation était de 43 % de la population cible dans les départements pilotes. (7) Les recommandations Européennes donnent un objectif minimum de 45 % de participation de la population cible, avec un objectif idéal à 65%. Dans les études, le recrutement était la population des pays occidentaux âgée de 45 à 80 ans selon les essais et donc comparable à la population Française du programme de dépistage. Lorsque le test est positif le pourcentage de coloscopies réalisé doit être au minimum de 90%.

Modalités du dépistage

Depuis 2008, le dépistage par test au gaïac Hémocult II® de deux prélèvements par selle sur trois selles consécutives, suivi d'une coloscopie en cas de positivité, initié depuis 2002 dans 23 départements pilotes est élargi à tout le territoire. Le test Hémocult II® est un test qualitatif, le gaïac avec l'hémoglobine humaine ou animale présent dans les selles produit une coloration bleue, après réaction d'oxydation. Les selles ne sont pas réhydratées. Environ 3% des tests ne sont pas analysable pour des raisons techniques (5-6). Sa sensibilité est de 50%, sa spécificité est de 98% pour les cancers colorectaux. Sa valeur prédictive positive est de 10 % pour les cancers et de 30 % pour les adénomes de plus d'1cm.

Les objectifs et les directives du programme sont donnés par l'INCa et la direction générale de la santé. Ce sont des structures associatives départementales, pour la plupart (dans certaines régions elles sont regroupées sous l'impulsion de l'ARS, dans certains départements ce sont des groupements d'intérêt public) qui organisent la convocation des patients, le recueil de données et l'information des professionnels de santé, ainsi que le suivi des résultats.

Ces structures indépendantes de l'Assurance Maladie ont également pour mission la promotion des dépistages organisés et la lutte contre les inégalités sociales d'accès à ces dépistages.

Il a été proposé une formation à chaque médecin avant la mise en place du dépistage dans les départements.

Les structures de gestion départementales du dépistage organisé sont chargées d'inviter la population concernée et de veiller au bon déroulement du suivi. Le premier courrier invite la population à se rendre chez son médecin généraliste (consultation non prise en charge par le dépistage organisé), et c'est le médecin généraliste qui décide, au regard des antécédents de la personne et des indications, de l'opportunité ou non de faire un test Hémocult II®.

Une première relance postale est prévue par les structures de gestion trois mois après l'envoi des premières invitations dans le cas où le test n'a pas été fait. Elle est suivie si besoin, six mois après, d'un second courrier de relance contenant le test ainsi qu'un mode d'emploi disponible en plusieurs langues. Cette deuxième relance est rendue facultative depuis 2011 par dérogation pour Paris et depuis avril 2013 pour le reste du territoire devant le faible taux de réponse de la population et surtout devant l'important surcoût, à la charge des associations que cela entraînait.

Les tests immunologiques

Il est prévu que le test au gâiac soit remplacé progressivement par un test immunologique utilisant des anticorps spécifiques de l'hémoglobine humaine, dont la lecture est automatisée et dont le résultat, quantitatif, a une sensibilité entre 61% et 89% en fonction du seuil de positivité retenu. En France, trois tests différents ont été comparés dans 4 départements versus Hémocult II® chez 85149 personnes. Ils ont permis de dépister deux fois plus de cancers colorectaux et près de quatre fois plus d'adénomes à haut risque. (8-9) Les cancers étaient diagnostiqués par coloscopie, en proportion, à un stade plus précoce qu'avec hémocult 2® : 36% d'adénocarcinomes de stade 1 pour OC Sensor (l'un des 3 tests immunologiques existants) contre 24% avec Hémocult II®. Le département du Calvados a adopté l'un des tests immunologiques. Le plan cancer 2009-2013 prévoit le début de généralisation sur tout le territoire. L'appel d'offre entre les 4 tests immunologiques validés par la HAS a été lancé par la CNAM en juillet 2013. Les kits de tests immunologiques pèsent plus lourds que les kits Hémocult II®, ils entraîneront un coût plus élevé. Le contrat de commande d'Hémocult II® se termine le 31 décembre 2013. L'ARS ne prévoit pas la mise en place de tests immunologiques avant le quatrième trimestre 2014. La grande majorité des laboratoires hospitaliers et de ville pratiquent la recherche de sang occulte dans les selles par test immunologique, dont le seuil de positivité diffère d'une structure à l'autre. A Paris, de nombreux médecins généralistes prescrivent à leurs patients un dépistage sur un échantillon de selle par test immunologique en dehors du dépistage organisé, ce qui explique en partie le faible taux de participation sur ce territoire.

Exemple de l'Oise

La participation de la population du département de l'Oise est inférieure à la moyenne française avec 28,3% en 2011-2012. Il existe une disparité au sein du département le Canton Creil-Nogent a un taux de participation de 24,54% alors que le Canton Estrées St Denis une participation de 33,5%.

La population de l'Oise de 50 à 74 ans est de 205 608 personnes selon l'INSEE, l'Assurance maladie recense 209 930 personnes à inviter. 112 789 personnes ont été invitées par courrier parmi les 24 253 qui ont été dépistées 9% l'ont été dès la première convocation, 8% à la première relance et 9,3% à la seconde relance. 13 445 tests ont été remis par des médecins généralistes et 2038 test ont été remis par des médecin en dehors du département.

Il faut compter 32 jours en moyenne entre l'envoi d'une convocation et la remise du résultat du test.

Parmi les tests remis 86% étaient négatifs, 3,6% étaient positifs et 10,6% étaient non interprétables, principalement pour des erreurs d'étiquetage.

Le taux de coloscopie, si résultat positif, est en dessous des objectifs avec 84% de coloscopies réalisées. Cela peut être expliqué par la faible densité de la démographie médicale du département de l'Oise.

3. Le médecin généraliste au cœur du dispositif

Quand le test est délivré par le médecin traitant, la participation augmente à 89 % (10). Cette participation semble augmenter si le médecin est lui même convaincu par l'efficacité du dépistage et en particulier du test Hémocult II® (7).

Le plan cancer 2009-2013 (11) prévoit que le médecin traitant remette le test afin de délivrer une information adaptée et personnalisée. (2) Le médecin traitant doit orienter vers la procédure de dépistage la plus adaptée et met à jour les registres des structures départementales en cas d'exclusion, en fonction, des facteurs de risque, des antécédents, de la présence de symptômes d'alerte et d'éventuelles explorations coliques déjà réalisées. Ainsi, le médecin traitant évite les relances inutiles. En remplissant les formulaires nominatifs en consultation avec le patient, le médecin traitant évite les résultats non interprétables. Le médecin traitant est le premier recours lors du résultat qu'il reçoit en même temps que le patient. En cas de test positif, en cas de faux négatif, de symptômes ou de cancer d'intervalle, survenant en dépit d'un test négatif, lors des deux ans entre deux dépistages, le médecin traitant est en charge d'organiser la réalisation de la coloscopie. Au moment de la réalisation d'une coloscopie et à la remise des résultats, en collaboration avec le gastro-entérologue, il doit prendre en charge les éventuels effets indésirables physiques et psychologiques de ce test diagnostic.

Par la simple évocation de son nom ou du fait qu'il adhère à la campagne de dépistage dans les courriers d'invitation au dépistage, ont obtenu une augmentation de la participation des patients. (12)

Les médecins généralistes ayant effectué une formation récente délivrent plus de tests. Un essai contrôlé randomisé en cluster montrait une augmentation du taux de participation au dépistage des patients dont le médecin traitant avait suivi une formation, dans les 7 mois suivant celle-ci.

Cette formation était proposée entre 2011 et 2012 par le PSVO et portait sur la communication centrée sur le patient. (13)

4. Freins au dépistage

On définit ici l'ensemble des phénomènes qui seraient à l'origine du taux de participation à la campagne de dépistage qui est très inférieur aux objectifs nationaux et Européens. Plusieurs travaux ont été réalisés depuis la mise en place du dépistage du cancer colorectal sur tout le territoire. Ce sont principalement des études qualitatives qui ont pour problématique la mise en évidence de freins à la délivrance des tests par les médecins ou d'obstacles à la participation de la population cible au dépistage.

Chez les patients des obstacles principalement en lien avec le manque d'information

Les représentations des patients envers le dépistage en général mais aussi particulièrement envers le le dépistage du cancer colorectal ont été décrites de façon qualitative et quantitative.

Une étude qualitative de 23 entretiens dirigés réalisée en 2009 a permis de mettre en évidence certains obstacles liés aux représentations des patients sur le cancer colorectal et sur le dépistage. (14)

Le principal obstacle semble être le manque d'information sur la maladie perçue comme mortelle et invalidante dans la plupart des cas, y compris avec un traitement adapté. Une information brève et adaptée venant du médecin traitant semble pouvoir lever ces obstacles. Les patients interrogés avaient globalement une vision positive du dépistage, avec l'idée que soigner tôt pouvait éviter des complications. Le fait de se sentir en bonne santé, « d'avoir d'autres problèmes à gérer » et de « ne pas se sentir concerné » est retrouvé dans plusieurs études qualitatives dont la population étudiée était les non participant au dépistage collectif par Hémocult II®. La peur d'un résultat positif en lien avec la représentation pessimiste des cancers est un obstacle retrouvé dans de nombreux dépistages (15). Cet obstacle peut être levé facilement en informant systématiquement qu'il ne s'agit pas d'un test diagnostique (16).

Le dégoût lié à la manipulation des selles et les obstacles techniques ne sont évoqués que secondairement ou dans des études plus anciennes. Le passage aux tests immunologiques qui ne nécessitent qu'un seul prélèvement de selle devrait encore diminuer les réticences des patients. En 2009 les connaissances techniques semblaient bien acquises chez les participants comme

chez les non participants. Les erreurs techniques les plus fréquentes sont des erreurs d'étiquette (rapport ADECASO 2011).

L'étude Fado-colorectal, par auto-questionnaire chez 1801 non participants et 5815 participants au test dans 6 départements pilotes en 2007, retrouvait que 26 % des patients « n'étaient pas convaincus par le test ». Le profil des non participants ayant répondu au questionnaire était majoritairement des hommes, sans mutuelle, ne vivant pas en couple. Les temps de transport (milieu rural ou non) ne ressortait pas comme un critère significatif.

Cette étude met en valeur l'effet vecteur des patients ayant réalisé le test : 96 % des participants au test ayant réalisés un test Hémocult II® le conseilleraient à leur entourage. (1)

Plusieurs études ont exploré les facteurs socio-économiques de la participation ou non au dépistage organisé. Indépendamment du sexe de l'individu, l'âge (après 60ans), l'indice de précarité, habiter dans un département pilote, avoir une assurance complémentaire privée, sont associés à une participation au dépistage. Chez les femmes, s'ajoute participer à un autre dépistage organisé, chez les hommes, vivre en couple, ne pas fumer, avoir consulté un spécialiste dans les douze mois, ne pas être pris en charge à 100 % pour une affection longue durée ou avoir un régime particulier de l'assurance maladie. (24-25)

Le dernier rapport de l'INVS (2) rapporte que les femmes participent plus au dépistage et que la tranche d'âge 60-64 ans es la plus active.

Chez les non participants 81 % avaient consulté leur médecin généraliste dans les douze mois. (25)

Les patients ne réalisent que rarement le dépistage s'ils n'en sont pas invités par leur médecin traitant ou si l'information est délivrée par un médecin traitant peu convaincu par les performances du test Hémocult II®. La formation régulière des médecins généralistes peut lever ces obstacles (14-17)

Chez les médecins manque de temps, désir de formation et de rémunération

L'étude qualitative hémobstacle (18) réalisée en 2008, portant sur 3 focus de 8 médecins généralistes forts et faibles prescripteurs de tests Hémocult II® a permis de faire ressortir le manque de temps comme frein principal, pour délivrer le test au cours d'une consultation qui n'y est pas dédiée. Il faut, en un temps imparti, remplir les formulaires administratifs, argumenter le dépistage, répondre aux questions qu'il suscite et pouvoir penser à le proposer. S'ajoutent à cela, le fait qu'il y ait plusieurs motifs de consultation en une consultation, les problématiques d'un

premier contact, le retard accumulé sur une plage de consultation. Lors de la période des épidémies hivernales, le manque de temps est majoré.(19) Les solutions proposées étaient de différer la délivrance pour une consultation dédiée, proposer une meilleure rémunération, avoir recours à des alarmes informatiques. L'obstacle administratif semble être levé par l'entraînement. Les structures départementales ont toutes pris en compte la lourdeur du processus administratif qui accompagne la remise du test. Par exemple, dans l'Oise un lien sur le site de l'ADECASO, adecaso.fr actif depuis 2011 permet de déclarer directement la remise du test au patient ou son exclusion définitive ou temporaire au dépistage. Ce procédé évite la manipulation de formulaires papier et réduit, le temps administratif.

La tenue du dossier médical informatisé permet d'augmenter la délivrance des tests en aidant très probablement à lever l'obstacle du manque de temps (des alarmes informatiques ou la mention systématique d'un test remis ou refusé permet de diminuer les oublis et d'augmenter la proposition spontanée à la population cible). Les interventions de type audit de la pratique des médecins puis retour de ceux-ci sur leur pratique après une période donnée, permet une augmentation de la délivrance de tests de dépistage et une amélioration de la pratique des médecins généralistes qui adopte une approche centrée sur le patient et proposent le dépistage du cancer colorectal plus volontiers. Ceci a notamment été testé dans un centre de santé à Gennevilliers. (20, 23)

Il existe un phénomène d'entraînement, plus les médecins remettent de tests moins ils considèrent comme « trop longue » la partie de la consultation dédiée au dépistage du cancer colorectal. Les médecins récemment formés sur le dépistage du cancer colorectal admettent que la répétition de la remise des tests permet de remettre les tests plus rapidement. (18) Certains médecins ne participent pas au dépistage du cancer colorectal par croyance, et défiance envers l'efficacité du test Hémocult II® au sein d'un dépistage organisé. Ce phénomène n'explique pas la faible participation des patients de risque moyen à l'échelle nationale car il est très minoritaire. Lors de l'étude EDIFICE 2, 83 % de l'échantillon des médecins généralistes interrogés par téléphone en décembre 2007 répondaient que le dépistage précoce du cancer colorectal augmentait l'espérance de vie. (23)

Toutes les études traitant des obstacles au dépistage et recueillant des données auprès des médecins généralistes ou des médecins du travail évoquent le désir de formation de ceux-ci.

La formation peut être classique, un duo expert-généraliste sous forme d'exposé en petit groupe ou brève : lettre régulière (15), consultation type (21).

5. Les campagnes médiatiques

Les campagnes médiatiques sont réalisées à l'échelle nationale depuis 2008 et sont organisées par l'INCa dans le cadre du plan cancer 2009-2013. Elles sont ponctuelles, ont lieu au printemps (mois de mars) et se produisent sur plusieurs médias simultanément (radiophonie, télévision, presse locale et nationale, affiches et affichettes dans les lieux de prévention sanitaire). Leur impact sera évalué à l'issue du plan cancer 2009-2013. Les structures départementales de gestion des dépistages organisés accompagne les campagnes médiatiques du mois de mars, par des actions auprès de la population, et au sein d'associations ou de structures de soin.

6. La population cible

La population cible de l'étude sont les médecins généralistes libéraux conventionnés volontaires exerçant en France.

7. Problématique de l'étude

Parmi les différents obstacles mis en évidence dans la littérature, les principaux semblent être, le manque de formation des médecins généralistes, le manque d'entraînement à la communication des enjeux du dépistage organisé du cancer colorectal et le manque de temps en consultation dont découleraient les oublis de proposer le test.

Les solutions proposées pour réduire ces obstacles sont la création d'une consultation dédiée à la prévention, et les interventions auprès des médecins généralistes. Parmi les interventions ayant prouvées leur efficacité en augmentant la délivrance de tests par les médecins, on trouve la formation axée sur l'attitude et la communication du médecin généraliste et la pratique dite « audit--feedback » qui consiste en une formation courte puis un entretien après quelques semaines sur la pratique du médecin et comment celle-ci a été modifiée, en y associant un retour sur information personnalisé. La mise à disposition d'un outil de consultation conçu à partir de données qualitatives sur la communication du médecin serait une intervention adaptée. Cet outil de consultation, en faisant fonction de rappel, permettrait au médecin de proposer spontanément le test Hémocult II® aux patients concernés, se présentant pour un autre motif de consultation. Son utilité serait basée sur le principe du conseil minimal auprès des patients. Le médecin généraliste par la simple évocation du test et la justification de son intérêt montrerait qu'il adhère à la campagne de dépistage ce qui induirait l'adhésion du patient.

L'outil consultation-type répondrait aussi à une demande de certains médecins généralistes ayant

peu de temps disponible mais souhaitant tout de même se former au dépistage organisé du cancer colorectal. (18-21)

Une étude qualitative a permis de définir les points essentiels d'une consultation type pour la délivrance du test Hémocult II® à partir de consultations enregistrées et des recommandations de l'INCa (16). Ces points principaux ont été synthétisés en un tableau pouvant servir de suggestion de plan de consultation (Annexes 1 et 2).

Question

Un outil sous forme de tableau « consultation-type » concis, mis à disposition des médecins généralistes peut-il être utile en consultation de médecine générale, pour aborder plus facilement le dépistage organisé du cancer colorectal ?

Objectif primaire

Évaluer l'utilité d'un outil d'aide à consultation de dépistage organisé du cancer colorectal

Objectifs secondaires

Évaluer chaque ligne du tableau « consultation-type » et les modifier en fonction des propositions des médecins généralistes participant à l'étude.

Élaborer un outil consultation type adapté aux tests immunologiques à venir.

MATERIEL ET METHODE

1. Échantillonnage

On réalise une étude épidémiologique prospective non contrôlée non randomisée qui a pour objectif primaire de valider l'utilité d'un outil « consultation type de délivrance du test Hémocult II® » en comparant la pratique médicale d'un échantillon de médecins généralistes de l'Oise et de départements d'Île-de-France, avant et après la remise de l'outil.

On rappelle que la population cible est l'ensemble des médecins généralistes libéraux conventionnés de France.

Le recrutement débute en janvier 2013, dans l'Oise uniquement afin de ne pas interférer avec les autres travaux sur le même thème du Département de Médecine Générale de Paris 7. Les médecins généralistes exerçant dans l'Oise sont contactés au hasard, par téléphone. Devant le faible taux de réponse, à partir du 15 avril 2013, on décide de procéder à un recrutement orienté : l'étude est proposée aux médecins ayant accueilli favorablement la déléguée de prévention de l'ADECASO. A partir du 2 juin 2013, le recrutement est élargi à tout médecin favorable en Île-de-France, la restriction du Val d'Oise étant terminée (Annexe) et les investigations du Département de Médecine Générale étant arrivées à leur terme (13). Les critères d'inclusion sont : être inscrit à l'ordre des médecins, exercer la médecine générale. Le critère de non inclusion : ne pas disposer d'informatique sur le lieu d'exercice, avoir participé à des études sur le dépistage du cancer colorectal dans le Val d'Oise. Les données ont été rendues anonymes avant exploitation. Les critères d'exclusion seront la non utilisation de l'outil consultation type et ne pas remplir correctement ou entièrement le questionnaire d'évaluation de l'outil.

2. Calcul du nombre de sujets nécessaire

Il s'agit de tester l'indépendance entre une variable explicative X type avant/après intervention et une variable réponse Y type modification de la pratique ou non. Les données sont donc des mesures d'une variable réponse binaire Y (modification de sa pratique/non modification de sa pratique) sur les mêmes sujets avant et après l'intervention. Nous sommes dans le cadre de données appariées. On utilisera donc le test de Mac Nemar pour comparer les déclarations des sujets avant et après intervention par auto-questionnaire. Avec un risque alpha à 0,05 et une

puissance de 90 %, il faut un groupe de 40 sujets pour passer d'un taux de 38 % de médecins communicant souvent sur le dépistage du cancer colorectal au sein du groupe à un taux de médecins de 75 %. Les taux de communication sont ici des hypothèses émises à partir des données de l'étude FADO-COLORECTAL, et un taux de participation souhaité dans des conditions d'études. (1)

3. Synthèse de l'outil

La proposition de consultation type à l'issu du travail de thèse de M Bismuth est très exhaustive et comporte, du fait de la volonté de centrer la communication sur le patient, de nombreuses relances, redondances et temps de pause conseillés à chaque étape de la consultation.

Afin d'être exploitable, sous la forme « outil », on décide de synthétiser ces recommandations sur une page A4 recto, disponible sous forme de fichier « .doc » et donc facilement consultable par informatique.

La consultation type initiale est composée de 19 points (Annexe 1). Ils ont été tous transcrits dans l'outil « consultation-type » hormis, « la suggestion de comparaison avec un autre cancer » qui était jugée porteuse de confusion par les relecteurs de l'outil et l'évocation des « faux positifs » qui a été jugée susceptible de « décourager les patients » par l'auteur de la consultation type. Enfin, le dernier point, « ouvrir sur d'autres actions de prévention » n'a pas été retranscrit pour rester dans le sujet du dépistage du cancer colorectal. La présentation de la consultation type sous forme de tableau à deux colonnes est la même que la présentation initiale. Il est décidé par mesure de lisibilité de regrouper les 16 points de consultation en cinq grandes parties appelées « rubriques »:

- Introduction de la consultation en recherchant les indications
- Explication de l'histoire de la maladie, recherche des connaissances du patient, quelques données épidémiologiques
- Modalités du test, partie qui semble indispensable, mais devant être la plus courte possible car bien connue des patients et des médecins
- Résultats du test, aborder les cas de figure d'un test positif ou négatif, évoquer les symptômes d'intervalle, les faux positifs, les faux négatifs
- Coloscopie, la partie la moins abordée par les médecins mais qui est indispensable pour avoir un taux de coloscopie le plus élevé si résultat positif.

Dans la colonne de gauche du tableau figure le titre de chaque partie, dans la colonne de droite,

le contenu proposé de chaque partie, composé de 4 à 6 lignes. Les lignes de la colonne de droite sont des informations et arguments proposés au médecin provenant directement des citations ou objectifs de la proposition de consultation de la thèse de M. Bismuth. Chaque ligne correspond à un « item ». L'objectif de la disposition en deux colonnes est de rappeler au médecin qu'on lui propose d'aborder systématiquement les 5 étapes de la remise du test : celles-ci sont mises en valeur car figurant dans la colonne de gauche et formulées en lettres capitales. La colonne de droite est à disposition pour « piocher » des arguments ou information en s'adaptant au patient à qui on délivre le test. Les points d'appels pour proposer spontanément le test au patient ou arguments considérées importants sont écrits en gras.

Une fois synthétisé, le « tableau consultation-type » a été relu par quatre médecins : deux médecins généralistes du département de médecine générale de Paris 7, un médecin généraliste exerçant dans l'Oise, le médecin coordinateur de l'ADECASO et à une secrétaire médicale, afin d'évaluer subjectivement la facilité de lecture et la cohérence du tableau. On leur fournissait également la consultation type proposée en conclusion de la thèse de M. Bismuth (Annexe 1) ainsi que la fiche information médecin publiée par l'INCa, afin de comparer et d'annoter l'outil. L'outil est synthétisé et modifié entre août 2012 et novembre 2012. Le format A4 est le format communément adopté pour un outil de consultation en médecine générale, après revue de la littérature. Il présente de nombreux avantages dont la facilité de reproduction et d'impression par informatique. La présentation sous forme de tableau était celle choisie pour le travail de thèse de M Bismuth.

Le format de l'outil « consultation-type » peut difficilement favoriser une approche centrée sur le patient. Un texte d'explication de son utilisation est imprimé au verso de la version papier afin de faciliter celle-ci :

« MODE D'EMPLOI:

La raison de cet outil conçu à partir d'enregistrements de consultations de médecine générale, est de fournir des **pistes et des arguments** lors de la délivrance du test.

Il a aussi une vocation de **Check-list** et d'aide mémoire si on désire être systématique en peu de temps

Idéalement, lisez-le une fois à tête reposée puis laissez le sur votre bureau afin de pouvoir proposer le test à chaque personne de 50 à 74 ans se présentant en consultation.

Ce n'est qu'une proposition de plan consultation chaque personne étant particulière, l'information doit lui être adaptée. »

4. Intervention

Afin d'évaluer l'outil, la durée de l'intervention doit être la plus courte possible. On remet l'outil « consultation-type » au médecin après une brève explication de l'utilisation de celui-ci, sur le lieu d'exercice du médecin généraliste. La note explicative est imprimée au verso de l'outil, elle fait office de mode d'emploi et rappelle qu'adapter sa communication au patient est primordial. L'outil « consultation-type » leur est également envoyé le jour de la remise, par courrier postal et par courriel. Le questionnaire d'évaluation de l'outil « consultation-type » est remis 6 semaines plus tard, à l'issue de l'intervention, aux médecins inclus. Pendant les 6 semaines d'intervention aucune autre consigne n'est donnée au médecin. Les interventions ont eu lieu entre le 2 juin 2013 et le 15 décembre 2013.

5. Évaluation par auto-questionnaire

Le questionnaire d'évaluation a été synthétisé à partir de questionnaires de validation d'outils de consultation, à l'issue d'une revue systématique de la littérature. Il a été relu et testé par 3 médecins généralistes maîtres de stage et extérieurs au groupe d'investigation, ainsi que par une étudiante en Master de psychologie clinique. Le questionnaire est composé de 4 parties. C'est un auto-questionnaire qui sera rempli pour les deux premières parties le jour de la remise de l'outil au cabinet du médecin généraliste, et les deux dernières à l'issue de l'intervention.

- La première partie est centrée sur le médecin, sa formation au dépistage du cancer colorectal.
- La deuxième partie interroge sur la pratique du médecin quant au dépistage
- La troisième partie interroge sur la pratique du médecin après la remise de l'outil, en lui posant notamment les mêmes questions que celles de la deuxième partie
- La dernière partie, dont le but est de répondre à l'objectif secondaire d'améliorer l'outil « consultation-type » demande au médecin de valider ou de modifier chaque rubrique et item de l'outil.

Le questionnaire permettra de répondre à l'objectif principal par comparaison entre les réponses de la Partie 2 et de la Partie 3.

Le **critère principal de jugement** est la comparaison entre le taux de réponse positives à « **Vous proposez le test spontanément** » avant et après l'intervention. Cette comparaison sera

réalisée par un test de Mac Nemar à l'aide du logiciel BIOSTATGV.

Les critères secondaires sont :

- la comparaison entre les taux de réponses positives aux autres questions portant sur les modalités du test Hémocult II®, les résultats du test et la coloscopie
- un taux de réponses positives supérieures à 75 % pour les questions portant sur le gain de temps apporté par l'outil
- un taux de réponses positives supérieures à 75 % sur l'amélioration de la pratique du dépistage du cancer colorectal.

Ainsi, on recherche d'abord l'impact de l'outil sur la pratique du médecin généraliste utilisateur et si celui-ci modifie sa communication avec le patient en abordant systématiquement le sujet du dépistage organisé du cancer colorectal plutôt qu'une augmentation du nombre de tests Hémocult II® délivrés par médecin qui nécessiterait un groupe contrôle ou un temps d'observation long.

6. Recherche bibliographique

Différentes ressources ont été consultées avec comme limite les publications des 5 dernières années:

La base de données Pubmed deux recherches :

- (mot clé « colorectal cancer » puis « colorectal neoplasm » puis « mass screening »)
- (mot clé «consultation tool» puis « consultation helper» not « T-lymphocytes »)

La base de données Embase avec le thesaurus Emtree (« colorectal cancer » puis « screening » avec comme limite « general practitioner »)

Le site de l'INCa.

Le catalogue Sudoc (<http://www.sudoc.abes.fr>), mots clé « hémocult » ou « dépistage cancer colorectal » et « médecine générale » puis « outil » ou « aide » ou « acceptabilité » et « consultation » et « médecine générale »

Le site du BEH.

Les recommandations opposables de la HAS

Les revues d'EBM francophones : Prescrire, Exercer.

La recherche bibliographique a été réalisée pour la dernière fois le 23 mai 2014.

RESULTATS

1. Description de l'échantillon

116 médecins exerçant dans l'Oise ont été contactés au hasard, par téléphone parmi eux, 16 ont accepté d'être contactés par courriel, 10 ont accepté de participer à l'étude, 3 ont été exclus pour raison de cabinet non informatisé. Parmi les causes de refus, on été mentionnés, le manque de temps, le refus systématique de participer aux travaux de recherche, l'importance des sollicitations des généralistes par les internes, la participation à un ou plusieurs travaux en cours, le manque de pratique en médecine générale. Le recrutement orienté a permis d'inclure 10 médecins supplémentaires dans l'Oise. 34 médecins exerçant en Île-de-France ont accepté de participer à l'étude, un médecin a été exclu pour avoir déjà participé à une étude sur le sujet en 2011. Les médecins ont tous été recrutés dans la même zone géographique du nord de Paris.

Les caractéristiques des 49 médecins généralistes inclus sont décrites dans le tableau 1. Les médecins étaient majoritairement des hommes (53,1 %) d'âge moyen de 51,2 ans (+/-9,8 années) exerçant en groupe (57%). La proportion de maître de stage était plus élevée que la moyenne en Île-de-France (22%), les médecins inclus déclaraient réaliser 27,6 consultations par jour (+/-7,2 consultations) et 130,7 consultations par semaine (+/- 33,6 consultations).

Il n'y a pas eu de perdu de vue, 100% des questionnaires ont été remplis pour les parties 1, 2 et 3. 14,3 % des médecins ont rempli la dernière partie du questionnaire soit 7 médecins.

2. Les médecins et le dépistage du cancer colorectal

Les médecins de l'échantillon déclarent délivrer, en nombre total, plus de tests que la population du département où ils exercent (Tableau 2). Les chiffres de Paris (taux de participation de 15 % en 2011-2012, peu de médecins participent au dépistage organisé) et du Val d'Oise (trop peu de médecins recrutés dans ce département) n'ont pas été représentés. Les déclarations des médecins pour le nombre de test délivrés ont été comparées aux données personnelles disponibles en 2012 auprès des associations départementales de dépistage du cancer. Ils correspondent pour 85,7 % des médecins de l'échantillon. Pour les 7 médecins dont les données diffèrent, il y a 3 sous-estimations et 4 surestimations.

Les médecins de l'échantillon bordent les résultats du test hémocult « souvent » et

« systématiquement » pour 77,6 % d'entre eux. Ils évoquent la coloscopie en cas de positivité « souvent » ou « systématiquement » pour 50 % d'entre eux avant intervention. 65,1 % des médecins de l'échantillon réalisent une démonstration du test souvent ou systématiquement et 71,4 % des médecins estiment ne jamais avoir de difficulté à expliquer les modalités du test.

Le temps n'est considéré comme un obstacle que pour 44,9 % des médecins.

Critère principal

Avant intervention, 10,2 % des médecins déclaraient aborder spontanément la question du dépistage du cancer colorectal « souvent » ou « systématiquement », 6 semaines après avoir remis l'outil consultation-type, 73,5 % des médecins généralistes déclaraient que l'outil leur a permis d'aborder le dépistage « souvent » ou « systématiquement » ($p=0.00000007$)

Critères secondaires

Le taux de médecins généralistes qui abordent souvent ou systématiquement avec leur patient la coloscopie passe de 50 % avant intervention à 67,7 % après intervention ($p<0.05$, test de Mac Nemar). Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le taux de médecins généralistes qui abordent souvent ou systématiquement avec leur patient les résultats du test avant et après la remise de l'outil consultation-type. Il n'y a pas de facilitation des explications des modalités du test avant et après la remise de l'outil, pour les médecins généralistes. 69,8 % des médecins ont déclaré que l'outil consultation-type leur a permis de citer « souvent » ou « systématiquement » des données épidémiologiques. 61,3% ont déclaré que l'outil leur permet de remettre le test de dépistage de sang occulte dans les selles plus rapidement. 77,5 % déclarent que l'outil consultation-type améliore leur pratique du dépistage du cancer colorectal.

3. Évaluation des rubriques et des items de l'outil

Les résultats sont rapportés dans le tableau 5. Sept médecins ont complété la dernière partie du questionnaire, présentée comme facultative devant le temps qu'elle sollicitait pour y répondre. L'évaluation des « rubriques » représentant la colonne de gauche a montré que 100 % des médecins interrogés considéraient que les items (colonne de droite) étaient en adéquation avec la rubrique dans laquelle ils figuraient.

Lors de l'utilisation de l'outil consultation-type, la majorité des médecins qui ont répondu à la dernière partie du questionnaire ont abordé toutes les rubriques de façon systématique :

- La rubrique « indications » a été utilisée systématiquement par 57 % des médecins qui ont répondu.
- La rubrique « histoire naturelle du cancer » a été utilisée systématiquement par 71 % des médecins.
- La rubrique « modalités du test » a été utilisée systématiquement par 85 % des médecins.
- La rubrique « résultats » a été utilisée systématiquement par 57 % des médecins.
- La rubrique « coloscopie » a été utilisée systématiquement par 85 % des médecins.

La totalité des sept médecins ayant répondu à l'évaluation des items (colonne de droite) de l'outil consultation-type, les ont qualifiés de « lisibles et compréhensibles » excepté « Cancer FREQUENT 40 000 nouveau cas par an », « Sur 10 jours maximum, conserver à température ambiante » et « négatif 97/100 » avec 85,7 % de réponses favorables.

Le seul item jugé inutile par la majorité des médecins ayant répondu est « négatif 97/100 ».

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

	n=49	%	Écart-type
nombre et proportion de femmes	23	46,9	
âge moyen en années	51,2		9,8
département d'exercice			
Oise	17	34,7	
Seine-Saint-Denis	13	26,5	
Val-d'Oise	6	12,3	
Paris	13	26,5	
années depuis l'installation	19,8		11,2
années depuis la thèse	22,7		13,5
MSU	11	22,4	
type d'exercice			
seul	21	43	
en groupe	28	57	
Nombre de consultations par semaine	130,7		33,6
Nombre de consultations par jour	27,6		7,2

Tableau 2 : comparaison du nombre de tests délivrés par les médecins de l'échantillon et les médecins des départements de Seine St-Denis et de l'Oise

médecins délivrant	n=49			%		
moins de 20 tests par an	13			26,6		
20-50 tests par an	25			51		
50-100 tests par an	9			18,3		
100-200 tests par an	2			4,1		
plus de 200 tests par an	0			0		
médecins délivrant	Oise	%	n=17(%)	Seine St-Denis	%	N=13
moins de 20 tests par an	148	28,6	5 (29,4)	574	51	1 (7,6%)
20-50 tests par an	301	58,3	8 (47)	319	34,8	8 (61,5%)
50-100 tests par an	68	13,1	4 (23,6)	122	13	3 (23%)
100-200 tests par an	0	0	0	2	0,2	1 (7,6%)
plus de 200 tests par an	0	0	0	0	0	
total	516	100	17	917	100	13
20-50 tests par an	301	58,3	8 (47)	319	34,8	8 (61,5%)
50-100 tests par an	68	13,1	4 (23,6)	122	13	3 (23%)
100-200 tests par an	0	0	0	2	0,2	1 (7,6%)
plus de 200 tests par an	0	0	0	0	0	
total	516	100	17	917	100	13

Tableau 3 : Pratique des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal

Médecins délivrant	n=49	%
moins de 20 tests par an	13	26,6
20-50 tests par an	25	51
50-100 tests par an	9	18,3
100-200 tests par an	2	4,1
plus de 200 tests par an	0	0
	49	100
Type de la dernière formation reçue par les médecins	n=49	%
aucune	5	10,2
initiale	8	16,3
DPC magistrale avec expert	12	24,5
groupes de pairs	13	26,6
délégué de prévention	11	22,4
	49	100
Médecins proposant une consultation dédiée de dépistage	n=49	%
jamais	26	53
rarement	21	42,8
souvent	2	4,1
systématiquement	0	0
Médecins recherchant les indications au test hémocult	n=49	%
jamais	4	8,1
rarement	23	46,9
souvent	18	36,7
systématiquement	4	8,1
Médecins réalisant une démonstration du test	n=49	%
jamais	7	14,3
rarement	15	30,6
souvent	11	22,4
systématiquement	16	32,7
Médecins éprouvant des difficultés à expliquer les modalités du test	n=49	%
jamais	35	71,4
rarement	12	24,5
souvent	2	4,1
systématiquement	0	0
Le temps comme obstacle au dépistage	n=49	%
jamais	8	16,3
rarement	19	38,8
souvent	21	42,8
systématiquement	1	2,1

Tableau 4-1 : Évaluation de l'outil consultation-type

(le nombre de réponses nulles est indiqué entre parenthèses)

Médecins proposant le dépistage spontanément	avant intervention		après intervention		
	N=49	%	N=49	%	
jamais	5	10,2	2 (+7)	4,1 (+14,3)	(p=7,11E-8)
rarement	39	79,6	4	8,2	
souvent	3	6,1	32	65,3	
systématiquement	2	4,1	4	8,2	
Médecins évoquant les résultats du test hémocult	N=49	%	N=49	%	
jamais	3	6,1	6(+7)	12,2 (+14,3)	(p=0,3)
rarement	8	16,3	12	24,5	
souvent	31	63,3	23	46,9	
systématiquement	7	14,3	1	2,1	
Médecins évoquant la coloscopie	N=49	%	N=49	%	
jamais	3	6,1	4 (+7)	8,2 +(14,3)	(p=0.013)
rarement	21	42,8	5	10,2	
souvent	18	36,7	26	53	
systématiquement	7	14,3	7	14,3	

Tableau 4-2 : Évaluation de l'outil consultation-type

(Les résultats nuls sont comptés comme réponse « jamais »)

L'outil vous a permis de citer quelques données épidémiologiques		
réponses des médecins	N=49	%
jamais	11	22,4
rarement	4	10,2
souvent	29	59,6
systématiquement	5	10,2
L'outil vous a permis de remettre le test plus rapidement		
réponses des médecins	N=49	%
jamais	8	16,3
rarement	11	22,4
souvent	25	51,1
systématiquement	5	10,2
L'outil vous a permis de lever certaines réticences du patient		
réponses des médecins	N=49	%
jamais	19	38,8
rarement	16	32,6
souvent	14	28,6
systématiquement	0	0
L'outil vous a permis d'améliorer votre pratique du dépistage du cancer colorectal		
réponses des médecins	N=49	%
jamais	7	14,3
rarement	4	8,1
souvent	34	69,4
systématiquement	4	8,1

Tableau 5 : Résultats de l'évaluation des items et rubriques de l'outil par les médecins (n=7)

Titre de la rubrique	Taux d'utilisation « systématique » de la rubrique	items initiaux avec modification suggérée par les sujets en gras	item déjà utilisé par le praticien		item utilisé Après la remise de l'outil		item peu lisible ou compréhensible		item jugé utile	
			oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
INDICATION	57 %	50-74 ans	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		0 atcd polype, cancer premier degré (père-mère avant 65 ans frère sœur, enfants)	57,1 %	42,9 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Pas de trouble digestif, de rectorragie d'amaigrissement récent	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Pas de coloscopie les 5 dernières années	85,7 %	14,3 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
HISTOIRE NATURELLE DU CANCER	71 %	Avez-vous reçu le courrier du dépistage hémoccult?	57,1 %	42,9 %	85,7 %	14,3 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Cancer FREQUENT 40 000 nouveaux cas par an	14,3 %	85,7 %	100 %	0 %	14,3 %	85,7 %	100 %	0 %
		Cancer qui se guérit 9/10 si dépisté tôt	57,1 %	42,9 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Polype= lésion précancéreuse qui met 10 ans à donner un cancer	28,6 %	71,4 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
MODALITES DU TEST	85 %	Recherche de sang microscopique dans les selles	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Les polypes saignent de façon intermittente, il faut donc répéter le test	57,1 %	42,9 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Test gratuit, indolore, simple	42,9 %	57,1 %	85,7 %	14,3 %	0 %	100 %	85,7 %	14,3 %
		Trois selles consécutives. Les selles ne doivent pas entrer en contact avec l'eau	85,7 %	14,3 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Sur 10 jours maximum, conserver à température ambiante	28,6 %	71,4 %	100 %	0 %	14,3 %	85,7 %	85,7 %	14,3 %
		Mode d'emploi très détaillé, attention aux erreurs d'étiquette!	85,7 %	14,3 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
RESULTATS	57 %	Envoyés 15 jours après au médecin et ET patient	14,3 %	85,7 %	57,1 %	42,9 %	0 %	100 %	71,4 %	28,6 %
		Négatif 97/100	0 %	100 %	42,9 %	57,1 %	14,3 %	85,7 %	42,9 %	57,1 %
		La prise de fortes doses de vitamine C peut fausser le résultat	14,3 %	85,7 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Si négatif refaire dans 2 ans, mais consulter si symptôme digestif d'intervalle	85,7 %	14,3 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Si positif cela ne signifie pas qu'il y a un cancer	42,9 %	57,1 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Si positif reconsulter pour planifier une coloscopie	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	100 %	0 %
COLOSCOPIE	85 %	Anesthésie générale, durée 30 minutes préparation colique contraignante	14,3 %	85,7 %	85,7 %	14,3 %	0 %	100 %	100 %	0 %
		Normale dans 5 cas sur 10	14,3 %	85,7 %	85,7 %	14,3 %	0 %	100 %	71,4 %	28,6 %
		Polype dans 4 cas sur 10, qui est retiré pendant l'examen	0 %	100 %	57,1 %	42,9 %	0 %	100 %	71,4 %	28,6 %
		Cancer dans 1 cas sur 10	0 %	100 %	57,1 %	42,9 %	0 %	100 %	71,4 %	28,6 %

DISCUSSION

1. Taille de l'échantillon

L'échantillon est de taille suffisante pour comparer la pratique avant et après la remise de l'outil « consultation-type » mais bien trop faible pour générer un groupe contrôle ou une analyse en sous groupe. Il est difficile, quand il s'agit d'études prospectives non rémunérées, portant sur la pratique des médecins généralistes, y compris quand elles bénéficient du support d'institutions publiques ou de sociétés savantes de recruter des sujets volontaires. Les raisons évoquées par les médecins généralistes sont principalement le manque de temps et de disponibilité alloué à la recherche dans leur exercice de profession libérale. L'étude réalisée n'a disposé d'aucune aide en matière de recrutement, que ce soit financière ou logistique. Les associations départementales de dépistage du cancer contactées (CDC93, ADECASO, ADECA 75) ont cependant fournies leurs données en valeurs absolues pour les médecins de l'échantillon, ainsi que leur rapport d'activité pour l'année 2012.

2. Biais de sélection

Devant la difficulté de recruter le nombre de médecins généralistes souhaité au hasard, il est décidé de faire un recrutement orienté en s'adressant directement à des médecins a priori intéressés par le thème de l'étude. On s'adresse ici à un public de médecins volontaires, donc amenés à répondre plus facilement et de façon favorable à l'auto-questionnaire. Le risque était d'avoir une trop grande proportion de médecins ayant déjà une pratique correspondant à ce que propose l'outil « consultation-type » et de ne pas avoir de modification de la pratique après intervention. Les résultats avant intervention, sur le nombre de tests délivrés sont un peu supérieurs aux données fournies, en valeur absolue, par les centres départementaux de dépistages des cancers figurant dans leur rapport d'activité 2012. Les médecins de l'échantillon ont, en particulier pour ceux exerçant dans l'Oise (ces données n'ont pas pu être récupérées pour l'ensemble de l'échantillon) une moyenne de consultation quotidienne et hebdomadaire ainsi qu'un nombre de patients déclarés « médecin traitant » plus élevés que les données nationales qui ont pu être consultées. Il semble que plus la patientèle est grande plus on délivre de tests, mais sans qu'il y ait de variation notable du taux de délivrance de tests par rapport au nombre de

patients éligibles. Les moyennes d'âge et de durée d'installation, les proportions homme-femme, exercice seul ou en groupe sont comparables aux données du conseil national de l'ordre des médecins, pour l'année 2012. On peut supposer que les médecins de l'échantillon ont la même pratique que la population cible des médecins généralistes à la différence que ceux-ci sont sensibilisés à la difficulté de recrutement pour les travaux universitaires. Cela pourrait expliquer la plus grande proportion de Maîtres de Stage Universitaires (MSU) que dans la population des médecins généralistes (10%) même si, dans l'Oise, les MSU contactés lors du recrutement au hasard opposaient un refus plus systématiquement que les non MSU en justifiant qu'ils étaient « trop » sollicités par les internes, probablement à cause du faible nombre de MSU dans ce département.

Le biais de sélection peut cependant être minoré par le fait que l'outil « consultation-type » a pour but de s'adresser à des médecins qui souhaitent l'utiliser. Ne liront et n'utiliseront cet outil que les soignants convaincus par une démarche de communication avec leurs patients sur ce thème, les médecins souhaitant gagner du temps dans la délivrance de l'information sur le dépistage organisé du cancer colorectal, ou les médecins souhaitant délivrer une information complète et systématisée sur le dépistage organisé.

3. Biais d'observation

Les médecins observés au cours d'une étude et se sachant observés modifient spontanément leur pratique. La formulation des questions, en précisant que l'on demande si « l'utilisation de l'outil » a permis de changer la pratique peut aider à lever ce biais. L'utilisation d'un groupe contrôle auquel on n'aurait remis que l'auto-questionnaire en début et en fin d'étude aurait pu lever ce biais, mais les difficultés de recrutement n'ont pas permis de tester l'outil dans ces conditions.

4. La pratique des médecins de l'échantillon

Les médecins de l'échantillon sont représentatifs de la population cible avec un âge comparable à celle-ci, un nombre de tests délivrés par an un peu plus élevé que ceux observés dans la même zone géographique, et un nombre de consultation quotidienne et hebdomadaire un peu plus élevé que la moyenne nationale.

Pour le nombre de tests remis, on ne dispose que de données nominales en valeur absolue, non rapportées à l'activité des médecins (nombres de consultations, âge de la patientèle) du fait de la non communication de ces données par la CPAM. Le nombre de tests remis par an sans le

rapporter à la patientèle du médecin qui remet les tests est une donnée qui ne reflète pas la pratique des médecins généralistes. Une réévaluation à un ou deux ans de la pratique de l'échantillon en utilisant comme critère de jugement le taux de délivrance de tests Hémocult II® (nombre de tests remis sur une campagne sur le nombre de patients concernés dans la patientèle du médecin) permettrait de mesurer l'existence d'une modification des pratiques à long terme. Il faudra cependant y intégrer les données sur l'activité des médecins, récupérées par les médecins auprès de la CPAM où ils exercent.

Très peu de médecins (2%) ont recours « souvent » à une consultation dédiée de prévention. L'échantillon a une moyenne de consultations quotidiennes et hebdomadaires élevée, il semble donc impossible, d'attribuer le temps souhaitable aux actes de prévention.

Très peu de médecins (10.2%) par rapport à l'hypothèse de départ (30%), estiment aborder « souvent » le dépistage du cancer colorectal « spontanément » avec leurs patients concernés. Les données en valeur absolues disponibles pour l'échantillon montrent que leur pratique est pourtant comparable avec la population cible avec un peu plus de tests délivrés pour un peu plus de consultations quotidiennes. Il est possible que le faible taux de réponse de l'étude FADO-COLORECTAL, 10 % des médecins contactés, ait surestimé leur pratique vis à vis du dépistage du cancer colorectal.

De plus, les médecins généralistes estiment que leur pratique ne laisse que peu de place à la prévention à cause du manque de temps. (18) La majorité des médecins de l'échantillon (63,3%) estime qu'ils ne proposent que « rarement » le dépistage, ils sous estimeraient leur pratique parce qu'ils souhaiteraient aborder plus souvent le thème du dépistage. La réponse « rarement » pourrait être interprétée comme une réponse « pas assez souvent » et la réponse « souvent » après intervention comme « assez souvent ». Quelle que soit la manière dont la réponse « souvent » est perçue par les médecins de l'échantillon, le passage de 10% à 73% de cette réponse après intervention, montre une utilité de l'intervention à 6 semaines.

5. Un contenu informatif sur l'intérêt du dépistage

La rubrique « Histoire naturelle du cancer », identifiée indirectement dans le questionnaire de recueil de données par « données épidémiologiques » semble être la partie de l'outil « consultation-type » la plus utilisée avec près de 70 % des médecins de l'échantillon qui déclarent y avoir fait appel « souvent » ou « systématiquement » en consultation. Le médecin généraliste va se servir de données épidémiologiques pour apporter un contenu informatif à son

discours et solliciter l'adhésion du patient C'est la fonction argumentaire de l'outil qui est utilisée pour appuyer la communication du médecin.

La rubrique « modalité du test » est celle qui est considérée comme la moins utile. Cela correspond à ce qui a été observé dans d'autres études : le médecin généraliste maîtrise les modalités du test et fait volontiers une démonstration du dispositif au patient en collant les étiquettes d'identification avec lui. L'outil n'améliore pas les performances du médecin dans ce domaine.

Il existe une réelle attente du patient pour une information sur le dépistage par son médecin traitant. (26-27) Celle-ci doit pouvoir y répondre, lever ses craintes et le préparer à jouer le rôle de vecteur d'information auprès de son entourage.

6. Une information systématisée pour diminuer la peur du résultat

Les items de l'outil « consultation-type » ont été réalisés à partir de discussions entre le médecin et son patient. Parfois lors de ces échanges, le patient a formulé des peurs et des réticences. L'argumentaire du médecin a permis dans la plupart des cas de lever celles-ci. Les peurs formulées ou non par les patients sont d'ordre multiple. Les peurs liées au fatalisme et à l'impuissance qui accompagnent souvent la représentation du cancer sont parfois exprimées lors de dépistages organisés. Les items de la partie « Histoire naturelle du cancer » proposent un information qui peut lever ces peurs, y compris quand elle ne sont pas clairement exprimées par le patient. La peur du résultat est toujours citée dans les études recherchant à définir les obstacles à la non participation aux dépistages organisés. (14,26) Les différentes suggestions d'ajustement d'attitude des médecins envers les patients dans ce cas de figure, proposent de faire preuve d'empathie et de réassurance. (16,19) De la peur du résultat, découle parfois une peur de devoir modifier son projet de vie, expliquer ce qu'induit un résultat positif lors de la remise du test de dépistage et le déroulement de la coloscopie qui est dans neuf cas sur dix un acte final et parfois curatif « **Polype dans 4 cas sur 10, qui est retiré pendant l'examen** » comme le propose l'outil, peut aider le praticien à rassurer le patient. Expliquer le déroulement de la coloscopie en cas de test positif est aussi une façon de montrer au patient qu'il ne perd pas le contrôle de sa prise en charge en agissant contre le cancer.

La rubrique Coloscopie est abordée par plus de médecins avec l'outil. Il permet de dédramatiser cet examen et de préparer la suite en cas de test positif. Certains médecins n'abordent pas la coloscopie car ils l'envisagent comme possiblement anxiogène pour le patient et probablement à cause du faible taux de positivité du test Hémocult II®. Cette attitude est

discutable et ne favorise pas l'adhésion au test qui doit être répété dans le temps. Cela n'encourage également pas le patient à consulter en cas de symptômes d'intervalle

7. Favoriser l'adhésion du patient

Une large majorité des médecins de l'échantillon (77,5%) estime que l'outil « consultation-type » a souvent voire systématiquement amélioré leur pratique du dépistage.

Délivrer une information exhaustive favorise l'adhésion du patient à chaque étape du dépistage organisé. L'outil consultation-type est utile pour permettre au médecin généraliste d'aborder ou de rappeler au patient qui aurait déjà participé au dépistage chaque étape de celui-ci, en particulier les rubriques « histoire naturelle du cancer » et « coloscopie » de celui-ci.

Quand il effectue un acte de dépistage du cancer colorectal, le médecin généraliste envisage souvent, avec le patient, les résultats du dépistage mais aborde rarement le sujet de la coloscopie en cas de positivité.

En suggérant 5 parties pour articuler sa communication au patient, le médecin peut choisir en fonction, des conditions de consultations de parler de la coloscopie, même chez un patient qui deux ans auparavant avait déjà réalisé le test Hémocult II®. La séquence d'information « recherche de sang dans les selles → en cas de positivité, cela ne signifie pas qu'il y a un cancer → en cas de positivité il faudra pratiquer une coloscopie » pourra diminuer le nombre de coloscopies non pratiquées en cas de positivité par l'intermédiaire de deux mécanismes :

- le patient ne réalise pas de test de recherche de sang occulte dans les selles s'il n'envisage pas de réaliser une coloscopie en cas de positivité.
- le patient adhère pleinement au dépistage et a démystifié la coloscopie en en parlant avec son médecin traitant.

Dans les deux cas l'outil consultation-type aura permis au médecin de rechercher l'adhésion de son patient par son augmentation de l'utilisation de la rubrique « coloscopie ».

- **Améliorer la communication centrée sur le patient**

En supprimant les questions de relance, et en ne proposant qu'une seule fois une question fermée au patient, la dimension de centrer sa communication sur le patient n'est pas mise en valeur. La suppression d'items jugés peu utiles par les médecins évaluateurs permet d'ajouter ces relances

dans la version finale de l'outil. Une réévaluation de l'outil centrée sur cet aspect est envisageable.

Il est possible que la forme même d'un outil de « consultation-type » ne soit pas adaptée à une approche centrée sur le patient. Une proposition de consultation type risque de conforter le médecin utilisateur dans un discours standard, sans l'adapter au patient. Le texte explicatif figurant au verso de l'outil « consultation-type » a pour but d'inciter le praticien à construire un discours personnalisé et adapté à chaque individu à partir des différents arguments de la colonne de droite de l'outil.

Les médecins généralistes n'ont pas une attitude centrée sur le patient lors des consultations de dépistage du cancer colorectal. Ils posent des questions fermées, conservent les mêmes plans de consultation et délivrent une information technique en majeure partie. (18) L'outil « consultation-type » final doit donc aider dans les limites de son format à favoriser les échanges médecin-patient en délaissant les informations techniques maîtrisées par les médecins au profit de quelques questions ouvertes et relances.

L'outil a vocation à accompagner une formation qui insisterait sur l'entretien motivationnel, l'obtention de l'adhésion du patient au dépistage organisé du cancer colorectal et une approche centrée sur le patient. Dans ces dispositions sa fonction de rappel et d'enrichissement de l'argumentaire du médecin auraient une efficacité optimale.

9. Un gain de temps en consultation?

L'utilisation de l'outil par les médecins de l'échantillon leur a permis de délivrer le test plus rapidement. Il existe un sentiment de gain de temps, en particulier chez les médecins n'ayant pas recours à une consultation spécialement dédiée au dépistage. Ce sentiment de gain de temps peut permettre au médecin de proposer le dépistage à des patients pour lesquels ce n'est pas un motif de consultation ou qui les sollicitent en fin de consultation. L'absence de groupe contrôle et l'absence de chronométrage du temps alloué au sein de la consultation à la prévention du cancer colorectal ne permet pas d'affirmer la reproductibilité de ce résultat. Le temps de lecture de l'outil est très court, il diminue à chaque relecture ce qui renforce ce sentiment de gain de temps. Pour la majorité des médecins de l'échantillon, la remise du test Hémocult II® ne leur demande que rarement « trop de temps ». Le temps, aussi bien administratif que de communication, ne semble pas être un obstacle majeur pour les médecins de l'échantillon observé. Comme le suggère l'étude EDIFICE 2 et d'autres études qualitatives explorant les obstacles des médecins à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, c'est surtout le manque d'entraînement

et le manque de formation qui préoccupe les médecins généralistes puis secondairement le manque de temps et d'autres facteurs. (18, 22, 23) Il n'y a que très peu d'intérêt à faire la différence entre gain de temps effectif et sentiment de gain de temps dans la pratique courante.

Le sentiment de gain de temps procuré par l'outil consultation-type va permettre au praticien d'aborder plus souvent le dépistage et de donc par la répétition de s'entraîner et d'améliorer son argumentaire. Plus qu'un gain de temps effectif, c'est cet entraînement qui est recherché dans l'utilisation de l'outil.

10. Une augmentation des consultations de dépistage

L'utilisation de l'outil permet de proposer le test plus souvent. L'outil sert donc de rappel pendant sa période d'utilisation par les médecins généralistes. L'utilité modeste des rappels ou « reminders » a été démontrée dans certaines études (27). Cela ouvre plusieurs perspectives pour l'outil « consultation-type » telles que sa distribution à l'issue de formations centrées sur la communication médecin-patient ou encore sa distribution de façon périodique aux médecins intéressés tous les 6 mois ou tous les ans. Les médecins de l'échantillon ont accueilli favorablement l'outil « consultation-type », ils déclaraient que celui-ci avait amélioré « souvent » leur pratique du dépistage. Ceci est encourageant pour toutes les investigations en cours portant sur l'utilité ou l'efficacité de rappels sous forme de courriel ou de courrier postal, mais à condition que ceux-ci aient un contenu correspondant aux attentes du médecin généraliste.

L'outil « consultation-type » ne se résume pas à sa qualité de rappel. Sa structure permet au praticien de se représenter le plan de la consultation de dépistage. Il apporte des éléments épidémiologiques à l'argumentaire du médecin généraliste. Il est également probable que le sentiment de gain de temps qu'il procure chez une majorité des utilisateurs permette d'aborder spontanément le dépistage plus souvent. L'évaluation de l'outil sur une longue période, entre 6 mois et deux ans, et sur un critère d'efficacité tel que le nombre de tests de recherche de sang occulte dans les selles, effectué chez un praticien utilisant l'outil, permettrait de déterminer si l'outil seul peut améliorer quantitativement le dépistage du cancer colorectal. Cette fonction de rappel pourrait être confirmée par d'autres investigations, notamment celles sur l'impact de rappels par messages électroniques, en cours en Seine-et-Marne.

11. Comparaison avec les autres ressources adressées aux médecins généralistes

L'outil « consultation-type » est une ressource originale et utile en consultation de médecine générale.

Il existe principalement deux types de supports pour le dépistage du cancer colorectal, les informations des centres de dépistage départementaux (exemple de Paris, Annexe 7) et la fiche information de l'INCa (Annexe 8). Il existe autant de formats et de contenus informatifs que d'associations de dépistage. Pour Paris, une fiche A4 recto-verso rappelle au médecin les différents niveaux du dépistage et insiste sur les modalités techniques et les indications à la coloscopie. D'autres informations figurent sur le bordereau de remise de test sur les résultats du test, les faux positifs, les faux négatifs, et ses indications. La forme diffère toujours d'un département à l'autre, les informations adressées aux médecins ont surtout pour but de faire transmettre les exclusions définitives et temporaires au test, de diminuer les tests ininterprétables et d'augmenter le taux de coloscopies en cas de test positif comme mentionné dans leur cahier des charges (11). La fiche INCa rappelle les étapes chronologiques du dépistage chez les patients de risque moyen au recto puis les autres cas au verso avec un rappel sur l'articulation avec la coloscopie.

L'outil « consultation-type » est inscrit dans une démarche de matériel mis à disposition du médecin pour délivrer une information centrée sur le patient. Il n'est pas comparable aux autres supports disponibles et dispose d'assez peu d'informations pour être mémorisé au fil des utilisations. L'avantage de l'outil « consultation-type » est aussi dans sa conception, à partir de phrases formulées par des médecins en consultation et évalué par des médecins après l'avoir utilisé en consultation. Cela assure de son utilité dans les conditions d'une consultation de médecine générale en temps que rappel, et ressource de consultation y compris quand le dépistage du cancer colorectal n'est pas un des motifs de consultation.

12. Les modifications apportées par les médecins

Le questionnaire d'évaluation de l'outil était présenté comme facultatif. Il fallait 30 minutes pour y répondre. Les réponses des médecins ont permis de réduire la partie « modalité du test » qui est ressortie clairement comme la moins utile aux médecins généralistes et d'ajouter la notion de « préparation colique » à la rubrique coloscopie. La réduction de la partie « modalités du test » permet de rendre la version finale de l'outil « consultation-type » utilisable aussi bien pour le test Hémocult II® que pour un test immunologique. La version finale de l'outil pourrait être testée

auprès de médecins généralistes formulant des réticences au passage à un test immunologique. La suppression des items « Négatif 97/100 » et « La prise de fortes doses de vitamine C peut fausser le résultat » dans la rubrique résultats et de « Sur 10 jours maximum, conserver à température ambiante » dans la rubrique modalité du test a procuré de l'espace pour ajouter des relances du patient comme souhaité à l'origine par la proposition de consultation type (Annexe 1) sous la forme de deux items :

- « **Avez-vous compris ? Avez-vous des questions ?** » dans la rubrique coloscopie comme conclusion
- « Que savez-vous du dépistage du cancer colorectal ? » dans la rubrique modalités du test

Ces suppressions résultent de son très faible score pour l'item « Négatif 97/100 » et du fait qu'elles soient spécifiques au test Hémocult II® pour les deux autres items supprimés.

L'ordre des items a été également modifié : les items ayant le ratio « utilisé après/utilisé avant » le plus élevé étant placés en premier.

Trois items n'ont pas été considérés comme « compréhensibles ou lisibles » par l'unanimité des médecins évaluateurs. Ceux-ci ont donc été modifiés (Annexe 5).

CONCLUSION

Parmi les acteurs du dépistage organisé du cancer colorectal, les médecins généralistes ont la possibilité d'améliorer la participation de leurs patients. Augmenter la participation de la population de risque moyen de cancer colorectal est un enjeu primordial pour les pouvoirs publics mais aussi pour les médecins généralistes, spécialistes de la prévention et du dépistage. Les médecins généralistes sont à l'aise avec la délivrance de l'Hémocult II® aussi bien pour expliquer son utilisation que pour envisager les résultats possibles avec leur patient quand celui-ci a un désir de dépistage. Ils ne recherchent pas systématiquement les indications à l'Hémocult II® et ne parlent pas souvent de la coloscopie. L'outil « consultation-type » qui a été conçu à partir de consultations de médecins généralistes, permet aux médecins qui le souhaitent, d'aborder le dépistage avec les patients concernés quand ils se présentent pour un autre motif et de délivrer une information exhaustive en peu de temps. Il est considéré par les médecins qui l'ont utilisé pendant quelques semaines comme utile pour améliorer leur pratique du dépistage, citer des données épidémiologiques, aborder la coloscopie avant les résultats et gagner du temps dans la remise du test de recherche de sang occulte dans les selles. Centrer la communication du médecin généraliste sur le patient est indispensable à l'adhésion de celui-ci au dépistage. L'outil « consultation-type » n'est pas utile pour lever des freins exprimés par le patient. Les médecins généralistes n'ont pas besoin d'améliorer leur communication pour expliquer les modalités du test Hémocult II®. L'outil « consultation-type » peut être distribué aux médecins généralistes qui le souhaitent en complément d'une formation au dépistage centrée sur la communication au patient. Il peut être également utilisé comme rappel et remis aux médecins par les associations de dépistage des cancers. Il pourrait être envisagé de d'évaluer son efficacité sur le nombre de tests délivrés par les médecins ou lus par les laboratoires de dépistage. Il peut être testé dans le cadre de consultations de prévention, effectuées par des médecins ou d'autres soignants, pharmaciens, infirmiers, étudiants en médecine, ou en recherchant une augmentation de la participation à long terme. Il est également envisageable de tester son efficacité dans un essai contrôlé randomisé si l'assurance maladie y participe afin de disposer de données personnalisées des médecins et de leur patientèle. L'évaluation qualitative de l'outil par sept médecins de l'échantillon a permis d'apporter des modifications de fond de l'outil consultation type. Sa forme n'a pas été soumise à une évaluation.

L'outil « consultation-type » est décliné en deux versions utilisables pour la recherche de sang occulte dans les selles en fonction du test envisagé, Hémocult II® ou test immunologique.

BIBLIOGRAPHIE

1.
InVS | BEH n°02-03 (13 janvier 2009). Numéro thématique - Dépistage organisé du cancer colorectal en France Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/02_03/index.htm
2.
La situation du cancer en France en 2012 - Publications - Institut National Du Cancer [Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/629-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012>
3.
O'Connell JB, Maggard MA, Ko CY. Colon cancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer sixth edition staging, Natl Cancer Inst. 2004 Oct 6;96(19):1420-5..
4.
Clavel-Chapelon F, Boutron-Ruault M.-Ch, *Viande, poisson et cancer colorectal*, M/S médecine/sciences, 2005, 21, 10, 866-867
5.
Dépistage du cancer colorectal : confirmation de la diminution de la mortalité'', Rev Prescrire 1er février 2003
6.
Faivre J. Et Al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004;126(7):1674-80
7.
Perez-Rusques H. Auto évaluation des dossiers médicaux de 59 médecins généralistes du Haut-Rhin dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal [Internet] [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2011 [cité 1 sept 2012]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/150111517>
- 8-
Faivre J Comparison between a guaiac and three immunochemical faecal occult blood tests in screening for colorectal cancer Eur J Cancer 2012 Nov;48(16):296976. doi:10.1016/j.ejca.2012.04.007. Epub 2012 May 7
9.
Dépistage des cancers colorectaux par tests immunologiques. Plus de coloscopies et de cancers détectés qu'avec des tests Hemocult° Rev Prescrire 2012 ; 32 (345) : 522-525.
10.
Faivre J, Tazi MA. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des tumeurs colorectales. Gastroenterol Clin Biol 1995 ; 19(4): 361-3
11.
Plan cancer 2009-2013 Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr/>
12.
Libion, F., and D. Doumont. "Programme de dépistage du cancer colorectal: quelles recommandations pour quelle efficacité? Tour d'horizon de pays occidentaux." (2007): 07-46.
13.
Youssefian A, Aubin-Auger I, Aubert J P. Formation des médecins généralistes aux méthodes de communication efficacité dans le depistage du cancer colorectal. Un essai randomisé contrôlé en cluster.. Thèse d'exercice de médecine, Université Paris Diderot - Paris 7. 2013
14.
Gledel A. Etude qualitative freins au dépistage du cancer colorectal du côté des patients [Thèse d'exercice]. [France] Université d'Angers; 2009.

15.

Rozoy E. Comment améliorer la participation au dépistage organisé du cancer colorectal dans la Marne Enquête auprès des médecins généralistes après la première campagne [Internet] [Thèse d'exercice]. [[s.l.]] [s.n.]; 2008 . Disponible sur <http://www.sudoc.fr/123482526>

16.

Bismuth M. La consultation de délivrance du test Hémocult dans le cadre du dépistage organisé : étude qualitative [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2011 Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/156089823>

17.

Phouphetlinthong J, Ferrand O, Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine, Université François Rabelais. Ressenti des patients lors de la remise du test de dépistage du cancer colorectal par leur médecin généraliste : étude réalisée dans le Cher en 2011 à partir d'un questionnaire Tours: SCD de l'université de Tours; 2011 Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/157463249>

18.

Aubin-Auger I, Mercier alain. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *fam pract.* 2011;(28)::670-676.

19.

Oudovenko A, Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal : recherche-action auprès des médecins généralistes du Val-de-Marne Thèse d'exercice. Faculté de médecine de Créteil. 2013

20.

Kenigsberg M , Nougairède M, "Etude du dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult chez 16 médecins généralistes d'un pôle de santé ". Thèse d'exercice de médecine, Université Paris Diderot - Paris 7 Soutenue le 27/06/2013.

21.

Enault m a. Difficultés posées par le dépistage du cancer colorectal par test Hemocult chez les médecins généralistes du Val d'Oise. | Base documentaire | BDSP [Internet]. paris diderot; 2012 . Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/457409/>

22.

Viguié, J., Calazel-Benque, A., Eisinger, F., & Pivot, X. Organized colorectal cancer screening programmes: how to optimize efficiency among general practitioners. *European Journal of Cancer Prevention*, 20, S26-S32. 2011

23.

Gimeno García, A. Z. Factors influencing colorectal cancer screening participation. *Gastroenterology research and practice*, 2012.

24.

Le Breton, J, et al. "Improving participation in colorectal cancer screening: Targets for action." *Preventive Medicine*, 2012

25.

Fon Sing, M, Klervi L, and N Duport. "Characteristics of French people using organised colorectal cancer screening. Analysis of the 2010 French Health, Healthcare and Insurance Survey." *Preventive medicine*, 2013

26.

Bous, A. "Facteurs de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal: point de vue des patients en Haute-Normandie." Thèse d'Exercice. Faculté de médecine de Rouen (2013).

27.

Holden, D. J., Harris, R., Porterfield, D. S., Jonas, D. E., Morgan, L. C., Reuland, D., ... & Lyda-McDonald, B. Enhancing the use and quality of colorectal cancer screening, 2010

ANNEXES

Annexe 1 : la consultation type, extrait de la thèse de M Bismuth, 2011

<p>1) Introduire la consultation</p> <p>Objectif : valoriser l'acte de dépistage, informer du déroulement de la consultation</p>	<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 consultation, je vous renouvelerai votre traitement ...</p>
<p>2) Recherche d'un test antérieur</p> <p>Objectif : recherche d'éligibilité, expérience du test déjà réalisé</p>	<p>-Avez-vous déjà fait le test hemocult ?</p> <p>-A quelle date aviez-vous réalisé ce test ?</p>
<p>3) Evaluation du niveau de risque</p> <p>Objectif : recherche d'éligibilité, ne pas sous-estimer les patients à risque (ATCD personnel de CCR ou adénome) (ATCD familial de CCR ou adénome / MICI / PAF / HNPCC /Syndrome de Lynch) , expliquer la notion de parent du premier degré (1 parent de moins de 65 ans, ou 2 parents quelque soit l'âge)</p>	<p>-Avez-vous déjà eu du sang dans les selles jusqu'à ce jour ?</p> <p>-Avez-vous déjà fait une coloscopie ? (si oui) Avaient-ils trouvé quelque chose, un polype à la coloscopie ? A quelle date avez-vous réalisé cette coloscopie ? Est-ce que cette coloscopie date de plus de 5 ans ?</p> <p>-Est-ce qu'un de vos parents, de vos frères ou sœurs ou de vos enfants a déjà passé une coloscopie ? A déjà eu des problèmes aux intestins /polypes /cancer ?</p>
<p>4) Tester les connaissances de son patient</p> <p>Objectif : Evaluer les connaissances pour adapter ses explications, adopter une approche centrée pour renforcer l'implication du patient</p>	<p>-Savez-vous pourquoi vous faites ce dépistage aujourd'hui</p> <p>-Que savez-vous du dépistage préventif du cancer colorectal ?</p> <p>-Que savez du test hemocult ?</p> <p>-En avez-vous déjà entendu parler à la</p>

	télévision? à la radio? Qu'en avez-vous retenu? Qu'avez-vous compris?
<p>5) Epidémiologie du CCR</p> <p>Objectif : informer le patient sur la fréquence et la gravité du CCR. Souligner l'intérêt d'un dépistage et d'un diagnostic précoce</p>	<p>-C'est un cancer qui touche beaucoup de français/ 40 000 nouveaux cas par an et 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/des thérapeutiques/des traitements nous permettent de soigner 9 personnes sur 10 / 95% des malades si on le dépiste suffisamment tôt</p>
<p>6) Histoire naturelle du CCR</p> <p>Objectif : Rassurer le patient, expliquer la notion prépondérante des lésions précancéreuse.</p> <p>Inscrire le patient dans un dépistage biannuel : condition indispensable au succès</p>	<p>-l'avantage que nous avons aujourd'hui, c'est de pouvoir agir avant que le cancer ne se développe, le test nous permet de trouver des lésions précancéreuses / qui ne sont pas encore un cancer / des polypes afin d'éviter qu'ils ne se transforment/ 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>7) Comparaison à d'autres dépistages</p> <p>Objectif : expliquer la notion de lésion précancéreuse. Insister sur la réalisation d'un dépistage préventif non diagnostic</p>	<p>-La mammographie permet de dépister un début de cancer tandis que ce dépistage permet de révéler une lésion précancéreuse/qui n'est pas encore un cancer</p> <p>-Le dépistage du cancer colorectal permet comme le frottis du col de l'utérus que vous pratiquez de dépister une lésion qui n'est pas encore un cancer</p>
<p>8) Présentation du test Hemocult</p> <p>Objectif : Rappeler l'objectif, décrire les</p>	<p>-Le test Hemocult permet de dépister du sang microscopique / non visible/ que l'on ne voit pas dans les selles</p>

<p>différentes étapes, s'assurer de la bonne compréhension</p> <p>Montrer les différents éléments, rassurer le patient, responsabiliser le patient, justifier les explications données, faire une démonstration</p>	<p>-Je vais vous montrer l'ensemble des éléments</p> <p>-Vous avez 1 cartons avec 2 carrés A et B dans chaque case, 1 bâton par carré soit 6 bâtons. Il faut prélever 2 petits morceaux, de selle sur 3 selles successives</p> <p>-La selle ne doit pas entrer en contact avec l'eau ou les urines, alors vous devez mettre du papier journal pour recueillir vos selles</p> <p>-Il faut conserver les cartons à l'air libre, à température ambiante</p> <p>-Vous avez 10 jours pour réaliser ces prélèvements</p> <p>- Une fois cela fini et seulement quand vous avez fini, vous mettez les 3 cartons dans le plastique et vous envoyez dans l'enveloppe pré-remplie et pré-timbrée</p> <p>- Avez-vous bien compris la démarche à suivre ?</p>
<p>9) Référence au mode d'emploi</p> <p>Objectif : profiter de l'aide du mode d'emploi</p>	<p>-Le mode d'emploi est très bien fait</p>
<p>10) Avantages liés à la réalisation du test Hemocult</p> <p>Objectif : Rassurer le patient, insister sur les avantages</p>	<p>-C'est un test simple, facile à faire, qui n'est pas douloureux</p> <p>-C'est un test entièrement gratuit</p> <p>-C'est un test qu'on peut faire à la maison</p>
<p>11) Aide proposée par le médecin</p>	<p>-Je vais vous montrer l'ensemble des éléments</p> <p>-Avez-vous un transit régulier ?</p> <p>(en fonction de la réponse) « Donc pour vous ce sera 1 selle par jour soit 3 jours de suite » ou « 1 selle tous les 2 jours donc 6 jours</p> <p>-Le test n'aime pas l'eau », « le test ne supporte pas l'humidité</p> <p>-Le réactif se trouve derrière la plaque en</p>

	<p>carton... donc il ne faut pas que le carton soit trop détrempé -Le test se lit en périphérie donc il ne faut pas que votre prélèvement déborde trop : une petite lentille suffit</p> <p>-Trois fois de suite, c'est important car s'il y a un polype qui saigne, nous avons plus de chance de le retrouver sur trois selles</p> <p>-Vous mettez les tests au dernier moment parce que le plastique fait macérer</p> <p>-Nous allons faire une petite démonstration avec un peu de crème ou de vaseline</p>
<p>12) Réception des résultats</p> <p>Objectif : favoriser l'accompagnement</p>	<p>-Nous devrions recevoir, vous et moi, le résultat d'ici une quinzaine de jours</p> <p>-Si vous avez une question sur vos résultats, n'hésitez pas à me contacter</p>
<p>13) Résultats négatifs</p> <p>Objectif : prendre en considération la peur générée par les résultats. Rassurer le patient. Avertir de l'intérêt de consulter si apparition de symptômes dans l'intervalle. Nouvelle opportunité d'inscrire le patient dans un dépistage bi annuel. Tester la bonne compréhension</p>	<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 brutal, vous venez me consulter comme à votre habitude</p> <p>-C'est très bien MAIS comme je vous l'ai expliqué précédemment, il faut refaire le test tous les deux ans pour être sûr de ne pas passer à côté de quelque chose /d'un polype /d'un problème débutant</p> <p>-Avez-vous compris pourquoi il faut refaire ce test tous les deux ans ? Avez-vous compris pourquoi si nous ne faisons pas ce test tous les deux ans nous ne serons pas efficaces ? Nous risquons de passer à côté de quelque chose...</p>

<p>14) Faux négatifs</p> <p>Objectif : inscrire dans un dépistage biannuel (vision à long terme). S'assurer que son patient ne consomme pas de forte dose de Vitamine C.</p>	<p>C'est un test qui ne dépiste pas tous les problèmes notamment parce que les lésions saignent de façon intermittente mais dans la répétition du test et la surveillance d'éventuels symptômes, nous pouvons dépister une grande majorité des lésions</p>
<p>15) Test positif</p> <p>Objectif : informer sur la signification d'un test positif. Convaincre le patient de réaliser une coloscopie (garder à l'esprit que 15% des patients ayant un test positif ne font pas de coloscopie)</p>	<p>-Dans moins d'un cas sur dix (3%), le test va être positif, c'est-à-dire que nous avons retrouvé un peu de sang dans les selles</p> <p>-à ce moment-là, il faut accepter de réaliser une coloscopie</p>
<p>16) La coloscopie</p> <p>Objectif : tester les connaissances et expérience personnelles. Expliquer le déroulement de l'examen</p>	<p>Savez-vous ce qu'est une coloscopie ?</p> <p>- C'est passer une petite caméra qui nous permet de voir à l'intérieur vos intestins</p> <p>-Un examen sous AG 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>17) Résultats de la coloscopie</p> <p>Objectif : Dépistage « préventif » d'une lésion précancéreuse. Rassurer le patient. Intérêt du dépistage précoce</p>	<p>-Dans 5 cas sur 10, nous ne trouvons pas de problème et nous continuerons de surveiller</p> <p>-Dans 4 cas sur 10, nous trouvons un polype</p> <p>-Et seulement dans 1 cas sur 10, nous trouvons un cancer qui quand nous le dépistons tôt se soigne très bien (94% de survie à 5 ans)</p>
<p>18) Faux positifs</p> <p>Remarque : difficultés de discuter des cas de FP, risque de décourager le patient</p>	<p>-Le test est un test hautement spécifique (98%). Nous ne retrouvons que 2% de faux positifs. - Théoriquement possible en cas d'ingestion de viandes rouges ou de certains fruits et légumes (navets, brocolis, choux fleurs, radis, melon...) ayant une activité peroxydase, de prise d'AINS dont l'aspirine, de saignement gynécologique</p>

	ou lié à des hémorroïdes
<p>19) Place de la prévention primaire</p> <p>Objectif : Introduire sur des éléments de prévention primaire, pas de recommandations actuellement disponibles en France</p>	<p>-Nouvelle Etude Danoise, <i>Kirkegaard, H. et al. Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. BMJ 2010 ; 341 : c5504-c5504</i>, qui a permis d'élaborer un score comprenant 5 règles d'hygiène de vie permettant de réduire la mortalité du cancer colorectal de 23% : tour de taille moins de 88 cm femme, 102 pour les hommes, qualité de l'alimentation, consommation d'alcool (7 verres par semaine pour les femmes et 14 verres pour les hommes), ne pas fumer, un minimum de 30 min d'activité physique par jour</p>

<p>Item 1</p> <p style="text-align: center;">INDICATIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 50-74 ans • 0 atcd polype, cancer premier degré (père-mère avant 65ans frère sœur, enfants). • Pas de trouble digestif, de rectorragie d'amaigrissement récent • Pas de coloscopie les 5 dernières années
<p>Item 2</p> <p style="text-align: center;">HISTOIRE NATURELLE DU CANCER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous reçu le courrier du dépistage hémocult ? • Cancer FREQUENT 40 000 nouveaux cas par an • Cancer qui se guérit 9/10 si dépisté tôt • Polype= lésion précancéreuse qui met 10 ans à donner un cancer
<p>Item 3</p> <p style="text-align: center;">MODALITES DU TEST</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche de sang microscopique dans les selles • Les polypes saignent de façon intermittente, il faut donc répéter le test • Test gratuit, indolore, simple • Trois selles consécutives. Les selles ne doivent pas entrer en contact avec l'eau • Sur 10 jours maximum, conserver à température ambiante • Mode d'emploi très détaillé, attention aux erreurs d'étiquette !
<p>Item 4</p> <p style="text-align: center;">RESULTATS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Envoyés 15 -30 jours après au médecin ET au patient • Négatif 97/100 • La prise de fortes doses de vitamine C peut fausser le résultat • Si négatif refaire dans 2 ans, mais consulter si symptôme digestif d'intervalle • Si positif cela ne signifie pas qu'il y a un cancer • Si positif reconsulter pour planifier une coloscopie
<p>Item 5</p> <p style="text-align: center;">LA COLOSCOPIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie générale, durée 30 minutes • Normale dans 5 cas sur 10 • Polype dans 4 cas sur 10, qui est retirée pendant l'examen • Cancer dans 1 cas sur 10

Annexe 3 : Questionnaire recueil de données

QUESTIONNAIRE

APPRÉCIATION D'UN OUTIL « AIDE AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL »

Bonjour,

Merci d'avoir testé dans le cadre de votre pratique médicale l'outil d'aide à la consultation de dépistage du cancer colorectal. Vos réponses permettront de modifier l'outil pour le rendre plus adapté aux conditions de consultation, et de répondre à la question de son utilité en consultation de médecine générale.

Pour rappel l'outil a été synthétisé à partir de consultations **réelles** enregistrées par différents médecins généralistes gros prescripteurs et faibles prescripteurs du test hémocult®.

Le Questionnaire s'articule en 3 parties :

- Informations personnelles **anonymes**
- les freins à la remise du test, votre pratique, les réponses apportées par l'outil
- évaluation systématique de chaque item de l'outil afin d'y apporter des modifications

PARTIE 1

1. Quel âge avez-vous ? _____
2. Êtes-vous un homme une femme
3. Votre année d'installation _____
4. Votre année de soutenance de thèse _____
5. Dans quel département exercez-vous ? _____
6. Exercez-vous seul en groupe
7. Êtes-vous Maître de Stage Universitaire ? OUI NON
8. Avez-vous suivi une formation sur le dépistage du cancer colorectal ? OUI NON
9. Si oui, pour la plus récente, de quelle nature ?
 - Réunion de pairs
 - Formation initiale
 - Visite Déléguée de prévention
 - FMC / DPC magistrale
 - Autre _____
10. Savez-vous combien de tests vous délivrez chaque année ?
 1. Moins de 20 (moins d'un test toutes les 2 semaines)
 2. Entre 20 et 50
 3. Plus de 50 (un test toutes les semaines)
 4. Plus de 100
 5. Plus de 200
11. Combien d'actes pratiquez-vous en ce moment?
Par semaine ? _____
Par jour ? _____

PARTIE 2

Les Freins au dépistage dans votre pratique courante, **ne cocher qu'une seule case**

1. **Vous avez recours à une consultation dédiée à la remise du test hémocult®**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
2. **Vous proposez le test spontanément**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
3. **Vous éprouvez des difficultés à expliquer les modalités du test**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
4. **La remise du test vous demande trop de temps**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
5. **Avez-vous pour habitude de faire une démonstration au patient?**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
6. **Vous recherchez les indications au dépistage par coloscopie**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
7. **Lors de la remise du test, vous parlez des résultats possibles**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT

L'évaluation de l'outil « aide au dépistage du cancer colorectal » sur votre pratique

1. **L'outil qui vous a été remis vous a permis de proposer le test spontanément**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
2. **L'outil vous a permis de prescrire directement une coloscopie à un patient**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
3. **L'outil vous a permis de citer quelques données épidémiologiques**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
4. **L'outil vous a facilité l'explication des modalités du test**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
5. **L'outil vous a permis d'aborder plus facilement les résultats du test**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
6. **L'outil vous a permis de remettre le test plus rapidement**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
7. **L'outil vous a permis d'évoquer la coloscopie**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
8. **L'outil vous a permis de proposer le test à des patients à qui vous ne l'auriez pas proposé**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT
9. **L'outil vous a permis d'améliorer votre pratique du dépistage du cancer colorectal**
JAMAIS RAREMENT SOUVENT SYSTÉMATIQUEMENT

ITEM 1: INDICATIONS

Proposeriez-vous un(e) argument/information supplémentaire? _____

50-74 ans

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. Proposeriez-vous une autre formulation ? _____

0 atcd polype, cancer premier degré (père-mère avant 65ans frère sœur, enfants).

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. Proposeriez-vous une autre formulation ? _____

Pas de trouble digestif, de rectorragie d'amaigrissement récent

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. Proposeriez-vous une autre formulation ? _____

Pas de coloscopie les 5 dernières années

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. Proposeriez-vous une autre formulation ? _____

ITEM 2 : HISTOIRE NATURELLE DU CANCER COLORECTAL

Proposeriez-vous un(e) argument/information supplémentaire? _____

Avez-vous reçu le courrier du dépistage hémocult® ?

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation ? _____ | | | | |

Cancer FREQUENT 40 000 nouveau cas par an

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation ? _____ | | | | |

Cancer qui se guérit 9/10 si dépisté tôt

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation ? _____ | | | | |

Polype= lésion précancéreuse qui met 10 ans à donner un cancer

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation _____ | | | | |

ITEM 3 : MODALITÉS DU TEST

Proposeriez-vous un(e) argument/information supplémentaire? _____

Recherche de sang microscopique dans les selles

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. **Proposeriez-vous une autre formulation ?** _____

Les polypes saignent de façon intermittente, il faut donc répéter le test

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. **Proposeriez-vous une autre formulation ?** _____

Test gratuit, indolore, simple

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. **Proposeriez-vous une autre formulation ?** _____

Trois selles consécutives. Les selles ne doivent pas entrer en contact avec l'eau

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. **Proposeriez-vous une autre formulation ?** _____

Sur 10 jours maximum, conserver à température ambiante

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. **Proposeriez-vous une autre formulation ?** _____

Mode d'emploi très détaillé, attention aux erreurs d'étiquette !

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
5. **Proposeriez-vous une autre formulation ?** _____

ITEM 4 : RÉSULTATS

Proposeriez-vous un(e) argument/information supplémentaire?

Envoyés 15 -30 jours après au médecin ET au patient

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
 5. Proposeriez-vous une autre formulation ?
-

Négatif 97/100

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
 5. Proposeriez-vous une autre formulation ?
-

La prise de fortes doses de vitamine C peut fausser le résultat

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
 5. Proposeriez-vous une autre formulation ?
-

Si négatif refaire dans 2 ans, mais consulter si symptôme digestif d'intervalle

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
 5. Proposeriez-vous une autre formulation ?
-

Si positif cela ne signifie pas qu'il y a un cancer

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
 5. Proposeriez-vous une autre formulation ?
-

Si positif, reconsulter pour planifier une coloscopie

1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? OUI NON
 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? OUI NON
 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? OUI NON
 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? OUI NON
 5. Proposeriez-vous une autre formulation ?
-

ITEM 5 : LA COLOSCOPIE

Proposeriez-vous un(e) argument/information supplémentaire?

Anesthésie générale, durée 30 minutes

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation ? | | | | |
-

Normale dans 5 cas sur 10

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation ? | | | | |
-

Polype dans 4 cas sur 10, qui est retirée pendant l'examen

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation ? | | | | |
-

Cancer dans 1 cas sur 10

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1. Utilisez-vous déjà cet argument/information en consultation ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cet argument/information vous semble convaincante ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cet argument/information était illisible ou incompréhensible ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cet argument/information est inutile ou superflue ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 5. Proposeriez-vous une autre formulation ? | | | | |
-

<p>Item 1</p> <p>INDICATIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 50-74 ans • Pas de coloscopie les 5 dernières années • Pas de trouble digestif, de rectorragie d'amaigrissement récent • 0 atcd polype, cancer premier degré (père-mère avant 65ans frère sœur, enfants).
<p>Item 2</p> <p>HISTOIRE NATURELLE DU CANCER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous reçu le courrier du dépistage hémocult ? • Cancer FREQUENT, 40 000 nouveaux cas par an • Polype = lésion précancéreuse qui met 10 ans à donner un cancer • Cancer qui se guérit 9 fois sur 10 si dépisté tôt
<p>Item 3</p> <p>MODALITES DU TEST</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que savez-vous du dépistage du cancer colo-rectal ? • Recherche de sang microscopique dans les selles • Test gratuit, indolore, simple • Trois selles consécutives. Les selles ne doivent pas entrer en contact avec l'eau • Mode d'emploi très détaillé, attention aux erreurs d'étiquette !
<p>Item 4</p> <p>RESULTATS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si positif cela ne signifie pas qu'il y a un cancer • Si négatif refaire dans 2 ans, mais consulter si symptôme digestif d'intervalle • La prise de fortes doses de vitamine C peut fausser le résultat • Si positif reconsulter pour planifier une coloscopie • Envoyés 15 jours après au médecin ET au patient
<p>Item 5</p> <p>LA COLOSCOPIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie générale, durée 30 minutes • Préparation colique contraignante la veille • Normale dans 5 cas sur 10 • Polype dans 4 cas sur 10, qui est retiré pendant l'examen • Cancer dans 1 cas sur 10 • Avez-vous compris ? Avez-vous des questions ?

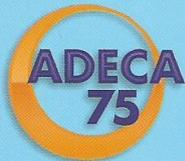
<p>Item 1</p> <p>INDICATIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 50-74 ans • Pas de coloscopie les 5 dernières années • Pas de trouble digestif, de rectorragie d'amaigrissement récent • 0 atcd polype, cancer premier degré (père-mère avant 65ans frère sœur, enfants).
<p>Item 2</p> <p>HISTOIRE NATURELLE DU CANCER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous reçu le courrier du dépistage hémocult ? • Cancer FREQUENT, 40 000 nouveaux cas par an • Polype = lésion précancéreuse qui met 10 ans à donner un cancer • Cancer qui se guérit 9 fois sur 10 si dépisté tôt
<p>Item 3</p> <p>MODALITES DU TEST</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que savez-vous du dépistage du cancer colo-rectal ? • Recherche de sang microscopique dans les selles • Test gratuit, indolore, simple • Prélèvement sur une seule selle ! Les selles ne doivent pas entrer en contact avec l'eau • Mode d'emploi très détaillé, attention aux erreurs d'étiquette !
<p>Item 4</p> <p>RESULTATS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si positif cela ne signifie pas qu'il y a un cancer • Si négatif refaire dans 2 ans, mais consulter si symptôme digestif d'intervalle • Faux négatifs à des températures supérieures à 20°C • Si positif reconsulter pour planifier une coloscopie • Envoyés 15 jours après au médecin ET au patient
<p>Item 5</p> <p>LA COLOSCOPIE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anesthésie générale, durée 30 minutes • Préparation colique contraignante la veille • Normale dans 5 cas sur 10 • Polype dans 4 cas sur 10, qui est retiré pendant l'examen • Cancer dans 1 cas sur 10 • Avez-vous compris ? Avez-vous des questions ?

Annexe 6 : Grille de rémunération des médecins (source : CDC 93)

Modalités d'indemnisation

Le principe est celui d'une indemnisation forfaitaire individuelle et évolutive, conditionnée à la signature de la convention

Nombre d'Hémocults lus sur l'année de référence	Rémunération annuelle totale cumulée du médecin
De 10 à 20 tests	60 euros
De 21 à 50 tests	180 euros
De 51 à 100 tests	430 euros
De 101 à 200 tests	1031 euros



Organisation du
dépistage des
cancers à Paris

REMISE DU TEST HÉMOCCULT II®

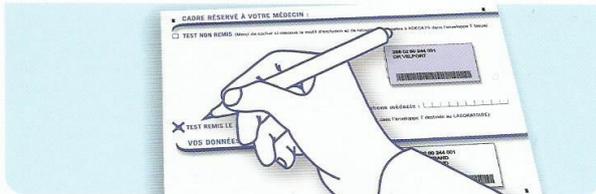


Patient de 50 à 74 ans
qui a sa lettre d'invitation



Est-il éligible au test Hémoccult II® ?

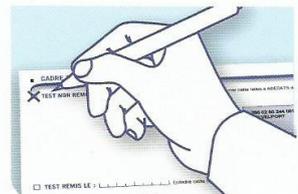
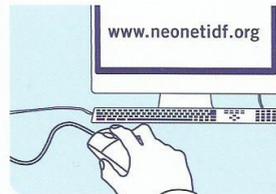
OUI



- Remplir le dos de la lettre d'invitation du patient et y coller votre étiquette bleue (vous pouvez préciser votre téléphone)
- Remettre au patient sa lettre d'invitation et le test dans l'enveloppe T destinée au laboratoire.

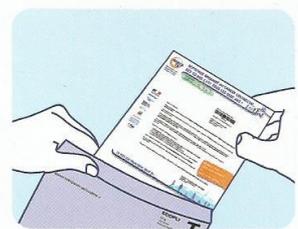
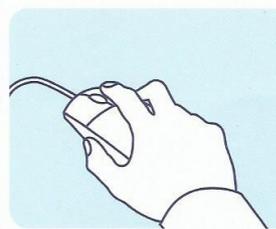


NON



Transmettre l'information à ADECA75 pour éviter des relances inutiles et pour bloquer ou réinviter le patient au bon moment, par le remplissage des critères d'inéligibilité.

- par **www.neonetidf.org**
- au dos de la lettre d'invitation du patient à adresser à ADECA75 dans l'enveloppe T bleue.



Patient de 50 à 74 ans
qui n'a pas sa lettre d'invitation



Même circuit mais prendre une fiche du bloc d'identification à la place de la lettre d'invitation.

ATTENTION !!! Assurez-vous que votre patient obtienne ses étiquettes

- en téléphonant à l'ADECA75 vous-même au 01.48.42.77.00 ou le patient au : **N° Vert 0 800 10 50 32**
- en faisant la demande par **www.neonetidf.org**



QUELQUES RAPPELS IMPORTANTS

NE PAS REMETTRE LE TEST HÉMOCCULT II® EN CAS DE :

Exclusion DEFINITIVE du dépistage :

- Antécédents PERSONNELS de :

- cancer colorectal
- adénomes coliques
- maladie de Crohn, Rectocolite hémorragique (RCH)



Suivi régulier par coloscopie

- Antécédents FAMILIAUX de :

- cancer colorectal 1 parent 1er degré < 65 ans
- cancer colorectal 2 parents 1er degré



Prescription d'une coloscopie

- HNPCC syndrome de Lynch (3 cancers coliques sur 2 générations dont 1 avant 50 ans)
- PAF (Polypose Adénomateuse Familiale)



Consultation oncogénétique

- Maladie intercurrente
Contre-indiquant définitivement la réalisation du test

Exclusion TEMPORAIRE du dépistage :

- Maladie intercurrente
Contre-indiquant provisoirement la réalisation du test

- Symptômes digestifs récents, rectorragies



Prescription d'une coloscopie

- Tests Hémocult II® < 2 ans

- Coloscopie normale datant de moins de 5 ans



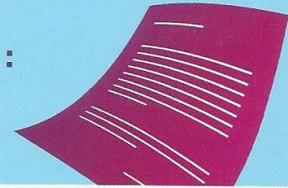
Le patient sera réinvité au bon moment par ADECA75

NE JAMAIS REFAIRE UN TEST HÉMOCCULT II® POUR CONFIRMER UN PRECEDENT TEST POSITIF
Même si un ou plusieurs tests sont négatifs après un test positif, le risque de trouver un polype ou un cancer à la coloscopie reste de 50%.

TEST HÉMOCCULT II® POSITIF = COLOSCOPIE

Aucun cas particulier de type régime alimentaire, hémorroïdes qui saignent, période de règles... ne dispense de la coloscopie après un test positif. On peut avoir des hémorroïdes ET un polype ou un cancer qui saigne !

PENSER À CONTRÔLER LES DATES DE PÉREMPTION DES TESTS EN STOCK (VALIDITÉ 2 ANS)



Cancer colorectal

Le médecin traitant dans le dépistage organisé du cancer colorectal

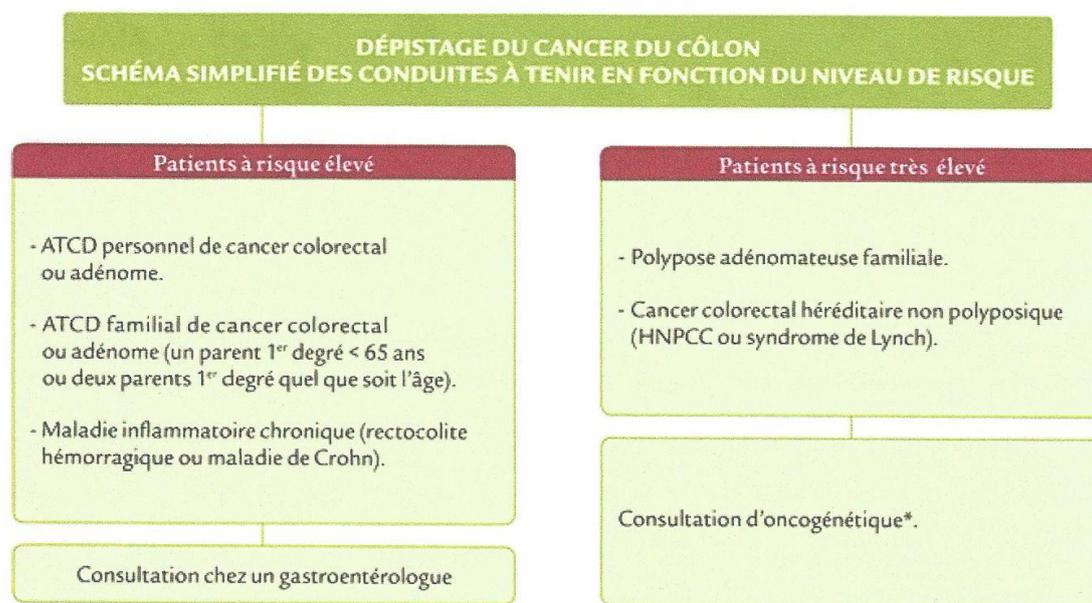
Les pouvoirs publics ont mis en place un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans. Ce programme repose sur la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles tous les deux ans. Votre implication dans ce programme de dépistage est un facteur d'adhésion essentiel des personnes concernées et elle garantit à vos patients un conseil et une orientation adaptés à leur niveau de risque.

Le dépistage organisé du cancer colorectal en pratique chez les femmes et les hommes de 50 à 74 ans sans symptôme ni facteur de risque particulier.

ÉTAPE 1	Votre patient(e) reçoit tous les deux ans de la structure en charge de la coordination du dépistage des cancers un courrier personnalisé l'invitant à réaliser un dépistage du cancer colorectal. Ce courrier lui suggère d'aborder ce sujet avec vous lors d'une prochaine consultation.	
ÉTAPE 2	Lors de cette consultation, vous évaluez son niveau de risque de cancer colorectal en fonction de ses symptômes, de ses antécédents médicaux et de ceux de sa famille.	
ÉTAPE 3	Vous lui remettez le test de recherche de sang dans les selles en lui expliquant son objectif, son mode d'emploi et la signification des résultats.	
ÉTAPE 4	Votre patient(e) réalise le test à son domicile et l'adresse au centre de lecture agréé dans le cadre du dépistage organisé, à l'aide d'une enveloppe T.	
ÉTAPE 5	Sous une quinzaine de jours, votre patient(e) et vous-même recevez le résultat du test de dépistage.	
ÉTAPE 6	Si le résultat du test est négatif (97%) Votre patient(e) sera invité(e) 2 ans plus tard à renouveler son test de dépistage. Il lui sera conseillé de vous consulter dans l'intervalle en cas de symptôme évocateur.	Si le résultat du test est positif (3%) Votre patient(e) est invité(e) à vous consulter pour programmer une coloscopie de diagnostic au plus vite.

Le test de dépistage et son analyse par un laboratoire agréé sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais pour les patients.

Pour les patient(e)s à risque élevé ou très élevé, les modalités de dépistage sont différentes. Le schéma ci-dessous vous permet de visualiser les examens ou consultations à proposer à vos patient(e)s en fonction de leur situation personnelle. Les symptômes qui doivent faire suspecter un cancer colorectal sont également rappelés.



*Coordonnées des consultations d'oncogénétique disponibles sur le site e-cancer.fr

Pour rappel, une coloscopie de diagnostic doit être proposée devant certains symptômes évoquant un cancer colorectal :

- Sang rouge ou noir dans les selles,
- Troubles du transit d'apparition récente : diarrhée, constipation inhabituelle,
- Douleurs abdominales d'apparition récente (surtout après 50 ans)
- Amaigrissement inexpliqué.

Pour obtenir les coordonnées de la structure en charge de la coordination du dépistage des cancers de votre département :

- ▶ Sur le site www.e-cancer.fr
- ▶ En téléphonant à Cancer Info Service au 0810 810 821
- ▶ Ou en contactant votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie.



Dépistage cancer colorectal

Fiche de thèse agréée le 05/04/2011 (avec remarques du jury de thèse)

Bon projet

aucun recueil de données ne doit être faite en Val d'Oise pour ne pas polluer une autre étude du département de MG, en cours sur ce territoire sur le même sujet

THEME

dépistage collectif du cancer colorectal (CCR), et information des patients par le médecin généraliste.

JUSTIFICATION

La campagne de dépistage du CCR généralisée depuis 2008, sur le plan national, concerne 16 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans, dites à risque moyen de CCR (1).

Les structures départementales de gestion du dépistage des cancers sont au cœur du dispositif et assurent la formation des généralistes, la gestion des invitations et le suivi des résultats.

Plusieurs études (2-3) ont conclu que la non participation à un dépistage collectif est souvent dû à un manque de connaissance de la maladie dépistée, les patients « ne se sentant pas concernés ».

Une étude qualitative (4) qui compare les modalités du dépistage du CCR dans certains pays d'Europe, notamment en République Tchèque et en Italie fait le lien entre l'implication des médecins traitants (MG) et la participation au dépistage du CCR. L'intervention du MG a donc un rôle prépondérant pour permettre au patient de se sentir concerné. Le temps est souvent un motif invoqué par les MG qui justifierait la place secondaire de la prévention (6). Une étude qualitative a permis de définir les points essentiels d'une consultation type pour la délivrance de l'hémocult 2 à partir de consultations enregistrées et de données de l'INCa (7).

OBJECTIFS

Augmenter la participation au dépistage du CCR en utilisant un outil de consultation concis.

HYPOTHESE

Un outil permettant une information de 3 à 5 minutes sur le dépistage du CCR permettrait d'augmenter le taux de participation au dépistage du CCR.

QUESTION

Peut-on atteindre un taux de participation de 50% des 50-74 ans à l'aide d'un outil de consultation adapté pour délivrer une information complète et concise

METHODE

Participation de 6 à 8 MG dont les patients participent moyennement au dépistage (30%), deux groupes un groupe témoin et un groupe avec une fiche d'aide à la « consultation hémocult » réalisée à partir des conclusions de la thèse de M Bismuth (7).

Inclure les 91 premières personnes se présentant en consultation dans chaque groupe dont le test hémocult 2 est indiqué et qui n'y ont jamais participé.

Comparer les taux de participation à 3 mois.

BIBLIOGRAPHIE

1-BEH numéro thématique – Dépistage organisé du cancer colorectal en France – 13 Janvier 2009 / numéro 2-3

2-A.GLEDEL, Étude qualitative : freins au dépistage du cancer colorectal du côté des patients, 2009

3-Freins à la participation au dépistage du cancer colorectal. INCa. MEDEC.19/03/2008

4-Seifert B, LIONIS C, Fracasso P, Palka M; Différentes méthodes de dépistage du cancer du colon et participation des médecins généralistes en Europe. Exercer 2008;80supp:44-5

5-<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancer-colorectal>

6-Aubin Auger I, Mercier A, Baumann Coblenz L, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M, Lamy JP, Gaye N, Boutan Larroze A. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Exercer 2008;80:4-7.

7-Bismuth M. La consultation de délivrance du test hémocult dans le cadre du dépistage organisé : une étude qualitative

ABSTRACT

INTRODUCTION Colorectal cancer is the second leading cause of cancer mortality in France. Screening with Faecal Occult Blood Test (FOBT) then colonoscopy if positive, decreases from 15% to 20% mortality from cancer in people at average risk of colorectal cancer after 12 to 18 years in the study conditions. The European guidelines set as a minimum goal of 45% participation. In France, participation in organized screening stagnated: in 2011-2012, it was 31.7 %. An intervention cluster randomized trial conducted in the Val d' Oise in 2011-2012 showed that the communication training of GPs increased participation in screening their patients. This result was reproduced in the Drôme and Ardèche . In several qualitative studies researching the barriers to screening and solutions to overcome them, we find a wait for a consultation tool for physicians and an expectation of communication with their doctor about this subject in patients. Can a brief intervention for GPs based on such a tool generated from recordings of consultations be useful by GPs?

METHOD Interventional prospective study, the target population was French GPs. The tool called "consultation-type" was provided in the form of array elements communications consultation screening for colorectal cancer, to volunteer GPs . They were asked about their practice before the delivery of the tool and after 6 weeks of use.

RESULTS. 49 GPs located in Île- de- France and Oise have been interviewed, 10.2% addressed screening spontaneously before delivery of the tool, after 73.5% ($p < 0.0001$) . Pre-intervention 50 % of physicians often or systematically address the colonoscopy if positive, 65.1% after the intervention ($p < 0.005$) . 61.3 % reported that the tool allowed them to put the test faster, 69.8 % cited more epidemiological data and 77.5 % felt that the tool helped them improve their practice. The tool has been modified from their suggestions.

DISCUSSION The tool "consultation – type" is acceptable to GPs. It is a modest contribution to expand the argument of the general practitioner , address the colonoscopy serenely to spontaneously offer screening to patients concerned and to deliver the FOBT faster. May be offered in addition to GP training communication, patient-centered care or any conducting a screening clinic. Assess its effectiveness in one or two years, or in a controlled trial with number of test given as primary endpoint is possible.

KEYWORDS : Screening ; Colorectal cancer ; tool ; Hemoccult ; General medicine.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION. Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer en France. Le dépistage par recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) puis coloscopie en cas de positivité, diminue de 15 % à 20 % la mortalité par cancer chez les personnes à risque moyen de cancer colorectal, au bout de 12 à 18 ans, dans les conditions des études. Les recommandations Européennes fixent comme objectif minimum une participation de 45 %. En France, la participation au dépistage organisé stagne : en 2011-2012, elle était de 31,7 %. Un essai d'intervention randomisé en cluster réalisé dans le Val d'Oise en 2011-2012 a démontré que la formation sur la communication des médecins généralistes augmentait la participation de leurs patients au dépistage. Ce résultat a été reproduit dans la Drôme et l'Ardèche. Dans plusieurs études qualitatives recherchant les obstacles au dépistage et des solutions pour les surmonter, il existe une attente pour un outil de consultation chez les médecins et une attente de communication de leur médecin sur ce sujet chez les patients. Une intervention courte auprès des médecins généralistes reposant sur un tel outil généré à partir d'enregistrements de consultations est-elle jugée utile par les médecins généralistes ?

METHODE. Étude prospective interventionnelle, la population cible était les médecins généralistes. L'outil appelé « consultation-type » était fourni, sous forme de tableau contenant les éléments de communication d'une consultation de dépistage du cancer colorectal, aux médecins volontaires. Ils ont été interrogés sur leur pratique à la remise de l'outil et après 6 semaines d'utilisation.

RESULTATS. 49 médecins généralistes d'Île-de-France et de l'Oise ont été interrogés, 10,2 % abordaient le dépistage spontanément avant la remise de l'outil, 73,5 % après ($p < 0.0001$). Avant intervention 50 % des médecins abordent souvent ou systématiquement la coloscopie en cas de positivité, 65,1 % après intervention ($p < 0.005$). 61,3 % déclaraient que l'outil leur avait permis de remettre le test plus rapidement, 69,8 % citaient plus de données épidémiologiques et 77,5 % estimaient que l'outil leur avait permis d'améliorer leur pratique. L'outil a été modifié à partir de leurs suggestions.

DISCUSSION L'outil « consultation-type » est jugé acceptable par les médecins généralistes. Il est d'un apport modeste pour étoffer l'argumentaire du médecin généraliste, aborder la coloscopie sereinement, proposer spontanément le dépistage aux patients concernés et pour délivrer plus vite le test de RSOS. Il peut être proposé au médecin généraliste en complément d'une formation de communication centrée sur le patient ou à tout soignant menant une consultation de dépistage. Réévaluer son efficacité à un ou deux ans, ou dans un essai contrôlé est envisageable.

MOTS CLEFS : Dépistage ; Cancer colorectal ; Outil ; Hémocult ; Médecine générale.