

La délivrance du test Hemoccult II : pas si chronophage !

Delivering of fecal occult blood test: not that much time-consuming

Aurélien Urena-Dores¹, Josselin Le Bel^{1, 2, 3}, Julien Gelly^{1, 2, 3}, Alain Mercier⁴, Isabelle Aubin-Auger¹

exercer 2014;114:181-2.

aurelie.urena@hotmail.fr

1. Département de médecine générale, université Paris-Diderot.

2. INSERM, IAME, UMR 1137, Paris.

3. IAME, UMR 1137, université Paris-Diderot.

4. Département de médecine générale, université de Rouen.

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent en France, après les cancers de la prostate et du sein. Il se situe au deuxième rang en termes de mortalité. Une stratégie de dépistage en deux temps (recherche de sang occulte dans les selles, puis coloscopie en cas de positivité) a démontré son efficacité pour réduire la mortalité par CCR de 16 % en cas de participation d'au moins 50 % de la population cible¹. Cette efficacité représente de 0,9 à 1,7 décès par CCR évité pour 1 000 personnes invitées au dépistage². La stratégie de dépistage généralisée en France depuis 2008 a pour objectif une participation de la population cible d'au moins 45 %³. Tous les deux ans, les personnes de 50 à 74 ans sont invitées à consulter leur médecin généraliste (MG) pour parler du dépistage du CCR. Le MG est donc au centre du dispositif. Sur la période 2012-2013, le taux de participation de la population cible était seulement de 31 %⁴. Les obstacles au dépistage du CCR ont été analysés dans plusieurs études qualitatives^{5,6}. Les MG évoquaient notamment le manque de temps et la multiplicité des motifs de consultation associés. L'objectif principal de cette étude était de décrire les consultations avec délivrance de test Hemoccult II et de comparer leurs caractéristiques de durée et de contenu avec celles des autres consultations.

Méthode

Il s'agit d'une étude ancillaire du projet ECOGEN. Le premier critère de jugement de notre étude était le nombre de résultats de consultation (RC) associés à la remise du test. Les autres critères de jugement étaient la durée moyenne de consultation avec remise de test Hemoccult II comparativement à la durée moyenne de consultation sans remise de test et le pourcentage de consultations avec remise de test à la demande du patient, *versus* celui à l'initiative du MG.

Les consultations avec remise de test Hemoccult II ont été sélectionnées. Leurs caractéristiques ont été comparées à celles d'un groupe témoin constitué des consultations de tous les patients âgés de 50 à 74 ans sans remise de test.

Résultats

Effectifs

Au total, 20 781 consultations ont été analysées dans l'étude ECOGEN. Parmi elles, 161 comportaient une remise de test Hemoccult II. Seules 159 consultations ont pu être analysées sur les motifs de consultation car l'information était manquante pour deux consultations.

6 802 consultations ont été incluses dans le groupe témoin.

Caractéristiques des patients

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les groupes Hemoccult et témoin selon le sexe ($p = 0,35$) et la catégorie socioprofessionnelle ($p = 0,1$). Les patients du groupe Hemoccult étaient plus jeunes ($p = 0,04$).

Nombre de résultats de consultation (RC)

Dans le groupe Hemoccult, il y avait en moyenne 2,63 RC (IC95 = 2,37-2,88) associés à la remise du test *versus* 2,59 (2,56-2,63) dans le groupe témoin (différence non significative ; $p = 0,8$).

Durée de consultation

La durée moyenne de consultation dans le groupe Hemoccult était de 20,25 minutes (19,01-21,49) *versus* 17,98 (17,68-18,28) dans le groupe témoin. L'analyse multivariée retrouvait une différence moyenne entre les deux groupes de 2,27 minutes (IC95 = 0,33-4,21 ; $p = 0,02$). L'âge n'était pas associé à la durée de consultation ($p = 0,36$).

Mots-clés

Dépistage systématique

Sang occulte

Durée de consultation

Key words

Mass screening

Occult blood

Consultation length

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Initiation de la remise du test

Concernant les 159 consultations avec remise d'Hemoccult II, le test était remis à l'initiative du médecin dans 28,9 % des cas. La comparaison des consultations avec remise de test à l'initiative du médecin *versus* à la demande du patient ne retrouvait pas de différence selon le sexe, l'âge ou la catégorie socioprofessionnelle.

Le nombre de RC associés à la remise du test était similaire dans les deux groupes (2,6 [2,31-2,89] *versus* 2,76 [2,21-3,31] ; $p = 0,59$), de même que la durée moyenne de consultation (19,8 minutes [19,3-21,3] *versus* 21,37 [19,1-24,04] ; $p = 0,27$).

Discussion

Cette étude ancillaire du projet ECOGEN a permis de confirmer de manière quantitative les données qualitatives précédemment recueillies.

Dans l'étude de Aubin-Auger *et al.*⁵ ainsi que dans une étude américaine⁶, la multiplicité des problèmes de consultation à aborder était un obstacle majeur à la discussion sur le dépistage du CCR et la remise du test Hemoccult II. Nos résultats confirment que la remise du test était bien un problème de santé supplémentaire à aborder en consultation, le nombre de RC abordés par ailleurs étant similaire qu'il y ait ou non délivrance du test. Dans les études qualitatives, la problématique du temps était également souvent évoquée^{5,6}. Dans notre étude, la remise du test Hemoccult II a entraîné un allongement moyen de la durée globale de consultation

de 2,27 minutes. Cet allongement reste relativement modéré, contrairement à ce qui était ressenti par les MG^{5,6}. Le troisième obstacle abordé dans les études qualitatives était le fait d'oublier de proposer le test systématiquement à tous les patients^{5,6}. Une enquête déclarative auprès des patients sur le sujet a montré que 56 % des patients qui avaient reçu la lettre d'invitation n'en parlaient pas à leur MG⁷. Dans une étude américaine, chez les patients qui n'avaient pas réalisé le test, la raison évoquée dans 50 % des cas était le fait que leur MG ne leur en avait pas parlé⁸. Les MG doivent donc avoir une attitude proactive envers les patients pour améliorer la participation. Dans notre étude, 28,9 % des remises de test étaient à l'initiative du médecin. Nous n'avons pas identifié de facteur favorisant la remise du test à l'initiative du MG. Par ailleurs, cela ne semblait pas prendre plus de temps que si le test était remis à la demande du patient. Néanmoins, cette analyse de sous-groupes aux effectifs faibles était limitée par son manque de puissance.

Conclusion

La remise du test Hemoccult II est certes un problème de santé supplémentaire à aborder en consultation, mais moins chronophage en réalité qu'en perception. Par ailleurs, la remise du test à l'initiative du MG ne semble pas prendre plus de temps que s'il s'agit d'une demande du patient. Ce sont deux arguments forts à présenter pour améliorer l'implication des MG dans le dépistage du CCR.

Références

1. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology* 2004;126:1674-80.
2. Prescrire Rédaction. Dépistage du cancer colorectal: efficacité modeste, risques acceptables. *Rev Prescrire* 2007;27:923-6.
3. L. Von Karsa, Patrick J, Segnan N, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy* 2013;45:51-9.
4. Institut national de veille sanitaire. Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2012-2013. Paris: InVS, 2014.
5. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau JP, et al. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam Pract* 2011;28:670-6.
6. Guerra CE, Schwartz JS, Armstrong K, et al. Barriers of and facilitators to physician recommendation of colorectal cancer screening. *J Gen Intern Med* 2007;22:1681-8.
7. Institut national du cancer. Les Français face au dépistage des cancers: synthèse des résultats de la 2^e vague de l'enquête barométrique INCa/BVA janvier/février 2009. Boulogne-Billancourt: INCa, 2009.
8. Levy BT, Nordin T, SiniftS et al. Why hasn't this patient been screened for colon cancer? An Iowa research network study. *J Am Board Fam* 2007;20:458-68.