



- 1. Département de médecine générale, UFR Paris 7 Diderot
- 2. Équipe d'accueil Recherche clinique coordonnée ville-hôpital, Méthodologies et Société (REMES), UFR Paris 7 Diderot
- 3. Département de médecine générale, UFR Clermont-Ferrand
- 4. Unité de recherche clinique, Fondation Adolphe-de-Rothschild, Paris
- 5. Département de médecine générale, UFR Paris 13 Nord Bobigny

De la recherche à la pratique en médecine générale : le dépistage du cancer colorectal

From research to practice in general practice: colorectal cancer screening

Isabelle Aubin-Auger^{1,2}, Anne Bottet³, Maxime Catrice^{1,2}, Pauline Jeanmougin^{1,2}, Hervé Picard^{1,4}, Nora Gauffier¹, Alain Mercier⁵

exercer 2015;118:78-82.

isabelle.aubin-aubin@univ-paris-diderot.fr

Colorectal cancer (CRC) is the third most common cancer in France, in terms of prevalence. Mass screening for CRC by faecal occult blood test (FOBT, Hemoccult®) was settled in 2008 for the population without CRC risk factor. French participation rate in this screening is below the target set by European recommendations. Various studies have been conducted to identify physician-related and patient-related obstacles to participation in FOBT screening, using focus groups for physicians and individual interviews for patients. Some researchers also analyzed the physician's communication style, and the content of the consultation during which the FOBT was delivered to the patient. Such studies lead to propose several recommendations to improve medical practice. The evaluation of these proposals has started but needs to be conducted further in order to measure their effectiveness.

Mots-clés
Tumeurs colorectales
Dépistage systématique
Amélioration de la qualité

Key words
Colorectal neoplasms
Mass screening
Quality Improvement

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

Introduction

Le cancer colorectal (CCR) est un des cancers les plus fréquents dans les pays occidentaux et le 3^e cancer en France¹. Il est fréquemment diagnostiqué à un stade avancé du fait de l'apparition tardive des symptômes. Diverses stratégies de dépistage ont été développées afin de permettre un diagnostic plus précoce². En France, le dépistage organisé par recherche de sang occulte dans les selles (Hemoccult®) a été généralisé en 2008. Il est proposé tous les deux ans aux adultes âgés de 50 à 74 ans à risque moyen de CCR (c'est-à-dire sans aucun facteur de risque de CCR du fait d'antécédents personnels ou familiaux). Le test utilisé jusqu'à présent est un test colorimétrique au gaïac, non spécifique de l'hémoglobine humaine. Ce test permettrait une diminution de la mortalité par CCR de 16 à 18 % dans le cas d'une participation de la population cible d'au moins 50 %³. Il permet de diagnostiquer des CCR à des stades plus précoces ainsi que des polypes dont certains peuvent se transformer secondairement en CCR. Il sera remplacé en 2015 par un test immunologique de meilleure sensibilité⁴ (encadré 1). En France, le dépistage organisé est effectué et promu par les médecins généralistes (MG), qui sont au cœur du dispositif. C'est à eux que revient la délivrance du test et des explications nécessaires, après avoir

Le test immunologique en remplacement du test au gaïac

Le test immunologique devrait très prochainement remplacer le test colorimétrique au gaïac (Hemoccult®).

Sur le plan technique, il est plus simple à réaliser puisqu'un seul prélèvement de selles suffit, et sa lecture est automatisée. Ce test est spécifique de l'hémoglobine humaine.

Sa sensibilité est meilleure : de 50 % pour le test au gaïac, elle passe à plus de 60 % pour dépister les CCR.

Les études préliminaires test au gaïac *versus* test immunologique réalisées en France ont montré que le test immunologique permettait de dépister deux fois plus de CCR mais en augmentant d'autant le nombre de coloscopies réalisées¹.

Les modalités de délivrance du test ne devraient pas être modifiées (invitation envoyée au domicile du patient / test délivré par le médecin généraliste). Les propositions d'amélioration de délivrance du test restent applicables au test immunologique.

1. Rev Prescrire 2012;32:522-5.

Encadré 1. Les différents tests

vérifié l'éligibilité des participants. Les études réalisées dans des départements pilotes avaient montré que la remise du test par le MG permettait un taux de participation accru⁵. D'autres circuits de délivrance du test de dépistage ont été mis en place en Europe, avec la plupart du temps un envoi direct au domicile de la population-cible. Le taux de participation au dépistage en France est faible (aux alentours de 30 %), bien inférieur au taux acceptable de 45 % et souhaitable de 65 % définis par les recommandations européennes^{1,6}. Les taux de participation dans les autres pays européens sont voisins¹.

La faible participation aux campagnes de dépistage a conduit un certain nombre d'équipes de chercheurs en médecine générale à en étudier les déterminants. Ces travaux se sont intéressés aux différents acteurs du dépistage – c'est-à-dire en premier lieu les médecins généralistes et les patients – ainsi qu'aux modalités de délivrance du test. Ces études ont été initialement publiées en langue anglaise afin d'en accroître le rayonnement académique.

L'objectif de cet article est de faire la synthèse des principaux résultats des études effectuées sur ce thème entre 2009 et 2013 par les équipes des auteurs de cet article, afin d'en faire bénéficier les lecteurs francophones, et de déterminer de quelle façon ces résultats pourraient modifier nos pratiques.

Travaux de recherche ayant porté sur les médecins

Ils ont cherché à identifier les obstacles à la pratique du dépistage du CCR et les éléments qui pourraient faciliter la délivrance du test. Deux études qualitatives ont été réalisées, l'une dans le département du Val-d'Oise⁷ et l'autre sur la France entière⁸. Le recueil des données a été effectué à l'aide d'entretiens collectifs (*focus groups*). Les MG justifiaient leur faible implication tout d'abord par des raisons organisationnelles : le manque de temps en était la principale, puis les



© Sherry Young – Fotolia.com

problèmes liés à la gestion du matériel de dépistage. Les raisons suivantes étaient liées aux patients : la multiplicité des motifs de consultation pouvait être un frein, de même que l'absence de demande spontanée de certains patients. Les personnes âgées de 50 à 74 ans qui appartenaient à la population-cible ne venaient pas toutes avec l'invitation de la structure de gestion. Enfin, des raisons personnelles étaient invoquées : une expérience négative du dépistage avec un faux négatif pouvait être démotivante, et certains MG avouaient ne pas être convaincus par ce dépistage. À l'inverse, une expérience positive avec des patients dépistés ainsi qu'une meilleure organisation du travail pouvaient être des facteurs facilitants. Les MG interrogés considéraient pour la plupart que la prévention et le dépistage étaient une dimension valorisante de leur profession. Le tableau 1 regroupe les pistes d'amélioration suggérées par ces études.

Travaux de recherche ayant porté sur les patients

Une étude a été réalisée en Île-de-France avec des patients convaincus – ou non – de l'intérêt du dépistage. Elle a concerné 24 patients, pour lesquels des

Situation	Action proposée
Organisation de la consultation	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier dès le début de la consultation le patient appartenant à la population-cible • Organiser des consultations dédiées à la prévention • Profiter de motifs peu chronophages pour aborder la prévention
Organisation du dossier	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier rapidement dans son dossier patient la date de réalisation du dernier Hemocult[®] pour programmer le suivant • Se focaliser sur les expériences positives de dépistage
Organisation du cabinet	<ul style="list-style-type: none"> • Différer la délivrance en période d'épidémie mais informer le patient de la nécessité de réaliser ce dépistage • Réapprovisionner régulièrement le matériel de délivrance (identifier les circuits d'approvisionnement du matériel avec sa structure de gestion)

Tableau 1. Quel apport pour notre pratique ?
Les pistes d'amélioration suggérées par les études chez les médecins généralistes



entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés. Les participants avaient été recrutés dans 5 cabinets médicaux différents au sein desquels les MG pouvaient être – ou non – convaincus de l'intérêt du dépistage.

La première raison de non-réalisation du test évoquée par les patients était que le temps nécessaire à la réalisation du test leur avait manqué. Il existait une mauvaise compréhension ou une mauvaise connaissance de l'intérêt du dépistage : l'absence de symptômes était un motif cité de nombreuses fois pour ne pas faire le test. Certains patients confondaient ce dépistage avec la réalisation d'une coloscopie, d'autres pensaient qu'il était réservé aux patients ayant des antécédents familiaux de CCR.

L'invitation à faire le test pouvait être confondue avec une publicité. La manipulation des selles pouvait être considérée comme rebutante. L'ensemble de la procédure pouvait aussi sembler contraignante (3 prélèvements de selles consécutifs, précautions nécessaires pour le recueil, etc.). Les patients ayant d'autres problèmes de santé ou des soucis personnels avaient tendance à différer le dépistage.

Quand le test était réalisé, les patients interrogés mettaient en avant : sa gratuité, sa réalisation au domicile, son caractère indolore et non invasif (par opposition à la coloscopie), sa souplesse (date choisie par le patient) et la dimension préventive de cette démarche (intervention avant la survenue du cancer). L'incitation par le médecin généraliste était citée à plusieurs reprises comme étant un élément important de la décision ; à l'inverse, l'absence d'incitation de la part du MG pouvait freiner la réalisation du dépistage.

Le tableau 2 regroupe les pistes d'amélioration suggérées par ces études.

Travaux de recherche ayant porté sur le contenu de la consultation de délivrance du test

La première étude était nichée au sein de l'étude nationale ECOGEN (étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale) ; la seconde analysait la communication du médecin lors de la consultation de délivrance du test.

L'étude ECOGEN était une étude observationnelle nationale multicentrique sur le contenu des consultations de MG⁹. Le recueil des données a été réalisé à l'aide de la deuxième version de la Classification internationale des soins primaires (CISP-2)¹⁰. Sur les 20 781 consultations incluses par les 128 médecins généralistes participants durant 5 mois, 179 (0,9 %) comportaient la délivrance d'un test Hemocult[®]. Ces consultations comprenaient significativement plus de motifs – en moyenne 2,64 en dehors de la délivrance du test Hemocult[®] – que les autres consultations. Ceci confirmait les données qualitatives précédemment décrites⁸. La durée de ces consultations était augmentée d'environ 2 minutes par rapport à la durée d'une consultation sans délivrance du test Hemocult[®]¹¹.

Dans la deuxième étude, 35 consultations comprenant la délivrance d'un Hemocult[®] ont été enregistrées par 9 médecins différents, répartis sur le territoire. Les enregistrements audio ont été analysés à deux niveaux : d'une part, le contenu du discours du MG et, d'autre part, l'interaction et le mode de communication entre le MG et son patient¹². Dans cette étude, la durée moyenne de délivrance du test était de 7 minutes. Dans leur ensemble, ces consultations n'étaient pas centrées sur le patient en termes d'approche communicationnelle. Le médecin monopolisait la parole, son

Situation	Action proposée
Le patient « oublie » son invitation	<ul style="list-style-type: none"> Proposer le test sans attendre que le patient apporte son invitation
Patient de plus de 50 ans	<ul style="list-style-type: none"> Poser la question systématiquement de la réalisation ou non du dépistage à tous les patients âgés de 50 à 74 ans
Dépistage non réalisé	<ul style="list-style-type: none"> Explorer les raisons : il peut s'agir d'une mauvaise connaissance ou compréhension du test (comme l'absence de symptôme) Utiliser l'argumentaire des patients en soulignant les points positifs du dépistage Noter les raisons de l'absence de dépistage dans le dossier pour en parler à une prochaine consultation
Anticipation	<ul style="list-style-type: none"> Identifier avec sa structure de gestion le moyen de réaliser le test sans l'invitation reçue au domicile ; en Île-de-France par exemple, la plateforme sécurisée Neonet (www.neonetidf.org) permet de demander l'envoi d'étiquettes au domicile du patient

Tableau 2 : Quel apport pour notre pratique ? Les pistes d'amélioration suggérées par les études chez les patients

Situation	Action proposée
Consultation	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients viennent rarement pour la seule délivrance du test de dépistage : identifier en début de consultation la demande permet de mieux organiser la consultation et de hiérarchiser les différents motifs • Certains motifs peuvent être différés avec l'accord du patient, afin de ne pas rallonger la consultation
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • S'appuyer sur la notice : c'est possible pour la majorité des patients afin d'éviter de passer beaucoup de temps sur le côté technique de la réalisation du test • Rechercher l'éligibilité à <i>chaque test</i> et pas seulement lors de sa première réalisation • Organiser le temps de la consultation en identifiant le besoin d'informations du patient • Adopter une approche centrée-patient : s'appuyer sur ses connaissances, son expérience et son vécu au tout début de la consultation de délivrance ; cela permet d'éviter de délivrer un certain nombre d'informations si elles sont déjà connues par le patient
Relation	<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher ses réticences, ses craintes afin de pouvoir en discuter et lever d'éventuels obstacles

Tableau 3. Quel apport pour notre pratique ?
 Les pistes d'amélioration suggérées par les études sur le contenu de la consultation de délivrance du test Hemocult®

discours était standardisé et se centrait essentiellement sur les aspects techniques de la réalisation du test. Il ne s'appuyait que très rarement sur les connaissances du patient et encore moins sur ses craintes et ses représentations. Le médecin ne recherchait pas les critères d'éligibilité en dehors de la première réalisation du dépistage.

Le tableau 3 regroupe les pistes d'amélioration suggérées par ces études.

Discussion

État des connaissances

La diversité des méthodes de recherche mises en œuvre autour d'une même thématique a permis d'en étudier différentes facettes et de mieux comprendre dans sa globalité le processus qui conduit le patient à réaliser – ou non – le dépistage du CCR, sous forme d'une décision partagée entre médecin et patient¹³. L'évolution de la relation médecin-patient conduit le MG à aborder l'information du patient différemment : le patient sera celui qui prendra finalement la décision de réaliser – ou non – le dépistage, après avoir reçu et discuté avec son MG l'information sur les bénéfices, les risques de ce dépistage.

Ces travaux de recherche ont une implication très pragmatique, telle que nous l'avons développé ci-dessus, car ils permettent d'identifier des modifications de pratique qui autorisent l'amélioration du taux effectif de dépistage et de ses conditions de réalisation. La formation des MG sur cette thématique a été identifiée comme étant un objectif majeur pour améliorer l'efficacité du dispositif¹⁴.

Perspectives

Les différentes propositions développées au cours de cet article nécessitent d'être évalués pour mesurer leur efficacité et pourraient être utilisées à visée formative. Cette évaluation a déjà partiellement débuté. Les travaux qualitatifs présentés ont permis la conception d'une intervention de 4 heures pour des médecins généralistes, centrée sur l'amélioration de la communication avec le patient dans le cadre de la délivrance du test Hemocult®¹⁵. Une étude pilote a été réalisée en 2011 sous forme d'un essai randomisé contrôlé en *cluster* avec un tirage au sort parmi l'ensemble des cabinets de MG du Val-d'Oise. L'intervention a permis d'augmenter de façon significative le nombre de tests délivrés dans la population cibles des MG du groupe intervention. Le taux de participation dans la population cible des médecins du groupe intervention était de 36,7 à la fin des 6 mois de l'étude *versus* 24,5 pour le groupe contrôle ($p = 0,03$)^{16,17}.

Conclusion

Le dépistage systématique du CCR a montré son efficacité dans plusieurs essais contrôlés randomisés, mais les données qualitatives ont montré qu'il existe des freins à sa réalisation tant du côté médecin que du côté patient. Ce dépistage semble difficile à intégrer dans la pratique de médecine générale. La participation effective de la population-cible reste toujours insuffisante pour espérer obtenir une diminution significative de la mortalité par CCR. Les différents travaux de recherche réalisés ont permis de formuler des propositions concrètes pour améliorer les pratiques. L'étape suivante devrait consister en l'évaluation de ces propositions.

Remerciements :
 à tous les étudiants qui par leurs travaux de thèse ont apporté une pierre à l'édifice : Nancy Gaye, Laurie Réaux, Michel Bismuth, Marie-Alice Enault, Anne Youssefian, Aurélie Urena-Dures et aux médecins généralistes qui ont accepté d'enregistrer leurs consultations. À Paul Van Royen, Lieve Peremans et Katrien Bombeke pour l'encadrement des travaux de recherche. À PSVO, la structure de gestion du Val-d'Oise et son médecin coordonnateur : Tu Le Trung.



Résumé

Le cancer colorectal (CCR) est le troisième cancer en termes de prévalence en France. Un dépistage organisé a été mis en place en 2008. La recherche de sang occulte dans les selles était effectuée par un test colorimétrique au gaïac (Hemoccult[®]) pour la population sans risque accru de CCR. Le taux de participation en France est inférieur aux objectifs fixés par les recommandations européennes. Différents travaux de recherche ont identifié les freins à sa réalisation, à l'aide d'entretiens collectifs pour les médecins et d'entretiens individuels pour les patients. Le contenu de la consultation de délivrance du test Hemoccult[®] et les modalités de communication au cours de cette consultation ont également été analysés. Les données recueillies à l'issue de ces différents travaux ont permis de formuler différentes propositions d'amélioration des pratiques. L'évaluation de ces propositions a débuté, mais nécessite d'être poursuivie afin d'en mesurer l'efficacité et l'ampleur.

Références

1. European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, von Karsa L, Patnick J, 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.
2. Quintero E, Hassan C, Senore C, Saito S. Progress and challenges in colorectal cancer screening. *Gastroenterol Res Pract* 2012; 2012:846985.
3. Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD001216.
4. Hamza S, Dancourt V, Lejeune C, Bidan JM, Lepage C, Faivre J. Diagnostic yield of a one sample immunochemical test at different cut-off values in an organised screening programme for colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2013;49:2727-33.
5. Launoy G, Herbert C, Vallée JP, et al. Mass screening for colorectal cancer in France. Experience in 165,000 people in the department of Calvados. *Gastroenterol Clin Biol* 1996;20:228-36.
6. Institut national de veille sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2011-2012. Saint-Maurice : Invs, 2013. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2011-2012> [consulté le 10 mars 2015].
7. Enault MA. Dir. : Aubin-Auger I. Difficultés posées par le dépistage du cancer colorectal par test Hemoccult chez les médecins généralistes du Val-d'Oise. Thèse de médecine : université Paris-Diderot, 2012.
8. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau JP, Baumann L, Peremans L, Van Royen P. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Family Practice* 2011;28:670-6.
9. Letrilliart L, Supper I, Schuers M et al. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer* 2014; 114:148-57.
10. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brulet JF. Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires (CISP-2) : deuxième version. Bruxelles : Care éditions, 2000.
11. Urena-Dores A, Le Bel J, Gelly J, Mercier A, Aubin-Auger I. La délivrance du test HémoCcult II : pas si chronophage ! *exercer* 2014;114:181-2.
12. Aubin-Auger I, Mercier A, Mignotte K, et al. Delivering the faecal occult blood test: More instructions than shared decisions. A qualitative study among French GPs. *Eur J Gen Pract* 2013; 19:150-7.
13. Edwards A, Elwyn G. Shared decision-making in health care, Second edition. Oxford : Oxford University Press, 2009.
14. Viguier J, Calazel-Benque A, Eisinger F, Pivot X. Organized colorectal cancer screening programmes: how to optimize efficiency among general practitioners. *Eur J Cancer Prev* 2011 Jan;20:S26-32.
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Le Bel J, et al. From qualitative data to GP training on CRC screening. *J Cancer Educ* 2013;28:439-43.
16. Aubin-Auger I. Improving colorectal cancer screening in general practice: From obstacles to brief intervention. Dissertation for the degree of doctor in Medical Sciences : Antwerpen University, 2014.
17. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J, et al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomized controlled trial. *Eur J Cancer Care* 2015;accepted 9 February 2015. doi: 10.1111/ecc.12310.