

Les obstacles au dépistage du cancer colorectal sont internationaux

Pourquoi ce patient n'a-t-il pas été dépisté pour le cancer du côlon ?

Une étude du réseau de recherche de l'Iowa

*Why hasn't this patient been screened for colon cancer?
An Iowa Research Network study*

Levy BT, Nordin T, Sinift S et al.

J Am Board Fam Med 2007;20:458-68.

Contexte

Le cancer colorectal (CCR) est la seconde cause de décès par cancer aux États-Unis⁽¹⁾. Un dépistage précoce aboutit à une guérison dans 76 à 90 % des cas. Quelles que soient les modalités de dépistage et leur validité, moins de la moitié des Américains de plus de 50 ans sont dépistés. Les explications sur ce cancer et ses différents modes de dépistage sont complexes et chronophages.

Les raisons qui conduisent un médecin à ne pas faire le dépistage chez un patient éligible ont été peu explorées.

Objectif

Décrire les raisons qui conduisent un médecin à dépister ou à ne pas dépister le cancer colorectal chez un patient dont le niveau de risque est connu.

Population étudiée

Quinze médecins généralistes parmi les 57 médecins d'un réseau de recherche de l'Iowa se sont impliqués dans une étude transversale sur le dépistage du CCR. Ces médecins, âgés en moyenne de 53 ans, étaient installés en zone rurale depuis 21,6 ans en moyenne ; 6 pratiquaient des coloscopies, 4 des rectosigmoidoscopies et 5 ne réalisaient pas ces examens.

Méthode

Étude qualitative par entretiens enregistrés sur une boîte vocale.

Les médecins devaient répondre à des questions qui leur avaient été envoyées par Internet à propos du dépistage du cancer colorectal de 3 de leurs patients à jour pour ce dépistage et

de 3 patients non à jour, tous tirés au sort. Par ailleurs, il était demandé aux médecins de rapporter les mots qu'ils utilisaient pour proposer le dépistage du CCR à un patient à risque moyen. Ensuite, les médecins appelaient une boîte vocale qui enregistrait leurs réponses. Le verbatim des entretiens a été entièrement retranscrit.

Quatre chercheurs du réseau ont codé individuellement les entretiens puis les ont mis en commun pour établir une liste de codes. Le logiciel N'vivo a été utilisé pour coder l'ensemble des retranscriptions et faire émerger des thèmes fondamentaux.

Résultats

Parmi les 43 patients à jour de dépistage, certains étaient symptomatiques ($n = 15$). Des douleurs abdominales, du sang dans les selles, une constipation inhabituelle, ou une modification de leur transit avaient conduit les médecins à proposer un examen du côlon. D'autres patients ($n = 9$), avaient été dépistés en raison d'antécédents de pathologie colique (cancer, polype ou maladie inflammatoire du tube digestif). Parmi les 19 patients asymptomatiques, les principales raisons invoquées pour un dépistage étaient l'incitation du médecin, la sensibilisation du patient, des antécédents familiaux de CCR, et un antécédent d'autre cancer chez ce même patient.

Parmi les patients non à jour du dépistage ($n = 40$), les médecins ont déclaré ne pas en avoir discuté avec la moitié d'entre eux. De multiples raisons ont été évoquées. La plus fréquente était l'absence d'opportunité pour aborder le dépistage du CCR. Cette situation se justifiait par des patients consultant spora-

diquement ou uniquement pour des pathologies aiguës, l'absence d'aide-mémoire pour les médecins, et le manque de temps pour aborder le dépistage.

Pour 43 % des patients ($n = 17$), le médecin rapportait avoir proposé un dépistage du CCR mais s'être heurté à un refus du patient. Les principales raisons rapportées par les médecins étaient le coût, le désintérêt du patient, l'existence d'autres problèmes, médicaux ou non, rendant peu opportunes les préoccupations de dépistage, la crainte du patient vis-à-vis des examens, et l'absence de symptômes ou d'antécédents familiaux. Pour 3 patients, l'enregistrement ne précisait pas clairement si un dépistage avait été ou

non proposé. Les scores de dépistage les plus élevés ont été retrouvés chez les médecins dont le discours était le plus catégorique. Les scores les plus bas ont été observés chez les médecins dont le discours était plus général, utilisant des tournures de phrases comme « ils recommandent... », ou « les organisations X recommandent... ».

Résultat principal

Les principales raisons formulées par les médecins pour expliquer l'absence de dépistage du CCR chez un patient éligible étaient l'absence ou le peu d'intérêt des patients pour ce dépistage.

Commentaires

Cette étude qualitative explore sous un angle nouveau les obstacles au dépistage du cancer colorectal en mettant le médecin en face des conditions de dépistage ou de non-dépistage d'un patient éligible. Une étude canadienne sur le même thème, réalisée à l'aide de focus groups, a mis en évidence d'autres barrières comme l'adhésion des médecins au test de dépistage de sang occulte dans les selles et les problèmes techniques dans la réalisation de ces tests⁽²⁾. La méthode des entretiens individuels est également originale, la plupart des travaux réalisés sur ce thème ayant utilisé des focus groups. Dans une étude française, les obstacles rapportés étaient identiques : temps nécessaire à la mise en place du dépistage pour des patients consultant épisodiquement et pour des pathologies aiguës⁽³⁾.

La population de médecins étudiée dans cet article était essentiellement rurale, appartenant à un réseau de recherche, et pratiquant en majorité des explorations colorectales. Le choix d'avoir fait les entretiens à l'aide d'une boîte vocale a certainement favorisé le recueil de données mais peut en avoir limité la richesse en raison de l'absence d'interactivité avec un interviewer.

La réflexion sur le choix des mots utilisés pour présenter le dépistage au patient est intéressante. À l'heure où le dépistage du CCR par recherche de sang occulte dans les selles se généralise en France, il serait utile de poursuivre dans cette voie et d'étudier, en situation réelle, quelles sont les meilleures stratégies pour améliorer l'adhésion du patient⁽⁴⁾.

Isabelle AUBIN-AUGER – UFR Paris Diderot

Références

1. American Cancer Society. Colorectal cancer facts and figures special edition 2005. Atlanta (GA): American Cancer Society, 2005.
2. Goel V, Gray R, Chart P et al. Perspectives on colorectal cancer screening: a focus group study. Health Expect 2004;7:51-60.
3. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Exercer 2008;80:4-7.
4. Mitry E, Bouvier AM, Faivre J, Rougier P. Cancer colique : comment organiser le dépistage de masse ? La revue du praticien médecine générale 2002;582:164-7.