

Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter

Hémobstacle : une étude qualitative

1. UFR Paris VII
2. UFR Rouen
3. Réseau
Oncologie
Argenteuil
4. UFR Paris-
Ouest
5. Hôpital
d'Argenteuil

Isabelle Aubin-Auger¹, Alain Mercier², Laurence Baumann-Coblentz¹, Tu Le Trung³,
Yves Decorre³, Martine Rousseau³, Jacques-Patrice Lamy⁴, Nancy Gaye¹, Arnaud Boutan-Laroze⁵

exercer 2008;80:4-7.

i.aubin@cngc.fr

Contexte. L'efficacité du dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles a été établie. Néanmoins, il n'y a pas encore de dépistage de masse organisé à l'échelon national en France. Un réseau ville-hôpital d'oncologie de la région parisienne a dégagé un financement pour effectuer un dépistage gratuit des patients à risque moyen de cancer colorectal. Les médecins généralistes participant à cette campagne de dépistage sont parvenus, de façon très variable, à faire réaliser les tests par leurs patients, évoquant des comportements différents vis-à-vis du dépistage.

Objectifs. Explorer les obstacles rencontrés par les médecins dans le dépistage du cancer colorectal et trouver des solutions pour les surmonter.

Méthode. Trois focus groups de 8 participants ont été organisés. Les médecins forts et faibles prescripteurs ont été mélangés dans chaque groupe.

Principaux résultats. Le temps était le principal obstacle identifié. Il faut du temps pour informer les patients et leur expliquer l'intérêt du dépistage, du temps pour remettre les documents accompagnant le test et expliquer sa réalisation, du temps pour penser au dépistage. La discussion interactive a permis d'aboutir à de nombreuses solutions pour améliorer l'organisation des médecins généralistes.

Conclusion. Les focus groups sont une bonne méthode pour mettre en évidence les difficultés du dépistage colorectal mais aussi pour trouver des solutions pour les contourner. Un changement de comportement de 4 médecins non prescripteurs, a été constaté. Il serait utile d'explorer à plus grande échelle les obstacles rencontrés par les médecins généralistes impliqués dans le dépistage de masse.

Introduction

Le cancer colorectal est une pathologie fréquente et grave avec une incidence de 38 250 nouveaux cas en 2000 et une survie de 40 % à 5 ans¹. La recherche de sang occulte dans les selles a fait la preuve de son efficacité dans les populations à risque moyen de cancer du côlon en permettant une diminution de la mortalité de 15 à 18 % s'il est réalisé tous les deux ans chez les patients âgés de 50 à 74 ans²⁻⁴. Bien qu'imparfait, avec une sensibilité de 60 %, le test Hemocult II[®] est actuellement la référence⁵. Le dépistage de masse ne concerne actuellement qu'une partie des départements français mais devrait être généralisé courant 2008. Le Réseau ville-hôpital d'oncologie d'Argenteuil (ROA) a dégagé un financement il y a deux ans pour distribuer et assurer l'analyse des Hemocult II[®] pour les patients des médecins adhérents au réseau. Quarante et un médecins ont été volontaires pour participer. Au bout de 18 mois, 1 101 tests avaient été effectués. Le nombre de tests réalisés par les patients était très variable d'un médecin à l'autre (de 1 à 124). Certains médecins n'avaient

distribué aucun test. La question se posait alors d'étudier quels étaient les obstacles pour ces médecins généralistes à la réalisation du dépistage du cancer colorectal par la recherche de sang occulte dans les selles.

Méthode

Les médecins du réseau participant au dépistage ont reçu une invitation par courrier pour discuter des difficultés rencontrées. Vingt-quatre d'entre eux ont répondu. Trois focus groups de huit participants ont été organisés simultanément. Afin de favoriser l'interactivité, chaque groupe comportait à la fois des médecins faibles et forts prescripteurs. Quatre généralistes n'avaient pas encore distribué de test. La discussion était guidée par un canevas élaboré par l'équipe de chercheurs et les médecins responsables du réseau (tableau 1). Un animateur était chargé de conduire les débats dans chaque groupe. Chacun des trois chercheurs a pris le rôle d'observateur et a noté la communication non verbale.

Intégrez-vous la prévention et le dépistage dans votre pratique quotidienne ?
Que savez-vous du test Hemocult® ?
Que pensez-vous de l'apport du ROA pour la réalisation des tests ?
Comment présentez-vous le test au patient ?
Qu'avez-vous acquis comme expérience du test Hemocult® ?
Quelles sont les difficultés rencontrées par les patients ?
Quelle est votre opinion sur la campagne de dépistage Hemocult® ?
Avez-vous d'autres choses à ajouter au débat précédent ?

Tableau 1. Canevas des entretiens des focus groups

Les discussions ont duré environ 1 h 30 dans chaque groupe. Elles ont été enregistrées, retranscrites et analysées par les trois chercheurs. Il était prévu que les résultats de l'analyse seraient présentés aux participants des *focus groups*.

Résultats

Les principaux résultats sont résumés dans le tableau 2. Le premier point de discussion portait sur la place de la prévention et du dépistage en général dans la pratique quotidienne de médecine générale.

Un investissement nécessaire dans le dépistage

Les médecins estimaient que les actes de dépistage étaient dans leurs attributions. Ils pratiquaient tous à des degrés divers le dépistage cardiovasculaire, le dépistage des cancers du col, du sein et de la prostate, le dépistage de troubles du langage, de la vue, des pathologies dues à l'amiante. Ces dépistages étaient hiérarchisés, avec une priorité accordée au dépistage cardiovasculaire (accord fort). Ces dépistages étaient intégrés au long cours dans tous leurs actes. Ils estimaient que les fonctions de dépistage ne pouvaient être laissées à un organisme dédié, celui-ci n'ayant pas forcément la dimension médicale. Le dépistage de masse organisé était vécu comme une tâche supplémentaire. L'absence d'investissement dans ces domaines était, pour certains, comme une négation totale de leur rôle : « *ça veut dire qu'on ne fait plus rien* ».

Le rôle des médecins généralistes dans les actions de dépistage

Ce rôle était de faire eux-mêmes les dépistages, de faire faire ou d'inciter les patients, ainsi que d'expliquer leur intérêt et la façon de les faire : « *J'essaie de m'enquérir de quand date le dernier frottis...* » « *On a juste une action d'encouragement...* » « *Notre rôle c'est*

justement d'attirer l'attention sur tel ou tel problème... » C'était également un rôle de renforcement positif quand le patient était lui-même demandeur du dépistage : « *Souvent, ils viennent en disant : est-ce que vous pensez qu'à ce moment-là, on rebondit là-dessus ?* »

Les obstacles au dépistage

Le sexe du médecin semblait influencer l'investissement dans les différents dépistages. Les médecins femmes s'investissaient davantage dans les dépistages des cancers féminins et les médecins hommes dans celui des cancers masculins : « *Je crois que, quand on est un médecin homme ou un médecin femme, on n'a pas non plus entre le sein et la prostate la même possibilité...* » L'absence de confiance dans sa pratique était également citée comme un obstacle à la réalisation des frottis et des touchers rectaux : « *Il faut avoir confiance en son geste.* » Le sentiment de compétence ou de légitimité était considéré comme important pour l'examen de la peau : « *Sérieusement, sur le grain de beauté, est ce qu'on est compétent pour regarder les grains de beauté ?* » L'absence de clarté des recommandations était également un frein au dépistage : « *Il y a une autre problématique du PSA, c'est qu'on n'est pas clair... sur la fiabilité du test..., à quel âge, à quel rythme ?* »

Dépistage du cancer colorectal et les obstacles identifiés après dix-huit mois d'expérimentation

Le principal obstacle soulevé par les médecins généralistes sur le dépistage du cancer colorectal était celui du temps avec, en corollaire, l'avantage de prendre en charge des patients dans la durée.

Nécessité d'avoir un temps explicatif préalable

Il s'agit là d'emporter l'adhésion du patient, c'est l'enjeu principal qui ne peut se concevoir dans l'approximation ou l'urgence. « *Il m'est arrivé parfois de dire, tiens celui-là, il faudrait que je lui prescrive un Hemocult® et j'ai déjà 20 minutes de retard, ça y est la consultation elle est dépassée, ce sera pour la prochaine fois...* » « *Comme ce sont des gens qu'on voit assez régulièrement, que ça reste du dépistage et qu'on le propose tous les 2 ans, ça nous laisse du temps pour pouvoir le faire un petit peu...* »

Les stratégies élaborées pour contourner cet obstacle. Dans ce contexte, diverses tactiques étaient employées par les praticiens. L'une d'entre elles consistait à différer la prescription tout en délivrant une information minimale : « *Tiens j'aimerais bien vous revoir, parce qu'il faudrait qu'on parle de l'Hemocult® ou du cancer du côlon, et tu prends rendez-vous, le mois prochain ou dans 3 mois.* » « *Écoutez, je n'ai pas le temps de vous en parler, mais la prochaine fois, vous m'y faites penser, on en reparle et je vous propose des tests. Ils en parlent la fois d'après...* » Cette stratégie a plusieurs

avantages. Tout d'abord, elle permet de préparer la prochaine consultation et de « gagner du temps » lors du prochain rendez-vous. Par ailleurs, elle renforce l'implication des patients dans le dépistage : « *Ils ont le temps d'y réfléchir, ils ont éventuellement le temps de se renseigner, ce qui raccourcit éventuellement... notre temps passé dans la consultation pour expliquer ce que c'est...* »

Les problèmes de démographie médicale. Parmi les obstacles identifiés, les problèmes de démographie médicale ont été cités à plusieurs reprises, avec la nécessité de prendre en charge en premier lieu les pathologies aiguës infectieuses : « *Le problème c'est qu'on est noyé par l'aigu !* » « *T'es dépassé par les épidémies...* » Il en résulte une insatisfaction du médecin sur la façon dont il se consacre au dépistage : « *Je suis insatisfaite sur la façon dont je le fais...* » Cette insatisfaction est d'autant plus grande qu'il a la conviction d'être plus utile dans les actions de dépistage. « *Il n'y a pas longtemps avec l'Hemocult®, j'ai découvert un polype ; c'est quand même plus important que de soigner 3 rhinopharyngites...* »

Pour essayer d'y remédier, certaines périodes de l'année, en dehors des épidémies hivernales, ou de la journée apparaissent aux participants plus propices aux dépistages : « *À la rentrée, on est tranquille...* » « *J'interviens surtout en fin de consultation, soit en début d'année ou en fin d'année...* »

Un soutien des pouvoirs publics est souhaité. La nécessité de diffusion de messages d'information a été soulignée à plusieurs reprises. Une campagne nationale d'information du même ordre que celle des antibiotiques apparaîtrait très utile, à condition qu'elle soit intégrée dans un plan général d'incitation au dépistage. « *Ce sont des campagnes nationales, c'est très important. On a vu les antibiotiques, le cancer du sein, mais il n'y a rien derrière...* » Des consultations spécifiques dédiées au dépistage et une meilleure rémunération ont été également souhaitées pour faciliter ces actions.

Nécessité de prévoir un temps de conseil

Le praticien doit prévoir un temps pour expliquer la technique du test et les précautions à prendre : « *Il faut 10 minutes minimum, si on veut être sûr qu'il ait compris qu'il faut bien le positionner, ce qu'il faut faire, qu'il ne faut pas qu'il en mette trop dessus...* » « *Il y a des choses à leur dire quand même...* »

Cette relation éducative doit intégrer la réponse aux éventuelles questions sur les résultats, avec la nécessité d'anticiper sur la possibilité d'une coloscopie : « *Ce qui nous prend du temps aussi, c'est d'écouter les questions au-delà de l'aspect technique. Je pense que c'est ça aussi qui demande peut-être plus de temps sur ce qui va se passer après et pourquoi tel résultat et qu'est ce qui va se passer après le résultat.* »

Les stratégies pour contourner l'obstacle. Cet obstacle semble levé par l'entraînement. Dès que les

médecins ont une certaine pratique, la proposition du dépistage leur semblait plus facile : « *Finalement ça ne prend pas tant de temps que ça. J'ai fait un des premiers, là, et finalement ça ne prend pas beaucoup plus de temps que de faire une ordonnance.* » « *Au bout d'un moment, on a la procédure...* »

L'organisation personnelle intégrant la disponibilité du matériel prêt à être utilisé facilitait le travail : « *Dernièrement j'ai tout ressorti, tout bien rangé et tout, et puis je me suis aperçu que ce n'était pas si compliqué et j'ai commencé à m'y mettre.* »

Du temps est également nécessaire pour remplir les documents qui accompagnent le test

Un moyen de faciliter le dépistage est le recours à l'informatique avec une fiche préremplie pour les patients, avec des difficultés plus importantes pour les médecins non informatisés : « *Les papiers, c'est un frein à le faire.* » « *Le frein à l'utilisation de l'informatique, c'est aussi un problème.* » Une assistance pour remplir les papiers et informer les patients pourrait y remédier : « *Il ne me semblerait pas illogique d'avoir, que ce soit une future assistante, une infirmière qui bosse avec nous, une secrétaire formée, rémunérée pour. Leur expliquer comment on fait l'Hemocult®, ce n'est pas à moi, médecin, de le faire, dans un cabinet moderne, dans un pays où on fait du dépistage...* » Enfin, l'aide du patient peut être requise pour rédiger la partie administrative : « *Même si, effectivement, on le fait remplir, on lui dit... votre numéro de sécu, vous le connaissez mieux que moi, mais c'est vrai que tout ça c'est du temps !* »

Une dernière difficulté, comme pour les autres dépistages : y penser régulièrement

L'intégration des alarmes informatiques peut être une aide efficace : « *Avoir, dans notre système, un logiciel qui fait que ça nous le rappelle, ça ce serait l'idéal !* » L'intégration de maquettes de consultation en fonction de l'âge du patient a été citée comme un autre élément facilitant : « *J'ai eu des maquettes et des alertes en fonction de l'âge, en fonction d'un examen qui est déjà prescrit, ça me dit, bah voilà, il serait peut-être bon de prescrire...* »

Discussion

Cette étude sur les barrières au dépistage du cancer colorectal a été réalisée sur un échantillon particulier de médecins, tous membres d'un réseau ville-hôpital. Ils étaient volontaires et se décrivaient eux-mêmes comme une minorité, l'essentiel des généralistes ne leur semblant pas partager leurs préoccupations : « *En fait, on est un petit groupe là, c'est presque toujours les mêmes...* »

En même temps, ils ont exprimé de l'incompréhension pour un exercice médical qui n'intégrerait pas cette dimension : « *Je ne sais pas comment on peut faire de la médecine sans faire de prévention et de dépistage...* »

Obstacles	Comment les contourner	Souhaits des médecins
Temps nécessaire pour éduquer et informer	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer le patient • Dépister en dehors des périodes d'épidémies • Périodes de consultation plus calmes • Entraînement 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national d'information • Consultations spécifiques • Rémunération meilleure
Temps nécessaire pour expliquer le test et répondre aux questions	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance • Entraînement 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmier(ères)
Temps pour distribuer le test	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne organisation • Aide du patient pour les données administratives 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle central du médecin généraliste
Temps pour penser au dépistage	<ul style="list-style-type: none"> • Alarmes informatiques • Maquettes de consultation selon l'âge du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national d'information

Tableau 2. Obstacles, solutions possibles et souhaits des médecins

Les difficultés identifiées sont de type organisationnel dans leur pratique quotidienne avec un obstacle majeur constitué par la disponibilité nécessaire à la mise en place du dépistage.

Une étude canadienne sur le même thème, également réalisée avec des *focus groups*, mettait en évidence d'autres barrières comme l'adhésion des médecins au test et les problèmes techniques⁶. La formation préalable des médecins via le réseau a permis de limiter ce type d'obstacles. Au Canada, le test était principalement remis par les laboratoires ou les infirmières. Cette assistance, qui est souhaitée par les généralistes de cette étude, n'apparaissait pas satisfaisante et mériterait d'être étudiée de façon plus approfondie.

L'absence de clarté des recommandations, évoquée dans les *focus groups*, a également été soulignée par les médecins généralistes de l'étude canadienne.

La technique des *focus groups* était particulièrement adaptée pour identifier les obstacles au dépistage du point de vue des participants. Elle a permis également, grâce à des échanges très riches, d'imaginer des solutions pour les contourner (tableau 2). Cette méthode de recherche permet de recueillir des données et, grâce au processus d'interactivité, de faire évoluer les points de vue⁷. Trois mois après la discussion dans les *focus groups*, quatre médecins qui n'avaient jamais distribué d'Hemoccult®, avaient débuté le dépistage.

Avec l'ensemble des participants, une autre soirée est prochainement programmée pour discuter les résultats de l'analyse des retranscriptions. Elle devrait permettre de poursuivre ce processus interactif en donnant aux participants l'opportunité de prendre connaissance et de commenter les échanges antérieurs.

Il serait utile d'explorer ces mêmes obstacles dans une population de médecins généralistes impliqués dans le dépistage de masse.

Les barrières au dépistage venant des patients ont été évoquées par les participants mais ne pourront être

valablement explorées qu'en se préoccupant des désirs et craintes des patients eux-mêmes.

Conclusion

Cette étude par *focus groups* a permis de mettre en évidence les obstacles rencontrés par les médecins généralistes vis-à-vis du dépistage de sang occulte dans les selles. Cet échantillon de médecins particulièrement impliqués a essentiellement révélé des barrières dans leur organisation personnelle. Une étude similaire réalisée avec des médecins moins investis pourrait conduire à d'autres résultats. Le processus d'interactivité des *focus groups* a été particulièrement efficace pour envisager des solutions pratiques aux obstacles identifiés.

Références

1. Bouvier AM. Cancer côlon-rectum. In : Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. INSERM-INVS:53-9.
2. 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.
3. Towler B, Irwig L, Glasziou P et al. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. BMJ 1998;317:559-65.
4. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C et al. Reduction in colorectal cancer mortality by faecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004;126:1674-80.
5. Mitry E. Dépistage du cancer colorectal : de nouvelles techniques en cours d'évaluation. La revue du praticien médecine générale 2006; 746:1150-2.
6. Goel V, Gray R, Chart P et al. Perspectives on colorectal cancer screening: a focus group study. Health Expectations 2004;7:51-60.
7. Vermeire E, Van Royen P, Griffiths F et al. The critical appraisal of focus group research articles. Eur J Gen Pract 2002;8:104-8.