

**Article complet rédigé par le Dr Bruno SENEZ et paru en extrait dans le dossier
« Quand les médecins mènent l'enquête » Lettre d'info ODLC n° 18 - Janvier 2006**

Un séminaire de FMC organisé par FMC Rhône Alpes (Président Dr JL Mas) a réuni 30 participants en octobre 2004 sur le thème du « dépistage des cancers en médecine générale ». Le taux de participation de 25% à la campagne de dépistage du cancer du colon fut une surprise pour nombre d'entre nous.

Ayant eu antérieurement la possibilité de participer au DIU « Prévention en Cancérologie » animé par le Pr. Bolla à Grenoble, la connaissance de ce taux de participation a posé un certain nombre de questions : **Quel est le taux de participation dans ma clientèle ? Une implication personnelle dans le dépistage des cancers (diplômé sur le sujet, organisateur ou formateur dans 4 séminaires sur le sujet de 1992 à 2004) est elle susceptible d'améliorer la participation ? Quels sont les facteurs concourant à ce qu'un patient soit « non participant » ou considéré comme tel ?**

Les deux premières questions ont trouvé réponse par la réalisation d'un audit de pratique (audit de résultat) sur 50 patients consécutifs, des deux sexes, âgés de 50 à 74 ans, vus en consultation, quel qu'en soit le motif. Le taux de participation a été évalué à 50% (novembre 2004). De façon arbitraire le « seuil qualité » a été fixé à 80%. Etant loin du compte, les différentes causes ont été envisagées : non individualisation systématique des patients de la tranche d'âge 50-74a ; de leurs marqueurs et facteurs de risques coliques ; l'absence d'établissement systématique de plan de dépistage dans cette tranche d'âge ; absence de rappels systématiques. Des mesures correctrices ont logiquement été déduites de cette analyse. La plus significative a été le repérage systématique des patients dans la tranche d'âge incriminée, suivi d'une procédure standardisée de mesure du risque assortie de la proposition d'un suivi de ce dépistage et la création des « alertes » informatiques nécessaires.

La 3^o question a trouvé réponse dans une étude simple sur 40 patients. Les résultats sont :

- tous les patients ont accepté le dépistage, quelque soit leur attitude antérieure et ont accepté de s'engager dans la procédure qui leur été recommandée (coloscopie ou HémoCult suivant leur niveau de risque).
- Deux patients n'ont pas renvoyé leur test hémoCult (liste communiquée par l'ODLC)
- Parmi les causes classiques de non participation (refus ; manque d'intérêt ; incompréhension du bénéfice potentiel ; invitation non reçue, perdue, jetée ; peu du cancer) un certain nombre de causes sont liées à la procédure ou aux professionnels de santé :
 - o Refus de participer aux dépistages ou à ce dépistage là en particulier alors que le dépistage des cancers gynécologiques est réalisé
 - o Refus d'utiliser le test Hemocult au profit d'autres méthodes / tests non validés pour le dépistage
 - o Dépistage sauvage hors procédure centralisée
 - o Tests reçus par la poste ou remis par la médecine du travail hors procédure ODLC
 - o Fiche épidémiologique non remplie lorsque le patient est dépisté par coloscopie en raison d'un risque élevé
 - o Tests Hemocult ramenés dans un LABM, lequel remplace parfois cette recherche par un autre test non validé.

Au total, ce premier travail montre qu'une implication du professionnel de santé est sans doute nécessaire pour la réussite du programme de dépistage. La réticence des patients est peu importante mais la motivation du médecin traitant essentielle pour les impliquer. Un certain nombre de non participation est directement lié à une attitude négative des professionnels de santé vis-à-vis d'un dépistage dont le bien fondé est démontré. Enfin, le taux de participation

réel au dépistage du cancer colique est probablement minoré du fait d'une perte d'information dont l'importance serait à évaluer.

En fait, une des difficultés rencontrées par chaque professionnel réside dans la multiplicité des dépistages organisés, recommandés, possibles, dans des domaines multiples : cancer, pathologie cardiovasculaire, métabolique ... Proposer un dépistage colique suppose que l'on soit également compétent pour réaliser, conseiller, déconseiller, interpréter les résultats des autres dépistages : sein, col utérin, prostate, diabète, hyperlipidémie, fonction rénale ... Proposer un dépistage c'est également être au fait des recommandations basées sur un niveau de preuve et leur actualisation, ce qui n'est pas toujours facile pour un médecin de famille dont le champ des compétences est sans cesse élargi et les recommandations en perpétuel révision.

D'un questionnaire un audit a été réalisé. Les causes de non qualité ont été explorées. A partir des pistes d'amélioration envisagées, un plan d'amélioration a été mis en œuvre :

- Création d'un label d'alerte dans une zone du logiciel
- Dans cette zone sont reprises les différentes composantes de la gestion du dossier, des dépistages, des préventions
- Recueil du statut "risque personnel" cardiovasculaire, biologique et dépistage (colique et génital)
- Définition d'un plan de dépistage personnalisé et création des alertes personnelles.
- Chaque patient m'ayant déclaré médecin traitant doit avoir ces procédures établies.

Ce plan d'amélioration a-t-il été efficace ? Pour répondre à cette question un nouvel audit de pratique a été réalisé en octobre 2005 sur 20 patients consécutifs (ce nombre est suffisant pour évaluer une pratique médicale). Les critères de sélection étaient les mêmes qu'en 2004. Les résultats sont :

- Recueil du 24 au 27/10/2005. Sex ratio H/F : 0.55. Age moyen 63.8 ans (ET 5.98, [51-74])
- Patients participants régulièrement au dépistage ou premier dépistage < 52 ans : 17 (85%)
- Patients non participants : 3 (15%), 3 femmes, 0 hommes. Deux refus réitérés de dépistage malgré une information complète. La 3^e femme n'avait pas bénéficié du dépistage colique car le médecin qui la suivait sur le plan génital effectuait mammographie et frottis hors campagne de dépistage et ne participait pas au dépistage colique. Le dépistage lui a été proposé dans le cadre de la campagne ODLC.
- Sur un plan qualité :
 - o Nombre de patients « rattrapés » par la procédure : 1
 - o Nombre de patients auquel le dépistage avait été proposé antérieurement à l'audit (accepté ou non) : 19 (95%)

De ces audits on peut conclure qu'une implication personnelle des professionnels de santé est indispensable à la réussite du programme de dépistage. Cette implication forte dépasse largement le cadre du dépistage du cancer du colon. Une juste reconnaissance des efforts nécessaires, des compétences utiles et du temps consacré à cette action est probablement nécessaire pour être à la hauteur des enjeux et des attentes des patients. Les outils classiques de l'évaluation montrent, encore une fois, leur utilité pour améliorer les pratiques, procédures et résultats de soins.