

## Dossier documentaire

### Cancer colo rectal

Document établi avec le concours méthodologique de la HAS , conforme à la méthode de la HAS de production des listes de critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles.

Rédacteur: Dr Magnani Claude Médecin coordonnateur des GQ de Normandie

Relecture : Dr Mairesse Jean Pierre Médecin coordonnateur des GQ de Normandie ; Dr Marie Christine Quartier médecin directeur du centre de coordination régional.

### Problématique du dépistage

Le cancer colorectal se développe à partir des cellules qui tapissent la paroi interne du côlon ou du rectum. Le plus souvent, ces tumeurs malignes proviennent d'une tumeur bénigne, appelée polype adénomateux, qui évolue lentement et finit par devenir cancéreuse.

Ce **cancer** représente la deuxième cause de décès par cancer tous sexes confondus. La mortalité par cancer colorectal est en baisse depuis les années 1990 alors que l'incidence est restée stable chez la femme, et qu'elle diminue chez l'homme.

**En France, le taux d'incidence du cancer colo rectal (CCR)** est comparable à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne.

Plusieurs facteurs de risque modifiables ont été identifiés: consommation d'alcool, tabagisme, sédentarité, inactivité physique, surpoids et obésité, alimentation avec une consommation faible en fibres, excessive de viande rouge ou de viandes transformées.

Le cancer colorectal peut être découvert à un stade précoce grâce à un dépistage par recherche de sang dans les selles. Un programme organisé est proposé en France à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans depuis 2008. Jusqu'en 2018, ce programme était coordonné au niveau départemental par une structure de gestion. Depuis le 1er janvier 2019, le programme est coordonné au niveau régional par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) qui s'appuient sur les structures de gestion de leurs départements.

D'abord fondé sur le test au gaïac (Hémocult® II) le dépistage est remplacé depuis 2015 par le test immunologique (OC-sensor®), plus performant et plus facile d'utilisation : 4% de positif devant orienter vers une coloscopie qui détecte un polype dans 30 à 40 % des cas et un cancer dans 8 % des cas

Le risque de complications graves liées à la réalisation d'une coloscopie, comme une hémorragie ou une perforation de la paroi du côlon ou du rectum, est de l'ordre de 1 à 4,5 pour 1 000 coloscopies. Le risque de décès est estimé entre 1/18 000 et 1/10 000 coloscopies. S'y ajoutent les aléas inhérents à tout acte nécessitant une anesthésie.

La survie nette (uniquement lié au cancer du côlon-rectum) est de 59 % et 52 %, respectivement 5 ans et 10 ans après le diagnostic. En Normandie, les rapports standardisés d'incidence (SIR) ne mettent **pas en évidence une sur- ou une sous-incidence**† du cancer du côlon-rectum par rapport à la France métropolitaine, **sauf dans le département de l'Eure.**

Les standards européens préconisent un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 %. En France sur la période 2017/2018 le taux de participation au dépistage est de 32,1%

En Normandie l'évaluation sur la période 2016-2017 montre un pourcentage de personnes avec un résultat de coloscopie connu à 98,8% dont 35% normale. (6)

Dans « ÉTHIQUE ET DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL /Analyse du dispositif français » (7) est développées des propositions concrètes permettant d'améliorer l'organisation du dispositif et la prise en charge des personnes.

Pourtant ce travail n'a pas permis d'améliorer de façon pertinente le taux de participation au dépistage ; de 29,8% en 2013/2014 à 32% en 2018 : *POURQUOI ? QUE POUVONS-NOUS PROPOSER ?*

## Cancer du côlon rectum : dépistage

### Freins au dépistage :

1. L'un des freins majeurs à la réalisation du dépistage provient du dégoût à l'idée de manipuler ses selles. Le passage au test immunologique et la réalisation d'un seul prélèvement de selles devaient réduire ces réticences.
2. Un certain nombre de contraintes pratiques ressortent également de différentes études comme des freins à la réalisation de ce dépistage : par exemple le manque de temps ou la nécessité d'organisation avec la vie quotidienne pour la population active
3. Le dépistage reste une notion floue pour le grand public qui peut confondre cette démarche avec les actions de prévention ou les examens diagnostiques
4. L'invitation par courrier peut être perçue comme intrusive, anxiogène, voire donner naissance à un sentiment de vulnérabilité. La répétition des courriers (relances) peut être contreproductive : le courrier peut être perçu comme de la publicité, avoir été jeté avant d'être lu, son intention interrogée, être jugé impersonnel... Toutefois, il a été montré que le courrier représentait le levier de participation le plus efficace après les explications du médecin traitant.
5. Au titre de ces freins figurent l'anxiété, l'anticipation de la douleur, la gêne et le sentiment de vulnérabilité. Une connaissance insuffisante et la crainte de la découverte du cancer ont été identifiées comme des obstacles à la réalisation de la coloscopie consécutive à un dépistage. À l'inverse, la conviction du médecin et le fait d'avoir une histoire familiale ou de connaître quelqu'un avec le cancer sont reconnus comme des incitations à réaliser une coloscopie.
6. La décision de participer au dépistage est une démarche personnelle. Deux types de comportements ont pu être caractérisés :
  - les personnes « vigilantes » ont tendance à rechercher des informations médicales pour prendre leur décision ;
  - les personnes « évitantes » ont tendance à les écarter et les ignorer.
7. Les paramètres sociaux démographiques : Age, sexe, inégalités sociales, comportement de santé, statut urbain,

### Rôle du praticien :

**De par la relation de confiance** qui existe entre le médecin et son patient, le médecin est l'un des éléments clés du dispositif de dépistage organisé. Pour mener à bien cette mission, une formation et des outils adaptés sont nécessaires. Ces différents supports doivent intégrer :

1. des éléments de connaissance sur le cancer colorectal et son dépistage (population cible, épidémiologie...);
2. des argumentaires pour les aider à lever les freins de leurs patients, leur permettant notamment

- d'être proactif en intégrant le dépistage dans une stratégie globale de prévention, en ayant l'initiative d'aborder le dépistage en dehors du courrier d'invitation, en débattant du (ou des) problème(s)
- de se positionner en tant qu'expert en informant et expliquant le principe du dépistage, et en rationalisant l'intérêt du dépistage
- d'aider à la réalisation du test, en expliquant le mode d'emploi, les étapes de la réalisation, et en adaptant l'information à son patient et en l'informant sur la conduite à tenir en fonction du résultat.

**De manière pragmatique**, plusieurs leviers peuvent être utilisés par le médecin lors de sa consultation. Celui-ci peut :

- identifier les connaissances de la personne dans le domaine ;
- utiliser les convictions et le niveau d'information de la personne pour adapter son discours ;
- l'aider à faire une balance décisionnelle à travers l'information délivrée ;
- attendre son approbation pour délivrer les informations techniques ;
- prendre en compte la réalité, les valeurs et les priorités de la personne et temporiser sans pour autant renoncer.

**La faible valorisation des actes de prévention n'incite pas les médecins à passer du temps en consultation à informer le patient et expliquer les modalités de réalisation du test. La valorisation du dépistage pourrait être intégrée à la réflexion actuelle sur les nouveaux modes de rémunération, notamment les forfaits de coordination qui pourraient inclure les actes de prévention et de dépistage.**

### Propositions :

**Elaborer une grille d'aide au dépistage** intégrant les différents éléments des facteurs de risque

1. Prendre les patients entre 50 et 74 ans
2. Regarder si le dépistage est intégré dans le dossier médical
3. Rechercher les facteurs de risque :
  - tabac,
  - alcool,
  - obésité
  - sédentarité, absence d'activité physique,
  - excès de viande rouge et /ou transformée, charcuterie (> 500 g de viande rouge par semaine)
  - consommation riche en aliments fris
  - absence ou faible quantité de fibre alimentaire
4. Recherche de risques élevés :
  - Antécédent personnel d'adénome colorectal ou de CCR
  - Antécédents familiaux de CCR ou d'adénome (> 1 cm de diamètre) chez les parents du 1er degré (parents, fratrie, enfants) avant 65 ans
  - Maladie inflammatoire chronique intestinale (maladie de Crohn colique, rectocolite hémorragique)
5. Risques très élevés : Prédisposition héréditaire au CCR :
  - Polyposes adénomateuses familiales (PAF)
  - Syndrome de Lynch

***Si les éléments à risque moyen sont retrouvés***

- proposer un dépistage en expliquant le test,
- recherchant les freins à lever,
- proposer une aide éventuelle si besoin,
- proposer une seconde consultation un mois après

***Si éléments à risque élevés et /ou très élevés***

- Consultation pour coloscopie +++

***9 personnes sur 10 réalisent le test quand il est remis par le médecin***

**CONCLUSIONS**

La diminution de l'incidence et de la mortalité par CCR est, pour partie du moins, la conséquence positive des stratégies de dépistage et de prévention.

Des progrès restent à faire pour faciliter l'adhésion de la population au dépistage et améliorer des résultats encore insuffisants ; le développement de la biologie moléculaire permettra peut être de franchir bientôt une étape essentielle à condition d'en maîtriser les coûts.

Tout doit être mis en œuvre pour obtenir la participation du plus grand nombre, quitte à favoriser la diversité des stratégies dans une optique pragmatique, suivant en cela les recommandations européennes.

Les différentes stratégies ont leurs avantages et leurs limites dont les patients devraient être informés dans le cadre d'une prise de décision concertée et éclairée ; le dépistage n'est pas qu'une affaire de société, c'est aussi celui de l'individu. Dans tous les cas, le respect de critères de qualités stricts est indispensable.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 JANVIER 2019 [file:///C:/Users/Claude/Downloads/195815\\_spf00001199.pdf](file:///C:/Users/Claude/Downloads/195815_spf00001199.pdf)
2. Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal Mis à jour le 11 juin 2019 : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>
3. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2017-2018 Mis à jour le 19 juin 2019 : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-2018>
4. Dépistage organisé des cancers en Normandie : <https://www.normandie.ars.sante.fr/depistage-organise-des-cancers-en-normandie>
5. Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Evaluation sur la période 2016-2017
6. Région : NORMANDIE : [file:///C:/Users/Claude/Downloads/tableau3\\_2016\\_2017\\_28.pdf](file:///C:/Users/Claude/Downloads/tableau3_2016_2017_28.pdf)
7. ÉTHIQUE ET DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL /Analyse du dispositif français : [file:///C:/Users/Claude/Downloads/Ethique-et-depistage-organise-du-cancer-colorectal\\_2016.pdf](file:///C:/Users/Claude/Downloads/Ethique-et-depistage-organise-du-cancer-colorectal_2016.pdf)
8. Outils pour la pratique des médecins généralistes : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Outils-pour-la-pratique-des-medecins-generalistes>
9. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>