

CANCER COLORECTAL

Vers un dépistage mieux accepté

Plus sensible, plus fiable, plus facile d'utilisation : le nouveau test qui est disponible depuis quelques semaines en France pourrait révolutionner l'efficacité de la campagne de dépistage organisé du cancer colorectal. Jusque-là, la participation des personnes concernées était encore trop faible.

Coloscopie

Examen visuel du colon réalisé à l'aide d'une sonde optique, un coloscope

Adénome

Tumeur bénigne qui touche une glande ou une muqueuse, qui peut par la suite se cancériser.

Réaction antigène-anticorps

Elle se fonde sur la reconnaissance d'une molécule étrangère à l'organisme (antigène) par un anticorps, protéine du système immunitaire.

Avec 42 000 nouveaux cas et 17 500 décès chaque année en France, le cancer colorectal est l'un des plus meurtriers. En cause, un retard au diagnostic posé sur des tumeurs avancées, difficiles à soigner. Pourtant, hormis 5 % de cas d'origine génétique ou héréditaire, ce cancer est une maladie potentiellement évitable. D'abord, en adaptant son hygiène de vie (alimentation, tabac, alcool). Ensuite, en bénéficiant d'un dépistage précoce, car ce cancer découle, en effet, de l'aggravation d'un adénome, une lésion bénigne repérable par un test biologique ou par imagerie. Un repérage le plus tôt possible permet de bénéficier d'une chirurgie curative et, donc, d'un fort espoir de guérison. Depuis 2008, un dispositif de dépistage est justement organisé pour tous les Français les plus à risque, à savoir ceux âgés de 50 à 74 ans. Tous les deux ans, chacun d'entre eux reçoit une invitation à se rendre gratuitement chez son généraliste et y recevoir un test Hemocult®. À défaut, le senior le reçoit à domicile. Ce test repère par analyse colorimétrique toute trace de sang - même invisible à l'œil nu - que les lésions cancéreuses laissent échapper dans les selles. S'il est positif, il faut confirmer ou infirmer le diagnostic par coloscopie [Q], les saignements pouvant être dus à d'autres maladies. « L'intérêt du dépistage organisé est d'abord individuel, explique Guy Launoy (☛), de l'unité Cancers et prévention de Caen. Il permet de proposer la plus haute qualité en matière de modalités et d'interprétation des tests. Et, rechercher des lésions tous les deux ans réduit le risque de diagnostic à un stade avancé, moins facile à soigner. » Au niveau collectif, cette détection précoce permet de sauver un plus grand nombre de vies et de réduire la fréquence des stades avancés.

“ L'ancien test lui-même a pu être un frein au dépistage ”



Plus facile d'utilisation, le nouveau test de dépistage est immunologique.

© INCA

Malgré toutes ses vertus, la participation au dépistage est faible : en 2013-2014, seules 29,8 % des personnes concernées l'ont pratiqué. S'ensuit un véritable gâchis, puisque 9 cancers peu avancés sur 10 pourraient être guéris. Pour améliorer ces résultats, il a fallu identifier les freins au dépistage. Le manque d'adhésion est multifactoriel : perception culturelle, image du cancer et de l'organe concerné... Le test lui-même a pu être un facteur limitant : « Hemocult® n'identifie que 50 % des lésions cancéreuses et un tiers des adénomes [Q] existants, explique le chercheur. Et en voyant certains de leurs patients passer entre les mailles du filet, une partie des généralistes a fini par s'en méfier. » La nécessité de prélever plusieurs échantillons de selles pendant trois jours, elle, a créé des réticences côté patient. Les pouvoirs publics et la recherche ont donc travaillé de concert pendant plusieurs années pour qu'un test plus sensible et plus pratique le remplace. C'est aujourd'hui chose faite avec le nouveau test immunologique, fondé sur une réaction antigène-anticorps [Q] dirigée contre l'hémoglobine [Q]. L'équipe de Guy Launoy en a évalué l'efficacité : « Le nombre de lésions détectées passe à plus de 80 % et celui des faux positifs est nettement moindre. Ce test est aussi plus spécifique, ce qui réduit



Mars Bleu 2015, le dépliant d'une campagne de dépistage du cancer colorectal

la fréquence des coloscopies nécessaires pour confirmer le diagnostic. » Les médecins devraient donc retrouver leur confiance dans le dépistage. Et avec un unique prélèvement de selles, les patients devraient aussi mieux y adhérer.

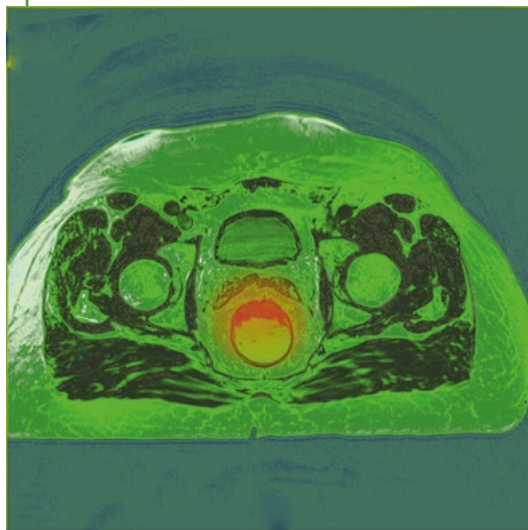
Pour donner une nouvelle dynamique à la campagne nationale, une communication institutionnelle a été déployée dès le mois de mai sur les modalités et bénéfices attendus. Ces efforts importants seront probablement insuffisants et d'autres leviers devront être utilisés pour améliorer le recours au test par la population cible.

Et pour peu qu'il soit convaincu, le généraliste constitue un acteur-clé. Des études ont montré que les patients sont plus enclins à faire le test lorsqu'il leur a été remis par leur médecin traitant. Isabelle Aubin-Auger (☛), médecin généraliste et chercheuse, renchérit : « Sa conviction peut favoriser la participation en levant les réticences et en corrigeant certaines idées fausses ou " mésinformations ". Mais, malgré cela, il y a une vraie disparité dans la participation au dépistage, même lorsque leur médecin est convaincu de l'intérêt du test. Cela nous a incités à étudier la sémantique des discours pour identifier les décalages entre les attentes des patients et le message de leurs généralistes. Sur cette base, nous avons développé une formation interactive dédiée aux praticiens pour les aider à avoir un discours adapté, personnalisé selon les attentes et la motivation initiale de leurs patients. » Une méthode qui porte ses fruits : la chercheuse a conduit, avec l'unité IAME (Infection, antimicrobiens, modélisation, évolution) (☛) à Paris, un essai clinique randomisé (☞) : le taux de participation au dépistage était de 36,7 % dans la patientèle de médecins formés contre 24,5 % dans celle de médecins qui ne l'étaient pas. « Reste que les praticiens ont peu de temps pour se former et intégrer la prévention à leur pratique. Il faut leur en donner les moyens, notamment financiers. Il faut aussi favoriser l'accès à la coloscopie des patients les moins aisés, qui peut parfois entraîner des frais au-delà de la prise en charge. » Nous ne sommes pas tous égaux en matière de santé,

“ Le retard au diagnostic est la principale étape sur laquelle il faut agir ”

thode d'accompagnement adaptée : « Si ces personnes ne vont pas vers le soin, c'est à nous d'aller vers elles. Inspirés d'une expérience américaine, le patient navigator, nous avons évalué l'efficacité d'un accompagnement personnalisé au dépistage. » En lien avec les structures sociales locales, un travailleur social repère les personnes cibles, les contacte pour les informer sur la campagne et les aide à conduire la démarche en prenant leurs rendez-vous et en les accompagnant, jusqu'à la coloscopie de diagnostic. Cette expérimentation, baptisée PRADO (programme d'accompagnement au dépistage organisé), n'est pas encore publiée, mais les données sont « encourageantes » selon les auteurs : « Elles montrent qu'une approche personnalisée et de proximité peut être efficace pour améliorer l'accès de ces personnes au dépistage, souligne Guy Launois. Il faut maintenant que les pouvoirs publics acceptent d'investir dans de tels dispositifs. » ■ **Caroline Guignot**

En rouge, cancer du moyen rectum (coupe transversale du pelvis, IRM)



- ☛ **Guy Launois** : unité 1086 Inserm - Université de Caen Basse-Normandie
- ☛ **Isabelle Aubin-Auger** : Université Paris Diderot-Paris 7, Recherche clinique ville-hôpital, Méthodologies et Société (REMES)
- ☛ **Unité 1137**/Université Paris 13-Paris-Nord - Université Paris-Diderot-Paris 7 (IAME)

Hémoglobine

Protéine qui, associée au fer, permet le transport de l'oxygène dans les globules rouges.

Essai clinique randomisé

Les sujets recevant un certain traitement sont choisis au hasard afin d'éviter les biais de sélection. Quand un essai randomisé met en œuvre une procédure de « double aveugle », ni les médecins ni les sujets ne savent qui reçoit quoi.

- ☞ I. Aubin-Auger et al. *Family Practice*, décembre 2011 ; 28 (6) : 670-6
- ☞ I. Aubin-Auger et al. *The European Journal of General Practice*, septembre 2013 ; 19 (3), 150-7
- ☞ T. Raginel et al. *Gastroenterology*, mai 2013 ; 144 (5) : 918-25
- ☞ C. Pomet et al. *British Journal of Cancer*, octobre 2014 ; 111 : 2152-5