



HAL
open science

Le dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans les Vosges : comment améliorer le taux de participation des patients vosgiens. Etude qualitative

Agathe Lefaure

► **To cite this version:**

Agathe Lefaure. Le dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans les Vosges : comment améliorer le taux de participation des patients vosgiens. Etude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298547

HAL Id: hal-03298547

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298547>

Submitted on 18 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2019

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Agathe LEFAURE

Le 19 juin 2019

Le dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans les Vosges : comment améliorer le taux de participation des patients vosgiens. Etude qualitative.

Membres du jury :

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Président

M. le Docteur Anthony LOPEZ

Juge

M. le Docteur Cyril PERRENOT

Juge

M. le Docteur Jean-Michel MARTY

Juge et directeur

M. le Docteur Jean-Louis AUTISSIER

Juge et directeur



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine:
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX –
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE –
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre
NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques
POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT -
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET -
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI –
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER – Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL –
Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS –
Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –
Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –
Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –
Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À notre Maître et Président,

M. le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur des Universités.

Praticien Hospitalier de Santé Publique, d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et de la Prévention.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ma thèse.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre soutien pour mon travail.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma plus grande gratitude.

À notre Maître et Juge,

M. le Docteur Anthony LOPEZ

Maître de Conférences des Universités.

Praticien Hospitalier des Maladies des Appareils Digestifs.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en participant à ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

M. Le Docteur Cyril PERRENOT

Maitre de Conférences des Universités.

Praticien Hospitalier de Chirurgie Viscérale et Digestive.

Je vous exprime mes profonds remerciements pour avoir accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de ma grande considération.

À notre Juge et Co-Directeur de Thèse,

M. le Docteur Jean-Michel MARTY

Docteur en Médecine Générale.

Maître de conférences de Médecine Générale.

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ma thèse et de faire partie de mon jury. Merci pour votre disponibilité, vos remarques pertinentes, vos encouragements. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère et de ma profonde estime.

À notre Juge et Co-Directeur de Thèse,

M. le Docteur Jean-Louis AUTISSIER

Docteur en Médecine Générale, Maître de stage

Je vous remercie pour le semestre passé à vos côtés en médecine générale où vous m'avez tant appris. Merci de jouer encore votre rôle de maître de stage en étant une oreille attentive et en me donnant de précieux conseils lors de mes premiers pas de médecin généraliste. Je vous remercie également d'avoir accepté d'être directeur de thèse à mes côtés, votre premier travail de thèse en tant que directeur.

Veillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère et de ma profonde estime.

A Thomas,

Merci pour ton soutien indéfectible depuis maintenant dix ans, merci pour tous nos bons moments partagés ensemble, nos vacances, nos restaurants, la construction de notre future maison... Merci de m'avoir permis de réaliser mon rêve le plus cher, celui de devenir maman. Tu es un père encore plus formidable que je n'aurais pu l'imaginer. J'espère passer de nombreuses années à tes côtés. Je t'aime.

A mon petit Martin,

C'est avec toi que nous avons effectué nos premiers pas de parents. Tu nous remplis de joie depuis ta naissance. Avec toi, on ne s'ennuie jamais. Tu es devenu un super petit garçon et un super grand frère, je suis fière de toi. Je t'aime mon petit Martinos.

A mon Alicette,

Ma petite Alice, déjà un an que tu nous apportes que du bonheur, un vrai petit koala notre miss câlin. Je t'aime Alicette.

A mes parents,

Maman,

Merci d'être toujours là pour moi, merci pour ta présence, tes nombreux coups de téléphone, tes conseils. Merci d'avoir arrêté de travailler les samedis pour t'occuper de Martin et Alice. Je t'aime.

Papa,

Je sens que la larmichette ne sera pas loin en ce jour, merci d'être toujours là pour moi, merci pour ton soutien, pour ta patience. Je t'aime.

A mes frère et sœurs,

Brieuc,

Nous avons toujours fait équipe « contre les jumelles », puis notre collocation nous a aidé pour notre P1. Merci d'être toujours là pour moi, et je ne pensais pas qu'un jour nous serions quasiment voisins. Hâte de faire un petit saut dans votre piscine.

Chloé,

Super cookie, tu es une tata en or pour Martin et Alice et nous dépannes très souvent. Allez, encore quelques mois et la prochaine thésarde c'est toi !

Margaux,

Bientôt de retour aux sources, dans nos Vosges, je m'en réjouis d'avance, future binôme de sport. J'irai rendre visite à vos poules et autres.

A ma belle-sœur et mon beau-frère,

Charlotte,

Cela fait maintenant quelques années que tu es dans la famille, je te considère comme une sœur. Tu pourras venir quand tu veux pour un café C. Merci de jouer à Bernard Pivot pour moi.

Charles,

Je ne pouvais pas rêver mieux comme beau-frère, tu es au top ! Par contre je sens que votre arrivée dans les Vosges va engendrer quelques soirées foot.

Mamie Jo,

Super mamie, merci pour tous nos mercredis passés ensemble dans notre enfance et nos vacances à Sainte-Maxime. Tu es toujours en top forme, on espère tous te ressembler.

Papi Jean,

Tu vois, je la passe enfin, tu ne me diras plus « et la thèse, tu la passes quand ? ». Je sais que tu ne peux pas venir pour ma soutenance, ce n'est pas plus mal vu comme je serai stressée, mais je me ferai un plaisir de t'en offrir une copie. Merci pour ces beaux moments à Luxeuil, à jardiner, faire du vélo...

A Quentin et Paul,

Les chatons, merci pour votre optimisme sans faille. A Paul, je n'oublierai jamais que tu es la première personne à avoir habillé mon fils à la maternité et cela compte vraiment pour moi. A Quentin, tu es presque un frère pour moi, j'adore la personne que tu es devenue.

A Philippe et Nathalie

A mes tantes, mes oncles et mes cousins.

A mes grands-parents disparus,

A mon papi Jean-Pierre,

Tu y es pour quelque chose dans mon choix de carrière, cela me fait toujours un sentiment spécial lorsque je croise l'un de tes comptes-rendus lorsque les patients nous apportent leur dossier. Merci de nous avoir amené tous les mercredis au tennis, d'avoir été si patient quand on faisait des batailles d'eau dans tes fleurs. Je pense fort à toi en ce jour.

A ma mamie Marlène,

Merci pour tous ces beaux souvenirs à tes côtés, nos vacances à Luxeuil ; les histoires de Caroline, le petit parc, la soupe à la saucisse (beurk), la cancoillotte maison, le petit dimanche, la veillée et tant d'autres choses.

A ma famille de cœur, les CHATRON,

Vous savez à quel point vous êtes importants pour moi. Merci à Claire et Laure d'avoir accepté de devenir les marraines de mes enfants. J'espère que l'on passera encore de nombreux moments ensemble, la distance ne nous a jamais fait peur. A bientôt à Epinal, à Clermont, aux Arcs, à Caen, à Montpellier ou ailleurs.

A toute la grande famille des Los Skios.

A ma belle famille,

Martine et Patrick, merci de m'avoir aussi bien accueillie dans votre famille. Vous êtes des supers grands-parents pour nos enfants.

A mon Chichi, tu as passé ta thèse hier petit veinard ! Mon beau cousin d'amour.

A Mamie Carmen et Vivi, nos super nounous.

A Marie-Paule, Cathy, Sylvie, Richard, Antoine, Fred, Simon, Marie, Jean-Philippe, Caro, Alban, Alice, Lisa, Camille, Romain, Charlotte, Antoinebis, Matthieu, Manon.

A mes amis,

Guillaume, tu sais à quel point tu comptes pour nous, tu nous as déjà permis de nous rencontrer à cette fameuse soirée en P2, et à toi Margaux. Merci pour tous ces bons moments

passés ensemble, en vacances à la mer ou au ski, au concert improvisé des supers stars, à tous nos escape games, à toutes les phrases de Guillaume, on repart à Melun quand vous voulez.

Elsa, tu es à mes côtés depuis la 4eme, on est toutes deux médecins généralistes maintenant. Bon, a priori tu ne reviendras pas aux sources toi. Merci pour ton soutien, tous nos fous rires, nos soirées. PCLKKKKK.

Marine, même si tu es en Bretagne maintenant, on arrive toujours à garder contact.

A Amandine, Nicolas, Basile et bientôt les 2 petits jumeaux, dommage que votre ferme ne se trouve pas dans nos Vosges, chaque fois qu'on se retrouve, c'est pour passer de beaux moments. Hâte de découvrir vos deux petits bouts.

A mes amis MIT, Laure-Anne, Guillaume, Simon et ton futur petit frère, Virginie et David. Depuis les maladies infectieuses nous avons réussi à garder contact, les moments passés avec vous sont toujours des magnifiques moments. A mon Totor qui s'est perdu à Bar-le-Duc.

A Hélène, il a fallu qu'on se perde de vue pendant 20 ans pour se retrouver, merci pour ton soutien, nos balades et tant de choses. A Quentin, et dire qu'on était dans la même voiture en P1, on finit par se retrouver maintenant, merci de faire faire du sport à mon homme. A votre petite à venir.

A Dorothee, Samuel et votre petit Arthur, à notre rencontre grâce à Xertigny, à tous nos bons moments passés, au ski, à Seven Wonders, à Catan, à nos restaurants...à cette fameuse raclette.

A mes copains du lycée et de fac : Robin, Clément, Audrey, Marine, Yan, Paul, Chloé, Alex, Stéphanie, Emeline...

A Victorien, Chloé, Mathilde.

A mes co-internes, en particulier les MIT, les Barisiens (Matthieu, Ali, Chloé, Paul, Guillaume, Thibaut, Bibi, Marjo, Oriane), la pédiatrie (Yann, Gaëtan, Florence, Constance, Anne), Mathieu et Yifei.

A mes super externes : Charlène, Anaïs, Manon, Jordan, Mika.

Aux meilleurs amis de Thomas : Seb, Pierre, Bryan, Romain, Clem, Marine, Joanna, Marie, Gaspard et Charlotte.

A la Maison de Santé de Xertigny,

A mes collègues médecins, Aude qui m'a fait découvrir et aimer la médecine générale lors de mon stage en 2015, avant ce stage, je me destinais à de l'hospitalier. A toi Samuel qui est bien plus qu'un collègue.

A nos super secrétaires, Mireille et Claudine, vous êtes mes rayons de soleil, j'adore discuter avec vous quand l'occasion se présente, sans vous la maison de santé ne serait pas la même.

A ma petite Adeline, tu sais que tu comptes beaucoup pour moi.

A Jorris, toujours la pêche et cet accent du Sud qui nous fait voyager. Ta bonne humeur est un plaisir à vivre au quotidien.

A nos infirmières, Amélie, Chantal, Sandrine, Marine.

A Matthieu, alors cette maison ? Je rigole, c'est un plaisir de faire la pause de midi avec toi et les autres pour décrocher un peu du travail autour d'un café.

A Guillaume et Ingrid,

A Véronique,

J'espère que cette vie professionnelle à vos côtés sera enrichissante.

A l'AVODECA,

Tout d'abord à toi, Marie-Océane et cette rencontre improbable suite à une annonce sur Facebook. Nous n'avons finalement jamais travaillé ensemble et pourtant nous avons tissé une amitié.

A toute l'équipe, Charlotte, Florence, Gwen, Jocelyne, Kathy, Marie-Laure, Myriam, Nadège. J'ai adoré travailler avec vous. Vous m'avez apporté beaucoup. Je vous retrouve toujours avec plaisir, j'espère qu'on gardera ce lien.

A la famille Fahy.

A Claudine.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à ma thèse, j'ai été très contente de vous rencontrer, cette thèse était une chance pour cela car nous n'avons pas toujours l'occasion de rencontrer ses confrères. A bientôt à l'AMVPPU ou ailleurs.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérée.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

LISTE DES ABREVIATIONS

ADECA = Association pour le DEpistage des Cancers

AMODEMACES = Association MOsellane pour le DEpistage des Maladies Cancéreuses

AMPM = Association Meusienne de Prévention Médicale

AMVPPU = Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-Universitaire

APICRYPT= Messagerie sécurisée en santé

ARS = Agence Régionale de Santé

ASALEE = Action de Santé Libérale En Equipe

AVODECA = Association Vosgienne de DEpistage des Cancers

CCR = Cancer Colorectal

CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRCDC = Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

DGS = Direction Générale de la Santé

DOCCR = Dépistage Organisé du Cancer colorectal

E = Entretien médical

GIST = Tumeur Stromale Gastro Intestinale

Hb = Hémoglobine

INCa = Institut National du Cancer.

L = Ligne

M = Médecin généraliste

MICI = Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

MSA = Mutualité Sociale Agricole

OMS = Organisation Mondiale de la Santé.

RCP = Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

TDA = Taux de Détection des Adénomes

TNM = Tumor Nodes Metastasis

WONCA = World Organization of National College, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	19
INTRODUCTION.....	22
1. Généralités.....	22
2. Facteurs de risque.....	24
3. Histoire naturelle du cancer colorectal.....	25
4. Traitement du cancer colorectal	26
5. Le dépistage organisé du cancer colorectal.....	28
5.1. Généralités	28
5.2. Rappels statistiques :.....	29
5.3. Objectifs du programme de dépistage du cancer colorectal	30
5.4. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France.....	30
6. L'AVODECA.....	32
6.1. Généralités	32
6.2. Invitations	32
6.3. Les actions de promotion du dépistage.....	33
6.4. Mars Bleu.....	33
6.5. Réorganisation	33
6.6. Rapport sur l'activité de la structure de gestion en 2017 dans les Vosges.	34
7. Le médecin généraliste, acteur clé du dépistage du cancer colorectal.	35
7.1. Généralités	35
7.2. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer colorectal.....	35
7.3. Cancer de l'intervalle	36
8. Problématique.....	36
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	38
1. Introduction	38
2. Matériel et Méthodes.....	39
2.1. Type d'étude	39
2.2. Population étudiée.....	39
2.3. Méthode d'analyse des données.....	40

3.	Résultats	41
3.1.	Les freins côté patients.....	42
3.1.1.	Désintérêt du patient quant au dépistage	42
3.1.2.	Difficultés techniques du test	42
3.1.3.	Manque d'information.....	43
3.1.4.	La politique de l'autruche.....	43
3.1.5.	La réticence à la manipulation des selles.....	44
3.2.	Les freins côté médecins généralistes.....	44
3.2.1.	La passivité du médecin généraliste dans le dépistage.....	44
3.2.2.	Le problème du temps / la démographie médicale	44
3.2.3.	Expériences négatives / manque de conviction	45
3.3.	L'information grand public, l'axe d'amélioration principal.....	46
3.4.	Le médecin généraliste au cœur du dépistage, principal motivateur	47
3.5.	Différences de perception entre le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal.	48
3.6.	Différentes approches de la santé en fonction du sexe.....	49
4.	Discussion	50
4.1.	Remise du test par les médecins généralistes : à la fois force et faiblesse.....	50
4.2.	Remise du test immunologique par d'autres spécialités	51
4.3.	Depuis le nouveau test	51
4.4.	Différence entre les femmes et les hommes par rapport à la santé	52
4.5.	Vers d'autres solutions.....	54
4.6.	Forces et faiblesses de notre étude.....	54
4.6.1.	Validité interne : notre étude comporte de nombreux biais.....	54
4.6.2.	Validité externe : comparaisons à d'autres études.....	55
5.	CONCLUSION	55
	CONCLUSION DE LA THÈSE ET PERSPECTIVES.....	57
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	59
	ANNEXES.....	63

INTRODUCTION

1. Généralités

Le cancer colorectal, du fait de sa morbi-mortalité, est un enjeu de santé publique en Europe avec 432 000 nouveaux cas par an et 212 000 décès annuels. Il s'agit dans l'Union Européenne du premier cancer en incidence et du deuxième cancer en termes de mortalité (1).

En France, il se place au troisième rang des cancers les plus fréquents avec 44 800 nouveaux cas estimés par an et 17 684 décès en 2017, le classant au deuxième rang en termes de mortalité. A noter que 95% des cancers colorectaux surviennent après 50 ans.

Quelques chiffres concernant les cancers colorectaux en France :

- 24 035 nouveaux cas chez l'homme et 9 294 décès en 2017,
- 20 837 nouveaux cas chez la femme et 8 390 décès en 2017,
- troisième rang des cancers masculins et deuxième rang des cancers féminins du point de vue de la fréquence,
- deuxième cause de décès pour l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer de la prostate,
- troisième cause de décès pour la femme après le cancer du sein et du poumon,
- survie nette à 5 ans estimée à 63 % pour l'homme et la femme (90% si détecté à un stade précoce et 13% si détecté au stade métastatique) (2).

Comme les autres cancers, le cancer colorectal répond à une classification internationale TNM qui permet de rendre compte du stade du cancer. La lettre T signifie « tumeur », cela correspond à la taille de la tumeur, la lettre N signifie « ganglion » (en anglais « Node ») et nous signale si les ganglions lymphatiques sont envahis ou non, la lettre M signifie « Métastase » et nous indique la présence ou non de métastase.

La classification TNM pour le cancer colorectal a été réactualisée en 2017, il s'agit de sa huitième édition.

L'examen histologique d'une lymphadénectomie régionale doit inclure au moins douze ganglions lymphatiques.

Tableau 1. Classification TNM du cancer colorectal selon l'OMS (3)

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ : intra-épithélial ou envahissant la lamina propria
T1	Tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2	Tumeur envahissant la musculature
T3	Tumeur envahissant la sous-séreuse ou les tissus péri-coliques ou péri-rectaux non péritonisés
T4	Tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures et/ou perforant le péritoine viscéral
	T4a : tumeur perforant le péritoine viscéral
	T4b : tumeur envahissant directement d'autres organes ou d'autres structures.
Nx	Renseignements insuffisants pour classer les ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de métastase ganglionnaire régionale
N1	Métastases dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
	N1a : métastases dans 1 seul ganglion régional
	N1b : métastases dans 2-3 ganglions régionaux
	N1c : nodules tumoraux dans la sous-séreuse ou dans les tissus mous non péritonéalisés péri-coliques ou péri-rectaux sans atteinte ganglionnaire lymphatique.
N2	Métastases dans 4 ou plus ganglions lymphatiques régionaux
	N2a : métastases dans 4 à 6 ganglions lymphatiques régionaux
	N2b : métastases dans 7 ou plus ganglions lymphatiques régionaux
M0	Pas de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance
	M1a : métastases dans un seul organe (foie, poumon, ovaire, ganglion lymphatique non régional)
	M1b : métastases dans plus d'un organe ou dans le péritoine
	M1c : métastases dans le péritoine avec ou sans atteinte d'un autre organe

Tableau 2. Stade du cancer colorectal en fonction de la classification TNM (3)

STADES			
Stade 0	Tis	N0	M0
Stade I	T1, T2	N0	M0
Stade II	T3, T4	N0	M0
Stade IIA	T3	N0	M0
Stade IIB	T4a	N0	M0
Stade IIC	T4b	N0	M0
Stade III	Quel que soit le T	N1, N2	M0
Stade IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Stade IIIB	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Stade IIIC	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Stade IVA	Quel que soit T	Quel que soit N	M1a
Stade IVB	Quel que soit T	Quel que soit N	M1b

2. Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque du cancer colorectal sont classés en non-modifiables et modifiables.

Les facteurs de risque non-modifiables sont :

- le sexe masculin,
- l'âge > 50 ans,
- les antécédents personnels ou familiaux d'adénome ou de cancer colorectal,
- les maladies inflammatoires chroniques du tube digestif (MICI : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique),
- les prédispositions héréditaires au cancer colorectal (syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales).

Les facteurs de risque modifiables sont :

- la consommation excessive de viande rouge et de charcuterie (> 500g par semaine),
- la faible consommation de fibres alimentaires,
- la sédentarité,
- le surpoids,
- la consommation d'alcool,
- le tabagisme.

Les facteurs protecteurs sont :

- l'activité physique,
- une alimentation riche en fibres (4).

Cela nous permet de classer les patients en trois groupes distincts afin de déterminer la stratégie thérapeutique à adapter.

Tableau 3. Stratification des risques concernant le cancer colorectal

	Moyen	Élevé	Très élevé
Personnes concernées	Population générale <ul style="list-style-type: none"> • 50 à 74 ans. • asymptomatique. 	Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) <ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Crohn colique. • Rectocolite hémorragique. Antécédents d'adénome* ou de CCR <ul style="list-style-type: none"> • Personnel. • Familial (1^{er} degré). 	Prédisposition héréditaire <ul style="list-style-type: none"> • Polyposes adénomateuses familiales (PAF). • Cancer colorectal héréditaire non polyposique (syndrome de Lynch).
Stratégie de dépistage	Dépistage organisé <ul style="list-style-type: none"> • Test de recherche de sang occulte dans les selles (tous les 2 ans). 	Dépistage individuel <ul style="list-style-type: none"> • Consultation gastro-entérologique/ suivi spécialisé. • Coloscopie*/Chromoendoscopie**. 	Dépistage individuel <ul style="list-style-type: none"> • Consultation oncogénétique (recherche mutation). • Consultation gastro-entérologique. • Chromoendoscopie**.

(5)

La prévention primaire est représentée par les règles hygiéno-diététiques. Elle consiste à augmenter la consommation de légumes ainsi que l'activité physique, à réduire les apports caloriques notamment la viande rouge, et à promouvoir le sevrage du tabac et de l'alcool.

La prévention primaire étant limitée, la prévention secondaire, qui est représentée par le dépistage organisé du cancer colorectal, est primordiale afin de dépister les adénomes et les cancers colorectaux à un stade débutant.

Le dépistage organisé est essentiel pour diminuer la mortalité du cancer colorectal et le recours à la coloscopie est le seul moyen pour diminuer l'incidence du cancer colorectal.

Le médecin généraliste est un acteur clé du dépistage du cancer colorectal, il a un rôle primordial dans la stratification du risque individuel.

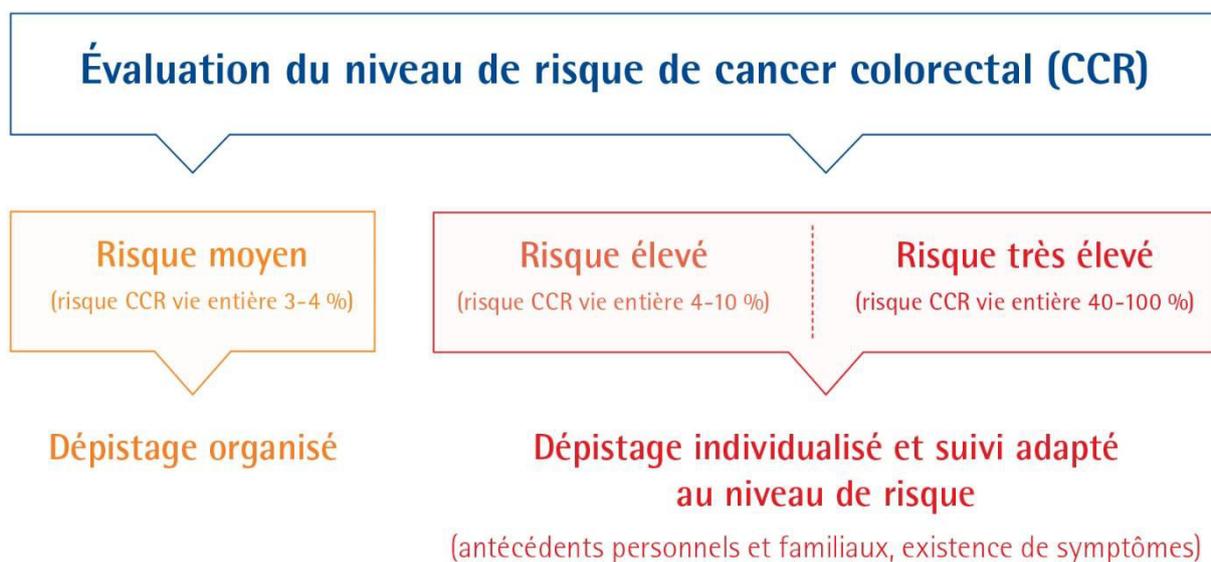


Figure 1. Le médecin généraliste, acteur clé du dépistage

(6)

Le parcours de soins concernant le dépistage organisé du cancer colorectal est bien défini et le médecin généraliste est au cœur de celui-ci. (ANNEXE 1)

3. Histoire naturelle du cancer colorectal

Le polype colorectal est une tumeur bénigne faisant saillie dans la lumière du côlon et du rectum sans préjuger de sa nature histologique. Il peut être sessile, pédiculé ou plan.

Il existe quatre types histologiques de polypes colorectaux bénins dont seuls les polypes adénomateux peuvent se transformer en cancer :

- le polype adénomateux : adénome tubuleux (75%), adénome tubulo-villeux (20%), adénome villositéux (5%), adénome festonné ;

- le polype hyperplasique ;
- le polype juvénile ;
- le pseudo-polype inflammatoire.

Le type histologique largement majoritaire des cancers colorectaux est l'adénocarcinome (plus de 95%). Il se développe le plus souvent à partir d'un adénome. Le risque de cancer augmente avec le nombre d'adénomes, la taille de l'adénome (> 1cm), un haut degré de dysplasie, et la proportion du contingent villositaire. La présence de foyers cancéreux dans un adénome est de l'ordre de 1% dans les adénomes tubuleux, de 12% dans les adénomes tubulovillositaires et de 15% dans les adénomes villositaires.

On estime que sur 1 000 adénomes, 25 d'entre eux deviendront des cancers dans un délai de 10 à 20 ans. Par conséquent, le cancer colorectal évolue de manière asymptomatique dans un premier temps (7).

Dans 70% des cas le cancer colorectal est sporadique, dans 25% des cas il est lié à des antécédents familiaux et dans 5% des cas à des pathologies génétiques.

D'un point de vue histologique, il existe plusieurs types de lésions cancéreuses :

- 95% d'adénocarcinomes : l'adénocarcinome Lieberkühnien (le plus fréquent), l'adénocarcinome colloïde ou mucineux, le carcinome médullaire...
- 5% : tumeurs neuro-endocrines, lymphomes malins, sarcome, GIST (Tumeur Stromale Gastro Intestinale)...

4. Traitement du cancer colorectal

Comme tout cancer, la stratégie thérapeutique est définie par l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce et est transmis au médecin généraliste. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins remis au patient et aux médecins qu'il aura désignés.

La stratégie thérapeutique dépend du type de cancer, du stade TNM, des caractéristiques du patient (âge, comorbidités, préférences du patient).

Rappelons qu'il existe une classification OMS de l'état général d'un patient, allant de 0 à 4, 4 étant le stade de dépendance totale.

Tableau 4. Classification OMS de l'état général (3).

Stade OMS	Etat général du patient
0	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans restriction
1	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail
2	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler, alité < 50% du temps
3	Capable de seulement quelques soins personnels. Alité ou chaise > 50% du temps
4	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou chaise en permanence

Les stratégies thérapeutiques en fonction du stade sont énumérées ci-dessous.

Tableau 5. Stratégies thérapeutiques du cancer colorectal en fonction de sa localisation et de son stade TNM.

Résumé des principaux traitements de première ligne d'un cancer du côlon selon son stade :

Stades	Principaux traitements
Stade 0	Réséction endoscopique. Une chirurgie complémentaire doit être discutée en RCP en fonction des caractéristiques anatomopathologiques.
Stade I	Exérèse endoscopique pour certaines tumeurs T1 après discussion en RCP. Chirurgie seule pour les tumeurs T2.
Stade II	Chirurgie seule. Si facteurs de risque de récurrence, discussion en RCP du rapport bénéfices/risques d'une chimiothérapie adjuvante
Stade III	Chirurgie et chimiothérapie adjuvante
Stade IV	Lors de la RCP, les éléments suivants doivent être pris en compte : - pour la tumeur primitive : son caractère symptomatique, son volume - pour les métastases : leur caractère résecable, leur nombre, leur localisation - l'état général du patient (voir classification OMS) RCP pour discuter de l'exérèse du cancer colique primitif. Si métastases pulmonaires ou hépatiques, bilan de résecabilité et nécessité de pouvoir effectuer une résection complète. En l'absence de contre-indication : chimiothérapie +/- thérapie ciblée. : - Si réponse majeure : rediscuter en RCP de la chirurgie des métastases - Si réponse mais métastases non résecables : poursuite de la chimiothérapie - Si progression : arrêt ou changement de protocole de chimiothérapie

Résumé des principaux traitements de première ligne d'un cancer du rectum selon son stade :

Stades	Principaux traitements
Stade 0	La résection endoscopique est la référence. Une chirurgie complémentaire après exérèse endoscopique doit être discutée en RCP en fonction des caractéristiques anatomopathologiques.
Stade I	L'exérèse locale chirurgicale est le traitement de référence. Pour certaines tumeurs T1, exérèse endoscopique après discussion en RCP. Selon les situations, la chirurgie peut être complétée par une radiothérapie.
Stades II et III	Radio-chimiothérapie suivie d'une chirurgie. Chez les patients fragiles, radiothérapie exclusive néoadjuvante. L'indication d'une chimiothérapie adjuvante doit être discutée en RCP, cela réduit le risque de récurrence à distance.
Stade IV	Discussion au cas par cas du traitement de la tumeur rectale et/ou des métastases(+/-chirurgie+/-radiothérapie+/-chimiothérapie), ces différents traitements peuvent prolonger la vie, soulager les symptômes liés à la tumeur ou aux métastases et en conséquence améliorer la qualité de vie.

(2)

5. Le dépistage organisé du cancer colorectal

5.1. Généralités

Un test de dépistage permet de sélectionner dans la population cible des personnes potentiellement atteintes d'une affection définie. Il est utilisé de façon systématique et non pas en fonction de symptômes. Il s'agit de prévention secondaire.

Le dépistage doit répondre aux critères définis par l'Organisation Mondiale de la Santé :

- la maladie dépistée doit être une menace grave, un enjeu de santé publique (incidence de la maladie, mortalité),
- un traitement d'efficacité démontrée doit exister pour cette pathologie,
- il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement,
- la maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique,
- l'examen de dépistage doit être efficace,
- l'examen de dépistage doit être acceptable pour la population,
- l'histoire naturelle de la maladie doit être connue, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique,
- le choix des sujets qui recevront un traitement doit être réalisé selon des critères préétablis,
- le coût de la recherche des cas ne doit pas être disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux,
- il faut assurer la continuité des soins (8).

Un test de dépistage doit être :

- simple à mettre en œuvre,
- fiable : le résultat obtenu doit correspondre à l'anomalie recherchée,
- reproductible : les résultats doivent être les mêmes s'il est utilisé dans les mêmes conditions chez un même sujet par des investigateurs différents ou dans des lieux différents,
- valide : la validité intrinsèque du test est définie par la sensibilité et la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives du test sont relatives à l'utilisation du test pour une population donnée.

Il doit être aussi acceptable par la population sinon il risque d'entraîner un faible taux de participation. Il doit être simple, le moins invasif possible et sans danger (9).

5.2. Rappels statistiques :

La validité intrinsèque d'un test est définie par la sensibilité et la spécificité :

- la sensibilité d'un test est la probabilité que le test soit positif si la personne est atteinte de la maladie. C'est le nombre de vrais positifs divisé par le nombre total de personnes atteintes de la maladie. Plus un test est sensible, moins il comporte de faux négatifs et mieux il permet s'il est négatif d'exclure la maladie.
- la spécificité d'un test est la probabilité que le test soit négatif si la personne n'est pas malade. C'est le nombre de vrais négatifs divisé par le nombre total de personnes indemnes de la maladie. Plus un test est spécifique, moins il y aura de faux positifs et plus il permet, s'il est positif, d'affirmer la maladie.

La validité extrinsèque d'un test est définie par la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative :

- la valeur prédictive positive d'un test est la probabilité que la personne soit malade si son test est positif, c'est le nombre de vrais positifs divisé par le nombre total de personnes dont le test est positif.
- la valeur prédictive négative d'un test est la probabilité que la personne ne soit pas malade si son test est négatif, c'est le nombre de vrais négatifs divisé par le nombre total de personnes dont le test est négatif.

Tableau 6. Rappels statistiques

	Malade	Non malade	
Test positif	Vrai positif	Faux positif	Total tests positifs
Test négatif	Faux négatif	Vrai négatif	Total tests négatifs
	Total malades	Total non malades	Effectif total

Le cancer colorectal répond à l'ensemble des conditions préétablies par l'Organisation Mondiale de la Santé : ce cancer est un enjeu de santé publique dont nous connaissons l'histoire naturelle, et un traitement efficace est disponible et permet une réduction significative de la morbi-mortalité. Le test de dépistage utilisé répond lui aussi à tous ces critères. Il est justifié d'organiser pour ce cancer un dépistage organisé.

Le dépistage organisé a un double objectif, d'une part, de réduire la mortalité liée au cancer dont il est question et d'autre part d'améliorer l'information et la qualité des soins des personnes concernées. Il garantit aux personnes concernées un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire.

En France, il existe trois dépistages organisés :

- le dépistage organisé du cancer du sein depuis 2004,
- le dépistage organisé du cancer colorectal depuis 2009,
- le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus prévu en 2019 (10).

5.3. Objectifs du programme de dépistage du cancer colorectal

Le but du dépistage organisé du cancer colorectal est de dépister un cancer colorectal à un stade le plus précoce possible puisque l'on a démontré qu'une prise en charge à un stade précoce améliore le taux de survie et la qualité de vie. Lorsqu'un cancer colorectal est détecté à un stade précoce, la survie à cinq ans dépasse 90% et les traitements sont moins lourds, ce qui permet une meilleure qualité de vie pour le patient (11).

Le but du dépistage organisé du cancer colorectal est de diminuer la morbi-mortalité liée à ce cancer, l'incidence des stades évolués et aussi l'incidence de ce cancer en prenant en charge les lésions précancéreuses que sont les adénomes.

5.4. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France

Le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse à une population comprise entre 50 ans et 74 ans qui ne présente pas d'antécédent personnel ou familial d'adénome, de cancer colorectal, de maladies inflammatoires du colon et qui est asymptomatique. Les patients cibles sont invités à participer à ce test tous les deux ans. Par aucun symptôme, nous entendons l'absence d'altération de l'état général, de douleur abdominale, de trouble du transit inhabituel et persistant, de rectorragie ou de méléna. Rappelons qu'un test de dépistage n'est pas un test diagnostic, si des symptômes nous évoquent une pathologie cancéreuse, nous devons adresser le patient auprès d'un médecin spécialisé en hépato-gastro-entérologie afin qu'il évalue la nécessité de réaliser une coloscopie.

Le dépistage organisé du cancer colorectal pour la population générale, à risque moyen, a été généralisé en France en 2009 avec l'Hémocult II. Il s'agissait d'un test de détection de sang occulte dans les selles avec réactif au gaïac. Il fallait effectuer ce test sur trois selles à la suite dans un délai de cinq jours, ce qui le rendait difficilement réalisable pour certains patients, notamment ceux présentant un transit lent (12).

Le test immunologique l'a remplacé en avril 2015. Il est le test actuellement recommandé, plus simple d'utilisation, plus fiable et plus performant :

- plus performant car au seuil de 150ng Hb/mL, il y a 2.4 fois plus de cancers détectés et 3.7 fois plus d'adénomes avancés détectés, (13)
- plus simple car il ne nécessite qu'un seul prélèvement au lieu de trois et le test est plus ergonomique,
- sa lecture est automatisée avec un ajustement possible du seuil de positivité (14).

Le test immunologique repose sur une réaction immunochimique afin de détecter la globine, composant protéique de l'hémoglobine, qui varie selon les espèces. Les anticorps utilisés sont spécifiques de la globine humaine, ils ne subissent pas d'interférence avec le sang animal d'origine alimentaire. Il s'agit d'un test quantitatif, c'est-à-dire que sa lecture est automatisée, nous choisissons le seuil de positivité et par conséquent la sensibilité et la spécificité du test. Il permet de quantifier la dose d'hémoglobine par gramme de selles (15).

Tableau 7. Principales caractéristiques des tests de recherche de sang occulte dans les selles.

	Gaïac	Immunologique qualitatif	Immunologique quantitatif
Détection	Hème	Globine	Globine
Mécanisme	Chimique	Immunochimique	Immunochimique
Réaction	Pseudoperoxydase	Anticorps spécifique	Anticorps spécifique
Interférence alimentaire	+	-	-
Spécificité du sang colorectal	-	+	+
Automatisation	-	-	+
Résultat	+/-	+/-	Taux Hb
Seuil de positivité	Fixé	Fixé	Modulable
Seuil de détection (µg Hb/g)	300-1000	<200	<200

(15)

Un seul prélèvement est réalisé et pourtant nous savons que le saignement des lésions néoplasiques est intermittent et/ou d'intensité variable. De plus l'analyse porte sur un minime échantillon de selle. Cependant il s'agit là d'un choix politique plutôt que technique, le but étant de déterminer le seuil de positivité offrant le meilleur compromis coût/efficacité. Un seul prélèvement permet un meilleur taux de participation, limite le délai entre le prélèvement et la lecture du test et minimise le coût (15).

Le test immunologique permet de détecter un cancer colorectal à un stade précoce voire des lésions précancéreuses. Un cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10 s'il est détecté tôt. Ce nouveau test a une sensibilité élevée, de 70 à 80% (16).

Près de 95% des cancers colorectaux sont diagnostiqués après 50 ans chez les hommes et les femmes, c'est pour cela que le dépistage organisé commence à cet âge (11).

La Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Assurance Maladie co-pilotent le dépistage organisé du cancer colorectal en relation avec l'Institut National du Cancer (INCa). La coordination régionale est assurée par l'Agence Régionale de la Santé (ARS). Des structures de gestion départementales coordonnent le dépistage. Dans les Vosges, cette structure se nomme l'AVODECA.

L'ARS veille au bon déroulement des dépistages organisés à travers les structures de gestion départementales. Elle contribue au financement de ces structures de gestion en lien avec l'Assurance Maladie (17).

Aparté concernant l'impact médico-économique :

Le coût du cancer colorectal par an est estimé à 2.100 millions d'euros en France en 2010 (18).

Le coût du dépistage du cancer colorectal est évalué à 75 millions d'euros en 2011.

Le test immunologique fécal est plus cher que le test au Gaïac (variant de 5.2€ à 9.75€ vs 6.84€) mais il est plus efficace que son prédécesseur et permet de diagnostiquer des lésions de façon plus précoce : grâce à l'avance au diagnostic, le test immunologique est meilleur d'un point de vue médico-économique.

(19)

6. L'AVODECA

6.1. Généralités

Les programmes de dépistage organisé sont gérés actuellement par des structures départementales. Dans les Vosges, cette structure se nomme l'AVODECA, l'Association Vosgienne de DÉpistage des CANcers.

L'AVODECA est chargée de l'organisation et de l'assurance qualité du programme de dépistage et de son évaluation, transmise à Santé Publique France. L'AVODECA gère les courriers d'invitation et de relance aux dépistages organisés ainsi que le suivi des tests positifs.

L'AVODECA gère le dépistage organisé du cancer du sein, du cancer colorectal et bientôt du cancer du col de l'utérus.

Un cahier des charges met en application son organisation ainsi que ses obligations légales (20).

L'AVODECA a établi des partenariats avec des acteurs locaux qui sont la Ligue contre le Cancer, la CPAM des Vosges, la MSA, le Centre Social Denise Louis, le Pays de Remiremont et de ses Vallées, le Centre Hospitalier Emile Durkheim et la Clinique la Ligne Bleue.

6.2. Invitations

La première invitation est adressée dans le mois qui suit l'anniversaire des cinquante ans ; si le patient n'y répond pas, une deuxième invitation, appelée relance, lui sera adressée cinq mois après. Si le patient ne répond pas à la lettre de relance, une nouvelle invitation lui sera adressée vingt-et-un mois après la première ; s'il ne répond pas, une invitation lui sera adressée cinq mois après et ainsi de suite.

Dans ce courrier, les patients sont invités à se rendre chez leur médecin généraliste afin qu'il leur délivre le kit de dépistage du cancer colorectal si le patient répond aux critères d'inclusion du DOCCR. Deux codes-barres afin de permettre l'identification du patient sont joints au courrier ainsi que le dépliant national d'information sur le dépistage du cancer colorectal élaboré par l'INCa.

6.3. Les actions de promotion du dépistage

L'AVODECA effectue des actions de formation, d'information et de sensibilisation des médecins et de la population française.

Concernant les médecins, l'AVODECA organise des formations afin d'expliquer l'intérêt du dépistage et sa mise en œuvre. L'association envoie aussi aux médecins (médecins généralistes, gastroentérologues, anatomopathologistes et caisse d'assurance maladie) une fois par an les résultats annuels des dépistages au cours du premier trimestre. Ce courrier précise le nombre de personnes participant au dépistage sur l'année passée ainsi que le nombre de tests positifs et de tests négatifs. Dans la rubrique « tests positifs » est précisé s'il s'agissait d'un cancer, d'un adénome, d'un polype, de diverticules ou si aucune lésion n'a été retrouvée. Un autre courrier est adressé aux médecins généralistes deux fois par an, celui des patients qui n'ont pas participé au dépistage organisé malgré l'invitation par courrier.

Concernant les patients, l'AVODECA effectue des actions de sensibilisation du public et d'information comme des stands d'information dans les hôpitaux locaux et Mars Bleu.

6.4. Mars Bleu

Tout comme pour le dépistage du cancer du sein avec Octobre Rose, le dépistage du cancer colorectal a son mois de sensibilisation en France, il s'agit du mois de Mars. Cette action se nomme Mars Bleu. Durant ce mois de promotion du dépistage organisé contre le cancer colorectal, l'AVODECA et ses acteurs locaux multiplient les actions de prévention, de sensibilisation et d'information à travers des marches, des animations comme le « Colon Tour », cette structure gonflable représentant l'intérieur du côlon afin que les visiteurs comprennent l'intérêt du repérage des lésions précoces par la coloscopie.

6.5. Réorganisation

A noter que le Plan Cancer 2014-2019 appelle à l'organisation régionale des structures de gestion en charge des dépistages organisés des cancers. Il prévoit que l'organisation actuelle reposant sur une ou plusieurs structures de gestion par département évolue vers le regroupement en une seule structure par région avec deux niveaux d'intervention, un niveau régional et un niveau territorial.

En région Grand Est, il existe onze structures de dépistage organisé des cancers dont quatre en Lorraine : l'ADECA en Meurthe-et-Moselle, l'AMPM en Meuse, l'AMODEMACES en Moselle et l'AVODECA dans les Vosges (17).

Les onze structures de gestion viennent de créer la structure régionale dénommée « Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers – Grand Est » (CRCDC – Grand Est) (21).

6.6. Rapport sur l'activité de la structure de gestion en 2017 dans les Vosges.

En 2017, 16790 personnes ont participé au dépistage du cancer colorectal dans les Vosges.

Sur ces 16790 personnes, 722 personnes ont eu un test immunologique positif, soit 4.3%.

Sur ces 722 personnes qui ont eu un test immunologique positif, 490 personnes avaient réalisé une coloscopie au moment de la saisie des informations, soit 67.87%.

Voici ce que retrouvaient les coloscopies.

Tableau 8. Résultats des coloscopies

Résultats de la coloscopie	Nombre	Pourcentage
Normale	75	15.31
Cancer	38	7.76
Adénome à risque	139	28.37
Adénome simple	91	18.57
Polype	43	8.77
Bénin	49	10
Inconnu	0	0
Diagnostic en attente	55	11.22

Tableau 9. Pourcentage des différents stades de cancers retrouvés

Stade	Nombre	Pourcentage
In situ	11	28.95
Stade I	9	23.68
Stade II	2	5.26
Stade III	6	15.79
Stade IV	3	7.90
En cours	7	18.42

Ces statistiques sont faites chaque année et rendues à l'ARS avant mi-février de l'année suivante. Il est donc primordial pour le médecin généraliste de répondre aux lettres de l'AVODECA concernant le devenir des patients afin d'effectuer ces statistiques de façon la plus précise possible.

7. Le médecin généraliste, acteur clé du dépistage du cancer colorectal.

7.1. Généralités

La WONCA Europe (société européenne de médecine générale) nous explique les caractéristiques de la discipline de la médecine générale.

Le médecin généraliste est le premier contact avec le système de soins habituellement, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Il doit favoriser la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace. Il a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté. Il joue par définition un rôle-clé dans la prévention et le dépistage (22).

7.2. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage du cancer colorectal.

Le médecin généraliste est un acteur très important dans le dépistage organisé du cancer colorectal puisque c'est à lui que revient la tâche de réaliser la stratification du risque individuel du patient. Il doit savoir quel patient répond aux critères d'inclusion du dépistage organisé du cancer colorectal. Si le patient est inclus dans le dépistage organisé, le médecin proposera le test immunologique au patient, et devra l'informer de l'intérêt de réaliser ce test et des conséquences en fonction des résultats. Si le test est négatif, le patient sera alors réinvité dans deux ans mais s'il présentait des nouveaux symptômes dans l'intervalle il serait bien évidemment pris en charge avant la prochaine invitation. Si le test est positif, il sera adressé auprès d'un gastroentérologue en vue d'une coloscopie.

C'est le médecin généraliste qui réalise la stratification du risque individuel du patient, qui repère les patients éligibles des non éligibles en fonction de leurs antécédents personnels ou familiaux, de la réalisation antérieure d'une coloscopie ou de la présence de signes d'alarme (troubles du transit, altération de l'état général, méléna, rectorragie). Les patients ne relevant pas du dépistage organisé seront adressés par le médecin généraliste directement vers le médecin spécialiste en gastroentérologie.

Il ne faut pas que les médecins généralistes considèrent que l'existence de structures dédiées au dépistage les désengage. Nous sous-estimons notre impact auprès des patients dans la réalisation de ces examens. Nous devons parler de dépistage même si le patient ne se présente pas avec son courrier. En parler systématiquement insiste sur le fait que cela est important au même titre que les vaccinations, les prises de sang et les rendez-vous chez les spécialistes. Notre parole et notre conviction sont essentielles afin de convaincre le patient (23).

Le médecin généraliste est donc le relai le plus efficace pour convaincre le patient de participer au dépistage organisé du cancer colorectal (24). Il a un rôle central car il fait le lien avec la structure de gestion et, en cas de positivité, avec le médecin spécialiste en gastroentérologie.

Des études pilotes ont montré que la remise du test par le médecin généraliste permettait un taux accru de participation (25).

7.3. Cancer de l'intervalle

Un cancer de l'intervalle est un cancer diagnostiqué dans l'intervalle d'un dépistage négatif et du dépistage suivant, c'est-à-dire diagnostiqué dans les deux années suivant le test immunologique négatif. Il est très difficile d'évaluer sa fréquence. Nous avons contacté l'AVODECA pour estimer sa proportion mais le peu d'information à ce sujet ne leur permet pas de faire une statistique.

Il existe aussi une autre définition de cancer de l'intervalle, le cancer de l'intervalle après coloscopie. Il se définit par le diagnostic d'un cancer invasif avant la date du prochain examen de surveillance recommandée après une coloscopie négative. Le risque de cancer de l'intervalle est corrélé au rendement de l'endoscopiste et est évalué par le Taux de Détection des Adénomes. (TDA = nombre de coloscopies avec au moins un adénome / nombre total de coloscopies). Plus le taux de détection des adénomes est important, plus le risque de cancer de l'intervalle est faible. Le taux de détection d'adénomes est un indicateur essentiel pour l'évaluation des performances d'un endoscopiste. Tout comme la double lecture lors du dépistage organisé du cancer du sein, il est possible qu'apparaissent dans le cahier des charges du DOCCR un référentiel qualité et un programme assurance qualité pour les coloscopies incluant un seuil minimal de TDA (26).

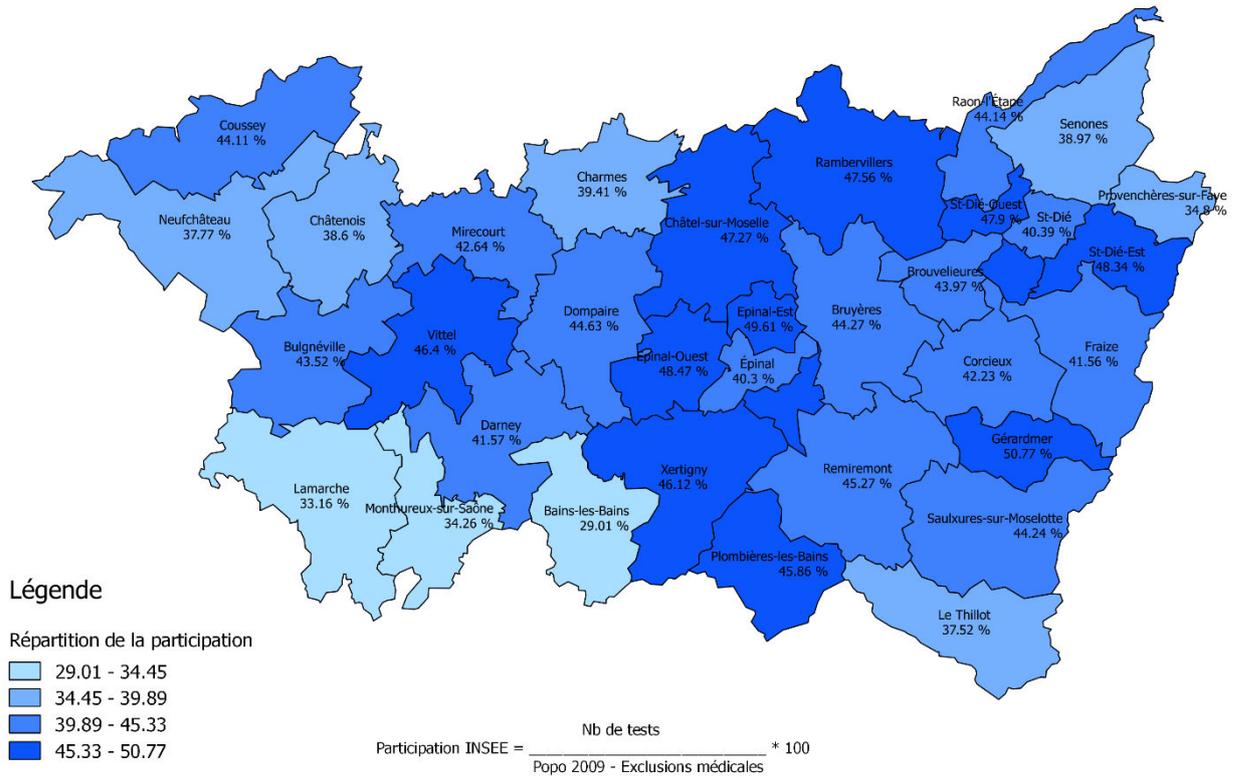
8. Problématique

Cependant, malgré un test très acceptable, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal par test immunologique reste largement inférieur aux recommandations européennes.

Pour que le dépistage ait un impact d'un point de vue santé publique sur la morbi-mortalité, le taux de participation devrait être supérieur à 45% et le taux de participation souhaitable devrait même être supérieur à 65% (27).

Entre 2016 et 2017, selon l'Institut National de Veille Sanitaire, près de 5,6 millions de personnes ont réalisé le test immunologique, soit un taux de participation de 33,5%, ce qui est bien en dessous du taux recommandé. Pour la région Grand Est, le taux de participation était de 39,2%, notre région était classée au troisième rang national (28). Le taux de participation dans les Vosges était de 40,4%.

Campagne de Dépistage du Cancer Colorectal des Vosges pour sur les tests réalisés en 2016 - 2017
Répartition de la participation INSEE



Statistique au 08/02/2018

Figure 2. Cartographie du taux de participation au DOCCR dans les Vosges

ARTICLE SCIENTIFIQUE

1. Introduction

« S'il n'était qu'un cancer à dépister, ce serait le cancer colorectal ! » (29). Avec près de 45000 nouveaux cas et 18000 décès par an en France, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent et le deuxième cancer le plus meurtrier. Pourtant, le dépistage du cancer colorectal est celui le moins réalisé en France. En effet, le taux de participation à ce dépistage atteint à peine 33.5% alors qu'un minimum de 45% de participation était jugé acceptable au niveau européen.

Pourtant, l'histoire naturelle de ce cancer est bien connue, et détecté tôt, il peut être guéri dans neuf cas sur dix.

Pour rappel, le dépistage organisé du cancer colorectal concerne tous les hommes (plus de 24000 cas de cancer colorectal par an) et les femmes (près de 21000 cas de cancer colorectal par an) de 50 à 74 ans révolus, ne présentant ni symptôme ni facteur de risque autre que l'âge. Il s'adresse à 16.5 millions de personnes. Il s'effectue, tout comme la mammographie, tous les deux ans. En cas de positivité du test, le patient est adressé vers le médecin spécialiste en gastroentérologie en vue d'une coloscopie (13).

Depuis avril 2015, le test de dépistage a été simplifié, il se réalise désormais sur un prélèvement unique de selles. Il est plus performant, plus fiable et toujours gratuit. Le patient reçoit une invitation de l'AVODECA avec une note d'information sur le cancer colorectal et où nous lui recommandons de consulter son médecin généraliste afin que celui-ci effectue la stratification de risque qui lui est propre. Si le patient répond aux critères d'inclusion du test de dépistage, le médecin généraliste lui remet le kit de dépistage près à l'emploi. Une enveloppe T pré-timbrée pour le laboratoire de biologie médicale Cerba est fournie avec le kit.



Figure 3. Kit de dépistage organisé du cancer colorectal

Cependant, malgré ce nouveau test prometteur, le taux de participation n'atteint toujours pas les 45% recommandés par les European guidelines, le taux de participation nationale plafonne à 33.5%. Il convient d'admettre en conséquence que le dépistage du cancer colorectal est actuellement un échec en France (27). Il s'agit d'un problème majeur de santé publique pour lequel l'institut national du cancer a décidé d'en faire une action prioritaire (13).

La France est le seul pays européen où le médecin généraliste remet le test de dépistage à ses patients. Dans les autres pays européens, les patients le reçoivent à domicile. Le médecin généraliste semble ainsi être à la fois la force et la faiblesse de ce dépistage (29).

Devant tous ces arguments, il nous a semblé pertinent de recueillir les ressentis des médecins généralistes vosgiens concernant ce dépistage organisé afin d'identifier d'éventuels axes d'amélioration. L'objectif principal était d'identifier les freins et les leviers à une implication optimisée des médecins généralistes dans le dépistage du cancer colorectal.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Type d'étude

Nous opposons facilement les études qualitatives et quantitatives alors qu'elles s'avèrent complémentaires. Le choix d'une méthode par rapport à une autre n'est en fait dicté que par la question de recherche.

La recherche qualitative est particulièrement adaptée lorsque les facteurs observés sont difficiles à mesurer objectivement. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. Elle permet de comprendre et non de compter. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. Tout comme les études quantitatives, les études qualitatives doivent répondre à des critères de scientificité. Le plus important est la rigueur à tous les niveaux, de la méthode à la présentation des résultats, en passant par l'analyse complexe des données (30).

Une étude qualitative nous a paru plus appropriée afin de comprendre les obstacles au dépistage organisé du cancer colorectal du point de vue des médecins généralistes vosgiens.

La méthode des focus groups était aussi une évidence pour nous, il s'agit d'entretiens en groupe. Elle s'oppose aux entretiens individuels. Cette méthode a l'avantage d'être plus interactive et de susciter une dynamique de groupe intéressante.

2.2. Population étudiée

L'échantillonnage a été constitué à partir de médecins généralistes exerçant une activité libérale dans les Vosges. Le recrutement a été réalisé de façon aléatoire. Les médecins généralistes ont d'abord été contactés par téléphone. Le but de l'étude a été expliqué ainsi que les modalités pratiques : entretien avec d'autres confrères pour une durée de dix à vingt minutes environ avec enregistrement sur dictaphone pour retranscription des données dans un

second temps. Les données étaient ensuite anonymisées et analysées. Le recrutement s'est terminé lorsque la saturation des données a été atteinte.

Si le médecin généraliste acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous était convenu. Tous les médecins généralistes ont été rencontrés dans un cabinet médical. Le consentement de chaque médecin généraliste a été demandé systématiquement à la prise de contact et lors de l'entretien. Il s'agissait d'entretiens semi-dirigés. Les thèmes abordés avec les différents médecins concernaient les raisons d'un taux faible de participation, la différence de participation hommes-femmes, les différences de participations intercommunales dans les Vosges, la pratique personnelle concernant le dépistage organisé du cancer colorectal, les mesures qui permettraient d'augmenter le taux de participation et la différence entre le taux de participation au dépistage du cancer du sein et du cancer du côlon. (ANNEXE 2)

2.3. Méthode d'analyse des données

L'analyse des données s'est faite selon la méthode de codage avec triangulation des données. Tous les entretiens ont été retranscrits au mot près (ANNEXE : verbatim sur clé USB jointe). Une fois ces verbatim obtenus, ils ont été analysés par deux médecins généralistes (la thésarde et un des directeurs de thèse), d'abord séparément afin d'obtenir deux visions et ensuite ensemble afin de s'accorder sur un codage unique. Cela permet d'obtenir des données objectives et de qualité.

Nous avons dans un premier temps soustrait les mots ou groupes de mots nous paraissant se présenter fréquemment dans les différents entretiens afin de mettre en exergue les idées principales.

Tableau 10. Résultats de fréquence des mots employés par les médecins généralistes lors des entretiens

MOTS	FREQUENCE	MOTS	FREQUENCE
Temps	96	Selles/sale/tabou	22
Cancer	82	Coloscopie	20
Prévention	44	Propose	14
Mammographie	30	Pas concerné	8
Erreur/péremption	26	Démographie/densité	7
Peur/autruche	24	Intermédiaire	7
Télévision	24	Insister	4

Dans un second temps, nous avons à l'aide de ces mots clefs associé différentes idées afin de faire apparaître un plan :

- les freins côté patients : désintérêt du dépistage, difficultés techniques du test, manque d'information, politique de l'autruche, réticence quant à la manipulation des selles.
- les freins côté médecins : la passivité du médecin, le problème de temps, les expériences négatives, le manque de conviction
- l'information grand public, axe d'amélioration principal.

- le médecin généraliste, rôle motivateur, acteur clé dans le dépistage
- différences de perception entre cancer du sein et cancer du côlon
- différentes approches de la santé en fonction du sexe.

Puis, nous avons relu un à un chacun des entretiens et intégré chaque phrase ou idée allant dans nos différents thèmes. Nous avons créé des tableaux d'encodage. (ANNEXE 3)

3. Résultats

Nous avons réalisé pour cette étude neuf entretiens entre septembre et novembre 2018 (codés de E1 à E9). Cinq médecins ne nous ont pas recontacté malgré nos relances. Vingt-six médecins généralistes exerçant une activité libérale ont accepté de participer à cette étude (codés de M1 à M26). Deux entretiens initialement prévus en focus group ont finalement été réalisés en individuel du fait de contre-temps de médecins. Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés sont résumées dans le tableau ci-dessous. La durée moyenne des entretiens était de 14 minutes et 12 secondes. La saturation théorique a été atteinte au bout du neuvième entretien.

Tableau 11. Résumé des caractéristiques des différents entretiens

ENTRETIENS	Médecins	Genre	Mode d'exercice	Durée de l'entretien
1	M1	H	Rural	11min45sec
	M2	F	Rural	
2	M3	H	Semi-rural	11min40sec
	M4	F	Semi-rural	
3	M5	H	Semi-rural	7min43sec
4	M6	F	Semi-rural	7min13sec
5	M7	H	Rural	21min33sec
	M8	F	Rural	
	M9	H	Rural	
	M10	F	Rural	
6	M11	H	Urbain	15min40sec
	M12	H	Urbain	
	M13	F	Urbain	
	M14	F	Remplaçante	
	M15	F	Urbain	
	M16	H	Urbain	
7	M17	F	Urbain	15min51sec
	M18	H	Urbain	
	M19	F	Urbain	
	M20	F	Urbain	
8	M21	H	Rural	17min04sec
	M22	F	Rural	
	M23	H	Rural	
	M24	F	Rural	
9	M25	F	Rural	19min19sec
	M26	H	Rural	

3.1. Les freins côté patients

3.1.1. Désintérêt du patient quant au dépistage

Lors de tous les entretiens, les médecins généralistes évoquaient le problème du dépistage en lui-même, les patients ne se sentant pas malades, ils ne ressentent pas la nécessité d'effectuer le dépistage. « *Ben la première raison pour nous c'est que il y a des gens qui veulent pas le faire et qui / même si on leur propose même s'ils reçoivent les invitations dépistage euh ils veulent pas parce que ça les embête parce qu'ils ont pas le temps parce que ils trouvent que ça sert à rien* » (E1M1L002), « *Ils sont pas très motivés euh ils ont / ils pensent que ça les concerne pas* » (E2M3L002), « *Je pense en fait que le c'est le dépistage en soi qui est compliqué c'est pas spécialement lié au cancer colorectal c'est le dépistage les gens sont pas forcément toujours à faire du préventif quoi* » (E4M6L002), « *Je pense aussi qu'ils sont... ils ne se sentent pas concernés individuellement* » (E7M20L027), « *Ils ne voient pas l'intérêt c'est-à-dire que ils ont pas de problème... de santé (...) Et comme dans toutes les pathologies où on ne ressent rien ils s'estiment pas malade et du coup ils n'estiment pas le besoin de faire ni un examen ni un traitement* » (E8M23M24L008).

Le fait que les patients, à l'âge cible du dépistage, n'étaient parfois pas suivis par un médecin du fait de l'absence de pathologie était souvent évoqué. « *Moi je dirais les les gens qui sont pas du tout médicalisés qui vont pas du tout chez le médecin ils s'intéressent pas au dépistage et ils s'intéressent même pas à aller chez le médecin. Donc ça laisse penser qu'il y a des gens qui... qui restent chez eux ne voient pas le médecin ne font pas le dépistage* » (E9M26L020).

Une différence entre patientèle rurale et patientèle urbaine était souvent mentionnée, pensant que les patients ruraux seraient moins consommateurs de santé et par conséquent pas à même de vouloir faire un dépistage puisque le dépistage est réalisé chez des patients ne présentant pas de symptôme. « *Ben je pense que les gens sont moins attentifs à leur santé en rural* » (E7M18L078), « *Au fin fond de la campagne ils sont souvent un peu moins consommateurs euh médicaux que que qu'autour d'Epinal voilà et à Epinal il y a beaucoup de gens euh qui sont plus au courant parce que bon c'est euh une ville où il y a beaucoup d'emplois dans le tertiaire et des gens qui sont quand même un peu plus impliqués dans leur santé que au fin fond de la campagne* » (E2M3L021).

3.1.2. Difficultés techniques du test

Lors de tous les entretiens, les médecins généralistes évoquaient le fait qu'il y ait un intermédiaire pour avoir le kit de dépistage. Les patients non suivis n'envisageraient pas de prendre rendez-vous chez un médecin généraliste pour récupérer ce test de dépistage. S'il s'agissait de patients suivis régulièrement, la réception du courrier ne correspondait pas forcément avec la visite chez le médecin généraliste et par conséquent le courrier risquait d'être oublié. En revanche, les médecins généralistes interpellaient sur le fait que la remise du test par eux-mêmes était aussi un facteur motivateur et moins source d'erreur lors de sa réalisation. « *Mais le fait que ils reçoivent l'invitation à la maison et qu'il faut qu'ils aillent*

chez le médecin pour avoir le test déjà ça fait peut-être euh...(...)un intermédiaire en trop... » (E9M25L019).

A de multiples reprises les médecins généralistes affirmaient être confrontés à des tests ininterprétables du fait d'un délai trop long entre la réalisation et l'envoi, d'un oubli de date ou encore d'une absence d'identification. *« En tout cas moi je me suis souvent rendu compte que si les explications sont pas redonnées de fraîche date euh au moment où on fait le test il manque souvent la date euh le test (...) Ils le laissent traîner deux trois jours » (E8M23L370), « Au niveau au niveau de la la forme c'est mieux mais c'est perfectible » (E5M7L069).*

3.1.3. Manque d'information

Le manque d'information était abordé dans de nombreux entretiens, notamment le fait que les patients n'étaient pas au courant que le test se réalisait sur un prélèvement unique contrairement au test précédent. *« Et il y a encore euh à part les gens qui le font habituellement il y a encore beaucoup de gens qui pensent que il y a encore les trois prélèvements à faire » (E2M4L081).*

Nous n'insistons peut-être pas assez sur l'objectif du dépistage organisé du cancer colorectal. *« Peut-être qu'on leur a pas bien expliqué euh que finalement on allait quand même dépister un CANCER » « Avant que ça soit tard surtout de le traiter avant que ça soit trop tard peut-être qu'on insiste pas là-dessus aussi ouais » (E7M20M18L019).*

3.1.4. La politique de l'autruche.

Dans quasiment la totalité des entretiens, la peur du résultat ou la peur de la coloscopie en cas de résultat positif était la raison du refus de la réalisation du dépistage du cancer colorectal. *« Ils disent qu'il vaut mieux pas savoir » (E1M1L015), « Je pense que la coloscopie euh leur fait un peu peur et donc ils veulent pas trop rentrer / un peu dans dans cette démarche » (E2M3L003), « Et puis je pense qu'il y a des gens qui « vivons heureux vivons cachés » euh la politique de l'autruche je sais pas je vais bien tout va bien » (E6M12L012), « La plupart des gens qui me disent non c'est ça en fait c'est qu'ils ne veulent pas savoir (...) Donc ils ne le font pas surtout pour ça » (E6M13L014), « Oui oui c'est vrai oui parce que quand on leur explique et qu'on dit ben voilà si c'est négatif c'est bien si c'est positif bah... Coloscopie direct c'est vrai que... des fois du coup ils n'ont pas envie de le faire quoi mais bon » (E9M25L379), « Oui et puis ça c'est un gros obstacle hein « je fais pas le dépistage parce que j'ai peur qu'on me découvre un cancer »(...) Ça c'est le truc qu'on entend tous les jours » (E9M26L386).*

3.1.5. La réticence à la manipulation des selles.

Dans tous les entretiens, les médecins généralistes citaient le tabou des selles, la représentation négative qu'avaient les patients du prélèvement des selles. Selon eux, les patients réaliseraient plus facilement une radiographie (comme la mammographie) ou une prise de sang. « *Les patients ils n'aiment pas tripoter leurs selles* » (E8M23L005). Le test immunologique reste un test fécal de recherche de sang occulte, peu sexy et donc difficile à vendre. « *Et puis la technique de dépistage enfin c'est pas très je sais pas si je vous l'ai déjà dit(...)Pas très ragoûtant quoi* » (E7M19L395), « *Puis faut être honnête la manipulation n'est quand même pas très facile hein... et il y a beaucoup de personnes(...)Qui me disent une prise de sang ça serait plus simple* » (E7M20L045), « *C'est compliqué (rire) il y en certains qui me disent ah non non je ne regarde jamais déjà ils ne regardent pas alors après s'il faut aller commencer à récupérer c'est compliqué (rire)* » (E4M6L126).

3.2. Les freins côté médecins généralistes.

3.2.1. La passivité du médecin généraliste dans le dépistage.

L'absence de demande spontanée du patient était abordée dans tous les entretiens. Les médecins généralistes s'avouaient, pour la majorité, plutôt passifs quant au dépistage organisé du cancer colorectal : si le patient ne demandait pas son kit, le médecin ne lui proposait pas. « *C'est la première démarche c'est le patient en fait avec sa feuille et ses étiquettes.(...) S'ils ne viennent pas avec ça bon ils viennent pour d'autres choses on a d'autres soucis euh que de penser à ça immédiatement* » (E2M3L064), « *C'est vrai que moi je pose pas souvent la question « tiens vous avez fait votre test » je pose pas trop la question (...) Je pense qu'on est assez passif en fait (...) On... on fait ce que nos patients nous demandent mais de nous-mêmes c'est vrai on a peu d'initiative c'est vrai* » (E5M7L173), « *Je propose pas en fait* » (E7M20L252), « *Il y a encore un autre facteur c'est que nous les médecins euh alors... nous on peut oublier de leur proposer* » (E8M23L037).

L'implication du médecin généraliste dans le dépistage y est pour beaucoup. « *C'est surtout lié peut-être à une implication aussi de de certains médecins qui sont plus sensibilisés que d'autres* » (E1M1L054), « *C'est une question de priorité* » (E2M3L104), « *Ben ouais fin la santé c'est large quoi c'est pas obligé de dépister* » (E5M8L689).

3.2.2. Le problème du temps / la démographie médicale

Le problème du temps de consultation apparaît dans tous les entretiens, notamment concernant le nombre de demandes des patients durant une consultation. Les patients ne consultent pas pour parler uniquement du dépistage mais pour une multitude de motifs divers et variés. « *J'en sais rien mais je pense qu'ils n'ont pas le temps qui font ça un peu rapidement parce qu'ils n'ont pas le temps de penser à ça quoi il y a tellement de choses à penser dans les consultations quand t'as une heure de retard ou deux heures de retard quand*

t'es surmené // peut-être ça » (E1M2L040), « C'est des consult plus de prévention finalement après euh le problème c'est que c'est rarement les consult uniquement de prévention(...)Moi c'est quasiment jamais que les gens viennent (...) Uniquement pour ça (...) Au début peut-être le problème c'est qu'ils viennent en même temps qu'un renouvellement et puis ils ont mal à l'épaule et du coup forcément le temps qu'on prend pour le dépistage(...)Il est réduit quoi » (E1M1L163), « Voilà c'est encore un petit peu de temps supplémentaire quand on quand on fait c'est c'est ça n'arrive jamais que le patient vienne uniquement pour ça » (E4M6L067).

Dans l'aspect chronophage était aussi évoqué le fait qu'il faille faire la démarche de commander ses kits de dépistage sur ameli.fr, si le médecin généraliste n'avait pas de secrétaire pour effectuer cette tâche, il pouvait oublier et donc être à court de test. *« Il y a peut-être ça pas le temps et troisième truc euh pas(...)Pas le temps non plus de commander le matériel alors(...) Mine de rien faut faire la démarche d'aller cliquer et tout (...) Si t'y penses plus après t'en as plus(...)A court de tests et tu penses pas à recommander » (E5M9L368), « Quand je vois le nombre de tests que j'ai pu piquer à mon collègue et que mon collègue m'a piqué alors ça oui (...) D'ailleurs il m'en reste cinq, c'est pour dire que je vais en recommander » (E5M7L375).*

La question de la démographie médicale était pointée par les médecins généralistes lors de tous les entretiens. Elle s'associe avec le problème du temps car il apparaît évident que plus une zone est dépourvue de médecins, plus le médecin est surchargé de travail et moins le temps qu'il consacrerait au dépistage sera important. *« En fait oui quand il y a moins de densité médicale on gère aussi plus l'urgence et moins la prévention » (E5M9L148), « Moi je pense au nombre de médecins parce que s'il y a pas de médecin il n'y a pas de... » (E7M20L083), « Ça accentue le phénomène quoi » (...) « La démographie médicale » (E7M20M17L091).*

3.2.3. Expériences négatives / manque de conviction

Bien évidemment, les expériences négatives sont un frein très important pour les médecins généralistes. *« Oui ils ont peut-être eu une mauvaise expérience une fois quelqu'un qui avait fait un test négatif et puis qui avait quand même eu un cancer après (...) ça les a un peu refroidi quoi » (E1M2L083), « Donc c'est un test imparfait (...) J'ai eu un positif mais ça n'a jamais été un cancer » (E6M11L181), « Il dépiste... il dépiste... il est loin de dépister tous les cancers colorectaux » (E6M16L183).*

Le manque de conviction de la part du médecin généraliste est aussi une limite importante au dépistage organisé. *« Je veux dire j'étais installé au début au début de l'affaire honnêtement au début on n'y croyait absolument pas (...) Sincèrement je parle pas que de moi-même enfin même la nana qui est venue faire la démo c'était une ancienne visiteuse médicale elle était euh (..) très sceptique très sceptique parce que bon on disait tu sais l'idée du caca enfin bon bref on s'est, enfin bref au début quand on le faisait on était vraiment (...) Sceptique sur l'adhésion du patient sur la réalisation du test enfin tout on n'y croyait vraiment pas du tout (...) On se disait de toute manière ils ont tous des hémorroïdes passé 50 balais donc euh (...) Ça va fausser etc. bon y'a toujours des gens qui sont sous Kardégic ça va fausser peut-être etc » (E5M7L327), « Ben parce que personnellement c'est vrai que /// j'y crois pas trop /// après si les gens viennent avec leur test je leur fais hein c'est pas je leur dis pas faut pas le faire s'ils me demandent « qu'est-ce que vous en pensez docteur ? » ben je leur dis en toute*

honnêteté « moi je le fais pas » » (E6M11L158), « Peut-être qu'ils sont pas persuadés eux-mêmes de l'intérêt (...) et puis après le test n'est pas parfait non plus (...) ça peut pas tout dépister » (E1M1L082), « Ils sont peut-être moins sensibilisés ou alors ils ont eu l'habitude de faire autrement et peut-être qu'ils ils font autrement au final je sais pas /// peut-être qu'ils pensent que ça sert à rien » (E2M4L057), « Moi ça me gonfle (...) Ça prend pas longtemps mais c'est chiant c'est dommage que les gens ne reçoivent pas leur truc tout prêt (...) Et qu'ils se débrouillent tout seuls parce que franchement ça fait un peu scolaire hein » (E6M11L078), « Je pense qu'ils considèrent pas que ça fait partie de leur travail libéral (...) L'AVODECA se débrouille et passe pas par le médecin libéral » (E7M20L162).

3.3. L'information grand public, l'axe d'amélioration principal.

Dans aucun entretien Mars Bleu n'était évoqué spontanément, en revanche, ils connaissaient tous Octobre Rose. *« Il y a un mois je crois » (E1M1L211), « C'est-à-dire que le sein il y a énormément de de campagne je veux dire Octobre rose t'as 5 000 personnes à Epinal et colon bleu enfin c'est quoi c'est colon bleu ? » (E7M18L033).*

Ils avouaient que la communication concernant le dépistage du cancer colorectal était pauvre. *« Plus on en parle plus ils le demandent ça c'est sûr » (E5M7L388), « On en entend pas trop parler » « Non on entend pas parler » (E5M8M10L391), « Je pense effectivement que la campagne de prévention par un moment ils en faisaient hein mais euh...(...) C'est un peu mou » (E7M19L320), « Voilà donc ben alors faut faut peut-être intensifier la publicité pour Mars bleu voilà » (E8M24L286).*

Pour tous les médecins, la communication efficace est celle passant par l'audiovisuel. *« Moi je pense que les gens ils sont quand même hyper sensibles à ce que tu leur racontes à la télé à la radio machin » « Plus que ce que tu leur dis toi » (E7M18M19L466), « Moi je pense que ce qui marche le mieux c'est la télé » (E9M26L213), « Moi je ne comprends pas pourquoi le Ministère de la Santé ne fait pas un spot tous les jours entre 20 h et la météo enfin entre 20 h 30 et la météo (...) Parce qu'ils savent pas ce qu'ils doivent faire (...) Ça serait beaucoup plus efficace de faire un petit spot de publicité (...) D'expliquer un petit truc un petit peu sympa un petit peu ludique » (E6M16L231), « Une campagne // de publicité ils sont quand même assez sensibles à la publicité » (E4M6L074). D'ailleurs, tous étaient marqués par l'impact qu'avait eu le spot d'information concernant les antibiotiques sur les patients. « La campagne les antibiotiques c'est pas automatique ou ce genre de choses ça marche assez bien » (E6M13L217).*

La communication devrait inclure l'intérêt du test et les explications sur la réalisation de celui-ci. Cela permettrait d'appuyer le médecin généraliste pour convaincre son patient et cela lui ferait gagner du temps. *« Alors peut-être que sur la com' pour les patients on communique pas assez (...) Sur le fait que ce ne soit plus qu'un seul prélèvement et pas trois parce que c'est vrai que les gens quand on leur explique (...) Ils disent « je l'ai déjà fait » ouais on leur dit non c'est une seule fois « ah ben c'est bien c'est mieux qu'avant » » (E5M10L042), « Peut-être le manque de communication sur l'intérêt du test parce qu'il y en a qui reçoivent ça sans savoir pourquoi » (E5M8L060), « Si ils font une campagne alors ça ça coûte cher mais si ils font une campagne en disant (...) En montrant le kit rien que de montrer ça le nombre de gens (...) Qui disent « non je le fais pas » tout ça parce que (...) Et puis ils*

s'imaginent qu'il va falloir jouer avec une petite cuillère ou je sais pas quoi enfin (...) Qu'il va falloir vraiment toucher des selles » (E9M26L217).

3.4. Le médecin généraliste au cœur du dépistage, principal motivateur

Le médecin généraliste est très important car il peut parler du dépistage lorsque le patient n'aborde pas le sujet. La très grande majorité des médecins généralistes interrogés étaient favorables au dépistage du cancer colorectal et une partie était proactive dans la démarche avec le patient. *« Je propose souvent ben oui dès que je vois qu'on arrive à l'âge où il faut le faire je propose » (E1M2L064), « Moi pareil ben j'essaie d'y penser euh quand ils viennent pas spontanément avec leurs étiquettes et que on voit que ça fait plus de deux ans qu'ils ont fait le dernier euh... on leur donne le numéro de téléphone pour qu'ils appellent l'AVODECA puis sinon oui quand on leur donne le kit on leur explique comment ça fonctionne et puis comment ils doivent le faire généralement /// c'est pas très compliqué » (E1M1L069), « Faut insister auprès des gens quoi (...) il faut les seriner un p'tit peu quoi (...) Alors c'est vrai que / on n'a pas... on pense pas qu'au dépistage colorectal c'est sûr mais de temps en temps ben il faut en mettre une petite poussée ça arrive » (E3M5L012), « J'essaye de faire le plus souvent possible après ça m'arrive aussi quand la consultation est simple et j'ai un peu de temps de de revoir toute la toute la prévention c'est-à-dire vaccins euh autres prévention » (E4M6L053), « Ils ont demandé au patient de passer par le médecin généraliste parce que le médecin généraliste y'a y'a un facteur de motivation en fait (...) En expliquant simplement il permet d'avoir une meilleure adhésion au test » (E6M16L126), « Moi je réponds euh je voudrais quand même qu'il y ait une question de personnes parce que je suis vraiment convaincu que sur les taux de participation c'est ce sur quoi et d'ailleurs les études vont dans le sens-là les médecins ils peuvent faire changer les gens donc il y a beaucoup de gens qui voulaient pas le faire et qu'on arrive à convaincre » (E9M26L059).*

Le médecin généraliste explique au patient les enjeux du dépistage et essaye de l'en convaincre de son intérêt. *« Il faut que / faut aussi pouvoir expliquer les (...) Les avantages et les inconvénients du test (...) Le bénéfice-risque parce que c'est pas non plus toujours anodin de faire un test de dépistage (...) Les gens qui ont des questions faut savoir y répondre parce que s'ils ont plus confiance après ils feront plus du tout » (E1M1L130), « C'est mieux quand on leur explique quand même » (E2M3L168), « Tu montres aux gens c'est simple le temps que tu leur expliques tu leur dis euh bah qu'est-ce qu'on va faire si c'est positif (...) Qu'est-ce qu'on va faire si c'est négatif donc les gens si moi je leur dis « si c'est négatif on recommence dans deux ans (...) Si c'est positif pas de panique c'est pas forcément grave mais par contre faut faire une coloscopie » parce que (...) Parce que c'est la règle du jeu enfin voilà (...) Je pense que l'explication médicale doit quand même aider dans l'observance » (E5M10L438), « S'ils n'ont pas s'ils n'ont pas euh... s'ils n'ont pas forcément l'envie t'es pas obligé de les CONVAINCRE en une consultation alors (...) Alors souvent je leur demande je leur dis voilà vous réfléchissez (...) Et puis un de ces quatre je vous remontre le test (...) Et alors du coup ça fait son chemin et alors à un moment donné euh parfois juste la deuxième consultation hein la personne dit « ah bah ouais tiens vous me l'aviez dit, tiens je vais le faire » » (E8M23L076), « En fait des fois les patients ont un avis enfin négatif sur les dépistages ou des a priori parce qu'ils pensent que ça va être compliqué à faire que c'est long que c'est contraignant et en fait au fur à mesure des consultations bah on arrive à les convaincre mais c'est du travail quoi » (E9M25L071).*

Certains faisaient part de leur histoire personnelle pour convaincre le patient « *Perso on essaie de donner on essaie de donner l'exemple hein* » (E5M7L113), « *Il dit quand même aux gens « il faut le faire moi je le fais » alors il montre pas techniquement comment faut faire mais par contre il met son histoire sur la table en disant « il faut le faire c'est bien vous avez intérêt à le faire »* » (E5M10L431).

D'autres facilitaient grandement le travail du patient afin de le motiver, « *Moi en général c'est souvent quand ils viennent avec le courrier parce que ça me permet... moi je leur colle leur étiquette je suis... je travaille en mode scolaire (...)* Je colle l'étiquette je mets en fluo ce qu'il faut remplir donc en même temps ils ont aucune excuse pour ne pas le faire (...) Une vraie psychopathe mais euh... et du coup je leur explique je leur lis pas tout le truc quand même je leur dis « *vous pourrez relire le mode d'emploi* » mais je leur ai quand même fait le truc en accéléré » (E7M17L105), « *S'ils l'ont jamais fait je mets les étiquettes et je leur explique parce que enfin souvent ils oublient d'étiqueter le tube* » (E9M25L112).

3.5. Différences de perception entre le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer colorectal.

Selon les médecins généralistes interrogés, les patients participent d'avantage au dépistage du cancer du sein car celui-ci est plus médiatisé, notamment avec Octobre Rose et donc plus connu par les patients. « *C'est plus médiatisé il y a des associations il y a des courses il y a des trucs* » (E1M2L235), « *La mammographie c'est pas mal rentré dans les mœurs pour elles c'est normal quoi !* » (E2M4L016), « *Je pense que le cancer du sein est un cancer qui fait peur parce qu'on en parle énormément dans les médias alors qu'on en parle pour les autres on en parle beaucoup moins* » (E2M4L183), « *Le dépistage du cancer du sein c'est quelque chose de plus ancien* » (E4M6L120), « *L'investissement financier est supérieur* » (E5M7L592), « *Est-ce que tu crois pas aussi qu'il y a une... aussi un... un truc avec le sein c'est-à-dire que le sein il y a énormément de de campagne je veux dire Octobre rose t'as 5 000 personnes à Epinal et colon bleu enfin c'est quoi c'est colon bleu ?* » (E7M18L032), « *Le lobbying du sein là t'as quand même 5 000 personnes à Epinal qui sont dans les rues pour courir pour... c'est quand même énorme* » (E7M18L042), « *Je pense que tout le monde est au courant qu'il faut faire une mammographie* » (E7M18L194), « *Même pour les campagnes de prévention t'as pas mal de / je sais pas d'actrices qui posent (...) Topless et tout ça et ça je pense que c'est un peu je pense que c'est plus glamour* » (E7M19L480).

De plus, le cancer du sein atteint l'intégrité de l'image de la femme « *En plus c'est mutilant ça se voit* » (E2M3L194), « *Ça se voit physiquement* » (E5M10L619), « *Non je pense y'a y'a y'a la crainte il y a le côté esthétique* » (E6M11L350), « *Ouais il y a l'image de la femme qui est en jeu là* » (E6M11L368), « *Ça touche ça touche une partie de l'image de la femme, l'intégrité* » (E7M18L373).

De même, selon les médecins, le fait de devoir venir chercher le kit de dépistage du cancer colorectal chez le médecin généraliste pouvait être un frein pour les patients, comparé à la mammographie où il y a un intermédiaire en moins. « *Il y a un intermédiaire en moins tu tu reçois le papier du dépistage pour le colon (...)* Tu vas chez le médecin puis (...) Tu fais ton

truc tu reçois la mammo (...) Tu vas directement faire la mammo (...) Il y a l'intermédiaire médecins en moins » (E5M9L594).

Et toujours ce tabou des selles qui joue en la défaveur du dépistage du cancer colorectal « *Le colorectal euh euh et puis c'est quand même euh enfin je sais pas c'est quand même plus intime c'est boyau c'est machin les gens ils disent peut-être moins facilement (...) J'ai un cancer du rectum que j'ai eu un cancer du sein je sais pas j'en sais rien » (E5M10L621), « Il y a quand même le frein le frein d'aller dans les selles les gens ils te regardent » (E6M15L363), « Et puis la technique de dépistage enfin c'est pas très je sais pas si je vous l'ai déjà dit (...) Pas très ragoûtant quoi » (E7M19L395).*

Pourtant, la grande majorité des médecins généralistes interrogés avouaient être plus convaincus par le dépistage du cancer colorectal que par le dépistage du cancer du sein. « *En tout cas moi j'y crois beaucoup plus qu'à l'intérêt de la mammo (...) C'est-à-dire qu'au niveau de l'amélioration de la morbidité je pense qu'on a beaucoup plus à gagner à faire l'Hemoccult » (E8M23L250), « Oui mais non je veux dire quand tu regardes les résultats de ce qu'on fait enfin les surdiagnostics de tout ça (...) Au final on n'a quand même pas des résultats qui sont formidables sur euh... je pense que conclusion moi je crois plus au (...) Au test immunologique que à la mammographie de dépistage quoi » (E7M17L205), « Je pense qu'on joue beaucoup sur les peurs et sur les affects dans le dépistage du cancer du sein et pas forcément à bon escient parce que parce que la mammographie organisée est quand même largement remise en cause et c'est quand même un examen qui n'est pas qui est irradiant qui peut créer de la pathologie » (E6M12L353), « Après la mammo la mammographie ça va être euh c'est vachement décrié là le dépistage par la mammo tu vois donc le... le... comment dire le dépistage c'est pas c'est pas forcément dans l'intérêt tu vois » (E5M8L711), « Le dépistage du cancer colorectal est bien plus favorable (...) Que la mammographie » (E1M1L239).*

3.6. Différentes approches de la santé en fonction du sexe.

Comme le déclaraient de nombreux médecins, les femmes sont plus suivies sur le plan médical, elles sont suivies tout au long de leur vie du fait d'un plus grand nombre de motifs de consultations par rapport aux hommes ; la contraception, le suivi de grossesse et même deux autres dépistages organisés leur sont dédiés, à savoir pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus. « *Non mais les femmes sont déjà dans l'ambiance mammographie euh (...) Frottis etc. (...) C'est plus logique pour elles. » (E6M11L26-35), « Il y a des grossesses, t'es plus médicalisée (...) de façon générale (...) plus suivie » (E6M13L30-34), « Et alors en plus la prévention ils ont pas de gynécologie donc finalement leur première prévention elle commence à cinquante ans et... voilà » (E9M26L41-42).*

De plus, de nombreux médecins avouaient penser à parler du dépistage organisé du cancer colorectal lorsqu'ils étaient face à un résultat de dépistage organisé du cancer du sein. « *Vu qu'effectivement elles ont la mammo elles ont... en plus ça coïncide au niveau des âges (...) donc souvent quand on voit une mammo rentrer on se dit on propose ben en fait le dépistage colorectal et du coup ça permet d'entrer dans le / dans le sujet » (E4M6L12-16).*

Selon la majorité des médecins, les femmes seraient plus sérieuses et feraient plus attention à leur santé que les hommes. « *Parce que les femmes sont plus concernées par leur santé (...)*

elles font plus attention à leur santé (...) elles font plus attention dans dans la famille c'est encore elles qui (...) Qui prennent en charge aussi les enfants avec toutes les consultations de prévention etc. donc je pense qu'elles sont plus enclines à... (...) elles sont plus concernées » (E8M24L108-120), « C'est sociologique la réponse-là les hommes prennent pas soin de leur santé quoi » (E9M26L44), « Les hommes vont peut-être plus quand il y a vraiment enfin voilà c'est pas pour de la prévention quoi c'est plutôt pour prévention secondaire (...) ou tertiaire » (E6M12L45-48).

Selon les médecins généralistes interrogés, les hommes ne consultent pas ou peu aux âges du dépistage organisé et par conséquent nous ne pouvons pas leur présenter le test. « *Hommes qui finalement consultent peu en fait à aux âges là* » (E4M6L18-19).

Certains médecins pensaient que les hommes faisaient moins les dépistages de peur des résultats. « *Parce qu'ils ont peur les hommes (...) c'est des trouillards* » (E7M20L57-59).

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'analyser les représentations des médecins généralistes vosgiens concernant le dépistage organisé du cancer colorectal afin d'imaginer des solutions pouvant augmenter le taux de participation à ce dépistage.

4.1. Remise du test par les médecins généralistes : à la fois force et faiblesse

Les médecins généralistes sont à la fois la force et la faiblesse du programme de dépistage du cancer colorectal. En effet, les personnes en bonne santé ne consultent pas de médecin et ne seront par conséquent pas incitées à effectuer le dépistage. De plus, les personnes qui se trouvent dans des déserts médicaux seront aussi mises de côté quant au dépistage du cancer colorectal du fait de la difficulté d'accès aux soins et de la priorisation des soins qui n'est pas en faveur de la prévention. D'ailleurs, la cartographie des médecins généralistes vosgiens installés est quasiment superposable à la cartographie de participation au dépistage du cancer colorectal dans les Vosges (ANNEXE 4). Et nous l'avons vue, la conviction du médecin généraliste joue beaucoup dans son implication.

Cependant, il faut que la remise du test par le médecin généraliste reste la force de ce dépistage organisé. D'ailleurs, les études vont dans ce sens. En effet, dans les départements pilotes, 85% des tests remis par les médecins généralistes sont réalisés par les patients contre 15% en cas d'envoi postal seul (31). Une autre étude française va dans ce sens en montrant qu'un test remis par le médecin traitant permet une participation trois fois plus importante qu'un simple envoi (32). Et il semblerait évident qu'un test expliqué par le médecin généraliste limiterait le nombre d'erreurs et par conséquent le nombre de tests interprétables. De plus, une étude sur le dépistage des cancers et ses facteurs de compliance montre que la deuxième raison de non-participation au dépistage après le fait qu'ils ne se sentent pas concernés était l'absence de recommandations par leur médecin traitant (33). Une étude réalisée en Australie a montré l'importance de l'influence qu'ont les médecins généralistes sur leurs patients concernant la réalisation du dépistage organisé du cancer colorectal. Dans cette étude, un groupe de patients recevait une invitation de la part de leur médecin généraliste les incitant à participer au dépistage, un autre groupe recevait une invitation de la structure de

gestion ainsi que la mention que leur médecin généraliste était favorable au dépistage et le troisième groupe recevait une invitation de la structure de gestion sans mention de leur médecin généraliste. Les taux de participation au dépistage étaient respectivement de 40.7%, 38% et 32%. Cette étude montre encore une fois l'impact du médecin généraliste sur son patient (34). Une méthode pour augmenter ce taux de participation serait peut-être d'adresser les invitations au nom du médecin généraliste déclaré du patient en plus de celui de la structure de gestion, avec l'accord du praticien au préalable.

4.2. Remise du test immunologique par d'autres spécialités

Depuis mars 2018, la remise des kits au patient peut être effectuée en plus du médecin généraliste, par le gynécologue, l'hépto-gastro-entérologue et par le médecin d'un centre d'examen de santé du régime général de l'assurance maladie (20). De cette extension, nous pouvons espérer une augmentation du taux de participation et cela permet aussi que cette organisation ne repose plus exclusivement sur les médecins généralistes.

Cependant, cela accentue la différence entre les hommes et les femmes par rapport à la santé. La femme est plus encline à se voir proposer le dépistage car elle a un suivi régulier tout au long de sa vie et plus de motifs de consultations. D'autre part, depuis 2018, les gynécologues peuvent remettre le kit de dépistage, ce qui privilégie une fois de plus la gent féminine (20).

A noter que lors de ce nouveau cahier des charges, si un patient a participé au moins à l'une des trois précédentes campagnes de dépistage organisé du cancer colorectal, un kit de dépistage lui est adressé à son domicile directement lors du deuxième courrier de relance, ce qui permet d'enlever ce côté « intermédiaire en trop » (20). Mais il faut que l'implication des médecins généralistes reste l'atout majeur de ce programme de dépistage organisé car plusieurs études ont montré que l'appui du médecin généraliste était nécessaire pour convaincre les patients (35).

4.3. Depuis le nouveau test

Une étude a été réalisée dans la région Grand Est afin d'évaluer les résultats du programme de dépistage organisé du cancer colorectal depuis l'introduction du test immunologique. Malheureusement, malgré un test simplifié, la participation n'a ainsi dire pas progressé, seulement 3 à 4% (36). Pourtant, des études pensaient que la simplicité du test entraînerait une augmentation du taux de participation de 5 à 13% (37).

Comme l'indiquaient les médecins généralistes vosgiens, le test reste améliorable sur la forme, 8% des tests sont non-analysables du fait du délai de lecture, de la péremption du kit, de l'absence de date, de l'absence d'identification (36). Cela peut jouer défavorablement sur le taux de participation ; un patient difficile à convaincre auquel est attribué un résultat ininterprétable sera difficile à reconvaincre.

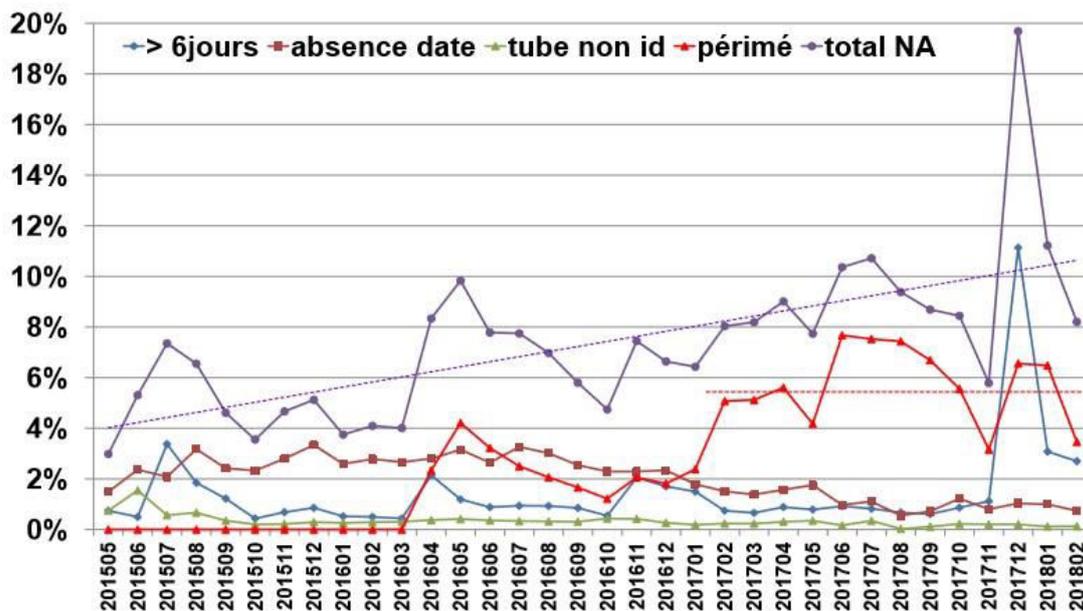


Figure 4. Graphique représentant les tests non analysés et leur cause

(36)

4.4. Différence entre les femmes et les hommes par rapport à la santé

Selon les médecins généralistes interrogés, les femmes font plus attention à leur santé. Il est vrai que les femmes et les hommes n'ont pas le même comportement dans la gestion de leur santé. La femme bénéficie encore d'une espérance de vie plus élevée que l'homme, évaluée à 85 ans versus 78.9 ans en 2015 (38). Les femmes semblent plus attentives à leur santé mais la logique des soins est en leur faveur. Elles déclarent recourir davantage aux pratiques de prévention que les hommes mais certains actes leur sont spécifiques, par exemple, la mammographie et le frottis cervico-vaginal. De plus, la contraception les incite à consulter dès le plus jeune âge. Les femmes consultent plus le médecin généraliste que les hommes. Les femmes consultent par conséquent plus et plus souvent que les hommes (39).

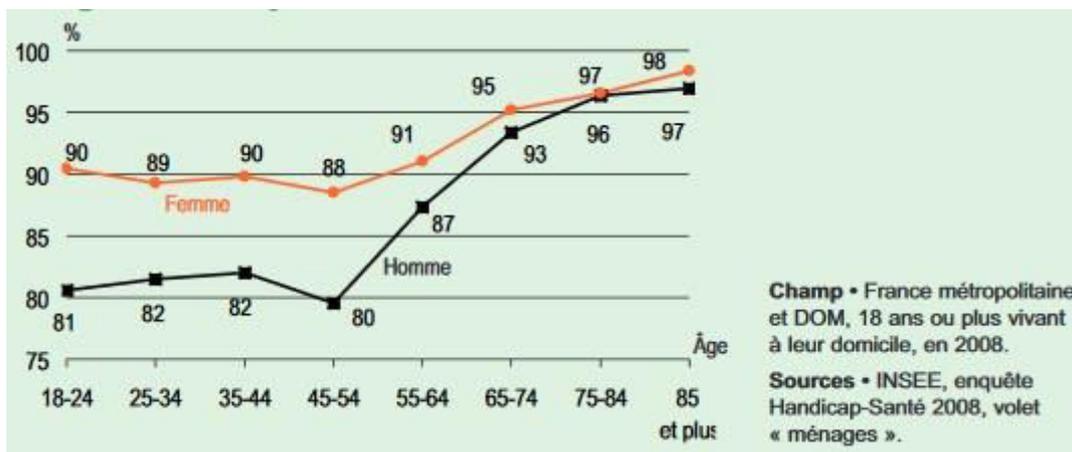


Figure 5. Graphique représentant la proportion de personnes déclarant avoir consulté un médecin généraliste pour elles-mêmes dans les douze derniers mois.

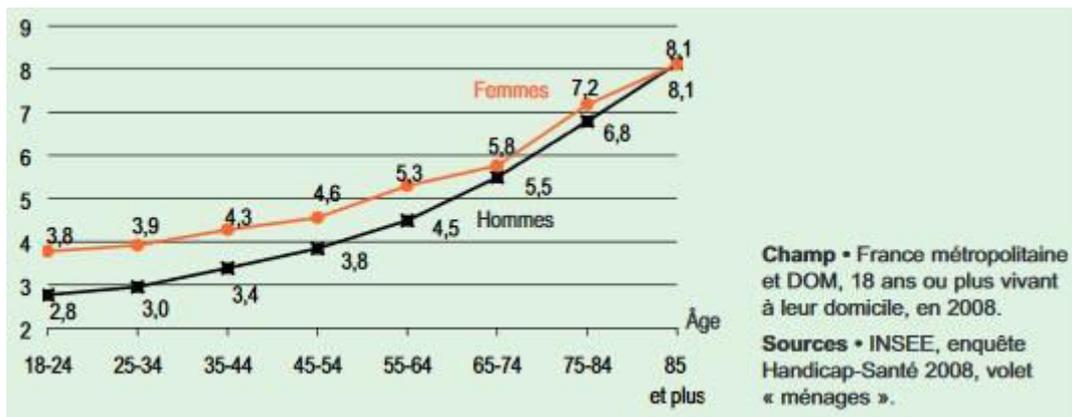


Figure 6. Graphique représentant le nombre moyen de recours au médecin généraliste déclarés au cours des douze derniers mois pour la population ayant consulté au moins une fois.

Une autre étude réalisée en France sur le dépistage organisé du cancer colorectal avait montré que les femmes étaient plus compliantes à se soumettre à des dépistages que les hommes et de même les personnes vivant en région urbaine l'étaient plus que les personnes vivant en région rurale (32).

Cependant, après recherche, on constate que les femmes participent beaucoup plus au dépistage organisé du cancer du sein qu'au dépistage organisé du cancer colorectal et que la différence de participation entre les hommes et les femmes n'est pas une réalité.

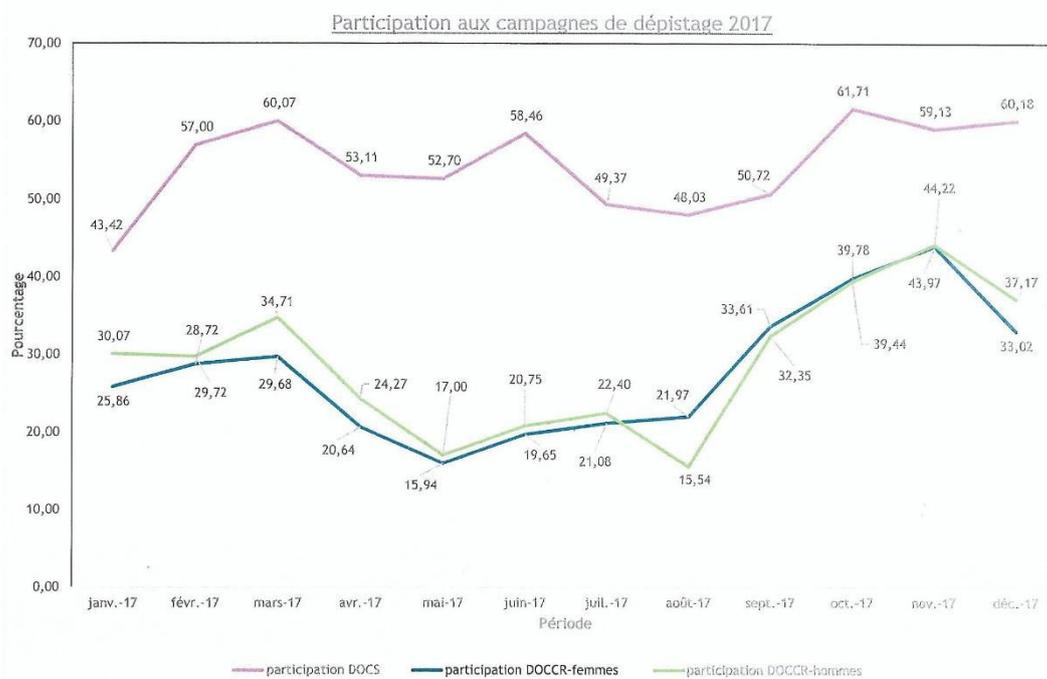


Figure 7. Graphique représentant le pourcentage de participation au dépistage du cancer du sein et au dépistage du cancer colorectal au cours de l'année 2017.

4.5. Vers d'autres solutions

La figure 5 montre que plus les patients sont jeunes, moins ils consultent leur médecin généraliste. Une solution pour augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal serait d'inciter les médecins du travail à informer les patients et à remettre des kits du test immunologique aux patients éligibles, cela permettrait d'inclure ceux qui ne consultent pas de médecin. Cependant, pour l'instant, les médecins du travail ne sont pas habilités à remettre ces tests.

Comme les médecins de l'entretien 9 l'avaient fait pour le dépistage organisé du cancer du sein, une étude a été réalisée en 2011 en Alsace où les patients n'ayant pas participé au dépistage organisé du cancer colorectal bénéficiaient d'un conseil téléphonique en plus des rappels par courrier afin d'évaluer cette piste pour augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal. Le problème de cette étude est que seul 20% des patients appelés ont répondu au téléphone. Cependant, les patients ayant bénéficié du conseil téléphonique participaient deux fois plus que celles jointes uniquement par courrier (40).

4.6. Forces et faiblesses de notre étude

La recherche qualitative nécessite une certaine rigueur méthodologique dans sa construction et elle doit satisfaire des critères de validité interne et externe.

4.6.1. Validité interne : notre étude comporte de nombreux biais.

Un biais de sélection est réalisé car il s'agit d'une étude exploratrice sur un échantillon de population relativement faible. Ainsi, notre étude n'est pas représentative de l'ensemble des médecins généralistes vosgiens bien que notre échantillon ait été réalisé de façon aléatoire car il s'appuie sur la base du volontariat. De plus, la majorité des médecins généralistes ayant répondu favorablement à l'étude sont inscrits dans une formation continue comme l'AMVPPU, le recrutement est donc inégal. Nous avons voulu interroger des médecins de zones à faible taux de participation selon la carte mais ils n'ont pas donné de suite. Pour avoir une étude acceptable, il aurait fallu pouvoir comparer nos données avec une autre région.

Des biais liés à la méthode des entretiens sont à signaler. Certains médecins s'exprimaient plus une fois le dictaphone éteint. De plus, la méthode des focus group a peut-être inhibé certains médecins ne voulant pas exprimer leurs idées devant leurs confrères. Les entretiens semi-dirigés comportent probablement parfois des questions trop directives.

Un biais lié à l'analyse des entretiens est aussi à remarquer, il s'agissait de mon premier projet de thèse et le manque d'expérience est notable. Cependant la triangulation des données à l'aide du regard de mon codirecteur de thèse permet d'atténuer celui-ci. De plus une deuxième analyse réalisée avec le logiciel NVivo12Pro a été réalisée et retrouvait les mêmes résultats.

En revanche, la méthodologie choisie, c'est-à-dire la méthode qualitative, et notamment la réalisation de focus groupes, se trouve être particulièrement adaptée pour mesurer le ressenti des médecins généralistes vosgiens, et l'identification des freins et leviers à un dépistage optimisé du cancer colorectal.

4.6.2. Validité externe : comparaisons à d'autres études

La validité externe concerne la généralisation de nos résultats à d'autres études or, lors d'autres études réalisées dans d'autres régions, les résultats sont semblables à la nôtre.

5. CONCLUSION

Le dépistage organisé du cancer colorectal est un enjeu de santé publique. Il s'applique sur une population cible bien définie *a priori* en bonne santé. Il s'agit d'un des cancers les plus fréquents et les plus meurtriers (43000 personnes touchées en 2018 et 17000 décès en 2018 en France) (41). Ce cancer est curable si le diagnostic est effectué de façon précoce. De plus, l'histoire de la maladie du cancer colorectal est longue, une dizaine d'années peut s'écouler entre la présence d'adénomes et sa transformation en cancer. Le dépistage organisé par test immunologique diminue l'incidence et la mortalité du cancer colorectal. Cependant, le taux de participation à ce dépistage reste très insuffisant et réduit par conséquent l'impact attendu en matière de santé publique.

La campagne AVODECA est basée sur l'implication de tous les professionnels de santé, en premier lieu les médecins généralistes vosgiens. En effet, la population concernée est invitée par le programme de dépistage organisé du cancer colorectal à se rendre chez son médecin généraliste. Les médecins généralistes sont le socle de ce dépistage, ils doivent informer, recruter et convaincre les patients éligibles à cette campagne. Le médecin traitant est souvent celui qui connaît le mieux son patient et qui est le plus à même de le convaincre du fait de cette relation de confiance.

L'objectif de ce travail était d'analyser les ressentis des médecins généralistes vosgiens concernant le dépistage organisé du cancer colorectal afin d'imaginer d'éventuelles pistes pour augmenter son taux de participation. La connaissance des différentes difficultés ressenties peut permettre de mieux les surmonter.

L'axe d'amélioration principal semble être l'augmentation de la communication concernant le cancer colorectal et son dépistage à travers Mars Bleu et avec les différentes sources d'information comme les médias par exemple.

Ce qui permettrait d'augmenter le taux de remise des tests de dépistage par les médecins généralistes et par conséquent qui augmenterait le taux de participation serait d'avoir des alarmes informatiques pour rappeler l'échéance comme on le fait pour les vaccins, d'avoir toujours un test à portée de mains sur notre bureau afin de ne pas perdre de temps et de pouvoir expliquer le test au patient, d'avoir des affiches en salle d'attente, de faciliter le travail du patient en collant les étiquettes et surlignant la date. L'invitation par la structure de gestion associée au nom du médecin traitant semble aussi une piste prometteuse.

Une consultation dédiée à la prévention a été souvent évoquée, cela permettrait de prendre le temps d'expliquer au patient et d'appuyer sur l'importance de celle-ci. Cela fait partie du travail du médecin généraliste, si le médecin traitant ne parle pas de prévention, qui le fera ? Cependant, cela reste peu envisageable en pratique car comme le notaient certains médecins généralistes, seuls les patients les plus enclins à participer aux actions de prévention participeraient à ces consultations. De plus, avec l'aggravation des déserts médicaux, il

apparaît difficile de rajouter aux médecins généralistes des consultations de prévention en plus de consultations classiques.

L'intégration du médecin du travail dans la remise du test immunologique me semble une avancée probante ne pouvant qu'augmenter le taux de participation au dépistage. Il en est de même pour les infirmières Asalée qui sont présentes dans de nombreuses maisons médicales, de nombreuses actions de prévention dont le dépistage du cancer colorectal peuvent être menées à travers elles.

De surcroît, il faut souligner l'importance des formations médicales continues pour augmenter ce taux de participation.

Une discussion avec l'équipe de l'AVODECA a été réalisée après les entretiens notamment concernant la réflexion amenée lors de l'entretien 2 de transmettre par Apicrypt une fiche par patient ne réalisant pas le test immunologique pour faire un rappel dans le dossier du patient et ne pas faire perdre le temps précieux du médecin généraliste.

On pourrait envisager la mise au point d'un questionnaire médical pour faire gagner du temps au médecin généraliste, type questionnaire de prévention, remis par la secrétaire au patient qui le remplirait dans la salle d'attente puis le remettrait au médecin. Il serait intéressant à mettre au point et à tester. Il comprendrait la date du dernier frottis cervico-vaginal, celle de la dernière mammographie, celle du dernier test immunologique et intégrerait des questions à réponses binaires sur les critères d'exclusion. Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail.

A noter que la mise à disposition des kits de dépistage et l'analyse de leurs résultats dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal font l'objet d'un marché public national en ce moment. Des nouveaux kits devraient apparaître prochainement (42).

CONCLUSION DE LA THÈSE ET PERSPECTIVES

Le diagnostic d'un cancer à un stade précoce est de meilleur pronostic et permet un traitement souvent moins compliqué, moins long et moins douloureux (43).

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent en termes d'incidence et le deuxième en termes de mortalité en France.

Un dépistage organisé du cancer colorectal est mis en place en France depuis 2009 afin de réduire l'incidence et la mortalité de ce cancer dont nous connaissons l'histoire naturelle. Cependant, son taux de participation est bien inférieur aux recommandations européennes (objectif 45% de participants), les dernières données pour l'année 2017-2018 sont encore en baisse avec un taux de 32.1%, avec une variabilité inter régions (41).

Il est du devoir de l'ensemble des acteurs de santé et en particulier des médecins généralistes de se mobiliser pour proposer et essayer de convaincre l'ensemble des personnes ciblées par ce dépistage.

Ce travail a permis de comprendre les freins du côté des patients et du côté des médecins généralistes concernant le dépistage organisé du cancer colorectal afin de trouver différents leviers pour permettre une augmentation du taux de participation à ce dépistage.

Concernant le désintérêt du patient par rapport au test immunologique devant l'absence de symptôme, le médecin généraliste a un rôle de prévention et doit fournir une information claire à son patient en expliquant qu'un test de dépistage s'effectue justement chez un patient qui n'a pas de symptôme. Les patients n'effectuent parfois par le dépistage car ils n'ont pas été suffisamment informés, le médecin traitant doit s'assurer de la bonne compréhension du patient.

Quant à la peur du résultat, le médecin généraliste de par sa qualité de médecin traitant établit une relation de confiance avec son patient afin d'expliquer qu'un test positif n'est pas synonyme de cancer et qu'en cas de cancer, il vaut mieux découvrir ce cancer à un stade paucisymptomatique, un cancer découvert à un stade précoce se soignant mieux.

A propos des difficultés techniques du test, le médecin généraliste peut appuyer les avantages du test immunologique par rapport à son prédécesseur, ce test étant plus simple, plus fiable et plus performant. Il peut faciliter le travail du patient en collant les étiquettes d'identification et en surlignant la date afin de limiter le risque d'erreur, tout en s'assurant de la bonne compréhension du patient.

Aborder spontanément le dépistage par le médecin généraliste permettrait de banaliser ce dépistage peu médiatisé.

Quant aux réticences du côté médecin généraliste, à noter le facteur temps et le manque de conviction, l'AVODECA peut jouer un rôle important pour lever ces freins.

Tout d'abord, concernant le facteur temps, l'AVODECA pourrait faciliter le travail du médecin généraliste en envoyant des Apicrypts personnalisés pour chaque patient au médecin traitant afin d'une part de signifier au médecin que le patient a reçu une invitation, ce qui

permettrait d'effectuer un rappel au médecin généraliste pour aborder le sujet à la prochaine consultation et, d'autre part de signaler par Apicrypts personnalisés les patients ne participant pas à la campagne. Il serait souhaitable aussi de solutionner le problème d'oubli de commande de la part des médecins généralistes, par exemple par un rappel lorsque l'on se connecte au site de la sécurité sociale Amelipro.

Concernant le ressenti du médecin généraliste quant à l'aspect chronophage de la remise du test immunologique, une étude avait été réalisée avec le test Hémocult II et avait montré que la remise de ce test augmentait seulement de 2,27 minutes le temps de consultation. De plus, ce temps n'augmentait pas plus s'il s'agissait d'une demande spontanée du patient ou d'une proposition du médecin généraliste (44). Si l'étude avait été réalisée avec le test immunologique, ce temps aurait été encore moindre devant la simplification de ce test. De plus, l'explication est encore plus courte lorsque les patients ont déjà effectué le test deux ans auparavant. Il s'agit plus d'un ressenti de la part du médecin généraliste que d'une vérité.

A propos du manque de conviction de certains médecins généralistes, il faudrait renforcer les formations continues sur ce sujet soit dans le cadre d'une intervention de l'AVODECA lors d'une soirée organisée par l'Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post-universitaire soit de par les délégués médicaux de la CPAM qui rencontrent de façon individuelle les médecins généralistes tous les trimestres afin de cibler les médecins n'effectuant pas de formation continue. Une étude française a d'ailleurs montré que les formations des médecins généralistes avaient un impact en termes de participation au dépistage organisé. Les médecins formés avaient distribué et fait réaliser davantage de tests que les médecins non formés même si cela restait faible, les médecins généralistes formés avaient délivré 15 tests de plus dans l'année que les non formés (45).

Le Plan Cancer prévoit aussi la réduction des inégalités d'accès au dépistage en effectuant des actions ciblant les personnes en situation de vulnérabilité ou ayant des difficultés d'accès : situation de précarité, de handicap, personnes en établissement pénitentiaire, personnes vivant dans des institutions, personnes isolées géographiquement, personnes face à des difficultés socioculturelles ou linguistiques (43).

Le médecin généraliste est au cœur de ce dépistage organisé. Nous savons que les patients ont établi une relation de confiance avec leur médecin traitant. La remise du test immunologique par le médecin généraliste doit rester la force de ce dépistage et non sa faiblesse.

La nouvelle organisation des structures de gestion qui vont s'unir et devenir le centre de coordination Grand-Est de dépistage des cancers en 2019 permettra probablement une homogénéisation des bonnes pratiques et par conséquent du taux de participation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. von Karsa L, Patnick J, Segnan N, Atkin W, Halloran S, Lansdorp-Vogelaar I, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis: Overview and introduction to the full Supplement publication. *Endoscopy*. 2013;45(1):51-9.
2. Cancers colorectaux : du diagnostic au suivi [Internet]. Institut National du Cancer. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur : https://www.oncorif.fr/wp-content/uploads/2018/10/Cancers_colorectaux_du_diagnostic_au_suivi_mel_20181029.pdf
3. Référentiel «Côlon» [Internet]. Oncologik [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <http://oncologik.fr/referentiels/interregion/colon>
4. Dépistage et prévention du cancer colorectal [Internet]. HAS [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf
5. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé [Internet]. HAS [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf
6. Le médecin traitant, un acteur clé du dépistage [Internet]. HAS [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2773243/en/le-medecin-traitant-un-acteur-cle-du-depistage
7. Tumeurs du côlon et du rectum. Abrégé d'HGE et de chirurgie digestive [Internet]. Septembre 2015 [cité 16 déc 2018]. Disponible sur: https://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/Abrege-HGE/abrege-hge-cd_2015_chap26_item298_ue9_sans_illustrations.pdf
8. Wilson JMG, Jungner G, Organization WH. Principes et pratique du dépistage des maladies [Internet]. Genève: Genève : Organisation mondiale de la Santé; 1970 [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41503>
9. Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ? [Internet]. ANAES [cité le 14 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf
10. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
11. Cancer colorectal : pourquoi se faire dépister ? - Dépistage du cancer colorectal [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Pourquoi-se-faire-depister>

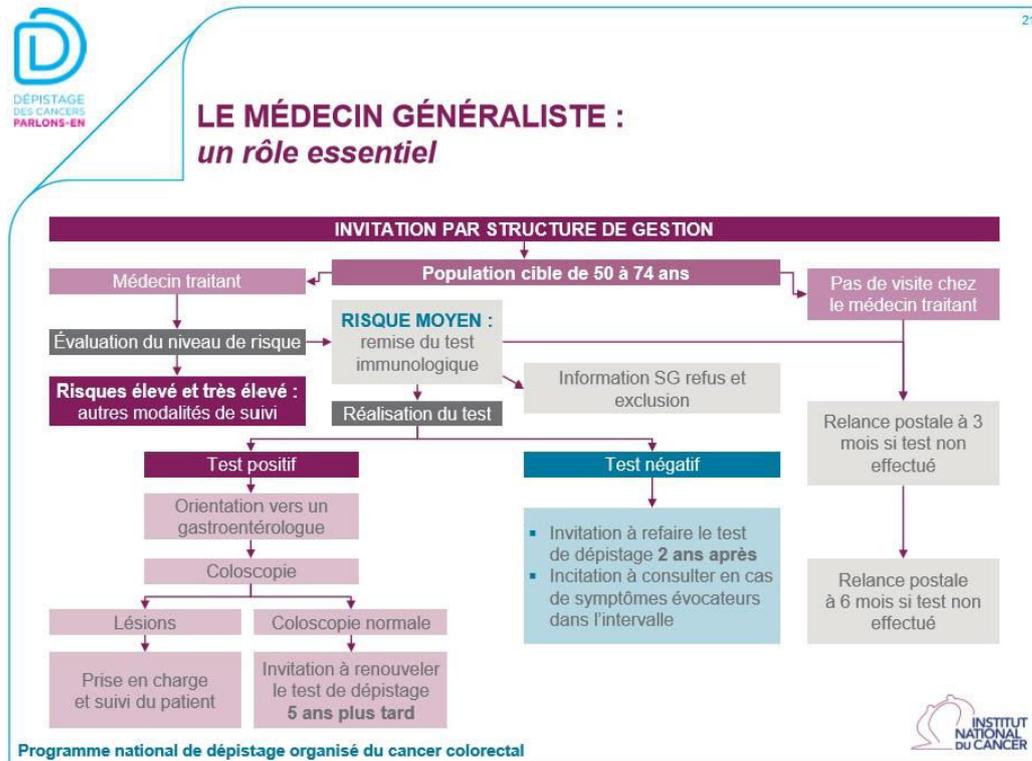
12. Rama N. Pratiquer un test hémocult II. 2009;3.
13. Santé publique France - Cancer colorectal : 18 000 décès par an [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Cancer-colorectal-18-000-deces-par-an>
14. L'essentiel sur le test immunologique - Dépistage du cancer colorectal [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/L-essentiel-sur-le-test-immunologique>
15. Denis B, Guittet L. Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ? 2015;22:12.
16. Dépistage du cancer colorectal : pour votre pratique - Dépistage du cancer colorectal [Internet]. [cité 10 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Pour-votre-pratique>
17. Dépistages organisés des cancers [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/depistages-organises-des-cancers>
18. Kanavos P, Schurer W. The dynamics of colorectal cancer management in 17 countries. Eur J Health Econ. janv 2010;10(S1):115-29.
19. Lejeune C, Dancourt V, Arveux P, Cottet V. Test Hemocult versus test immunologique: analyse coût-efficacité du dépistage de masse du cancer colorectal en France [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/test-hemocult-versus-test-immunologique-ana>
20. Arrêté du 19 mars 2018 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal [Internet]. [cité le 12 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036732278&cat](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036732278&categorieLien=id21)
[egorieLien=id21. JOAFE_PDF_Unitaire_20180051_00918.pdf](http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/assoc/pdf/2018/0051/JOAFE_PDF_Unitaire_20180051_00918.pdf) [Internet]. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/assoc/pdf/2018/0051/JOAFE_PDF_Unitaire_20180051_00918.pdf
21. Journal officiel de la république française : associations et fondations d'entreprise [Internet]. Direction de l'information légale et administrative. [cité 14 janv 2019]. Disponible sur: http://www.journal-officiel.gouv.fr/publications/assoc/pdf/2018/0051/JOAFE_PDF_Unitaire_20180051_00918.pdf
22. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
23. Viguier J. Les médecins sous-estiment leur impact auprès des patients dans la mise en œuvre du dépistage du cancer [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/11/29/dr-jerome-viguier-inca-les-medecins-sous-estiment-leur-impact-aupres-des-patients-dans-la-mise-en-oeuvre-du-depistage-du-cancer-_863482

24. Baromètre cancer 2010 [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/depistages-cancers.pdf>
25. Mass screening for colorectal cancer in France. Experience in 165,000 people in the department of Calvados [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: [https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/8763059/\[Mass_screening_for_colorectal_cancer_in_France__Experience_in_165000_people_in_the_department_of_Calvados\]_](https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/8763059/[Mass_screening_for_colorectal_cancer_in_France__Experience_in_165000_people_in_the_department_of_Calvados]_)
26. Kaminski MF, Wieszczy P, Rupinski M, Wojciechowska U, Didkowska J, Kraszewska E, et al. Increased Rate of Adenoma Detection Associates With Reduced Risk of Colorectal Cancer and Death. *Gastroenterology*. juill 2017;153(1):98-105.
27. Segnan N, Patnick J, Karsa L von, European Commission, International Agency for Research on Cancer, éditeurs. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. 1. ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2010. 386 p.
28. Dépistage organisé du cancer colorectal [Internet]. ARS [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-02/CP%20Mars_Bleu_2018_0.pdf
29. Gendre I. Alors que le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer en France, son dépistage – le plus performant de tous les dépistages de cancer – est un échec. *Rev Prat*. 2018;68:8.
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
31. Bouvier A-M, Bouvier A-M. Épidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. :20.
32. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*. 1 juin 2004;126(7):1674-80.
33. Roussel C, Touboul C. Large population survey: strengths and limits. *Methodology of the EDIFICE survey*. *Eur J Cancer Prev*. janv 2011;20:S5-7.
34. Cole SR, Young G, Byrne D, Guy J, Morcom J. Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care practitioner. *J Med Screen*. déc 2002;9(4):147-52.
35. Tazi MA, Faivre J, Dassonville F, Lamour J, Milan C, Durand G. Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population: results of five screening rounds from 1988 to 1996. *J Med Screen*. 1997;4(3):147-51.
36. Denis B, Berardi MO, Botokey J, Gendre I, Guerbaz M, Jafflin E, et al. Résultats de la première campagne de dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans la région Grand Est. :1.

37. Vart G, Banzi R, Minozzi S. Comparing participation rates between immunochemical and guaiac faecal occult blood tests: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* août 2012;55(2):87-92.
38. L'état de santé de la population en France [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
39. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. 2008;8.
40. Denis B, Broc G, Sauleau EA, Gendre I, Gana K, Perrin P. Tailored telephone counselling to increase participation of underusers in a population-based colorectal cancer-screening programme with faecal occult blood test: A randomized controlled trial. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* févr 2017;65(1):17-28.
41. Cancer colorectal : publication des indicateurs de participation au programme de dépistage [Internet]. Santé publique France. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Cancer-colorectal-publication-des-indicateurs-de-participation-au-programme-de-depistage>
42. Dépistage cancer colorectal : de nouveaux kits en février 2019 [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/depistage-cancer-colorectal-de-nouveaux-kits-en-fevrier-2019>
43. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. [cité 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
44. Urena-Dores A, Bel JL, Gelly J, Mercier A, Aubin-Auger I. La délivrance du test Hemoccult II : pas si chronophage ! :2.
45. Thu-Thon É, Charles R, Froger P, Meyrand B, Paré É, Trombert B. Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal. *Sante Publique (Bucur).* 2013;Vol. 25(6):775-83.
46. Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal : Passage au test immunologique [Internet]. [cité le 26 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Diaporama-de-formation-sur-le-passage-au-test-immunologique>

ANNEXES

ANNEXE 1. Schéma décisionnel concernant le dépistage organisé du cancer colorectal.



(46)

ANNEXE 2. Questionnaire semi-dirigé réalisé auprès des médecins généralistes vosgiens.

Introduction : Chaque année, lors du mois de mars, l'Agence Régionale de la Santé, l'Assurance Maladie et l'ensemble des acteurs associatifs (dont l'AVODECA et la Ligue contre le Cancer) se mobilisent pour faire la promotion du dépistage organisé du cancer colorectal et ainsi essayer de convaincre toujours plus d'hommes et de femmes âgées de 50 à 74 ans de participer à ce dépistage. Pourtant, la participation à ce dépistage reste encore trop faible avec des disparités inter-régionales. Le taux de participation dans les Vosges est de 40,4%, 39,2% pour le Grand Est (situé au 3^{ème} rang pour la France) et 33,2% pour la France entière sachant que l'objectif à atteindre était un minimum de 45% de participation.

1) A votre avis, quelles sont les raisons de ce taux si bas ?

Questions de relance :

- Parmi les solutions suivantes, lesquelles vous semblent plausibles ?
 - Les patients ne se sentent pas concernés par ce dépistage.
 - Les médecins ne demandent pas au patient s'il a effectué le dépistage.
 - Cela prend du temps lors de la consultation rendant compliqué de s'y intéresser.
 - Les médecins/les patients sont gênés vis-à-vis de la réalisation de ce test.

2) Le taux de participation des hommes est inférieur à celui des femmes, pourquoi ?

Questions de relance : parmi les solutions suivantes, lesquelles vous semblent plausibles ?

- Les hommes prêtent moins attention à leur santé.
- Les femmes, du fait de leur participation au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, se sentent plus concernées.

3) Le taux de participation au test immunologique dans les Vosges diffère de façon importante selon la commune, allant de 49,61% pour Epinal-Est contre 29,01% pour Bains-les-Bains, comment l'expliquez-vous ? (cf cartographie)

Questions de relance :

- Cela correspond à la désertification médicale dans ces communes.
- Les patients de ces communes étant plus loin d'un centre hospitalier sont moins informés.
- Cela correspond au seuil économique de ces communes.

4) Pourriez-vous me parler de votre pratique en ce qui concerne la remise du test immunologique à vos patients ?

Questions de relance : vous remettez des kits :

- Rarement ou souvent.
- Seulement si le patient vous le demande.
- Dans certaines circonstances seulement : merci de préciser
- Réussissez-vous à parler du dépistage du cancer colorectal lorsque le patient ne parle pas lui-même de ce sujet.

5) Si vous n'en remettez pas ou peu, pouvez-vous me dire pour quelles raisons ?

Questions de relance

- i. Manque de temps.
- ii. Manque d'envie.

- iii. Manque de formation.
- iv. Gêne vis-à-vis des patients.
- v. Vous n'y pensez pas.
- vi. Selon vous ce dépistage est inutile.

- 6) A votre avis, quelles sont les mesures qui permettraient d'améliorer le taux de participation ?

Questions de relance :

- a. Que penseriez-vous d'une question systématique intégrée aux logiciels médicaux ainsi que de renseigner les patients exclus du test ?
 - b. Pensez-vous qu'une majoration de la ROSP en fonction du taux de participation encouragerait les médecins à proposer le dépistage plus facilement ?
 - c. Que penseriez-vous de la remise du test immunologique par d'autres professionnels de santé : gynécologue, radiologue lors de la réalisation de la mammographie dans le cadre de l'AVODECA, médecine préventive, pharmacien, lors d'une hospitalisation, par une infirmière Asalée.
 - d. Que penseriez-vous de l'envoi du test immunologique au domicile du patient ?
 - e. Que pensez-vous de la présentation systématique de la pochette lors de la consultation de renouvellement aux patients n'ayant pas participé au dépistage peut améliorer le taux de participation ?
 - f. Que pensez-vous du fait de coller les étiquettes du patient sur le kit ou d'appeler l'avodeca pour demander l'envoi des étiquettes en vue d'améliorer le taux de participation ?
 - g. Que pensez-vous de l'impact de spots publicitaires ?
 - h. Que pensez-vous du fait de rassurer le patient en disant qu'un test positif n'est pas synonyme de cancer mais de la nécessité de faire une coloscopie ?
- 7) Pourquoi selon vous les patients adhèrent plus au dépistage du cancer du sein ? (50,7% de taux de participation pour la France entière, 54,2% dans les Vosges)
- 8) Quel usage faites-vous de la synthèse AVODECA que vous recevez tous les ans ?

ANNEXE 3. Tableaux d'encodage

Freins côté patients :

Désintérêt du patient	E1M1(L2-6, 34, 50, 270), E1M2(L7, 46, 141-144), E2M3(L2, 21, 25, 48, 170, 207), E3M5(L6, 15, 25, 60, 89-92), E4M6(L2-4), E5M8(L677-679, 681), E5M10(L521), E6M13(L55), E7M18(L78), E7M20(L27, 62, 79), E8M21(L275), E8M23(L13, 16, 18, 338-340), E8M24(L8, 10, 12, 99), E9M25(L245, 284), E9M26(L20-22, 28)
Difficultés techniques du test	E2M3(L165), E2M4(L159, 174), E3M5(L73), E4M6(L49), E5M7(L49,56-58, 64, 67, 69, 283, 319), E6M13(L150), E7M18(L124, 127, 142, 145), E8M23(L366, 370, 372, 375, 378, 391), E9M25(L15, 112, 206)
Manque d'information	E2M4(L81-82), E6M16(L271), E7M18(L25), E7M20(L19-23), E9M26(L225-230, 365-372)
Peur / Politique de l'autruche	E1M1(L13, 15, 25), E1M2(L11, L26), E2M3(L3-4), E2M4(L5), E3M5(L36), E5M10(L8), E6M11(L38), E6M12(L12-13), E6M13(L14-17), E7M17(L29, L60), E7M18(L203-204), E7M20(L57, 59), E9M25(L375-383), E9M26(L386-387, 397-401)
Réticence à la manipulation des selles	E1M1(L247, 258), E1M2(L246, 259), E2M4(L5-6, 201-203), E3M5(L6-7, 29, 85-86), E4M6(L124, 126-128), E5M7(L2-3), E5M10(L622-623), E6M11(L7-11), E6M15(L363), E7M18(L53, 420), E7M19(L395-398, 417), E7M20(L45-54), E8M21(L2), E8M23(L5), E8M24(L491-493), E9M26(L363)

Freins côté médecin généraliste :

Absence de demande spontanée du patient	E2M3(L64-69, 74), E2M4(L44, 55), E3M5(L113-115), E5M7(L173-175, 198, 200-201, 215-226, 412), E5M9(L203, 556), E5M10(L159-160, 217, 227-230, 478), E6M12(L316-318), E7M19(L251), E7M20(L247-252, 255), E8M23(L37-38, 47), E9M25(L6-11)
---	---

Chronophage	E1M1(L92, 163-176), E1M2(L39-44, 53, 80), E2M3(L102, 107-110), E3M5(L20, 67, 94-96), E4M6(L63, 67-68), E5M7(L369), E5M9(L326, 368-377), E5M10(L325), E7M18(L153-155), E8M22(L232), E8M23(L434), E8M24(L230), E9M25(L13, 162-164), E9M26(L167-170)
Démographie médicale	E1M2(L39-44), E2M4(L42-43), E3M5(L41-44), E4M6(L31, 34-36), E5M8(L136, 140, 146), E5M9(L148-149), E5M10(L135, 139), E6M12(L62-63), E7M17(L86-91), E7M20(L83, 92), E9M25(L2)
Expérience négative/Manque de conviction	E1M1(L54-55, 82, 88-90), E1M2(L80), E2M3(L104), E2M4(L57-59), E3M5(L9-10, 109-110), E5M7(L253, 265-277, 327-338, 344-351, 365, 682, 694), E5M8(L689), E5M9(L141-144), E6M11(L2, 53-54, 59-60, 78-84, 158-166, 181, 210, 402), E6M12(L3, 316-322, 325), E6M16(L183), E7M17(L156), E7M20(L158-160), E8M21(L231, 237, 275-276), E8M22(L130-131), E8M23(L134-135, 255-258), E8M24(L239-243), E9M26(L173)

L'information grand public, axe d'amélioration principal :

Consultation de prévention	E1M1(L193-200), E1M2(L194-201), E5M9(L501-506), E8M21(L289-303)
Mars Bleu inconnu	E1M1(L211-213), E5M8(L391), E7M18(L34), E7M19(L320-323), E8M22(L288), E8M24(L286), E9M26(L252-261)
Rôle important des médias	E1M2(L217-224), E2M4(L79, 206), E3M5(L100-102), E4M6(L74-75), E6M12(L337), E6M13(L225), E6M15(L221, 226), E6M16(L231-257), E7M18(L184-189, 466-470), E8M22(L296), E8M24(L277-279, 297-298), E9M26(L213-233, L241-242)
Informations autres	E5M7(L388), E5M8(L60-61), E5M10(L42-48), E7M17(L317), E8M23(L402-417), E9M26(L233-237)

Le médecin généraliste, acteur clé du dépistage :

Rôle motivateur ; rappeler, informer, expliquer, faciliter.	E1M1(L69-74, 130-138), E1M2(L60, 64-66, 68, 133, 148, 152-156, 276-278), E2M3(L60-62, 168), E3M5(L5, 12, 14, 18, 56-58, 69, 71, 73, 76-77, 79-80, 110-111, 117, 132), E4M6(L43-46, 48, 53-55), E5M7(L113, 145, 285-289, 353-356, 448-455, 532, 554, 606-609, 690), E5M8(L202, 248-249, 267, 458), E5M9(L181-183, 422), E5M10(L250, 252, 264, 431-452, 530, 544-555), E6M12(L87-89, 147), E6M13(L142-143, 319, 338), E6M15(L138-140, 308), E6M16(L121-137), E7M17(L102-117, 411-413), E7M18(L254), E8M22(L179-183, 481-486), E8M23(L9, 57-88, 172-173, 375-379), E8M24(L138-140, 168, 196, 202-204), E9M25(L8-10, 71-74, 80-85, 112-115, 180, 283-284), E9M26(L59-68, 120-137, 176-179, 183-198, 233-239, 272-281)
---	---

Différence de perception entre le dépistage du cancer colorectal et le dépistage du cancer du sein :

	E1M1(L239-245), E1M2(L235-238, 248-249, 255), E2M3(L194-197), E2M4(L16, 183-185), E4M6(L120-128), E5M7(L162-168, 589, 592), E5M8(L711-713), E5M9(L590, 594-602, 632-635), E5M10(L605, 610-647), E6M11(L350-352, 368), E6M12(L353-358), E6M13(L193-195), E6M15(L363), E7M17(L38, 205-211, 386-393, 411-413), E7M18(L32-35, 42-43, 194, 324, 373), E7M19(L362, 370, 395-398, 417, 476-491), E7M20(L40, 366-367, 379-380, 407), E8M21(L459), E8M22(L253, 455, 473, 481-486), E8M23(L250-256, 454, 471), E8M24(L283-287, 460-470), E9M25(L324-328, 408-412), E9M26(L337-340)
--	--

Différentes approches de la santé en fonction du sexe :

La femme et la santé	E1M1(L27-30), E2M3(L9-10), E2M4(L14-17, 178-181), E3M5(L31, 143-148), E4M6(L9-11), E5M7(L108-109), E5M9(L79-85, 104), E5M10(L122-123), E6M11(L26-28, 35, 40-42), E6M13(L30-36), E6M14(L25, 33), E7M18(L342-348), E7M19(L68), E7M20(L65-70, 202, 346), E8M22(L109, 112, 119), E8M23(L111), E8M24(L108-120), E9M25(L47-50, 107) E9M26(L356-358)
L'homme et la santé	E1M1(L25, 34), E1M2(L23, 26), E2M3(L11-12), E2M4(L13-14), E3M5(L34-36, 150-154), E4M6(L18-19), E5M8(L74), E5M9(L77), E5M10(L105, 114-115, 125), E6M11(L38-40), E6M12(L45-48), E7M17(L60), E7M18(L63-64), E7M20(L57, 59, 62), E9M26(L35, 38-39, 41-42, 44)

VU

NANCY, le **14 mai 2019**

Le Président de Thèse

NANCY, le **16 mai 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10706**

NANCY, le **17 mai 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction Avec 44872 nouveaux cas en 2017 et 17684 décès en 2017 en France, le cancer colorectal est un enjeu de santé publique. Il se situe au deuxième rang des cancers les plus meurtriers. La participation au dépistage organisé du cancer colorectal reste décevante en France et dans les Vosges, bien loin des objectifs demandés par les recommandations européennes. Le but de cette étude était de comprendre les obstacles au dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique du point de vue des médecins généralistes vosgiens.

Matériel et Méthode Cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 26 médecins généralistes vosgiens. L'analyse des données a été faite selon la méthode de codage avec triangulation des données par deux médecins généralistes.

Résultats Les résultats montrent le rôle clé du médecin généraliste quant à la participation de ses patients au dépistage organisé du cancer colorectal. L'axe principal d'amélioration semble être la communication autour de ce dépistage notamment à travers Mars Bleu.

Discussion Malgré l'introduction du test immunologique en 2015, le taux de participation au test immunologique plafonne. Le rôle central du médecin généraliste dans l'organisation de ce dépistage doit rester une force. La remise du test immunologique par d'autres professionnels de santé comme les médecins du travail ou les infirmières Asalée semble une piste prometteuse. Le médecin de par la relation de confiance établit avec son patient a un impact non-négligeable sur son patient, il semble important qu'il aborde spontanément le dépistage avec son patient afin de le banaliser. Une consultation dédiée à la prévention serait probablement bénéfique pour augmenter le taux de participation.

TITRE EN ANGLAIS Colorectal cancer screening based on immunological tests in the Vosges : how can patients' response rate be increased. Qualitative study.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2019

MOTS CLEFS : Dépistage organisé – Test immunologique – Cancer colorectal – Médecin généraliste

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
