



HAL
open science

**L'engagement des médecins généralistes des
Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du
cancer colorectal : étude qualitative par entretiens
semi-dirigés**

Amandine Cordier

► **To cite this version:**

Amandine Cordier. L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01581039

HAL Id: dumas-01581039

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01581039>

Submitted on 4 Sep 2017

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.



UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le 9 juin 2017

Par Amandine CORDIER

Née le 23 décembre 1988 à Nice

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe Hofliger

Assesseurs : Monsieur le Professeur Xavier Hébuterne

Monsieur le Professeur Pascal Staccini

Directrice de thèse : Madame le Docteur Céline Casta



UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le 9 juin 2017

Par Amandine CORDIER

Née le 23 décembre 1988 à Nice

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe Hofliger

Asseseurs : Monsieur le Professeur Xavier Hébuterne
Monsieur le Professeur Pascal Staccini

Directrice de thèse : Madame le Docteur Céline Casta

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Mme DE LEMOS Annelise

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTEUR Michel

M. INGLESAKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)

M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)

M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)

M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)

M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)

Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)

Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)

Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)

Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)

Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)

Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)

M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

Membres du jury

A Monsieur le Professeur Hofliger,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. J'ai eu la chance de pouvoir travailler à vos côtés. Merci pour votre disponibilité et votre implication dans la formation des internes de Médecine Générale. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Hebuterne,

Je suis extrêmement honorée que vous ayez accepté de faire partie de la composition de ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Staccini,

Je suis sincèrement touchée de l'honneur que vous me faites en participant à ce jury. Veuillez recevoir ma plus profonde gratitude.

Directrice de thèse

A Madame le Docteur Casta,

Je te remercie de ta confiance, ton soutien et ton accompagnement tout au long de ce travail. Je t'exprime ici toute ma gratitude et mon profond respect.

Docteurs

A Madame le Docteur Granon,

Un immense merci pour votre aide, vos précieux conseils, votre soutien, votre implication et le temps que vous m'avez consacré. C'est un honneur d'avoir pu travailler avec vous. Je vous témoigne l'expression de mon admiration.

A Monsieur le Docteur Bailly,

Merci pour votre aide, au début de mes recherches, ainsi que pour la relecture. Votre avis d'expert m'a été d'une grande aide.

A Monsieur le Docteur Schweitzer,

Vous avez confirmé mon goût pour la médecine générale. Vous m'avez beaucoup appris, tant au niveau médical qu'humainement. Vous restez pour moi une source d'inspiration. J'espère, un jour, devenir un aussi bon médecin que vous.

A Monsieur le Docteur Papa,

Merci pour votre précieux apport dans ma formation et pour votre avis d'expert sur ma thèse.

A Monsieur le Docteur Laure,

Merci pour votre implication, votre confiance et pour tout ce que vous m'avez appris.

Aux équipes médicales des services d'Urgences de l'hôpital Saint Roch, de Pédiatrie de l'hôpital Lénval, de Gynécologie de l'hôpital l'Archet, de Gériatrie et de Médecine Polyvalente de l'hôpital de Draguignan,

Merci pour votre confiance, pour votre implication dans ma formation, et pour avoir enrichi mes compétences.

A ma famille

A mon Père, celui sans qui rien n'aurait été possible, celui qui m'a donné la force d'y croire et d'y arriver. Merci pour ton amour, ton soutien, tes précieux conseils, ton écoute attentive. Tu as su me donner toutes les chances pour réussir. Malgré les épreuves de la vie, tu gardes le sourire et une incroyable force d'avancer. Tu es ma plus belle source d'inspiration au quotidien.

A ma Sœur, merci pour ton soutien inconditionnel, ton aide inestimable, pour l'amour et la complicité qui nous unissent. Ta détermination et ta force ne cessent de m'épater.

A Andy et Jemmy, pour être les plus merveilleux neveux que j'aurais pu espérer. Et à Ghis, pour être un super papa et un super « beau-frère ».

A Julien, mon coach, mon psychologue, mon meilleur ami, mon amour, celui qui partage mes joies, mes peurs, mes échecs, mes réussites, mes doutes. Merci pour ta patience, ta générosité, ton soutien, ta bonne humeur constante, ta tendresse, ta force. Je nous souhaite que les années à venir soient aussi belles que celles déjà passées ensemble.

A ma Maman, partie beaucoup trop tôt. Une chanson, un parfum, un visage, une expression, un lieu, chaque jour un souvenir me rappelle que tu vis dans mon cœur. J'aime penser à toi, et penser que de là-haut tu es fière de voir ton « petit piou » devenu grand.

A Catherine, pour être une super « belle-mère », merci de rendre mon papa heureux.

A Graniette, celle qui a toujours été là, depuis toujours, ou presque. 25 ans de complicité entre nous. Merci pour ton soutien, tes barres de rire et tes délires. Tu es ma sœur de cœur.

A mes amis

A Sarah, une de mes plus belles rencontres. Sans toi, toutes ces années de fac n'auraient pas été les mêmes. Merci pour ta bonne humeur, la connexion qui nous unit, et le grain de folie qui te caractérise. A Vince, ou Monsieur de Docteur Dani, pour ton aide précieuse dans ce travail, et surtout pour tous les bons moments passés ensemble. Et à Hanna...

A Jeanne, pour toutes les journées de révision ensemble, mais surtout pour les soirées de folie. Malgré la distance, je pense souvent à toi et tu es dans mon cœur. De supers souvenirs ensemble, j'espère que d'autres viendront allonger la liste.

A Kalid et Stef, pour tous les bons moments passés ensemble, et pour ce voyage inoubliable, véritable coup de foudre. Une belle vie d'amour commence pour vous.

A Christelle et David, pour toutes ces soirées à refaire le monde. Merci pour votre soutien.

A Laurine, les dernières années nous ont éloigné, mais tu restes dans mon cœur.

A Coralie, en souvenir des bons moments passés ensemble, des soirées, des voyages, des séances révisions, des pauses « café » ...

A Marie, depuis notre premier stage de « bébé docteur ». Je te souhaite une belle réussite.

A Bob et Angelo, à tous les barbecues passés et à tous ceux qui nous attendent. Une sacrée équipe !

Au groupe de GEASP, Lucile, Alexia, Deborah, Céline, Yohan, Thomas, François, Adil, Fabien, ce fut un plaisir de faire partie de ce groupe avec vous, on a traversé ces trois dernières années ensemble. J'espère en traverser d'autres avec notre futur groupe de pairs.

A la Dragui team, JB, Charlotte, Alfred, François, Dalila, pour ces soirées, et ces pauses de midi qui auraient été beaucoup moins sympathiques sans vous.

A la Dream team des urgences de Saint Roch, un super stage avec vous. Je garde un excellent souvenir de cette équipe d'internes, chefs, IDE et AS.

A tous les copains de l'externat, à toutes les soirées endiablées, les apéros, les voyages. A toutes ces journées BU, qui ne vont pas me manquer de sitôt.

A tous les patients que j'ai rencontré au cours de mes années de formation, de stage et de remplacements, et qui ont fait de moi le médecin que je suis.

A ceux que j'oublie...

« La réussite ne se trouve pas dans la meilleure des places, la plus haute ou la plus payante,
mais dans le maximum qu'on peut tirer de soi-même. »

Renaud Tremblay

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. MATÉRIEL ET METHODES	4
2.1 ETUDE QUALITATIVE	4
2.2 ECHANTILLON ETUDIÉ.....	4
2.3 ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	4
2.4 LES ENTRETIENS	5
2.5 LA RETRANSCRIPTION	5
2.6 LA MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE.....	5
3. RÉSULTATS.....	6
3.1 RÉSULTATS QUANTITATIFS	6
3.2 RÉSULTATS QUALITATIFS.....	7
3.2.1 Représentations des médecins généralistes sur le dépistage.....	7
3.2.1.1 Représentations favorables.....	7
3.2.1.2 Représentations défavorables	8
3.2.2 Représentations sur les facteurs influençant le dépistage organisé.....	9
3.2.2.1 Liés aux patients	9
3.2.2.2 Liés au test de dépistage.....	11
3.2.2.3 Liés à la pratique médicale.....	13
3.2.2.4 Liés à l'organisation du dépistage organisé	15
3.2.3 Propositions des médecins généralistes pour améliorer la participation au dépistage	16
3.2.3.1 Au niveau des patients	16
3.2.3.2 Au niveau des médecins généralistes.....	17
3.2.3.3 Au niveau du dépistage en lui-même.....	19
4. DISCUSSION.....	20
4.1 LES LIMITES ET LES BIAIS	20
4.2 LES FORCES DE L'ETUDE.....	20
4.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PRINCIPAUX.....	21
4.3.1 L'engagement des médecins selon l'analyse SWOT	21
4.3.2 Les pistes d'amélioration proposées par les médecins	23
4.4 PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA PARTICIPATION AU DOCCR.....	23

4.4.1	Maximiser les forces et les opportunités du DO	23
4.4.2	Minimiser les faiblesses et les menaces du DO	26
	CONCLUSION	33
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
	ANNEXES	41
	RÉSUMÉ	51
	ABSTRACT	52
	SERMENT D'HIPPOCRATE	53

ABRÉVIATIONS

Apremas : Association pour la prévention des maladies du sein (Organisme départemental en charge du dépistage organisé des cancers du sein et du côlon dans les Alpes-Maritimes)

CCR : Cancer ColoRectal

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DIVA : Déterminants des Intentions de Vaccinations

DOCCR : Dépistage Organisé du Cancer ColoRectal

ECOGEN : Etude des éléments de la Consultation en médecine Générale

FADO : Facteurs d'Adhésion aux Dépistages Organisés

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

INCa : Institut National du Cancer

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MG : Médecins Généralistes

MSU : Maître de Stage Universitaire

PEG : PolyEthylène Glycol

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SWOT : Strengths (Forces), Weakness (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces)

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (Organisation mondiale des Médecins Généralistes)

1. INTRODUCTION

Le pronostic vital du cancer colorectal est étroitement lié au stade de gravité de la maladie au moment du diagnostic. Dépister et traiter précocement une lésion pré-cancéreuse ou un cancer colorectal peu invasif permet au patient de bénéficier de traitements moins lourds, et d'obtenir de meilleures chances de guérison (1) (2). En effet, le taux de survie à cinq ans dépasse les 90% pour les stades localisés, versus 71% en cas d'extension loco-régionale, et 13% en cas de localisation métastatique (3).

Un taux de participation d'au moins 50% permettrait d'obtenir une diminution de la mortalité par cancer colorectal (CCR) de 25% avec le nouveau test immunologique (4) remplaçant depuis avril 2015 l'Hemoccult. Cinq ans après sa généralisation, la participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal reste faible : 29,8 % sur la période 2013-2014 à l'échelle nationale, 23,1% dans les Alpes-Maritimes (5), au regard du taux minimum acceptable européen de 45 % (6). Ces résultats diminuent l'impact du dépistage en terme de réduction de mortalité au niveau de la population générale, ainsi que le ratio coût/efficacité même si, bien sûr, le bénéfice individuel persiste pour tous ceux qui s'y soumettent. Mais c'est la participation répétitive biennale au dépistage qui assure la meilleure protection individuelle du CCR. Le principal enjeu de santé publique est d'augmenter ce taux de participation en comprenant mieux les facteurs qui peuvent l'influencer.

Le dépistage des cancers constitue l'un des axes forts du plan cancer 2014-2019 (7). Le rôle du médecin traitant dans la participation des patients a été mis en évidence dans les enquêtes auprès des patients. Dans une étude française réalisée en Bourgogne en 1991 (8), 55% des patients citent comme facteur de participation au dépistage les explications du médecin traitant. Des études ont montré que la participation des patients était multipliée par trois lorsque le test était remis par le médecin (9), et que le principal motif de non-participation au dépistage était la non-proposition par le médecin traitant (9) (10) (11). Ainsi, l'adhésion des médecins traitants est cruciale pour la réussite du programme de dépistage (12). Le médecin généraliste est l'acteur clé du dépistage, par le fait de remettre le test au patient, et de lui apporter une information adaptée et personnalisée sur les modalités de réalisation du test à domicile, les conséquences d'un test positif ou négatif, les bénéfices et les limites du dépistage. Il existe également des facteurs propres à chaque patient, susceptibles

d'influencer son adhésion. Ils sont d'ordre socio-économiques (12) (13) (14) (15) (16), psychologiques (17), et organisationnels (12). Dans le cadre d'une approche centrée patient, le médecin doit savoir appréhender les freins propres aux patients, les intégrer, pour apporter un éventuel complément d'information et un conseil judicieux, afin de maintenir une relation médecin-patient de qualité (17) (18).

Aucune étude n'a encore été réalisée afin d'analyser l'implication des médecins généralistes vis-à-vis du DOCCR, depuis l'arrivée du nouveau test. Celui-ci a modifié les pratiques engendrant, à priori, de nouveaux freins et moteurs à l'engagement des MG. Plus simple, plus fiable et plus performant, malgré l'élévation du taux de faux positifs, le progrès scientifique et technique apporté par le test immunologique engendre un réel espoir d'une plus grande participation de la population cible et des praticiens en charge de distribuer les tests de dépistage du cancer colorectal.

Dans un département comme les Alpes-Maritimes où le taux de participation au DOCCR ne dépasse pas 25%, il nous a paru intéressant d'étudier la perception de ce dépistage par les médecins généralistes, depuis le changement de test, et d'identifier les facteurs déterminant leur engagement. L'objectif secondaire est de proposer des solutions pour lever les freins retrouvés, afin d'augmenter la participation des patients au dépistage dans le but de réduire la morbi-mortalité liée à ce cancer.

Cancer colorectal et dépistage : rappel

Avec 42 152 nouveaux cas et 17 722 décès en 2012, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent en France, et le deuxième en terme de mortalité, tous sexes confondus (19). Ce cancer a la particularité d'être précédé, dans 60 à 80% des cas, par une tumeur bénigne, le polype adénomateux ou adénome (20). Diagnostiqué à temps, il est guéri par l'exérèse chirurgicale de cet adénome, au cours d'une coloscopie.

On définit trois niveaux de risque pour le cancer colorectal (21). Les personnes à risque très élevé sont atteintes d'une mutation prédisposant à ce cancer (syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale). Elles justifient d'un suivi en oncogénétique et d'une surveillance par chromo-coloscopie.

Les personnes à risque élevé ont des antécédents personnels ou familiaux au premier degré d'adénomes ou de cancers colorectaux, ou sont atteintes de maladies inflammatoires chroniques intestinales (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique). Un dépistage par coloscopie doit alors être proposé.

Les personnes à risque moyen sont les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans, asymptomatiques, n'appartenant pas aux catégories ci-dessus. Elles sont la cible du programme national de dépistage, soit plus de 80 % de la tranche d'âge correspondante, ce qui représente 16 millions de français.

Les patients âgés de 50 à 74 ans sont invités, tous les deux ans, par courrier postal (annexe 1) à se rendre chez leur médecin traitant afin de connaître leur niveau de risque, et se faire remettre le test s'ils sont effectivement éligibles au dépistage organisé. C'est la structure départementale de gestion du dépistage qui est chargée de l'envoi des invitations. Dans les Alpes-Maritimes, il s'agit d'Apremas. En cas de positivité du test, une coloscopie est indiquée, afin de rechercher un polype ou un cancer et de procéder à son exérèse. La nouvelle stratégie de recherche de sang dans les selles, grâce au test immunologique, utilise des anticorps monoclonaux spécifiques de l'hémoglobine humaine.

Déployé depuis avril 2015 à l'échelle nationale, ce nouveau test remplace désormais l'Hémocult. Tel qu'il est utilisé dans notre pays, le test immunologique OC-sensor, utilisant un seuil de positivité de 150 ng d'hémoglobine/ml de tampon, détecte 2 fois plus de cancer et 2.5 fois plus d'adénomes avancés (22) (23). Sa sensibilité est supérieure : de l'ordre de 70% pour les cancers (versus 45% avec Hémocult), et 25% pour les adénomes avancés (versus 10% avec Hémocult) (24), pour une spécificité équivalente, de l'ordre de 97% (versus 98% avec Hémocult) (25). Cependant, l'augmentation de la sensibilité se fait au prix d'une élévation du taux de positivité du test qui sera presque multiplié par deux, générant un nombre de coloscopies plus important, geste invasif, dont le risque de perforation est estimé de 0.5 à 1 cas pour mille actes (26), auquel s'ajoute le risque lié à l'anesthésie générale.

La lecture automatisée des prélèvements garantit une meilleure fiabilité et reproductibilité, permet de choisir le seuil de positivité, d'analyser un grand nombre de prélèvements, et de minimiser l'erreur humaine. Aussi, son utilisation est simplifiée par l'analyse d'un seul échantillon de selle au lieu de six précédemment. Des études menées montrent une plus grande facilité à réaliser le test pour les patients, et moins de dégoût lors de la manipulation des selles (27), permettant d'augmenter le taux de participation (28) (29) (30) (31).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 ETUDE QUALITATIVE

L'étude que nous avons réalisée est une étude qualitative, par entretiens semi-dirigés. Il s'agit d'une méthode de recueil des données, qui consiste à s'entretenir en face à face avec un individu. Ces entretiens sont réalisés à partir d'un guide constitué en fonction des problématiques de recherche et de l'analyse de la littérature existante. La recherche qualitative est intéressante quand le phénomène étudié est peu connu et/ou complexe, dans une démarche exploratrice. De plus, elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, comme des émotions, des comportements ou expériences personnelles (32), et donc difficiles à mesurer, ce qui est le cas de notre étude. Il est aujourd'hui admis que la recherche qualitative est une composante à part entière de la médecine basée sur des preuves.

2.2 ECHANTILLON ÉTUDIÉ

Le choix de la taille de l'échantillon, dans une étude qualitative, ne dépend pas d'un calcul de représentativité a priori, mais des informations issues de l'entretien. Les entretiens sont réalisés jusqu'à saturation des idées recueillies, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle information pertinente n'émerge des entretiens, et où, collecter des données additionnelles n'ajoute aucune information pertinente aux thèmes et catégories déjà identifiés (32).

Notre étude s'est intéressée aux médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes. Pour cela, nous avons interrogé le registre en ligne du CNOM et des Pages Jaunes. Certains médecins ont été choisis par l'enquêteur, à partir de son répertoire de connaissances. Les médecins étaient contactés par téléphone, en leur exposant le thème de l'étude et la méthodologie. Lorsque le praticien était d'accord, nous fixions un rendez-vous aux dates et lieu de son choix. Le recrutement des praticiens a été réalisé de façon à diversifier les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, zone d'installation), les modes d'exercice (exercice particulier ou non), le volume d'activité libérale, l'existence d'un secrétariat, le type de secteur, la fonction universitaire, l'exercice seul, en groupe ou en pôle de santé pluriprofessionnel. Cela dans le but d'obtenir un maximum de données variées.

2.3 ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien (annexe 2) a été élaboré à partir d'une analyse approfondie de la littérature. Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir des moteurs de recherche

Pubmed, ScienceDirect et GoogleScholar. Les équations de recherche comprenaient les mots clés suivants : dépistage (screening), cancer colorectal (colorectal cancer), médecin généraliste (general practitioner, GP), étude qualitative (qualitative study). Les thèmes abordés avec les médecins ont porté sur les dépistages en général, leur pratique et leur perception du DOCCR, les difficultés rencontrées, et les axes d'amélioration à proposer afin d'améliorer cette campagne de dépistage. Le guide d'entretien a fait l'objet de modifications et d'une validation par le Docteur Granon, médecin de santé publique et responsable d'Apemas et par le Docteur Papa, Professeur associé de médecine générale, et membre de la « cellule qualitative » du département de médecine générale.

2.4 DÉROULEMENT DES ENTRETIENS

Tous les entretiens ont été réalisés par le même enquêteur au cabinet de chaque médecin interviewé. Le consentement écrit de chaque participant était recueilli en début de rencontre (annexe 3). Chaque entretien était enregistré à l'aide de la fonction « enregistrement vocal » du téléphone portable de l'enquêteur. En fin d'entretien, un questionnaire quantitatif court (annexe 4) était rempli par le médecin, afin de renseigner ses caractéristiques propres, dans le cadre d'un échantillonnage varié. L'anonymat de l'interviewé était garanti.

2.5 RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

La retranscription manuelle des données, sur fichier Word, a été effectuée par l'enquêteur, au décours de l'entretien, afin de retranscrire le plus fidèlement les paroles et ajouter les éléments infra-verbaux qui n'ont pu être enregistrés vocalement (gêne, regard, sourire...).

2.6 MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE

Une analyse qualitative thématique a été réalisée par l'enquêteur, sans utilisation de logiciel d'aide à l'analyse. Les facteurs identifiés comme influençant l'engagement des médecins à proposer le DOCCR ont été classés selon la méthode SWOT (33), de l'anglais Strengths (Forces), Weakness (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces). Les forces et les faiblesses, facteurs « internes », étaient les représentations du médecin face au dépistage. Les opportunités et les menaces étaient les facteurs « externes » au médecin pouvant influencer son engagement à l'égard de ce dépistage. Une autre analyse qualitative thématique a été réalisée par le Docteur Granon, médecin de santé publique et directrice d'Apemas. Enfin, une triangulation des données a été réalisée avec ces deux analyses thématiques réalisées par l'enquêteur et le Docteur Granon.

3 RÉSULTATS

3.1 RÉSULTATS QUANTITATIFS

Nous avons contacté 45 médecins libéraux des Alpes-Maritimes, par appels téléphoniques. Parmi eux, 9 sont restés sans réponse et 19 ont refusé de participer. Les deux principaux motifs de refus de participation à l'étude étaient le manque de temps et le manque d'intérêt pour le sujet.

17 entretiens semi-dirigés ont été réalisés par l'enquêteur, entre le 5 août 2016 et le 13 décembre 2016. La durée moyenne des entretiens était de 24 minutes.

L'échantillon était diversifié sur l'âge, le sexe, la durée d'installation et sa localisation, le mode d'exercice et l'organisation de l'activité. Tous, sauf un, avaient reçu au moins une formation sur le dépistage du cancer colorectal, qu'il s'agisse de l'ancien test ou du nouveau.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés

Sexe (n)	Hommes/Femmes	11/6
Age (ans)	Moyenne (min-max)	54 (27-68)
Localisation (n)	Urbain	12
	Rural	5
Cabinet médical (n)	Pôle de santé pluriprofessionnel	2
	Groupe	7
	Seul	8
Secteur (n)	1	12
	2	5
Durée d'installation (n)	Moyenne (min-max)	25 (1-38)
Mode d'exercice particulier (n)	Homéopathie-Acupuncture	2
	Ostéopathie	1
	Sport et sexologie	1
Secrétariat (n)	Sur place	5
	Téléphonique	2
	Aucun	10
Fonction universitaire (n)		5
Nombre d'actes par semaine (n)	De 0 à 30	3
	De 31 à 60	3
	De 61 à 99	5
	100 ou plus	6
Nombre de demi-journées au cabinet (n)	< 5	2
	Entre 5 et 10	14
	> 10	1

3.2 RÉSULTATS QUALITATIFS

L'objectif était de comprendre les raisons pouvant expliquer les faibles taux de participation au DOCCR dans les Alpes-Maritimes. Nous avons donc analysé les facteurs déterminants l'engagement des médecins généralistes à proposer ce dépistage.

3.2.1 Représentations des médecins généralistes sur le dépistage

3.2.1.1 Représentations favorables

L'intérêt personnel du médecin pour le dépistage

La motivation personnelle du médecin est un facteur qui influence son engagement à proposer le DOCCR à ses patients : « *Moi je me sens impliquée !* » E9 95

L'habitude du médecin à parler de dépistage avec ses patients est aussi un facteur favorisant la participation au dépistage : « *- Et comment tu fais justement en pratique pour y penser ? - C'est un automatisme ouais !* » E4 129

Le dépistage : une compétence du médecin généraliste

Les médecins considèrent le dépistage comme une de leur mission, évoquant un rôle de conseil, d'information, d'accompagnement, inhérent à leur profession.

« *Le dépistage en termes de mission du médecin généraliste, c'est une mission très importante* » E11 20

« *On essaie d'apporter des compléments d'information [...] les accompagner un peu* » E1714

La place centrale du médecin généraliste dans le dépistage du cancer colorectal

Certains médecins évoquent des difficultés avec les dépistages du cancer du sein et du col utérin, du fait de ne pas en être l'acteur principal, rendant le suivi difficile (résultats, relance).

« *Le frottis, j'essaie, mais c'est difficile chez les femmes, parce qu'on sait pas si elles sont suivies par un gynéco, ou pas...* » E16 22

« *Le sein, on les voit peut-être moins, je pense qu'elles nous en parlent peut-être moins, parce qu'elles voient peut-être avec leur gynéco, là on a peut-être moins de retours, moins d'approche avec les patientes.* » E17 26

Le fait que le médecin généraliste soit au centre du processus de dépistage du cancer colorectal peut donc favoriser son engagement.

« *C'est le médecin généraliste qui est vraiment au cœur du dépistage [...] donc c'est quand même le généraliste qui reste l'acteur principal.* » E11 109

L'expérience du cancer à titre privé

« Euh, on va dire que c'est plus côté familial. Comme il y en a eu dans ma famille...Ce qu'on vit a toujours un impact plus important » E6 36

Les caractéristiques socio-démographiques du médecin

Le sexe et l'âge du médecin peuvent influencer son engagement vis-à-vis du dépistage.

« -Vous avez plus le réflexe mammo ? - Ouais, ouais, peut-être, peut-être parce que je suis une femme aussi, et jeune. » E10 176

La formation personnelle

« Bon parce que j'ai un diplôme de gynéco, donc des fois elles viennent pour la gynéco, je fais systématiquement les palpations, et puis on discute du sein. » E9 98

La projection en tant que patient

« Moi j'y crois, après... Parce que j'aimerais pas trop me faire opérer. » E5 72

La gestion plus facile de la culpabilité

Un sentiment de culpabilité du médecin peut exister lors de la découverte d'un cancer à un stade avancé. Le dépistage permet de minimiser ce sentiment.

« Vous lui dites « non, vous avez des métastases au foie » ...C'est quand même pas mal de pouvoir, euh, se dire qu'on aurait un moyen d'éviter ce tableau-là quoi ! » E8 77

« Je me sentais responsable quand j'avais jamais abordé le sujet, ou essayé de dépister » E8 114

L'image positive de la médecine actuelle à travers le dépistage

« C'est performant, ça va avec la bonne image de la médecine, ce qui est une motivation aussi » E12 239

3.2.1.2 Représentations défavorables

Le manque d'intérêt pour le dépistage

« Si je me regardais de façon objective, je serais plutôt avec une explicitation qui ne favorise pas, en tout cas lourdement, le dépistage » E12 71

« Je m'en fous ! Moi je fais ma médecine c'est tout ! » E13 72

La méconnaissance des faibles taux de participation

La satisfaction erronée de la participation est un frein à proposer le dépistage.

« Je trouve qu'il y a un assez bon taux de participation, un bon taux d'ailleurs ! » E2 179

« Moi, honnêtement dans l'ensemble, ils le font hein ! Je pense que, au moins trois sur quatre, si c'est pas plus, plutôt » E3 114

La prévention primaire plutôt que secondaire

La prévention primaire apparaît parfois plus importante que le dépistage du cancer, attribuable à la prévention secondaire.

« Intervenir à un niveau, justement, de prévention des affections, plutôt que d'attendre qu'elles se déclarent. » E15 18

« C'est pas un dépistage, moi c'est, mon but c'est la prévention des maladies. » E13 9

« Si on prévient, on a pas besoin de dépistage ! Les gens vont bien. » E13 56

Le large champ d'action de la médecine générale

Certains médecins révèlent leurs difficultés à réaliser de la prévention primaire ou secondaire systématique pour leurs patients.

« Comme notre champ d'investigation est très très très vaste, c'est complexe d'organiser correctement tous les dépistages, pour l'ensemble de notre population » E 11 21

« J'ai plein plein de choses [...] je peux pas être en permanence sur 360°. [...] sur « ah 50-70 ans, on peut parler d'hémocult », « ah, que âge ? 60 ans, 65, on peut parler de la personne de confiance », « ah, 30 ans, on peut parler de donneur du corps, du don du corps », je ne fais pas ça de façon systématique » E12 124

La part trop faible de la médecine préventive dans l'exercice du médecin

« Tant qu'on passera notre temps à soigner des nez qui coulent, vite et mal, euh au lieu de soigner des vrais malades, en prenant notre temps, on pourra pas faire de dépistage » E4 171

3.2.2 Représentations sur les facteurs influençant le dépistage organisé

3.2.2.1 Liés aux patients

Les moteurs

- Les caractéristiques socio-démographiques : être une femme, être en couple, avoir un niveau socio-culturel élevé

« *Les femmes, [...] elles participent plus* » E11 137

« *Quand il y a un couple qui vient consulter ensemble, et qu'on parle du dépistage pour l'un, donc forcément, ça retentit sur l'autre.* » E11 136

« *Il y a le niveau d'éducation bien sûr* » E17 153

- La présence de cas de cancer dans l'entourage du patient

« *Tous ceux qui ont eu dans l'entourage, ils font peut-être plus volontiers* » E2 74

- La patientèle liée à un mode d'exercice particulier

Un médecin acupuncteur-homéopathe évoque la compliance de ses patients à la prévention, liée à son mode d'exercice particulier, permettant de « sélectionner » ces patients.

« *Mais j'ai une gentille patientèle aussi ! Ils [...] sont quand même très corticalisés.* » E9 112

« *Est-ce que, par rapport à votre mode d'exercice particulier, est-ce que ça intervient à un moment donné dans les dépistages ? - Oui, parce que moi ils aiment beaucoup le préventif, on fait beaucoup !* » E9 139

Les freins

- Les caractéristiques socio-démographiques : être un homme, avoir un faible niveau socio-culturel

« *Les hommes participent beaucoup moins* » E11 139

« *Il y a le niveau d'éducation bien sûr* » E17 153

- La peur du résultat positif

« *C'est justement qu'ils veulent pas entendre parler de cancer parce que ça leur fait peur, et donc ils ont peur qu'on trouve quelque chose.* » E11 151

- La crainte de devoir faire une coloscopie

« *Ils ont peur de la coloscopie* » E17 36

- La difficulté de la préparation à la coloscopie

« *Il y en a qui sont réticents à cause des 2 litres d'eau avant la coloscopie* » E16 52

- Le fait de ne pas se sentir concerné

« *Dans la prévention, quand on se sent pas encore concerné, c'est des fois difficile* » E17 31

- La gêne liée au recueil des selles

« - *Qu'est-ce qui bloque ? -Ben de récupérer les selles, de tremper le truc* » E10 32

- Le manque d'information de la population générale

« *Les informations que le cancer du côlon est le seul cancer qu'on peut diagnostiquer avant qu'il soit un cancer, euh, personne, c'est une information que personne n'a* » E4 153

- L'état de santé du patient

« *Celui qui a une hémopathie terminale, bon...on va pas lui dire « allez faire un hémocult* » ! » E12 396

3.2.2.2 Liés au test de dépistage

Les moteurs

- L'absence d'invasivité du test

« *J'essaie de dire que c'est inoffensif quoi* » E12 164

- La performance du test

« *A plus de 90% il trouve des traces de sang et tout ça, oui c'est fiable !* » E7 96

- La facilité de réalisation pour le patient

« *Maintenant, on a le test en une fois, c'est quand même beaucoup plus commode à proposer aux gens !* » E8 71

« *Les gens le font plus facilement d'ailleurs. C'est plus facile de les convaincre* » E1 86

- La diminution du nombre de tests ininterprétables

« *J'ai pas eu beaucoup de retours, de tests qui avaient été mal faits, ça arrive mais moins.* » E14 76

- La diminution de la mortalité spécifique

« *On a un dépistage qui semble efficace parce qu'il diminue la mortalité par cancer colorectal* » E12 31

- L'intérêt de la prévention secondaire

« *Le côlon, contrairement aux autres cancers, on dépiste pas un cancer, mais un pré-cancer, au stade où il n'y a absolument aucun risque de dégénérescence* » E4 67

« Si on trouve quelque chose, il y a de bonnes chances pour que ça soit un polype et le geste est simple pour éviter que ça devienne un cancer. » E12 116

- La gratuité du test de dépistage

« C'est gratuit, ça c'est quand même (rire) un maître-mot ! » E8 158

- La balance coût/bénéfice en faveur du dépistage

« Parce que ça coûte moins cher [...] de faire un dépistage » E5 29

Les freins

- L'absence de diminution de la mortalité globale

« On a un dépistage qui semble efficace [...] mais il diminue pas la mortalité globale » E1231

- L'augmentation du taux de faux positifs

« Si on augmente la sensibilité, on augmente les faux positifs. » E12 277

- L'expérience de faux négatifs

Un cas de faux négatif peut entraîner une baisse de confiance, au point de ne plus proposer le test aux patients.

« J'ai eu un ou deux cas où la dame faisait tous les deux ans, ses petits trucs, tout allait bien et tout ça. Et puis, son frère a fait des polypes, donc je lui ai dit « attention, on fait une colo ». Pétard, elle avait un cancer ! Bourgeonnant et tout, chimiothérapie... » E9 38

- L'absence de biodégradabilité du papier de recueil des selles pour réaliser le test

« La petite gêne que j'ai en distribuant le test c'est le papier qu'on colle sur la cuvette, dont on m'a dit qu'il pouvait pas passer dans la cuvette. » E12 308

- Le recours à la coloscopie en cas de test positif

Certains médecins ont évoqué le risque de perforation colique inhérent à la coloscopie, et la réticence fréquente des patients à son évocation.

« Et si l'image c'est « ah moi j'ai un cousin il l'a fait, on lui a troué l'intestin » » E12 188

3.2.2.3 Liés à la pratique médicale

Les moteurs

- La relation de confiance médecin-patient

« Je pense que c'est plus facile, parce qu'on peut en parler plus facilement, que d'aller voir quelqu'un qu'on connaît pas » E14 154

« Ceux avec qui on arrive à avoir une relation de confiance, et puis voilà de se rassurer, et d'avoir un complément d'informations c'est bien. » E17 175

- Les alertes informatiques

Afin de penser à parler du dépistage avec leurs patients, des médecins ont fait appel à l'utilisation de rappels informatiques sur leur ordinateur.

« Moi, après j'ai des rappels sur mon ordinateur. » E16 72

- Les consultations réservées au dépistage

Un seul médecin a évoqué la notion de consultations réservées au dépistage, à l'initiative des patients, ce qui était un moteur, pour lui, à le proposer.

« La plupart du temps ils viennent pour ça. » E14 46

- Les consultations pour troubles digestifs

« Ben il faut que la personne vienne pour une plainte quand même orientée digestive hein. Si il vient pour renouveler son médicament pour l'hypertension, je vais pas forcément lui demander s'il a fait son truc colorectal hein » E2 95

- Les consultations de suivi, avec renouvellement d'ordonnance

« Plus à la consult habituelle, où ils sont en pleine forme, et ils ont besoin de leurs médocs quoi. » E1 54

Les freins

- Les consultations pour pathologies aiguës

« Si c'est une consultation où il n'y a pas de pathologie aiguë c'est plus facile » E11 74

« Après, s'ils viennent au milieu, parce qu'ils ont la grippe ou quoi, non, c'est pas, à ce moment-là, au moment du rush et de l'urgence que je m'en occupe » E1 53

- Les consultations à motifs multiples

Le manque de temps, lors des consultations à motifs multiples, ne permet pas d'aborder de sujets supplémentaires, comme le DOCCR.

« *C'est plutôt [...] en fait je viens pour un truc et puis il y a ça aussi* » E17 47

- L'importance de la charge de travail

« *Une journée comme aujourd'hui, où j'ai vu 40 patients, pfff, je vais pas leur parler de dépistage, ça on est d'accord* » E17 63

- Le renseignement de la fiche identifiante accompagnant le test, en l'absence d'étiquettes

« *J'ai des difficultés, c'est quand les gens ont pas leurs étiquettes. Le papier à remplir, qui te prend un peu trois plombes à remplir* » E4 352

« *C'est chiant, c'est des papiers à faire, des trucs à remplir, des étiquettes, etcetera.* » E13 43

- L'oubli

« *J'avoue c'est pas, on peut pas penser à tout dans une consult, c'est compliqué* » E17 58

« *On peut pas penser à tout, tout le temps.* » E17 70

- La nécessité de trouver le moment opportun lors de la consultation pour évoquer le DOCCR

Certains se montrent plus à l'aise pour évoquer le dépistage du cancer colorectal en début de consultation, lors de l'interrogatoire, notamment lorsqu'il s'agissait de nouveaux patients.

« *Systématiquement quand c'est des patients que je connais pas, qui demandent un médecin traitant [...] on reprend tous les antécédents, du coup je leur demande où ils en sont à ce niveau-là.* » E10 54

Certains y pensaient au cours de l'examen clinique, lors de la palpation abdominale.

« *En contexte d'examen clinique. C'est naturel, ça vient comme ça.* » E7 74

D'autres évoquent le dépistage en fin de consultation, lors de la prescription.

« *Au moment de prescrire, je me pose toujours la question de « est-ce que je vais prescrire autre chose, ou prescrire un dépistage ? » Ça fait partie de l'étape de la prescription.* »

E4 125

3.2.2.4 Liés à l'organisation du dépistage organisé

Les moteurs

Les médecins généralistes soulignent l'apport d'Apremas, avec des missions facilitant considérablement leur travail :

- L'information de la population générale :
« Ça c'est vrai que l'information générale de la population c'est l'Apremas. » E4 136
- La sollicitation des patients :
« Je crois qu'ils font un très bon travail de sollicitation des personnes. Ils sont très, ils sont très relanceurs » E8 231
- La sollicitation des médecins :
« Ils viennent périodiquement nous pousser, « n'oubliez pas de demander aux patients, de leur donner, de le faire ». » E7 187
- Le soutien des médecins :
« Ben c'est un soutien, c'est quand même un soutien, parce que, déjà, ils sont un peu au courant, donc on a déjà moins de boulot sur ce plan-là ! » E9 184
- Les statistiques de santé publique :
« Moi je trouve que c'est en effet fort utile, pour savoir les résultats de tout l'argent qu'on met dans cette campagne » E11 188
- L'augmentation de la participation :
« Avant l'Apremas, c'était plus dur de faire euh... il y avait beaucoup moins de dépistage. Ah oui l'Apremas c'est fois cinq le dépistage. » E2 122
- La centralisation des données :
« Pour centraliser les informations, avoir une base de données. » E11 187
- La formation continue des médecins généralistes :
« Ils ont pris en charge la formation. Moi j'avais fait la formation, ils nous ont expliqué comment ça marchait. » E5 123

- L'approvisionnement en kits :

« Ils surveillent les kits, quand on les demande, ils les envoient, ça va ! » E15 157

Les freins

- Les changements itératifs des recommandations

Les changements itératifs des recommandations médicales au cours du temps ont permis de faire émerger chez les médecins un esprit critique sans doute plus acerbe, permettant de prendre du recul par rapport à ce qu'éditent les sociétés savantes, mais pouvant entraîner aussi une baisse de confiance en celles-ci.

« J'ai 40 ans de discours différents de la médecine ! Prévention du nourrisson : « faites-le dormir sur le ventre », (mimique d'étouffement), j'espère que j'ai pas tué de nourrisson à cause de ça, mais qui sait ? C'est une angoisse ! Quand t'as vécu ça, après tu te dis, « bon, il faut que je prenne un pas de recul quand même ». » E12 219

« Quand je me suis installé en 78, l'hypertension c'était au-dessus de 16 [...] ! Maintenant, 15 c'est de l'hypertension » E13 49

- La théorie d'intérêts frauduleux

« Donc c'est une volonté politique, pour des raisons, je pense que ça recouvre probablement des histoires d'intérêts financiers [...] Parce que pour moi le test étant présent sur le marché depuis 3 ou 4 ans, je vois pas pourquoi on attend ! » E6 154

« On se demande s'il y a pas des associations là-dessous pour gagner du fric etcetera (inspiration profonde) ... » E13 43

3.2.3 Propositions des médecins pour améliorer la participation au dépistage

3.2.3.1 Au niveau des patients

Favoriser les campagnes médiatiques

Déplorant le manque d'information de la population générale, et saluant la réussite des campagnes sur les antibiotiques et sur les règles diététiques (« manger-bouger ») la solution de publicités télévisuelles, via la radio ou les journaux est plébiscitée. Le but serait de lever le « tabou » qui règne autour de la localisation de ce cancer et d'informer la population.

« Quand ils en parlent à la télé, ou à la radio, tout ça ! Ça a un impact quand même, je pense ! » E9 224

« Ça serait bien aussi de parler, c'est pas compliqué, que ça soit pas un truc tabou le cancer du côlon quoi ! » E5 192

Un médecin propose même de faire intervenir des célébrités.

« Une Adriana Karembeu (sourire) ou un, un, quelqu'un d'un petit peu médiatique, en disant « je fais mon dépistage ». » E5 186

Le coût élevé des publicités est toutefois reconnu : « Et les pubs, si tu veux faire passer une image, si tu veux faire passer un message par la publicité, il faut y mettre de milliards, qu'on a pas. On peut pas ! » E4 200

Sensibiliser au dépistage à l'école

Un médecin interrogé a évoqué la solution de proposer des cours de santé à l'école, au sujet de la prévention, afin de faire passer le message dès le plus jeune âge.

« Moi j'ai un fantasme, qu'un jour on mette à l'école des cours de santé ! » E4 431

Un autre médecin n'était pas d'accord avec cela.

« Si à l'école, on apprend qu'il faut faire la mammo pour prendre le cancer tôt, ça va commencer à m'énerver (rires). » E12 133

Promouvoir l'éducation en santé réalisée par les médecins généralistes

Déplorant le fait de traiter trop fréquemment des pathologies virales hivernales banales, un jeune médecin a suggéré une meilleure éducation des patients par leur médecin traitant, en leur expliquant les signes devant amener à consulter.

« Si tu lui fais comprendre ça, il revient pas la prochaine fois qu'il a le nez qui coule, et tu passes plus de temps sur, tu passes plus de temps à faire autre chose » E4 186

3.2.3.2 Au niveau des médecins généralistes

Promouvoir le dépistage à travers la formation initiale

« Mettre un stage Apremas ça peut avoir du sens » E4 471 (en parlant de la formation des médecins généralistes au cours de l'internat)

Promouvoir le dépistage à travers la formation continue

« S'il y a des formations comme j'ai fait, de temps en temps, moi j'y vais volontiers quoi, pour être au courant de l'actualité. » E3 136 (au sujet des formations Apremas)

Favoriser l'échange entre professionnels

Un médecin suggère des réunions d'échange entre médecins généralistes de zones où la participation est trop faible, et ceux où la participation est meilleure.

« Pourquoi ils sont mauvais ? Est-ce qu'il y a une réticence ? Comment on peut faire pour ? Pour essayer de petit à petit... Que font les autres départements ? Est-ce qu'ils sont comme nous ? Est-ce qu'ils sont meilleurs ? » E5 236

Aider à y penser

« Ça serait pas mal de le suggérer dans votre thèse, d'avoir des logiciels avec des alertes, à partir d'un certain âge, oui ! » E7 183

L'un d'eux a évoqué la possibilité de notifier ce rappel sur l'ordonnance du patient.

« Il faudrait qu'il y ait une affiche en bas de l'ordonnance : « pensez à vous faire dépister » (rires), que ça sorte automatiquement, sur le verso de l'ordonnance » E16 120

Aider à repérer les personnes cibles

« Qu'il y ait une tierce personne, qui s'occupe du repérage, dans la patientèle [...] ça pourrait être une infirmière de santé publique, il y a les infirmières « Asalée », qui sont des infirmières salariées » E11 218

Créer une consultation dédiée

« -Donc tu penses qu'une consultation dédiée ça serait... - Moi j'aimerais bien » E4 420

En revanche, tous sont défavorables à l'idée d'une consultation consacrée au DOCCR réalisée par un organisme extérieur.

« Celui qui veut pas le faire, la coloscopie, il va pas faire le déplacement d'aller voir quelqu'un pour essayer de se faire convaincre. » E16 126

De plus, cela serait encore plus coûteux du point de vue financier.

« Non, vous alourdissez le système, olala, puis ça va coûter un pognon monstre ! Aucun intérêt ! » E15 281

Et cela pourrait diminuer encore plus la participation.

« Ceux qui sont un peu réticents, je pense qu'ils feront pas la démarche d'y aller » E 10 157

3.2.3.3 Au niveau du dépistage en lui-même

Simplifier la lettre d'invitation

« Parce que la lettre, elle est imbuvable ! Mais non mais c'est très intéressant pour quelqu'un qui est complètement d'accord et qui sait. » E15 264

Favoriser les retours statistiques

« Ça serait intéressant ça, que l'Aprémas nous dise un peu, comment ça se passe dans les Alpes Maritimes. [...] Ça serait intéressant aussi, pour motiver. » E5 107

« Leur montrer [aux médecins] que depuis le dépistage on diminue le nombre de cancers du côlon, on évite tant de chirurgies [...] Enfin, au point de vue santé, au point de vue financier de montrer que voilà ça présente un réel intérêt. » E5 167

Améliorer le packaging

« Peut-être un peu plus de discrétion dans l'enveloppe ouais, enfin celle qui sert de réceptif ! » E2 172

Modifier les tranches d'âge

« 50 ans, tout venant, sans facteur de risque [...] bon peut-être ils pourraient espacer pour certains et peut-être raccourcir pour ceux qui ont des facteurs de risque, et rallonger pour ceux qui n'en ont pas. » E2 47

Envoyer le test à domicile

« Que le patient reçoive directement le truc du cancer colorectal, et il fait directement. Donc recevoir directement l'enveloppe avec tout le nécessaire. » E7 273

Un autre médecin rappelle que cette méthode avait déjà été essayée, sans succès.

« Au départ, la sécu envoyait directement, [...] aux gens les hémocults, à partir de 50 ans. La plupart finissait à la poubelle » E8 86

Développer les tests de dépistages génétiques

« Maintenant quand on dépistera au niveau génétique, alors là... On aura sa carte d'identité génétique à la naissance » E8 54

« Après, bon il y aurait la bandelette qu'on passe sur la peau pour faire une analyse génétique » E15 191

4 DISCUSSION

4.1 LES LIMITES ET LES BIAIS

4.1.1 Biais de sélection

On peut penser que les médecins qui ont accepté de participer à l'étude sont ceux qui étaient le plus intéressés et motivés par ce thème, et donc les plus actifs en termes de dépistage. De plus, presque un tiers des médecins interrogés étaient maîtres de stage, et ont peut-être donné des réponses plus « universitaires ».

4.1.2 Biais liés à l'enquêteur

Le statut d'interne en médecine générale de l'enquêteur était connu des médecins interviewés, ce qui a pu modifier leur discours, avec le sentiment de jugement d'un futur confrère. La propre perception du dépistage de l'enquêteur a pu induire un biais d'intervention chez les médecins interrogés, même si l'enquêteur s'est efforcé de poser les questions du guide de la façon la plus neutre possible. Il est important de souligner l'inexpérience initiale de l'enquêteur dans le domaine de l'étude qualitative.

4.1.3 Biais lié au recueil des données

Le fait que l'entretien soit enregistré a pu également être une source blocage. Afin de minimiser ce biais, l'enregistrement a été réalisé à l'aide d'un téléphone portable, objet courant de la vie quotidienne.

4.2 LES FORCES DE L'ÉTUDE

4.2.1 La méthode

Nous avons choisi la méthode qualitative car elle est la référence pour l'exploration des expériences personnelles complexes et des comportements qui en découlent. De plus, l'étude s'est faite après un recul de près de 8 ans depuis la généralisation du DOCCR.

4.2.2 L'échantillon

Nous avons constitué un échantillon le plus varié possible. Notre panel était suffisamment diversifié pour exprimer l'éventail des représentations des médecins généralistes face au DOCCR.

4.2.3 L'enquêteur

Un seul et même interviewer a réalisé l'ensemble des entretiens. Un interlocuteur unique et donc une approche similaire a permis une homogénéisation du recueil de données.

4.2.4 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été revu et enrichi par le Docteur Granon, médecin de Santé Publique et directrice d'Apremas, et le Docteur Papa, professeur associé de médecine générale et expert en recherche qualitative.

4.2.5 L'analyse des données

La triangulation des données a permis d'augmenter la validité des données. L'analyse des données qualitatives par deux chercheurs différents, le Docteur Granon et l'enquêteur, a permis de limiter les interprétations personnelles des entretiens.

Une triangulation « écologique », où les analyses et les interprétations sont soumises à la vérification auprès des sujets participants à la recherche, aurait pu augmenter la validité interne de l'étude.

4.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PRINCIPAUX

4.3.1 L'engagement des médecins selon l'analyse SWOT

Les facteurs déterminant l'engagement des médecins généralistes des Alpes Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal ont été classés selon le modèle de SWOT en forces, faiblesses, opportunités et menaces.

Tableau 2 : Facteurs déterminant l'engagement des médecins à proposer le DOCCR

	FORCES	FAIBLESSES
I N T E R N E S	<p>L'intérêt personnel du MG pour le dépistage</p> <p>Le dépistage : une compétence du MG</p> <p>La place centrale du MG dans le DOCCR</p> <p>L'expérience de cancer à titre privé</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques du MG</p> <p>La formation personnelle</p> <p>La projection en tant que patient</p> <p>La gestion plus facile de la culpabilité</p> <p>L'image positive de la médecine actuelle</p>	<p>Le manque d'intérêt pour le dépistage</p> <p>La méconnaissance des faibles taux de participation</p> <p>La prévention primaire plutôt que secondaire</p> <p>Le large champ d'action de la MG</p> <p>La part trop faible de la médecine préventive dans l'exercice du médecin</p>
E X T E R N E S	<p style="text-align: center;">OPPORTUNITES</p> <p>Liées aux patients</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques</p> <p>La présence de cas de cancer dans l'entourage du patient</p> <p>La patientèle liée à un MEP</p> <p>Liées au test</p> <p>L'absence d'invasivité du test</p> <p>La performance du test</p> <p>La facilité de réalisation pour le patient</p> <p>La diminution des tests ininterprétables</p> <p>La diminution de la mortalité spécifique</p> <p>L'intérêt de la prévention secondaire</p> <p>La gratuité du test de dépistage</p> <p>La balance coût/bénéfice en faveur du dépistage</p> <p>Liées à l'exercice pratique</p> <p>La relation de confiance médecin-patient</p> <p>Les alertes informatiques</p> <p>Les consultations réservées au dépistage</p> <p>Les consultations pour troubles digestifs</p> <p>Les consultations de suivi</p> <p>Liées à l'organisation</p> <p>L'apport d'Aprémas</p>	<p style="text-align: center;">MENACES</p> <p>Liées aux patients</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques</p> <p>La peur du résultat positif</p> <p>La crainte de devoir faire une coloscopie</p> <p>La difficulté de la préparation à la coloscopie</p> <p>Le fait de ne pas se sentir concerné</p> <p>La gêne liée au recueil des selles</p> <p>Le manque d'information de la population</p> <p>L'état de santé du patient</p> <p>Liées au test</p> <p>L'absence de baisse de la mortalité globale</p> <p>L'augmentation du taux de faux positifs</p> <p>L'expérience de faux négatifs</p> <p>L'absence de biodégradabilité du papier de recueil des selles pour réaliser le test</p> <p>Le recours à la coloscopie en cas de test +</p> <p>Liées à l'exercice pratique :</p> <p>Les consultations pour pathologies aiguës</p> <p>Les consultations à motifs multiples</p> <p>L'importance de la charge de travail</p> <p>Le renseignement de la fiche identifiante</p> <p>L'oubli</p> <p>La nécessité de trouver le moment opportun lors de la consultation pour évoquer le DOCCR</p> <p>Liées à l'organisation</p> <p>Les changements itératifs des recommandations</p> <p>La théorie d'intérêts frauduleux</p>

4.3.2 Les pistes d'amélioration proposées par les médecins

PISTES D'AMÉLIORATION PROPOSÉES	
Au niveau des patients	Favoriser les campagnes médiatiques Sensibiliser au dépistage à l'école Promouvoir l'éducation en santé réalisée par le médecin
Au niveau des médecins	Promouvoir le dépistage à travers la formation initiale Promouvoir le dépistage à travers la formation continue Favoriser l'échange entre professionnels Aider à y penser Aider à repérer les personnes cibles Créer une consultation dédiée
Au niveau du dépistage	Simplifier la lettre d'invitation Favoriser les retours statistiques Améliorer le packaging Modifier les tranches d'âge Envoyer le test à domicile Développer les tests de dépistage génétique

4.4 PROPOSITIONS POUR AUGMENTER LA PARTICIPATION AU DOCCR

4.4.1 Maximiser les forces et les opportunités du dépistage organisé

La majorité des médecins généralistes interrogés considèrent que le dépistage fait partie de leur **rôle en tant qu'acteur de santé publique**, qu'il s'agisse du cancer colorectal ou du cancer du sein, ce qui est conforme à de nombreuses études (30) (31) (34) (35). Divers autres actes de prévention ont été évoqués spontanément au cours des entretiens comme le dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires, des addictions, des conduites sexuelles à risque et les vaccinations. La prévention est effectivement une des compétences de la médecine générale définie par la WONCA en 2002 (36). Ces compétences sont d'ailleurs enseignées lors du troisième cycle de DES de Médecine Générale dans les facultés françaises, à l'aide d'une marguerite des compétences (annexe 9), permettant de suivre l'évolution de l'étudiant au cours de son cursus. Cependant, un jeune médecin de notre panel a soulevé le problème de la trop faible part accordée à la prévention dans notre exercice, en comparaison aux pathologies virales bénignes. Selon l'Observatoire de Médecine Générale, le premier diagnostic de consultation concerne les examens systématiques et la prévention, avec presque un quart des consultations en 2009 (37), contre 12% pour la rhinopharyngite. Eduquer ses

patients sur les signes devant amener à consulter en cas de symptômes ORL bénins, permettrait de diminuer la part de consultations pour rhinopharyngite et donc d'accroître celle de l'activité préventive. Le fait, pour le médecin d'être **l'acteur principal du dépistage**, est également un facteur encourageant son engagement, conformément à la littérature (38). Il est important de maintenir ce rôle central, afin d'assurer un engagement satisfaisant des médecins à l'égard du DOCCR.

Un médecin de sexe féminin se sentait plus engagée à proposer le dépistage du cancer du sein que celui du cancer colorectal, engagement qu'elle attribuait à son sexe et son âge. L'expérience à titre privé, comme des antécédents de cancers du sein dans sa propre famille, peuvent motiver à dépister plus particulièrement ce cancer. **Les caractéristiques socio-démographiques du praticien** et son **expérience de cancers à titre privé**, sont des facteurs d'engagement comme cela est soulevé au sujet des intentions de vaccination dans l'étude DIVA (39), et du cancer du sein dans l'enquête EDIFICE de 2008 réalisée à partir des données de 600 généralistes (40) et dans l'étude qualitative Hémobstacle du Docteur Aubin-Auger de 2008 (41). De telles conclusions ne sont retrouvées au sujet du cancer du côlon, mais par analogie, on peut penser que les caractéristiques socio-démographiques, l'histoire personnelle et culturelle du médecin pourraient influencer son engagement dans la campagne de dépistage organisé du CCR. Des études ciblées seraient intéressantes, afin d'en étudier les déterminants, et de proposer des pistes d'amélioration.

La participation à une **formation** personnelle additionnelle peut, dans notre étude, être en faveur de l'adhésion du médecin au dépistage du cancer du sein, grâce à un DIU de gynécologie. On peut penser, par analogie, que l'optimisation de la **formation des médecins**, qu'il s'agisse de la formation initiale en proposant des stages au cours de l'internat afin de sensibiliser les jeunes médecins aux dépistages, ou de la formation continue, permettrait d'augmenter la participation des patients au dépistage. Concernant l'information à délivrer, les médecins insistent sur sa clarté, et son adaptation à chaque patient, dans le cadre d'une approche centrée patient. Tous ne sont pas d'accord sur son contenu, certains insistent sur les modalités pratiques de réalisation du test, d'autres plutôt sur les bénéfices et les limites théoriques du dépistage. Pourtant, dans une étude réalisée en 2011 (42) ayant analysé le contenu et les techniques de communications lors de 36 remises du test Hemocult chez neuf généralistes, à partir d'enregistrements audio en temps réel, la communication n'était pas centrée sur le patient. La communication et l'approche centrée patient sont enseignées au

cours du DES de médecine générale. Deux études contrôlées randomisées réalisées en France en 2011 (43) et 2016 (44) auprès de médecins généralistes ont montré l'efficacité d'une formation en communication au DOCCR comprenant une méthode interactive avec des jeux de rôles. Les taux de participation dans la population cible des médecins des groupes intervention étaient augmentés, et la différence était statistiquement significative par rapport au groupe témoin. La formation continue pourrait également être perfectionnée en favorisant **l'échange entre médecins**, de zones où les taux de participation sont différents, afin de partager les difficultés et les facteurs facilitants, dans le but d'une amélioration des pratiques.

Concernant le test, la **confiance en ses propriétés intrinsèques** est un facteur favorisant l'engagement des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage. La confiance en la fiabilité d'un test de dépistage est effectivement reconnue comme facteur influençant la participation des médecins dans un programme de dépistage (10) (45). Sa **facilité d'utilisation**, améliorée pour tous les médecins de notre étude depuis l'arrivée du test immunologique, permet, selon eux, de réduire le nombre de tests ininterprétables et d'améliorer la participation des patients. Pourtant, selon le site de l'INCa, fin février 2016, 5% des tests immunologiques envoyés ne pouvaient pas être analysés en raison de l'absence de la mention de la date de réalisation du test ou du délai trop long entre la réalisation du test et sa réception par le laboratoire. Cette proportion était de 2 à 3% avec le test Hemocult (46). **La gratuité** pour le patient entre également en compte, ce qui est corroboré par une étude qualitative française par focus group de 2009 (47). L'amélioration des performances diagnostiques et des modalités pratiques du test immunologique de dépistage du cancer colorectal semble participer à une meilleure participation des patients éligibles. En effet, le nombre de tests lus dans les Alpes-Maritimes sur la période juin 2012 – juin 2014, avec l'ancien test Hémocult étaient de 62 015, contre 67 209 sur la période juin 2015 – juin 2017 (48), malgré un déficit d'environ 4 mois pour cette dernière en raison d'un retard initial à l'envoi des lettres d'invitation et des nouveaux tests. Nous ne disposons pas encore des chiffres nationaux. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'essais randomisés préliminaires (29)(30)(31), et qu'une revue de la littérature (28) portant sur sept études internationales. Un rappel d'information auprès des médecins généralistes concernant l'amélioration des performances diagnostiques du test, pourrait accroître leur engagement à le proposer aux patients. Un rappel concernant les conditions d'une bonne analyse des tests pourrait également être diffusé, afin de diminuer la proportion de tests ininterprétables.

4.4.2 Minimiser les faiblesses et les menaces du dépistage organisé

L'opinion des généralistes à propos des freins et des moteurs de leurs patients se trouve corroborée par des études réalisées auprès des patients, notamment l'étude FADO colorectal de 2008 (12), l'étude de l'institut national du cancer de 2009 (49) et les études EDIFICES de 2005 à 2014 (50) (51). Nous ne disposons pas encore d'études de ce type depuis l'arrivée du nouveau test. Le fait de bénéficier du minimal social (52), de ne pas être propriétaire de son logement (16) (52), sont associés avec le fait de ne pas faire le DOCCR. L'approche par « universalisme proportionnée », en éliminant les barrières d'accès aux soins, par l'adaptation de leurs modalités de mise en œuvre selon les catégories sociales, permettrait de gommer ces freins (53) (54).

La plupart des médecins interrogés déplorent le manque d'information de leurs patients. Des études françaises et internationales ont, en effet, démontré que l'un des principaux facteurs de non-participation au DOCCR était le manque d'information des personnes éligibles (34) (47) (55). Pour pallier ce problème, la suggestion de **campagnes publicitaires** par les médecins est la plus fréquente. Cette conclusion se retrouve dans des études françaises (41) (56) (57). Le principal média évoqué par les médecins de notre étude pour diffuser un message efficace d'information est la télévision. Il s'agit en effet de la principale source d'informations déclarée par les patients eux-mêmes. Paradoxalement, c'est aussi celle à laquelle ils accordent le moins de confiance (58). L'intervention d'un personnage public, renommé et de confiance, pourrait accroître cette confiance, comme un médecin nous l'a suggéré : Adriana Karembeu, Michel Cymes, sportif, personnage politique ? Des campagnes TV existent déjà, avec le slogan « un geste simple peut vous sauver la vie », diffusant différentes scènes courtes reprenant des réflexes de protection de la vie quotidienne (liées au travail, à la sécurité routière, à la pratique de loisirs). Ce film permet de construire une analogie entre ces gestes et le dépistage du cancer colorectal, qui dans une logique de protection de la santé devrait aussi devenir un réflexe. Il existe également un tutoriel vidéo pédagogique sur le mode d'emploi du test en ligne sur le site de l'INCa et des spots à la radio, mais ils ne sont diffusés que ponctuellement, en raison d'un budget limité. En février 2017, l'INCa s'est associé à la série « Fais pas ci, Fais pas ça » diffusée sur France 2, mettant en scène un personnage de 50 ans qui réalisait son test de dépistage du CCR. Cette piste d'amélioration semble intéressante, car elle est diffusée aux heures de grande écoute, auprès

du public cible, et l'identification des téléspectateurs aux personnages de la série pourrait être des moteurs à la participation.

Afin d'améliorer le niveau d'information des patients au sujet du DOCCR, l'instauration de « **cours de santé** » à l'école est aussi proposée. D'après le site de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) (59), il existe des programmes d'éducation à la santé, de la maternelle au lycée. Mais ces actions concernent l'hygiène, la nutrition, l'activité physique, la sexualité, et les dépendances. En effet, les enfants ne sont pas la cible du programme de dépistage du cancer colorectal, et ce genre de formation serait un peu trop poussé pour ce jeune public.

Des médecins évoquent aussi la nécessité de **simplifier la lettre d'invitation** envoyée par les organismes départementaux en charge du DOCCR. En effet, jugeant le niveau intellectuel des patients faible, et la lettre actuelle trop complexe, ils soulignent l'importance d'un discours plus concis. Cette opinion concernant ce courrier est partagée par certains patients éligibles, comme dans cette étude canadienne (60) soulignant la nécessité d'une lettre utilisant un langage plus fort et puissant, qui attire l'attention du lecteur, en utilisant les termes « sauver la vie », « gratuit », « sans douleur » et « faisable à la maison ». La lettre d'invitation actuelle (annexe 1) comprend déjà les termes « sauver la vie » et la notion de prise en charge à 100%. La thèse du Docteur Rameau (10), soutenue en 2008 à Nice, à partir d'une étude quantitative, retrouvait une bonne compréhension de la lettre de la quasi-totalité des 242 patients interrogés. Une étude de plus grande ampleur, ciblée sur la lettre d'invitation, et des groupes de discussion réunissant des membres d'association de patients, des médecins généralistes, et des délégués des organismes départementaux, pourraient éventuellement être organisés afin de repenser cette invitation, qui est souvent, la première approche du patient avec le DOCCR. L'impact et la compréhension de son message sont primordiaux dans la participation des patients au DOCCR.

L'expérience par le praticien de **faux négatifs** dans sa patientèle peut influencer négativement son engagement à proposer le dépistage (38) (47). Ceci a été soulevé avec l'utilisation de l'Hémocult. L'expérience de cas décevants avec le nouveau test immunologique n'est, pour l'instant, pas évoquée. Deux explications principales à cela : l'amélioration des performances diagnostiques du test immunologique et le court recul sur ce nouveau test par rapport à l'ancien. Par ailleurs, **l'absence de diminution de la mortalité globale** par le dépistage du cancer colorectal peut constituer une difficulté dans les

explications à fournir, dans le cadre d'une approche centrée patient. Malgré l'amélioration des performances du nouveau test et la preuve d'une baisse de la mortalité spécifique par cancer colorectal, aucune étude ne démontre, à ce jour, une diminution de la mortalité globale par ce dépistage (61). Notre étude montre l'importance d'en informer ses patients, afin qu'ils fassent un choix éclairé. L'augmentation de la sensibilité du nouveau test immunologique se fait au prix d'une élévation du nombre de **faux positifs**, c'est-à-dire de coloscopies inutiles. Le **recours à la coloscopie**, en cas de test positif, est un frein à l'engagement du médecin face au DOCCR, en raison de la préparation difficile et des risques liés à ce geste et à l'anesthésie générale. Rappelons que le risque de perforation est estimé entre 0.5 et 1 cas pour mille actes (26). La coloscopie virtuelle par scanner, alternative à la coloscopie par voie endoscopique, ne dispense pas de l'ingestion de PEG pour obtenir une vacuité colique, ne permet pas l'exérèse de polypes mais présente moins de risques et est moins onéreuse. Elle est déjà proposée en cas d'échec, de risque majoré ou de refus de la coloscopie pour les patients ayant un test de DOCCR positif (62), mais reste actuellement un examen de deuxième intention (63). Le développement de nouvelles alternatives à la coloscopie pourrait améliorer la participation au DOCCR.

La **manipulation des selles** reste un obstacle à la participation, par l'explication à fournir au patient, et la gêne supposée des patients par les médecins. L'utilisation d'un test immunologique est cependant liée à une diminution de la sensation de dégoût chez les patients, en raison d'une ergonomie améliorée, selon une étude allemande de 2010 réalisée auprès de plus de 20 000 patients (27). La solution de tests génétiques, à partir d'un prélèvement sanguin, évoquée par deux médecins de notre étude, permettrait d'éliminer le frein lié à la manipulation des selles, améliorant encore la compliance des patients. De plus, elle serait facilement combinable avec la prescription d'un bilan biologique classique, permettant un gain de temps pour le médecin. Il existe une méthode de détection plasmatique par PCR d'une méthylation anormale du gène Septine 9 dans l'ADN libre tumoral libéré par le cancer colorectal (64). Selon une étude publiée en 2014 dans le *Journal of gastroenterology and hepatology*, le test Septine 9 est positif dans 66,7% de CCR au stade I, 82,6% au stade II, 84,1% au stade III, 100% au stade IV. La sensibilité pour les adénomes avancés est de 27,4% (65). Rappelons que le but principal du DOCCR est de rechercher des lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses localisées, afin d'obtenir de meilleures chances de guérison et des traitements peu agressifs. Il serait souhaitable d'améliorer les performances de ces tests pour la détection des lésions précoces.

Deux médecins ont soulevé qu'une importante **charge de travail** n'est pas associée avec une forte mobilisation pour le DOCCR. Ceci pourrait être en rapport avec une démographie médicale de plus en plus faible, augmentant la patientèle de chaque médecin, et donc la charge de travail. Il est à noter que les deux médecins soulevant cette problématique ne disposent d'aucun secrétariat, ce qui augmente, à priori, leur charge de travail, notamment administrative. Pourtant, l'enquête barométrique de 2010 réalisée par l'INCa sur 600 médecins généralistes (66) a montré que plus les médecins avaient une patientèle importante (>25/jour), plus ils s'inscrivaient dans cette démarche de dépistage.

Il est à noter que peu de médecins de notre étude déclarent aborder systématiquement le DOCCR avec leurs patients. Les consultations de suivi, avec renouvellement d'ordonnance, à l'inverse des consultations pour une pathologie aiguë, se révèlent plus propices à la délivrance d'un test de DOCCR. L'**oubli**, notamment lors de consultations pour **pathologies aiguës ou motifs multiples**, constituent un frein à la participation au dépistage, comme dans d'autres études réalisées auprès de médecins (56). Il pourrait, en partie, expliquer la non-proposition systématique du dépistage par le médecin. L'oubli peut également être attribuable au large champ d'action de la médecine générale. L'analyse des données des enquêtes EDIFICE de 2005 à 2008 (51) retrouvait que les médecins généralistes étaient 18% à recommander systématiquement un dépistage du cancer colorectal en 2005, contre 30% en 2008. Ce taux s'élevait à 34% en 2010 selon l'enquête de l'INCa (66). Une analyse des données de plus de 20 000 consultations issues de l'enquête ECOGEN, réalisée en 2013, a montré que sur les 179 consultations au cours desquelles un test Hemocult était remis, seules 29,9% étaient à l'initiative du médecin (67). Ces chiffres croissants peuvent s'expliquer par une expérience croissante du DOCCR par le médecin au fil des années, associée à une augmentation de la conviction et un plus grand confort à délivrer le test (47). Ces données sont essentielles car le principal motif de non-participation allégué par les patients est la non-proposition par leur médecin traitant (10) (34). La suggestion d'**alertes informatiques** pré-enregistrées dans les dossiers des patients est évoquée pour pallier l'oubli de proposer le test. Ceci est en accord avec de nombreuses conclusions d'études, dont celles du Docteur Aubin-Auger en 2008 et 2011 (41) (47).

L'intervention d'une **tierce personne**, comme une infirmière ou une secrétaire, est évoquée dans notre étude pour aider à repérer et solliciter les patients cibles. Le but est d'aider le médecin à ne pas oublier des patients éligibles parmi sa patientèle. Au-delà du simple repérage des patients éligibles au test, se pose la question de décharger le médecin de la tâche du dépistage, non seulement de la remise du test, mais aussi de l'évaluation du niveau de

risque de cancer du patient, des explications théoriques et pratiques, par l'intervention d'une infirmière diplômée d'état, par exemple. Une thèse soutenue en 2013, à partir des données de l'enquête ECOGEN, a montré que, selon les internes investigateurs, les procédures liées à la remise du test Hemocult étaient réalisables par quelqu'un d'autre dans 52,4% des cas, et dans 91% de ces cas une infirmière pouvait réaliser cette tâche (67). En prenant en compte l'amélioration des propriétés pratiques du test, des études similaires avec le nouveau test immunologique devraient également aller dans ce sens. Dans notre enquête, la question se pose d'une consultation dédiée au DOCCR, réalisée par un organisme spécifique, permettant au médecin de se décharger de cette mission. Mais à l'unanimité, cette solution n'est pas retenue comme piste d'amélioration. En effet, la plupart considèrent qu'il s'agit de leur rôle en tant que médecin traitant, et que la relation de confiance tissée avec leurs patients améliore la qualité de la communication et la participation au DOCCR. Aussi, les patients réticents au dépistage seraient, selon eux, encore moins motivés, par le fait de consulter un médecin « inconnu », parfois loin de leur lieu d'habitation, et en ajoutant des intervenants, les coûts risquent d'être augmentés pour la société. Des bilans de santé sont proposés tous les cinq ans par l'Assurance Maladie. Il s'agit de consultations médicales dédiées à la prévention, mais sa réalisation par un organisme extérieur au médecin traitant comporte plusieurs défauts dont l'absence de relation de confiance, altérant la participation. La piste d'une **consultation dédiée au dépistage**, réalisée par le médecin traitant, est aussi évoquée dans notre étude.

Cette piste d'amélioration semble en effet pallier les menaces liées à l'oubli, aux multiples motifs de consultations, au repérage des patients cibles et à la problématique en rapport avec le moment opportun de la consultation pour aborder le thème du dépistage, tout en maintenant le rôle central du médecin, et la relation de confiance médecin-patient. Des consultations dédiées au dépistage étaient une des principales pistes suggérées par les enquêtes réalisées auprès de médecins généralistes sur les dépistages (41) (47). Des études seraient nécessaires pour étudier l'acceptabilité de cette consultation par les patients et son impact sur la participation au DOCCR. En effet, certains médecins soulignent le fait que certains patients ne déplaceraient pas pour un entretien dédié au dépistage. Un nouveau programme de dépistage organisé du cancer du sein, avec la création de deux consultations d'information prises en charge à 100% par l'assurance maladie, sera proposée aux femmes à l'âge de 25 ans et de 50 ans (68), à partir de 2018. Ce projet sera-t-il étendu aux autres cancers ?

La suggestion d'**envoi du test à domicile** est aussi évoquée, permettant de diminuer la charge de travail des MG, obstacle à sa proposition, et de pallier l'oubli. Cependant, cela

risquerait de diminuer l'adhésion des généralistes, par le fait de modifier leur place et rôle dans le programme. Malgré une demande de la part des patients (60), des expériences pilotes ont montré que le taux de participation était multiplié par trois quand le médecin remettait le test à son patient (69), et que 85% des tests remis étaient effectivement réalisés par les patients (versus 15% en cas d'envoi postal direct) (70). Cependant, ces études ont été réalisées en 2004 et 2009, au début de la généralisation du DOCCR. Certaines études suggèrent de nouveau la généralisation de la relance avec envoi postal du test immunologique (71), comme cela était le cas avec Hémoccult, afin d'augmenter la participation.

De nombreuses études réalisées sur le test Hémoccult retrouvaient le **manque de temps** comme frein à l'engagement des médecins généralistes au DOCCR (35) (38) (41) (47) (56) (72). Or, dans notre étude, un médecin homéopathe-acupuncteur secteur 2, évoque cette difficulté, pensant que ses confrères exerçant en secteur 1 n'ont pas assez de temps pour évoquer le DOCCR. Aucun autre médecin n'évoque cette contrainte, et lorsque la question leur est posée, tous répondent que ça n'est pas un problème, en raison de la rapidité de la démarche. Cette évolution est probablement en rapport avec le changement de test récent, qui simplifie les explications et les démarches du médecin traitant lors de la délivrance du test, et avec l'expérience croissante des médecins généralistes en matière de DOCCR. En effet, ayant été généralisé en 2009 à l'ensemble du territoire, les explications sur les intérêts, les limites, les modalités pratiques ont pu être un limitateur à la participation initialement, s'estompant avec les années de pratique et d'expérience (47). Aussi, une étude quantitative, dans le cadre d'une thèse de médecine générale (67), soutenue en 2013, a montré une augmentation du temps de la consultation de seulement 2 minutes en cas de délivrance du test Hémoccult. Ce temps devrait être réduit depuis le passage au test immunologique, dont les démarches administratives et les explications à fournir au patient sont simplifiées.

Plusieurs médecins s'estiment satisfaits des **taux de participation** français au DOCCR. On peut penser qu'en ayant cette idée erronée, les médecins ne sollicitent pas massivement leurs patients, puisque peu concernés par cette problématique. Aussi, la quasi-totalité des médecins sont en demande de retours statistiques sur les campagnes de dépistage, en termes de santé publique et de coût financier pour la société, gage d'efficacité du dépistage, permettant de maintenir leur confiance à son égard. Ces constatations recourent celles d'autres études françaises sur le cancer du sein (57), le cancer colorectal (38) (47) ou le cancer du col utérin (73). Les médecins étaient plus convaincus de l'importance de donner le

test à leurs patients s'ils avaient un retour sur les résultats globaux du dépistage et sur leur propre pratique (47). Des retours via l'assurance maladie et les organismes départementaux sont déjà réalisés auprès des médecins, mais ne semblent pas efficaces. Il semble urgent de les sensibiliser à la problématique liée au faible taux de participation et à l'urgence d'y pallier. Aucun médecin de notre étude n'évoque un souhait de revalorisation de la **rémunération**, en rapport avec le DOCCR. Ceci n'est pas concordant avec les conclusions d'études réalisées sur le dépistage du cancer du sein (57) et du cancer colorectal (41) (56) (72) retrouvant l'absence de rémunération comme frein à l'engagement des médecins généralistes dans les actes de prévention. Plusieurs hypothèses à cela : l'augmentation du tarif de la consultation de 23 à 25 euros en mai 2017, et l'entrée du DOCCR dans les ROSP (74). Le temps accordé au DOCCR dans une consultation étant estimé à 2 minutes (68), et la consultation moyenne de 16 minutes étant désormais rémunérée 25 euros, cela revient à 3.12 euros par test délivré. Cela est pourtant bien en dessous de la rémunération prévue par la ROSP (75), de 385 euros lorsque la part de la patientèle âgée de 50 à 74 ans dépistée est égale à 70 %, qui correspond à une rémunération de 1.60 euros par patient, pour une patientèle moyenne de 800 patients, dont 29% dans la tranche d'âge considérée selon l'Insee (76). Jusqu'à présent, il existait un contrat d'amélioration des pratiques entre l'assurance maladie et les généralistes volontaires, permettant une rémunération annuelle forfaitaire en fonction du nombre de tests lus (77), n'ayant pas permis de résoudre la problématique liée à la faible participation au DOCCR. De plus, certaines études concluent que la rémunération sur performances a un impact modeste sur la qualité des pratiques (78) (79). D'ailleurs, les ajouts dans la ROSP des dépistages du cancer du sein et du col utérin ne se sont pas accompagnés d'une plus grande participation de la population cible, d'après le bilan de 2016 de l'Assurance Maladie (80). Mais l'ajout du DOCCR dans la ROSP devrait permettre à chacun de connaître la proportion participante de sa patientèle, moteur à l'engagement.

Certains médecins évoquent les **changements itératifs de recommandations** médicales au cours de leur carrière, témoins d'une avancée scientifique certaine, mais aussi susceptibles d'entraîner chez eux un esprit critique plus prononcé. L'étude qualitative par focus group DIVA, avait également montré que les mises à jour perpétuelles du calendrier vaccinal pouvaient conduire à une réticence pour les médecins généralistes à vacciner (39). C'est pourquoi un argumentaire à destination des médecins doit accompagner les changements de recommandations, afin d'accroître leur confiance.

CONCLUSION

Notre étude exploratoire qualitative a permis d'identifier les facteurs internes et externes au médecin généraliste influençant favorablement et défavorablement son attitude vis-à-vis du DOCCR.

Les médecins de notre échantillon ont une attitude majoritairement positive vis-à-vis du dépistage, jugeant leur rôle, dans ce programme, central et unique. L'amélioration des qualités diagnostiques et pratiques du test immunologique est en faveur de l'adhésion des médecins au DOCCR. Le développement de la biologie moléculaire et d'alternatives à la coloscopie pourraient permettre d'accroître la participation des médecins et des patients à ce dépistage.

Des retours statistiques et d'information plus efficaces auprès des médecins permettraient d'accroître leur confiance en ce dépistage, parfois entachée par les changements itératifs des recommandations, de leur rappeler les faibles taux de participation, et l'urgence d'y pallier.

L'entrée du DOCCR dans la ROSP 2017 permettra aux médecins de connaître la proportion participante de leur patientèle, et d'obtenir une rémunération à la hauteur de leur participation. La création d'une consultation dédiée, réalisée par le médecin traitant, serait une piste intéressante pour améliorer la participation des patients au DOCCR. En effet, malgré l'absence de plainte des médecins liée au temps accordé à cette tâche et à la rémunération associée, cette piste permettrait d'éliminer les freins liés à l'oubli du praticien, en relation avec le large champ d'action de la médecine générale, les motifs multiples de consultations des patients, et l'importante charge de travail quotidienne. La relation de confiance construite entre le médecin et son patient permet d'aborder les freins propres au patient, d'apporter une information claire et adaptée, permettant un choix libre et éclairé, dans le cadre d'une approche centrée patient.

Nous pensons qu'il est important de maintenir les médecins généralistes au cœur du dispositif du dépistage organisé du cancer colorectal, en raison de la satisfaction de leur place dans le dépistage et de leur rôle majeur en tant que coordinateur des soins autour du patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Niv Y, Lev-El M, Fraser G, Abuksis G, Tamir A. Protective effect of faecal occult blood test screening for colorectal cancer: worse prognosis for screening refusers. *Gut*. janv 2002;50(1):33- 7.
2. Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ*. 29 août 1998;317(7158):559.
3. Cancer of the Colon and Rectum - Cancer Stat Facts [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>
4. Lejeune C, Dancourt V, Arveux P, Bonithon-Kopp C, Faivre J. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in France using a guaiac test versus an immunochemical test. *Int J Technol Assess Health Care*. janv 2010;26(1):40- 7.
5. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014>
6. 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.
7. Les 17 objectifs du Plan - Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 22 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Les-17-objectifs-du-Plan2>
8. Arveux P, Durand G, Milan C, Bedenne L, Levy D, Faivre J. Views of a general population on mass screening for colorectal cancer: the Burgundy Study. *Prev Med*. sept 1992;21(5):574- 81.
9. Viguier J, Calazel-Benque A, Eisinger F, Pivot X. Organized colorectal cancer screening programmes: how to optimize efficiency among general practitioners. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. janv 2011;20 Suppl 1:S26-32.
10. Rameau H. Facteurs déterminant la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal dans les Alpes-Maritimes [Thèse de Médecine Générale]. [Nice]; 2008.
11. Subramanian S, Klosterman M, Amonkar MM, Hunt TL. Adherence with colorectal cancer screening guidelines: a review. *Prev Med*. mai 2004;38(5):536- 50.

12. Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal en France : étude Fado-colorectal. 2008; Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/publications/2008/jvs_2008/46_poster_goulard.pdf
13. van Jaarsveld CHM, Miles A, Edwards R, Wardle J. Marriage and cancer prevention: does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation? *J Med Screen*. 2006;13(4):172- 6.
14. Poncet F, Delafosse P, Seigneurin A, Exbrayat C, Colonna M. Determinants of participation in organized colorectal cancer screening in Isère (France). *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. avr 2013;37(2):193- 9.
15. e brochure EDIFICE 4 2015 - Depistage des cancers en France.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2017]. Disponible sur: http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/e%20brochure%20EDIFICE%20-%20Depistage%20des%20cancers%20en%20France.pdf
16. Duong M. Influence des facteurs sociaux sur la participation au dépistage organisé des cancers du sein et du colon au sein d'un pôle de santé situé en zone urbaine sensible à Nice [Thèse de Médecine Générale]. [Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2016.
17. Aubin-Auger I, Bottet A, Catrice M, Jeanmougin P. De la recherche à la pratique en médecine générale : le dépistage du cancer colorectal. *Exercer le revue française de médecine générale*. 2015;26(118):78- 82.
18. M Stewart J, J Belle B, W Wayne. Patient-Centered Medicine transforming the clinical Methode. Third Edition. Radcl Publ Lond-N Y.
19. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012- Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. juill 2013;
20. ALD 30_ GUIDE_CCR_WEB - ald_30__guide_ccr_web.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/ald_30__guide_ccr_web.pdf
21. Masson E. Cancer colorectal : du diagnostic au dépistage [Internet]. EM-Consulte. [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/226457/cancer-colorectal-du-diagnostic-au-depistage>
22. Faivre J, Dancourt V, Denis B, Dorval E, Piette C, Perrin P, et al. Comparison between a guaiac and three immunochemical faecal occult blood tests in screening for colorectal cancer. *Eur J Cancer*. nov 2012;48(16):2969- 76.
23. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Arsène D, Boutreux S, et al. Comparison of a guaiac based and an immunochemical faecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average risk population. *Gut*. févr 2007;56(2):210- 4.
24. Lee JK, Liles EG, Bent S, Levin TR, Corley DA. Accuracy of Fecal Immunochemical Tests for Colorectal Cancer: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 4 févr 2014;160(3):171.

25. Vilkin A, Rozen P, Levi Z, Waked A, Maoz E, Birkenfeld S, et al. Performance characteristics and evaluation of an automated-developed and quantitative, immunochemical, fecal occult blood screening test. *Am J Gastroenterol.* nov 2005;100(11):2519- 25.
26. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter CM, Webber EM, O'Connor E, et al. Screening for Colorectal Cancer: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 21 juin 2016;315(23):2576- 94.
27. Deutekom M, van Rossum LGM, van Rijn AF, Laheij RJF, Fockens P, Bossuyt PMM, et al. Comparison of guaiac and immunological fecal occult blood tests in colorectal cancer screening: the patient perspective. *Scand J Gastroenterol.* nov 2010;45(11):1345- 9.
28. 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.
29. van Rossum LG, van Rijn AF, Laheij RJ, van Oijen MG, Fockens P, van Krieken HH, et al. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. *Gastroenterology.* juill 2008;135(1):82- 90.
30. Hol L, van Leerdam ME, van Ballegooijen M, van Vuuren AJ, van Dekken H, Reijerink JCIY, et al. Screening for colorectal cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy. *Gut.* janv 2010;59(1):62- 8.
31. Federici A, Giorgi Rossi P, Borgia P, Bartolozzi F, Farchi S, Gausticchi G. The immunochemical faecal occult blood test leads to higher compliance than the guaiac for colorectal cancer screening programmes: a cluster randomized controlled trial. *J Med Screen.* 2005;12(2):83- 8.
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Introduction à la recherche qualitative. *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2008;19(84):142- 5.
33. SWOT: Forces et faiblesses, opportunités et menaces | Social Business Models [Internet]. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.socialbusinessmodels.ch/fr/content/swot-forces-et-faiblesses-opportunit%C3%A9s-et-menaces>
34. Calazel-Benque A, Viguier J, Roussel C, Pivot X, Eisinger F, Blay J-Y, et al. Organized colorectal cancer screening programmes: how to optimize efficiency in the general population. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP.* janv 2011;20 Suppl 1:S20-25.
35. Ganry O, Boche T. Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France. *Public Health.* nov 2005;119(11):1023- 30.
36. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J. The European definitions of the keys features of the discipline of general practice : the role of the GP and core competencies. *The British Journal of General Practice.* 2002;526- 7.
37. OMG - Top 50 des RC [Internet]. [cité 11 mai 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php>

38. Launoy G, Veret JL, Richir B, Reaud JM, Ollivier V, Valla A, et al. Involvement of general practitioners in mass screening. Experience of a colorectal cancer mass screening programme in the Calvados region (France). *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. mai 1993;2(3):229- 32.
39. Martinez L, Tugaut B, Raineri F, Arnould B, Seyler D, Arnould P, et al. L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination). *Santé Publique*. 22 avr 2016;28(1):19- 32.
40. Eisinger F, Pivot X, Coscas Y, Viguier J, Calazel-Benque A, Blay J-Y, et al. Impact of general practitioners' sex and age on systematic recommendation for cancer screening. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. janv 2011;20 Suppl 1:S39-41.
41. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2008;19(80):4- 7.
42. Aubin-Auger I, Mercier A, Mignotte K, Lebeau J-P, Bismuth M, Peremans L, et al. Delivering the faecal occult blood test: More instructions than shared decisions. A qualitative study among French GPs. *Eur J Gen Pract*. 1 sept 2013;19(3):150- 7.
43. 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. *Santé Publique*. 22 janv 2014;Vol. 25(6):775- 83.
44. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J, Mercier A, Baruch D, Lebeau J p., et al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomised controlled trial. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 janv 2016;25(1):18- 26.
45. Soler-Michel P, Laureau-Fini C, Perrin L, Savy G, Ponchon T. Identifier les facteurs d'adhésion des médecins généralistes au dépistage organisé du cancer colorectal – Enquête dans le Rhône. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. oct 2016;64(5):351- 8.
46. L'état du dépistage du cancer colorectal en France en 2009 – FMC-HGE [Internet]. [cité 19 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2009-paris/l%e2%80%99etat-du-depistage-du-cancer-colorectal-en-france-en-2009-2/>
47. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Peremans L, Royen PV. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. *Fam Pract*. 12 janv 2011;28(6):670- 6.
48. Granon C. Source Apremas. 2017.
49. Les Français face au dépistage des cancers - Ref: ENQBAROFR09 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-Francais-face-au-depistage-des-cancers>
50. Viguier J, Morère J-F, Touboul C, Coscas Y, Blay J-Y, Lhomel C, et al. Cancer screening in France: third edition of the EDIFICE survey. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. juin 2015;24 Suppl:S68-72.

51. Eisinger F, Pivot X, Greillier L, Couraud S, Cortot AB, Touboul C, et al. Dépistage du cancer en France : 10 ans d'analyse des comportements par les enquêtes EDIFICE. Bull Cancer (Paris) [Internet]. [cité 18 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455116303642>
52. Wee LE, Koh GC-H, Chin RT, Yeo WX, Seow B, Chua D. Socioeconomic factors affecting colorectal, breast and cervical cancer screening in an Asian urban low-income setting at baseline and post-intervention. Prev Med. juill 2012;55(1):61- 7.
53. OMS | Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final [Internet]. WHO. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
54. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action. 2011.
55. Les Français face au dépistage des cancers - Ref: ENQBAROFR09 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-Francais-face-au-depistage-des-cancers>
56. Guerra CE, Schwartz JS, Armstrong K, Brown JS, Halbert CH, Shea JA. Barriers of and Facilitators to Physician Recommendation of Colorectal Cancer Screening. J Gen Intern Med. déc 2007;22(12):1681- 8.
57. Dittlot C. Points de vue des médecins généralistes sur le dépistage organisé du cancer du sein dans les Alpes-Maritimes. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés. [Thèse de Médecine Générale]. Nice; 2013.
58. Morere JF, Viguier J, Coscas Y, Pivot XB, Blay J-Y, Eisinger F, et al. Cancer screening: Source of information and level of trust. J Clin Oncol [Internet]. 2012 [cité 18 janv 2017];30(suppl; abstr 1567). Disponible sur: <http://meetinglibrary.asco.org/content/96480-114>
59. INPES - La santé à l'école [Internet]. [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/sante-ecole/index.asp>
60. Tinmouth J, Ritvo P, McGregor SE, Patel J, Guglietti C, Levitt CA, et al. ColonCancerCheck Primary Care Invitation Pilot project. Can Fam Physician. déc 2013;59(12):e541- 9.
61. Hewitson P, Glasziou P, Watson E, Towler B, Irwig L. Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemoccult): an update. Am J Gastroenterol. juin 2008;103(6):1541- 9.
62. Gandon Y. Dépistage du cancer colorectal, place de la coloscopie virtuelle. Httpwwwem-Premiumcomdatarevues22115706v95i5S2211570614001386 [Internet]. 27 mai 2014 [cité 9 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.proxy.unice.fr/article/898155/resultatrecherche/7>
63. COLOSCOPIE VIRTUELLE - TEXTE COURT - texte_court_coloscopie_virtuelle.pdf [Internet]. [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/texte_court_coloscopie_virtuelle.pdf

64. Grützmann R, Molnar B, Pilarsky C, Habermann JK, Schlag PM, Saeger HD, et al. Sensitive Detection of Colorectal Cancer in Peripheral Blood by Septin 9 DNA Methylation Assay. PLOS ONE. 19 nov 2008;3(11):e3759.
65. Jin P, Kang Q, Wang X, Yang L, Yu Y, Li N, et al. Performance of a second-generation methylated SEPT9 test in detecting colorectal neoplasm. J Gastroenterol Hepatol. 1 mai 2015;30(5):830- 3.
66. Médecins généralistes et dépistage des cancers - Ref: ENQBAROMG11 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers>
67. Urenas Dores. Circonstances de délivrance du test Hémoccult dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal [Thèse de Médecine Générale]. [Paris 7]: Université Paris Diderot; 2013.
68. Cancer du sein : un nouveau programme de dépistage organisé [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/argumentaire/cancer-du-sein-un-nouveau-programme-de-depistage-organise>
69. 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 study¹ ☆. Gastroenterology. juin 2004;126(7):1674- 80.
70. Viguiier J. L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. BEH. 2009;19- 22.
71. Denis B, Gendre I, Perrin P. Bilan des 18 premiers mois du programme français de dépistage du cancer colorectal par test immunologique. Côlon Rectum. 1 mai 2017;11(2):78- 83.
72. Aulagnier M, Combes J., Gourheux J. Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention et opinions sur les réformes du système de santé : les enseignements du panel de médecins généralistes de la région PACA. 2006.
73. Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, Mercer SL, Wilson KM, DeVinney B, et al. Effectiveness of Interventions to Increase Screening for Breast, Cervical, and Colorectal Cancers. Am J Prev Med. 1 juill 2012;43(1):97- 118.
74. Convention 2016 - Nouvelle ROSP [Internet]. Accueil. [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: <http://convention2016.ameli.fr/valoriser-lactivite/nouvelle-rosp/>
75. seance MT forfait patientele 1 juin 2016 - 160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2017]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/160601_seance_MT_forfait_patientele.pdf
76. Population par sexe et groupe d'âges en 2017 | Insee [Internet]. [cité 15 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
77. Création d'un contrat d'amélioration des pratiques rémunéré sur le dépistage du cancer colorectal [Internet]. VIDAL. [cité 8 févr 2017]. Disponible sur:

https://www.vidal.fr/actualites/19638/creation_d_un_contrat_d_amelioration_des_pratiques_remunere_sur_le_depistage_du_cancer_colorectal/

78. Bras PL, Duhamel G. Rémunérer les médecins sur leurs performances : les enseignements des expériences étrangères. 2008. Report No.: RM2008- 047P.
79. Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am J Public Health*. nov 1998;88(11):1699- 701.
80. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La rémunération sur objectifs de santé publique. Une amélioration continue en faveur de la qualité et de la pertinence des soins. Bilan à 4 ans et perspectives d'évolution. [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.fmfpro.org/IMG/point-hebdo/Bilan%20ROSP_2015-160415_vdef.pdf

ANNEXE 1 : Lettre d'invitation envoyée par Apremas (recto)



N° Réf : *48573243*
Régime : CPAM
N° Assuré : :

Nice le 19/08/2016



Les partenaires du programme



Le dépistage du cancer colorectal vous concerne, PARLEZ-EN avec votre médecin traitant.

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à réaliser un **test immunologique** dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer du côlon.

Dès 50 ans, le risque de développer un cancer colorectal devient fréquent.

Le dépistage **tous les 2 ans** est un moyen efficace pour repérer des lésions précancéreuses (polypes) et pour les soigner avant qu'elles n'évoluent en cancer. Le dépistage peut aussi détecter le plus tôt possible un cancer, afin d'avoir plus de chances de guérir.

Consultez votre médecin traitant et présentez-lui cette lettre. Il vous proposera un dépistage adapté à votre situation.

Le test est à réaliser chez vous et pris en charge à 100% sans avance de frais. Simple et rapide, il peut vous sauver la vie.

Le Président d'Apremas
Dr Patrick DELASALLE

Le Directeur d'Apremas
Dr Claire Granon

En savoir plus : 04 92 297 281 et e-cancer.fr

N.B. : Conditions particulières du test, voir au dos.

ÉTIQUETTE À DATER ET À COLLER SUR LE TUBE



ÉTIQUETTE À COLLER SUR LA FICHE D'IDENTIFICATION



NUMÉRO D'INVITATION : 00900485732439

Le Centre de coordination du dépistage des cancers APREMAS est la responsable de l'organisation, de la mise en œuvre et de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. La réalisation du test de dépistage du cancer colorectal est prise en charge par le Centre de Coordination des Cancers de la Région (CCCR) et le Centre de Coordination du Dépistage des Cancers (CCDC). Les personnes qui ont été invitées à participer au dépistage organisé du cancer colorectal ont été informées par courrier de leur invitation. Elles ont également reçu un courrier de leur médecin traitant. Elles ont également reçu un courrier de leur médecin traitant. Elles ont également reçu un courrier de leur médecin traitant. Elles ont également reçu un courrier de leur médecin traitant.

Né(e) le :
N° de Sécurité Sociale : _____

Organisme de rattachement : 01051501
N° d'invitation : 00900485732439

ANNEXE 2 : Canevas des entretiens

Afin de mieux vous connaître, j'aimerais dans un premier temps que vous me parliez de votre patientèle (âge, catégorie socio-professionnelle, niveau de vie etc...)

Le dépistage en général :

Que représente pour vous le dépistage en général ? *(Pour vous, le dépistage...)*

Vous sentez-vous impliqué dans les dépistages en tant que médecin généraliste ?

Comment définissez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste concernant les dépistages organisés ?

Concernant les dépistages organisés, comment êtes-vous amenés à en parler à vos patients ?

Au cours de quel type de consultation abordez-vous le thème des dépistages ?

Que pensez-vous des taux de participation des patients aux dépistages de masse ? (30% DOCCR, 23% dans les AM)

Le DOCCR :

Que pensez-vous du DOCCR ?

Comment êtes-vous amené à proposer le test à vos patients ?

(En pratique... ou dans votre cabinet...)

Pouvez-vous me parler des difficultés que vous rencontrez lors de votre pratique quotidienne à proposer le dépistage du CCR à vos patients ?

Comment faites-vous pour convaincre vos patients de participer au DOCCR *(si favorable au dépistage)* ?

Quelles sont, selon vous, les facteurs qui influencent la participation de vos patients au DOCCR ? *(freins, motivations, étude FADO)*

Que pensez-vous de l'apport/du rôle d'APREMAS dans le DOCCR?

Que vous apporte Apremas ?

Visite délégués, lettres invitation, informations des résultats, suivi des positifs

Le nouveau test immunologique :

Que pensez-vous de l'apport du nouveau test de dépistage du cancer colorectal ? *(efficacité, explications patients, difficultés ou facilités techniques, par rapport à hémocult)*

Quelle est votre expérience concernant le nouveau test de DOCCR ?

Avez-vous rencontré des difficultés inattendues avec ce test ? *(approvisionnement, taux de positifs, tests ininterprétables, péremption...)*

Pistes d'amélioration :

Que proposeriez-vous pour améliorer la participation des patients au DOCCR ? (*concernant votre pratique personnelle, APREMAS, ou le test lui-même*)

Que penseriez-vous d'une consultation dédiée où vous pourriez adresser vos patients afin de parler du dépistage du CCR, et leur remettre le test ?

ANNEXE 3 : Consentement de participation à l'étude

ENTRETIENS SEMI-DIRIGES THESE DOCCR

Présentation :

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une étude à propos de la perception des MG du dépistage organisé du cancer colorectal dans les Alpes Maritimes.

Durée : environ 20/30 minutes par entretien.

L'entretien sera enregistré si vous l'acceptez mais il sera parfaitement confidentiel. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Vous resterez complètement anonyme.

Amandine CORDIER

Consentement :

Je soussigné(e) déclare avoir lu et compris le présent formulaire.
Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à..... le

Signature :

ANNEXE 4 : Questionnaire quantitatif

Questionnaire :

Age :

Année d'installation :

Sexe : F M

Lieu installation :

Secteur : 1 2

Cabinet seul groupe pôle/maison de santé pluriprofessionnelle

Secrétariat : sur place téléphonique aucun

Maitre de stage : oui non

Mode d'exercice particulier : oui non

Si oui, lequel :

Nombre ½ journée de présence au cabinet par semaine :

Nombre de consultations par semaine en moyenne :

Aviez-vous reçu une formation concernant l'Hémocult ? oui non

Avez-vous reçu la visite d'Aprémas concernant le nouveau test immunologique de dépistage du cancer colorectal ? oui non

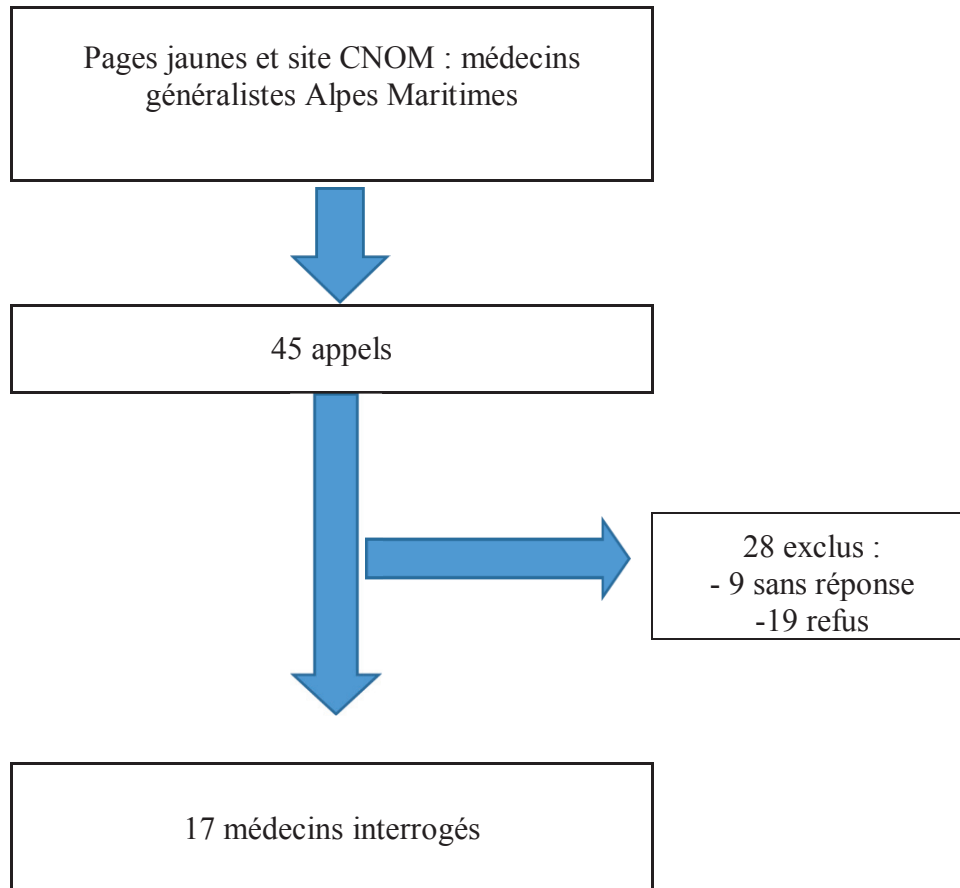
ANNEXE 5 : Communes urbaines et rurales des Alpes Maritimes



ANNEXE 6 : Analyse quantitative des médecins généralistes interviewés

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés

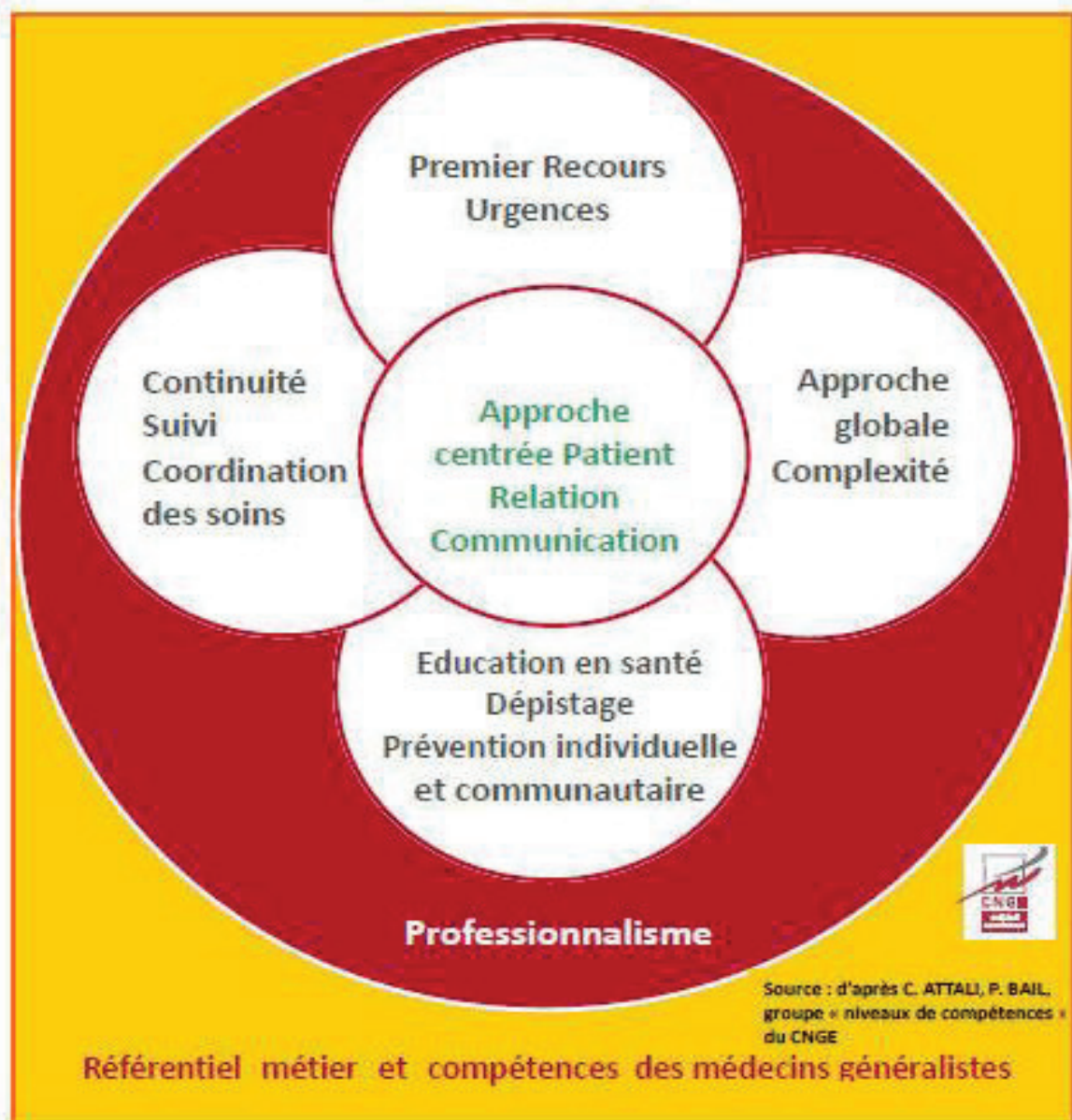
Sexe (n)	Hommes/Femmes	11/6
Age (ans)	Moyenne (min-max)	54 (27-68)
Localisation (n)	Urbain	12
	Rural	5
Cabinet médical (n)	Pôle de santé pluriprofessionnel	2
	Groupe	7
	Seul	8
Secteur (n)	1	12
	2	5
Durée d'installation (n)	Moyenne (min-max)	25 (1-38)
Mode d'exercice particulier (n)	Homéopathie-Acupuncture	2
	Ostéopathie	1
	Sport et sexologie	1
Secrétariat (n)	Sur place	5
	Téléphonique	2
	Aucun	10
Fonction universitaire (n)		5
Nombre d'actes par semaine (n)	De 0 à 30	3
	De 31 à 60	3
	De 61 à 99	5
	100 ou plus	6
Nombre de demi-journées au cabinet (n)	< 5	2
	Entre 5 et 10	14
	> 10	1

ANNEXE 7 : Diagramme de flux

ANNEXE 8 : Facteurs déterminants l'engagement des médecins généralistes à l'égard du DOCCR, selon le modèle SWOT

	FORCES	FAIBLESSES
I N T E R N E S	<p>L'intérêt personnel du MG pour le dépistage</p> <p>Le dépistage : une compétence du MG</p> <p>La place centrale du MG dans le DOCCR</p> <p>L'expérience de cancer à titre privé</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques du MG</p> <p>La formation personnelle</p> <p>La projection en tant que patient</p> <p>La gestion plus facile de la culpabilité</p> <p>L'image positive de la médecine actuelle</p>	<p>Le manque d'intérêt pour le dépistage</p> <p>La méconnaissance des faibles taux de participation</p> <p>La prévention primaire plutôt que secondaire</p> <p>Le large champ d'action de la MG</p> <p>La part trop faible de la médecine préventive dans l'exercice du médecin</p>
E X T E R N E S	<p>OPPORTUNITES</p> <p>Liées aux patients</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques</p> <p>La présence de cas de cancer dans l'entourage du patient</p> <p>La patientèle liée à un MEP</p> <p>Liées au test</p> <p>L'absence d'invasivité du test</p> <p>La performance du test</p> <p>La facilité de réalisation pour le patient</p> <p>La diminution des tests ininterprétables</p> <p>La diminution de la mortalité spécifique</p> <p>L'intérêt de la prévention secondaire</p> <p>La gratuité du test de dépistage</p> <p>La balance coût/bénéfice en faveur du dépistage</p> <p>Liées à l'exercice pratique</p> <p>La relation de confiance médecin-patient</p> <p>Les alertes informatiques</p> <p>Les consultations réservées au dépistage</p> <p>Les consultations pour troubles digestifs</p> <p>Les consultations de suivi</p> <p>Liées à l'organisation</p> <p>L'apport d'Apremas</p>	<p>MENACES</p> <p>Liées aux patients</p> <p>Les caractéristiques socio-démographiques</p> <p>La peur du résultat positif</p> <p>La crainte de devoir faire une coloscopie</p> <p>La difficulté de la préparation à la coloscopie</p> <p>Le fait de ne pas se sentir concerné</p> <p>La gêne liée au recueil des selles</p> <p>Le manque d'information de la population</p> <p>L'état de santé du patient</p> <p>Liées au test</p> <p>L'absence de baisse de la mortalité globale</p> <p>L'augmentation du taux de faux positifs</p> <p>L'expérience de faux négatifs</p> <p>L'absence de biodégradabilité du papier de recueil des selles pour réaliser le test</p> <p>Le recours à la coloscopie en cas de test +</p> <p>Liées à l'exercice pratique :</p> <p>Les consultations pour pathologies aiguës</p> <p>Les consultations à motifs multiples</p> <p>L'importance de la charge de travail</p> <p>Le renseignement de la fiche identifiante</p> <p>L'oubli</p> <p>La nécessité de trouver le moment opportun lors de la consultation pour évoquer le DOCCR</p> <p>Liées à l'organisation</p> <p>Les changements itératifs des recommandations</p> <p>La théorie d'intérêts frauduleux</p>

ANNEXE 9 : Marguerite des compétences



RÉSUMÉ

Le médecin généraliste est au cœur du programme de dépistage organisé du cancer colorectal et son adhésion est un facteur indispensable pour garantir une bonne participation. Ce travail visait à identifier les facteurs déterminant l'engagement des médecins à l'égard du dépistage, depuis l'arrivée du nouveau test immunologique. L'objectif secondaire était de proposer des solutions pour lever les freins retrouvés, afin d'augmenter la participation des patients.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 17 médecins généralistes des Alpes-Maritimes, en 2016, avec une analyse par triangulation des données.

Les facteurs influençant le dépistage, ont été analysés selon le modèle SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) et des suggestions pour améliorer le taux de participation au dépistage ont été proposées par les médecins.

Les médecins reconnaissent leur place centrale dans ce dépistage. La formation initiale et continue est un moteur à l'engagement du médecin. Des alertes informatiques dans les logiciels métier et des consultations dédiées au dépistage réalisées par le médecin traitant, pourraient pallier aux problèmes de l'oubli, des consultations à motifs multiples et du large champ d'action de la médecine générale, tout en maintenant la relation de confiance médecin-patient. Les médecins sont conscients que les caractéristiques socio-économiques du patient influencent son adhésion. Inclure dans les formations au dépistage une sensibilisation à l'« approche centrée patient » des médecins, permettrait de gommer ce déterminant. L'amélioration des performances du nouveau test est un moteur à le proposer. La manipulation des selles et le recours à la coloscopie restent des freins pour le patient. Le développement de tests sériques génétiques serait une piste d'amélioration. Concernant l'organisation du dépistage, l'apport de l'organisme de gestion départemental est salué. Des retours statistiques plus efficaces auprès des médecins permettraient d'accroître la confiance des médecins en ce dépistage, de leur rappeler les faibles taux de participation et l'urgence d'y pallier.

Mots-clés : Dépistage organisé, cancer colorectal, participation, médecins généralistes, recherche qualitative, attitudes

ABSTRACT

General practitioners are at the center of colorectal cancer screening program. Their involvement is required to allow a good participation. The purpose of this study was to identify factors that determined involvement of general practitioners in screening since the new immunological test. The secondary objective was to propose solutions to remove the barriers, in order to increase patients' participation.

A qualitative study through semi-directed interviews with 17 general practitioners of Alpes-Maritimes, was carried out in 2016, with data triangulation. Factors influencing screening were grouped according to the SWOT model (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Doctors recognize their central place in the colorectal cancer screening. Initial and continuing training is a driving force to doctors' commitment. Automatical computer alerts and screening dedicated consultations by physicians would remove the barriers associated with oversight, with the multiple reasons for consultation and with the wide field of action of general practice. Maintaining the doctor-patient relationship appears essential. Doctors know that the patient's socio-economic characteristics influence its adhesion. Improvement of "patient centered approach" training of doctors would possibly decrease this factor. Improvement of the new test is an important opportunity. Handling faeces and using colonoscopy remain barriers. Developing serum genetic tests could enhance patients' participation. Concerning the organization, contribution of the screening departmental agency is welcomed. More efficient statistical returns to inform doctors will increase their confidence in colorectal cancer mass screening and will serve to inform them about the low participation rates, and the relative gap that need to be in filled in this area.

Mots-clés : Mass screening, colorectal cancer, participation, general practitioners, qualitative studies

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au 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 seront 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 délibérément.

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.

RÉSUMÉ

Le médecin généraliste est au cœur du programme de dépistage organisé du cancer colorectal et son adhésion est un facteur indispensable pour garantir une bonne participation. Ce travail visait à identifier les facteurs déterminant l'engagement des médecins à l'égard du dépistage, depuis l'arrivée du nouveau test immunologique. L'objectif secondaire était de proposer des solutions pour lever les freins retrouvés, afin d'augmenter la participation des patients.

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 17 médecins généralistes des Alpes-Maritimes, en 2016, avec une analyse par triangulation des données.

Les facteurs influençant le dépistage, ont été analysés selon le modèle SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) et des suggestions pour améliorer le taux de participation au dépistage ont été proposées par les médecins.

Les médecins reconnaissent leur place centrale dans ce dépistage. La formation initiale et continue est un moteur à l'engagement du médecin. Des alertes informatiques dans les logiciels métier et des consultations dédiées au dépistage réalisées par le médecin traitant, pourraient pallier aux problèmes de l'oubli, des consultations à motifs multiples et du large champ d'action de la médecine générale, tout en maintenant la relation de confiance médecin-patient. Les médecins sont conscients que les caractéristiques socio-économiques du patient influencent son adhésion. Inclure dans les formations au dépistage une sensibilisation à l'« approche centrée patient » des médecins, permettrait de gommer ce déterminant. L'amélioration des performances du nouveau test est un moteur à le proposer. La manipulation des selles et le recours à la coloscopie restent des freins pour le patient. Le développement de tests sériques génétiques serait une piste d'amélioration. Concernant l'organisation du dépistage, l'apport de l'organisme de gestion départemental est salué. Des retours statistiques plus efficaces auprès des médecins permettraient d'accroître la confiance des médecins en ce dépistage, de leur rappeler les faibles taux de participation et l'urgence d'y pallier.

Mots-clés : Dépistage organisé, cancer colorectal, participation, médecins généralistes, recherche qualitative, attitudes