



HAL
open science

Analyse des motifs de participation au dépistage du cancer colorectal (CCR) par test immunologique fécal chez des patients n'ayant jamais participé au dépistage du CCR par test Hémocult en Haute-Garonne

Jacques Constant

► To cite this version:

Jacques Constant. Analyse des motifs de participation au dépistage du cancer colorectal (CCR) par test immunologique fécal chez des patients n'ayant jamais participé au dépistage du CCR par test Hémocult en Haute-Garonne. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01664323

HAL Id: dumas-01664323

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664323>

Submitted on 14 Dec 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 BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MEDICALES

ANNEE 2017

N° 125

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 21 Septembre 2017
par

Constant JACQUES
Né le 08/11/1984, à Bordeaux (Gironde)

**ANALYSE DES MOTIFS DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
(CCR) PAR TEST IMMUNOLOGIQUE FÉCAL CHEZ DES PATIENTS N'AYANT JAMAIS
PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE DU CCR PAR TEST HÉMOCCULT EN HAUTE-GARONNE**

JURY

M. le Professeur Bernard GAY (PU)..... Président et rapporteur
M. le Professeur Jean-François BRETAGNE (PU-PH) Juge
M. le Professeur Denis SAUTEREAU (PU-PH) Juge
M. le Docteur Artus ALBESSARD..... Juge
M. le Docteur Jérémie JACQUES (MCU-PH) Directeur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bernard GAY

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma soutenance de thèse.
Trouvez ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-François BRETAGNE

Vous m'avez donné la possibilité de travailler sur un sujet qui vous est cher et de guider mes recherches.
Vous nous faites l'amitié de faire partie du jury de ma thèse.
Je suis sensible et honoré de votre présence en tant qu'expert du sujet que j'ai essayé de traiter.
Trouvez ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Denis SAUTEREAU

Vous êtes le référent spécialiste des maladies de l'appareil digestif de ma famille.
Je vous remercie de votre disponibilité et de votre présence comme jury à ma soutenance de thèse.
Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Artus ALBESSARD

Tu m'as accueilli à DOC31 avec gentillesse et passion. Ton aide m'a été précieuse pour traiter les données que j'ai pu colligées. Tu te tournes vers d'autres horizons professionnels et je sais que tu vas manquer à DOC31. Je forme les vœux les plus sincères pour que cette nouvelle orientation t'apporte plaisir, bonheur et sérénité.
Trouves ici l'expression de mes sentiments les plus amicaux

A Emilie, Vanessa...et tout le personnel de DOC31

Vous êtes les « reines » du mailing. Je vous remercie de votre accueil et de tout le temps que vous avez consacré avec enthousiasme à ce travail de thèse. Soyez assurées de mon amitié.

A ma famille

Mes parents, merci d'avoir fait ce que je suis, merci de votre aide et soutien, merci pour votre éducation. Je suis fier d'être votre fils, vous êtes un modèle pour moi.

Aurélien, l'aîné, Monsieur « remarque » mais toujours celle qu'il faut.

Un aîné qui nous guide, qui nous soutient, qui nous « emmerde » aussi un peu, mais avec toujours la bonne parole.

Jérémy, le deuxième, la place la plus difficile de la fratrie, le frère qui a toujours pris soin de nous, qui nous protège avant tout, qui essaye de jouer au golf et qui y arrive... Un frère que chacun aimerait avoir.

Timothée, mon jumeau, un lien si fort que peu de personnes peuvent le comprendre, on a tout fait à deux le meilleur et le pire.

Malgré la distance, je ressens tes sentiments, je suis prêt à faire le tour du monde si besoin.

A ma grand-mère, Amy merci pour tout, tu es un exemple pour tous les futurs grand-parents. Merci d'être présente à chaque instant. Apy aurait été fier de me voir en ce jour si spécial.

JE VOUS AIME.

A Mélanie, déjà plus de 2 ans que tu partages ma vie, que tu me supportes.
Merci pour tout ce que tu m'apportes, merci de me rendre heureux à tes côtés chaque jour.
Merci à ta famille (Françoise, Jean-Luc et Jean-Baptiste) de m'avoir accueilli et intégré parmi vous.
Je t'aime

A mes amis

Julien S. 9 ans de complicité, de fous rires, d'échanges, de soirées, tu fais partie de mon parcours.
Plus que jamais ta présence m'est précieuse, tes conseils et nos échanges enrichissants.
Tu fais partie de ma vie pour toujours. Merci pour ton amitié, merci pour ce que tu es. Sans toi les choses auraient été différentes.
Je te souhaite le bonheur que tu mérites avec Clémence, Gabrielle et un petit frère ou une petite sœur ? Je vous aime tendrement.

A Mathieu, je n'oublierai jamais la première fois quand on s'est rencontré en classe de 5ème en cours de maths, on était côte à côte déjà complices, on a fait les 400 coups.
La première année de médecine était un grand bonheur avec toi, une amitié inébranlable.
Merci d'être toujours présent dans les bons et mauvais moments, je serai toujours à tes côtés, je pense souvent à toi, Pauline, Raphaël et Marie. Promis je viens vite vous voir...
Je vous aime

A Julien G. poker, karaoké, repêchage, Yoann DINIZ, pause-café (très souvent), bref un condensé de bonheur et de fous rires.
Après tant d'années j'ai enfin compris ta manipulation, on se voit à VEGAS RRSSSIIEUUURSSSS...Je sais où tu vas, je sais ce que tu mérites, plein de bonheur avec Léna et Caroline. Je vous embrasse.

A Benjamin R., alias Rodger, alias Tiger, merci pour ces moments toujours dans la surenchère, aucune faille, un swing parfait, une conduite digne de M. Schumi, et ces soirées qui resteront secrètes...
Ensemble on a fait de grandes choses, ensemble on fera des merveilles notamment sur les golfs du monde entier. Je t'embrasse.

A Caroline K, l'amitié n'a pas de prix, j'ai le privilège de faire part de ta vie. Longue vie avec Seb, merci pour tout. Je vous embrasse.

A Rémy, tu as toujours été présent quand il fallait, depuis la première rencontre à Mont De il y a 6 ans. Je sais que ton amitié est sans failles. Je t'embrasse et plein de bonheur avec Coralie.

A Yoann P, tu es l'incarnation de ce que la chirurgie des temps modernes recherche. Merci pour tous ces moments en salle d'anat, ces soirées, ces délires et j'en passe...Je t'embrasse et plein de bonheur avec Marie.

A Benjamin B. alias Laurent LAFITTE, l'homme qui travaille plus vite que son ombre. Merci pour tous ces moments passés ensemble. Papa te remercie, David Guetta t'en....le. Plein de bisous.

A PEY, marié depuis peu, merci pour ta présence dans les bons et mauvais moments, ton amitié est irréversible. Je vous embrasse avec Marine.

A Dorothee, maintenant 14 ans qu'on se côtoie, je pense souvent à toi. Beaucoup de bonheur pour ta petite famille. Je t'embrasse ainsi que tes parents. Ouvre les yeux !!!

A Charlotte, Chachou, tu es une femme que tout homme mérite, tu as trouvé ton bonheur, Je suis heureux de faire partie de ta vie. Pleins de bisous à vous deux.

A Alexandra, je pense souvent à toi, tu es maintenant Maman avec tout le bonheur que tu mérites. Je vous embrasse avec toute mon amitié

A mes potes du lycée, Matthias, Bastien, Hervé, Marie, Stéphane, Florent, Claire-Marie, Justine et d'autres....

Aux médecins que j'ai rencontrés et qui m'ont conforté dans cette passion : Dr. Aniba, Dr. Ondze, Dr. Rougier, Dr. Simonet. Merci de m'avoir transmis vos connaissances.

Aux Urgences de l'Union,

Déborah, Elodie, Mimi, Camille, Momo, Marie-Laure, Greg, Eva, Nadia, Hélène, Cherifa, Mag, Régine, Karine, Sakina, Laetitia, Christine, Isabelle, Laura, Julien, Ndji, Pierre, Marco, Océane, Cécile, Claire, Sandy...Merci de m'avoir accueilli parmi vous et pour votre bienveillance.

Aux urgentistes Khaled, Renaud, Christophe, Jean-Mi, Sebsa, Roland, Jean-Christophe, Françoise, Jacques et Cécile, merci de votre intégration parmi vous.

LISTE DES ABBREVIATIONS

CCR : cancer colorectal.

OMS : organisation mondiale de la santé.

UE : union européenne

FIT : faecal imunologic test.

TIF : test immunologique fécal.

iFOBT : immunologic based faecal occult blood test- test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles.

gFOBT : gaïac based faecal occult blood test- test au gaïac de recherche de sang occulte dans les selles.

INCa : institut national du cancer

DOM : département d'Outre-Mer.

TOM : territoire d'Outre-Mer.

GIP : groupement d'intérêt public.

NPAI : n'habite pas à l'adresse indiquée.

€ : euros

OR : odds ratio

IC : intervalle de confiance

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION : RAPPELS SUR LE CCR	8
I. LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	11
A. POURQUOI UN DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ?	11
1- <i>La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas, ...).</i>	11
2- <i>Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée.</i>	12
3- <i>Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.</i>	13
4- <i>La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.</i>	13
5- <i>Il existe un examen de dépistage efficace.</i>	14
6- <i>Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population.</i>	14
7- <i>Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie.</i>	15
8- <i>Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.</i>	15
9- <i>Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins</i>	16
10- <i>Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes »</i>	16
B. LE DEPISTAGE INDIVIDUEL : LA COLOSCOPIE	17
C. LE DEPISTAGE ORGANISÉ « DE MASSE » EN POPULATION EN FRANCE(20)	18
• <i>Population cible et exclusion</i>	18
• La population cible définie est la population à risque moyen de CCR.	18
• Les exclusions.....	18
• <i>Le test immunologique</i>	19
• <i>La coloscopie</i>	19
• <i>Organisation du dépistage organisé</i>	20
• La stratégie d'invitation de la population éligible	21
• La remise du test par le médecin traitant	21
• La lecture des tests.....	21
• L'envoi des résultats et le suivi.....	22
Envoi des résultats :	22
Suivi des tests :	22
• L'évaluation du programme	22
D. LE RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE DEPISTAGE	23
E. PROBLÉMATIQUE DE LA PARTICIPATION(23)	23
II. TRAVAIL DE THESE : ANALYSE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION N'AYANT PAS PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE DU CCR PAR TEST HÉMOCCULT ET AYANT PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE PAR TEST IMMUNOLOGIQUE EN HAUTE-GARONNE	25
A. INTRODUCTION	25
B. MÉTHODES	27
1- <i>Population cible (figure 1 : détermination de la population cible et diagramme des flux) ...</i>	27

2- Echantillonnage	27
3- Questionnaire (Annexe).....	27
4- Recueil de données	30
5- Analyse statistique	30
C. RESULTATS.....	31
1) POPULATION CIBLE (Tableau 7).....	31
a) Caractéristiques démographiques	33
b) Caractéristiques socio-professionnelles	35
c) Participation aux dépistages féminins (Tableau 9)	37
2) SIMPLICITE DU NOUVEAU TEST (figure 2)	38
3) MOTIFS DE NON PARTICIPATION A LA CAMPAGNE DE DEPISTAGE AVANT 2015 (TEST HEMOCCULT) ..	39
4) MOTIFS DE PARTICIPATION A LA NOUVELLE CAMPAGNE PAR FIT (Figure 4)	43
5) CHANGEMENT DES ATTITUDES EN LIEN AVEC LA NOUVELLE CAMPAGNE DE DEPISTAGE. (FIGURE 5) ..	47
6) MODIFICATIONS DES CONDITIONS DE VIE AYANT PU INFLUENCER LA PARTICIPATION A LA NOUVELLE CAMPAGNE PAR FIT (Tableau 12)	49
D. DISCUSSION	53
1) UNE NOUVELLE CAMPAGNE QUI A MODIFIE LA PERCEPTION DES GENS SUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	53
2) UN ROLE CENTRAL DU MEDECIN TRAITANT QU'IL FAUT ENCORE RENFORCER	55
3) COMPARAISON AVEC L'ILE ET VILAINE	57
4) FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE	58
CONCLUSION : COMMENT AMELIORER LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL ?.....	60
REFERENCES.....	61
TABLE DES FIGURES	64
TABLE DES TABLEAUX.....	65
ANNEXE	66
.....	67
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	75

INTRODUCTION : RAPPELS SUR LE CCR

Le cancer colorectal est un problème majeur de santé publique.

En France, l'incidence du cancer colorectal est de 43 000 nouveaux cas (projections 2015-Tableau 1). Il se situe au 3^{ème} rang des tumeurs les plus fréquentes chez l'homme (après le cancer du poumon et de la prostate) et au 2^{ème} rang (après le cancer du sein) chez la femme. Dans plus de 9 cas sur 10 (95 % chez l'homme comme chez la femme), les cancers sont diagnostiqués à l'âge de 50 ans et plus(1).

Le taux d'incidence(2) :

- chez l'homme, augmente de 0,3 % par an entre 1980 et 2012, avec toutefois une baisse (-0,3 % par an) entre 2005 et 2012 ;

- chez la femme, augmente de 0,1 % par an entre 1980 et 2012, avec également une baisse (-0,3 % par an) entre 2005 et 2012.

L'incidence ne varie pas de façon importante par département.

Le cancer colorectal est responsable de plus de 17000 morts par an soit l'équivalent du crash d'un Airbus A 320 tous les trois jours.

Incidence	Mortalité	Survie	Prévalence	Dépistage dans le cadre du DO dépistage organisé
Projections 2015	Projections 2015	Registre des cas diagnostiqués 2008-2010	France métropolitaine	France entière 2012-2013
43 068 nouveaux cas/an	17 833 décès	63% à 5 ans	120 864 diagnostiqués sur 5 ans et toujours en vie	31% des 50 à 74 ans dépistés 14 831 adénomes avancés détectés 6211 cancers détectés

Tableau 1 : Chiffres clés (Francim. Hospices civils de Lyon. INCa. Structures de gestion du dépistage)(2)

Parmi les pays de l'Union européenne, la France présente le 18^{ème} taux d'incidence le plus élevé chez l'homme et le 12^{ème} chez la femme.

Les facteurs de risque de cancer colorectal sont bien connus :

- L'âge : l'âge moyen au diagnostic en 2012 : 70 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme.
- L'hérédité : le risque augmente avec le nombre de cas dans la famille, le lien de parenté (1^{er} degré père, mère, frère, sœur) l'âge de survenue des cas familiaux.

On a identifié des familles à haut risque (polypose adénomateuse familiale-syndrome de Lynch ou cancer du côlon sans polypose) où une mutation génétique prédispose au cancer colorectal.

Ces formes ne représentent que 5% des cas de cancers. Ces familles doivent bénéficier d'une consultation d'oncogénétique et d'un programme de surveillance adaptée.

- Les maladies inflammatoires de l'intestin (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique). Au cours de la rectocolite hémorragique le risque de développer un cancer colique est de 7% à 10 ans, de 10% après 25 ans d'évolution.
- Le mode de vie joue aussi un rôle important : exposition au tabac, à l'alcool, régime riche en lipides saturés, manque d'exercice physique, surpoids.

Ces différents facteurs de risque permettent de classer la population en trois niveaux de risque :

- risque très élevé : patients atteints d'une polypose génétique
- risque élevé : antécédent familial de cancer colorectal avant 60 ans, MICI
- risque moyen : le reste de la population

Le CCR se développe longtemps en silence, sans symptômes particuliers.

Il se manifeste souvent à travers de signes cliniques et/ou fonctionnels peu spécifiques, jugés à tort comme « banaux » par les patients. Ces signes appartiennent souvent à la sphère digestive (troubles du transit-rectorragies). Des signes généraux (altération de l'état général-anémie ferriprive...) sont autant de signes d'alerte.

Ces signes imposent, d'autant que le patient a plus de 50 ans, une coloscopie totale après préparation soigneuse.

Le pronostic du cancer colorectal est directement lié au stade de découverte de la maladie.

Ce pronostic varie de 100% à 5 ans en cas de lésions précancéreuses (« polype ») à 5% en cas de lésion métastatique.

La découverte à un stade précoce est donc primordiale car elle modifie directement le pronostic de cette pathologie potentiellement effroyable.

Le cancer du côlon se développe le plus souvent à partir de la muqueuse colique.

Dans la majorité des cas il s'agit de la transformation maligne d'une tumeur bénigne le polype ou adénome.

La séquence adénome-cancer est bien documentée(3) :

- Les adénomes sont classés selon l'histologie et le degré de dysplasie. La durée de la séquence « adénome-carcinome » est en moyenne de 10 à 15 ans.
- La taille, le nombre d'adénomes, le type histologique (villeux) et le degré de dysplasie (haut grade) sont des marqueurs de transformation maligne.
- L'adénome avancé (Taille >10mm. Contingent villeux. Dysplasie de haut grade) est la cible du dépistage. Le diagnostic et l'exérèse endoscopique d'un adénome avancé permettent d'éviter sa progression quasi inéluctable vers le cancer.

Le dépistage et la prise en charge précoce du cancer colorectal constituent donc un enjeu majeur de santé publique.

Le dépistage organisé par recherche de sang dans les selles tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité s'adresse à la population à risque moyen entre 50 et 74 ans. En 2008 il a été organisé dans tous les départements français. Il utilisait le test Hémocult. Les taux de participation

restent insuffisants, inférieurs aux normes européennes. Le taux de participation en Haute Garonne est faible (22,6% sur la période 2013-2014) en dessous de la moyenne nationale. En 2014 le cahier des charges du dépistage organisé en population introduit l'utilisation d'un nouveau test en lieu et place du test Hémocult : le test immunologique de recherche de sang dans les selles.

Un des enjeux majeurs du dépistage est donc d'augmenter le taux de participation.

I. LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

A. Pourquoi un dépistage du cancer colorectal ?

Le dépistage doit répondre à un certain nombre de critères définis par l'O.M.S. comme les 10 principes servant au choix d'un programme de dépistage.

1. La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas, ...).
2. Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée.
3. Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.
4. La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.
5. Il existe un examen de dépistage efficace.
6. Il faut que le test utilisé soit acceptable pour la population : simple et sans danger
7. Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie.
8. Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.
9. Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins
10. Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes »

Le dépistage du CCR en population, organisé depuis 2008 sur l'ensemble du territoire français obéit à l'ensemble de ces critères.

1- La maladie dépistée doit constituer une menace grave pour la santé publique (fréquence de la pathologie, gravité des cas, ...).

Avec 42 152 nouveaux cas estimés en 2012 dont 55 % survenant chez l'homme, le cancer du côlon-rectum se situe, tous sexes confondus, au 3^{ème} rang des cancers les plus fréquents après le cancer de la prostate et le cancer du sein. Chez l'homme, le cancer du côlon-rectum se situe au 3^{ème} rang des cancers incidents masculins avec 23 226 nouveaux cas estimés en 2012. Chez la femme, il se situe au 2^{ème} rang (18 926 cas) derrière le cancer du sein.

- 42 152 nouveaux cas de cancer colorectal estimés en 2012 en France métropolitaine (23 226 hommes et 18 926 femmes).
- Taux d'incidence (standardisé monde) en 2012 = 38,4 pour 100 000 hommes et 23,7 pour 100 000 femmes.
- 17 722 décès par cancer colorectal estimés en 2012 en France métropolitaine (9 275 hommes et 8 447 femmes).
- Taux de mortalité (standardisé monde) en 2012 = 13,3 pour 100 000 hommes et 7,9 pour 100 000 femmes(4).

Sexe	1920	1925	1930	1935	1940	1945	1950
Homme	4,16	4,34	4,43	4,34	4,34	4,42	4,40
Femme	2,70	2,64	2,60	2,60	2,58	2,57	2,58

Tableau 2 : Risque de développer un cancer colorectal entre 0 et 74 ans selon le sexe et la cohorte de naissance en France

Chez l'homme, le risque de développer un cancer colorectal a augmenté entre les hommes nés en 1920 et ceux nés en 1930, puis a légèrement diminué pour ceux nés après 1930 pour se stabiliser. Ce risque a peu varié chez la femme.

La probabilité de développer un cancer colorectal entre 0 et 74 ans est près de 4,4% pour les hommes nés en 1950 et près de 2,6% pour les femmes de la même année de naissance.

Sexe	1920	1925	1930	1935	1940	1945	1950
Homme	1,95	1,88	1,75	1,56	1,39	1,40	1,33
Femme	1,17	1,05	0,95	0,88	0,81	0,78	0,76

Tableau 3 : Risque de décéder d'un cancer colorectal entre 0 et 74 ans selon le sexe et la cohorte de naissance en France

Aussi bien chez l'homme que chez la femme, le risque de décéder d'un cancer colorectal a diminué entre la cohorte née en 1920 et celle née en 1950 (-32% chez les hommes et -35% chez les femmes). La probabilité de décéder d'un cancer colorectal entre 0 et 74 ans est près de 1,3% pour les hommes nés en 1950 et près de 0,8% pour les femmes de la même cohorte(5).

Avec plus de 17000 morts par an, la mortalité du cancer colorectal est comparable au crash d'un Airbus A320 tous les 3 jours !

2- Il doit exister un traitement d'efficacité démontrée.

La prise en charge du cancer du côlon a fait l'objet de la publication de plusieurs recommandations. Celles de la Haute Autorité de santé et de l'Institut national du cancer, datent de 2011.

Quand le cancer est détecté à un stade précoce, on le guérit dans la grande majorité des cas (90 % de guérisons pour les stades I). Si le cancer est découvert tardivement, les chances de guérison sont beaucoup plus faibles (moins de 5 % de guérison au stade IV).

Le dépistage et le traitement à un stade précoce modifient donc clairement l'histoire naturelle de la maladie.

Le premier traitement est la chirurgie, qui permet d'enlever la tumeur et les ganglions environnants (curage ganglionnaire). Les cancers très superficiels sont parfois totalement réséqués par voie endoscopique, sans chirurgie complémentaire nécessaire s'il n'y a pas franchissement de la musculaire muqueuse.

On y associe des traitements adjuvants :

- Chimiothérapie, si le curage contient des métastases ganglionnaires ou s'il existe des métastases hépatiques ou pulmonaires.
- Radiothérapie si l'exérèse chirurgicale n'a pu être totale, avec reliquat tumoral individualisé sur un organe vital, essentiellement en cas de localisation rectale.

Dans le cas du cancer du bas et du moyen rectum, la présence de ganglions visibles sur le scanner ou l'échoendoscopie (donc une stadification N+) est une indication de radio-chimiothérapie préopératoire (dite néoadjuvante).

Par ailleurs, les cancers du haut rectum ont une prise en charge généralement identique à ceux du côlon(6).

3- Il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement.

La coloscopie totale est l'examen diagnostique de référence.

Les ressources en endoscopistes entraînés en France permettent la prise en charge des patients symptomatiques et/ou dépistés. Dans le cadre du programme de dépistage par test de recherche de sang dans les selles 1 250 000 coloscopies ont été réalisées en France en 2011(7).

La chirurgie colorectale est le traitement de référence.

La France est quadrillée de centres de référence en chirurgie digestive, tant par cœlioscopie, que par laparotomie.

Un taux d'incidence brute hospitalière a été calculé correspondant au nombre annuel de séjours chirurgicaux pour cancer colorectal par région sur la population estimée pour 100 000 habitants (chiffres PMSI 2001).

Ce taux moyen était estimé à 47,9 pour 100 000 compte tenu de la stabilité du nombre de séjours par année. Il variait de 30,8 pour 100 000 en Corse à 79,2 pour 100 000 dans le Limousin. L'activité du secteur privé était prépondérante dans les régions du sud de la France : Corse, 84,6 % de l'activité ; Paca, 60,9 % ; Languedoc-Roussillon, 60,9 % et Midi-Pyrénées, 60,0 %. Elle était en revanche la plus faible dans les régions de l'est de la France, telles que l'Alsace (29,9 %) et la Lorraine (38,4 %)(8).

4- La maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique.

Le colon est un organe profond. Les signes cliniques évocateurs de cancer colorectal sont banaux ou considérés comme tels par les patients (rectorragies imputées à un saignement hémorroïdaire, douleurs abdominales, modification du transit intestinal). De ce fait le diagnostic de tumeur colorectale est fait tardivement dans un contexte d'occlusion, d'anémie ferriprive, etc...Les chances de guérison sont alors considérablement diminuées dès que la tumeur est classée T3.

La séquence adénome-cancer est bien documentée. La probabilité cumulative de transformation cancéreuse d'un adénome de diamètre supérieur ou égal à 1 cm est de 2,5 % à 5 ans, 8 % à 10 ans et 24 % à 20 ans. L'angiogenèse, caractéristique de la transformation maligne des tumeurs, explique la propension de ces néoformations à saigner facilement. La recherche de sang occulte dans les selles est

donc un test performant pour mettre en évidence une tumeur à un stade précoce de développement, voir une tumeur bénigne susceptible de dégénérer.

5- Il existe un examen de dépistage efficace.

Le test de recherche de sang dans les selles utilisé dans le programme est un test immunologique. Il a remplacé le test au gaïac précédemment utilisé.

	TEST IMMUNOLOGIQUE	TEST AU GAIAC
<i>TECHNIQUE</i>	Ac anti globine humaine Spécifique humaine	Activité péroxidasique de l'hème Non spécifique humaine
<i>PERFORMANCES</i>	Sensibilité 70 à 85% Spécificité 95%	Sensibilité 50% Spécificité 98%
<i>LECTURE</i>	Automatisée reproductible Quantitative Seuil de positivité ajustable	Visuelle colorimétrique Qualitative
<i>PRELEVEMENTS</i>	1 prélèvement sur 1 selle	6 prélèvements sur 3 selles

Tableau 4 : Comparaison des tests fécaux immunologique et au gaïac

L'utilisation d'un test de recherche de sang dans les selles comme test de dépistage en population générale repose sur 4 études européennes et nord-américaines publiées dans les années 1990 et 2000 ayant démontré une réduction de mortalité en population générale(9–12). Dans l'étude française (cohorte de 91 000 personnes), la mortalité par cancer colorectal était inférieure chez les personnes ayant réalisé des tests au gaïac (11 tests) que dans la population non testée (OR : 0,87 ; IC : 95% 0,80-0,94. $p < 0,05$) La réduction était d'autant plus importante que les sujets faisaient le test pour la première fois versus ceux qui le réalisaient de façon récurrente : (OR : 0,67 ; IC : 95% 0,59-0,76. $p < 0,05$).

6- Il faut que l'épreuve utilisée soit acceptable pour la population.

Le test de recherche de sang dans les selles est un test non invasif, facile à faire chez soi, sans intervention de professionnel de santé. Il ne présente aucun danger pour la population cible.

Cependant la « manipulation » de selles est un sujet tabou dans notre culture. Le test immunologique n'utilise qu'un seul prélèvement, l'utilisation pratique est plus rationnelle, l'ensemble des éléments nécessaires étant fournis dans le « kit » remis par le médecin. Le packaging est ressenti par les utilisateurs comme plus « moderne » et rend la procédure plus « sérieuse » aux yeux des utilisateurs. Ces éléments permettent de penser que son utilisation sera plus facilement acceptée par la population concernée.

Une étude hollandaise publiée en 2008 rapportait ainsi un gain de l'ordre de 15 % de participation au dépistage pour les personnes ayant réalisé un test immunologique par rapport à celles ayant réalisé le test au gaïac(13).

7- Il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie.

La carcinogénèse colique a été documentée dans de nombreuses études. La séquence adénome-adénome avancé- cancer est admise.

La plupart des CCR se développent sur un adénome : on estime que dans les pays occidentaux à haut risque de CCR, 50 à 85 % des CCR naissent sur un adénome.

Tous les adénomes ne se transforment pas en cancer. Seule une minorité des adénomes, moins de 5 %, peut évoluer et se transformer en cancer. Le risque qu'un adénome se transforme en cancer dépend de 4 facteurs :

- **La taille de l'adénome** : le risque de trouver un foyer de cancer au sein d'un adénome de moins de 10 mm est inférieur à 1 %. Ce risque est de 10 % entre 10 et 20 mm et de 30 % au-delà de 20 mm.
- **Le nombre d'adénomes** : plusieurs études ont montré que la présence de nombreux adénomes était associée à un risque plus élevé de CCR.
- **Le type histologique des adénomes** : la présence d'un contingent vilieux (adénome vilieux ou tubulo-vilieux) augmente le risque de transformation maligne de l'adénome. Au contraire, un adénome sans contingent vilieux (adénome tubuleux) ne contient un foyer de cancer que dans 1 % des cas.
- **Le degré de dysplasie** : un adénome est par définition une dysplasie (synonyme néoplasie intraépithéliale). La dysplasie correspond à des anomalies cellulaires, nucléaires et cytoplasmiques associées à des anomalies architecturales de l'épithélium des glandes. Les anomalies sont progressivement croissantes, d'abord de bas grade puis de haut grade avec désorganisation architecturale marquée. L'apparition d'une dysplasie de haut grade témoigne des anomalies génétiques précoces de la transformation maligne(3).

Le délai entre l'apparition d'un adénome visible et sa transformation en cancer est long, de l'ordre de 9 à 12 ans(3).

8- Il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis.

La stratégie thérapeutique est définie en accord avec le patient et en lien avec le médecin traitant sur la base de l'avis rendu en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cet avis est présenté au patient au cours d'une consultation d'annonce et fait l'objet d'un accord mutuel. L'ensemble de ces éléments est consigné dans le programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient et adressé au médecin traitant.

Les options thérapeutiques sont définies en fonction du stade de la tumeur.

- L'endoscopie n'est plus seulement à but diagnostique mais également thérapeutique grâce à la miniaturisation d'outils chirurgicaux utilisables par voie endoscopique.

L'endoscopie permet de traiter sans limite de taille l'ensemble des lésions précancéreuses du tube digestif avec une morbi-mortalité et un coût largement inférieures à la chirurgie.

En cas de cancer superficiel l'endoscopie permet également un traitement curatif tant que celui-ci ne présente pas de critères péjoratifs avec un risque d'invasion ganglionnaire :

- Résection monobloc
- Marges saines
- Tumeur bien différenciée
- Absence d'embols vasculaires ou lymphatiques
- Infiltration dans la sous-muqueuse de moins de 1000 microns
- Absence de budding

En cas de facteurs de mauvais pronostic, une chirurgie complémentaire est nécessaire. Celle-ci est non impactée par la résection endoscopique préalable et permettra d'avoir un staging ganglionnaire précis.

- Pour tous les autres stades de tumeur non métastatique, la chirurgie est le traitement de référence des cancers du côlon chaque fois qu'elle est possible(14).

La découverte d'un CCR à un stade précoce permet donc à la fois la guérison du patient mais également la possibilité de bénéficier de traitement à moindre morbidité.

9- Il faut que le coût de la recherche des cas ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins

Le coût unitaire du test immunologique OC Sensor est supérieur à celui de l'Hémocult 1.50 € contre 1.16€. Le coût total de la procédure (envoi, lecture, retour est situé entre 5.7 et 9.75 € pour le test immunologique contre 6.80 € pour l'Hémocult.

Une étude néerlandaise de 2011 a comparé le rapport coût efficacité des différentes stratégies possibles (dépistage par iFOBT ou par gFOBT ou absence de dépistage de masse) en tenant compte également des économies induites sur le long terme. Un cancer dépisté précocement et curable coûtera beaucoup moins cher à la société qu'un cancer diagnostiqué à un stade avancé.

D'après cette étude le coût global du dépistage par test immunologique permettrait au final d'économiser 27 €/personne par rapport au test au Gaïac et 72 €/personne par rapport à l'absence de dépistage.

10- Il faut assurer la continuité d'actions dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes »

Le dépistage organisé du cancer colorectal en population générale s'inscrit dans les Plans Cancer gouvernementaux successifs. Il est généralisé à la France entière et à ses DOM-TOM depuis 2008. Cette action de Santé Publique coordonnée par les instances de l'Etat dispose d'un budget pérenne.

De par son organisation à l'échelon national elle peut être considérée comme unique en Europe.

On peut noter qu'il existe des recommandations européennes pour la mise en place à l'échelon des pays de l'UE d'un dépistage de la population.

« For this reason, the evidence-based European Code Against Cancer recommends that men and women from 50 years of age should participate in colorectal screening. This has been given effect

within the EU by the 2003 Council Recommendation on cancer screening. Making this screening effective, in turn, depends on appropriate quality assurance at all levels. That is the aim of the "European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis". These guidelines, the result of tireless efforts over many years by a wide range of European experts, represent a major achievement, with the potential to add substantial value to the efforts of the Member States to improve control of colorectal cancer. »

B. Le dépistage individuel : la coloscopie

De nombreuses études montrent que la coloscopie avec ou sans polypectomie est un outil performant pour le dépistage et la prévention du CCR à titre individuel en réduisant durablement, pendant 10 à 15 ans, son incidence et sa mortalité.

Publiée en 2014 une méta analyse a montré une réduction de la mortalité par CCR de 67% plus marquée pour le cancer du côlon distal que du côlon proximal, mais toujours significative. Dans cette étude l'incidence du CCR était également significativement diminuée de 59%.

Une coloscopie de prévention peut donc être réalisée à titre individuel chez un sujet âgé de plus de 50 ans à risque moyen après information sur ses avantages et inconvénients et avec son consentement éclairé(15).

Un programme de dépistage individuel par coloscopie est proposé dans les suites de la coloscopie initiale.

- Si la coloscopie initiale ne retrouve aucune lésion ou une lésion bénigne non susceptible de dégénérer (adénome tubuleux en dysplasie de bas grade, de taille <1cm, et en nombre <3) le sujet sera invité à un nouveau test de recherche de sang dans les selles 5 ans après.
- L'intervalle entre deux coloscopies (3 ans ou 5 ans) est fonction des caractéristiques des lésions notées à l'examen initial. Un protocole de surveillance post-polypectomie a été éditée, élaboré sur la base des recommandations britanniques (UK 2010) américaines (US 2012) et européennes (EU 2012)(16–18).

Cette stratégie dont l'efficacité n'est pas remise en cause est adoptée par un nombre significatif de patients, souvent mobilisés en raison de la découverte d'un cas de CCR dans leur entourage.

Le système d'information de la CNAM ne permet pas de faire le compte exact des coloscopies réalisées à titre de dépistage (en dehors de tout symptôme) chez des sujets à risque moyen. Sur les 17,7 millions personnes âgées de 50 à 74 ans en France, celles les plus concernées par la survenue d'un cancer colorectal, on estime en 2012 :

- Que 5 millions d'entre elles ont bénéficié du dépistage organisé (test au gâïac réalisé à domicile suivi d'une coloscopie de diagnostic en cas de positivité du test),
- Que près de 3,5 millions de plus ont bénéficié d'une coloscopie de dépistage ou de diagnostic au cours des 5 dernières années(19).

Cette stratégie est également adoptée dans un certain nombre de pays européens, et aux USA dans le cadre de contrats de santé assurantiels.

Ce dépistage individuel doit être également proposé à la population à risque élevé, en particulier pour les patients avec des antécédents familiaux au premier degré de CCR avant 65 ans. La première coloscopie devra être réalisée à 45 ans ou 5 ans avant l'âge du cas index. Le rythme de surveillance par coloscopie sera ensuite dicté par les résultats des coloscopies successives.

C. Le dépistage organisé « de masse » en population en France(20)

Les modalités du dépistage organisé du CCR ont été explicitées dans un document de référence publié au Journal Officiel de la République Française (n°0230 du 4 octobre 2014 page 16186 texte n° 24).

Il s'agit de l'Arrêté **du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal(21)**

Modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006.

- **Population cible et exclusion**

- **La population cible définie est la population à risque moyen de CCR.**

Le dépistage du cancer colorectal, par la recherche de sang occulte dans les selles, ayant fait la preuve de son efficacité en population générale, est proposé aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal. Il repose sur la mise en œuvre d'une méthode immunologique quantitative de recherche de sang dans les selles sur prélèvement unique. Les personnes de la tranche d'âge concernée sont invitées à réaliser cet examen tous les deux ans.

- *Les exclusions*

Population à risque élevée ou très élevée :

Les personnes à risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal (voir ci-dessous) se voient proposer par un médecin une autre modalité de dépistage, de diagnostic ou de surveillance selon la nature du risque et les recommandations de bonnes pratiques cliniques en vigueur (incluant notamment une coloscopie voire, en cas de risque très élevé, une consultation d'oncogénétique). Dans la mesure du possible, ces personnes ne doivent pas être invitées à participer au programme de dépistage organisé.

Le niveau de risque élevé ou très élevé est établi dès lors qu'il y a :

- Antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal
- Maladies inflammatoires chroniques intestinales (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)
- Antécédent familial au premier degré d'adénome > 10 mm de diamètre survenu avant 65 ans
- Antécédent familial de cancer colorectal :
 - Un parent du premier degré avant 65 ans ;

- Deux parents ou plus du premier degré quel que soit l'âge ;
- Polypose adénomateuse familiale
- Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch).

Population symptomatique :

Les personnes présentant une symptomatologie évocatrice de cancer colorectal, d'apparition récente, ne relèvent pas d'une action de dépistage mais d'une prise en charge adaptée au diagnostic et à l'entrée en soins.

Cas particuliers

- Sont inéligibles pour cinq ans :
 - Les personnes chez lesquelles une coloscopie totale a été réalisée.
- Sont inéligibles pour deux ans :
 - Les personnes chez lesquelles ont été réalisés un colo-scanner seul ou une coloscopie incomplète suivie d'un colo-scanner (sous réserve d'un avis médical)
 - Les personnes chez lesquelles a été réalisée une recherche de sang occulte dans les selles, par une autre modalité que la méthode immunologique quantitative de recherche de sang dans les selles.

- **Le test immunologique**

Le test immunologique repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps.

- **Il est performant** : sa sensibilité est supérieure à l'ancien test Hémocult et permet une meilleure détection des cancers et des lésions précancéreuses. Il détecte 2 fois plus de cancers et 2,5 fois plus d'adénomes avancés au seuil de positivité retenu pour le démarrage du programme (4%).
- **Il est fiable** : le test ne peut pas être rendu positif par l'hémoglobine animale issue de l'alimentation par exemple. La lecture automatisée de ce test garantit également une grande fiabilité. Cela permet notamment de limiter le nombre de faux positifs.
- **Il est simple** : le test immunologique de dépistage des cancers colorectaux est pratique d'utilisation car il ne nécessite qu'un seul prélèvement de selles contre six précédemment. La meilleure ergonomie du test par rapport au précédent devrait permettre d'améliorer son acceptabilité par la population.

- **La coloscopie**

La coloscopie est un examen visuel de l'ensemble du colon, voir des premières anses grêles. Elle est réalisée la plupart du temps sous anesthésie générale de courte durée par un gastro-entérologue formé et expérimenté.

Elle est réalisée avec un endoscope : tube souple muni d'une caméra à son extrémité distale. La progression de l'endoscope est suivie sur un écran de monitoring.

L'endoscope comporte un canal opérateur, qui permettent le passage de différents instruments utilisés pour biopsier, enlever des polypes, réaliser des injections.....

La procédure est rigoureuse, dans une salle dédiée (bloc d'endoscopie) équipée de l'ensemble du matériel nécessité par un acte invasif, sous anesthésie. La présence d'une aide endoscopiste est essentielle.

La coloscopie est un acte ambulatoire. En dehors de tout incident ou de la nécessité d'une surveillance particulière, le patient peut sortir au bout de quelques heures, en accord avec l'anesthésiste.

Une information préalable du patient est recommandée. Elle permet d'explicitier la technique, les éventuels incidents et/ou rares complications. Elle insiste sur la nécessité d'une préparation rigoureuse (régime sans résidus-purges orales et/ou lavements évacuateurs) afin d'assurer la vacuité du colon. La préparation est une étape importante de la coloscopie de dépistage.

Le gastro-entérologue rédige un compte rendu qui explicite l'ensemble de la procédure :

- Etat de la préparation : score de Boston
- Progression de l'endoscope
- Description des différents segments
- Procédures réalisées : biopsies, polypectomies, mucosectomies
- Eventuels incidents et/ou complications.
- Conduite à tenir.

Les biopsies et les polypes enlevés au cours de la procédure sont confiés à l'anatomopathologiste.

Dans le cadre du dépistage organisé le taux de complications rapporté est faible. Le taux de perforation a été de 0,075 % (quatre départements) et d'hémorragie de 0,18 % (1 département). Sur 11 études (méta-analyse de 27 704 sujets), trois décès dans les 30 jours suivant la coloscopie et non liés au geste ont été observés.

La coloscopie est un acte de dépistage mais est également le seul acte de prévention disponible à l'heure actuelle. Effectivement la résection endoscopique de l'ensemble des lésions précancéreuses diminue l'incidence du cancer colorectal.

- **Organisation du dépistage organisé**

La mise en œuvre du dépistage organisé tant du CCR, que du cancer du sein a été confiée à des structures de gestion départementales, sur l'ensemble du territoire français (DOM et TOM compris). Certaines structures ont en charge deux départements, quand ceux-ci ont une faible population.

Ces structures ont une autonomie de fonctionnement. Leurs missions sont définies dans le cahier des charges des dépistages, publié au Journal Officiel.

Leur statut juridique est différent suivant les départements : statut associatif, Groupe d'Intérêt Public, statut d'œuvre de caisse.

Leur budget sous la supervision des Agences régionales de Santé (ARS), est fourni par les Caisses d'Assurance Maladie et l'Etat.

Le cahier des charges définit(22) :

- ***La stratégie d'invitation de la population éligible***

Les invitations par la structure de gestion sont effectuées à partir des fichiers transmis trimestriellement par l'ensemble des caisses d'Assurance Maladie. Les fichiers contiennent les données administratives de la population cible : hommes et femmes âgées de 50 à 74 ans. Ils sont importés après traitement (dédoublonnage...) dans la base de données du logiciel métier de la structure (en Haute Garonne logiciel Néoscope d'Epiconcept).

La base de données de la structure est enrichie des informations reçues, lors des campagnes précédentes (Exclusion définitive ou temporaire. Résultats de suivis éventuels...)

La structure de gestion invite la population cible à aller chercher un kit de dépistage chez son médecin traitant à l'occasion d'une consultation.

La lettre d'invitation (modèle proposée par l'INCa) comprend :

1. Nom Prénom Date de naissance Adresse de la personne
2. Une grande étiquette permettant d'identifier la fiche de renseignement jointe au tube de prélèvement du kit.
3. Une petite étiquette permettant d'identifier le tube de prélèvement.
4. Un emplacement permettant d'expliciter les éventuels refus de participation, les exclusions définitives et/ou temporaires...Il s'agit de la réponse postale. Ces informations sont traitées par la structure de gestion et enrichissent la base de données.

- ***La remise du test par le médecin traitant***

Le médecin traitant :

1. Évalue avec le patient son niveau de risque en fonction de ses antécédents personnels et/ou familiaux.
2. Explicite l'intérêt et les limites du test de dépistage, le suivi en cas de positivité.
3. Remet le kit à la personne. Le médecin dispose de tests qu'il commande sur le site Améli Pro à l'aide de ses codes d'accès. Les kits reçus sont ainsi pré-identifiés au nom et à l'adresse du médecin, qui recevra les résultats.
4. Explique les modalités pratiques du test et s'assure de l'identification des documents et du tube soit à l'aide des étiquettes fournies par l'invitation soit en l'absence d'invitation de façon manuscrite.

- ***La lecture des tests***

Elle est centralisée (laboratoire Cerba).

Les normes de qualité sont strictes : conformité de la tranche d'âge, identification du prélèvement et de la fiche associée, intégrité du prélèvement.

Les tests reçus non conformes sont classés « non analysable »

Il s'agit d'une lecture automatisée.

Le seuil de détection est programmé et peut être changé, en fonction des premières évaluations.

- ***L'envoi des résultats et le suivi***

Les résultats de l'examen sont adressés aux personnes, aux médecins traitants identifiés et aux structures de gestion concernées conformément au cadre légal de transmission des données de santé à caractère personnel (autorisation CNIL).

Envoi des résultats :

Le laboratoire Cerba envoie le résultat de la lecture du test (Positif ou Négatif ou Non analysable) au patient et au médecin traitant identifié sur la fiche d'identification.

Ce résultat est validé et signé par un biologiste et transmis dans les 24 heures après lecture.

En cas de « non analysable » un compte rendu spécifique est envoyé joint à un nouveau kit de dépistage.

Les résultats sont transmis aux structures de gestion dans un délai de 48 heures sous un format électronique spécifique et sécurisé.

En cas de NPAI (courrier non distribué), en particulier si le test est positif, le laboratoire alerte de façon spécifique la structure de gestion.

Suivi des tests :

La structure de gestion est en charge du suivi des tests effectués. Elle collige auprès des professionnels de santé concernés (médecins traitants, gastro-entérologues, anatomopathologistes, chirurgiens, oncologues) les comptes rendus des différents examens réalisés après un test positif.

Après un test négatif, la personne est invitée deux ans après à réaliser un nouveau test, en l'absence d'information reçue justifiant d'une exclusion : invitation programmée.

Après un test positif et en cas de non réception d'un compte rendu de coloscopie, la personne reçoit à un an un courrier de relance. De principe une collaboration étroite est nécessaire avec les médecins traitants et/ou les gastroentérologues pour éviter les « perdus de vue » et/ou les « refus ».

La structure de gestion envoie chaque année au médecin traitant les résultats en termes de participation et les suivis réalisés en cas de test positif

- ***L'évaluation du programme***

Santé Publique France (ex InVS) est en charge de l'évaluation et du pilotage du programme.

Elle interroge la structure de gestion, qui fournit des données individuelles anonymisées (tests de conformité sur la base de données. Requêtes informatiques spécifiques).

Elle produit les indicateurs nécessaires à l'évaluation du programme.

La structure de gestion fournit annuellement à l'Assurance Maladie et à l'ARS les données agrégées pour le calcul des indicateurs d'activité du département.

D. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage

Le passage au TIF a permis de recentrer le dépistage organisé.

Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage :

- Le médecin généraliste a à sa disposition des kits de test qu'il a commandés sur son espace Ameli Pro et qui sont identifiés à son nom.
- Le médecin explique et remet le test si son patient appartient à la population cible (risque moyen) ou l'oriente vers la stratégie la plus adaptée en fonction de ses antécédents personnels ou familiaux, de la présence de symptômes d'alerte et d'éventuelles explorations coliques déjà réalisées.
- Lors de la remise du kit de dépistage, le médecin l'informe des modalités de réalisation du test à domicile, sur les limites et les bénéfices du test. Il veille à ce que les étiquettes d'identification soient utilisées.
- Il reçoit les résultats des tests réalisés et oriente son patient vers la coloscopie si le test est positif.

La relation de confiance entre le médecin et son patient lui donne une force de conviction unique pour présenter l'intérêt du dépistage, ses modalités de réalisation pratique mais aussi pour identifier les freins au dépistage présents chez un certain nombre de personnes.

Trois principaux freins au dépistage du CCR ont été identifiés :

- La méconnaissance du cancer colorectal et de son dépistage,
- La gêne éprouvée à l'égard de ce cancer, des modalités de ce dépistage, de la sphère digestive en général
- Mais aussi le sentiment de ne pas être concerné par ce dépistage et/ou la volonté de ne pas se sentir concernés.

Le dépistage du cancer colorectal met en lumière l'évolution du rôle du médecin traitant qui inscrit sa pratique dans une démarche de prévention versus une démarche de soins. Cette démarche de prévention nécessite d'impliquer le patient et le motiver (patient non demandeur) ou de l'accompagner (patient demandeur).

Près de 9 personnes sur 10 déclarent avoir effectué le test de dépistage lorsqu'il a été expliqué et remis par le médecin traitant au cours de la consultation.

E. Problématique de la participation(23)

Du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014, 16 millions d'hommes et de femmes sur une population estimée de 18.4 millions de personnes âgées de 50 ans à 74 ans ont été invités à participer au programme.

Près de 5 millions ont réalisé un test, ce qui représente un taux de participation de 29,8 %. Ce taux reste inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45 % de participation, et loin derrière le taux souhaitable de 65 %(24).

Les femmes adhèrent davantage au programme que les hommes (31,5 % contre 27,9 %, respectivement), quelle que soit la classe d'âge observée. Le taux de participation augmente avec l'âge

chez les hommes comme chez les femmes. Il augmente chez les hommes de 23,8 % entre 55-59 ans à 36,1 % à 70-74 ans et chez les femmes de 27,8 % entre 50-54 ans à 37,1 % entre 70-74 ans.

Les taux de participation sont différents selon les départements de 46.6% dans le Haut Rhin à moins de 20% pour certains départements. Ces chiffres doivent être pondérés en raison de la mise en œuvre différenciée de la directive nationale du 6 octobre 2014, invitant les structures de gestion des dépistages organisés des cancers à anticiper l'arrêt de la distribution des tests au gâiac à partir du début du mois de novembre 2014.

Les exclusions doivent être régulièrement renseignées et le plus exhaustives possibles pour assurer la qualité du programme. Ce taux d'exclusion est de 12,6 %. Il existe de grandes disparités interdépartementales du taux d'exclusion médicale, notamment en raison de la difficulté dans le recueil des informations médicales dans certains départements. L'estimation de la fraction de la population éligible qui a été dépistée paraît être une alternative, et permet de pondérer le taux de participation estimé pour une période donnée, par le taux de couverture du programme d'invitation (proportion de la population éligible invitée durant le même temps). Sur la période 2013-2014, la fraction de la population éligible qui a été dépistée est estimée à 32,1 %.

Plus de cinq ans après la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal à l'ensemble du territoire, la participation reste inégale entre les départements, et toujours très insuffisante au regard du référentiel européen en matière de dépistage organisé du cancer colorectal.

De nombreuses études en médecine générale ont cherché à identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et à mettre en évidence les facteurs associés à la participation tant des patients que des médecins au dépistage du cancer colorectal.

Les médecins sont investis dans le dépistage. Ils estiment que les actes de dépistage sont dans leurs attributions. Cependant il existe des « forts » et des « faibles » prescripteurs du dépistage organisé. Le principal obstacle soulevé par les médecins généralistes est celui du temps explicatif préalable à la prescription du test : temps nécessaire pour informer et éduquer, temps nécessaire pour expliquer le test et répondre aux questions, temps pour distribuer le test, temps pour penser au dépistage(25).

Pour répondre à cette problématique du temps disponible par les médecins généralistes, en dehors d'une consultation spécifique de prévention dont la mise en place est annoncée, les structures de gestion des dépistages se positionnent en structures aidantes, notamment avec l'envoi annuel de listing colligeant les noms des patients de la patientèle déclarée de chaque médecin traitant et de leur statut par rapport aux dépistages organisés. Cette liste a pour vocation à être un aide-mémoire. L'efficacité d'une telle démarche a été démontrée(26).

Le principal frein à la participation au dépistage avec le test Hémocult mis en évidence dans les Alpes Maritimes était côté patient l'absence de proposition du médecin et côté médecin une représentation erronée des opinions des patients. Ainsi le test pour 61% des patients n'a pas jugé être difficile à réaliser(27). Une communication ciblée vers les médecins participant le moins (visite du médecin de la structure- proposition d'un accompagnement par un professionnel de santé-aide à l'utilisation d'une page web dite d'Eligibilité) a été également jugé efficace dans une étude dans le Val de Marne(28).

II. TRAVAIL DE THESE : ANALYSE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION N'AYANT PAS PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE DU CCR PAR TEST HÉMOCCULT ET AYANT PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE PAR TEST IMMUNOLOGIQUE EN HAUTE-GARONNE

A. INTRODUCTION

L'incidence du cancer colorectal en France est de 43 000 nouveaux cas (projections 2015). Il se situe au 3^{ème} rang des tumeurs les plus fréquentes chez l'homme (après le cancer du poumon et de la prostate) et au 2^{ème} rang (après le cancer du sein) chez la femme.

Dans plus de 90% des cas le diagnostic survient après 50 ans. Sa mortalité est élevée, plus de 17 000 morts par an en France. Il est le deuxième cancer le plus meurtrier chez l'homme après le cancer du poumon et le troisième chez la femme après les cancers du sein et du poumon.

Son pronostic étant directement en lien avec son stade au diagnostic, des stratégies de dépistage ont été élaborées et validées au niveau scientifique et économique pour tenter de dépister plus de patients à des stades précancéreux (polypes) ou cancéreux débutants et diminuer ainsi la mortalité en lien avec le cancer du côlon. Il représente un véritable problème de santé publique.

La stratégie de dépistage validée en France consiste en un dépistage par recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans de 50 à 74 ans chez les patients à risque moyen servant de sélection pour une coloscopie en cas de positivité du test. Une telle stratégie permettrait de réduire la mortalité du cancer colorectal de 15 à 20% sous réserve d'atteindre une participation de la population supérieure à 50%.

Malheureusement, les taux de participation restent inférieurs à ce chiffre de 50% et plutôt en baisse au fil des ans : 29,8% sur la période 2013-2014.

Le taux de participation en Haute Garonne est faible à 22,6% sur la période 2013-2014 en dessous de la moyenne nationale.

Depuis Avril 2015 un nouveau test est disponible : le test immunologique fécal (FIT). La même population est ciblée, cependant le test étant à la fois plus efficace et plus simple de réalisation, l'acceptabilité devrait être meilleure et les taux de participation en augmentation comme il a déjà été montré dans d'autres pays européens l'ayant adopté avant la France pour leurs campagnes de dépistage.

Beaucoup d'études ont évalué de façon isolé les freins ou les motifs de participation aux campagnes de dépistage du cancer colorectal. Peu d'études ont analysé les motifs de participation à une nouvelle campagne chez des gens n'ayant pas participé à des campagnes ultérieures et ainsi déterminé d'éventuels facteurs ayant pu faire modifier leur comportement.

L'objectif principal de notre étude était d'analyser les facteurs ayant motivé à participer à la nouvelle campagne de dépistage par test immunologique fécal chez une population n'ayant jamais participé aux anciennes campagnes de dépistage par Hémocult.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'acceptabilité en Haute-Garonne du test immunologique, d'analyser les caractéristiques socio-démographiques de cette population dite de « nouveaux participants » et d'analyser le rôle du médecin traitant sur la motivation de cette population à participer à la nouvelle campagne de dépistage par test immunologique fécal.

In fine, l'objectif d'une telle étude sur une population cible particulière, est d'essayer d'individualiser des leviers éventuels pour aider les médecins traitants et les structures départementales de gestion pour « recruter » de nouveaux participants et atteindre le taux de participation de 50% nécessaire pour obtenir une baisse significative de la mortalité du cancer colorectal.

B. MÉTHODES

1- Population cible (figure 1 : détermination de la population cible et diagramme des flux)

La population retenue a été choisie sur des critères volontairement restrictifs :

- Hommes ou femmes éligibles au dépistage par test de recherche de sang dans les selles
- Agés de 50 à 75 ans
- Assurés des caisses d'Assurance Maladie de la Haute Garonne
- Présents au fichier de DOC31
- N'ayant jamais participé au dépistage par Hémocult
- Ayant été invité et relancé au moins à deux campagnes successives
- Et ayant participé au dépistage par TIF.

Cette population nous a paru la plus intéressante à interroger sur les raisons l'ayant amené à changer d'attitude vis-à-vis du dépistage.

Une requête informatique a été réalisée, interrogeant la base de données de la structure de gestion de dépistage de Haute-Garonne (DOC31) selon les critères définis ci-dessus. Un échantillon a été tiré au sort à partir de l'extraction effectuée à partir de la méthode de l'aléa. Chaque dossier individuel consulté correspond donc à l'ensemble des critères énoncés ci-dessus.

Le questionnaire a été ensuite réalisé soit par voie téléphonique, soit par mailing.

2- Echantillonnage

Pour pouvoir analyser de façon statistique le nombre important de critères qualitatifs répertoriés par le questionnaire, un nombre de questionnaire nécessaire à 200 a été calculé. Pour qu'il soit le plus représentatif de la population ciblée par le dépistage du cancer colorectal, une stratification sur l'âge et le sexe a été réalisée.

3- Questionnaire (Annexe)

Le questionnaire a été élaboré par la faculté de médecine de Rennes pour la thèse de médecine du Dr F. Le Pimpec avec l'équipe du Pr Jean-François Bretagne (ADECI35 - Association de Dépistage des Cancers en Ile et Vilaine). Ceux-ci nous ont autorisés à utiliser le même questionnaire pour notre étude en Haute-Garonne.

Le questionnaire a été élaboré selon la méthodologie utilisée en sciences sociales.

Une analyse précise a été portée envers les facteurs influençant à la participation aux campagnes de dépistage et déjà rapportés dans la littérature sur le sujet.

Une première partie vérifiait les critères d'inclusion.

La deuxième partie permettait d'obtenir des données socio-démographiques et socio-professionnelles. La profession était classée selon la classification des catégories socio-professionnelles de l'Insee (Tableau 5) et le capital scolaire par le code des niveaux de diplôme de l'Insee (Tableau 6).

La troisième partie du questionnaire portait sur les freins à la participation aux campagnes successives Hémocult et sur les motifs de participation à la nouvelle campagne du test immunologique.

Il était demandé au sujet de classer en « Raison principale », « Raison », « Pas une raison » différentes affirmations concernant les motivations de réalisation ou de non réalisation du test de dépistage.

La quatrième partie analysait un éventuel changement de mode de vie puis les modifications éventuelles liées au médecin traitant.

Catégories socio professionnelles
Agriculteurs exploitants
Artisans Commerçants Chefs d'entreprise
Cadres et professions intellectuelles supérieurs
Professions intermédiaires
Employés
Ouvriers
Autres sans activité

Tableau 5 : classification des catégories socio-professionnelles de l'INSEE

Groupe 1

- Aucun diplôme dont
- . Pas de scolarité ou scolarité achevée avant la fin de l'école primaire,
- . Scolarité suivie jusqu'à la fin de l'école primaire ou achevée avant la fin du collège,
- . Scolarité jusqu'à la fin du collège ou au-delà ;
- Certificat d'études primaires (CEP) ;
- BEPC, brevet élémentaire, brevet des collèges, DNB ;

Groupe 2

- CAP, BEP ou diplôme de niveau équivalent ;

Groupe 3

- Baccalauréat, brevet professionnel dont
- . Baccalauréat général ou technologique, brevet supérieur, capacité en droit, DAEU, ESEU
- . Baccalauréat professionnel, brevet professionnel, de technicien ou d'enseignement, diplôme équivalent ;

Groupe 4

- BTS, DUT, Deug, Deust, diplôme de la santé ou du social de niveau bac+2, diplôme équivalent ;

Groupe 5

- Licence, licence professionnelle, maîtrise, diplôme équivalent de niveau bac+3 ou bac+4 ;
- Master, DEA, DESS, diplôme de grande école de niveau bac+5, doctorat de santé ;
- Doctorat de recherche (hors santé).

Tableau 6 : code des niveaux de diplôme de l'Insee

4- Recueil de données

Le recueil de données s'est fait de façon parallèle par mailing et téléphone.

400 personnes ont été contactés par téléphone pour obtenir 79 réponses tandis que parallèlement le mailing ramenait 528 réponses en un mois et demi. Il a alors été décidé d'abandonner le recueil par téléphone pour des raisons organisationnelles à la vue du temps nécessaire pour constituer une base de données acceptable.

Le recueil des données a été réalisé entre le 15/01/2017 et le 30/04/2017.

5- Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées par le Dr Albessard au moyen du logiciel Stata. Le degré de significativité retenu pour l'ensemble des analyses a été fixé à 0,05. Les analyses ont été conduites et présentées selon les recommandations STROBE (The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology).

Comme il s'agit d'analyses descriptives un diagramme de flux des patients est présenté. Les variables qualitatives sont décrites en utilisant les effectifs et pourcentages. Les variables qualitatives ont été comparés en utilisant le test du Chi2 ; les variables quantitatives ont été comparés avec le test t de Student.

Un test d'indépendance a été effectué pour chacun des freins et motifs sur le genre, la classe d'âge et le lieu de résidence (X2 au seuil de 5%). Un critère était identifié comme frein ou motif s'il avait été désigné comme raison ou raison principale au comportement afin d'obtenir un effectif suffisant pour chaque motif. Une analyse des motifs de participation a été réalisée sur la sous-population des femmes déclarant participer au dépistage du cancer du sein.

Une base de données Excel similaire à celle utilisée pour l'étude en Ille-et-Vilaine a été utilisée pour pouvoir comparer dans un travail ultérieur les résultats et avoir des résultats utilisables pour une éventuelle publication scientifique.

C. RESULTATS

1) POPULATION CIBLE (Tableau 7)

En Haute-Garonne, 250 857 personnes n'ont jamais participé au dépistage du CCR par Hémocult avant la nouvelle campagne par FIT. 207 866 n'ont jamais été exclues parmi cette population.

La requête informatique a identifié dans cette population 4876 sujets ayant participé au FIT au 30/05/2016 dans la base de données de la structure de gestion de doc 31. (Diagramme des flux : Figure 1)

Un échantillon de 1999 personnes a été tiré au sort (utilisation de la fonction rand). Un mailing a été réalisé par DOC 31 entre le 1^{er} et le 20 décembre 2016.

En parallèle nous avons obtenu 79 réponses par appel téléphonique sur l'échantillon des 1999 noms. En moyenne il a fallu 8 appels sortants pour un questionnaire rempli.

Le mailing a été réalisé au début de la période des appels téléphoniques avec une efficacité rapide et importante ayant motivé pour des raisons organisationnelles l'arrêt du questionnement téléphonique beaucoup plus chronophage.

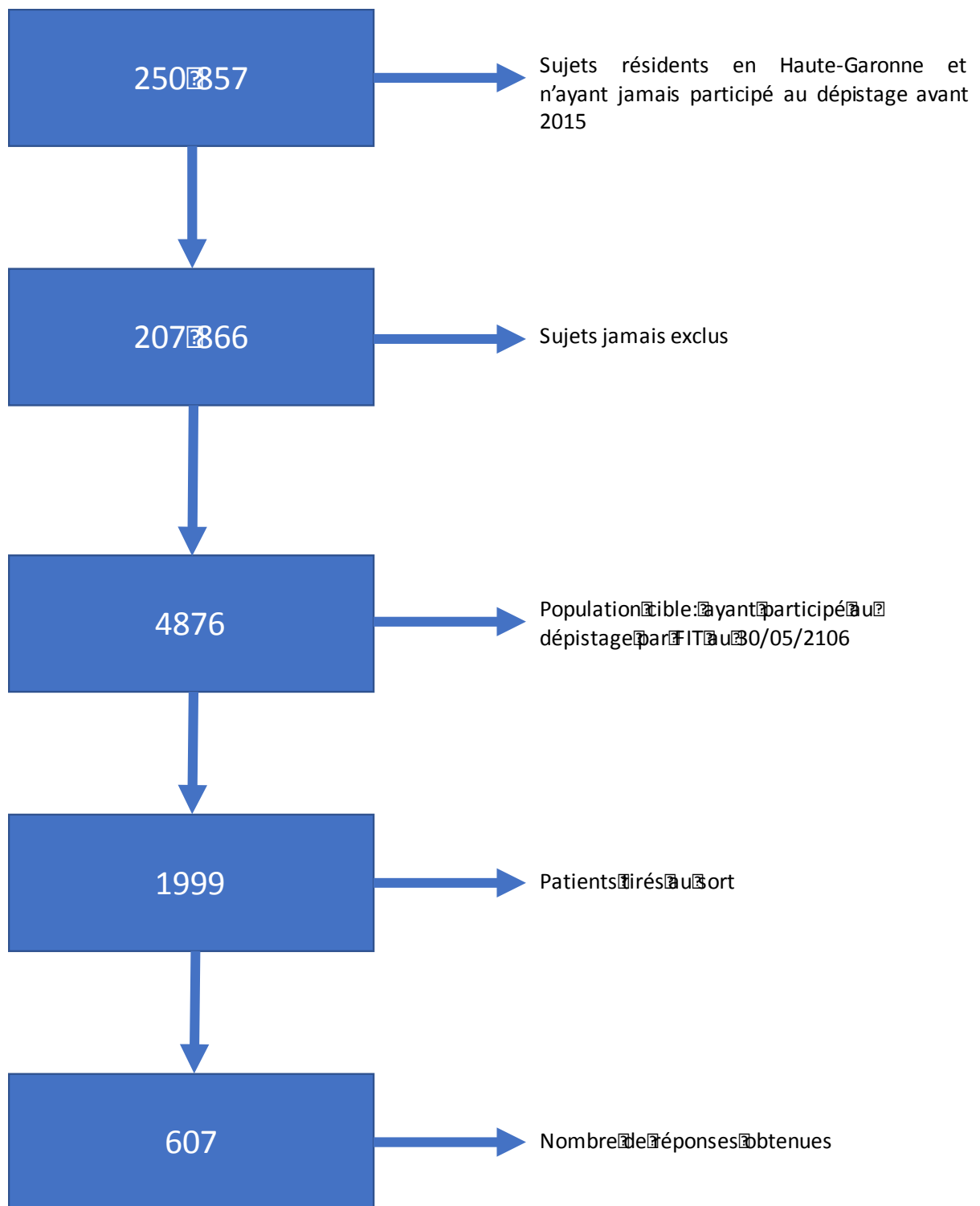


Figure 1 : Détermination de la population cible et diagramme des flux

a) Caractéristiques démographiques

La population cible de notre fichier source (1999 personnes) était composée de 1999 personnes dont 50,88% d'hommes et 49,12% de femmes.

10,75% de cette population était âgé de 70 à 75 ans,
25,27% de 65 à 69 ans, 27,77% de 60 à 64 ans,
31,57% de 55 à 59 ans et 4,65% de 50 à 54 ans.

528 personnes sur les 1920 personnes interrogées ont répondu au mailing soit 27,5%
79 personnes sur les 400 appelés ont répondu au questionnaire par téléphone soit 19,8%.

Au total 607 personnes ont pu être interrogés et inclus dans notre étude.

Notre population d'étude comportait significativement plus de femmes que la population cible du 28 novembre 2016 (55,02% vs 49,12% $p=0,01$) et donc moins d'hommes (44,97% vs 50,88% $p=0,01$)

Au niveau de la répartition par classes d'âge il n'existait pas de différence significative pour les classes d'âge de 55-59 ans, 60-64 ans, 65-69 ans avec dans notre étude :

- 65-69 ans : 26,52% (161)
- 60-64 ans : 26,68% (162)
- 55-59 ans : 25,69% (156)
-

Par contre notre population comportait de façon significative une plus forte représentation de la tranche 70-75 ans (20,58% vs 10,75% $p<0,001$) et une moins forte représentation de la classe d'âge 50-54 ans (0,48% vs 4,65% $p<0,001$)

La grande majorité des sujets résidaient en milieu urbain 86,8% (527) et 82,5%(501) des personnes de notre population résidait dans une agglomération de plus de 500 000 habitants (Toulouse).

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION			
	Fréquence Théorique (n=1999)	Fréquence observée (n=607)	
Femmes	49,12% (982)	55,02% (334)	<i>p=0,01</i>
Hommes	50,88% (1017)	44,97% (273)	
Age	62,7	64,1	<i>p<0,05</i>
70-75			
Total	10,75% (215)	20,58% (125)	<i>p<0,001</i>
F	5,45% (109)	11,03% (67)	<i>p=0,6</i>
H	5,3% (106)	9,55% (58)	
65-69			
Total	25,27% (505)	26,52% (161)	<i>p=0,6</i>
F	12,11% (242)	14,99% (91)	<i>p=0,057</i>
H	13,16% (263)	11,53% (70)	
60-64			
Total	27,77% (555)	26,68% (162)	<i>p=0,69</i>
F	13,41% (268)	13,83% (84)	<i>p=0,42</i>
H	14,36% (287)	12,85% (78)	
55-59			
Total	31,57% (631)	25,69% (156)	<i>p=0,04</i>
F	15,11% (302)	14,82% (90)	<i>p=0,03</i>
H	16,46% (329)	10,87% (66)	
50-54			
Total	4,65% (93)	0,48% (3)	<i>p<0,001</i>
F	3,05% (61)	0,32% (2)	<i>p=0,97</i>
H	1,6% (32)	0,16% (1)	
Lieux de vie			
AU > 500 000		82,5% (501)	
AU de 25000 à 35000		2,8% (17)	
AU < 15000		1,5% (9)	
0		2,8% (17)	
DN		12% (73)	
Rural		86,8% (527)	
Urbain		2,8% (17)	
DN		12% (73)	

Tableau 7 : Caractéristiques démographiques de la population

b) Caractéristiques socio-professionnelles

La répartition par activité, catégorie socio-professionnelle et niveau de diplôme est exposée dans le tableau 8.

L'échantillon est composé de 61,78% (375) de retraités et de 35,91% (218) d'actifs. 2,31% (14) sont non actifs mais non retraités.

31,63% (192) des personnes ayant rempli le questionnaire n'ont pas répondu à la question sur les catégories socio-professionnelles.

La répartition par catégories socio-professionnelles retrouvait une représentation majoritaire des catégories supérieures 83,85% (348) parmi les 415 répondants à cette question :

- 27,02% (164) : profession intermédiaire
- 20,59% (125) : cadres ou d'une profession intellectuelle supérieure
- 9,72% (59) : artisans, commerçants ou chefs d'entreprise

Parmi les 35,91% (67) personnes restantes ayant répondu :

- 1,32% (8) : agriculteurs et exploitants
- 2,31% (14) : employés
- 2,31% (14) : inactifs mais non retraités
- 5,11% (31) : ouvriers

Dans l'échantillon, on retrouve majoritairement (58,65%) des sujets ayant eu un parcours scolaire long :

- 20,43% (124) : diplôme de troisième niveau
- 16,47% (100) : diplôme de quatrième niveau
- 21,75% (132) : diplôme de cinquième niveau

13,51% (82) et 23,72%(144) ont eu respectivement un diplôme de premier et de deuxième niveau correspondant à un parcours scolaire court.

Enfin l'immense majorité des sujets vivaient en couple (74,79% (454)) et avaient des enfants (86,62% (544)).

CARACTERISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES (n=607)

Activité			
Actifs	218	35,91%	
Retraités	375	61,78%	
Autres non actifs	14	2,31%	
CSP			
Agriculteurs et exploitants	8	1,32%	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	59	9,72%	
Cadres, professions intellectuelles supérieures	125	20,59%	
Professions intermédiaires	164	27,02%	
Employés	14	2,31%	
Ouvriers	31	5,11%	
Inactifs autres que retraités	14	2,31%	
Pas de réponse	192	31,63%	
PCS >	348	83,85%	
PCS <	67	35,91%	
Niveau de diplôme:			
Premier niveau (aucun diplôme, CEP, BEPC)	82	13,51%	
Deuxième niveau (CAP, BEP)	144	23,72%	
Troisième niveau (Brevet professionnel, Bac général et technologique)	124	20,43%	
Quatrième niveau (Paramédical ou social, BTS,DUT, premier cycle universitaire)	100	16,47%	
Cinquième niveau (2ème et 3ème cycles universitaire, grande école, diplôme d'ingénieur)	132	21,75%	
Pas de réponse	25	4,12%	
Statut familial:			
Vivant en couple	454	74,79%	
Ne vivant pas en couple	150	24,71%	
<i>dont:</i>			
Célibataire	40	6,59%	
Marié(e)ou vivant maritalement	454	74,79%	
Veuf(ve)	73	12,03%	
Divorcé(e) ou Séparé(e)	37	6,10%	
Pas de réponse	3	0,49%	
Enfants	544	89,62%	
Pas d'enfants	58	9,56%	
Pas de réponse	5	0,82%	

Tableau 8 : Caractéristiques socio-professionnelles de la population

c) Participation aux dépistages féminins (Tableau 9)

Sur les 331 femmes ayant répondu à cette question du questionnaire, 94,36% déclarent avoir participé au dépistage du cancer du sein par mammographie lors des deux dernières années.

67,30 % de ces femmes ont participé au dépistage de cancer de col de l'utérus par frottis cervico-utérin lors des 3 années précédentes.

Les femmes de plus de 70 ans avaient significativement moins participé au dépistage de cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin que les femmes de moins de 70 ans (48,48% vs 72,03% p=0,0002).

PARTICIPATION AUX DEPISTAGES FEMININS

	OUI	NON
Mammographie (n=331)	94,36%	5,74%
Frottis CU	67,30%	32,70%
>70 ans (n=66)	48.48%	51.52%
65-69 (n=88)	63.64%	36.36%
60-64 (n=83)	69.88%	30.12%
55-59 (n=90)	82.22%	17.78%

Tableau 9 : Participation aux dépistages féminins des femmes ayant participé à notre étude

2) SIMPLICITE DU NOUVEAU TEST (figure 2)

Parmi les personnes interrogées, seuls 5 personnes (0,84%) ont trouvé la réalisation du test très compliqué.

464 personnes (76,52%) ont trouvé la réalisation du test très simple et 138 personnes (22,63%) l'ont trouvé moyennement simple.

Aucune différence n'a été retrouvée sur la perception de simplicité du test entre les hommes et les femmes.

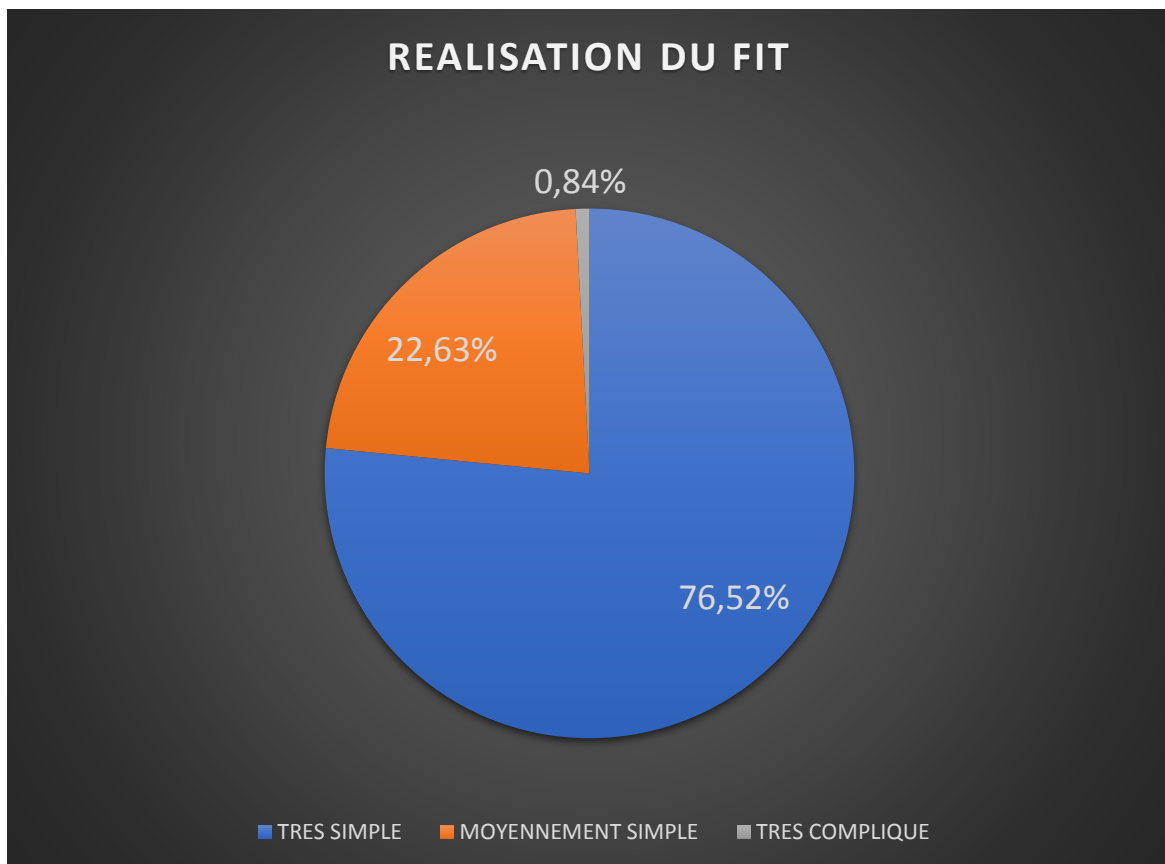


Figure 2 : Evaluation de la simplicité de réalisation du FIT dans notre population

3) MOTIFS DE NON PARTICIPATION A LA CAMPAGNE DE DEPISTAGE AVANT 2015 (TEST HEMOCCULT)

Dans notre population cinq freins à la participation à l'Hémocult se dégagent clairement (Figure 3) :

- **Le fait de devoir réaliser un prélèvement sur trois selles successives** et par conséquent sur plusieurs jours représente le frein le plus important pour 62,88% des personnes interrogées.
- **Le fait de trouver la réalisation du test compliquée** représente la deuxième raison citée pour 56,92% des personnes interrogées.
- **Le fait de ne pas se sentir concerné en l'absence de symptôme** correspond au 3^{ème} frein, cité par 55,2% des interrogées.
- **Le fait d'avoir une vie saine** était cité en 4^{ème} position comme frein à la participation à l'Hémocult pour près de la moitié des interrogées (49,54%).

Les facteurs en lien avec le test (« fait de devoir réaliser un prélèvement sur trois selles successives » et « fait de trouver le test compliqué ») étaient les deux raisons citées également le plus fréquemment comme raison principale à la non-participation à la campagne Hémocult.

Les autres freins cités sont résumés par la figure 3 et étaient cités par moins de 50% des interrogés. Par ordre décroissant de fréquence on retrouve : l'absence de cancer du côlon dans l'entourage (45,47%), la répugnance à manipuler les selles (41,19%), le manque de temps (34,10%), le fait de ne pas en avoir parlé avec leur médecin traitant (32,71%), ne pas se sentir concerné en raison de leur âge (29,18%), la peur de devoir réaliser une coloscopie (28,35%), la peur du diagnostic de cancer du côlon (23,3%).

A noter que 98 répondants (16%) ont évoqué la négligence en phrase libre comme frein à la participation à l'Hémocult.

FREINS A LA RÉALISATION DE L'HÉMOCCULT

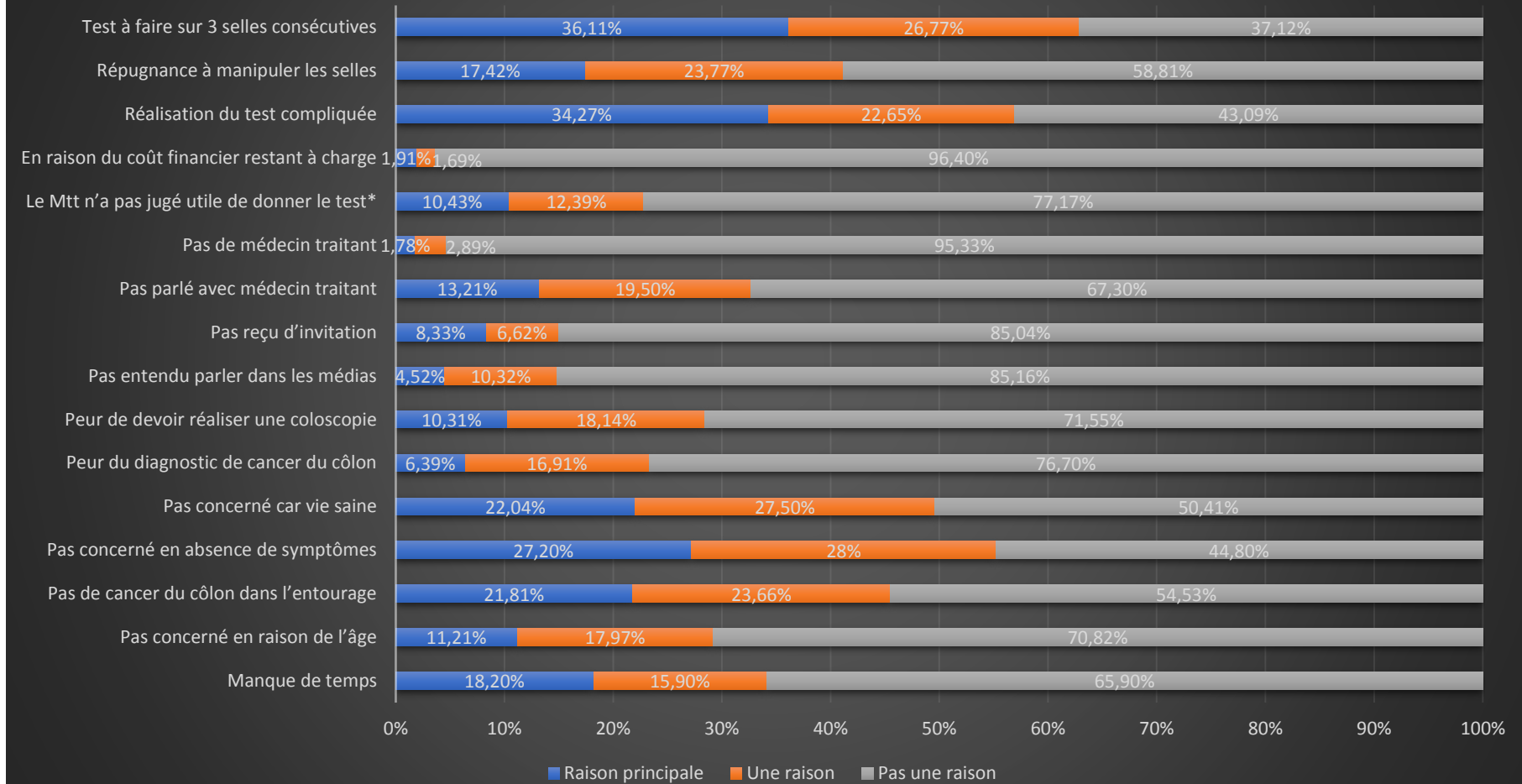


Figure 3 : Freins à la réalisation du test Hémoccult dans notre population

Facteurs influençant les freins à la participation à l'Hémocult avant 2015 (Tableau 10) :

L'âge n'influçait pas les freins à la participation à l'Hémocult avant 2015 de façon significative hormis pour la réalisation du test sur 3 selles successives que les personnes de moins de 64 ans ont statistiquement plus souvent cité comme frein à leur participation que les personnes de plus de 65 ans (68% vs 57%, $p=0,014$). (Tableau 10)

Le sexe influçait plus de freins à la non-participation à l'Hémocult :

-Les caractéristiques techniques du test Hémocult représentaient un frein plus important pour les femmes que pour les hommes de façon significative. Effectivement les femmes citaient significativement plus souvent que les hommes le fait de trouver le test compliqué (64% vs 47%, $p<0,001$), le fait de trouver répugnant de manipuler les excréments (46% vs 34%, $p=0,008$), et le fait de devoir réaliser le test sur plusieurs prélèvements (70% vs 54%, $p=0,001$) comme freins à leur participation.

-A l'inverse les facteurs concernant la nécessité de dépistage malgré un état de santé globalement bon étaient cités par les hommes plus fréquemment et de façon significative. Les hommes ont en effet cité plus fréquemment le fait de ne pas se sentir concerné par l'âge (35% vs 25%, $p=0,018$), le fait de ne pas avoir d'annonce de cancer du côlon dans l'entourage (50% vs 42%, $p=0,050$), le fait de ne pas avoir de symptômes (64% vs 49%, $p=0,001$), et le fait d'avoir une vie saine (56% vs 45%, $p=0,012$) comme freins expliquant leur non-participation à la campagne de dépistage par l'Hémocult avant 2015.

Les autres freins n'étaient pas influçés par le sexe. (Tableau 10)

Hormis le manque du temps, cité comme plus fréquemment comme frein de façon significative (28% vs 42%, $p=0,003$) par les catégories socio-professionnelles supérieures, la situation professionnelle n'influçait pas les raisons de non-participation à l'Hémocult. (Tableau 10)

Chez les femmes, le fait d'avoir participé ou non au dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années n'influçait pas les raisons de non-participation à l'Hémocult. Seul le manque de temps était cité plus fréquemment de façon significative (60% vs 31%, $p=0,020$) comme frein à la réalisation de l'Hémocult avant 2015. (Tableau 10)

Le fait de changer de médecin traitant influçait la perception de la population étudiée sur la réalisation technique du test. Effectivement, les personnes ayant changé de médecin traitant ont cité significativement moins fréquemment par rapport aux personnes n'ayant pas changé de médecin traitant le fait de trouver le test compliqué (47% vs 60%, $p=0,015$), le fait de trouver répugnant de manipuler ses selles (32% vs 44%, $p=0,026$) et le fait de réaliser le test sur trois prélèvements successifs (54% vs 65%, $p=0,023$) comme motifs de non-participation à l'ancienne campagne de dépistage. (Tableau 10)

	<64	>65		Femmes	Hommes		CSP >	CSP <		FDS-	FDS+		MT-	MT+	
manque de temps	38%	30%		33%	35%		42%	28%	p=0,003	60%	31%	p=0,020	32%	42%	p=0,044
pas concerné à votre âge	27%	32%		25%	35%	p=0,018	27%	30%		38%	24%		31%	25%	
pas de cancer du côlon dans l'entourage	42%	49%		42%	50%	p=0,050	47%	44%		47%	41%		46%	46%	
vous n'aviez pas de symptômes	53%	58%		49%	64%	p=0,001	55%	55%		33%	49%		53%	60%	
vous aviez une vie saine	46%	54%		45%	56%	p=0,012	50%	49%		50%	44%		47%	58%	
peur du cancer du colon	25%	21%		24%	22%		21%	24%		44%	23%		23%	24%	
peur de devoir réaliser une coloscopie	30%	27%		31%	26%		27%	29%		50%	29%		27%	30%	
pas entendu parler dans les médias	12%	18%		12%	18%		15%	14%		7%	12%		16%	13%	
jamais reçu de lettre pour faire le test	15%	15%		14%	16%		12%	14%		27%	13%		14%	19%	
pas parlé avec le MT	30%	36%		29%	37%		27%	35%		40%	28%		32%	36%	
pas de médecin	6%	3%		6%	4%		4%	5%		7%	6%		NA	NA	
votre MT n'avez pas jugé nécessaire de vous remettre le test	24%	21%		25%	20%		22%	22%		21%	25%		21%	29%	
inquiétude sur le coût financier du dépistage	4%	3%		3%	4%		2%	2,40%		0%	4%		3%	5%	
test compliqué	58%	56%		64%	47%	<0,001	60%	57%		47%	65%		60%	47%	p=0,015
répugnance à manipuler les excréments	41%	42%		46%	34%	p=0,008	44%	40%		50%	46%		44%	32%	p=0,026
3 selles successives	68%	57%	p=0,014	70%	54%	p=0,001	67%	63%		60%	70%		65%	54%	p=0,023

Tableau 10 : Influence de l'âge, du sexe, de la catégorie socio professionnelle (CSP), de la participation au dépistage du cancer du sein (FDS) et du changement de médecin traitant (MT+) sur les freins à la participation aux anciennes campagnes Hémoccult.

4) MOTIFS DE PARTICIPATION A LA NOUVELLE CAMPAGNE PAR FIT (Figure 4)

Dans notre population 6 motifs de participation à la nouvelle campagne par test immunologique fécal ont été cités par plus de 50% de la population interrogée :

- **Le fait de se sentir concerné même en l'absence de symptômes** était le motif de réalisation du TIF le plus fréquemment cité chez 80,93% des interrogés.
- **Le fait de se sentir concerné même avec une vie saine** était le deuxième motif le plus fréquemment cité chez 78,31% des interrogés.
- **La réalisation du test moins compliqué représente le troisième motif le plus fréquemment cité** chez 76,49% des interrogés.
- **Le fait qu'il n'y ait qu'un prélèvement à réaliser** était le quatrième motif le plus fréquemment cité pour 74,82% des interrogés.
- **Le fait de se sentir plus concerné du fait de l'âge** était le cinquième motif le plus fréquemment cité pour 72,51% des interrogés.
- **Le fait de recevoir pour la première fois le test par le médecin traitant** représente le sixième motif le plus fréquemment cité chez 51,75% des interrogés.

La réalisation du test moins compliquée, le fait qu'il n'y avait qu'un seul prélèvement, et le fait d'être concerné même en l'absence de symptôme représentent les trois raisons principales à la participation au dépistage par FIT (cités par respectivement 49,91%, 47,98% et 43,49% des interrogés).

L'ensemble des autres motifs de participation ont été tous cités par moins de 50% de notre population et sont résumés dans la figure 4.

Le rôle des médias n'était cité que par 40,87% des interrogés comme motif de participation à la nouvelle campagne par FIT. Les principales sources de média citées étaient les spots TV dans 31% des cas, la presse écrite dans 19% des cas, la radio dans 18% des cas.

Parmi les autres sources d'information citées en phrases libres l'information par le médecin traitant et les courriers de relance de DOC 31 étaient le plus souvent citées.

MOTIFS DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE PAR FIT

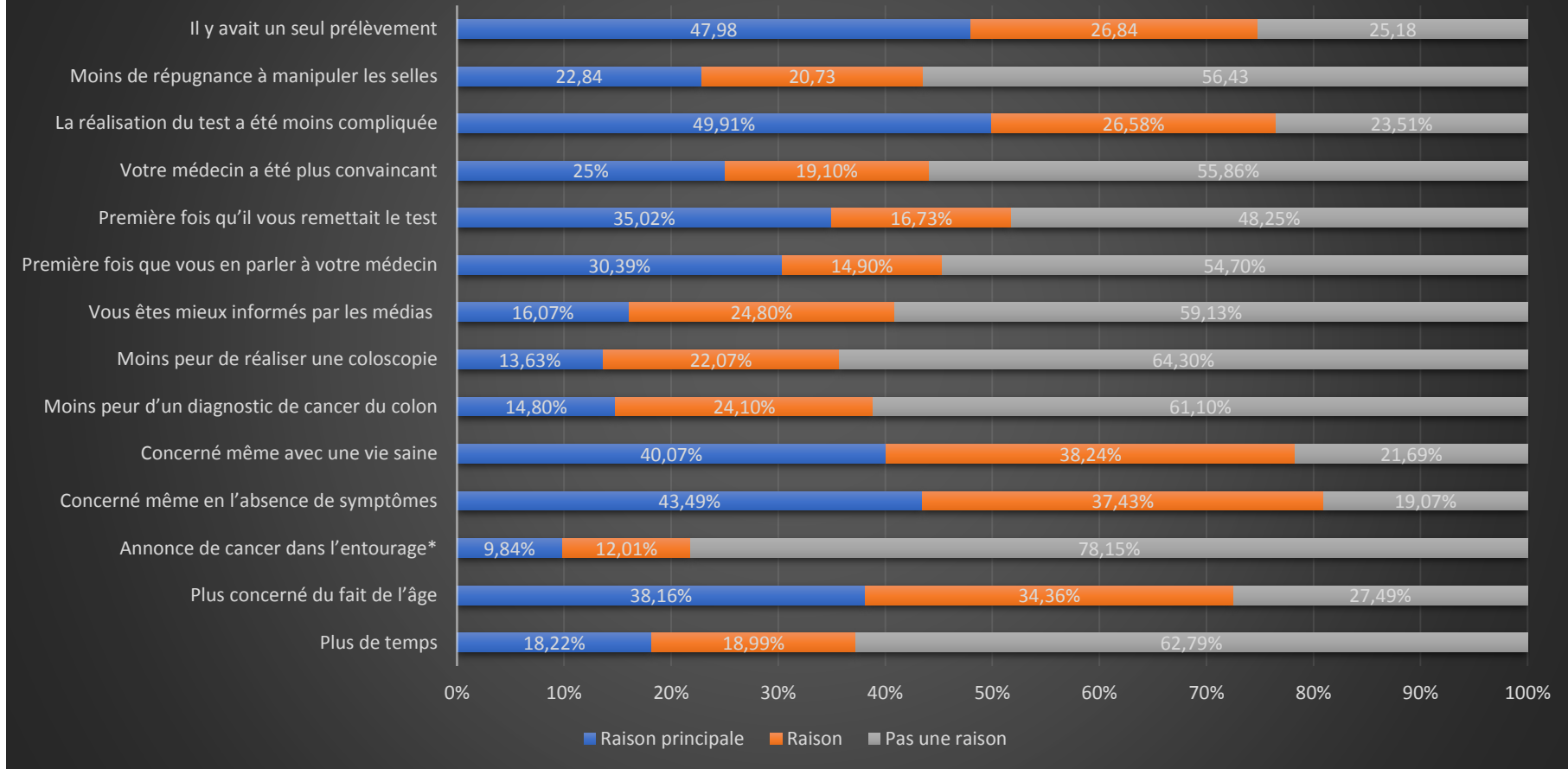


Figure 4 : Motifs de participation à la nouvelle campagne par test immunologique fécal (FIT)

Facteurs influençant les motifs de participation à la nouvelle campagne par FIT (Tableau 11) :

L'âge n'influçait pas les motifs de participation au FIT cités. Seules les personnes âgées de plus de 65 ans citées plus fréquemment de façon significative le fait que leur médecin traitant ait été plus convaincant comme motif de réalisation du FIT (48% vs 40%, $p=0,035$). (Tableau 11)

Ces mêmes motifs de participation étaient plus influçés par le sexe de la population. En effet les hommes ont cité plus fréquemment de façon significative se sentir plus concernés par l'âge (78% vs 68%, $p=0,005$), être concernés malgré l'absence de symptômes (89% vs 75%, $p<0,001$) et être concernés malgré une vie saine (85% vs 73%, $p<0,001$) comme motifs de réalisation du FIT. (Tableau 11)

Là encore, la catégorie socio-professionnelle n'influçait pas les motifs de réalisation du FIT hormis pour le fait d'avoir plus de temps personnel qui était cité plus fréquemment de façon significative comme motif de participation à la nouvelle campagne de dépistage par la population exerçant une catégorie socio-professionnelle supérieure (43% vs 32%, $p=0,015$). (Tableau 11).

Chez les femmes déclarant avoir participé au dépistage du cancer du sein les deux dernières années, les motifs de participation étaient majoritairement les mêmes que chez les femmes non participantes au dépistage du cancer du sein. Seuls le fait d'avoir plus de temps personnel (34% vs 61%, $p=0,022$) et d'en avoir parlé pour la première fois avec le médecin traitant (45% vs 68%, $p=0,048$) étaient significativement moins fréquemment cités par les femmes se faisant régulièrement dépister pour le cancer du sein. (Tableau 11).

Le fait de changer de médecin traitant influçait cinq motifs de participation à la nouvelle campagne par FIT. Les personnes interrogées qui ont changé de médecin traitant ont significativement cité plus fréquemment comme motif de participation au nouveau test de dépistage

- le fait d'en avoir parler pour la première fois avec leur médecin traitant (53% vs 43%, $p=0,036$),

- le fait que leur médecin traitant leur remettait pour la première fois le test (60% vs 48%, $p=0,017$)

- le fait que leur médecin traitant ait été et plus convaincant (55% vs 41%, $p=0,004$)

- l'annonce de cancer dans leur entourage (31% vs 19%, $p=0,003$).

Ils ont par contre cités moins fréquemment de façon significative la simplicité du test (70% vs 78%, $p=0,042$) comme motif de réalisation du FIT.

	<64	>65		Femmes	Hommes		CSP >	CSP <		FDS-	FDS+		MT-	MT+	
plus de temps personnel	34%	41%		36%	38%		43%	32%	p=0,015	61%	34%	p=0,022	36%	44%	
plus concerné en raison de l'âge	75%	70%		68%	78%	p=0,005	75%	71%		72%	67%		72%	72%	
annonce de cancer dans l'entourage	21%	23%		21%	23%		23%	21%		25%	20%		19%	31%	p=0,003
compris que concerné malgré l'absence de symptômes	81%	80%		75%	89%	p<0,001	85%	79%		69%	75%		80%	83%	
compris que concerné même si vie saine	78%	79%		73,00%	85%	p<0,001	83%	76%		63%	73%		77%	80%	
moins peur d'un diagnostic de cancer	38%	40%		35%	43%		41%	38%		29%	36%		37%	46%	
moins peur de devoir réaliser une coloscopie	36%	36%		35%	36%		36%	35%		24%	36%		34%	41%	
mieux informés par les médias	40%	42%		39%	43%		39%	41%		50%	38%		41%	42%	
première fois que parlé avec MT	42%	49%		47%	44%		43%	45%		68%	45%	p=0,048	43%	53%	p=0,036
première fois que MT vous remettait le test	50%	53%		51%	53%		48%	52%		44%	52%		48%	60%	p=0,017
Mtt plus convaincant	40%	49%	p=0,035	41%	48%		43%	43%		47%	40%		41%	55%	p=0,004
test plus simple	79%	73%		77%	75%		74%	78%		83%	77%		78%	70%	p=0,042
moins de répugnance à manipuler vos excréments	43%	44%		44%	43%		45%	43%		39%	44%		44%	42%	
qu'un seul prélèvement à effectuer	78%	71%		78%	71%		75%	77%		81%	78%		75%	74%	

Tableau 11 : Influence de l'âge, du sexe, de la catégorie socio professionnelle (CSP), de la participation au dépistage du cancer du sein (FDS) et du changement de médecin traitant (MT +) sur les motifs de participation à la campagne de dépistage par FIT.

5) CHANGEMENT DES ATTITUDES EN LIEN AVEC LA NOUVELLE CAMPAGNE DE DEPISTAGE. (FIGURE 5)

La nouvelle campagne a permis de modifier certains freins à la participation à l'ancienne campagne.

3 freins principaux ont été modifiés par la nouvelle campagne de dépistage

-Parmi les 56,91% des interrogés pour qui le côté compliqué du test Hémocult était un frein au dépistage par Hémocult, 92,75% ont évoqué la simplicité du test comme motif de réalisation du FIT.

-De la même manière, parmi les 55,20% pour qui l'absence de symptômes était un frein à la réalisation de l'Hémocult, 93,26% ont déclaré comme motif de réalisation du FIT que même en l'absence de symptômes ils se sentent concernés par la réalisation du test de dépistage par FIT.

-Tout comme 96,15%, parmi les 49,54% pour qui le fait d'avoir une vie saine représentait un frein à la réalisation du test Hémocult, ont évoqué se sentir concernés même en cas de vie saine comme motif de participation à la nouvelle campagne de dépistage.

Les autres freins à la réalisation de l'Hémocult ont été influencés mais dans une moins grande proportion par la nouvelle campagne de dépistage par FIT. (Figure 5)

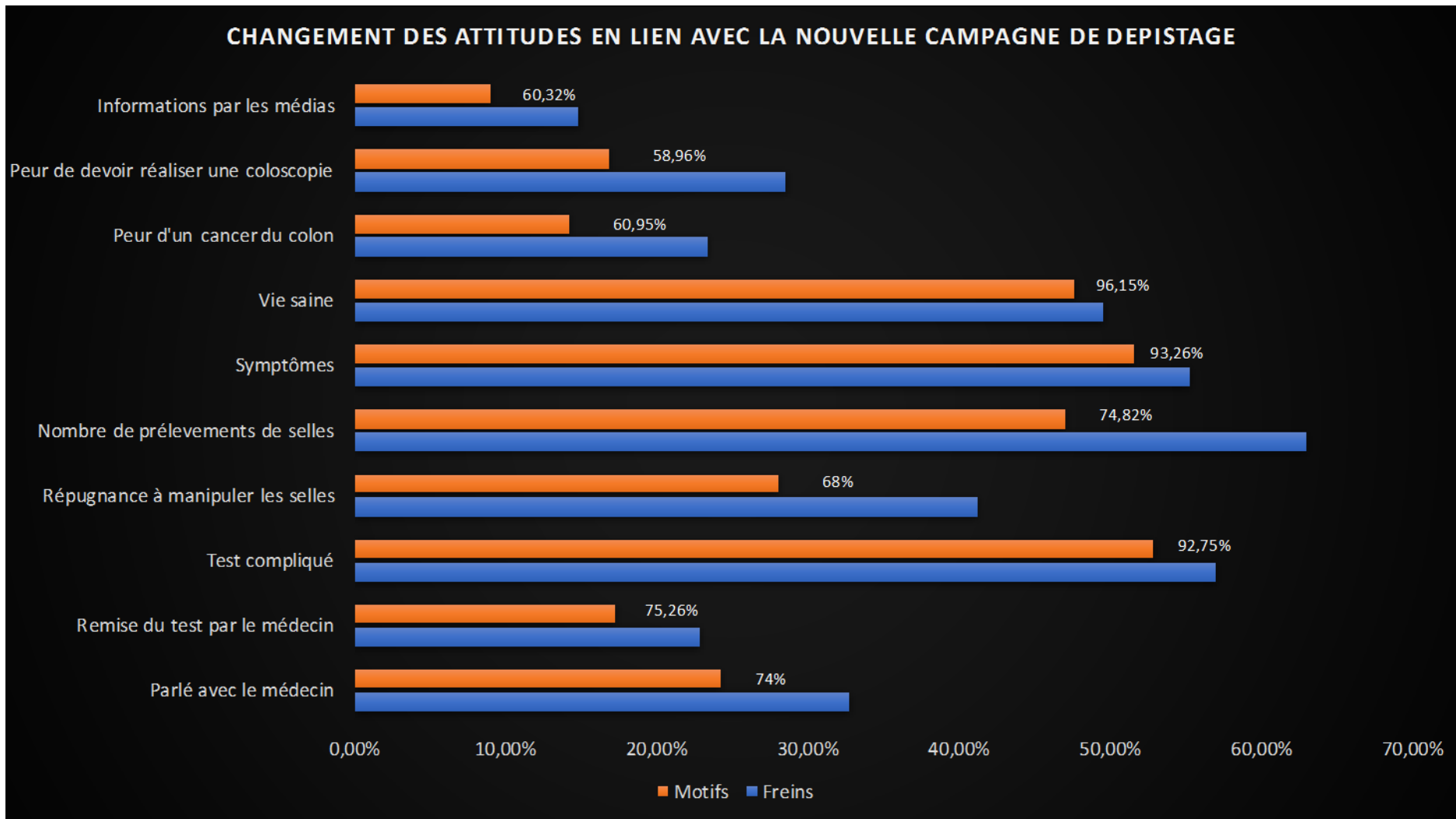


Figure 5 : Changement des attitudes en lien avec la nouvelle campagne de dépistage

6) MODIFICATIONS DES CONDITIONS DE VIE AYANT PU INFLUENCER LA PARTICIPATION A LA NOUVELLE CAMPAGNE PAR FIT (Tableau 12)

Le mode de vie des personnes interrogées était majoritairement inchangé par rapport au moment où ils ne participaient pas au dépistage :

- Stabilité de la situation professionnelle pour 65,46% (356) des personnes interrogées
- Stabilité de l'état de santé pour 68,87% (396) des interrogées
- Stabilité de la situation financière pour 66,02% des interrogées (373)

29,12% (166) des personnes interrogées ont déclaré que leur situation professionnelle était moins contraignante.

26,78% (154) ont déclaré avoir plus de problème de santé.

28,14% (159) estimaient avoir une situation financière plus confortable.

47,63% (151) consacraient ou avaient consacré du temps à une personne en situation de dépendance.

Parmi eux presque 20% ont déclaré que le temps consacré à ce proche était plus important.

Concernant la situation de couple, il n'existait pas de modification significative de la situation hormis le fait que l'on observait plus de personnes veufs (ves) par rapport à l'époque où la population interrogée ne participait pas au dépistage (12,08% vs 2,97%, $p < 0,001$). Seuls 9,22% des participants ont eu un changement dans leur vie de couple.

Enfin quasiment le double de foyers n'avait plus d'enfants à charge lors de la participation à la campagne de dépistage par FIT (82,08% vs 42,94% $p < 0,001$).

Situation professionnelle (n=570)				
	Inchangée	67.46% (356)		
	Moins contraignante	29.12% (166)		
	Plus contraignante	8,42% (48)		
Etat de santé (n=575)				
	Inchangée	68.87% (396)		
	Moins de problème de santé	4.35% (25)		
	Plus de problème de santé	26.78% (154)		
Changement de situation de couple(n=575)				
	Oui	90.78% (522)		
	Non	9.22% (53)		
Situation de couple				
		Hemoccult	TIF	<i>p<0,001</i>
	Célibataire	6.82% (38)	6,62% (40)	
	Divorcé	9.97% (57)	6,12% (37)	
	Marié	80.24% (459)	75,16% (454)	
	Veuf	2.97% (17)	12,08% (73)	
Nombre d'enfants dans le foyer				
		Hemoccult	TIF	<i>p<0,0001</i>
	0	42.94% (225)	82.08% (426)	
	1	19.47% (102)	13.10% (68)	
	2	25.95% (136)	3.66% (19)	
	3	9.92% (52)	0.77% (4)	
	4	0.95% (5)	0.19% (1)	
	5	0.38% (2)	0.00% (0)	
	6	0.38% (2)	0.19% (2)	
Temps consacré à un proche en dépendance (n=569)				
	Inchangé	21.62% (123)		
	Moins important	6.50% (37)		
	Non concerné	52.37% (298)		
	Plus important	19.51% (111)		
Situation financière (n=565)				
	Inchangée	66.02% (373)		
	Plus confortable	28.14% (159)		
	Moins confortable	5.84% (33)		
Déménagement (n=585)				
	Oui	90.94% (532)		
	Non	9.06% (53)		

Tableau 12 : Modifications des conditions de vie ayant pu influencer la participation à la nouvelle campagne par FIT

7) MODIFICATIONS LIEES AU MEDECIN TRAITANT ET AU TEST AYANT PU INFLUENCER LA PARTICIPATION A LA NOUVELLE CAMPAGNE PAR FIT (Tableau 13)

La grande majorité des personnes interrogées avaient le même médecin traitant qu'à l'époque où ils ne participaient pas (73,19%) au dépistage.

24,45% ont changé de médecin traitant et 1,35% ont déclaré avoir désormais un médecin traitant alors qu'ils n'en avaient pas à l'époque de la campagne Hémocult à laquelle ils n'avaient pas participé.

54,53% des personnes interrogées ont estimé que les explications du médecin sur l'intérêt du dépistage étaient plus claires que lors des précédentes campagnes, tout comme les explications sur la réalisation pratique du FIT pour 65,04% (374) des interrogées.

Seulement 25,47% des personnes interrogées avaient reçu un plus long temps d'explication du médecin sur le dépistage.

Enfin 55,07% ont déclaré n'avoir pas de connaissance sur l'efficacité supérieure du FIT.

Par contre parmi les 44,93% qui déclarent savoir que le FIT était plus efficace que l'Hémocult, une majorité d'entre eux a déclaré que cette information a été pour beaucoup un facteur de participation à la nouvelle campagne de dépistage.

Changement de médecin traitant (n=593)

n'a toujours pas de médecin	0.51% (3)
a désormais un médecin	1.35% (8)
n'a plus de médecin	0.51% (3)
a le même médecin	73.19% (434)
a changé de médecin	24.45% (145)

Plus de temps d'explication du médecin (n=589)

Non	66.72% (393)
Ne sait pas	7.81% (46)
Oui	25.47% (150)

Explications du médecin sur l'intérêt du dépistage plus claires (n=574)

Non	36.24% (208)
Ne sait pas	9.23% (53)
Oui	54.53% (313)

Explications du médecin sur la réalisation du FIT plus claires (n=575)

Non	28.17% (162)
Ne sait pas	6.78% (39)
Oui	65.04% (374)

Connaissances sur l'efficacité supérieure du FIT (n=592)

Non	55.07% (326)
Oui	44.93% (266)

Rôle de l'efficacité supérieure sur la participation (n=263)

Beaucoup	58,17% (153)
Pas du tout	15,21% (40)
Un peu	26,62% (70)

Tableau 13 : Modifications liées au médecin traitant et au test ayant pu influencer la participation à la nouvelle campagne par FIT.

D. DISCUSSION

1) UNE NOUVELLE CAMPAGNE QUI A MODIFIÉ LA PERCEPTION DES GENS SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Une population cible qui comprend mieux son intérêt :

Cinq principaux motifs de participation à la campagne de dépistage par FIT se dégagent dans notre étude :

- Trois sont directement liés à la compréhension de l'intérêt même du dépistage puisque le fait de se sentir concerné même en l'absence de symptômes, même en ayant une vie saine et plus concerné avec l'âge sont arrivés en tête des motifs de réalisation du FIT dans notre population (cités par 72% à 80% des interrogés). Ces mêmes données étaient évoquées comme freins principaux à la participation à l'ancienne campagne de dépistage. La nouvelle campagne de dépistage a changé la perception de la population interrogée sur ces données dans plus de 90% des cas. Ces résultats sous-entendent une compréhension de la population cible sur le caractère asymptomatique du CCR, de l'absence de facteurs de risque modifiable majeur et de l'augmentation de son risque avec l'âge.

Nos résultats sur ces trois motifs primordiaux, déjà évoqués comme facteurs clefs de participation aux programmes de dépistage en France(29) et à l'étranger, soulignent l'efficacité de la communication mise en œuvre pour cette nouvelle campagne. En effet, la campagne « Mars bleu » de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal, insiste lourdement sur ces notions. De plus les hommes qui évoquaient significativement plus souvent que les femmes ces mêmes raisons comme freins à l'Hémocult les ont évoqués significativement plus souvent comme motifs de réalisation du TIF. La population masculine est moins sensibilisée que la population féminine sur l'importance des dépistages organisés (dépistage féminin pour le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus) et semble avoir été plus impacté que la population féminine par la nouvelle campagne. Il faut toutefois souligner que jusqu'ici, aucune différence de participation liée au sexe n'a été démontrée pour le dépistage organisé du cancer colorectal.

Un test de dépistage qui est plus simple à réaliser

-Les deux autres sont liés directement aux caractéristiques techniques du test alors que ces facteurs liés à l'aspect technique du test étaient les deux plus fréquemment cités comme frein à la participation avant 2015. D'ailleurs 76% de la population interrogée a trouvé la réalisation du nouveau test très simple ! La levée de ce frein est primordiale dans la motivation à la participation au dépistage par FIT comme le montre certaines études dans lesquelles une plus grande simplicité d'un test de dépistage était associée à une augmentation de la participation. Il s'agit d'un des arguments mis en avant lors du changement de test tant dans les campagnes de presse à destination du grand public que

dans l'information faite aux professionnels de santé. La pertinence de cet argument est largement vérifiée dans notre étude. En parallèle, 93% des personnes qui n'avaient pas réalisé le test Hémoccult en raison de sa difficulté trouvent la réalisation du test par FIT plus simple. Il s'agit d'une impression ou d'une conviction forgée sur les informations de la presse, puisque les personnes interrogées n'avaient jamais réalisé d'Hémoccult ! Auraient-ils vraiment trouvé l'Hémoccult compliqué à réaliser ? De plus cette simplicité relative du test immunologique ne doit pas éluder la problématique de manipulation des selles restant répugnante et bloquante pour un nombre important de malades. Ce facteur était d'ailleurs un des moins modifié par la nouvelle campagne dans notre étude. D'ailleurs, deux études publiées à l'époque de l'Hémoccult dont une française, soulignait le souhait pour la population cible du dépistage du cancer colorectal d'un dépistage par une méthode sans lien avec les selles(30,31) sanguin ou radiologique principalement. Dans une étude américaine interrogeant participants, nouveau participant et non participants au test par FIT, la majorité des interrogés a suggéré d'ailleurs la mise à disposition de gant à usage unique dans le kit de prélèvement.

Par contre seuls 44,93% des réponders savaient que le TIF était plus efficace que l'Hémoccult. Cependant quand ils connaissaient cette donnée, cela représentait un motif important de participation pour plus de $\frac{3}{4}$ d'entre eux. Dans une période où la population est de plus en plus actrice de ces propres soins avec un accès grandissant à l'information médicale, cette donnée doit pousser les campagnes d'information à plus insister sur l'efficacité de ce nouveau test qui a montré dans une étude sur 4 départements français qu'il permettait de diagnostiquer deux fois plus de cancers et deux fois plus d'adénomes que l'ancien test Hémoccult(32). La communication sur la simplicité du nouveau test semble avoir bien fonctionné, il faut la compléter par une information sur son efficacité.

Il est intéressant de noter que ces motifs de participation liés aux caractéristiques techniques du FIT n'étaient pas influencés par l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle mais étaient par contre influencés de façon significative par le fait d'avoir changé de médecin traitant. Cet effet nouveau médecin traitant est important. Pour notre population n'ayant pas déménagé deux facteurs explicatifs de ce résultat peuvent être proposés : le départ à la retraite de médecin généraliste remplacé par des médecins plus jeunes sensibilisés plus fortement dans leurs études médicales récentes par l'intérêt du dépistage du CCR et/ou la mise à jour par les nouveaux médecins de l'ensemble des données relatives à leur nouvelle patientèle y compris les données de prévention plus difficile à prendre en charge dans les consultations régulières plus souvent accès sur du « curatif » que sur du « préventif ». Cette hypothèse va dans le sens des autres résultats puisque la population de notre étude ayant changé de médecin traitant a évoqué significativement plus fréquemment toutes les questions en lien avec l'intervention du médecin traitant comme motifs de participation à la campagne par TIF.

Des freins et motifs de participation peu influencés par l'âge, la catégorie socio-professionnelle et la participation aux dépistages féminins.

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, le sexe et le fait d'avoir changé de médecin traitant constituaient les facteurs les plus influençant des freins à l'Hémoccult et des motifs de réalisation du FOT.

L'âge, la catégorie socio-professionnelle ou le fait pour les femmes de participer ou non aux autres dépistages féminins n'influençaient que peu ces mêmes freins et motifs. Il reste toutefois intéressant de souligner que le fait de devoir réaliser un prélèvement sur 3 selles consécutives était significativement plus souvent évoqué comme frein à la réalisation de l'Hémocult chez la population âgée de moins de 65 ans. Trois prélèvements sur trois selles consécutives signifient trois jours de prélèvement et impose au moins un jour de prélèvement sur un jour d'activité professionnelle pour la population non retraitée, ce qui représente un frein majeur pour cette partie de la population cible.

2) UN ROLE CENTRAL DU MEDECIN TRAITANT QU'IL FAUT ENCORE RENFORCER

Le médecin traitant occupe une place centrale au sein du programme de dépistage organisé. Il joue en effet un rôle d'orientation, d'information et de prescripteur. Selon le Baromètre cancer 2010, la consultation au moins annuelle d'un médecin généraliste, est associée à un taux de dépistage significativement plus élevé. Dans notre étude, la majorité de la population a affirmé que les explications de leur médecin traitant étaient plus claires à la fois pour la réalisation pratique du test (65%) et sur l'intérêt du dépistage (54%). Par contre une minorité (25%) a estimé que leur médecin traitant avait passé plus de temps à leur parler du dépistage du cancer colorectal.

Ces données sont à analyser en parallèle des données concernant l'information des patients sur le dépistage organisé du cancer colorectal. Seuls 15% d'entre eux ont évoqué que le fait de ne pas en voir entendu parler dans les médias avait constitué un frein à la réalisation à l'Hémocult et seuls 40% d'entre eux ont estimé que le fait d'avoir été mieux informés par les médias avait constitué un motif de réalisation du TIF. Même si ces résultats suggèrent une meilleure efficacité de la campagne médiatique ils soulignent également le rôle primordial du médecin traitant dans l'information nécessaire à la compréhension de l'utilité de la campagne de dépistage. Une étude française récente a montré une grande méfiance de la population envers la radio, la télévision, la presse écrite et internet concernant l'information sur les différents dépistages de cancer. Cette même étude confirmait le rôle crucial du médecin généraliste sur l'information sur les cancers et sur les recommandations concernant les dépistages en raison de la confiance étroite existante avec sa patientèle(33). Ce climat de méfiance est sociologiquement similaire avec celui existant envers le monde politique et d'autres problématiques sanitaires comme le souligne le débat médiatique actuel concernant la couverture vaccinale.

La relation du patient avec sa santé et avec son/ses médecins a évolué. Les patients modernes veulent comprendre et être acteurs de leur santé et non simples exécutants. Il faut donc pouvoir passer plus de temps à leur expliquer la nécessité de participation au dépistage du CCR en leur donnant des informations nécessaires à la fois sur le CCR et sur son dépistage. Une étude américaine publiée en 2000 dans *Annals of Internal Medicine*(34) montrait une augmentation de 14% de la participation au dépistage du CCR que ce soit par test sanguin fécal ou coloscopie après l'envoi d'un DVD explicatif à la population réticente.

Le manque de temps dédié est un réel problème à prendre en compte. Une consultation dédiée à la prévention/dépistage ou une délégation de tâches à du personnel paramédical formé pourrait être autant de solutions à tester. Elle existe dans le monde militaire tous les deux ans avec des taux de participation aux campagnes de dépistage supérieurs à ceux du monde civil(35).

Cependant la démographie actuelle n'est pas favorable à ce genre de mesures. Une étude américaine a confirmé l'existence d'une organisation dédiée rigoureuse avec plusieurs intervenants chez les médecins traitants aux plus hauts taux de participation (entre 64% et 78%)(36).

Le haut conseil de la santé publique a d'ailleurs émis un rapport en 2009 à la demande de la direction générale de la santé sur le développement de ces consultations de prévention comprenant dix recommandations pour promouvoir des pratiques préventives organisées en médecine générale(37) dont :

- « les examens périodiques de prévention ne relèvent pas uniquement du médecin traitant mais doivent s'inscrire dans une coopération entre professionnels »
- « la réalisation des examens périodiques de prévention n'a d'intérêt que si une prise en charge d'aval et de proximité, est prévue »
- « il est nécessaire de mettre à disposition des « référentiels couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte »

Cependant ce manque de temps réel du médecin généraliste, dont les rôles ne font que croître par la surcharge administrative et la pénurie associée de médecins spécialistes, ne doit toutefois pas masquer une nécessité de mise à jour des connaissances sur le cancer du côlon, les différents groupes à risque et les modalités de dépistage en fonction de ces groupes à risque. Deux travaux récents rapportaient d'ailleurs un taux de conformité aux recommandations du dépistage de cancer colorectal aux alentours de 35% qu'il s'agisse de médecins généralistes du monde militaire ou du monde civil. Un échange régulier entre les différents partenaires du dépistage (pouvoirs publics, structures de gestion, gastro-entérologues et médecins traitants) est indispensable. Dans notre étude seuls 25% de la population était hors conformité pour leur réalisation du FIT (Antécédent familial, coloscopie dans les 5 ans, ou suivi pour RCH ou Maladie de Crohn). Cette notion de connaissance de son niveau de risque, facteur primordial pour un dépistage efficace, explique la non-autorisation de remises alternatives du test (par les pharmaciens par exemple) bien qu'elles permettent un gain important de participation.

D'ailleurs une étude française publiée en 2011 et ayant été réalisé en 2008 au début de la généralisation du dépistage organisé du CCR en France montrait que seulement 30% des médecins traitant proposaient le test Hémocult de façon systématique à leurs patients. La raison la plus souvent citée pour en justification était le manque de formation sur le CCR et son dépistage(38).

Dans notre étude le rôle crucial du médecin traitant est souligné par l'influence statistiquement significative sur plusieurs freins et motifs de participation du changement de médecin traitant comme nous l'avons indiqué plus haut. Cet effet « nouveau médecin traitant » est important. Le départ à la retraite de médecin généraliste remplacé par des médecins plus jeunes sensibilisés plus fortement dans leurs études médicales récentes par l'intérêt du dépistage du CCR et/ou la mise à jour par les nouveaux médecins de l'ensemble des données relatifs à leur nouvelle patientèle y compris les données de prévention, peuvent expliquer ce phénomène.

3) COMPARAISON AVEC L'ILE ET VILAINE

Comme nous l'avons indiqué en introduction, ce travail a d'abord été réalisé en Ile et Vilaine par l'équipe de l'ADECCI du Pr BRETAGNE qui a mis au point ce questionnaire. Cette première population cible était différente de la nôtre car plus rural. De plus le département d'Ile et Vilaine est un département leader pour la participation au dépistage du cancer colorectal puisque les taux de participation étaient en 2003-2004 de 51,2% et de 42% en 2013-2014.

Malgré la différence de population, nos résultats sont très similaires aux résultats de l'équipe du Pr Bretagne qui viennent juste d'être publiés (39). En effet les mêmes principaux freins à l'Hémocult étaient cités par les patients d'Ile et Vilaine avec dans l'ordre : pas concerné car absence de symptômes (52%), réalisation du test sur 3 jours successifs (52%), réalisation du test compliqué (50%), pas de cancer du côlon dans l'entourage (40%) et ne pas se sentir concerné en raison d'une vie saine (35%). Notre étude confirme les mêmes différences hommes-femmes ; les femmes déclarant être plus gênés par le fait de réaliser l'Hémocult sur 3 jours successifs.

Les motifs de participation à la nouvelle campagne par FIT les plus souvent mentionnés sont là aussi similaires dans notre étude à ceux rapportés dans l'étude princeps de Rennes. Effectivement le fait de se sentir plus concerné en raison de l'âge (67%), le fait que le test soit moins compliqué (55%), le fait qu'il n'y ait qu'un seul prélèvement de selles (54%), le fait d'avoir compris l'intérêt du dépistage même en l'absence de symptômes (47%) ont été cités le plus souvent par les patients éligibles d'Ile et Vilaine.

Par contre le caractère plus convaincant du médecin traitant (50%) était cité en Ile et Vilaine à la quatrième position des motifs ayant entraîné la participation à la campagne par FIT alors que cette même raison n'était citée qu'en septième position dans notre étude. Cependant ce motif a été cité significativement plus fréquemment par la sous-population rurale de l'étude d'Ile et Vilaine (66% vs 40% $p < 0,05$). La sous-population urbaine n'a cité ce motif comme raison à la participation que dans 40% des cas ce qui correspond aux résultats de notre étude (44%) qui s'intéresse à une population quasi exclusivement urbaine.

D'ailleurs l'analyse en sous-groupe de l'Ile et Vilaine montre également que la population rurale cite de façon statistiquement significative plus fréquemment le fait de se sentir concerné même en l'absence de symptômes, le fait d'être mieux informé par les médias, le fait d'être plus concerné en raison de l'âge et le fait d'avoir plus de temps personnel comme des motifs de participation à la campagne par Hémocult. De la même manière la répugnance à manipuler ses selles était moins citée par la sous-population rurale de l'étude comme frein à la réalisation de l'Hémocult. Tous ces points représentent des facteurs clefs plusieurs fois publiés de participation aux campagnes de dépistage du cancer colorectal. Ils permettent avec la confirmation par nos résultats de cibler les améliorations pour les campagnes à venir notamment sur les populations urbaines en les sensibilisant toujours plus sur l'importance du dépistage quel que soit l'état de santé sous-jacent et en renforçant le rôle et la relation avec les médecins traitants en milieu urbain. Ces résultats peuvent faire questionner également sur une différence de pratique de la médecine générale en milieu rural et en milieu urbain. En effet l'ensemble des facteurs non liés aux caractéristiques techniques du test où il existe une différence dans la sous-population rurale par rapport à la sous-population urbaine sont des facteurs pour lesquels l'information par le médecin traitant peut exercer un levier important. La qualité de la relation médecin traitant-patient est un facteur clef de la participation à toutes les campagnes de dépistage, celle-ci est peut-être plus forte en milieu rural.

4) FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

Notre étude porte sur un échantillon de 607 personnes, échantillon représentatif de la population de Haute-Garonne selon les derniers recueils démographiques de l'Insee. Le nombre important de patients inclus dans cette étude rend crédible les résultats obtenus. De plus l'originalité de ce travail tient également sur la population cible choisie : population n'ayant pas participé à l'Hémocult et ayant participé au FIT. Cette population particulière a selon notre connaissance que peu été étudiée et permet d'analyser les modifications de comportement en lien avec une campagne de dépistage.

Cependant cette population cible est très particulière et ne peut servir qu'à consolider les réformes entreprises pour augmenter la participation. Malheureusement, en Haute Garonne l'impact a été modéré, le taux de participation est en effet passé de 22,6% (Hémocult 2014) à 31,6% (FIT 2016). Il faut donc continuer à réaliser le même type de travail avec la population ne participant toujours pas aux campagnes de dépistage du CCR désormais par FIT. En Gironde, un interne de médecine générale a réalisé son travail de thèse en s'intéressant à cette population ; les freins évoqués quant à la réalisation du FIT étaient dans cette population une méthode de prélèvement trop contraignante (36%) ; un manque de temps (34,7%) et le fait de ne pas se sentir concerné par le dépistage (23,6%). Ces freins étaient dans cette étude strictement les mêmes que ceux cités comme freins à la participation aux campagnes précédentes par Hémocult. De plus cette étude comparait les freins à la participation à l'Hémocult chez la population n'ayant pas réalisé le FIT à la population ayant réalisé le FIT. De façon significative les patients n'ayant pas réalisé le FIT se sentaient moins concernés par le dépistage (27,1% vs 7,8% $p < 0,001$) et avait plus peur du résultat du test (16,3% vs 5,4% $p = 0,01$). Dans cette étude la campagne par FIT ne levait en fait que les freins liés aux caractéristiques techniques du test. Ces résultats peuvent probablement expliquer une partie des nôtres.

Les particularités sociodémographiques de notre échantillon représentent une limite majeure de notre étude rendant difficile son extrapolation à l'ensemble du territoire. Effectivement, le caractère majoritairement urbain de cette population en lien avec la présence de la mégalopole toulousaine et ses conséquences socio-professionnelles (majorité forte de niveau de diplôme élevé et de catégories socio-professionnelles supérieures) entraîne un biais de sélection évident. La généralisation de nos résultats ne pourra se faire à l'échelle national mais plutôt à l'échelle des départements centrés sur une mégalopole.

De plus, les participants de moins de 60 ans sont sous représentés dans notre échantillon. La méthodologie elle-même explique ce résultat, en effet il fallait ne pas avoir répondu à au moins deux campagnes successives pour pouvoir être inclus, excluant par essence une partie des patients les plus jeunes. Cependant, nous n'avons pas retrouvé dans notre analyse de franche différence significative entre les groupes de moins de 64 ans et de plus de 65 ans. Seule la nécessité de réaliser le test sur 3 selles successives était plus souvent cité comme frein à l'Hémocult chez les patients plus jeunes et seule la notion de médecin traitant plus convaincant était évoqué de façon plus fréquente comme motif de réalisation du FIT chez la population plus âgée. Ce dernier résultat peut s'expliquer en partie par la relation plus étroite avec leur médecin traitant et les consultations plus fréquentes qu'ont les personnes plus âgées. Cette population de moins de 60 ans est toutefois primordial à analyser car elle constitue une cible prioritaire. L'âge moyen de découverte du CCR était en 2012 de 70 ans chez

l'homme et 73 ans chez la femme, il faut environ 10 à 15 ans pour que la séquence adénome-cancer se produise. Il faut donc dépister la population avant 60 ans pour que la coloscopie soit un outil de prévention en réséquant l'ensemble des adénomes diagnostiqués et non un simple outil de dépistage. L'absence de différence entre les populations de moins de 64 ans et de plus de 65 ans nous rassure toutefois quant à cette limite qui ne peut être complètement levée.

La méthode de questionnement constitue enfin une autre limite principale de l'étude. Comme tout étude sur questionnaire, il s'agit de données déclaratives par définition subjective ; cette donnée doit amener à nuancer nos résultats. De plus la présence de données manquantes en fonction des questions peut faire évoquer une non compréhension de certaines parties du questionnaire. Enfin la partie du questionnaire s'intéressant aux freins à la participation aux campagnes HémoCult fait appel à des données anciennes, il existe donc un risque non négligeable de biais de mémorisation. Ce biais est également présent pour les motifs de participation à la nouvelle campagne, toutefois les souvenirs sont plus récents et ce biais est donc moins important pour ces données.

Comme nous l'avons cité plus haut notre population est une population de grande ville à haut niveau de diplôme et socio professionnelle, rendant une extrapolation nationale de nos résultats impossible. D'autres études similaires dans des zones moins urbaines seront nécessaires. Une adaptation des campagnes de dépistage en fonction de la population cible pourrait être proposée si les résultats différaient fortement.

CONCLUSION : COMMENT AMELIORER LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL ?

Cette étude des motifs de participation à la nouvelle campagne de dépistage du cancer colorectal en Haute-Garonne par test immunologique fécal confirme la levée des freins concernant les caractéristiques techniques du test Hémocult puisque le fait qu'il n'y ait qu'un seul prélèvement et que le test soit moins compliqué a représenté une raison de réaliser le FIT dans plus de 75% des cas.

Elle souligne également l'efficacité de la campagne quant à la compréhension de la population cible sur l'importance du dépistage chez une population sans symptômes, avec une vie saine et souligne que le sexe et le médecin traitant influence les différents freins et motifs de dépistage au dépistage organisé du cancer colorectal puisque ces motifs ont été également cités dans plus de 75% des cas.

Cependant son impact dans le département de Haute-Garonne sur le taux de participation est trop faible pour se satisfaire pleinement de cette nouvelle campagne et d'autres solutions doivent être proposées pour améliorer la participation :

- renforcer le rôle du médecin traitant dans ce dépistage semble indispensable. La création d'une consultation de prévention fait partie des propositions du gouvernement Macron. Des formations dédiées aux médecins généralistes doivent être poursuivies pour lever leurs propres freins à ces campagnes. Une étude pour la thèse d'internes en médecine générale est d'ailleurs en cours à la structure de gestion des dépistages de Haute-Garonne cherchant à analyser les différents freins et motifs des médecins généralistes en lien avec la campagne de dépistage du CCR.

- mieux communiquer ou communiquer différemment : la perte de confiance de la population avec les médias traditionnels doit faire multiplier les rencontres avec les patients qui se veulent acteurs de leur prévention.

- multiplier les sources d'accès au test de dépistage : proposer par courrier ou par internet un algorithme simple évaluant le niveau de risque individuel et les outils de dépistage/prévention adaptée à celui-ci (FIT, Coloscopie) avec la possibilité de récupérer le test chez son médecin traitant, dans une pharmacie ou par le biais d'un site internet officiel de l'assurance maladie pourrait fortement augmenter le taux de participation.

- poursuivre les efforts entrepris par les structures de dépistage sur les relances des patients (et de leurs médecins ?) ne participant pas (relances postales, par e-mail...)

- poursuivre les études sur les freins au dépistage qui varient avec l'évolution socio-démographique des populations et du contexte scientifique et médiatique pour optimiser en temps réel les campagnes de communication sur le dépistage du CCR.

L'augmentation de la participation au dépistage du CCR doit être un enjeu multidisciplinaire prioritaire si l'on veut diminuer la mortalité du cancer colorectal, qui représente un problème majeur de santé publique.

REFERENCES

1. Bretagne J-F. Dépistage du cancer colorectal : il faut évoluer. Presse Médicale. 2014;1–3.
2. INVs dossiers thématiques [en ligne] disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-colon-rectum>
3. Bedenne L, Faivre J, Boutron MC, Piard F, Cauvin JM, Hillon P. Adenoma--carcinoma sequence or "de novo" carcinogenesis? A study of adenomatous remnants in a population-based series of large bowel cancers. *Cancer*. 1992 Feb 15;69(4):883–8.
4. INCa Les chiffres du cancer en France [en ligne] disponible sur < <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers#toc-focus-sur-les-cancers-les-plus-fr-quents>>
5. INCa Epidémiologie du cancer colorectal [en ligne] disponible sur <<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/11-cancer-colorectal/41-epidemiologie-nationale-cancer-colorectal-donnees-essentielles.html>>
6. HAS Guide médecin sur le cancer colorectal [en ligne] disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_colon_version_web.pdf>
7. K SFED Médiathèque : Coloscopie de dépistage et de prévention en 2016 [en ligne] disponible sur <http://www.sfed.org/sites/sfed.prod/files/documents_sfed/files/mediatheque/preventkdig_dossierpresse13.pdf>
8. Seblain C, Carré N, Ancelle-Park R. Traitement chirurgical du cancer colorectal : évaluation de l'activité des établissements, données du PMSI, France, 1998-2001 / Seblain C in Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire [Bull Epidemiol Hebd], N° 19 (10/05/2005)
9. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet Lond Engl*. 1996 Nov 30;348(9040):1472–7.
10. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet Lond Engl*. 1996 Nov 30;348(9040):1467–71.
11. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med*. 1993 May 13;328(19):1365–71.
12. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*. 2004 Jun;126(7):1674–80.

13. 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*. 2008 Jul;135(1):82–90.
14. TNCD: Cancer du colon non métastatique. (mise à jour le 02/11/2016) disponible sur: http://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/TNCD/tncd_chap-03-cancer-colon-non-metastatique_2016-11-02.pdf
15. Heresbach D, Pienkowski P, Chaussade S, Barthet M, Bories E, Canard JM, et al. Prévention du cancer colorectal par coloscopie, en dehors du dépistage en population. Consensus et position de la SFED. *Acta Endosc*. 2016 Feb 1;46(1–2):68–73.
16. Hassan C, Quintero E, Dumonceau J-M, Regula J, Brandão C, Chaussade S, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2013 Oct;45(10):842–51.
17. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2012 Sep;143(3):844–57.
18. Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, Dunlop MG, Thomas HJW, Evans GD, et al. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). *Gut*. 2010 May;59(5):666–89.
19. AMELI Rapport charges et produits [en ligne] disponible sur <<http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2013/data/catalogue.pdf> p22-26>
20. LEGIFRANCE : Journal Officiel [en ligne] disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029534932&categorieLien=id>>
21. LEGIFRANCE : Journal Officiel [en ligne] disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/9/23/AFSP1422723A/jo/texte>>
22. LEGIFRANCE : Journal Officiel [en ligne] disponible sur <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029534932&categorieLien=id>>
23. INVS Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal : taux de participation [en ligne] disponible sur < <http://invs.santepubliquefrance.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>>
24. Segnan N, Patnick J, von Karsa L (dir). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. Luxembourg : European Commission ; 2010.
25. Aubin Auger I, Mercier A, Baumann Coblentz L, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *Exercer* 2008;80:4-7.

26. Le Breton J, Ferrat É, Attali C, Bercier S, Le Corvoisier P, Brixi Z, et al. Effect of reminders mailed to general practitioners on colorectal cancer screening adherence: a cluster-randomized trial. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. 2016 Sep;25(5):380–7.
27. Saint-Lary O, Partouche H. Facteurs déterminant la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal. *Exercer* 2010;80 suppl 1:62S-3S.
28. Le Breton J, Prigent A, Journy N, Brixi Z, Chevreul K. Facteurs associés à la participation des patients au dépistage organisé du cancer colorectal. *Exercer* 2011;95 suppl 1:16S-7S.
29. 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*. 2015 Jun;24 Suppl:S68-72.
30. Pivot X, Viguier J, Morère J-F, Blay J-Y, Coscas Y, Roussel C, et al. Abstract 4447: In search of the ideal cancer screening test. *Cancer Res*. 2014 Nov 21;72(8 Supplement):4447.
31. Tinmouth J, Ritvo P, McGregor SE, Patel J, Guglietti C, Levitt CA, et al. ColonCancerCheck primary care invitation pilot project: patient perceptions. *Can Fam Physician Med Fam Can*. 2013 Dec;59(12):e541-549.
32. 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 Oxf Engl* 1990. 2012 Nov;48(16):2969–76.
33. 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*. 2012 May 20;30(15_suppl):1567–1567.
34. Pignone M, Harris R, Kinsinger L. Videotape-based decision aid for colon cancer screening. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2000 Nov 21;133(10):761–9.
35. Bellier T, Vallard A, Espenel S, Langrand-Escure J, Ben Mrad M, Védrine L, et al. Place du médecin militaire dans le dépistage du cancer : évaluation des pratiques professionnelles. *Bulletin du CANCER. Société Française du Cancer*; 2015 Dec 1;102(12):993–1001.
36. Nemeth LS, Nietert PJ, Ornstein SM. High performance in screening for colorectal cancer: a Practice Partner Research Network (PPRNet) case study. *J Am Board Fam Med JABFM*. 2009 Apr;22(2):141–6.
37. Haut Conseil de la Santé Publique, rapport sur les Consultations de Prévention: Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Mars 2009. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=70>
38. 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*. 2011 Jan;20 Suppl 1:S26-32.
39. Le Pimpec F, Moutel G, Piette C, Lièvre A, and Bretagne JF. Fecal immunological blood test is more appealing than the guaiac-based test for colorectal cancer screening. *Dig Liv Dis. In Press*

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Détermination de la population cible et diagramme des flux.....	31
<u>Figure 2</u> : Evaluation de la simplicité de réalisation du FIT dans notre population	38
<u>Figure 3</u> : Freins à la réalisation du test Hemocult dans notre population	40
<u>Figure 4</u> : Motifs de participation à la nouvelle campagne par test immunologique fécal (FIT)	44
<u>Figure 5</u> : Changement des attitudes en lien avec la nouvelle campagne de dépistage	48

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Chiffres clés (Francim. Hospices civils de Lyon. INCa. Structures de gestion du dépistage)	8
<u>Tableau 2</u> : Risque de développer un cancer colorectal entre 0 et 74 ans selon le sexe et la cohorte de naissance en France.....	12
<u>Tableau 3</u> : Risque de décéder d'un cancer colorectal entre 0 et 74 ans selon le sexe et la cohorte de naissance en France.....	12
<u>Tableau 4</u> : Comparaison des tests fécaux immunologique et au gaiac	14
<u>Tableau 5</u> : classification des catégories socio-professionnelles de l'INSEE	29
<u>Tableau 6</u> : code des niveaux de diplôme de l'Insee.....	29
<u>Tableau 7</u> : Caractéristiques démographiques de la population	34
<u>Tableau 8</u> : Caractéristiques socio-professionnelles de la population.....	36
<u>Tableau 9</u> : Participation aux dépistages féminins des femmes ayant participé à notre étude	37
<u>Tableau 10</u> : Influence de l'âge, du sexe, de la catégorie socio professionnelle (CSP), de la participation au dépistage du cancer du sein (FDS) et du changement de médecin traitant (MT+) sur les freins à la participation aux anciennes campagnes Hemocult.	42
<u>Tableau 11</u> : Influence de l'âge, du sexe, de la catégorie socio professionnelle (CSP), de la participation au dépistage du cancer du sein (FDS) et du changement de médecin traitant (MT+) sur les motifs de participation à la campagne de dépistage par FIT.	46
<u>Tableau 12</u> : Modifications des conditions de vie ayant pu influencer la participation à la nouvelle campagne par FIT	50
<u>Tableau 13</u> : Modifications liées au médecin traitant et au test ayant pu influencer la participation à la nouvelle campagne par FIT.....	52

ANNEXE

Lettre et questionnaire adressés par mailing postal



22 rue Guillemin Tarayre
31950 TOULOUSE CEDEX 9
N°SIRET 130 005 713 00016
☎ : 05 34 41 91 31
Fax : 05 34 41 91 30
Email : doc31@doc31.com

www.doc31.fr

Objet : PROPOSITION DE PARTICIPATION A UNE ETUDE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Madame, Monsieur

Doc 31 vous a invité depuis vos 50 ans à participer au dépistage du cancer du côlon (de l'intestin) en réalisant chez vous un test de recherche de sang dans vos selles.

Le premier test qui vous a été proposé était le test Hémocult. Vous ne l'avez pas réalisé. Vous avez par contre réalisé le nouveau test : le test immunologique.

Nous aimerions analyser les raisons qui vous ont amené à participer au dépistage du cancer colorectal avec ce nouveau test.

Jeune médecin généraliste, je prépare ma thèse de doctorat au sein de DOC 31, structure en charge des dépistages des cancers pour la Haute-Garonne, sous la coordination du Dr A. Albessard.

Mon travail est dirigé par le Docteur J. Jacques gastroentérologue (CHU Dupuytren Limoges) et le Professeur J.F. Bretagne gastroentérologue (CHU Rennes).

Vous trouverez ci-joint un questionnaire et une enveloppe T (affranchissement prépayé). Vos réponses resteront strictement anonymes.

Je vous remercie par avance de consacrer quelques minutes à ce questionnaire.

Je vous remercie de l'aide précieuse que vous voudrez bien m'accorder.

Je vous prie d'accepter mes sentiments les plus respectueux.

Constant JACQUES

**QUESTIONNAIRE SUR LES FACTEURS INFLUENCANT LA PARTICIPATION
AU
DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR LA RECHERCHE DE SANG
DANS LES
SELLES *.**

QUESTIONNAIRE ANONYME

L'étude pour laquelle nous vous sollicitons, porte sur les personnes qui, comme vous, ont décidé de participer au dépistage par le nouveau test disponible depuis l'an dernier, alors qu'ils n'avaient jamais réalisé de dépistage du cancer colorectal auparavant.

Le but de ce travail est de comprendre pourquoi.

En vous interrogeant nous espérons comprendre si certaines craintes ont été levées et comment votre vision a changé. Cela sera très utile afin de pouvoir améliorer l'information que nous, professionnels de santé, et DOC 31 donnons aux personnes sur le dépistage pour qu'elles aussi décident d'en bénéficier.

Vous verrez que certaines questions portent sur votre situation familiale, professionnelle et sur votre état de santé général, d'autres sur votre opinion et votre attitude face au dépistage tel qu'il était proposé avant 2015 et tel qu'il est proposé aujourd'hui.

Répondez au questionnaire composé de quatre parties. Répondez à chacune des questions en cochant la case correspondante.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ce qui nous intéresse, c'est votre situation particulière et votre vision du dépistage.

Merci de votre participation.

PREMIERE PARTIE :

	Oui	Non
1- Avez-vous participé à la dernière campagne de dépistage (test dans la pochette bleue) comme nos fichiers l'indiquent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Est-ce la première fois que vous faites un test de dépistage du cancer colorectal avec la recherche de sang dans les selles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Avez-vous déjà réalisé une coloscopie avant de faire le dépistage sur les selles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Si oui, votre coloscopie date t-elle de moins de 5 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5- Avait t-on trouvé des polypes ou un cancer du côlon lors de cette coloscopie ?

Vous avez moins peur de devoir réaliser une coloscopie.

6- Y a t-il eu des cas de cancer du côlon ou de polypes dans votre famille proche (vos parents, vos frères et sœurs, vos enfants) ?

7- Souffrez-vous d'une maladie de Crohn ou d'une rectocolite hémorragique RCH

DEUXIEME PARTIE :

- 8- Êtes-vous ... Une Femme Un Homme
- 9- Quelle est votre année de naissance ? 19 __ _
- 10- Dans quelle commune vivez-vous ? _____
- 11- Êtes-vous en activité professionnelle ? Oui Non
- 12- Quelle est / était votre profession ? _____
- 13- Jusqu'à quel diplôme avez-vous étudié ? _____
- 14- Vivez-vous seul ? Oui Non
- 15- Votre situation maritale : Célibataire
 Marié(e) ou vie maritale
 Veuf (ve)
 Divorcé(e)
- 16- Avez-vous un ou plusieurs enfants ? Oui Non

Si vous êtes un homme, passez directement à la troisième partie.

Si vous êtes une femme, répondez aux deux questions suivantes avant de passer à la troisième partie.

	Oui	Non
17- Ces deux dernières années, vous êtes-vous fait surveiller concernant le cancer du sein ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Ces trois dernières années, vous êtes-vous fait surveiller concernant le cancer du col de l'utérus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TROISIEME PARTIE :

- 19- La réalisation du nouveau test vous a-t-elle paru... Très simple
 Moyennement simple
 Très compliquée

20- **Avant l'arrivée du nouveau test**, vous ne participiez pas au dépistage par recherche de sang dans les selles. **Pour quelles raisons ?**

Cochez une case pour chacune des raisons suivantes qui vous sont proposées selon votre situation.

	Raison Principale	Une Raison	Pas une Raison
Par manque de temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pensiez qu'à votre âge vous n'étiez pas concerné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il n'y avait pas de cancer du côlon dans votre entourage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous n'aviez pas de symptômes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous aviez une vie saine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous aviez peur que l'on diagnostique un cancer du côlon chez vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous aviez peur de devoir réaliser une coloscopie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous n'en n'aviez pas entendu parler dans les médias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous n'aviez jamais reçu de lettre vous invitant à faire le test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous n'en aviez pas parlé avec votre médecin traitant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous n'aviez pas de médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin n'avait pas jugé nécessaire de vous remettre le test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous aviez des inquiétudes sur le coût financier restant à votre charge à la suite du dépistage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous trouviez que la réalisation du test était compliquée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous trouviez répugnant de manipuler vos excréments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il fallait le faire sur trois selles successives sur plusieurs jours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre raison pour laquelle vous n'aviez pas participé non proposée ci-dessus : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21- Récemment vous avez participé au dépistage par le nouveau test de recherche de sang dans les selles. Pour quelles raisons ?

Cochez une case pour chacune des raisons suivantes qui vous sont proposées selon votre situation.

	Raison Principale	Une Raison	Pas une Raison
Vous avez plus de temps personnel à consacrer au dépistage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous vous êtes senti plus concerné compte tenu de votre âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a eu une annonce de cancer dans votre entourage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez quel cancer _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Même si vous n'avez pas de symptômes, vous avez compris que vous êtes concernés par le dépistage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Même si vous avez une vie saine, vous avez compris que vous êtes concerné par le dépistage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous pensez avoir moins peur d'un diagnostic de cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez moins peur de devoir réaliser une coloscopie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes mieux informé par les médias cette fois-ci que lors des précédentes campagnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quelles ont été vos sources d'information ? [plusieurs réponses possibles]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Publicité radio	<input type="checkbox"/>		
O Forun internet	<input type="checkbox"/>		
O Télévision	<input type="checkbox"/>		
O Affichage	<input type="checkbox"/>		
O Presse écrite, numérique	<input type="checkbox"/>		
O Autre : _____	<input type="checkbox"/>		
C'est la première fois que vous en avez parlé à votre médecin traitant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est la première fois que votre médecin traitant vous remettait le test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre médecin a été plus convaincant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez trouvé la réalisation du test moins compliquée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez eu moins de répugnance à manipuler vos excréments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il n'y avait qu'un prélèvement de selles à effectuer cette fois-ci par rapport à l'ancien test.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre raison, non proposée ci-dessus pour laquelle vous avez participé au nouveau test : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

—

QUATRIEME PARTIE :

Par rapport à l'époque où vous ne participiez pas...

- 22- Votre situation professionnelle est-elle... plus contraignante?
 moins contraignante?
 inchangée ?
- 23- votre état de santé, jugez-vous avoir... plus de problèmes de santé.
 moins de problèmes de santé.
 état de santé inchangé.
- 24- Votre situation de couple a-t-elle changé ? Oui Non
- 25- A l'époque où vous ne participiez pas étiez-vous... célibataire
 marié(e) ou vie maritale ?
 veuf (ve)?
 divorcé(e) ou séparé(e) ?
- 26- Le nombre d'enfant vivant au foyer a-t-il changé ? Oui Non
- 27- À l'époque où vous ne participiez pas, combien d'enfants vivaient au domicile ? _ _ _
- 28- Aujourd'hui, combien d'enfants vivent au domicile ? _ _ _
- 29- Le temps consacré à un proche en situation de dépendance est-il ...
 plus important ?
 moins important ?
 inchangé ?
 non concerné.
- 30- Votre situation financière a-t-elle évolué ?
 Oui, ma situation financière est aujourd'hui plus confortable.
 Oui, ma situation financière est aujourd'hui moins confortable.
 Non, ma situation financière est inchangée.
- 31- Avez vous déménagé ? Oui Non

32- Commune dans laquelle vous viviez auparavant : _ _ _ _ _
_

33- Code postal de cette commune : _ _ _ _ _

34- Votre médecin traitant :

- Est le même qu'à l'époque où vous ne participiez pas.
- Vous n'aviez pas de médecin traitant et maintenant vous en avez un.
- Vous avez changé de médecin traitant.
- Vous n'avez jamais eu de médecin traitant.
- Vous aviez un médecin traitant et aujourd'hui, vous n'en n'avez plus.

35- Votre médecin traitant a-t-il passé plus de temps à vous informer que lors des précédentes campagnes ? Oui Non Ne sait pas

36- Les explications sur l'utilité du dépistage ont-elles été plus claires ? Oui Non Ne sait pas

37- Les explications sur la réalisation du test en pratique ont-elles été plus claires ? Oui Non Ne sait pas

38- Le test que vous venez de réaliser est considéré comme plus efficace par rapport au test proposé lors des campagnes précédentes.

Le saviez-vous ? Oui Non

39- Si oui, cela a-t-il contribué à votre participation actuelle ?
 Beaucoup.
 Un Peu.
 Pas du tout.

Fin du questionnaire. A renvoyer dans l'enveloppe T jointe.

Merci de votre participation.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

Titre : Analyse des motifs de participation au dépistage du Cancer Colorectal (CCR) par test immunologique fécal chez des patients n'ayant jamais participé au dépistage du CCR par test Hémoccult.

Résumé :

Introduction : Les motifs de participation au dépistage du CCR par test immunologique fécal (FIT) chez les patients n'ayant pas participé aux campagnes précédentes par test Hémoccult ne sont pas connues. La connaissance de ces motifs permettrait d'améliorer la communication autour du dépistage du CCR et ainsi améliorer le taux de participation à ce dépistage, condition clef pour diminuer la mortalité du CCR.

Matériel et méthodes : En Haute-Garonne, 4876 patients ont réalisé le FIT alors qu'ils n'avaient jamais réalisé de test Hémoccult. Un questionnaire spécifique a été envoyé à 1999 patients tirés au sort. 607 réponses ont été obtenus.

Résultats : Le fait de se sentir concerné même en l'absence de symptômes (80,93%), même en ayant une vie saine (78,31%), les caractéristiques techniques du test (moins compliqué : 76,49% ; sur un seul prélèvement : 74,82%) et le fait de recevoir pour la première fois le test par le médecin (51,75%) représentaient les principaux motifs de participation à la campagne de dépistage par FIT. L'âge et la catégorie socio-professionnelle n'influençait pas les motifs contrairement au sexe et au fait d'avoir changé de médecin traitant. La nouvelle campagne modifiait trois freins principaux des campagnes Hémoccult : le caractère compliqué du test, le fait de sentir concerné même en l'absence de symptômes ou même en ayant une vie saine.

Conclusion : Notre étude montre que la nouvelle campagne de dépistage par FIT a levé les principaux freins à la participation des campagnes par Hémoccult. La simplicité du test, le fait que le médecin traitant soit impliqué et la nécessité de participer même en l'absence de symptômes ou même en ayant une vie saine ont été les principaux motifs de participation en Haute-Garonne.

Titre en anglais : Population characteristics of people who never performed HEMOCCULT and that performed colorectal cancer screening by FIT in Haute-Garonne

Keywords : Colorectal cancer, Screening, Faecal Immunologic Testing, Guaiac based Faecal Occult Blood testing

Introduction: The reasons to participate to colorectal cancer screening by FIT in a population who never performed guaiac faecal occult blood testing are unknown. Knowledge about these reasons could improve communication about CRC screening and increase the participation, a necessary condition to decrease mortality of CRC.

Methods: 4876 patients participate to FIT when they had never participated to FOGBT. A dedicated questionnaire about reasons was sent to 1999 patients randomly selected. 607 patients answered to this questionnaire.

Results: To be concerned despite no digestive symptoms (80,93%), despite a healthy life (78,31%), a simpler test (76,49%), a test with only one faecal sample (74,82%) and the fact that the general practitioner (GP) gave the test (51,75%) were the five major determinants of FIT participation in our population. Age and socio-occupational category did not influence the results contrary to sex and changing GP.

Conclusion: Our study shows that the new campaign of CRC screening by FIT has modified perception of the target population. The simplicity of the test, the implication of the GP, and the necessity of screening even with a healthy life and without symptoms were the most cited reasons of participation in Haute-Garonne.