



HAL
open science

Les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal, afin d'augmenter le taux de participation. Étude qualitative par entretiens individuels

Amandine Bizard

► **To cite this version:**

Amandine Bizard. Les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal, afin d'augmenter le taux de participation. Étude qualitative par entretiens individuels. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01947364

HAL Id: dumas-01947364

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01947364v1>

Submitted on 6 Dec 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2018

Thèse présentée par :

Madame Bizard Amandine

Née le 8 juillet 1988 à Saint Brieuc

Thèse soutenue publiquement le 18 Octobre 2018

Titre de la thèse :

Les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du Cancer Colorectal, afin d'augmenter le taux de participation. Etude qualitative par entretiens individuels.

Président

Mr le Professeur Le Reste Jean-Yves

Membres du jury

Mr le Docteur Nabbe Patrice

Mme le Docteur Barais Marie

Mr le Docteur Rolland Yves

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST**

Doyens honoraires

FLOCH Hervé
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

LEFEVRE Christian	Anatomie
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive

BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie (<i>jusqu'en décembre 2018</i>)
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénéréologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie (<i>à compter du 1^{er} décembre 2018</i>)
CORNEC Divi	Rhumatologie
COUTURAUD Francis	Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie

SEIZEUR Romuald	Anatomie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Professeur des Universités Associé de Médecine Générale (à mi-temps)

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Professeur des Universités

BORDRON Anne

Biologie cellulaire

Professeur des Universités Associé (à mi-temps)

METGES Jean-Philippe

Cancérologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LE VEN Florent	Cardiologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie

CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GUILLOU Morgane	Addictologie
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

NABBE Patrice

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale (à mi-temps)

BARAIS Marie
BEURTON COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy

Maîtres de Conférences des Universités de Classe Normale

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre	Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
DERBEZ Benjamin	Sociologie démographique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maître de Conférences Associé des Universités (à temps complet)

MERCADIE Lolita	Rhumatologie
-----------------	--------------

Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

GUELLEC-LAHAYE Julie Marie Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire
--------------------------------------	-----------------------------------

Professeurs certifiés / agrégés du second degré

MONOT Alain	Français
RIOU Morgan	Anglais

Professeurs agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

NGUYEN BA Vinh	Anesthésie-réanimation
ROUSSET Jean	Radiologie et imagerie médicale
DULOU Bruno	Neurochirurgie

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE, président et directeur de thèse,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous suis très reconnaissante pour votre patience et le temps que vous m'avez accordé. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Patrice NABBE,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

A Madame le Docteur Marie BARAIS,

C'est un honneur de vous avoir dans le jury de cette thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Yves ROLLAND,

Je vous remercie d'avoir accepté mon invitation à participer à ce jury. Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale lors de mon stage d'externe. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Aux médecins que j'ai eu la chance de rencontrer sur mon parcours, dont les qualités humaines ont forcé mon admiration. Je pense particulièrement aux Dr Pascal PARAIRE, Dr Lise LE ROC'H GESTIN, Dr Cezara HANTA. Merci également aux Dr Sylvain LAMBERT et Dr Marie Helene LORAND BENECH qui ont su me donner les clés pour avancer.

Aux médecins généralistes d'ille et vilaine qui ont accepté de participer à cette étude.

A toi, Kevin, mon mari, merci pour ta bienveillance et ton soutien à toute épreuve. A notre futur bébé, véritable moteur dans l'avancée de ce travail, nous avons hâte de t'accueillir.

A toi maman, pour ton soutien inconditionnel, tu as toujours été là dans les bons et mauvais moments, tu l'es toujours et je t'en remercie.

A toi papa, tu as toujours réussi, malgré l'éloignement professionnel, à rester très présent pour les tiens. Tes nombreuses relectures et tes conseils avisés m'ont été précieux dans ce long travail.

A ma sœur, même si les mots nous manquent parfois, merci Thérèse de m'avoir supporté pendant toutes ces années d'études. Tu as toujours été là dans les grands moments et je t'en remercie.

C'est grâce à vous tous, ma Famille, que j'en suis là aujourd'hui.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Serment prononcé par le Docteur Bizard Amandine

Le 18 octobre 2018

Pour l'ordre national des médecins,

Le médecin

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	Page 11
RESUMES	Page 12
INTRODUCTION	Page 14

I)Le cancer colorectal (CCR)

- I)a- Les chiffres
- I)b- Le développement du CCR
- I)c- Les niveaux de risque du CCR
- I)d- La mise en place du dépistage du CCR

II)Les tests de dépistage du CCR

- II)a- L'hémocult
- II)b- Le test immunologique
- II)c- La coloscopie

III)La participation au dépistage organisé :

- III)a- Un taux de participation trop faible
- III)b- Le point de vue des patients sur le dépistage du CCR
- III)c- Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage

MATERIEL ET METHODE	Page 20
----------------------------------	---------

I)Choix de la méthode de recherche

- I)a- La recherche qualitative
- I)b- La perspective du chercheur
- I)c- La méthodologie générale

II)Population et échantillonnage

- II)a- La population cible
- II)b- Le recrutement
- II)c- L'échantillonnage

III)Le recueil des données

- III)a- Le choix du recueil des données
- III)b- L'entretien
- III)c- Le guide d'entretien

III)d- Le déroulement des entretiens

III)e- L'enregistrement et la retranscription des entretiens

IV)L'analyse des données

IV)a- Les différents types d'analyse des données

IV)b- Choix de l'analyse thématique

IV)c- Le codage des données

IV)d- La saturation des données

RESULTATS Page 26

I)Les conditions d'entretien

II)Les caractéristiques de la population étudiée

III)La saturation des données

IV)Le codage

V)La mind map

V)a- Le ressenti des patients vis-à-vis du test

V)b- les freins au dépistage

V)c- La communication avec le patient

V)d- L'échange centré sur la prévention

V)e- La communication de masse

V)f- La communication entre professionnels

V)g- Les outils de traçabilité

V)h- L'évaluation du nouveau test de dépistage

DISCUSSION Page 32

I)Rappel de la méthode et des résultats principaux :

II)Forces et limites de l'étude

II)a- les forces de l'étude

II)b- les limites de l'étude

III)L'analyse des résultats principaux :

III)a- Le ressenti des patients vis-à-vis du test

II)b- les freins au dépistage

III)c- La communication avec le patient

III)d- L'échange centré sur la prévention

- III)e- La communication de masse
- III)f- La communication entre professionnels
- III)g- Les outils de traçabilité
- III)h- L'évaluation du nouveau test de dépistage

CONCLUSION Page 37

BIBLIOGRAPHIE Page 38

ANNEXES Page 41

Annexe 1 : Le guide d'entretien

Annexe 2 : La retranscription intégrale des entretiens

Annexe 3 : Les tableaux de codage

Annexe 4 : Le diagramme de présentation : la mind map

ABREVIATIONS :

CCR : Cancer ColoRectal

FDR : Facteurs De Risques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INCa : Institut National du Cancer

MG : Médecin Généraliste

EA SPURBO : Equipe d'Accueil de Soins Primaires, Santé Publique et Registre du cancer de Bretagne Occidentale

ADECI 35 : Association pour le Dépistage des Cancers en Ile et vilaine

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

RESUME :

Contexte : Depuis la mise en place du dépistage organisé du Cancer Colorectal en France, le taux de participation de la population reste inférieur à l'objectif européen fixé. Le médecin généraliste a une place centrale au sein du dispositif. L'arrivée récente du test immunologique est l'occasion de relancer des travaux de recherche.

Objectif : Evaluer les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du Cancer Colorectal, dans le but d'augmenter le taux de participation.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés auprès de 15 médecins généralistes d'Ille et Vilaine.

Principaux résultats : Huit grands axes de réponse sont ressortis de l'étude : le ressenti des patients vis-à-vis du test, les freins au dépistage, la communication avec le patient, l'échange centré sur la prévention, la communication de masse, la communication entre professionnels, les outils de traçabilité et l'évaluation du nouveau test de dépistage. Les médecins généralistes notaient une meilleure adhésion au dépistage depuis l'arrivée du test immunologique. Ils ont cité divers outils de communication qu'ils utilisaient déjà pour promouvoir le dépistage ainsi que des outils extérieurs comme les médias ou les relances de l'ADECI. Ils ont proposé de nouveaux outils comme une consultation dédiée au dépistage, créer des contrôles par l'ADECI, avoir un listing d'arguments préétablis, élaborer un test sans manipulation de selles ou encore simplifier le courrier envoyé aux patients.

Conclusion : L'augmentation de participation au dépistage doit être un enjeu prioritaire si l'on veut diminuer la mortalité du cancer colorectal. Les différents outils de communication cités par les médecins généralistes pourraient constituer des pistes pour développer des stratégies de communication auprès des médecins et des patients afin d'augmenter le taux de participation à ce dépistage.

Mots clés : dépistage colorectal, médecins généralistes, outils de communication.

ABSTRACT :

Background : Since the beginning of Colorectal cancer screening in France, the participation rate of the population remain too low. The recent arrival of immunochemical test is an opportunity to start new research works.

Objectives : To evaluate the lack of communication tools for general practitioners, to better understand the motivations of their patients for Colorectal cancer screening.

Methods : A qualitative study by individual interviews to 15 general practitioners from Ille et Vilaine.

Results : Eight lines of response emerged from this study : the patient's feelings about the test, the barriers to screening, communication with the patient, the exchange centered on prevention, mass communication, communication between professionals, traceability tools and the evaluation to the new test screening. General practitioners noted better adherence to screening since the arrival of immunochemical test. They cited various communication tools that they already used to promote screening as well as external tools such as the media or reminders of the ADECI. They proposed new tools such as a consultation dedicated to screening, create controls by the ADECI , develop a test without stool manipulation or even simplify the mail sent to patients.

Conclusion : Increasing participation in screening must be the priority issue to reduce colorectal cancer mortality. The various communication tools mentioned by general practitioners could constitute avenues for developing communication strategies to doctors and patients in order to increase the participation rate in this screening.

Keywords : Colorectal cancer screening, general practitioners, rate of participation

INTRODUCTION :

I) Le cancer colorectal (CCR) :

I)a- les chiffres :

Le CCR est le troisième cancer le plus fréquent dans le monde, et la troisième cause de mortalité par cancer. Les taux d'incidence de ce cancer varient selon les régions du monde. Ces différences pourraient s'expliquer par l'alimentation, les différents modes de vie et les facteurs héréditaires. (1).

La France fait partie des pays où le risque de CCR est élevé : Deuxième cancer chez la femme après le cancer du sein et troisième chez l'homme après le cancer de la prostate et du poumon.

En 2017, 44 872 nouveaux cas de CCR ont été diagnostiqués en France (24 035 chez l'homme et 20 837 chez la femme). Il s'agit du deuxième cancer en termes de mortalité, avec 17 684 décès estimés en 2017 (versus 17 833 en 2015). On note une baisse de la mortalité depuis 1980. La mise en place du dépistage et la résection des polypes explique en partie cette diminution.

Lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce, le taux de survie à 5 ans est de 90% alors qu'il n'est que de 13% en cas de métastases. (2).

I)b- le développement du CCR :

Le CCR se développe, dans la majorité des cas sur plusieurs années. Les premiers stades de développement sont asymptomatiques.

Plus le cancer se développe et plus les signes deviennent significatifs. Apparaissent alors des signes digestifs tels qu'une alternance de diarrhée et constipation ou bien des rectorragies, puis des signes plus généraux comme une altération de l'état général ou une anémie. Ces signes doivent alerter le patient et les médecins, et conduire à la réalisation d'une coloscopie rapidement.

60 à 80% des CCR se développent à partir d'une tumeur bénigne, qu'on appelle polype ou adénome. Les adénomes sont classés selon leur histologie et leur degré de dysplasie. Ces adénomes peuvent, s'ils ne sont pas retirés, grossir et dégénérer.

Sur 1000 adénomes, 100 deviendront supérieurs à 1 cm, et parmi eux 25 deviendront un cancer. La séquence adénome-cancer dure en moyenne plus de 10 ans.

I)c- Les niveaux de risque du CCR :

Les facteurs de risques (FDR) du CCR sont assez bien connus : (3)

- L'âge : 94% des CCR se manifestent après l'âge de 50 ans. La moyenne d'âge lors du diagnostic, tous sexes confondus, est de 70 ans.
- Les maladies inflammatoires de l'intestin telles que la maladie de Crohn ou la rectocolite hémorragique augmentent le risque de développer un CCR.

- L'hérédité : Le risque d'être atteint de ce type de cancer est environ deux fois plus élevé lorsqu'un membre de la famille au premier degré (parent, frère, sœur ou enfant) a déjà eu un CCR.
Il y a aussi les cas de syndrome de Lynch et de polypose adénomateuse familiale, pathologies où une mutation génétique est à l'origine d'un surrisque de CCR.
- Les habitudes de vie telles qu'une alimentation trop calorique, une consommation importante de viande rouge ou de graisses animales, la consommation d'alcool, la consommation de tabac, l'inactivité physique et le surpoids, jouent un rôle dans la survenue des CCR.

A partir de ces FDR, la population est classée en trois niveaux de risque : (4)

- Le risque moyen qui correspond à 80% des cas. Il s'agit des patients entre 50 et 74 ans sans antécédents personnels, ni familiaux de CCR et ne présentant pas de symptômes évocateurs. Ces patients sont éligibles au dépistage organisé.
- Le risque élevé est représenté par 15 à 20% des cas. Il s'agit des patients ayant un antécédent personnel de CCR ou d'adénome, des patients dont un parent au premier degré a été atteint d'un CCR avant 65 ans, des patients dont deux parents au premier degré ont été atteints de ce type de cancer, quel que soit leur âge au moment du diagnostic, des patients atteints d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin. Le dépistage proposé est alors une coloscopie dont la fréquence est à déterminer par le gastro entérologue.
- Le risque très élevé est représenté par 1 à 3% des cas. Il s'agit des patients porteurs de mutations génétiques comme le syndrome de Lynch ou la polypose adénomateuse familiale. Ces patients bénéficient d'une prise en charge particulière avec, en plus du suivi par le gastro entérologue, des recherches génétiques.

Id- La mise en place du dépistage du CCR :

Le CCR, de par sa fréquence et sa gravité, est un problème de santé publique. Il répond aux critères établis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1970, pour la mise en œuvre du dépistage d'une maladie : (5)

- La maladie constitue une menace grave pour la santé publique
- Un traitement d'efficacité démontrée peut-être administré
- Les moyens appropriés de diagnostic et de traitement sont disponibles
- La maladie est décelable pendant une phase de latence
- Une épreuve ou un examen de dépistage existe
- L'épreuve utilisée est acceptable pour la population
- L'histoire naturelle de la maladie est connue
- Le choix des sujets qui recevront un traitement est opéré selon des critères préétablis
- Le coût de la recherche des cas n'est pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux
- La recherche des cas est continue et elle n'est pas considérée comme une opération exécutée « une fois pour toute ».

C'est en 2002, que la campagne de dépistage pour le CCR a commencé en France. Le programme pilote de dépistage a débuté initialement dans 23 départements. Le département d'Ille et Vilaine fit partie de l'un des premiers (décembre 2002). Le dépistage a ensuite été généralisé à tout le pays en 2008.

Tous les patients âgés de 50 à 74 ans, sans antécédents personnels ni familiaux de pathologies colorectales, sont invités tous les deux ans par courrier à consulter leur médecin traitant. Celui-ci peut ainsi vérifier les critères d'inclusion au dépistage et remettre au patient le kit de dépistage.

Le dépistage du CCR consiste à rechercher la présence de sang occulte dans les selles. Il est suivi d'une coloscopie en cas de positivité.

Depuis sa mise en œuvre, le dépistage reposait sur l'utilisation du test au Gaïac, appelé hemocult. En avril 2015, ce test a été remplacé par un test immunologique, appelé OC-sensor, plus performant et plus facile d'utilisation.

II) Les tests de dépistage du CCR :

II)a- L'hemocult :

Le principe de l'hemocult était de pratiquer un recueil de selle, et d'en disposer une fine couche sur les deux cadres d'une plaquette (2 prélèvements par selle). Les patients devaient renouveler le tout deux fois avec deux autres selles, ce qui faisait six prélèvements au total.

L'ensemble était envoyé dans la structure de gestion départementale, où il y avait une double lecture non automatisée simultanée. La lecture du test était qualitative avec l'apparition d'une coloration bleue en présence d'hème.

Le prix d'un test hemocult était de 1.16 euros, auquel il fallait rajouter 6.84 euros pour les frais de procédure. (6)

La sensibilité du test était évaluée à 50% et la spécificité à 98%.

L'hemocult avait l'inconvénient de ne pas être spécifique de l'hémoglobine humaine. De plus le test, avec ces six prélèvements était vécu comme contraignant par les patients.

II)b- Le test immunologique : (7)

Le principe du dépistage reste le même en recherchant la présence de sang dans les selles.

Le patient n'a plus qu'un seul prélèvement de selle à faire. L'outil de recueil est également plus ergonomique, hygiénique et facile d'utilisation pour les patients.

L'ensemble est posté par le patient avec l'enveloppe T préaffranchie. La lecture est automatisée dans un laboratoire unique pour toute la France. Elle repose sur la détection d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps mono ou polyclonaux. Il s'agit d'une lecture quantitative avec un seuil de positivité préétabli (150ng Hb/ml).

Le prix d'un test immunologique est de 1,5 euros, auquel il faut rajouter le coût de la procédure estimé entre 5.2 et 9.75 euros. (6)

La sensibilité de ce test est estimée entre 70 et 85% et la spécificité à 95%. On estime que ce test immunologique permet de dépister deux fois plus de cancers, et deux fois et demie plus d'adénomes avancés.

L'inconvénient de ce nouveau test est qu'il génère plus de faux positifs, et par conséquent environ deux fois plus de coloscopies sont réalisées. Les coloscopies sont faites à bon escient.

Dans 95.5% des cas, le résultat du test revient négatif. Le patient est amené à renouveler le test 2 ans plus tard, sauf en cas de symptômes d'intervalle.

Dans 4.5% des cas, le résultat du test revient positif. Le patient est adressé au gastro entérologue pour une coloscopie.

Avec l'arrivée de ce test, l'augmentation de participation au dépistage organisé a été estimée entre 10 et 15%. (8)

II)c- La coloscopie :

Elle a plusieurs objectifs :

- Préventive : Chez les patients considérés à risque élevé ou très élevé, c'est la coloscopie qui est choisie à titre de dépistage. La fréquence est à déterminer avec le gastro entérologue (entre 3 et 5 ans).
- Diagnostique : Après un résultat de test de dépistage positif, le patient est orienté vers un gastro entérologue pour réaliser une coloscopie. Celle-ci se révèle normale dans 90% des cas depuis la mise en place du test immunologique. On propose également la coloscopie en 1^{ère} intention en cas de symptômes évocateurs d'un CCR.
- Thérapeutique : La coloscopie permet également la résection de polype ou adénome, pouvant parfois évoluer en lésion cancéreuse. Toutes les lésions réséquées sont envoyées en anatomopathologie pour analyse.

III) La participation au dépistage organisé :

III)a- Un taux de participation trop faible :

Depuis la mise en place du dépistage organisé en France en 2008, le taux de participation reste faible. De 2009 à 2014, le taux moyen de réalisation, fut de 31.6%. Avec un taux maximum de 33.8% en 2009-2010 et un taux minimum de 29.8% en 2013-2014. (9).

Sur la période 2015, le taux de participation chuta à 23.1 %. Cependant dans le contexte du déploiement du test immunologique, avec une mise en œuvre intervenue à la mi-année et des retards d'approvisionnement en tests dans certains départements, cette estimation de participation est d'un intérêt limité. (9).

Depuis 2015, le taux de participation a remonté légèrement avec une moyenne estimée à 29.3% en 2015-2016 et 33.5% en 2016-2017. (9)

Les taux de dépistage sont très différents d'un département à l'autre. Certains départements comme l'Ille et vilaine, approchent des 45% avec même un record de participation à 53.1% sur la période 2017-2018 (10). Alors que d'autres départements atteignent à peine 20%.

Malgré tout, depuis 2008, le taux de participation moyen reste très inférieur à l'objectif européen minimal acceptable fixé à 45%, et encore plus loin du taux de participation souhaitable estimé à 65%. (11). L'arrivée du test immunologique ne permet toujours pas d'atteindre ces objectifs, ni même l'augmentation de participation de 10 à 15% estimée avant sa mise en œuvre. (8)

Ce faible taux de participation au dépistage du CCR motiva de nombreuses études cherchant à déterminer les obstacles côté médecins et côté patients.

III)b- Le point de vue des patients sur le dépistage du CCR :

En 2010, une méta analyse a été réalisée sur les facteurs influençant la compliance du patient dans le dépistage du CCR. Elle incluait 15 études qualitatives. Les principaux facteurs retrouvés étaient : un manque de connaissance sur le CCR, un sentiment d'embarras face au dépistage, une absence de symptômes et un manque de communication avec leurs médecins. (12).

L'Institut National du Cancer (l'INCa) a mis en avant d'autres freins à la réalisation du dépistage comme le manque de sensibilisation, une méconnaissance des procédures de dépistage, un tabou par rapport à la localisation du cancer, une gêne à la manipulation des selles, la peur du résultat positif, la peur de la coloscopie et la lassitude des tests précédents négatifs. L'INCa a évoqué aussi des facteurs d'inégalité liés au niveau d'éducation et aux catégories socioprofessionnelles. (8). Les personnes en situation de précarité ou éloignées du système de soins concentreraient leurs priorités ailleurs que dans la médecine préventive.

En 2013, une étude qualitative française a été réalisée pour explorer à la fois les barrières psychologiques et les facilitateurs potentiels au dépistage du CCR. 69 français issus de la population cible ont été interrogés. Les principaux obstacles retrouvés étaient le manque de confiance dans le test, l'anxiété liée à la santé et l'embarras du test. Des facilitateurs psychologiques ont également été retrouvés tels que : la simplicité d'utilisation, les connaissances sur le CCR, la perception du risque. (13)

D'autres facilitateurs au dépistage du CCR ont été retrouvés comme sa gratuité, sa réalisation au domicile, le caractère indolore et non invasif, et la dimension préventive du test. (14)

III)c- Le rôle du médecin généraliste (MG) dans le dépistage :

Dans la grande majorité des études réalisées, le rôle du médecin a été défini comme central au sein du dispositif. On estime que 89 % des tests remis par les médecins sont réalisés par les patients (15), cependant des obstacles à la délivrance du test persistent chez les MG.

De nombreuses études qualitatives se sont intéressées à ces obstacles, parmi elles l'une a été réalisée dans le Val d'Oise (16) et l'autre sur la France entière (17). Les médecins justifiaient leur faible implication par un manque de temps, des difficultés liées à la gestion du matériel de dépistage. Mais aussi par des raisons liées aux patients avec la multiplicité des motifs de consultation, l'absence de demandes spontanées ou bien les patients ne venant pas

avec le courrier d'invitation au dépistage. Certains médecins avouaient aussi une expérience négative du dépistage ou encore un manque de conviction dans le test.

En 2008, l'enquête EDIFICE 2 (Etude sur le Dépistage des cancers et ses Facteurs de ComplianCE) réalisée auprès de 600 MG français, a montré que seulement 30% des MG recommandaient le test, alors que 83% d'entre eux étaient convaincus de l'importance du dépistage. Les médecins avançaient un manque de formation, la nécessité d'avoir des lignes directrices claires et des supports d'informations pour leurs patients. L'optimisation de la procédure de dépistage passait par une implication plus forte des MG. (18)

En 2012, une étude s'est intéressée à l'impact d'une formation des MG sur le taux de participation au dépistage du CCR. L'étude évaluait un groupe d'intervention recevant une formation de 4 heures basée sur des techniques de communication à un groupe témoin sans formation. A la fin de la période de suivi, le taux de participation au dépistage du CCR était de 36.7% dans le groupe formation et de 24.5% dans le groupe témoin. Ces résultats soulignaient que le contenu de la communication sur le CCR était déterminant pour favoriser l'adhésion des patients au dépistage. (19)

L'arrivée du dépistage du CCR par la méthode immunologique est une opportunité pour réaliser de nouveaux travaux de recherche auprès des MG français.

L'objectif de ce travail était d'évaluer les outils de communication manquant aux MG pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du CCR, dans le but d'augmenter le taux de participation à ce dépistage.

MATERIEL ET METHODE

I) Choix de la méthode de recherche

Da- La recherche qualitative :

Pour comprendre au mieux le ressenti des médecins, tout en faisant émerger des idées variées, le chercheur a choisi de réaliser une étude qualitative.

Ce type de recherche étant le plus approprié quand les facteurs observés sont subjectifs. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative, permet d'explorer le lien entre « la vraie vie » du clinicien et « la science dure » (20). Elle s'applique idéalement aux études sur l'aspect relationnel des soins, ce qui était le plus adapté pour la question de recherche.

Db- La perspective du chercheur :

Le chercheur était une MG remplaçante. La recherche était réalisée dans le cadre de son travail de thèse. Le chercheur était novice dans l'interrogatoire de recherche. Ce travail fût initié au sein d'un groupe de recherche de l'EA SPURBO.

Dc- La méthodologie générale

La rigueur est très importante dans ce type de recherche où les informations répertoriées sont subjectives. La rigueur doit être appliquée à tous niveaux : (21)

- La revue de littérature et élaboration de la question de recherche
- La méthodologie de recherche
- L'échantillonnage
- Le recueil des données
- L'analyse des données.

Les critères de validation d'une méthode qualitative sont importants. Ils doivent être respectés pour assurer une certaine fiabilité à l'étude. On en retient 5 principaux : (22)

- L'acceptation interne :

Les résultats des travaux de l'étude sont reconnus et admis par les acteurs concernés par cette recherche, ici les MG. Avant le recueil de données, le sujet et la méthodologie sont expliqués au médecin. Une relecture de l'entretien après retranscription lui est envoyé pour acceptation.

- La complétude :

La synthèse et le résultat de la recherche se doivent d'aborder la totalité du phénomène étudié par les différentes approches et analyses réalisées.

- La saturation :

On l'obtient lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours.

- La cohérence interne :

Les éléments de la recherche doivent être pertinents. Leur mise en relation doit rester cohérente.

- La validation externe :

Il s'agit de l'acceptation des résultats de la recherche par des pairs. Ce dernier critère est souvent obtenu par comparaison avec des recherches analogues.

II) Population et échantillonnage :

II)a- La population cible

La population cible a été défini par l'ensemble des MG libéraux, en activité, d'Ille et vilaine.

Les critères d'exclusion étaient :

- Les MG retraités
- Les MG uniquement hospitaliers
- Les autres spécialités médicales.

Les critères retenus pour la diversification de la population étaient :

- L'âge
- L'expérience (années de pratique)
- Le sexe
- Le lieu d'exercice (urbain ou rural)
- Le type d'exercice (seul ou en groupe)

II)b- Le recrutement

La prise de contact avec les MG débutait par l'envoi d'un e-mail ou d'un courrier de sollicitation à participer à l'étude. Le sujet ainsi que le type de recherche étaient expliqués au médecin. Il était demandé au médecin s'il avait déjà été confronté, et si possible récemment, à la réticence d'un patient à réaliser le test de dépistage. En effet pour que l'entretien soit fructueux, il faut que le sujet de l'étude évoque un souvenir récent. Si le médecin était intéressé, un rendez-vous était fixé pour l'entretien.

II)c- L'échantillonnage

Il existe 2 grands types de méthodes pour construire l'échantillon : La méthode probabiliste (ou aléatoire) et la méthode non probabiliste (ou raisonnée) : (23)

- L'échantillonnage aléatoire se construit par tirage au sort dans une population cible. Tout individu a une chance égale d'être sélectionné.
- L'échantillonnage raisonné se construit à partir d'un choix réfléchi d'individus selon des critères prédéfinis. Il n'y a pas de base de sondage.

Au vu de la question de recherche, la méthode de l'échantillonnage raisonné a été choisie. Tous les MG libéraux d'Ille et Vilaine, encore en activité, étant susceptibles de proposer des tests de dépistage du CCR à leurs patients, ils ont ainsi constitué « la population cible ».

Pour que l'échantillon soit exhaustif et caractéristique de la population étudiée, il était important de recruter :

- Des médecins hommes ou femmes
- Installés récemment ou depuis longtemps
- Exerçant en milieu rural ou urbain
- Exerçant en groupe ou seul

Ces critères ont été définis au début de l'étude. (Tableau 1)

Critères de variation de l'échantillon			
Age			
Sexe	Homme	Femme	
Lieu d'exercice	Urbain	Semi rural	Rural
Type d'exercice	Seul	En groupe	
Année d'installation	>10 ans	<10 ans	

Tableau 1 : Critères de variation de l'échantillon

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon ne peut être déterminée à l'avance. Le critère utilisé pour déterminer le nombre d'entretiens est celui de la saturation théorique des données, associée à celui de la variation maximale de l'échantillon. La saturation théorique est atteinte quand la collecte de nouvelles données ne sert plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié. Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur fréquence, comme dans les études quantitatives. (24)

III) Le recueil des données

III)a- Le choix du recueil des données

Parmi les différentes techniques de recueil des données, celle de l'entretien a été choisie. Un entretien se définit comme un procédé d'investigation scientifique utilisant un processus de communication verbale afin de recueillir des informations en relation avec un but fixé. La notion de but à atteindre est importante. L'entretien est une technique souvent choisie dans les études qualitatives, il a l'avantage d'être simple à mettre en œuvre.

Au vu de l'objectif de recherche, l'entretien individuel semblait être le plus adapté. Il permet, en engageant uniquement 2 personnes, d'aborder des sujets touchants au domaine de l'intime, et de garantir au maximum la spontanéité et la liberté de réponse de l'interviewé.

Un focus groupe, en réunissant une dizaine de personnes, aurait pu à contrario créer un mimétisme entre les différents participants et une perte d'authenticité.

III)b- L'entretien

On distingue 3 grands types d'entretiens individuels :

- L'entretien dirigé ou directif :

Il se rapproche du questionnaire. Le guide d'entretien se doit d'être très détaillé, avec thème et sous thème. Les questions sont posées dans un ordre précis. Ce type d'entretien ne laisse aucune place au médecin interviewé pour développer son opinion sur le sujet traité.

- L'entretien approfondi ou non directif :

Il n'a pas de cadre prédéfini. L'interviewer donne seulement au début de l'entretien un thème principal. L'entretien évolue ensuite plutôt sur le principe d'une « conversation naturelle ». Ce type d'entretien augmente la subjectivité des données et le risque de hors sujet.

- L'entretien semi dirigé ou semi directif :

Un guide d'entretien est établi en amont, permettant d'avoir une ligne directrice. Les questions sont ouvertes et leur ordre peut être modulé. Ce type d'entretien est directif sur la forme mais pas sur le fond. Ainsi l'interviewé s'exprime librement avec son propre vécu tout en organisant ses idées. L'interviewer est dans l'écoute. Il peut se permettre quelques relances afin d'approfondir les réponses mais il n'y a pas de jugement, ni de partage d'opinion. Ce type d'entretien semblait être le plus adapté pour répondre à la question de recherche.

III)c- Le guide d'entretien

Il s'agit de la ligne directrice de l'entretien. Son but est d'organiser l'interrogatoire à partir de questions uniquement ouvertes pour amener à une réflexion et un échange structuré. Les questions sont au fur et à mesure plus précises sur le sujet abordé.

Le guide d'entretien a été établi et validé par le directeur de thèse, également membre du Département Universitaire de Médecine Générale de Brest.

Le guide d'entretien comportait 6 questions. Il est présenté en annexe 1.

III)d- Le déroulement des entretiens

La date et le lieu étaient choisis en accord avec le médecin interviewé. L'entretien commençait par le rappel de l'objet d'étude. Le chercheur confirmait le caractère anonyme des données. Le consentement écrit et signé des médecins interrogés était recueilli, ainsi que l'autorisation orale d'enregistrer l'entretien.

Les questions n'étaient pas obligatoirement posées dans l'ordre noté. Lorsque les réponses étaient trop succinctes, des relances ont été utilisées tout en restant objectif.

III)e- L'enregistrement et la retranscription des entretiens

L'intégralité des entretiens a été enregistrés avec un enregistreur vocal de smartphone (samsung A3 2016)

Les entretiens ont ensuite été retranscrits par le chercheur, mot à mot pour constituer ce que l'on appelle le verbatim. Le verbatim constitue la base de données pour la suite de l'étude. Les rires, onomatopées, etc... sont conservés ou mis en commentaires. Cette étape a été réalisée le plus rapidement possible après les entretiens.

Pour préserver l'anonymat, le nom des médecins a été remplacé par un chiffre romain allant de I à XV. Un exemplaire de l'entretien retranscrit était envoyé au médecin interviewé pour une relecture et correction. C'est une étape importante pour garder l'objectivité.

IV) L'analyse des données

IV)a- Les différents types d'analyse des données

Il existe plusieurs types d'analyse des données pour la recherche qualitative (25) :

- L'analyse thématique :

C'est une méthode permettant le relevé et la synthèse des thèmes présents dans le matériel de recherche. Le résultat est présenté sous forme de diagramme ou d'arbre thématique donnant « une information documentée du contenu textuel ». Cette méthode est utilisée lorsqu'une approche descriptive plutôt qu'interprétative est privilégiée.

- La théorisation ancrée :

C'est une méthode utilisée pour faire émerger une théorie sous-jacente au phénomène étudié. La codification, se fait au fur et à mesure avec un aller-retour constant entre les construits de l'analyse et les données de terrain, ce qui garantit l'ancrage dans les données.

- L'analyse phénoméno- structurale :

Elle s'intéresse plus particulièrement au fonctionnement d'un individu ou d'un groupe social dans des situations différentes. Elle est utilisée pour comprendre la structure de conduites en situation dans une approche ethnographique.

- L'analyse phénoméno-pragmatique :

« C'est une description phénoménologique prenant en compte l'ensemble des données incorporées dans le matériau pour une compréhension holistique de l'expérience vécue. »

Ces 4 techniques ont pour objectif « la compréhension holistique d'un phénomène humain vécu en situation selon un paradigme compréhensif ». Le choix de l'analyse dépend de l'objectif de la recherche.

IV)b- Choix de l'analyse thématique

Le chercheur a choisi de réaliser une analyse thématique, avec l'utilisation d'outils de codage issus de la théorisation ancrée mais de manière simplifiée.

Les principales caractéristiques de la méthode utilisée sont : (26)

- Il s'agit d'une méthode inductive, sans hypothèse à vérifier.
- Il n'y a pas de sujet précis mais simplement un champ de recherche prédéfini. C'est l'analyse des entretiens qui mettra en avant le thème central.

- Il n'y a pas de relevé de littérature avant de démarrer la recherche. Il faut également mettre en suspens ses connaissances. Ce sont des critères à respecter afin de garder un regard neuf sur les données. La revue de littérature est réalisée à la fin de l'étude dans le but d'intégrer les données à la théorie.
- L'analyse des données se fait au fur et à mesure de la collecte (entretien), il y a un continuum permanent. Les résultats sont ainsi ancrés dans les données.
- Le nombre d'entretiens nécessaires ne peut être défini au préalable. Il dépend de la saturation des données, moment où le recueil des données n'apporte pas d'éléments nouveaux.

IV)c- Le codage des données :

Il existe principalement 3 niveaux de codage :

- Le codage linéaire ou codage ouvert :

Une fois l'entretien retranscrit en verbatim, le texte est analysé par groupe de mots ou de phrases. Chaque groupe est codé sous un terme évoquant l'idée principale. Il faut réussir à rester fidèle et concis par rapport à l'entretien initial. On peut utiliser des codes in vivo, venant du médecin lui-même.

- Le codage axial :

Les codes linéaires exprimant la même notion sont regroupés sous un code axial.

- Le codage sélectif ou thématique :

En fonction des liens entre eux, les codes axiaux sont regroupés en catégories. On parle de codage sélectif ou thématique. Il s'agit d'un codage plus global, plus conceptuel. C'est à ce moment-là, qu'émerge la catégorie centrale.

Dans l'étude, le travail de codage a été réalisé par un seul chercheur.

IV)d- La saturation des données :

Le nombre d'entretiens à réaliser était défini par le nombre d'entretiens nécessaires pour arriver à saturation des données. La saturation théorique a été atteinte quand la collecte des données n'apportait plus de nouveaux éléments. Les deux derniers entretiens ont été réalisés pour confirmer la saturation des données.

RESULTATS

I) Les conditions d'entretien

Parmi les 54 médecins contactés, 15 MG ont accepté de participer à l'étude. Les entretiens ont été réalisés entre le 6 septembre 2017 et le 5 avril 2018.

La durée moyenne des entretiens était de 12 minutes, avec un minimum de 5 minutes et un maximum de 18 minutes et 40 secondes.

Lors du 5^{ème} entretien, l'enregistrement a été coupé de manière involontaire au bout de 5 minutes. Le chercheur a choisi de garder les données de l'entretien pour la suite de l'étude.

10 entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins, 2 ont eu lieu dans une maison médicale de garde, 3 ont eu lieu au domicile des médecins sur leur jour de repos.

Lors de la relecture des entretiens, tous les médecins ont validé la retranscription sans aucune modification.

La retranscription intégrale des entretiens est présentée en annexe 2.

II) Les caractéristiques de la population étudiée :

Les caractéristiques de la population étudiée se trouvent dans le tableau ci-dessous. (Tableau 2). Le classement des communes a été fait d'après les chiffres de l'INSEE 2014.

Médecin	Sexe	Age (en années)	Lieu d'exercice	Le type d'exercice	Années d'installation
Médecin I	F	54	Semi rural	En groupe	>10 ans
Médecin II	F	32	Semi rural	Seule	< 10 ans
Médecin III	F	37	Semi rural	En groupe	<10 ans
Médecin IV	F	37	Urbain	En groupe	< 10 ans
Médecin V	F	35	Rural	En groupe	<10 ans
Médecin VI	F	42	Rural	En groupe	<10 ans
Médecin VII	H	48	Urbain	En groupe	>10 ans
Médecin VIII	F	49	Semi rural	En groupe	<10 ans
Médecin IX	H	59	Urbain	En groupe	>10 ans
Médecin X	F	34	Urbain	En groupe	< 10 ans
Médecin XI	H	67	Urbain	Seul	>10 ans
Médecin XII	F	42	Semi rural	En groupe	<10 ans
Médecin XIII	F	50	Urbain	En groupe	<10 ans
Médecin XIV	F	59	Urbain	En groupe	>10ans
Médecin XV	H	54	Urbain	En groupe	>10 ans

Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée.

III) La saturation des données :

La saturation des données a été obtenue lors du treizième entretien, aucun nouveau code ouvert n'ayant été retrouvé. Le chercheur a mené deux autres entretiens qui n'ont pas apporté de nouvelles données. Au total 15 entretiens ont été réalisés.

IV) Le codage :

220 codes ouverts ont été extraits des 15 entretiens. L'analyse de ces codes ouverts a permis d'obtenir 73 codes axiaux. Du fait du nombre important de codes axiaux, le chercheur a réalisé un codage intermédiaire. Le codage intermédiaire permet de regrouper plusieurs codes axiaux sous un même code, 29 codes intermédiaires ont été répertoriés. Le dernier niveau de codage a permis de faire ressortir 8 codes thématiques :

- Le ressenti des patients vis-à-vis du test
- Les freins au dépistage
- La communication avec le patient
- L'échange centré sur la prévention
- La communication de masse
- La communication entre professionnels
- Les outils de traçabilité
- L'évaluation du nouveau test de dépistage

Les résultats des différentes analyses sont présentés en annexe 3 et 4.

V) La mind map

Les résultats du tableau de codage ont été retranscrits sous forme d'une carte heuristique, que l'on appelle aussi une mind map. Elle regroupe l'ensemble des codes thématiques et intermédiaires de l'étude.

Cette carte est utile pour représenter et suivre visuellement le cheminement associatif des idées (27). Elle a permis de montrer les outils nécessaires aux MG pour comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du CCR.



V)a- Le ressenti des patients vis-à-vis du test :

-*La compli-ance du patient vis-à-vis du test* : Les médecins interrogés ont mis en avant les nombreuses causes de refus des patients : « Ils ne veulent pas le faire parce qu'ils ont peur » (I), « ...préfèrent ne pas savoir. » (VIII), « je vais bien et je ne vois pas pourquoi je ferai ça » (III)... Ils ont quand même souligné des refus minoritaires : « J'ai peu de patients réticents. » (X). Parfois la réalisation du test a pu être repoussée : « Oui, bah on verra ça une prochaine fois » (III) ou certains patients ont oublié : « Ils ne le font pas parce qu'ils oublient » (VI). D'autres patients ont refusé à l'idée de faire des examens en cas de positivité : « Il va falloir faire des examens, et je n'ai pas envie » (IV).

- *La liberté du patient* : Selon les MG, faire le test restait le choix du patient : « il faut respecter un petit peu de liberté » (IX), « il ne faut pas leur dire « il faut que » (XV).

- *Le manque de confiance* : Les médecins ont souligné un manque de confiance dans le test : « c'est un problème de confiance dans le test » (XIV), mais aussi dans la médecine en général : « ils n'ont globalement pas confiance dans le corps médical » (II).

V)b- Les freins au dépistage :

- *Les obstacles du point de vue médical* : Les médecins ont affirmé ne pas avoir d'obstacles à proposer le test : « je ne m'interdis jamais d'en parler » (I). Ils se sentaient parfois limités par le contenu de la consultation : « on ne les propose pas aux gens qui ont trop de maladies » (II), « il y avait d'autres choses plus importantes à ce moment-là » (III).

- *Le facteur temps* : Les médecins ont mis en avant un problème de temps : « Le problème, c'est le manque de temps » (X), « Ce qui me freine le plus, c'est la densité de travail » (IV). Pour un médecin, le temps n'était pas un obstacle : « Ba il ne faut rien faire alors ! » (VII).

- *la difficulté à être médecin de sa famille* : « alors on va prendre ma maman dont je suis le médecin traitant ce qui ne m'arrange pas du tout » (IV).

- *la représentation des selles* : « elle ne supportait pas l'idée de voir ses selles » (V), « manipuler des selles c'est pas trop leur truc » (VI), « c'était difficile, surtout les constipés » (IX). Les barrières tombaient après la 1^{ère} réalisation : « une fois qui l'ont fait une fois, ce n'est pas difficile » (VI).

- *Une réalisation compliquée* : « je vais pas faire ça, je ne sais pas comment faire » (VI)

- *les barrières culturelles* : « la barrière de la langue, c'est la grosse difficulté » (VII).

- *Les problèmes de non-conformité* : Les médecins ont souligné le retour de tests non interprétés à cause de la date de validité : « ils se décident mais bah il est trop tard le test n'est plus bon » (XII), ou la date est mal notée : « Il peut manquer une date sur le document » (X).

V)c- La communication avec le patient :

- *Les consultations* : Pour les médecins interrogés, les patients ne consultaient pas que pour le test : « ils sont malades du coup tu en profites pour en parler » (VIII). Selon eux, il faudrait : « une consultation dédiée à ça » (II). L'âge a aussi été mentionné : « Ils ne sont pas suivis particulièrement sur le plan médical » (III), « j'essaye d'en parler à 50 ans » (XIV).

- *Communiquer pour convaincre* : Les médecins soulignaient l'utilisation de nombreux outils pour convaincre comme rassurer le patient « on leur explique que c'est simple à faire » (I), expliquer l'intérêt « on explique le dépistage, l'intérêt » (III), ou encore la dédramatisation : « je prends ça plutôt sur la rigolade » (VIII). Certains outils étaient moins utilisés comme les chiffres « la prévalence, je ne l'utilise pas franchement pour convaincre le patient » (X) ou la peur « ce n'est pas foutre la trouille non plus » (XV). Les médecins suggéraient la création de nouveaux outils : « avoir une petite liste de tous les arguments » (II), « ce qui pourrait être intéressant tu vois c'est une échelle de survie » (VIII). Les médecins étaient convaincus de l'intérêt du test : « je suis évidemment convaincue » (XIV), malgré cela leur argumentation pouvait parfois être arrêtée par un refus : « le débat est clos » (IV).

- *La persévérance* : Très souvent les médecins persévéraient « que je le connaisse réticent ou pas, je sais que j'en remet une couche » (IV), « je leur demande toujours mais pourquoi ils ne veulent pas » (VIII). Dans certaines situations, ils avaient moins de persévérance « sachant qu'elle est à la fin... je ne suis pas très convaincante » (VI).

-*la réalisation du test* : l'explication du test a été évoquée : « expliquer comment faire » (XIV), « j'utilisais la plaquette » (II), et selon les MG interrogés il fallait de nouveaux dépliants explicatifs : « Eventuellement en vignette sans écriture », « une plaquette dans une autre langue » (II).

-*Expliquer les examens en cas de positivité* : « je leur dis, par contre si on fait le test il faut aller jusqu'au bout » (XII), « que si c'est positif c'est une colonoscopie » (XV).

-*L'accessibilité aux kits de dépistage* : « les patients peuvent venir et prendre un test » (VI), « j'ai ça là juste sous la main » (VII).

V)d- L'échange centré sur la prévention :

- *La prévention et le dépistage* : Les médecins ont mis en avant : l'importance de la prévention « j'axe beaucoup sur le côté prévention » (VIII), le principe du dépistage « ça se soigne bien quand s'est pris à temps » (IV). Certains patients en ont compris l'intérêt : « l'intérêt je crois qu'ils l'ont compris » (X), et d'autres non : « ils ne savent pas pourquoi on le fait » (XII). Les médecins évoquaient aussi une sensibilisation au dépistage pour certains patients « les gens connaissent le cancer du côlon » (X) mais d'autres patients au contraire refusent la prévention : « ils ne sont pas accessibles à la prévention » (II).

- *Le choix du type de dépistage* : Les médecins ont évoqué : la vérification des critères d'inclusion « si elle rentrait dans le contexte ou pas de faire le dépistage » (II), la réalisation du test hors indications « quelqu'un qui a eu une colo 3 ans avant et qui a un doute il faut le faire » (VIII), et parfois un intérêt limité du dépistage « l'intérêt de le faire chez les personnes âgées grabataires ? » (VI).

-*Les rôles de l'ADECI vis-à-vis du patient* : Les médecins ont évoqué les relances de l'ADECI « l'ADECI envoie même les kits » (IV), « il ne fait pas la colo... Il a eu 3 ou 4 rappels » (VII). L'absence d'informations au patient en cas de positivité a été soulignée « le patient n'est pas prévenu non plus » (XIII).

V)e- La communication de masse :

- *La communication médiatique* : Les médecins ont évoqué l'utilité des médias « je pense que c'est utile, la presse a un pouvoir pas possible » (X), mais aussi parfois leur influence négative « les controverses dans les journaux ça n'aide pas » (IX). Ils ont mis en avant l'intérêt de l'affichage « j'ai ma petite affiche dans ma salle d'attente » (IV), l'intérêt de créer une période médiatique « une médiatisation sur un gros mois » (VI). Ils ont souligné une faible médiatisation par rapport à d'autres cancers « on en parle finalement moins » (IV).

-*Le courrier ADECI* : Les médecins ont regretté : un courrier compliqué « Je ne sais pas comment on pourrait le faire pour le rendre plus sérieux » (II), « le blabla il est assez confus » (I), la non présentation du courrier « ceux qui ne ramène pas leur papier » (II), leur mauvaise connaissance du courrier « je n'ai jamais fait attention à ce qui est marqué dans le courrier d'informations » (XII). Ils ont, malgré tout, souligné l'utilité du courrier pour les patients « j'ai reçu le papier, il faut que j'aille voir mon médecin » (X), l'intérêt de l'envoyer à 50 ans « je trouverai ça pas mal que ça soit à la date d'anniversaire » (VIII).

- *Le vocabulaire du dépistage* : Les médecins ont évoqué : un vocabulaire mal compris « hemoccult, ils ne savent pas ce que c'est » « ils ne comprennent pas les acronymes » (I) et la nécessité d'utiliser un vocabulaire simple « des mots que tout le monde comprend » (IX).

V)f- La communication entre professionnels :

- *La transition au nouveau test* : Les MG ont été formés au nouveau test « on avait la formation ADECI » (XII), « on a eu un médecin de l'ADECI qui est passé » (X). Le test leur a été présenté : « expliqué le nouveau test et ses avantages » (IV), parfois en présence de spécialistes « il y avait le professeur de gastro » (VIII). Ils gardaient peu de souvenirs des informations reçues « c'est vieux je n'arrive pas à me souvenir » (X), parfois ils ont obtenu les informations par la pratique « ces infos là je les ai eues à travers les patients » (I).

- *Les rôles de l'ADECI vis-à-vis du médecin* : Les médecins suggéraient la création de contrôles « est ce qu'il faut qu'on envoie des gens de l'ADECI ? » (XIII) « Cibler les médecins qui ne le propose pas assez » (XII). L'absence d'appel téléphonique en cas de positivité a été souligné « il faut effectivement toujours regarder (...) on n'est plus prévenu » (XIII).

V)g- Les outils de traçabilité :

- *Tracer la réalisation des tests* : Les médecins ont évoqué : l'intérêt de créer un support écrit « on n'a pas le support pour nous y faire penser » (IV), l'utilisation de l'informatique pour éviter les oublis « Tous les 2 ans ça apparait dans le dossier » (XI) « j'ai un rappel tous les 2 ans qui me dit qu'il faut que je leur repopose » (XV), et aussi la traçabilité des refus « j'essaye de noter : ne souhaite pas réaliser l'hemoccult » (IX).

- *Les statistiques individuelles* : Les médecins ont regretté l'absence de statistiques personnelles « je n'ai pas de retour statistique » (VI), « ce qui serait bien aussi, c'est qu'on ait un retour » (VIII), ils semblaient, cependant, satisfaits de leurs résultats « J'ai un super taux d'hemoccult » (X). L'aspect financier a également été évoqué « on est soi-disant indemnisés de ça mais c'est quoi la hauteur ? » (VIII).

V)h- L'évaluation du nouveau test de dépistage :

- *Les avantages du nouveau test* : Les médecins ont évoqué les avantages du nouveau test « c'est plus simple » (II), « que sur une selle » (V), « il y a bien plus de gens qui adhèrent qu'avant » (VI), « l'outil est bien comme il est présenté aujourd'hui » (V).

- *Les inconvénients du nouveau test* : Des inconvénients ont été avancés comme la date de validité « pas une durée de validité très longue » (I) ou encore l'arrivée du test retardée « ils étaient attendus et puis on a patienté avant de l'avoir » (VI).

- *Les performances du test* : Les médecins ont souligné la fiabilité du test « plus fiable » (VIII), « je n'ai pas eu beaucoup de dépistages positifs » (I), avec quand même des cas de faux positifs « il était positif (...) sa coloscopie qui était normale » (II), et des faux négatifs « il l'avait fait 2 mois avant et puis 2 mois après on a trouvé quelque chose » (XIV).

DISCUSSION :

I) Rappel de la méthode et des résultats principaux :

Le but de l'étude était d'évaluer les outils de communication manquant aux MG pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du CCR, dans le but d'augmenter le taux de participation à ce dépistage.

Cette étude a permis de retrouver huit grands axes de réponse :

- Le ressenti des patients vis-à-vis du test
- Les freins au dépistage
- La communication avec le patient
- L'échange centré sur la prévention
- La communication de masse
- La communication entre professionnels
- Les outils de traçabilité
- L'évaluation du nouveau test de dépistage

II) Forces et limites de l'étude :

II)a- les forces :

- Le choix de la question de recherche :

Le choix de la question de recherche semblait intéressant : de nombreuses études ont montré qu'il existait un problème de communication entre le médecin et le patient. Mais depuis l'arrivée du test immunologique, malgré un taux de participation restant faible, peu d'études ont été réalisées sur les freins et les leviers des MG concernant le dépistage. Le chercheur trouvait judicieux d'explorer les outils de communication manquant aux MG pour comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis de ce dépistage.

- le choix de la méthode de recherche :

L'approche qualitative a semblé être la plus appropriée pour explorer le ressenti des MG. Les entretiens individuels étaient bien adaptés au sujet de l'étude, permettant une plus grande liberté d'expression. Débuter l'entretien par une question générale, a permis au médecin de débiter sa réflexion sur le sujet, et notamment sur l'aspect relationnel. Cette question d'ouverture a également permis d'amener la discussion sur la barrière de l'intimité.

II)b- les limites :

- Biais d'information :

Cette étude qualitative par entretiens individuels était la première expérience du chercheur. La maîtrise des techniques de communication a été difficile : réussir à recentrer la discussion, sans pour autant diriger la discussion. Le chercheur a essayé de poser des questions les plus ouvertes possibles, mais il lui arrivait probablement d'orienter les réponses des médecins.

-Biais de confusion :

L'analyse des entretiens a impliqué une part de subjectivité, qui a pu conduire à des erreurs de codage. Ce biais n'a pas pu être limité par un double codage.

III) Analyse des résultats principaux :

III)a- Le ressenti des patients vis-à-vis du test :

Les MG interrogés avaient déjà rencontré le refus de patients à réaliser le test de dépistage. Les principales raisons mentionnées étaient la peur du résultat, le désir de ne pas savoir et l'idée que le cancer ne se guérit pas. Ces résultats étaient comparables à ceux d'une étude de 2012 s'intéressant aux freins psychologiques dans le dépistage du CCR. Le chercheur y a décrit le cancer comme l'une des pathologies les plus anxiogènes pour les patients et qu'un résultat positif était synonyme pour eux de sentence de mort. (28)

Malgré tout, les MG interrogés considéraient que seule une minorité de leurs patients refusaient de faire le test. Et pour eux, faire le test restait le choix du patient.

III)b- Les freins au dépistage :

Les MG interrogés n'avaient pas d'obstacles à proposer le test à leurs patients. Ils ont mentionné quelques situations délicates pour aborder le sujet comme la découverte d'un cancer récent, une fragilité psychologique ou chez les patients polyopathologiques.

Ils ont évoqué un manque de temps ou une trop grande densité de travail pour parler du dépistage avec leurs patients. Les MG ont avoué oublier parfois de proposer le test à leurs patients. Une étude en 2015 sur le point de vue des MG dans le dépistage du CCR, retrouvait des difficultés similaires comme le manque de temps et les trop nombreuses tâches à gérer (29). Cette contrainte temporelle a été évoquée dans plusieurs autres études (31 ; 32).

Pour les MG interrogés, le principal obstacle des patients restait le refus de manipuler les selles, ce qui a été confirmé par les données de la littérature (12 ; 28 ; 29). Les MG ont évoqué également un problème culturel, avec des patients peu cultivés et des patients ne parlant pas le français. En 2016, une étude néerlandaise a établi un lien entre les patients à faible niveau d'éducation et le manque d'accessibilité au programme de dépistage du CCR. (30)

Les médecins ont mentionné avoir davantage de retours de tests non conformes avec le test immunologique qu'avec l'hémocult. Le risque étant, selon eux, un refus de réaliser à nouveau le test par leurs patients. Pour le département d'Ille et Vilaine, le taux de tests non analysables en 2017 était estimé à 6%, ce chiffre reste encore trop élevé. Les 3 principales causes étaient : l'absence de date sur le tube et la fiche d'identification, le tube périmé et un délai trop long entre le prélèvement et la lecture du test. (10). Les causes de non-conformité citées par les MG de l'étude étaient identiques.

III)c- La communication avec le patient :

Selon les MG, le dépistage était abordé au cours d'une consultation pour un autre motif. Ils estimaient que la classe d'âge éligible était moins vue en consultation. Pour pallier à ces

difficultés, la possibilité de créer une consultation dédiée au dépistage, a été citée. Dans plusieurs études, la mise en place d'une telle consultation pour améliorer les taux de dépistage a été mentionnée (31 ; 36). Elle n'est pour le moment toujours pas instaurée dans le programme national de dépistage.

Les MG interrogés ont cité leurs outils pour convaincre les patients comme expliquer l'intérêt du dépistage, rassurer les patients sur la simplicité de réalisation du test, expliquer la réalisation à l'aide du dépliant ou du kit de dépistage, utiliser la dédramatisation ou bien utiliser les statistiques du CCR. Ces résultats étaient similaires à ceux d'une étude de 2011, où les consultations de délivrance du test ont révélé que le discours des MG était surtout axé sur des déclarations biomédicales et des explications techniques, mais n'était pas centré sur le patient. (32)

Les MG participants ont évoqué la possibilité de créer d'autres outils de communication pour promouvoir le dépistage du CCR comme : un listing d'arguments pré établi, une échelle de score de survie ou encore des dépliants explicatifs adaptés à tous les patients. Cela pourrait constituer des pistes d'amélioration, en effet ces outils ont déjà été mis en place pour d'autres problématiques médicales mais pas dans le cadre du dépistage du CCR.

Les MG interrogés étaient convaincus de l'intérêt du dépistage du CCR, selon eux la conviction du MG pouvait influencer favorablement le patient. Ils n'hésitaient pas à ré-évoquer le sujet en cas de refus et essayaient de comprendre les réticences des patients. En effet, les études s'accordent à dire que près de 9 personnes sur 10 déclarent réaliser le test lorsqu'il a été remis par leurs médecins (33).

La possibilité de délivrer le test par un autre professionnel de santé a été citée. Dans une étude de 2011, cette possibilité avait été suggérée sous forme de coopération et de répartition des tâches entre différents professionnels de santé libéraux. (31)

III)d- L'échange centré sur la prévention :

Même si pour les MG interrogés, leurs patients comprenaient facilement l'intérêt du dépistage du CCR, ils estimaient avoir des patients refusant toute forme de prévention y compris le dépistage du CCR.

Les MG ont mentionné le rôle important de la prévention en médecine générale. Ils expliquaient à leurs patients le but du dépistage et le meilleur pronostic en cas de découverte de lésions asymptomatiques. Depuis ces dernières années, les MG français s'impliquent de manière plus ou moins importante dans la médecine préventive, mais la médecine est encore largement fondée sur le soin curatif. (32)

Les MG de l'étude vérifiaient les critères d'inclusion au dépistage organisé chez leurs patients. La question de l'intérêt du dépistage chez des patients polyhandicapés, et cela malgré des critères d'inclusion respectés, a été posée. Dans une précédente étude, la plupart des MG recherchaient les antécédents médicaux lors de la délivrance du 1^{er} test, mais ne recherchaient pas les signes nécessitant une coloscopie ou ne revérifiaient pas si leurs patients étaient toujours admissibles lors d'un 2^{ème} ou 3^{ème} test. (32)

III)e- La communication de masse :

Les MG interrogés ont jugé utile la promotion du dépistage du CCR à travers les médias et les campagnes d'affichages. Ils ont regretté l'absence de période médiatique et proposaient d'en créer une dédiée au CCR. Cependant depuis 2008, le mois de mars est dédié à la lutte contre le CCR, il s'agit de « Mars Bleu » (34). Cette période médiatique semble méconnue des patients mais aussi des professionnels de santé.

Les MG de l'étude ont évoqué l'intérêt du courrier envoyé aux patients par l'ADECI. Ils déploraient, malgré tout, un vocabulaire compliqué ou encore un courrier non adapté aux patients peu cultivés, ils estimaient que le courrier devait être amélioré. Les études s'intéressent peu à l'impact du courrier, néanmoins l'une d'elles montrait que 47% des patients avaient été incités à faire le test par le courrier envoyé contre 23% par les médias (36). L'envoi du courrier serait le 2^{ème} facteur décisionnel après le conseil du MG.

III)f- La communication entre professionnels :

Les MG interrogés disaient ne pas se souvenir de l'arrivée du test immunologique, cependant ils déclaraient avoir eu quand même une formation à ce nouveau test. Ils se souvenaient de la présentation du test avec ses performances, les chiffres clés du dépistage du CCR, et de l'intervention de spécialistes. Tous les MG d'Ille et Vilaine ont été conviés à participer, avant l'arrivée du test immunologique, à une réunion d'information collective menée par l'ADECI 35 en présence de spécialistes.

D'autres outils pour promouvoir davantage le dépistage ont été cités, comme créer des contrôles réguliers par un délégué de l'ADECI, cibler les MG les moins prescripteurs de tests ou encore cibler les profils de patients qui le réalisaient moins. Dans une étude de 2007, 8% des MG citaient la mise en place d'une visite par un délégué médical parmi les facteurs pouvant favoriser à la délivrance du test. (36) En Ille et Vilaine, des visites de l'ADECI sont organisées auprès des MG afin de faire un retour sur le test immunologique et ses bons résultats. (10)

III)g- Les outils de traçabilité :

Les MG interrogés semblaient satisfaits de leur taux de dépistage. Ils suggéraient d'avoir un retour statistique plus détaillé sur leur performance en matière de dépistage pour les motiver davantage. Le fait d'avoir un retour d'information sur sa propre activité n'a pas été retrouvé dans la littérature comme facteur d'amélioration.

Pour éviter les oublis, les MG utilisaient ou pensaient utiliser des rappels informatiques. La création d'un support individuel écrit pour retracer les dépistages a été mentionnée. Ces résultats étaient comparables à ceux de la littérature où l'oubli a été régulièrement retrouvé parmi les contraintes organisationnelles, le support informatique était le moyen le plus souvent cité pour y faire face. (31)

III)h- L'évaluation du nouveau test de dépistage :

Les MG interrogés estimaient que le nouveau test avait beaucoup d'avantages : la simplification d'utilisation, le prélèvement unique, la rapidité de réalisation. Ils notaient une meilleure adhésion de leurs patients. Depuis le lancement du test immunologique, le taux de réalisation n'a pourtant pas augmenté de manière significative en France, il était de 33,5% pour la période 2016/2017. La disparité entre les régions persistait, seul 3 départements ont franchi les 45% de participation, dont l'Ille et vilaine avec 50.6% sur cette période (10). Selon les professionnels de santé ce premier bilan restait plutôt encourageant pour la suite. (33)

Les principaux inconvénients au nouveau test mentionnés par les MG étaient une date de validité trop courte et parfois peu lisible. Actuellement la durée de validité du test immunologique est d'environ 12 mois, c'est plus court que les 18 mois annoncés initialement (10). Le MG se doit lors de la délivrance du test de prévenir son patient pour éviter les problèmes de non-conformité.

Les MG de l'étude trouvaient que la sensibilité du test immunologique était meilleure. Auparavant les médecins exprimaient régulièrement leur manque de confiance dans le test hemocult du fait de sa faible sensibilité. (31), leur opinion semble avoir changée avec l'arrivée du nouveau test. Sa meilleure sensibilité a été confirmée par les statistiques de 2017, avec par rapport au test hemocult, 2.5 fois plus de cancers et 3.7 fois plus d'adénomes avancés détectés. (10).

CONCLUSION :

Depuis le lancement du dépistage organisé du CCR en 2008, le taux de participation n'a atteint pas l'objectif de 45% fixé par les recommandations européennes, (11) et ce malgré l'arrivée en 2015 du test immunologique qui prévoyait une augmentation de participation. (8)

Le MG occupe une place centrale dans le dépistage du CCR. Il joue un rôle d'orientation, d'information et de prescription. Le contenu de la communication et sa relation avec le patient sont des déterminants majeurs pour la participation au dépistage.

Le chercheur a profité de l'arrivée du nouveau test immunologique pour évaluer les outils de communication manquant aux MG pour comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du CCR. Une étude qualitative par entretiens individuels semi dirigés a été réalisée auprès des MG du département d'Ille et Vilaine.

Huit grands axes de réponse sont ressortis de cette étude : le ressenti des patients vis-à-vis du test, les freins au dépistage, la communication avec le patient, l'échange centré sur la prévention, la communication de masse, la communication entre professionnels, les outils de traçabilité et l'évaluation du nouveau test de dépistage.

Dans l'ensemble les MG trouvaient que l'adhésion de leurs patients au dépistage était meilleure depuis la mise en place du test immunologique et ces nombreux avantages. Quelques obstacles persistaient avec principalement un manque de temps et une densité de travail importante pour les MG et une manipulation des selles redoutée pour leurs patients.

Les MG interrogés ont cité les outils de communication qu'ils utilisaient pour promouvoir le dépistage comme : rassurer sur la simplicité de réalisation, utiliser les statistiques, leur propre conviction dans le test et les rappels tous les 2 ans sur leur logiciel informatique. Ils citaient aussi d'autres outils extérieurs comme : les relances écrites de l'ADECI ou encore la promotion du test via les médias. Selon les MG, le nouveau test immunologique, du fait de sa simplicité et son ergonomie, était à lui seul un très bon outil de promotion auprès des patients.

De nouveaux outils de communication ont été proposés par les MG, certains déjà cités dans la littérature comme : créer une consultation dédiée au dépistage du CCR, s'aider d'autres professionnels de santé pour promouvoir le test, créer une période médiatique dédiée au dépistage ou encore mettre en place des contrôles par l'ADECI auprès des médecins. D'autres outils cités étaient plus novateurs comme : avoir un listing d'arguments préétablis pour convaincre, utiliser une échelle de score de survie en fonction du stade de découverte, élaborer un test sans manipulation de selles ou encore simplifier le courrier de l'ADECI.

L'augmentation de participation au dépistage doit être un enjeu multidisciplinaire prioritaire si l'on veut diminuer la mortalité du CCR. Ces différents outils pourraient constituer des pistes pour développer des stratégies de communication auprès des médecins et des patients.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Institut National de Veille Sanitaire (INVS), santé publique France. Les dossiers thématiques. Evaluation des programmes de dépistage des cancers. Publié en avril 2018. Disponible à : <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>. (Consultée le 10/05/2018).
2. INCa. Epidémiologie des cancers. Le cancer colorectal en chiffres. Publié en janvier 2018. Disponible à : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal>. (Consultée le 10/05/2018).
3. INCa. Cancer du côlon, les facteurs de risques. Disponible à : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Facteurs-de-risque>. (Consultée le 12/05/2018).
4. INCa. les niveaux de risque de cancer colorectal. Publié en mars 2015. Disponible à : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Niveaux-de-risque-chez-les-patients>. (Consultée le 12/05/2018)
5. Wilson JMG, Jungner F. Principles and Practice of Screening for Disease. Public health papers 1968;34 : 26-27.
6. Pienkowski P. Actualités et nouveaux outils dans le dépistage du cancer colorectal. FMC gastro. Post'u 2013 :213-224.
7. INCa. Dépistage du cancer colorectal, l'essentiel sur le test immunologique. Publié en février 2018. Disponible à : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/L-essentiel-sur-le-test-immunologique>. (Consultée le 28/05/2018).
8. INCa. Dépistage du cancer colorectal, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Publié en Février 2018. Disponible à : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>. (Consultée le 29/05/2018).
9. INVS, santé publique France. Les dossiers thématiques. Indicateurs d'évaluation. Publié en février 2017. Disponible à : <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-2015-2016>. (Consultée le 1/06/2018).
10. Cosson M, Denis M, Durand G et al. Rapport d'activité 2017. Assemblée générale ADECI35. Mai 2018.
11. Segnan N, Patnick J, Von karsa L et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. European Commission ; 2010, 84.
12. Deng SX, Cai QC, An W et al. Factors influencing patient compliance in colorectal cancer screening : qualitative research synthesis. Zhonghua yi xue za zhi 2010 ;90(38) : 2679-83.
13. Bridou M, Aguerre C, Gimenes G et al. Psychological barriers and facilitators of colorectal cancer screening : a french qualitative study. Health psychol Res 2013 ;1(2) :111-8.

14. Aubin-Auger I, Bottet A, Catrice M et al. De la recherche à la pratique en médecine générale : le dépistage du cancer colorectal. *Exercer* 2015 ;118 :78-82.
15. Enquête INCa/BVA. Les français face au dépistage des cancers. Publié en septembre 2009. Disponible à : https://nanopdf.com/download/les-franais-face-au-depistage-des-cancers_pdf. (Consultée 10/06/2018).
16. Enault MA. Difficultés posées par le dépistage du cancer colorectal par test hémocult chez les médecins généralistes du Val d'Oise. Thèse de médecine. Université Paris Diderot. 2012.
17. Aubin Auger I, Mercier A, Lebeau J et al. Obstacles to colorectal screening in general practice : a qualitative study of GPs and patients. *Fam Pract* 2011 ; 28(6) : 670-6.
18. Enquête EDIFICE 2, étude sur les dépistages des cancers et ses facteurs de compliance. Laboratoire ROCHE pharma. 2008.
19. Youssefian A. Formation des médecins généralistes aux méthodes de communication : efficacité dans le dépistage du cancer colorectal. Thèse de médecine. Université Paris Diderot. 2013.
20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ;84 :142-5.
21. Muchielli A. Les méthodes qualitatives. Paris : Collection Que sais-je ? PUF. 1991.
22. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques* 2004 ;10 :79-86.
23. Gauthier B. Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données. 2^e éd. Sillery : Presses de l'université du Québec. 1992.
24. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes, L'entretien. Paris : Armand Colin. 2009.
25. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B et al. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer* 2013 ;105 :4-11.
26. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.0. Lille. 2009, 11.
27. Le bihan F, Deladrière JL, Mongin P et al. Organisez vos idées avec le mind mapping. 3^e éd. Paris : Dunod. 2014.
28. Bridou M. Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du CCR. Thèse de docteur en psychologie. Université François Rabelais. Tours. 2012.
29. Le Bonniec A, Préau M, Cousson F. Représentations du dépistage organisé du CCR et enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique, point de vue des MG. Présentation orale, Les oncoriales. Andrézieux. 2015. Disponible à : https://www.researchgate.net/publication/280490543_Representations_du_depistage_organise_du_cancer_colorectal_et_enjeux_de_larrivee_du_nouveau_test_immunologique_le_point_de_vue_des_medecins_generalistes. (Consultée le 20/06/2018)
30. Fransen MP, Dekker E, Timmermans DRM. Accessibility of standardized information of a national colorectal cancer screening program for low health literate screening invitees. *PEC* 2017 ; 100 :327-36.
31. Gaye N. Identifier les obstacles au dépistage CCR en médecine générale et envisager les moyens de les contourner. Thèse de médecine. Université Paris Diderot. 2011.

32. Aubin-Auger I, Mercier A, Mignotte K et al. Delivering the faecal occult blood test : More instructions than shared decisions. A qualitative study among French GPs. *Eur J Gen Pract* 2013 ;19 :150-7.
33. INCa. Dossier de presse. Mars 2016. Disponible à : https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_doccr_2016.pdf (Consultée 27/06/2018).
34. INCa. Mars bleu mois de mobilisation contre le CCR. Dossier de presse 2011. Disponible à : https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_MarsBleu_2011.pdf (consultée 27/06/2018).
35. Arveux P, Durand G, Milan C et al. Views of a general population on mass screening for colorectal cancer : the Burgundy Study. *Prev Med* 1992 ; 21(5) :574-81.
36. Rameau H, Hofilger P, Granon C et al. Facteurs déterminant la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du CCR. *Exercer* 2010 ; 90(1) :62.

ANNEXE 1 : le guide d'entretien

Question 1 : Racontez- moi la dernière fois que vous avez proposé un test de dépistage colorectal en consultation, et où le patient était réticent à le faire ou repoussait à plus tard.

=> Il s'agit d'une question d'ouverture. Elle permet au médecin de débiter sa réflexion sur le sujet, et notamment sur l'aspect relationnel mais également cela permet d'amener la discussion sur la barrière de l'intimité.

Question 2 : Quels outils auraient alors pu vous aider à promouvoir le test dans ce cas particulier ?

Questions 3 : Quelles informations auraient pu vous être utiles lors de l'arrivée de ce nouveau test afin de le promouvoir ?

Question 4 : Pourriez-vous décrire une situation où vous auriez aimé proposer le test mais où vous n'avez pas senti possible d'aborder le sujet ?

Question 5 : Plus particulièrement, quels obstacles vous ont freiné pour aborder le sujet dans ce cas particulier ? Et de manière générale avec vos patients ?

Question 6 : Y a-t-il quelque chose dont nous n'avons pas parlé et qui vous semblerait utile dans votre pratique quotidienne pour promouvoir ce test ?

=> Il s'agit de la question qui marque la fin de l'entretien, tout en laissant au médecin la possibilité de s'exprimer davantage.

ANNEXE 2 : Retranscription intégrale des entretiens

Disponible sur clé USB

ANNEXE 3 : Tableau de présentation des résultats

Tableau : Présentation des résultats de l'analyse linéaire et axiale

CODAGE AXIAL	CODAGE OUVERT	ENTRETIENS
Le refus de réaliser le test	Les patients refusent de réaliser le test de dépistage	I, VII, XV
	Refus de réalisation par peur du résultat	I, IV, V, VII, VIII, XI, XIII, XIV
	Refus de réalisation car ne veulent pas savoir	I, II, III, IV, VI, VIII, XII, XV
	Refus de réalisation par sentiment d'inutilité	I, III, VI, VIII, XI, XV
	Refus de réalisation par manque d'intérêt	I, IV
	Refus catégorique de réaliser le test de dépistage	I, IV, V, VI, VIII, IX, X, XIV, XV
	Refus de réalisation chez un patient l'ayant déjà fait	II, III, IX, XII
	Refus de réalisation car sentiment de bonne santé	III, VIII, IX, XII, XIII
	Refus de réalisation car un cancer ne guérit pas	VI
	Refus influencé par histoire personnelle	II, IV, V, IX, X
	Acceptation de certains dépistages et refus du dépistage CCR	III, VI
	Davantage de refus chez les patients > 65 ans	VI
	Davantage de refus chez les hommes	VIII
	Refus de réalisation chez les polypathologiques	IX, X
Refus de réalisation suite à une mauvaise information	XII, XIV	
Une minorité de refus	Peu de patients réfractaires	IV, VIII, IX, X, XIII
	Moins de refus du dépistage CCR que d'autres dépistages	X, XIII
La réalisation du test est repoussée	Les patients repoussent la réalisation	III, IV, VI, VIII, XIV
	Le médecin donne le test sans certitude	III, VI, VII, X, XII
	Les patients hésitent à faire le test	XII
Les oublis du patient	Le test est non réalisé par oubli	VI
Refus des examens en cas de positivité	Patients refusant la coloscopie après test positif	II, VII
	Refus de faire les examens en cas de positivité	IV, XII
La liberté du patient	Echanger avec le patient pour créer une réflexion	I, II, IV, V, X
	Le médecin ne doit pas imposer la réalisation	IX, XV
	Faire le test reste le choix du patient	I, VI, VII, IX, X, XII, XIII, XV
Le manque de confiance	Difficultés de refaire le test en cas de faux positif	VIII
	Refus de réalisation par manque de confiance	VIII, XIII, XIV
	Les patients manquent de confiance dans la médecine	II, X, XIII, XIV
Faire consulter le patient	Avoir des consultations dédiées au dépistage	II
	Réussir à faire consulter les patients pour le test	I, II
L'aspect financier	Facteur économique à consulter le médecin	II

Les autres motifs de consultations	Sujet abordé lors d'une consultation pour autre motif	VI, VIII, IX, X, XII, XV
	Les patients consultent rarement que pour le test	II, IX, X
	Sujet abordé lors des certificats médicaux	III, VI, XV
	Sujet abordé lors des renouvellements	IV
La patientèle	La classe d'âge éligible est moins vue en consultation	III, IV, VI
	Le médecin a une patientèle peu âgée	IV
Evoquer le sujet à 50 ans	Parler du dépistage au patient à 50 ans	VIII, XV
Les outils utiliser pour convaincre	Convaincre en rassurant sur la simplicité de réalisation	I, II, III, IV, V, VIII, IX, XII, XIII, XV
	Convaincre en expliquant l'intérêt du dépistage	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XV
	Convaincre en dédramatisant le dépistage	I, VII, VIII
	Prendre le temps d'échanger pour convaincre	I, II, VI, VIII, IX, XII, XIV, XV
	Relation médecin/patient utilisée comme outil	II
	Utiliser les statistiques pour convaincre	III, XV
	Utiliser la baisse de mortalité pour convaincre	III, XIII
	Convaincre en évoquant l'hérédité	VI
	Utiliser d'autres cas de patients pour convaincre	X
Convaincre via une autre personne que le médecin	VII, XV	
Les outils non utilisés pour convaincre	Les chiffres clés du dépistage non utilisés	X
	Ne pas convaincre par la peur du cancer	VIII, XV
Créer des outils pour convaincre	Donner un listing d'arguments pré établis	II
	Avoir des informations sur la sensibilité/spécificité	II, XII
	Trouver une stratégie pour convaincre les indécis	III, IV
	Utiliser une échelle de score de survie pour convaincre	VIII
L'argumentation malgré les refus	L'argumentation du médecin arrêtée par un refus	I, IV, V, VI, XII, XIII, XIV
	Le patient peut se bloquer si insistance	I, II, VIII, X, XV
	Insister peut augmenter les chances de réalisation	I, II, VIII, IX, X, XIII
La conviction des médecins	Les médecins sont convaincus de l'intérêt du test	I, III, V, VI, VIII, X, XI, XIV, XV
	La conviction du médecin influence le choix du patient	VIII, IX, XV
Le médecin persévère	Le médecin ré-évoque le sujet malgré les réticences	I, IV, VI, IX, X
	Comprendre les réticences pour argumenter	IV, V, VIII, X, XII
Moins de persévérance	Le médecin insiste moins avec un patient âgé	IV, IX
Expliquer la réalisation du test	Expliquer les modalités pour limiter les erreurs	I, II, XII, XIII, XIV
	Expliquer le test avec le dépliant	II, XII
	Expliquer le test à partir d'un kit	II, III, X, XIII, XV
La notice	Avoir un dépliant en d'autres langues pour les étrangers	II
	Avoir un dépliant en images seulement pour convaincre	II
	Agrandir les caractères du dépliant pour les malvoyants	II
	Ajouter un support écrit pour expliquer l'intérêt	II

Expliquer les examens en cas de positivité	La coloscopie reste un examen acceptable	X
	Expliquer les examens en cas de positivité	VII, XII, XV
L'accessibilité aux kits de dépistage	Les kits sont à disposition au secrétariat	VI
	Le médecin a des kits à sa proximité	VII
La prévention est importante	La prévention a un rôle important en médecine	I, III, VII, VIII, XIV
Compréhension de l'intérêt par les patients	Simple avec les patients favorables à la prévention	IV, XII
	L'intérêt du dépistage est bien compris	I, IV, V, VI, X, XIV
Incompréhension de l'intérêt par les patients	Le test est réalisé sans en comprendre l'intérêt	V
	Le test est réalisé pour faire plaisir au médecin	VIII
	Les patients ne connaissent pas l'intérêt du dépistage	V, XII
Refus de prévention	Patients refusant toute prévention	I, II, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XV
La sensibilisation au dépistage	Les patients sont sensibilisés si cas dans l'entourage	VIII, X, XI, XIII
	Le cancer du côlon est connu	X
	Evoquer la fréquence du cancer du colon	VI, XII, XV
	Les patients ont peur du cancer du colon	X
Expliquer le principe du dépistage	Expliquer ce que dépiste le test	I, II, III, VII, XV
	Découvrir tôt pour éviter les traitements lourds	III, VI
	Le pronostic est meilleur si lésions asymptomatiques	I, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XII, XIII, XV
	Expliquer le test par un dessin	VII
Les critères d'inclusion	Vérifier les critères d'inclusion au dépistage	II, IX, XI
	Les patients sont incités au dépistage si cas familial	II, XI, XIV
Le test hors indications	Proposer le test si refus de coloscopie	VI, VIII
	Parfois le test peut être utilisé entre 2 coloscopies	VIII
Intérêt du dépistage limité	Quel est l'intérêt chez les patients grabataires ?	VI
Les relances	Le kit est envoyé aux patients si test non réalisé	IV
	Rappel ADECI si coloscopie non faite après test positif	VII
	Rappel envoyé par l'ADECI si test non réalisé	XII
Prévenir du résultat	Le patient n'est plus prévenu en cas de résultat positif	XIII
L'absence d'obstacles	Proposition du test systématique par le médecin	I,
	Le médecin n'a pas d'obstacles à proposer le test	I, II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV
	Le médecin n'a pas de pudeur à aborder le sujet	II, VIII
	Le médecin propose facilement le test	I, III, VII, VIII, X, XV
Le contenu de la consultation	Sujet difficile à aborder si patient polypathologique	II, XII
	Sujet difficile à aborder si demandes multiples	II, IV, VII, IX, XI, XII
	Sujet difficile à aborder si découverte de cancer	III, IX, XIV, XV
	Sujet difficile à aborder si fragilité psychologique	VII, IX, XIV, XV
	Sujet difficile à aborder si patient pudique	VIII
	Difficile à aborder si pathologie grave dans l'entourage	XII, XIV
	Difficile à aborder si contenu de la consultation grave	IX, XII

Laisser le temps	Temporiser la réalisation du test	II, IX, X, XII, XIV
	Le dépistage est un travail sur le long terme	VII
	Les priorités des patients sont ailleurs	VII
Manque de temps pour parler du dépistage	Le médecin manque de temps pour en parler	II, IX, X, XII
	Sujet difficile à aborder par la densité de travail	II, IV
	Explication non donnée systématiquement	X, XI
	Expliquer le test est chronophage	X, XII
Le médecin n'a pas le temps d'en reparler si réticence	XII, XIII	
Manque de temps pour mise à jour	Mettre à jour les dossiers est chronophage	IV, XI
Manque de temps pour s'informer	Les médecins manquent de temps pour s'informer	XII
	Les médecins reçoivent trop de courrier d'informations	XII
Le temps n'est pas un obstacle	Le temps n'est pas un obstacle à proposer le test	VII
Les oublis du médecin	Le médecin oublie de proposer le test	II, III, IV, VI, VIII, IX, XII
Difficile d'être médecin de sa famille	Difficultés d'être médecin d'un membre de sa famille	IV
La crainte de manipulation	Refus de manipuler des selles	I, II, III, IV, V, VI, VIII, XII, XIV
	Trouver un test sans manipulation	IV, V
La constipation	Appréhension à réaliser le test si patient constipé	II, IX, XIV
Dépasser les craintes	Les patients prennent sur eux pour la manipulation	V
	Réussir à passer la barrière de la première réalisation	VI, VIII, IX, XI
Une réalisation compliquée	Obstacle par incompréhension de réalisation	II, VI, X, XII, XIV
	Réussir à adapter l'explication aux moins cultivés	I
	Réalisation du test compliquée pour les moins cultivés	VI
Les barrières culturelles	Le niveau culturel est moins élevé en campagne	I
	La langue est une barrière pour les patients étrangers	II, VII
	La nécessité d'une tierce personne freine la réalisation	II
Les problèmes de non-conformité	Retour de test car date de validité dépassée	I, VII, X, XII
	Retour de tests car la date n'est pas notée	I, X, XII
	Retour de tests car l'étiquette est mal collée	VII, X
	Retour de tests car postés trop tard	XII
	Risque de refus de nouvelle réalisation si test non interprétable	X, XII
La télévision et la radio	Utiliser les médias pour promouvoir le test	I, IV, VI, VIII, X, XI, XII, XIV
	Relancer des campagnes médiatiques pour promouvoir	IV, VIII, X
	Une campagne pour le nouveau test aurait été intéressante	IV
Informers les médecins	Informers les médecins lors des nouvelles campagnes	XII

L'affichage	Utiliser des affiches dans les salles d'attente	IV, XII
Le CCR est moins médiatisé	Le cancer CCR est moins médiatisé que d'autres cancers	IV
L'influence négative	Refus influencé par les controverses médiatiques	IX
Une période médiatique	Absence de journée ou mois du cancer CCR	IV, VI
	Accentuer la communication autour d'une période	IV, VI, VIII
Amélioration du courrier ADECI nécessaire	Les courriers sont jetés par incompréhension	I
	Les courriers sont jetés par refus de réalisation	I
	Les courriers sont jetés par manque d'intérêt	I
	Améliorer le courrier pour convaincre	I, II, XII
	Le courrier est trop compliqué	I
	Le courrier n'est pas adapté aux moins cultivés	I
Courrier non présenté au médecin	Les courriers sont jetés par inadvertance	I, II
	Le courrier n'est pas toujours présenté par le patient	II, IV
Courrier présenté au médecin	Remplir les étiquettes du patient si courrier jeté	II
	Simple quand le patient présente son courrier	IV, VI, VII, X, XII
Intérêt du courrier ADECI	Le courrier est utile	IV, VI, VII, X, XII
	Le courrier du nouveau test a été amélioré	II
Connaissances du courrier	Le médecin ne connaît pas le détail du courrier	II, IV, XII
Envoyer le courrier à 50 ans	Le 1 ^{er} courrier devrait être envoyé à 50 ans	VIII
Le vocabulaire du dépistage	Le terme hemocult est méconnu	I
	Incompréhension de l'acronyme ADECI	I
	Utiliser un vocabulaire simple pour expliquer	IX
Les informations transmises	Le médecin a peu de souvenirs de la transition du test	I, II, VII, VIII, X, XII
	Informations au nouveau test obtenue par la pratique	I, II
	Informations au nouveau test faites par le médecin	IV
	Informations au nouveau test trop technique pour le patient	XI
	Ille et vilaine a été département initiateur	XI, XV
La formation des médecins	Formation au nouveau test en groupe par l'ADECI	III, IV, VI, XI, XII, XIII, XIV, XV
	Formation au nouveau test à proximité	III, IV, XI, XIII
	Formation au nouveau test intéressante	III, IV, VI, IX, XI, XIII
	Présentation au nouveau test individuelle au cabinet	VIII, X
	Formation au nouveau test individuelle à l'ADECI	IX
La présentation du test	Présentation et démonstration du nouveau test	III, IV, VI, X, XI
	Présentation des chiffres du nouveau test	III, IV, VI, X, XIII
	Présentation des performances du nouveau test	III, IV, X
Echanger avec les spécialistes	Formation au nouveau test en présence de spécialistes	VI, VIII, XIII
	Echanger sur la pratique avec les spécialistes	VI, VIII
	Test appréciable pour les gastro entérologue	VI, VIII
Créer des contrôles de l'ADECI	Recevoir des membres de l'ADECI régulièrement	XII
	Cibler les médecins qui proposent moins le test	XII
	Comprendre pourquoi certains le proposent moins	XII
	Cibler le type de patients qui réalisent moins le test	XII

Prévenir du résultat	Le médecin n'est plus prévenu par téléphone si positif	XIII
Créer un support écrit	Il n'y a pas de support écrit pour retracer les dépistages	IV
	Un support individuel pour relancer les patients	IV
Interroger le patient	Penser à interroger le patient sur son dernier dépistage	X, XII
Les oublis	Le médecin oublie les dépistages faits par les patients	IV
	Mettre des rappels informatiques pour éviter les oublis	IV, X, XV
L'outil informatique	Utiliser des rappels pour noter les dépistages	VII, VIII, X, XI, XII, XV
	Les dossiers sont mis à jour des dépistages	VI, VIII, X
	Les refus sont notés dans les dossiers	VI, IX, XIII
La satisfaction du médecin	Le médecin est satisfait de son taux de réalisation	VIII, IX, X
Les retours statistiques	Absence de retour statistiques sur la patientèle	VI, VIII, XII
	Avoir un retour détaillé des statistiques pour motiver	VIII, X, XIII
Valorisation financière	Absence de retour sur la valorisation financière	VIII
Avantages du nouveau test	Le nouveau test a été simplifié	II, III, IV, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIV
	Avantage du prélèvement unique	II, III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XII, XIV
	Le test est rapide à faire	III, IV, IX
	Le nouveau test a que des avantages	IV, VIII
	L'ancien test été trop contraignant	IV, V, VI, VII, IX, XIII
L'adhésion au nouveau test	Les patients adhérents mieux au nouveau test	II, III, V, VI, VIII, X, XI, XII, XIII
	Les patients connaissant l'ancien test apprécient le nouveau	VIII
Outil de dépistage satisfaisant	Le test est reproductible	I
	Le test reste peu onéreux	I
	Le nouvel outil de dépistage est bien conçu	V, VIII
	Le dépistage CCR est non invasif	VIII, XI
	Le mode d'emploi est satisfaisant	X, XII, XIII
L'approvisionnement du test	Rupture d'approvisionnement avec le nouveau test	II, XII
	Le nouveau test est arrivé plus tard que prévu	VI, XII
La date de validité du nouveau test	La durée de validité est courte	I, II, VII, XII
	La date de péremption est peu lisible	VII
Les limites du test	Cas de faux négatifs	I, XIV
	Cas de faux positifs	I, II, VI, VIII, XIV
La fiabilité du test	Le seuil de détection du test est fiable	I, II, IV, VI, VIII, IX, XV
	Le dépistage permet de réaliser moins de coloscopie	VI, XII
	Pas de découverte de cancer CCR avec le nouveau test	VI, VIII
	Peu de découverte de cancer CCR avec le nouveau test	I

Tableau : Présentation des résultats de l'analyse thématique

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
Le ressenti des patients vis-à-vis du test	La compliance du patient	Le refus de réaliser le test
		Une minorité de refus
		La réalisation du test est repoussée
		Les oublis du patient
		Refus des examens en cas de positivité
	La liberté du patient	CF codage ouvert
	Le manque de confiance	CF codage ouvert

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
Les freins au dépistage	Les obstacles du point de vue médical	L'absence d'obstacles
		Le contenu de la consultation
	Le facteur temps	Laisser le temps
		Manque de temps pour parler du dépistage
		Manque de temps pour mise à jour
		Manque de temps pour s'informer
		Le temps n'est pas un obstacle
		Les oublis du médecin
	Difficile d'être médecin de sa famille	CF codage ouvert
	La représentation des selles	La crainte de manipulation
		La constipation
		Dépasser les craintes
	Une réalisation compliquée	CF codage ouvert
	Les barrières culturelles	CF codage ouvert
Les problèmes de non-conformité	CF codage ouvert	

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
La communication avec le patient	Les consultations	Faire consulter le patient
		L'aspect financier
		Les autres motifs de consultations
		La patientèle
		Evoquer le sujet à 50 ans
	Communiquer pour convaincre	Les outils utilisés pour convaincre
		Les outils non utilisés pour convaincre
		Créer des outils pour convaincre
		L'argumentation malgré les refus
		La conviction des médecins
	La persévérance	Le médecin persévère
		Moins de persévérance
	La réalisation du test	Expliquer la réalisation du test
		La notice
Expliquer les examens en cas de positivité	CF codage ouvert	
L'accessibilité aux kits de dépistage	Cf codage ouvert	

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
L'échange centré sur la prévention	La prévention et le dépistage	La prévention est importante pour les médecins
		Compréhension de l'intérêt
		Incompréhension de l'intérêt
		Refus de prévention
		La sensibilisation au dépistage
		Expliquer le principe du dépistage
	Le choix du type de dépistage	Les critères d'inclusion
		Le test hors indications
		Intérêt du dépistage limité
	Les rôles de l'ADECI vis-à- vis du patient	Les relances
		Prévenir du résultat

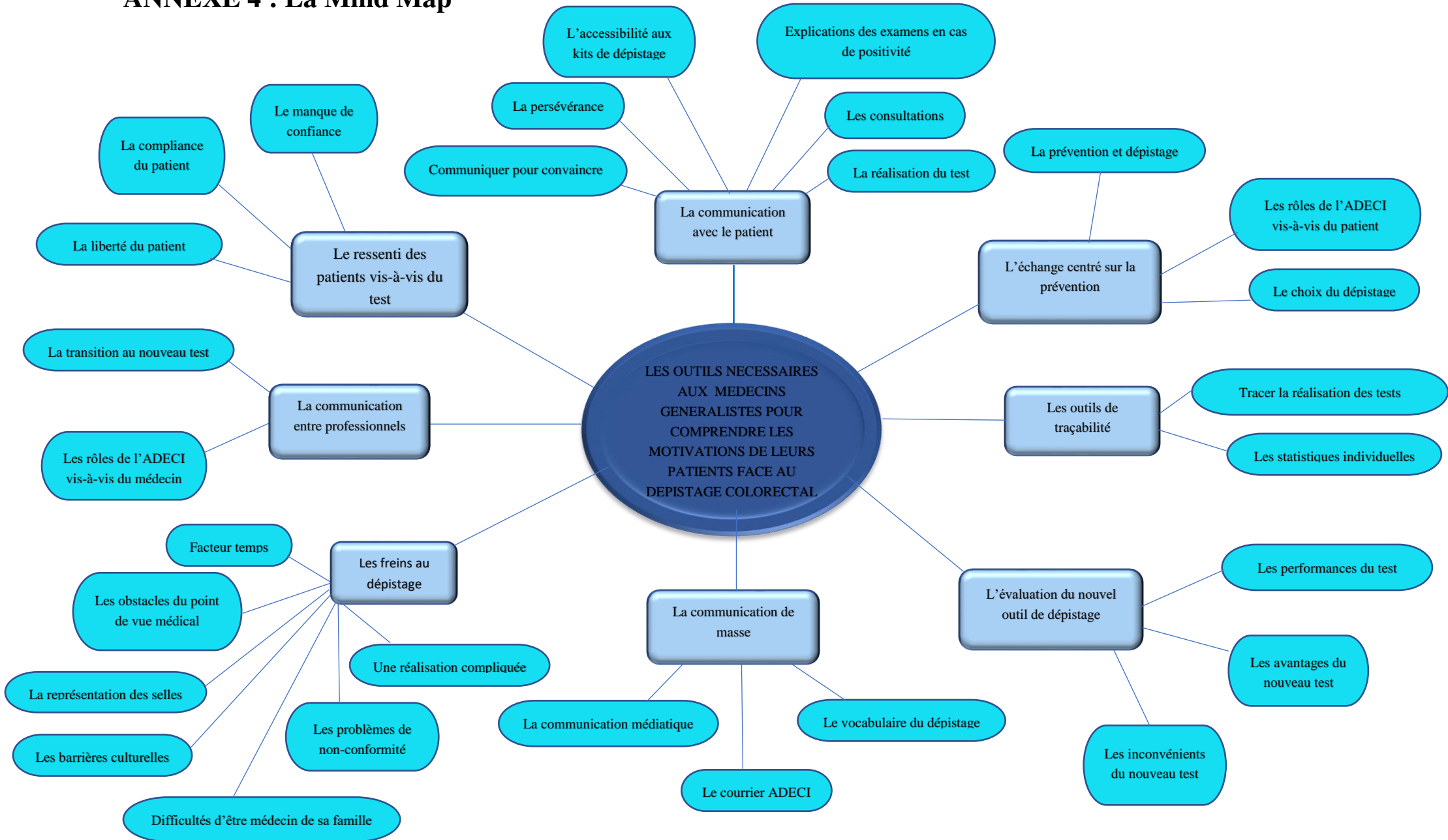
CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
La communication de masse	La communication médiatique	La télévision et la radio
		Informers les médecins
		L'affichage
		Le CCR est moins médiatisé
		L'influence négative
		Une période médiatique
	Le courrier ADECI	Amélioration du courrier nécessaire
		Courrier non présenté aux médecins
		Courrier présenté aux médecins
		Intérêt du courrier ADECI
		Mauvaises connaissances du courrier
	Envoyer le courrier à 50 ans	
	Le vocabulaire du dépistage	CF codage ouvert

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
La communication entre professionnels	La transition au nouveau test	Les informations transmises
		La formation des médecins
		La présentation du test
		Echanger avec les spécialistes
	Les rôles de l'ADECI vis-à- vis du médecin	Créer des contrôles de l'ADECI
		Prévenir du résultat

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
Les outils de traçabilité	Tracer la réalisation des dépistages	Créer un support écrit
		Interroger le patient
		Les oublis
		L'outil informatique
	Les statistiques individuelles	La satisfaction du médecin
		Les retours statistiques
		La valorisation financière

CODAGE THEMATIQUE	CODAGE INTERMEDIAIRE	CODAGE AXIAL
L'évaluation du nouveau test de dépistage	Les avantages du nouveau test	Avantages du nouveau test
		L'adhésion au nouveau test
		Outil de dépistage satisfaisant
	Les inconvénients du nouveau test	L'approvisionnement du test
		La date de validité du nouveau test
	Les performances du test	Les limites du test
		La fiabilité du test

ANNEXE 4 : La Mind Map



AUTORISATION D'IMPRIMER A INCLURE

BIZARD Amandine : Les outils de communication des médecins généralistes dans le dépistage du Cancer Colorectal. Etude qualitative par entretiens individuels
Th. : Méd. : Brest 2018

RESUME :

Contexte : Depuis la mise en place du dépistage organisé du Cancer Colorectal en France, le taux de participation de la population reste inférieur à l'objectif européen fixé. Le médecin généraliste a une place centrale au sein du dispositif. L'arrivée récente du test immunologique est l'occasion de relancer des travaux de recherche.

Objectif : Evaluer les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du Cancer Colorectal, dans le but d'augmenter le taux de participation.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi dirigés auprès de 15 médecins généralistes d'Ille et Vilaine.

Principaux résultats : Huit grands axes de réponse sont ressortis de l'étude : le ressenti des patients vis-à-vis du test, les freins au dépistage, la communication avec le patient, l'échange centré sur la prévention, la communication de masse, la communication entre professionnels, les outils de traçabilité et l'évaluation du nouveau test de dépistage. Les médecins généralistes notaient une meilleure adhésion au dépistage depuis l'arrivée du test immunologique. Ils ont cité divers outils de communication qu'ils utilisaient déjà pour promouvoir le dépistage ainsi que des outils extérieurs comme les médias ou les relances de l'ADECI. Ils ont proposé de nouveaux outils comme une consultation dédiée au dépistage, créer des contrôles par l'ADECI, avoir un listing d'arguments préétablis, élaborer un test sans manipulation de selles ou encore simplifier le courrier envoyé aux patients.

Conclusion : L'augmentation de participation au dépistage doit être un enjeu prioritaire si l'on veut diminuer la mortalité du cancer colorectal. Les différents outils de communication cités par les médecins généralistes pourraient constituer des pistes pour développer des stratégies de communication auprès des médecins et des patients afin d'augmenter le taux de participation à ce dépistage.

MOTS CLES :

Dépistage Cancer Colorectal
Médecins généralistes
Outils de communication
Taux de participation

JURY :

Président : Mr le Pr Le Reste Jean-Yves

Membres : Mr le Dr Nabbe Patrice
Mme le Dr Barais Marie
Mr le Dr Rolland Yves

DATE DE SOUTENANCE :

18 octobre 2018