



HAL
open science

**Dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique
basse irradiation : motivations et réticences des
médecins généralistes. Enquête qualitative auprès de 15
médecins généralistes de la Somme**

Guillaume Vallée

► **To cite this version:**

Guillaume Vallée. Dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation : motivations et réticences des médecins généralistes. Enquête qualitative auprès de 15 médecins généralistes de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02168093

HAL Id: dumas-02168093

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02168093v1>

Submitted on 28 Jun 2019

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

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

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNES

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2019

N° 2019-8

**DÉPISTAGE DU CANCER DU POU MON PAR SCANNER
THORACIQUE BASSE IRRADIATION : MOTIVATIONS ET
RÉTICENCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

*ENQUÊTE QUALITATIVE AUPRÈS DE 15 MÉDECINS
GÉNÉRALISTES DE LA SOMME*

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : Médecine Générale
PRÉSENTÉ ET SOUTENU PUBLIQUEMENT
LE 05 FÉVRIER 2019
PAR
Guillaume VALLÉE

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX

JUGES : Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Olivier LELEU

Mots clés : Dépistage, Cancer, Poumon, Médecine Générale, Opini on

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pneumologie)*

Chef du Service de Pneumologie, Pôle "Coeur - Thorax – Vaisseaux"

Chef du Service de Réanimation Respiratoire, Pôle « Anesthésie – Réanimations

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance et de mon immense gratitude.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Épidémiologie, économie de la santé et Prévention)*

Responsable du service d'Épidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Vous me faites le grand honneur de juger cette thèse.

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

A mon juge,

Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS

Responsable du centre d'activité de Neuroradiologie

Coresponsable de l'équipe Universitaire CHIMERE

Coordonnateur du DES d'Imagerie Médicale

Responsable Médical et de la recherche clinique sur l'IREM de recherche du GIE Faire Face

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Radiologie et Imagerie médicale)*

Pôle Imagerie

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury.

Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Oncologie médicale)*

Chef du service d'Oncologie médicale

CHU d'AMIENS

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail.

Veillez croire en l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Olivier LELEU

Praticien Hospitalier

Chef du service de Pneumologie

Responsable du pôle médical

CH d'Abbeville

Vous m'avez fait l'honneur de me confier la réalisation de ce travail et de m'avoir guidé tout au long de celui-ci, je vous en suis infiniment reconnaissant.

Je dédie ce travail,

À mes parents,

Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir donné les moyens de réaliser ce beau métier.

À mon frère et ma sœur,

À mes grands parents,

À mes oncles et tantes, mes cousins et cousines,

À Doudou,

À Rémi,

À la Meute, Frukt, Khanh, Pélo, Tintin, Yann, Nigga, Rems, Lisa, Bibi, Alex,

À Lolo, Mimi, Max,

À Olivia,

Aux Docteurs Libert, Postel, Devos pour m'avoir accueilli dans vos cabinets,

Aux Docteurs Clarot et Hoguet,

Aux Docteurs Ledieu, Wurtz, In, Davion où j'ai pu réalisé mes premiers remplacements,

À mes co-internes,

Merci également aux équipes des services hospitaliers où j'ai effectué mon internat,

*En particulier le service des urgences du CH d'Abbeville,
de médecine polyvalente du CH de Doullens, de pneumologie du CH d'Abbeville,*

Et un grand merci aux médecins généralistes ayant participé à cette thèse.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----|
| INTRODUCTION | 17 |
| MATÉRIEL ET MÉTHODE..... | 23 |
| RÉSULTATS..... | 25 |
| 1) Caractéristiques de la population et des entretiens :..... | |
| 2) Motivations :..... | 28 |
| A) Par rapport à l'action de dépistage :..... | |
| B) Technique de dépistage :..... | 31 |
| C) Par rapport à l'étude :..... | 33 |
| D) Par rapport aux patients : | 38 |
| 3) Réticences :..... | 41 |
| A) Par rapport à l'étude :..... | |
| B) Technique de dépistage :..... | 46 |
| C) Crainte des médecins par rapport à la qualité de vie des patients :..... | 48 |
| D) Par rapport aux patients : | 49 |
| DISCUSSION..... | 54 |
| 1) Forces et limites de l'étude :..... | |
| A) Forces : | |
| B) Limites : | |
| 2) Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature :..... | 56 |
| A) Les motivations à la participation au dépistage :..... | |
| B) Les freins à la participation au dépistage : | 57 |
| C) Taux de faux-positifs :..... | 61 |
| D) Et concernant l'irradiation ?..... | 64 |
| E) Un risque de surdiagnostic ?..... | 65 |
| F) Quel est le coût pour la société ?..... | 66 |
| G) Et la qualité de vie des patients ?..... | 67 |
| H) Quel est l'impact sur le tabagisme d'un tel dépistage ?..... | 68 |
| I) Quelle population dépistée ?..... | 70 |
| J) Un besoin de formation des médecins généralistes ?..... | 73 |
| CONCLUSION..... | 74 |
| ANNEXE 1 : Questionnaire de présentation..... | 76 |
| ANNEXE 2 : Guide d'entretien | 77 |
| ANNEXE 3 : Motivations..... | 78 |
| ANNEXE 4 : Réticences..... | 79 |
| ANNEXE 5 : Entretiens auprès des médecins..... | 80 |
| ANNEXE 6 : Tableau récapitulatif des études citées..... | 102 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 104 |

ABRÉVIATIONS

HCL : Hospices Civils de Lyon

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLCO: The Prostat, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening

MLP: Mayo Lung Project

I-ELCAP: International Early Lung Cancer Action Program

DANTE: Detection and Screening of Early Lung Cancer by Novel Imaging Technology and Molecular Essays Trial

DLCST: Danish Lung Cancer Screening Trial

MILD: Multicentric Italian Lung Detection study

UKLS: United Kingdom Lung Screening Trial

LUSI: German lung cancer screening intervention study

NLST: National Lung Screening Trial

HAS: Haute Autorité de Santé

NELSON: The Dutch-Belgian Randomized Lung Cancer Screening Trial

ADEMA 80 : Association pour le dépistage des maladies dans la Somme

ITALUNG: Italian Lung Cancer Computed Tomography Screening Trial

CBP : Cancer broncho-pulmonaire

TDMfd : Tomodensitométrie à faible dose

RP : Radiographie des poumons

NS : Non significatif

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

PLuSS : The Pittsburgh Lung Screening Study

LSS : Lung Screening Study

INTRODUCTION

Le cancer broncho-pulmonaire se situe au 3ème rang des localisations de cancer en France, avec 49 109 nouveaux cas estimés en 2017 selon l'Institut National du Cancer. (INCa) (1)

Tableau 1 : Incidence et mortalité des 4 principaux cancers en France (Sources FRANCIM-HCL-InVS-INCa)

| Localisation | Incidence | | | Mortalité | | |
|---------------|--------------|-------------|----------|--------------|-------------|----------|
| | Effectif | % | Rang | Effectif | % | Rang |
| Prostate | 52763 | 13,2 | 2 | 8207 | 5,5 | 4 |
| Sein | 58968 | 14,8 | 1 | 11883 | 7,9 | 3 |
| Colon-rectum | 44872 | 11,2 | 4 | 17684 | 11,8 | 2 |
| Poumon | 49109 | 12,3 | 3 | 30991 | 20,6 | 1 |

Il représente la 1ère cause de décès par cancer, du fait notamment que 60 à 75 % sont diagnostiqués à un stade localement avancé ou métastatique (stades III et IV de la classification TNM). (2)

En effet, le stade initial du cancer est un facteur pronostic majeur. Seuls les stades précoces, stades I et II de la classification TNM, sont accessibles à une résection chirurgicale (3) permettant des taux de survie à 5 ans de respectivement 70 % et 45 % alors que les taux de survie sont de 10 à 30 % pour les stades IIIA, 10 % pour les stades IIIB et inférieur à 5 % pour les stades IV. (4)

Compte tenu du meilleur pronostic des tumeurs de stades I et II, un dépistage à ces stades devrait améliorer le pronostic global de cette maladie.

Tout d'abord, les éléments du cancer broncho-pulmonaire répondent correctement aux critères de l'OMS pour mettre en place un programme de dépistage :

- du fait de son incidence et de sa mortalité élevées, il représente un enjeu majeur de santé publique ;
- il est curable aux stades précoces ;
- il est longtemps asymptomatique ;
- l'histoire naturelle de la maladie est bien connue.

De plus, le cancer broncho-pulmonaire est étroitement lié au tabac, responsable de 8 cancers broncho-pulmonaires sur 10, permettant d'identifier les individus à risque. (5)

Concernant la technique de dépistage, des études comme celles du PLCO (6) et du MLP (7) ont montré que la radiographie pulmonaire est inefficace pour le dépistage du cancer broncho-pulmonaire.

À la fin des années 1990, l'étude ouverte nord-américaine I-ELCAP a montré que la tomodensitométrie à faible dose, aussi appelée en d'autres termes scanner faiblement dosé, scanner basse irradiation, scanner basse dose ou « low-dose », permettait de détecter le cancer bronchique à un stade précoce et était plus sensible que la radiographie pulmonaire. (8)

Toutes les autres études menées ensuite dans le monde ont confirmé ce résultat. (9–14)

Plusieurs études ont évalué l'intérêt de la tomodensitométrie à faible dose dans le dépistage du cancer broncho-pulmonaire :

- En Europe, trois essais européens DANTE, DLCST et MILD n'ont pas montré d'effet sur la mortalité mais ont été réalisés sur des échantillons beaucoup trop faibles et par conséquent avaient une puissance statistique insuffisante pour exclure un effet du dépistage. (15–17)

Au Royaume-Uni, les résultats de l'étude pilote UKLS ont montré qu'il était possible de détecter le cancer broncho-pulmonaire à un stade précoce (86 % des cancers diagnostiqués étaient au stade I ou II) et de proposer un traitement potentiellement curatif dans 97 % des cas. Cependant il s'agissait également d'une étude sur un faible échantillon (4055 participants inclus). (18)

En Allemagne, l'étude LUSI, également de faible puissance, tendait aussi à montrer qu'un suivi sur plusieurs années pouvait diminuer le taux de cancers aux stades avancés et donc pouvait sous-entendre une efficacité du dépistage. (19)

En France, une seule étude, appelée DEPISCAN, a été réalisée entre 2002 et 2006. Elle devait avant tout démontrer la faisabilité d'un futur vaste essai en Europe. Elle a confirmé une fois de plus la grande sensibilité de la tomodensitométrie à faible dose par rapport à la radiographie pulmonaire. Toutefois, cette étude manquait également de puissance avec seulement 765 personnes incluses. (13)

- L'étude randomisée multicentrique NLST, lancée par le National Cancer Institute américain, a montré en 2011 une baisse de la mortalité par cancer du poumon grâce au scanner à faible dose, comparé à la radiographie pulmonaire, estimée à 20,3 % (IC 95 % = 6,8 à 27,6).

De plus, cette étude, qui consistait à la réalisation d'un dépistage annuel par radiographie pulmonaire ou scanner à faible dose, pendant 3 années, chez 53 454 fumeurs ou anciens fumeurs sevrés depuis moins de 15 ans, âgés de 55 à 74 ans avec un tabagisme cumulé d'au moins 30 PA, a montré une réduction de la mortalité toutes causes confondues de 6,7 % (IC 95 % = 1,2 à 13,6). (14)

Ces dernières données ont conduit plusieurs sociétés savantes internationales à recommander le dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose.

L'International Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) a émis dès 2012 des recommandations en faveur d'un dépistage du cancer du poumon. (20)

Aux États-Unis, l'American Cancer Society (ACS), l'American College of Chest Physicians (ACCP), l'American Society of Clinical Oncology (ASCO), le National Comprehensive Cancer Network (NCCN) puis l'American Association for Thoracic Surgery (AATS) ont également publié en 2012 des recommandations dans ce sens. (21,22)

Le groupe de travail US Preventive Service Task Force (USPSTF) a accordé en décembre 2013 une recommandation de garde B pour le dépistage annuel du cancer bronchique par scanner à faible dose chez les personnes âgées de 55 à 80 ans avec des antécédents de tabagisme estimé à 30 PA ou plus, fumeurs ou ayant arrêté de fumer dans les 15 dernières années. (23)

En février 2015, les US Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), l'instance décisionnelle sur le sujet, ont mis en place le remboursement de ce dépistage comprenant un scanner faible dose annuel et une consultation «d'aide à la décision» chez les personnes âgées de 55 à 77 ans avec des antécédents de tabagisme estimés à 30 PA ou plus, fumeurs ou ayant arrêté de fumer dans les 15 dernières années, donnant le départ d'un dépistage à grande échelle. (24)

En Europe, la position est plus mitigée.

L'European Society For Medical Oncology (ESMO) a indiqué début 2014 que les conditions d'une mise en œuvre d'un dépistage du cancer broncho-pulmonaire à grande échelle ne sont pas réunies au vu des questions non résolues soulevées sur la définition de la population à risque, la période, l'intervalle et la méthode de réalisation de la tomodensitométrie à faible dose, la façon de gérer les résultats faux-positifs et surtout le rapport coût-efficacité par rapport à l'arrêt du tabac. (25)

En 2015, l'European Society of Radiology (ESR) et l'European Respiratory Society (ERS) recommandaient que le dépistage soit réalisé dans le cadre de programmes de recherche ou de soins courants organisés dans des centres accrédités. Ces centres doivent comporter au minimum des radiologues, des pneumologues, des oncologues, des pathologistes, des chirurgiens thoraciques et des tabacologues qui devront proposer aux fumeurs un programme précis de cessation du tabac. Les critères d'inclusion proposés étaient proches de ceux du NLST : 55—80 ans, tabagisme d'au moins 30 PA, arrêt de moins de 15 ans pour les anciens fumeurs. (26)

En France, un groupe d'experts regroupant l'Intergroupe Francophone de Cancérologie Thoracique (IFCT), la Société française de Radiologie (SFR), la Société d'Imagerie Thoracique (SIT) et le Groupe d'Oncologie de Langue Française (GOLF) ont également émis dès 2012 des recommandations en faveur d'un dépistage individuel à la même population cible que dans l'étude NLST, soit les sujets à très haut risque de cancer broncho-pulmonaire, après les avoir informés des avantages et des risques du dépistage et également de l'arrêt du tabac. (27)

Cependant, en 2016, la HAS, saisie par le groupe d'experts sus-nommé, dans le cadre du Plan Cancer 2014-2019, a estimé que les conditions ne sont pas aujourd'hui réunies pour qu'un dépistage du cancer broncho-pulmonaire par scanner à faible dose soit possible et utile. Les arguments avancés étaient les suivants : 1) il n'est pas clairement établi qu'il existe une période suffisamment longue entre le moment où une anomalie est décelable à l'imagerie et l'apparition des premiers symptômes ; 2) la tomodensitométrie thoracique génère trop de faux-positifs (jusqu'à 90 % des anomalies trouvées s'avèrent non cancéreuses après examen) et reste irradiante même à faible dose ; 3) les possibilités de traitement sont restreintes, même à un stade précoce de la maladie ; 4) les personnes qui pourraient bénéficier d'un dépistage ne sont pas clairement identifiables ; 5) la réduction de la mortalité grâce à ce dépistage n'est pas établie dans le contexte français. Au total, la HAS concluait qu'il y a trop de risques et d'inconvénients à ce dépistage pour des bénéfices très incertains. (28)

En septembre 2018, les résultats de l'étude NELSON ont été présentés à la 19ème World Conference on Lung Cancer (WCLC). Cette étude contrôlée multicentrique belge et hollandaise, débutée en 2003, a randomisé 15 822 patients (7 915 dans le groupe dépistage avec réalisation d'une tomodensitométrie à faible dose au départ, un an après, 3 ans après et 5,5 ans après et 7 909 patients dans le groupe contrôle non dépisté) et a montré une réduction de la mortalité de 26% chez les participants de sexe masculin dans le groupe dépisté par rapport au groupe témoin à 10 ans de suivi (IC 95 % = 9-41). De plus, dans le groupe de sexe féminin, qui était plus petit, la réduction était encore plus importante, le risque de décès par cancer du poumon étant réduit de 39% et 61% après 10 et 8 ans de suivi. (29)

Compte tenu de ces résultats positifs, un groupe multidisciplinaire de 30 experts français (pneumologues, radiologues, oncologues, médecins de santé publique) et des associations de patients se sont réunis les 7 et 8 novembre 2018 à Lyon sous l'égide de l'IFCT et de la SIT.

Ce groupe d'experts recommande la mise en place d'un dépistage du cancer du poumon en France à partir de 50 ans chez les individus à risque et en appelle au Ministère de la Santé et des Solidarités – conformément à sa stratégie nationale de santé 2018-2022, à l'Institut National du Cancer (INCa) – dans le cadre du Plan cancer 2014-2019 - et à la HAS pour initier rapidement une réflexion sur les modalités de sa mise en œuvre. (30)

Depuis mai 2016, au vu des résultats encourageants de l'étude NLST et tout en sachant que le département de la Somme présente une surmortalité de 18 % par rapport à la moyenne nationale pour le cancer du poumon, un projet d'expérimentation du dépistage coordonné du cancer broncho-pulmonaire par scanner faible dose est mis en place dans le département de la Somme. (31)

Les résultats à 2 ans sont très encourageants avec 2,4% de cancers diagnostiqués et 77% des cancers opérés. Le taux de participation des médecins généralistes est de 41%. (228 médecins inscrits sur 552 contactés)

Une enquête a été menée en 2012 par le «Lyon Lung Cancer Screening Working Group» en région Rhône Alpes Auvergne. Les résultats montraient que seulement 20% des médecins généralistes interrogés recommandaient un dépistage du cancer broncho-pulmonaire dans leur pratique quotidienne. (32)

L'objectif principal de notre travail est par conséquent de déterminer les motivations et les réticences des médecins généralistes de la Somme à participer à cette étude malgré les recommandations récentes de la HAS. L'objectif secondaire est de déterminer les motivations et les freins des patients, manifestés au cours de l'étude auprès des praticiens pour participer à cette étude.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

La méthode qui nous a semblé la plus adaptée pour notre travail est la méthode qualitative : cette méthode permet d'explorer les comportements, sentiments, émotions et expériences personnelles.

Les participants devaient être médecins généralistes installés en libéral dans la Somme.

Le recrutement a été effectué via l'annuaire en ligne du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Picardie.

La prise de contact téléphonique permettait, après une succincte présentation, d'exposer le but du travail d'étude et les conditions de réalisation. Si le médecin était intéressé, un rendez-vous était fixé à son cabinet selon ses disponibilités, afin de réaliser l'entretien.

Pour le recueil des données, nous avons choisi des entretiens individuels semi-dirigés.

Ce type d'entretien laisse plus de libertés aux personnes interrogées pour exprimer leur vécu. Ces entretiens étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien basé sur des questions ouvertes.

Un script servant de guide d'entretien a été rédigé au préalable. Un premier guide d'entretien a été testé au cours d'un entretien avec un médecin généraliste.

La transcription des entretiens a été effectuée mot à mot à partir des enregistrements via le logiciel de traitement de texte OpenOffice Writer®.

Afin de garantir l'anonymat, chaque médecin a été désigné par la lettre « M » suivi de chiffres correspondant à leur ordre de passage lors des entretiens.

L'analyse des entretiens a été effectuée avec l'aide du logiciel Nvivo® qui apporte une aide technique à l'analyse mais n'interprète pas les données.

Elle a été réalisée par codage axial des données ou théorisation ancrée des données. Cette méthode consiste en une analyse des entretiens phrase par phrase pour en extraire des thèmes qui ne sont pas préétablis. Chaque thème permet la création d'un « nœud » dans lequel sont classées les phrases ou parties de phrases qui lui sont en rapport. Ainsi, une partie du texte peut contenir plusieurs « nœuds » et être classée dans différentes catégories. Ces catégories sont elles-mêmes réunies en des thèmes plus généraux et peuvent donner naissance à des sous-catégories (« sous-nœuds ») plus détaillées selon les idées émises. La mise en relation des différentes catégories et des liens qui existent entre elles permettent de répondre à la question posée.

Le nombre d'entretien a été déterminé par la saturation des données. Cette saturation est atteinte lorsque l'analyse des entretiens ne révèle plus de nouveau thème supplémentaire qui enrichirait la théorie.

Ce principe nécessite une analyse évolutive et continue débutant dès les premiers entretiens.

RESULTATS

1) Caractéristiques de la population et des entretiens :

34 appels téléphoniques ont été passés lors du recrutement :

- 15 ont abouti à un accord de rendez-vous,
- 1 médecin non recruté car il s'agissait d'un médecin généraliste installé depuis peu (et donc non inclus dans l'étude dans la Somme),
- 3 à un refus dont 2 car faute de temps des médecins et 1 sans raison donnée,
- 3 non aboutis en raison de l'absence d'accord sur la date de l'entretien,
- 12 n'ont pas permis un accès direct au médecin concerné (absence de réponse ou de rappel de leur part via leurs secrétaires).

Quinze entretiens semi-dirigés ont été réalisés de février à juin 2018.

La durée des entretiens était comprise entre 5 et 23 minutes.

Il y a eu six femmes et neuf hommes, âgés de 33 à 62 ans. L'âge moyen des médecins interrogés était de 49 ans. 6 exerçaient en milieu rural, 4 en milieu semi-rural et 5 en milieu urbain.

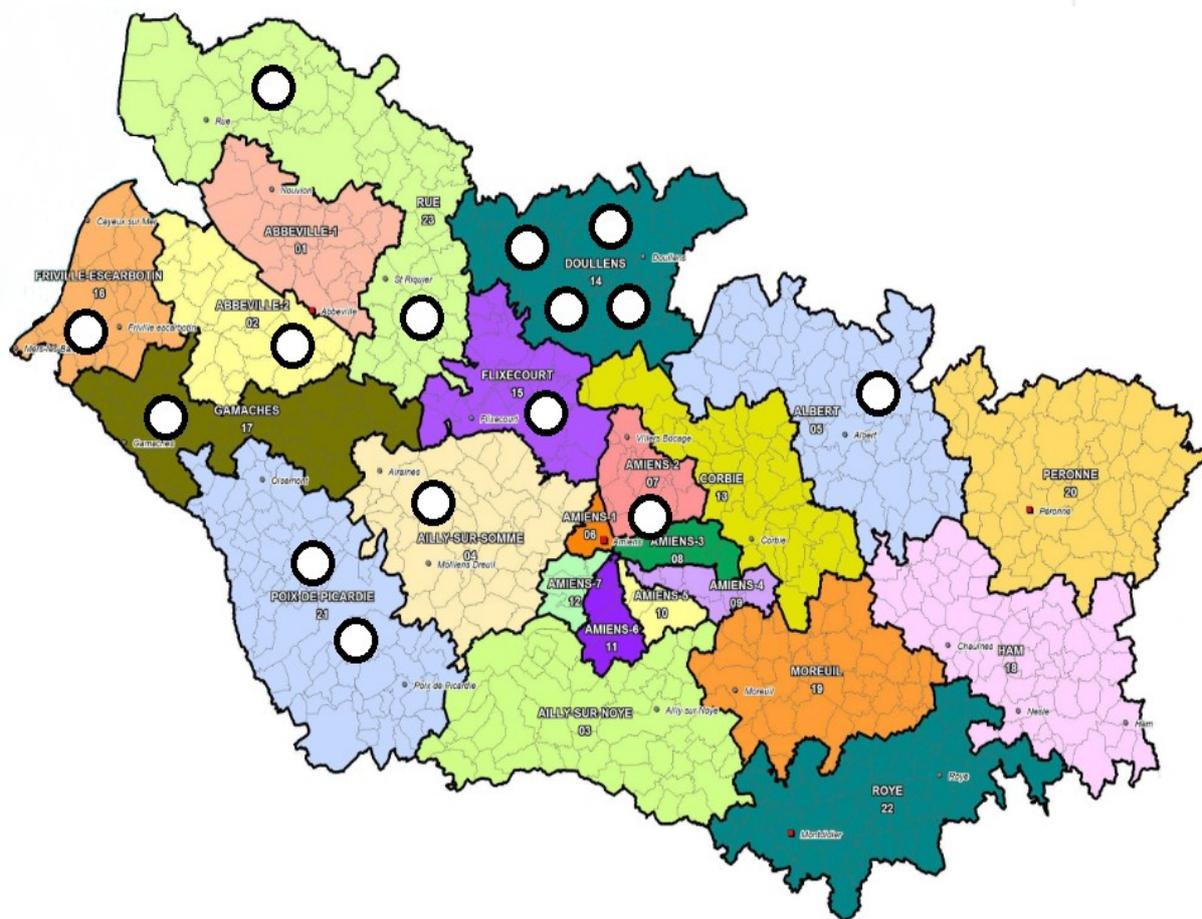
9 médecins participaient à la campagne de dépistage.

2 médecins avaient initialement accepté d'y participer mais n'y contribuaient pas activement.

Tableau 2 : Caractéristiques individuelles des médecins de l'échantillon

| | Sexe | Age | Lieu d'exercice | Statut tabagique | Participe | Moyen d'information | Participe aux autres dépistages ADEMA |
|------------|------|-----|-----------------|------------------|--|------------------------|---------------------------------------|
| M1 | F | 47 | Urbain | Non fumeur | Oui | Courrier postal | Oui |
| M2 | H | 52 | Urbain | Ancien fumeur | Oui | FMC | Oui |
| M3 | F | 58 | Rural | Non fumeur | Oui | Courrier postal | Oui |
| M4 | F | 62 | Semi-rural | Fumeur | Oui | Courrier postal et FMC | Oui |
| M5 | H | 33 | Rural | Non fumeur | Oui (mais ne participe pas activement) | Courrier postal | Oui |
| M6 | H | 56 | Semi-rural | Fumeur | Non | | Oui |
| M7 | H | 57 | Urbain | Non Fumeur | Oui | Courrier postal | Oui |
| M8 | F | 47 | Rural | Non Fumeur | Oui | FMC | Oui |
| M9 | H | 49 | Semi-rural | Non Fumeur | Oui | Courrier postal | Oui |
| M10 | F | 48 | Rural | Non fumeur | Non | | Oui |
| M11 | H | 34 | Rural | Non fumeur | Non | | Oui |
| M12 | H | 59 | Urbain | Ancien fumeur | Non | | Oui |
| M13 | H | 46 | Rural | Non fumeur | Oui | Courrier postal | Oui |
| M14 | F | 35 | Semi-rural | Non fumeur | Oui (mais ne participe pas activement) | Courrier postal | Oui |
| M15 | H | 57 | Rural | Non fumeur | Oui | Courrier postal | Oui |

Figure 1 : Répartition des médecins interrogés.



2) Motivations :

A) Par rapport à l'action de dépistage :

La majorité des médecins interrogés ont évoqué l'intérêt et l'importance du dépistage des cancers. Ils ont souligné également l'efficacité du dépistage.

« Que des choses positives ! De toute façon, il vaut toujours mieux être avant la bataille qu'après, donc... » MG 6

« Tout ce qui est dépistage, je suis à fond dedans. »

« Là, c'est un outil supplémentaire. Pour moi, c'est indispensable qu'on puisse les dépister. »

« Je veux dire que c'est une bonne chose, et puis, il faudrait pouvoir dépister tous les cancers ! Ça serait bien ! C'est le meilleur moyen de les traiter ! » MG 15

Tous les médecins interrogés participaient aux dépistages du cancer colo-rectal et du sein organisés par ADEMA80. Le dépistage du cancer broncho-pulmonaire était donc pour la plupart une suite logique pour le proposer à leur patientèle.

« Il n'y a pas de raison que je ne fasse pas le dépistage du cancer du poumon alors que je fais les autres dépistages. Il n'y a pas de raison ! » MG 10

« Tout ce qui est cancer du sein, cancer colo-rectal et cancer pulmonaire... tout ce qu'on peut utiliser, il faut l'utiliser ! C'est quand même un élément qu'on nous donne et il faut l'utiliser. C'est un peu dommage de ne pas l'utiliser. » MG 15

Les praticiens mettaient en avant le rôle du médecin généraliste dans le dépistage.

« Et puis, cela fait partie du rôle du médecin généraliste de faire du dépistage. » MG 12

« C'est le rôle du médecin généraliste de dépister. On est à la base des choses... » MG 14

Pour certains médecins, le dépistage du cancer broncho-pulmonaire était un bon moyen pour faire prendre conscience aux patients du risque de l'intoxication tabagique et éventuellement de les faire arrêter.

« Les sensibiliser, oui ! Les arrêter, non ! » MG 9

« Dès qu'on leur dit qu'il y a un risque de cancer du poumon, ça les interpelle. Je veux dire... bon même s'ils le savent, je veux dire... en leur disant : "voilà, on a un moyen de dépistage !". A mon avis, c'est un truc qui accroche plus que leur dire comme ça : "vous savez, vous risquez un cancer du poumon !". Tandis que là, on leur dit : "voilà, vous rentrez dans le cadre d'une... population à très haut risque, donc vous pouvez bénéficier de ce dépistage". Donc, d'une certaine manière, on les implique encore un peu plus. » MG 15

« I : Voyez-vous d'autre(s) motivation(s) pour le proposer ? M13 : Pour les faire arrêter de fumer. »

« Il fait surtout prendre conscience aux patients que... il y a un gros risque. Ils savent. On leur dit qu'il y a un gros risque de cancer du poumon mais quand on commence à le rechercher, ça leur met un peu plus de plomb dans la tête. (rires) »

« C'est un bon moyen ! Dès qu'ils commencent... qu'ils prennent conscience qu'on fait un examen. S'ils font la démarche de faire l'examen, la dichotomie est plus parlante. Ils savent qu'ils prennent un risque et que le risque est réel. C'est une voie pour diminuer le tabagisme. » MG 13

Pour eux, le dépistage du cancer broncho-pulmonaire était complémentaire de la prévention contre le tabagisme.

« Dans la prévention, c'est à la fois repérer les gens à risque, et puis, après leur expliquer comment éviter le risque. Donc, d'une part, dépister les facteurs de risque et les maladies potentielles, puis, après la prévention, expliquer comment éviter les facteurs de risque. »

« De proposer l'arrêt du tabac et dans la foulée de dire : "on peut faire le point ?". C'est tout à fait complémentaire. Oui ! Il n'y a aucun problème ! » MG 12

« I: Pour vous, ce dépistage peut-être complémentaire à la prévention contre le tabagisme ?

M 15 : Ah, bien sûr ! » MG 15

Quelques médecins reconnaissent espérer que les résultats du dépistage puissent avoir un impact sur l'intoxication tabagique chez leurs patients.

« De toute façon, je le vois régulièrement et puis de toute façon, je vais lui répéter... et si d'aventure, il y a une petite anomalie au niveau du scan, il y aura peut être un petit déclic qui va faire que ! Et ça me permettra d'abonder dans le sens pour lui dire : "là vraiment... t'as vu, c'est un petit truc, mais bon ça peut rester comme ça. Mais là, il faut vraiment, vraiment, vraiment arrêter l'intoxication tabagique !" » MG 2

« Alors, j'en ai une, j'espère... parce qu'elle n'a pas... enfin elle a quelque chose, mais elle a un nodule, mais a priori qui reste à surveiller, j'espère que ça lui a foutu la trouille ! » MG 8

« C'est pas parce qu'ils vont faire un scanner, surtout s'il n'y a rien au scanner, ça va pas les inciter à arrêter. Par contre, si on trouve des tâches, ils vont réfléchir quand même ! Ou même de l'emphysème ou des trucs comme ça, ils vont dire : "Aaah !" » MG 11

Trois médecins expliquaient le cas de patients ayant arrêté le tabagisme suite au dépistage.

« ... celui qui a été opéré, lui, il ne fume plus. » MG 8

« Là, je pense surtout à deux patients... qui étaient encore un petit peu, un peu fumeurs... moins que dans le passé... qui fumaient plus de cigarettes mais... un peu, 2-3 cigarillos par jour en fin de compte. Et donc, avec des scanners entre guillemets limites, pas anormaux mais pas normaux non plus, et donc, ceux-là, ils ont arrêté en fait ! Ça leur a... je pense foutu un peu les "chtouilles" comme on dit. » MG 9

« Je n'en ai pas fait beaucoup, une petite dizaine. Mais certains patients... quand ils font le dépistage et qu'ils sont négatifs mais qu'ils ont eu peur... ils me disent : "il n'y a encore rien !",

"Non, il n'y a encore rien." (réponse du praticien) "Ah bon ! Bon, on va peut-être arrêter les frais !" (réponse du patient) MG 13

B) Technique de dépistage :

Certains médecins ont souligné le fait que le scanner était un examen paraclinique facile d'accès.

« Il y a des scanners partout. Les délais sont rapides ! » MG 5

« Après ce qui est bien, c'est qu'ils ont généralement des rendez-vous assez vite » MG 8

« Et puis, maintenant, les scanners on les a facilement et même plus facilement qu'une radiographie des poumons. » MG 12

Ils invoquaient également la rapidité de réalisation, la bonne fiabilité et le caractère non invasif de cet examen. Son efficacité, notamment par rapport à une radiographie des poumons, était une raison avancée par deux médecins.

« Un scanner, ce n'est pas invasif, et puis, ça me paraît plutôt fiable ! » ; « Ça va vite ! » MG 5

« Non ! Non ! Il n'y a pas d'obstacle ! Surtout que c'est un examen non invasif. » MG 8

« Parce que bon... quand on fait des radios de thorax, ça n'a aucune valeur pour moi ! C'est absolument ininterprétable, surtout pour les dépistages ! Donc, c'est vrai que là, c'est vraiment un outil qui est intéressant. » MG 15

« Je m'étais dit que ça serait plus précis qu'une radiographie des poumons ! » ; « C'est sûr ! Le fait voilà qu'ils fassent partie d'une étude, que ça puisse les dépister plus facilement qu'une radiographie de thorax ou à l'auscultation quand je les vois... bien sûr. » MG 14

Un médecin a également ajouté son faible coût de réalisation.

« Le coût, c'est pas non plus exorbitant ! » MG 12

Pour la plupart des médecins, la notion de basse irradiation a été un argument fort pour participer à l'étude.

« Ah oui ! Oui, oui ! Quand on sait qu'un scanner classique, c'est l'équivalent de 50 radios ! Le fait qu'il soit basse dose, c'était un avantage. » MG 3

« On propose un dépistage comme ça avec... une dosimétrie un peu moins élevée etc. Mais un suivi par la suite, je crois que c'est bien ! Ouais, c'est positif ! » MG 9

« Et puis, c'est pas trop agressif au niveau radiations. Enfin, c'est quand même des rayons ! Mais bon, c'est pas trop agressif au niveau radiations »

« Donc, là déjà, on a un moyen pas trop agressif pour dépister ! » MG 15

« Je pense que c'est un bon moyen. Puis un scanner low-dose, c'est vrai que ça fait moins peur aux gens... voilà quoi !

« Et puis, l'irradiation... c'est minime. » MG 14

C) Par rapport à l'étude :

Le dépistage du cancer broncho-pulmonaire est un problème majeur de santé publique. Dans ce sens, un grand nombre de médecins généralistes évoquaient la prévalence élevée du tabagisme actif et du cancer du poumon dans leur département.

« Parce que ça fait une quarantaine d'années qu'ils fument et ici, on est dans un secteur.. je ne sais pas les autres secteurs... mais j'ai l'impression qu'ici, tout le monde fume... Et je me dis, on va bien un jour tomber sur une image pourrie. Parce qu'à 60 ans, ça fait 45 ans qu'ils fument. Ils fument beaucoup, beaucoup, beaucoup. » MG 1

« C'est pas mal ! Notamment, dans notre région où il y a beaucoup de fumeurs. On voit beaucoup de cancers du poumon. » MG 5

« Je pense que c'est une très bonne initiative, surtout qu'on est dans une région où il y a beaucoup de cancers du poumon. » MG 8

« Par rapport à tous les fumeurs, tous les cancers du poumon. » MG 10

« De toute façon, on continue à faire le dépistage parce qu'un jour ou l'autre on risque de tomber sur quelque chose... » MG 13

« Je trouvais que c'était une bonne idée parce que c'est vrai que dans notre quotidien on voit pas mal de candidats là-dessus, que ce soit des BPCO tabagiques, tabagiques tout court pas encore BPCO. » MG 14

« Enfin moi, j'ai pas mal de gens qui fument énormément. » MG 15

Le bénéfice attendu par de nombreux médecins était la détection de lésions précoces.

« Quand mes patients me demandent pourquoi je veux faire ça. Je leur dis. Je leur dis que c'est pour voir si on ne peut pas trouver des petites images d'un cancer du poumon qu'on pourrait traiter en chirurgie sans ensuite passer par la chimiothérapie etc. » MG 1

« Le but est d'essayer d'être le plus précoce possible. » MG 2

« Dans le but de dépister des lésions précoces, qui soient encore accessibles à la chirurgie. De toute façon, dans n'importe quel cancer, plus c'est précoce, mieux c'est. Donc, c'est dans ce but là ! » MG 4

« C'est à nous d'expliquer que si on les découvre vite, on peut les soigner. Si on les découvre tard, ça va être plus difficile... » MG 7

« Pour dépister des cancers le plus tôt possible ! C'est le même principe que le cancer du colon ou du cancer du sein ! » MG 10

« Le scanner, c'est pour faire une photographie à un moment donné et se dire qu'on tombe au plus tôt dans la découverte d'une pathologie. » MG 12

« C'était de le trouver et à un stade débutant. » MG 13

La mise en place d'une thérapeutique efficace était par conséquent la principale motivation.

« Si on est chirurgical, uniquement chirurgical... les gens ont toutes les chances de s'en sortir. » MG 2

« On a beaucoup plus de moyens que dans le cas d'une maladie très évoluée. Quand il commence à y avoir une hémoptysie par exemple. En général, c'est déjà bien avancé ! Donc, si on peut arriver avant l'hémoptysie, c'est une bonne chose. » MG 6

« C'est important pour eux parce qu'il y a que comme ça qu'on peut arriver à traiter les cancers pulmonaires, tout du moins les prendre à temps... » MG 15

Certains médecins mettaient également en avant la possibilité de guérison.

« Plus c'est pris vite et plus on les guérira. Parce que là, on peut même dire guérir ! Si c'est pris au stade in situ, c'est... le rêve quoi ! In situ, clac ! On déclenche le truc ! Et puis, là, tac, on fait le nécessaire. » MG 2

« De toute façon, on dit : "si jamais on trouve quelque chose, ça sera forcément quelque chose qui sera au tout début, donc avec un risque de guérison plus élevé. On vous fait donc gagner que de la chance... c'est de la chance en plus." » MG 3

Un praticien m'a ainsi fait part de son expérience positive. Un autre médecin m'a raconté également l'histoire de la maladie de son père.

« Alors moi, le premier patient à qui je l'ai fait, il a été dépisté positif. Donc, le tout premier questionnaire que j'ai donné.. Et puis, là maintenant, on est peut-être à un an, le monsieur va bien, il a eu une lobectomie. » MG 8

« D'ailleurs, mon père a eu un cancer du poumon à un stade précoce découvert par hasard. On lui a retiré le nodule. Il n'a pas eu de chimiothérapie ni de rayons. Mieux vaut le découvrir là que le découvrir lorsqu'il est métastasé.» MG 1

L'implication totale du médecin généraliste au cours de l'étude était une raison essentielle pour un praticien.

« Et puis, que nous, on a un retour. » MG 9

La mise en place d'un suivi pour le patient était de plus primordiale.

« Tous ces gens-là, ils sont inclus. Donc, ils auront les crédits tous les ans pour être convoqués pour un scanner. » MG 8

« On propose un dépistage comme ça avec... une dosimétrie un peu moins élevée etc. Mais un suivi par la suite, je crois que c'est bien ! Ouais, c'est positif ! »

« C'est très bien que les patients au bout d'un an soient reconvoqués. C'est positif ! » MG 9

Le fait que le dépistage soit ciblé a également été un argument fort pour y participer. La simplicité de réalisation a par conséquent été avancée par un certain nombre de médecins.

« De toute façon, le protocole il est bien carré... l'âge, la consommation de tabac actuelle ou passée et voilà c'est tout. » MG 2

« J'en pense que du bien... surtout parce que c'était ciblé. »

« C'est beaucoup plus simple. On regarde si la personne rentre dans les critères et on lui propose. » MG 3

« Maintenant après que... voilà il soit un petit peu entre guillemets ciblé. » MG 9

Un médecin généraliste a reconnu prendre part à l'étude à défaut d'autre dépistage actuellement.

« Mais bon voilà, on sait bien que ce n'est pas parfait comme dépistage. De toute façon, on n'a pas mieux. » MG 7

Quelques médecins ont décidé de participer car il s'agissait d'une étude pilote dans leur département.

« Parce que notre département était pilote, donc je me suis dit que c'était l'occasion d'en profiter et de proposer ça à la patientèle »

« Essentiellement que c'était un département pilote. » MG 3

« C'est vraiment une initiative locale... » MG 8

Le bénéfice attendu du dépistage était plus important que son coût.

« Je pense que le concept était déjà séduisant... et le fait d'abonder... au contraire de ce que la sécu préconise... parce qu'il y a eu des... de l'agence de santé. C'est un truc qui est ridicule : "on ne fait pas de scan systématiquement." Voilà donc le fait... voilà c'est dérangeant... maintenant une vie... c'est un coût non négligeable... ce n'est pas rien. »

« T'as deux mecs qui se tuent sur une route nationale, on va installer un radar à plusieurs millions d'euros... Là, on refuse un scanner systématique à des gens qu'on sait pertinemment que, de toute façon, ils vont un jour ou l'autre développer une pathologie. »MG 2

D) Par rapport aux patients :

En expliquant correctement aux patients les modalités et les avantages du dépistage, les médecins généralistes ont noté avoir eu une bonne adhésion de ceux-ci pour participer à l'étude.

« En expliquant que c'était un scanner... à base dose. Le patient, au contraire, était rassuré et était partant. »

« De toute façon, on dit : "si jamais on trouve quelque chose, ça sera forcément quelque chose qui sera au tout début, donc avec un risque de guérison plus élevé. On vous fait donc gagner de la chance... c'est de la chance en plus. »

« Donc, en expliquant ça de la façon suivante : "ça vous coûte rien et vous avez juste à aller... voir le radiologue. La prise en charge est complète. Si on découvre quelque chose, ça sera forcément à un stade très précoce, donc toutes les chances sont de votre côté." En expliquant ça de la façon suivante : " en plus, c'est un examen qui est extrêmement moins agressif qu'un examen classique." Le patient, il est partant. » MG 3

« C'est à nous d'expliquer que si on le découvre vite, on peut les soigner. Si on le découvre tard, ça va être plus difficile. Là d'expliquer le pourquoi les choses, pourquoi dépister... On leur explique que c'est la même chose pour le cancer du sein pour les femmes. Si on dépiste à temps, on arrive à bien soigner les gens. Et si on arrive trop tard, c'est un peu compliqué. Ça, ça peut encore... Après les gens qui ont vraiment peur et qu'ils ne veulent pas le faire, ils ne le font pas et puis c'est tout. Mais bon en expliquant ça aux gens, ça passe assez bien. » MG 7

« Quand j'envoie quelqu'un, je lui explique les modalités de mise en place d'un dépistage de masse, en lui disant : "il faut qu'on ait un certain pourcentage de gens qui ont... qu'on trouve, il faut qu'on ait une possibilité de faire quelque chose, il faut qu'on ait..." Donc, je lui explique ça et le patient, il fait oui. "Et donc, vous rentrez dans la série !" » MG 13

Les patients étaient également plus sensibles si ceux-ci avaient enduré la maladie dans leur entourage propre.

« Après, il y a aussi bien sûr des gens qui viennent nous voir, dont quelqu'un de la famille a eu la même problématique, ça permet aussi d'aborder le sujet plus facilement et ça motive plus les gens aussi s'il y a des antécédents familiaux... ou dans l'entourage propre. » MG 7

Certains médecins ont affirmé que la plupart des patients étaient demandeurs de pratiquer des examens afin de mieux connaître leur état de santé, même si ceux-ci étaient fumeurs.

« Les gens sont souvent demandeurs. » MG 2

« Donc, les gens... acceptaient. Au contraire, ils étaient... Dès qu'on en leur parlait, ils disaient : "pourquoi pas !". Surtout ceux qui étaient toujours entrain de fumer, et même ceux qui avaient arrêté de fumer depuis moins de 15 ans étaient très réceptifs et très demandeurs. » MG 3

« Les gens sont globalement demandeurs. » MG 12

« Je suis sûr qu'il y a des patients qui sont demandeurs... au contraire. Ceux qui sont en général très demandeurs de... de bilan biologique chaque année etc. A mon avis, je pense que dans cette cohorte là, il y en a pas mal de... de très observants. »

« Même les fumeurs ! Parce qu'il y en a qui sont paradoxaux, c'est à dire qu'ils sont très inquiets sur leur santé en général mais ils fument comme des pompiers ! » MG 14

L'absence de coût était un argument fort pour les patients.

« Que l'examen était pris en charge. Parce que parfois, quand on fait un scanner, il y a une participation du patient et des fois, il rechigne à y aller parce qu'il sait qu'il va laisser 18 ou 20 euros en plus. Donc là, en expliquant que la prise en charge est totale, le patient adhérerait davantage. » MG 3

« Il faut essayer de trouver les arguments. Il y a un monsieur... quand je lui ai dit que c'est gratuit... Mais là, d'avoir dit le mot gratuit, il a dit : "Si c'est gratuit, je le fais !" » MG 8

3) Réticences :

A) Par rapport à l'étude :

Concernant les médecins non inscrits dans l'étude, un seul médecin a exprimé clairement sa décision de ne pas y participer. D'une part, il signalait l'absence de recommandations officielles sur le sujet à l'heure actuelle. D'autre part, il exprimait des relations conflictuelles avec la sécurité sociale concernant les dépenses de santé et se posait de ce fait la question du bien fondé de la démarche en terme de coût.

« Ce n'est pas dans les recommandations ... pour l'instant. (rires) » MG 11

« Un scanner systématiquement ?! Pfff, je ne sais pas. Je me demandais si ça valait pas plus le coup de passer d'abord par la radio... Et c'est plus en terme de coût parce que la sécu n'arrête pas de venir nous rabâcher sur les coûts dès qu'on met un médicament. Tu sais qui est pas dans les... ils ont plutôt tendance à nous imposer des médicaments qui coûtent moins chers mais qui sont pas forcément plus efficaces. Et puis, c'est pareil pour toutes les lombalgies ou les choses comme ça. Même pour les genoux, t'as tendance à prescrire une IRM direct sauf que la sécu en fin d'année, elle va te tomber dessus en disant : "vous avez trop d'IRM ! L'indication, c'est une radio d'abord." Alors je m'étais dit, si on fait des scanners à tout le monde euh...(praticien dubitatif) Tu vois ?! Je pense que c'est plus en termes de coût et d'emmerdements avec la sécu. » MG 11

Il restait cependant ouvert à la question et préférait attendre les résultats de l'étude pour juger de l'éventuel bénéfice apporté à ses patients.

« Mais après, si c'est dans... si ça s'organise en dépistage comme le dépistage du cancer du sein ou des trucs comme ça. Moi, je ne suis pas du tout réticent ! Si les résultats ont prouvé qu'il y avait vraiment un impact intéressant. »

« J'attends de voir les résultats en fait. Après, si vraiment c'est bien, on fera ! Il n'y a pas de souci : » ; « Si ça a un intérêt, ouais ! (rires) Je serais motivé. Si c'est pour le bien de mes patients, je le ferais » MG 11

Pour les autres médecins non inscrits, l'absence d'informations sur l'étude, l'oubli de réponse, les manques de relances et d'habitudes étaient les principales raisons avancées.

« Euh ... j'ai du recevoir une ou deux lettres. Je les ai lues et après plus rien ou quoi que ce soit ! Et c'est vrai que ça n'a pas enclenché la suite (rires). » MG 10

« Faut que ça devienne... Ça fait plus de trente ans que je suis installé, c'est vrai qu'il y a des mécanismes et puis, voilà on... Si on m'avait relancé plusieurs fois en me disant : "mais où sont vos scanners ?". C'est comme l'Hémocult, au début, c'était long à prendre. Maintenant, ça devient automatique. Moi, je pense à faire renouveler mes tests régulièrement. C'est une question d'habitude ! » MG 12

Un des médecins évoquait néanmoins le manque d'informations concernant la notion de faible irradiation.

« C'est peut-être effectivement qu'ils n'ont pas assez insisté sur le fait que ça soit à faible dose, et que du coup, on se dise... : "c'est peut-être excessif pour...". » MG 12

Pour les médecins ne participant pas activement à l'étude, le premier expliquait avoir été inquiet concernant la charge administrative. Pour le second, le manque de temps était la principale raison.

« Je ne l'ai pas fait parce que moi c'était la charge de travail... A mon avis, il n'y avait pas grand chose... Mais quand il a fallu que je remplisse tout un tas... j'ai vu qu'il y avait tout un tas de dossiers à remplir et tout ça, j'ai laissé tomber. C'est la charge de travail qui m'a fait peur. » MG 5

« J'ai déjà du mal à carrer ma visite dans un quart d'heure parce que les gens consultent pour plein de motifs différents à la fois, et tu te retrouves à gérer l'ordonnance de renouvellement, et l'insuffisance veineuse, et la prostate, et machin, et puis du coup, c'est moi qui oublie de placer cette chose-là ! » MG 14

Un médecin mentionnait l'absence d'invitation pour son épouse, également médecin généraliste et installés ensemble.

« J'essaye de mettre ma femme en route, mais elle, elle n'a pas reçu ce truc-là alors je ne sais pas pourquoi. Alors est-ce qu'elle l'a jeté ? Est-ce qu'elle... Donc en fait, elle voulait que je lui passe des feuilles. » MG 15

La très grande majorité des médecins participant à l'étude indiquait le manque de temps pour pouvoir proposer le dépistage à leur patientèle.

« Ce n'est pas facile de passer du coq à l'âne... C'est très tendu une consultation... Un quart d'heure c'est à peine assez... Et donc, si en plus, il faut rajouter ça ! » MG 2

« Et puis, bon faut... Alors, il faut parler du cancer du sein, du cancer du colon ! Maintenant c'est le cancer du poumon... Et puis... Et puis, éduquer les gens pour la diététique, et puis, s'occuper de l'obésité, et puis... pfff on s'en sort plus ! »

« Après, il faut leur expliquer... Donc ça, ça prend le temps d'une consultation. Forcément, ils posent des questions, il faut répondre. »

« Après, il faudrait que je profite d'une période plus calme. En ce moment, c'est un peu agité. Oui, dans la période estivale, il faudrait que j'y pense. » MG 4

« Après, il y a des fluctuations. Quand il y a plein de boulot, quand il y a plein de choses, c'est vrai que... suivant la disponibilité, suivant le temps. » MG 7

« Donc, c'est vrai que... bon je fais un petit topo. Le problème est que ça revient en plus de la consultation quoi... »

« C'est vrai que ça prend du temps. Bon après, si on veut faire une consultation vite, ça va pas quoi ! Bon moi, je fais des consultations longues. (rires) » MG 15

Ils rajoutaient le fait que la plupart des patients consultait pour plusieurs motifs, ne permettant pas d'aborder le sujet lors de la consultation.

« Il y a certaines consultations quand il y a différents problèmes à gérer. On ne prend pas le temps. Même si ça traverse l'esprit, on se dit : "j'en parlerai la prochaine fois !". Et puis, la fois d'après, on n'y pense pas forcément et puis voilà. » MG 4

« C'est long ! Le présenter aux patients, leurs expliquer les formulaires, la lettre d'information, leurs dire ou ça peut être fait. »

« Théoriquement, on est censé le présenter à tous les patients qu'on voit, de 55 ans à je ne sais plus quel âge. C'est trop lourd. On l'a dit ça à M. L. parce que souvent les gens viennent pour déjà un renouvellement, une autre pathologie. » MG 8

« Après que ce soit ça ou autre chose ! Les patients ont la fâcheuse habitude... En général, ils attendent d'avoir une caisse de problèmes à résoudre en une seule consultation. Si déjà il y a un renouvellement de traitement, si après il y a une tendinite d'épaule, si après il y a je ne sais pas quoi... Euh trois motifs, un quart d'heure... Ça commence à faire court ! Et en plus, vérifier à quand remonte la dernière prise de sang ?! Si elle a été faite ?! Si elle était correcte ?! S'il faut en refaire une ?! De réimprimer toutes les ordonnances pour ce qu'il y a à faire etc. Si en plus, à ce moment-là : "au fait, j'ai oublié de vous dire... j'ai entendu parler du dépistage machin." Euh... là c'est clair qu'on va dire non ! » MG 9

La charge administrative nécessitait également du temps précieux pour les médecins.

« Malheureusement, ça on n'y peut pas grand chose ! C'est l'histoire des formulaires. Alors moi, je leur explique, et puis, je leur fais marquer : "lu, compris et approuvé". Mais je leur dis de le lire à domicile parce que sinon ça va doubler notre temps de consultation, et on ne peut pas se le permettre... » MG 8

« Après ce qui peut-être tout à fait chronophage, c'est de remplir le papier adéquat pour le dépistage. » ; « C'est vrai que maintenant, quand il faut remplir le papier pour le scanner de dépistage... Voilà même si ça prend 3 minutes, ça prend 3 minutes ! Et bon, on ne va pas dire que ça soit vraiment un frein... mais bon c'est vrai que c'est... Faudrait peut-être essayer d'améliorer la chose. » MG 9

« C'est vrai que je ne suis pas très branché papiers, documents etc. C'est vrai que ça me gonfle un peu. Mais bon, je trouve que c'est quand même utile ! Tout comme le dépistage du cancer colo-rectal ! Enfin bon le truc à faire signer par les gens, c'est un peu... pfff... un peu long. »

« Je n'aime pas faire la paperasse. Déjà que je suis long en consultation. En plus, euh... faire des papiers, de remplir des papiers alors que ça rentre en plus dans une consultation pour autre chose. Donc, euh... j'ai déjà passé du temps à la consultation. Je fais ça. Après, il faut que je remplisse le papier... euh... On s'y retrouve plus dans les papiers. (rires) Il y a 3 feuilles, on ne sait jamais. (rires). Enfin bref ! Je m'y suis habitué là. Mais c'est vrai que les premiers temps, ça cafouillait. Là, j'ai un peu l'habitude. C'est vrai que je suis plus à l'aise maintenant. » MG 15

Un autre médecin évoquait le manque d'harmonisation entre les différents dépistages comme un possible frein pour l'utiliser en pratique.

« Il faut le signifier, il faut le faire remarquer, il y a un manque d'harmonisation... au niveau des dépistages... parce que... il n'y a aucun dépistage entre guillemets qui se passe de la même façon. Que ça soit le sein, que ça soit le frottis, que ça soit l'hémocult etc, il n'y a rien qui se passe de la même façon. Alors le sein, c'est bien et ce n'est pas bien parce que les gens... les patientes reçoivent le courrier directement chez elle. Nous, on n'est pas au courant ! ... Bon, on reçoit le résultat ADEMA donc c'est le principal ! C'est déjà très bien ! Après l'hémocult, ils reçoivent le courrier. Bon ! Mais ils sont obligés de venir nous voir. »

« Mais bon voilà, c'est vrai qu'il faudrait essayer d'harmoniser à la fois, le recrutement, les courriers que ce soit pour les patients ou pour les médecins, la façon de faire pour les différents dépistages. Je pense que ça serait peut-être plus simple. » MG 9

B) Technique de dépistage :

Les praticiens non inscrits à l'étude s'interrogeaient sur l'adhésion du patient et de ses éventuelles réactions à réaliser d'emblée un scanner.

« Ça peut faire peur dans le sens : "vous allez faire un scanner." (médecin qui parle au patient) ; "Tout de suite, woow !" (en parlant de la réaction du patient). Voilà, que le cancer du colon, ils ont été informés avec la campagne d'informations. On leur explique : "bon voilà, c'est sur une selle nin nin nin." C'est facile. La mammographie, c'est pareil. Que là, dire : "passez au scanner" (praticien dubitatif)... Peut-être que les patients auraient un peu peur, en disant : "oh la, attention ! Est-ce que c'est vraiment un dépistage ?! Parce qu'on passe directement au scanner." Ça serait une radio, ça serait peut-être plus facile à accepter dans le premier temps. C'est pour ça que je trouve que s'il y a une campagne d'informations, le scanner passerait plus facilement ! Que là, je pense, il y aura une petite réticence. » MG 10

« Là, surtout le fait que ça soit un scanner, ce n'est pas un truc anodin. » MG 11

« Ça peut un peu... faire peur aux gens quand on leur dit... » MG 8

Pour un des praticiens, l'irradiation était un problème important et s'interrogeait sur la balance bénéfice-risque.

« Après, oui je me demandais l'intérêt, l'utilité de faire des scanners à tout va, à tout le monde, puisque c'est en plus de l'irradiation... » MG 11

Un médecin signalait que le scanner risquait d'occasionner un taux élevé de faux-positifs, mais que pour lui, ce risque était inhérent au dépistage.

« Après, le problème, c'est qu'il va y avoir beaucoup de biopsies derrière... sur du bénin parce que ça arrive souvent, déjà. On voit des ganglions pour un scanner fait dans un autre contexte, on leur fait des biopsies. Ça dure 1 mois... 2 mois, il y a du stress, et puis, il n'y a rien d'anormal. C'est le principe du dépistage. » MG 5

Un autre médecin évoquait le risque de surdiagnostic lié au dépistage notamment pour le cancer du sein.

« Maintenant, ... il existe des articles et il existe des voies... discordantes sur le dépistage précoce des cancers et sur la guérison spontanée de certains cancers... Il y en a quelques uns qui pensent que certains cancers du sein se seraient guéris tout seuls même si on ne les avait pas dépistés... » MG 13

C) Crainte des médecins par rapport à la qualité de vie des patients :

Un médecin était soucieux d'un possible surcroît de dépistage en pratique de médecine générale et par conséquent d'une charge mentale excessive pour le patient.

« Trop de dépistage tue le dépistage. Parce que les gens... la rythmique entre le colon, le sein. Bon voilà, ça peut faire beaucoup ! Oui, ça fait beaucoup ! Les gens ont l'impression d'avoir une espèce de pression sur eux... La personne risque de me dire : "ah il y a ça encore, oh lalala !" » MG 6

Pour deux médecins, la mauvaise tolérance d'éventuels examens invasifs réalisés au cours du dépistage les préoccupaient. Le premier me faisait ainsi part de son expérience personnelle lors d'une fibroscopie bronchique. Le second s'inquiétait également du stress par des résultats faussement positifs.

« Ah ! Ils disent : "il faudra qu'on m'endorme, je ne me laisse pas passer un tuyau comme ça." Alors moi, j'ai déjà eu une fibroscopie bronchique. C'est vrai que ce n'est pas... sans être endormi parce que... c'est vrai qu'il faut s'accrocher... (grimaces) Oh la la la ! Vous avez l'impression que les yeux vont vous sortir de la tête, vous vous retenez d'arracher le fibroscope... au pneumologue. C'est horrible ! Quand il vous passe le tuyau et vous dit : "respirez, respirez !". (grimaces) Vous ne pouvez pas respirer, il n'y a rien qui passe ! (rires) » MG 3

« Mais parfois, le fait que ça ne soit pas très agréable, ça peut être un frein. Même si la mammographie, ce n'est pas l'examen le plus invasif. La fibroscopie ... c'est autre chose... c'est dégueulasse quand même ! »

« Après, le problème, c'est qu'il va y avoir beaucoup de biopsies derrière... sur du bénin parce que ça arrive souvent, déjà. On voit des ganglions pour un scanner fait dans un autre contexte, on leur fait des biopsies. Ça dure 1 mois... 2 mois, il y a du stress, et puis, il n'y a rien d'anormal. C'est le principe du dépistage. » MG 5

D) Par rapport aux patients :

La plupart des médecins interrogés indiquaient qu'un certain nombre de patients étaient peu sensibles aux actions de dépistage, quel que soit le type.

« Les obstacles, ce sont les gens qui ne veulent pas savoir. Et que souvent, ce sont les mêmes qui ne vont pas faire de mammographie, pas de frottis, pas d'hémocult. » MG 8

« Vous avez quand même des patients... qui refusent systématiquement tout type de dépistage ! Alors ceux-là, c'est ceux qui vont refuser aussi l'hémocult, qui vont refuser la mammo, qui vont refuser... le frottis etc. Vous avez beaucoup de gens qui refusent quand même les dépistages. » MG 9

« En général, mes patients, c'est toujours un frein si tu leur proposes de faire des examens en terme de dépistage ! On a déjà du mal à faire le dépistage du cancer du sein alors que maintenant, c'est vachement médiatisé. Alors, leur dire d'aller faire un scanner parce qu'ils ont fumé euh... (praticien dubitatif) » MG 11

« Quand ils disent : "ça sert à rien !" » MG 13

Un des médecins soulignait aussi le fait que les patients ne consultaient jamais pour cet unique motif.

« "Vous allez reprendre un rendez-vous ou bien on en reparle la prochaine fois, on parle que de ça !" (médecin parlant au patient) En fin de compte, les gens ne vont pas reprendre un rendez-vous que pour ça. » MG 9

L'absence de symptômes était une des principales causes du manque d'intérêt pour le patient.

« Quand il y a un symptôme, c'est quand même plus facile ! Quand ils toussent, ils sont motivés. S'ils ne toussent pas, s'ils vont bien... » MG 7

« Alors, il y en a qu'on ne voit jamais en fait parce qu'ils ne sont pas malades ! Donc, ils ne vont pas venir nous voir pour ça ! » MG 9

« C'est vrai que les gens qui sont dans l'addiction, ce ne sont pas forcément les plus acharnés à se faire suivre... Parce que le fumeur, le gars qui picole, le gars qui pfff, le diabétique, ce ne sont pas des gens qui vont facilement faire les examens pour se protéger, pour améliorer leur santé. Sauf s'ils ont des effets secondaires ! Si du fait de son tabac, ils toussent. On peut toujours leur dire : " allez, on en profite, on fait cet examen là !" » MG 12

« Après venant du patient, euh... c'est vrai qu'ils sont souvent difficiles à mobiliser les gens parce que le temps qu'ils sont asymptomatiques. Le dépistage, pour eux, ça leurs passe euh... De même que la mammo ! »

« Je pense que les gens ne sont pas conscients tant qu'ils sont asymptomatiques. Donc, ça, c'est le frein... numéro un ! C'est : " pourquoi vous me faites faire ça ?! Je vais très bien !" » MG 14

Le déni de l'intoxication tabagique était aussi une des principales raisons de la réticence des patients.

« De même, si on prend les gens fumeurs ou anciens fumeurs de plus de 55 ans...ce sont des gens qui n'ont pas forcément... qui ne consultent pas forcément... qui n'ont pas d'antécédents donc pas de traitement, donc... qu'on ne voit pas, et qui se disent : " moi, tout va bien !" »

« Si après, ça peut être des gens aussi gros fumeurs... qui se disent : " tiens, ouais... pourquoi pas !" mais ça ne va pas être ceux-là les premiers à s'engager. Il y en a qui disent aussi : " vous pourrez me dire n'importe quoi. Même si j'ai un cancer. De toute façon, ça sera trop tard, je n'arrêterai pas de fumer !" Ceux-la en fin de compte... ils ne seront pas les premiers à se dire : "oh lala je vais faire le scan !" » MG 9

« Après, t'as tous ceux... En général, la plupart... ils sont dans le déni. Que ce soit alcool ou tabac, ils ne vont pas le faire... (timbre qui diminue) » MG 11

« C'est vrai que les gens qui sont dans l'addiction, ce ne sont pas forcément les plus acharnés à se faire suivre... Parce que le fumeur, le gars qui picole, le gars qui pfff, le diabétique, ce ne sont pas des gens qui vont facilement faire les examens pour se protéger, pour améliorer leur

santé. » MG 12

« Ils savent très bien qu'ils s'intoxiquent ! C'est la négation du... c'est la négation de l'alcoolique quoi, c'est pareil ! Ils savent très bien qu'ils s'intoxiquent donc... ils... mettent la tête dans... »

« Quand ils disent : "ça ne sert à rien !" ou... "ce n'est pas possible, je ne fume pas assez". La seule vraie raison fondamentale, c'est que... ils ne veulent pas reconnaître qu'ils s'intoxiquent eux-mêmes et qu'ils peuvent être malades. (rires) » MG 13

Un médecin ajoutait que ses patients fumeurs étaient déjà peu enclins à consulter un pneumologue afin de dépister une BPCO.

« Quand tu entends la toux du fumeur... Alors qu'ils n'ont pas été plus dépistés pour la BPCO parce qu'ils ne veulent pas non plus aller chez le pneumologue. » MG 1

Deux médecins déclaraient qu'ils avaient proposé seulement le dépistage du cancer broncho-pulmonaire à des patients observant qu'ils connaissaient bien.

« Là, je vois les 5 patients à qui je l'ai proposé. C'est des gens que je connais bien, avec qui j'ai un bon contact... On connaît bien nos patients psychorigides. Si le sujet est inabordable, on ne l'aborde pas. On le voit tout de suite... A ce moment-là, on laisse tomber. » MG 7

« Moi, malheureusement, je cible. Ça peut biaiser peut-être un peu l'étude. Je cible les gens qui vont être observants. On va dire que je sais ceux qui sont favorables au dépistage... »

« Bon ça, à la limite, je n'ai pas de refus parce que je ne le propose pas. Bon, ça biaise peut-être un peu. On fait ce que l'on peut. » MG 8

La peur des résultats du scanner était un frein pour les patients.

« Je leur propose toujours mais cela ne les intéresse pas. Franchement, c'est un dépistage qui ne les intéresse pas plus que ça. Autant les mammographies, je trouve que ça intéresse les dames. Le dépistage du cancer du poumon... peut-être que ça leur fait peur ! Aller faire une radio et quand tu ressors, t'as un cancer du poumon... Ce n'est pas gai... » MG 1

« Je pense plutôt qu'ils ont peur de ce qu'on va trouver. » MG 4

La réticence des patients pour la pratique d'examens plus invasifs était également rapportée par plusieurs médecins.

« Donc, effectivement : "il y aura des examens à faire." Ça je leur dis. Et là, c'est encore plus un frein. » MG 1

« Maintenant, après effectivement, il faut qu'ils sachent que s'il y a quelque chose, il faut qu'il soit prêt aussi à... aller faire des examens plus invasifs. Voilà. Il faut leur expliquer que voilà... le scan d'accord, mais après si sur le scan il y a quelque chose, il y aura une attitude diagnostique qui sera beaucoup plus invasive derrière. Voilà. Donc, ça peut être un frein ou pas. » MG 2

« On leur expliquait : "si on trouve quelque chose, on va poursuivre les investigations. On vous adressera à un pneumologue. Il y aura certainement une fibroscopie bronchique à faire etc." Ceux qui disaient : "oh non, non, je ferais rien de tout ça". Ce n'est même pas la peine, ce n'est pas la peine de faire du dépistage. S'il ne voulait pas poursuivre, s'il ne voulait pas de traitement par la suite, ce n'est pas la peine de se lancer dans ce type d'examen. » MG 3

« La fibroscopie, ça leur fait peur, c'est assez invasif. »

« Ah oui ! Par exemple, pour le dépistage du cancer colo-rectal, le test hémocult, ce n'est pas invasif mais ils savent que ça peut dériver sur une coloscopie, alors là oui, ça peut-être tout de suite un refus... » MG 5

Le faible niveau socio-économique et la distance par rapport aux centres d'imagerie pouvaient également être des facteurs limitants pour les patients.

*« Après, vous avez des gens... qui vont vous dire : "ce n'est pas possible, je n'ai pas de moyen de locomotion" ou "ça me gonfle ! Je ne vais pas aller à Abbeville passer un examen." Chez nous bon... on a quand même ... même s'il y a de tout... il y a des gens qui... voilà vous ne pourrez jamais les traîner... à la consultation chez le spécialiste ou pour un examen paraclinique... sur Abbeville. Ce n'est pas loin ! C'est 25 bornes ! Mais voilà, il y a des gens qui pour diverses raisons, notamment le problème de moyen de locomotion, qui refusent. »
MG 9*

*« Frein numéro deux, c'est : "haaaaaan ! allez à Abbeville !!! Rooh Abbeville, c'est la capitale ! Faut faire 30 bornes pour faire un scanner alors que je vais bien !" »
« Mais souvent... le problème ici, dans notre zone qui est quand même un bassin social pauvre... euh le principal problème, c'est le coût ! En général ! C'est le principal problème ! Et puis, ce n'est pas de transport pris en charge ! On se bat pour ne pas distribuer de bon de transport mais... c'est quelque chose ! C'est l'enfer ! C'est l'enfer... parce que la sécu nous tape sur les doigts parce qu'on fait trop de bons de transport, mais les patients, si tu ne leur fais pas de bon, ils n'y vont pas ! Et donc... c'est le chien qui se mord la queue. » MG 14*

Les médecins ont également expliqué que les patients se satisfaisaient d'un dépistage négatif et poursuivaient par conséquent l'intoxication tabagique.

« Ils sont contents parce qu'ils n'ont pas de cancer. Maintenant ça ne les a pas motivés pour arrêter de fumer. Voilà ! Ils n'ont pas de cancer donc ils sont très contents de pas avoir de cancer donc ils fument. » MG 1

*« Parce qu'après c'est comme tout... celui qui revient avec son scanner normal, il se dit : "c'est bon !" (rires) Il se dit : "c'est bon, allez je peux encore !" C'est plutôt cette impression qu'on a ! C'est comme le diabétique qui est équilibré... pfff : "je peux me permettre un écart !" »
MG 9*

DISCUSSION

1) Forces et limites de l'étude :

A) Forces :

L'objectif principal de cette étude était de repérer, décrire et analyser les motivations et les freins des médecins généralistes Samariens à participer à une étude pour le dépistage du cancer broncho-pulmonaire.

Une méthode qualitative semi-dirigée s'est rapidement imposée car elle permet d'obtenir au mieux le ressenti et les points de vue des professionnels.

Le guide d'entretien a été construit autour de questions essentiellement ouvertes afin de laisser un espace de liberté aux médecins interviewés. Il a été utilisé de façon souple afin d'influencer le moins possible leurs pensées.

Un premier guide d'entretien a été testé au cours d'un entretien avec un médecin généraliste.

Le panel de médecins interrogés a été varié. Les profils étaient hétérogènes en termes de sexe, d'âge et de lieu d'exercice.

Le taux de participation était de 44%.

B) Limites :

Il s'agissait de mon premier travail de recherche qualitative. Par conséquent, il m'a parfois été difficile de mener l'entretien de manière adaptée par mon inexpérience en tant qu'interviewer.

Des questions de relances pouvaient être inappropriées car trop directives dans certains cas, menant les praticiens interrogés à aborder des thèmes de manière non spontanée.

Il a pu y avoir une influence non intentionnelle de ma part suite à l'attitude et aux commentaires des médecins interrogés.

Certains professionnels ont refusé de participer à notre recherche : manque de disponibilité ou d'intérêt sur le sujet. Les professionnels ayant accepté de participer aux entretiens sont probablement ceux qui s'intéressent à ce sujet, ce qui a pu entraîner un biais.

Quelques participants étaient connus avant le commencement de l'étude. Cela a pu induire une gêne à répondre, ou une connaissance antérieure des réponses entraînant des non-dits lors de l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés exclusivement au cabinet des médecins interrogés. Ce lieu n'étant pas totalement neutre, il a pu modifier quelque peu le comportement des praticiens. Certains ne pouvant pas toujours raccrocher leur téléphone, ont dû y répondre lors de l'entretien, perturbant son déroulement.

L'analyse des résultats a été effectuée via une théorisation ancrée des données par l'enquêteur lui-même. Une triangulation des données, qui consiste en une analyse par au moins deux chercheurs permettant de gagner en crédibilité, n'a pu être réalisée devant des difficultés d'organisation.

Concernant l'objectif secondaire qui avait pour but de connaître les motivations et les freins des patients à participer à une campagne de dépistage du cancer broncho-pulmonaire, on ne peut émettre que des hypothèses car il ne s'agissait que des suggestions émises par les praticiens.

2) Discussion des résultats et comparaison avec les données de la littérature :

A) Les motivations à la participation au dépistage :

La majorité des médecins interrogés participaient au dépistage du cancer broncho-pulmonaire.

Tous les médecins interrogés participaient aux dépistages de masse organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal. **Pour eux, l'action de dépistage faisait partie intégrante du rôle du médecin généraliste.**

Plusieurs enquêtes d'opinion corroborent cette idée.

Selon l'enquête barométrique INCa/BVA réalisée en septembre 2010, **70 % des médecins interrogés considéraient qu'ils ont un rôle indispensable dans le dépistage du cancer colorectal. Ils étaient presque autant (60 %) à afficher cette opinion pour le cancer du sein et pour le cancer de la prostate.** (33)

Une enquête d'opinion, publiée en 2008, menée auprès de médecins généralistes de l'Essonne a montré que **89,2 % des généralistes interrogés se considéraient comme un maillon de santé publique dans l'action de dépistage.** (34)

Une enquête d'opinion concernant le dépistage du cancer du sein en médecine libérale de Rhône-Alpes, a montré que les généralistes estimaient que **le rôle du médecin traitant se situait à plusieurs niveaux** : l'information et le soutien en cas d'anomalie découverte, le rappel des patientes «oubliées», la motivation des femmes les plus éloignées de l'idée du dépistage et de l'explication du compte rendu. (35)

De plus, les praticiens interrogés soulignaient également l'efficacité du dépistage.

Toujours selon l'enquête barométrique INCa/BVA réalisée en septembre 2010, **les médecins généralistes étaient, dans leur très grande majorité, tout à fait convaincus de l'efficacité des dépistages des cancers du col de l'utérus (79 %), du sein (78 %) et du cancer colorectal (72 %), en terme de santé publique.** (33)

Dans de cadre de notre enquête, les médecins ont également noté une bonne adhésion des patients. Les explications correctes données aux patients par leur médecin traitant concernant la technique et les avantages du dépistage, la présence d'antécédents familiaux ou des cancers bronchiques dans leur entourage proche, l'absence de coût étaient des facteurs favorisant pour qu'ils participent.

Une étude qualitative réalisée aux États-Unis auprès de 20 hommes et femmes de juin à septembre 2015, ayant pour objectif d'explorer leurs motivations pour le dépistage du cancer broncho-pulmonaire par tomographie à faible dose, trouvaient des résultats similaires.

Les quatre principaux thèmes identifiés étaient : 1) la confiance envers leur médecin généraliste ; 2) les avantages de détecter des lésions précoces ; 3) la perception de risques faibles ou limités ; et 4) des proches atteints d'un cancer avancé. (36)

A noter que le taux de participation des patients dans le cadre de l'étude dans la Somme était de 76%.

B) Les freins à la participation au dépistage :

Les principaux obstacles identifiés dans notre étude sont ceux retrouvés dans la littérature : la charge administrative, le manque de temps et les motifs multiples de consultation.

1) Manque de temps :

La très grande majorité des médecins interrogés évoquaient le manque de temps comme principal frein pour proposer le dépistage du cancer broncho-pulmonaire à leur patientèle.

L'enquête d'opinion menée auprès de médecins généralistes de l'Essonne (34) a montré que les principales raisons dissuadant la pratique du dépistage de masse étaient : le manque de temps (27,9 % de réponses) et l'absence de rémunération (31,5 % des réponses).

Mais pour plus de 55 % des médecins, ces « freins » n'étaient pas suffisants à les dissuader de la pratique du dépistage organisé.

Aubin-Auger et al. ont également montré que l'un des principaux freins au dépistage du cancer colo-rectal identifié du côté des médecins généralistes était le manque de temps. (37)

2) Les motifs multiples de consultation :

C'est un frein majeur. Au cours de leurs consultations, les médecins doivent gérer plusieurs problèmes autres que ceux de la prévention. La multiplicité des motifs a un impact sur le facteur temps. Ils doivent assurer différentes fonctions : soins, soutien psychosocial, coordination, démarches administratives.

Une étude nationale multicentrique ECOGEN (38) (Éléments de la COnsultation en médecine GENérale), réalisée en patientèle de médecine générale entre décembre 2011 et avril 2012, a permis de décrire de façon précise le contenu de l'acte de consultation en médecine générale.

Elle a montré que chaque consultation comportait en moyenne 2,6 motifs de consultation, 2,2 résultats de consultation, et 4,7 procédures de soins.

L'activité des médecins généralistes portait sur des situations de prévention dans 11 % des cas, recouvrant la promotion de la santé et le dépistage, et la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires dans 13,1 %. Cependant, les situations de prévention étaient initiées par les médecins généralistes dans 52,8 % des cas.

3) Concernant le mode de dépistage :

Un médecin qui ne participait pas à l'étude, remettait en doute l'intérêt des dépistages de masse organisés pour les cancers colo-rectal et du sein suite à des résultats mitigés.

Dans l'enquête d'opinion menée auprès de médecins généralistes de l'Essonne (34), **seuls 20% d'entre eux pensaient que le dépistage organisé de masse est plus fiable que le dépistage individuel, et 40% le considéraient comme égal au dépistage.**

4) Freins du patient :

Dans notre enquête, les médecins interrogés ont également identifié les patients comme un possible frein au dépistage.

Les raisons suggérées étaient surtout le manque d'intérêt des patients pour le dépistage, la peur des examens paracliniques et de ses résultats.

Les médecins s'interrogeaient également sur l'adhésion des patients fumeurs.

Ces données sont également retrouvées dans la littérature.

Dans l'enquête EDIFICE de 2016, 64 % des personnes interrogées déclaraient avoir effectué au moins un test de dépistage du cancer colorectal dans leur vie et le taux de suivi des recommandations sur la fréquence de dépistage (1 test tous les 2 ans) restait très bas (38 %).

Un quart des personnes interrogées indiquaient qu'elles ne se sentaient pas concernées comme raison de ne pas réaliser le test de dépistage. (39)

Dans l'enquête EDIFICE de 2005, 59 % des femmes de 50 à 74 ans non dépistées sur le plan mammographique avaient peur des examens de dépistage (contre 40 % chez les femmes dépistées). (40)

Dans le cadre de l'étude dans la Somme, 21 % des patients recrutés n'avaient pas adhéré au protocole essentiellement du fait de la non réalisation du scanner. (248/1191)

L'enquête d'opinion concernant le dépistage du cancer du sein en médecine libérale de Rhône-Alpes montrait que **30 % des principales raisons de non suivi mammographique était la peur du résultat. (35)**

Le programme EDIFICE-Roche a mené en 2014 une enquête auprès de 1504 patients âgés de 40 à 75 ans, constituée d'un quart de fumeurs et d'un tiers d'anciens fumeurs.

Ils ont été interrogés sur leur perception du risque liée à la consommation de tabac et sur le dépistage du cancer du poumon.

Les principaux résultats montraient que d'une part, le risque associé à une faible consommation de cigarettes était sous-estimé, que d'autre part la précarité était associée à un passif tabagique plus lourd et que le risque lié au tabac était bien connu de la population.

Seulement 22 % des personnes interrogées et 38 % des fumeurs ont déclaré leur intention de réaliser un dépistage du cancer du poumon. (41)

Dans l'essai UKLS, 88 897 personnes âgées de 50 à 75 ans ont été invitées à répondre à un questionnaire afin de déterminer le risque de développer un cancer broncho-pulmonaire. Les personnes présentant un risque d'au moins 5% au cours des cinq prochaines années (à l'aide du modèle de risques du projet Liverpool Lung) ont été invitées à participer à l'essai.

23 794 personnes (26,8 %) ont répondu au questionnaire. Il y avait plus d'ex-fumeurs que dans la population générale (40 % contre 33 %) et moins de fumeurs actuels (14 % contre 17,5 %).

Au total, 2 855 (12 %) étaient à haut risque et seulement la moitié a fréquenté une clinique de recrutement. (42)

Une étude quantitative réalisée auprès de 2500 sujets à risque de cancer broncho-pulmonaire avait pour objectif de connaître leurs connaissances, leurs raisons et leurs décisions de participer ou non à l'essai contrôlé randomisé NELSON. Ils recevaient 3 semaines avant une brochure contenant des informations sur l'essai.

Les connaissances sur la maladie étaient en moyenne correctes, plus souvent que sur les éléments du dépistage du cancer du poumon.

Les participants avaient une connaissance suffisante du dépistage du cancer broncho-pulmonaire (51%), plus souvent que les non-participants (38% ; p = 0,009). (43)

Une enquête réalisée en 2016 au Pays de Galles, auprès de 1007 adultes âgés de 16 ans et plus, avait pour objectif de comprendre les obstacles au dépistage du cancer broncho-pulmonaire, si celui-ci était introduit. Les facteurs déterminants ont été examinés à l'aide d'une régression multivariable ajustée en fonction de l'âge, du sexe, du groupe social et des croyances sur le cancer broncho-pulmonaire. Les résultats étaient les suivants :

L'évitement du dépistage du cancer du poumon, dû à la peur de ce que l'on pouvait trouver, était associé de manière statistiquement significative à des convictions négatives concernant le cancer du poumon, notamment un fatalisme (AOR = 8,8, IC 95 % = 5,6-13,9, p ≤ 0,001), une perception négative des symptômes (AOR = 2,4, IC 95 % = 1,5-3,9, P ≤ 0,001) et la faible efficacité du traitement (AOR = 0,3, IC = 0,2-0,7, P ≤ 0,01). (44)

Ils suggéraient par conséquent la mise en place de campagnes de sensibilisation auprès du public, mettant l'accent sur les avantages du dépistage, pour modifier les croyances fatalistes sur la survie et le traitement du cancer broncho-pulmonaire, avant la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer du poumon.

En effet, l'information des personnes à haut risque est cruciale pour l'efficacité du dépistage du cancer broncho-pulmonaire et ainsi optimiser son rapport bénéfice-risque.

En effet, **88% des décès évités par le NLST concernaient les participants classés dans les trois quintiles les plus à risque. Toutefois, le nombre d'inscriptions aux essais cliniques a été faible: moins de 5% des personnes invitées appartenant à la tranche d'âge visée ont participé.** (45)

Cinq médecins interrogés au cours de notre étude nous ont également suggérés l'idée d'une campagne d'informations auprès des patients éligibles afin d'améliorer leur adhésion. L'information des patients permettrait également aux médecins généralistes d'aborder le sujet plus facilement car les patients pourraient éventuellement consulter pour cet unique motif.

C) Taux de faux-positifs :

Un seul médecin au cours de notre étude a clairement abordé le problème des faux-positifs. Pourtant, c'est l'inconvénient le plus discuté car beaucoup d'auteurs craignent que le nombre élevé de faux positifs n'entraîne la réalisation d'examens multiples qui, outre un coût élevé, seraient susceptibles, s'ils sont invasifs, d'entraîner une morbidité et une mortalité inadmissibles chez des personnes en bonne santé.

Dans l'étude NLST, dans laquelle le taux d'examens positifs était de 24,1 %, l'immense majorité des tomodensitométries à faible dose (96 %) s'avéraient être des faux-positifs. (17053/17702)

Cependant, la majorité des participants qui avaient une anomalie sans diagnostic de cancer confirmé au final ont été suivis uniquement par des examens d'imagerie et seulement 3 % ont subi des procédures diagnostiques invasives (507/17053), de sorte que peu de complications majeures sont survenues. (11/507)

Même si le recours à des examens invasifs est rare, la réduction des faux positifs reste de toutes les façons un objectif essentiel, ne serait-ce qu'à cause de l'anxiété, de l'irradiation et des coûts que génèrent les scanners supplémentaires. (14,46)

Plusieurs propositions ont été faites pour réduire ce risque :

•Une des possibilités serait de modifier la valeur seuil.

Elle était à 4 mm dans l'étude NLST ; l'augmenter par exemple à 6 mm diminuerait déjà de façon importante le nombre de dépistages positifs et le nombre de scanners supplémentaires sans que le diagnostic de cancer ne soit trop retardé. (47)

•La deuxième possibilité est celle qui est utilisée dans l'étude NELSON.

L'analyse des nodules détectés tenait compte à la fois du volume initial et du temps de doublement du volume apprécié sur un deuxième scanner réalisé chez les personnes qui n'ont ni un scanner « positif » ($\geq 500 \text{ mm}^3$), ni un scanner « négatif » ($< 50 \text{ mm}^3$). (48)

Chez les patients de ce groupe «intermédiaire», la comparaison du scanner initial à ce deuxième scanner permettait de calculer le changement de volume, s'il était inférieur à 25 % le résultat était considéré comme négatif, s'il était supérieur ou égal à 25 % on calculait ensuite le temps de doublement.

Quand il était moins de 400 jours, le scanner était considéré comme positif et entre 400-600 jours un scanner de contrôle à 12 mois était proposé.

De cette façon, les résultats finaux montrent que 2 % des scanners étaient positifs (598/29 737) soit un taux beaucoup plus faible que dans l'étude NLST.

Les 598 examens positifs ont conduit au **diagnostic de cancer du poumon chez 255 participants soit un taux de faux positifs de 59,4 %.**

En utilisant le même protocole, le taux de faux-positifs est de 59 % dans le cadre de l'étude dans la Somme.

•La troisième possibilité repose sur l'utilisation conjointe de biomarqueurs sériques pour mieux caractériser la nature des nodules indéterminés. (49)

De nombreuses recherches sont encore en cours. Des microARN (miARN) circulants ou présents dans les exomes, des cellules tumorales circulantes (CTC), de l'ADN tumoral circulant (ADNet) (50) , des auto-anticorps anti-antigènes tumoraux (51), des protéines (52) ont été identifiés comme principaux biomarqueurs potentiels.

Dans le cadre de l'étude MILD, une analyse rétrospective portant sur 939 fumeurs - 652 dans le bras scanner faible dose et 287 dans le bras suivi cliniquement - 69 patients atteints d'un cancer du poumon – a montré que la **quantification de miARN circulants associée à un scanner faible dose réduisait d'un facteur cinq le taux de faux positifs par rapport au scanner faible dose seul.** (53)

Le projet AIR (54), actuellement réalisé en France au sein de 15 CHU, a pour objectif secondaire de déterminer l'intérêt de CTC en cas de découverte de nodule pulmonaire de nature indéterminée chez 600 patients fumeurs ou anciens fumeurs sevrés depuis moins de 15 ans, âgés de plus de 55 ans avec un tabagisme cumulé d'au moins 30 PA et porteur d'une BPCO.

Une première étude monocentrique a inclus un échantillon de 245 patients - 168 atteints d'une BPCO - 77 sujets sans BPCO dont 42 fumeurs et 35 non-fumeurs. Des CTC ont été détectés chez 3 % des patients porteurs d'une BPCO. Aucune CTC n'a été détecté chez les individus sans BPCO, fumeurs et non-fumeurs. La surveillance annuelle par scanner faible dose a identifié des nodules pulmonaires 1 à 4 ans après la détection des cellules tumorales circulantes chez 5 patients, ce qui a permis une résection chirurgicale rapide et un diagnostic de cancer du poumon à un stade précoce. (55)

•La quatrième possibilité repose sur l'avenir et le développement de l'intelligence artificielle dans le domaine de la radiologie afin d'apporter une aide à l'interprétation des nodules identifiés. (56)

D) Et concernant l'irradiation ?

Pour la plupart des médecins, la notion de basse irradiation a été un argument fort pour participer à l'étude. Un seul médecin a évoqué son inquiétude concernant le risque d'irradiation liée aux scanners.

Ce risque est en effet réel mais il est faible puisque avec 1,5 mSv par examen l'irradiation est comparable à 6 mois d'irradiation naturelle en France. De plus, cette irradiation survient dans une période moins à risque de cancers radio-induits, chez des patients âgés de plus de 55 ans.

Ainsi, la réduction attendue de la mortalité spécifique par cancer broncho-pulmonaire passerait de 21,73 % chez l'homme et 17,85 % chez la femme à 20,22 % et à 15,88 % du fait du risque calculé de cancers tardifs radio-induits. (46,57) Les investigateurs de l'étude NLST ont estimé que le risque inhérent aux radiations ionisantes dues au dépistage correspondait à 1 à 3 décès par cancer du poumon pour 10 000 fumeurs âgés de 55 ans dépistés et à 0,3 nouveau cancer du sein pour 10 000 femmes dépistées. (14)

Avec les progrès technologiques, il est actuellement possible d'aller encore plus loin dans la réduction de la dose délivrée, au point d'arriver aux doses de la radiographie, du moins de celles d'une radiographie thoracique face + profil (doses comprises entre 0,05 et 0,25 mSv). Ce type d'acquisition est appelé scanner thoracique ultra-low dose ou ULD.

S'il n'existe pas de définition précise de l'ULD, il est consensuel dans la littérature d'obtenir pour cet examen une dose efficace comprise entre 0,1 et 0,3 mSv. (58)

Si la réduction drastique de la dose s'accompagne d'une dégradation de la qualité d'image, les images obtenues en scanner thoracique ULD restent néanmoins informatives et interprétables.

La non-infériorité de l'ULD vis-à-vis du scanner thoracique standard pour la détection et le suivi des nodules parenchymateux solides a été démontrée (59–61), et ce quelle que soit la taille des lésions. (62,63)

E) Un risque de surdiagnostic ?

Un médecin au cours de l'étude a évoqué le risque de surdiagnostic dans le cadre du dépistage des cancers notamment du sein. Qu'en est-il pour le dépistage du cancer du poumon ?

Le surdiagnostic signifie la détection d'un cancer indolent, cliniquement non significatif, qui n'aurait jamais été détecté sans le dépistage, et n'aurait pas entraîné le décès du patient.

Cet excès de diagnostics peut également être lié à une avance au diagnostic ou à la détection de cancers à évolution lente.

Selon le Dr Milleron B. : « s'il est vraisemblable que certains cancers pulmonaires soient, comme certains cancers de la prostate ou du sein, des cancers « indolents » ou faiblement évolutifs qui n'auraient pas été à l'origine du décès du patient si on ne les avait pas décelés, ce fait reste probablement assez marginal. En effet, une publication a porté sur 111 patients de la base d'I-ELCAP qui présentent des cancers et chez lesquels plusieurs scanners avaient été effectués avant que ne soit finalement porté le diagnostic de cancer. Ces scanners ont été revus par deux radiologues expérimentés qui ne connaissaient pas les données cliniques. Le temps de doublement médian de ces 111 cancers était de 98 jours, proche de celui des cancers symptomatiques. » (46,64)

Dans l'étude NLST, le risque de surdiagnostic est estimé à 18,5 %. (65) Selon le Dr Milleron B. : « il faut noter toutefois que le recul de 6 ans dont disposaient les auteurs au moment de la publication est modeste. De ce fait, il est vraisemblable qu'une partie de cet excès soit liée à un biais d'avance au diagnostic, ou de lenteur d'évolution qui, comme le biais de surdiagnostic, se traduise dans un essai randomisé par un excès de cancers dans le bras expérimental. Or si on peut penser qu'il est inutile de diagnostiquer une maladie qui restera totalement muette et n'entraînera jamais le décès, il est difficile de penser la même chose d'une maladie susceptible d'évoluer lentement de façon insidieuse et d'entraîner le décès par une progression métastatique au bout de quelques années. » (46)

L'étude ITALUNG – portant sur 3 206 personnes âgés de 55 à 69 ans, fumeurs ou anciens fumeurs de moins de 10 ans et ayant fumé au moins 20 PA – 1 613 personnes dépistées annuellement par un scanner basse dose et 1 593 personnes suivies cliniquement – pendant 4 ans – n'a pas montré pas de différence significative de surdiagnostic entre les deux groupes. (66)

F) Quel est le coût pour la société ?

Deux praticiens ont évoqué le coût éventuel d'une campagne de dépistage pour la société. Pour le premier, le bénéfice attendu du dépistage était plus important que son coût. Le second était au contraire plus réticent et mettait en doute le rapport bénéfices-coût.

Pourtant, toutes les études récentes concluaient que le dépistage du cancer broncho-pulmonaire par scanner faible dose est rentable. (67)

En France, une étude de modélisation de l'impact économique d'un dépistage organisé du cancer broncho-pulmonaire a été réalisée en 2015. Les critères de sélection de la population étaient ceux de l'étude NLST. Un second modèle élargi aux sujets âgés de 50-54 ans a été calculé. Plusieurs taux de participation ont été ensuite utilisés : 65%, 45% et 32%.

En fonction du modèle, la population éligible serait de 1 650 588 à 2 283 993 individus.

En fonction du modèle et du niveau de participation, le dépistage coûterait entre 105 et 215 millions d'euros par an, qui pourrait être financé par une augmentation minime du prix du tabac (0,05 à 0,10 € du prix du paquet de cigarettes). (68)

Selon l'enquête EDIFICE-Roche menée en 2014, la majorité de la population interrogée a cité les entreprises du tabac comme source de financement d'un hypothétique dépistage du cancer broncho-pulmonaire.

Seulement 1 fumeur sur 5 (21 %) se déclarait en accord avec l'idée du financement d'un dépistage par les fumeurs eux-mêmes, contre 36 % des anciens fumeurs et 38 % des non fumeurs. (41)

G) Et la qualité de vie des patients ?

Les médecins se préoccupaient également de l'impact du dépistage sur la qualité de vie de leurs patients. Ils mettaient surtout en avant la tolérance des examens invasifs à la suite d'un résultat positif au scanner. Un seul médecin s'inquiétait du stress engendré par un résultat faussement positif.

Concernant l'étude NLST, il n'a pas observé de variations significatives des scores de qualité de vie et d'anxiété chez les participants faux-positifs. (69)

Une étude longitudinale au cours de l'essai NELSON a évalué les effets à court terme sur la qualité de vie (score HRQoL combinant les questionnaires SF-12 et EQ-5D-VAS) et sur l'anxiété (scores STAI-6 et IES) suite à la découverte d'un nodule pulmonaire de nature indéterminée.

À chaque évaluation (T0 = avant la randomisation ; T1 = 1 semaine avant le dépistage de base ; T2 = 1 jour après le dépistage ; T3 = 2 mois après les résultats du dépistage mais avant le scanner de suivi à 3 mois), les sujets avec un dépistage négatif avaient un meilleur score HRQoL que les sujets ayant un nodule pulmonaire de nature indéterminée.

A T0 et T3, il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur le score SF-12 entre les deux groupes.

A T0, T1 et T2, la différence de scores STAI-6 et EQ-5D-VAS n'était pas statistiquement significative.

A T3, les scores STAI-6, EQ-5D-VAS et IES étaient plus défavorables dans le groupe ayant un nodule pulmonaire indéterminé et cette différence était statistiquement significative ($p < 0,01$). (70)

Une seconde étude au cours de l'essai NELSON, évaluant les mêmes effets mais à long terme, a montré également que **le score HRQoL était identique entre le groupe « dépistage indéterminé au terme du deuxième tour » et le « groupe dépistage négatif » au terme d'un suivi de 2 ans.**

Il y avait une augmentation temporaire du score IES après un résultat indéterminé (avant la randomisation : moyenne 4,0 (IC 95 % = 2,8-5,3, $p < 0.01$) ; 2 mois après le dépistage initial : moyenne : 7,8 (IC 95 % = 6,5-9,0, $p < 0.01$) ; 2 ans après le dépistage initial : 4,5 (IC 95 % = 3,3- 5,8, $p < 0.01$)). (71)

L'étude DEPIMED (DEpistage du cancer du Poumon en MEDecine générale) publiée en 2015 par le Dr Carbonell Mathieu, avait pour objectif secondaire de comparer l'impact en termes de qualité de vie et/ou de séquelles invalidantes d'un dépistage individuel versus un diagnostic ou une découverte fortuite de cancer broncho-pulmonaire, à partir des données d'une enquête nationale VICAN2 (la Vie 2 ans après le diagnostic de CANcer) réalisée en France dans le cadre du Plan cancer 2009-2014.

Les résultats montraient une proportion significativement moins importante de séquelles dans le groupe dépistage individuel (14,3%, $p=0,043$), et à partir de l'échelle SF-12, une tendance non significative à une meilleur qualité de vie physique et mentale chez les patients dépistés. (72)

H) Quel est l'impact sur le tabagisme d'un tel dépistage ?

Pour les médecins interrogés, le dépistage du cancer broncho-pulmonaire était un bon moyen pour faire prendre conscience aux patients du risque de l'intoxication tabagique et éventuellement les faire arrêter. Néanmoins, l'impact sur le sevrage tabagique était assez mitigé. Ainsi, les médecins ont expliqué le cas de patients ayant arrêté le tabagisme suite à des résultats, soit positif pour un patient, soit négatif mais retrouvant des nodules non significatifs pour quelques patients.

D'autres médecins ont évoqué le cas de patients se satisfaire d'un dépistage négatif et par conséquent poursuivre le tabagisme.

Un certain nombre de médecins m'ont également posé la question de savoir si l'étude avait montré une efficacité sur le sevrage tabagique. Malheureusement, nous n'avons pas de statistiques à ce sujet.

Nous allons essayer d'apporter quelques réponses au travers des données de la littérature.

Dans l'essai DLCST, aucune différence statistiquement significative concernant le sevrage tabagique entre un groupe bénéficiant d'un dépistage et un groupe sans intervention, mais le taux de sevrage tabagique sur l'ensemble de l'échantillon a augmenté de manière statistiquement significative de 24 % à 37 % à la cinquième année du dépistage ($p < 0,001$) et les taux de rechute étaient également similaires dans les deux groupes. (73)

Deux autres essais contrôlés randomisés n'ont également pas mis en évidence de différence quant à l'abandon ou la reprise du tabagisme lorsque l'on comparait un groupe avec dépistage et un groupe sans dépistage. (74,75)

Dans l'étude de Sanderson Cox et al., 901 fumeurs actifs et 574 ex-fumeurs ont été inclus dans un programme de dépistage par tomographie à faible dose. **A un an, 14 % des fumeurs actifs étaient abstinents, ce qui est plus important que le taux spontané de sevrage tabagique.** (76)

Une étude portant sur 15 489 patients du NLST au cours d'un suivi de 5 ans a montré qu'un résultat de dépistage faussement positif était associé à un arrêt du tabagisme pendant au moins six mois (HR = 1,28, IC 95 % = 1,15, 1,43). Les anciens fumeurs ayant eu un résultat de dépistage faussement positif étaient moins susceptibles de rechuter (HR = 0,72, IC 95 % = 0,54, 0,96). (77)

Toujours dans le cadre de l'essai NLST, une étude a montré que le sevrage tabagique était fortement associé aux degrés des anomalies observées lors du dépistage de l'année précédente (p<0,0001).

Comparativement à ceux dont le dépistage était normal, les fumeurs étaient moins susceptibles de continuer à fumer si le dépistage de l'année précédente présentait une anomalie majeure mais non suspecte de cancer (OR = 0,811 ; IC 95% = 0,722-0,912; p <0,001), un peu moins si l'anomalie était suspecte de cancer mais stable par rapport au dépistage précédent (OR = 0,785 ; IC 95% = 0,706-0,872 ; p <0,001), et encore moins si l'anomalie était suspecte de cancer et était nouvelle ou modifiée par rapport au dépistage précédent (OR = 0,663 ; IC 95% = 0,607-0,724; p <0,001). (78)

Dans l'ensemble, les études réalisées à ce jour ne permettent pas de démontrer que la participation au dépistage du cancer broncho-pulmonaire favorise l'arrêt du tabac.

Toutefois, ces données suggèrent que des résultats de dépistage faussement positifs ou montrant des anomalies non suspectes de cancer peuvent être associés à une probabilité plus élevée de cesser de fumer.

I) Quelle population dépistée ?

Un médecin a abordé la difficulté de calculer précisément la quantité de tabac consommée par les patients en pratique. Il s'interrogeait également sur le critère d'inclusion de l'âge. En effet, dans son secteur d'activité, la consommation de tabac commençait très tôt avec par conséquent, des patients âgés seulement de 45 ans ou moins mais a déjà 35 paquets-années voire plus. **Il proposait donc l'idée de raisonner uniquement sur la consommation de tabac pour inclure les patients.**

De plus, le fait de limiter le dépistage à 30 ou 35 paquets-années est-il justifié ?

Certains médecins nous ont également avoué qu'ils ont parfois sélectionné les patients selon leur possible observance à participer à cette campagne de dépistage.

D'autres médecins ont également évoqué le fait que certains patients consultaient rarement leur cabinet. Certains médecins nous ont ainsi suggéré l'idée d'une invitation au domicile des patients par les organismes de gestion du dépistage afin d'améliorer la participation. Pour eux, cette proposition permettrait au patient d'être plus actif pour préserver sa santé et par conséquent l'inciter à participer au dépistage.

Néanmoins, cette idée est compliquée à mettre en pratique. Comment savoir si un patient fume ? S'il a fumé ? Quelle quantité de tabac a-t-il fumé ?

Enfin, le faible niveau socio-économique et la distance par rapport aux centres d'imagerie ont été évoqués comme des possibles freins pour les patients.

Dans la littérature, la question de savoir qui sélectionner pour le dépistage du cancer broncho-pulmonaire suscite toujours des débats.

De nombreux auteurs ont proposé l'introduction de modèles de prédiction du risque de cancer du poumon dans les programmes de dépistage. (79)

Trois études ont récemment démontré que la sélection d'individus pour le dépistage du cancer broncho-pulmonaire à l'aide de modèles de prédiction du risque était supérieure à l'utilisation des critères NLST / USPSTF. (45,80,81)

En 2007, l'essai pancanadien de dépistage précoce du cancer du poumon (PanCan) visait à recruter des personnes à l'aide d'un prototype de modèle de risques «PLCOm2012».

Les facteurs de risque intégrés comme variables prédictives pour fournir une stratification du risque individuel étaient : le niveau d'études, les antécédents familiaux de cancer broncho-pulmonaire, l'indice de masse corporelle, les résultats de toute radiographie pulmonaire réalisée dans les 3 ans et la présence de maladies respiratoires. L'incidence était significativement supérieure à celle observée dans l'étude NLST (4%, 1.060 / 26.723). La proportion de cancers broncho-pulmonaires au stade précoce était significativement plus élevée dans l'étude PanCan (77%) que dans l'étude NLST (57%, 593/1 040). (82)

Cependant, les résultats de l'étude PanCan ne prenaient pas en compte la réduction de la mortalité, qui est le critère d'évaluation principal d'un test de dépistage. Ces résultats restent néanmoins encourageants.

Cependant, les résultats de ces approches individualisées ne pourraient éventuellement pas être compatibles avec les politiques de couverture d'assurance maladie.

Des divergences de vues persistent quant à la question de savoir si l'objectif d'un programme de dépistage de haute qualité est d'identifier le plus grand nombre de cancers pouvant être traités ou de dépister toutes les personnes présentant le risque le plus élevé ?

En outre, les données issues de l'essai NLST montrent que les caractéristiques démographiques des sujets dépistés manquaient de diversité, avec notamment 91 % de patients d'origine caucasienne, une majorité de patients vivant en milieu urbain avec un niveau socio-économique élevé. (83)

Une méta-analyse, publiée en août 2018 (84), a analysé les différences de sexe et de caractéristiques socio-économiques des participants entre différents programmes de dépistage. Malgré une prédominance bien établie du faible statut socio-économique chez les gros fumeurs, les personnes ayant un statut socio-économique élevé sont apparemment surreprésentées parmi les participants. Les participants de sexe masculin semblent également être surreprésentés.

L'étude TERRITOIRE s'est intéressée à connaître l'incidence du cancer broncho-pulmonaire en France selon les conditions démographiques et socio-économiques. **Les résultats montraient que le fait d'habiter dans une zone rurale ou une zone semi-rurale était statistiquement associé à un risque de diagnostiquer un cancer broncho-pulmonaire à un stade métastatique (OR = 1,27 ; IC 95 % = 1,17-1,37 ; p < 0,0001) (OR = 1,18 ; IC 95 % = 1,10-1,27 ; p < 0,001).** Un faible niveau socio-économique n'était pas statistiquement associé à un risque de diagnostiquer un cancer broncho-pulmonaire à un stade métastatique (OR = 1,05 ; IC 95 % = 0,99-1,11 ; p = 0,09). **La survie à un an, sans métastases au diagnostic, était statistiquement plus défavorable en cas d'habitation en zone rurale (OR = 0,84 ; IC 95 % = 0,76-0,93) ou de bas niveau socio-économique (OR = 0,77 ; IC 95 % = 0,70-0,84).** (85)

De plus, 21 % des cancers broncho-pulmonaires étaient diagnostiqués aux urgences (27 % pour les cancers métastatiques et 14 % pour les cancers non métastatiques). (86)

Ces résultats indiquent la priorité à redéfinir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du cancer broncho-pulmonaire et la mise en place d'un programme de dépistage en serait un bon moyen.

J) Un besoin de formation des médecins généralistes ?

Sur l'ensemble des médecins interrogés, un seul a déclaré ne pas connaître les modalités de réalisation du dépistage du cancer broncho-pulmonaire selon l'étude réalisée dans la Somme.

De même, les résultats à 2 ans montraient que seulement 3,1 % des patients recrutés ne répondaient pas aux critères d'inclusion (37/1191), ce qui est beaucoup mieux que les résultats de l'étude DEPISCAN, où on retrouvait un taux élevé de patients (19 %) ne répondant pas aux critères d'inclusion. (13)

L'enquête menée en 2012 par le «Lyon Lung Cancer Screening Working Group» en région Rhône Alpes Auvergne montrait que seulement 18 % des médecins généralistes interrogés savaient que le scanner à faible dose avait montré son efficacité pour le dépistage du cancer du poumon. (32)

Néanmoins, certaines informations concernant le dépistage du cancer broncho-pulmonaire n'étaient pas bien connues des médecins interrogés. Un médecin ne savait pas que la tomodensitométrie pouvait être pratiquée selon un protocole à faible dose. Un médecin, qui ne participait pas à l'étude en raison essentiellement d'un manque de temps, avait également souligné le risque de faux-positifs sans que ce soit pour lui un véritable frein. Le problème du surdiagnostic a aussi été abordé par un autre médecin.

On peut donc penser que des informations données aux médecins généralistes, concernant les résultats des différentes études publiées à ce jour, pourraient lever certains voiles sur les risques du dépistage et ainsi permettre leur adhésion si un jour un dépistage organisé du cancer broncho-pulmonaire était mis en place.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence la considération des médecins généralistes de la Somme pour la pratique d'un dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose malgré la publication récente de recommandations HAS à ce sujet. (28)

Cet intérêt est essentiellement expliqué par la prévalence du tabagisme et du cancer broncho-pulmonaire dans leur pratique quotidienne, ainsi que leur rôle important dans le dépistage.

Le dépistage fait pour eux partie intégrante de la prise en charge des cancers notamment du cancer du poumon car il permet la détection de stades précoces rendant possible un traitement efficace et une guérison des patients. Même si l'impact sur le sevrage tabagique est assez mitigé. Selon leur expérience, le dépistage pourrait être également un bon moyen de sensibilisation et donc être complémentaire dans la prévention primaire contre le tabagisme.

Néanmoins, le manque d'intérêt des patients pour se rendre chez leur médecin traitant uniquement dans le cadre de la prévention et du dépistage et le manque de temps des médecins généralistes pour aborder le sujet durant leurs consultations étaient les principaux freins à sa mise en place. Les problèmes de faux-positifs, de risque d'irradiation et de risque de surdiagnostic ont aussi été évoqués séparément par trois praticiens.

Si pour la plupart des médecins généralistes, le scanner reste une technique appropriée. Pour les patients, il serait au contraire une source d'inquiétude et un des principaux freins à leur participation. La tolérance d'éventuels examens plus invasifs, le faible niveau socio-économique et la distance par rapports aux centres d'imagerie seraient également des facteurs limitants. Cependant, les informations et les explications données par les médecins généralistes concernant les avantages du dépistage resteraient le principal levier à leur participation.

Un tiers des médecins interrogés nous ont également suggéré l'idée d'une campagne d'informations auprès des patients afin d'améliorer leur adhésion. L'information des patients permettrait également aux médecins généralistes d'aborder le sujet plus facilement car les patients pourraient consulter pour cet unique motif. Pour rappel, le taux d'adhésion des patients était de 76% dans le cadre du dépistage actuellement en cours dans la Somme.

Cependant, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative sur les motivations et les freins des patients samariens ayant participé à cette étude car notre travail n'analysait que le ressenti des médecins généralistes.

Si la faible spécificité du dépistage par tomodensitométrie à faible dose reste malgré tout un obstacle majeur, le projet AIR (54) actuellement réalisé en France au sein de 15 CHU et qui a pour objectif secondaire de déterminer l'intérêt de biomarqueurs sanguins en cas de découverte de nodule pulmonaire de nature indéterminée pourrait permettre d'améliorer le dépistage du cancer broncho-pulmonaire. Les résultats sont attendus pour 2019.

Enfin, les résultats de l'étude NELSON (29), qui ont montré une réduction de la mortalité de 26% chez les hommes et de 39% chez les femmes dans le groupe dépisté par rapport au groupe témoin après 10 ans de suivi, pourraient bientôt aboutir à des recommandations officielles pour le dépistage organisé du cancer broncho-pulmonaire par scanner faible dose...

ANNEXE 1 : Questionnaire de présentation

Bonjour, je suis Guillaume Vallée, interne en médecine générale à Amiens, je fais ma thèse sur les motivations et les réticences des médecins généralistes à participer à une campagne de dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique faible dose dans la Somme. Merci de m'accueillir aujourd'hui pour cet entretien. J'ai préparé quelques questions pour alimenter la discussion, mais il y en a peu, donc vous avez bien le temps pour y réfléchir. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

L'entretien est enregistré et restera anonyme. Nous allons commencer...

Numéro d'anonymat :

1. Nom-Prénom :

2. Votre âge : ans

3. Votre activité est : rurale semi-rurale urbaine

4. Vous êtes : fumeur non fumeur ancien fumeur

5. Êtes-vous au courant qu'une campagne de dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose est en cours dans le département ? oui non

6. Par quel(s) moyen(s) avez-vous été informé ?

7. Participez-vous à cette campagne ? oui non

8. Participez-vous aux autres dépistages organisés par ADEMA 80 ? oui non

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

1. Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

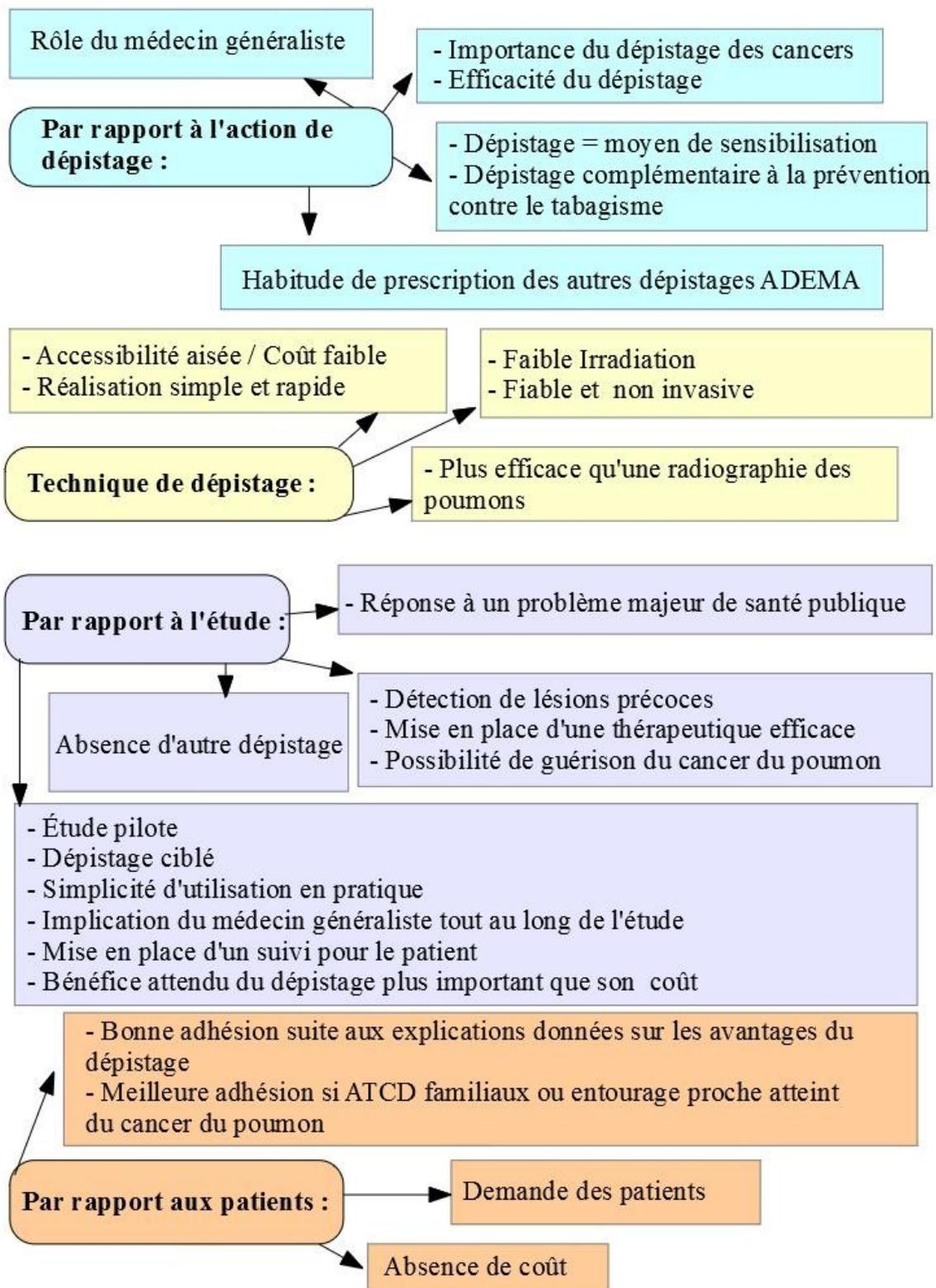
2. Quels sont les raisons pour lesquelles vous le proposez (ou vous ne le proposez pas) ?

3. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrés personnellement à sa mise en place ?

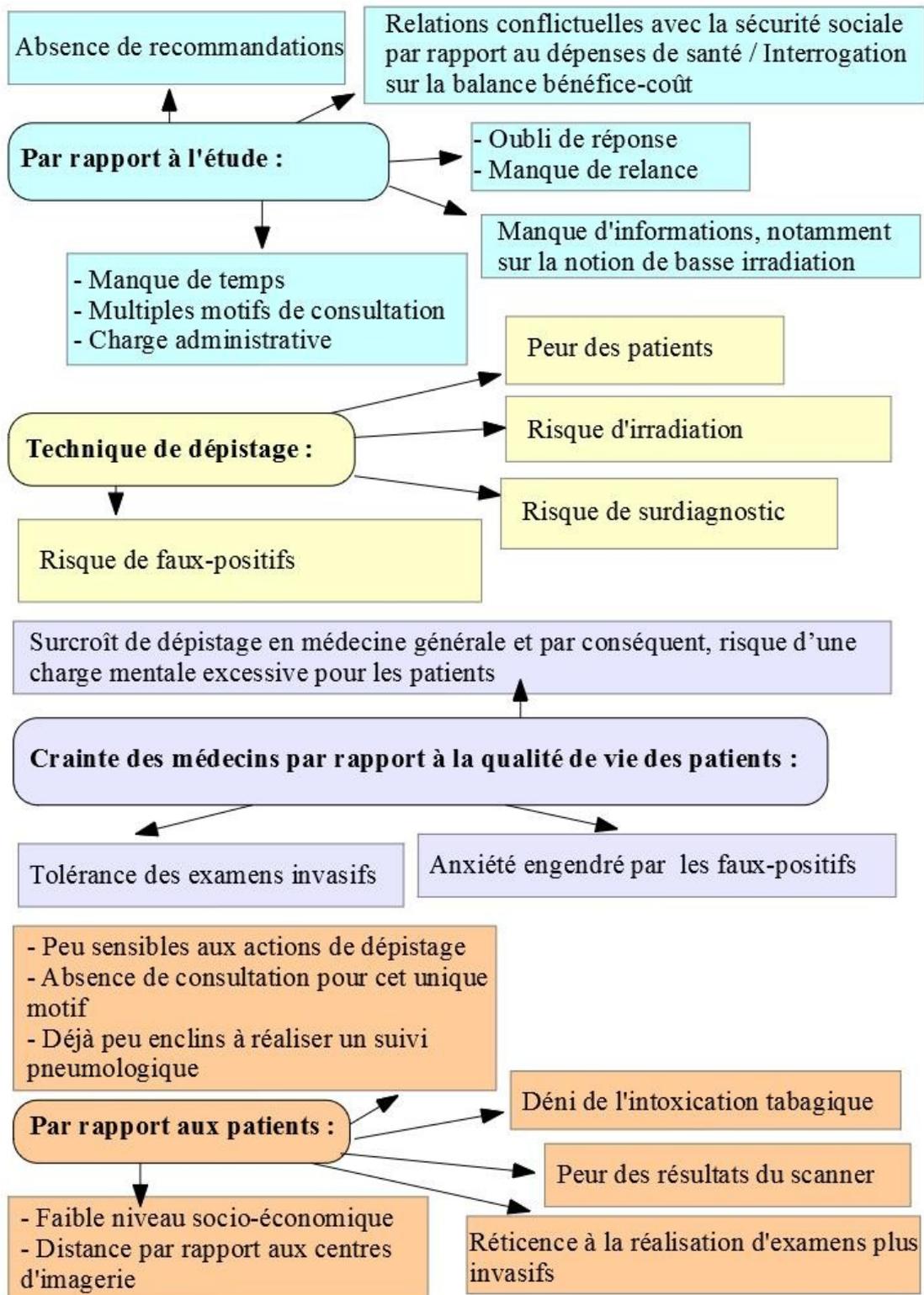
4. Quelles hésitations avez-vous pour le proposez (ou pour ne pas le proposer) ?

5. Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

ANNEXE 3 : Motivations



ANNEXE 4 : Réticences



ANNEXE 5 : Entretiens

Premier entretien

I : Que pensez-vous de ce dépistage organisé ?

M1 : C'est bien ! Je ne vais pas dire que c'est mal. C'est bien le dépistage organisé. Ça permet de dépister des gens qui ne se seraient jamais dépistés si on ne leur proposait pas. Je trouve cela très bien.

I : Quelle est votre expérience par rapport à ce dépistage ? Quels retours avez-vous eu ?

M1 : J'ai très peu de retours. J'en ai très peu qu'ils l'ont fait. Les retours ont tous été négatifs. Il n'y a jamais eu de cancer. Là, j'en ai un qui est en cours. Ce n'est pas moi qui lui ai proposé. C'est l'hôpital. Parce qu'en pneumologie à l'hôpital, ils le font aussi et M. C. aussi à la clinique en propose pas mal. Donc... le retour que j'ai... le peu que j'ai eu. Ils sont contents parce qu'ils n'ont pas de cancer. Maintenant ça ne les a pas motivés pour arrêter de fumer. Voilà ! Ils n'ont pas de cancer donc ils sont très contents de pas avoir de cancer donc ils fument.

I : Ça les a pas poussé à même réfléchir sur leur consommation ?

M1 : Pas du tout !

I : Pour revenir au cas dont vous parliez toute à l'heure, vous pouvez préciser ?

M1 : Je l'ai vu ce matin d'ailleurs. Alors, je l'ai mis sous Champix® depuis 1 mois parce qu'il a fait un AVC ischémique... un AIT. Il est diabétique, a été opéré d'une artérite. Il est demandeur d'arrêter de fumer. Ça fait un mois de Champix®, il fume toujours, 12 cigarettes par jour. On est passé de 30 à 12.

I : Et c'est le dépistage qui l'a motivé pour arrêter ?

M1 : Non, c'est son AVC.

I : Qu'est ce qui vous a poussé à le proposer aux patients ?

M1 : ...Parce que ça fait une quarantaine d'années qu'ils fument et ici on est dans un secteur... je ne sais pas les autres secteurs... mais j'ai l'impression qu'ici tout le monde fume. Quand tu entends la toux du fumeur... Alors qu'ils n'ont pas été plus dépistés pour la BPCO parce qu'ils ne veulent pas non plus aller chez le pneumologue. C'est des gens qui n'ont pas envie d'arrêter de fumer. Et je me dis qu'on va bien un jour tomber sur une image pourrie. Parce qu'à 60 ans, ça fait 45 ans qu'ils fument. Ils fument beaucoup, beaucoup, beaucoup. En plus, maintenant ici, ils vont tous acheter du tabac en Belgique. Comme ils font des cigarettes roulées, t'as l'impression qu'ils fument encore plus.

I : Donc le but d'identifier ces personnes là, c'est pour... ?

M1 : C'est dépister des images précoces. Alors moi, s'ils étaient d'accord pour aller chez le pneumologue d'emblée, je ne ferai pas le dépistage. Je l'enverrai chez le pneumologue. Ne serait ce que pour un dépistage de BPCO mais ils ne veulent pas. Pour eux, ils n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer.

I : Le fait que les patients ne souhaitent pas arrêter de fumer, est-ce frein pour vous de le proposer ?

M1 : Je leur propose toujours mais ça ne les intéresse pas. Franchement, c'est un dépistage qui ne les intéresse pas plus que ça. Autant les mammographies, je trouve que ça intéresse les dames. Le dépistage du cancer du poumon... peut-être que ça leur fait peur ! Aller faire une radio et quand tu ressorts, t'as un cancer du poumon... Ce n'est pas gai...

I : Et est-ce que vous leur parlez, quand vous le proposez, de possibles examens complémentaires plus invasifs s'il y a une image sur le scanner ?

M1 : Quand mes patients me demandent pourquoi je veux faire ça. Je leur dis. Je leur dis c'est pour voir si on ne peut pas trouver des petites images d'un cancer du poumon qu'on pourrait traiter en chirurgie sans ensuite passer par la chimiothérapie etc. Donc, effectivement : "il y aura des examens à faire." Ça je leur dis. Et là, c'est encore plus un frein.

I : Et pour vous, le fait de faire des examens complémentaires plus invasifs, est ce un frein ?

M1 : Non !

I : Y a t-il d'autre(s) frein(s) ?

M1 : Pour les patients ?

I : Pour les patients ou vous ?

M1 : Pour les patients, il n'y a aucun frein. En tant que médecin, il n'y a aucun frein. Les patients, tant qu'ils ne sont pas concernés, ça sera un frein. Le gros souci, ce n'est pas être concerné. Là, le patient que j'ai, qui est actuellement en dépistage à l'hôpital. Alors, il est diabétique, coronarien, a été ponté en fémoral et il fume comme un cinglé. Sa femme a eu un cancer de la gorge, un cancer du poumon. Elle, elle ne fume plus. Lui, il fume toujours. Alors il fait son dépistage en n'ayant de toute façon aucune envie d'arrêter de fumer. Il le fait parce qu'il est bien gentil et que l'hôpital lui ont dit de le faire donc il le fait mais pas du tout envie d'arrêter de fumer. Alors maintenant, est-ce qu'il faut proposer le dépistage aux gens qui te disent : "je n'arrêterai pas de fumer"... Je pense que oui, peut être qu'il y en aura un de temps en temps qui arrêtera de fumer ! Maintenant, on a assez de recul pour savoir au niveau du coût uniquement si ça vaut le coup de le dépister? Est-ce que pour l'état, c'est important de dépister le cancer du poumon à un stade précoce ?!

I : Le coût pour la société peut-être un frein pour vous ?

M1 : Non. Le dépistage, je trouve ça bien.

I : Quelles ont les autres raisons qui vous poussent à le proposer ?

M1 : Je ne sais pas. Si c'était mon mari ou mon père, je préférerais dépister un cancer, surtout un cancer du poumon, à un stade très, très précoce. D'ailleurs, mon père a eu un cancer du poumon à un stade précoce, découvert par hasard. On lui a retiré le nodule. Il n'a pas eu de chimiothérapie ni de rayons. Mieux vaut le découvrir là que le découvrir lorsqu'il est métastasé. J'ai un patient qui vient de mourir à 46 ans, ce n'est pas beau à voir un cancer du poumon métastatique... Donc, moi je suis entièrement pour le dépistage précoce du cancer du poumon.

I : Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M1 : Alors on a choisi cet âge là parce que c'est à cet âge là qu'il y en a le plus ? Ou est-ce qu'il ne faudrait pas mieux dire : "à partir de 30 PA, il faut faire un dépistage !" ? Parce qu'ici, ça commence à fumer au collège et à 15 ans ils fument déjà un paquet de cigarettes. Donc à 55 ans, ça fait déjà tard. Parce que maintenant, c'est à 35-40 ans qu'ils vont commencer à avoir des soucis. Au collège, ils fument et les filles aussi. Est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux raisonner en PA ?! Maintenant, des fois c'est difficile à évaluer en paquet année parce qu'ils n'ont pas toujours fumé la même quantité de cigarettes à 15 ans qu'à 30 ans, qu'à 40 ans. Mais est-ce que dépister en nombre de paquets-années, ça ne serait pas mieux ?!

Deuxième entretien

I : Quelle est votre expérience personnelle concernant le dépistage du cancer broncho-pulmonaire ?

M2 : A priori... On a reçu... enfin ce n'est pas... comment dire... ce que je te dis ce n'est pas... puisqu'on a reçu les premiers résultats de l'étude donc c'est un peu biaisé quoi. C'est un peu biaisé mais bon je pense que c'est effectivement quelque chose d'encourageant et... je suis persuadé que... ça va être positif. Ça ne peut être que positif de toute façon ! Voilà ! Étant donné les enjeux, il est clair qu'il fallait le faire.

I : Quels sont les raisons pour lesquelles vous le proposez ?

M2 : Alors déjà, je pense que c'est... il y a certains patients qui sont demandeurs de savoir, d'autres qui n'ont pas envie de savoir... Et donc, que ce soit cette catégorie là ou l'autre, il faut qu'il sache que de toute façon, la peur n'évite pas le danger... et que... le fait déjà d'avoir un premier bilan et de faire des scanners régulièrement en cas de lésion... suspecte... de nodule suspect et d'être suivi, c'est la garantie de ne pas développer... une cochonnerie qui sera hors d'atteinte des traitements par la suite si ça se développe. Voilà donc, le but c'est d'essayer d'être le plus précoce possible. Si on est chirurgical, uniquement chirurgical... les gens ont toutes les chances de s'en sortir. Par contre,... si on laisse traîner la chose, c'est toujours

plus... même si effectivement je pense qu'il y a eu d'énormes progrès en matière de... prise en charge du cancer broncho-pulmonaire. Et justement l'intérêt... Plus c'est pris vite et plus on les guérira. Parce que là, on peut même dire guérir ! Si c'est pris au stade in situ, c'est... le rêve quoi ! In situ, clac ! On déclenche le truc ! Et puis là, tac, on fait le nécessaire.

I : Est-ce que les patients sont demandeurs ?

M2 : Non ! Non ! Non ! Apparemment les gens, il y a très peu de gens qui sont au courant de cette campagne. Très, très peu de personnes. Quand on leur dit : "Vous connaissez ADEMA ? ! Voilà ... il y a un dépistage du cancer du poumon qui est mis en place. Et c'est une chance parce que c'est uniquement dans notre région... de justement de voir un petit peu comment on peut faire pour essayer de les dépister rapidement. Et donc, là c'est... on fait un scan et s'il y a... des choses qui... demandent à être surveiller. On surveille régulièrement etc." Et donc, les gens sont souvent d'accord... Maintenant, après effectivement, il faut qu'ils sachent que s'il y a quelque chose, il faut qu'il soit prêt aussi à... aller faire des examens plus invasifs. Voilà ! Il faut leur expliquer que voilà... le scan d'accord, mais après si sur le scan il y a quelque chose, il y aura une attitude diagnostique qui sera beaucoup plus invasive derrière. Voilà. Donc, ça peut être un frein ou pas.

I : Concernant les freins à le proposer aux patients, est-ce que le sevrage tabagique en est un ?

M2 : Systématiquement, je leurs casse les pieds ! Chaque fois ! (rires) "Pourquoi? T'es à combien là ?". Faut que ça se fasse.

I : Par exemple, prenons un patient qui est d'accord pour faire le test de dépistage et il ne veut pas se sevrer, est-ce que ça peut être un frein pour le proposer ?

M2 : Non ! Comme je te le dis... de toute façon, je le vois régulièrement et puis de toute façon, je vais lui répéter... et si d'aventure, il y a une petite anomalie au niveau du scan, il y aura peut-être un petit déclic qui va faire que ! Et ça me permettra d'abonder dans le sens pour lui dire : "là vraiment... t'as vu c'est un petit truc, mais bon ça peut rester comme ça. Mais là, il faut vraiment, vraiment arrêter l'intoxication tabagique."

I : Est-ce un type de patient que vous avez déjà eu en consultation ?

M2 : Oui ! Et moi, je te dis... le tabac... systématiquement les clopeux... faut leur mettre des freins... faut les mettre dans une zone d'inconfort !

I : En revenant sur les raisons, voyez-vous d'autres choses à ajouter ?

M2 : Non ! Non, non ! Je pense que le concept était déjà séduisant... et le fait d'abonder... au contraire de ce que la sécu préconise... parce qu'il y a eu des... de l'agence de santé. C'est un truc qui est ridicule : "on ne fait pas de scan systématiquement." Voilà donc le fait... voilà c'est dérangeant... maintenant une vie... c'est un coût non négligeable... ce n'est pas rien.

I : En parlant du coût du dépistage, est-ce que ça peut être un frein ?

M2 : T'as deux mecs qui se tuent sur une route nationale, on va installer un radar à plusieurs millions d'euros... Là, on refuse un scanner systématique à des gens qu'on sait pertinemment que de toute façon ils vont un jour ou l'autre développer une pathologie.

I : Avez-vous (ou eu) des hésitations pour le proposez ?

M2 : Non, non, je n'ai pas hésitation.

I : Avez vous eu des difficultés pour le mettre en place ?

M2 : Non. De toute façon, le protocole il est bien carré voilà ... l'âge, la consommation de tabac actuelle ou passée et voilà c'est tout.

I : Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M2 : Non, non. Non, je pense qu'il faut peut-être en parler... Là, c'est simplement régional mais... il faudrait qu'il y ait peut-être une campagne publicitaire pour dire aux gens que ça existe... parce que pour le moment c'est moi qui propose... Est-ce que ça ne devrait pas être les gens qui arrivent en disant : "voilà, j'ai appris qu'il y avait une campagne de dépistage etc. Voilà, je suis gros fumeur etc... Je n'arrive pas à me sevrer mais je suis inquiet par rapport à mon état de santé etc. Est-ce que je peux..." Voilà. Alors que là, c'est nous qui proposons. Peut-être que justement, comme un petit peu dans le dépistage du cancer colo-rectal, les gens arrivent avec leur convocation. Voilà, hop, tu donnes etc, tu en profites pour faire le point par

rapport à tout ça. Et effectivement, pour le moment, je pense que c'est limité parce que c'est limité à notre... à nous. Alors que s'il y avait une campagne publicitaire en disant : "voilà ça existe, parlez-en à votre médecin." Et là, hop, les gens arrivent, c'est un sujet de consultation. Ce n'est pas facile de passer du coq à l'âne... C'est très tendu une consultation... Un quart d'heure c'est à peine assez... et donc, si en plus, il faut rajouter ça !

Troisième entretien

I : Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

M3 : J'en pense que du bien... parce que surtout, que c'était ciblé. Donc, c'était des personnes de plus de 55 ans je crois, qui avaient fumé plus de 15 ans. Donc, les gens... acceptaient. Au contraire, ils étaient... dès qu'on en leur parlait, ils disaient : "pourquoi pas !". Surtout ceux qui étaient toujours entrain de fumer, et même ceux qui avaient arrêté de fumer depuis moins de 15 ans étaient très réceptifs et très demandeurs.

I : Donc, pour vous, le fait que ce dépistage soit ciblé est un avantage ?

M3 : Oui, c'est beaucoup plus simple. On regarde si la personne rentre dans les critères et on lui propose.

I : Avant cette étude, vous proposiez déjà un dépistage personnel ?

M3 : Alors pas systématiquement, un petit peu, c'était en fonction... des signes cliniques. Si la personne avait tendance à tousser régulièrement, on... Alors, on ne demandait... pas systématiquement un scanner. Je commençais souvent par une radio pulmonaire, pour voir déjà s'il y avait vraiment un terrain... bronchitique, enfin des signes de bronchopneumopathie chronique obstructive, des signes d'emphysème etc. Et... ensuite, s'il y en avait déjà à la radio, on affinait par un scanner à la recherche éventuellement d'autres choses. Voilà.

I : Donc, avant c'était plus... ?

M3 : Ce n'était pas du systématique. C'était du cas par cas, en fonction des signes cliniques.

I : C'était seulement s'il y avait des signes cliniques ... ce n'était pas vraiment du dépistage ?

M3 : C'était... OooH ! (rires)... Si c'était quand même du dépistage parce que j'attendais pas qu'ils aient vraiment les signes comme l'altération de l'état général (rires), l'hémoptysie. Non, non, une simple bronchite, on en profitait pour faire le dépistage.

I : Qu'est-ce qui vous a donné envie de participer à cette étude ?

M3 : Parce que... notre département était pilote, donc je me suis dit que c'est l'occasion d'en profiter et de proposer ça à la patientèle.

I : Voyez-vous d'autres raisons de proposer ce dépistage ?

M3 : Non, je n'ai pas d'autre raison particulière. Essentiellement que c'était un département pilote. Et puis que l'examen était pris en charge, parce que ça aussi des fois quand on fait un scanner. Il y a une participation du patient et des fois il rechigne à y aller parce qu'il sait qu'il va laisser 18 ou 20 euros en plus. Donc là, en expliquant que la prise en charge est totale, le patient adhérerait davantage.

I : Au contraire, avez-vous eu des freins à le proposer ?

M3 : Non. En expliquant que c'était un scanner... à base dose. Le patient, au contraire, était rassuré et était partant.

I : Pour vous, c'était aussi un facteur motivant ?

M3 : Ah oui ! Oui, oui ! Quand on sait qu'un scanner classique c'est l'équivalent de 50 radios ! Le fait qu'il soit basse dose, c'était un avantage.

I : Donc, aucune réticence ?

M3 : Pas de réticence.

I : Et les patients, non plus ?

M3 : Non ! Non, non. Alors, du coup, on leur expliquait : "si on trouve quelque chose, on va poursuivre les investigations. On vous adressera à un pneumologue. Il y aura certainement une fibroscopie bronchique à faire etc. Ceux qui disaient : "oh non, non, je ne ferais rien de tout ça". C'est même pas la peine, ce n'est pas la peine de faire du dépistage. S'il ne voulait pas poursuivre, s'il ne voulait pas de traitement par la suite, ce n'est pas la peine de se lancer

dans ce type d'examen.

I : Vous avez beaucoup eu de cas comme celui-là ?

M3 : Je n'ai eu aucun refus. A chaque fois que je l'ai proposé, le patient me disait : "pourquoi pas, c'est vrai, on ne sait jamais."

I : Donc, en leur expliquant les démarches éventuelles et en les réassurant, ça les poussait quand même à le faire ?

M3 : Ah oui ! De toute façon, on dit : "si jamais on trouve quelque chose, ça sera forcément quelque chose qui sera au tout début donc avec un risque de guérison plus élevé donc on vous fait gagner que de la chance... C'est de la chance en plus." Donc, en expliquant ça de la façon suivante : "ça vous coûte rien et vous avez juste à aller... voir le radiologue. La prise en charge est complète. Si on découvre quelque chose, ça sera forcément à un stade très précoce, donc toutes les chances sont de votre côté". En expliquant ça de la façon suivante : "en plus, c'est un examen qui est extrêmement moins agressif qu'un examen classique." Le patient, il est partant.

I : Et quand vous parlez de fibroscopie ?

M3 : Ah ! Ils disent : "il faudra qu'on m'endorme, je me laisse pas passer un tuyau comme ça." Alors moi, j'ai déjà eu une fibroscopie bronchique. C'est vrai que c'est pas... sans être endormi parce que... c'est vrai qu'il faut s'accrocher... (grimaces) Oh la la la ! Vous avez l'impression que les yeux vont vous sortir de la tête, vous vous retenez d'arracher le fibroscope... au pneumologue. C'est horrible ! Quand il vous passe le tuyau et vous dit : "respirez, respirez !". (grimaces) Vous ne pouvez pas respirer, il n'y a rien qui passe ! (rires)

I : Avez-vous des chose(s) à ajouter ?

M3 : Plus d'explications. Souvent, c'est parce qu'ils méconnaissent... la campagne qu'ils n'adhèrent pas. Donc, en leur expliquant bien que c'est simplement du dépistage, que si on le découvre, ça sera un stade... forcément précoce... que la prise en charge sera beaucoup plus facile, le traitement certainement moins lourd. Ils adhèrent. Surtout quand on leur dit : "écoutez, vous avez fumé, le tabac ... là c'est vrai que vous ne fumez plus" parce que souvent ça s'adresse aussi à des non fumeurs... à des anciens fumeurs, des ex-fumeurs et on leur explique. Moi, je leur explique. Moi, je suis anti-tabac ! J'ai horreur des gens qui fument. En leur expliquant : "écoutez, ce que vous avez fumé c'est toujours là, donc ce n'est pas parce que vous avez arrêté que vous êtes un non fumeur, vous êtes un ex-fumeur, il peut s'installer des lésions même après l'arrêt du tabac, donc c'est toujours intéressant de faire un dépistage. Surtout que là, il est gratuit, il est totalement pris en charge, il est peu agressif sur le plan de l'irradiation, donc vous avez tout à y gagner."

I : Donc, pour vous, il faudrait plus informer les patients ?

M3 : Voilà ! Informer le patient ! Faire une campagne de dépistage en expliquant par des mots simples, les avantages du dépistage.

I : Par quel moyen ?

M3 : Le moyen télévisé. Moi je trouve que c'est pas mal ! Là, il y a une campagne... concernant les lombalgies. Et on explique que même si on est lombalgique, il faut bouger, que le traitement passe par... la mobilisation. Et donc, les patients, ils comprennent mieux maintenant. On leur dit : "vous savez c'est plus comme avant". Avant, on avait tendance à vous coucouner, dire : "ne bougez plus !". Là, maintenant : "faut bouger, vous allez guérir plus vite." Et, ils adhèrent mieux. Ils n'ont pas besoin de lire (rires), l'information arrive tout de suite sans effort. C'est ça, il faut qu'il y ait le moins d'effort possible. Et je pense que la télévision, c'est un bon moyen. Surtout que c'est répétitif. (rires) Ça rentre plus facilement.

Quatrième entretien

I : Quelle est votre expérience personnelle concernant ce dépistage ?

M4 : Je l'ai proposé dès que ça a été présenté... donc en fait eux (les patients) ont eu une certaine réticence dans la mesure où il y en a un qui l'a fait mais bon... 9 mois plus tard. Après quand on revoit les gens, on ne pense pas systématiquement à leur demander : "Avez-vous

pris rendez-vous ? Est-ce que vous l'avez fait ? Est-ce que vous ne l'avez pas fait" et puis voilà. Et puis petit à petit, en fin de compte... je ne vais pas dire que c'est tombé dans l'oubli mais j'ai... Oui ça m'est sorti de la tête et puis... Il y a certaines consultations quand il y a différents problèmes à gérer, on ne prend pas le temps. Même si ça traverse l'esprit, on se dit : "j'en parlerai la prochaine fois !" Et puis, la fois d'après, on y pense pas forcément et puis voilà.

I : Savez-vous pour quelle(s) raison(s) les patients étaient réticents ?

M4 : ...pfff... il y en a par peur je pense... Par peur (rires). Donc il y en a, à qui je l'ai prescrit et qui ne l'ont jamais fait.

I : C'était le fait d'arrêter de fumer qui les rendaient réticents ?

M4 : Oui aussi ! Alors bon... moi je suis aussi un peu... enfin un peu partagé parce que... étant moi-même fumeur... j'ai du mal à convaincre les gens d'arrêter de fumer parce qu'ils savent très bien que je fume, que je fumais parce que ça fait 5 jours que j'ai arrêté... Moi même ... je suis concernée, je ne l'ai pas fait.

I : Prenons l'exemple d'un patient qui ne souhaite pas arrêter de fumer, pour vous, est-ce que ça peut-être un frein pour proposer ce dépistage ?

M4 : Non ! Dans mon esprit, non ça ne freine pas !

I : Avez-vous d'autre(s) obstacle(s) pour le proposer ?

M4 : Non, non, non. Non après... faudrait que j'y repense mais... c'est vrai qu'il faut penser... faut penser à un tas de choses maintenant... Enfin, c'est vrai ! Il y a plein de choses administratives qui parasitent un peu le travail médical je veux dire. Et puis, bon faut... alors il faut parler du cancer du sein, du cancer du colon ! Maintenant c'est le cancer du poumon... Et puis... et puis éduquer les gens pour la diététique, et puis s'occuper de l'obésité, et puis... pfff on s'en sort plus !

I : Si je vous comprends bien, la charge administrative a été un obstacle pour le proposer ?

M4 : Oh non ! Non, non, puisque finalement c'est simple ! Non ! ... Mais bon, après faut leur expliquer... Donc ça, ça prend le temps d'une consultation ! Forcément ils posent des questions, il faut répondre.

I : Donc, pour vous le manque de temps, ça peut-être ... ?

M4 : Ça peut être un obstacle, oui ! Déjà bon y penser, puis le manque du temps oui bien sûr !

I : Avez-vous eu des patients qui en ont entendu parler venant spontanément en consultation pour ce motif ?

M4 : Non !

I : Selon les résultats du scanner, est-ce que vous leur parlez d'emblée d'examens plus invasifs ?

M4 : Oui ! Je leur dit que selon le résultat du scanner, ça nécessite soit une surveillance soit on fait d'emblée un examen plus poussé. Enfin une fibro en l'occurrence. Oui, bien sûr !

I : Vous m'avez dit toute à l'heure que les patients avaient peur de faire ce dépistage, est-ce le fait de faire éventuellement une fibroscopie ?

M4 : Je ne sais pas ! Je pense plutôt qu'ils ont peur de ce qu'on va trouver.

I : Quels sont les raisons pour lesquelles vous participez à cette étude ?

M4 : Dans le but de dépister des lésions précoces, qui soient encore accessibles à la chirurgie. De toute façon, dans n'importe quel cancer : plus c'est précoce, mieux c'est. Donc c'est dans ce but là !

I : Donc, pour vous, dans le cadre du cancer du poumon, faire un dépistage a un intérêt ?

M4 : Oui, je suis persuadé !

I : Y a-t-il des choses qui permettraient d'améliorer ce dépistage ?

M4 : Non

I : Voyez-vous d'autre(s) chose à ajouter ?

M4 : Non plus, bon je vais essayer d'y penser un peu plus. C'est surtout ça ! Après faudrait que je profite d'une période plus calme. En ce moment, c'est un peu agité. Oui, dans la période estivale, faudrait que j'y pense.

Cinquième entretien

I : Que pensez-vous de ce dépistage ?

M5 : C'est pas mal ! Notamment, dans notre région où il y a beaucoup de fumeurs. On voit beaucoup de cancers du poumon. Alors, je ne sais plus quelle est la part des cancers au niveau du poumon. Mais honnêtement, c'est quand même pas mal parce que parfois on fait des radios. On ne sait pas trop : en prévention ? en dépistage ? Parfois, le patient est demandeur, donc on va lui prescrire. Mais est-ce qu'on devrait le faire systématiquement ? Là, au moins, ça a le mérite d'apporter des éclaircissements. Ça permet de voir si en effet faut faire un scanner à un certain âge, un peu comme on fait pour le dépistage du cancer colo-rectal. C'est pas mal. Faut voir ce que donnent les résultats de l'étude. Voilà, c'est intéressant. Je ne l'ai pas fait parce que moi c'était la charge de travail... A mon avis, il n'y avait pas grand chose... Mais quand il a fallu que je remplisse tout un tas ... j'ai vu qu'il y avait tout un tas de dossiers à remplir et tout ça, j'ai laissé tomber. C'est la charge de travail qui m'a fait peur. C'est pour ça que je ne suis pas allé plus loin. Sinon après, j'ai hâte d'avoir les résultats. (rires)

I : Donc, avant cette campagne de dépistage, vous proposiez déjà un dépistage par scanner ? Par radiographie de thorax ?

M5 : Des radiographies de thorax, oui facilement ! Encore maintenant ! Des scanners thoraciques, non rarement, à part s'il y a altération de l'état général chez un fumeur ou une toux chronique ou une hémoptysie, enfin tous les signes éventuelles d'un cancer.

I : Donc, dans le cadre du dépistage, vous prescrivez plutôt une radiographie de thorax ?

M5 : Parfois, je fais une radiographie de thorax, facilement dans les exacerbations. On les a facilement ici... Quand le patient le fait, ce n'est pas toujours le cas. Et puis, parfois quand je les envoie chez le pneumologue.

I : En dehors de la charge de travail, avez-vous eu d'autre(s) obstacle(s) à y participer ?

M5 : Non, c'est la charge administrative, c'est la seule chose. Il n'y avait peut-être pas beaucoup de temps à passer mais ça m'a fait peur, avec tous les papiers à remplir, tout ça. J'ai déjà une grosse charge de travail, on a déjà pas mal de boulot. Donc, j'ai laissé tomber. Après, je suis prêt à avoir les résultats. Et puis le faire dès qu'ils reçoivent leur papier comme pour le test HémoCult. Enfin, je sais pas ce que ça va donner plus tard, il n'y a aucun souci.

I : Donc, pour vous, ça serait plus facile si le patient venait directement vous voir avec une convocation ?

M5 : Ah oui ! C'est à nous d'y penser mais... par exemple le dépistage du cancer colo-rectal, ça marche plutôt bien en ce moment. En tout cas pour moi, je trouve qu'ici ça va. On a eu un peu de mal et puis là, ça rentre dans les mœurs. Et puis, moi je reçois un courrier de la sécu tous les ans en disant: "voilà, vous avez ces patients qui ne l'ont pas fait." Je remets ensuite un mémo dans le dossier de ces patients, et puis quand ils passent, j'en profite pour leur dire. Donc oui, ça c'est pas mal quand ils reçoivent un papier. Et puis après, nous on a une alerte quand ils ne l'ont pas fait. Après, comme c'est pour des fumeurs, la sécu ne va pas le savoir, donc là, on ne va pas pouvoir faire la même chose. Donc, c'est à nous de faire le scanner automatiquement à... Enfin je ne sais pas comment ça va être défini mais c'est à nous de voir chez un fumeur ou un patient BPCO quand faire un scanner thoracique en systématique.

I : Avez-vous des suggestions pour permettre de l'améliorer ?

M5 : L'information pour les patients ! Comme ils font pour le dépistage du cancer colo-rectal comme pour le cancer du sein ! Que ça passe à la télévision ! Dans les salles d'attente, qu'on ait des posters... A l'hôpital... Qu'ils reçoivent des prospectus chez eux. Tout ça. C'est surtout ça, c'est surtout le patient qu'il faut prévenir. Nous, on va le savoir. C'est surtout les patients qu'il faut informer. Le plus important, c'est l'information ! C'est comme : "les antibiotiques, c'est pas automatique !" C'est beau de nous le dire mais il faut le dire aussi aux patients... Oui, je pense qu'il faudra bien informer les patients. C'est l'information du patient : " vous êtes fumeur, vous avez 50 ans, vous fumez depuis au moins 20 ans, vous pouvez réaliser un scanner thoracique." Ils le savent plus ou moins, parce que souvent ils sont demandeurs d'une

radio ! Après la radio, ce n'est pas l'examen idéal. La fibroscopie, ça leur fait peur, c'est assez invasif. Mais le scanner, ce n'est pas invasif, ça va vite ! Il y a des scanners partout. Les délais sont rapides !

I : Donc, pour vous, le fait de proposer en seconde intention des examens plus invasifs peut-être un frein ?

M5 : Ah oui ! Par exemple, pour le dépistage du cancer colo-rectal, le test hémocult c'est pas invasif, mais ils savent que ça peut dérouler sur une coloscopie. Alors là, oui, ça peut-être tout de suite être un refus... La mammographie, ça fait mal. Les femmes s'en plaignent... Mais parfois, oui le fait que ça soit pas très agréable, ça peut être un frein. Même si la mammographie, ce n'est pas l'examen le plus invasif. La fibroscopie, c'est autre chose... c'est dégueulasse quand même ! Un scanner ce n'est pas invasif et puis ça me paraît plutôt fiable ! Après le problème, c'est qu'il va y avoir beaucoup de biopsies derrière... sur du bénin. Mais parce que ça arrive souvent déjà, on voit des ganglions pour un scanner fait dans un autre contexte; On leur fait des biopsies. Ça dure 1 mois... 2 mois. Il y a du stress et puis il n'y a rien d'anormal. C'est le principe du dépistage.

I : Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M5 : Non

Sixième entretien

I : Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

M6 : Que des choses positives ! De toute façon, il vaut toujours mieux être avant la bataille qu'après, donc... Alors, il est vrai que dans le cadre du dépistage ADEMA pour les cancers du sein et du colon, moi j'ai découvert plus de problèmes de mon côté qu'en passant par ADEMA. Alors je ne sais pas pourquoi, mais je ne dis pas pour autant que ça ne sert à rien ! Mais voilà.

I : Vous ne participez pas actuellement à ce dépistage. Si celui-ci vous avez été présenté, auriez-vous participé ?

M6 : Oui bien sûr ! Je participe aussi aux autres, je le fais systématiquement. Je reste persuadé que c'est une bonne chose.

I : Pour quelles raisons le proposeriez-vous, hormis le fait de le prendre en charge le plus précocement possible ?

M6 : C'est juste ça ! C'est pour arriver avant la bataille ! On a beaucoup plus de moyens que dans le cas d'une maladie très évoluée. Quand il commence à il y a avoir une hémoptysie par exemple. En général, c'est déjà bien avancé ! Donc, si on peut arriver avant l'hémoptysie, c'est une bonne chose.

I : Dans le cadre de ce dépistage, les patients reçoivent une information concernant le sevrage tabagique, pensez-vous que cela puisse être un frein pour le patient de le réaliser ?

M6 : Non ! Alors là, il n'y a pas de lien ! C'est pas parce que les gens fument qu'ils ne veulent pas se dépister. A la limite, ils veulent se rassurer. Ils sont conscients des risques, sauf qu'ils n'y arrivent pas en fait, à arrêter. Et souvent, ils le voudraient. Nous, on leur met la pression pour mais en fait ils n'y arrivent pas. Ou alors, ils essayent, ils craquent et voilà. Mais, le fait d'être fumeur et fumeur non... comment dire... qui ne réussit pas à s'arrêter, c'est pas un frein du tout au dépistage.

I : Quels seraient les freins pour le proposer ?

M6 : Je dirais, le seul à priori : trop de dépistage tue le dépistage. Parce que les gens... la rythmique entre le colon, le sein. Bon voilà, ça peut faire beaucoup ! Oui, ça fait beaucoup ! Les gens ont l'impression d'avoir une espèce de pression sur eux... La personne risque de me dire : "ah il y a ça encore, oh lalala !

I : Certains médecins m'ont dit que le manque de temps est un frein pour le proposer, êtes-vous de cet avis ?

M6 : Non ! Ce n'est pas une question de temps. C'est une question de... si la personne risque de me dire : "ah il y a ça encore, oh lalala ! " Les gens ont souvent l'habitude d'être

demandeurs, mais quand on propose, ça marche moins bien. C'est plutôt la démarche inverse, c'est quand ils demandent ! Et quand, nous on est là à proposer, dans ce sens-là, ça marche moins bien.

I : Donc, pour vous, le patient devrait être informé avant de le proposer ?

M6 : Oui ! Et que le patient, lui vienne avec ! Car, par exemple, moi je vois les gens qui reçoivent le papier pour le colon ou le sein, ils se savent demandeurs et ça passe mieux. Ceux qui n'ont pas envie, ils ne viennent pas.

I : Donc, pour vous, c'est avant tout la démarche du patient qui facilite sa participation ?

M6 : Voilà ! Il reste acteur de ce qu'ils font et je pense que c'est mieux comme ça.

I : Voyez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M6 : Non.

Septième entretien

I : Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

M7 : Ça me semble intéressant, quand même. Une population qui est ciblée ! Bon, de toute façon, on n'a pas une panacée universelle. Tant que tout le monde fumera... (rires) Mais non, non, je trouve ça très bien. Mais bon voilà, on sait bien que ce n'est pas parfait comme dépistage. De toute façon, on n'a pas mieux.

I : Vous pouvez préciser votre pensée quand vous dites que "ce n'est pas parfait" ?

M7 : Parce qu'il faudrait le faire sur un plus grand nombre de personnes. Parce que j'ai lu les statistiques, ce n'est pas extraordinaire comme résultats je crois. J'avais lu les chiffres un petit peu. Bon voilà... Mais de toute façon, dans l'absolu, je trouve ça bien, bien sûr. J'essaie de lutter contre le tabac bien sûr. Systématiquement. Bien qu'on soit quelques fois un peu... désespéré !

I : Donc, pour vous, ces mauvais résultats sont expliqués par un manque de recrutement ?

M7 : Ce serait bien qu'il y est une campagne... médiatisé. Ça, c'est toujours bien la campagne médiatisé ! Ça touche beaucoup de monde quoi. Évidemment dès que la télévision en parle... C'est quand même pas mal. Ça c'est pas mal ! Une campagne médiatisé, ça serait bien !

I : Donc, pour vous, c'est avant tout le patient qui devrait être informé ?

M7 : Oui, c'est toujours bien ! On le voit bien. Nous, on essaye de faire passer des messages. C'est difficile, lourd. Dès que la télé en parle pfff, on a des retours extraordinaires. Impressionnant ! On peut se battre pendant des années pour ne pas mettre d'antibiotiques. On se bat contre des moulins. La télé en parle. "Tiens le docteur, il a peut-être raison." (rires)

I : Pensez-vous que le fait de rendre plus actif le patient en l'informant d'emblée pourrait faciliter le sevrage tabagique ?

M7 : Là, je ne sais pas ! Déjà pour les sevrages, il y a beaucoup de campagnes qui sont faites quand même. Là, je vois qu'avec l'augmentation du prix du tabac, j'ai eu pas mal de demandes en plus. Donc, moi j'essaie toujours de travailler sur le tabac bien sûr. J'ai toujours prescrit beaucoup de Champix® par exemple.

I : Avez-vous déjà eu un refus à ce dépistage suite au fait de parler du sevrage tabagique ?

M7 : Non ! Non, non ! Non, parce que ça, faut que je l'aborde systématiquement... très souvent le sevrage donc... C'est des patients qui me connaissent. Ils savent qu'à chaque fois... Enfin, peut-être pas tout le temps ! Mais souvent !

I : Pour quels raisons, avez-vous proposez ce dépistage à vos patients ?

M7 : Alors, c'est vrai ! Je le propose plus facilement à quelqu'un qui vient me voir pour une bronchite ou une surinfection de bronchite chronique. C'est quand même sujet à aborder la problématique. Après, il y a des fluctuations. Quand il y a plein de boulot, quand il y a plein de choses, c'est vrai que... suivant la disponibilité, suivant le temps.

I : Donc, pour vous, le manque de temps peut-être un frein pour le proposer ?

M7 : Oui !!! le manque de temps quelques fois, c'est chiant ! On ne peut pas tout faire avec le manque de temps. Ce n'est pas possible ! On part au plus pressé et puis c'est tout.

I : Donc, vous m'avez dit que vous le proposez plutôt lorsque le patient consulte pour un

problème purement pneumologique ?

M7 : Disons que ça nous met tout de suite la larme... Quand il vient pour une autre problématique, quand on n'aborde pas du tout le sujet du tabac... quand les gens ne sentent pas le tabac. L'odeur, elle nous dit : "tiens, vous fumez ! En parlant tabac... ". Si la personne ne nous parle pas du tabac, si je ne sais plus qui fume. Voilà, je vais zapper quoi. Mais si on parle de bronchite : "Est-ce que vous fumez ?", "Oui". Ou alors si je les connais bien, bien sûr, là on essaie de rentrer dans le vif du sujet, tout de suite.

I : Donc le dépistage est plus facilement acceptable quand le patient présente des symptômes ?

M7 : Bien sûr ! Justement faut toujours sauter sur les symptômes ! En ce moment, il y a plein de bronchites alors c'est sûr que... qu'on peut aborder le sujet du sevrage tabagique... ou bien du dépistage éventuellement.

I : Avez-vous eu des refus de patient ?

M7 : Je vais déjà regarder la première fois que je l'ai prescrit. C'était en mai 2016. J'ai peut-être eu un refus quoi mais... Pfff là, j'ai peut-être eu un refus parce que le patient ça ne l'intéressait pas.

I : Et les autres patients à qui vous l'avez proposé, ont-ils eu des réticences ?

M7 : Je ne pense pas. Non ! Là, je vois les 5 patients à qui je l'ai proposé. C'est des gens que je connais bien, avec qui j'ai un bon contact. Et de toute façon, si jamais je sens qu'il y a une réticence... je peux lui dire de réfléchir et de voir un petit peu. Enfin voilà ! On connaît bien nos patients psychorigides. Si le sujet est inabordable, on ne l'aborde pas. On le voit tout de suite... A ce moment-là, on laisse tomber. Et puis voilà, c'est tout. Des psychorigides, il y en a partout. On les a bien repérés, on sait bien que quelque soit le domaine, le diabète, l'hypertension artérielle, quelque soit la problématique, ils ne viennent pas nous voir... Quand c'est proposé... quand il y a un symptôme, c'est quand même plus facile ! Quand ils toussent, ils sont motivés. S'ils ne toussent pas, s'ils vont bien... Après, il y a aussi bien sûr des gens qui viennent nous voir, dont quelqu'un de la famille a eu la même problématique, ça permet aussi d'aborder le sujet plus facilement et ça motive plus les gens aussi s'il y a des antécédents familiaux... ou dans l'entourage propre.

I : D'autres médecins m'ont dit que les patients étaient réticents car ils avaient surtout peur de ce qu'on pouvait découvrir, qu'en pensez-vous ?

M7 : Évidemment, oui ! A ce moment-là, c'est à nous d'expliquer que si on le découvre vite, on peut les soigner. Si on le découvre tard, ça va être plus difficile. Là d'expliquer le pourquoi les choses, pourquoi dépister... On leur explique que c'est la même chose pour le cancer du sein pour les femmes. Si on dépiste à temps, on arrive à bien soigner les gens. Et si on arrive trop tard, c'est un peu compliqué. Ça, ça peut encore... Après les gens qui ont vraiment peur et qu'ils ne veulent pas le faire, ils ne le font pas et puis c'est tout. Mais bon en expliquant ça aux gens, ça passe assez bien.

I : Lors du premier entretien, parlez-vous d'emblée d'examens plus invasifs au patient en cas de résultat anormal sur le scanner ?

M7 : Non, parce que c'est tellement logique ! Je veux dire si jamais on trouvait quelque chose et qu'on faisait rien... ça semble un petit peu anormal. Donc, ils savent très bien que si on trouve quelque chose, on va foncer quoi ! Évidemment ! Ça, je n'explique pas. Non !

I : Hormis le manque de temps, avez-vous eu des freins à le proposer ?

M7 : Non. Quelques fois... je peux zapper parce que je n'y pense pas parce que... parce que voilà on oublie. Il y a tellement de choses à lesquelles il faut penser. Il y a une multitude de choses... Donc quelques fois, on ne peut pas penser à tout parce qu'il y a tellement de sujets, tellement de problématiques médicales. Ceci dit, il arrive qu'on oublie un petit peu et puis qu'on y repense après. Donc, c'est bien de revenir de temps en temps relancer. (rires) Ça c'est vrai aussi, relancer la campagne aussi auprès des médecins. Une fois par an, une petite relance : " voilà, n'oubliez pas qu'on peut faire... ". Après, j'attends de voir un petit peu avec le recul, quand on aura quelques années, voir le recul. Est-ce que ça améliore la situation ?! Est-ce que c'est positif ou pas ?! C'est important aussi. Si on a fait tout ça pour rien, qu'on le sache et on

arrête. Si c'est positif, qu'on puisse continuer.

I : Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M7 : Non.

Huitième entretien

I : Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

M8 : Je pense que c'est une très bonne initiative, surtout qu'on est dans une région où il y a beaucoup de cancers du poumon. Je le faisais déjà plus ou moins à titre individuel... mais peut-être pas de façon si systématique.

I : Quel dépistage proposiez-vous ?

M8 : ... par scanner. De toute façon, ce n'est pas par l'examen clinique... enfin par l'examen clinique si on a des signes d'appel mais voilà par scanner annuel.

I : Même avant cette étude, vous proposiez déjà un scanner ?

M8 : Ouais, même si ce n'était pas reconnu.

I : Que pensez-vous de cette étude en elle-même ?

M8 : Je pense que c'est très bien... Alors moi, le premier patient à qui je l'ai fait, il a été dépisté positif. Donc, le tout premier questionnaire que j'ai donné... Et puis, là maintenant, on est peut-être à un an, le monsieur va bien, il a eu une lobectomie. Après les autres, je n'ai pas eu d'autre cas... Je suis à mon premier calepin quand même. Théoriquement, on est sensé le présenter à tous les patients qu'on voit, de 55 ans à je ne sais plus quel âge. C'est trop lourd. On l'a dit ça à M. L. parce que souvent les gens viennent pour déjà un renouvellement, une autre pathologie. Moi, malheureusement, je cible. Ça peut biaiser peut-être un peu l'étude. Je cible les gens qui vont être observants. On va dire que je sais ceux qui sont favorables au dépistage etc. Bon quelque fois, les patients disent non mais on y revient une consultation d'après mais... Alors je n'ai pas compté, je ne sais pas combien il y en a (le médecin compte le nombre de questionnaires remplis). J'en ai fais 26. Les deux derniers, c'est de cette semaine. Donc, ce n'est pas encore fait. Mais... on l'a dit à M. L. et malheureusement ça, on n'y peut pas grand chose ! C'est l'histoire des formulaires. Alors moi, je leur explique et puis je leur fais marquer : "lu, compris et approuvé". Mais je leur dis de le lire à domicile parce que sinon ça va doubler notre temps de consultation et... on ne peut pas se le permettre... Après ce qui est bien, c'est que généralement, ils ont des rendez-vous assez vite. Et puis que nous, on a un retour. Ah non, non, c'est une bonne initiative ! Ouais.

I : Avez vous déjà eu un patient qui venait vous voir juste pour le dépistage ?

M8 : Non, non ! A chaque fois, c'est moi qui l'ai proposé. Alors bon, quelque fois, les gens ne veulent pas savoir... Il faut essayer de trouver les arguments. Il y a un monsieur ... quand je lui ai dit que c'est gratuit. Alors que s'ils font un scanner d'une autre façon, c'est gratuit aussi d'une certaine manière. Mais là, d'avoir dit le mot gratuit, il a dit : "Si c'est gratuit, je le fais !". Le truc ridicule mais bon... Alors M. L. nous a dit qu'il y avait 1500... il s'arrête à 1500... il doit recruter je crois encore 300 patients éligibles. C'est ce qu'il nous a dit la semaine dernière... Donc... l'avantage, c'est que tous ces gens-là, ils sont inclus. Donc, ils auront les crédits pour tous les ans être convoqués pour un scanner. Après bon, comme il y a vraiment une très bonne... enfin, tous ceux qui ont été dépistés ont pu être opérés... C'est une expérience qui va à priori, qui tendra normalement selon finances à s'étendre. C'est très encourageant ! Pour nous, c'est bien, c'est vraiment une initiative locale...

I : Le fait que ce soit quelque chose de nouveau, c'était un argument pour vous ?

M8 : Après je ne connaissais pas spécialement M. L. avant. Je l'avais comme correspondant. Mais... ça m'a semblé intéressant donc c'est pour ça que... même si c'est un peu lourd, que j'ai adhéré à l'étude.

I : Pouvez-vous me dire ce que vous entendez par "lourd" ?

M8 : C'est long ! Le présenter aux patients. Leur expliquer les formulaires. La lettre d'informations... Leur dire ou ça peut être fait. Mais, à priori, tous ceux à qui je l'ai donné ... ils l'ont fait. Parce qu'on peut aussi cocher la case "refuse l'examen". Bon ça, à la limite, je

n'ai pas de refus parce que je ne le propose pas. Bon, ça biaise peut-être un peu. On fait ce que l'on peut.

I : Pouvez-vous me dire dans quel cas vous ne le proposez pas ?

M8 : Pfff quand c'est des gens qui ne sont pas compliants ou que je le propose comme ça, puis ils disent non. Alors s'ils disent non, je ne remplis pas le formulaire. Ça biaise. Je suis d'accord que ça biaise. Proposer, c'est du quasi-systématique. Mais je vais pas faire des démarches pour dire refus parce que si la personne a refusé, puis qu'elle me mette quand même lu, compris et approuvé... on en finit pas. Faut s'adapter à notre temps de consultation en médecin générale.

I : Avez-vous eu d'autre(s) réticence(s) ou des obstacles pour le proposer ?

M8 : Non ! Non ! Les obstacles, c'est les gens qui ne veulent pas savoir. Et que souvent c'est les mêmes qui ne vont pas faire de mammographie, pas de frottis, pas d'hémocult. Voila, c'est ... Non ! Non ! Il n'y a pas d'obstacle ! Surtout que c'est un examen non invasif. Non ! Après, c'est notre rôle d'y revenir et d'y revenir, comme quand on les incite à arrêter de fumer.

I : Vous leur parlez en même temps du sevrage tabagique ?

M8 : Ah oui ! Oui, oui !

I : Et ça, ce n'est pas un motif de réticence pour le patient ?

M8 : Non ! Bon quelque fois, peut-être qu'au fil du temps, ça les gonfle qu'on y revienne régulièrement mais c'est notre rôle aussi.

I : Voyez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M8 : Non. Non, non. Enfin, il faudrait peut-être qu'il y ait plus de moyens donnés aussi dans la prévention pour le tabac. Là, ... il y a un remboursement un petit peu sur ... les substituts ... sur le Champix®... mais ça ne reste... pas toujours du 100%. Bon après, l'argument économique. Les gens ont de l'argent pour acheter leurs cigarettes donc ... moi c'est ce que je leur dis : "vous pouvez acheter des patches ou des comprimés !".

I : Pour vous, les actions de dépistage et de prévention sont complémentaires ?

M8 : Ah oui ! Oui, oui ! Évidemment ! C'est tout a fait complémentaire.

I : Avez-vous eu des personnes qui ont arrêtés en faisant ce dépistage ?

M8 : Alors j'en ai une, j'espère... parce qu'elle n'a pas ... enfin elle a quelque chose mais elle a un nodule mais a priori qui reste à surveiller. J'espère que ça lui a foutu la trouille ! Mais non, pour moi, non. Pour l'instant, c'est pas encore... ce n'est pas forcément les mêmes personnes qui vont adhérer au scanner et qui vont vouloir arrêter. On a beau leurs dire. Eux, ils ne sont pas prêts.

I : Avez-vous eu des personnes qui ont diminué leur consommation ?

M8 : Non ! Pour moi, non ! A part celui qui a été opéré, lui, il ne fume plus.

I : Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M8 : Non.

Neuvième entretien

I : Que pensez-vous de cette campagne de dépistage ?

M9 : Ça vient surtout du fait que... enfin moi je connais un peu O. L. et bon c'est quelqu'un qui est vraiment très carré, très compétent, qui est dynamique, qui a des idées et qui veut faire bouger les lignes. Pour une fois qu'on a quelqu'un de comme ça sur notre territoire, il faut en profiter. Il ne faut pas mettre des bâtons dans les roues ! Au contraire, faut sauter sur l'occasion, donc voila ! Ça plaît pas ou ce n'est pas forcément l'optique de tout le monde mais... donc voila c'est surtout effectivement... parce que je pense que son idée est très bonne et que je le soutiens dans son action, que je le suis, que j'ai adhéré sans problème à ça.

I : Aviez-vous d'autres motivations pour y participer ?

M9 : Pfff d'autres motivations. Non je ne sais pas parce que bon je pense que c'est quelque chose entre guillemets... on faisait des... des scanners thoraciques. On en fait quand même entre guillemets assez... assez facilement chez un patient à risque qui a une toux chronique ou un truc comme ça... C'est devenu classique. Bon... Maintenant après que... voilà il soit un petit

peu entre guillemets... ciblé... et à qui on propose un dépistage comme ça avec... une dosimétrie un peu moins élevée etc, mais un suivi par la suite. Je crois que c'est bien ! Ouais, c'est positif ! Parce qu'on n'a pas forcément toujours non plus le réflexe au bon moment de cibler, enfin de proposer au patient : "tiens il faudrait quand même en faire un !"

I : Si je vous comprends bien, vous proposiez déjà un scanner pour le dépistage ?

M9 : Non ! On va pas dire pour le dépistage mais... voilà ... c'est clair que quelqu'un qui a 30 PA derrière lui puis... et puis qui tousse en permanence, on ne va pas attendre ! (rires) Ça paraît logique !

I : Vous me disiez, le fait qu'il y ait qu'un suivi, c'est un point positif ?

M9 : Ouais, c'est positif ! Ouais ... c'est très bien que les patients au bout d'un an soient reconvoqués. C'est positif ! ... Déjà s'ils y sont allés une fois, bon ils ont mis un pied dans la machine, un pied dans le truc, dans l'engrenage et le fait que ça soit quelqu'un d'autre aussi qui relance un petit peu, autre que le médecin traitant. C'est bien ! Ça en remet une louche ! Je veux dire après, c'est comme le dépistage... du cancer du sein, colo-rectal ou du frottis ou bien après pour la prise en charge Sophia aussi pour les diabétiques ou après pour les asthmatiques... Quand ils reçoivent un courrier un peu entre guillemets personnalisé... en leur rappelant aux bons souvenirs du dépistage. Bon voilà ça... "Faudra que je le fasse !". Donc ça les motive... ça les motive davantage. Ça en remet une louche ! Donc, c'est très bien !

I : Pensez-vous que ce dépistage peut aussi motiver les patients à arrêter de fumer ?

M7 : Non ! Honnêtement... non ! Les sensibiliser, oui ! Les arrêter, non ! Parce qu'après c'est comme tout... celui qui revient avec son scanner normal, il se dit : "c'est bon !". (rires) Il se dit : "c'est bon, allez, je peux encore !". C'est plutôt cette impression qu'on a ! C'est comme le diabétique qui est équilibré... pfff : "je peux me permettre un écart !".

I : Vous avez justement des patients qui ont fait ce dépistage avec un scanner normal et qui n'ont pas changé leur consommation ?

M9 : ...euh non ! Non, non ! Non parce que je dirais plus que... Là je pense surtout à deux patients... qui étaient encore un petit peu, un peu fumeurs... moins que dans le passé... qui fumaient plus de cigarettes mais... un peu, 2-3 cigarillos par jour en fin de compte. Et donc avec des scanners entre guillemets limites, pas anormaux mais pas normaux non plus et donc ceux-là, ils ont arrêté en fait ! Ça leur a... je pense foutu un peu les chtouilles comme on dit.

I : Donc, c'était des personnes qui avaient déjà fait la démarche de se sevrer ?

M9 : Tout à fait ! Oui, Oui ! Parce que c'est des gens qui déjà fumaient moins qu'à une époque ou avaient déjà arrêté une ou deux fois, avaient repris... Je pense qu'effectivement... dans la patientèle qui va être, qu'on va cibler au travers de ce dépistage... c'est des gens qui entre guillemets sont déjà sensibilisés donc des gens qui ont déjà arrêté, qui ont déjà diminué... Si après, ça peut être des gens aussi gros fumeurs... qui se disent : "tiens, ouais... pourquoi pas !", mais ça va pas être ceux-là, les premiers à s'engager. Il y en a qui disent aussi : "vous pourrez me dire n'importe quoi. Même si j'ai un cancer. De toute façon, ça sera trop tard, je n'arrêterai pas de fumer ! Ceux-la en fin de compte... ils ne seront pas les premiers à se dire : "oh lala je vais faire le scan !"

I : Y a-t-il d'autre(s) raison(s) pour lesquelles les patients ne le font pas ? Et si vous avez déjà eu des refus ?

M9 : Euh... Bon, celles que je viens de donner, ça c'est clair ! Euh... Euh... Vous avez quand même des patients de toute façon... qui refusent systématiquement tout type de dépistage ! Alors ceux-là, c'est ceux qui vont refuser aussi l'hémocult, qui vont refuser la mammo, qui vont refuser... le frottis etc. Vous avez beaucoup de gens qui refusent quand même les dépistages. Après, vous avez des gens... qui vont vous dire : "ce n'est pas possible, j'ai pas de moyen de locomotion" ou "ça me gonfle ! Je vais pas aller à Abbeville passer un examen." Chez nous bon... on a quand même ... même s'il y a de tout... il y a des gens qui... voilà vous ne pourrez jamais les traîner... à la consultation chez le spécialiste ou pour un examen paraclinique... sur Abbeville. Ce n'est pas loin ! C'est 25 bornes ! Mais voilà, il y a des gens qui pour diverses raisons, notamment le problème de moyen de locomotion, qui refusent.

I : Et vous, avez-vous eu des obstacles pour le proposer et le mettre en place ?

M9 : Euh... non, non ! Des obstacles... euh... ce qui m'a chagriné à un moment... je ne sais plus exactement... J'en avais parlé à O. L. d'ailleurs. C'est que... parce qu'au début quand il nous avait envoyé son courrier, il disait bien que c'était expérimental au sein du département... et je lui avais dit... il me semble au bout d'un an avoir reçu... un courrier mais honnêtement... et c'est dommage parce que je l'ai pas retrouvé, j'ai du le jeter mais un courrier alors je sais plus de qui ! Est-ce que c'était la sécu ? Est-ce que c'était l'ARS ? Est-ce que c'était ADEMA ? Je ne pense pas. Bon, mais... qui disait que de toute façon, l'expérimentation s'arrêtait ! Il m'a dit : "Ah non, je ne suis pas au courant de ça, je n'ai jamais entendu parler de ce courrier là." Euh... donc voilà... c'est pour ça que je l'avais interpellé, je lui avais posé la question, je lui ai dit : "mais au fait, est-ce que ça continue vraiment ou pas ?" Mais on a eu l'impression que cette campagne de dépistage entre guillemets... elle était plus portée par les autorités sanitaires et qu'il y avait du... enfin qu'on la laissait un petit peu mourir de sa belle mort quoi. Ce qui est tout à fait dommageable. Comme toute campagne de dépistage... Après pour moi, de toute façon, ce qui fonctionne toujours et ce qui fonctionne le mieux, ça reste quand même les campagnes publicitaires qui sont faites dans les médias. Quand pendant 1 semaine, 2 semaines, 3 semaines, vous entendez... à la télé, à la radio : "faites votre mammo, faites votre hémocult." C'est ça qui marque ! C'est ça qui marque ! C'est ça qui fait que... il y a des gens qui... entre guillemets... en consultation vont lever à la main en disant : "mais au fait, moi, est-ce qu'il faudrait peut-être que je fasse ou je l'ai pas fait." ... Et on le remarque à chaque fois dès qu'il y a des campagnes publicitaires qui passent, c'est là où la patientèle percute et adhère aussi le plus.

I : Certains médecins m'ont dit que le manque de temps pouvait être aussi un obstacle car ce n'était pas le motif premier de consultation, qu'en pensez-vous ?

M9 : Ouais ! Pfff... Après que ce soit ça ou autre chose ! Les patients ont la fâcheuse habitude... En général, ils attendent d'avoir une caisse de problèmes à résoudre en une seule consultation. Si déjà il y a un renouvellement de traitement, si après il y a une tendinite d'épaule, si après il y a je ne sais pas quoi... Euh trois motifs, un quart d'heure... Ça commence à faire court ! Et en plus, vérifier à quand remonte la dernière prise de sang ?! Si elle était faite ?! Si elle était correcte ?! S'il faut en refaire une ?! De réimprimer toutes les ordonnances pour ce qu'il y a à faire etc. Si en plus, à ce moment-là : "au fait, j'ai oublié de vous dire... j'ai entendu parler du dépistage machin." Euh... là c'est clair qu'on va dire non ! "Vous allez reprendre un rendez-vous ou bien on en reparle la prochaine fois, on parle que de ça !" En fin de compte, les gens ne vont pas reprendre un rendez-vous que pour ça. Après ce qui peut-être tout à fait chronophage, c'est de remplir le papier adéquat pour le dépistage. Euh... voilà ! C'est vrai qu'il y a un manque... et ça je pense que... je ne sais pas s'il y a des confrères qui l'ont dit mais enfin... il faut, il faut le signifier, il faut le faire remarquer, il y a un manque d'harmonisation... au niveau du dépistage... parce que... il y a aucun dépistage entre guillemets qui se passe de la même façon. Que ça soit le sein, que ça soit le frottis, que ça soit l'hémocult etc, il n'y a rien qui se passe de la même façon. Alors le sein, c'est bien et ce n'est pas bien parce que les gens... les patientes reçoivent le courrier directement chez elle. Nous, on n'est pas au courant ! ... Bon, on reçoit le résultat ADEMA donc c'est le principal ! C'est déjà très bien ! Après l'hémocult, ils reçoivent le courrier. Bon ! Mais ils sont obligés de venir nous voir. Alors, il y en a qu'on ne voit jamais en fait parce qu'ils ne sont pas malades ! Donc, ils ne vont pas venir nous voir pour ça ! Et ils ne vont pas le faire ! Donc, non, c'est... c'est dommage, il y a une perte. De même, si on prend les gens fumeurs ou anciens fumeurs de plus de 55 ans... c'est des gens qui n'ont pas forcément... qui ne consultent pas forcément... qui n'ont pas d'antécédents donc pas de traitement, donc ... qu'on ne voit pas et qui se disent " moi, tout va bien !". Donc, ceux-là, on ne peut pas les cibler de toute façon ! Et puis le jour où on les voit, en général c'est parce qu'il y a un problème qui est pas forcément pulmonaire et donc on ne va pas forcément... penser à parler du dépistage. Maintenant, après de toute façon, ces gens-là, on ne peut pas les cibler... parce que chez ADEMA, ils ne peuvent pas savoir si un

tel et un tel, fume ou ne fume pas, donc ça... ce n'est pas gérable. C'est clair ! Mais bon voilà, c'est vrai qu'il faudrait essayer d'harmoniser quand même à la fois le recrutement, les courriers que ça soit pour les patients ou pour les médecins, la façon de faire... pour les différents dépistages. Je pense que ça sera peut-être plus simple, et qu'il n'ait pas non plus... de papiers à remplir. Voilà ! (en montrant le cahier de formulaires du dépistage du cancer du poumon) Maintenant, c'était chiant avec le dépistage hémocult quand il faut remplir tout ça ! On se demande à quoi ça sert ! Maintenant, les gens reçoivent une étiquette. Hop ! On la colle sur la fiche administrative et puis voilà c'est très simple ! C'est vrai que maintenant, quand il faut remplir le papier pour le scanner de dépistage... Voilà même si ça prend 3 minutes, ça prend 3 minutes ! Et bon, on ne va pas dire que ça soit vraiment un frein... mais bon c'est vrai que c'est... Faudrait peut-être essayer d'améliorer la chose.

I : Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M9 : Bah non. Je pense qu'on a fait le tour.

Dixième entretien

I : Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

M10 : Ça peut-être très intéressant ! Ça l'est... Je pense que oui ! Mais après c'est vrai qu'au niveau modalités pfff ... Je trouve que par rapport, par exemple, au dépistage au niveau colon et sein, c'est bien organisé, on sait tout : "nin, nin, nin" ! Que là ! Euh... j'ai du recevoir une ou deux lettres. Je les ai lues et après plus rien ou quoi que ce soit ! Et c'est vrai que ça n'a pas enclenché la suite (rires). Et même, je ne sais pas même pas tous les détails de comment on fait le dépistage, comment on s'organise, comment ça se pratique ou quoi que ce soit.

I : Donc, pour vous, le fait de ne pas y participer était surtout le manque d'informations ?

M10 : Oui ! Oui, oui.

I : Aviez-vous d'autre(s) raison(s) ?

M10 : Non !

I : Sans quoi, quels seraient les raisons qui vous motiverez à le faire ?

M10 : Par rapport à tous les fumeurs, tous les cancers du poumon... et puis même combien de fois des ... des cancers qu'on peut dépister. Donc avant tout pour dépister des cancers le plus tôt possible ! C'est le même principe que le cancer du colon ou du cancer du sein !

I : Donc, pour vous, le dépistage du cancer du poumon a aussi d'intérêt que les autres dépistages ?

M10 : Je pense ! Si ça se met en place, c'est qu'il y a un intérêt derrière. (rires)

I : Et vous pensez qu'il y aurait des freins qui pourraient vous empêcher de ne pas le proposer ?

M10 : ... Des freins... peut-être de dire aux patients et encore ! Après, si ça rentre dans les habitudes ! Après c'est vrai que le dépistage du cancer du colon, c'est tout simple ! Ils sont chez eux ou quoi que ce soit ! Euh cancer du sein, c'est vrai... faut le répéter et être prêt. Là maintenant, c'est rentré dans les habitudes... Enfin, on va dire la majorité ! C'est rentré dans les habitudes de le faire régulièrement. Cette mammographie-là, de se dire c'est pour chercher un cancer. Faut enclencher le phénomène, d'en parler de plus en plus. Je dirais aussi sensibiliser les patients... avec une campagne d'informations, des choses comme ça pour les mobiliser un petit peu plus. Je pense que le démarrage... il sera peut-être compliqué à... mettre en place. Après, en expliquant bien l'intérêt ou quoi que ce soit, en sensibilisant... et puis pour que il y a un patient qui a eu aussi dans son entourage, malheureusement, quelqu'un qui a eu un cancer du poumon... Bon ça devrait aller beaucoup plus facilement !

I : Si je vous comprends bien, ce dépistage peut faire peur au patient ?

M10 : Ça peut faire peur dans le sens : "vous allez faire un scanner." "Tout de suite, woow !" (en parlant de la réaction du patient) Voilà, que le cancer du colon, ils ont été informés avec la campagne d'informations. On leur explique : "bon voilà, c'est sur une selle nin nin nin. C'est facile, pas compliqué." La mammographie, c'est pareil. Que la dire : "passez au scanner" (praticien dubitatif)... Peut-être que les patients auraient un peu peur, en disant : "oh la,

attention ! Est-ce que c'est vraiment un dépistage ?! Parce qu'on passe directement au scanner". Ça serait une radio, ça serait peut-être plus facile à accepter dans le premier temps. Après voilà, après c'est vrai qu'il faut faire le dépistage. Il ne faut pas faire de radio. Oui ! Faut faire un scanner ! Je ne dis pas le contraire. (rires)

I : Et dans votre activité, auriez-vous des obstacles pour le proposer ?

M10 : Pour moi, personnellement ?! Non ! ... Non, non, il n'y a pas de raison que je ne fasse pas le dépistage du cancer du poumon alors que je fais les autres dépistages. Il n'y a pas de raison !

I : Pour revenir au patient ; quand on propose ce dépistage, le patient reçoit une information pour l'arrêt du tabac. Pensez-vous que ca peut-être un frein pour y participer ?

M10 : ... Ça va avec... C'est... Un frein ?! Dans le sens d'aller faire la démarche, d'aller faire l'examen ?

I : Oui.

M10 : Il doit bien se douter que je vais leur en parler. Si je parle du cancer du poumon... c'est comme quand ils me parlent de... je ne sais pas moi... d'asthme ou de bronchite chronique. C'est vrai qu'ils y ont droit quasiment à chaque fois ! (rires) Un petit rappel sur le tabac ! (rires)

I : Voyez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M10 : ... mmmh mmmh non. A part ce que j'ai dit. Oui, ça serait bien d'avoir des ...

I : ... des informations ?

M10 : (rires) oui même pour nous... parce que j'ai pas en tête les modalités exactes pour faire ce dépistage. Donc, je pense qu'il faudrait resensibiliser, nous resensibiliser ou me resensibiliser ! Parce que peut-être tout le monde est sensibilisé ?! Et puis moi, c'est passé au travers ?! Peut-être ! (rires) En tout cas, pour ma part, il faut me resensibiliser !

Onzième entretien

I : Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

M11 : Ce n'est pas dans les recommandations... pour l'instant. (rires) Un scanner systématiquement ?! Pffff, je ne sais pas. Je me demandais si ça valait pas plus le coup de passer d'abord par la radio... Et c'est plus en terme de coût parce que la sécu n'arrête pas de venir nous rabâcher sur les coûts dès qu'on met un médicament. Tu sais qui est pas dans les ... ils ont plutôt tendance à nous imposer des médicaments qui coûtent moins chers mais qui sont pas forcément plus efficaces. Et puis, c'est pareil pour toutes les lombalgies ou les choses comme ça. Même pour les genoux, t'as tendance à prescrire une IRM direct sauf que la sécu en fin d'année, elle va te tomber dessus en disant : "vous avez trop d'IRM ! L'indication, c'est une radio d'abord et machin." Alors je m'étais dit, si on fait des scanners à tout le monde euh... (praticien dubitatif) Tu vois ?! Je pense que ! C'est plus en termes de coût et d'emmerdements avec la sécu. Mais après, si c'est dans... si ça s'organise en dépistage comme le dépistage du cancer du sein ou des trucs comme ça. Moi, je ne suis pas du tout réticent ! Si les résultats ont prouvé qu'il y avait vraiment un dépistage intéressant.

I : C'est le fait que ça soit expérimental qui vous a aussi repoussé à y participer ?

M11 : Entre autres, oui !

I : C'est le fait de ne pas avoir de résultats ?

M11 : Oui, c'est ça ! Après, oui je me demandais l'intérêt, l'utilité de faire des scanners à tout va, à tout le monde puisque c'est en plus de l'irradiation... c'est un coût, c'est pfff. J'attends de voir les résultats en fait. Après, si vraiment c'est bien ! On fera ! Il n'y a pas de soucis.

I : Y avait-il quand même des motivations pour y participer ?

M11 : Si ça a un intérêt, ouais ! (rires) Je serais motivé. Si c'est pour le bien de mes patients, je le ferais.

I : C'est le fait que ça soit irradiant qui vous a freiné ?

M11 : Euh ... si quand même ! Ce n'est pas négligeable de faire un scanner !

I : Concernant le patient, voyez-vous des raisons qui le freinerait à y participer ?

M11 : En général, mes patients, c'est toujours un frein si tu leur proposes de faire des examens en terme de dépistage ! On a déjà du mal à faire le dépistage du cancer du sein alors que maintenant, c'est vachement médiatisé tout ça. Alors, leur dire d'aller faire un scanner parce qu'ils ont fumé euh... (Praticien dubitatif) Il y a tous les hypocondriaques qui vont sauter dessus. Après, t'as tous ceux... En général, la plupart... ils sont dans le déni. Que ce soit alcool ou tabac, ils vont pas le faire... (Timbre qui diminue) Après, plus ça va être médiatisé et lancé, si ça prouve ses résultats comme le dépistage colo-rectal, plus ça va rentrer dans les mœurs et ça va se faire ! Mais au début, c'est compliqué ! Là, surtout le fait que ça soit un scanner, ce n'est pas un truc anodin. Après, faut voir. Ça dépend du patient.

I : Dans le cas de la participation du patient, une information est donnée concernant l'arrêt du tabac, est-ce que ça peut être un frein pour lui ?

M11 : On en parle tout le temps en ce moment. Il y a de plus en plus de campagnes sur les trucs qui sont remboursés... les nicorettes, les patchs, les machins. Il y a le prix qui augmente tout le temps. Du coup, ça devient un motif de consultation de plus en plus fréquent. Il y en a beaucoup qui sont motivés. J'avais vu les chiffres, il y a... un million de français qui ont arrêté de fumer. C'est énorme !

I : Pensez-vous que ce dépistage peut les motiver à arrêter de fumer ?

M11 : Si on leur trouve quelque chose, oui ! Après sinon, je pense que ça change pas grand chose. Si ils sont motivés à la base par le prix du tabac et par le fait qu'ils commencent à tousser tout ça ... mais après, ce n'est pas parce qu'ils vont faire un scanner, surtout si il y a rien au scanner, ça va pas les inciter à arrêter. Par contre, si on trouve des tâches, ils vont réfléchir quand même ! Ou même de l'emphysème ou des trucs comme ça ! Ils vont dire : "Aaah !". Mais sinon, ils sont dans le déni.

I : Voyez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M11 : Non.

Douzième entretien

I : Que pensez-vous de réaliser un dépistage du cancer du poumon ?

M12 : Ça me paraît justifié effectivement, puisque l'incidence du tabac sur le cancer du poumon n'est plus à prouver. Ça paraît justifié effectivement.

Et puis, ça fait partie du rôle du médecin généraliste de faire du dépistage ! Maintenant, pour en revenir à ce dépistage par scanner, c'est vrai que moi j'ai un peu squeezé l'affaire depuis le début.

I : Et justement, des médecins disent que la vraie action du médecin serait plus de faire de la prévention pour que les gens arrêtent de fumer ?

M12 : Dans la prévention, c'est à la fois repérer les gens à risque et puis après leur expliquer comment éviter le risque. Donc, d'une part dépister les facteurs de risque et les maladies potentielles puis après la prévention, expliquer comment éviter les facteurs de risque. Ce n'est pas incompatible.

I : Donc, pour vous, ces deux actions sont complémentaires ?

M12 : De proposer l'arrêt du tabac et dans la foulée de dire : "on peut faire le point ?". C'est tout à fait complémentaire. Oui ! Il n'y a aucun problème.

I : Selon vous, est-ce que ce dépistage risque de pousser les fumeurs à continuer leur intoxication s'il est négatif ?

M12 : ...Oui, mais bon c'est comme pour le cholestérol, ce n'est pas parce qu'ils n'ont rien à leurs carotides qu'il faut continuer à avoir un taux de cholestérol non contrôlé. C'est là où la discussion peut entrer avec le médecin. C'est à nous de dire globalement ce qu'on sait sur la maladie et sur les facteurs de risque. C'est pas parce qu'aujourd'hui il n'y a rien et tant mieux, mais ça ne veut pas dire que demain il n'y aura toujours rien. Et puis ces deux choses, je pense que le scanner c'est pour faire une photographie à un moment donné et se dire qu'on tombe au plus tôt dans la découverte d'une pathologie. C'est comme la mammographie, les femmes ont bien compris que ce n'est pas parce qu'avoir une mammographie normale deux

ans avant qu'il ne faut pas la refaire après.

I : Quels sont les freins à ne pas y participer ?

M12 : Non, non, non. Moi, c'est juste que ça m'est sorti de la tête et que j'ai pas été relancé. Faut que ça devienne... Ça fait plus de trente ans que je suis installé, c'est vrai qu'il y a des mécanismes et puis voilà on... Si on m'avait relancé plusieurs fois en me disant : "mais où sont vos scanners ?". C'est comme l'Hémocult, au début, c'était long à prendre. Maintenant, ça devient automatique. Moi, je pense à faire renouveler mes tests régulièrement. C'est une question d'habitude !

I : Donc, pour vous, il n'y aucun frein ?

M12 : A mon niveau ? Ou au niveau du patient ?

I : A votre niveau et aussi au niveau du patient.

M12 : A mon niveau... si le patient est irradié par d'autres examens le long de l'année (rires)... Après pas tellement ... pas tellement. Donc, au niveau du patient... je n'en sais rien... Les gens sont globalement demandeurs. Après il y a des Je-m'en-foutistes. C'est vrai que les gens qui sont dans l'addiction, ce ne sont pas forcément les plus acharnés à se faire suivre... Parce que le fumeur, le gars qui picole, le gars qui pfff, le diabétique, ce ne sont pas des gens qui vont facilement faire les examens pour se protéger, pour améliorer leur santé. "Donc, c'est plutôt ça ! C'est plutôt le profil du patient qui fera qu'il n'est pas forcément observant aux examens que tu demandes. Sauf si ! C'est toujours pareil ! Sauf s'il a des effets secondaires ! Si du fait de son tabac, il tousse. On peut toujours lui dire : "Allez on en profite et puis on fait cet examen là !" Et puis maintenant bon, les scanners on les a facilement et même plus facilement qu'une radiographie des poumons. Le coût, ce n'est pas non plus exorbitant. Donc... Non, non ! Je n'ai pas forcément de frein. Moi, c'est juste que je ne l'ai pas intégré.

I : Vous m'avez dit que l'irradiation pourrait être un frein ?

M12 : Oui, forcément ! C'est même légal. Si j'ai un patient qui est suivi pour autre chose et qui a déjà... Bon tu vas me dire s'il a ... des examens avec des rayonnements, c'est que... à priori il a eu aussi un scanner pulmonaire. C'est le seul exemple... en plus, si c'est à faible dose (rires). C'est peut-être effectivement qu'ils n'ont pas assez insisté sur le fait que ça soit faible dose et que du coup on se dise : "c'est peut-être excessif pour... ". Mais bon, moi... c'est plutôt de la négligence... c'est plutôt de l'oubli.

I : Voyez-vous autre(s) chose(s) à ajouter ?

M12 : Non

Treizième entretien

I : Que pensez-vous de ce dépistage ?

M13 : Il est positif ! Mais en plus, il fait surtout prendre conscience aux patients que .. il y a un gros risque. Ils savent. On leur dit qu'il y a un gros risque de cancer du poumon. Mais quand on commence à le rechercher, ça leur met un peu plus de plomb dans la tête ! (rires)

I : Donc pour vous, c'était la principale motivation à le proposer au patient ?

M13 : Ouais ! C'était de le trouver et à un stade débutant. Mais aussi surtout de... leur montrer qu'on s'y intéressait, que si on investissait de l'argent et du temps pour essayer de le trouver, c'est que .. il y avait des risques que ça puisse payer. Quand j'envoie quelqu'un, je lui explique les modalités de mise en place d'un dépistage de masse, en lui disant : "il faut qu'on ait un certain pourcentage de gens qui ont... qu'on trouve, il faut qu'on ait une possibilité de faire quelque chose, il faut qu'on ait... ". Donc, je lui explique ça et le patient, il fait oui. "Et donc, vous rentrez dans la série". Voilà.

I : Voyez-vous d'autre(s) motivation(s) pour le proposer ?

M13 : Pour les faire arrêter de fumer.

I : Ce dépistage peut-être un bon argument pour les faire arrêter ?

M13 : Oui ! C'est un bon argument et c'est un bon argument pour leur dire que de toute façon le dépistage continue à se faire... et donc que si... si il continue à fumer, de toute façon on continue à faire le dépistage parce qu'un jour ou l'autre on risque de tomber sur quelque

chose... Et d'un autre côté, certains patients... Moi je n'en ai pas fait beaucoup, une petite dizaine, mais certains patients... quand ils font le dépistage et qu'ils sont négatifs mais qu'ils ont eu peur... Ils me disent : "il y a encore rien ! ". "Non, il y encore rien." (réponse du praticien) "Ah bon ! Bon, on va peut-être arrêter les frais !" (réponse du patient)

I : Avez-vous eu justement des refus des patients ?

M13 : Oui ! Oui, oui ! Oui, j'ai des... Oui !

I : Pour quelle(s) raison(s) ?

M13 : Ils ne veulent pas savoir ! Ils savent très bien qu'ils s'intoxiquent ! C'est la négation du... c'est la négation de l'alcoolique quoi, c'est pareil ! Ils savent très bien qu'ils s'intoxiquent donc... ils... mettent la tête dans... Sinon, c'est un bon moyen ! Dès qu'ils commencent... qu'ils prennent conscience qu'on fait un examen. Si ils ont la démarche de faire l'examen, la dichotomie est plus parlante. Ils savent qu'ils prennent un risque et que le risque est réel. C'est une voie pour diminuer le tabagisme.

I : Avez-vous d' autre(s) réticence(s) des patients ?

M13 : Non ! A mon avis, c'est celle-là qui... c'est une espèce de... ce n'est pas une mauvaise foi justement. Si ! Quand ils ... après il y a d'autres raisons. Quand ils disent : "ça sert à rien !" ou... "Ce n'est pas possible, je ne fume pas assez". En réalité, la seule vraie raison fondamentale, c'est que ... ils ne veulent pas se reconnaître qu'ils s'intoxiquent eux-mêmes et qu'ils peuvent être malades. (rires) *

I : Et vous, dans votre pratique, avez-vous eu des obstacles pour le proposer ?

M13 : Non, Non ! Pas vrai... pas vraiment ! Je n'ai pas eu d'obstacles pour le mettre en place. Après euh... je pense... que je n'ai pas la ... science pour y réfléchir vraiment sur le bien fondé ou pas. Maintenant, ... il existe des articles et il existe des voies... discordantes sur le dépistage précoce des cancers et sur la guérison spontanée de certains cancers... Je le sais. Maintenant, si... si on me dit que... Voilà moi, si on me le propose, je le fais. Je sais que derrière que il y a quelqu'un... il y en quelques uns qui pensent que certains cancers du sein se seraient guéris tout seuls même si on les avait pas dépistés...

I : Donc, pour le cancer du poumon, vous avez déjà vu des articles par rapport à ça ?

M13 : Non ! Non. C'était sur le sein surtout que j'avais vu ça.

I : Ces informations ont été un frein pour le proposer ?

M13 : Non ! Non. Non ! Je ne me considère pas au dessus des autorités de santé ou des spécialistes qui ont décidé de le faire quand même.

I : Voyez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M13 : Non.

Quatorzième entretien

I : Que penses tu de cette campagne de dépistage ?

M14 : Très bon. Très bon. Comment dirais-je... le mot m'échappe. Je trouvais que c'était une bonne idée parce que c'est vrai que dans notre quotidien, on voit pas mal de candidats là-dessus, que ce soit des BPCO tabagiques, tabagiques tout court pas encore BPCO. Et donc, je pense que c'est un bon moyen. Puis un scanner low-dose, c'est vrai que ça fait moins peur aux gens... voilà quoi. C'est vrai que d'habitude, on parle toujours des radios de thorax et... Moi, je trouvais que c'était une très bonne idée... très bonne idée d'étude ! ... D'où mon adhésion. (rires)

I : Donc pour toi, le fait que ça soit faiblement irradiant était une motivation ?

M14 : Oui, ça fait partie des critères ! Oui. Et puis, je m'étais dit que ça serait plus précis qu'une radiographie des poumons.

I : Pour le patient également, c'est aussi un argument pour qu'il accepte ?

M14 : Oui, c'est ce que j'aurais dit aux patients si j'avais adhéré. De toute façon, j'aurais mis ça en avant. C'est sûr ! Le fait voilà qu'ils fassent partie d'une étude, que ça puisse les dépister plus facilement qu'une radiographie de thorax ou à l'auscultation quand je les vois ... bien sûr. Et puis la faible irradiation.

I : Y a-t-il eu d'autre(s) raison(s) pour y adhérer ?

M14 : Je pense que c'est ça ! Et puis, c'est... c'est aussi parce que... tu sais dans nos consultations, enfin tu verras quand tu seras installé, mais souvent on oublie les choses de base, c'est à dire que... C'est vrai enfin je ne sais pas ce que t'ont dit les autres médecins mais... en fait, on va se concentrer sur le ou les motifs de... consult et puis c'est tellement chronophage qu'à la fin, tu oublies de dire : "au fait ! Et si on s'intéressait à votre sevrage tabagique ?!" ... "Et au fait, vous crachez le matin ?!" C'est vrai que ce n'est pas bien ! Et c'est vrai que ce genre de choses, ça te remet les idées en place. Et puis, ça t'oblige à être un meilleur médecin dépisteur ! Enfin, je pense ! C'est le rôle du médecin généraliste de dépister. On est à la base des choses... enfin à mon avis !

I : Y a-t-il eu de(s) frein(s) pour ne pas y adhérer ?

M14 : Venant du patient ? Ou venant de moi ?

I : Les deux ?

M14 : Venant de moi, je te l'ai dit en entrée. C'est... c'est parce que je prends... enfin voilà, j'ai déjà du mal à carrer ma visite dans un quart d'heure parce que les gens consultent pour plein de motifs différents à la fois et tu te retrouves à gérer l'ordonnance de renouvellement, et l'insuffisance veineuse, et la prostate, et machin, et puis du coup c'est moi qui oublie de placer cette chose-là ! Après venant du patient, euh... c'est vrai qu'ils sont souvent difficiles à mobiliser les gens parce que le temps qu'ils sont asymptomatiques, le dépistage pour eux ça leur passe euh... De même que la mammo ! Alors ! Encore la mammo, je trouve que ça s'améliore largement parce qu'il y a beaucoup de campagnes de dépistage ... euh ... en pubs etc ... Mais l'hémocult ! ... enfin je ne sais pas les chiffres, ils sont quand même cata... j'imagine catastrophiques. Le papillomavirus ! La vaccination, c'est encore catastrophique ! Je pense que les gens ne sont pas conscients tant qu'ils sont asymptomatiques. Donc ça, c'est le frein ... numéro un ! C'est : " pourquoi vous me faites faire ca ?! Je vais très bien ! " Frein numéro deux, c'est : "haaaaaan ! Allez à Abbeville !!! Roooh Abbeville, c'est la capitale ! Faut faire 30 bornes pour faire un scanner alors que je vais bien !" Voilà. Et puis l'irradiation, même si tu leur dis que voilà c'est un... c'est minime. A mon avis, c'est ça ... Le coût ?! Non ! Puisque là, il n'y a pas de coût ! Mais souvent... le problème ici, dans notre zone qui est quand même un bassin social pauvre... euh le principal problème, c'est le coût ! En général ! C'est le principal problème ! Et puis, ce n'est pas de transport pris en charge ! On se bat pour ne pas distribuer de bon de transport mais... c'est quelque chose ! C'est l'enfer ! C'est l'enfer... parce que la sécu nous tape sur les doigts parce qu'on fait trop de bons de transport, mais les patients, si tu ne leur fais pas de bon, ils n'y vont pas ! Et donc... c'est le chien qui se mord la queue.

I : Donc pour toi, au niveau des freins, c'est surtout le manque de temps ?

M14 : Pour moi ?! Oui !

I : Et la charge administrative, c'était aussi un frein ?

M14 : Non ! Parce que ça m'avait l'air simple quand même ! Non, non, c'est vraiment... je me suis laissé happé quoi... par le temps. Et puis voilà ! Et puis après, quand je me suis dit : "il faut que tu t'y remettes !"... Je n'avais pas forcément les candidats dans la journée et donc après... c'est dur de se remotiver ! Et puis après, je me suis dit : l'étude est finie... donc je ne vais pas m'y remettre... Après je suis sûre qu'il y a des patients qui sont demandeurs... au contraire. Ceux qui sont en général très demandeurs de... de bilan biologique chaque année etc. A mon avis, je pense que dans cette cohorte là, il y en a pas mal de... de très observant et très... consultant.

I : Même les patients fumeurs ?

M14 : Même les fumeurs ! Parce qu'il y en a qui sont paradoxaux, c'est à dire qu'ils sont très inquiets sur leur santé en général mais ils fument comme des pompiers ! C'est vrai ! Donc ... ils sont paradoxaux !

I : Vois-tu d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M14 : Qu'est-ce que je te dirais de plus ?! ... euh... non puisque... c'était assez clair de toute

façon la formulation... le bloc notes etc. Donc non, je pense que c'est tout !

Quinzième entretien

I : Que pensez-vous de ce dépistage ?

M15 : C'est bien. Ouais, c'est très bien. La preuve, c'est que je m'y investis. J'essaye de mettre ma femme en route (couple de médecins généralistes installés ensemble) mais elle, elle n'a pas reçu ce truc-là, alors je ne sais pas pourquoi. Alors est-ce qu'elle l'a jeté ? Est-ce qu'elle... Donc en fait, elle voulait que je lui passe des feuilles mais... euh sinon c'est super. Enfin moi, j'ai pas mal de gens qui fument énormément, qui... C'est vrai que je ne suis pas très branché papiers, documents etc. C'est vrai que ça me gonfle un peu. Mais bon, ça je trouve que c'est quand même utile ! Tout comme le dépistage du cancer colo-rectal ! Enfin bon le truc à faire signer par les gens, c'est un peu... Pfff un peu long.

I : C'est un obstacle pour le proposer au patient ?

M15 : Non, non ! Je n'ai pas d'obstacle ! Mais bon c'est vrai que... je vous dis, moi je n'aime pas faire la paperasse. Déjà que je suis long en consultation. En plus, euh... faire des papiers, de remplir des papiers alors que ça rentre en plus dans une consultation pour autre chose. Donc, euh... j'ai déjà passé du temps à la consultation, je fais ça. Après faut que je remplisse le papier... euh ... On s'y retrouve plus dans les papiers (rires) il y a 3 feuilles, on sait jamais. (rires) Enfin bref ! Je m'y suis habitué là. Mais c'est vrai que les premiers temps, ça cafouillait. Là, j'ai un peu l'habitude. C'est vrai que je suis plus à l'aise maintenant.

I : Concernant les patients, ont-ils des réticences pour le faire ?

M15 : Non, non ! Bah je leur explique correctement. Je leur donne des explications quand même. Je leur explique le problème, qu'ils vont être convoqués tous les ans pour faire un scanner hélicoïdal, basse énergie... et bon... que c'est important pour eux parce qu'il y a que comme ça qu'on peut arriver à traiter les cancers pulmonaires, tout du moins les prendre à temps. Donc c'est vrai que ... bon je fais un petit topo. Le problème c'est que ça revient en plus de la consultation quoi...

I : Voyez-vous d'autre(s) frein(s) ?

M15 : Non ! Du tout ! Au contraire ! Tout ce qui est dépistage, je suis à fond dedans. Là, hier encore, j'ai eu deux patients. Ils ont jamais fait de dépistage colo-rectal. Je leur ai balancé deux tests. (rires) Bon après... la dame, elle m'a dit qu'elle avait gardé les étiquettes alors je pense qu'elle va les sortir. Alors je fais mon petit topo aussi de démonstration (rires) J'ai l'enveloppe prête (en me montrant les enveloppes hémocult disposées en avant sur le bureau). Bon les cancers du sein, pareil. Bon, tout ce qui est frottis, c'est ma femme qui s'en occupe parce qu'elle a les... Mais tout ce qui est cancer du sein, cancer colo-rectal et cancer pulmonaire... tout ce qu'on peut utiliser, il faut l'utiliser ! C'est quand même un élément qu'on nous donne et il faut l'utiliser. C'est un peu dommage de ne pas l'utiliser. Et c'est vrai que ça prend du temps. Bon après ! Si on veut faire une consultation vite, ça va pas quoi ! Bon moi, je fais des consultations longues. (rires)

I : Avez-vous eu d'autre(s) raison(s) pour y participer ?

M15 : Non ! pfff... qu'est ce que vous voulez que je mette comme autre raison ?! C'est pour moi... tous les fumeurs... de toute façon les fumeurs, je fais avant de la prévention du tabagisme, avant tout. (rires) Donc, je fais beaucoup contre le tabagisme. Là, j'ai pas mal de patients qui ont arrêté de fumer. Donc ça, je suis content ! Cette année en plus, c'est vraiment une année où il y a beaucoup de gens qui ont décroché. Ça c'est important ! Mais bon après, là c'est un outil supplémentaire. Pour moi, c'est indispensable qu'on puisse les dépister ! Et puis, c'est pas trop agressif au niveau radiations. Enfin bon c'est quand même des rayons ! Mais bon c'est pas trop agressif au niveau radiations. Parce que bon... quand on fait des radios de thorax, ça n'a aucune valeur pour moi ! C'est absolument in-interprétable, surtout pour les dépistages ! Donc c'est vrai que là c'est vraiment un outil qui est intéressant.

I : Quand vous abordez justement le sevrage tabagique avec le patient, est-ce un frein pour lui pour y participer ?

M15 : Non, non ! Parce qu'ils me connaissent mes patients ! Ils savent que je suis chiant (rires)... que c'est toujours mon leitmotiv. Donc, je veux dire... je n'arrête pas de les tanner ! Ils savent de toute façon que je vais toujours... Je les tanne mais d'une manière... je les... J'introduis toujours ça dans la conversation d'une manière positive ! Et pas avec une sanction ! C'est toujours une... j'essaie toujours d'incorporer ça à ma conversation d'une manière positive, humoristique ou autre. Ce qui fait que ça passe très bien, les gens en rigolent et puis au bout du compte il y a des gens, avec qui ça passe, il y a un message qui passe.

I : Pour vous, ce dépistage peut-être complémentaire à la prévention contre le tabagisme ?

M15 : Ah bien sûr ! Tout est... déjà, dès qu'on leur dit qu'il y a un risque de cancer du poumon, ça les interpelle. Je veux dire... bon même si ils le savent. Je veux dire... En leur disant : "voilà, on a un moyen de dépistage !". A mon avis, c'est un truc qui accroche plus que leur dire comme ça : "vous savez, vous risquez un cancer du poumon !" Tandis que là, on leur dit : "voilà, vous rentrez dans le cadre d'une... population à très haut risque, donc vous pouvez bénéficier de ce dépistage." Donc d'une certaine manière, on les implique encore un peu plus.

I : Avez-vous eu des personnes qui ont arrêté de fumer en faisant ce dépistage ?

M15 : En leur proposant ça ?! Non ! Je ne pense pas. A ma connaissance, non. Mais euh peut-être... peut-être un, l'un des derniers, peut-être. Parce qu'il a arrêté de fumer, un peu en même temps mais j'ai pas encore... Mais bon après... c'est tombé en même temps. Mais bon c'est vrai que ça fait partie d'un ensemble quand je parle de ce problème là. C'est vrai que... j'aborde la question... Avant, j'ai réussi à faire arrêter aussi des gens. C'est quand on a fait... Piko-6. J'ai fait arrêter deux patientes grâce à ça ! Je leur faisais un Piko-6, je leur dis : "regardez-là ! BPCO ! Vous êtes en zone rouge ! Attention, vous risquez... il va falloir impérativement arrêter de fumer !" Et puis là, ça a marché. De toute façon, tous les moyens sont bons ! (rires) Tout ce que je peux utiliser, je l'utilise ! (rires)

I : Voyez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?

M15 : Non ! Non ! Pfff Pour moi, c'est... je veux dire que c'est une bonne chose et puis bon, il faudrait pouvoir dépister tous les cancers ! Ça serait bien ! C'est le meilleur moyen de les traiter ! Mais pour le moment, on a encore des travaux à faire sur la question ! Mais c'est vrai que ça, c'était déjà une bonne chose ! Donc, là déjà, on a un moyen pas trop agressif pour dépister ! Bon après ! C'est un coût, mais bon je pense que la sécu a calculé le coût et le rapport bénéfices-risques va être intéressant ! Bon, pour le moment, on est zone pilote.

ANNEXE 6 : Tableau récapitulatif des études citées

| Nom et date de l'étude | Type d'étude et temps de suivi | Nombre de patients inclus avec critères d'inclusion | Critères de positivité de la TDM | Nombre / Taux d'examen positifs | Nombre de cancers dépistés / sensibilité | Taux de faux positifs | Nombre / Taux de cancers aux stades précoces (stades Ia et Ib) | Mortalité / Taux de survie Conclusions |
|-------------------------|---|--|----------------------------------|---------------------------------|--|-----------------------|--|--|
| MLP 1971 | Randomisée RP+cytologie expectorations vs suivi clinique 26 ans | 9211 fumeurs | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Incidence cumulée de CBP similaire dans les deux groupes (20,1 et 19,2/10 000 patients-années, p = NS) - Mortalité par CBP dans groupe avec dépistage : 4,4 décès pour 1000 personnes par année - Mortalité par CBP dans groupe sans dépistage : 3,9 décès pour 1000 personnes par année - Le suivi prolongé n'a pas révélé de réduction de la mortalité par CBP dans le groupe dépisté |
| PLCO 1993 | Randomisée RP vs suivi clinique 13 ans | 154901 77445vs77456 55-74 ans | | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - Incidence CBP dans groupe RP : 20,1 pour 10 000 personnes par année - Incidence CBP dans groupe sans dépistage : 19,2 pour 10 000 personnes par année - 1213 décès par CBP dans groupe RP - 1230 décès par CBP dans groupe sans dépistage - Le dépistage annuel par RP n'a pas réduit la mortalité par CBP |
| I-ELCAP 1993 | Observationnelle TDMfd 12 ans | 31567 | ≥ 5 mm | 4186 / 13% | 484 / 1,3% | 91,00 % | 412 / 85,1% | Taux de survie des stades I a 10 ans de 88% |
| Toyoda 1998 | Observationnelle Non randomisée TDMfd vs RP 5 ans | 43268 7183 vs 36085 ≥ 40 ans TDMfd recommandé pour les gros fumeurs | NR | NR | 40 / 0,6% | NR | NR | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité groupe TDMfd : 88,9 % - Sensibilité groupe RP : 78,3 % -Meilleure sensibilité de la TDMfd par rapport à la RP |
| Mayo Clinic 1999 | Observationnelle TDMfd 3 ans | 1520 ≥ 50 ans ≥ 20 PA | Tous les nodules | 1049 / 69 % | 40 / 2,6 % | 99,00 % | 25 / 62,5 % | Des cancers détectés pour la majorité à un stade précoce |

| | | | | | | | | |
|----------------------|---|---|------------------------------|------------------|----------------|------------|-----------------|---|
| PluSS 2002 | Observationnelle TDMfd 3 ans | 3642 50-79 ans | ≥ 5 mm | 1477 / 40,6 % | 80 / 2,2% | 58,00 % | 40 / 50 % | Le dépistage mène à la découverte du CBP à un stade précoce |
| LSS 2000 | Randomisée TDMfd vs RP 4 ans | 3318 1660 vs 1658 50-74 ans ≥ 30 PA | ≥ 3 mm | 325 / 20,5 % | 30 / 1,9 % | 90,70 % | 16 / 53,3 % | Meilleure sensibilité de la TDMfd par rapport à la RP |
| DANTE 2001 | Randomisée TDMfd vs suivi clinique 4 ans | 2472 1276 vs 1196 60-74 ans ≥ 20 PA | Tous les nodules | 351 / 27,5 % | 60 / 4,7 % | 82,00 % | 33 / 55 % | - Mortalité spécifique : 20 (1,6 %) vs 20 (1,7 %) - Mortalité toute cause : 46 (3,6 %) vs 45 (3,8 %) |
| DLCSST 2004 | Randomisée TDMfd vs suivi clinique 5 ans | 4104 2052 vs 2052 50-70 ans ≥ 20 PA | ≥ 5 mm | 1404 / 2 % | 65 / 3,2 % | 95,00 % | 48 / 70 % | - Mortalité spécifique : 15 (0,7 %) vs 11 (0,5 %) - Mortalité toute cause : 61 (3,0 %) vs 42 (2,1 %) |
| MILD 2005 | Randomisée TDMfd vs suivi clinique 6 ans | 4099 2376 vs 1723 49-75 ans ≥ 20 PA | ≥ 5 mm | 356 / 15 % | 79 / 2,5 % | 87 % | 50 / 63 % | - Mortalité spécifique : 0,67 % vs 0,4 % (p = 0,21) |
| UKLS 2011 | Randomisée TDMfd vs suivi clinique 10 ans | 4055 2028 vs 2027 50-75 ans Risque de CBP ≥ 5 % sur 5 ans | > 500 mm3 ou TDV < 400 jours | 951 / 47,7 % | 42 / 2,1 % | 49,00 % | 36 / 85,7 % | Des cancers détectés pour la majorité à un stade précoce |
| LUSI 2007 | Randomisée TDMfd vs suivi clinique 5 ans | 4052 2029 vs 2023 50 – 69 ans ≥ 15 PA | ≥ 5 mm | 805 / 39,7 % | 58 / 2,9 % | 92,00 % | 42 / 72 % | Le suivi sur plusieurs années tend à montrer une diminution du taux de cancers au stade avancé |
| Depiscan 2002 | Randomisée TDMfd vs RP 4 ans | 765 385 vs 380 50-74 ans ≥ 15 PA | Tous les nodules | 152 / 45,2 % | 8 / 2,1 % | 95,00 % | 3 / 37,5 % | Confirme la grande sensibilité de la TDMfd par rapport à la RP |
| NLST 2002 | Randomisée TDMfd vs RP 7 ans | 53454 26722 vs 26732 55-74 ans ≥ 30 PA | ≥ 4 mm | 18146 / 24 % | 649 / 2,4 % | 96,40 % | 186 / 62,50% | - Mortalité spécifique : réduction de 20 % (IC 95% = 6.8–26.7; p=.004) - Mortalité toute cause : réduction de 6,7 % (IC 95% =1,2 à 13,6 ; p = 0,02) - Réduction de la mortalité de 8 % chez les hommes et 27 % chez les femmes à 10 ans de suivi |
| NELSON 2003 | Randomisée TDMfd vs suivi clinique 10 ans | 15822 7915 vs 7915 50-75 ans ≥ 15 PA | > 500 mm3 ou TDV < 400 jours | 598 / 2 % | 255 / 3,2 % | 59,40 % | 176 / 69 % | - Réduction de la mortalité de 26 % chez les hommes à 10 ans de suivi (IC 95% = 9-41) - Réduction de la mortalité de 39 % chez les femmes à 10 ans de suivi |

BIBLIOGRAPHIE

1. INCA - Les cancers en France [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=13
2. Cancer du poumon - Bilan initial : recommandation argumentées - Ref : RECOPOUM11 [Internet]. [cité 3 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancer-du-poumon-Bilan-initial-recommandation-argumentees>
3. Travis WD, Asamura H, Bankier AA, Beasley MB, Detterbeck F, Flieder DB, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Coding T Categories for Subsolid Nodules and Assessment of Tumor Size in Part-Solid Tumors in the Forthcoming Eighth Edition of the TNM Classification of Lung Cancer. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer*. 2016;11(8):1204-23.
4. Alberg AJ, Ford JG, Samet JM. Epidemiology of Lung Cancer: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition). *CHEST*. 1 sept 2007;132(3):29S-55S.
5. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet Lond Engl*. 13 sept 2003;362(9387):847-52.
6. Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, Andriole GL, Buys SS, Church TR, et al. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. *JAMA*. 2 nov 2011;306(17):1865-73.
7. Marcus PM, Bergstralh EJ, Fagerstrom RM, Williams DE, Fontana R, Taylor WF, et al. Lung cancer mortality in the Mayo Lung Project: impact of extended follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 16 août 2000;92(16):1308-16.
8. International Early Lung Cancer Action Program Investigators, Henschke CI, Yankelevitz DF, Libby DM, Pasmantier MW, Smith JP, et al. Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *N Engl J Med*. 26 oct 2006;355(17):1763-71.
9. Toyoda Y, Nakayama T, Kusunoki Y, Iso H, Suzuki T. Sensitivity and specificity of lung cancer screening using chest low-dose computed tomography. *Br J Cancer*. 20 mai 2008;98(10):1602-7.
10. Swensen SJ, Jett JR, Hartman TE, Midthun DE, Sloan JA, Sykes A-M, et al. Lung cancer screening with CT: Mayo Clinic experience. *Radiology*. mars 2003;226(3):756-61.
11. The Pittsburgh Lung Screening Study (PLuSS): outcomes within 3 years of a first computed tomography scan. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18635890>
12. Gohagan JK, Marcus PM, Fagerstrom RM, Pinsky PF, Kramer BS, Prorok PC, et al. Final results of the Lung Screening Study, a randomized feasibility study of spiral CT versus chest X-ray screening for lung cancer. *Lung Cancer Amst Neth*. janv 2005;47(1):9-15.
13. Blanchon T, Bréchet J-M, Grenier PA, Ferretti GR, Lemarié E, Milleron B, et al. Baseline results of the Depiscan study: a French randomized pilot trial of lung cancer screening comparing low dose CT scan (LDCT) and chest X-ray (CXR). *Lung Cancer Amst Neth*. oct 2007;58(1):50-8.

14. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomographic Screening | NEJM [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1102873>
15. Infante M, Lutman FR, Cavuto S, Brambilla G, Chiesa G, Passera E, et al. Lung cancer screening with spiral CT: baseline results of the randomized DANTE trial. *Lung Cancer Amst Neth. mars 2008;59(3):355-63.*
16. Saghir Z, Dirksen A, Ashraf H, Bach KS, Brodersen J, Clementsen PF, et al. CT screening for lung cancer brings forward early disease. The randomised Danish Lung Cancer Screening Trial: status after five annual screening rounds with low-dose CT. *Thorax. avr 2012;67(4):296-301.*
17. Pastorino U, Rossi M, Rosato V, Marchianò A, Sverzellati N, Morosi C, et al. Annual or biennial CT screening versus observation in heavy smokers: 5-year results of the MILD trial. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP. mai 2012;21(3):308-15.*
18. Field JK, Duffy SW, Baldwin DR, Brain KE, Devaraj A, Eisen T, et al. The UK Lung Cancer Screening Trial: a pilot randomised controlled trial of low-dose computed tomography screening for the early detection of lung cancer. *Health Technol Assess Winch Engl. 2016;20(40):1-146.*
19. Randomized Study on Early Detection of Lung Cancer with MSCT in Germany: Results of the First 3 Years of Follow-up After Randomization. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25783198>
20. Field JK, Smith RA, Aberle DR, Oudkerk M, Baldwin DR, Yankelevitz D, et al. International Association for the Study of Lung Cancer Computed Tomography Screening Workshop 2011 report. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer. janv 2012;7(1):10-9.*
21. Bach PB, Mirkin JN, Oliver TK, Azzoli CG, Berry DA, Brawley OW, et al. Benefits and Harms of CT Screening for Lung Cancer: A Systematic Review. *JAMA. 13 juin 2012;307(22):2418-29.*
22. Jaklitsch MT, Jacobson FL, Austin JHM, Field JK, Jett JR, Keshavjee S, et al. The American Association for Thoracic Surgery guidelines for lung cancer screening using low-dose computed tomography scans for lung cancer survivors and other high-risk groups. *J Thorac Cardiovasc Surg. juill 2012;144(1):33-8.*
23. Final Recommendation Statement: Lung Cancer: Screening - US Preventive Services Task Force [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/lung-cancer-screening>
24. CMS Adds Medicare Coverage for LDCT Screening for Lung Cancer in Certain Patients [Internet]. AJMC. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ajmc.com/newsroom/cms-adds-medicare-coverage-for-ldct-screening-for-lung-cancer-in-certain-patients>
25. ESMO Consensus Conference: Early stage non-small cell lung cancer consensus on diagnosis, treatment and follow-up | OncologyPRO [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: <https://oncologypro.esmo.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/>

26. ESR/ERS white paper on lung cancer screening. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929956>
27. Couraud S, Cortot AB, Greillier L, Gounant V, Mennecier B, Girard N, et al. From randomized trials to the clinic: is it time to implement individual lung-cancer screening in clinical practice? A multidisciplinary statement from French experts on behalf of the french intergroup (IFCT) and the groupe d'Oncologie de langue française (GOLF). *Ann Oncol*. 1 mars 2013;24(3):586-97.
28. Haute Autorité de Santé - Pertinence du dépistage du cancer broncho-pulmonaire en France - Point de situation sur les données disponibles - Analyse critique des études contrôlées randomisées [Internet]. [cité 4 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2001613/fr/pertinence-du-depistage-du-cancer-broncho-pulmonaire-en-france-point-de-situation-sur-les-donnees-disponibles-analyse-critique-des-etudes-controlees-randomisees
29. Portillo S. Study Confirms CT Screening for Nodule Volume Management Reduces Lung Cancer Mortality by 26% [Internet]. *Onco'Zine*. 2018 [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://oncozine.com/study-confirms-ct-screening-for-nodule-volume-management-reduces-lung-cancer-mortality-by-26/>
30. DUBOIS C. Communiqué - Dépistage du cancer du poumon [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ifct.fr/index.php/fr/documentation/doc/item/2138-communique-depistage-du-cancer-du-poumon>
31. Leleu O, Auquier M, Carre O, Chauffert B, Dubreuil A, Petigny V, et al. Dépistage des cancers bronchopulmonaires par tomodensitométrie thoracique à faible dose dans la Somme. *Rev Mal Respir*. mars 2017;34(3):262-7.
32. Couraud S, Girard N, Erpeldinger S, Gueyffier F, Devouassoux G, Llorca G, et al. Physicians' Knowledge and Practice of Lung Cancer Screening: A Cross-Sectional Survey Comparing General Practitioners, Thoracic Oncologists, and Pulmonologists in France. *Clin Lung Cancer*. 1 sept 2013;14(5):574-80.
33. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA septembre 2010 : Bib-Bop BUNGENER Martine, EISINGER François, ERRIAU Gilles (et al.) [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: http://www.bib-bop.org/base_bib/bib_detail.php?ref=21090&titre=medecins-generalistes-et-depistage-des-cancers-synthese-des-resultats-de-l-enquete-barometrique-inca-bva-septembre-2010
34. Dubois C, Attali C. Motivations et réticences des médecins généralistes de l'Essonne à proposer les dépistages de masse organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal. UPEC, France: Université de Paris-Val-de-Marne; 2008.
35. Dépistage du cancer du sein en médecine libérale : une enquête auprès des généralistes et des gynécologues de Rhône-Alpes - ScienceDirect [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0181980105805810>
36. Roth JA, Carter-Harris L, Brandzel S, Buist DSM, Wernli KJ. A qualitative study

- exploring patient motivations for screening for lung cancer. *PloS One*. 2018;13(7):e0196758.
37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Trung TL, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. 19:4.
 38. exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
 39. Dépistage du cancer colorectal | Roche [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.roche.fr/pharma/cancer/depistage-cancers-france/cancer-colorectal/enseignements.html>
 40. Mammography screening in France: Results of EDIFICE study: *Journal of Clinical Oncology*: Vol 24, No 18_suppl [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2006.24.18_suppl.10701
 41. Perception du risque de cancer du poumon | Roche [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.roche.fr/pharma/cancer/depistage-cancers-france/depistage-cancer-poumon.html>
 42. McRonald FE, Yadegarfar G, Baldwin DR, Devaraj A, Brain KE, Eisen T, et al. The UK Lung Screen (UKLS): demographic profile of first 88,897 approaches provides recommendations for population screening. *Cancer Prev Res Phila Pa*. mars 2014;7(3):362-71.
 43. Informed participation in a randomised controlled trial of computed tomography screening for lung cancer. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19282345>
 44. Smits SE, McCutchan GM, Hanson JA, Brain KE. Attitudes towards lung cancer screening in a population sample. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. déc 2018;21(6):1150-8.
 45. Kovalchik SA, Tammemagi M, Berg CD, Caporaso NE, Riley TL, Korch M, et al. Targeting of low-dose CT screening according to the risk of lung-cancer death. *N Engl J Med*. 18 juill 2013;369(3):245-54.
 46. Milleron B, Gounant V, Khalil A, Couraud S. Le dépistage du cancer du poumon. /data/revues/07618417/v73i1/S0761841716301195/ [Internet]. 23 févr 2017 [cité 12 déc 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1104782>
 47. Yip R, Henschke CI, Yankelevitz DF, Smith JP. CT screening for lung cancer: alternative definitions of positive test result based on the national lung screening trial and international early lung cancer action program databases. *Radiology*. nov 2014;273(2):591-6.
 48. Yousaf-Khan U, van der Aalst C, de Jong PA, Heuvelmans M, Scholten E, Lammers J-W, et al. Final screening round of the NELSON lung cancer screening trial: the effect of a 2.5-year screening interval. *Thorax*. janv 2017;72(1):48-56.
 49. Hasan N, Kumar R, Kavuru MS. Lung cancer screening beyond low-dose computed

tomography: the role of novel biomarkers. *Lung*. oct 2014;192(5):639-48.

50. Wielscher M, Vierlinger K, Kegler U, Ziesche R, Gsur A, Weinhäusel A. Diagnostic Performance of Plasma DNA Methylation Profiles in Lung Cancer, Pulmonary Fibrosis and COPD. *EBioMedicine*. août 2015;2(8):929-36.
51. Jett JR, Peek LJ, Fredericks L, Jewell W, Pingleton WW, Robertson JFR. Audit of the autoantibody test, EarlyCDT®-lung, in 1600 patients: an evaluation of its performance in routine clinical practice. *Lung Cancer Amst Neth*. janv 2014;83(1):51-5.
52. Hiraes Casillas CE, Flores Fernández JM, Padilla Camberos E, Herrera López EJ, Leal Pacheco G, Martínez Velázquez M. Current status of circulating protein biomarkers to aid the early detection of lung cancer. *Future Oncol Lond Engl*. juin 2014;10(8):1501-13.
53. Clinical utility of a plasma-based miRNA signature classifier within computed tomography lung cancer screening: a correlative MILD trial study. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24419137>
54. Circulating Tumor Cells in Lung Cancer Screening - Full Text View - ClinicalTrials.gov [Internet]. [cité 18 déc 2018]. Disponible sur: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02500693>
55. Ilie M, Hofman V, Long-Mira E, Selva E, Vignaud J-M, Padovani B, et al. « Sentinel » circulating tumor cells allow early diagnosis of lung cancer in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PloS One*. 2014;9(10):e111597.
56. Imagerie médicale computationnelle (radiomique) et potentiel en immuno-oncologie - ScienceDirect [Internet]. [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1278321817303281>
57. Kong CY, Lee JM, McMahon PM, Lowry KP, Omer ZB, Eisenberg JD, et al. Using radiation risk models in cancer screening simulations: important assumptions and effects on outcome projections. *Radiology*. mars 2012;262(3):977-84.
58. Ohana M, Ludes C, Schaal M, Meyer E, Jeung M-Y, Labani A, et al. Quel avenir pour la radiographie thoracique face au scanner ultra-low dose ? /data/revues/07618417/v73i1/S0761841716301183/ [Internet]. 23 févr 2017 [cité 17 déc 2018]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/1104783>
59. Lee SW, Kim Y, Shim SS, Lee JK, Lee SJ, Ryu YJ, et al. Image quality assessment of ultra low-dose chest CT using sinogram-affirmed iterative reconstruction. *Eur Radiol*. avr 2014;24(4):817-26.
60. Kim H, Min Park C, Chae H-D, Lee SM, Goo JM. Impact of radiation dose and iterative reconstruction on pulmonary nodule measurements at chest CT: a phantom study. *Diagn Interv Radiol*. 2015;21(6):459-65.
61. Zhang M, Qi W, Sun Y, Jiang Y, Liu X, Hong N. Screening for lung cancer using sub-millisievert chest CT with iterative reconstruction algorithm: image quality and nodule detectability. *Br J Radiol*. oct 2018;91(1090):20170658.
62. Nagatani Y, Takahashi M, Murata K, Ikeda M, Yamashiro T, Miyara T, et al. Lung nodule detection performance in five observers on computed tomography (CT) with adaptive

- iterative dose reduction using three-dimensional processing (AIDR 3D) in a Japanese multicenter study: Comparison between ultra-low-dose CT and low-dose CT by receiver-operating characteristic analysis. *Eur J Radiol.* juill 2015;84(7):1401-12.
63. Yoon HJ, Chung MJ, Hwang HS, Moon JW, Lee KS. Adaptive Statistical Iterative Reconstruction-Applied Ultra-Low-Dose CT with Radiography-Comparable Radiation Dose: Usefulness for Lung Nodule Detection. *Korean J Radiol.* oct 2015;16(5):1132-41.
 64. Henschke CI, Yankelevitz DF, Yip R, Reeves AP, Farooqi A, Xu D, et al. Lung cancers diagnosed at annual CT screening: volume doubling times. *Radiology.* mai 2012;263(2):578-83.
 65. Patz EF, Pinsky P, Gatsonis C, Sicks JD, Kramer BS, Tammemägi MC, et al. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. *JAMA Intern Med.* 1 févr 2014;174(2):269-74.
 66. Mortality, survival and incidence rates in the ITALUNG randomised lung cancer screening trial. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28377492>
 67. Pyenson B, Dieguez G. 2016 reflections on the favorable cost-benefit of lung cancer screening. *Ann Transl Med.* avr 2016;4(8):155.
 68. Modélisation de l'impact économique d'un dépistage organisé du cancer du poumon en France - ScienceDirect [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0761842515003678>
 69. Gareen IF, Duan F, Greco EM, Snyder BS, Boiselle PM, Park ER, et al. Impact of lung cancer screening results on participant health-related quality of life and state anxiety in the National Lung Screening Trial. *Cancer.* 1 nov 2014;120(21):3401-9.
 70. Short-term health-related quality of life consequences in a lung cancer CT screening trial (NELSON) [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813757/>
 71. Long-term effects of lung cancer computed tomography screening on health-related quality of life: the NELSON trial. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21148229>
 72. Carbonell M. Dépistage du cancer du poumon en médecine générale [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2015.
 73. Ashraf H, Saghir Z, Dirksen A, Pedersen JH, Thomsen LH, Døssing M, et al. Smoking habits in the randomised Danish Lung Cancer Screening Trial with low-dose CT: final results after a 5-year screening programme. *Thorax.* juin 2014;69(6):574-9.
 74. Barry SA, Tammemägi MC, Penek S, Kassan EC, Dorfman CS, Riley TL, et al. Predictors of adverse smoking outcomes in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial. *J Natl Cancer Inst.* 7 nov 2012;104(21):1647-59.
 75. Shi L, Iguchi MY. « Risk homeostasis » or « teachable moment »? the interaction between smoking behavior and lung cancer screening in the Mayo Lung Project. *Tob Induc Dis.* 24 janv 2011;9(1):2.

76. Cox LS, Clark MM, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli LM, et al. Change in smoking status after spiral chest computed tomography scan screening. *Cancer*. 1 déc 2003;98(11):2495-501.
77. Clark MA, Gorelick JJ, Sicks JD, Park ER, Graham AL, Abrams DB, et al. The Relations Between False Positive and Negative Screens and Smoking Cessation and Relapse in the National Lung Screening Trial: Implications for Public Health. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob*. janv 2016;18(1):17-24.
78. Impact of lung cancer screening results on smoking cessation. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24872540/>
79. Rampinelli C, Minotti M. Improving CT screening for lung cancer with a highly predictive risk model. *Ann Transl Med* [Internet]. avr 2018 [cité 17 déc 2018];6(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6015955/>
80. Tammemägi MC, Katki HA, Hocking WG, Church TR, Caporaso N, Kvale PA, et al. Selection criteria for lung-cancer screening. *N Engl J Med*. 21 févr 2013;368(8):728-36.
81. Tammemägi MC, Church TR, Hocking WG, Silvestri GA, Kvale PA, Riley TL, et al. Evaluation of the Lung Cancer Risks at Which to Screen Ever- and Never-Smokers: Screening Rules Applied to the PLCO and NLST Cohorts. *PLOS Med*. 2 déc 2014;11(12):e1001764.
82. Tammemagi MC, Schmidt H, Martel S, McWilliams A, Goffin JR, Johnston MR, et al. Participant selection for lung cancer screening by risk modelling (the Pan-Canadian Early Detection of Lung Cancer [PanCan] study): a single-arm, prospective study. *Lancet Oncol*. 2017;18(11):1523-31.
83. Dépistage du cancer bronchique en 2017 : mieux cibler la population et prendre en charge les nodules pulmonaires : Lung cancer screening in 2017: for a better focus on the population and management of pulmonary nodules - EM|consulte [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/rmr/article/1173980>
84. Schütte S, Dietrich D, Montet X, Flahault A. Participation in lung cancer screening programs: are there gender and social differences? A systematic review. *Public Health Rev*. 2018;39:23.
85. Survival inequalities in patients with lung cancer in France: A nationwide cohort study (the TERRITOIRE Study) [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182798>
86. Souquet P-J, Durand-Zaleski I, Chouaid C, Debieuvre D, Scherpereel A, Fernandes J, et al. Diagnostic de cancer du poumon à un stade avancé : déterminants socioéconomiques et accès aux soins primaires et secondaires (étude Territoire). *Rev Mal Respir*. 1 janv 2017;34:A8-9.

Dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation : Motivations et réticences des médecins généralistes.

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes de la Somme.

RÉSUMÉ :

Introduction : Une campagne de dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose est mise en place dans la Somme depuis mai 2016. Notre étude avait pour objectif principal de connaître les motivations et les réticences des médecins généralistes à participer à ce dépistage. L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs motivants et limitants des patients à adhérer à ce dépistage.

Matériel et méthodes : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 15 médecins généralistes de la Somme.

Résultats : Pour les médecins généralistes, le dépistage fait partie intégrante de la prise en charge des cancers notamment du cancer du poumon car il permet la détection de stades précoces rendant possible un traitement efficace et une guérison. C'est le rôle du médecin généraliste de proposer le dépistage, qui est nécessaire en raison de la prévalence du tabagisme et du cancer broncho-pulmonaire dans leur pratique quotidienne. Le dépistage est de plus un moyen de sensibilisation contre le tabagisme. Il est complémentaire à la prévention primaire. Le manque d'intérêt des patients pour se rendre chez leur médecin traitant uniquement dans le cadre de la prévention et du dépistage et le manque de temps des médecins généralistes pour aborder le sujet durant leurs consultations étaient les principaux freins à sa mise en place. Les problèmes de faux-positifs, de risque d'irradiation et de risque de surdiagnostic ont aussi été évoqués séparément par trois praticiens. Pour la plupart des médecins généralistes, le scanner restait une technique appropriée. Néanmoins, pour les patients, le scanner était une source d'inquiétude tout comme la tolérance d'examen plus invasifs. Le faible niveau socio-économique et la distance par rapport aux centres d'imagerie étaient également des facteurs limitants. Cependant, les informations données par leur médecin traitant concernant les avantages du dépistage restaient le principal levier pour leur participation.

Discussion : Un tiers des médecins interrogés nous ont suggérés l'idée d'une campagne d'informations auprès des patients afin d'améliorer leur adhésion. L'information des patients permettrait également aux médecins généralistes d'aborder le sujet du dépistage plus facilement car les patients pourraient consulter pour cet unique motif. Pour rappel, le taux d'adhésion des patients était de 76% dans le cadre de l'étude dans la Somme.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence la considération des médecins généralistes de la Somme pour la pratique d'un dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose malgré la publication récente de recommandations HAS à ce sujet.

Mots clés : Dépistage, Cancer, Poumon, Médecine Générale, Opinion

Lung cancer screening with low dose computed tomography: Motivations and reluctance of general practitioners.

Qualitative study through semi directive interviews with 15 general practitioners of the Somme.

ABSTRACT:

Introduction: A low-dose scanner lung cancer screening campaign has been implemented in the Somme since May 2016. The main objective of our study was to know the motivations and reluctance of general practitioners to participate in this screening. The secondary objective was to determine the motivating and limiting factors for patients to join this screening.

Methods: A qualitative study through semi directive interviews was realized with 15 general practitioners in the Somme.

Results: For general practitioners, screening is an integral part of the management of cancers, especially lung cancer because it allows the detection of early stages making effective treatment and possible cure. It is the role of the general practitioner to suggest screening, which is necessary because of the prevalence of smoking and bronchopulmonary cancer in their daily practice. Screening is also a way of raising awareness against smoking. It is complementary to primary prevention. The lack of interest of patients to go to their doctor only for prevention and screening and the lack of time for general practitioners to deal with the subject during their consultations were the main obstacles to its implementation. The problems of false positives, radiation risks and the risk of overdiagnosis were also mentioned by three practitioners. For most general practitioners, the scanner remained an appropriate technique. Nevertheless, for the patients, the scanner was a source of concern, as was the tolerance to more invasive tests. Low socio-economic status and distance from imaging centers were also limiting factors. However, the information given by their general practitioner about the benefits of screening remained the main lever to their involvement.

Discussion: One-third of the physicians interviewed suggested the idea of a patient information campaign to improve their involvement. Patients' information would also make it easier for general practitioners to discuss the subject of screening because patients could consult for this unique reason. As a reminder, the patients' commitment rate was 76% in the study in the Somme.

Conclusion: This study shows the Somme general practitioners' consideration for the practice of lung cancer screening by low-dose computer tomography despite the recent publication of HAS recommendations on this subject.

Keywords: Screening, Cancer, Lung, General Practice, Opinion

Dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique basse irradiation: Motivations et réticences des médecins généralistes.

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 15 médecins généralistes de la Somme.

Introduction : Une campagne de dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose est mise en place dans la Somme depuis mai 2016. Notre étude avait pour objectif principal de connaître les motivations et les réticences des médecins généralistes à participer à ce dépistage. L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs motivants et limitants des patients à adhérer à ce dépistage.

Matériel et méthodes : Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 15 médecins généralistes de la Somme.

Résultats : Pour les médecins généralistes, le dépistage fait partie intégrante de la prise en charge des cancers notamment du cancer du poumon car il permet la détection de stades précoces rendant possible un traitement efficace et une guérison. C'est le rôle du médecin généraliste de proposer le dépistage, qui est nécessaire en raison de la prévalence du tabagisme et du cancer broncho-pulmonaire dans leur pratique quotidienne. Le dépistage est de plus un moyen de sensibilisation contre le tabagisme. Il est complémentaire à la prévention primaire. Le manque d'intérêt des patients pour se rendre chez leur médecin traitant uniquement dans le cadre de la prévention et du dépistage et le manque de temps des médecins généralistes pour aborder le sujet durant leurs consultations étaient les principaux freins à sa mise en place. Les problèmes de faux-positifs, de risque d'irradiation et de risque de surdiagnostic ont aussi été évoqués séparément par trois praticiens. Pour la plupart des médecins généralistes, le scanner restait une technique appropriée. Néanmoins, pour les patients, le scanner était une source d'inquiétude tout comme la tolérance d'examen plus invasifs. Le faible niveau socio-économique et la distance par rapports aux centres d'imagerie étaient également des facteurs limitants. Cependant, les informations données par leur médecin traitant concernant les avantages du dépistage restaient le principal levier pour leur participation.

Discussion : Un tiers des médecins interrogés nous ont suggérés l'idée d'une campagne d'informations auprès des patients afin d'améliorer leur adhésion. L'information des patients permettrait également aux médecins généralistes d'aborder le sujet du dépistage plus facilement car les patients pourraient consulter pour cet unique motif. Pour rappel, le taux d'adhésion des patients était de 76% dans le cadre de l'étude dans la Somme.

Conclusion : Cette étude a mis en évidence la considération des médecins généralistes de la Somme pour la pratique d'un dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose malgré la publication récente de recommandations HAS à ce sujet.

Mots clés : Dépistage, Cancer, Poumon, Médecine Générale, Opinion

Lung cancer screening with low dose computed tomography: Motivations and reluctance of general practitioners. Qualitative study through semi directive interviews with 15 general practitioners of the Somme.

Introduction: A low-dose scanner lung cancer screening campaign has been implemented in the Somme since May 2016. The main objective of our study was to know the motivations and reluctance of general practitioners to participate in this screening. The secondary objective was to determine the motivating and limiting factors for patients to join this screening.

Methods: A qualitative study through semi directive interviews was realized with 15 general practitioners in the Somme.

Results: For general practitioners, screening is an integral part of the management of cancers, especially lung cancer because it allows the detection of early stages making effective treatment and possible cure. It is the role of the general practitioner to suggest screening, which is necessary because of the prevalence of smoking and bronchopulmonary cancer in their daily practice. Screening is also a way of raising awareness against smoking. It is complementary to primary prevention. The lack of interest of patients to go to their doctor only for prevention and screening and the lack of time for general practitioners to deal with the subject during their consultations were the main obstacles to its implementation. The problems of false positives, radiation risks and the risk of overdiagnosis were also mentioned by three practitioners. For most general practitioners, the scanner remained an appropriate technique. Nevertheless, for the patients, the scanner was a source of concern, as was the tolerance to more invasive tests. Low socio-economic status and distance from imaging centers were also limiting factors. However, the information given by their general practitioner about the benefits of screening remained the main lever to their involvement.

Discussion: One-third of the physicians interviewed suggested the idea of a patient information campaign to improve their involvement. Patients' information would also make it easier for general practitioners to discuss the subject of screening because patients could consult for this unique reason. As a reminder, the patients' commitment rate was 76% in the study in the Somme.

Conclusion: This study shows the Somme general practitioners' consideration for the practice of lung cancer screening by low-dose computer tomography despite the recent publication of HAS recommendations on this subject.

Keywords: Screening, Cancer, Lung, General Practice, Opinion