



**HAL**  
open science

# Conditions de réalisation de la coloscopie en Martinique dans le cadre du dépistage du cancer colorectal: enquête auprès des patients et des médecins généralistes

Aurélia Borchì

► **To cite this version:**

Aurélia Borchì. Conditions de réalisation de la coloscopie en Martinique dans le cadre du dépistage du cancer colorectal: enquête auprès des patients et des médecins généralistes. *Cancer*. 2018. dumas-02274352

**HAL Id: dumas-02274352**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274352>**

Submitted on 25 Nov 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 DES ANTILLES

2018

FACULTÉ DE MEDECINE  
HYACINTHE BASTARAUD

N° 2018ANTI0368

**CONDITIONS DE RÉALISATION DE LA COLOSCOPIE EN  
MARTINIQUE DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE DU CANCER  
COLORECTAL**

**ENQUÊTE AUPRÈS DES PATIENTS ET DES MÉDECINS  
GÉNÉRALISTES**

**THÈSE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD des  
Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 17 décembre 2018

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE**

Par

**BORCHI Aurélia**

Examineurs de la thèse :

M. CABIE André

Professeur, Président du jury

M. NEVIÈRE Rémi

Professeur

M. DELIGNY Christophe

Professeur

M. MASSÉ Franck

Maitre de Conférences des Universités

Mme MERLE Sylvie

Docteur en Médecine

## UNIVERSITÉ DES ANTILLES

\*\*\*\*\*



## FACULTÉ DE MÉDECINE HYACINTHE BASTARAUD

\*\*\*

Président de l'Université : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>NEVIERE Rémi</b>          | <b>Physiologie</b><br>CHU de MARTINIQUE  |
| <b>Bruno HOEN</b>            | <b>Maladies Infectieuses</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES                 |
| <b>Pascal BLANCHET</b>       | <b>Chirurgie Urologique</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES                  |
| <b>André-Pierre UZEL</b>     | <b>Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES |
| <b>Pierre COUPPIE</b>        | <b>Dermatologie</b><br>CH de CAYENNE   |
| <b>Thierry DAVID</b>         | <b>Ophtalmologie</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES                           |
| <b>Suzy DUFLO</b>            | <b>ORL – Chirurgie Cervico-Faciale</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES         |
| <b>Eustase JANKY</b>         | <b>Gynécologie-Obstétrique</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES                 |
| <b>DE BANDT Michel</b>       | <b>Rhumatologie</b><br>CHU de MARTINIQUE                                       |
| <b>François ROQUES</b>       | <b>Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</b><br>CHU de MARTINIQUE           |
| <b>Jean ROUDIE</b>           | <b>Chirurgie Digestive</b><br>CHU de MARTINIQUE                                |
| <b>Jean-Louis ROUVILLAIN</b> | <b>Chirurgie Orthopédique</b><br>CHU de MARTINIQUE                             |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>SAINTE-ROSE Christian</b>          | <b>Neurochirurgie Pédiatrique</b><br>CHU de MARTINIQUE  |
| <b>André CABIE</b>                    | <b>Maladies Infectieuses</b><br>CHU de MARTINIQUE   |
| <b>Philippe CABRE</b>                 | <b>Neurologie</b><br>CHU de MARTINIQUE  |
| <b>Raymond CESAIRE</b>                | <b>Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie</b><br>CHU de MARTINIQUE                            |
| <b>Sébastien BREUREC</b>              | <b>Bactériologie &amp; Vénérologie</b><br><b>Hygiène hospitalière</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES |
| <b>Maryvonne DUEYMES-BODENES</b><br>r | <b>Immunologie</b><br>CH de CAYENNE   |
| <b>Régis DUVAUFERRIER</b>             | <b>Radiologie et imagerie Médicale</b><br>CHU de MARTINIQUE   |
| <b>Annie LANNUZEL</b>                 | <b>Neurologie</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES   |
| <b>Louis JEHEL</b>                    | <b>Psychiatrie Adulte</b><br>CHU de MARTINIQUE  |
| <b>Mathieu NACHER</b>                 | <b>Epidémiologie</b><br>CH de CAYENNE   |
| <b>Guillaume THIERY</b>               | <b>Réanimation</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES   |
| <b>Magalie DEMAR-PIERRE</b>           | <b>Parasitologie et Infectiologue</b><br>CH de CAYENNE  |
| <b>Vincent MOLINIE</b>                | <b>Anatomie Cytologie Pathologique</b><br>CHU de MARTINIQUE   |
| <b>Philippe KADHEL</b>                | <b>Gynécologie-Obstétrique</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  |
| <b>Jeannie HELENE-PELAGE</b>          | <b>Médecine Générale</b><br>Cabinet libéral au Gosier   |
| <b>MEJDOUBI Mehdi</b>                 | <b>Radiologie et Imagerie</b><br>CHU de MARTINIQUE  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>VENISSAC Nicolas</b> | <b>Chirurgie Thoracique Et Cardiovasculaire</b><br>CHU de MARTINIQUE |
| <b>DJOSSOU Félix</b>    | <b>Maladies Infectieuses Et tropicales</b><br>CH de CAYENNE          |

**Professeurs des Universités Associés**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Karim FARID</b>  | <b>Médecine Nucléaire</b><br>CHU de MARTINIQUE |
| <b>MERLE Harold</b> | <b>Ophthalmologie</b><br>CHU de MARTINIQUE     |

**Maître de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers**

|   |   |
|---|---|
| <b>Christophe DELIGNY</b>                   | <b>Gériatrie et biologie du vieillissement</b><br>CHU de MARTINIQUE                                     |
| <b>Jocelyn INAMO</b>                        | <b>Cardiologie</b><br>CHU de MARTINIQUE   |
| <b>Françiane GANE-TROPLENT</b>              | <b>Médecine générale</b><br>Cabinet libéral les Abymes  |
| <b>Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE</b> | <b>Endocrinologie</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES   |
| <b>Marie-Laure LALANNE-MISTRIH</b>          | <b>Nutrition</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  |
| <b>TABUE TEGUO Maturin</b>                  | <b>Médecine interne : Gériatrie et biologie<br/>Du vieillissement</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES |
| <b>Narcisse ELENGA</b>                      | <b>Pédiatrie</b><br>CH de CAYENNE   |
| <b>GELU-SIMEON Moana</b>                    | <b>Gastroentérologie</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES  |
| <b>BACCINI Véronique</b>                    | <b>Hématologie, Transfusion</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES                                       |
| <b>MASSE Franck</b>                         | <b>Médecine Générale</b>  |

## Chefs de Clinique des Universités – Assistants des Hôpitaux

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>DARCHE Louis</b>         | <b>Chirurgie Générale et Viscérale</b><br>CHU de MARTINIQUE          |
| <b>LEFEVRE Benjamin</b>     | <b>Maladies Infectieuses</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE                |
| <b>BUTORI Pauline</b>       | <b>ORL</b><br>CHU de POINTE-A-PITRE                                  |
| <b>BONIFAY Timothée</b>     | <b>Médecin Générale</b><br>CHU de Cayenne Croix rouge                |
| <b>DURTETTE Charlotte</b>   | <b>Médecine Interne</b><br>CHU de MARTINIQUE                         |
| <b>RENARD Guillaume</b>     | <b>Chirurgie Orthopédique</b><br>CHU de MARTINIQUE                   |
| <b>GUERIN Meggie</b>        | <b>Parasitologie et Mycologie</b><br>CH de CAYENNE                   |
| <b>SYLVESTRE Emmanuelle</b> | <b>Maladies Infectieuses</b><br>CHU de MARTINIQUE                    |
| <b>POUY Sébastien</b>       | <b>Cardiologie</b><br>CHU de MARTINIQUE                              |
| <b>DEBBAGH Hassan</b>       | <b>Urologie</b><br>CHU de MARTINIQUE                                 |
| <b>HENNO Florent</b>        | <b>Anesthésiologie/Réanimation</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES |
| <b>BANCEL Paul</b>          | <b>ORL</b><br>CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES                         |
| <b>MONFORT Astrid</b>       | <b>Cardiologie</b><br>CHU de MARTINIQUE                              |
| <b>PARIS Eric</b>           | <b>Réanimation</b><br>CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES                      |
| <b>JEREMIE Jean-Marc</b>    | <b>Psychiatrie</b><br>CHU de MARTINIQUE                              |
| <b>TRAMIER Ambre</b>        | <b>Gynécologie Obstétrique</b><br>CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES     |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>PIERRE-JUSTIN Aurélie</b> | <b>Neurologie</b><br>CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES                    |
| <b>MOUREAUX Clément</b>      | <b>Urologie</b><br>CHU POINTE-A-PITRE/ABYMES                      |
| <b>CARPIN Jamila</b>         | <b>Médecine Générale</b><br>Cabinet du Dr GANE-TROPLENT Franciane |
| <b>PLACIDE Axiane</b>        | <b>Médecine Générale</b><br>CHU de MARTINIQUE                     |
| <b>NIEMETZKY Florence</b>    | <b>Médecine Générale</b><br>CH de CAYENNE                         |
| <b>BLAIZOT Romain</b>        | <b>Dermatologie</b><br>CH de CAYENNE                              |

## **REMERCIEMENTS**

***À Monsieur le Professeur André CABIÉ,***

qui me fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

***À Monsieur le Professeur Christophe DELIGNY,***

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Soyez assuré de toute ma gratitude.

***À Monsieur le Professeur Rémi NEVIÈRE,***

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Merci pour votre disponibilité.

***À Monsieur le Docteur Franck Massé,***

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Solliciter tes compétences et ton expérience pour juger ce travail était important de mon point de vue.

***À ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Sylvie MERLE,***

Merci d'avoir accepté de me guider tout au long de ce travail et de m'avoir encouragée pendant la rédaction. Un grand merci pour votre écoute, votre pédagogie, vos conseils avisés et pour toutes les heures passées à me relire.

***À l'AMREC, au médecin coordinateur le Dr BACHELIER-BILLOT*** merci pour votre relecture et tout particulièrement à ***Monsieur Stéphane MICHEL***, un immense merci pour ta collaboration et ton professionnalisme dans la réalisation des statistiques de l'étude, ainsi que pour ta motivation, ton soutien et ta disponibilité à tous les rendez-vous de thèse. Merci pour ton aide qui m'a été précieuse.

**À tous mes patients**, passés, présents et à venir.

**Aux médecins généralistes inclus dans mon étude** qui ont accepté de prendre le temps de répondre à mes questions.

**À mes chefs durant mon internat**, Dr Saint-Georges, Dr Ferracci, Dr Salducci, Dr Spony, Dr Roigt, Dr Lopin pour m'avoir formée à ce magnifique métier, et tout particulièrement au Dr Orssot-Dessi, tu incarnes pour moi les valeurs Hippocratiques de la médecine avec ton humanisme, ton écoute et ta rigueur professionnelle.

**À toutes mes merveilleuses rencontres antillaises**, Constance, Laura, Lucien, Vivien, Célia, Floriane, Marie, Stéphy, Elodie, Nicolas, Matthieu. Merci pour votre amitié et votre bonne humeur contagieuse.

**À ma famille d'adoption martiniquaise**, Sévérine, Jeff, Rafaële et Sixtine. Merci pour avoir pris soin de moi durant ces 2 belles années.

**À mes amies et amis** pour votre écoute, votre bienveillance envers moi durant toutes ces années. Loin des uns et des autres, vous avez su m'apporter votre douceur, votre amitié malgré les 8000 kilomètres qui nous séparaient. Mélanie, Fanny, Paul, Alex, Célia, Stig, je vous aime et vous reviens très vite.

**À ma famille**, mes cousines, mes tantes et oncles et à ma grand-mère : gracias por tu presencia, tu amor incondicional y el sabor de tu paella que me ha sostenido durante mis momentos de soledad.

**À mon frère**, merci Romain pour ton attention et le soutien que tu as su m'apporter dans les moments de doute.

**À mon beau père**, merci pour l'intérêt que tu as porté à ma thèse, pour tes précieux conseils et ton amour. J'ai emporté avec moi, loin de la maison, ta rigueur mathématique et ta créativité qui m'ont donné la base et l'assurance pour poursuivre ma vocation.

**À mon père**, merci pour ton soutien, ta bonne humeur et tes visites dans les Antilles qui ont été un vecteur supplémentaire de motivation et de force.

**À ma mère et ma sœur**, merci pour votre soutien, votre écoute, votre amour au quotidien, vos bonnes énergies qui ont traversé l'Atlantique et qui m'ont permises d'être la Lola que je suis aujourd'hui. Merci d'avoir su trouver les mots justes pour me faire poursuivre ces longues études de médecine Maman, et Mélanie merci pour ta joie de vivre et ta légèreté, vous êtes toutes les deux source d'une grande inspiration pour moi. Un abrazo muy fuerte mis queridas.

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RÉSUMÉ.....</b>  | <b>10</b> |
| <b>ABSTRACT.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>REVUE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE SUJET.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>CONTRIBUTION DES AUTEURS SUR LE TRAVAIL .....</b>  | <b>16</b> |
| <b>STATUT DE L'ARTICLE .....</b>  | <b>17</b> |
| <b>INTRODUCTION .....</b>   | <b>18</b> |
| <b>MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>1) Enquête quantitative .....</b>  | <b>20</b> |
| A. Schéma de l'étude et population étudiée .....  | 20        |
| B. Analyse statistique.....   | 21        |
| <b>2) Enquête qualitative .....</b>   | <b>21</b> |
| A. Enquête auprès des patients .....  | 21        |
| B. Enquête auprès des médecins généralistes .....   | 22        |
| <b>RÉSULTATS .....</b>  | <b>23</b> |
| <b>1) Enquête quantitative .....</b>  | <b>23</b> |
| A. Caractéristiques de la population étudiée .....  | 23        |
| B. Différences de délais de réalisation d'une coloscopie suite à un test positif dans le DOCCR .....      | 24        |
| C. Facteurs déterminants les délais de réalisation d'une coloscopie suite à un test positif dans le DOCCR | 25        |
| <b>2) Enquête qualitative .....</b>   | <b>28</b> |
| A. Enquête auprès des patients .....  | 28        |
| B. Enquête des médecins généralistes .....  | 30        |
| <b>DISCUSSION.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>1) Résultats clés de notre étude .....</b>   | <b>31</b> |
| <b>2) Limites et forces de l'étude .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>3) Interprétation des résultats .....</b>  | <b>32</b> |
| <b>4) Généralisation des résultats.....</b>   | <b>33</b> |
| <b>CONCLUSION .....</b>   | <b>34</b> |
| <b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>  | <b>38</b> |
| <b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>  | <b>39</b> |
| <b>DEMANDE D'IMPRIMATUR .....</b>   | <b>40</b> |

## **RÉSUMÉ**

**Introduction** : En Martinique, le cancer colorectal (CCR) est la deuxième localisation cancéreuse la plus fréquente pour les deux sexes. Dans le cadre du dépistage organisé, la prévention de ce cancer est encadrée par la recherche de saignement occulte dans les selles tous les deux ans à partir de 50 ans, complété par une coloscopie si le test s'avère positif.

L'objectif principal de cette étude était de décrire le parcours des patients en Martinique pour obtenir une coloscopie suite à un test positif du dépistage du CCR en mesurant le délai pour réaliser une coloscopie. Les objectifs secondaires étaient de connaître l'opinion des médecins généralistes sur le dépistage du CCR et de repérer les facteurs associés à une coloscopie tardive selon les déclarations des patients.

**Matériel et méthodes** : L'étude a été conduite en deux parties : une étude quantitative descriptive et une étude qualitative. L'étude rétrospective a concerné les personnes présentes dans la base de données de la structure de gestion du dépistage organisé ayant eu un test immunologique positif entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 28 février 2018 et ayant réalisé une coloscopie en Martinique. Les variables analysées étaient : sexe, âge, régime d'assurance maladie, territoire de résidence, résultat de la coloscopie après analyse cytopathologique et secteur de réalisation de la coloscopie (public ou privé). Le critère de jugement principal était le délai (en jours) pour obtenir une coloscopie après la date d'édition du résultat d'un test de dépistage positif. Des comparaisons statistiques ont été faites selon que ce délai était inférieur ou supérieur ou égal à 90 jours.

L'étude qualitative s'est appuyée sur des entretiens téléphoniques auprès d'un échantillon de 36 patients, issu de la population de l'enquête quantitative, et de 17 médecins généralistes de Martinique. Les entretiens ont été retranscrits et une analyse de contenu a été réalisée.

**Résultats** : En Martinique, le délai médian pour obtenir la coloscopie suite à un test positif était de 101 jours. Une différence significative en termes de délai supérieur ou égal à 90 jours pour l'obtention d'une coloscopie a été retrouvée pour 3 variables : l'affiliation au régime général ( $p=0,03$ ), la réalisation de la coloscopie dans le secteur public ( $p<0,001$ ) et un revenu médian de la commune de résidence très élevé ( $p=0,02$ ). L'enquête qualitative auprès des patients a permis de constater que seules la motivation personnelle du patient et celle de son médecin traitant sont associées à des rendez-vous de coloscopies obtenus rapidement. L'enquête auprès des médecins traitants n'a pas mis en évidence de freins propres aux patients dans l'obtention de ce rendez-vous.

**Discussion** : Un délai de plus de 90 jours pour réaliser une coloscopie après test de dépistage positif ne semble pas lié à l'offre de soin proposée en Martinique, mais à un facteur motivationnel prépondérant lié au soignant et au soigné. Des stratégies pour raccourcir les délais de prise de rendez-vous de la coloscopie sont à privilégier.

## **ABSTRACT**

**Background:** In Martinique, colorectal cancer (CRC) is the second most common cancer site regarding both sex. The prevention of this cancer relies on an organized faeces occult blood test (FOBT) screening program which applies to individuals starting from 50 years old, followed by a colonoscopy if the test proves positive.

The main objective of this study was to describe patient's course in Martinique to obtain a colonoscopy following a positive test of CRC screening by measuring the delay to perform a colonoscopy. Secondary objectives were to learn about general practitioner's opinion on CRC screening and to identify factors associated to late colonoscopy according to patient's statements.

**Methods:** The study was conducted in two parts: a descriptive quantitative study and a qualitative study. The retrospective study involved people registered in the database of the organized screening management structure who had a positive immunological test between January 1st, 2016 and February 28th, 2018 and who performed a colonoscopy in Martinique. Data analyzed were: sex, age, health insurance plan, place of residency, result of colonoscopy after cytopathological analysis and area of colonoscopy (public or private). Main outcome was the delay (in days) for the performing of a colonoscopy after the editing date of positive screening test result. Statistical comparisons were made according to this delay of 90 days depending if it was lower or higher or equal. The qualitative study was based on phone interviews conducted on a 36 patients sample from quantitative survey population and 17 GPs from Martinique. Interviews have been transcribed and a content analysis has been conducted.

**Results:** In Martinique, median delay for a colonoscopy after a positive test was 101 days. A significant difference in terms of delay higher or equal to 90 days to obtain a colonoscopy was associated with 3 variables: affiliation to the general regime of social security ( $p = 0.03$ ), colonoscopy carrying out in public sector ( $p < 0.001$ ) and a very high income municipality ( $p = 0.02$ ). Patient's qualitative study found that only patient's personal motivation and his doctor's are mainly associated with short colonoscopy appointments. GP's study did not reveal any patient's specific obstacles in getting this appointment.

**Discussion:** A delay of more than 90 days to carry out a colonoscopy after a positive screening test does not seem to be linked to the supply of health care proposed in Martinique, but to a preponderant motivational factor related to the caregiver and the patient. Strategies to improve the delay of appointment of colonoscopies are promoted to shorten the wait.

## **REVUE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LE SUJET**

*Le cancer colorectal et son dépistage organisé :*

Le cancer colorectal (CCR) est un problème majeur de santé publique.

L'incidence de cancer en France et dans le monde est en augmentation au fil du temps. En Martinique, le CCR est la deuxième localisation cancéreuse la plus fréquente aussi bien chez l'homme que chez la femme [1].

Le CCR se développe longtemps en silence, sans symptômes particuliers. Le pronostic du cancer colorectal est directement lié au stade de découverte de la maladie. La découverte à un stade précoce est donc primordiale car elle modifie directement le pronostic de cette pathologie potentiellement mortelle. Le cancer du côlon se développe le plus souvent à partir de la muqueuse colique. Dans la majorité des cas il s'agit de la transformation maligne d'une tumeur bénigne : le polype ou adénome. Le délai entre l'apparition d'un adénome visible et sa transformation en cancer est long, de l'ordre de 9 à 12 ans [2]. Ce délai fait tout l'intérêt du dépistage qui permet d'intervenir avant la transformation maligne.

Le dépistage et la prise en charge précoce du CCR constituent donc un enjeu majeur de santé publique. Le dépistage organisé par recherche de sang dans les selles sur prélèvement unique, tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité s'adresse à la population à risque moyen entre 50 et 74 ans. En 2008, il a été organisé dans tous les départements français. Les taux de participation restent insuffisants, inférieurs aux normes européennes de 45 %. En Martinique, sur la période 2016/2017, ce taux était de l'ordre de 35,3 % contre 33,5 % en France hexagonale [3].

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

En 2014, le cahier des charges du dépistage organisé en population a remplacé le test au gâïac précédemment utilisé, par un nouveau test immunologique de recherche de sang dans les selles. Le test immunologique repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps. Sa sensibilité est supérieure à l'ancien test Hémocult® et permet une meilleure détection des cancers et des lésions précancéreuses. Il détecte 2 fois plus de cancers et 2,5 fois plus d'adénomes avancés au seuil de positivité retenu pour le démarrage du programme (4%). La lecture automatisée de ce test garantit une grande fiabilité car le test ne peut pas être rendu positif par l'hémoglobine animale issue de l'alimentation par exemple. Cela permet notamment de limiter le nombre de faux positifs [4].

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

La mise en œuvre du dépistage organisé du CCR a été confiée à des structures de gestion départementales, sur l'ensemble du territoire français (départements et territoires d'outre-mer compris). En Martinique, cette structure porte le nom d'Association martiniquaise pour la recherche

épidémiologique en cancérologie (Amrec) [5].

La structure de gestion invite la population cible à aller chercher un kit de dépistage chez son médecin traitant à l'occasion d'une consultation. Le médecin traitant, lors de cette consultation, s'assure de l'absence de contre indication à la réalisation de ce test de dépistage. Il informe également son patient sur les conditions de réalisation du test, et de l'éventualité de réaliser une coloscopie à la recherche de lésions coliques responsables de la positivité du test.

La relation de confiance entre le patient et son médecin généraliste est primordiale dans la réalisation du test de dépistage d'une part et de la coloscopie en cas de test positif d'autre part. Plusieurs freins au dépistage du CCR ont été identifiés dans de nombreuses études [6] tels que la méconnaissance du CCR et de son dépistage, la gêne éprouvée à l'égard de ce cancer, des modalités de ce dépistage, de la sphère digestive en général, mais aussi le sentiment de ne pas être concerné par ce dépistage et/ou la volonté de ne pas se sentir concernés. Près de 9 personnes sur 10 déclarent avoir effectué le test de dépistage lorsqu'il a été expliqué et remis par le médecin traitant au cours de la consultation.

Les freins liés à la non réalisation de la coloscopie ou à un long délai ont été décrits dans plusieurs études. Le sexe, l'âge et la zone de résidence, en particulier défavorisée, étaient considérés comme des facteurs associés à des délais de coloscopie élevés. Une étude qualitative réalisée en 2008 par De Pauw [7] mettait en évidence une dimension psychologique non négligeable associée à une coloscopie tardive : inquiétude d'un cancer, absence d'interlocuteur professionnel au moment du résultat du test ou encore dimension pécuniaire de la coloscopie.

#### État actuel des connaissances sur la coloscopie :

La coloscopie totale est l'examen diagnostique de référence.

De nombreuses études montrent que la coloscopie avec ou sans polypectomie est un outil performant pour le dépistage et la prévention du CCR à titre individuel en réduisant durablement, pendant 10 à 15 ans, son incidence et sa mortalité. Le système d'information de la Caisse nationale d'assurance maladie ne permet pas de faire le compte exact des coloscopies réalisées à titre de dépistage (en dehors de tout symptôme) chez des sujets à risque moyen. Sur les 17,7 millions personnes âgées de 50 à 74 ans en France, celles qui sont les plus concernées par la survenue d'un CCR, on estime en 2012 que 5 millions d'entre elles ont bénéficié du dépistage organisé (test au gâïac réalisé à domicile suivi d'une coloscopie de diagnostic en cas de positivité du test), près de 3,5 millions de plus ont bénéficié d'une coloscopie de dépistage ou de diagnostic au cours des 5 dernières années [8].

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

#### État actuel des connaissances sur les délais de réalisation de la coloscopie :

Dans la littérature, il n'a pas été retrouvé de consensus sur le délai optimal pour réaliser la coloscopie après un test positif. Selon l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, le délai de programmation de l'exploration digestive est apprécié par le médecin en lien avec le gastroentérologue [9] bien que l'INCa ne précise pas ce délai. Selon une étude californienne, ce délai a été fixé à une moyenne de 10 mois, au-delà de ce délai le taux d'apparition de CCR semblait être significativement plus élevé [10].

Recherche bibliographique :

1. Cancer du côlon-rectum / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-colon-rectum>
2. Bulletin de veille sanitaire — Epidémiologie des cancers aux Antilles Guyane : Focus sur quatre principales localisations N° 8-9 / Octobre –Novembre 2013
3. Cancer du côlon-rectum / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-colon-rectum>
4. Denis B, Guittet L. Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ? Hépatogastro. 2015 ; 22 : 119-129.
5. <https://www.depistage-cancer-martinique.com/>
6. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>
7. De Pauw C, « La non-réalisation d'une coloscopie après un test positif de dépistage du cancer colorectal : étude qualitative », *Santé Publique* 2008/3 (Vol. 20), p. 249-257. DOI 10.3917/spub.083.0249
8. AMELI Rapport charges et produits [en ligne] disponible sur: <http://www.ameli.fr/rapport-charges-et-produits-2013/data/catalogue.pdf> p22-26
9. Institut National du Cancer- Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>
10. JAMA. 2017 Apr 25;317(16):1631-1641 Disponible sur: <https://www.snfge.org/gastroscoop/delai-entre-test-fecal-positif-et-coloscopie-prendre-son-temps-mais-pas-plus-que-10-mois>



## **CONTRIBUTION DES AUTEURS SUR LE TRAVAIL**

Pour ce travail de thèse, j'ai effectué les différentes recherches bibliographiques sur le sujet, la construction des grilles d'entretiens en collaboration avec ma directrice de thèse le Docteur Sylvie MERLE ainsi qu'avec le biostatisticien Stéphane MICHEL du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers à la Martinique (Amrec).

J'ai réalisé les entretiens téléphoniques ou en face-à-face avec les patients et les médecins généralistes et j'ai créé un document en ligne afin d'obtenir davantage de réponses auprès des médecins généralistes qui n'étaient pas disponibles par téléphone. J'ai réalisé la retranscription, l'écriture et l'analyse du contenu des entretiens.

Enfin, j'ai rédigé le manuscrit.

Ma directrice de thèse a participé à l'élaboration de la méthode, à la discussion des résultats, à la correction et relecture de l'ensemble du manuscrit.

Stéphane Michel a réalisé l'ensemble des statistiques de l'étude de la partie quantitative.

Les rendez-vous pour les corrections de l'article se sont effectués la plupart du temps à 3 avec les deux personnes citées précédemment.

Le médecin coordinateur du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers à la Martinique (Amrec) a participé à un travail de relecture du manuscrit.

Ce travail a également été relu par la gastroentérologue, le Dr Pennont Stéphanie, ainsi que par ses confrères spécialistes.

**STATUT DE L'ARTICLE**

En cours de formatage pour soumission à la Revue d'épidémiologie et de santé publique.

## **INTRODUCTION**

Le cancer, tout organe confondu, constitue un enjeu réel pour la santé dans le monde et en particulier dans les pays développés. La fréquence du cancer augmente en raison du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des facteurs de risque tels que par exemple le surpoids, le changement d'alimentation, la sédentarité [1].

Le cancer colo-rectal (CCR) est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme en France hexagonale [2]. Son incidence est en augmentation au fil du temps [3]. En France, en 2017, on estimait le nombre de nouveaux cas de CCR à 24 000 chez l'homme et à 20 800 chez la femme. D'après les données du Bulletin de Veille Sanitaire portant sur l'épidémiologie du CCR aux Antilles et plus particulièrement en Martinique [4], ce cancer est par ordre de fréquence au deuxième rang chez l'homme et chez la femme. Le CCR représente ainsi un vrai problème de santé publique avec environ 180 à 200 nouveaux cas de CCR diagnostiqués par an dans ce département [5].

Dans la littérature, il est admis que 60 à 80 % des cancers colorectaux se développent à partir d'une tumeur bénigne qu'on appelle polype adénomateux ou adénome, dont la fréquence augmente avec l'âge du patient. Seulement 5 % de ces adénomes évoluent et se transforment en cancer. Plusieurs facteurs augmentent ce risque de transformation : la taille de l'adénome, son nombre, son type histologique et enfin le degré d'anomalie dans le développement des tissus encore appelé dysplasie [6]. Le pronostic du CCR est en lien avec son stade au diagnostic. Des stratégies de dépistage ont été élaborées et validées au niveau technique et médico-économique pour tenter de dépister plus de patients à des stades précancéreux (polypes) ou cancéreux débutants et diminuer ainsi la mortalité en lien avec le CCR.

Le programme national de dépistage organisé du CCR, instauré depuis 2008, propose la pratique d'un test de détection de saignement occulte dans les selles tous les deux ans, à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer selon les recommandations de la conférence de consensus de la Haute Autorité de santé (HAS) [7]. Depuis septembre 2015 ce dépistage repose sur une recherche de saignement occulte dans les selles par test immunologique quantitatif (OC-Sensor®). Une coloscopie complète doit être pratiquée si le test s'avère positif [8].

Une telle stratégie permettrait de réduire la mortalité du cancer colorectal de 15 à 20 % sous réserve d'atteindre une participation de la population supérieure à 50 % après 11 ans de suivi [9]. Malheureusement, les taux de participation restent inférieurs à ce chiffre. En France hexagonale, ce taux de participation a été évalué à 33,5 % sur la période 2016/2017, nettement inférieur au repère

européen acceptable de 45 % [10]. En Martinique, sur la même période, ce taux est légèrement supérieur avec un taux de participation de l'ordre de 35,3 %, soit un Martiniquais sur trois qui réalise son test de dépistage du CCR [5].

Les structures départementales de gestion du dépistage organisé sont chargées d'envoyer par courrier à la population cible l'invitation à se rendre chez leur médecin généraliste pour se faire remettre le test après interrogatoire visant à éliminer tout signe d'appel et tout facteur de risque. En Martinique, le Centre de Coordination des Dépistages des cancers Martinique est porté par l'Association martiniquaise pour la recherche épidémiologique en cancérologie (Amrec) [11].

Selon un rapport de l'Institut de veille sanitaire, le délai moyen d'obtention d'une coloscopie est de 118 jours pour la Martinique contre une moyenne de 80 jours et une médiane de 79 jours en France hexagonale pour la période 2009/2010 [12]. Nous constatons ainsi des difficultés d'accès aux examens complémentaires en Martinique, ce qui pose la question d'une possible perte de chance pour le patient martiniquais si la coloscopie n'est pas réalisée assez tôt. Le rôle des médecins généralistes dans cet accès aux soins est primordial et l'investissement du médecin traitant est souvent mentionné comme un élément clef de la participation à la campagne de dépistage, de la réalisation du test à la coloscopie, en cas de positivité [13]. Les facteurs favorisant des délais élevés de réalisation de la coloscopie sont-ils structurels (démographie médicale, plateau technique suffisant...) ou d'ordre individuel (âge, sexe, motivations personnelles...) ? Les médecins généralistes respectent-ils les modalités du dépistage du CCR : promotion du test, respect des critères d'appartenance à la population éligible, incitation à la réalisation de la coloscopie... ?

Aucune étude n'a, à ce jour, analysé les différents obstacles à la réalisation de la coloscopie suite à un test immunologique fécal positif dans le cadre du dépistage du CCR en Martinique.

L'objectif principal de cette étude était de décrire le parcours des patients en Martinique suite à un test positif de dépistage du cancer colorectal en mesurant le délai pour obtenir une coloscopie.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient de connaître l'opinion des médecins généralistes de Martinique sur le dépistage du cancer colorectal, et de repérer les facteurs associés à une coloscopie tardive grâce à l'entretien des patients.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 1) Enquête quantitative

#### A. Schéma de l'étude et population étudiée

Nous avons mené une étude descriptive et rétrospective, visant à identifier des facteurs déterminant les délais de réalisation d'une coloscopie après un test immunologique réalisé entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 28 février 2018 et revenu positif dans le cadre de la campagne de dépistage du CCR en Martinique.

Les critères d'inclusion étaient toute personne âgée de 50 à 74 ans ayant réalisé une coloscopie en Martinique suite à un test immunologique fécal positif dans le cadre du dépistage du CCR durant la période d'inclusion. Les critères d'exclusion étaient la réalisation de la coloscopie en dehors de la Martinique. Les patients pour lesquels il n'y avait pas d'information sur la date de la coloscopie et ceux ayant réalisé l'examen en dehors du territoire ont été également exclus de l'étude.

Une requête informatique a été réalisée à partir de la base de données de la structure de gestion de dépistage de la Martinique (Amrec) selon les critères définis ci-dessus et en extrayant les variables suivantes : délai de réalisation d'une coloscopie suite à l'édition d'un résultat positif, secteur de prise en charge de la coloscopie (public ou privé), sexe des patients, âge, régime d'assurance maladie (AM), territoire de résidence, résultat de la coloscopie après analyse cytopathologique. Deux variables ont aussi été calculées à partir de la commune de résidence : revenu moyen déclaré dans leur commune de résidence et indice d'équipement médico-social défini par l'Agence régionale de santé (ARS). La variable sur les revenus médians a été attribuée à chaque patient selon son lieu de résidence à partir des données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) selon les unités de consommation en Martinique en 2008. La présentation des revenus médians a été répartie en quartiles : très élevés, élevés, moyens et faibles. L'indice d'équipement médico-social défini par l'ARS divise la Martinique en deux types de zones : équipées et fragiles. La méthode retenue pour la détermination des zones fragiles reposait sur un zonage multicritère défini sur les communes regroupées en territoires de proximité.

Dans notre étude, la période de 90 jours comme référence de délai de coloscopie a été calculée en faisant la moyenne des délais médians de réalisation de coloscopie en Martinique et en France hexagonale.

Le critère de jugement principal de l'étude était le délai (en jours) pour obtenir une coloscopie après la date d'édition du résultat d'un test de dépistage positif.

Les critères de jugement secondaires étaient les pratiques des médecins généralistes et les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant réalisé la coloscopie dans un délai de 90 jours ou plus.

## B. Analyse statistique

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS® V9.3 (SAS Institute Inc., 27513, Caroline du Nord, États-Unis). Des analyses de la variance des délais ont été menées pour l'ensemble des variables étudiées. Les analyses bivariées ont été réalisées en utilisant le test du khi-deux afin de déterminer l'influence des facteurs influençant la réalisation d'une coloscopie en moins de 90 jours.

Pour l'ensemble des tests statistiques, le seuil de significativité des tests statistiques a été fixé à 5 % ( $p$ -value < 0,05).

## 2) Enquête qualitative

### A. Enquête auprès des patients

#### a. Schéma de l'étude et population étudiée

Pour compléter les données, une étude qualitative a été réalisée auprès d'un échantillon des patients issus de la même population que celle de l'enquête quantitative. Cet échantillon a été tiré au sort à partir de l'extraction effectuée à partir de la méthode de l'aléa d'Excel (MS Office). Ces patients ont été interrogés par téléphone du 6 au 31 août 2018 selon une grille d'entretien semi-directif.

Dans le cadre du programme national de dépistage du CCR, la Commission nationale de l'informatique et des libertés autorise l'utilisation des données recueillies à des fins d'évaluation. En complément de cette autorisation, l'ensemble des patients interrogés a reçu par courrier une lettre de consentement éclairé à laquelle ils ont adhéré en donnant leur accord pour répondre à l'entretien.

#### b. Grille d'entretien semi-directif

La grille de recueil de données a été élaborée à partir de thèmes dégagés lors de la réalisation de l'enquête quantitative et selon des éléments mis en évidence dans d'autres études sur le sujet. Nous avons, suite à l'enquête quantitative, émis des hypothèses concernant les freins éventuels à la réalisation de la coloscopie en Martinique après test positif dans le cadre du dépistage du CCR. L'étude qualitative permettait d'explorer de manière plus approfondie le parcours des patients.

La première partie de la grille concernait la relation entre le patient et son médecin généraliste : confiance accordée par le patient envers son praticien, sentiment du patient quant à l'investissement de son médecin généraliste dans la réalisation de la coloscopie. La seconde était dédiée aux délais des

consultations entre les différents acteurs de la réalisation de cet examen. Enfin, la dernière partie visait plus particulièrement l'attitude personnelle des patients vis-à-vis de leur santé, leurs motivations et croyances face au dépistage et à la coloscopie, ainsi que le recueil de données administratives permettant de connaître leur profil socio démographique.

La grille d'entretien comportait dix-sept questions. Nous avons opté pour une majorité de questions ouvertes (10 questions sur 17) car elles nous paraissaient plus riches en informations permettant une plus grande spontanéité de réponses pour les patients, leur laissant l'opportunité de s'exprimer en utilisant leur propre vocabulaire. Les entretiens ont été conduits par téléphone et les réponses ont été recueillies anonymement.

Le recueil du consentement de chaque patient a été réalisé en début d'entretien téléphonique après s'être assuré de la bonne réception du courrier adressé par l'AMREC mentionnant l'étude en cours.

#### c. Analyse statistique des données

Un échantillon représentatif de 36 patients issus de la population d'étude a été constitué par tirage au sort en mode aléatoire et stratifié selon le sexe, la tranche d'âge et le territoire de résidence.

Tous les entretiens ont été retranscrits de façon littérale et chaque entretien a été reporté sur un tableur EXCEL® précisant ligne par ligne, pour chaque patient, le numéro de dossier, la date de l'inclusion, et les réponses à chacune des 17 questions.

#### B. Enquête auprès des médecins généralistes

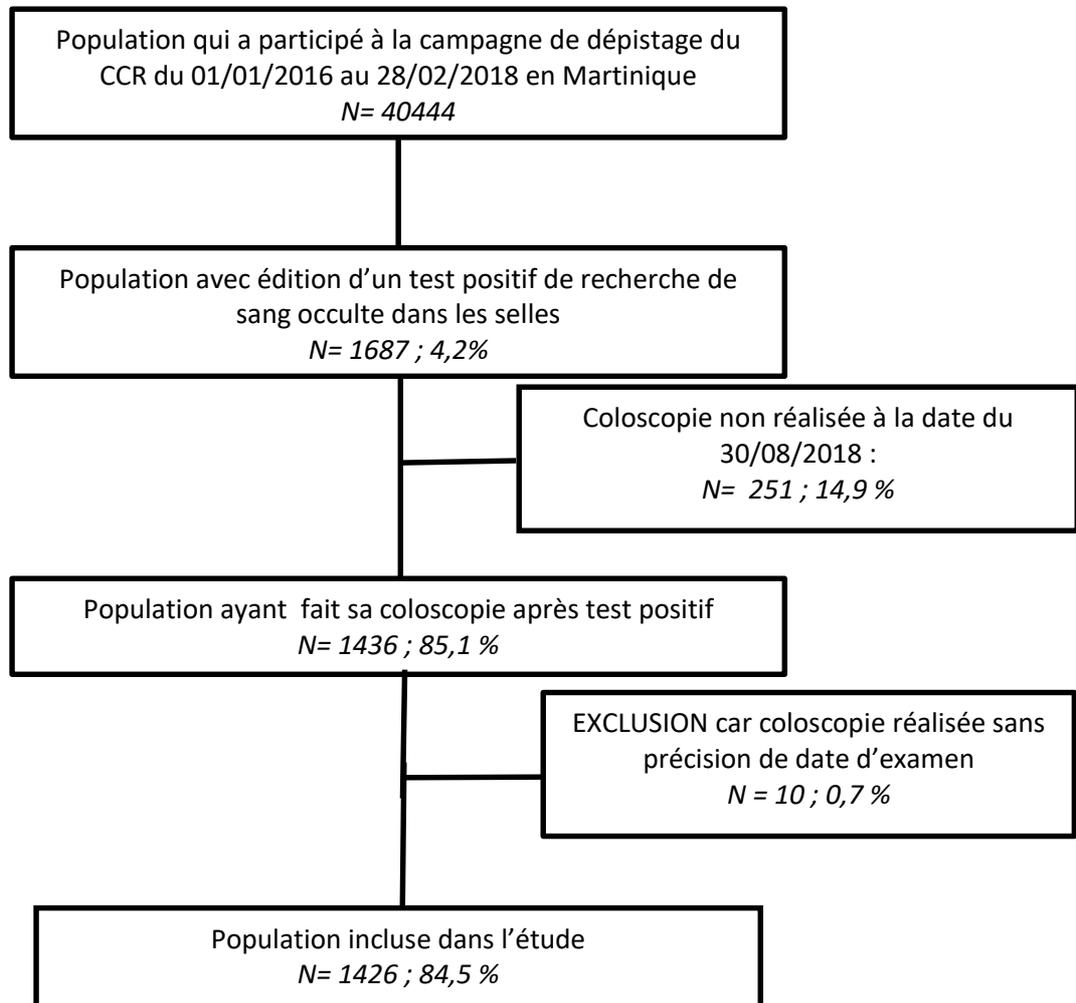
Une étude qualitative auprès d'un échantillon de 27 médecins généraliste Martinique a été réalisée du 03 septembre 2018 au 31 octobre 2018.

L'enquête s'est appuyée sur 9 questions dont la majorité d'entre elles étaient ouvertes (7 sur 9) afin d'extraire des réponses personnalisées et propres à chaque médecin. Le questionnaire abordait différents thèmes : habitudes pratiques vis-à-vis du DOCCR (Dépistage Organisé), motivations/ investissement/ degré de persuasion auprès des patients pour réaliser la coloscopie suite à un test positif, deux questions sur les délais pour obtenir les rendez-vous avec le gastroentérologue et la coloscopie, et enfin la dernière partie du questionnaire concernait les propositions des médecins traitants dans l'amélioration de l'organisation de la coloscopie dans le DOCCR.

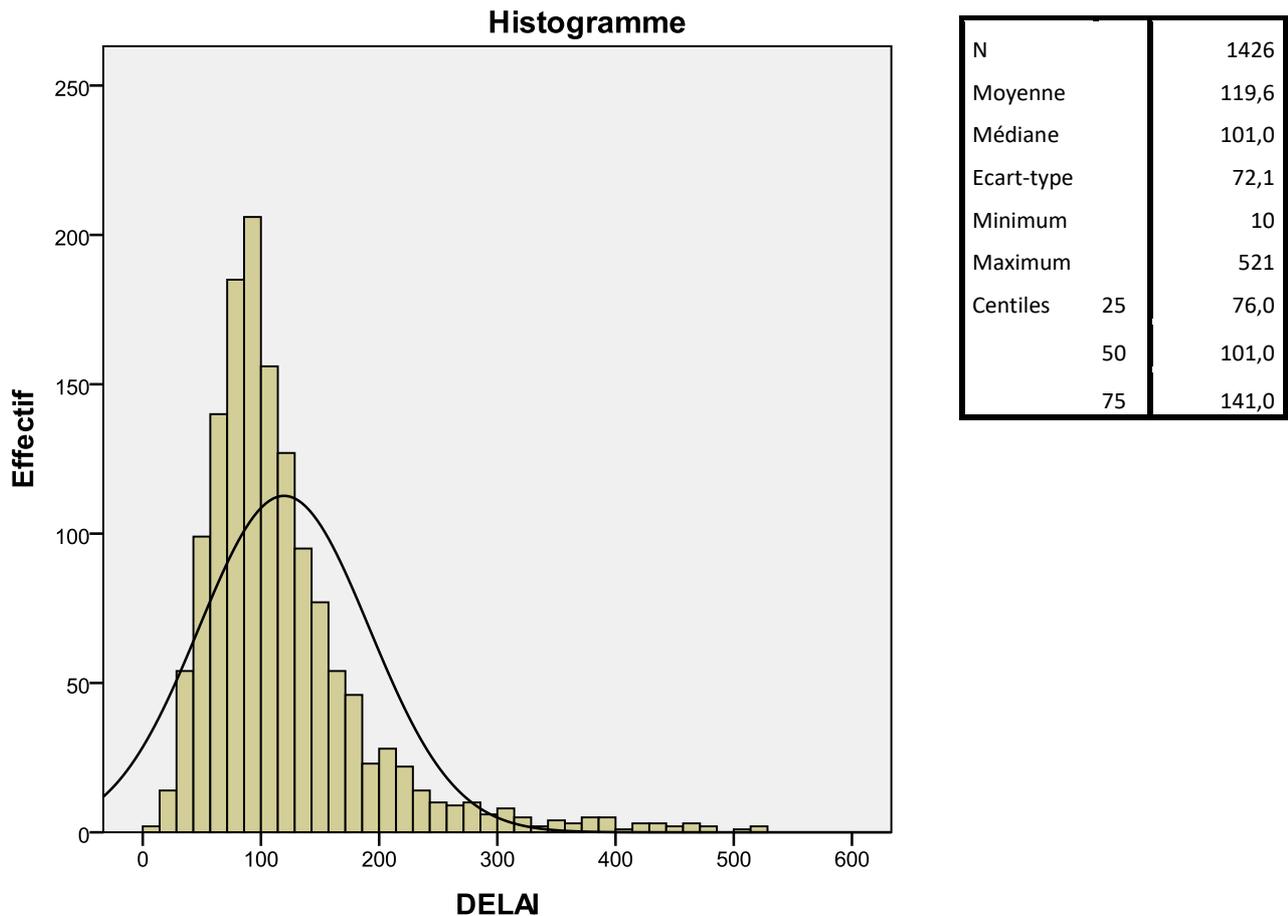
## RÉSULTATS

### 1) Enquête quantitative

#### A. Caractéristiques de la population étudiée



*Figure 1 : Diagramme de flux de la population de patients inclus dans l'étude quantitative*



*Figure 2 : Distribution des délais de réalisation de la coloscopie (en jours) et courbe de Gauss associée*

#### B. Différences de délais de réalisation d'une coloscopie suite à un test positif dans le DOCCR

Sur les 1687 patients chez qui un saignement occulte a été retrouvé dans les selles, 261 ont été exclus et 1426 patients ont été inclus (figure 1). Dans notre étude, le délai moyen de réalisation d'une coloscopie était de  $119,6 \pm 72,1$  jours. Le délai le plus court observé était de 10 jours et le plus long de 521 (soit près de 18 mois). La médiane était de 101 jours et 25,0 % des patients de notre étude avaient réalisé une coloscopie avant 76 jours et 75 % avant 141 jours (figure 2).

Le tableau 1 regroupe les caractéristiques des patients. On retrouvait une légère prédominance féminine (54,4 % de femmes et 45,6 % d'hommes), sans différence significative en termes de délai d'obtention de la coloscopie en fonction du sexe des patients ( $p=0,52$ ). On notait une prédominance de patients dans la tranche d'âge 60-64 ans, la tranche la moins représentée étant celle des 70-74 ans, sans différence significative en termes de délai d'obtention en fonction de l'âge des patients ( $p=0,23$ ). Le régime général était le régime d'AM le plus représenté (80,4 %), les régimes spéciaux étaient les moins représentés (2,9 %). Cette variable n'a pas été identifiée de manière significative en termes de délai d'obtention de la coloscopie ( $p=0,15$ ). Plus du tiers des patients résidaient dans le Centre de la Martinique (39,5 %), la partie Nord était la moins représentée (25,7 %). Le lieu d'habitation n'était pas associé à des délais différents d'obtention d'une coloscopie ( $p=0,90$ ). De même, selon les critères de l'ARS, la zone équipée était la plus représentée dans notre échantillon (80,8 %), mais sans différence significative en termes de délai d'obtention de la coloscopie ( $p=0,92$ ).

La répartition selon les revenus n'était pas associée de manière significative aux délais obtenus pour la réalisation de la coloscopie ( $p=0,67$ ).

Les résultats anatomo-pathologiques retrouvaient un cancer colorectal dans 8,8 % des cas et l'examen était normal dans 43,7 %, mais sans différence significative selon le délai d'obtention de la coloscopie ( $p=0,38$ ). Plus des trois quarts (78,1 %) des coloscopies étaient réalisés dans le secteur privé avec une différence significative ( $p=0,03$ ) entre les délais de réalisation de coloscopie dans le secteur privé (117,3 jours) et le secteur hospitalier (127,9 jours).

### C. Facteurs déterminants les délais de réalisation d'une coloscopie suite à un test positif dans le DOCCR

Le tableau 3 détaille les différentes variables étudiées selon le délai de réalisation de la coloscopie (inférieur à 90 jours versus supérieur ou égal à 90 jours). Trois variables étaient significativement associées à un délai de réalisation de la coloscopie supérieur ou égal à 90 jours : le rattachement au régime général ( $p=0,03$ ), la réalisation de la coloscopie dans le secteur public ( $p<0,001$ ) et enfin un montant très élevé des revenus médians ( $p=0,02$ ).

*Tableau 2 : Caractéristiques de la population de patients inclus et analyse de la variance des délais de réalisation de coloscopie selon les différentes modalités en Martinique (n=1426)*

| <b>Variables</b>                                   | <b>Modalités</b>  | <b>N</b> | <b>%</b> | <b>Délai</b> | <b>IC95%</b>   | <b>p</b>    |
|--|-------------------|----------|----------|--------------|----------------|-------------|
| <b>Sexe</b>  | Féminin           | 775      | 54,4     | 118,4        | [113,3; 123,6] | <b>0,52</b> |
|  | Masculin          | 651      | 45,6     | 120,9        | [115,4; 126,4] |             |
| <b>Âge</b>   | 50-54 ans         | 285      | 20,0     | 120,7        | [111,9; 129,5] | <b>0,23</b> |
|  | 55-59 ans         | 285      | 20,0     | 124,7        | [115,5; 133,9] |             |
|  | 60-64 ans         | 317      | 22,2     | 111,7        | [104,4; 119,0] |             |
|  | 65-69 ans         | 295      | 20,7     | 122,0        | [113,8; 130,2] |             |
|  | 70-74 ans         | 244      | 17,1     | 119,6        | [111,2; 127,9] |             |
| <b>Régime d'AM*</b>                                | Général           | 1147     | 80,4     | 121,4        | [104,2; 127,0] | <b>0,15</b> |
|  | Fonction Publique | 184      | 12,9     | 115,6        | [117,2; 125,6] |             |
|  | Indépendants      | 53       | 3,8      | 104,8        | [90,3; 119,2]  |             |
|  | Régimes spéciaux  | 42       | 2,9      | 117,3        | [90,0 ; 119,9] |             |
| <b>Territoire</b>                                  | Centre            | 561      | 39,5     | 121,0        | [114,4; 127,5] | <b>0,90</b> |
|  | Sud               | 495      | 34,8     | 117,9        | [111,7; 124,1] |             |
|  | Nord Atlantique   | 268      | 18,9     | 120,3        | [112,8; 127,8] |             |
|  | Nord Caraïbe      | 97       | 6,8      | 117,2        | [104,4; 130,1] |             |
| <b>Zone ARS **</b>                                 | Equipée           | 1148     | 80,8     | 119,4        | [115,2; 123,6] | <b>0,92</b> |
|  | Fragile           | 273      | 19,2     | 119,9        | [111,6; 128,2] |             |
| <b>Secteur de prise en charge de la coloscopie</b> | Privé             | 1114     | 78,1     | 117,3        | [113,0; 121,5] | <b>0,03</b> |
|  | Public            | 312      | 21,9     | 127,9        | [120,0; 135,8] |             |
| <b>Revenus médians</b>                             | Très élevés       | 463      | 32,6     | 116,5        | [109,6; 123,3] | <b>0,67</b> |
|  | Elevés            | 546      | 38,4     | 120,9        | [114,5; 128,0] |             |
|  | Moyens            | 227      | 16,0     | 119,3        | [110,8; 127,8] |             |
|  | Faibles           | 185      | 13,0     | 123,5        | [114,6; 132,3] |             |
| <b>Résultats anatomo-pathologiques</b>             | Normal            | 624      | 43,7     | 119,6        | [113,8; 125,3] | <b>0,38</b> |
|  | Polype            | 348      | 24,4     | 122,8        | [114,6; 131,1] |             |
|  | Adénome Avancé    | 329      | 23,1     | 119,9        | [113,1; 126,7] |             |
|  | Cancer            | 125      | 8,8      | 109,7        | [97,2; 122,1]  |             |

\* = Assurance Maladie

\*\* = Agence Régionale de la santé

**Tableau 3 : Caractéristiques de la population de patients inclus et comparaison statistique selon le délai de réalisation de coloscopie**

| Variables  | Modalités         | Délai < 90 jours<br>N= 551 | %    | Délai ≥ 90 jours<br>N= 875 | %    | p value          |
|--|-------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|------------------|
| <b>Sexe</b>  | Féminin           | 296                        | 20,8 | 475                        | 33,3 | <b>0,84</b>      |
|  | Masculin          | 255                        | 17,9 | 400                        | 28,0 |                  |
| <b>Âge</b>   | 50-54 ans         | 100                        | 7,0  | 180                        | 12,7 | <b>0,19</b>      |
|  | 55-59 ans         | 108                        | 7,6  | 180                        | 12,7 |                  |
|  | 60-64 ans         | 138                        | 9,7  | 178                        | 12,5 |                  |
|  | 65-69 ans         | 117                        | 8,2  | 177                        | 12,4 |                  |
|  | 70-74 ans         | 84                         | 5,9  | 161                        | 11,3 |                  |
| <b>Régime d'AM*</b>                                | Général           | 423                        | 29,7 | 720                        | 50,5 | <b>0,03</b>      |
|  | Fonction Publique | 88                         | 6,2  | 98                         | 6,9  |                  |
|  | Indépendants      | 25                         | 1,7  | 28                         | 2,0  |                  |
|  | Régimes spéciaux  | 15                         | 1,0  | 29                         | 2,0  |                  |
| <b>Territoire</b>                                  | Centre            | 230                        | 16,1 | 331                        | 23,2 | <b>0,13</b>      |
|  | Sud               | 190                        | 13,3 | 309                        | 21,7 |                  |
|  | Nord Atlantique   | 89                         | 6,2  | 179                        | 12,6 |                  |
|  | Nord Caraïbe      | 42                         | 3,0  | 56                         | 3,9  |                  |
| <b>Zone ARS **</b>                                 | Equipée           | 440                        | 30,9 | 711                        | 49,8 | <b>0,55</b>      |
|  | Fragile           | 111                        | 7,8  | 164                        | 11,5 |                  |
| <b>Secteur de prise en charge de la coloscopie</b> | Public            | 86                         | 6,0  | 226                        | 15,9 | <b>&lt;0,001</b> |
|  | Privé             | 459                        | 32,2 | 655                        | 45,9 |                  |
| <b>Revenus médians</b>                             | Très élevés       | 203                        | 14,2 | 261                        | 18,3 | <b>0,02</b>      |
|  | Elevés            | 210                        | 14,7 | 337                        | 23,7 |                  |
|  | Moyens            | 76                         | 5,3  | 151                        | 10,6 |                  |
|  | Faibles           | 62                         | 4,3  | 126                        | 8,9  |                  |
| <b>Résultats anatomo-pathologiques</b>             | Normal            | 240                        | 16,8 | 385                        | 27,0 | <b>0,38</b>      |
|  | Polype            | 142                        | 10,0 | 206                        | 14,4 |                  |
|  | Adénome Avancé    | 115                        | 8,1  | 212                        | 14,9 |                  |
|  | Cancer            | 54                         | 3,8  | 72                         | 5,0  |                  |

\* = Assurance Maladie

\*\* = Agence Régionale de la santé

## 2) Enquête qualitative

### A. Enquête auprès des patients

#### a. Caractéristiques de l'échantillon

Trente six patients ont été interrogés, le taux de participation était donc de 100 %. La plupart des individus semblaient très intéressés par le sujet et ont apprécié de pouvoir donner leur avis. La durée des entretiens variait de sept minutes à cinquante minutes. Les caractéristiques des répondants sont décrites en annexe 1.

Notre échantillon se composait d'autant de femmes que d'hommes. Les patients dont l'âge était compris entre 70 et 74 ans étaient les plus représentés. Les autres tranches d'âge étaient présentes en quantité équivalente. La plupart des patients était affiliée au régime général, aucun patient n'était rattaché à un régime spécial d'assurance maladie.

#### b. La représentation des patients dans le parcours de soin de leur coloscopie

Les motivations qui ont conduit les patients à réaliser le test du dépistage du CCR sont une certaine assiduité et conscience de leur santé et plus particulièrement du respect des actes de prévention proposés par le système de santé publique, l'habitude à réaliser ce test, l'incitation de leur médecin traitant ou encore l'information de la campagne de dépistage à travers la télévision. En majorité, 7 patients sur 10 ont avoué ressentir une crainte à la positivité du test. L'annonce du résultat positif s'est faite dans presque tous les cas (plus de 9 sur 10) à leur domicile directement par courrier postal, ce qui n'a manifestement pas importuné les patients qui se disent le plus souvent satisfaits (plus de 7 sur 10) de ce mode de communication des résultats.

L'investissement des médecins traitants à promouvoir la réalisation de la coloscopie et à rassurer leurs patients a été apprécié par près des trois quarts des patients. Une patiente de 65 ans nous disait : *« Mon médecin traitant a pris le temps de me rassurer sur le fait que ce n'était probablement pas grave, il m'a également expliqué comment se déroulait l'examen et les potentiels risques qui existent comme la perforation colique ».*

En moyenne, les patients ont consulté leur médecin traitant dans les 7 jours qui ont suivi la réception du test positif à leur domicile. La prise de rendez-vous avec le gastroentérologue s'est faite assez rapidement, le jour même pour plus d'un patient sur cinq avec une prise de rendez-vous par le médecin traitant dans 1 cas sur 7. Un délai de 14 jours a été rapporté chez près d'un patient sur cinq, une femme de 70 ans, pour qui ce fut le cas a dit : *« J'ai appelé le jour même de la consultation avec mon médecin traitant pour prendre rendez-vous avec le spécialiste, je n'ai pas eu de réponse. J'ai renouvelé l'appel*

*pendant une semaine, en vain. Je me suis donc déplacée directement à la clinique X. La secrétaire n'était pas agréable, et m'a demandé de faire la queue pour pouvoir prendre un rendez-vous. J'étais très mal garée, je pensais que la prise de rendez-vous aurait été rapide, j'ai donc dû repartir, pour revenir quelques jours après et attendre près d'une heure pour enfin avoir mon rendez-vous avec le spécialiste ».*

La prise de rendez-vous par le médecin traitant ou via le biais de connaissances travaillant dans l'établissement a permis d'obtenir des rendez-vous avec le gastroentérologue dans un délai inférieur à 14 jours dans 8 cas sur 36.

Le délai d'obtention de rendez-vous avec le gastroentérologue et celui de réalisation de la coloscopie ont été en moyenne d'un mois dans notre échantillon (respectivement dans 11 cas sur 36 et dans 14 cas sur 30). Un patient de 71 ans qui a réalisé sa coloscopie en 347 jours, a expliqué : *« J'ai reçu le courrier disant qu'ils avaient trouvé du sang dans mes selles, j'ai voulu aller faire ma coloscopie à l'hôpital de Trinité mais l'appareil était en panne. Quelques mois après, je suis tombé malade et j'ai dû être hospitalisé pendant plusieurs mois. Je n'ai donc pu faire ma coloscopie qu'à la sortie de l'hôpital ».*

Plus de la moitié des patients semblaient être relativement bien informés sur les modalités de réalisation de la coloscopie en revanche peu d'entre eux (6 sur 36) connaissaient l'existence de complications liées à la coloscopie.

Près des deux tiers des patients rapportaient avoir confiance en leur médecin traitant et suivre ses recommandations.

À la question : *« Comment décririez-vous votre attitude vis-à-vis de votre santé ?*», plus des deux tiers des patients ont dit prendre soin de leur santé.

Presque toutes les personnes interrogées n'ont pas exprimé de difficultés pécuniaires pour la réalisation de la coloscopie.

## B. Enquête des médecins généralistes

### a. Caractéristiques de l'échantillon de médecins

Sur les 27 médecins généralistes sollicités, 17 ont accepté de répondre au questionnaire, soit un taux de participation de 63,0 %.

Les caractéristiques des médecins participants sont décrites en annexe 2.

### b. Opinion des médecins généralistes face à leurs pratiques vis-à-vis du dépistage du CCR et la réalisation de la coloscopie

Globalement, aucun frein propre aux patients n'a été identifié par les médecins généralistes dans l'obtention du rendez-vous pour la coloscopie suite à un test positif du DOCCR.

Bien que la majorité d'entre eux avaient des logiciels professionnels, seulement 4 sur 17 utilisaient le rappel proposé par le programme concernant le test de dépistage du CCR.

Dans la plupart des cas, les médecins contactaient directement leurs patients pour leur communiquer le résultat du test positif.

Les médecins généralistes étaient satisfaits de leur travail de prévention, d'explication et de motivation auprès de leurs patients pour les inciter à réaliser la coloscopie.

La plupart des généralistes déclaraient avoir peu de patients perdus de vue après un test positif.

Un tiers des médecins généralistes estimait le délai d'obtention de rendez-vous avec le gastroentérologue à 1 mois. Le délai de réalisation de la coloscopie était supposé obtenu dans le mois suivant pour plus de la moitié des médecins généralistes.

Un tiers des généralistes proposait la mise en place d'un numéro unique pour l'obtention du rendez-vous de coloscopie. Une proportion équivalente suggérait d'augmenter le nombre de gastroentérologues en Martinique. Quelques médecins généralistes proposaient de favoriser la création de liens professionnels entre eux et les gastroentérologues de l'île. Enfin, un médecin proposait que des créneaux soient réservés pour les coloscopies suite à un test de dépistage positif.

## DISCUSSION

### **1) Résultats clés de notre étude**

Lors de l'enquête quantitative, nous avons pu mettre en évidence que seulement 3 variables étaient associées de manière significative à un délai de réalisation de la coloscopie supérieur ou égal à 90 jours : l'affiliation au régime général, la réalisation de la coloscopie dans le secteur public et un revenu médian très élevé de la commune de résidence.

L'intérêt de notre étude était de compléter la phase quantitative par une enquête qualitative, auprès des patients et des médecins généralistes.

À la réception d'un test positif dans le cadre du DOCCR, le patient doit être adressé par son médecin traitant au gastroentérologue en vue de réaliser la coloscopie. Cependant, il est rare de disposer pour les patients de la date de réception du résultat du test.

Dans le parcours du patient martiniquais, nous nous sommes aperçus que la très grande majorité des coloscopies étaient réalisées dans le secteur privé.

En Guadeloupe, sur la même période (2016/2018), 1194 coloscopies ont été réalisées sur le département, 72 (6,0 %) dans un des 3 établissements publics participants, dont 55 au CH de Saint-Martin et 1122 en libéral (94,0 %). Sur cette même période, le secteur public en Martinique a accueilli plus de patients avec une différence significative ( $p < 0,001$ ) par rapport à la Guadeloupe qui a un nombre de coloscopies réalisées inférieur. Les patients allaient consulter leur médecin traitant dans un délai d'environ 7 jours, le rendez-vous avec le gastroentérologue variait de 10 jours à 3 mois, avec une majorité de patients l'ayant obtenu en 1 mois. La coloscopie était obtenue en moyenne en 1 semaine jusqu'à 2 mois.

Dans notre enquête qualitative, nous avons pu mettre en évidence plusieurs aspects expliquant des délais de coloscopie supérieurs ou égaux à 90 jours. Une grande part motivationnelle du patient et de son médecin généraliste sont indéniables.

Selon l'enquête quantitative (tableau 1), le profil type du patient obtenant le délai le plus long pour la réalisation de la coloscopie est le suivant. Il s'agit d'un homme, de 55 à 59 ans, affilié au régime général, qui vit dans la partie centre de la Martinique, en zone fragile, qui a réalisé sa coloscopie dans le secteur public, avec des revenus médians de sa commune de résidence élevé. Nous n'avons cependant pas mis en évidence de différence significative concernant ces variables.

Les médecins généralistes partagent l'opinion qu'une ligne téléphonique devrait être dédiée aux coloscopies dans le cadre d'un test positif afin de faciliter la prise de rendez-vous. Les praticiens suggèrent également de renforcer le nombre de gastroentérologues en Martinique.

## 2) Limites et forces de l'étude

Notre étude comporte des biais de sélection pour la partie quantitative lié au taux de participation au DOCCR.

Notre étude comporte également des biais de mémorisation étroitement liés au facteur temps, certaines coloscopies dataient de 24 mois. Cette étude est, à notre connaissance, la première à associer une partie quantitative et qualitative sur la thématique.

La partie quantitative nous a permis de recueillir les données d'un grand nombre de patients sur une durée de 26 mois. Avec un peu plus de recul, il aurait probablement été possible de diminuer le nombre de patients (251) qui ont été exclus faute de coloscopie réalisée à la date de point (30/08/2018).

Le taux de participation de 100 % des patients dans l'enquête qualitative représente un point fort, et a permis ainsi de se conformer à la structure de l'échantillon qui avait été extrait de la base quantitative. En revanche, le taux de participation des médecins généralistes est moins important et expliqué principalement par des difficultés de communication et d'adhésion au questionnaire avec les praticiens en raison d'un manque de disponibilité.

## 3) Interprétation des résultats

Les résultats obtenus lors de l'enquête quantitative contrastaient avec ceux décrits dans la littérature [14-18] à savoir que le sexe, l'âge et la zone de résidence, en particulier défavorisée, étaient considérés comme des facteurs associés à des délais de coloscopie élevés. Il y a de fortes chances que ceux qui ne participent pas au dépistage organisé soient des patients moins favorisés socialement et moins réceptifs à la prévention, au dépistage et à la bonne prise en charge de leur santé. Ceci est corroboré par une étude de 2011 [19] qui a analysé les facteurs d'adhésion et les freins de participation au dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et du colon-rectum à la Martinique, alors qu'une étude de 2015 portant sur la participation des populations défavorisées au dépistage du CCR, le contredit [20].

L'étude de 2011 n'a pas retrouvé de différence significative concernant le lieu de résidence ni le facteur socio-économique en termes de délai d'obtention de la coloscopie [19].

La motivation personnelle de l'individu et le rôle central accordé au médecin généraliste, comme plusieurs études, notamment celles citées plus haut, s'accordaient à le dire, semblaient être des éléments principaux responsables de coloscopie tardive.

Une étude qualitative réalisée en 2008 par De Pauw mettait en évidence une dimension psychologique non négligeable associée à une coloscopie tardive : inquiétude d'un cancer, absence d'interlocuteur

professionnel au moment du résultat du test ou encore dimension pécuniaire de la coloscopie [13], éléments que nous n'avons que peu mis en évidence dans notre étude.

Même si l'on sait que le délai moyen de transformation maligne pour un adénome est de l'ordre de 9 à 12 ans [6], il n'a pas été retrouvé, dans la littérature, de consensus sur le délai optimal pour réaliser la coloscopie après un test positif. Selon l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, le délai de programmation de l'exploration digestive est apprécié par le médecin en lien avec le gastroentérologue [21] bien que l'INCa ne précise pas ce délai [22]. En revanche selon une étude canadienne, au Québec la coloscopie doit être obtenue en 60 jours, et ceci pour 95 % des patients ayant un test positif. Enfin, selon une étude californienne [23], ce délai a été fixé à une moyenne de 10 mois, au-delà de ce délai le taux d'apparition de CCR semblait être significativement plus élevé. Dans notre étude seulement 3 % des patients ont réalisé leur coloscopie après plus de 10 mois. Bien qu'il ne s'agisse que d'un faible nombre de patients, on peut supposer qu'il y a eu perte de chance pour ces patients. Cependant il n'a pas été observé de différence significative sur les résultats anatomopathologiques avec ce délai de 300 jours.

Des disparités territoriales existent. En Ile-de-France, durant la période 2015-2016, le délai médian de réalisation de la coloscopie était de 154 jours dans le département du Val d'Oise alors qu'il était de 186 jours en Seine et Marne [24]. En Martinique nous obtenons ainsi des délais plus rapides.

Durant la période 2016/2018, 84,5 % des coloscopies ont été réalisées en Martinique, taux qui est satisfaisant mais en baisse par rapport aux années précédentes. Les recommandations européennes et nationales suggèrent que les coloscopies dans le cadre du DOCCR doivent être réalisées au moins dans 90 % des cas pour obtenir une diminution de la mortalité pour ce cancer. Cependant, ce taux de coloscopie réalisé en Martinique est largement supérieur à celui de la région Ile-de-France pour la campagne 2015-2016 qui était de 67,2 % [25].

#### **4) Généralisation des résultats**

Le tiers des patients et des médecins généralistes s'accordent à dire que le délai moyen de consultation avec le gastroentérologue suivant la consultation avec le médecin généraliste est de 1 mois. La coloscopie est obtenue en moyenne en 1 mois pour la moitié des patients et des médecins généralistes. Dans notre étude qualitative, les patients vont spontanément consulter leurs médecins traitants après la réception du résultat positif, alors que les médecins déclarent joindre eux-mêmes leurs patients pour la communication du résultat.

La motivation personnelle du patient et l'investissement que les médecins pensent fournir lors de la consultation pour promouvoir la réalisation de la coloscopie sont en accord avec les résultats obtenus.

Alors que la Martinique présente des indicateurs économiques plus défavorables que la moyenne nationale, la dimension financière ne semble pas être un frein objectivé à un délai élevé de coloscopie, comme l'a montré notre étude qualitative.

La Martinique obtient un délai moyen de réalisation de la coloscopie supérieur à certains départements de France Hexagonale [12] mais ce délai ne semble pas conférer une perte de chance pour le patient martiniquais, ni même être corrélé à l'offre de soin existant dans le département.

Les résultats attendus pour une coloscopie réalisée dans le cadre du DOCCR sont une moyenne de 50 % de coloscopie normale, 40 % de polypes et 10 % de cancer. Ces résultats ont été confirmés dans notre étude. L'étude a aussi montré que les patients ayant un diagnostic de cancer à la coloscopie étaient les patients qui avaient des délais de réalisation de coloscopie les plus courts. Cela peut être expliqué par la présence de symptômes (non mentionnés par le patient lors de la remise du test par son médecin référent) tels qu'une altération de l'état général ou des troubles du transit par exemple qui accélèrent la prise en charge.

## CONCLUSION

Nous n'avons pas mis en évidence d'inégalité d'accès aux soins pour le dépistage du cancer colorectal en Martinique selon le lieu de résidence ou les revenus médians des patients.

L'offre de soin ne semblait donc pas être un des facteurs limitants dans la réalisation de la coloscopie.

L'incitation des médecins traitants est un point essentiel dans le délai d'obtention de la coloscopie dans le cadre du DOCCR.

Des créneaux de rendez-vous dédiés aux patients devant réaliser leur coloscopie suite à un test positif semble être une mesure acceptable et réalisable qui permettrait de raccourcir les délais d'obtention de cet examen.

Il serait intéressant de transposer cette étude à d'autres départements tels que la Guadeloupe, la Guyane mais également à la France Hexagonale afin de comparer les délais et l'effet des différentes variables sur le délai de réalisation d'une coloscopie dans ce contexte.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012: Global Cancer Statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians. mars 2015;65(2):87-108.
2. Cancer du côlon-rectum / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-colon-rectum>
3. Remontet L, Estève J, Bouvier A-M, Grosclaude P, Launoy G, Menegoz F, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev Epidemiol Sante Publique. févr 2003;51(1 Pt 1):3-30.
4. Bulletin de veille sanitaire — Epidémiologie des cancers aux Antilles Guyane : Focus sur quatre principales localisations. Cire Antilles Guyane. N° 8-9 / Octobre –Novembre 2013
5. Dossier de presse : mars bleu 2018. Disponible sur : [https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-03/DP\\_MB2018\\_vf%20%282%29.pdf](https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2018-03/DP_MB2018_vf%20%282%29.pdf)
6. Séquence adénome-cancer. Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace. Disponible sur : [http://www.adeca68.fr/le\\_cancer\\_colorectal/histoire\\_naturelle/sequence\\_adenome\\_cancer.92.html](http://www.adeca68.fr/le_cancer_colorectal/histoire_naturelle/sequence_adenome_cancer.92.html)
7. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Haute Autorité de santé. Juin 2013. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps\\_format2clic\\_kc\\_colon-vfinale\\_2013-07-24\\_16-05-56\\_103.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-07-24_16-05-56_103.pdf)
8. Évaluation des programmes de dépistage des cancers. Institut de veille sanitaire. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>
9. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, Dassonville F, Bonithon-Kopp C. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 2004 Jun;126(7):1674-80.
10. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2016-2017. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr,/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2016-2017>
11. Association martiniquaise pour la recherche épidémiologique en cancérologie. Disponible sur : <https://www.depistage-cancer-martinique.com/>

12. Institut de Veille Sanitaire/ Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France / Résultats 2009-2010
13. La non réalisation d'une coloscopie après un test positif de dépistage du cancer colorectal : étude qualitative. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2008-3-page-249.html>
14. Colorectal cancer screening: factors associated with colonoscopy after a positive faecal occult blood test - British Journal of Cancer (2013) 109, 1437–1444 | doi: 10.1038/bjc.2013.476
15. Éthique et dépistage organisé du cancer colorectal / Analyse du dispositif français –Institut National. Disponible sur : <https://oncocdn.keeo.com/ethique-et-depistage-organise-du-cancer-colorectal-22707.pdf>
16. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. Hélène Goulard, Marjorie Boussac-Zarebska, Nicolas Duport, Juliette Bloch. Disponible sur : [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/02\\_03/beh\\_02\\_03\\_2009.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/02_03/beh_02_03_2009.pdf)
17. Determinants of participation in organized colorectal cancer screening in Isère (France). Clin ResHepatolGastroenterol. 2013 Apr;37(2):193-9. doi: 10.1016/j.clinre.2012.04.011. Epub 2012 Jun 14.
18. Socioeconomicdeterminants for compliance to colorectal cancer screening. A multi level analysis. J Epidemiol Community Health. 2010 Apr;64(4):318-24. doi: 10.1136/jech.2008.081117. Epub 2009 Sep 8.
19. Michel S, Véronique-Baudin J, Dorival M, Plumelle Y, Rosine J, Dieye M, Escarmant P. Facteurs d'adhésion et les freins de participation au dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et du colon-rectum à la Martinique en 2011
20. Buthion V, Ramone-Louis J, Rousseau S, Chanal M, Amate M, et al. COLONAV : La navigation pour favoriser la participation des populations défavorisées au dépistage du cancer colorectal. [Rapport de recherche] Université lumière Lyon 2. 2015
21. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000460656>
22. Institut National du Cancer- Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>
23. JAMA. 2017 Apr 25;317(16):1631-1641Disponible sur: <https://www.snfge.org/gastroscoop/delai-entre-test-fecal-positif-et-coloscopie-prendre-son-temps-mais-pas-plus-que-10-mois>
24. Kaufmanis A, Dall'Osto H, Macaigne G, Locher C, Deghaye M. Société Nationale Française Gastro-Entérologie. Cancers et adénomes avancés découverts par coloscopies dans un délai supérieur à 12 mois après un test Hemoccult II® positif au cours des 3 premières campagnes (2008-2013) de dépistage organisé du cancer colorectal (DO CCR) en Seine-et-Marne

25. Tableau de bord du dépistage organisé du cancer colorectal en Ile-de-France, données 2015-2016- ARS.  
Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-06/Rapport-ARSIF-cancer-colorectal-synthese-2015-2016.pdf>

**ANNEXES****Annexe 1 : Caractéristiques de la population de patients interrogés en Martinique (n=36)**

|                                  | Caractéristiques | Effectifs |
|----------------------------------|------------------|-----------|
| <b>Sexe</b>                      | Féminin          | <b>18</b> |
|                                  | Masculin         | <b>18</b> |
| <b>Âge</b>                       | 50-54 ans        | <b>6</b>  |
|                                  | 55-59 ans        | <b>6</b>  |
|                                  | 60-65 ans        | <b>6</b>  |
|                                  | 65-69 ans        | <b>6</b>  |
|                                  | 70-74 ans        | <b>12</b> |
| <b>Type zone médicale (Ars*)</b> | Équipée          | 26        |
|                                  | Fragile          | 10        |
| <b>Revenus médians</b>           | 4 = Très élevés  | 14        |
|                                  | 3 = Élevés       | 13        |
|                                  | 2 = Moyens       | 7         |
|                                  | 1 = Faibles      | 2         |
| <b>Territoire</b>                | Centre           | 12        |
|                                  | Sud              | 12        |
|                                  | Nord             | 12        |

\* = Agence Régionale de la santé

**Annexe 2: Caractéristiques de la population de médecins généralistes interrogés sur leurs habitudes concernant le dépistage du CCR et plus particulièrement la coloscopie**

|                             | Caractéristiques | Effectif |
|-----------------------------|------------------|----------|
| <b>Sexe</b>                 | Féminin          | 5        |
|                             | Masculin         | 12       |
| <b>Durée d'installation</b> | < 10 ans         | 6        |
|                             | > 10 ans         | 11       |
| <b>Zone d'installation</b>  | Équipée          |          |
|                             | Fragile          |          |

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

BORCHI AURÉLIA

Conditions de réalisation de la coloscopie en Martinique dans le cadre du dépistage du cancer colorectal : enquête auprès des patients et des médecins généralistes.

Thèse de médecine générale - Université des Antilles - Année 2018

MOTS-CLES : cancer colorectal, coloscopie, dépistage, Martinique, patients, généralistes, délais.

Introduction : En Martinique, le cancer colorectal (CCR) est la deuxième localisation cancéreuse la plus fréquente pour les deux sexes. Dans le cadre du dépistage organisé, la prévention de ce cancer est encadrée par la recherche de saignement occulte dans les selles tous les deux ans à partir de 50 ans, complété par une coloscopie si le test s'avère positif. L'objectif principal de cette étude était de décrire le parcours des patients en Martinique pour obtenir une coloscopie suite à un test positif du dépistage du CCR en mesurant le délai pour réaliser une coloscopie. Les objectifs secondaires étaient de connaître l'opinion des médecins généralistes sur le dépistage du CCR et de repérer les facteurs associés à une coloscopie tardive selon les déclarations des patients.

Matériel et méthodes : l'étude a été conduite en deux parties : une étude quantitative descriptive et une étude qualitative. L'étude rétrospective a concerné les personnes présentes dans la base de données de la structure de gestion du dépistage organisé ayant eu un test immunologique positif entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 28 février 2018 et ayant réalisé une coloscopie en Martinique. Les variables analysées étaient : sexe, âge, régime d'assurance maladie, territoire de résidence, résultat de la coloscopie après analyse cytopathologique et secteur de réalisation de la coloscopie (public ou privé). Le critère de jugement principal était le délai (en jours) pour obtenir une coloscopie après la date d'édition du résultat d'un test de dépistage positif. Des comparaisons statistiques ont été faites selon que ce délai était inférieur ou supérieur ou égal à 90 jours. L'étude qualitative s'est appuyée sur des entretiens téléphoniques auprès d'un échantillon de 36 patients, issu de la population de l'enquête quantitative, et de 17 médecins généralistes de Martinique. Les entretiens ont été retranscrits et une analyse de contenu a été réalisée.

Résultats : En Martinique, le délai médian pour obtenir la coloscopie suite à un test positif était de 101 jours. Une différence significative en termes de délai supérieur ou égal à 90 jours pour l'obtention d'une coloscopie a été retrouvée pour 3 variables : l'affiliation au régime général ( $p=0,03$ ), la réalisation de la coloscopie dans le secteur public ( $p<0,001$ ) et un revenu médian de la commune de résidence très élevé ( $p= 0,02$ ). L'enquête qualitative auprès des patients a permis de constater que seules la motivation personnelle du patient et celle de son médecin traitant sont associées à des rendez-vous de coloscopies obtenus rapidement. L'enquête auprès des médecins traitants n'a pas mis en évidence de freins propres aux patients dans l'obtention de ce rendez-vous.

Discussion : Un délai de plus de 90 jours pour réaliser une coloscopie après test de dépistage positif ne semble pas lié à l'offre de soin proposée en Martinique, mais à un facteur motivationnel prépondérant lié au soignant et au soigné. Des stratégies pour raccourcir les délais de prise de rendez-vous de la coloscopie sont à privilégier.

JURY :

- Président : Professeur CABIÉ André
- Juges :
  - o Professeur NEVIÈRE Rémi
  - o Professeur DELIGNY Christophe
  - o Docteur MASSÉ Franck
- Directeur de Thèse: Docteur MERLE Sylvie