

Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue médical par une enquête en focus group. Point de vue du public par une enquête par questionnaire

Anghjulina Allegrini, Arnaud Fico

▶ **To cite this version:**

Anghjulina Allegrini, Arnaud Fico. Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue médical par une enquête en focus group. Point de vue du public par une enquête par questionnaire. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02320285

HAL Id: dumas-02320285

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02320285

Submitted on 18 Oct 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 NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE
Année 2019

LES DÉTERMINANTS DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL EN HAUTE CORSE

POINT DE VUE MÉDICAL PAR UNE ENQUÊTE EN FOCUS GROUP

POINT DE VUE DU PUBLIC PAR UNE ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE

THÈSE

Présentée pour l'obtention du titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT DE SPÉCIALITÉ EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Anghjulina ALLEGRINI

Arnaud FICO

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice le 19/04/2019
devant un jury composé de :

Président :	Professeur SCHNEIDER Stéphane, PU-PH
Assesseurs :	Professeur LEPIDI Hubert, PU-PH
	Docteur DARMON David, MCU-PH
Directeur de thèse :	Docteur LE DUFF Franck

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des enseignants au 1er Septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice :

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er Septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice :

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)

M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er Septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice :

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)

M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er Septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice :

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er Septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice :

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)

M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Université Nice Sophia Antipolis

Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er Septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice :

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er Septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice :

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DARCOURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DESNUELLE Claude

M. DOLISI Claude

Mme EULLER-ZIEGLER Liana

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. JOURDAN Jacques

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. GASTAUD Pierre

M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme MEMRAN Nadine

M. MENGUAL Raymond

M. PHILIP Patrick

M. POIRÉE Jean-Claude

Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Stéphane SCHNEIDER,
Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de notre respectueuse considération.

À Monsieur le Professeur Hubert LEPIDI,
Nous vous remercions pour votre soutien et vos bons conseils depuis notre première année de médecine sur Corte. Recevez ici toute notre reconnaissance et l'expression de notre plus profond respect.

À Monsieur le Docteur David DARMON,
Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Franck LE DUFF, notre directeur de thèse,
Nous te remercions pour ta confiance. Nous te sommes reconnaissants pour ton immense aide, ton soutien et le temps passé sur ce projet.
Nous sommes honorés d'avoir pu travailler avec toi et ne te remercierons jamais assez pour ton investissement. Nous espérons avoir été à la hauteur et que ce travail puisse t'aider en retour.

À tous les médecins ayant participé à nos focus groups,
Merci d'avoir été disponibles pour nous. Merci d'avoir accepté de vous livrer à nos entretiens. Sans vous, cette thèse n'aurait aucun sens.

À tous les patients ayant répondu à nos questionnaires,
Merci pour la sincérité de vos réponses et le temps consacré.

À Manu et Élodie,
Merci pour votre amitié et vos précieux conseils. Nous n'oublierons jamais les bons moments passés ensemble depuis Corte jusqu'à Marseille et entre Ajaccio et Toulon maintenant.

À nos parents, Marie-Ange et Alain, Dominique et Nathalie,
Merci pour l'amour que vous nous portez, votre présence indispensable et votre soutien indéfectible pendant toutes ces longues années d'études. Sans vous, nous ne serions pas là aujourd'hui. Nous sommes chanceux de vous avoir.

À Aurélie,
Ma sœur, merci pour ton réconfort durant toutes ces années. Nous espérons être des bons frère et « sœur ». Nous sommes très fiers de ton parcours et de la jeune femme que tu deviens.

À Mamilie,
Merci pour ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille. Tu es une grande mère extraordinaire.

À Maman Jeanne,
Malgré la distance, tu nous as toujours porté dans ton cœur et tu avais toujours une belle pensée pour nous. Nous t'aimons très fort.

À Papili,
Tu n'es plus avec nous aujourd'hui, nous te regrettons tellement. Tu nous as vu grandir, nous épanouir et tu as participé à ces années de médecine sur Marseille. Nous pensons à toi quotidiennement. Tu nous manque. Nous espérons que de là-haut, tu es fier de nous.

À Marraine,
Merci pour tes encouragements et ton soutien pendant toutes ces études. Tu es une marraine formidable.

À Kéké,
Une marraine comme toi, ça ne court pas les rues. Merci pour tous ces mots réconfortants, ces bons plats et tout cet amour partagé.

A mon Parrain,
Merci pour ton humour et ta présence depuis mon enfance. Tes messages nous font rire tous les week-ends : « Forza Bastia ! ».

A nos tontons Jacques, Tony, Stéphane, Patrice et Toussaint,
Vous nous apportez votre aide même à distance et nous vous en remercions. Sans vous, les réunions de famille ne seraient pas les mêmes. Merci Toussaint pour tes bons gâteaux !

À mes cousins Janick, Angélique et Roger,
Merci pour ce que vous représentez. Vous m'avez toujours soutenu dans les bons comme dans les mauvais moments. Nous nous sommes élevés ensemble, et je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté. Grâce à vous, j'ai eu le bonheur d'avoir des frères et sœurs en or. Je vous aime tout simplement.

À nos filleuls, Florent, Baptiste et Marie,
Vous êtes nos objets précieux, nous vous aimons de tout notre cœur.

A nos petits cousins et cousines Emilie, Julia, Pierre-Toussaint, Léa, Clémence, Jérôme, François-Xavier, Ange-Marie, Alexis,
Nous tenions à vous faire un gros bisou et à vous dire combien nous tenions à vous.

À nos amis de fac et d'enfance, Myriam, Antoine, Eve, Thomas, Marine, Greg, Benjamin,
Merci pour tous ces bons moments passés ensemble. Une véritable amitié qui n'est pas près de s'achever. Ces études n'auraient pas été les mêmes sans vous.

À nos maîtres, le Dr CHAN, Dr MOURIES, Dr ALFONSI, Dr ZANALDI, Dr NGUYEN, Dr PINCEMAILLE,
Merci de nous avoir transmis votre savoir, travailler à vos côtés fut extrêmement enrichissant. Nous ferons bon usage de cet apprentissage.

À Laura et Gwendoline, nos futures associées,
Quel plaisir d'avoir travaillé avec vous en tant qu'interne. Merci pour tout votre savoir transmis avec passion. C'est avec bonheur que nous envisageons notre prochaine installation. Merci de nous faire confiance.

Aux Dr BIENFAIT, Dr GARSON, Dr MARC, Dr CARAVEO,
Grace à vous, nous avons eu le plaisir de découvrir la médecine générale. Vous nous avez transmis votre passion et l'amour de votre métier. Merci pour vos bons conseils.

À nos amis infirmiers de l'hôpital de Bastia,
Merci pour votre aide et votre patience lors de nos stages hospitaliers, c'est grâce à vous aussi que nous avons progressé.

À mes amis danseurs et danseuses, Dany, Alex, Celia, Marion, Chiara, Kristelle, Cricket,
Merci pour tous ces beaux moments d'évasion et de fous rires. Et ce n'est pas fini !

À notre famille et nos amis présents en ce jour si particulier, Thérèse, Gisèle, Yves, Aline, Seb, Celia, Emile, Pascal, Marjorie, Manu, Karine, Maeva, Jean-Mi, Kathy, Jimmy, Dédé,
Merci pour l'honneur que vous nous faites d'être avec nous pour ce merveilleux moment. Merci d'avoir fait l'effort de vous déplacer, cela nous tient vraiment à cœur. Merci pour votre participation de près ou de loin à nos études, mais aussi pour l'amour et l'amitié que vous nous portez.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CRCDCC : Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancer – Corse (Anciennement ARCODECA)

ARCODECA : Association Régionale Corse du Dépistage des Cancers

CCR : Cancer colorectal

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

AMELI : Assurance Maladie En Ligne

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction 21
I.1 Justification de l'étude : 21
I.2 Objectifs de l'étude 24
I.3 Etat de l'art 25
I.3.1 Le cancer à travers l'histoire 25
I.3.2 Le cancer colorectal 25
I.3.2.1 Epidémiologie 25
I.3.2.2 Facteurs de risque 26
I.3.2.3 Diagnostic 27
I.3.2.4 Prise en charge thérapeutique 29
I.3.3 Le dépistage du cancer colorectal : 30
I.3.3.1 Historique 30
I.3.3.2 Un dépistage organisé 30
I.3.3.3 Caractéristiques du test 31
II. Matériels et méthodes : 33
II.1 Etude n°1 : Enquête quantitative par questionnaire auprès des patients 33
II.1.1 Sélection des cabinets de médecine générale 33
II.1.2 Population étudiée 33
II.1.3 Questionnaire 34
II.1.4 Période d'inclusion 34
II.1.5 Recueil des données 34
II.2 Etude n°2 : Enquête qualitative par focus groups auprès des médecins généralistes 35
II.2.1 Sélection des médecins généralistes 35
II.2.2 Focus group 35
II.2.3 Canevas 35
II.2.4 Recueil des données 35
III. Résultats : 36
III.1 Etude n°1 : Enquête quantitative par questionnaire auprès des patients 36
III.1.1 Données descriptives : 36
III.1.1.1 Population interrogée 36
III.1.1.2 Implication du médecin généraliste 37
III.1.1.3 Information sur le cancer colorectal 37
III.1.1.4 Peur du cancer 38

III.1.1.5 Manque de temps 38
III.1.1.6 Manipulation des selles 39
III.1.1.7 Statut vis-à-vis du dépistage et pistes d'amélioration 39
III.1.1.8 Place de la coloscopie 40
III.1.2 Données comparatives : 41
III.1.2.1 Implication du médecin généraliste 41
III.1.2.2 Information sur le cancer colorectal 41
III.1.2.3 Peur du cancer 42
III.1.2.4 Manipulation des selles 43
III.1.2.5 Statut vis-à-vis du dépistage 44
III.1.2.6 Place de la coloscopie 44
III.2 Etude n°2 : Enquête qualitative par focus groups auprès des médecins généralistes 45
III.2.1 Implication du médecin généraliste 46
III.2.1.1 Le médecin au centre du dépistage 46
III.2.1.2 Participation des pharmacies 47
III.2.1.3 Scepticisme face au dépistage organisé 47
III.2.1.5 Invitation par courrier 48
III.2.2 Freins à la participation des médecins généralistes 49
III.2.2.1 Le manque de temps 49
III.2.2.2 Charge administrative 49
III.2.2.3 L'oubli 50
III.2.2.5 Le manque de formation et d'information des médecins généralistes 51
III.2.2.6 Les autres professionnels de santé 52
III.2.2.7 Le manque de participation des patients 52
III.2.2.8 Le manque de médiatisation 52
III.2.2.9 Biais de recrutement 53
III.2.2.10 Consultation dédiée 53
III.2.3 Améliorations à apporter pour favoriser la participation au dépistage 54
III.2.3.1 Médiatisation 54
III.2.3.2 Formation et information 55
III.2.3.3 Information aux autres professionnels de santé 56
III.2.3.4 Rémunération 56
III.2.3.5 Consultation dédiée 57
III.2.3.6 Rappels informatiques 57
III.2.3.7 Participation des pharmacies 58
III.2.4 Freins liés au test OC SENSOR 59

III.2.4.1 Gestion du stock 59
III.2.4.2 Manipulation des selles 59
III.2.4.3 Information par le médecin traitant 59
III.2.4.4 Non-adhésion des patients 60
III.2.4.5 Manque de confiance 60
III.2.5 Quelle est la place de la coloscopie dans ce dépistage ? 61
III.2.5.1 La coloscopie en deuxième intention 61
III.2.5.2 La coloscopie en première intention 61
III.2.5.3 Exigence du patient 62
III.2.5.4 Difficultés après une coloscopie 62
III.2.5.5 Rôle des gastro-entérologues 62
IV. Discussion 63
IV.1 Confrontations aux données de la littérature 63
IV.2 Résultats principaux et perspectives 64
IV.3 Limites de nos études 66
IV.3.1 Limites de l'étude quantitative par questionnaire auprès des patients 66
IV.3.2 Limites de l'étude qualitative par focus group auprès des médecins généralistes 67
V. Conclusion 68
VI. Bibliographie : 70
VII. Annexes 73
VIII. Résumé 78

I. Introduction

I.1 Justification de l'étude :

Le cancer colorectal est un problème de santé publique. C'est le troisième cancer en termes de fréquence et la deuxième cause de mortalité par cancer. Il touche 42 000 personnes par an en France et est responsable de 18 000 décès par an (1). Un cancer dépisté tôt se guérit neuf fois sur dix. C'est pourquoi une campagne de dépistage de masse est organisée par l'Assurance Maladie depuis 2008 et est prise en charge à 100% par cette dernière.
Une diminution significative de la mortalité de 20 % est obtenue si au moins 50% de la population concernée participe régulièrement au dépistage (2) (3).
Initialement, le test de dépistage appelé Hémoccult II®, repose sur la recherche de sang occulte dans les selles au gaïac.
A partir de 2015, il est remplacé par un test immunologique « OC Sensor », plus rapide et efficace, à faire chez soi afin d'éviter la réalisation d'une coloscopie en première intention (1).
Ce test s'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans sans facteur de risque, sans symptomatologie, et n'ayant pas réalisé de coloscopie dans les cinq années précédentes. Ce test est à renouveler tous les deux ans en passant par le médecin généraliste qui remet au patient le test à faire à domicile.
Dans les enquêtes nationales et dans les départements français (Alpes Maritimes, Rhône, Gard, Val d'Oise), deux acteurs principaux de la participation au dépistage du cancer colorectal sont identifiés. Il s'agit du médecin traitant et du patient.
L'implication des médecins généralistes est primordiale dans l'adhésion des patients au dépistage du cancer colorectal. L'efficacité de la remise par le médecin traitant a été démontrée en Bourgogne, le premier département qui a mis en place le dépistage organisé par Hémoccult II ® : 85 % de tests sont réalisés dans la population reçue par le médecin généraliste, contre 30% dans la population non reçue par le médecin (4).

Dans ces études, les freins attribués aux médecins sont :

- Le manque de temps par consultation (1) (5-7) ;
- La mise au second plan du dépistage comparé aux motifs de consultation plus urgents ou de période épidémique (5-6) (8) ;
- Le manque de confiance en l'efficacité du test immunologique (5-8) ;
- Le manque de formation et de rémunération pour le dépistage (5-7) ;
- La charge administrative (5) ;
- L'oubli de prescription (5) (7-8).

Dans ces mêmes articles, les déterminants à la participation des patients sont :

- Le manque d'information sur le cancer colorectal (1) (9-11) et son dépistage (1)(11) ;
- Le fait de manipuler ses selles (6)(10) ;
- Le manque de temps pour la réalisation du test (10) ;
- La peur du diagnostic (9-10) ;
- Le manque d'implication du médecin généraliste (8-9) (11).

Jusque-là, aucune étude n'a été réalisée en Corse.
Nous avons été contacté par le Directeur du Centre Régional de Coordination du Dépistage des

Cancers en Corse (CRCDCC), le Dr LE DUFF Franck, notre directeur de thèse, pour comprendre le faible taux de participation du dépistage du cancer colorectal en Haute-Corse.

En effet, on observe en Corse une diminution de la participation (6 837 personnes ont réalisé le test, soit 13,8% en 2017 ; contre 7 203, soit 14,5% en 2016) (12) (Figure 1).
Le taux de participation en Corse reste plus bas qu'au niveau national (33,5% pendant la période 2016/2017), qui est lui-même inférieur aux recommandations européennes de 50% minimum (12) (13) (Figure 2).

Comparé au seuil national qui est déjà en deçà du seuil recommandé par les institutions européennes, la Haute Corse fait partie des départements avec les taux les plus faibles de participation dans le cadre du dépistage du cancer colorectal.

Notre hypothèse est que les déterminants au dépistage du cancer colorectal en Haute-Corse sont semblables à ceux des autres régions françaises.

Figure 1 - Taux de participation au dépistage du cancer colorectal en Corse en 2017 selon le Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers en Corse (CRCDCC)

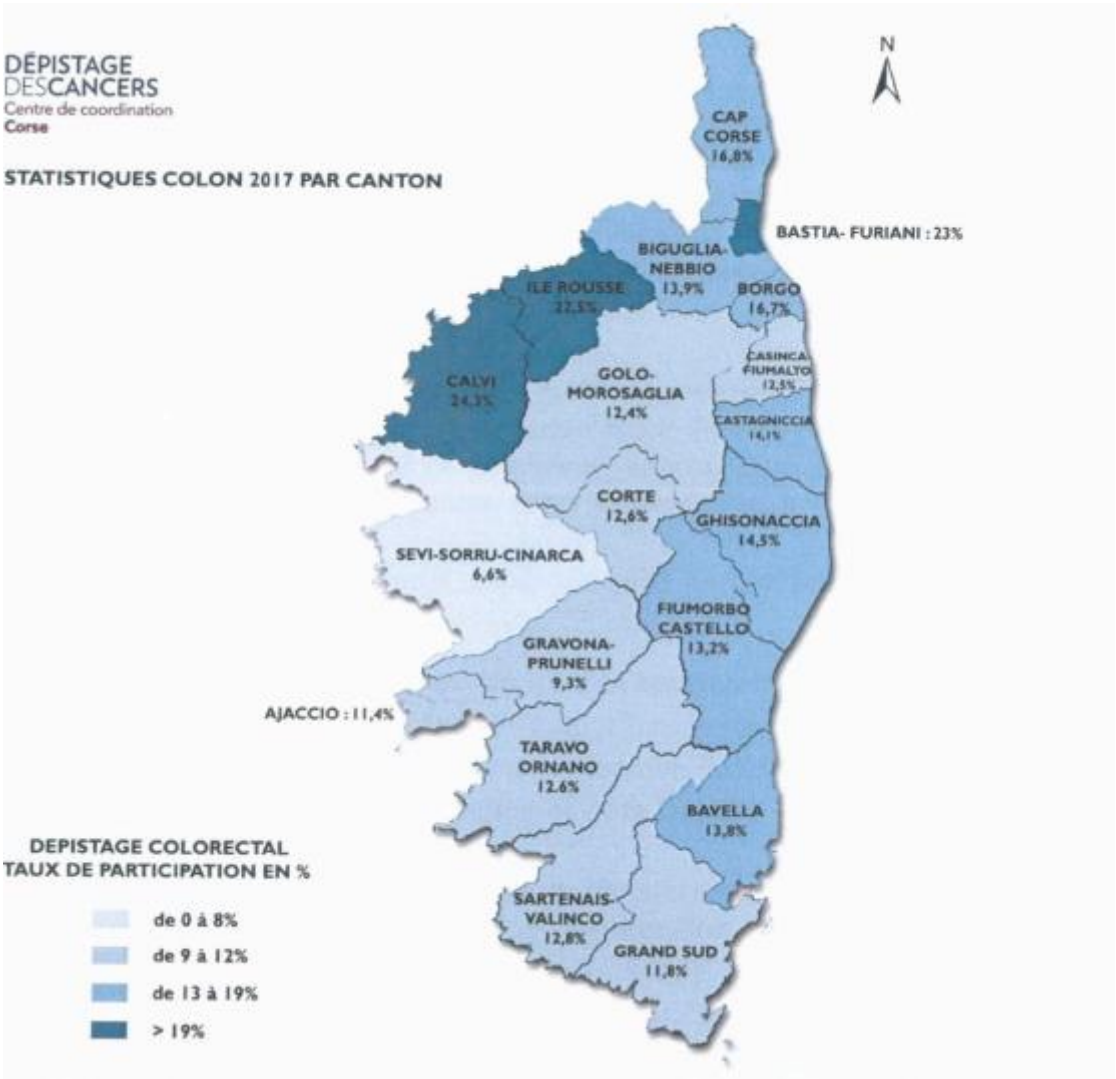
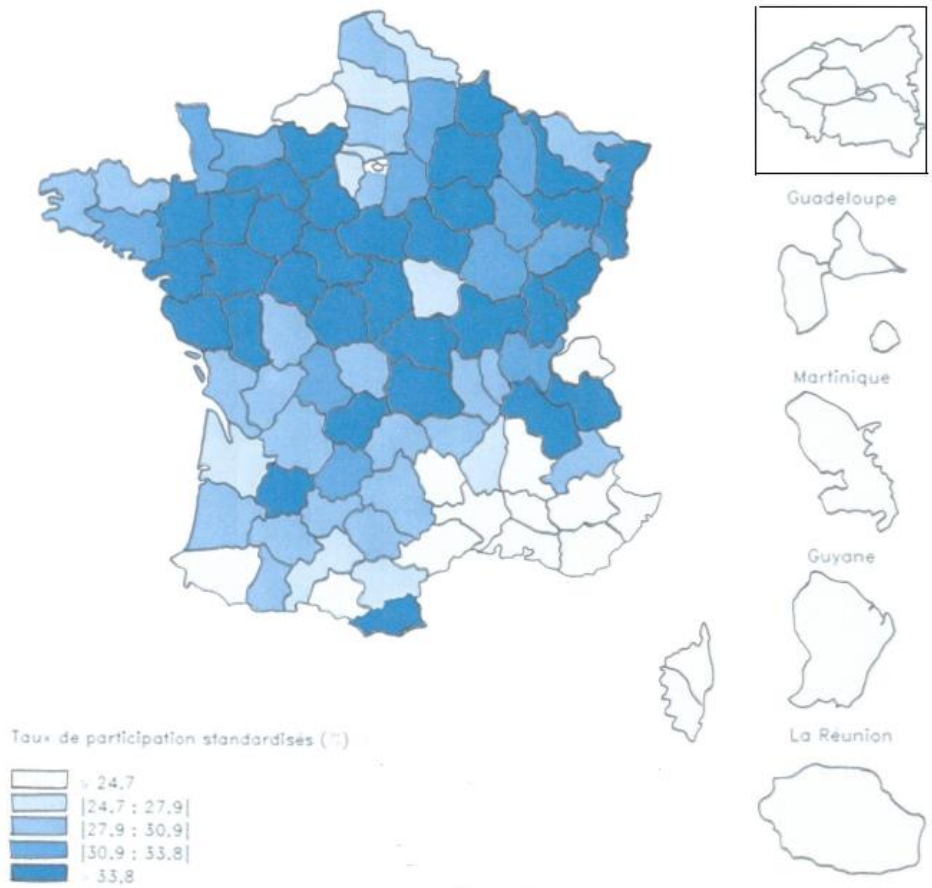


Figure 2 - Taux standardisés de participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal, par département, période 2015-2016



I.2 Objectifs de l'étude

Notre objectif principal est de comprendre en quoi les déterminants à la participation du dépistage organisé du cancer colorectal déjà explorés au niveau national sont particulièrement représentés sur le territoire corse pour expliquer l'échec observé de ce dépistage sur la dernière décennie.

Dans la lecture des travaux précédents, deux acteurs principaux de la participation au dépistage du cancer colorectal sont identifiés : le médecin traitant et le patient.

Dans cette optique, nous allons développer deux études :

- Une étude quantitative par questionnaire auprès des patients
- Une étude qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes.

Nos objectifs secondaires sont :

- Identifier ces freins pour les médecins :
- Le manque de temps par consultation
- L'oubli de prescription
- La charge administrative
- Le manque de formation
- La rémunération
- Le manque de confiance dans le test OC Sensor

- Identifier ces freins pour les patients :
- Le manque d'information sur le cancer colorectal et son dépistage
- La manipulation de selles
- Le manque de temps
- La peur du cancer

- Évaluer l'implication des médecins généralistes dans ce dépistage

- Comprendre la place de la coloscopie.

- Déterminer des moyens pour contourner ces freins.

Au terme de ces deux études, nous espérons aider le Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers en Corse (CRCDCC) à trouver des solutions pour favoriser la participation des patients et des médecins.

I.3 Etat de l'art

I.3.1 Le cancer à travers l'histoire

Le cancer est une maladie aussi vieille que l'humanité. Des traces de cancer ont été retrouvées dans des fragments de squelettes datant de la Préhistoire. La grotte de Lazaret, près de Nice, a livré les restes fossilisés d'un enfant de neuf ans, décédé, il y a 120 000 ans, des suites d'une tumeur osseuse. Des stigmates de cancer de l'ovaire ont été identifiés sur des momies découvertes dans des pyramides égyptiennes.
Déjà dans l'Antiquité, le traitement du cancer est associé au degré d'avancement de la maladie. Il est l'ancêtre lointain d'un système de « stadification » de la maladie.
Pendant l'Antiquité, Hippocrate donne le nom de « carcinome », mot dérivé de « crabe » à des grosseurs qui deviennent progressivement fatales. Il décrit des lésions touchant la peau, le sein, l'estomac, le col de l'utérus et le rectum et en établit une classification.
Au X^{ème} siècle, Avicenne observe que le cancer augmente lentement, envahit et détruit les tissus avoisinants pour aboutir à une absence de sensation dans la partie atteinte.
Les plus grandes avancées scientifiques furent aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles avec l'autorisation de pratiquer des autopsies, surtout en Italie. C'est là qu'on découvre le système lymphatique et son importance dans la dissémination du cancer. C'est au XVIII^{ème} siècle que naît l'anatomopathologie avec Giovanni Battista Morgagni qui écrit le premier traité d'anatomopathologie.
Au XIX^{ème} siècle, vient l'invention du microscope. C'est la première vraie description d'un cancer comme « une tumeur constituée de cellules bouleversant la structure des tissus, qui est dès le début constitutionnelle » décrit par Johannes Peter Müller.
C'est à la fin du XIX^{ème} siècle, en 1895 que Wilhelm Conrad Roentgen découvre les rayons X, puis en 1898, Pierre Curie, le Radium. Ils sont à l'origine de la première radiothérapie.
Paul Ehrlich (1854-1915) ouvre l'ère de la chimiothérapie qui n'est effective qu'à partir de 1940, époque à laquelle on découvre l'effet thérapeutique du gaz moutarde. (14)

I.3.2 Le cancer colorectal

I.3.2.1 Epidémiologie

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent en France avec près de 42 000 nouveaux cas par an, après le cancer du sein et de la prostate.
Son incidence a augmenté ces vingt dernières années.
C'est le deuxième cancer en termes de mortalité, avec près de 18 000 décès par an, après le cancer du poumon.
Grâce au dépistage et aux traitements des lésions précancéreuses et cancéreuses à un stade curable, la réduction de la mortalité par cancer colorectal représente actuellement un objectif majeur de santé publique.
S'il est détecté à un stade précoce (in situ ou stade 1), le taux de survie à cinq ans est de 90 %, alors qu'il n'est que de 13 % en présence de métastases (Figure 3) (15).

Figure 3 – Survie à 5 ans en fonction du stade du cancer colorectal (3)

STADES DES LÉSIONS DÉTECTÉES		SURVIE À 5 ANS
Précoces	0 – In situ	90 %
	1 – Superficielle	
	2 – Paroi du côlon	
Régional	3 – Ganglions	70 %
Métastatique	4 – Métastases	13 %

Le cancer colorectal survient majoritairement après 50 ans (95 % des cas).
Les tumeurs bénignes faisant saillie dans la lumière intestinale, regroupées sous le terme de polypes, sont très fréquentes et représentent pour certaines, le stade précoce habituel de développement des cancers colorectaux.
Le terme de polype colorectal désigne une tumeur de petite dimension, faisant saillie dans la lumière du côlon ou du rectum, sans préjuger de sa nature histologique. Lorsqu'il existe de nombreux polypes (> 10), on parle de polypose.
Il existe quatre variétés histologiques de polypes colorectaux bénins, dont seuls les polypes adénomateux peuvent se transformer en cancer.
La prévalence des adénomes est élevée, augmentant avec l'âge à partir de 30-40 ans pour atteindre 30 % des sujets de 65 ans.
Le sex-ratio hommes/femmes des adénomes est de 2.
Les adénomes peuvent se transformer en cancer ; d'autant plus s'ils ont un contingent villeux.
Tout adénome bénin est par définition une dysplasie de bas grade. La dysplasie de haut grade correspond au premier stade du cancer (cancer intra-épithélial).
Tout polype découvert doit être traité au cours d'une coloscopie par ablation (15).

I.3.2.2 Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque de cancer colorectal sont :

- L'âge supérieur à 50 ans,
- Les maladies inflammatoires intestinales,
- Un antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal,
- Une prédisposition génétique,
- La consommation excessive de viande rouge ou de boissons alcoolisées,
- Le tabagisme,
- L'obésité.

Les cancers colorectaux sont sporadiques dans 80 % des cas, surviennent dans un contexte familial dans 15 % des cas et sont liés à une prédisposition génétique dans 5 % des cas (15).

I.3.2.3 Diagnostic

Très longtemps asymptomatique, le cancer du côlon peut se révéler par :

- Des douleurs abdominales d'apparition récente
- Un trouble du transit intestinal d'apparition récente
- Une anémie ferriprive
- Un méléna ou des rectorragies
- Une altération de l'état général
- Une tumeur abdominale ou un foie métastatique
- Une occlusion intestinale ou une perforation digestive
- Une endocardite ou une septicémie à germes digestifs (notamment à Streptococcus Bovis)
- Une symptomatologie évoquant une sigmoïdite

Alors que les circonstances révélatrices d'un cancer du rectum sont plutôt :

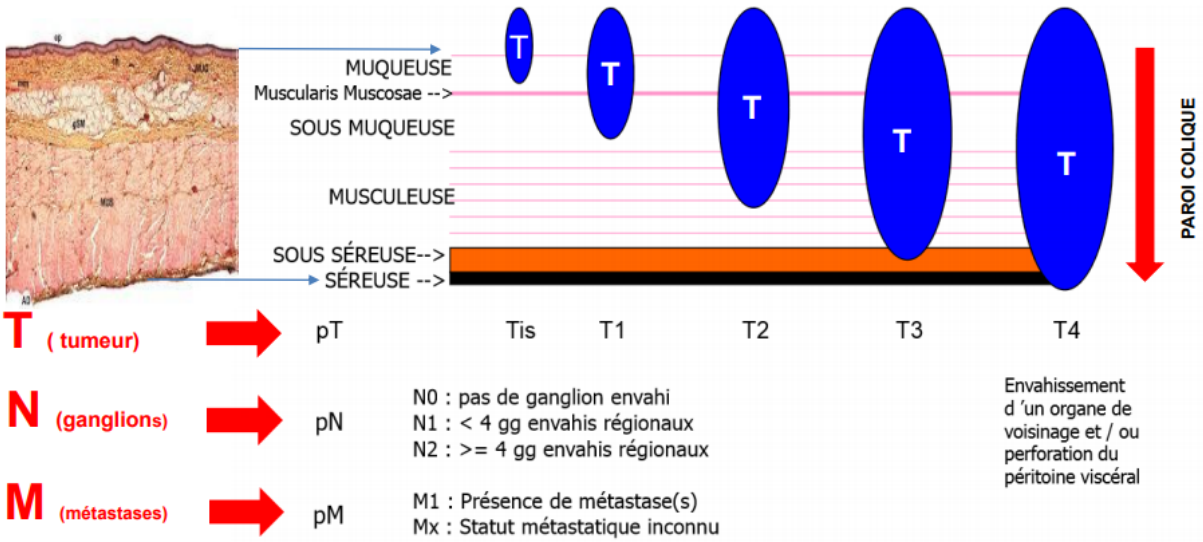
- Des rectorragies
- Un syndrome rectal (faux besoins impérieux et fréquents avec émission afécales de glaires et de sang, épreintes, ténesme)
- Une constipation ou une diarrhée récente
- Plus rarement une occlusion, une anémie, ou la découverte de métastases

Le diagnostic peut être fait cliniquement par le toucher rectal en cas de cancer développé dans la partie moyenne ou basse du rectum.

Le diagnostic du cancer du côlon repose sur la coloscopie qui permet de visualiser la tumeur et de réaliser des biopsies. Le diagnostic de cancer du rectum quant à lui peut être fait au toucher rectal, à la rectoscopie au tube rigide et par coloscopie courte (15).

La classification histo-pronostique des cancers colorectaux repose sur la classification TNM 8^{e} édition de 2017. (Figure 4)

Figure 4 – Classification TNM du cancer colorectal



Classification TNM (8ème édition, 2017) :

Tis : carcinome intra-épithélial ou intra-muqueux (Carcinome *in situ,* adénocarcinome intra-muqueux envahissant le chorion ou la musculaire muqueuse).
T1 : tumeur envahissant la sous-muqueuse
T2 : tumeur envahissant la musculeuse
T3 : tumeur envahissant la sous-séreuse
T4 : tumeur pénétrant le péritoine viscéral et/ou envahissant au moins une structure/organe de voisinage
T4a : pénétration du péritoine viscéral
T4b : envahissement d'une structure de voisinage

N0 : pas de métastase ganglionnaire régionale
N1 : métastase dans 1 à 3 ganglions lymphatiques régionaux
N1a : métastase dans 1 ganglion lymphatique régional
N1b : métastases dans 2-3 ganglions lymphatiques régionaux
N1c : dépôts tumoraux « satellites » dans la sous-séreuse, ou dans le tissu péri-colique ou péri-rectal non péritonisé, en l'absence de ganglion métastatique
N2 : métastase ≥4 ganglions lymphatiques régionaux
N2a : métastase dans 4-6 ganglions lymphatiques régionaux
N2b : métastase dans ≥ 7 ganglions lymphatiques régionaux

M0 : pas de métastase à distance
M1a : métastases à distance confinées à un organe sans atteinte péritonéale : foie, poumon, ovaire, ganglions non régionaux …
M1b : métastases atteignant plus d'un site métastatique
M1c : métastase péritonéale avec ou sans autre organe atteint

I.3.2.4 Prise en charge thérapeutique

Le traitement chirurgical constitue la base du traitement curatif des cancers colorectaux. Il est éventuellement complété par une radio-chimiothérapie préopératoire (cancers du moyen et bas rectum localement avancés) et par une chimiothérapie adjuvante post-opératoire (cancers coliques et rectaux avec envahissement ganglionnaire).

Le traitement des formes métastatiques repose sur la chirurgie si toutes les lésions sont résécables, la chimiothérapie et les thérapies ciblées.

Les traitements curatifs ou palliatifs des situations localisées ou métastasées sont discutés au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire.

Le cancer colorectal est malheureusement fréquemment diagnostiqué à un stade avancé du fait de l'apparition tardive des symptômes. Diverses stratégies de dépistage ont été développées afin de permettre un diagnostic plus précoce (15).

I.3.3 Le dépistage du cancer colorectal :

I.3.3.1 Historique

Le dépistage du cancer colorectal en prévention primaire a débuté en France par la recherche de sang occulte dans les selles (test au Gaïac) ; puis en cas de test positif, une coloscopie est indiquée. La coloscopie reste l'examen de référence.
Une conférence de consensus est réalisée à ce sujet en 1998. En 2000, le Groupe des experts cancérologues de la Commission Européenne a recommandé la mise en place du dépistage du cancer colorectal. Cette recommandation a conduit à l'inscription de ce dépistage dans le Code Européen contre le cancer et à une prise de position de la Commission Européenne elle-même.
Un arrêté du Parlement français du 24 septembre 2001 a défini la liste des cancers relevant d'un dépistage organisé : le cancer du sein, le cancer colorectal et celui du col de l'utérus. Une première sélection de départements pilotes est effectuée en 2002, afin d'évaluer le dépistage. Deux départements Français sont sélectionnés en 2002, puis 12 en 2003, 22 en 2004 et 23 en 2005. La décision de généraliser ce dépistage est prise en 2005 mais ne sera effective qu'en 2008 (16-17).

I.3.3.2 Un dépistage organisé

Critères justifiant le dépistage organisé (3-4) :

- 1er critère : La maladie doit poser un **problème majeur de santé publique**, compte tenu de la fréquence et de la gravité de la maladie.
- 2ème critère : Bonne **connaissance de l'évolution de la maladie**
- 3ème critère : La maladie doit pouvoir être **détectée à un stade précoce** et pouvoir être traitée. Des moyens de diagnostic et de **traitements** doivent être **disponibles** avec réduction de la mortalité ou de la morbidité.
- 4ème critère : Existence d'un **test de dépistage adapté** (simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et validé) et **acceptable par la population** (test non invasif, sans effet indésirable, pris en charge à 100%)
- 5ème critère : La **population** à dépister doit être bien **ciblée**.
- 6ème critère : **Balance bénéfices risques favorable** et programme efficient

Objectif du dépistage organisé : Réduire la mortalité par cancer colorectal de 20%, dix ans après la mise en place du dépistage, à condition que la population cible participe à hauteur de 50%, en réalisant un test de détection de sang occulte dans les selles (appelé test Hémoccult II®) tous les deux ans, et en faisant une coloscopie systématique pour tout test positif.

Toutes les conditions justifiant la mise en place d'une politique de dépistage sont remplies par le cancer colorectal, qui est l'un des cancers les plus fréquents avec ceux du sein et de la prostate, et les plus mortels avec celui du poumon.
Ce cancer est fréquemment diagnostiqué à un stade avancé du fait de l'apparition tardive des symptômes. Il a la particularité d'être habituellement précédé par une tumeur bénigne, le polype adénomateux. En moyenne, celui-ci met plus de 10 ans pour se transformer en cancer. Le cancer colorectal peut être prévenu par la détection et l'exérèse des adénomes.
Le test Hémoccult II® permet de révéler du sang occulte dans les selles, même à un stade précoce de la maladie (polype asymptomatique).

Les bénéfices du dépistage organisé sont :

- La détection de cancers à un stade plus précoce avec des traitements plus efficaces et moins lourds
- La détection de lésions pré-cancéreuses avant leur transformation en cancer

En France, la stratégie de dépistage se détermine selon trois niveaux de risque : moyen, élevé ou très élevé. À chaque niveau correspondent des recommandations adaptées de dépistage et de suivi.

- **Risque moyen** : Hommes et femmes de plus de 50 ans, asymptomatiques.
  -> Dépistage organisé par recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans.
- **Risque élevé** : Antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal.
  Antécédents familiaux de cancer colorectal ou d'adénome de plus de 1 cm chez les parents de 1er degré (père, mère, frère, sœur, enfant).
  Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique).
  -> Dépistage individuel par coloscopies et suivi spécialisé par gastro-entérologue.
- **Risque très élevé** : Polyposes adénomateuses familiales (liées aux mutations APC ou MYH).
  Cancer colorectal héréditaire non polyposique (Syndrome de Lynch).
  -> Dépistage individuel par consultation oncogénétique, coloscopies et suivi spécialisé par gastro-entérologue. (18)

I.3.3.3 Caractéristiques du test

Le test Hémoccult II® est proposé tous les deux ans et s'adresse aux adultes âgés entre 50 et 74 ans, asymptomatiques, à risque moyen de cancer colorectal (c'est-à-dire sans aucun facteur de risque de cancer colorectal du fait d'antécédents personnels ou familiaux).
Il n'est pertinent que dans le cadre d'une démarche de dépistage, donc chez des personnes sans symptôme ni risque élevé de cancer du côlon.

Les patients reçoivent une invitation de participation au dépistage à leur domicile. Ce courrier leur suggère de consulter leur médecin pour parler du dépistage. Il contient des étiquettes utiles pour l'identification du test.
Si la personne ne répond pas, elle est relancée entre trois et six mois plus tard.

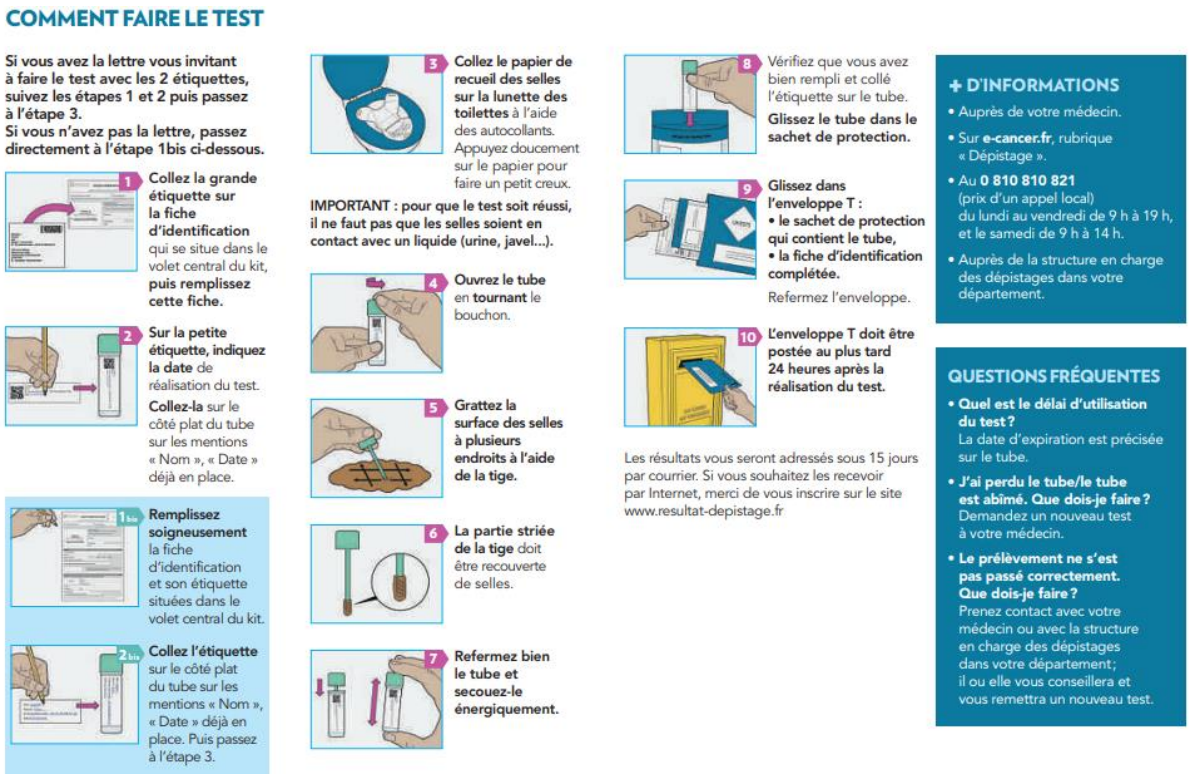
Parfois, il arrive que des personnes échappent à l'invitation par courrier. Dans ce cas-là, le médecin traitant est libre de lui remettre un test après avoir vérifié ses antécédents personnels et familiaux et l'absence de symptôme. Dans ce cas de figure, l'identification se fera manuellement.

Le test Hémoccult II® utilisé jusqu'à présent est un test colorimétrique au gaïac, non spécifique de l'hémoglobine humaine. Il sera remplacé en 2015 par un test immunologique de meilleure sensibilité, appelé le test OC Sensor (17) (19).

Sur le plan technique, le test immunologique est plus simple à réaliser puisqu'un seul prélèvement de selles suffit, et sa lecture est automatisée (Figure 5).
Ce test est spécifique de l'hémoglobine humaine. Sa sensibilité est meilleure : de 50% pour le test Hémoccult®, elle passe à plus de 60 % pour dépister les cancers colorectaux. Les études préliminaires test au gaïac versus test immunologique réalisées en France ont montré que le test immunologique permettait de dépister deux fois plus de cancers colorectaux, mais en augmentant d'autant plus le nombre de coloscopies réalisées.

Le taux de participation de la population est un point essentiel pour que le programme de dépistage soit efficace. Même s'il n'existe pas d'effet seuil, en pratique on peut retenir qu'une diminution significative de la mortalité de 15 à 20 % n'est obtenue que si au moins 50% de la population concernée participe régulièrement au dépistage et si une coloscopie est réalisée en cas de test positif.
Le médecin généraliste est d'emblée au cœur de ce dépistage, c'est lui qui remet les tests aux patients, à la différence d'autres pays européens, où les tests sont directement envoyés par voie postale.

Figure 5 – Mode d'emploi du test OC Sensor (21)



II. Matériels et méthodes :

Ce chapitre présentera tour à tour nos deux études.

II.1 Etude n°1 : Enquête quantitative par questionnaire auprès des patients

Notre première étude est une analyse quantitative à l'aide d'un questionnaire remis à la patientèle des médecins généralistes de Haute Corse. (Annexe 1)

II.1.1 Sélection des cabinets de médecine générale

Pendant notre étude, 161 médecins généralistes étaient installés en Haute-Corse. Nous avons demandé la liste officielle des médecins généralistes installés en Haute-Corse auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins, et de l'Agence Régionale de la Santé (ARS), mais aucune n'a pu nous être fournie par soucis de confidentialité.
Nous avons contacté des médecins généralistes installés en Haute Corse de manière aléatoire, sélectionnés parmi une liste non officielle, et non exhaustive, remise par le CRCDCC, et un annuaire téléphonique. Nous avons réussi à joindre 50 médecins par téléphone, et 24 d'entre eux ont accepté de participer.

Ces médecins généralistes étaient tout d'abord contactés par téléphone pour leur présenter notre étude. Certains médecins ont été informés par l'intermédiaire de leur secrétaire. Après cet entretien, un récapitulatif leur était adressé par mail.
Avec leur accord, nous avons convenu d'un rendez-vous dans leur cabinet respectif pour y déposer nos questionnaires dans la salle d'attente.

Les cabinets médicaux où les questionnaires étaient distribués couvraient toute la géographie de la Haute-Corse à savoir : le Cap Corse avec Bastia, la Plaine orientale avec Vescovato, Moriani et Solenzara et la Balagne avec l'Ile Rousse et Calvi.

II.1.2 Population étudiée

La population cible est la patientèle des médecins généralistes de Haute-Corse sélectionnés selon la méthode précédemment citée.
Elle est composée d'hommes et de femmes âgés de 50 à 74 ans.

L'échantillon de cette étude est un échantillon de convenance, non aléatoire, et basé sur le volontariat. Il regroupe donc les personnes ayant répondu au questionnaire d'étude distribué dans les cabinets libéraux des médecins généralistes de Haute Corse, mis à leur disposition dans la salle d'attente.

II.1.3 Questionnaire

Cinq cents questionnaires ont été édités. Ils ont été déposés dans les salles d'attente de ces 24 médecins généralistes volontaires sur toute la Haute Corse.

Ils sont composés de 26 items, dont 24 questions fermées, une question à choix multiples et une question ouverte. Les questionnaires ont été imprimés sous forme d'un livret au format 21x15 cm.
La première page est une page de présentation.
Les trois premiers items sont des questions de recensement afin de connaître le sexe, l'âge et les antécédents du patient.
Les trois suivantes abordent l'implication du médecin généraliste.
Les quatre suivantes cherchent l'information du patient.
Les 11 consécutives abordent le statut du patient vis-à-vis du dépistage et son point de vue.
Les quatre dernières parlent de la coloscopie.
La dernière question est ouverte pour des remarques éventuelles.

Nous avons rédigé ce questionnaire dans le but d'identifier chez les patients concernés des facteurs limitants leur participation en se basant sur les freins précédemment cités dans les études nationales et régionales hors Corse. Nous avons ainsi recueilli leur connaissance sur le dépistage, l'implication ressentie de leur médecin généraliste respectif dans le domaine du dépistage et essayé d'aborder des pistes pour améliorer leur participation.

II.1.4 Période d'inclusion

La période d'inclusion était de cinq semaines consécutives du 17 septembre 2018 au 22 octobre 2018.

II.1.5 Recueil des données

Une urne a été mise à disposition afin de recueillir les questionnaires remplis.
Les questionnaires vierges ont été laissés dans une bannette de bureautique à proximité de l'urne, en vue, sur les tables basses disponibles dans les différentes salles d'attente.

Après cette période, les urnes ont été récupérées. Les réponses aux questionnaires ont été intégrées dans un document Excel®.
Les données ont d'abord été analysées de façon descriptive, puis comparative avec l'aide d'un test du Khi 2.

II.2 Etude n°2 : Enquête qualitative par focus groups auprès des médecins généralistes

Notre deuxième étude est une étude qualitative basée sur des focus groups de médecins généralistes de Haute-Corse.

II.2.1 Sélection des médecins généralistes

Le premier contact avec ces médecins généralistes était identique à l'étude précédente, nous profitions de l'appel téléphonique pour proposer des entretiens par focus group aux médecins.
Nous avons contacté des médecins généralistes installés en Haute Corse de manière aléatoire sélectionnés parmi une liste non officielle, et non exhaustive, remise par le CRCDCC, et un annuaire téléphonique.
Ces médecins généralistes étaient tout d'abord contactés par téléphone pour leur présenter l'étude. Certains médecins ont été informés par l'intermédiaire de leur secrétaire. Après cet entretien, un récapitulatif leur était adressé par mail.
Sur les 161 médecins généralistes de Haute-Corse, 50 ont été contactés.
Quinze médecins généralistes ont finalement répondu présents aux focus groups. (11 hommes et quatre femmes, installés en milieux urbain et semi-urbain).

II.2.2 Focus group

Cinq focus groups ont été réalisés ; trois à Bastia dans les locaux du CRCDCC, un en Balagne et un à Solenzara pendant la période du 26 septembre au 15 novembre 2018.
Les entretiens se déroulaient en début de soirée à partir de 20 heures, et un buffet était mis à disposition.
La durée moyenne était une heure. Les focus groups étaient clôturés quand tous les sujets avaient été abordés et qu'aucune nouvelle idée n'apparaissait.
Nous n'avons pas effectué de nouvelles séances de focus groups au-delà de cinq car au fil des entretiens, les mêmes idées revenaient et aucun nouveau sujet n'a émergé.

II.2.3 Canevas

Nous avons suivi un canevas élaboré par nos soins afin de guider les focus groups, et de balayer tous les sujets. (Annexe 2)
Cette trame reprend la majorité des items identifiés dans les études précédentes des autres régions françaises.
Les sujets abordés étaient l'implication des médecins généralistes, les freins, les améliorations à apporter, le test OC Sensor, et la place de la coloscopie.

II.2.4 Recueil des données

Les échanges ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits manuellement sur un fichier texte.
L'analyse des résultats a été obtenue en utilisant le logiciel d'analyses statistiques Tropes® V8.5.

III. Résultats :

III.1 Etude n°1 : Enquête quantitative par questionnaire auprès des patients

Cinq cents questionnaires ont été distribués pendant la période du 17 septembre 2018 au 22 octobre 2018.
Sur ces 500 questionnaires, nous en avons récupéré 283, soit un taux de réponses de 56,6 %.

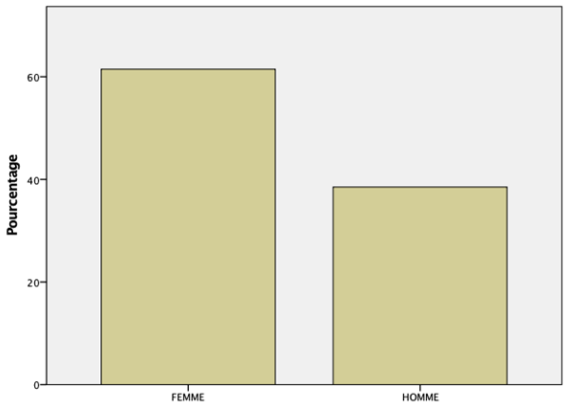
III.1.1 Données descriptives :

Nous avons dans un premier temps analysé les données de façon descriptive.

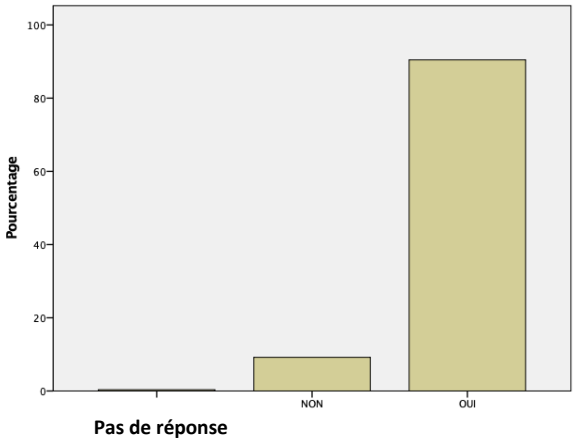
III.1.1.1 Population interrogée

Parmi ces réponses, 61,5% étaient des femmes contre 38,5% d'hommes, et 90% avaient plus de 50 ans. (Graphique 1-2)

Graphique 1 – Taux de participation en fonction du sexe



Graphique 2 – Personnes âgées de plus de 50 ans

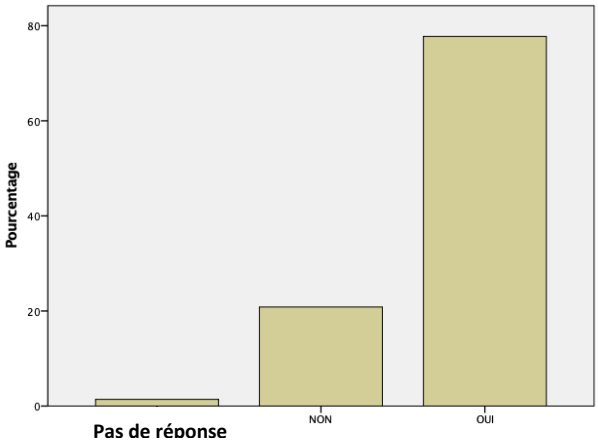


Deux tests n'ont pas été intégrés ; un étant rendu vide hormis l'âge et le sexe et l'autre rempli par un enfant de 12 ans.
Selon leur déclaration, 79,2% des personnes interrogées n'avaient pas d'antécédent familial ou personnel de cancer du côlon.

III.1.1.2 Implication du médecin généraliste

77,7% pensent que leur médecin est impliqué dans les démarches de dépistage. 20,8% ne partagent pas cette opinion. (Graphique 3)

Graphique 3 – Implication des médecins dans le dépistage selon les patients

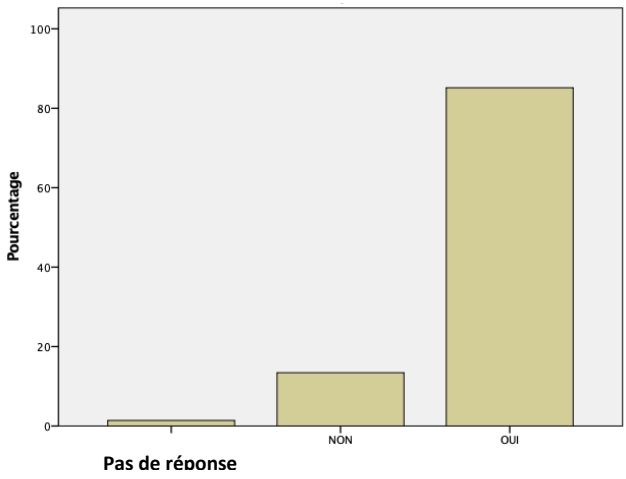


68,9 % ont déjà parlé du dépistage du cancer colorectal avec leur médecin traitant alors que 30% n'en ont jamais parlé.
59,7 % n'ont pas eu d'autre dépistage proposé par leur médecin traitant contre 37,8 %.

III.1.1.3 Information sur le cancer colorectal

Parmi les différents moyens de communication (seul item à choix multiples), on remarque que 55,8% ont déjà eu des informations sur le cancer colorectal ou son dépistage par leur médecin traitant ; 49,5% par la télévision ; 38,9% par leur entourage ; 15,5% via une publicité (panneaux ou courrier) et 12,7% par la radio.
82 % des patients se sentent concernés par le dépistage du cancer colorectal, contre 16,6%.
85,2 % pensent qu'un dépistage est nécessaire même en l'absence de symptôme alors que 13,4% pensent qu'un dépistage est inutile sans symptomatologie. (Graphique 4)

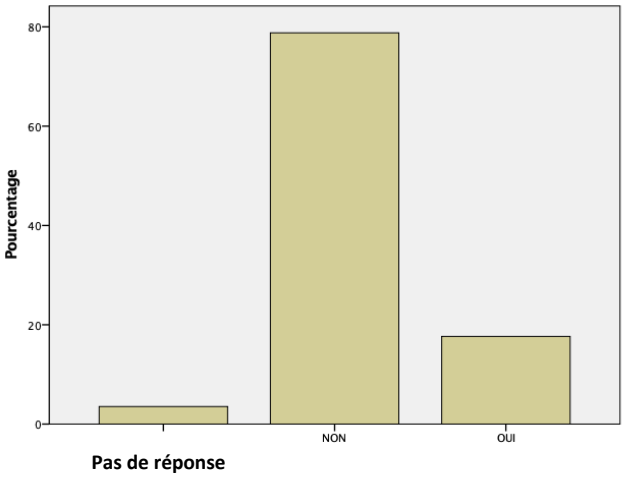
Graphique 4 – Nécessité d'un dépistage en l'absence de symptome selon les patients



III.1.1.4 Peur du cancer

78,8 % ne sont pas freinés par la peur du cancer pour réaliser le dépistage, contre 17,7% qui le sont (Graphique 5).

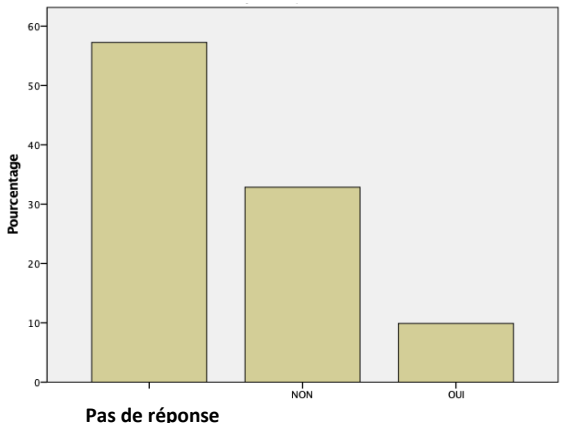
Graphique 5 – Frein lié à la peur du cancer



III.1.1.5 Manque de temps

55,5 % ont déjà consulté pour un motif de dépistage ; à contrario, 43,5% n'ont pas consulté pour cela.
Parmi ceux qui n'ont jamais consulté pour ce motif, 9,9% déclarent que c'est par manque de temps. (Graphique 6)

Graphique 6 – Si les patients n'ont pas consulté pour le dépistage, le manque de temps est-il responsable ?

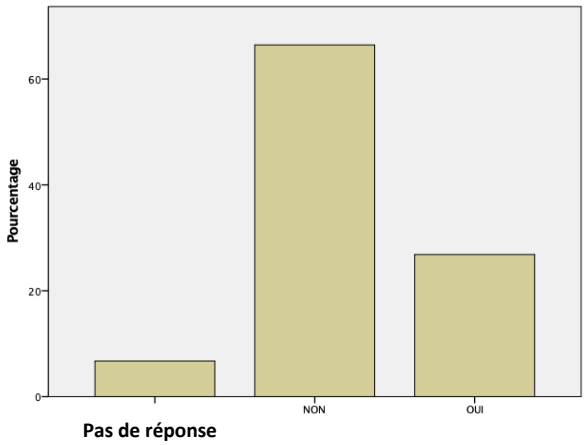


10,6% pensent que le test prend trop de temps contre 69,6% de la population interrogée.

III.1.1.6 Manipulation des selles

26,9% déclarent que la manipulation des selles est un frein à la réalisation de ce test, ce qui n'est pas le cas pour 66,4% d'entre eux. (Graphique 7)

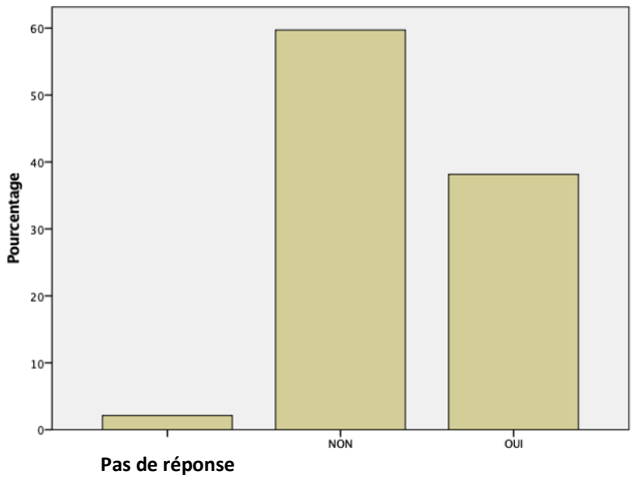
Graphique 7 – Frein lié à la manipulation des selles



III.1.1.7 Statut vis-à-vis du dépistage et pistes d'amélioration

70,7 % ont reçu une invitation au dépistage du cancer colorectal par courrier alors que 27,6% déclarent ne pas l'avoir reçu.
82,7% pensent que l'invitation par courrier est adaptée contre 13,1%.
74,9% pensent que la délivrance du test par le médecin est nécessaire alors que 19,4% pensent qu'elle n'est pas indispensable.
56,2 % préfèreraient recevoir le test directement à la maison tandis que 36,7% y sont opposés.
56,2% pensent qu'une délivrance par le pharmacien serait bénéfique alors que 37,8% n'y sont pas favorables.
Seulement 38,2 % des personnes interrogées ont déjà réalisé un test alors que 59,7 % ne l'ont jamais fait. (Graphique 8)

Graphique 8 – Patients interrogés ayant déjà réalisé un test OC Sensor

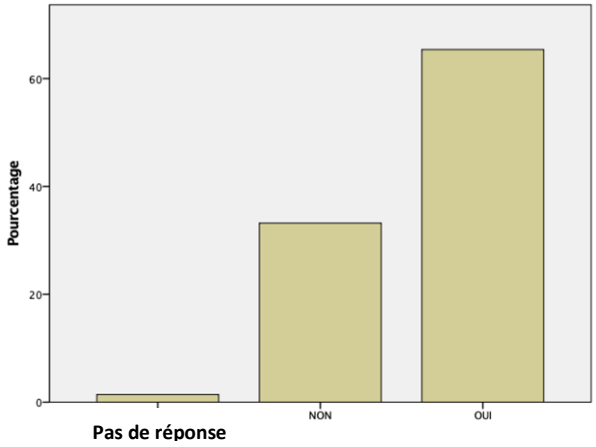


Parmi les 38,2% l'ayant déjà réalisé, 95,1% d'entre eux ont eu des explications claires par leur médecin traitant.

III.1.1.8 Place de la coloscopie

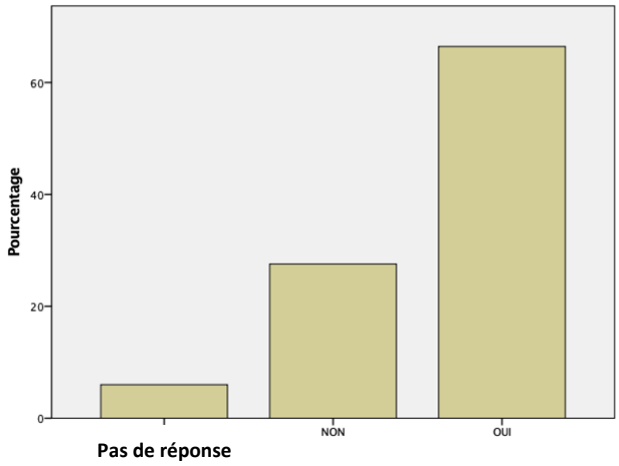
65,4% ont déjà réalisé une coloscopie alors que 33,2% n'en ont jamais fait. (Graphique 9)

Graphique 9 – Patients interrogés ayant déjà réalisé une coloscopie



Parmi ces 65,4% ayant déjà réalisé une coloscopie, elle date de moins de 5 ans pour 67,9% d'entre eux.
En ce qui concerne la place de la coloscopie, 42,8% des patients pensent que si le test OC Sensor est négatif une coloscopie est nécessaire. 45,2% pensent qu'une coloscopie n'est pas utile en cas de test négatif.
66,4% pensent qu'une coloscopie est obligatoire à partir de 50 ans. Alors que 27,6 % pensent qu'une coloscopie n'est pas systématique après 50 ans. (Graphique 10)

Graphique 10 – Coloscopie obligatoire à partir de 50 ans selon les patients interrogés



III.1.2 Données comparatives :

Nous avons ensuite croisé les données entre elles afin de déterminer si elles avaient des relations les unes avec les autres, grâce à une analyse statistique réalisée par un test du Khi 2.
Nous considérons qu'une différence est significative si le p est inférieur au seuil de 0,05.

III.1.2.1 Implication du médecin généraliste

Il n'y a pas de différence significative entre l'implication des médecins pour le dépistage chez les hommes ou les femmes (p=0,365).
On remarque une augmentation significative du nombre de tests OC Sensor réalisés quand le médecin est impliqué (p=0,01).
Quand le médecin est impliqué, d'autres dépistages sont proposés de manière significative (p<0,001).

III.1.2.2 Information sur le cancer colorectal

On ne remarque pas de différence significative dans la réalisation des tests lorsque les patients sont informés par la télévision, la radio, l'entourage, ou une publicité (respectivement p=0,62 ; p=0,36 ; p=0,16 ; p=0,61).
A contrario, lorsqu'ils sont informés par leur médecin, les patients participent davantage au dépistage de manière significative (p=0,018) (Tableau 1).

Tableau 1 - Réalisation du test OC Sensor si le mode d'information est le médecin

			Test déjà réalisé		
			Non	Oui	Total
Médecin	Non	Effectif	83	37	120
		% Test déjà réalisé	49,1%	34,3%	43,3%
	Oui	Effectif	86	71	157
		% Test déjà réalisé	50,9%	65,7%	56,7%
Total		Effectif	169	108	277
		% Test déjà réalisé	100,0%	100,0%	100,0%

Test Khi 2 : p= 0,018. Dans la population ayant réalisé le test, 65,7 % ont été informé par leur médecin, tandis que 34,3% l'ont été par un autre moyen.

Après avoir parlé de dépistage avec leur médecin, les patients ont conscience qu'un dépistage est nécessaire même en l'absence de symptôme de manière significative (p=0,038) (Tableau 2).

Tableau 2 – Corrélation échanges sur le dépistage avec le médecin / dépistage en l'absence de symptomatologie

			Discussion Médecin		Total
			Non	Oui	
Sans symptôme / Dépistage réalisé	Non	Effectif	17	21	38
		% Info Médecin	20,5%	10,9%	13,8%
	Oui	Effectif	66	172	238
		% Info Médecin	79,5%	89,1%	86,2%
Total		Effectif	83	193	276
		% Info Médecin	100,0%	100,0%	100,0%

Test Khi 2 : p= 0,038. 89,1% des patients ayant parlé de dépistage avec leur médecin comprennent qu'il se réalise en l'absence de symptôme.
Alors qu'ils sont 79,5% à le savoir dans la population n'ayant pas parlé avec leur médecin.

III.1.2.3 Peur du cancer

Il n'y a aucune différence significative pour la réalisation du test OC Sensor que les patients aient peur du cancer ou non (p=1,0) (Tableau 3).

Tableau 3 – Réalisation du test OC Sensor / peur du cancer

			Test déjà réalisé		Total
			Non	Oui	
Peur du cancer	Non	Effectif	135	85	220
		% Test déjà réalisé	81,8%	81,7%	81,8%
	Oui	Effectif	30	19	49
		% Test déjà réalisé	18,2%	18,3%	18,2%
Total		Effectif	165	104	269
		% Test déjà réalisé	100,0%	100,0%	100,0%

Test Khi 2 : p= 1. Qu'ils aient peur du cancer ou non, le pourcentage de tests réalisés n'est pas différent : 81,8% vs 81,7%, et 18,2% vs 18,3%.

III.1.2.4 Manipulation des selles

La manipulation des selles n'est pas un frein à la réalisation du test.
Il n'y a pas de différence significative observée dans la réalisation des tests attribuable à la manipulation des selles (p=0,167) (Tableau 4).

Tableau 4 - Réalisation du test OC Sensor / Manipulation des selles

			Test déjà réalisé		
			Non	Oui	Total
Manipulation des selles	Non	Effectif	108	79	187
		% Test déjà réalisé	67,9%	76,0%	71,1%
	Oui	Effectif	51	25	76
		% Test déjà réalisé	32,1%	24,0%	28,9%
Total		Effectif	159	104	263
		% Test déjà réalisé	100,0%	100,0%	100,0%

Test Khi 2 : p= 0,167. On ne retrouve pas de différence significative dans la réalisation du test chez ceux pour qui la manipulation des selles est un frein (32,1% vs 24%). Idem chez ceux pour qui la manipulation des selles n'est pas un frein (67,9% vs 76%).

III.1.2.5 Statut vis-à-vis du dépistage

La réception du courrier au domicile incite les patients à réaliser le test.
On remarque une augmentation significative du nombre de tests réalisés dans la population ayant reçu l'invitation (p<0,001) (Tableau 5).

Tableau 5 - Réception du courrier / réalisation du test OC Sensor

			Test déjà réalisé		
			Non	Oui	Total
Courrier reçu	Non	Effectif	64	13	77
		% Test déjà réalisé	38,1%	12,1%	28,0%
	Oui	Effectif	104	94	198
		% Test déjà réalisé	61,9%	87,9%	72,0%
Total		Effectif	168	107	275
		% Test déjà réalisé	100,0%	100,0%	100,0%

Test du Khi 2 : p<0,001. 87,9% des patients qui ont réalisé le test ont reçu l'invitation à domicile.
12,1% des patients qui ont réalisé le test, n'ont pas reçu l'invitation par courrier.
61,9% des patients n'ayant pas réalisé le test, avaient reçu le courrier à domicile.

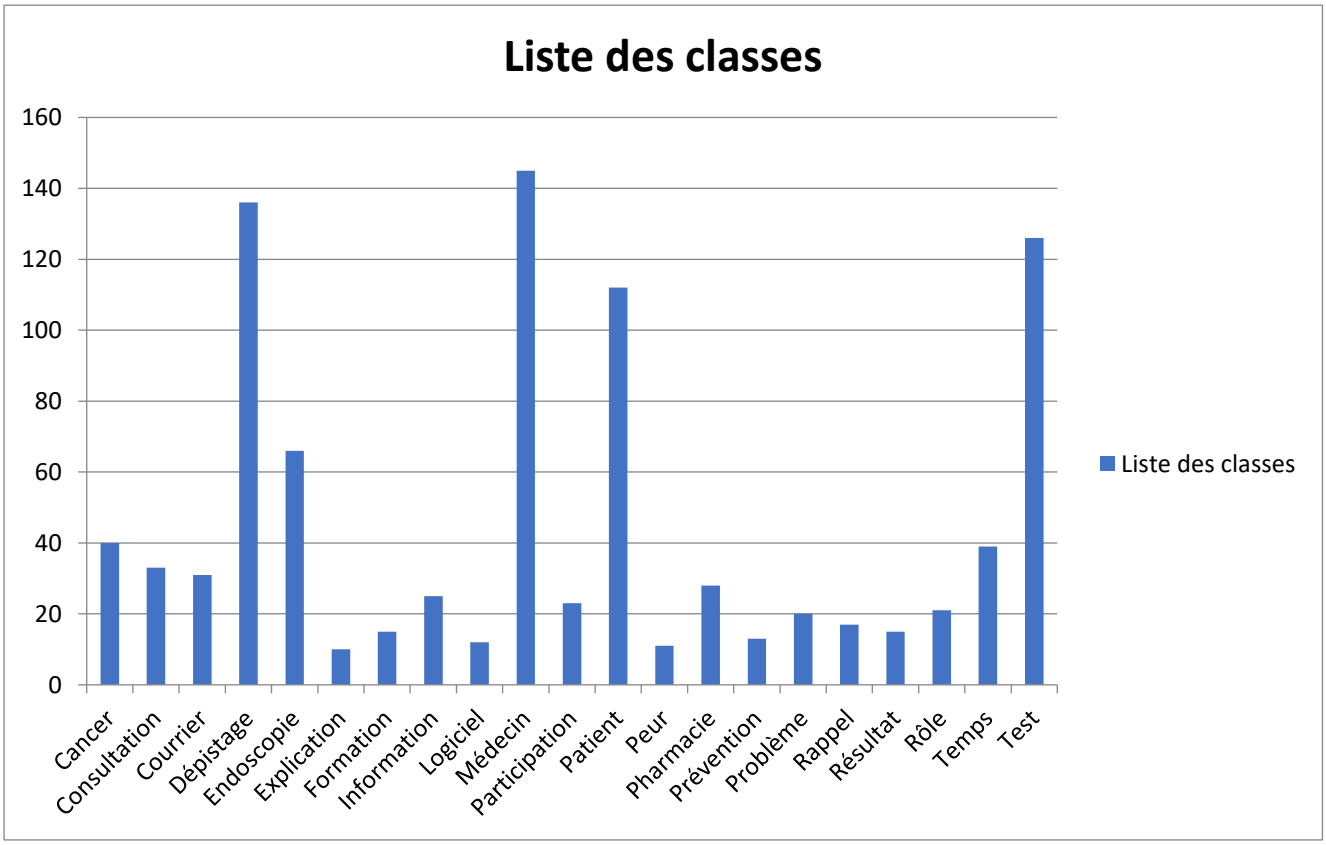
III.1.2.6 Place de la coloscopie

Malgré l'information délivrée par leur médecin, il n'y a pas de différence significative quant à la place de la coloscopie dans le cadre du dépistage (p=0,786).
Que les patients aient réalisé ou non le test, on n'observe aucune différence significative quant à la place de la coloscopie même en cas de test négatif (p=0,797).

III.2 Etude n°2 : Enquête qualitative par focus groups auprès des médecins généralistes

L'analyse des résultats a été obtenue en utilisant le logiciel d'analyses statistiques Tropes® V8.5 (Graphique 11).

Graphique 11 - Analyses statistiques des focus group (Logiciel TROPES)



Les mots les plus souvent utilisés lors des focus groups étaient « dépistage », « médecin », « patient », « test », « endoscopie », « cancer », « temps », « courrier », « information », « peur », « pharmacie ».

III.2.1 Implication du médecin généraliste

III.2.1.1 Le médecin au centre du dépistage

Les médecins estiment qu'ils ont un rôle central dans le dépistage.
Le médecin généraliste doit être au centre des démarches de dépistage.

> *« Tous les patients consultent un jour leur généraliste, d'où notre rôle central » ;*

> *« Le médecin généraliste a une place indispensable, centrale dans le dépistage » ;*

Selon quatre d'entre eux, le médecin doit garder son rôle d'information. Le fait que le médecin délivre ce test permet de le sacraliser.

> *« Je pense que l'information est essentiellement donnée par le médecin traitant ».*

C'est au médecin généraliste d'expliquer aux patients qu'un dépistage se fait en l'absence de symptomatologie :

> *« Il est nécessaire d'expliquer aux patients qu'il faut faire ce test en l'absence de symptôme ».*

Trois médecins intègrent le discours lié au dépistage au décours d'une consultation pour un autre motif.
Le médecin doit parler de dépistage même lorsque le patient consulte pour une autre raison, et profite de ce temps de consultation pour lui donner un maximum d'informations.

> *« Nous sommes les professionnels de santé, et nous devons y penser même lorsqu'ils consultent pour un autre motif ».*

> *« Le dépistage doit s'intégrer dans les consultations quotidiennes. Ça doit être un combat de tous les jours » ;*

> *« Je m'efforce de sortir le volet « Prévention » à chaque consultation au même titre que le volet « Curatif » ; « Ça devient un automatisme dans chaque consultation de parler du dépistage, que ce soit le frottis, le test OC Sensor ou le PSA pour les hommes ».*

Deux médecins ont donné des exemples de consultations dans lesquelles le dépistage s'intègre facilement :

> *« Les patients qui viennent pour un renouvellement d'ordonnance, on en profite pour parler au maximum du dépistage » ;*

> *« Pour les consultations banales comme la rhinopharyngite, on engage facilement la conversation sur le dépistage » ;*

La place du médecin généraliste est primordiale à leurs yeux. Ils estiment que le discours du médecin a plus de poids que celui d'un pharmacien ou d'une infirmière, mais que tout le monde doit avoir le même discours. Les autres professionnels de santé sont un complément.

> *« Nous avons le premier rôle, mais il faut que tout le monde aille dans le même sens, infirmiers, pharmaciens, médecins et là, on arrivera à quelque chose ».*

III.2.1.2 Participation des pharmacies

Trois médecins ne sont pas opposés au fait d'intégrer les pharmaciens dans la délivrance des tests OC Sensor mais à condition que le généraliste reste le pilier de ce dépistage. Ils veulent tout de même recevoir les résultats.

> *« Le problème des tests distribués par la pharmacie c'est la gestion des résultats » ;*
>
> *« La distribution du test doit être large, il n'y a pas de soucis, mais les retours doivent être dédiés au généraliste ».*

Un des sujets concernant les pharmaciens est celui du rôle du « pharmacien-conseil ». Il implique que les pharmaciens prendraient un temps d'information et de conseil afin d'expliquer le test et de ne pas le distribuer à ceux qui n'y sont pas éligibles.

> *« Il va falloir un rôle de pharmacien-conseil » ;*
>
> *« Il faut que les pharmaciens connaissent leurs patients » ;*
>
> *« Je ne suis pas contre la délivrance par le pharmacien, mais il faut vraiment un temps d'explication dédié ».*

III.2.1.3 Scepticisme face au dépistage organisé

Cependant, deux médecins sont plus réticents et ont peur de n'être que des pions du système de santé :

> *« Il y a un manque de communication entre les instances qui mettent les programmes de dépistage en place et les pions qui le réalisent, représentés par les médecins. Il faudrait améliorer cette communication verticale entre les instances et les médecins » ;*
>
> *« On essaie dans ce pays de diminuer au maximum le rôle des généralistes pour qu'on devienne des pions de l'Etat. Je pense que ça n'améliorera pas les coûts » ;*

Cependant, quatre d'entre eux pointent du doigt le manque de clarté dans les recommandations, entre les directives nationales et la réalité du terrain.

> *« Pour le PSA par exemple, la Société d'Urologie recommande un dosage tous les ans alors que l'HAS dit non, alors on suit qui ? » ;*
>
> *« Si on réfléchit qu'en terme de santé publique on devient comme une organisation de l'Etat !» ;*
>
> *« Il y a une différence entre les problèmes de santé publique et les patients en face de nous à un instant T ».*

III.2.1.5 Invitation par courrier

Dix des médecins interrogés s'appuient sur le courrier pour parler du dépistage à leurs patients.

> *« Le courrier est très intéressant car ça nous permet d'engager la discussion » ;*
>
> *« Les courriers destinés aux patients représentent vraiment un atout car cela permet aux patients d'aborder le sujet quand nous l'oublions ».*

Mais aucun d'entre eux ne considère que l'envoi des tests directement au domicile est une bonne chose.

> *« La méthode par courrier à domicile est adaptée mais la délivrance du test doit être réalisée par le médecin ».*

Six médecins sur les 15 interrogés ignoraient qu'un test pouvait être distribué même en l'absence d'invitation. De ce fait, ils n'enclenchaient jamais la discussion et attendaient que le patient vienne avec son courrier.
De ce fait, l'implication du médecin leur paraissait secondaire.

> *« J'ignorais qu'on pouvait donner le test à ceux qui n'ont pas reçu de courrier ».*

III.2.2 Freins à la participation des médecins généralistes

Durant les focus groups, les différents freins observés dans les précédentes études ont été abordés.

III.2.2.1 Le manque de temps

Le temps a été le premier frein exposé dans tous les focus groups. Au départ, l'ensemble des médecins interrogés ne considéraient pas le manque de temps comme un frein au dépistage.

« Le dépistage ne demande pas beaucoup de réflexion et ça ne prend pas de temps » ;

« Ça ne prend pas du tout de temps, dix secondes, le plus long est de leur dire de le faire » ;

« Le tiers payant prend plus de temps ! » ;

« En ce qui concerne le manque de temps c'est faux, ça prend deux minutes ».

Cependant dans la suite du discours, nous nous apercevons que le frein lié au temps est quand même présent. Mais il ne s'agit pas du temps dédié au dépistage mais plutôt du manque de temps dans la journée ou par consultation.
A cause de la charge de travail quotidienne relevée par l'ensemble des médecins sondés, le dépistage passe souvent au second plan.

« Dans la pratique courante, nous manquons de temps pour parler du dépistage » ;

« On est dépassé par les autres tâches du cabinet » ;

« On a tellement de problèmes à gérer qu'on n'arrive pas à penser à tout ».

« On peut mettre de côté le dépistage par manque de temps mais on sait qu'on va lui en reparler à la prochaine consultation ».

Ils avouent que dans une consultation déjà longue ils ne peuvent pas en plus parler du dépistage.

« Dans le cas d'une découverte de diabète, c'est impossible de parler en plus de dépistage ».

Le dépistage est souvent un sujet qui est abordé par les patients comme les médecins en fin de consultation, un sujet de pas-de-porte. Il n'existe pas de temps dédié au dépistage.

« Les patients nous sortent toujours la question du dépistage à la fin de la consultation. Il n'y a pas de temps de prévention dédié ».

Le manque de temps est donc reconnu par tous les médecins interrogés comme étant un frein à la participation au dépistage.

III.2.2.2 Charge administrative

Pour l'ensemble des participants, le temps administratif relatif au dépistage est quasi nul.

« Le temps administratif n'est pas un frein » ;

« Il n'y a pas de charge administrative, ça prend deux secondes, c'est faux. On ne peut pas dire que c'est contraignant ! ».

III.2.2.3 L'oubli

L'oubli a été mentionné dans tous les discours.

« L'oubli est un des freins principaux !»

Pour six médecins, l'oubli est majoré les jours de grosse affluence. Le dépistage passe alors au second plan.

« On peut oublier les jours où on a une grosse journée » ;

« En tant que médecin, on oublie facilement surtout avec la charge de travail quotidienne » ;

« Le temps ce n'est pas le problème, c'est l'oubli, on n'y pense pas c'est tout, surtout quand il y a du monde dans la salle d'attente » ;

« Il est évident qu'en période épidémique, on y pense moins ! » ;

Tous les intervenants ne voyaient pas le temps ou l'oubli comme une fatalité car ils savaient qu'ils allaient revoir leur patient. Sept d'entre eux se créaient alors un rappel informatique pour pallier cet oubli lors de la prochaine consultation.

« L'oubli est possible, ça peut arriver mais on reverra forcément nos patients » ;

« Je gère mon oubli grâce au logiciel et aux rappels informatiques que je me note » ;

« Si une consultation dure trop longtemps, je ne parle pas de dépistage cette fois-ci mais je sais que je vais revoir ce patient ».

Huit d'entre eux s'appuyaient sur le courrier adressé aux patients pour justement ne pas oublier de distribuer le test.

« Du moment que le patient reçoit le courrier, on ne peut pas oublier » ;

« Je donne le test que lorsque le patient le demande. J'ai tellement d'autres choses à faire que je n'y pense pas, j'oublie de le proposer ».

III.2.2.5 Le manque de formation et d'information des médecins généralistes

Le manque de formation et d'information des médecins étaient très parlant lors de nos focus group. 13 médecins sur 15 nous ont avoué avoir le sentiment d'être mal formés et mal informés sur le dépistage.

> *« On n'est pas bien formés au dépistage » ;*
>
> *« On ne nous a jamais expliqué comment fonctionnait le test » ;*
>
> *« J'en ai pris un je l'ai ouvert et je me suis débrouillé » ;*
>
> *« J'ai du mal à leur donner les bonnes informations car je ne suis pas convaincu moi-même » ;*
>
> *« En tant que médecin, je suis très mal informé, donc comment informer correctement mes patients ».*

Quand ce manque de formation était soulevé, les médecins les plus âgés comptaient sur un renforcement de la formation médicale continue. Tandis que les médecins plus jeunes remettaient en cause la formation initiale (Premier, Deuxième et Troisième Cycles des Etudes Médicales).

> *« Pendant nos études de médecine, on nous dit qu'il faut faire du dépistage mais on ne nous explique jamais comment ça fonctionne »*

En effet, six médecins ignoraient qu'un test pouvait être distribué en l'absence de courrier, et donc attendaient simplement que le patient aborde le sujet.

> *« C'est dommage, jamais personne ne nous l'a dit. On se rend compte qu'on est très mal informés, et mal formés » ;*
>
> *« On attend que les gens viennent avec leur courrier pour pouvoir leur donner le test, donc on est un peu extérieurs » ;*
>
> *« Je ne savais pas qu'on pouvait distribuer le test sans avoir le courrier de la part du patient » ;*
>
> *« On ne peut pas leur donner le kit s'ils n'ont pas reçu le courrier à la maison ! Ce n'est pas une question d'oubli de notre part » ;*
>
> *« Je pensais le courrier indispensable pour distribuer le test au patient ».*

III.2.2.6 Les autres professionnels de santé

La méconnaissance et le manque d'information des autres professionnels de santé revenaient fréquemment dans nos entretiens.

> *« Il y a vraiment une méconnaissance par le personnel soignant que ce soit médical ou paramédical ».*

Quand ils évoquaient ce manque d'information, ils parlaient souvent des autres spécialités médicales et paramédicales.

> *« Pour les spécialistes quel qu'ils soient, le dépistage du cancer colorectal se fait par coloscopie. Il faut augmenter leur information, c'est essentiel » ;*
>
> *« Je suis sûr que si on interroge le personnel de l'hôpital, les trois-quarts diront que le dépistage est la coloscopie ».*

Les médecins généralistes se plaignaient d'être les seuls à parler de dépistage, contrairement aux autres spécialistes.

> *« Les seuls médecins qui parlent de dépistage sont les généralistes, on n'a jamais vu un gastroentérologue parler d'un test OC Sensor ».*

III.2.2.7 Le manque de participation des patients

Le manque de participation des patients est aussi considéré comme un frein. Les médecins sont découragés de s'apercevoir que le nombre de tests réalisés est beaucoup plus faible que le nombre de tests distribués.

> *« Il y a vraiment une différence entre le nombre de tests délivrés et le nombre de retours » ;*
>
> *« Il y a des patients à qui j'ai donné trois fois le test et qui ne l'ont toujours pas fait ».*

III.2.2.8 Le manque de médiatisation

Un des sujets redondants a été le manque de médiatisation du cancer colorectal, surtout comparé au cancer du sein qui lui, est bien connu du grand public.

> *« On parle moins du cancer colorectal que du cancer du sein » ;*
>
> *« On entend plus parler d'« Octobre rose » que de « Mars bleu ».*

Dû à leur méconnaissance sur le sujet, les patients ont moins peur du cancer du côlon que celui du cancer du poumon, selon les médecins interrogés.

> *« Je pense aussi que le cancer du côlon n'est pas un cancer qui fait peur » ;*
>
> *« Si on faisait un test pour le cancer du poumon 100% des fumeurs le feraient ».*

III.2.2.9 Biais de recrutement

Un des freins évoqués est un biais de recrutement, vis-à-vis de la population d'actifs que cible ce dépistage. Ils consultent rarement. Ils ne se sentent pas concernés par ce problème de santé publique. Il y a un manque de sensibilisation pour cette population.

> *« Il y a des patients qu'on ne voit jamais, parce qu'ils n'ont pas d'antécédent, ne se plaignent de rien donc c'est difficile de les voir en consultation » ;*
>
> *« Ils ne se sentent pas concernés et ne lisent même pas le courrier » ;*
>
> *« Le plus difficile est d'arriver à parler du dépistage à cette population d'actifs qui ne se sentent pas concernés et qui consultent rarement » ;*
>
> *« Il est vrai qu'il y a une grande tranche de la population qu'on ne touche pas, et qui échappe au dépistage ».*

III.2.2.10 Consultation dédiée

Un autre frein mis en évidence est l'absence de consultation pour un motif de dépistage.

> *« Il est rare que des patients consultent pour le dépistage » ;*
>
> *« Ils profitent d'une consultation pour un autre motif pour en parler » ;*
>
> *« Les gens ne viennent jamais pour le dépistage ».*

III.2.3 Améliorations à apporter pour favoriser la participation au dépistage

Les médecins généralistes interrogés proposaient ensuite des hypothèses afin de contourner ces freins et augmenter la participation au dépistage.

III.2.3.1 Médiatisation

Afin de pallier le manque d'information de la population générale, les participants ont proposé différents moyens afin d'augmenter la médiatisation du cancer colorectal.

> *« Si on médiatisait autant le cancer colorectal que celui du sein, on aurait une augmentation de la participation » ;*
>
> *« Je pense que si les patients avaient plus peur de ce cancer, il y aurait une plus forte participation » ;*
>
> *« Il faut sensibiliser les patients au dépistage ».*

Trois médecins suggéraient le renforcement des campagnes de dépistage.

> *« Il faudrait augmenter les campagnes de dépistage, augmenter l'information » ;*

Deux autres pensaient qu'il fallait se concentrer sur la diffusion par la télévision.

> *« Je pense qu'il faudrait plus de spots à la télévision, augmenter vraiment la publicité ».*

Il fallait promouvoir l'affichage dans les salles d'attente selon trois autres médecins.

> *« Je mets des affiches dans la salle d'attente » ;*
>
> *« Je pense que le fait d'afficher des informations dans la salle d'attente peut permettre de le rappeler aux patients et du coup de lancer une discussion au cours de la consultation ».*

Concernant l'affichage dans les salles d'attente, la moitié des médecins reste sceptique.

> *« Personne ne regarde les affiches ! » ;*
>
> *« Il faut renouveler les affiches car lorsque l'on voit toujours les mêmes, on les occulte » ;*
>
> *« Le problème c'est lorsqu'on place des affiches sur le dépistage dans nos salles d'attente, les patients ont tendance à ne plus les regarder car il y en a trop. Il faut vraiment cibler l'information ».*

III.2.3.2 Formation et information

L'amélioration de la formation et de l'information des généralistes sur le dépistage étaient le point le plus important selon les médecins interrogés.
Pour les plus jeunes, la solution principale résidait dans l'optimisation de la formation initiale, pendant l'externat et l'internat car elle est obligatoire et touche l'ensemble des médecins sans exception.

> *« Je pense que le problème est vraiment dans la formation initiale, il faut plus en parler lors des études de médecine ».*
>
> *« On n'en parle jamais ni pendant l'externat, ni pendant l'internat. On nous parle des cancers mais jamais de leur dépistage » ;*
>
> *« Il faudrait vraiment parler de dépistage pendant les études, expliquer comment ça se passe » ;*
>
> *« C'est notre rôle majeur et on n'en parle jamais, il faut qu'on s'informe seul ».*

Le fait de ne pas avoir de formation initiale, et de ne jamais avoir eu d'informations concrètes sur le test et son fonctionnement, étaient pour eux délétère. Il est difficile de donner des informations aux patients quand on ne les connait pas soi-même.

> *« Quand je l'ai donné à mon premier patient, je n'étais pas convaincu de ce que je disais » ;*
>
> *« J'ai eu un intervenant de la CPAM me disant qu'il fallait faire le test mais pas vraiment d'explications ».*

La formation médicale continue était un sujet plus partagé.
Quatre médecins voyaient là une solution miracle alors que six autres trouvaient cela utopique. Selon eux, les médecins participant aux formations continues sont ceux qui se sentent concernés par le dépistage. On ne touchera pas l'ensemble des médecins ainsi.

> *« Je pense qu'une formation continue sur le dépistage serait utile » ;*
>
> *« Je suis plus mitigé car les médecins qui feront les formations continues seront ceux qui se sentent concernés. Il y aurait un biais de sélection » ;*
>
> *« C'est vrai que dans les formations, on voit toujours les mêmes visages ! ».*

III.2.3.3 Information aux autres professionnels de santé

Une autre piste évoquée était de favoriser l'information des autres spécialités médicales et paramédicales.
Selon six des médecins interrogés, chaque professionnel de santé a un rôle à jouer dans le dépistage.

> *« Chaque médecin tisse une relation avec son patient, même le cardiologue peut avoir une incidence sur le dépistage du cancer colorectal, donc leur information est primordiale aussi » ;*
>
> *« Avoir un discours uniforme entre confrères aurait plus de poids. Si chaque spécialité avait le même discours, on augmenterait fortement la participation » ;*
>
> *« Au niveau du personnel paramédical très peu savent que le dépistage du cancer colorectal se fait par test OC Sensor, tout le monde pense à la coloscopie ».*

Cela permettrait aux autres spécialités médicales d'évoquer ce dépistage même si cela ne les concerne pas directement.

> *« Quand un gynécologue parle du frottis, il pourrait évoquer le test du cancer colorectal, comme les radiologues avec la mammographie ».*

III.2.3.4 Rémunération

Instaurer une rémunération pour le dépistage était une solution proposée par six médecins.

> *« Une rémunération particulière pour le dépistage pourrait être intéressante ; l'argent incite toujours ».*

Deux types de rémunérations ont été énoncées.
La première était une reconnaissance de type ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) :

> *« Pourquoi ne pas donner une rémunération de type ROSP à chaque kit distribué ? » ;*
>
> *« Un indicateur ROSP pour le dépistage serait intéressant pour avoir le reflet de sa pratique quotidienne » ;*
>
> *« Au début de la mise en place de la ROSP, il y avait une prime selon le nombre de kits distribués » ;*

La seconde était une cotation spécifique pour le dépistage :

> *« Si on avait une reconnaissance pour le dépistage avec une cotation particulière ça motiverait les médecins c'est sûr » ;*
>
> *« C'est vrai qu'on n'est pas rémunéré pour le dépistage, il me semble qu'avant il y avait une cotation mais plus actuellement ».*

III.2.3.5 Consultation dédiée

D'après trois médecins, il serait intéressant de mettre en place une consultation annuelle dédiée au dépistage, prise en charge à 100%.

> *« Il y a des structures sur le continent où sont mis en place des consultations annuelles sur la prévention et le dépistage, prises en charge par la sécurité sociale » ;*
>
> *« Il m'arrive de prévoir une consultation dédiée au dépistage quelques jours après avoir vu mon patient » ;*
>
> *« Je suis certain que la mise en place d'une consultation annuelle pour faire le point sur la prévention et le dépistage est essentielle ».*

III.2.3.6 Rappels informatiques

Afin de limiter l'oubli, les rappels informatiques automatisés par les logiciels médicaux était une idée récurrente dans tous les focus groups.
Selon l'ensemble des médecins interrogés, beaucoup d'interfaces des logiciels médicaux sont peu utiles, alors qu'un onglet « Dépistage » avec des alertes automatiques n'existe pas.

> *« On pourrait demander aux logiciels médicaux de créer des rappels automatiques pour le dépistage au même titre que la case « Antécédents », je pense que ça serait plus utile que beaucoup d'éléments que je n'utilise jamais » ;*
>
> *« Dans les logiciels, il y a toujours la case « Alcool » et « Tabac », qui nous font penser à poser la question. On devrait faire la même chose pour le dépistage ou les vaccins pour les enfants » ;*
>
> *« Je verrais bien une case à cocher, test donné, test réalisé, résultats reçus. Cela serait vraiment plus simple et efficace ».*

Dans la majorité des cas, les médecins se créaient eux-mêmes des notes ou des rappels sur leur logiciel, mais manuellement.

> *« J'ai un rappel sur mon logiciel, il n'est pas automatique. Je crée le rappel quand je vois mon patient pour la première fois. Dans la case « Antécédents », je note si le test est réalisé ou si je dois le faire » ;*
>
> *« Sur mon logiciel, je n'ai pas de rappel automatique mais je me crée une note » ;*
>
> *« Je me suis créé un rappel automatique grâce à mon logiciel, une fenêtre s'affiche en me disant : « Dépistage CCR » ;*
>
> *« Une alerte automatique faciliterait la participation » ;*
>
> *« Sur mon logiciel, il n'y a pas de rappel informatique automatique, je me crée ce rappel ».*

III.2.3.7 Participation des pharmacies

La participation des pharmacies était un moyen de toucher un plus grand nombre de patients selon quatre médecins.

> *« La délivrance par la pharmacie ou le laboratoire permettrait d'augmenter la participation » ;*
>
> *« Augmenter les lieux où se procurer le test est un bon moyen mais il faut bien l'étudier ».*

Cependant, huit médecins sur 15 y sont opposés.

> *« Les pharmaciens seraient rémunérés pour distribuer le test alors que nous non ? Ce n'est pas normal !» ;*
>
> *« Pour que la rémunération de la délivrance du test fonctionne, il faut rémunérer tout le monde, médecins compris ».*

III.2.4 Freins liés au test OC SENSOR

Nous nous sommes intéressés plus précisément aux freins liés directement au test OC Sensor afin d'identifier des modifications à apporter.

III.2.4.1 Gestion du stock

Un des problèmes soulevés était le temps de latence entre la commande des kits et leur réception.

> *« On met trop de temps pour recevoir les pochettes, entre 10 et 15 jours ».*

Alors qu'ils sont tous d'accord pour dire que la commande en elle-même sur le site AMELI est très simple et rapide.

> *« La commande sur le site Ameli prend dix secondes. Et au niveau administratif, il n'y a rien à faire ».*

Un autre souci était la vérification des dates de péremption.

> *« Il m'est déjà arrivé de donner un test périmé sans le vouloir » ;*
>
> *« J'ai des patients à qui j'ai remis le test, qui l'ont fait six mois après. Le test était périmé et donc à refaire ».*

III.2.4.2 Manipulation des selles

Le test OC Sensor, bien que moins contraignant que le test Hémoccult II®, impose la manipulation de selles. Trois de nos interlocuteurs ressentaient la gêne occasionnée.

> *« Je pense qu'un des freins est simplement un problème de pudeur, la honte de parler de leurs selles, de leur dire de manipuler leurs selles » ;*
>
> *« En Corse, les personnes n'ont pas envie de manipuler leurs selles, c'est tabou » ;*
>
> *« A présent avec le nouveau test, il y a moins de manipulations que pour le précédent test ».*

III.2.4.3 Information par le médecin traitant

Au niveau des informations délivrées à leurs patients, les médecins généralistes étaient divisés en deux catégories.
Sept médecins avouaient donner le minimum d'informations sur le déroulement du test. Pour ces derniers, tout est expliqué dans le kit.

> *« Je ne prends pas beaucoup de temps pour expliquer le déroulement du test car tout est expliqué à l'intérieur. On ne perd pas de temps à répéter ce qui est déjà écrit dans la pochette ».*

Les huit médecins restants insistaient sur l'importance de l'information délivrée par le médecin traitant. Les patients adhèrent mieux au dépistage si on leur apporte des explications claires et qu'on leur montre comment faire.

« Pour favoriser la réalisation du test, il faut prendre le temps d'expliquer aux patients. Je prends le temps d'ouvrir le kit et de leur montrer » ;

« Je me suis rendu compte que les gens adhéraient mieux avec les explications et l'ouverture du kit devant eux ».

En revanche pour tous, expliquer le but de ce dépistage était un point essentiel.

« Il faut prendre le temps d'informer sur le but du dépistage. On va rechercher du sang dans les selles. On leur explique qu'on recherche des polypes ou des cancers et on donne des explications sur le cancer en général » ;

« On leur explique ce que les résultats du test impliquent ; c'est-à-dire faire une coloscopie si le test est positif ; un test positif ne signifie pas forcément un cancer, c'est peut-être juste un polype » ;

« Il faut aussi prendre le temps d'expliquer qu'on ne recherche pas le cancer en lui-même mais un saignement qui peut montrer même un polype. Il faut prendre le temps d'informer le patient ».

III.2.4.4 Non-adhésion des patients

Cinq médecins nous confiaient que les résultats reçus étaient bien inférieurs au nombre de kits distribués.
Selon eux, une grande partie des patients garde le test à la maison mais ne le réalise pas.

« Je n'ai pas assez de retours par rapport au nombre de tests que j'ai délivré » ;

« Mes patients ne refusent que très rarement le test. Mais je pense que beaucoup l'ont à la maison et ne le font pas ».

III.2.4.5 Manque de confiance

Un des freins majoritairement cités était le manque de confiance dans le test OC Sensor.
Cinq de nos participants préféraient envoyer leurs patients directement consulter un gastro-entérologue.

« Je préfère une coloscopie à un test » ;

« Je n'ai pas vraiment confiance dans les tests où on dépiste le sang et non pas le cancer » ;

« Je ne suis pas vraiment convaincu de l'efficacité du test » ;

« J'ai très peur d'avoir un test faux négatif » ;

« J'ai plus confiance en la coloscopie. Le test n'est pas assez fiable ».

III.2.5 Quelle est la place de la coloscopie dans ce dépistage ?

Nous souhaitions recueillir le point de vue des généralistes sur la place de la coloscopie dans le dépistage du cancer colorectal.

III.2.5.1 La coloscopie en deuxième intention

Selon dix médecins interrogés, la coloscopie est un examen de seconde intention dans le cadre du dépistage organisé. Il n'est nécessaire qu'en cas de test OC Sensor positif.

> *« Je leur dis qu'on ne peut pas faire une coloscopie à tout le monde. Une coloscopie est indiquée seulement si le test est positif » ;*
>
> *« La coloscopie n'est pas systématique, 80% de mes patients font le test » ;*
>
> *« La coloscopie doit garder sa place secondaire après un test positif. Elle ne doit être systématique qu'en cas d'antécédent ou de symptômes, mais dans ce cas on sort du dépistage organisé » ;*

Ils ont conscience qu'une coloscopie peut engendrer des complications et n'est pas un acte dénué de risque.

> *« Une coloscopie n'est pas un acte anodin, si on peut l'éviter c'est mieux » ;*
>
> *« J'ai un patient qui est décédé pendant une coloscopie » ;*
>
> *« Ce n'est pas un acte anodin, et puis il faut une anesthésie. Cela comporte des risques comme toute opération ».*

III.2.5.2 La coloscopie en première intention

Les cinq médecins restants considéraient la coloscopie comme un examen systématique à partir de 50 ans.

> *« Personnellement, je préfère envoyer les gens directement à la coloscopie à partir de 50 ans » ;*
>
> *« J'ai tellement peur de passer à côté d'un cancer colorectal, que je préfère prescrire directement une coloscopie » ;*
>
> *« Quand les patients venaient avec le courrier de l'ARCODECA, je les envoyais à la coloscopie directement » ;*
>
> *« C'est plus rassurant d'avoir une coloscopie normale qu'un test négatif ».*

Nous avons remarqué une tendance générationnelle dans leur attitude face au dépistage.

> *« Je pense qu'il y a aussi un problème générationnel. Les vieux médecins ont plutôt tendance à aller vers la coloscopie alors que les jeunes font plutôt le test » ;*
>
> *« Il y a 30 ans, le dépistage c'était la coloscopie donc pour moi ça reste comme ça, c'est plus rassurant de faire une coloscopie ».*

III.2.5.3 Exigence du patient

Lors de nos entrevues, deux médecins confessaient ne pas refuser les examens réclamés par leurs patients.

> *« Quand ce sont les patients qui demandent une coloscopie directement, il est vrai que j'essaie de ne pas refuser. Si un patient veut une coloscopie, je ne vais pas lui dire : « Non, faites un test de selles ! ».*

III.2.5.4 Difficultés après une coloscopie

Quatre médecins soulevaient le problème du retour au test OC Sensor après une coloscopie normale.

> *« Lorsqu'un patient passe une coloscopie, il apparaît dans la conclusion : « A contrôler dans cinq ans ». Donc on se retrouve bloqué, il est très difficile de revenir au test ».*

III.2.5.5 Rôle des gastro-entérologues

Trois médecins généralistes se plaignaient d'un décalage avec les gastro-entérologues. Ils ne comprennent pas pourquoi les spécialistes ne distribuent pas des tests OC Sensor à la place de certaines coloscopies non indiquées.

> *« Même quand les patients sont envoyés par leur médecin généraliste pour une coloscopie sans raison valable ; il faudrait que les gastro-entérologues puissent refuser et distribuer un test OC SENSOR. Ce n'est jamais fait et c'est dommage ».*

IV. Discussion

IV.1 Confrontations aux données de la littérature

Aux Etats-Unis, la mortalité par cancer colorectal diminue régulièrement depuis 1980 (21). Cette évolution est en partie liée au développement de son dépistage, le nombre d'individus dépistés ayant dépassé le seuil de 50% en 2005.
Les recommandations des différentes sociétés et organisations américaines (American Cancer Society, Multy-Society Task Force, American College of Radiology et American College of Gastroenterology) ont été mises à jour en 2008 (22).
Ils expriment une préférence pour les explorations morphologiques permettant à la fois dépistage et prévention. Ils se positionnent en faveur de la coloscopie en première intention tous les 10 ans (21).

En Europe, la Commission Européenne place en 2010 la recherche de sang occulte dans les selles comme méthode de référence pour le dépistage du cancer colorectal (23). La supériorité du test immunologique est validée mais son utilisation à la place du test au gaïac n'est pas formellement recommandée actuellement (24).

Malgré ces recommandations, les pratiques sont très variables selon les pays (25).
La recherche de sang dans les selles s'est imposée en France, en Finlande, au Royaume-Uni et en Italie (26).
L'Allemagne, l'Autriche, le Luxembourg et la Pologne privilégient la coloscopie.
Certains pays comme le Danemark, la Norvège, la Hongrie, l'Espagne et le Portugal n'ont pas de stratégie clairement définie (21).

En France, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal reste trop faible (27). Pour atteindre l'objectif d'une diminution de 20% de la mortalité, il faudrait une participation minimale de la population à hauteur de 50% (2-3). En 2017, les chiffres de participation sont de 33% sur le territoire national et de 14% en Corse (12-13).
Des études nationales et dans d'autres régions françaises ont identifié des freins à cette participation.

Dans notre étude auprès des patients, l'information sur le dépistage comme l'implication du médecin généraliste apparaissent comme des déterminants à la participation au dépistage organisé (8-11).

Cependant à la différence des études précédentes, la manipulation des selles (6) (10), le manque de temps (10) et la peur du cancer (9-10) n'apparaissent pas comme des freins à cette participation.
On pourrait remettre en doute la validité externe de notre enquête.

Concernant les médecins, la totalité des déterminants cités dans les enquêtes antérieures ont été mentionnés.
Le manque de temps (1) (5-7), l'oubli (5) (7-8), la mise au second plan du dépistage (5-6) (8), le manque de formation des médecins généralistes (5-7), et le manque de confiance dans le test OC Sensor (5-8) sont reconnus par nos intervenants comme des freins à la participation à ce dépistage.
Le temps administratif (5) n'est pas un frein dans notre échantillon.

Un de nos objectifs secondaires est de trouver des solutions pour augmenter la participation au dépistage organisé du cancer colorectal.
Certaines pistes d'amélioration ont déjà été envisagées précédemment : la mise en place de

consultations dédiées au dépistage (5-7), une rémunération spécifique au dépistage (5), des rappels informatiques automatiques (5-7) et le renforcement de la médiatisation du cancer colorectal (5-7). Nous avons retrouvé les mêmes suggestions dans notre enquête.

Avec nos participants, nous avons cherché d'autres solutions, non mentionnées dans les précédentes études.
La formation médicale initiale ou continue a été largement plébiscitée par nos médecins.
La participation des pharmacies pour la délivrance des kits parait être une solution pour les patients mais divise les médecins.

IV.2 Résultats principaux et perspectives

En ce qui concerne notre questionnaire, on note une forte participation des femmes (61%) comparées aux hommes : se sentent-elles plus concernées par le dépistage ?
En effet, les femmes sont plus habituées au dépistage avec la mammographie depuis leurs 50 ans et le frottis cervico-utérin depuis leurs 25 ans. Tandis que les hommes connaissent leur premier dépistage avec celui du cancer colorectal ; le PSA total n'étant pas considéré comme un dépistage organisé.

Selon les patients de notre étude, le moyen d'information le plus représenté pour le dépistage du cancer colorectal est le médecin généraliste.
Si on pose la même question pour le cancer du sein, les résultats seraient-ils identiques ?
Les campagnes publicitaires sortiraient probablement du lot.
Le cancer colorectal souffre bien d'un manque de médiatisation comme le soulignent les médecins interrogés.

Les patients se sentent concernés par le dépistage et ont compris qu'il est nécessaire en l'absence de symptôme. Pourtant, ils n'ont pas intégré la place du test OC Sensor et de la coloscopie.
Encore 43% des patients pensent qu'une coloscopie doit être réalisée même en cas de test négatif.
Et 66 % des patients pensent qu'une coloscopie est obligatoire à partir de l'âge de 50 ans.
On constate vraiment un manque d'information et de compréhension de la population générale.

Nous avons évoqué avec eux des pistes pour améliorer leur participation : la délivrance du test par le médecin est tout de même celle qui reste majoritaire.
Plus de la moitié des participants apprécieraient recevoir le test directement à la maison ; mais dans ce cas, comment transmettre la bonne information ?
Plus de 50% des patients trouvent un bénéfice dans la distribution du test par les pharmacies ; cela pourrait être une piste à explorer dans une autre étude.
Cependant, on remarque que ce sujet sème la discorde chez les médecins.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est bas (en 2017, 13,8 % de la population corse ont fait le test contre 33,5 % au niveau national) (12-13). Lors des focus groups, lorsque nous énoncions ces résultats, les médecins étaient surpris d'un tel pourcentage.
Ils ne comprennent pas pourquoi on ne considère pas les coloscopies dans le taux de participation au dépistage du cancer colorectal. Et dans ce cas-là, nos chiffres seraient plus élevés.
Nous n'avons pas réussi à obtenir le nombre de coloscopies réalisées dans le cadre d'un dépistage par les gastro-entérologues.
Cela sortait du cadre de notre étude mais serait intéressant à explorer.

Une des idées des médecins généralistes est de rémunérer la distribution du test OC Sensor.
En effet, le Dr GRISONI, président de l'URPS de Corse, avait tenté de mettre en place cette mesure. Cependant, une grande partie des tests étaient distribués par un laboratoire et donc la rémunération lui revenait. Cette rémunération au laboratoire a été reproché à l'URPS qui a préféré y mettre un terme.

La consultation dédiée est souvent revenue dans les débats. Nous pourrions envisager une étude sur l'influence d'une consultation spécifique sur la participation au dépistage.
Les membres des maisons de santé y sont tout particulièrement favorables. Tandis que les médecins généralistes exerçant seuls sont plus réticents. Ils ne voient pas comment le mettre en place en pratique, avec leur charge de travail quotidienne.

Le renforcement de la formation médicale sur le dépistage lors des études de médecine est une des idées fortes et récurrentes de ces focus groups. Une étude concernant les connaissances des étudiants en médecine sur le dépistage pourrait être judicieuse.

Le manque d'information des médecins généralistes est remis en cause tout au long de notre étude. En effet, six des médecins sondés ne savaient pas qu'un test pouvait être remis au patient même en l'absence de courrier de sa part. On discerne là une faille qu'il est possible de corriger aisément.

Au vu du coût élevé d'une coloscopie, il serait prohibitif de l'envisager comme stratégie de dépistage. Les risques sont certes rares mais non négligeables (trois accidents pour 1000 coloscopies, avec intervention chirurgicale dans un cas sur 1000 et un décès sur 10000) (28).
De plus, selon la Société Française de Gastro-entérologie, l'exploration complète du colon n'est pas possible dans 5 % des cas. La coloscopie manque le diagnostic de 15 à 25 % des adénomes de moins d'un centimètre, jusqu'à 6 % des adénomes de plus d'un centimètre et 4 % des cancers du côlon droit.
Les médecins les plus réticents au test OC Sensor ont changé leur opinion à la lecture de ces chiffres.

Une étude complémentaire sur des régions où la distribution par les pharmacies serait mise en place semble intéressante.

De plus, un accord avec des logiciels médicaux afin de créer des rappels informatiques automatisés, semble être une solution simple et efficace pour l'avenir.

IV.3 Limites de nos études

IV.3.1 Limites de l'étude quantitative par questionnaire auprès des patients

- Des biais de sélection avec notamment un biais de recrutement : en effet, les patients interrogés étaient des personnes consultant un médecin, donc inquiets pour leur santé. Ceux qui ont pris la peine d'y répondre étaient donc intéressés et concernés par le sujet.
  De plus, nous avons déposé ces questionnaires dans des régions bien médicalisées (Bastia, Balagne, Plaine orientale) donc avec un accès aux soins facile ; et non pas dans des déserts médicaux.
  Il y a eu aussi des perdus de vue avec 217 questionnaires non récupérés sur les 500 distribués.

- Notre questionnaire était uniquement composé de questions fermées pour faciliter le recueil de données. Certains patients auraient probablement voulu nuancer leurs réponses.

- Certaines questions nous ont semblé mal comprises par la population interrogée ; notamment la question sur « le temps dédié à la réalisation du test OC Sensor ». Beaucoup de personnes ont mal interprété la question. Des annotations nous ont permis de le percevoir mais aussi le fait que certains patients n'avaient répondu qu'à cette question alors qu'ils déclaraient ne pas connaître le test ou ne l'avoir jamais fait. Ils ont confondu le remplissage du questionnaire et la réalisation du test OC Sensor. A posteriori, nous nous sommes aperçus de notre manque de précision dans la question.
  Le test en lui-même sous le nom de « test OC Sensor » malgré l'explication donnée sur la page de garde du questionnaire, n'était pas bien acquis pour tous. Nous avons eu des notifications sur certaines questions avec un point d'interrogation comme pour signaler que ce nom leur était inconnu.

- Certains freins n'ont pas pu être explorés par cette méthode de recueil : le problème de l'accès aux soins soulevé dans les autres études, à savoir qu'il était nécessaire de consulter son médecin traitant pour obtenir le test immunologique. Nous avons pu l'aborder dans une question « La délivrance du test par votre médecin vous semble-t-elle nécessaire ? » ; mais nous n'avons pas pu extrapoler ces résultats étant donné que ceux qui répondaient, consultaient et n'avaient pas forcément de problème d'accès aux soins.

IV.3.2 Limites de l'étude qualitative par focus group auprès des médecins généralistes

- Un biais de sélection des médecins interrogés : en effet, la participation à ces focus groups reposait sur la base du volontariat. On comprend bien que ce sont donc des médecins intéressés par le sujet qui ont répondu présents.
  Nous soulignons également dans cette étude que nous avons fait appel à des médecins situés dans des zones bien médicalisées où nous savions que nous pourrions en réunir facilement plusieurs. Nous ne nous sommes pas rendus dans des endroits plus reculés de la Corse.

- Un échantillon faible de médecins généralistes : Nous avons eu quelques difficultés à les réunir, même si plusieurs dates leur ont été proposées. Beaucoup ont décommandé au dernier moment même si les dates étaient définies plus d'un mois à l'avance. Il y a eu peu de refus à cause du sujet en lui-même. Ce fut plutôt un problème organisationnel.

V. Conclusion

Concernant l'étude quantitative auprès des patients, les déterminants à la participation du dépistage organisé du cancer colorectal sont différents de ceux observés dans les autres études régionales ou nationales.

Les patients interrogés considèrent que leur médecin généraliste est impliqué dans les démarches de dépistage. L'implication du médecin traitant est primordiale dans la participation au dépistage du cancer colorectal. En effet, on remarque une augmentation significative du nombre de tests OC Sensor réalisés quand le médecin est impliqué.
Le moyen d'information le plus représenté est le médecin généraliste. Lorsqu'ils sont informés par leur médecin, les patients participent davantage au dépistage de manière significative.
La grande majorité des patients se sentent concernés par le dépistage, en ont déjà parlé avec leur médecin, et ont conscience qu'un dépistage est nécessaire même en l'absence de symptôme.
Cependant, on constate que l'information est mal perçue ou mal délivrée. Plus de la moitié des patients pensent qu'une coloscopie est obligatoire à partir de 50 ans et plus de 40 % qu'elle est nécessaire même en cas de test OC Sensor négatif.

La peur du cancer, le manque de temps et la manipulation des selles ne sont pas des freins à la participation au dépistage du cancer colorectal dans notre enquête, contrairement aux études précédentes.

Concernant le temps pour la réalisation du test, nous ne pouvons conclure sur ce résultat. Nous avons considéré que la question n'était pas claire et donc ininterprétable.
Dans notre questionnaire, l'item « temps pour réaliser le test » a été perçu comme le temps dédié au remplissage du questionnaire.

L'invitation par courrier est adaptée et incite les patients à réaliser le test. La délivrance du test par le médecin reste indispensable pour les trois quarts de notre population.
Cependant, l'élargissement de l'accessibilité du test par le biais des pharmacies ou directement à domicile semblent être une voie d'amélioration pour plus de la moitié des participants.

Dans nos focus groups, tous les déterminants à la participation du dépistage organisé du cancer colorectal référencés dans les études précédentes sont bien représentés.

Les médecins généralistes reconnaissent avoir un rôle central dans le dépistage. Ils ont conscience de l'importance de l'information qu'ils délivrent.
Le manque de temps comme l'oubli sont reconnus comme des freins à la participation des médecins généralistes. Ces deux freins sont justifiés par la surcharge de travail quotidienne surtout en période épidémique. Le sujet du dépistage passe alors au second plan.
La charge administrative relative au dépistage n'est pas un déterminant pour les médecins interrogés.

Le manque de formation et d'information des médecins généralistes apparaissent comme les freins principaux à la participation de ce dépistage.
Le renforcement de la formation médicale initiale principalement mais aussi la formation médicale continue est la solution la plus plébiscitée par l'ensemble de nos médecins.
La grande majorité de nos participants ont dû se renseigner par leurs propres moyens sur ce dépistage. De ce fait, beaucoup ignoraient qu'un test pouvait être distribué en l'absence de courrier remis par le patient.

Le manque d'information sur le dépistage organisé des autres professionnels de santé est pointé du doigt par les généralistes de notre étude. Ils entrevoient ici une voie d'amélioration pour augmenter la participation au dépistage.

Le manque de médiatisation du dépistage du cancer colorectal est mis en cause par la totalité des médecins sondés. L'optimisation de cette médiatisation est donc capitale pour favoriser la participation des patients.

D'autres pistes sont suggérées par nos médecins pour accroître la participation au dépistage organisé du cancer colorectal.
Tout d'abord, ils proposent d'instaurer une rémunération pour le dépistage de type ROSP ou de créer une cotation spécifique.
La mise en place d'une consultation dédiée au dépistage est recommandée par quelques médecins.
Pour l'ensemble des intervenants, l'amélioration des logiciels informatiques avec des rappels automatiques est une piste intéressante à développer.
En revanche, la participation des pharmacies représente un sujet de discorde.

Le test en lui-même est rarement incriminé. L'ensemble des médecins reconnaissent que le test OC Sensor est plus simple et plus fiable que le test Hémoccult II®.
Une minorité des médecins n'a pas confiance dans le test OC Sensor et privilégie une coloscopie en première intention.

Ces deux études nous ont donc permis de mettre en évidence des freins à la participation au dépistage mais surtout d'envisager des solutions pour l'avenir.
Avec nos résultats, nous espérons apporter des solutions au CRCDCC et à notre directeur de thèse le Dr LE DUFF pour augmenter le taux de participation au dépistage du cancer colorectal.

VI. Bibliographie :

(1) *Aubin-Auger I, Bottet A, Catrice M, Jeanmougin P, Picard H, Gauffier N et al. De la recherche à la pratique en médecine générale : le dépistage du cancer colorectal. Exercer 2015 ;118 :78-82.*

(2) *Faivre J, Lepage C, Dancourt V. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux. (2009) Registre bourguignon des cancers digestifs, Inserm U866 ; Université de Bourgogne ; CHU, Dijon, France. BEH-thématique 2-3 / Janvier 2009.*

(3) *Le Duff, Franck. Programme national du dépistage organisé du cancer colorectal. Passage au test immunologique. www.arcodeca.fr*

(4) *ADECA 75 – Organisation du dépistage des cancers à Paris www.adeca75.org*

(5) *Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Exercer 2008 ; 80 : 4-7.*

(6) *Rameau H, Hofliger P, Bailly L, Granon C, Delasalle P, Namer M. Facteurs déterminant la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal dans les Alpes-Maritimes. Gastroenterol Clin Biol 2009 ; 33 : 23.*

(7) *Gaye, Nancy. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal en médecine générale et envisager les moyens de les contourner. Thèse de médecine générale : Paris 7, 2011. [SUDOC 156229633].*

(8) *Soler-Michel P, Laureau-Fini C, Perrin L, Savy G, Ponchon T. Identifier les facteurs d'adhésion des médecins généralistes au dépistage organisé du cancer colorectal- Enquête dans le Rhône. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2016 ; 64 : 351-358.*

(9) *Eisinger F, Pivot X, Greillier L, Couraud S, B. Cortot A, Touboul C, et al. Dépistage du cancer en France : 10 ans d'analyse des comportements par les enquêtes EDIFICE. Bull Cancer 2017 ; 104 : 258-266.*

(10) *Dumontier, Charlotte. Obstacles et motivation des médecins généralistes pour eux-mêmes : le dépistage du cancer colorectal, une étude qualitative. Thèse de médecine générale : Paris 7, 2015. [SUDOC 191191752].*

(11) *Prunier, Amélie. Les déterminants de la non-participation au dépistage du cancer colorectal par le test immunologique, une étude qualitative. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2016. [SUDOC 197847854].*

(12) *Le Duff F, Calendini E. Communiqué de presse du Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers en Corse (CRCDCC) du 9 février 2018.*

(13) *Communiqué de presse de l'Institut National du Cancer du 15 février 2018.*

(14) *Le cancer à travers les âges. InfoCancer, février 2017 www.arcagy.org*

(15)*Tumeurs du côlon et du rectum. ABREGE D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE ET DE CHIRURGIE DIGESTIVE 3ème édition - Partie « Connaissances » - par la CDU-HGE - Editions Elsevier-Masson - Septembre 2015, Chapitre 26 - Item 298 : 1-13.*

(16)*Viguier, Jérôme. L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. Département dépistage, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France. BEH-thématique 2-3 / Janvier 2009.*

(17)*Goulard H, Ancelle-Park R, Julien M, Bloch J. Le cancer colorectal en France. Évaluation 2002 à 2004. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, janvier 2006.*

(18)*Fiche mémo HAS : Cancer colorectal : modalité de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé. Mai 2017 www.has-santé.fr*

(19)*B. Denis, L. Gendre, P. Perrin. Bilan des 18 premiers mois du programme français du dépistage du cancer colorectal par test immunologique. Colon rectum 2017 ; 11 : 78-83.*

(20)*Mode d'emploi test OC Sensor. www.arcodeca.fr*

(21)*Pienkowski, Patrice. Actualités et nouveaux outils dans le dépistage du cancer colorectal. Association Française de Formation Médicale Continue en Hépato-gastro-entérologie. Post'U, 2013 : 213-224.*

(22)*Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for Colorectal Cancer in adult at average risk : a summary of the evidence for the US. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002 ; 137 : 132-41.*

(23)*European Colorectal Cancer Screening Guidelines Working Group, Von Karsa L, Patrick J, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis : ovrview and introduction to the full supplement publication. Endoscopy 2013 ; 45 : 51-9.*

(24)*Quintero E, Hassan C, Senore C, Saito S. Progress and challenges in colorectal cancer screening. Gastroenterol Res Pract 2012 ; 2012 : 846985.*

(25)*Micksche M, Lynge E, Diehl J, Estape J, Vertio H, Faivre J, et al. Recommendations on cancer screening in the European union. Bull Cancer 2001 ; 88 : 687-92.*

(26)*Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. Cochrane database Syst Rev 2007 ; 1 : CD001216.*

(27)*Hewitson P, Irwig L, Glasziou P et al. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, hemoccult. BMJ 1998 ; 317 : 559-65.*

(28)*BRETAGNE JF. Critères de qualité d'une coloscopie : actualités en 2009. 19ème séminaire de formation du SNFGE.*

(29)*Goulaouic, Solène. Etat des lieux du dépistage organisé du cancer colorectal en France : Enquête auprès des médecins généralistes des Pyrénées Orientales. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2013 [SUDOC 177354895].*

(30)*Pouquet, Marie. Identifier les facteurs limitants au dépistage du cancer colorectal dans le Gard selon les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Montpellier, 2014 [SUDOC 182338274].*

(31)*Bridou, Morgjane. Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal : Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche. Thèse de psychologie : Université de Tours, 2012 [SUDOC 17411415X].*

(32)*Dubois, Catherine. Motivations et réticences des médecins généralistes de l'Essonne à proposer les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal. Thèse de médecine : Université de Paris-Est Créteil Val de Marne, 2008 [SUDOC 127844554].*

(33)*Terrien-Lam, Anne. Motivations et freins de médecins généralistes du Maine-et-Loire à participer au dépistage de masse du cancer colorectal. Thèse de médecine : université d'Angers, 2007 [SUDOC 116490535].*

(34)*Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, Bloch J. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France. BEH-thématique 2-3 / Janvier 2009.*

(35)*Goel V, Gray R, Chart P et al. Perspectives on colorectal cancer screening : a focus group study. Health Expectations 2004 ; 7 : 51-60.*

(36)*Tinmouth J, Ritvo P, McGregor SE, Patel J, Guglietti C, Levitt CA, et al. ColonCancerCheck Primary Care Invitation Pilot project : patient perceptions. Can Fam Physician 2013 ; 59 : 541-9*

VII. Annexes

Annexe 1 – Questionnaire distribué aux patients dans les salles d'attente des médecins généralistes de Haute Corse

Questionnaire Patient de plus de 50 ans

Bonjour,

Nous sommes deux internes de médecine générale.

D'origine Corse et en ce moment sur l'hôpital de FALCONAJA nous aimerions, dans le cadre de notre thèse de médecine générale, et en association avec l'ARCODECA, étudier la participation au dépistage du cancer colorectal par test OC SENSOR (test de dépistage de référence du cancer colorectal par recherche d'hémoglobine humaine dans les selles), en Corse.

Pour ce faire et avec nos remerciements anticipés, pourriez-vous répondre à ce questionnaire de quelques minutes ?

Merci pour votre aide.

FICO Arnaud et ALLEGRINI Anghjulina

Etes-vous un homme / une femme ?

◯ Homme ◯ Femme

Avez-vous plus de 50 ans ?

◯ Oui ◯ Non

Avez-vous des antécédents familiaux de cancer colorectal ?

◯ Oui ◯ Non

Votre médecin traitant vous semble-t-il impliqué dans les démarches de dépistage ?

◯ Oui ◯ Non

Votre médecin vous a-t-il déjà parlé du cancer colorectal et de son dépistage ?

◯ Oui ◯ Non

Vous a-t-il déjà proposé d'autres dépistages ?

◯ Oui ◯ Non

Par quels moyens avez-vous entendu parler du dépistage du cancer colorectal ? (Télé, radio, panneaux publicitaires, médecin, entourage)

◯ Télé ◯ Radio ◯ Médecin ◯ Entourage ◯ Panneaux publicitaires

Vous sentez vous concerné par le dépistage du cancer colorectal ?

◯ Oui ◯ Non

Pensez-vous qu'en l'absence de symptôme un dépistage est nécessaire ?

◯ Oui ◯ Non

Est-ce la peur du cancer qui vous empêche de réaliser ce dépistage ?

◯ Oui ◯ Non

Avez-vous déjà consulté votre médecin traitant pour un motif de dépistage ?

◯ Oui ◯ Non

Si vous ne l'avez pas fait est-ce par manque de temps ?

◯ Oui ◯ Non

Avez-vous reçu à votre domicile un courrier vous invitant à réaliser le test OC SENSOR ?

◯ Oui ◯ Non

Pensez-vous que l'invitation par courrier est adaptée ?

◯ Oui ◯ Non

La délivrance du test par votre médecin vous semble-t-elle nécessaire ?

◯ Oui ◯ Non

Auriez-vous préféré recevoir le test directement à votre domicile ?

◯ Oui ◯ Non

Pensez-vous que la délivrance du test par votre pharmacien faciliterait votre participation ?

◯ Oui ◯ Non

Avez-vous déjà réalisé un test OC SENSOR ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, les explications de votre médecin vous ont-elles semblée claires ?

◯ Oui ◯ Non

Pensez-vous que la réalisation de ce test prenne trop de temps ?

◯ Oui ◯ Non

Est-ce que le fait de manipuler ses selles est un frein à la réalisation du dépistage par test OC SENSOR ?

◯ Oui ◯ Non

Avez-vous déjà réalisé une coloscopie ?

◯ Oui ◯ Non

Si oui, a-t-elle moins de 5 ans ?

◯ Oui ◯ Non

Pensez-vous qu'en cas de test OC SENSOR négatif une coloscopie est nécessaire ?

◯ Oui ◯ Non

Pensez-vous que la réalisation d'une coloscopie est obligatoire après 50 ans ?

◯ Oui ◯ Non

Avez-vous des remarques particulières sur ce questionnaire ou ce sujet ?

……
……
……
……

Merci pour votre participation

Annexe 2 - Canevas Focus group pour les médecins généralistes interrogés

- Comment percevez-vous l'implication des médecins généralistes dans le dépistage du cancer colo rectal ?

- D'après vous, quels sont les principaux freins à la participation au dépistage du cancer colo rectal des médecins généralistes ? (Temps par consultation, aspect non urgent, charge administrative, oubli de prescription, …)

- Selon vous, que faudrait-il faire pour améliorer la participation des médecins généralistes au dépistage du cancer colo rectal ?

  (Formation, rémunération, rappel informatique, consultation dédiée …)

- En quoi le test OC Sensor peut-il être un frein à la participation des médecins généralistes ? (Commande, gestion de stock, délivrance obligatoire par le généraliste, informations délivrées, manque de confiance dans le test…)

- Selon vous, quelle est la place de la coloscopie dans le dépistage du cancer colo rectal ?

VIII. Résumé

Introduction :

Le cancer colorectal est un problème de santé publique. C'est le troisième cancer en termes de fréquence et la deuxième cause de mortalité par cancer. Une campagne de dépistage de masse est organisée par l'Assurance Maladie depuis 2008. Une diminution significative de la mortalité de 20 % serait obtenue si au moins 50% de la population concernée participait à ce dépistage.
En 2017, le taux de participation en Corse est de 14 % alors que le taux national est de 33 %.
Des études nationales et dans d'autres départements français ont identifié des freins attribuables aux médecins et d'autres attribuables aux patients.
Notre objectif principal est de comprendre en quoi les déterminants à la participation du dépistage organisé du cancer colorectal déjà explorés au niveau national sont particulièrement représentés sur le territoire corse en deux études, l'une auprès des médecins et l'autre auprès de la population générale.
Nos objectifs secondaires sont d'identifier ces freins ; d'évaluer l'implication des médecins généralistes dans ce dépistage et de comprendre la place de la coloscopie, ainsi que d'identifier des moyens pour contourner ces freins.

Méthodes :

Notre travail s'articule en deux études.
La première est une étude quantitative par questionnaire auprès de la patientèle des médecins généralistes de Haute Corse.
500 questionnaires ont été édités, composés de 26 items, abordant l'implication du médecin généraliste, l'information sur le sujet, le statut vis-à-vis du dépistage et la place de la coloscopie.
Les questionnaires ont été déposés dans les salles d'attente de généralistes de Haute Corse.
La période d'inclusion est de Septembre à Octobre 2018. Les données ont d'abord été analysées de façon descriptive, puis comparative avec l'aide d'un test du Khi 2.

La seconde est une étude qualitative par focus groups auprès de médecins généralistes de Haute Corse. 5 focus groups ont été réalisés en Haute Corse auprès de 15 généralistes entre le 26 septembre et le 15 novembre 2018. Les sujets abordés sont l'implication des médecins généralistes, les freins, les améliorations à apporter, le test OC Sensor, et la place de la coloscopie. L'analyse des résultats a été obtenue en utilisant le logiciel d'analyses statistiques Tropes® V8.5.

Résultats :

Etude quantitative par questionnaire auprès du public :

Sur les 500 questionnaires distribués, 283 ont été récupérés. 61,5% étaient des femmes et 90 % avaient plus de 50 ans. 77,7% pensent que leur médecin est impliqué dans le dépistage ; 82% se sentent concernés par le dépistage ; 85,2% pensent qu'un dépistage est nécessaire en l'absence de symptôme ; 78,8% ne sont pas freinés par la peur du cancer ; 55,5% ont déjà consulté pour un motif de dépistage ; seulement 9,9% avouent que le temps est un frein ; 26,9% déclarent que la manipulation des selles est un frein ; 66,4% pensent qu'une coloscopie est obligatoire à partir de 50 ans.
Les patients informés par leur médecin réalisent plus de tests que les autres (p=0,018) ; la peur du

cancer n'est pas un frein à la réalisation du dépistage (p=1,0) ; la manipulation des selles ne représente pas non plus un frein à la participation (p=0,167).

Etude qualitative par focus groups auprès des médecins généralistes de Haute Corse :

Les médecins se sentent impliqués dans les démarches de dépistage. Ils se sentent responsables de leurs patients. Pour eux, leur rôle est essentiellement d'informer.
Les freins retrouvés sont :

- Le manque de temps, et la charge de travail quotidienne ;
- L'oubli ;
- Le manque de formation et d'information des médecins généralistes mais aussi des autres spécialités médicales et paramédicales ;
- Le manque de confiance dans le test OC Sensor.

Les pistes à améliorer sont une augmentation de l'information de la population générale avec une plus grande médiatisation du cancer colorectal, mais aussi une amélioration de la formation des médecins. La question de la rémunération pour le dépistage a été abordée. La mise en place de rappels informatiques automatiques, de consultations dédiées au dépistage, et la distribution des kits par les pharmacies, sont d'autres mesures proposées par nos médecins.

Discussion :

Les résultats observés en Haute Corse sont comparables à ceux déjà cités dans les autres régions françaises. Le manque d'information est prépondérant que ce soit du côté des médecins ou celui des patients. En ce qui concerne les patients, le manque de temps, la manipulation des selles et la peur du cancer n'apparaissent pas dans notre étude comme des freins à la participation au dépistage. Selon eux, le déterminant principal est l'implication de leur médecin traitant.
Les généralistes sont conscients de l'importance de leur rôle et se sentent concernés par ce dépistage.
De nombreux praticiens ne savaient pas qu'un test pouvait être distribué même si le patient n'avait pas reçu le courrier à la maison. On perçoit bien un manque de formation et d'information des médecins.
Il est vrai que le sujet du dépistage est très peu évoqué lors des études de médecine ; une des pistes pour améliorer la participation serait de renforcer la formation médicale initiale.
L'autre frein est l'oubli, lié à une surcharge de travail, surtout en période épidémique faisant passer le dépistage au second plan. Il peut être contourné par la mise en place de rappels informatiques automatisés à partir de 50 ans dans chaque logiciel.

Nous espérons que dans les années à venir, il y aura une évolution des mentalités et que ce test OC Sensor entrera dans les mœurs. En effet, le cancer du côlon est moins médiatisé que celui du sein. Une meilleure communication sur le cancer colorectal et son dépistage permettrait d'accroitre la participation.