



HAL
open science

Étude descriptive de la population incluse dans l'étude AMDEPCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 : pool n°1

Lucile Penhouet

► **To cite this version:**

Lucile Penhouet. Étude descriptive de la population incluse dans l'étude AMDEPCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 : pool n°1. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04310258

HAL Id: dumas-04310258

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04310258>

Submitted on 29 Feb 2024

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

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



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

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2023

Thèse présentée par :

Madame Lucile PENHOUET

Née le 05/06/1995 à Lannion

Thèse soutenue publiquement le 16/11/2023

Etude descriptive de la population incluse dans l'étude AMDEPCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 : pool n°1.

Président

Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres du Jury

Monsieur le Docteur Paul AUJOLAT

Monsieur le Docteur Luc DUBRULLE

Madame la Docteure Carole BERNICOT

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST
SEPTEMBRE 2023

Doyens honoraires

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

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

BERTHOU Christian	Hématologie
BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
GILARD Martine	Cardiologie
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier en surnombre

DELARUE Jacques	Nutrition
------------------------	-----------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

LE MEUR Yannick	Néphrologie
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

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

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
AUBRON Cécile	Réanimation
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE RESTE Jean-Yves	Médecine générale
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

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

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
BADIC Bogdan	Chirurgie digestive
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DIDIER Romain	Cardiologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale

GUILLOU Morgane	Addictologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE BERRE Rozenn	Thérapeutique
LE GAC Gérald	Génétique
LE FLOC'H Bernard	Médecine générale
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
LODDÉ Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
ROUÉ Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SCHICK Ulrike	Cancérologie - Radiothérapie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROMEUR Cécile	Pneumologie
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire

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

BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
HILLION Sophie	Immunologie
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
ROPARS Juliette	Pédiatrie
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

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

BARAIS Marie	Médecine générale
BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
LE MAO Raphaël	Thérapeutique
LETISSIER Hoël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUCIA François	Cancérologie ; radiothérapie
NABBE Patrice	Médecine générale
OGNARD Julien	Radiologie et imagerie médicale
PONS-BECMEUR Christelle	Médecine physique et réadaptation
POUGNET Richard	Médecine et Santé au travail
QUÉNÉHERVÉ Lucille	Gastroentérologie
THUILLIER Philippe	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
TISON Alice	Rhumatologie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BAGACEAN Cristina	Hématologie
DISSAUX Brieg	Anatomie
ESPINASSE Benjamin	Médecine vasculaire
LECLERE Jean-Christophe	Oto-rhino-laryngologie
REBOUX Noémi	Gastroentérologie
UGUEN Kévin	Génétique

Professeurs des Universités Associés

BARRAINE Pierre	Médecine générale
CHIRON Benoît	Médecine générale
LE MOIGNE Emmanuelle	Médecine interne
METGES Jean-Philippe	Cancérologie
QUERELLOU Emgan	Médecine d'urgence
SUPLY Benoît	Médecine légale

Maîtres de Conférences des Universités Associés

BEURTON-COURAUD Lucas	Médecine générale
FONSECA Jérôme	Médecine générale
LAVENNE-COLLOT Nathalie	Pédopsychiatrie
PUSZKAREK Thibault	Médecine générale
VIALA Jeanlin	Médecine générale

Professeur des Universités

BORDRON Anne	Biologie cellulaire
---------------------	---------------------

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
BRAVERMAN Louis	Sociologie
DANY Antoine	Epidémiologie et santé publique
LE CORNEC Anne-Hélène	Psychologie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier	Physiologie
MORIN Vincent	Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

GURIEC Nathalie	Biologie cellulaire et physiologie
PHAM Chi-Hieu	Traitement image et signal en imagerie médicale et radiothérapie
SOARES MESQUITA QUEMENER Mirka	Psychologie

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche

KÉRUZORÉ Marc Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain Français
RIOU Morgan Anglais

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

COLAS Marie Dominique Psychiatrie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

AUGUSTE Béatrice Médecine Générale
BOUVAREL Sophie Médecine Générale
DA SILVA MOINET Virginie Médecine Générale/Urgences
LE COAT Anne Médecine Générale / Urgences

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE, merci d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse mais aussi et surtout pour votre implication dans notre formation universitaire à la faculté de Brest.

A Monsieur le Docteur Paul AUJOULAT, merci d'avoir dirigé notre travail de thèse et de nous avoir guidées et encadrées tout au long de ce travail de recherche.

A Monsieur le Docteur Luc DUBRULLE, merci pour les six mois de stage passés chez toi, pour les connaissances médicales et humaines que tu m'as apportées, et l'amour que tu portes à ton métier de médecin de famille que tu aimes tant transmettre.

A Madame la Docteure Carole BERNICOT, merci d'avoir accepté d'être dans notre jury de thèse avec Camille qui avait à cœur de vous avoir parmi nous en ce jour si spécial dans la vie d'un médecin.

A Madame Evelyne DUBRULLE, merci pour les repas passés chez vous les jeudis midi, pour ta bienveillance et ton chaleureux accueil.

A Monsieur Julien COADIC et Maëlys CONSIGNY, data manager et statisticienne au CHRU de Brest pour votre aide tout au long de l'année d'inclusion, mais aussi pour l'extraction des données et l'aide à l'analyse statistique.

A Camille, qui a été une co-interne dans le service de gynécologie, puis une co-thésarde pour cette étude et qui est devenue une amie. Merci d'avoir partagé cette année avec moi et de m'avoir communiqué ta motivation.

A Briec, pour tout ton amour, ton soutien, et ces 5 années passées ensemble. Merci pour ces moments heureux dans la vie de tous les jours, nos voyages, mais également pour les moments plus difficiles durant l'internat. Pour tout l'amour que nous nous porterons dans les années à venir, je t'aime.

A mes parents. A ma Maman, une femme au grand cœur qui m'a transmis le goût de la bienveillance et du prendre soin. A mon Papa, travailleur acharné, qui a énormément travaillé pour atteindre ses objectifs professionnels et pour que nous manquions de rien. Merci à vous deux pour votre soutien durant ces 10 années d'études !

A Emma, ma petite sœur, qui a suivi mes traces dans cette folle aventure qui est de devenir médecin. Je suis fière de toi !

A Titouan, mon petit frère, je t'ai vu évoluer, grandir, changer mais tu seras toujours mon bébé malgré que tu aies déjà 19 ans... Tu as tous les choix d'avenir devant toi !

A mes grands-parents. A Mamily et Papily pour les moments passés ensemble à la caravane, les journées bateau sur Fleur de Figue, les repas de Noël avec toute la famille. Une pensée particulière pour toi Papily, à qui la vie n'aura pas laissé suffisamment de temps pour profiter de tes petits-enfants, « ta bande de petits couillons » comme tu aimais nous appeler. A Mamie T toi qui étais d'une bienveillance et d'une gentillesse exemplaire, avec qui j'ai passé du bon temps à jouer aux jeux de société. A toi Papi Marcel, que je n'ai malheureusement pas eu le temps de connaître.

A toute ma famille, vous qui avez été là pour suivre et me soutenir dans ce long parcours depuis maintenant 10 ans.

A Anne et Jacques, mes beaux-parents, toujours présents et à l'écoute. Merci à eux pour tous les bons moments partagés et de m'avoir adoptée dans leur famille.

A Aurore, Leïla et Romain qui ont été mes piliers depuis la 3^{ème} année de médecine. Merci d'avoir toujours été présents dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci pour les journées révisions, les décompressions au bar, les promenades, nos vacances entre ami(e)s.

A mes ami(e)s Brestois de l'externat, Elena, Valentine, François, Maël, Arthur, Mathieu, Amélie, Hana, je vous remercie sincèrement pour ces années passées ensemble, et j'ai hâte de découvrir ce que nous réserve la vie future. Quelle chance de vous voir évoluer dans vos vies personnelles et professionnelles !

A mes ami(e)s Angevins, Valentine, Noémie, Arthur, Pierrick, Mélanie, Tatiana, Tanguy. Merci pour cette année de vie en collocation à Mayenne (en Mayenne, sur la Mayenne), les fous rires, d'avoir été une team incroyable de co-internes aux urgences puis en service adulte. J'ai regretté mon choix de subdivision aux ECNi, mais vous avez été mes petits soleils pendant 1 an et demi.

A toutes mes copines du lycée, Clémentine, Clémence, Julie, Justine, Marine, Anaïs, Emma, Axelle, je vous aime du fond du cœur et vous remercie de votre patience, présence et de votre écoute depuis maintenant 15 ans (et oui déjà...). On aura vécu des moments difficiles ensemble, notamment la maladie de l'une d'entre nous, nous sommes restées soudées pour traverser cette épreuve ! A nos week-ends passés entre copines et aux prochains. Je vous aime !

Merci à vous tous, à ceux que je n'ai pas cités pour votre présence dans ma vie, en primaire, au collège, au lycée ou durant les études. Chacun de vous m'a aidé dans des moments plus ou moins faciles. Vous m'avez aidé à devenir qui je suis, je vous remercie du fond du cœur.

Merci aux équipes soignantes et aux co-internes avec qui j'ai pu travailler. Merci à l'équipe des urgences de Mayenne et au Docteur Marie-Hélène GROFF pour sa bienveillance et ses compétences humaines et médicales incroyables. A l'équipe soignante de cardiologie de Mayenne avec qui nous avons passé 6 mois

dans une ambiance familiale. Merci à mes co-internes de gynécologie à Landerneau, Camille, Pierrick, Anna et Marine pour votre écoute et vos précieux conseils. Merci aux médecins généraliste de Morlaix, Plougonven et Saint-Martin des champs pour ces 6 mois passés avec vous, merci de nous avoir transmis vos différentes compétences et d'avoir été à notre écoute. Merci au service de géro-psycho-geriatrie de Bohars, où j'ai pu consolider mes compétences en gériatrie, acquérir certaines compétences en psychiatrie, mais aussi et surtout accorder la place centrale au patient et à ses proches.

Merci aux facultés d'Angers et de Brest de m'avoir permis un retour en subdivision Brestoise. Ceci m'a permis un nouveau souffle dans mon internat, et m'a permis de me projeter sur le plan professionnel dans cette subdivision Brestoise.

Merci aux patients, dont j'ai croisé ou croiserai le chemin, de me faire confiance pour que l'on prenne ensemble le chemin du soin.

Table des matières

Remerciements	6
Table des matières	9
Liste des abréviations	10
Résumé	11
Abstract	12
Introduction	13
Méthode	15
I- Cadre de l'étude	15
II- Outils de mesure	15
III- Protocole	16
IV- Statistiques.....	16
Résultats	17
I- Flow chart.....	17
II- Caractéristiques sociodémographiques de la population	17
A. Répartition des âges.....	18
B. Invitation au dépistage du CCR	19
C. Répartition des sexes	19
D. Statut conjugal	20
E. Statut professionnel.....	20
F. Niveau d'éducation	21
G. Lieu d'habitation	21
III- Analyse descriptive de la population	22
A. Espérance de vie perçue	22
B. Perception de sa vulnérabilité.....	22
C. Représentation de la sévérité	23
D. Bénéfices de la surveillance	23
E. Obstacles à la surveillance	24
F. La motivation pour la santé.....	24
Discussion	25
I- Synthèse des résultats	25
II- Comparaison à la littérature	25
III- Forces et faiblesses de l'étude	27
A. Forces de l'étude	27
B. Faiblesses de l'étude.....	27
IV- Perspectives	28
Conclusion	29
Bibliographie	30
Liste des figures	33
Serment d'Hippocrate	34
Autorisation d'imprimer	35
Annexes I- Cahier d'inclusion	36
Annexes II – Questionnaire HBM	38

Liste des abréviations

AmDepCCR : Amélioration du taux de participation au Dépistage du CCR par la formation des médecins généralistes à l'entretien motivationnel

CCR : Cancer ColoRectal

INCA : Institut National du Cancer

CRCDC : Centre Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

MG : Médecins Généralistes

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HBM : Health Belief Model

DOCCR : Dépistage Organisé du Cancer ColoRectal

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

Résumé

Introduction :

Le cancer colorectal (CCR) était le 3^{ème} cancer le plus fréquent en France en 2021. Malgré sa fréquence et sa gravité, 17000 décès par an en France, seuls 35% de la population avait réalisé son dépistage en 2020-2021. Il était estimé que 30 à 50% des CCR pourraient être évités via la prévention. L'objectif de cette étude était de décrire la population Finistérienne ne participant pas au DOCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le pool n°1 des patients inclus dans l'étude AmDepCCR.

Méthode :

Il s'agissait d'une étude quantitative, multicentrique, descriptive, observationnelle des patients qui étaient âgés de 50 à 74 ans dans le Finistère et qui ne réalisaient pas leur dépistage organisé du CCR. Les patients ont été inclus par les médecins généralistes (MG) du Finistère. Les patients devaient répondre à un questionnaire concernant leur profil socio-démographie et à un questionnaire Health Belief Model (HBM) permettant d'évaluer les croyances relatives à la santé.

Résultats :

160 patients ont été inclus dans l'étude via 20 MG du Finistère. La population étudiée avait en moyenne 59 ans, était faite d'une majorité d'hommes et de patients vivant en milieu rural.

La population étudiée avait une perception optimiste de son espérance de vie à 10 ans. Elle ne se sentait pas très vulnérable vis à vis du CCR et avait une représentation de la sévérité neutre. Cette population voyait un bénéfice à la surveillance et il n'y avait pas d'obstacle à la réalisation du dépistage. La population se sentait investie pour sa santé.

Discussion :

La population étudiée était comparable aux données de la littérature (majorité d'hommes, d'un milieu rural). Il semblerait que dans cette population le frein à la réalisation du DOCCR soit le fait que les patients ne se sentent pas vulnérables vis à vis du CCR.

Abstract

Introduction:

Colorectal cancer (CRC) was the 3rd most common cancer in France in 2021. Despite its frequency and seriousness, with 17,000 deaths per year in France, only 35% of the population had undergone screening in 2020-2021. It was estimated that 30-50% of CRCs could be avoided through prevention. The aim of this study was to describe the Finistère population who not taking part in DOCCR between 31 May 2022 and 31 May 2023 in pool n°1 of patients included in the AmDepCCR study.

Method:

This was a quantitative, multicenter, descriptive, observational study of patients aged 50 to 74, included by general practitioners (GPs) in Finistère who were not undergoing organised CRC screening. Patients were asked to complete a questionnaire concerning their socio-demographic profile and a Health Belief Model (HBM) questionnaire.

Results:

160 patients were included in the study via 20 GPs in Finistère. The average age of the study population was 59, the majority were men and patients living in rural areas.

The population studied had an optimistic perception of their life expectancy at 10 years. They did not feel very vulnerable to CRC and had a neutral perception of its severity. This population saw a benefit in surveillance and there were no obstacles to screening. The population felt invested in their health.

Discussion:

The population studied was comparable to the data in the literature (mostly men, from rural areas). It would appear that in this population, the main obstacle to performing the DOCCR is the fact that patients do not feel vulnerable to CRC.

Introduction

Dans le monde, en 2020, il était estimé 19,3 millions de nouveaux cas de cancers et 10 millions de décès par cancer¹. Il était estimé que 30 à 50% des cancers pourraient être évités en diminuant les facteurs de risque et en appliquant des stratégies préventives².

En France, la prévention de certains cancers (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus) se faisait en partie via des dépistages organisés. Ces dépistages organisés faisaient partie des objectifs de la convention médicale signée par les médecins généralistes conventionnés secteur 1 en France en 2016³.

Le dépistage organisé a pour objectif de détecter une maladie à un stade précoce chez des patients asymptomatiques. L'objectif est de diagnostiquer les maladies le plus tôt possible afin de les traiter rapidement et d'éviter les formes graves⁴. Le coût de santé annuelle concernant les dépistages organisés ou individuels en France était de 600 Millions d'euros en 2019⁵.

Malgré un fort investissement national, régional et financier, les taux de participations aux dépistages organisés restaient bien inférieurs aux objectifs européens⁵.

Les taux de participation aux dépistages organisés étaient inégaux : 50,6% pour le cancer du sein en 2021⁶, 59% pour le cancer du col de l'utérus entre 2018 et 2020⁷, 35% pour le cancer colorectal en 2020-2021⁸ et 32,9% en Finistère en 2018-2019⁹.

La participation au dépistage organisé du CCR en 2021 était inférieure aux autres dépistages, malgré la gravité du CCR qui représentait le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme et le 2^{ème} chez la femme. Le CCR était la 2^{ème} cause de décès par cancer en France, comptabilisant 47 582 nouveaux cas et 17 117 décès par an pour la période 2020-2021⁸.

Un dépistage précoce permettait un meilleur pronostic (90% de survie à 5 ans s'il était découvert au stade localisé versus 14,3% à un stade avancé)¹⁰. Le CCR était diagnostiqué tardivement lorsqu'il n'était pas dépisté, car il évolue longtemps sans symptômes. Il faut en moyenne 10 ans pour qu'un adénome se transforme en cancer^{8,10}.

L'institut national du cancer (INCA) a défini trois niveaux de risque de développer un cancer colorectal. Les patients à risque moyen de développer un CCR faisaient partie du dépistage organisé. Il s'agissait de la population générale entre 50 et 74 ans, sans symptôme, sans antécédent personnel et/ou familial de CCR¹⁰.

Le dépistage organisé du CCR consistait en un test immunologique, réalisé tous les 2 ans, par les patients à risque moyen de CCR¹⁰. Ce test immunologique pouvait être délivré dans un kit par le médecin traitant, en ligne ou en pharmacie¹¹. Si le résultat était négatif, le patient était invité à refaire le test deux ans plus tard.

Un résultat positif signifiait que de l'hémoglobine avait été retrouvée dans les selles et qu'un avis spécialisé ainsi qu'une coloscopie étaient nécessaires¹⁰.

La cible européenne de participation au dépistage organisé du CCR était de 45% minimum⁹. La mise en œuvre des Centres Régionaux de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) en 2019, n'avait pas permis une augmentation du taux de réalisation des dépistages organisés. Une des pistes envisageables serait de repenser les actions du CRCDC.

Le travail en réseau avec les partenaires du système de soin pourrait être une des solutions à l'amélioration du taux de participation aux dépistages organisés. La formation des professionnels de santé à la communication permettrait une augmentation de la participation aux dépistages organisés des patients^{12,13,14}.

L'étude AmDepCCR (Amélioration du taux de participation au Dépistage du CCR par la formation des médecins généralistes à l'entretien motivationnel) était en cours de réalisation sur le Finistère. Cette étude visait à recruter des patients Finistériens âgés de 50 à 74 ans à risque moyen du CCR via les médecins généralistes (MG) du territoire. L'objectif principal était d'étudier l'intérêt que pouvait avoir l'entretien motivationnel dans la réalisation du dépistage du CCR sur le territoire du Finistère¹⁵.

L'**objectif principal** de cette étude était la description de la population incluse dans l'étude AmDepCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le pool n°1.

Méthode

I- Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans 54 cabinets de médecine générale du Finistère sur la période du 31 mai 2022 au 31 mai 2023.

Il s'agissait d'une étude quantitative, multicentrique, descriptive, observationnelle des patients qui étaient âgés de 50 à 74 ans dans le Finistère et ne réalisant pas leur dépistage organisé du CCR.

II- Outils de mesure

Les investigations ont été menées avec deux questionnaires, un sur les données démographiques (cahier de travail) et un questionnaire HBM (Health Belief Model).

Le cahier de travail comportait :

Un questionnaire épidémiologique qui était composé de 2 parties (Annexe I) :

- La première partie comportait : les données patient (nom, prénom, date d'inclusion, numéro de centre et numéro du patient, nom de l'investigateur) ;
- La deuxième partie comportait : les données démographiques du patient (date et lieu de naissance, sexe, commune de résidence, statut conjugal et professionnel, profession, niveau d'éducation, lieu d'habitation, une question ouverte de la raison du refus de n'avoir jamais participé au dépistage organisé du CCR).

Et un questionnaire Health Belief Model (HBM), qui visait à évaluer¹⁶ (Annexe II) :

- L'espérance de vie perçue
- La perception de sa vulnérabilité
- La représentation de la sévérité
- Les bénéfices à la surveillance
- Les obstacles à la surveillance
- La motivation pour la santé

Pour chaque question, le patient pouvait répondre qu'il était : pas du tout d'accord = 1 ; Pas d'accord = 2, Ni d'accord ni pas d'accord = 3 ; D'accord = 4 ; Tout à fait d'accord = 5.

III- Protocole

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- Patient âgé de 50 à 74 ans
- Patient habitant le Finistère
- Patient à risque moyen de CCR
- Patient n'ayant jamais participé au dépistage organisé du CCR
- Patient pour lequel le consentement a été écrit et éclairé.

Les critères de non inclusion étaient :

- Les patients qui avaient plus de 74 ans ou moins de 50 ans
- Les patients refusant de participer à l'étude
- Les patients n'ayant pas d'adresse permettant de recevoir les questionnaires
- Les personnes n'entrant pas dans le cadre du dépistage organisé du CCR (risques élevés et très élevés de CCR)
- Les patients qui ne pouvaient pas donner leur consentement (sous tutelle ou curatelle, non francophone, analphabète).

La population a été incluse sur la période du 31 mai 2022 au 31 mai 2023 dans le pool n°1 de l'étude AmDepCCR.

Les 54 médecins généralistes participants à l'étude avaient été invités par courrier à participer. Ils devaient cibler les patients volontaires à inclure et remplir avec eux le cahier de travail, puis envoyer les questionnaires à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Brest.

Les enveloppes étaient récupérées, puis les informations étaient retranscrites à la main sur un formulaire électronique de récolte de données dans le logiciel ENNOV®, ainsi que dans un tableur EXCEL® verrouillé par un mot de passe et transmis via une boîte mail bluefiles au registre des tumeurs.

IV- Statistiques

L'analyse statistique de cette étude a été réalisée grâce au logiciel Rstudio® version 2023.03.0+386 ainsi qu'aux fonctionnalités d'EXCEL®. L'analyse statistique a permis la description des caractéristiques socio démographiques et des croyances en santé de la population qui n'avait jamais réalisé de dépistage organisé du CCR.

Résultats

I- Flow chart

Le recueil des données s'est déroulée entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le pool n°1. Les centres ont été inclus de la façon suivante

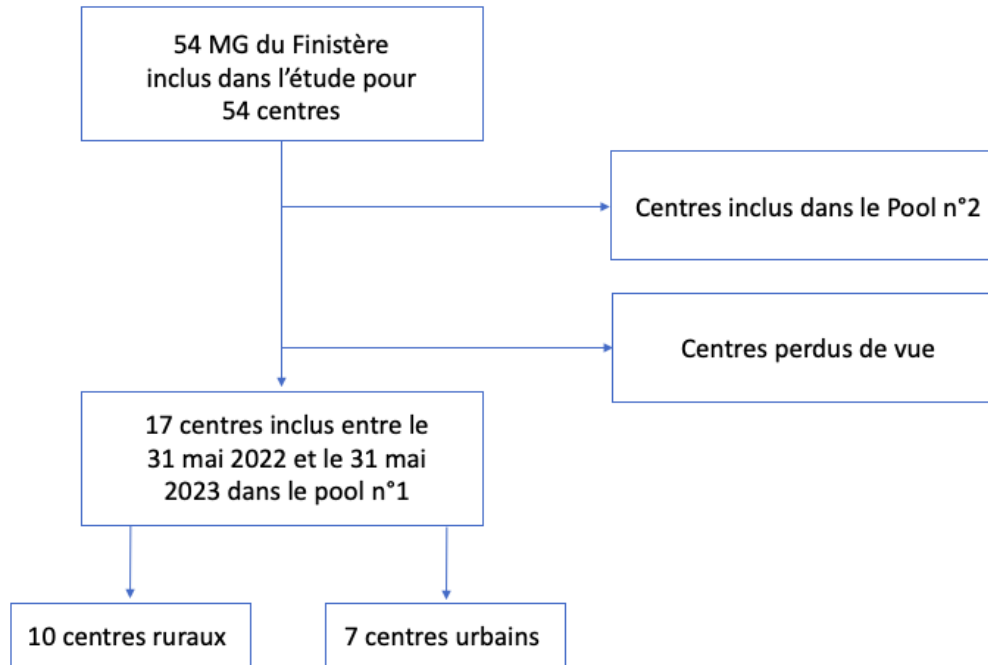


Figure 1- Flow chart

II- Caractéristiques sociodémographiques de la population

Le questionnaire débutait par les caractéristiques des patients. Les données recueillies sont présentées dans ce tableau :

		Total (N= 160)
Age	N (N missing)	160 (0 missing)
	Mean +/- SD	59.94 +/- 7.37
	Median (q1;q3)	59.0 (53.0;66.5)
	Min;Max	50;74
Sexe	MASCULIN	87 (54.4%)
	FEMININ	73 (45.6%)
Statut conjugal	Marié/Pacsé	88 (55.0%)
	Divorcé	23 (14.4%)
	En union libre	19 (11.9%)
	Veuf	12 (7.5%)
	Célibataire	18 (11.3%)

Statut professionnel	Actif	85 (53.1%)
	Sans emploi	6 (3.8%)
	Au foyer	3 (1.9%)
	Retraité	66 (41.3%)
Niveau d'éducation	Aucun	7 (4.4%)
	Certificat d'étude	10 (6.3%)
	Brevet	20 (12.5%)
	BAC	20 (12.5%)
	Etudes supérieures	57 (35.6%)
Lieu d'habitation	Zone rurale	120 (75.0%)
	Zone urbaine	40 (25.0%)

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population

A. Répartition des âges



Figure 2- Répartition des âges

Les patients avaient entre 50 et 74ans. L'âge médian était de 59 ans.

B. Invitation au dépistage du CCR

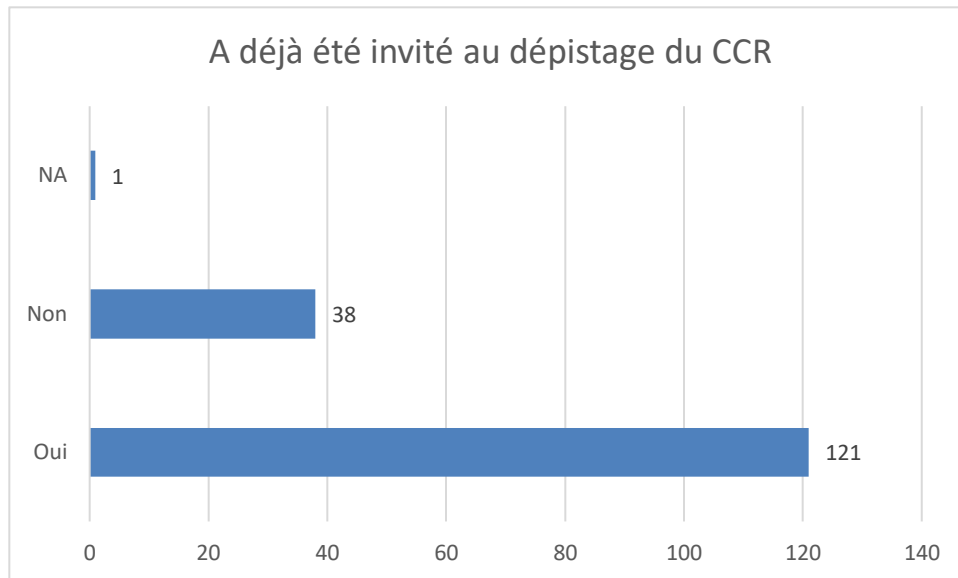


Figure 3- Le patient a-t'il déjà été invité à la réalisation du dépistage du CCR

75,6% des patients avaient déjà été invités à réaliser le dépistage organisé du CCR.

C. Répartition des sexes

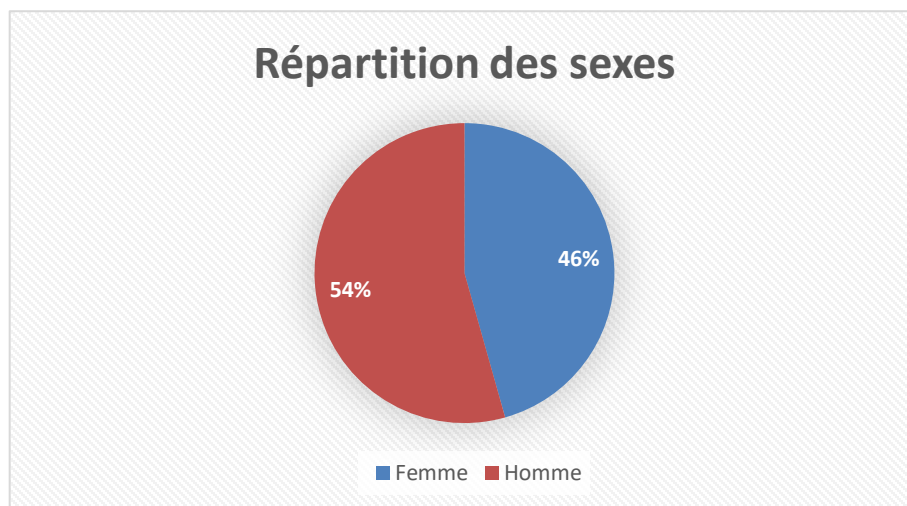


Figure 4- Répartition des patients selon le sexe

Il y avait une majorité d'hommes (54%) dans ce pool de patients.

D. Statut conjugal

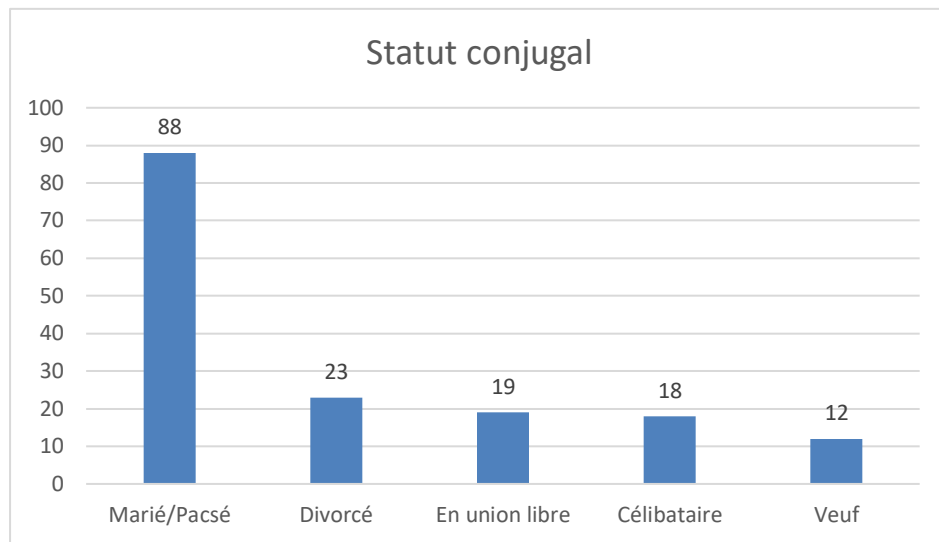


Figure 5- Statut conjugal des patients

55% des patients étaient mariés ou pacsés.

E. Statut professionnel

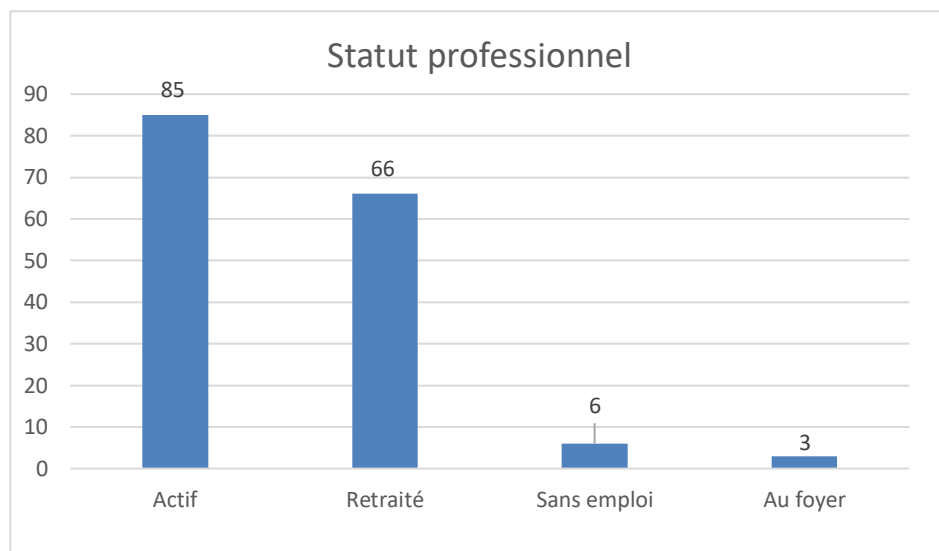


Figure 6- Statut professionnel des patients

53% des patients étaient encore en activité.

F. Niveau d'éducation

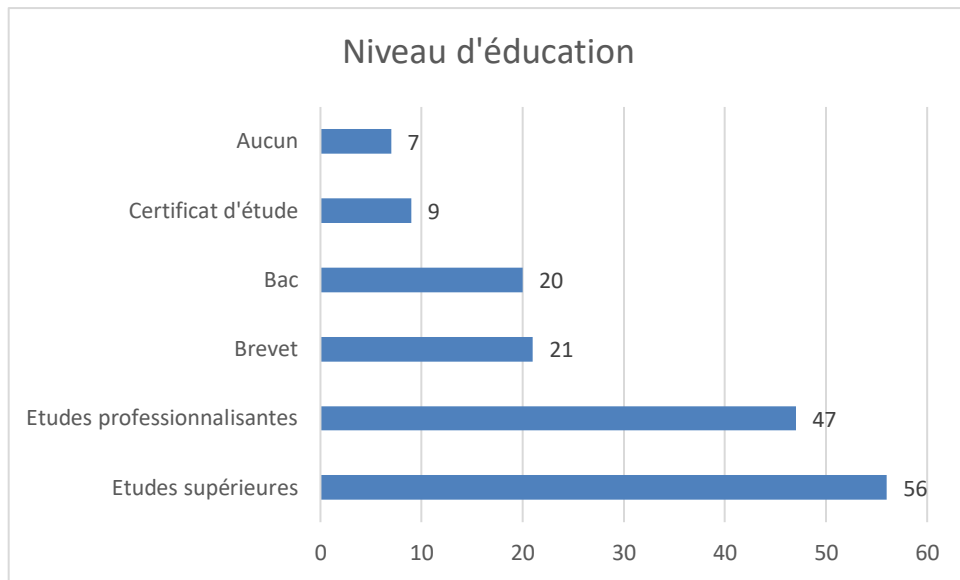


Figure 7- Niveau d'éducation des patients

35% des patients étaient diplômés d'études supérieures et 29,3% d'études professionnalisantes. 35,6% des patients étaient diplômés du BAC ou d'un niveau inférieur.

G. Lieu d'habitation

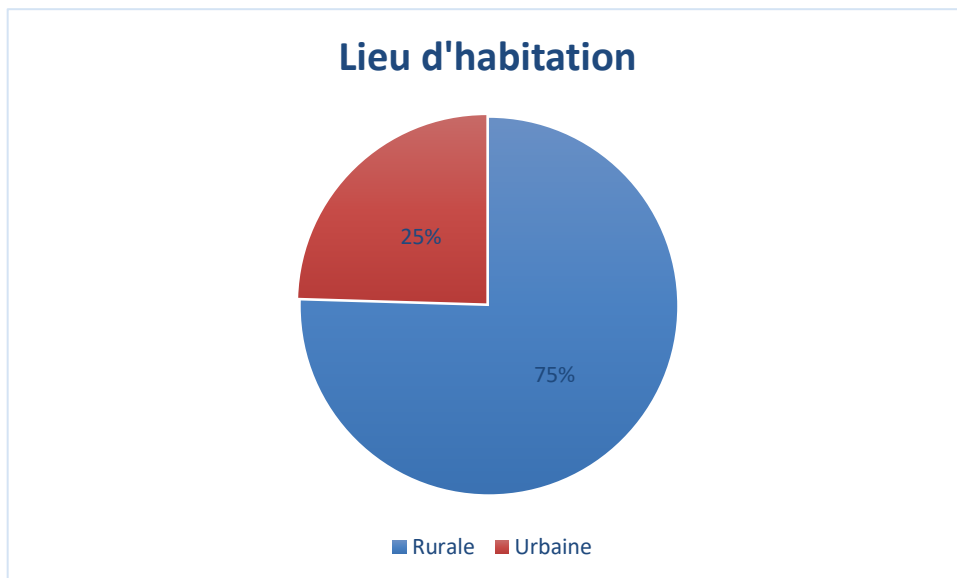


Figure 8- Lieu d'habitation des patients

Les $\frac{3}{4}$ des patients vivaient en zone rurale dans ce pool de patients.

III- Analyse descriptive de la population

A. *Espérance de vie perçue*

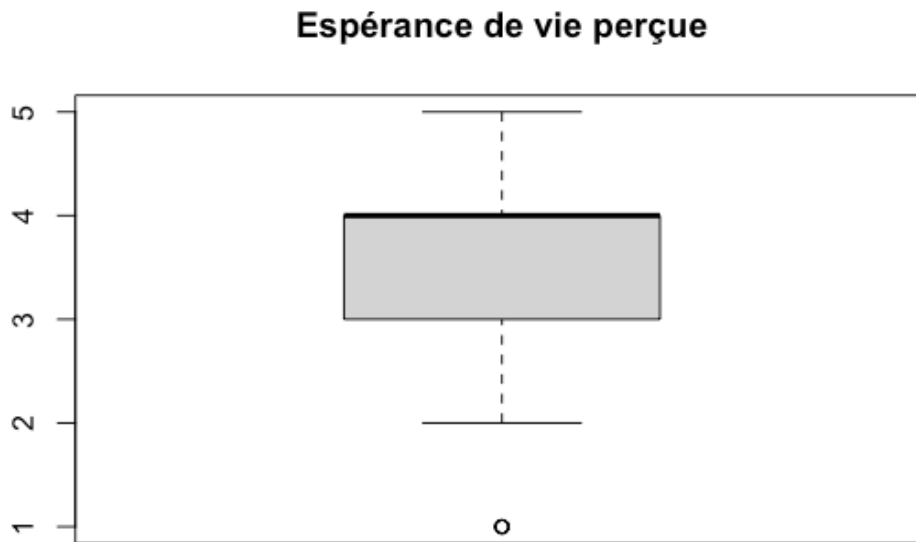


Figure 9-Boxplot *Espérance de vie perçue*

Les patients se voyaient majoritairement en vie dans 10 ans, avec une médiane de réponse à 4.

B. *Perception de sa vulnérabilité*

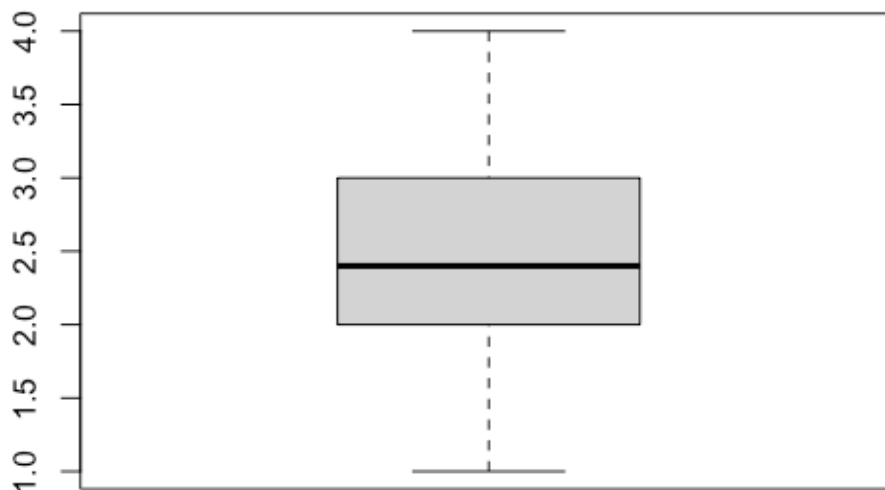


Figure 10- Boxplot *Perception de la vulnérabilité*

La perception de la vulnérabilité de la population étudiée était plutôt faible, avec une médiane de réponses à 2,4. 50% des patients se situaient entre « pas d'accord » et « ni d'accord ni pas d'accord ».

C. Représentation de la sévérité

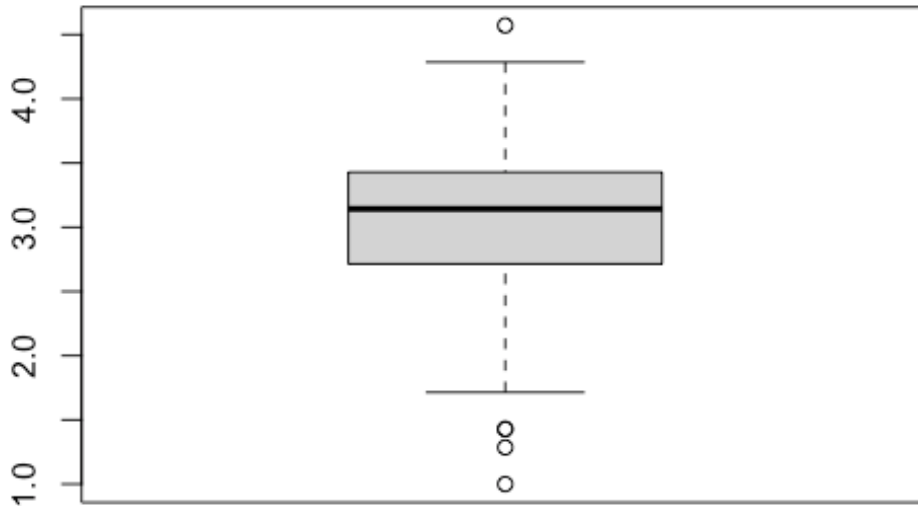


Figure 11- Boxplot représentation de la sévérité

La population étudiée avait une représentation neutre de la sévérité du CCR, car elle avait répondu en médiane « ni d'accord, ni pas d'accord ».

D. Bénéfices de la surveillance

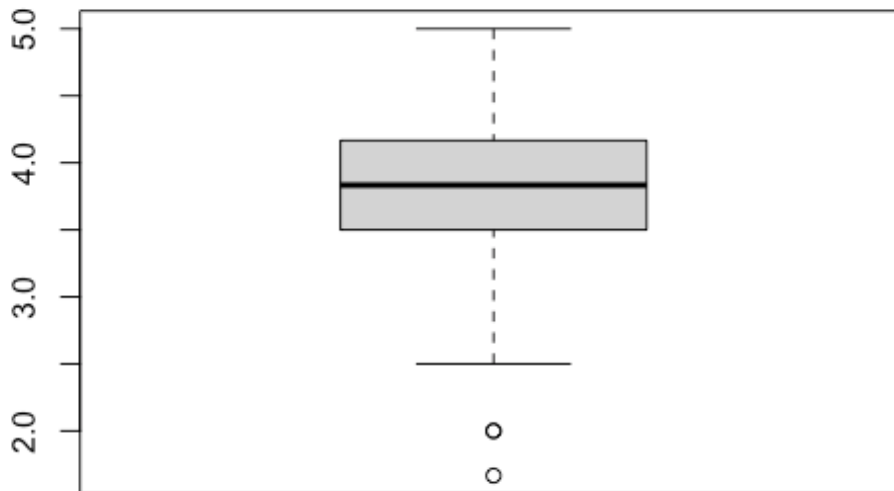


Figure 12- Boxplot bénéfices de la surveillance

La population étudiée était plutôt « d'accord » avec le bénéfice de la surveillance du CCR, avec une médiane à 3,833.

E. Obstacles à la surveillance

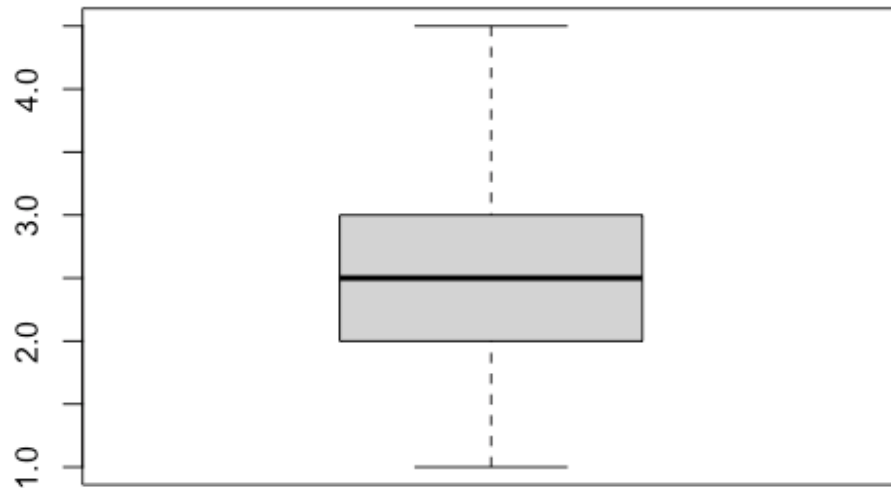


Figure 13- Boxplot obstacles à la surveillance

Selon la médiane, les patients avaient répondu entre « pas d'accord » et « ni d'accord ni en désaccord » concernant les obstacles à la surveillance.

F. La motivation pour la santé

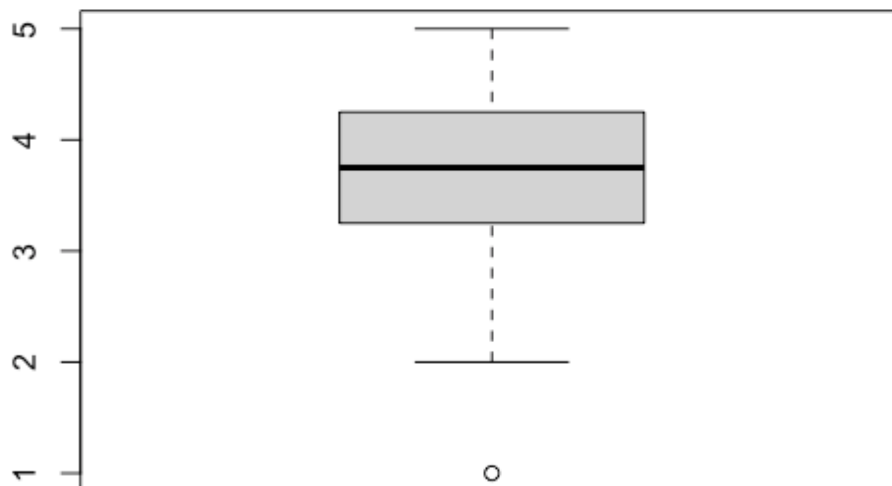


Figure 14- Boxplot motivation pour la santé

La médiane de réponse des patients se trouvait entre « ni en désaccord ni d'accord » et « d'accord » concernant la motivation à la santé.

Discussion

I- Synthèse des résultats

L'objectif de cette étude était de réaliser une analyse descriptive de la population incluse dans l'étude AmDepCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le pool n°1.

La population de cette étude était âgée de 50 à 74 ans et représentait 160 patients. Il y avait 54% d'hommes, 75,6% des patients avaient déjà été invités au dépistage organisé du CCR. L'âge moyen était de 59 ans.

La proportion de patients vivants en milieu rural était élevée : 75%. Deux hypothèses peuvent expliquer ce pourcentage important : soit parce que les patients de ce milieu réalisent moins leur dépistage, soit possiblement parce que le milieu rural était plus représenté dans les investigateurs qui ont inclus les patients (58,89% des centres étaient d'un milieu rural).

64,3% de la population avait réalisé des études supérieures (35%) ou professionnalisantes (29,5%) et 53% de la population était encore active.

La population étudiée avait une vision optimiste de son espérance de vie à 10 ans. Elle ne se sentait pas très vulnérable vis à vis du CCR avec une médiane à 2,367 et la représentation de la sévérité était neutre avec une médiane de réponse à 3 correspondant à « ni d'accord ni pas d'accord ».

Cette population voyait un bénéfice à la surveillance avec une médiane de réponse à 3,8 et il n'y avait pas d'obstacle à la réalisation du dépistage avec une médiane à 2,4. La population avait une motivation présente pour la santé.

Cette étude mettait donc en avant que les patients finistériens ne réalisant pas leur DOCCR étaient majoritairement des hommes, d'un milieu rural, actifs, 35% avaient réalisé des études supérieures, et 75% avait moins de 66 ans. Les freins retrouvés étaient le fait qu'ils ne se sentaient pas vulnérable vis à vis du CCR et qu'ils avaient une représentation neutre de la sévérité du CCR.

II- Comparaison à la littérature

Caractéristiques sociodémographiques et invitations au dépistage

Les données de l'INCA retrouvaient entre-autres dans les caractéristiques des non-participants au DOCCR : le sexe masculin et l'âge inférieur à 65 ans¹⁰. Il avait également été retrouvé que le fait de ne pas être en couple, d'avoir une situation sociale défavorable, d'avoir des problèmes de santé et une compréhension limitée étaient des freins à la réalisation du DOCCR^{17,18,19}.

Dans cette étude descriptive menée entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le Finistère, il y avait une

majorité d'hommes, de patients d'un milieu rural, 75% des patients avaient moins de 66 ans et seul 35% des patients avaient réalisé des études supérieures. Dans cette étude, nous n'avions pas les informations concernant la situation de santé des patients. Certains patients avaient été exclus de l'étude, notamment les patients ne pouvant pas donner leur consentement (sous tutelle, curatelle, analphabète ou non francophones) et donc probablement des patients avec une compréhension limitée.

25% des patients inclus n'avaient jamais été invités au DOCCR. Dans la littérature, il a été retrouvé que le frein majeur à la réalisation des dépistages organisés était l'absence d'information et le manque d'éducation des patients concernant les dépistages organisés²⁰.

Perception vulnérabilité/représentation sévérité

Nous avons mis en évidence que la population ne participant pas au dépistage était une population avec une perception de la vulnérabilité faible et une représentation de la sévérité neutre. Il a été retrouvé dans la littérature que les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein à la Réunion ne se sentait majoritairement pas concernées par ce dépistage²¹. La littérature rapportait que le manque d'information concernant les dépistages organisés était le frein le plus important à la réalisation de ces derniers²⁰.

La représentation de la sévérité était l'un des freins à la réalisation du DOCCR dans cette étude. Il a été montré dans la littérature, que la représentation de la sévérité serait modifiable via des informations éducatives basées sur des messages écrits, des brochures pédagogiques, des modules pédagogiques sur systèmes informatiques²².

Bénéfices/obstacles à la surveillance et motivation à la santé

Cette étude n'a pas mis en évidence de frein à la réalisation au dépistage en lien avec des obstacles à la surveillance (coût, examen désagréable, temps). Ce résultat est également retrouvé dans la littérature, même pour le dépistage organisé du cancer du sein²¹.

Comparaison avec d'autres études HBM

Le questionnaire HBM est un questionnaire reconnu pour évaluer les modèles de croyance en santé¹⁶. Ce questionnaire a également été largement utilisé afin d'évaluer les croyances en santé sur les cancers du sein et les dépistages de mélanomes²³. Le questionnaire HBM avait déjà été étudié dans le cadre du CCR également²².

L'information des patients et l'éducation aux facteurs de risque du CCR permettraient d'agir sur la participation au DOCCR²². Il a déjà été démontré dans le Val d'Oise que la formation des MG à la communication sur le CCR permettait une augmentation significative de la participation au dépistage du

CCR²⁴. Au niveau national, une étude est en cours sur l'impact de la pédagogie dans la réalisation du CCR²⁵.

Dans cette étude nous avons pu mettre en lumière que les freins à la réalisation du DOCCR étaient le fait de ne pas se sentir vulnérable et d'avoir une perception de la sévérité neutre.

III- Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces de l'étude

L'étude ciblait une population restreinte, concernée par le dépistage organisé du CCR (DOCCR). Cette étude s'ancrait dans la logique de prévention de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

L'étude était multicentrique et permettait donc une meilleure représentation de la population du Finistère.

L'étude était prospective et permettait donc une évaluation de l'intérêt porté par les patients au DOCCR avant la réalisation de ce dernier.

La grande majorité des questionnaires étaient complets dans les réponses et les critères d'inclusions et de non inclusions étaient respectés.

75,6% des patients inclus avaient déjà été invités au DOCCR, ce qui permettait d'avoir une population représentative des patients refusant le DOCCR.

Plusieurs questions étaient posées afin d'évaluer les différents critères du questionnaire HBM. Le questionnaire HBM est lui-même reconnu et utilisé dans le cadre d'une approche psychosociale permettant d'expliquer les comportements en santé. Il a déjà pu être utilisé dans le cadre de travaux de recherche sur le dépistage du CCR et a notamment déjà fait ses preuves en Iran sur son efficacité dans la prévention des facteurs de risques du CCR^{22,26}.

B. Faiblesses de l'étude

Il existait différents biais de sélection.

La population étudiée était majoritairement d'un milieu rural et seuls 20 centres sur 54 sont représentés. Seuls les patients consultant leur MG pouvaient être inclus dans l'étude. Il est probable que les patients consultants leur MG soient plus soucieux de leur santé que les personnes ne consultant pas.

Les patients qui ne pouvaient pas donner leur consentement étaient exclus de l'étude, il est possible que cette même population soit moins sensibilisée à la prévention en santé.

23,75% des patients indiquaient n'avoir jamais été invités à réaliser le DOCCR, or seul 9,3% des patients inclus avaient 50 ans. Les patients ayant 51 ans et plus, auraient déjà dû être informés du DOCCR, soit par la sécurité sociale avec l'invitation au domicile, soit par le médecin traitant. Ces derniers auraient peut-être déjà réalisé leur dépistage s'ils avaient été informés de cette possibilité et donc auraient été exclus de l'étude.

Des biais d'information étaient présents.

Les informations étaient recueillies par le MG des patients, le malade était donc connu de l'enquêteur.

Une part de subjectivité était présente lors des réponses aux différentes questions par le patient.

IV- Perspectives

L'enseignement

La relation médecin-malade serait à elle seule un levier pour la participation au DOCCR. La formation des futurs médecins à la prévention serait une des options pour favoriser l'adhésion des patients aux dépistages. L'entretien motivationnel étant une méthode de communication, il semble être l'une des pistes de formation des médecins à étudier.

Recherche :

La participation aux dépistages organisés des cancers du sein et cancer du col de l'utérus étaient nettement supérieures aux dépistages du CCR. La réalisation de consultations spécialisées de gynécologie contribue en partie à une meilleure participation aux dépistages.

La mise en place d'une consultation de dépistage dédiée au DOCCR pourrait permettre une meilleure information pour les patients et donc une meilleure participation au DOCCR²⁷.

Clinique :

Face à l'absence de proposition de dépistage chez un certain nombre de patients, il serait intéressant d'évaluer l'intérêt d'un rappel automatique sur les logiciels informatiques des MG. Ceci pourrait permettre aux MG de penser à aborder l'intérêt du DOCCR avec la population cible de ce dépistage.

Connaître les freins d'une population à la non réalisation du DOCCR pourrait être un levier sur lequel travailler chez les médecins formés à la communication dans la prévention.

L'exercice en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) avec une coordination des soins entre médecins et infirmiers Action de Santé Libérale En Equipe (ASALEE) pourrait permettre une augmentation de la participation aux dépistages organisés des cancers en France²⁸.

Conclusion

Les médecins généralistes conventionnés en secteur 1, acteurs principaux des soins primaires, ont en partie pour mission par la sécurité sociale de réaliser de la prévention. La participation au DOCCR permettant la prévention des CCR restait insuffisante. Etudier la population ne réalisant pas le DOCCR et comprendre les freins à la réalisation de ce test semblaient être essentiel pour permettre aux médecins généralistes de comprendre leurs patients et de les amener vers la réalisation du dépistage.

Le profil sociodémographique des patients retrouvé dans la littérature semblait être en grande partie similaire à celui retrouvé dans cette étude.

D'après cette étude la non-participation au DOCCR, mis en lumière par le questionnaire HBM, serait en lien avec une faible perception de la vulnérabilité et une représentation neutre de la sévérité.

Cette thèse s'intègre dans le projet Finistérien de l'étude AmDepCCR, et a donc permis une description sociodémographique de la population incluse entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le pool n°1 de patients qui ne réalisaient pas leur dépistage du CCR. Cette thèse a également permis une description via le questionnaire HBM des croyances en santé concernant le dépistage du CCR dans la population incluse.

Bibliographie

1. InfoCancer. Épidémiologie des cancers. 2023. Disponible sur : <https://www.arcagy.org/infocancer/en-savoir-plus/le-cancer/chiffres-du-cancer/epidemiologie-du-cancer.html/#:~:text=LES%20CHIFFRES%20GLOBAUX,million%20%3B%20F%20850%20000>) [cité 16 août 2023].
2. Organisation Mondiale de la Santé. Cancer. 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer> [cité 16 août 2023].
3. Organisation mondiale de la santé. Soins de santé primaires. 2021. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> [cité 23 juillet 2023].
4. Haute Autorité de Santé. Dépistage : objectif et conditions. 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions [cité 24 juillet 2023].
5. Stéphanie DUPAYS ; Hervé LEOST ; Yannick LE GUEN. Le dépistage organisé des cancers en France. 2022. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-059r.pdf> [cité 27 juillet 2023].
6. Santé publique France. Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2021 ?. 2022. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/depistage-du-cancer-du-sein-quelle-participation-des-femmes-en-2021#:~:text=Au%20cours%20de%20l%27ann%C3%A9e,%2C6%25%20en%202020>) [cité 23 juillet 2023].
7. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention> [cité 30 juillet 2023].
8. Santé publique France. Cancer colorectal : données de dépistage 2020-2021. 2022. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cancer-colorectal-donnees-de-depistage-2020-2021> [cité 23 juill 2023].
9. Santé Publique. Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2018-2019. 2020. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2018-2019> [cité 30 juillet 2023].
10. Institut national du Cancer Inca. Dépistage du Cancer Colorectal. 2023. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-national-de-depistage> [cité 30 juillet 2023].
11. Centre Régional de Coordination de Dépistage des Cancers en Bretagne. Dépistage du cancer colorectal. Disponible sur : <https://depistage-cancer.bzh/blog/depistage-du-cancer-colorectal-2/> [cité 23 juillet 2023].

2023].

12. Manca D, Greiver M, Carroll J, Salvalaggio G, Cave A, Rogers J, et al. Finding a BETTER way: A qualitative study exploring the prevention practitioner intervention to improve chronic disease prevention and screening in family practice. *BMC Fam Pract* 2014;15:1-10.
13. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J, et al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomised controlled trial. *European Journal of Cancer Care* 2016;25:18-26
14. Thu-Thon É, Charles R, Froger P, Meyrand B, Paré E, Trombert B. The impact of a general practitioner training programme on the colorectal cancer screening participation rate. *Sante Publique (Paris)*. 2013;25:775-83.
15. Aujoulat P, Le Goff D, Dany A, et al. Improvement of participation rate in colorectal cancer (CRC) screening by training general practitioners in motivational interviewing (AmDepCCR). *Trials* 2022;23:1-11.
16. TOURETTE-TURGIS C. Approche centrée sur les perceptions, les attitudes et les comportements : Le Health Belief Model (HBM). Dans : Agence Conseil en Communication Sociale, en Santé Publique et en Formation EDS. Guide de Prévention, comment conduire des actions en éducation pour la santé sur l'infection par le V.I.H. auprès des jeunes en milieu scolaire. Paris. COMMENT DIRE 1992;37-65.
17. Denters MJ, Deutekom M, Essink-Bot ML, et al. Assessing knowledge and attitudes towards screening among users of Faecal Immunochemical Test (FIT). *Health Expectations* 2013;18:839-849.
18. El-Haddad B, Dong F, Kallail KJ, Hines RB, Ablah E. Association of marital status and colorectal cancer screening participation in the USA. *Colorectal Disease* 2015;17:108-114.
19. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN* 2018;68:394-424.
20. Bossu P. Les freins à la participation aux dépistages des cancers organisés, selon les médecins généralistes. Thèse de médecine à la faculté de médecine de Marseille 2022. 44-48.
21. Potapoff E. Les freins au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes réunionnaises de plus de 65 ans : étude quantitative. Thèse de médecine à la faculté de médecine de Limoges 2015. 47-48.
22. Rakhshanderou S, Maghsoudloo M, Safari-Moradabadi A, Ghaffari M. Theoretically designed interventions for colorectal cancer prevention: A case of the health belief model. *BMC Med Educ* 2020;20:1-8.
23. Mohamed NC, Moey SF, Lim BC. Validity and Reliability of Health Belief Model Questionnaire for Promoting Breast Self-Examination and Screening Mammogram for Early Cancer Detection. *Asian Pac J Cancer Prev* 2019;20:2865-2873.
24. YOUSSEFIAN A. Formation des médecins généralistes aux méthodes de communication : efficacité dans le dépistage du cancer colorectal. Thèse de médecine soutenue à la faculté de médecine de Paris 2013.26.

25. Institut National du Cancer. Architecture d'une étude d'impact en pédagogie : l'étude FORMation des médecins généralistes à l'approche CEntrée Patient dans le dépistage du cancer colorectal (FORCEPS). 2018. Disponible sur :
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj5uPf3xf2BAXW_UaQEHy9yB40QFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F240330%2F3303815%2Ffile%2FFORCEPS_mel_20180709.pdf&usg=AOvVaw0w5EuiyWZNDZVka4Oaf5yt&opi=89978449 [cité 16 août 2023].
26. Khazaei S, Salmani F, Moodi M. Evaluation of health belief model-based educational intervention on colorectal cancer screening behavior at South Khorasan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion* 2022;11:52.
27. Dubreuil S. Freins au dépistage et à la prévention du cancer du col de l'utérus en médecine générale : une enquête observationnelle transversale chez les médecins généralistes et les femmes de 18 à 65 ans du Puy-de-Dôme. Thèse de médecine générale réalisée à la faculté de médecine générale de Clermont Auvergne 2018. 71.
28. Amussa A. ASALEE (Action de Santé Libérale En Equipe) et Dépistage organisé du cancer du sein : Étude descriptive auprès des 54 médecins généralistes ASALEE des Deux-Sèvres : Évolution du taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein après deux années de collaboration avec l'infirmière ASALEE. Thèse de médecine réalisée à la faculté de médecine de Marseille 2017.64-65.

Liste des figures

FIGURE 1- FLOW CHART	17
FIGURE 2- REPARTITION DES AGES.....	18
FIGURE 3- LE PATIENT A-T'IL DEJA ETE INVITE A LA REALISATION DU DEPISTAGE DU CCR.....	19
FIGURE 4- REPARTITION DES PATIENTS SELON LE SEXE	19
FIGURE 5- STATUT CONJUGAL DES PATIENTS.....	20
FIGURE 6- STATUT PROFESSIONNEL DES PATIENTS	20
FIGURE 7- NIVEAU D'EDUCATION DES PATIENTS	21
FIGURE 8- LIEU D'HABITATION DES PATIENTS	21
FIGURE 9-BOXPLOT ESPERANCE DE VIE PERÇUE.....	22
FIGURE 10- BOXPLOT PERCEPTION DE LA VULNERABILITE.....	22
FIGURE 11- BOXPLOT REPRESENTATION DE LA SEVERITE	23
FIGURE 12- BOXPLOT BENEFICES DE LA SURVEILLANCE	23
FIGURE 13- BOXPLOT OBSTACLES A LA SURVEILLANCE	24
FIGURE 14- BOXPLOT MOTIVATION POUR LA SANTE.....	24

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexes I- Cahier d'inclusion

AmDepCCR

Cahier de travail – Inclusion

N° patient : |_|_| - |_|_|_|_|

DONNEES PATIENT

1. Nom : _____ Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____
2. N° Patient : |_|_| - |_|_|_|_| (N° de centre – N° patient)
3. Date d'inclusion : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
4. Nom de l'investigateur : _____

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

1. Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Age : |_|_|
2. Lieu de naissance : _____
3. Sexe: Homme Femme
4. Commune de résidence du patient : |_|_|_|_|_| / _____
↳ Code postal / nom de la commune
5. Statut conjugal : Marié/Pacsé Divorcé En union libre
 Veuf Célibataire Non connu
6. Statut professionnel : Actif Sans emploi Au foyer
 Retraité Non connu
7. Profession : Agriculteur exploitant Artisan, commerçant et chef d'entreprise
 Cadre et profession intellectuelle supérieure
 Profession intermédiaire Employé
 Ouvrier Non applicable
8. Niveau d'éducation : Aucun Certificat d'étude Brevet
 Etudes professionnalisantes Bac
 Etudes supérieures
9. Lieu d'habitation : Zone rurale Zone urbaine
10. Votre patient a-t-il déjà été invité au dépistage CCR ? Oui Non
→ Si oui, pourquoi a-t-il refusé de réaliser le test ?

Si le patient a déjà réalisé un test CCR, il ne peut pas participer à l'étude.

CRITERES D'INCLUSION ET DE NON INCLUSION

Critères d'inclusion	OUI	NON
Patient âgé de 50 à 74 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient habitant le Finistère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient à risque moyen de cancer colo-rectal <i>(ne présentant ni symptôme, ni facteur de risque particulier)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient n'ayant jamais participé au dépistage organisé du cancer colo-rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consentement écrit et éclairé des patients Consentement recueilli le _ _ / _ _ /20 _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une case cochée « non » exclut le patient

Critères de non inclusion	OUI	NON
Patient de plus de 74 ans ou moins de 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus de participer à l'étude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient n'ayant pas d'adresse permettant l'envoi des questionnaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient n'entrant pas dans les critères du dépistage organisé (risque élevé et risque très élevé de CCR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient ne pouvant pas donner son consentement (sous tutelle, curatelle, non francophone, analphabète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une case cochée « oui » exclut le patient

Annexes II – Questionnaire HBM

AmDepCCR

N° patient : |_|_| - |_|_|_|_|

Questionnaire HBM (Health Belief Model) et évaluation de l'espérance de vie

Date de remplissage : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

	Pas du tout d'accord (1)	Pas d'accord (2)	Ni en désaccord ni d'accord (3)	D'accord (4)	Tout à fait d'accord (5)
Espérance de vie perçue					
Quelle chance avez-vous de vivre à plus de X ans ?					
Si vous avez moins de 65 ans : X est 75 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez entre 66 et 69 ans : X est 80 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous avez entre 70 et 74 ans : X est 85 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perception de sa vulnérabilité					
Il y a toutes les chances que j'ai un cancer du côlon un jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai l'impression que j'aurai un cancer du côlon un jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a des chances sérieuses pour que j'ai un cancer du côlon dans les 10 années à venir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le risque pour moi d'avoir un cancer du côlon est important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai plus de chances que la moyenne des gens d'avoir un cancer du côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Représentation de la sévérité					
L'idée d'un cancer du côlon me fait peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lorsque je pense au cancer du côlon cela m'angoisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je préfère ne pas penser au cancer du côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que si je devais faire face à un cancer du côlon, il y en aurait pour longtemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un cancer du côlon compromettrait la relation avec mon (ma) partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si j'avais un cancer du côlon, cela changerait tout dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je développais un cancer du côlon, je ne vivrais pas au-delà de 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bénéfices de la surveillance					
Si j'avais un dépistage régulier pour le cancer du côlon :					
Je me sentirais rassuré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne m'inquièterais pas autant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cela permettrait de repérer un cancer à ses débuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout d'accord (1)	Pas d'accord (2)	Ni en désaccord ni d'accord (3)	D'accord (4)	Tout a fait d'accord (5)
Je diminuerais les risques d'en mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'aurais moins de risque d'avoir une chirurgie lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On pourrait repérer à ses débuts une anomalie qui, plus tard, pourrait devenir un cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstacles à la surveillance					
Je suis gêné(e) pour parler du cancer du côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le fait de subir un dépistage régulier pour le cancer du côlon risquerait d'augmenter mes inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je serais gêné(e) d'avoir à subir des contrôles réguliers pour le cancer du côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir des contrôles de dépistage réguliers pour le cancer du côlon :					
Demanderait trop de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serait désagréable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me coûterait trop cher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La motivation pour la santé					
Je veux détecter dès ses débuts tout problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garder et entretenir la santé est une priorité majeure pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis toujours à la recherche d'informations pour améliorer ma santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour moi toutes les actions ou activités qui peuvent améliorer ma santé sont importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PENHOUE Lucile – Etude descriptive de la population incluse dans l'étude AMDEPCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 : pool n°1.
Th. : Méd. : BREST 2023

RESUME :

Introduction :

Le cancer colorectal était la 3^{ème} cause de décès par cancer en France avec plus de 17000 décès par an en France en 2020-2021.

Malgré l'enjeu de santé public, la réalisation au dépistage du CCR reste faible, 35% en 2020-2021.

L'objectif de cette recherche était de réaliser une analyse descriptive de la population incluse dans l'étude AmDepCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le pool de patients n°1.

Méthode :

L'étude a été réalisée sur la population incluse dans l'étude AmDepCCR entre le 31 mai 2022 et le 31 mai 2023 dans le pool n°1. Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, observationnelle, multicentrique.

Résultats :

Total de 160 inclusions. La population était majoritairement constituée d'hommes, d'un milieu rural. Les patients avaient une bonne espérance de vie perçue à 10 ans. Ils avaient une mauvaise perception de la vulnérabilité et une représentation de la sévérité médiocre. Ils étaient motivés pour leur santé, voyaient un bénéfice à la santé dans ce dépistage et ne voyaient pas d'obstacle à la réalisation du dépistage.

Discussion :

Cette étude a retrouvé différentes caractéristiques sociodémographiques déjà décrites dans la littérature. La mauvaise perception de la vulnérabilité semble être l'un des freins à la participation au DOCCR. La formation des MG à l'entretien motivationnel pourrait être un des leviers à la participation au DOCCR.

MOTS CLES :

CANCER COLORECTAL

DEPISTAGE

FINISTERE

MEDECIN GENERALISTE

JURY :

Président : Professeur Jean-Yves LE RESTE

Membres : Docteur Paul AUJOUAT

Docteur Luc DUBRULLE

Docteure Carole BENICOT

DATE DE SOUTENANCE : 16 novembre 2023

ADRESSE DE L'AUTEUR :