



HAL
open science

**Connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins en matière de dépistage organisé du cancer colorectal en Guadeloupe et en Martinique :
approche qualitative**

Emma Billard, Camille Clerc

► **To cite this version:**

Emma Billard, Camille Clerc. Connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins en matière de dépistage organisé du cancer colorectal en Guadeloupe et en Martinique : approche qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04791994

HAL Id: dumas-04791994

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04791994v1>

Submitted on 19 Nov 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.

UNIVERSITE DES ANTILLES

2023

FACULTE DE MEDECINE

HYACINTHE

BASTARAUD N°

2023ANTI01045

Connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins en matière de dépistage organisé du cancer colorectal en Guadeloupe et en Martinique : approche qualitative.

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
Des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de ladite Faculté

Le 23.03.2023

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

BILLARD EMMA

CLERC CAMILLE

Examineurs de la thèse : Mme HELENE PELAGE Jeannie Professeur
Présidente

M MASSE Franck

MCA

Mme SCHNECK Anne-Sophie

PH

Directeur de la thèse :

M CARRERE Philippe

MCU

Le Président de l'Université des Antilles : Michel GEOFFROY
Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Suzy DUFLO
Vice-Doyen de l'UFR Santé des Antilles : Christophe DELIGNY

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Antoine ADENIS	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CH de CAYENNE Tél. : 05 94 39 50 50
Véronique BACCINI	Hématologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pascal BLANCHET	Chirurgie Urologique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 95
Sébastien BREUREC	Bactériologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 12 80
Laurent BRUREAU	Urologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André CABIE	Maladies Infectieuses CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE	Neurologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 96 89 10 10
Nadège CORDEL	Dermatologie & Vénérologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Pierre COUPPIE	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
CHERET Antoine	Thérapeutique-Médecine de la douleur CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Michel DE BANDT	Rhumatologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Bertrand De TOFFOL	Neurologie CH de CAYENNE Tél. : 05 94 39 50 50
Magalie DEMAR - PIERRE	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Christophe DELIGNY	Médecine Interne CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 55
Félix DJOSSOU	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Moustapha DRAMÉ	Épidémiologie, Économie de la Santé CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Suzy DUFLO	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 93 46 16
Narcisse ELENGA	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Loïc EPELBOIN	Maladies infectieuses CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
Karim FARID	Médecine Nucléaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 67
Jocelyn INAMO	Cardiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Hatem KALLEL	Médecine intensive-réanimation CH de CAYENNE Tél. : 0594 39 50 50
Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 13

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Harold MERLE	Ophthalmologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Mathieu NACHER	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Rémi NEVIERE	Physiologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Olivier PARANT	Gynécologie-Obstétrique CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Stéphanie PUGET	Neurochirurgie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Chantal RAHERISON-SEMJEN	Pneumologie, Addictologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Dabor RESIERE	Thérapeutique-médecine de la douleur CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Pierre-Marie ROGER	Maladies infectieuses et tropicales CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
François ROQUES	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de Martinique Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE	Chirurgie Digestive CHU de Martinique Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Maturin TABUE TEGUO	Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
André-Pierre UZEL	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 14 66
Magaly ZAPPA	Radiologie et imagerie médicale CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

Professeurs des Universités Associés - Praticiens Hospitaliers	
Stéphane AMADEO	Psychiatrie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Jacqueline DELOUMEAUX-TYNDAL	Épidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Papa Ngalgou GUEYE	Médecine d'Urgence CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Hossein MEHDAOUI	Médecine intensive-réanimation CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Stéphane PLAWEKI	Chirurgie Orthopédique CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Patrick PORTECOP	Médecine d'urgence CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Marc PUJO	Médecine d'Urgence CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Cindy BERAL	Ophthalmologie CHU de Guadeloupe Tél. : 05 90 89 10 10
Romain BLAIZOT	Dermatologie-Vénérologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 00
Moana GELU-SIMEON	Gastroentérologie hépatologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Clarisse JOACHIM-CONTARET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH	Nutrition CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 00

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers	
Amélie ROLLE	Anesthésie Réanimation CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10
Emmanuelle SYLVESTRE	Biostatistique, Informatique médicale et Technologie CHU de Martinique Tel : 05 96 55 20 00
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE	Endocrinologie CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 13 03

Maître de Conférences	
Yoann GARNIER	Biologie Moléculaire et Cellulaire INSERM

Maître de Conférences des Universités Associé - Praticien Hospitalier	
Maïder FIRPION-COPPRY	Hygiène hospitalière CHU de Guadeloupe Tel : 05 90 89 10 10

Professeur des Universités de Médecine Générale	
Jeannie HELENE-PELAGE	Médecine Générale CHU de Guadeloupe / Cabinet libéral Tel : 05 90 84 44 40

Professeur Associé de Médecine Générale	
Franciane GANE-TROPLENT	Médecine générale Cabinet libéral Tel : 05 90 20 39 37

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale	
Philippe CARRERE	Médecine générale Cabinet libéral

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale	
KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé	Médecine générale Cabinet libéral
Franck MASSE	Médecine générale Cabinet libéral
Professeur émérite	
Eustase JANKY	Gynécologie-Obstétrique

REMERCIEMENTS

A Madame le professeur HELENE-PELAGE Jeannie,
Nous vous remercions d'avoir accepté de présider notre jury.

A Monsieur le Docteur MASSE Franck,
Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail de thèse.

A Madame le Docteur SCHNECK Anne-Sophie,
Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail de thèse.

A Monsieur le Docteur CARRERE Philippe,
Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Nous espérons que le travail rendu sera à la hauteur de vos espérances.

A l'URPS des pharmaciens de Guadeloupe et de Martinique, à tous les professionnels de santé rencontrés en pharmacie,
Nous vous remercions d'avoir aidé à la réalisation de ce projet.

A tous les Guadeloupéens et Martiniquais qui ont accepté de participer à l'étude et rendu ce projet possible,
Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour ces échanges partagés.

ABSTRACT

Introduction

Early detection cures 9 out of 10 colorectal cancers (CRC). In France, participation in organised screening (OD) during the period 2020-2021 was 34.6%, which is still below European standards.

Objective

Explore the knowledge attitudes and practices about the DOCCR of users of healthcare system in two French overseas regions.

Methods

Descriptive observational study of transversal type on the territories of Guadeloupe and Martinique. The two facilitators conducted semi-structured interviews on a diverse population of 18 people who agreed to participate.

Results

Users seemed to have a good awareness of the risk associated with the RCC and were all aware of the existence of the DOCCR. Responders expressed their barriers to participation more than their motivations. The obstacles cited were mostly the fact of not feeling concerned by the disease, lack of interest in the subject. They also noted that the lack of information on the RCC and DOCCR was a barrier to participation. Overall, they all proposed ways to improve screening campaigns in the future, putting forward a local and participatory approach, involving several mediators.

Conclusion

The interviews highlighted the interest of the population interviewed for the DOCCR, and the desire to be better informed about the disease, without necessarily placing the attending physician at the center of this care.

RESUME

Introduction

Un dépistage précoce permet de guérir 9 cancers colorectaux (CCR) sur 10. En France, la participation au dépistage organisé (DO) en 2020-2021 était de 34,6 %, ce qui reste en deçà des standards européens.

Objectif

Explorer les connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins éligibles au DOCCR dans deux régions françaises d’Outre-mer.

Méthodes

Etude observationnelle descriptive transversale sur les territoires de Guadeloupe et de Martinique. Les deux intervenantes ont mené des entretiens semi-dirigés sur une population diversifiée de 18 personnes se prêtant à la recherche.

Résultats

Les usagers semblaient avoir une bonne conscience du risque lié au CCR et connaissaient l’existence du DOCCR. Les répondants ont exprimé leurs freins à la participation plus que leurs motivations. Les obstacles cités étaient en majorité le fait de ne pas se sentir concerné par la maladie, le manque d’intérêt pour le sujet et le manque d’information sur le CCR et le DOCCR. Dans l’ensemble, ils ont tous proposé des pistes d’amélioration pour les campagnes de dépistage dans le futur, en mettant en avant une approche locale et participative, faisant intervenir plusieurs médiateurs.

Conclusion

Les entretiens ont permis de mettre en lumière l’intérêt de la population interrogée pour le DOCCR, et la volonté d’être mieux informé sur la maladie, sans forcément placer le médecin traitant au centre de cette prise en charge.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	8
Abstract	13
Résumé.....	14
Table des matières	15
Liste des acronymes	16
Liste des encarts, figures et tableaux.....	17
Introduction	18
Méthodes	20
1. Population de l'étude.....	20
2. Recueil des données	20
3. Analyse des données	21
4. Aspects éthiques et règlementaires	21
Résultats	22
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	22
2. Connaissance de la maladie.....	23
3. Connaissance du dépistage.....	24
4. Moyens d'information et rôle des médiateurs.....	26
5. Motivations et avantages liés au dépistage	26
6. Obstacles et inconvénients au dépistage	27
7. Pistes d'amélioration	28
Discussion	30
Conclusion.....	35
Contribution des auteurs.....	35
Références	36
Annexes	39
1. Annexe 1 : Trame d'entretien semi-dirigé	39
2. Annexe 2 : Notice d'information aux pharmaciens	44
3. Annexe 3 : Notice d'information aux usagers.....	46
4. Annexe 4 : Serment d'Hippocrate	48
5. Annexe 5 : Imprimatur	49

LISTE DES ACRONYMES

- AMREC : Association Martiniquaise de Recherche Epidémiologique
- AGWADEC : Association Guadeloupéenne pour le Dépistage des Cancers
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CCR : Cancer colorectal
- CRCDC : Centre Régionaux de Coordination de Dépistage des Cancers
- DOCCR : Dépistage Organisé du Cancer Colorectal
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INCa : Institut national du Cancer
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé

LISTE DES ENCARTS, FIGURES ET TABLEAUX

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population étudiée

INTRODUCTION

Selon l’OMS, le cancer colorectal concernait 1,93 million de personnes en 2020 dans le monde, causant 916 000 décès et le plaçant 2^{ème} cause de décès derrière le cancer du poumon (1). En France, on compte près de 43 350 nouveaux cas et 17 120 décès en 2018. Il représente le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez l’homme après le cancer de la prostate et du poumon, et le 2^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein (2).

Le cancer colorectal se développe sur une dizaine d’années, notamment à partir de lésions initiales appelées polypes ou adénomes bénins. On estime que 2% des adénomes bénins se transforment en adénomes avancés, et que 4,4% des adénomes avancés se transforment en cancer colorectal. Ce cancer ne devient symptomatique qu’à des phases avancées de la maladie, d’où l’intérêt d’un dépistage des polypes précancéreux (3).

Depuis 2008, le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé sur l’ensemble du territoire français et d’Outre-mer. Depuis 2019, le programme est coordonné au niveau régional par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers dits CRCDC. Le test de dépistage concerne les usagers de soins ayant entre 50 et 74 ans à risque dit « moyen », c’est-à-dire ne présentant aucun symptôme évocateur et n’ayant aucun antécédent familial ou personnel de CCR.

Il repose sur la détection de sang occulte dans les selles et est recommandé tous les 2 ans. Initialement fondé sur le test au gaïac (Hemoccult II), il a été remplacé depuis avril 2015 par la méthode dite immunologique (OC-Sensor) jugée plus facile d’emploi, plus sensible pour la détection des adénomes avancés et des cancers et d’une meilleure fiabilité (4,6).

La mise en place du dépistage organisé a permis une diminution globale de l’incidence et de la mortalité du cancer colorectal en France, avec une stagnation de l’incidence pour les femmes et une diminution pour l’homme (7). Parallèlement, le taux de participation au DOCCR en France hexagonale a légèrement augmenté ces dernières années de 30,5% en 2018-2019 à 34,6% en 2020-2021 (8,9). Cela reste néanmoins largement en deçà des objectifs européens fixés à 45% minimum.

Les taux de participation maximaux atteints ces dernières années aux Antilles françaises ne dépassent pas 35% (34,9% en 2013-2014 en Guadeloupe et 31,8% en 2010-2011 en Martinique) (9,10). Le taux de participation aux Antilles a tendance à diminuer ces dernières années, notamment en Guadeloupe avec 17% de participation en 2020-2021, 8,1% en Guyane et un taux ne dépassant pas 30% en Martinique sur la même période (8). On constate une augmentation de l'incidence et de la mortalité du cancer colorectal dans les territoires d'Outre-mer malgré des modalités de dépistage similaires à celles de la métropole.

Ces constatations nous questionnent quant à l'impact des particularités locorégionales sur la participation au dépistage. L'objectif principal de notre étude était d'explorer les connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins en matière de DOCCR en Guadeloupe et Martinique.

METHODES

1. POPULATION DE L'ETUDE

L'étude porte sur les usagers de soins éligibles au DOCCR dans les départements de la Guadeloupe et de la Martinique. Les personnes sélectionnées doivent remplir les critères d'éligibilité suivants : être un homme ou une femme ayant entre 50 et 74 ans sans antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal et vivant en Guadeloupe ou en Martinique depuis au moins 5 ans. Sont exclus les usagers présentant une indication médicale à une coloscopie diagnostique. La population étudiée a été recrutée selon un échantillonnage aléatoire simple en pharmacie d'officine de communes différentes. Pour la Guadeloupe, les participants ont été recrutés sur le secteur administratif Nord Basse-Terre, Grand Sud-Caraïbes et Nord Grande-Terre, et pour la Martinique sur le secteur administratif Nord-Caraïbes et Centre-Sud.

La sélection des patients s'est faite de manière raisonnée et diversifiée selon des critères non stricts d'âge, de sexe, ou de lieu de résidence. Le premier contact établi pour le recrutement a pu se faire aléatoirement soit directement via l'intervenante se présentant à l'utilisateur, soit par l'intermédiaire du pharmacien qui redirigeait vers l'intervenante. Le recrutement s'est déroulé sur une période s'étendant du 4 au 14 avril 2022.

Le recrutement a été fait en officine, ce qui a permis de sélectionner aléatoirement des usagers du système de soins français. Ce critère d'inclusion a été vérifié directement par le pharmacien qui contrôlait la carte vitale, ou par l'intervenante au cours de l'entretien.

2. RECUEIL DES DONNEES

Les patients recrutés et acceptant de se prêter à la recherche ont répondu à un entretien semi-dirigé, mené par deux intervenantes, chacune sur leur territoire de la Guadeloupe et de la Martinique.¹

Une liberté de parole a été laissée aux usagers via des questions ouvertes, tout en gardant une trame d'entretien commune aux deux intervenantes. Chaque trame d'entretien aborde les thématiques principales de la recherche et a été évolutive tout au long de la phase de recueil de données.

¹ *Annexe 1 : Trame d'entretien semi-dirigé*

Chaque entretien enregistré a été réécouté par les deux intervenantes, retranscrit sur un logiciel de traitement de texte, relu plusieurs fois puis analysé en double aveugle.

3. ANALYSE DES DONNEES

L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par confrontation des résultats par les deux intervenantes. L'étiquetage initial a été suivi d'un codage sur tableur Excel pour l'analyse intégrative des données. Chaque source de verbatim est identifiée par une lettre M pour Martinique, G pour Guadeloupe et d'un chiffre allant de 1 à 9.

4. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Deux notices d'information, une pour les pharmaciens et une pour les usagers, ont été remises en main propre, accompagnées d'une présentation et d'explications orales sur l'étude².

Délivrer la notice d'information aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie présents le jour du recueil a permis de travailler en équipe pour favoriser un recrutement aléatoire plus pertinent. Les intervenantes se sont assurées que les participants avaient émis un consentement oral libre et éclairé, en connaissance de cause après remise de la notice d'information avant de débiter l'entretien. Sur cette dernière, figurait une présentation de la recherche et de son déroulé, ainsi qu'une information claire sur les droits de l'utilisateur. Par exemple, chaque participant était informé qu'il pouvait se rétracter à tout moment. Une adresse e-mail dédiée était communiquée afin que le participant puisse communiquer en cas de besoin.

Avant chaque entretien, l'intervenante a précisé que toutes les données étaient confidentielles, anonymisées, enregistrées via un dictaphone et que les audios d'enregistrements seraient détruits après retranscription écrite des entretiens.

Aucun nom ou prénom n'était demandé par l'intervenante. Si le nom ou prénom de l'utilisateur a été entendu, l'intervenante ne l'a pas retranscrit. Les phrases pouvant avoir un caractère distinctif ont été supprimées par les auteurs.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration de conformité MR-003, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

² Annexes 2 et 3 : Notices d'information

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Les principales caractéristiques de la population étudiée sont décrites dans le tableau n°1. Elle se composait de 18 participants ; 9 interrogés en Guadeloupe et 9 en Martinique.

En Guadeloupe, 5 usagers ont été interrogés sur le secteur administratif Nord Basse-Terre, 3 sur celui du Grand Sud-Caraïbes et 1 sur celui de Nord Grande-Terre. En ce qui concerne la Martinique, 4 participants ont été interrogés sur le secteur administratif Nord-Caraïbes et 5 sur celui du Centre-Sud.

La population étudiée se séparait équitablement en 9 hommes et 9 femmes. Parmi eux, nous comptons 8 usagers de soins ayant entre 50 et 59 ans (soit 44%), 5 ayant entre 60 et 69 ans (soit 28 %) ainsi que 5 ayant entre 70 et 74 ans inclus (soit 28%).

En ce qui concerne la participation, 8 (soit 44%) usagers interrogés rapportaient participer de manière régulière au dépistage organisé du cancer colorectal, 4 (soit 22%) de manière occasionnelle et 6 (soit 33%) exprimaient n'avoir jamais participé.

	(n=18)	%
<i>Territoire</i>		
Guadeloupe	(9)	50
Nord Basse-Terre	(5)	28
Grand Sud-Caraïbes	(3)	17
Cap Excellence	(0)	0
Nord Grande-Terre	(1)	5
Rivière du Levant	(0)	0
Martinique	(9)	50
Nord	(0)	0
Nord-Caraïbes	(4)	22
Centre Sud	(5)	28
Sud	(0)	0
<i>Age</i>		
50-59	(8)	44
60-69	(5)	28
70-74	(5)	28

<i>Sexe</i>		
Homme	(9)	50
Femme	(9)	50
<i>Participation</i>		
Régulièrement	(8)	44
Occasionnellement	(4)	22
Jamais	(6)	33

Tableau n°1 Caractéristiques de la population étudiée

2. CONNAISSANCE DE LA MALADIE

- Connaissance du cancer colorectal

Lors de l'entretien, la population interrogée exprimait une confusion en ce qui concerne les organes touchés par la maladie : « *Franchement, j'oublie les organes... peut-être le rein ?* », ainsi qu'une difficulté de compréhension du mot « colorectal » : « *Qu'est-ce que ça veut dire colorectal ? (...) Bon le mot cancer on sait (...) mais colorectal c'est un mot qui ne parle pas à tout le monde (...) Donc je pense qu'il faudrait peut-être (...) expliquer vraiment pour que les gens puissent l'entendre, puisse comprendre !* ».

Les participants à l'étude rapportaient avoir conscience de la gravité de la maladie et en connaître l'évolution : « *Ah mais surtout le colon, c'est grave ! (...) si on ne se soigne pas je pense qu'on en meurt* ».

La notion de symptômes silencieux était mentionnée : « *C'est une maladie (...) qui n'a pas tellement de symptômes particuliers ou évidents. Cela peut être confondu avec « j'ai trop mangé » ou « j'ai mal au ventre »* ».

- Connaissance des facteurs de risque

Dans l'ensemble, les réponses obtenues sur les facteurs de risque étaient homogènes. Les facteurs alimentaires tels que les produits transformés, la consommation de viande rouge ainsi qu'un excès de sucre ou de gras ont été rapportés : « *Pas d'excès de sucre, pas trop de fast food. (...) je pense que si on mange avec moins de sucre, moins de gazeux, ça favorise les sodas,*

les choses comme ça ». Certains discours témoignaient une confusion avec les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires : « *Je pense une mauvaise circulation du sang je sais pas ! des problèmes de ce genre voilà !* ».

Les usagers interrogés disaient que les épices favorisaient le cancer colorectal : « *C'est quand vous mangez (...) trop d'épices... tout ça c'est dangereux.* ». Aux habitudes alimentaires s'ajoutaient des facteurs comportementaux tels que la consommation d'alcool et de tabac : « *Pour le cancer, c'est tout épicé, l'alcool et la cigarette, voilà* ».

Le sujet des facteurs environnementaux et notamment du chlordécone a été mentionné de manière spontanée : « *Voilà je sais pas si vous avez entendu parler du chlordécone, mais alors nous en Guadeloupe, cancer de l'intestin et cancer de la prostate on en a !! ça explose !! (...) les scientifiques (...) disent que la chlordécone y est pour quelque chose !* ».

Les facteurs génétiques prédisposants n'ont pas été évoqués.

- Connaissance des facteurs protecteurs

Les participants à l'étude rapportaient moins de facteurs protecteurs que de facteurs de risque. Parmi les facteurs protecteurs modifiables et reconnus par la science, l'alimentation riche en fibres a été citée : « *En prévention voilà, et manger des légumes, beaucoup de légumes* ».

L'activité physique n'a pas été mentionnée de manière spontanée ni explicite. L'idée d'adopter une « *bonne hygiène de vie* » a été évoquée sans être détaillée.

3. CONNAISSANCE DU DEPISTAGE

- Connaissance du dépistage en général

La définition du dépistage n'était pas explicitée. Le test semblait être considéré comme efficace : « *Parce que tu l'as fait, tu es sûr que tu es en bonne santé !* » et facile à réaliser : « *Oui le test est très facile c'est juste à faire les excréments et ramasser un ti peu et met sur le papier et expédier pour eux. Non non pas de problème, c'est facile. Oui oui* ».

Son innocuité était rapportée : « *C'est pas plus compliqué que ça, je veux dire bon, si il faut le faire voilà je l'ai fait ! il y a rien d'extraordinaire (...) il n'y avait rien de... compliqué ou...*

d'insurmontable voilà ! » ainsi que sa gratuité : « Parce que ça ne me coûte rien, de refaire pour voir comment c'est, comment tu es ! ».

- Connaissance du dépistage organisé

Les personnes se prêtant à la recherche ne donnaient pas la définition précise d'un dépistage organisé. Le rôle du dépistage était expliqué sans détailler la notion de lésion pré-cancéreuse : *« C'est pas un truc qui faut rigoler, mais bon ça peut se soigner très tôt. Enfin si il est dépisté tôt ».*

La recherche de sang dans les selles était connue *« Le test recherche la présence de euh... de de sang dans les selles »* mais sa signification semblait prêter à confusion.

Les structures (CRCDC) sous leur ancien nom (AGWADEC, AMREC) ainsi que leur mission de prévention étaient citées par certains répondants : *« C'est une entité qui s'occupe de tout qui est en lien avec la santé et donc surtout sur la prévention, [...] surtout les dépistages que ce soit cancer du sein, colorectal etc... ».*

Concernant le kit de dépistage, seule l'obtention auprès du médecin traitant était rapportée. Le retrait possible auprès des pharmaciens et autres professionnels de santé semblait méconnu.

- Connaissance sur la filière d'aval

La prise en charge après un test positif n'était pas détaillée par les participants. Certains disaient ne pas connaître la coloscopie et ne pas en avoir entendu parler : *« C'est le tuyau qu'on [fait le signe avec les mains du tuyau qu'on fait passer par la bouche] doit mettre dans la gorge ? Ah non, je ne connais pas. Je n'ai pas eu l'occasion de faire. Non non non non ».*

La coloscopie semblait être source d'appréhension pour les répondants qui craignaient l'examen et ses résultats. En revanche, ils ont exprimé leur confiance envers les professionnels de santé rencontrés dans la filière d'aval. Ils ont avoué se sentir capables de réaliser cet examen qui semblait acceptable pour eux s'il s'avérait nécessaire : *« Quand on parle de coloscopie, ça a tendance à faire fuir les gens... enfin c'est tabou quoi. Enfin on introduit une caméra par l'anus, mais bon quand il faut le faire il faut le faire je pense ».*

4. MOYENS D'INFORMATION ET ROLE DES MEDIATEURS

Concernant les moyens de faire connaître la maladie et son dépistage, les médias (télévision, radio, journaux, affichages publicitaires) ont été largement cités : « *Ben écoutez déjà bien sûr par les médias, dans les magazines et cetera oui ! je sais pas je lis des magazines, bon à la télé aussi bien sûr, quand je regarde le journal télévisé je vois voilà, dépistage du cancer colorectal etc mais c'est surtout ça et puis les magazines que je lis...* ». Certains répondants avaient connaissance des campagnes de dépistage, mais le terme de « mars bleu » n'a pas été explicitement mentionné.

La plupart des participants à l'étude soulignaient avoir appris l'existence du dépistage grâce aux courriers d'invitation des CRCDC : « *Je l'ai fait, parce qu'on me l'a envoyé. Dès qu'on vous l'envoie il faut le faire* ». Tandis que d'autres rapportaient ne pas avoir été informé par leur médecin ou ne pas l'avoir consulté « *Non alors je ne vais pas souvent chez le médecin. Ça c'est mon tort* ».

Certains disaient connaître la maladie ou son dépistage grâce à leurs antécédents familiaux : « *Non parce que je ne connaissais pas la maladie, moi je ne l'aurai pas. Et c'est qu'une fois que mon frère l'a eue que j'ai su ce que c'est !* ».

Pour quelques répondants, l'entourage pouvait être un facteur motivant et incitateur pour le dépistage : « *J'ai un exemple chez moi : mon mari, qui n'est pas motivé donc je suis toujours après lui pour qu'il le fasse (...) c'est moi qui pousse !! j'ai toujours dit à mon mari, quand il allait voir le médecin il lui donnait le test* ».

5. MOTIVATIONS ET AVANTAGES LIES AU DEPISTAGE

Prévenir la maladie était l'un des principaux arguments avancés comme motif de participation : « *Pour moi c'est quand même... vaut mieux prévenir que guérir ! Plus on se prend tôt, plus on a la chance d'être guéri il vaut mieux prévenir ! C'est guérissable ! Prenez le temps, comme ça vous ne pouvez pas décéder demain !* ».

Se soucier de sa santé était important pour les répondants et selon eux, le dépistage était un moyen d'évaluer leur niveau de risque : « *Parce que c'est tout naturel qu'on fasse des*

dépistages pour savoir si on est malade ou si on n'est pas malade » et se rassurer : « Une certaine sérénité quand même ! et bien on est plus sûrs après, moins stressés ».

Ils ont affirmé explicitement ne pas ressentir de contrainte particulière à la pratique du dépistage « Comment des inconvénients ? non je dis non. (...) non non. - non non, ça me gêne pas, non. ».

6. OBSTACLES ET INCONVENIENTS AU DEPISTAGE

Plusieurs arguments ont été évoqués comme entrave au dépistage :

- Ne pas se sentir concerné pour différentes raisons par le dépistage, comme le fait de ne pas se sentir malade : « Je n'ai rien qui me fait mal je vais bien, bon voilà alors je ne pense pas à la maladie. », et ne pas se sentir à risque : « Voilà comme moi par exemple j'ai 54 ans on croit qu'on a toujours 20 ans. (...) et puis on se sent pas vieillir et puis en fait... enfin si ! », ou : « On a l'impression que ça ne concerne que les autres c'est ça le problème ».
- Manquer d'intérêt pour le dépistage du cancer colorectal : « A l'époque c'est vrai que je recevais régulièrement mais je mettais dans un... dans le tiroir [rires] je ne m'arrêtais pas dessus ».
- Manquer d'information sur la maladie : « Parce que des fois aussi c'est un manque de connaissances qui fait que les gens ne sont pas très motivés » ou comme cité aussi « Parce que quand on ne sait pas, quand on ignore les choses c'est sûr que l'inconnu effraie tout le monde ! ».
- Avoir peur du CCR : « La peur des résultats. (...) On a peur de découvrir « que »... ».
- Avoir honte de la maladie : « Mais les gens qui ont le cancer on en parle pas. On a l'impression d'être euh... c'est comme le SIDA vous voyez... c'est honteux... » et penser que c'est un sujet tabou : « C'est comme tous les cancers, c'est tabou ».
- Éprouver du dégoût à la manipulation des selles, tout en exprimant pouvoir en faire abstraction et outrepasser leur ressenti : « C'est pas agréable je veux dire bon... (...) mais bon c'est pas plus compliqué que ça, je veux dire bon, si il faut le faire voilà je l'ai fait ! il y a rien d'extraordinaire (...) il n'y avait rien de... compliqué ou... d'insurmontable voilà ! ».
- Ressentir de la pudeur, notamment pour les hommes et leur intimité : « Il y a la pudeur aussi ! Je sais que j'ai entendu dire aussi « jamais jamais jamais je me ferai toucher de ce

côté. (...) Il avait dit « ah non moi me faire toucher me déshabiller non non non » eh bien il en est mort ».

- Rencontrer une difficulté de compréhension des informations contenues dans le courrier d'invitation ou dans le kit. Et ce d'un point de vue linguistique, visuel ou en lien avec les fonctions cognitives : « *C'est pas évident pour tout le monde hein, il y a des gens qui ne savent pas lire. (...) Mais il y a certaines personnes qui ne comprennent pas le français, pas facilement. (...) Peut-être que pour certaines personnes c'est difficile le test qu'ils envoient, parce que c'est pas évident hein pour tout le monde de faire le test qu'ils envoient. (...) Moi je suis seule je comprends et je fais, mais peut être que des personnes ne sont pas capables de le faire et ne font pas* ».
- Exprimer une lassitude due à la crise sanitaire du Covid-19 : « *Mais bon c'est vrai qu'avec l'épidémie qu'il y a eu, les gens je pense que psychologiquement ils doivent se dire que... oui le covid ça nous a tellement bourré le crâne que comment dirais-je... sortis de là, ben le reste ils s'en foutent quoi ils ont juste envie de vivre quoi. Et puis encore aller me prendre la tête avec un test ou autre, ça peut, ça peut freiner* ».

7. PISTES D'AMELIORATION

Lors des entretiens, plusieurs pistes d'amélioration ont été suggérées. Certains répondants ont soumis la proposition d'augmenter la fréquence des campagnes dans les communes afin d'être davantage au contact de la population : « *Vous avez vu quand la campagne commence (...) j'aurais aimé qu'ils passent davantage dans les communes. Dans les communes ! même faire en passant dans la commune avec les haut-parleurs en incitant les gens, et en leur demandant de faire ça ! Je pense que si on faisait ça il y aurait beaucoup plus de personnes, parce que les personnes qui ne font pas le test seraient venues vers la voiture qui serait en train de passer pour poser des questions* ».

D'autres ont suggéré en parallèle de faire participer les personnes qui ont eu la maladie, tels des patients experts, afin de rapporter des témoignages au grand public : « *Moi je pense qu'il faut communiquer. Il faut communiquer, il faut des témoignages. (...) Parler ok mais il faut du concret. Il faut des témoignages, quelqu'un qui a eu, pour se dire « ah effectivement tu imagines il est passé à ça, ça peut m'arriver moi demain* ». (...) mais je pense que quelqu'un qui

témoigne, qui a eu [le cancer colorectal], qui a échappé à ça et qui a pu le voir, qui a pu l'éradiquer assez rapidement, je pense que ça peut aider. Ça peut faire un petit déclic ».

A travers ces témoignages transparaissait l'idée d'expliquer et de rassurer la population sur les éventuelles craintes liées au dépistage : « *Essayer d'avoir des témoignages... il faut faire avec des gens qui parlent de la façon dont ils ont découvert « vous avez le cancer, grâce à l'AMREC, grâce à ceci... » ! (...) Dire que à partir de ça ils ont eu le résultat ! Et que c'est pas un truc qui fait peur ! Parler de la coloscopie et dire que l'anesthésie générale mais c'est pas un drame !* ».

En complément de cette approche territoriale, les répondants ont clairement exprimé le besoin de plus d'informations concernant le CCR : « *Si on pouvait faire des réunions ou des séminaires comme ça, pour motiver les gens et leur faire comprendre que c'est quelque chose d'important. (...) ils auraient profité de poser des questions, pourquoi il faut absolument le faire, pourquoi ceci pourquoi cela. Chaque personne aurait donné sa question pour avoir plus de clarté dans ce qu'est le cancer colorectal... ».*

Concernant la communication, ils souhaitaient une plus grande visibilité dans les médias et certains proposaient d'utiliser le créole comme langage oral lors des campagnes : « *Le français c'est clair. Mais il y a certaines personnes qui ne comprennent pas le français, pas facilement. Moi je suis une spécialiste de la France, j'aime le français, je comprends vos mots. Mais tu sais on pourrait mettre les mots en créole ça ferait du bien. (...) l'information en créole ça aurait marché ».*

Le rôle du médecin traitant a aussi été évoqué. Pour certains participants à l'étude, il devait expliquer davantage, être plus incitatif et rassurant : « *Il faut que le médecin traitant en parle beaucoup plus ! pour sensibiliser les gens tout simplement ! pour leur expliquer la nécessité de le faire ! (...) Le médecin effectivement, enfin moi je sais que mon médecin est très... à l'écoute et très présente elle répond aux questions... et je pense que c'est important ! Il faut vraiment avoir quelqu'un qui soit là pour vous et vous expliquer les choses, et je pense que c'est ce qui manque et les gens n'iront pas d'eux-mêmes ».*

DISCUSSION

Le dépistage organisé est connu pour la majorité des répondants et son intérêt en termes de prévention semble compris. Le test de dépistage est jugé efficace, facile à réaliser et n'est pas considéré comme une contrainte.

En ce qui concerne ses pratiques, la population étudiée identifiait davantage d'obstacles que de motivations à la participation au dépistage. Les obstacles rapportés sont partagés par les usagers qui participent ou non au dépistage. Sont cités en grande partie un manque d'intérêt pour le sujet, le fait de ne pas se sentir concerné et le manque d'information sur la maladie. Prévenir la maladie et se rassurer sur sa santé étaient les motivations citées en premier lieu. Une grande majorité de personnes nous a fait part d'idées pour améliorer les taux de dépistage aux Antilles.

L'une des principales forces de l'étude est son caractère multicentrique grâce aux entretiens menés sur la Guadeloupe et la Martinique. La saturation des données a été obtenue au bout des 9 entretiens sur chacun des territoires. Après chaque entretien, des échanges systématiques ont été réalisés entre les intervenantes pour partager les premiers ressentis, tenir compte des difficultés rencontrées et améliorer la trame d'entretien afin d'obtenir un recueil de données plus complet. Chaque entretien a été réécouté, retranscrit et analysé par les deux intervenantes en double aveugle, ce qui a permis de s'affranchir du biais d'interprétation des intervenantes.

Nous avons choisi de réaliser les entretiens en officine dans des communes éloignées pour s'affranchir de l'effet de grappe lié à une patientèle unique. La sélection des participants était raisonnée et diversifiée. La population comportait autant d'hommes que de femmes de tous les âges. Les répondants avaient un statut varié vis-à-vis de la participation (non participants (33%), participant régulièrement (44%) et occasionnel (22%)) ce qui a permis de limiter le biais de participation.

La méthode qualitative choisie est adaptée à l'exploration de cette thématique peu étudiée jusqu'à présent, mais ne permet pas d'établir une spécificité de réponses que l'on obtiendrait en méthode quantitative.

Lors de nos entretiens, le niveau socio-économique des usagers n'était pas demandé de manière systématique. En effet, le cancer colorectal étant un sujet qui peut porter atteinte à la sphère

privée et intime, nous souhaitons établir un climat de confiance et une certaine fluidité dans l'échange. Aborder cet aspect socio-économique sans que cela s'intègre de manière naturelle aurait pu engendrer un effet interrogatoire. Cependant, certaines études suggèrent que le niveau d'éducation a un impact sur la participation et sur les connaissances en termes de maladie et de dépistage organisé (11,12).

- Connaissances en matière de CCR

La totalité des usagers se prêtant à la recherche avait déjà entendu parler du cancer colorectal. Mais la compréhension du mot colorectal et donc la connaissance des organes concernés par la maladie semblaient confuses pour beaucoup. A contrario, l'évolution insidieuse de la maladie et sa gravité si elle n'est pas diagnostiquée précocement semblaient claires.

Les répondants semblaient au fait des facteurs de risque notamment alimentaires et comportementaux cités dans la littérature. La responsabilité du chlordécone dans l'apparition du cancer colorectal a été mentionnée par quelques-uns, bien qu'elle ne soit pas démontrée à ce jour (13,14).

Les facteurs protecteurs étaient insuffisamment évoqués. Aujourd'hui il a été montré que l'activité physique réduit la mortalité liée au CCR (15), pourtant, elle n'a été que rarement citée. Cela pourrait soulever un défaut de prévention primaire.

- Connaissances en matière de DOCCR

La plupart des participants avaient connaissance de l'existence du dépistage organisé du cancer colorectal et comprenaient son intérêt. La filière d'aval semblait peu connue et les répondants exprimaient une certaine appréhension à réaliser une coloscopie.

Des études suggèrent que la participation au dépistage tend à être plus faible lors du recours à des méthodes endoscopiques et que la coloscopie pourrait alors représenter un obstacle à la participation (16). Cela n'est pas nécessairement mis en évidence dans notre travail. Une grande partie des répondants disaient se sentir capables de dépasser l'appréhension engendrée par le caractère intrusif de l'examen.

- Attitudes vis-à-vis du DOCCR

Durant les entretiens, la quasi-totalité des individus ayant participé montraient un intérêt pour le sujet et à la fin, la plupart exprimaient la volonté de poursuivre ou débiter leur participation au DOCCR. On pourrait émettre l'hypothèse que l'échange qui a eu lieu avec l'intervenante a été source d'informations et/ou de motivation.

Un article publié en 2021 aux Pays-Bas montre que le manque d'informations sur le CCR pourrait avoir un impact direct sur la non-participation (17). Être informé sur la maladie et connaître les risques apparaissent d'ailleurs comme les premières raisons à la participation dans notre recherche.

A l'inverse, une autre étude menée en 2018 sur une population turque à faible taux de participation au dépistage montre que les participants ne sont pas influencés par leurs connaissances ou leurs croyances. Ce sont leurs proches ou leurs symptômes qui les poussent à participer (18).

Lors de notre travail, seulement quelques-uns ont évoqué l'impact des proches sur la participation.

- Pratiques en matière de DOCCR

Selon l'HAS, les principaux obstacles sont la méconnaissance de la maladie et du dépistage, la peur du cancer et la gêne liée aux prélèvements de selles (19).

Une autre étude réalisée en 2022 au Danemark, étudiant les motifs de non-participation, cite en premier lieu l'oubli de participer, la méthode désagréable et la perception d'un faible niveau de risque (20).

A l'issue de nos entretiens, ce sont le manque d'intérêt pour le dépistage, le fait de ne pas se sentir concerné et le manque de connaissances sur le sujet qui apparaissent en premier plan, alors que la peur de la maladie et le dégoût pour la manipulation des selles apparaissent plutôt en second plan.

Cependant d'autres recherches suggèrent que la méthode de dépistage influence la participation comme cette étude danoise de 2021 montrant que sur 1026 usagers de soin ne participant pas au dépistage immunologique, 61% accepteraient de reconsidérer leur participation s'il s'agissait d'une autre méthode telle qu'une prise de sang par exemple (21).

Dans notre étude, le dégoût de la manipulation des selles et la peur de la maladie ont été plus rarement exprimés. Ceci faisant lien avec le ressenti et donc l'intimité, on peut alors se poser la

question de l'omission de ces facteurs et de la réelle importance qu'ils pourraient représenter. Ce type d'obstacle semble difficile à mettre en lumière lors des entretiens qualitatifs compte tenu de la pudeur ou la gêne que cela peut engendrer.

Lors des échanges avec les usagers, quelques-uns nous ont fait part de leur lassitude vis-à-vis de la prévention, suite à la crise sanitaire du Covid-19. On peut se demander si cela n'a pas impacté le taux de participation. Les revues de la littérature étudiant l'effet de la pandémie sur la participation montrent plutôt que cela est lié au confinement et à la déprogrammation des soins (22,23).

- *Pistes d'amélioration*

Les principales améliorations proposées portaient sur le développement d'une approche communautaire et territoriale.

Les répondants demandaient de manière générale une amélioration de la communication de l'information en multipliant les actions de prévention au niveau local. Des actions de proximité sont déjà menées aux Antilles notamment au cours du mois « bleu ». Les conférences débats, les ateliers d'information, et le « colon tour » dans les communes de l'île apparaissaient comme un vecteur d'information et de mobilisation indispensable pour les participants à l'étude (24). Il a été montré que la sensibilisation et l'accompagnement des populations surtout les plus défavorisées sont des critères majeurs à leur adhésion au dépistage (16,25).

Lors de notre recherche, il était mentionné la nécessité de réaliser davantage de publicité pour les campagnes via différents médias (télévision, radio, magazines et réseaux sociaux).

Les CRCDC étaient connus dans l'ensemble. Beaucoup ont appris l'existence du DOCCR par les invitations envoyées par le CRCDC. Une publication américaine de 2021, montre que la stratégie de relances par courrier augmente le taux de dépistage, mais les usagers interrogés dans notre étude n'ont pas jugé nécessaire d'augmenter le nombre de relances (26).

Ceux-ci disaient que le créole n'est pas adapté aux courriers d'invitation, mais qu'il pourrait être utile lors des spots publicitaires ou lors des interventions dans les communes. Un article espagnol de 2022 met en évidence l'intérêt de s'adapter à la langue locale pour créer une proximité, une meilleure compréhension et ainsi une meilleure adhésion au dépistage (27).

Le médecin traitant apparaît dans certaines études comme un élément essentiel à l'information et à la réassurance nécessaires pour limiter les obstacles à la participation (28,29). Allant dans ce sens, des études montrent que les patients soutenus par leur médecin et accompagnés dans des structures de soins dédiées participent davantage au dépistage (20,25). Aux Antilles, une étude menée en 2018 montre que les patients qui ont un médecin traitant participent dans une plus forte proportion au dépistage (11).

Dans notre étude, les répondants soulignaient l'importance du médecin traitant dans la participation. Mais pour autant, intensifier l'implication du médecin n'apparaissait pas comme une amélioration prioritaire. Ceci est corroboré par cette étude de Berg-Beckhoff publiée en 2022, expliquant que la recommandation d'un médecin généraliste n'est pas donnée comme une raison fréquente pour la participation au dépistage (20).

Les participants se prêtant à la recherche étaient davantage demandeurs d'une méthode d'accès directe à l'information, avec des campagnes « qui viennent » à eux dans les communes et au contact de la population. On peut se demander si cet état d'esprit ne pourrait pas être en lien avec le climat actuel de difficulté d'accès aux soins. En effet, les patients ont souvent des difficultés à trouver un médecin traitant ou obtenir des rendez-vous réguliers, ce qui limite leurs chances d'avoir accès à la prévention et au dépistage. Ceci nous amène à penser que le médecin traitant ne peut être l'unique source d'information et de motivation.

Depuis mars 2022 le kit de dépistage est disponible en ligne, mais notre étude a été menée trop tôt pour étudier l'effet de ce nouveau dispositif (30).

Une thèse soutenue en 2021 par nos confrères sur l'évaluation des connaissances, pratiques et attitudes des médecins généralistes aux Antilles vis-à-vis du DOCCR, témoigne que les praticiens déplorent parfois le manque de temps en consultation pour aborder le sujet de la prévention et souhaiteraient une amélioration de la communication et de la coordination avec les CRCDC (31). Il semblerait nécessaire de multiplier les vecteurs d'information pour maximiser la diffusion de l'information, dans l'intérêt des patients et des médecins.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, nos entretiens semblent révéler des connaissances limitées en termes de CCR et de DOCCR. Après échange et communication d'informations de notre part, les répondants semblaient globalement intéressés et motivés à débiter ou poursuivre leur participation au DOCCR. Il semble nécessaire d'améliorer la sensibilisation et l'information pour une meilleure compréhension des risques et une meilleure adhésion au dépistage.

Notre étude met en lumière l'intérêt de diversifier les sources d'information sur le CCR et le DOCCR. La population semble être en demande d'une méthode d'accès plus directe à l'information, basée sur la proximité et l'échange comme en témoigne leur intérêt pour les campagnes dans les communes, les témoignages oraux sur la maladie, les retours d'expérience de patients.

Notre recherche ouvre des pistes de réflexion pour comprendre et améliorer les stratégies de dépistage, mais une étude à grande échelle dans ces mêmes territoires serait souhaitable, dans les suites de notre travail, pour quantifier plus précisément les connaissances, attitudes et pratiques des usagers en matière de DOCCR.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Emma Billard et Camille Clerc ont contribué de manière équivalente à la réalisation de ce travail. Elles ont réalisé la recherche bibliographique et participé à l'élaboration du protocole de recherche. Chacune d'entre elles a procédé au recueil de données en proportion égale pour la Guadeloupe et la Martinique. Elles ont procédé à l'analyse de l'intégralité des données. Elles ont co-rédigé le manuscrit.

Maître de Conférences des Universités au sein de la faculté de médecine de l'Université des Antilles, le Docteur Philippe Carrère a dirigé ce travail, rédigé le protocole de recherche, coordonné son déroulement et contribué à la rédaction de ce manuscrit.

REFERENCES

1. Cancer [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Cancer du colon rectum [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>
3. Dépistage du cancer colorectal - Se faire dépister [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal>
4. Yuan SY, Wu W, Fu J, Lang YX, Li JC, Guo Y, et al. Quantitative immunochemical fecal occult blood test for neoplasia in colon cancer screening. *J Dig Dis.* févr 2019;20(2):78-82.
5. Vitellius C, Laly M, Banaszuk AS, Deherce I, Cornet N, Bertrais S, et al. Contribution of the OC Sensor® immunoassay in comparison to the Hemocult II® guaiac-test in organized colorectal cancer screening. *Eur J Epidemiol.* févr 2019;34(2):163-72.
6. Faivre J, Dancourt V, Denis B, Dorval E, Piette C, Perrin Ph, et al. Comparison between a guaiac and three immunochemical faecal occult blood tests in screening for colorectal cancer. *Eur J Cancer.* 1 nov 2012;48(16):2969-76.
7. Launoy G. Impact de l'intégration du test immunologique dans le programme de dépistage du cancer colorectal en France. *Bull Cancer (Paris).* 1 juill 2019;106(7):703-6.
8. Cancer colorectal : données de dépistage 2020-2021 [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cancer-colorectal-donnees-de-depistage-2020-2021>
9. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2010-2011 [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2010-2011>
10. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2013-2014 [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014>

11. Menvielle G, Dugas J, Richard JB, Luce D. Socioeconomic and healthcare use-related determinants of cervical, breast and colorectal cancer screening practice in the French West Indies. *Eur J Cancer Prev.* mai 2018;27(3):269.
12. Brand Bateman L, Khamess S, Abdelmoneim SE, Arafat W, Fouad MN, Khamis Y, et al. Designing an Effective Colorectal Cancer Screening Program in Egypt: A Qualitative Study of Perceptions of Egyptian Primary Care Physicians and Specialists. *The Oncologist.* oct 2020;25(10):e1525-31.
13. Dieye DM, Quénel DP, Gorla S, Blateau A, Colonna M, Azaloux PH. Étude de la répartition spatiale des cancers possiblement liés à la pollution des sols par les pesticides organochlorés, en Martinique.
14. Chlordécone et autres pesticides : Santé publique France présente aux Antilles de nouveaux résultats [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/liste-des-actualites/chlordecone-et-autres-pesticides-sante-publique-france-presente-aux-antilles-de-nouveaux-resultats>
15. app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_247_ref_aps_cancers_cd_vf.pdf
16. Kaminski MF, Robertson DJ, Senore C, Rex DK. Optimizing the Quality of Colorectal Cancer Screening Worldwide. *Gastroenterology.* janv 2020;158(2):404-17.
17. de Bekker-Grob EW, Donkers B, Veldwijk J, Jonker MF, Buis S, Huisman J, et al. What Factors Influence Non-Participation Most in Colorectal Cancer Screening? A Discrete Choice Experiment. *The Patient.* mars 2021;14(2):269-81.
18. Ilgaz A, Gözümlü S. Determination of Colorectal Cancer Risk Levels, Colorectal Cancer Screening Rates, and Factors Affecting Screening Participation of Individuals Working in Agriculture in Turkey. *Cancer Nurs.* août 2018;41(4):E46.
19. referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-07-24_16-05-56_103.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-07-24_16-05-56_103.pdf
20. Berg-Beckhoff G, Leppin A, Nielsen JB. Reasons for participation and non-participation in colorectal cancer screening. *Public Health.* avr 2022;205:83-9.
21. Nielsen JB, Berg-Beckhoff G, Leppin A. To do or not to do - a survey study on factors associated with participating in the Danish screening program for colorectal cancer. *BMC Health Serv Res.* 7 janv 2021;21(1):43.

22. Ricciardiello L, Ferrari C, Cameletti M, Gaianill F, Buttitta F, Bazzoli F, et al. Impact of SARS-CoV-2 Pandemic on Colorectal Cancer Screening Delay: Effect on Stage Shift and Increased Mortality. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* juill 2021;19(7):1410-1417.e9.
23. Mazidimoradi A, Tiznobaik A, Salehiniya H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Screening: a Systematic Review. *J Gastrointest Cancer.* sept 2022;53(3):730-44.
24. Mars Bleu : 1 mois de lutte contre le cancer colorectal [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/mars-bleu-1-mois-de-lutte-contre-le-cancer-colorectal>
25. Arredondo EM, Dumbauld J, Milla M, Madanat H, Coronado GD, Haughton J, et al. A Promotor-Led Pilot Study to Increase Colorectal Cancer Screening in Latinos: The Juntos Contra El Cáncer Program. *Health Promot Pract.* juill 2021;22(4):491-501.
26. Sharma KP, DeGroff A, Maxwell AE, Cole AM, Escoffery NC, Hannon PA. Evidence-Based Interventions and Colorectal Cancer Screening Rates: The Colorectal Cancer Screening Program, 2015-2017. *Am J Prev Med.* sept 2021;61(3):402-9.
27. Winkler CS, Hardaway JC, Ceyhan ME, Espat NJ, Saied Calvino A. Decreasing colorectal cancer screening disparities: A culturally tailored patient navigation program for Hispanic patients. *Cancer.* 1 mai 2022;128(9):1820-5.
28. Tarasenko YN, Wackerbarth SB, Love MM, Joyce JM, Haist SA. Colorectal cancer screening: patients' and physicians' perspectives on decision-making factors. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ.* juin 2011;26(2):285-93.
29. Raine R, Duffy SW, Wardle J, Solmi F, Morris S, Howe R, et al. Impact of general practice endorsement on the social gradient in uptake in bowel cancer screening. *Br J Cancer.* 2 févr 2016;114(3):321-6.
30. Doccr [Internet]. [cité 26 janv 2023]. Disponible sur: <https://monkit.depistage-colorectal.fr/#/accueil>
31. LE BRIZAULT Julien, RAOUT Simon, [Health data hub] Dépistage organisé du cancer colorectal aux Antilles françaises : connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes. Faculté de médecin Hyacinthe Bastaraud .31 mai 2021

ANNEXES

1. ANNEXE 1 : TRAME D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

TRAME D'ENTRETIEN

Les relances figurent à titre indicatif.
(Modifiée, version du 14/04/2022)

I. QUESTIONS GENERALES SUR LE CCR

Que savez-vous du cancer colorectal ?

Relances – *liste non exhaustive, ordre de questions non défini, à adapter au discours du patient.*

- *Que savez-vous du cancer du colorectal ?*
- *SI le patient ne sait pas du tout => Que veut dire le mot « colorectal » / quels organes ça touche ?*
- *Qu'est-ce que ça vous évoque ?*
- *Peut-on en mourir, peut-on en guérir ? Pensez-vous que cette maladie est « grave » ?*
- *Pensez-vous qu'elle touche beaucoup de monde, est-elle fréquente ?*
- *Savez-vous quels sont les symptômes du cancer colorectal ?*
- *Y-a-t-il des choses qui favorisent l'apparition du cancer colorectal ?*
- *Avez-vous déjà cherché des informations sur ce sujet ? (internet ?)*
- *SI (et seulement si) évocation du chlordécone/pesticides => REBONDIR => pensez-vous que le chlordécone est un facteur favorisant du CCR ? Pensez-vous qu'il existe un lien direct avec le CCR ? Ou un lien spécifique ?*
- *Y-a-t-il des choses qui protègent de l'apparition du cancer colorectal ?*
- *Se soigne-t-il ici ? En métropole ?*
- *Comment savoir si on a le cancer colorectal ? Comment le vérifie-t-on ? Comment le recherche-t-on ?*

II. QUESTIONS SUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

Savez-vous qu'il existe un dépistage du cancer colorectal ?

OPTION NUMERO 1 : SI LE PATIENT SAIT QU'IL EXISTE UN DOCCR

A. Que savez-vous du dépistage du cancer colorectal ?

- *Où avez-vous entendu parlé du DOCCR? Est-ce votre médecin traitant qui vous en a parlé ? TV ? PUB ? Radio ? Affichage ? Internet ? Courrier à la maison qui vous en appris l'existence ?*
- *Connaissez-vous la GWADADEC, AMREC ?*
- *Savez-vous quel est le rôle de la GWADADEC/AMREC ?*
- *Savez-vous à partir de quel âge on peut faire le dépistage organisé ?*
- *Combien de fois faut-il le refaire ?*
- *Connaissez-vous le fonctionnement du dépistage ?*
- *Savez-vous où récupérer le kit pour réaliser le prélèvement ?*
- *Savez-vous comment se fait le prélèvement ?*
- *Que devez-vous faire du prélèvement une fois réalisé ?*
- *Savez-vous ce que recherche le prélèvement ?*
- *Savez-vous ce que cela veut dire si le test retrouve du sang dans vos selles ?*
- *Que faites-vous si vous apprenez que votre prélèvement contient du sang ?*
- *Quel sera l'examen qui vous permettra de confirmer la présence d'un cancer colorectal ?*
- *Connaissez-vous la coloscopie ? Est-ce un examen difficile ? Accessible ? douloureux ?*

B. Avez-vous déjà participé au dépistage organisé ?

☐ SI VOUS AVEZ DÉJÀ PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE ORGANISÉ :

1. Dans quelles circonstances ?

Relances :

- *A quel âge ? Depuis combien de temps participez-vous ?*
- *Votre médecin traitant vous a-t-il parlé du test ?*
- *Avez-vous lu quelque part qu'il fallait le faire ? (TV/PUB/INTERNET) et avez-vous de votre plein gré réclamé le kit à votre médecin traitant ?*
- *Y avez-vous été spontanément avec l'invitation de l'AMREC/AGWADEC ? (Préciser quel courrier, l'enveloppe, citer l'AGWADEC/AMREC)*
- *Etes-vous allés jusqu'à la coloscopie ? Que pensez-vous de la coloscopie ?*

2. Pourquoi y avez-vous participé ?

Relances :

- *Quelles ont été vos motivations pour y participer ?*
- *L'avez-vous fait spontanément ?*
- *Avez-vous des raisons personnelles pour y avoir participé ?*

- *Votre entourage vous a-t-il poussé à faire le test ? (Famille/amis)*
- *L'avez-vous fait plusieurs fois ? Combien de fois ?*
- *Le faites-vous à chaque fois ? L'avez-vous fait dès 50 ans ?*
- *L'avoir fait vous rassure-t-il ? Le referiez-vous ?*
- *Cela vous a-t-il apporté quelque chose de le réaliser ? ou au contraire regrettez-vous ?*
- *Comptez-vous y participer de nouveau ?*

□ SI VOUS N'AVEZ JAMAIS PARTICIPÉ AU DÉPISTAGE ORGANISÉ :

1. Pourquoi n'y avez-vous pas participé ?

Relances :

- *Est-ce que vous y avez été invité par courrier ? (Préciser quel courrier, l'enveloppe, citer l'AGWADEC/AMREC)*
- *Est-ce que votre médecin traitant vous en a parlé ? Si non, jamais ?*
- *Si votre médecin traitant l'a évoqué, avez-vous pu poser vos questions ?*
- *Est-ce que vous aviez déjà participé et cela s'était-il mal passé ?*
- *Avez-vous des craintes ?*
- *Avez-vous des croyances, des convictions qui vous freinent pour le faire ?*
- *Y-a-t-il des choses qui vous rebutent ?*
- *Si vous avez reçu le courrier : Est-il difficile à comprendre ?*
- *Le test est-il difficile/pénible à faire ? Peu compréhensible ? Gênant ?*
- *Seriez-vous prêt à y participer ?*

C. Quels sont les avantages du dépistage du cancer colorectal selon vous ?

D. Quels sont les inconvénients du dépistage du cancer colorectal selon vous ?

E. Moins de la moitié, voir 1/3 des personnes invitées au dépistage le font, comment expliqueriez-vous cela ?

- *Quelles sont vos propositions d'amélioration pour augmenter la participation au dépistage organisé ?*

- *Que peut-on faire pour que les Guadeloupéens/Martiniquais participent plus ?*
- *Y-aurait-il des modifications à apporter pour favoriser la participation ?*
- *Que pensez-vous de ces pistes : être mieux accompagné ? mieux informé par votre médecin ?*

OPTION NUMERO 2

LE PATIENT NE SAIT PAS QU'IL EXISTE UN DEPISTAGE ORGANISE :

- **Le mot dépistage vous évoque-t-il quelque chose ?**
- *La notion de dépistage vous parle-t-elle ?*
- *Si vous ne savez pas ce que c'est, qu'est-ce que ça vous évoque ? A votre avis, de quoi s'agit-il ?*
- *Connaissez-vous d'autres dépistages ?*
- *Vous n'avez jamais reçu d'invitation par courrier ?*
- *Votre MT ne vous en jamais parlé ?*
- *Vous n'en avez jamais entendu parler à la TV ? Pub. ? affiche ? entourage ?*
- *Savez-vous par qui est organisé le DOCCR ?*
- *Avez-vous déjà entendu parler de la GWADADEC ? AMREC ?*

Explications brèves du fonctionnement du dépistage : l'envoi de l'invitation par la poste, récupération du kit en main propre auprès du médecin traitant, recueil des selles selon protocole expliqué dans le courrier, envoi du prélèvement fait par la poste, résultats positifs qui nécessitent de réaliser une coloscopie.

B. Que pensez-vous du dépistage organisé tel que je viens de vous le présenter ?

- *Que pensez-vous de ce fonctionnement ?*
- *Que pensez-vous du prélèvement en lui-même ?*
- *Est-ce que ça vous paraît compliqué ?*

C. Quels seraient les avantages à réaliser le dépistage selon vous ?

D. Quels seraient les inconvénients à réaliser le dépistage selon vous ?

E. Moins de la moitié, voire 1/3 des personnes invitées au dépistage le font.

Comment pourriez-vous expliquer cela ?

- *Que pourrait-on faire pour que les guadeloupéens/martiniquais participent plus ?*
- *Y-aurait-il des modifications à apporter pour favoriser la participation ?*
- *Seriez-vous prêt à y participer ?*
- *Pensez-vous ne pas y participer, si non, pour quelles raisons ?*
- *Pensez-vous en parler à vos proches ?*
- *Si la personne n'en parle qu'à sa famille => Pourquoi ? et vos amis ? et vos collègues ?*
- *Pensez-vous que parler du CCR est tabou ? si oui, pourquoi ?*
- *Pensez-vous que la religion peut influencer la participation ? si oui, pourquoi ?*
- *Ne pas hésiter à relancer sur le rôle du médecin traitant si évoquer*

2. ANNEXE 2 : NOTICE D'INFORMATION AUX PHARMACIENS

<p>Connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins en matière de dépistage organisé du cancer colorectal en Guadeloupe et en Martinique : approche qualitative.</p>
--

Pourquoi cette étude est-elle mise en place ?

Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont inférieurs aux taux européens, nous essayons de comprendre pourquoi. Nous souhaitons mettre en lumière les raisons de participation à ce dépistage, notamment aux Antilles, où les taux d'incidence du cancer colorectal ne diminuent pas.

Qui met en place cette étude ?

Le département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud, en collaboration avec le Rectorat et l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe.

Qui est susceptible de participer à cette étude ?

Tout usager du système de soin éligible au dépistage, entre 50 et 74 ans.

Comment se déroule l'étude ?

L'étude se déroule en 2 phases. C'est pour la première phase que nous sollicitons votre collaboration.

Nous interrogeons des usagers de soin pour discuter de l'intérêt du dépistage, des avantages, des inconvénients, des pistes d'améliorations éventuelles.

Il s'agit d'entretiens confidentiels entre un médecin et un patient. En ce sens, nous nous permettrons, et ce sans perturber le bon fonctionnement de votre pharmacie, d'interpeller les usagers une fois servi par vos soins afin de leur demander s'ils veulent se prêter à la recherche. S'ils acceptent, nous pourrions débiter l'entretien, dans un espace à l'écart des autres usagers afin de garder la confidentialité.

Nous nous assurerons également du respect des gestes barrières, en gardant une distance de sécurité adéquate, le port du masque efficace, ainsi qu'un lavage de main avec une solution hydroalcoolique.

Cette première phase nous permettra d'élaborer un questionnaire utile à la deuxième phase de la recherche.

Qui contacter en cas de besoin ?

Après avoir lu cette notice, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez au personnel de votre établissement, ou en écrivant par courrier ou mail au responsable de cette étude :

Docteur Philippe Carrère

Département de médecine générale.

Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud.

Campus de Fouillole

Université des Antilles

BP 145

97154 Pointe-à-Pitre Cedex

Mail :

Cette étude ne peut être menée sans votre collaboration. Merci pour votre implication dans cette étude.

3. ANNEXE 3 : NOTICE D'INFORMATION AUX USAGERS

<p>Connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins en matière de dépistage organisé du cancer colorectal en Guadeloupe et en Martinique : approche qualitative.</p>
--

Pourquoi cette étude est-elle mise en place ?

Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont inférieurs aux taux européens, nous essayons de comprendre pourquoi. Nous souhaitons mettre en lumière les raisons de participation à ce dépistage, notamment aux Antilles, où les taux d'incidence du cancer colorectal ne diminuent pas.

Qui met en place cette étude ?

Le département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud, en collaboration avec le Rectorat et l'Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe.

Qui est susceptible de participer à cette étude ?

Tout usager du système de soin est éligible au dépistage, entre 50 et 74 ans.

Comment se déroule l'étude ?

L'étude se déroule en deux phases, nous interrogerons des usagers du système de soin pour discuter de l'intérêt du dépistage, des avantages, des inconvénients, des pistes d'améliorations éventuelles. Il s'agit d'entretiens confidentiels entre un médecin et un patient, la discussion est orientée par des questions ouvertes, et le patient est libre de parler de son ressenti, sans jugement. La deuxième phase se compose d'un questionnaire sur le même sujet, avec un plus grand nombre de réponses. Des informations personnelles peuvent être demandées dans ce questionnaire, mais rien ne permettra de vous identifier. Vos réponses ne seront accessibles qu'aux médecins du département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud. Seuls les résultats globaux de l'étude seront publiés.

Quels sont vos droits ?

Votre participation à l'étude est libre et volontaire, vous avez le droit de refuser d'y prendre part sans vous justifier. Même si vous avez accepté d'y participer, vous avez la possibilité de vous rétracter secondairement, avant ou au cours de la passation du questionnaire et jusqu'à sa validation. Les modalités de recueil des données assurant un total anonymat, vous ne pourrez rectifier vos réponses après validation du questionnaire. Cependant, vous aurez la possibilité d'être informé personnellement des résultats globaux de l'étude (loi du 4 mars 2002). Pour ce faire, vous pourrez vous rapprocher du responsable de l'étude, le Dr Philippe Carrère.

Les données enregistrées à l'occasion de cette étude feront l'objet d'un traitement informatisé par département de médecine générale de la faculté Hyacinthe Bastaraud, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée. Tous les professionnels impliqués dans cette étude sont soumis au secret professionnel. L'anonymat de vos réponses est garanti.

Qui contacter en cas de besoin ?

Après avoir lu cette notice, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous souhaitez au personnel de votre établissement, ou en écrivant par courrier ou mail au responsable de cette étude :

Docteur Philippe Carrère

Département de médecine générale.

Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud.

Campus de Fouillole

Université des Antilles

BP 145

97154 Pointe-à-Pitre Cedex

Mail :

Cette étude vous est destinée, elle ne peut être réalisée sans votre aide. Nous vous remercions d'y participer.

4. ANNEXE 4 : SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

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

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

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

5. ANNEXE 5 : IMPRIMATUR

DEMANDE D'IMPRIMATUR

DEMANDE D'IMPRIMATUR

NOM ET PRENOM : BILLARD EMMA et CLERC CAMILLE

SUJET DE LA THESE : Connaissances, attitudes et pratiques des usagers du système de soins en matière de dépistage organisé du cancer colorectal en Guadeloupe et en Martinique : approche qualitative.

THESE : MEDECINE
ANNEE 2023

Qualification : Médecine générale

NUMERO D'IDENTIFICATION : 2023ANTI01045

MOTS CLEFS : Cancer colorectal, dépistage organisé, connaissances, attitudes, pratiques, Guadeloupe, Martinique. (1)

Introduction : Un dépistage précoce permet de guérir 9 cancers colorectaux (CCR) sur 10. En France, la participation au dépistage organisé (DO) en 2020-2021 était de 34,6 %, ce qui reste en deçà des standards européens.

Matériels et méthodes : Etude observationnelle descriptive transversale sur les territoires de Guadeloupe et de Martinique. Les deux intervenantes ont mené des entretiens semi-dirigés sur une population diversifiée de 18 personnes se prêtant à la recherche.

Résultats : Les usagers semblaient avoir une bonne conscience du risque lié au CCR et connaissaient l'existence du DOCCR. Les répondants ont exprimé leurs freins à la participation plus que leurs motivations. Les obstacles cités étaient en majorité le fait de ne pas se sentir concerné par la maladie, le manque d'intérêt pour le sujet et le manque d'information sur le CCR et le DOCCR. Dans l'ensemble, ils ont tous proposé des pistes d'amélioration pour les campagnes de dépistage dans le futur, en mettant en avant une approche locale et participative, faisant intervenir plusieurs médiateurs.

Conclusion : Les entretiens ont permis de mettre en lumière l'intérêt de la population interrogée pour le DOCCR, et la volonté d'être mieux informé sur la maladie, sans forcément placer le médecin traitant au centre de cette prise en charge.

JURY : Président : HELENE PELAGE Jeannie

Juges : MASSE Franck

: SCHNECK Anne-Sophie

Directeur de thèse : CARRERE Philippe

-

(1) Déterminés par le candidat en liaison avec la bibliothèque universitaire