



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Vécu des patients face au dépistage du cancer colorectal en
médecine générale. Etude qualitative dans le Nord-Pas-de-Calais.**

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre à 18h
Au Pôle Formation

Par Camille Guerville

JURY

Présidente :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseure :

Madame la Professeure Anita TILLY

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	5
Matériels et méthodes	7
I. Type d'étude	7
II. Délégué de protection des données	7
III. Constitution de l'échantillon	7
IV. Guide d'entretien	7
V. Déroulé des entretiens et obtention des verbatims.....	8
VI. Analyse des données	8
Résultats	9
I. Le patient en tant que personne	10
II. La santé du patient	12
III. Influences des peurs ressenties par les patients	13
IV. Intérêt du dépistage de la maladie selon les patients	14
V. La prévention selon les patients	15
VI. La médecine d'aujourd'hui selon les patients	17
VII. Rôle du médecin traitant selon les patients.....	18
VIII. Impact des modalités de réalisation du dépistage.....	20
Discussion	24
I. Résultats principaux et comparaison avec la littérature.....	24
A. L'ambivalence de la peur.....	24
B. Être en bonne santé	25
C. Place du médecin traitant dans le dépistage.....	25
D. Prévention et définition d'un dépistage organisé.....	25
E. Influence du test en lui-même	26
F. Les pistes d'amélioration.....	27
II. Forces et faiblesses de l'étude	27
Conclusion	29
Références bibliographiques	30
Annexes	32
Annexe 1 : Grille COREQ.....	32
Annexe 2 : Déclaration de conformité pour la protection des données	34
Annexe 3 : Lettre remise aux patients pour recrutement.....	35
Annexe 4 : Guide d'entretien semi dirigé initial	36
Annexe 5 : Evolution du guide d'entretien semi dirigé.....	37
Annexe 6 : Extrait de l'arbre de codage.	38

RESUME

Contexte :

Le cancer colorectal représente la deuxième cause de décès par cancer en France. Depuis 2008, il existe un programme de dépistage organisé permettant le diagnostic des lésions à un stade précoce, favorisant ainsi sa prise en charge. En 2021-2022, le taux de participation national était de 34,3%, pour un taux de participation de 29% dans le Nord-Pas-de-Calais, loin des objectifs européens de 45%. L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les motivations et freins des patients à la réalisation du dépistage organisé du cancer colorectal.

Méthode :

Une étude qualitative inspirée de la méthode de la théorisation ancrée a été menée dans le Nord-Pas-de-Calais. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de patients éligibles au dépistage du cancer colorectal. Le recrutement des patients a été mis en œuvre grâce à un échantillonnage raisonné théorique. Les entretiens ont été conduits jusqu'à l'atteinte de la suffisance des données, avec un entretien de consolidation. L'analyse des données a été triangulée.

Résultats :

Les thèmes clés identifiés comme favorisant la réalisation du dépistage étaient la peur d'être malade ou de vieillir et l'intérêt d'une découverte précoce de la maladie, permettant ainsi une meilleure prise en charge. Ceux identifiés comme limitant étaient la peur des examens complémentaires, le fait de se sentir en bonne santé, le manque de prévention, la complexité de réalisation du test et l'envoi du test. Le vécu du patient ainsi que celui de son entourage influençaient également la réalisation du dépistage. Les problèmes de démographie médicale ont été soulevés, influençant la relation de confiance patient-médecin. L'implication des médecins traitants dans le dépistage apparaissait variable. Il restait cependant indispensable pour les patients, par son rôle de conseiller, comme source d'informations, et dans la centralisation des résultats.

Conclusion :

Cette étude a permis la mise en évidence des motivations et des freins à la réalisation du dépistage du cancer colorectal. Malgré de nombreuses campagnes préventives, l'intensification de la prévention semble nécessaire, ainsi qu'une meilleure implication des médecins généralistes. Devant l'échec de réalisation pouvant décourager certains patients, la mise en place de plusieurs papiers réceptacles et une meilleure information sur la date d'envoi pourrait apparaître bénéfique.

INTRODUCTION

Le cancer colorectal est, en France, le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme, avec 47 582 nouveaux cas en 2023. Il est responsable de 17 000 décès par an, soit la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme et la troisième chez la femme. (1)

Dans 80 % des cas, le cancer du côlon se développe à partir d'une tumeur bénigne, c'est-à-dire non cancéreuse. Elle est appelée polype adénomateux ou adénome. Ces tumeurs bénignes sont très fréquentes et restent généralement sans gravité, mais 2 à 3 % d'entre elles se développent, grossissent et finissent par se transformer en cancer. Cette transformation est lente, elle prend en moyenne plus de 10 ans. (2) Oter un polype bénin, permet d'éviter un cancer du côlon potentiel. (3)

Pour rappel, l'objectif d'un dépistage est de détecter une lésion à un stade précoce, cancéreuse ou précancéreuse, et potentiellement curable. (4) La décision d'organiser un dépistage à l'échelle d'une population est un choix économiquement coûteux et basé sur un raisonnement éthique qui nécessite d'évaluer les bénéfices attendus et les risques encourus par les examens (la balance bénéfices/risques). Cette décision repose sur des critères définis par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), ainsi que sur la sensibilité et spécificité du test de dépistage. (5)

Compte tenu de l'existence de ces lésions précancéreuses, et d'une meilleure survie associée au diagnostic à un stade précoce, le cancer colorectal est une pathologie pour laquelle le dépistage organisé présente un intérêt. (6)

En France, le dépistage organisé du cancer colorectal est coordonné au niveau régional par les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. Le programme propose un test de détection de sang occulte dans les selles tous les 2ans à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer selon les recommandations de la Conférence de Consensus. (7)

Il reposait initialement sur le test au gaïac (Hémocult®II). A l'époque, les bénéfices du dépistage du cancer colorectal, par le test Hemocult II, ont été confirmés par une méta-analyse dans laquelle quatre essais cliniques randomisés ont permis de

montrer une réduction du risque relatif de mortalité par cancer colorectal de 16% (IC95% : 10–22 %). (6,8)

Il a été remplacé durant l'année 2015 par le test immunologique (OC-Sensor®), qui se distingue par une plus grande facilité d'utilisation et par une meilleure sensibilité, pour une spécificité équivalente. (9,10)

Le test immunologique repose sur un prélèvement d'un seul échantillon de selles, réalisé chez soi au moyen d'un kit de prélèvement et à envoyer dans les cinq jours au laboratoire de biologie médicale indiqué. Les résultats sont obtenus dans les quinze jours. Lorsque le test est positif (environ 4 % des cas), la réalisation d'une coloscopie est impérative. (3). Bien que la coloscopie ne soit pas exemptée de risques, la balance bénéfices/risques est de manière consensuelle reconnue en faveur du dépistage. (11)

Deux études réalisées en Angleterre et en France mettaient en évidence des résultats encourageants concernant l'acceptabilité de ce nouveau test et une augmentation des taux de participation. (12,13)

Pourtant, en 2021-2022, le taux de participation national était de 34,3%, pour un taux de participation à 29% dans le Nord-Pas-de-Calais, loin des objectifs européens de 45%. (14,15)

Le point de vue des médecins généralistes a déjà été recueilli dans une étude mettant en évidence comme frein : la démographie médicale, le manque de temps ou encore la nécessité d'une consultation dédiée. (16)

L'objectif de ce travail était donc de mettre en évidence les motivations et freins, selon les patients, à la réalisation du dépistage du cancer colorectal.

MATERIELS ET METHODES

I. Type d'étude

Une étude qualitative inspirée de la méthode de la théorisation ancrée a été réalisée. Des entretiens individuels semi dirigés ont été effectués auprès de patients étant éligibles au dépistage du cancer colorectal dans le Nord-Pas-De-Calais de mars à juillet 2023.

Cette thèse est basée sur les critères de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research). Elle a été complétée au fur et à mesure. 29 des 32 items ont pu être réalisés. (Annexe 1)

II. Délégué de protection des données

L'étude a reçu l'autorisation de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) le 23 mars 2023. (Annexe 2)

III. Constitution de l'échantillon

Le recrutement des patients a été réalisé par échantillonnage raisonné théorique, par le biais de leurs médecins généralistes ou lors de mes remplacements dans le Nord-Pas-De-Calais. Un document explicatif remis aux patients détaillait l'objectif et les conditions de la réalisation de l'étude (Annexe 3). Les critères d'inclusion étaient d'être un homme ou une femme, d'être âgé de 50 à 74ans, et d'être éligible au dépistage du cancer colorectal.

Après avoir lu le document explicatif ou en avoir discuté avec leur médecin, les patients désireux de participer pouvaient me contacter par téléphone ou mail, ou donner leur autorisation à leur médecin pour que je puisse les contacter directement, afin de convenir d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

IV. Guide d'entretien

Un premier guide d'entretien semi-dirigé a été rédigé selon la bibliographie faite au préalable. (Annexe 4). Ce document a été évolutif, puisqu'il a été modifié à partir du troisième entretien. (Annexe 5).

La bibliographie a été réalisée à partir de PubMed et SUDOC, en utilisant les mots clés suivant : cancer colorectal, dépistage / screening, patients, médecins généralistes / general medicine, participation, Hemoccult, guaiac faecal occult blood testing.

V. Déroulé des entretiens et obtention des verbatims

Le recueil de données a été réalisé après consentement oral.

Tous les entretiens se sont déroulés en présentiel. Le lieu de ces derniers était convenu avec le patient, le plus souvent au cabinet de leur médecin généraliste, parfois à leur domicile. Ils ont tous été enregistrés à l'aide de l'outil « dictaphone » d'un smartphone de type iPhone®.

Le nombre d'entretiens n'était pas défini à l'avance. Ils ont été poursuivis jusqu'à l'atteinte de la suffisance des données, au 7ème entretien, confirmé par un entretien de consolidation.

VI. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et anonymisés à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®, pour constituer le verbatim. Afin que les verbatims soient anonymisés, les noms propres ont été supprimés ainsi que les éventuels éléments particuliers pouvant permettre d'identifier le participant. Les patients interrogés se sont vu attribuer un numéro avec le codage suivant : E1, E2, E3 etc.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Microsoft Excel® afin de réaliser de manière successive un codage ouvert, axial puis sélectif, permettant d'établir des étiquettes, propriétés et catégories. L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation des données au fur et à mesure avec une première analyse réalisée par la doctorante et la deuxième par une autre interne en médecine.

L'analyse intégrative a permis l'établissement d'un arbre de codage (Annexe 6), ainsi que la construction du modèle explicatif.

RESULTATS

Huit entretiens ont été réalisés de mars 2023 à juillet 2023. Les entretiens ont duré entre 10 minutes et 53 secondes et 48 minutes et 31 secondes. Soit une durée moyenne de 21 minutes et 09 secondes et une durée totale de 2 heures, 49 minutes et 05 secondes.

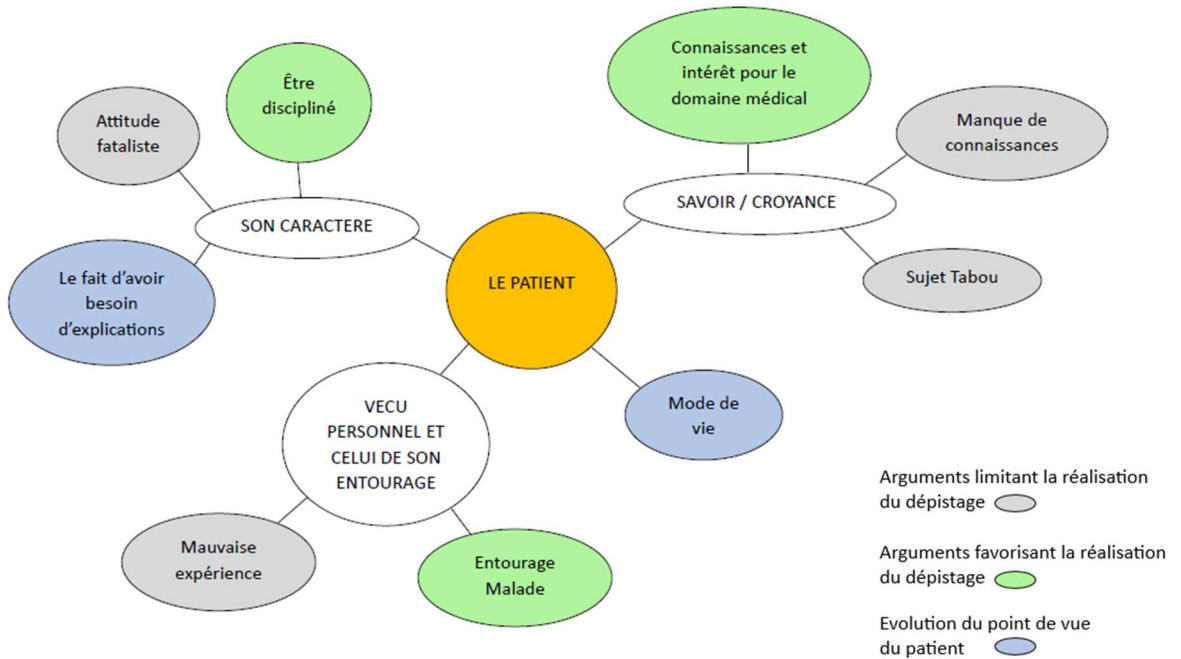
Tableau des caractéristiques de la population étudiée :

	Sexe	Age	Profession	Sexe du médecin traitant	Réalisation test	Durée entretien
E1	Homme	73ans	Retraité.	Homme	Non puis oui	13min10
E2	Femme	55ans	Secrétaire / femme de ménage Actuellement en arrêt pour maladie professionnelle	Femme	Oui	13min55
E3	Homme	74ans	Retraité	Homme	Non	48min31
E4	Femme	74ans	Retraîtée	Homme	Oui	14min09
E5	Homme	59ans	Actuellement en invalidité. Ancien boucher.	Homme	Oui	31min15
E6	Femme	64ans	Retraîtée. Ancienne fonctionnaire de mairie.	Homme	Oui	15min00
E7	Homme	66ans	Retraité.	Homme	Non	22min12
E8	Femme	53ans	Kinésithérapeute.	Homme	Non	10min53

Les résultats seront détaillés ci-dessous sous forme de cartes mentales et de tableaux. On utilisera pour code couleur :

- Le vert, qui représentera des arguments en faveur du dépistage,
- Le gris, qui concernera des arguments limitant sa réalisation,
- Et le bleu, qui fera référence à une évolution de point de vue, de conviction du patient.

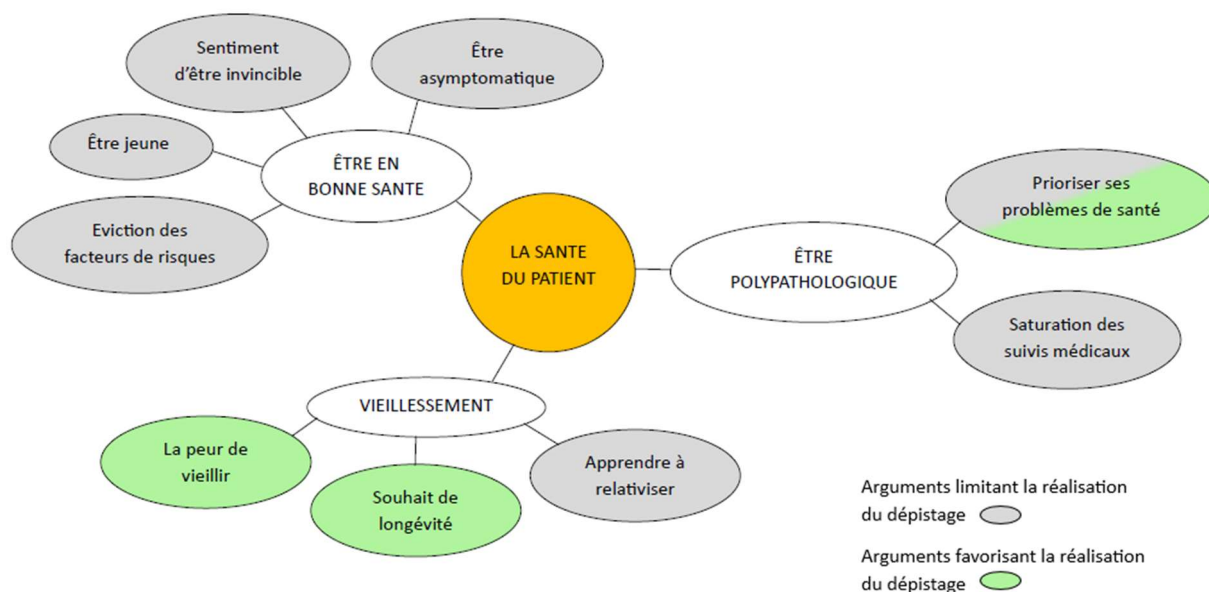
I. Le patient en tant que personne



Le caractère du patient	Être discipliné	<p>E5 : « Bête et discipliné, on me demande de le faire, je le fait. »</p> <p>E8 : « Bah parce qu'il faut le faire. C'est comme une mammo, tu ne dois pas, un moment donné, il faut le faire. Hein. Ce n'est pas un plaisir, mais bon, s'il faut le faire une fois de temps en temps »</p>
	Avoir une attitude fataliste	E3 : « Et puis si je meurs, bah écoutez, je mourrais à 75-76-77ans, j'en connais qui ne sont pas allés jusque-là. »
	Le fait d'avoir besoin d'explications	E4 : « Moi j'aime mieux qu'on me parle, qu'on m'explique, et qu'on me dise pourquoi, il faut le faire et tout ça, et puis qu'est-ce qu'il arrive si on ne le fait pas, et qu'est ce qui peut arriver quoi ? »
Savoir / croyance	Connaissances et Intérêt pour le domaine médical	<p>E6 : « j'aime bien tout ce qui est médical. Je regarde régulièrement le magazine de la santé, il en parle aussi dedans. J'ai le gros bouquin le Larousse Médical. Ouais donc j'aime bien, tout ce qui est médical, j'aime assez bien. Donc je suis toujours en train de farfouiller quand même là-dedans, de lire ce genre de chose. »</p> <p>E7 : « Je connaissais déjà. »</p>
	Manque de connaissance	E2 : « Non, je vous dis, moi je ne savais même pas, que moi, je pouvais avoir un cancer colorectal. Moi je croyais que c'était que chez l'homme. Donc moi, pour moi c'était une ignorance »
	Sujet Tabou	E6 : « on n'en parle pas. Je ne sais pas s'ils le savent (fait référence à son cercle d'amis) »

Influence du vécu personnel et de celui de l'entourage	Mauvaise expérience : peur de souffrir / perte de confiance au corps médical	<p>E3 : « et puis il y a aussi ma belle-sœur, [...] Euh, l'examen, ah, il y a quelque chose, faut faire une biopsie, faut faire tout, vous avez un cancer. Euh, c'est cancéreux, on va devoir faire un protocole et tout. Il dit vous le faites tous les 2ans, elle dit oui, vous pouvez me ramener les anciennes. Elle lui a ramené les anciennes, il a regardé, c'était le chirurgien, il a dit : je m'excuse, mais vous l'aviez déjà il y a 2 ans. Donc je me dis : si le dépistage est fait aussi bien. »</p> <p>E5 : « Parce que c'est pareil, moi j'ai entendu mon père dire qu'il avait souffert, parce que ça faisait mal et tout »</p> <p>E7 : « Ma femme à fait sa mammographie il y a quelques années. Le médecin est venu la voir après l'examen : tout va bien, bonne journée. Et 3 semaines après, Dr L. nous a rappelé, il y avait un cancer de 11mm qu'ils ont vu à Lille, que le premier docteur n'avait pas vu. »</p>
	Entourage atteint d'un cancer	<p>E1 : « Par contre ce qui m'inquiète c'est de voir les gens autour de moi qui ont des problèmes comme ça. Et quand on en parle, de certaines choses, on voit que les gens sont diminués quand même quoi. »</p> <p>E6 : « Et en plus j'ai une amie qui est décédée du cancer colorectal, elle n'avait jamais fait ça (fait référence au dépistage) et je me souviens qu'avant de mourir, malheureusement elle est partie. Et elle m'avait dit, écoute c'est un tort que, je n'ai pas fait, je regrette. Donc à chaque fois que je fais ce dépistage je pense à Josiane, ça c'est sûr. Malheureusement, voilà. »</p> <p>E7 : « Je ne sais pas. J'ai demandé pour le faire. C'est-à-dire que j'avais ma sœur qui avait des problèmes à ce moment-là, qui a eu un cancer de l'intestin »</p>
Influence du mode de vie		<p>E1 : « Avant un peu moins, parce que je travaillais, je faisais les 3x8, c'était des horaires perturbés plutôt. Et du jour où j'ai été à la retraite j'ai essayé d'avoir un horaire plus convenable, s'occuper un peu plus de soi-même quoi »</p>

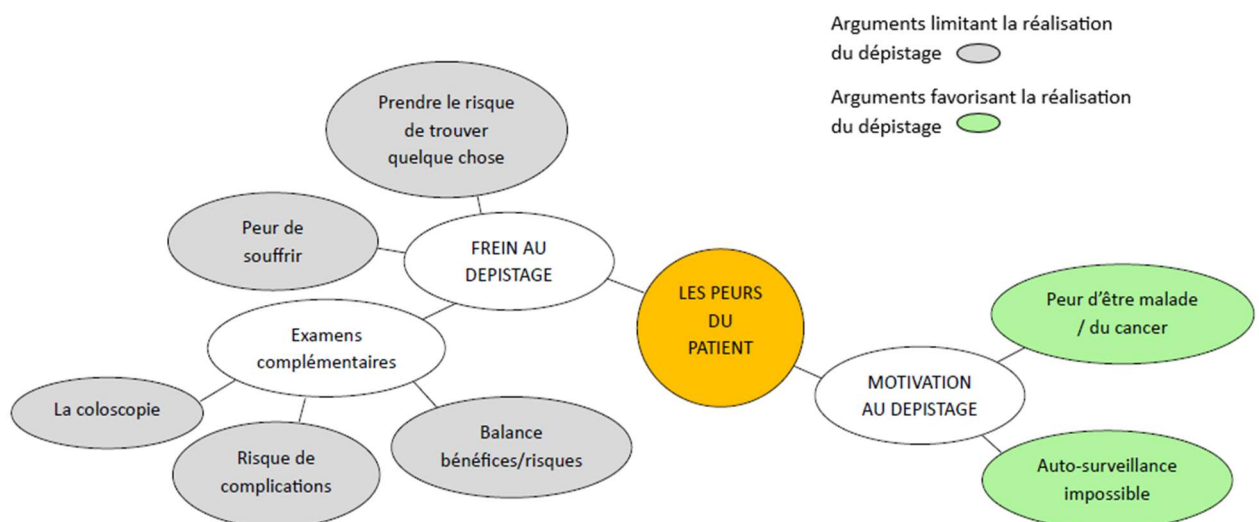
II. La santé du patient



Être en bonne santé	Être asymptotique	<p>E3 : « Donc là je me dis, là, je suis tranquille, je ne souffre de rien. Le jour où je sentirai qu'il y a quelque chose qui cloche, j'irai tout de suite, là je ferai quelque chose. »</p> <p>E8 : « Après si on fait de belles selles, est ce que ça compte ? Parce que moi je n'ai pas de problème. Parce que quand on se dit oui, si ce n'est pas trop joli, tu te dis, ouais vaut mieux le faire. »</p>
	Sentiment d'être invincible	<p>E1 : « Alors je me dis, après tout, il ne m'arrivera rien quoi. J'ai même passé des visites, je n'ai pas répondu franchement. »</p> <p>E3 : « Se dire pff (il souffle), pourquoi j'aurais ça, j'ai déjà le cœur, l'arythmie »</p> <p>E6 : « Et puis bon, ça n'arrive qu'aux autres. »</p>
	Indifférence du fait de son âge	<p>E5 : « Quand on est jeune, l'avenir est à nous, on est en pleine santé, on ne regarde pas »</p> <p>E8 : « Une fois tous les 2ans, ah j'ai du retard, ah ça va j'ai de la marge, 53ans. C'est après les 60ans que peut être tu te dis que c'est trop tard. »</p>
	Être protégé par éviction des facteurs de risques	<p>E1 : « Mais en gardant un régime sérieux et puis plus ou moins correct, je pense qu'on peut passer au-dessus à chaque fois. »</p>

Le vieillissement	La peur de vieillir	<i>E1 : « Aujourd'hui je suis un peu plus concerné je dirais » E7 : « Donc je ne vois pas l'intérêt de (évoque la réalisation du test, marque une pause). Pour moi pour l'instant, je ne dis pas que je ne le ferai pas. Parce qu'on vieillit donc... »</i>
	Souhait de longévité	<i>E1 : « J'aimerais bien faire les 95 comme on dit, après on verra. » E6 : « J'ai envie de vivre longtemps, faut que je profite de mes petits-enfants. »</i>
	Relativiser sur sa santé	<i>E3 : « Je suis passé de l'extrême angoisse à le je-m'en-foutisme, vous voyez, peut être en vieillissant. Là je vais sur 75, et peut être que je me dis, ne pas regarder l'âge qu'on a, on s'en fou. »</i>
Être polypathologique	Prioriser les problèmes de santé	<i>E2 : « Mais là ça fait un moment qu'on ne l'a pas refait, donc faudrait qu'on refasse, ça doit bien faire 2ans que je ne l'ai pas refait. Mais bon, les bras, le coude, le dos, on est un petit peu, voilà. »</i>
		<i>E7 : « J'en ferai peut-être un, un jour, dans un peu de temps. J'ai tellement de pathologie à coté déjà, ça fait beaucoup. »</i>
	Saturation des suivis médicaux	<i>E4 : « Bah il vaut mieux se faire soigner tout de suite, qu'attendre la dernière minute et qu'après il soit trop tard. On a déjà assez de problèmes comme ça. » E3 : « Mais j'ai subi dans ma vie beaucoup de chose, qu'on a essayé de m'envoyer faire des examens complémentaires »</i>

III. Influences des peurs ressenties par les patients



La peur – frein	Prendre le risque de trouver quelque chose		<i>E3 : « C'est, euh, disons ce système-là, c'est ancré dans ma tête, si tu fais un examen pour rechercher, on va te trouver quelque chose. »</i>
	Examens complémentaires	La coloscopie	<i>E3 : « Ça, ça ne me plaît pas, déjà ça ne me plaît pas, parce que déjà bah euh, c'est la suite qui ne me plaît pas. »</i> <i>E5 : « Des freins ? pourquoi ? Au niveau de la coloscopie plutôt »</i> <i>E7 : « Et puis c'est Lille qui va décider s'il faut faire une coloscopie. Ça je n'ai pas envie »</i>
		Risque de complications	<i>E3 : « Et puis j'ai quelqu'un dans mon entourage qui a fait ça et puis ils sont passés à travers. Donc après complications et tout ça »</i> <i>E7 : « Malheureusement quand elle a fait la coloscopie, le Dr il lui a percé l'intestin. Donc ça été très grave. Donc ça fait flipper de le faire »</i>
		Balance bénéfique / risque de la coloscopie	<i>E3 : « En fin de compte parfois on risque, pour uniquement voir si on a un petit, si on a quelque chose, on risque d'avoir une complication qui est beaucoup supérieure à l'effet. »</i>
	Peur de souffrir		<i>E3 : « Je ne vais pas dire que j'ai peur de la mort, mais j'aurais peur de souffrir, mais je n'ai pas peur de la mort. »</i>
Peur – motivation	Peur du cancer		<i>E2 : « Ah ouais moi j'y vais direct. J'ai peur de cette maladie. Après on dit que la peur n'évite pas le danger. C'est ... bou... voilà »</i> <i>E4 : « Je ne comprends pas pourquoi il y a des gens, il y en a qui ne veulent pas le faire. Je me dis, alors, il ne se rendent pas compte qu'est-ce que ça peut devenir, ne se rendent pas compte dans quel état ils peuvent être après »</i> <i>E6 : « Mais j'espère ne jamais avoir ce genre de chose, mon Dieu. Je ne sais pas, j'appréhende ce cancer donc euh. »</i>
	Ne pas savoir reconnaître la maladie / difficulté de l'autosurveillance		<i>E2 : « On ne sait pas les symptômes, on ne sait pas ce qui peut, voilà. On sait qu'on est malade, qu'on est fatigué. Comme se palper tout ça, je ne sais pas faire moi. »</i>

IV. Intérêt du dépistage de la maladie selon les patients

Le cancer colorectal faisant écho d'une maladie grave avec un traitement parfois complexe, son dépistage précoce avait son importance pour les patients, permettant une prise en charge moins invasive.

Dépister le cancer	Maladie grave	<p>E2 : « C'est quand même une maladie qui prend beaucoup d'ampleur »</p> <p>E3 : « Le cancer colorectal c'est vrai qu'il fait énormément de mort tous les ans »</p> <p>E6 : « J'ai trop vu Josiane, comment elle a dépéri à la fin là. C'était une dame assez forte quand même, il en restait plus quoi. Ouais non, c'est affreux, c'est affreux. »</p>
	Traitements lourds	E2 : « Alors en plus, colon et tout, commencer à enlever, mettre des poches, tout ça, c'est ... pff, c'est costaud. »
Découverte précoce de la maladie	Traitements moins invasif	E4 : « Mais je suppose que si c'est pris dès le début, on peut être soigné normalement, disons, avec des médicaments et tout ça. On n'est pas obligé d'être opéré tout de suite, enfin je suppose. »
	Prise en charge précoce	<p>E2 : « Comme ça quand c'est pris assez rapidement, on peut, voilà, faire ce qui est nécessaire de faire, voilà. »</p> <p>E4 : « Bah justement, que si jamais ce n'était pas bon, qu'on puisse être soigné tout de suite, pas attendre quand ça arrive trop tard. »</p> <p>E6 : « Au cas où c'est positif, et que ça soit pris tout de suite. Surtout ne pas trainer, ne pas faire l'autruche, ça c'est, c'est ce que je dis toujours. »</p>

V. La prévention selon les patients

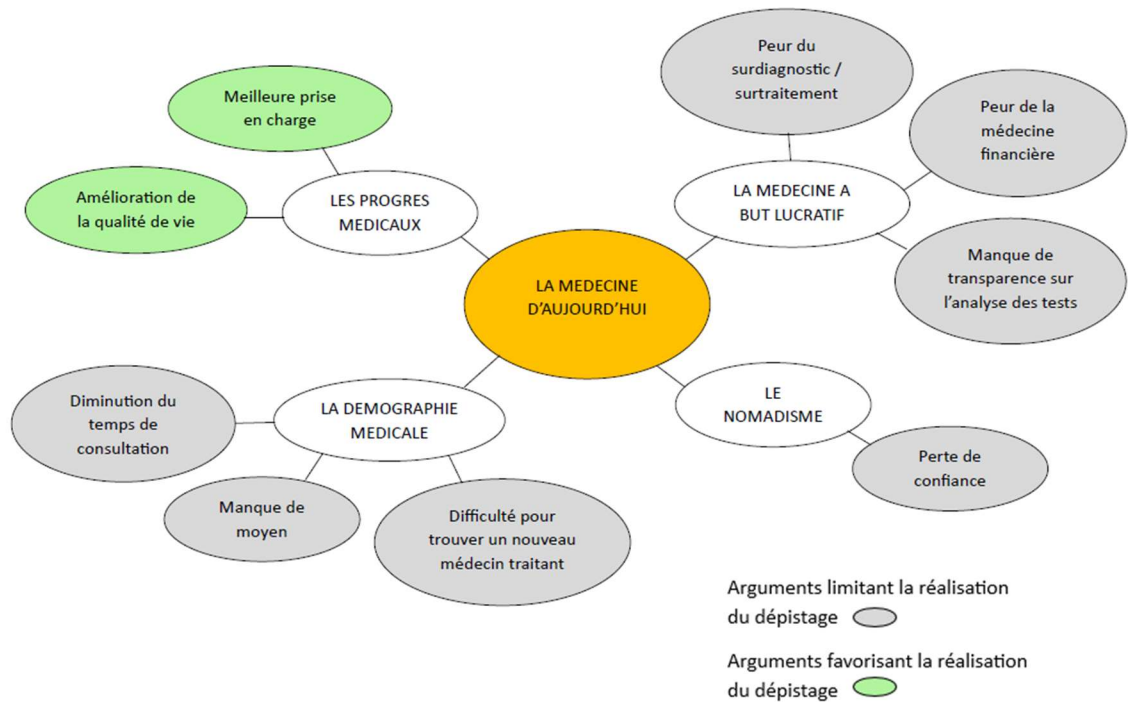
Les points de vue des patients divergeaient concernant la prévention publique. Elle pouvait être décrite comme complète et diffuse, alors que pour d'autres, elle n'apparaissait pas suffisante. Le fait que la prévention publique et le dépistage ne concernent que quelques cancers ciblés pouvait être critiqué par certains patients.

Enfin, l'invitation au dépistage automatique, ainsi que les relances représentaient à la fois une force pour le dépistage, comme un frein par effet de surprise.

Prévention publique	Bonne prévention	E4 : « Et puis même, maintenant, même dans les pharmacies, il y a des brochures tout ça, donc les gens qui veulent s'intéresser, on n'est pas obligé d'avoir internet hein. Maintenant il y a des pubs et tout ça, on est au courant quand même. Celui qui n'est pas au courant maintenant, c'est parce qu'il le veut bien »
	Manque de prévention	E2 : « Mais non on m'a dit qu'également les femmes pouvaient avoir le cancer du côlon, ce que je ne savais pas à la base. C'est vrai qu'on n'est pas fort, y'a pas beaucoup de, comment je dirais, de prévention et de campagne préventive pour faire ce genre d'examen là. »

Prévention publique	Prévention cancer-dépendante	<p>E2 : « Parce que c'est vrai qu'on ignore beaucoup en fait sur cette maladie, à part le cancer du sein euh, on ne parle pas des autres cancers. »</p> <p>E4 : « Faudrait qu'on sache aussi, toutes les sortes de cancers qui existent [...]. On sait le cancer du sein, ça on en parle tout le temps, on parle de celui-là aussi (fait référence au cancer du côlon). Mais on ne parle pas des autres. »</p>
L'invitation au dépistage	Invitation automatique	<p>E2 : « J'ai reçu par la ... Les feuillets roses là, je ne sais pas comment on dit la, le... même organisme que pour faire la mammographie pour le cancer du sein. C'est eux qui m'ont envoyée, qui m'ont invitée à faire un test colorectal »</p> <p>E7 : « J'ai reçu le papier de la sécurité sociale »</p>
	Effet de surprise (1ère invitation) / découverte du dépistage	<p>E1 : « Bah c'est-à-dire, que oui c'est vrai la première fois c'était un peu l'inconnu quoi. »</p> <p>E2 : « C'est comme ça qu'on a appris »</p> <p>E5 : « Au début, il a dû certainement se passer ça, les premières enveloppes que j'ai reçues. J'ai dit : oh c'est encore une connerie, encore une publicité, je ne regarde pas »</p>
	Les relances	<p>E1 : « Donc j'ai été repris à l'ordre aussi, j'ai reçu un courrier me disant Mr E1, ne faut pas ignorer, on attend vos résultats. Mais il s'est passé 2 ans. Quand j'ai reçu le rappel comme on dit, j'ai refait un test complet »</p> <p>E5 : « Et là, on ne peut pas l'oublier, de toute façon, ils vous le rappellent même quand vous l'avez fait, parce qu'on ne fait pas ça tous les ans en principe et eux tous les ans, ils vous l'envoient, faut le faire, faut le faire. J'ai eu pas mal de courriers disant que ... J viens de le faire, je ne vais pas le refaire »</p>

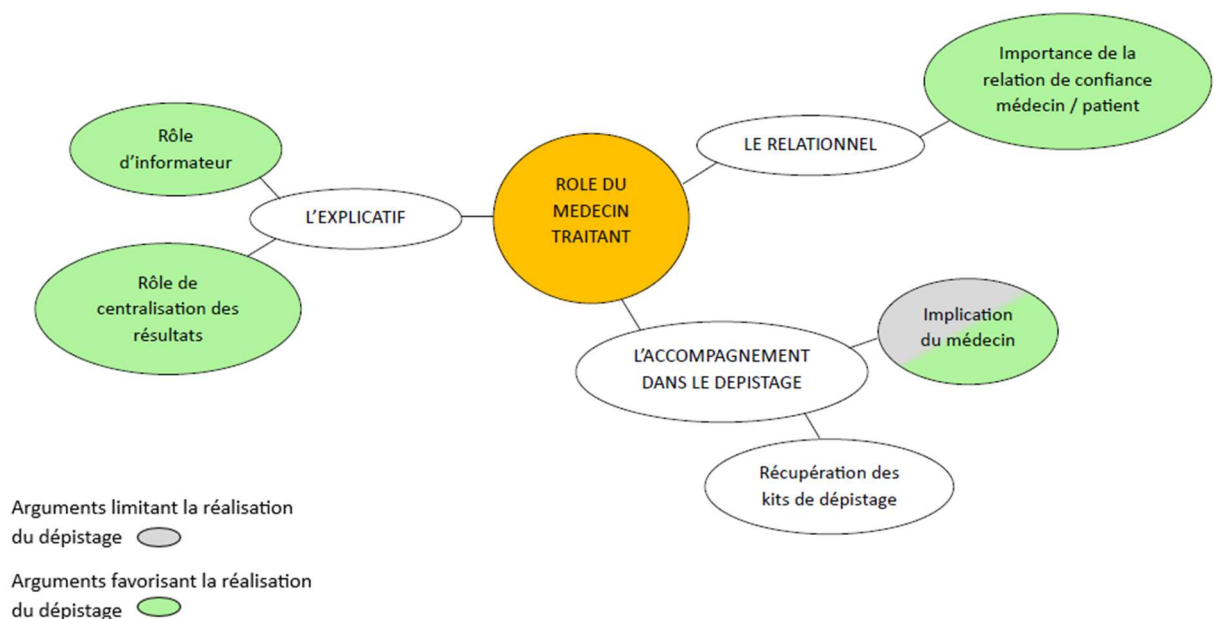
VI. La médecine d'aujourd'hui selon les patients



Les progrès médicaux	Une meilleure prise en charge	<p>E4 : « Et puis, maintenant c'est plus comme dans le temps, on peut soigner. C'est beaucoup mieux quand même. La médecine fait quand même des progrès, faut le reconnaître. Elle a fait beaucoup de progrès de ce côté-là, même dans beaucoup de maladies »</p> <p>E4 : « Ça se soigne très bien maintenant »</p>
	L'amélioration de la qualité de vie	<p>E4 : « Et puis maintenant on sait, c'est plus comme avant. Parce qu'avant quand on parlait, je me souviens quand on était jeune, quand on parlait de cancer, on disait tout de suite, ah bah cette dame elle va mourir. Avant c'était le réflexe. Quand on disait cette dame elle a un cancer, on disait eh beh la pauvre, elle va mourir. Que maintenant non, les gens ils vivent très bien avec »</p>
Le problème de démographie médicale	La diminution du temps de consultation	<p>E3 : « Et puis, bon maintenant, c'est vrai que les médecins comme maintenant, ils ont plus le temps, ils ont plus le temps. Mon médecin traitant que j'avais avant [...]. Parfois je pouvais rester une heure dans le cabinet, on discutait de tout, je posais mes questions, elle prenait son temps, elle s'en fichait. Mais maintenant c'est plus possible. »</p>
	Le manque de moyen	<p>E3 : « Maintenant il manque plein de médecins, il manque pleins d'infirmiers, il manque de tout et il n'y a pas de sous pour ça. »</p>
	La difficulté pour trouver un nouveau médecin traitant	<p>E5 : « Depuis que malheureusement, il a fallu qu'elle (fait référence à sa compagne) change de médecin. Son médecin il est parti, bah elle a dit, il est parti, tant pis, pouf. On ferme le rideau et puis... Tandis que moi, mon médecin m'a conseillé de chercher, et c'est vrai que j'ai fait 10-11 médecins avant de trouver M.P. »</p>

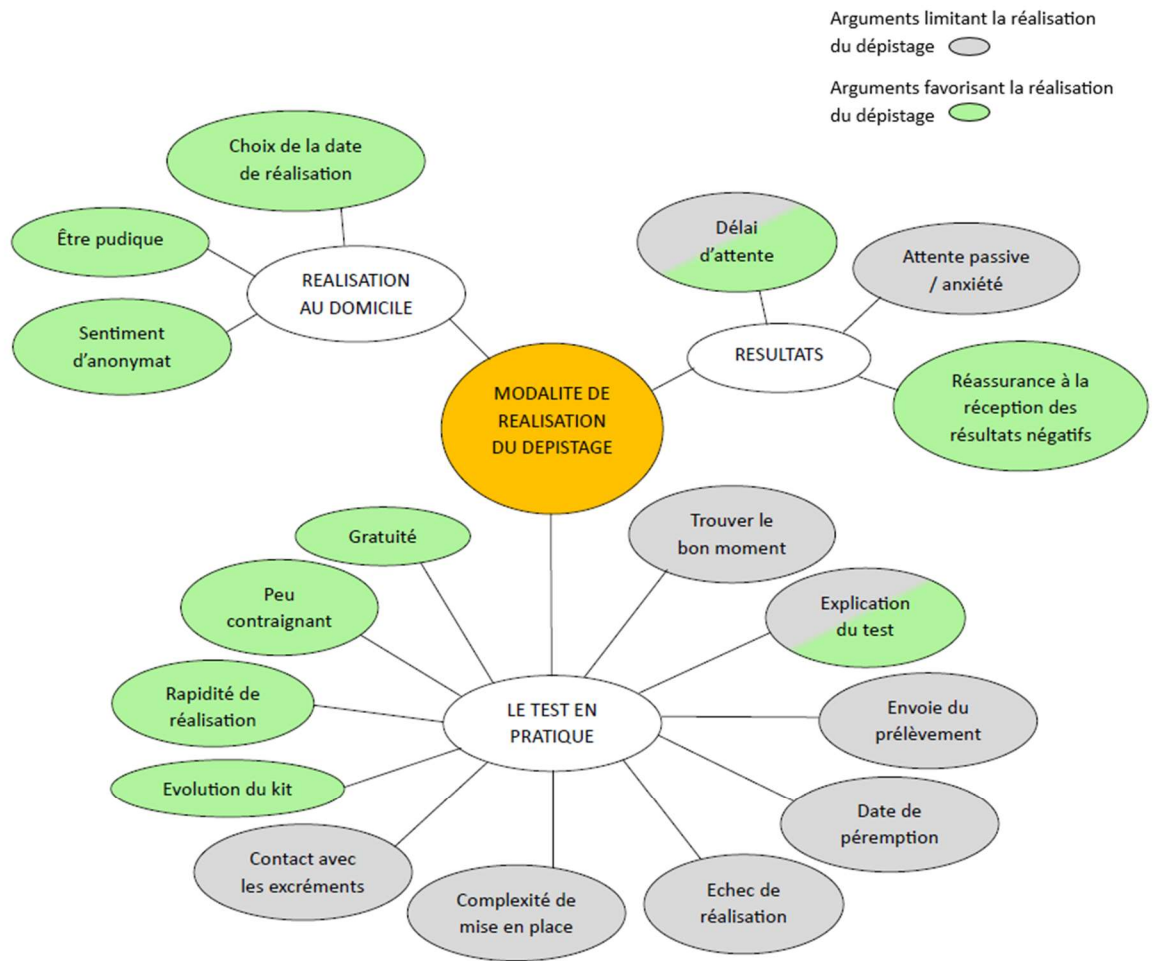
Nomadisme médical	Perte de confiance	E3 : « Et après les doubles contrôles que je faisais quand on me prescrivait quelques choses, que je faisais le double, et puis que je voyais que (fait référence à des diagnostics / prise en charge différentes) »
Questionnement sur la médecine à but lucratif	Peur du surdiagnostic / surtraitement	E3 : « Parce que je me dis que si jamais il y a un petit peu de sang dans les selles, ça peut être quelque chose dans les intestins, ça peut être une hémorroïde qui a un petit peu saigné, ça peut être le cul écorché. Alors j'aurais le droit à euh, une entrée en clinique ou l'hôpital pour m'envoyer une caméra dans les intestins pour voir un peu ce qu'il se passe. »
	Peur de la médecine financière	E3 : « Je me dis bon, euh, (souffle), le dépistage. Je vais vous dire carrément, j'ai peur de la médecine financière » E3 : « Donc je me dis ça : si je bascule du côté du commercial, il va me trouver un petit quelque chose, aller une petite gouttelette de sang minime, minime, il va dire bah, il y a peut-être quelque chose. Et je vais passer du côté du commercial qui eux vont me trouver quelque chose imparablement et je vais avoir le droit à l'opération »
	Transparence sur l'analyse des tests	E3 : « Et puis on ne sait qui s'est qui le, savoir qui fait le dépistage. Ou ça s'en va et les suivis. Disons, dire, que ça soit claire. Vous voyez on vous fait le dépistage, si on trouve ça, ça, ça et ça, vous êtes amené à éventuellement faire un examen qui sera en hôpital. Vous voyez, expliquer les choses »

VII. Rôle du médecin traitant selon les patients



Le relationnel	La relation de confiance médecin / patient	<p>E3 : « Et le dernier, je lui ai dit (fait référence à son médecin traitant) bon allé, je vais essayer. Je vais essayer. Ça ne m'intéressait pas, je vais vous dire, je ne voulais pas le faire, mais comme je lui ai promis, je dis, je vais le faire »</p> <p>E5 : « Mais lui me l'a conseillé fortement. Comme je vous ai dit, mon médecin traitant je l'ai vu arriver et je l'ai vu partir. Donc il y a plus de 37ans-40ans qu'on se connaissait quoi. Donc je parlais plus franchement avec mon ancien médecin traitant »</p>
L'explicatif	Rôle d'informateur	<p>E1 : « On essaie de se rapprocher de son docteur pour poser des questions aussi »</p> <p>E4 : « Et puis les gens maintenant avec leur truc là, internet et tout ça, enfin moi je dis qu'il ne faut pas tout croire non plus, vaut mieux se renseigner je trouve au médecin »</p>
	Rôle de centralisation des résultats	<p>E6 : « Tous dépistages, je mets toujours les résultats pour qu'il les ait. Bah c'est important, faut que lui il sache quand même. Sinon je ne vois pas l'intérêt. Si moi ils me disent, il y a un truc, bah moi je suis bien avec ça. Non c'est le médecin qui sera où m'aiguiller, donc c'est important. »</p> <p>E8 : « Je pense que c'est un intermédiaire. Un interlocuteur. C'est surtout après, au vu des réponses que le process va donner. Je pense que c'est plutôt ça, après les résultats. Parce que c'est lui qui va dire, bon, petite colo ? ou pas. »</p>
L'accompagnement dans le dépistage	Implication du médecin	<p>E3 : « Et à chaque fois il me disait, et en fait ? »</p> <p>E6 : « Voilà, donc il m'incite à le faire aussi de toute façon. »</p> <p>E4 : « Bah avec lui on n'en parle pas. » / « Au début c'était par le médecin, qui a expliqué pourquoi fallait faire le dépistage. C'était mon ancien docteur que j'avais avant. »</p> <p>E7 : « Comme je ne souhaite pas le faire, je ne vois pas pourquoi je lui en parlerais »</p>
	Récupération du kit de dépistage	<p>E7 : « Je lui ai demandé une fois un test, il me l'a donné »</p> <p>E8 : « J'étais invité à voir mon médecin traitant pour recevoir la panoplie complète, voilà. Et puis, et puis après mon médecin, simplement je lui en ai parlé et il m'a dit, j'ai un kit, je vous le donne. »</p>

VIII. Impact des modalités de réalisation du dépistage

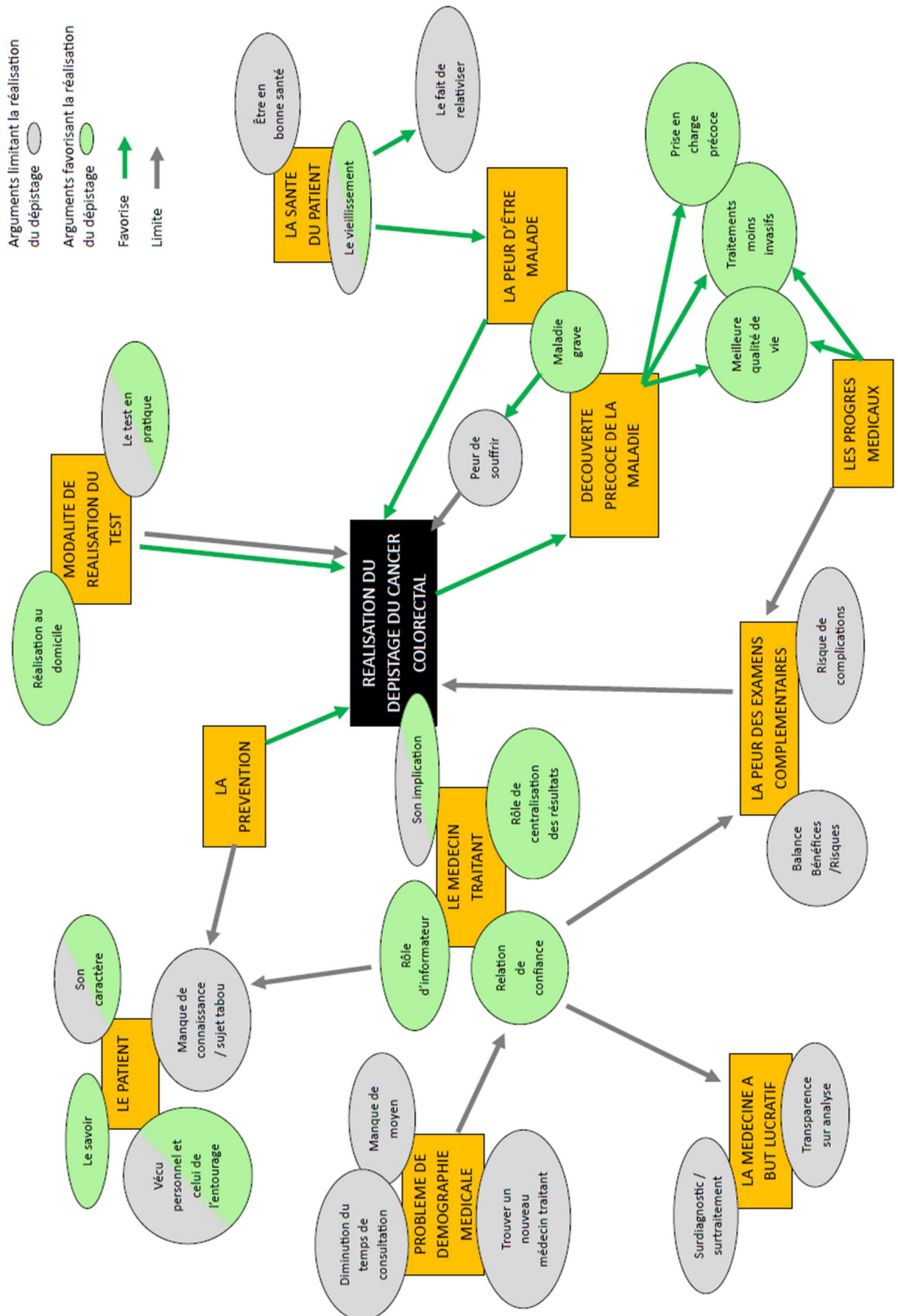


Réalisation au domicile	Sensation de liberté dans la date de réalisation	<p>E4 : « Et puis on peut le faire quand on veut. Heu c'est vrai, on choisit quand on veut le faire tout ça, parce qu'admettons, si on devait prendre un rendez-vous, il faudrait être sûr que ce jour-là ça marche. C'est vrai ce n'est pas évident. »</p> <p>E4 : « Je ne sais pas, ce n'est pas comme si on devait aller passer des examens chez d'autres médecins et tout ça. C'est plus pareil »</p>
	Pudeur	E2 : « Bah c'est bien parce qu'on le fait chez soi au fait, [...], J'aime bien moi, nous on est très pudique, donc j'aime bien faire ça chez moi »
	Sentiment d'anonymat	E2 : « Ce n'est pas dans un cabinet, je dirais où il y a du monde [...], On garde l'anonymat au fait, il y a juste le labo qui fait l'analyse quoi, qui est au courant de qui est la personne qui réalise ce test et tout ça. Ce n'est pas comme un laboratoire où on va et ils nous connaissent »

Réalisation du test	Gratuité du test	E2 : « C'est gratuit d'ailleurs »
	Peu contraignant	E4 : « Et justement, dire peut-être que ce n'est pas contraignant de le faire quand même » E5 : « Sinon après le restant, il y a plein d'autres choses qui sont plus contraignantes que ça. Voila. » E6 : « Mais sinon, ce n'est pas désagréable à faire, on ne ferait pas ça tous les jours, mais bon »
	Rapidité de réalisation	E4 : « Ça va vite, [...], ça prend 5min » E6 : « Ça prend, allé, 5 min, et puis c'est bon »
	Evolution du kit de dépistage	E4 : « Alors que maintenant on nous envoie directement, heu, maintenant tous les ans on reçoit le nécessaire, la pochette et tout. » E5 : « Et puis avant on faisait sur la feuille, fin logiquement on fait toujours sur la feuille quoi. Et puis on ramassait avec une pelle et puis on mettait dans une enveloppe je crois, quelque chose comme ça, puis on fermait et on envoyait. Alors que maintenant c'est dans un tube. On collecte moins de matière quoi. »
	Explication de réalisation	E4 : « C'est bien expliqué » E6 : « Donc je trouve que ce n'est pas bien expliqué, la position. »
	Complexité de mise en place	E2 : « C'est tout un protocole, [...], Bah, faut déballer le sachet, faut bien lire les instructions, faut faire la toilette, faut mettre le plastique sur les toilettes, faut faire un prélèvement avec une petite spatule, vous savez là, et puis on met dans un petit récipient bien fermé, enfin c'est tout un... » E3 : « Je vais vous dire, ce n'est pas tellement pratique. Il faut déjà tout lire, faut lire, faut bien mettre sur la cuvette. » E6 : « Ah bah, à chaque fois, faut que je reregarde sur internet, la position du papier sur les toilettes, dans quel sens je dois le mettre. »
	Echec de réalisation	E3 : « Il faut éviter de pisser dedans, parce que c'est ce que j'ai fait, alors je n'y peux rien, mais quand on va aux toilettes on pisse en même temps [...], et puis quand je me suis levé, plouf. J'ai dit bah, j'ai essayé mais bon c'est raté. » E6 : « Mais la première fois tout est tombé dedans. Voilà. » E8 : « Il m'en faudra peut-être 3, avant que je réussisse. »
	Anticiper / s'organiser / trouver le bon moment	E1 : « Après c'est vrai qu'il faut un moment de discrétion pour réaliser le test, et puis faut trouver le moment » E8 : « Bah euh, le temps. Le timing. Savoir que, il faut coordonner, à tient, j'ai envie, je sortirais bien mon petit kit. Tu vois. Quand tu as envie, tu as envie quoi »
	Contact avec les excréments	E5 : « Parce que c'est vrai qu'au début on n'est pas trop chaud quoi pour aller remuer comme on dit (rire). »

Réalisation du test	Date de péremption du test	<p>E3 : « Bon après j'ai vu qu'il était périmé. »</p> <p>E8 : « Est-ce que ça une durée de validité ? Ça je ne sais pas. Ah faudra que je vérifie. »</p>
	Envoie du prélèvement	<p>E6 : « Et une fois j'ai envoyé, et j'ai (hésitation). Si je me souviens c'était début novembre je pense, 1er novembre, pourtant j'avais bien fait attention de ne pas tomber dans le pont. Et apparemment j'ai reçu 15 jours après, un papier en disant qu'il était arrivé trop tard. Donc peut être qu'avec la poste ça a mis un certain temps. Et donc du coup j'ai dû recommencer »</p> <p>E8 : « Mais je me suis rendu compte que ce n'était pas la bonne date. Que c'était un vendredi et qu'il ne faut pas faire ça un vendredi »</p>
Résultat du test	Délai d'attente	<p>E4 : « Et puis on a vite les résultats, on est vite au courant. »</p> <p>E1 : « Et puis donc on a attendu un certain temps, un mois, plus d'un mois, pour avoir les résultats. »</p>
	Attente passive / anxiété	<p>E2 : « La 3eme fois il n'y a pas eu de réponse. Donc bah je suppose que s'il y aurait eu quelque chose, on aurait eu le résultat, puisque chaque fois on n'a pas reçu le résultat »</p>
	Réassurance par test négatif	<p>E1 : « On est encore plus réconforté quand on voit que c'est négatif »</p>

La modélisation des résultats ci-dessus a permis l'obtention de ce schéma explicatif.



DISCUSSION

I. Résultats principaux et comparaison avec la littérature

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les motivations et les freins au dépistage du cancer colorectal par les patients éligibles.

A. L'ambivalence de la peur

La peur apparaissait prédominante dans les discussions avec les patients.

Elle pouvait représenter un frein par la peur des complications liées à la coloscopie, avec notamment la perforation, ou par la peur des éventuels traitements, avec notamment la chirurgie. Plusieurs études mettaient également ces aspects en lumière (17–19). Les peurs des patients concernant les éventuels complications liées à la coloscopie apparaissent légitimes. Il faut cependant rappeler que ces complications restent rares. (20) En effet, le risque de perforation est dépendant du type de procédure. En cas de coloscopie de dépistage, le risque de perforation est estimé à 0,01 à 0,1%, pour atteindre 0,17% en cas de polypectomie. Concernant le risque hémorragique, son incidence est quasi nulle en l'absence de résection et très significativement majorée lors d'un geste thérapeutique (0,6/1 000 vs 9,8/1 000). (21). La balance bénéfices-risques reste donc en faveur de la coloscopie en cas de test positif. (22)

Pour d'autres patients, la peur était associée à la peur d'être malade, la peur du cancer. Elle devenait alors une motivation à la réalisation du dépistage. Le cancer colorectal faisait écho d'une maladie grave, avec de possibles traitements lourds et une altération de l'état général. L'intérêt d'une découverte précoce de la maladie était un point important pour beaucoup de patients. De cette façon, une prise en charge précoce, un éventuel traitement moins invasif et une meilleure qualité de vie, étaient espérés. En parallèle, les progrès médicaux étaient également mis en avant par les patients, venant conforter ces idées.

Une étude réalisée en 2020 met en avant la diminution de la mortalité par la réalisation du dépistage du cancer colorectal. En effet, la réalisation du dépistage serait associée à une réduction du risque individuel de développer un cancer colorectal

au cours de la vie, de 24 % pour les hommes et de 21 % pour les femmes, et à une réduction du risque de décéder du cancer colorectal, de 51 % et 43 % respectivement. (6)

B. Être en bonne santé

Le fait de se sentir en bonne santé représentait un frein à la réalisation du dépistage. Cela rejoint les résultats d'une étude qualitative réalisé en Angleterre. (18,23). Cependant, celle-ci interrogeait uniquement les patients ne réalisant pas le dépistage. Dans notre étude interrogeant tous patients éligibles, il était mis en avant, que malgré la sensation de bien-être, le fait de vieillir pouvait entraîner une peur d'être malade, et donc un changement d'attitude face au dépistage.

C. Place du médecin traitant dans le dépistage

Le médecin traitant apparaît comme source d'informations et de conseils pour les patients. Son rôle précis dans le dépistage était quant à lui plus complexe à définir. L'implication du médecin dans le dépistage pouvait varier. Quelques-uns abordaient le sujet spontanément avec le patient, d'autres délivraient simplement le kit, seulement à la demande ce dernier et certains n'abordaient jamais le sujet. Une étude qualitative réalisée en 2008 mettait en évidence les obstacles à la réalisation du dépistage du cancer colorectal d'un point de vue des médecins généralistes. En concordance avec notre étude, le problème de démographie médicale était cité, obligeant les médecins à se focaliser sur des consultations pour des motifs aigus. Le temps de consultation apparaissait également comme frein, ne permettant pas une délivrance du test avec un temps explicatif adapté. (16)

D. Prévention et définition d'un dépistage organisé

Le point de vue des patients divergeait concernant la prévention publique. Disponible et diffuse pour certains, manquante pour d'autres.

Certains patients rapportaient, par manque de connaissance, un effet de surprise à la première réception du courrier d'invitation à la réalisation du test, pouvant être responsable d'une anxiété. Idée que l'on retrouve dans une étude qualitative réalisée en Angleterre. (17)

Très souvent comparé à la campagne préventive concernant le cancer du sein par les participantes de l'étude, celle du cancer colorectal apparaît moins importante. De plus, certains patients se questionnaient sur l'absence de prévention pour d'autres cancers plus rares, pour lesquels aucun dépistage n'est proposé. Il pourrait donc être intéressant de rappeler la définition et l'intérêt d'un dépistage organisé dans les campagnes préventives. L'HAS (Haute Autorité de Santé) nous rappelle les 6 conditions nécessaires à la mise en place d'un dépistage organisé. (24). La maladie doit être détectable à un stade précoce ; le test de dépistage doit être disponible facilement, sans danger, simple, reproductible et acceptable. Des traitements efficaces doivent pouvoir être proposés. Les personnes les plus à risque de développer la maladie doivent être facilement identifiables. Le dépistage doit présenter plus d'avantages que d'inconvénients et permettre de diminuer la mortalité.

E. Influence du test en lui-même

Dans les études qualitatives citées, la réalisation du test en lui-même n'était que très peu abordée. En effet, dans ces études, la population ciblée s'intéressait uniquement à des personnes n'ayant jamais réalisé le test.

Dans notre étude, de nombreux patients soulignaient de manière positive l'évolution du test depuis le passage au test immunologique, plus facile d'utilisation. Cependant, il était rapporté par la plupart des patients des difficultés concernant la pose du papier réceptacle sur les toilettes. Il était également décrit comme beaucoup trop fin. Plusieurs patients ont évoqué un échec lors de la réalisation, nécessitant la demande d'un nouveau kit de dépistage. Ce qui pouvait avoir pour conséquence un retard, ou un abandon de la réalisation du test. Peut-être serait-il pertinent de mettre plusieurs papiers dans un même kit en cas d'échec ?

Les conditions d'envoi du test ont également été mises en avant par les patients. Le test ne pouvant être envoyé les samedis ou veilles de jours fériés, et se conservant uniquement 24h après réalisation. Cela est effectivement indiqué sur le dépliant d'information. (25). Toutefois, cette information n'apparaît qu'à la 8ème étape de réalisation, soit à la fin du processus, une fois le test réalisé. Peut-être serait-il intéressant de déplacer l'information au début des étapes de réalisation.

F. Les pistes d'amélioration

La prévention apparaissant encore manquante d'après certains patients, il pourrait être intéressant de favoriser celle-ci au sein des cabinets médicaux, par le biais notamment d'une affiche dans la salle d'attente. Cela permettrait également de remettre le médecin traitant au centre de la prévention et de favoriser ainsi le dialogue sur le sujet, les craintes et les peurs des patients.

Certains patients se voient recevoir directement le kit de dépistage au domicile, cela paraît pertinent, permettant ainsi d'éviter au patient de devoir aller le chercher chez son médecin ou en pharmacie.

Concernant le dépistage en lui-même, beaucoup critiquaient le papier réceptacle dans l'installation et surtout sa fragilité. Peut-être serait-il intéressant de mettre plusieurs papiers dans un seul kit, permettant un nouvel essai en cas d'échec, sans avoir besoin d'aller chercher un nouveau kit, limitant ainsi les abandons.

Il pourrait également apparaître intéressant de mettre plus en avant les modalités d'envoi et notamment le fait de faire attention à la date de réalisation du test (fonction des week-ends et jours fériés) sur le dépliant explicatif.

II. Forces et faiblesses de l'étude

L'une des limites de cette étude est qu'elle a été réalisée par une doctorante novice dans le domaine de la recherche qualitative.

La durée des entretiens peut apparaître comme une faiblesse de l'étude, la moyenne étant de 21 minutes et 09 secondes. Le statut novice de la doctorante a pu impacter la durée des entretiens par des difficultés dans la capacité de relance. De plus, le statut de médecin de cette dernière a également pu impacter les réponses des patients.

Par ailleurs, les critères concernant le retour des retranscriptions et la vérification des résultats par les participants de la grille COREQ n'ont pas été réalisés.

Concernant les forces de cette étude, on peut citer le recrutement des participants. En effet, le recrutement par échantillonnage raisonné théorique a permis l'obtention d'un panel de patients différents. La parité était respectée. La moyenne d'âge des patients était de 64ans, sachant que les patients éligibles devaient avoir entre 50 et 74ans.

Les entretiens semi-dirigés ont tous été réalisés en présentiel, permettant une meilleure interprétation du discours en incluant la gestuelle. Cela laissait aux patients une meilleure possibilité de se confier et de dire ce qu'ils pensaient sur le sujet, sans être contraints par un questionnaire trop précis. Des données inattendues pouvaient alors être recueillies.

Les entretiens se sont clôturés à l'atteinte de la suffisance des données et un entretien de consolidation a été réalisé.

L'analyse des données inspirée par la théorisation ancrée a mis en évidence des étiquettes, propriétés et catégories permettant la création d'une modélisation au plus proche de la perception des patients.

L'ensemble des données a été triangulé avec une interne de médecine générale, ce qui a permis de limiter la subjectivité des résultats.

Les données de l'étude sont cohérentes avec les références bibliographiques, ce qui renforce la validité externe de l'étude.

CONCLUSION

Les patients réalisant le test de dépistage du cancer colorectal rapportaient être motivés par la peur de la maladie, le fait de vieillir, l'intérêt de la découverte précoce de la maladie, afin de permettre une meilleure prise en charge. La réalisation du dépistage au domicile apparaît bénéfique dans sa réalisation.

Les patients ne réalisant pas le dépistage ont rapporté quant à eux, une peur des examens complémentaires, notamment la coloscopie en cas de positivité et un intérêt limité, du fait d'être en bonne santé et asymptomatique.

Le vécu du patient et de son entourage, influençaient les choix de ce dernier.

La prévention concernant le dépistage du cancer colorectal apparaît encore insuffisante, avec un effet de surprise de nombreuses fois rapporté à la première réception de l'invitation au dépistage. De plus, la prévention apparaît moins diffuse que celle du cancer du sein selon les patients.

L'implication du médecin traitant dans le dépistage apparaît variable. Il reste cependant important pour les patients, comme source d'informations, par son rôle de conseiller et dans la centralisation des résultats. Il semblerait intéressant de renforcer la prévention au sein des cabinets médicaux des médecins généralistes et de renforcer l'implication des médecins traitants dans le dépistage.

De nombreux freins concernant les modalités de réalisation du dépistage ont également été soulevés, quelques soient les convictions des patients. L'utilisation du papier réceptacle, ainsi que l'envoi postal ont été ciblés par les patients. Il pourrait être nécessaire de mettre plus en avant l'information concernant la date de réalisation pour l'envoi du test et la mise en de plusieurs papiers réceptacles au sein d'un même kit.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Santé Publique France. Cancer du colon rectum : Les données [Internet]. 2023 [cité 31 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>
2. Institut National du cancer. Cancers du côlon : les points clés [Internet]. 2023 [cité 31 août 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Les-points-cles>
3. SNFGE. Cancer du côlon (cancer colorectal) | SNFGE.org - Société savante médicale française d'hépatogastroentérologie et d'oncologie digestive [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/content/cancer-du-colon-cancer-colorectal>
4. HAS. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf
5. Le dépistage organisé, première arme anticancer | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/le-depistage-du-cancer/le-depistage-organise-premiere-arme-anticancer>
6. Barré S, Leleu H, Vimont A, Kaufmanis A, Gendre I, Taleb S, et al. Estimation de l'impact du programme actuel de dépistage organisé du cancer colorectal. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. juin 2020;68(3):171-7.
7. Santé Publique France. Cancer du colon rectum : La maladie [Internet]. 2023 [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>
8. Hewitson P, Glasziou PP, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Colorectal Cancer Group*, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 24 janv 2007 [cité 22 nov 2022];2011(2). Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001216.pub2>
9. Quintin Cécile , Plaine Julie, Rogel Agnès, De Maria Florence. Premiers indicateurs de performance du programme de dépistage du cancer colorectal (participation, tests non analysables, tests positifs). Évolution depuis 2010 et focus sur les années covid 2020-2021 en France. *Santé publique France, Saint Maurice* [Internet]. janv 2023; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/14/pdf/2023_14_3.pdf
10. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C. Screening for colorectal cancer with immunochemical faecal occult blood tests. *Digestive and Liver Disease*. 1 déc 2012;44(12):967-73.
11. Launoy G. Impact de l'intégration du test immunologique dans le programme de dépistage du cancer colorectal en France. *Bulletin du Cancer*. juill 2019;106(7-8):703-6.
12. Moss S, Mathews C, Day TJ, Smith S, Seaman HE, Snowball J, et al. Increased uptake and improved outcomes of bowel cancer screening with a faecal immunochemical test: results from a pilot study within the national screening programme in England. *Gut*. sept 2017;66(9):1631-44.

13. Viguier J, Morère JF, Brignoli-Guibaudet L, Lhomel C, Couraud S, Eisinger F. Colon Cancer Screening Programs: Impact of an Organized Screening Strategy Assessed by the EDIFICE Surveys. *Curr Oncol Rep.* févr 2018;20(S1):16.
14. Santé Publique France. Participation au dépistage du cancer colorectal 2021-2022 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/donnees/#block-104039>
15. LaRevueDuPraticien. Dépistage organisé du cancer colorectal : un bilan décevant qu'il faut améliorer [Internet]. [cité 22 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/depistage-organise-du-cancer-colorectal-un-bilan-decevant-quil-faut-ameliorer>
16. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Trung TL, Decorre Y, Rousseau M, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. 19:4.
17. Bradley DT, Treanor C, McMullan C, Owen T, Graham A, Anderson D. Reasons for non-participation in the Northern Ireland Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study: Table 1. *BMJ Open.* sept 2015;5(9):e008266.
18. Hynam KA, Hart AR, Gay SP, Inglis A, Wicks AC, Mayberry JF. Screening for colorectal cancer: reasons for refusal of faecal occult blood testing in a general practice in England. *Journal of Epidemiology & Community Health.* 1 févr 1995;49(1):84-6.
19. Li T, Nakama H, Wei N. Reasons for non-compliance in colorectal cancer screening with fecal occult blood test. *Eur J Med Res.* 18 août 1998;3(8):397-400.
20. Ponchon T. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Complications de la coloscopie : synthèse des connaissances en vue de l'évaluation du dépistage organisé / Complications of colonoscopy: review in the prospect of mass screening assessment. 13 janv 2009;29-30.
21. FMC-HGE [Internet]. [cité 6 sept 2023]. Gestion des complications endoscopiques de la coloscopie. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2019-paris/gestion-des-complications-endoscopiques-de-la-coloscopie/>
22. Niv Y, Hazazi R, Levi Z, Fraser G. Screening Colonoscopy for Colorectal Cancer in Asymptomatic People: A Meta-Analysis. *Dig Dis Sci.* déc 2008;53(12):3049-54.
23. Palmer CK, Thomas MC, von Wagner C, Raine R. Reasons for non-uptake and subsequent participation in the NHS Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study. *Br J Cancer.* avr 2014;110(7):1705-11.
24. HAS. Peut-on dépister toutes les maladies ? [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions#toc_1_3
25. Institut National du cancer. Mode d'emploi test de dépistage du cancer du colon [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-test-immunologique-en-images>

ANNEXES

Annexe 1 : Grille COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Guerville camille
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Interne de médecine générale puis médecin remplaçant
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Stage d'internat puis remplaçant en médecine générale
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Une femme
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Novice, formation via la lecture d'ouvrages et conseils du directeur de thèse
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Parfois oui, parfois non
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? objectif de projet de thèse pour doctorat en médecine générale.
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? L'entretien était pour un projet de thèse
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Echantillonnage théorique
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Informés par leur médecin puis prise de contact par téléphone
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 8 participants
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? Aucune

Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Dans le lieu souhaité par le participant (Cabinet ou Domicile)
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Oui parfois au domicile (conjoint)
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Homme et femme âgés de 50 à 74ans, éligible au dépistage du cancer colorectal.
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Il existait un guide d'entretien semi-dirigé. Un test effectué avec un patient, non inclus dans l'étude.
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Il existait un enregistrement audio uniquement.
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? Les notes ont été prises après l'entretien individuel.
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ? 10min53 à 48min31
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Jusqu'à suffisance des données
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? 2 personnes
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Oui (annexe et clé USB)
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Déterminés à partir des données
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Excel
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Oui des extraits de verbatim ont été utilisés, avec une identification anonyme de chacun.
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui, mis en évidence par des titres
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Non

Annexe 2 : Déclaration de conformité pour la protection des données



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais : dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 130 029 734 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Vécu des patients face au dépistage du cancer colorectal en médecine générale
Référence Registre DPO : 2023-051
Responsable(s) chargé de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : Mme Camille GUERVILLE

Fait à Lille,

Le 23 mars 2023

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

Annexe 3 : Lettre remise aux patients pour recrutement

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de docteur en médecine à l'Université de Lille, j'effectue un travail de recherches sur le dépistage organisé du cancer colorectal en médecine générale.

Cette lettre d'informations a pour but de vous expliquer le déroulement de mon étude.

Je dois réaliser des entretiens durant lesquels nous discuterons du dépistage du cancer colorectal de manière générale. La durée est généralement d'une demi-heure. Nous choisirons ensemble les modalités de conduite de cette rencontre.

Avec votre accord préalable, j'enregistrerai les entretiens à l'aide d'un dictaphone. Cela a pour but d'analyser les informations que j'aurai recueillies auprès de vous pour l'étude. La confidentialité et l'anonymat de vos propos seront respectés.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous conviendrons du lieu de notre rencontre après un premier contact téléphonique.

Pour cela vous pouvez me contacter au numéro suivant xx.xx.xx.xx.xx, m'envoyer un mail à l'adresse suivante xx.xx@xx.xx, ou laisser votre numéro à votre médecin traitant, grâce auquel je vous contacterai par la suite.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire jusqu'au bout cette lettre d'informations.

Je vous prie, Madame, Monsieur, d'accepter mes sincères salutations.

Guerville Camille.

Annexe 4 : Guide d'entretien semi-dirigé initial

- 1- Comment vous a-t-on invité à réaliser le dépistage du cancer colorectal ?
- 2- Quelle a été votre réaction face à l'invitation à la réalisation de ce dépistage ?
- 3- Que savez-vous de ce dépistage ? et des possibles résultats ?
- 4- Que pensez-vous de ce dépistage de manière générale ? (Obtention / réalisation).
- 5- Quels sont vos motivations ou freins à la réalisation du dépistage ?
- 6- Comment pourrait-on l'améliorer selon vous ?

Annexe 5 : Evolution du guide d'entretien semi-dirigé

- 1- Comment vous a-t-on invité à réaliser le dépistage du cancer colorectal ?
- 2- Quelle a été votre réaction face à l'invitation à la réalisation de ce dépistage ?
- 3- Que savez-vous de ce dépistage ? et des possibles résultats ?
- 4- Que pensez-vous de ce dépistage de manière générale ? (Obtention / réalisation).
- 5- Quel rôle a pour vous le médecin traitant dans ce dépistage ?
- 6- Quels sont vos motivations ou freins à la réalisation du dépistage ?
- 7- Comment pourrait-on l'améliorer selon vous ?
- 8- Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Annexe 6 : Extrait de l'arbre de codage.

L'intégralité de l'arbre de codage a été remis aux membres du jury sur une clé USB fournie avec la version imprimée de la thèse.

	A	B
116	LES PEURS DU PATIENT	
148	LA MEDECINE D'AUJOURD'HUI	
186	LA MALADIE = LE CANCER	
218	ROLE DU MEDECIN TRAITANT D'APRES LES PATIENTS	
219	Importance de la relation de confiance médecin / patient	
220	qui m'a dit : ah oui vous avez reçu, c'est bien ça, Mr E, faut le faire, faut pas hésiter. Je dis oui oui, bon bah c'est tout et c'est passé comme ça	
221	Bah même là de toute façon quand j'ai fait mon problème intestinal, j'ai demandé à mon médecin traitant, moi je l'ai appelé, je devais être rassuré,	
222	Elle me dit, non, non, pour l'instant ne va pas de te mettre ça en tête, pour l'instant, il n'y a rien qui justifie que ça soit un cancer, tu peux avoir un microbe.	
223	Donc voilà, elle me dit, non, non, ne t'inquiète pas, elle dit, ça ne veut pas dire que tu as le cancer, y'a rien qui justifie pour l'instant en tout ça que tu as le cancer.	
224	Et le dernier, je lui ai dit bon aller, je vais essayer. Je vais essayer. Ça ne m'intéressait pas, je vous dire, je ne voulais pas le faire, mais comme je lui ai promis, je dis je vais le faire parce qu'il y a des cliniques, comme ma clinique Bois Bernard, bon il y a de très bon médecin, euh comment euh M. F, comme mon médecin traitant le disait : Père F. Il m'a opéré 2 fois, je vais vous dire, super. Super en abord. Déjà pour m'expliquer, il m'a tout expliqué. J'ai eu 2 hernies inguinale, il m'a expliqué tout ce qu'il aller faire. Il me dit je fais 3 trous, je vais faire ça, ça et ça. Impeccable, je suis resté trois jours et après ça plus rien	
225	La dernière fois je lui ai dit, bon je vais le faire. Je crois que j'en ai eu 7-8. A la fin je lui ai dit, bon aller, je vais le faire.	
226	Mais lui me l'a conseillé fortement. Comme je vous ai dit, mon médecin traitant je l'ai vu arrivé et je l'ai vu partir. Donc il y a plus de 37ans-40ans qu'on se connaissait quoi. Donc	
227	Je parlais plus franchement avec mon ancien médecin traitant que Mr P. (son nouveau médecin traitant).	
228	Mais sinon comme je vous dis, pour moi c'était un bon médecin, il conseillait bien. C'est lui qui a conseillé, dès qu'il y a un truc à faire, comme le vaccin.	
229	Connaissance médicale du médecin	
230	Rôle d'informateur	
231	Je me demande, qu'est ce qui se passe, est ce qui faut le faire. J'en ai parlé au docteur	
232	on essaie de se rapprocher de son docteur pour poser des questions aussi,	
233	Quand j'ai reçu ce papier, elle m'a quand même conseillé de le faire, vu l'âge, elle m'a dit, c'est toujours bien de le faire quoi	
234	Donc quand j'ai reçu le papier, le médecin traitant m'a dit non, les femmes peuvent également avoir le cancer colorectal.	
235	C'est mon médecin traitant qui lui a dit, et qui m'en a parlé à moi d'abord, et après a elle parce qu'elle est encore mineure, (évoque la vaccination HPV pour sa fille)	
236	Ça j'en ai entendu parler il y a déjà plusieurs années par mon médecin, qui m'avait suggéré quand il faisait ça au début	
237	Au début c'était par le médecin, qui a expliqué pourquoi fallait faire le dépistage.	
238	Et puis les gens maintenant avec leur truc la, truc internet et tout ça, enfin moi je dis qu'il ne faut pas tout croire non plus, vaut mieux se renseigner je trouve au médecin,	
239	Mais après j'en ai parlé au médecin, qui m'a dit, qu'arrivé à un certain âge, il y a un dépistage automatique	
240	Bah il a été utile, dans le sens ou c'est lui qui me l'a conseillé	

	A	B
240	Bah il a été utile, dans le sens ou c'est lui qui me l'a conseillé	
241	Rôle de centralisation des résultats	
242	J'dis, je lui dis que je les fais, je dis le résultat après	
243	Je dis je l'ai fait, il me demande même pour le cancer du sein, il dit : est-ce que vous avez fait les mammographies ?	
244	Ah bah oui j'en parle, parce que quand j'y vais, je lui dis que j'ai fait le dépistage, donc il est très content	
245	Tout dépistage, je mets toujours les résultats pour qu'il les ait. Bah c'est important, faut que lui il sache quand même. Sinon je ne vois pas l'intérêt. Si moi ils me disent, il y a un truc, bah moi je suis bien avec ça, non c'est le médecin qui sera ou m'aiguillier, donc c'est important.	
246	Je pense que c'est un intermédiaire. Un interlocuteur. C'est surtout après, au vu des réponses que le process va donner. Je pense que c'est plutôt ça, après les résultats. Parce que c'est lui qui va dire, bon petite colo ? ou pas.	
247	L'accompagnement dans le dépistage	
248	Implication du médecin	
249	Et à chaque fois il me disait, et en fait ?	
250	Bah avec lui on n'en parle pas.	
251	mais non avec lui on ne m'en parle pas.	
252	C'était mon ancien docteur que j'avais avant.	
253	Voilà, donc il m'incite à le faire aussi de toute façon.	
254	Comme je ne souhaite pas le faire, je ne vois pas pourquoi je lui en parlerais	
255	Comment j'ai su, euh... je pense que c'est plus par euh... par la télé, plutôt que par le médecin	
256	Récupération du kit de dépistage	
257	Non du tout, j'ai que le Dr L. Je lui ai demandé une fois un test, il me l'a donné	
258	Par monsieur C. (mon médecin traitant), il m'en a remis euhhhh, je vais dire euhhhh plusieurs exemplaires, Que j'étais invité à voir mon médecin traitant pour recevoir la panoplie complète, voilà. Et puis, et puis après mon médecin, simplement je lui en ai parlé et il m'a dit, j'ai un kit, je vous le donne.	
259	Bah c'est lui qui donne le kit déjà.	
260		
261	LA PREVENTION	

AUTEURE : Nom : GUERVILLE

Prénom : CAMILLE

Date de Soutenance : 7 décembre 2023

Titre de la Thèse : Vécu des patients face au dépistage du cancer colorectal en médecine générale. Etude qualitative dans le Nord-Pas-de-Calais.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Thèse de médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : cancer colorectal, dépistage, participation, patients, médecine générale, test Hemocult.

Résumé :

Contexte : Le cancer colorectal représente la deuxième cause de décès par cancer en France. Depuis 2008, il existe un programme de dépistage organisé permettant le diagnostic des lésions à un stade précoce, favorisant ainsi sa prise en charge. En 2021-2022, le taux de participation national était de 34,3%, pour un taux de participation de 29% dans le Nord-Pas-de-Calais, loin des objectifs européens de 45%. L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les motivations et freins des patients à la réalisation du dépistage organisé du cancer colorectal.

Méthode : Une étude qualitative inspirée de la méthode de la théorisation ancrée a été menée dans le Nord-Pas-de-Calais. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés auprès de patients éligibles au dépistage du cancer colorectal. Le recrutement des patients a été mis en œuvre grâce à un échantillonnage raisonné théorique. Les entretiens ont été conduits jusqu'à l'atteinte de la suffisance des données, avec un entretien de consolidation. L'analyse des données a été triangulée.

Résultats : Les thèmes clés identifiés comme favorisant la réalisation du dépistage étaient la peur d'être malade ou de vieillir et l'intérêt d'une découverte précoce de la maladie, permettant ainsi une meilleure prise en charge. Ceux identifiés comme limitant étaient la peur des examens complémentaires, le fait de se sentir en bonne santé, le manque de prévention, la complexité de réalisation du test et l'envoi du test. Le vécu du patient ainsi que celui de son entourage influençaient également la réalisation du dépistage. Les problèmes de démographie médicale ont été soulevés, influençant la relation de confiance patient-médecin. L'implication des médecins traitants dans le dépistage apparaissait variable. Il restait cependant indispensable pour les patients, par son rôle de conseiller, comme source d'informations, et dans la centralisation des résultats.

Conclusion : Cette étude a permis la mise en évidence des motivations et des freins à la réalisation du dépistage du cancer colorectal. Malgré de nombreuses campagnes préventives, l'intensification de la prévention semble nécessaire, ainsi qu'une meilleure implication des médecins généralistes. Devant l'échec de réalisation pouvant décourager certains patients, la mise en place de plusieurs papiers réceptacles et une meilleure information sur la date d'envoi pourrait apparaître bénéfique.

Composition du Jury :

Présidente : Professeure RICHARD Florence

Assesseure : Professeure TILLY Anita

Directeur de Thèse : Docteur PONCHANT Maurice