

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Analyse des freins à la participation au dépistage du cancer
colorectal dans le Nord-Pas-de-Calais en médecine générale et
identification des leviers à prioriser.**

Présentée et soutenue publiquement le 3 juin 2026 à 16h
au *Pôle Formation*
par **Carla NELSON**

JURY

Président :

Madame le Professeure Florence RICHARD

Professeure de Santé Publique, Faculté de Médecine de Lille, UFR3S de Lille,
Université de Lille, CHU de Lille

Assesseurs :

Madame le Docteur Sabrina TALBI

Docteur en Médecine Générale, DIU de Médecine Polyvalente

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Isabelle BODEIN

Docteur en Médecine Générale, associée au District de Médecine Générale

AVERTISSEMENT

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

Le serment d'Hippocrate

Actualisé par l'Ordre National des Médecins en 2012.

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Liste des abréviations

CCR :	Cancer colorectal
CNAM :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
CPTS :	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CRCDC :	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
DES :	Diplôme d'Études Spécialisées
DOCCR :	Dépistage Organisé du Cancer Colorectal
DPO :	Délégué à la protection des données
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
HAS :	Haute autorité de Santé
INca :	Institut National du Cancer INCa
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
MICI :	Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
MG :	Médecins Généralistes
PAF :	Polypose Adénomateuse Familiale
RCH :	Rectocolite Hémorragique
SNFG :	Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SPF :	Santé Publique France

SOMMAIRE

Introduction.....	7
Le cancer colorectal.....	7
Le dépistage organisé du CCR.....	9
<i>Modalités actuelles du dépistage du CCR.....</i>	<i>9</i>
<i>Le dépistage du CCR historiquement et son évolution.....</i>	<i>11</i>
Participation au dépistage.....	12
 Matériel et méthode.....	 15
Objectifs de l'étude.....	15
Type d'étude.....	15
Population cible et recrutement.....	15
Recueil de données : questionnaire, modalités de diffusion.....	16
Cadre réglementaire et éthique.....	17
Analyses statistiques.....	17
Recherches bibliographiques.....	18
 Résultats.....	 19
Description de l'échantillon.....	19
Pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage CCR.....	21
Objectif principal : analyse des freins.....	22
Objectif secondaire : analyse des leviers à prioriser.....	23
Analyses comparatives.....	26
 Discussion.....	 27
Principaux résultats de l'étude.....	27

Forces et limites de l'étude.....	28
<i>Forces de l'étude</i>	28
Limites de l'étude.....	29
Comparaison avec la littérature.....	29
Perspectives et pistes d'amélioration.....	31
 Conclusion	 35
 Bibliographie	 36
 Annexes	 40
 Résumé	 47

I. Introduction

1) Le cancer colorectal

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme après le cancer de la prostate et du poumon, mais également le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein. Le cancer colorectal touche plus de 47 500 personnes chaque année en France et cause près de 17 000 décès (chiffres de 2023 illustré par le tableau 1). Si celui-ci est détecté tôt, il se soigne dans 9 cas sur 10 et la survie à 5 ans dépasse 90%. Le dépistage précoce prend donc tout son sens, mais la participation de la population éligible au test de dépistage en France reste insuffisante (1–5).

Tableau 1

Incidence (nombre de nouveaux cas annuels et taux standardisés) et âges médians des principaux cancers en France métropolitaine, chez l'homme et la femme en 2023

Site/type de cancer	Nouveaux cas (H+F)	Homme					Femme				
		Nouveaux cas	Âge médian	Cas [IC95%]	TSM	TSM [IC95%]	Nouveaux cas	Âge médian	Cas [IC95%]	TSM	TSM [IC95%]
Lèvre-bouche-pharynx	13 882	9 810	64	[8 890-10 823]	16,3	[14,7-18,0]	4 072	65	[3 745-4 432]	6,0	[5,5-6,6]
Œsophage	5 499	4 176	68	[3 651-4 777]	6,0	[5,3-6,9]	1 323	70	[1 156-1 512]	1,6	[1,4-1,8]
Estomac	6 515	4 254	71	[3 966-4 565]	5,9	[5,5-6,3]	2 261	73	[2 050-2 491]	2,6	[2,4-2,9]
Colo-n-rectum	47 582	26 212	71	[25 266-27 193]	35,9	[34,5-37,2]	21 370	72	[20 629-22 137]	25,5	[24,5-26,5]
Foie	11 658	8 874	70	[7 938-9 921]	12,3	[11,0-13,7]	2 784	73	[2 501-3 101]	3,1	[2,7-3,4]
Pancréas	15 991	8 323	71	[7 819-8 859]	11,2	[10,5-11,9]	7 668	74	[7 136-8 242]	8,0	[7,4-8,6]
Poumon	52 777	33 438	68	[31 413-35 596]	48,4	[45,5-51,6]	19 339	66	[17 983-20 800]	27,5	[25,5-29,6]
Mélanome de la peau	17 922	9 109	68	[8 186-10 136]	14,6	[13,1-16,3]	8 813	62	[8 068-9 624]	15,4	[14,1-16,9]
Sein	61 214	–	–	–	–	–	61 214	64	[59 092-63 411]	99,2	[95,6-102,9]
Col de l'utérus	3 159	–	–	–	–	–	3 159	55	[2 868-3 480]	6,3	[5,7-7,0]
Corps de l'utérus	8 432	–	–	–	–	–	8 432	71	[7 859-9 052]	10,1	[9,4-10,9]
Ovaire	5 348	–	–	–	–	–	5 348	70	[5 047-5 664]	7,0	[6,6-7,5]
Prostate*	*59 885	*59 885	*69	*[57 802-62 038]	*89,9	*[86,8-93,2]	–	–	–	–	–
Rein	17 141	11 786	68	[11 088-12 529]	18,2	[17,1-19,4]	5 355	70	[4 953-5 791]	7,2	[6,6-7,8]
Vessie	14 062	11 420	74	[10 701-12 184]	13,3	[12,5-14,2]	2 642	77	[2 399-2 909]	2,4	[2,1-2,6]
Système nerveux central	5 910	3 192	65	[2 970-3 430]	6,1	[5,7-6,6]	2 718	68	[2 535-2 915]	4,4	[4,1-4,7]
Thyroïde*	*7 684	*2 072	*58	*[1 803-2 384]	*4,5	*[3,9-5,2]	*5 612	*51	*[4 818-6 528]	*13,1	*[11,3-15,3]
Lymphome diffus à cellules B	5 581	3 140	71	[2 917-3 379]	4,7	[4,3-5,1]	2 441	72	[2 262-2 638]	3,3	[3,0-3,6]
Myélome-plasmocytome	6 487	3 547	72	[3 304-3 807]	4,7	[4,4-5,1]	2 940	74	[2 728-3 168]	3,1	[2,8-3,3]
Tous cancers	433 136	245 610	70	[238 372-253 073]	354,9	[344,3-365,8]	187 526	68	[182 696-192 482]	274,0	[266,7-281,5]

* Pour la prostate et la thyroïde, le nombre de cas, les TSM et l'âge médian sont des estimations pour 2018 (et non 2023).

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; TSM : taux d'incidence standardisé monde, standardisé selon la structure d'âge d'une population mondiale et exprimé pour 100 000 personnes-années.

Tableau 1 : Incidence et âges médians des principaux cancers en France métropolitaine chez l'homme et la femme en 2023

Source : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, Lapôtre-Ledoux et al, 2023 (5)

L'âge médian au diagnostic est de 71 ans chez l'homme et 72 ans chez la femme. (4)

L'apparition du cancer colorectal avant 50 ans reste rare. En France, en 2018, l'incidence est d'environ 3 cas pour 100 000 personnes-années entre 30 et 34 ans,

puis augmente rapidement avec l'âge, atteignant 79 cas pour 100 000 chez l'homme et 51 chez la femme entre 60 et 64 ans, selon une progression exponentielle.(6)

Une étude nationale menée en collaboration avec le Réseau Francim, les Hospices Civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer a permis d'estimer l'incidence et la mortalité des cancers par région à partir de registres de données sur la période de 2007 à 2014.

Dans les Hauts-de-France, le cancer colorectal présente une sur-incidence (+9 % chez l'homme, +4 % chez la femme) et une surmortalité d'environ +19 % dans les deux sexes, plaçant la région au premier rang national. Le Nord et le Pas-de-Calais sont les départements les plus touchés, avec chez l'homme une sur-incidence de +12 % et +14 %, ainsi qu'une surmortalité de +22 % et +30 % respectivement.

Pour les femmes, il n'est pas mis en évidence de sur-incidence importante. Cependant, la mortalité est en excès dans le Nord et le Pas-de-Calais (+24 %).(7)

La plupart des cancers colorectaux sont dits « silencieux », se formant à partir de polypes sur la paroi intérieure du colon ainsi que du rectum et évoluant lentement sur une période de 10 à 15 ans, rendant ainsi le dépistage organisé particulièrement essentiel (8,9). Des symptômes digestifs communs et peu spécifiques peuvent être présents tels que des troubles du transit (constipation ou diarrhées), des douleurs abdominales, des rectorragies voire des signes généraux tels qu'une anémie ferriprive ou une altération de l'état général (anorexie, perte de poids, asthénie).

Plusieurs facteurs de risque contribuent également à son développement notamment les antécédents familiaux de cancer colorectaux, certains syndromes génétiques tel que le syndrome de Lynch ou encore la polypose adénomateuse familiale (PAF). Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, telles que la rectocolite hémorragique (RCH), augmentent le risque de cancer colorectal, en raison de l'inflammation chronique du côlon et du rectum.

D'autres facteurs de risque concernant le mode de vie peuvent influencer l'apparition d'un cancer colorectal tel que la sédentarité, le surpoids et notamment l'obésité, une consommation excessive de viande rouge, de charcuterie, ou de boissons alcoolisées ainsi que le tabagisme (8,10).

2) Le dépistage organisé du CCR

A. Modalités actuelles du dépistage du CCR

Le dépistage organisé du cancer colorectal sur le territoire national a été mis en place entre 2008 et 2009 (11).

Dans le Nord Pas de Calais, le CRCDC (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers) organise et gère localement les programmes nationaux de dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. Placé sous l'autorité du ministère de la Santé et piloté par l'Institut National du Cancer (INCa), il assure la coordination régionale de ces campagnes de dépistage.

Par ailleurs, depuis le 1er janvier 2024, la gestion des invitations et des relances pour le dépistage colorectal a été transférée du CRCDC à l'Assurance Maladie (via la CNAM) (12).

L'âge de début du dépistage et les modalités d'exploration varient en fonction du niveau de risque du patient, catégorisé en 3 niveaux :

- Patient à risque moyen (80% des cas) : patients âgés de 50 à 74 ans, sans antécédents familiaux ni personnels de cancer colorectal, ni de facteurs de risque ou de symptômes évocateurs.

➔ Mise en place du dépistage organisé.

- Patient à risque élevé (15-20% des cas) : en raison des antécédents familiaux ou personnels suivants :
 - ⇒ Antécédents personnels de cancer colorectal ou d'adénomes
 - ⇒ Antécédents personnels de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), étendue au moment du diagnostic et évoluant depuis plus de 20 ans
 - ⇒ Antécédent d'un parent au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) ayant été atteint d'un cancer colorectal ou d'un adénome de plus de 1 cm de diamètre avant 65 ans
 - ⇒ Antécédents de deux parents au premier degré ayant été atteints de ce type de cancer, quel que soit leur âge au moment du diagnostic

➔ Ces personnes présentent un risque de développer un cancer colorectal de 4 à 10 fois supérieur à celui de la population à risque moyen. Le dépistage recommandé repose sur la **coloscopie**, dont la fréquence est déterminée par le gastro-entérologue en fonction des lésions observées. On sort du cadre du dépistage organisé pour entrer dans celui d'un **dépistage individualisé**.

- Patient à risque potentiellement très élevé (1 à 3% des cas) : antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale (PAF) ou du syndrome de Lynch (mutation gènes MMR).
- ➔ Mise en place d'un **dépistage individualisé**, le patient doit consulter un gastro-entérologue et devra bénéficier d'une consultation d'oncogénétique (13,14).

Ainsi, la population cible du dépistage organisé se constitue d'hommes et de femmes âgés de 50 à 74 ans à risque moyen comme défini précédemment, et ce dernier est à réaliser tous les 2 ans.

Cette population cible reçoit une invitation par courrier adressé par l'Assurance Maladie, afin de se procurer le test. Il peut soit le retirer auprès de son pharmacien, de son médecin ou directement le commander en ligne sur mon.kit.dépistage-colorectal.fr. Le prélèvement doit être envoyé dans l'enveloppe fournie dans les 24h suivantes. Les résultats sont disponibles en ligne dans les 3 jours si le patient a créé un compte sur le site internet suivant : résultat-dépistage.fr ou par SMS si ce dernier a fourni son numéro de téléphone dans la fiche d'identification. Les résultats seront également envoyés par courrier postal sous 15 jours ouvrés.

En cas de résultat positif, c'est-à-dire la détection de sang occulte dans les selles, le patient doit consulter son médecin traitant ou un gastro-entérologue afin d'organiser la réalisation d'une coloscopie. Cette coloscopie permettra de détecter et de retirer d'éventuels polypes susceptibles d'évoluer en cancer, ou de traiter précocement un cancer colorectal débutant. Par la suite, le patient ne relèvera plus du dépistage organisé, mais bénéficiera d'un suivi individuel adapté aux résultats de la coloscopie (15,16).

B. Le dépistage du CCR historiquement et son évolution

La première stratégie de dépistage du cancer colorectal reposait sur la recherche de sang occulte fécal par la méthode au gaïac (Hemoccult II®). Ce test qui nécessitait des prélèvements sur trois selles consécutives, n'était pas spécifique au sang humain. Si sa spécificité était élevée (98 à 99%), sa sensibilité restait faible, aux alentours de 40%.

Depuis 2015, un nouveau test de dépistage existe, le test immunologique fécal OC Sensor® (test utilisé en France), qui remplace l'ancien test au gaïac (Hémoccult II®) (9). Plusieurs études montrent une meilleure performance du test immunologique permettant un dépistage des adénomes avancés et des cancers colorectaux significativement supérieure comparativement au test Hémoccult II®. Le test OC Sensor® détecte l'hémoglobine humaine dans les selles grâce à des anticorps spécifiques. Le patient prélève un seul échantillon de selle.

Le taux de participation semble plus élevé grâce à cette simplification d'utilisation.

Deux études françaises ont mis en évidence une amélioration de la sensibilité du test immunologique par rapport au test au gaïac.

L'étude menée par L. Guittet et al. dans la région du Calvados (Normandie) entre 2004 et 2005, a comparé les deux méthodes de dépistage. Les résultats montrent que le test immunologique est environ 1,5 fois plus sensible pour la détection des cancers invasifs et 3 fois plus sensible pour celle des adénomes à haut risque. Cet avantage est particulièrement marqué pour les lésions rectales, tandis qu'aucune différence significative n'a été observée pour les cancers situés plus en amont du côlon (17).

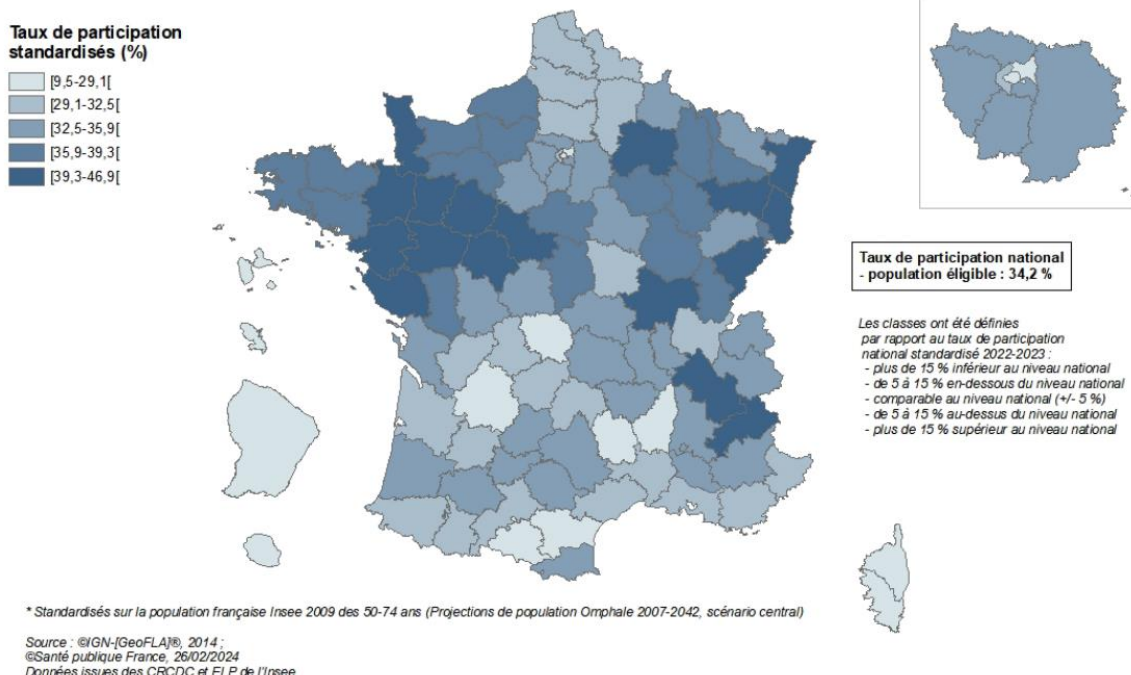
L'étude menée par Faivre et al. en 2008, conduite dans quatre départements français (Côte-d'Or, Haut-Rhin, Ille-et-Vilaine et Indre-et-Loire) comparant le test au gaïac à trois tests immunologiques (FOB-Gold, Magstream, OC-Sensor®) confirme la supériorité du test immunologique en termes de sensibilité. Ce dernier est environ 2 fois plus sensible pour les cancers colorectaux (tous stades confondus), et 3 à 4 fois plus sensible pour les adénomes avancés que le test au gaïac (Hemoccult II®). Par ailleurs, aucun des trois tests immunologiques évalués ne s'est révélé significativement meilleur que les autres (18).

Ces résultats se confirment également à l'étranger. Une étude hollandaise menée entre 2006 et 2007 par Leo G. Van Rossum et al. retrouve également une sensibilité 2 fois plus importante pour le nouveau test immunologique en comparaison au test au gâïac (19). Une étude américaine menée par Robertson DJ et al. met également en évidence la bonne sensibilité du test immunologique et recommande qu'il devienne une méthode clé pour le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen (20).

3) Participation au dépistage

Malgré l'apparition du nouveau test immunologique, le taux de participation en France 2022-2023 s'élève à 34,2% illustré par la carte 1, un niveau stable depuis 2020 mais toujours en- dessous du seuil acceptable au niveau européen (45%) (2).

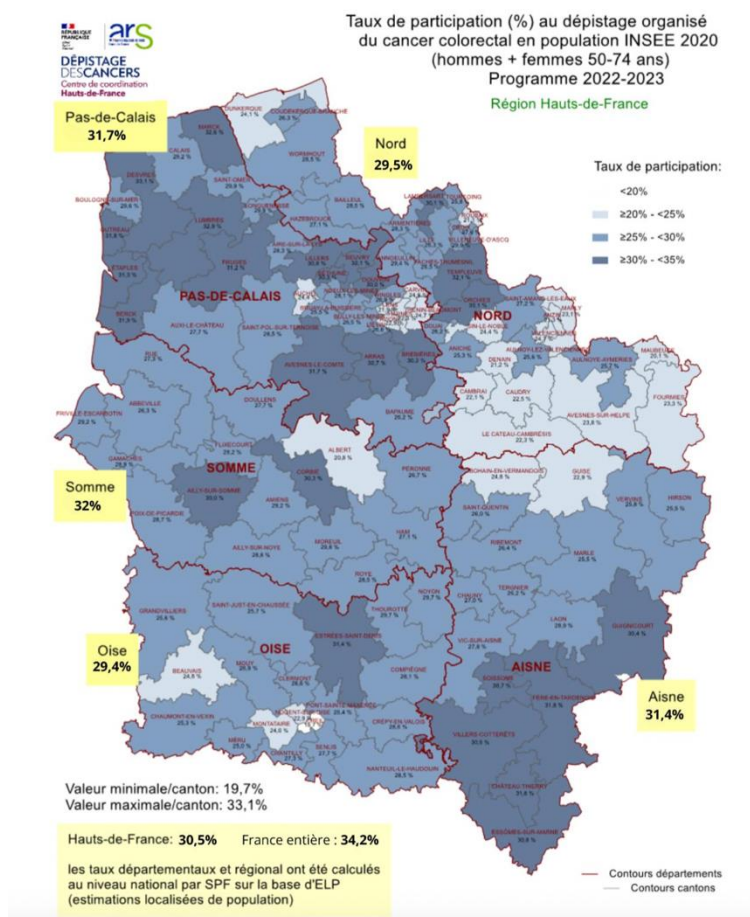
Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal
Période 2022-2023
Taux standardisés* de participation - population éligible, par département



Carte 1 : Taux standardisés de participation – population éligible par département – Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal, période 2022-2023

Source : Bulletin - Dépistages organisés. Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee, publication 2024 (2)

Le taux de participation de la population éligible standardisée pour la période de 2022-2023 est de 29,5% dans le département du Nord et 31,7% dans le département du Pas-de-Calais, il reste donc faible et insuffisant en comparaison, illustrée par la carte 2. (2,21)



Carte 2 : Taux de participation (%) au dépistage organisé du cancer CCR en population INSEE 2020 (Hommes + femmes 50-74 ans), programme 2022-2023.

Source : CDRC Hauts de France, INSEE 2020. (21)

Plus récemment, sur la période 2023-2024, le taux de participation brut en France (calculé sur l'ensemble de la population cible) s'élevait à **28,4%** (29,3% chez les femmes et 27,5% chez les hommes). Après avoir atteint 30,8 % en 2023, contre 28,5% en 2022, ces données confirment une participation durablement faible sur le territoire. Malgré la simplification du test, l'adhésion stagne et reste nettement inférieure aux objectifs européens (45%), avec des taux toujours plus élevés chez les femmes (1).

L'une des principales missions de la santé publique est celle de prévention se traduisant par l'organisation d'un dépistage précoce afin d'améliorer la santé de la population générale. En tant que futurs médecins généralistes, nous sommes en première ligne dans le parcours de santé des patients et les actes de prévention sont donc primordiaux.

Plusieurs thèses ont été réalisées dans le cadre du dépistage du cancer colorectal notamment sur le ressenti des patients face au dépistage. Plusieurs freins à la participation au dépistage du cancer colorectal ont été identifiés lors de ces travaux. Cependant, peu d'études ont exploré le point de vue des médecins généralistes notamment sous un angle analytique. Le médecin généraliste joue un rôle central dans la promotion du dépistage et l'accompagnement des patients. Il paraît donc pertinent d'analyser ses pratiques afin de mieux orienter les actions à mettre en place. Nous avons donc choisi de centrer notre travail sur les médecins généralistes, avec une approche analytique visant à identifier et hiérarchiser les principaux freins et leviers permettant d'optimiser la participation au dépistage.

II. Matériel et méthode

1) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude consiste à analyser les freins, identifiés par les médecins généralistes, à la participation au dépistage du CCR dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les objectifs secondaires consistent à identifier les principaux leviers mis en place par les médecins généralistes en consultation, puis à déterminer ceux devant être prioritaires pour optimiser la participation au dépistage du CCR.

Enfin, cette étude visera à hiérarchiser les freins identifiés afin de proposer une approche optimisée de la première consultation en médecine générale au sujet du dépistage du cancer colorectal. Le but est d'intégrer tous les outils nécessaires pour renforcer l'adhésion au test de dépistage et, à terme, répondre aux enjeux de santé publique liés au cancer colorectal.

2) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, transversale à visée descriptive, selon un protocole multicentrique.

L'étude s'inscrit dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en soins primaires, ciblant spécifiquement les modalités de l'abord du dépistage organisé du cancer colorectal en consultation de médecine générale.

3) Population cible et recrutement

La population cible se compose des médecins généralistes exerçant dans la région du Nord-Pas-de-Calais et installés en cabinet.

Le recrutement des sujets a été opéré via une méthode d'échantillonnage non probabiliste par sollicitation numérique.

Le calcul de la taille d'échantillon requis a été déterminé a priori au moyen de la formule de Cochran. La taille minimale à atteindre, obtenue par ce calcul est de 96 individus.

4) Recueil de données : questionnaire, modalités de diffusion

Le recueil des données a reposé sur la diffusion d'un auto-questionnaire anonyme et standardisé, comprenant 16 questions, diffusé via la plateforme Limesurvey.

Le questionnaire a été conçu de manière à être concis et rapide à compléter avec un temps de réponse estimé entre 5 et 7 minutes maximum.

La liste des freins et des leviers explorés s'appuie sur plusieurs travaux qualitatifs et quantitatifs réalisés en France portant sur la participation au dépistage du CCR. Elle a notamment été élaborée à partir d'études menées dans le Finistère (22) et en Franche-Comté (23), et d'une thèse réalisée à Nice (24) combinant une approche quantitative auprès des patients et une analyse qualitative auprès de médecins généralistes.

Le questionnaire a été diffusé par voie de mailing auprès des médecins généralistes adhérents aux différentes CPTS du Nord-Pas-de-Calais. Certaines CPTS ont refusé de relayer l'enquête ou n'ont pas donné suite. Pour celles ayant accepté, le questionnaire a été intégré à la newsletter adressée aux médecins généralistes adhérents ou parfois transmis à des groupes de conversation type « WhatsApp » rassemblant les divers professionnels de santé de la CPTS.

L'instrument de recueil a également été diffusé sur le site du conseil de l'ordre des médecins « thèse app » (<https://www.ordre-medecin-nord.org/index.php/actualites/theseapp.htm>).

Le questionnaire a également été diffusé en direct auprès de maîtres de stage et de praticiens rencontrés lors de mes stages ambulatoires ; ces derniers l'ont ensuite relayé auprès de leurs confrères et consœurs de la région.

Pour finir, afin d'accroître le nombre de réponses, le questionnaire a été diffusé sur plusieurs groupes Facebook de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais tels que « Les remplacements boiteux », « Le divan des médecins », « Jeunes médecins Hauts-de-France » ou encore « Remplacements en médecine générale en Hauts-de-

France ». L'en-tête du message précisait systématiquement que l'étude s'adressait exclusivement aux médecins généralistes installés dans le Nord-Pas-de-Calais.

Le questionnaire était organisé en plusieurs sections portant sur les caractéristiques démographiques et professionnelles des praticiens, les modalités de mise à disposition des dispositifs de dépistage, ainsi que sur la perception des freins psychologiques et logistiques chez les patients.

Une section dédiée aux commentaires libres était intégrée en fin de questionnaire permettant aux participants de formuler d'éventuelles remarques sur l'étude. (Cf. annexe 1 et 2)

Les variables subjectives, notamment l'utilité perçue des leviers et la fréquence des situations rencontrées, ont été évaluées à l'aide d'échelles de Likert ordonnées.

Le recueil de données s'est déroulé du 11/12/2025 au 02/03/2026.

5) Cadre réglementaire et éthique

Avant sa diffusion, le questionnaire a été soumis au délégué à la protection des données (DPO). L'étude a obtenu une attestation de conformité au Règlement général sur la protection des données (RGPD) (annexe 3).

Les réponses sont restées anonymes tout au long de l'étude.

6) Analyses statistiques

Le traitement des données a été structuré autour d'une analyse univariée descriptive, suivie d'une analyse bivariée visant à identifier les corrélations entre les leviers et l'impact perçu de ces derniers par les médecins généralistes sur la participation effective au test de dépistage.

La nature de la distribution des variables a conditionné le choix des outils statistiques :

- Pour les variables quantitatives, les comparaisons de moyennes ou de médianes ont été réalisées via le test de somme des rangs de Wilcoxon, compte tenu de la distribution des données.
- Pour les variables qualitatives, l'indépendance des groupes a été testée par le test du Chi-deux de Pearson ou, lorsque les effectifs théoriques par cellule l'exigeaient, par le test exact de Fisher.

L'intégralité du traitement informatique, du nettoyage de la base de données à la génération des tests d'hypothèses et des représentations graphiques, a été implémentée sous environnement de programmation statistique R version 4.5.1 au moyen du *tidyverse*.

7) Recherches bibliographiques

Le logiciel Zotero a permis de réaliser le recueil bibliographique.

Les sources principalement consultées ont été : « PubMed » « Pepite », « Sudoc », « HAS », « INSEE », « SPF », « INCa ».

III. Résultats

Au total, 97 questionnaires ont été collectés, parmi ceux-ci, 78 étaient entièrement complétés et ont été retenus pour l'analyse. Les questionnaires incomplets ont été exclus en raison de données manquantes ne permettant pas une exploitation fiable des résultats.

1) Description de l'échantillon

L'analyse descriptive met en évidence un corps médical jeune, avec un âge moyen de 37,3 ans (figure 1).

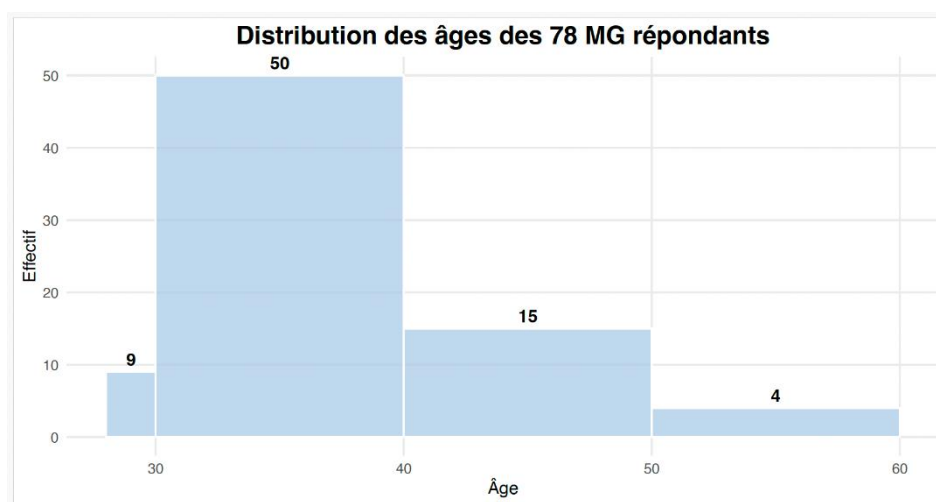


Figure 1 : Distribution des âges des médecins généralistes participant à l'étude

La population étudiée est majoritairement féminine, les femmes représentant 63% des répondants (figure 2).

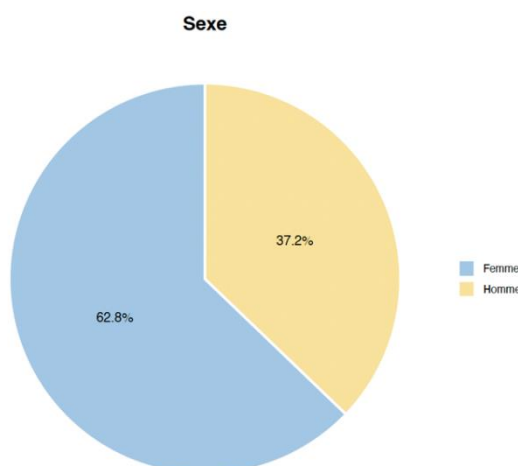


Figure 2 : Distribution du sexe des médecins généralistes participant à l'étude

Enfin, l'ancienneté moyenne d'installation est de 6,3 ans, témoignant d'une installation globalement récente (figure 3).

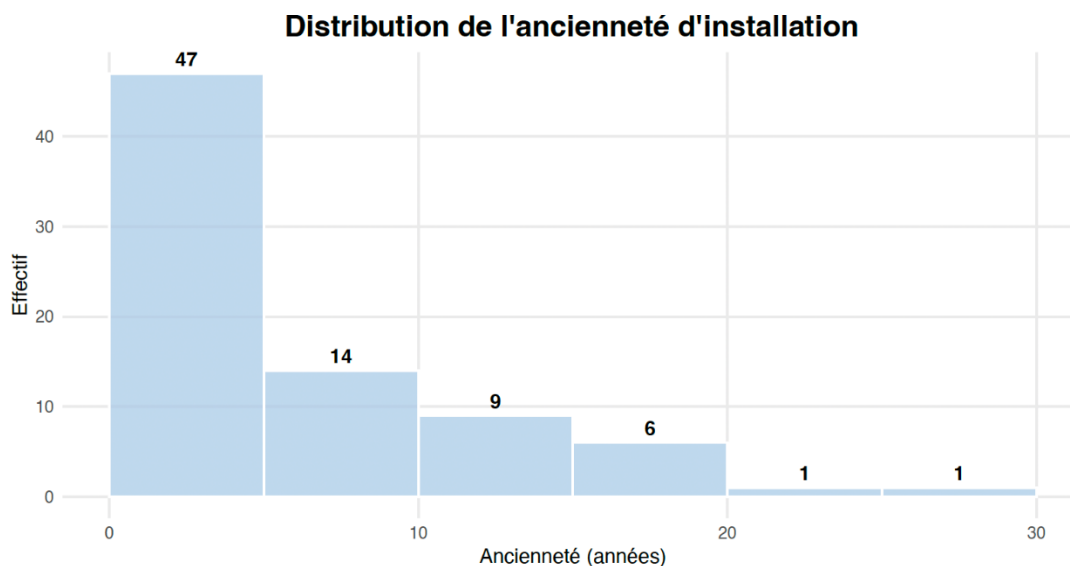


Figure 3 : Distribution de l'ancienneté d'installation des médecins généralistes participant à l'étude

Parmi les 78 médecins généralistes interrogés, nous retrouvons un lieu d'installation majoritairement semi-rural à 54% (figure 4). Cela pourrait avoir un impact sur les résultats, notamment en lien avec les spécificités d'accès aux soins et aux ressources locales.

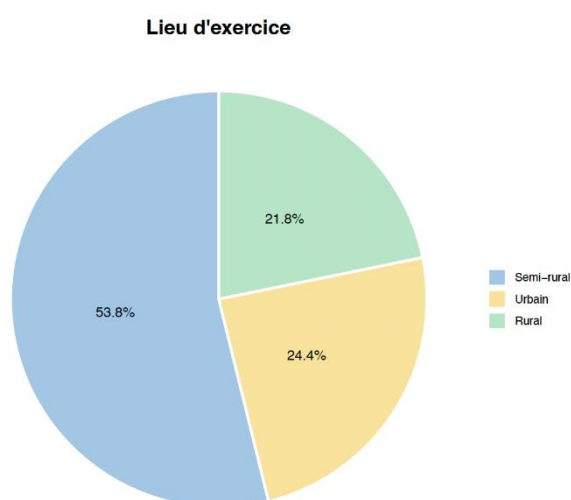


Figure 4 : Lieu d'exercice des médecins généralistes participant à l'étude

2) Pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage CCR

Ce profil de jeunes praticiens montre un engagement fort : 92% recommandent "souvent" ou "toujours" le test de dépistage comme illustré à travers la figure 5.

Par ailleurs la quasi-totalité (97%) dispose des kits en consultation.

Pourtant, cette volonté médicale se confronte à une réalité de terrain complexe. Si 50% des médecins généralistes perçoivent un changement positif depuis le passage au test immunologique, l'adhésion spontanée des patients reste l'exception : seuls 6% des médecins rapportent que le sujet est abordé "souvent" par les patients eux-mêmes.

Le dialogue repose donc presque exclusivement sur l'initiative du praticien, une tâche délicate puisque près d'un médecin généraliste sur deux déclare rencontrer des difficultés à convaincre le patient.

Cette difficulté ne semble toutefois pas liée à un manque de temps, puisque une fois cet échange engagé, une majorité des médecins généralistes (72%) estime disposer du temps nécessaire pour expliquer concrètement au patient les modalités de réalisation du test de dépistage (figure 5). Dans le même sens, deux répondants à l'étude ont précisé, dans les commentaires libres en fin de questionnaire, prendre le temps nécessaire pour expliquer les modalités du dépistage (annexe 2).

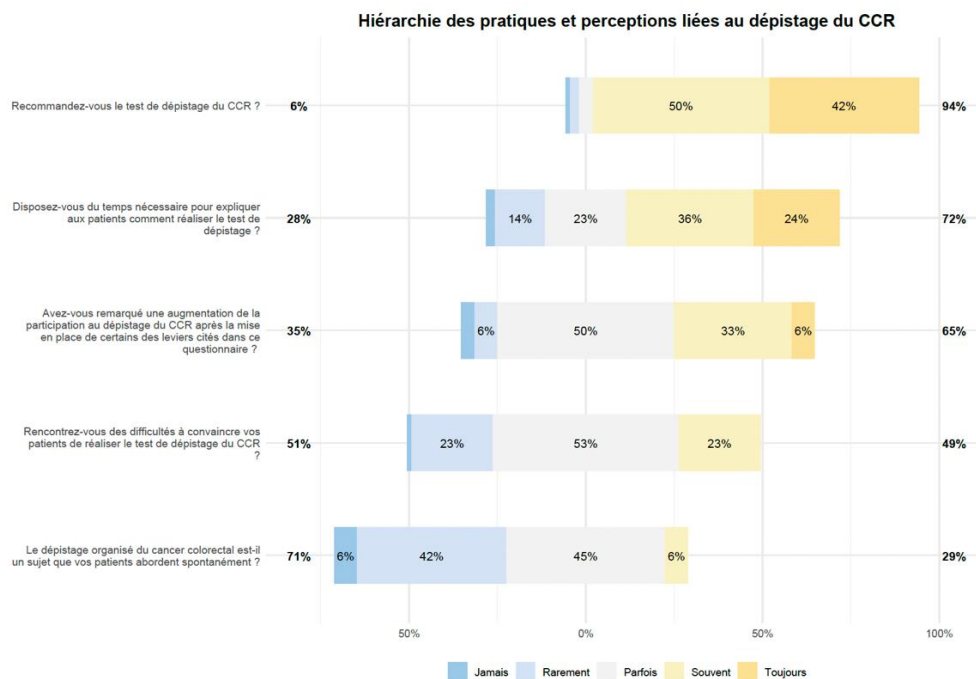


Figure 5 : Hiérarchie des pratiques et perceptions liées au dépistage du CCR

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence que 67% des médecins généralistes jugent que la population n'est pas suffisamment informée sur les enjeux collectifs liés au dépistage. Ces enjeux collectifs peuvent se traduire notamment par une diminution de la mortalité, l'intérêt d'un diagnostic précoce permettant une réduction des coûts pour le système de santé (figure 6).

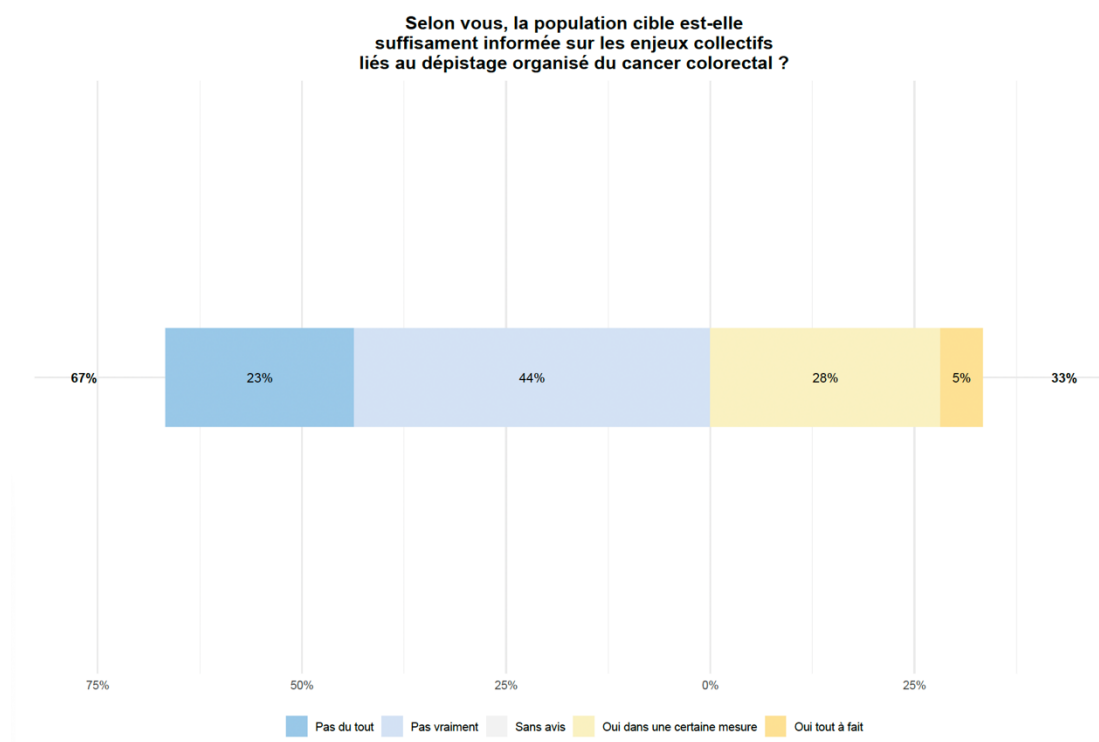


Figure 6 : Information de la population cible sur les enjeux collectifs liés au dépistage du CCR

3) Objectif principal : analyse des freins à la participation au dépistage du CCR

L'analyse des freins révèle que le blocage est avant tout lié à la nature du test : l'embarras face à la manipulation des selles (69%) et la peur du résultat (65%) sont les deux piliers de la réticence des patients (figure 7).

L'absence de symptômes est également citée par un médecin sur deux comme un frein majeur, confirmant que le caractère préventif du dépistage est encore mal intégré par le public.

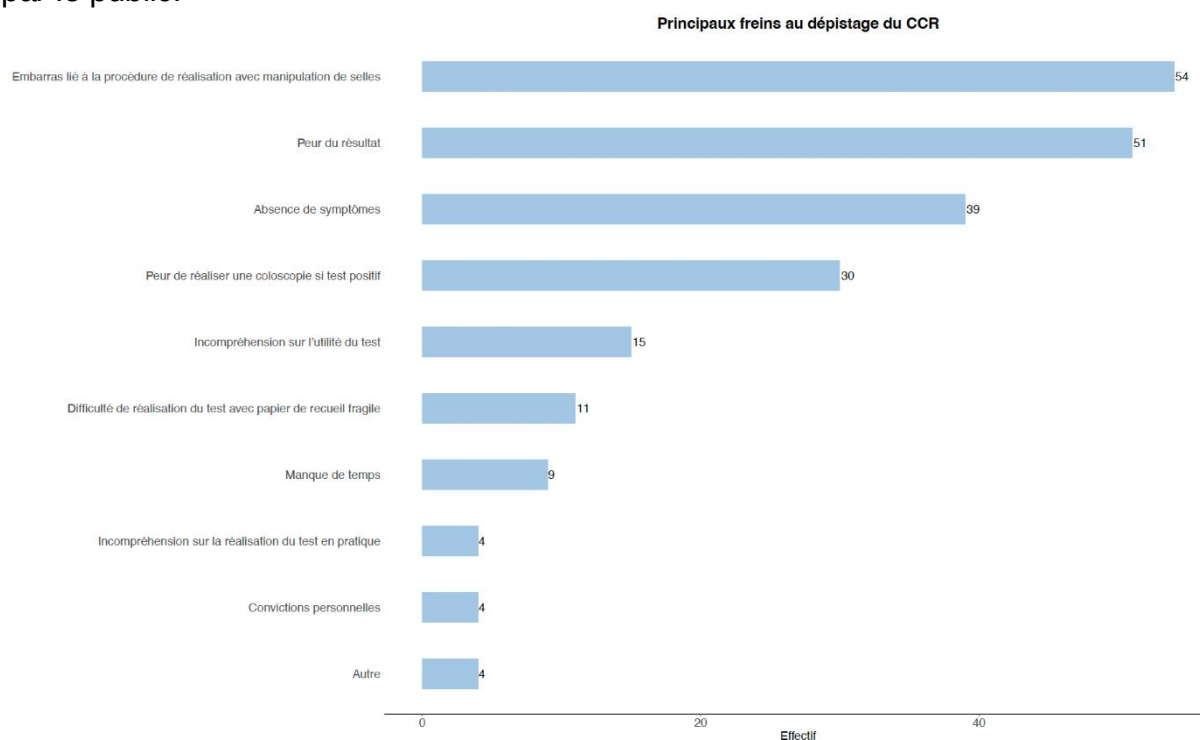


Figure 7 : Principaux freins au dépistage du cancer colorectal

À noter que, dans la section « Autre » permettant un commentaire libre, deux freins supplémentaires ont été rapportés par les médecins généralistes : le refus global de réaliser des examens de dépistage (mammographie, FCU) et l'illettrisme (cf. annexe 2).

4) Objectif secondaire : analyse des leviers à prioriser

L'analyse des leviers à prioriser pour améliorer la participation au dépistage montre que l'information personnalisée est le levier le plus fréquemment cité (73%) suivie de la démonstration du kit (52%). (Figure 8)

Les supports visuels et vidéos, la réassurance des patients et la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage du CCR sont également fréquemment rapportés (35 à 37%).

En revanche, les leviers liés à l'accessibilité du test, tels que l'envoi postal du kit à domicile ou sa remise en pharmacie sont moins souvent priorisés (moins de 25%). (Figure 8)

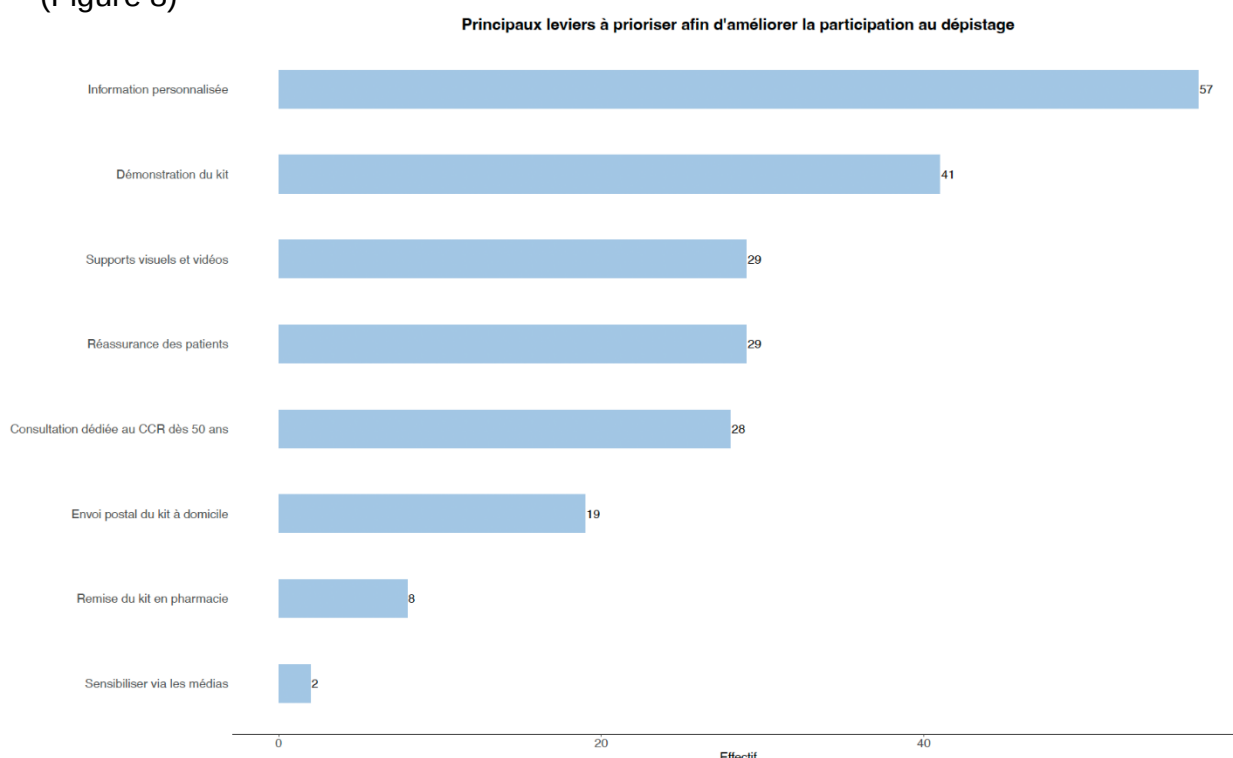


Figure 8 : Principaux leviers à prioriser afin d'améliorer la participation au dépistage

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les médecins privilégient les approches centrées sur le patient et l'accompagnement individuel.

Les caractéristiques et opinions des 78 médecins généralistes de l'étude sont synthétisés dans le Tableau 2.

Analyse descriptive des caractéristiques et opinions des 78 MG répondants	
Caractéristique	N = 78
Sexe, n (%)	
Femme	49 (62.8%)
Homme	29 (37.2%)
Âge, Moyenne (ET)	
	37.3 (6.3)
Lieu d'exercice, n (%)	
Semi-rural	42 (53.8%)
Urbain	19 (24.4%)
Rural	17 (21.8%)
Ancienneté d'installation, Moyenne (ET)	
	6.3 (5.7)
Pourcentage de patientèle âgée de 50 à 74 ans, Moyenne (ET)	
	41 (13)
Recommandation test de dépistage du CCR, n (%)	
Souvent	39 (50%)
Toujours	33 (42.3%)
Parfois	3 (3.8%)
Rarement	2 (2.6%)
Jamais	1 (1.3%)

Difficultés à convaincre de réaliser le test de dépistage du CCR, n (%)	
Parfois	41 (52.6%)
Rarement	18 (23.1%)
Souvent	18 (23.1%)
Jamais	1 (1.3%)
Temps disponible nécessaire aux explications sur le test, n (%)	
Souvent	28 (35.9%)
Toujours	19 (24.4%)
Parfois	18 (23.1%)
Rarement	11 (14.1%)
Jamais	2 (2.6%)
Distribution du test de dépistage du CCR, n (%)	
Oui	76 (97.4%)
Non	2 (2.6%)
Patients plus ouverts depuis le changement de test, n (%)	
Non	39 (50%)
Oui	39 (50%)
Principaux freins au dépistage du CCR, n (%)	
Embarras lié à la procédure de réalisation avec manipulation de selles	54 (69.2%)
Peur du résultat	51 (65.4%)
Absence de symptômes	39 (50%)
Peur de réaliser une coloscopie si test positif	30 (38.5%)
Incompréhension sur l'utilité du test	15 (19.2%)
Difficulté de réalisation du test avec papier de recueil fragile	11 (14.1%)
Manque de temps	9 (11.5%)
Autre	4 (5.1%)
Convictions personnelles	4 (5.1%)
Incompréhension sur la réalisation du test en pratique	4 (5.1%)
Patients suffisamment informés sur le CCR, n (%)	
Pas vraiment	34 (43.6%)
Oui dans une certaine mesure	22 (28.2%)
Pas du tout	18 (23.1%)
Oui tout à fait	4 (5.1%)
Sujet abordé spontanément par les patients, n (%)	
Parfois	35 (44.9%)
Rarement	33 (42.3%)
Jamais	5 (6.4%)
Souvent	5 (6.4%)
Principaux leviers à prioriser afin d'améliorer la participation au dépistage, n (%)	
Information personnalisée	57 (73.1%)
Démonstration du kit	41 (52.6%)
Réassurance des patients	29 (37.2%)
Supports visuels et vidéos	29 (37.2%)
Consultation dédiée au CCR dès 50 ans	28 (35.9%)
Envoi postal du kit à domicile	19 (24.4%)
Remise du kit en pharmacie	8 (10.3%)
Sensibiliser via les médias	2 (2.6%)
Impact des leviers sur la participation au dépistage, n (%)	
Parfois	39 (50%)
Souvent	26 (33.3%)
Rarement	5 (6.4%)
Toujours	5 (6.4%)
Jamais	3 (3.8%)

Tableau 2 : analyse descriptive des caractéristiques et opinions des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire

5) Analyses comparatives

L'analyse bivariée ne montre pas de différence statistiquement significative selon l'âge ou la patientèle des médecins ($p > 0,05$), suggérant que les difficultés sont homogènes et universelles dans la profession.

Une tendance se dégage : les informations personnalisées constituent le levier le plus souvent cité par les médecins pour améliorer le dépistage (73%). Ces informations personnalisées sont plébiscitées par 81% des médecins ayant constaté un effet positif des leviers sur la participation, contre 68% de ceux estimant cet effet comme faible ou nul, une différence qui n'est toutefois pas statistiquement significative ($p = 0,2$) (cf. tableau 3).

Les médecins percevant un effet positif des leviers sont ceux qui privilégient également la démonstration du kit (58% vs 49%) (cf. tableau 3).

Ce binôme information-démonstration souligne à nouveau le rôle central de la relation médecin-patient dans la sensibilisation, capable de transformer une simple information en une réelle adhésion au dépistage.

À l'inverse, la remise du kit en pharmacie semble être le levier le moins efficace aux yeux des praticiens (10% d'intérêt global), renforçant l'idée que le cabinet médical reste le lieu stratégique unique pour transformer l'intention en acte. (Tableau 3)

Analyse bivariée des leviers et de la perception de leur effet sur la participation au dépistage du CCR				
Characteristic	Effet faible ou nul N = 47¹	Effet constaté N = 31¹	Ensemble (N=78)¹	p-value²
Âge	37.1 (5.6)	37.5 (7.2)	37.3 (6.3)	0.8
Pourcentage de patientèle âgée de 50 à 74 ans	40 (11)	42 (15)	41 (13)	0.3
Principaux leviers à prioriser afin d'améliorer la participation au dépistage				
Informations personnalisées	32 (68%)	25 (81%)	57 (73%)	0.2
Démonstration du kit	23 (49%)	18 (58%)	41 (53%)	0.4
Réassurance des patients	16 (34%)	13 (42%)	29 (37%)	0.5
Envoi postal du kit à domicile	12 (26%)	7 (23%)	19 (24%)	0.8
Remise du kit en pharmacie	7 (15%)	1 (3.2%)	8 (10%)	0.14
Consultation dédiée au CCR dès 50 ans	17 (36%)	11 (35%)	28 (36%)	>0.9
Supports visuels ou vidéos	17 (36%)	11 (35%)	28 (36%)	>0.9

¹ Mean (SD)

² Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Tableau 3 : Analyse bivariée des leviers et de la perception de leur effet sur la participation au dépistage du cancer colorectal

IV. Discussion

1) Principaux résultats de l'étude

Parmi les 78 médecins généralistes répondants à l'étude, 92% d'entre eux recommandent régulièrement le test de dépistage et 97% disposent de kits en consultation. Toutefois cette implication se confronte à une faible adhésion spontanée des patients, seuls 6% des médecins rapportant que le sujet est abordé par ces derniers (figure 5).

Le dépistage repose donc essentiellement sur l'initiative du praticien même si 50% des médecins généralistes expriment des difficultés à convaincre leurs patients de réaliser le dépistage (figure 5).

L'objectif principal de cette étude était l'identification, par les médecins généralistes, des principaux freins au dépistage du CCR.

Les résultats mettent en évidence que les obstacles sont principalement liés à la nature même du test (figure 7), notamment :

- L'embarras associé à la manipulation des selles (69%)
- La crainte du résultat (65%)

Par ailleurs, l'absence de symptômes constitue également un frein significatif, mentionné par un médecin généraliste sur deux (50%).

L'objectif secondaire de cette étude était l'identification des principaux leviers à prioriser pour améliorer la participation au dépistage du CCR par les médecins généralistes.

Les médecins privilégient nettement les approches centrées sur le patient (figure 8) :

- L'information personnalisée est la plus fréquemment citée (73%)
- Démonstration du kit (52%)

D'autres outils comme les supports visuels, la réassurance ou les consultations dédiées sont mentionnés dans 35 à 37% des cas.

Enfin, certains commentaires soulignent que l'illettrisme constitue un frein supplémentaire, mettant en évidence l'importance de recourir à des supports visuels et à des explications orales simples pour améliorer l'accompagnement de ces patients.

L'analyse comparative des leviers et de leur perception quant à leur impact sur la participation au dépistage ne met pas en évidence de différence statistiquement

significative. Néanmoins, une tendance se dégage suggérant une utilisation plus fréquente de l'information personnalisée (81% vs 68%, $p = 0,2$) et de la démonstration du kit (58% vs 49%, $p = 0,4$) chez ceux percevant un effet positif des leviers sur la participation au dépistage. (Tableau 3)

L'ensemble de ces résultats souligne le rôle central du cabinet médical et de la relation médecin-patient dans l'adhésion au dépistage.

2) Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

Plusieurs forces peuvent être retrouvées dans notre étude.

Notre étude met en lumière le décalage entre l'engagement des médecins et l'adhésion des patients, un élément clé pour comprendre les limites actuelles des programmes de dépistage organisé. Elle souligne également de manière précise le poids des freins liés aux représentations des patients (embarras de réalisation, crainte des résultats, absence de symptômes), ce qui permet d'orienter des actions d'éducation à la santé plus ciblées et adaptées.

L'identification de leviers concrets, utilisables en consultation, comme l'information personnalisée ou la démonstration du kit, donne à ce travail une application pratique immédiate pour les médecins généralistes.

Par ailleurs, l'utilisation d'un questionnaire standardisé garantit un recueil homogène des données, limitant les biais d'interprétation.

Enfin, en s'intéressant à la pratique en soins primaires, au centre du dépistage, cette étude présente une réelle force en termes de pertinence clinique et d'impact en santé publique.

Ce travail met en évidence le rôle essentiel de la prévention, véritable levier d'amélioration de la santé de la population. En intervenant en amont de la maladie, elle permet de limiter sa gravité et contribue, à terme, à réduire à la fois la mortalité et les coûts pour le système de santé.

Le cancer colorectal illustre pleinement ces enjeux. Comme mentionné précédemment, il s'agit du troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et du deuxième chez la femme, avec près de 17 000 décès par an en France (1).

B. Limites de l'étude

Toutefois l'interprétation de nos résultats se heurte à plusieurs limites liées à divers biais.

- Puissance statistique : la cible de la formule de Cochrane (96 sujets pour 10% de marge d'erreur) n'ayant pas été atteinte ($78 < 96$), la puissance des tests bivariés peut être limitée pour mettre en évidence de faibles différences entre les sous-groupes. Il est important de noter qu'en imposant aux répondants de ne sélectionner qu'au maximum 3 principaux leviers au détriment d'autres qu'ils auraient pu cocher, une homogénéité naturelle a pu se former, réduisant encore plus la possibilité de voir des disparités entre sous-groupes.
- Biais de sélection et biais géographique : l'étude se limitant au Nord-Pas-de-Calais, les résultats reflètent les spécificités d'une région où l'incidence du CCR est élevée (sur-incidence à plus de 9% chez l'homme et à plus de 4% chez la femme dans les Hauts de France (25)). Une généralisation à l'ensemble de l'Hexagone nécessiterait une étude multicentrique nationale.
- Auto déclaration : l'étude mesure la perception des freins par les médecins et non les freins directement exprimés par les patients. Il peut exister un décalage entre la difficulté perçue par le médecin généraliste et celle ressentie par le patient.

3) Comparaison avec la littérature

Il apparaît pertinent de comparer nos résultats à ceux rapportés dans la littérature.

Les données de la littérature internationale sont concordantes avec nos résultats. La revue systématique d'Aldakhil et al. menée en Arabie Saoudite en 2025

montre que la faible participation au dépistage du cancer colorectal repose sur des barrières multifactorielles (individuelles, socioculturelles et organisationnelles).

Le manque d'information et de sensibilisation constitue un frein majeur, tandis que la recommandation médicale apparaît comme un déterminant clé de l'adhésion.

Ces résultats soulignent le rôle essentiel de l'information des patients et de l'implication des médecins de premier recours (26).

De manière complémentaire, une revue qualitative internationale incluant des études menées dans divers pays comme les États-Unis, l'Australie, la Belgique ou encore Singapour, et couvrant des publications entre 2001 et 2020, apporte un éclairage supplémentaire. Menée par Le Bonniec et al, cette revue met en évidence que la non-participation au dépistage repose sur des mécanismes complexes, combinant une faible perception du risque, des barrières émotionnelles (peur, dégoût) ainsi que des contraintes contextuelles telles que les difficultés organisationnelles, le manque de temps, ou encore l'absence d'accompagnement (27).

Par ailleurs sur le territoire français, une thèse réalisée en région Centre-Val de Loire auprès de 126 médecins généralistes rapportait que les principaux freins au dépistage du cancer colorectal étaient également la peur du résultat (63%), l'embarras lié à la procédure (52%) et l'absence de symptômes (44%). En revanche, contrairement à nos résultats, deux tiers des médecins déclaraient ne pas rencontrer de difficultés pour convaincre leurs patients de participer au dépistage (28).

En Franche-Comté, une thèse visant à analyser, du point de vue des médecins, les facteurs limitant la participation des patients au dépistage organisé du cancer colorectal et à proposer des pistes d'améliorations met en évidence des résultats similaires. Les principaux freins identifiés étaient : la peur d'un résultat positif (73%), la crainte d'un diagnostic de cancer en l'absence de symptômes (63,1%), la manipulation des selles (55%) ainsi que la perspective de devoir réaliser une coloscopie en cas de test positif (61%) (23). A noter que ce dernier frein n'était rapporté que par 38,5% des participants dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer par la contrainte imposée aux répondants de notre étude de ne citer que trois freins principaux, limitant ainsi l'expression de certains obstacles.

Concernant notre région, une thèse lilloise de 2023, reposant sur des entretiens semi-dirigés en médecine générale, a exploré le vécu des patients face au dépistage du CCR (29). Elle met en évidence des freins similaires aux nôtres, notamment la crainte du résultat ou des examens complémentaires, l'absence de symptômes, le manque de prévention, ainsi que la complexité liée à la réalisation et à l'envoi du test.

En France, il existe une enquête nationale réalisée tous les 5 ans analysant les perceptions et comportements des Français face au cancer nommée le « Baromètre cancer ». L'édition 2021, menée auprès de 5 000 personnes de 15 à 85 ans, constitue un outil permettant d'orienter les politiques de prévention et d'étudier les inégalités de santé. Selon le Baromètre cancer 2021, 58,4% des personnes ayant réalisé un dépistage du cancer colorectal déclarent l'avoir fait à la suite d'une sensibilisation par un professionnel de santé (30). Ce résultat rejoint nos observations, soulignant à nouveau le rôle du médecin généraliste comme véritable pierre angulaire de l'adhésion au dépistage.

L'ensemble de ces éléments concorde avec les résultats de notre étude, qui mettent en évidence des freins similaires, notamment l'embarras lié à la manipulation des selles, la crainte du résultat et l'absence de symptômes. Par ailleurs, le rôle central du médecin dans l'adhésion au dépistage est également confirmé. Ces observations rejoignent nos données qui soulignent l'importance de leviers tels qu'une approche centrée sur le patient, reposant notamment sur une information personnalisée et la démonstration du kit.

4) Perspectives et pistes d'amélioration

Plusieurs campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal ont été mises en place ces dernières années, notamment dans le cadre de Mars Bleu lancée tous les ans par le Ministère de la santé et l'INCA (31,32).

Cette campagne repose sur des actions de communication variées, associant messages médiatiques, défis connectés, interventions locales et recours à des personnalités publiques, telles que Franck Dubosc, humoriste français de 62 ans, ou Paola Locatelli, influenceuse française de 22 ans, notamment dans le cadre de la campagne « Va chier » de mars 2026, afin de toucher un public plus large. Elle met

en scène des personnalités issues de différents univers (cinéma, humour, musique, internet, sport), à travers plusieurs affiches déclinées selon ces profils (cf. annexe 4) (33).

Des initiatives plus immersives existent également, comme le « Colon Tour », proposé par la Ligue contre le cancer. Il s'agit d'un côlon géant gonflable dans lequel les visiteurs peuvent entrer et circuler. Cela permet de visualiser concrètement les différentes étapes, des polypes jusqu'au cancer et de mieux comprendre l'intérêt du dépistage. Cette action de sensibilisation s'est déroulée dans 69 départements en 2026 de février à avril, les dates et lieux étaient communiqués via le site de la Ligue contre le cancer. Des professionnels de santé sont présents sur place pour échanger avec le public et répondre aux questions. Par ailleurs, depuis 2021, la Ligue contre le cancer propose également un showroom virtuel permettant de parcourir un côlon de manière interactive à 360°, cette expérience est accessible sur ordinateur, tablette ou smartphone via le site internet de la Ligue contre le cancer (34).

Dans cette logique de renforcement de la prévention, le dispositif « Mon bilan prévention », mis en place en France depuis 2023, propose des rendez-vous de prévention gratuits à différents âges de la vie. Réalisé par un professionnel de santé, il permet de faire le point sur les habitudes de vie, les facteurs de risque et les dépistages recommandés, dont celui du cancer colorectal. Un rendez-vous peut être pris soit auprès du médecin traitant, en précisant qu'il s'agit d'une consultation dédiée à ce bilan, soit via le site Santé.fr, en utilisant la carte des professionnels de santé disponibles. Un auto-questionnaire est à remplir au préalable, ce dernier téléchargeable directement sur le site internet. Cela représente une occasion supplémentaire d'aborder le dépistage avec les patients, de manière personnalisée avec une prise en charge à 100% par l'assurance maladie sans avance de frais (35).

Ces actions participent à améliorer la visibilité du dépistage à l'échelle de la population nationale. Néanmoins, nos résultats en accord avec les données de la littérature, montrent que cette sensibilisation reste insuffisante sur certains aspects essentiels.

Par ailleurs, dans notre étude, l'intérêt de supports visuels, notamment de vidéos explicatives, ressortait dès le questionnaire initial.

Dans ce sens, comme précédemment cité, l'illettrisme peut également être un frein au dépistage. En effet, selon l'INSEE, en France en 2022, 4% de la population française âgée de 18 à 64 ans présente des difficultés sévères à la lecture. Chez les jeunes âgés de 16 à 25 ans, les taux d'illettrisme sont de 4,3% dans le département du Nord et 4,8% dans le Pas-de-Calais, proches de la moyenne nationale (4,9%). A noter qu'en 2011, pour une population adulte de 18 à 65 ans, le taux d'illettrisme national était de 7% et atteignait 11% dans les Hauts-de-France. (36–38)

Malgré une amélioration de ces indicateurs, les difficultés de littératie persistent dans la région et peuvent contribuer à une moindre participation au dépistage.

Dans la littérature, deux revues systématiques internationales, l'une menée par Van der Heide et al (39) et l'autre menée par Oldach et al (40), suggèrent qu'un faible niveau de littératie en santé pourrait être associé à une participation plus faible au dépistage du cancer colorectal, bien que les résultats restent globalement peu significatifs.

Dans ce contexte, le recours à des outils pédagogiques adaptés apparaît particulièrement pertinent pour améliorer la compréhension et l'adhésion au dépistage, notamment en s'appuyant sur des supports visuels et des formats courts, tels que des vidéos explicatives.

Dans la continuité de campagnes récentes, comme « Va chier » cité précédemment, ces formats pourraient être diffusés plus largement sur les réseaux sociaux (Instagram, X, TikTok), permettant de renforcer l'impact des messages de prévention. L'implication de personnalités publiques de différents âges favoriserait leur diffusion et permettrait de toucher un public plus large.

Bien que les populations les plus jeunes ne soient pas directement concernées par le dépistage, une sensibilisation précoce pourrait contribuer à ancrer durablement les comportements de prévention.

En complément des campagnes de prévention menées à l'échelle nationale, nos résultats montrent que le médecin généraliste reste un acteur clé de la sensibilisation au niveau individuel. Comme évoqué précédemment, cela repose sur

une approche centrée sur le patient, avec une information claire, adaptée et une relation de confiance qui favorise l'adhésion au dépistage.

En pratique, le médecin peut agir à plusieurs niveaux : expliquer simplement le déroulement du dépistage et son intérêt, y compris en l'absence de symptômes, anticiper les craintes liées au résultat ou aux examens complémentaires, proposer une démonstration du kit, et s'appuyer sur des supports visuels si besoin. Intégrés à la consultation, ces éléments viennent compléter les campagnes de santé publique en apportant une réponse plus personnalisée aux freins identifiés dans notre étude.

Dans la continuité de ce travail, des recherches interventionnelles en soins primaires permettraient de mesurer l'impact de gestes simples en consultation, tels que la démonstration du kit, l'explication pédagogique ou l'usage de supports visuels, sur l'adhésion effective au dépistage. Parallèlement, l'évaluation de nouveaux outils de sensibilisation, notamment via les réseaux sociaux, constituerait une perspective d'étude pertinente.

V. Conclusion

Pour conclure, ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs freins à la participation au dépistage du cancer colorectal, notamment la peur du résultat, l'embarras lié à la réalisation du test ou encore l'absence de symptômes. Ces résultats sont globalement en accord avec les données de la littérature, qui retrouvent des obstacles similaires.

Plusieurs leviers ont été identifiés, en particulier le rôle central du médecin généraliste, l'importance d'une information claire et adaptée avec démonstration du kit en consultation, ainsi que l'intérêt de supports pédagogiques, notamment visuels, pour améliorer la compréhension du dépistage.

Malgré les campagnes de sensibilisation existantes, la participation au dépistage reste insuffisante, alors même que le cancer colorectal représente un enjeu majeur de santé publique avec une mortalité encore élevée en France et particulièrement dans la région des Hauts-de-France, notamment dans le département du Nord et du Pas-de-Calais.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de renforcer les actions de prévention, en combinant les campagnes nationales avec des interventions plus ciblées en soins primaires.

L'implication du médecin, à travers l'explication du dépistage, la réassurance face aux craintes et l'utilisation d'outils adaptés, semble essentielle pour améliorer l'adhésion des patients. Le développement de supports visuels et l'utilisation des réseaux sociaux pourraient également constituer des leviers complémentaires.

L'ensemble de ces actions, adaptées aux freins identifiés, pourrait permettre d'augmenter la participation au dépistage et in fine réduire la mortalité liée au cancer colorectal. Cela contribuerait également à améliorer la santé de la population et à diminuer les coûts liés à la prise en charge des formes avancées de la maladie.

VI. Bibliographie

1. Santé Publique France. Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2023-2024 et évolution depuis 2010. [Internet]. [cité 6 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal.-periode-2023-2024-et-evolution-depuis-2010>
2. Santé Publique France. Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2022-2023 et évolution depuis 2010. [Internet]. [cité 18 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal.-periode-2022-2023-et-evolution-depuis-2010>
3. Institut national du cancer. Cancer du côlon : l'essentiel [Internet]. 2023 [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/personnes-malades/les-cancers/colon/comprendre-la-maladie/l-essentiel>
4. Institut national du cancer. Cancer colorectal [Internet]. 2025 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/statistiques-et-chiffres-sur-les-cancers/epidemiologie-des-cancers/cancer-colorectal>
5. Lapôtre-Ledoux B. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. Bull Épidémiologique Hebd [Internet]. 2023. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
6. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Santé Publique Fr 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/app/uploads/2022/09/INCa-2019.-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-Volume-1-Tumeurs-solides.pdf>
7. Lapôtre-Ledoux B, Plouvier S, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016, Hauts-de-France. Santé Publique Fr [Internet]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/195755_spf00001197.pdf
8. Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. Cancer du côlon (cancer colorectal) | SNFGE [Internet]. [cité 16 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.snfge.org/grand-public/maladies-digestives/cancer-du-colon-cancer-colorectal>
9. Faivre J, Manfredi S. Dépistage et prévention du cancer colorectal. Rev Prat [Internet]. 2015;65. Disponible sur: <http://www.bichat->

larib.com/bichat_bibliotheque_articles/596_RDP_2015_6_774.pdf

10. OMS. Cancer colorectal. Organisation mondiale de la Santé (OMS). [Internet]. [cité 17 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
11. Maraninchi PD. Special issue - Organized screening for colorectal cancer in France. Bull Epidemiologique Hebd [Internet]. 2009. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2009/02_03/beh_02_03_2009.pdf
12. Dépistage des Cancers Hauts-de-France. LA LETTRE D'INFORMATION 2024. Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers Hauts-de-France. Dr Jean-Luc DEHAENE.pdf [Internet]. [cité 15 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.crcdc-hdf.fr/wp-content/uploads/2025/01/LettreInfo-2024-GeneAnap-4p-HD.pdf>
13. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujet à risque élevé et très élevé. HAS. [Internet]. [cité 15 nov 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir71/fiche_memo_ccr.pdf
14. Institut national du cancer. Niveaux de risque chez les patients [Internet]. 2022 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-colorectal/niveaux-de-risque-chez-les-patients>
15. Faire le test - Cancer colorectal. Je fais mon dépistage - Institut national du cancer [Internet]. [cité 15 nov 2025]. Disponible sur: <https://jefaismondepistage.cancer.fr/cancer-colorectal/faire-le-test/>
16. Institut national du cancer. Le dépistage en pratique [Internet]. 2025 [cité 31 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/se-faire-depister/les-depistages/depistage-du-cancer-colorectal/le-depistage-en-pratique>
17. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N, Vallee JP, Levillain R, Tichet J, et al. Comparison of a guaiac and an immunochemical faecal occult blood test for the detection of colonic lesions according to lesion type and location. Br J Cancer. avr 2009;100(8):1230-5. doi:10.1038/sj.bjc.6604996
18. Faivre J, Dancourt V, Denis B, Dorval E, Piette C, Perrin P, 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. doi:10.1016/j.ejca.2012.04.007 PubMed PMID: 22572481.
19. Rossum LG van, Rijn AF van, Laheij RJ, Oijen MG van, Fockens P, Krieken HH van, et al. Random Comparison of Guaiac and Immunochemical Fecal Occult Blood Tests for Colorectal Cancer in a Screening Population. Gastroenterology. 1 juill 2008;135(1):82-90. doi:10.1053/j.gastro.2008.03.040 PubMed PMID: 18482589.
20. Robertson DJ, Lee JK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, et al.

- Recommendations on Fecal Immunochemical Testing to Screen for Colorectal Neoplasia: A Consensus Statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 1 avr 2017;152(5):1217-1237.e3. doi:10.1053/j.gastro.2016.08.053 PubMed PMID: 27769517.
21. Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal 2022-2023. CRCDC-DOCCR-2022-2023. INSEE [Internet]. [cité 6 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.crcdc-hdf.fr/wp-content/uploads/2024/10/Taux-participation-DOCCR-2022-2023-pop-INSEE.pdf>
 22. Biron F. Freins au dépistage organisé du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finistère du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel. Faculté de Médecine et de Sciences de la Santé de Brest; 2021.
 23. Ahmed N. Étude qualitative auprès de patients sur leurs motivations et leurs freins à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal [Thèse d'exercice]. Sciences de la Santé Université de Franche Comté; 2024.
 24. Allegrini A, Fico A. Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue médical par une enquête en focus group. Point de vue du public par une enquête par questionnaire. Université de Nice Sophia Antipolis Faculté de Médecine; 2018.
 25. Hauts de France ARS. Le dépistage du cancer colorectal [Internet]. 2021 [cité 6 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-depistage-du-cancer-colorectal>
 26. Aldakhil M, Ibrahim albarrak R, Alharbi R khalaf, Almazyad YF, Alharbi RK, Albshry LA, et al. Barriers to colorectal cancer screening tests among adults in the Saudi population: A systematic review and meta-analysis. *J Taibah Univ Med Sci*. 22 sept 2025;20(5):654-62. doi:10.1016/j.jtumed.2025.09.001 PubMed PMID: 41050089; PubMed Central PMCID: PMC12492006.
 27. Le Bonniec A, Meade O, Fredrix M, Morrissey E, O'Carroll RE, Murphy PJ, et al. Exploring non-participation in colorectal cancer screening: A systematic review of qualitative studies. *Soc Sci Med*. 1 juill 2023;329:116022. doi:10.1016/j.socscimed.2023.116022
 28. Blachier K. État des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Centre-Val-De-Loire concernant le dépistage organisé du cancer colorectal [Thèse d'exercice] [Internet]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2022 [cité 14 avr 2026]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2022_Medecine_BlachierKassandra.pdf
 29. Guerville C. Vécu des patients face au dépistage du cancer colorectal en médecine générale : étude qualitative dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. Université de Lille (2022-...); 2023 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-42719>
 30. Santé Publique France. Attitudes et comportements des Français face au cancer,

résultats du 4e Baromètre Cancer [Internet]. [cité 14 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer-resultats-du-4e-barometre-cancer>

31. Défi connecté pour Mars Bleu 2025. Centre de Coordination | Dépistage des cancers Hauts-de-France. Centre de Coordination | Dépistage des cancers Hauts-de-France [Internet]. 12 févr 2025 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.crcdc-hdf.fr/defi-connecte-pour-mars-bleu-2025/>
32. Mars bleu : prévenir le cancer colorectal [Internet]. 2025 [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/mars-bleu-prevenir-le-cancer-colorectal>
33. Mars Bleu | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/mars-bleu>
34. Côlon Tour : mieux comprendre le dépistage | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 15 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/colon-tour-prevention-ligue-cancer>
35. Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. [cité 15 avr 2026]. Mon Bilan Prévention : en quoi ça consiste ? Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/article/mon-bilan-prevention-en-quoi-ca-consiste>
36. INSEE [Internet]. [cité 19 avr 2026]. En 2022, un adulte sur dix rencontre des difficultés à l'écrit - Insee Première - 1993. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8177068#onglet-2>
37. INSEE [Internet]. [cité 19 avr 2026]. Facteurs de risque au regard de l'illettrisme : Près d'un adulte sur deux peu ou pas diplômé dans les Hauts-de-France - Insee Analyses Hauts-de-France - 190. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8383240#tableau-figure4>
38. Implication du ministère de la Culture dans la lutte contre l'illettrisme | Ministère de la Culture [Internet]. 2024 [cité 19 avr 2026]. Disponible sur: <https://www.culture.gouv.fr/rechercher-une-publication-du-ministere-de-la-culture/rapports/implication-du-ministere-de-la-culture-dans-la-lutte-contre-l-illettrisme>
39. van der Heide I, Ueters E, Jantine Schuit A, Rademakers J, Fransen M. Health literacy and informed decision making regarding colorectal cancer screening: a systematic review. Eur J Public Health. 25(4):575-82.
40. Oldach BR, Katz ML. Health Literacy and Cancer Screening: A Systematic Review. Patient Educ Couns. févr 2014;94(2):149-57. doi:10.1016/j.pec.2013.10.001 PubMed PMID: 24207115; PubMed Central PMCID: PMC3946869.

VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'étude diffusée aux médecins généralistes

Bonjour,
Je suis Carla NELSON, interne en Médecine Générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le dépistage du cancer colo-rectal en cabinet de médecine générale.

Cette étude a pour but d'analyser les freins à la participation au dépistage du CCR identifiés par les médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais mais également d'identifier les leviers mis en place.

Cela permettra d'élaborer une approche optimisée afin de favoriser une meilleure participation au test de dépistage.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude.

Ce questionnaire s'adresse à tous les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais installés en cabinet de médecine générale et ne vous prendra que 5 minutes de votre temps.

Ce questionnaire est facultatif et confidentiel. Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer vos droits d'accès aux données, de rectification, d'effacement, de retrait de consentement/opposition, de limitation, de portabilité.

Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Répondez à chacune des questions en cochant la case correspondante.

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous accorderez à mon étude.

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : carla.nelson.etu@univ-lille.fr

Il y a 16 questions dans ce questionnaire.

Caractéristiques de la population étudiée

1- Êtes-vous ?

- Une femme
- Un homme
- Ne souhaite pas répondre

2- Quel âge avez-vous ?

- < 30 ans
- Entre 30-40 ans
- Entre 40-50 ans
- Entre 50-60 ans

- Entre 60-70 ans
 - > 70 ans
 - Ne souhaite pas répondre
- 3- Quel est votre lieu d'exercice ?
- Rural
 - Semi-rural
 - Urbain
- 4- Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
- < 5 ans
 - 5-9 ans
 - 10-14 ans
 - 15-19 ans
 - 20-24 ans
 - 25-29 ans
 - 30-35 ans
 - > 35 ans
- 5- Dans votre patientèle, les patients âgés de 50 à 74 ans représentent :
- < 25%
 - 25 à 50%
 - 50 à 75%
 - > 75%

Le dépistage du cancer colorectal (CCR)

- 6- Recommandez-vous le test de dépistage du CCR (test immunologique fécal) lors de vos consultations ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
- 7- Rencontrez-vous des difficultés à convaincre vos patients de réaliser le test de dépistage du CCR ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais
- 8- Disposez-vous du temps nécessaire pour expliquer aux patients comment réaliser le test de dépistage ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais

- 9- Distribuez-vous le test de dépistage du CCR aux patients lors de la consultation ?
- Oui
 - Non
- 10-Trouvez-vous que depuis le changement de test (anciennement Hémocult II et maintenant test immunologique fécal), les patients sont plus ouverts à la réalisation du test de dépistage ?
- Oui
 - Non
- 11-Parmi les différents freins au dépistage du CCR, lesquels selon vous sont les plus fréquents (3 choix possibles maximum) ?
- Manque de temps
 - Peur du résultat
 - Peur de réaliser une coloscopie si le test est positif
 - Absence de symptômes
 - Embarras lié à la procédure de réalisation avec manipulation de selles
 - Difficulté de réalisation du test avec papier de recueil fragile
 - Incompréhension sur l'utilité du test
 - Incompréhension sur la réalisation du test en pratique
 - Des convictions personnelles
 - Autre (commentaires libres) :

Afin de préserver l'anonymat de ce questionnaire, veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.

- 12-Selon vous, la population cible est-elle suffisamment informée sur les enjeux collectifs liés au dépistage organisé du cancer colorectal ?
- Oui, tout à fait
 - Oui, dans une certaine mesure
 - Pas vraiment
 - Pas du tout
 - Sans avis
- 13-Le dépistage organisé du cancer colorectal est-il un sujet que vos patients abordent spontanément ?
- Toujours
 - Souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Jamais

Pistes d'amélioration, principaux leviers

- 14-Parmi ces différents leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal, lesquels sont à prioriser, selon vous, afin d'améliorer la participation au dépistage ? (3 choix max possibles)

- Explications claires et personnalisées concernant l'intérêt du dépistage
- Explication de la pratique du test avec kit d'exemple
- Réassurance des patients
- Envoi des kits de dépistage directement au domicile
- Distribution kits de dépistage directement par les pharmaciens
- Invitation à une consultation de prévention avec le médecin généraliste pour tout patients dès 50 ans
- Utilisation de support visuels ou vidéos courtes en salle d'attente ou pendant la consultation
- Autre (commentaire libre) :

Afin de préserver l'anonymat de ce questionnaire, veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.

15-Avez-vous remarqué une augmentation de la participation au dépistage du CCR après la mise en place de certains des leviers cités à la question précédente ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

16-Avez-vous des remarques particulières concernant cette étude que vous aimeriez partager ?

Veuillez écrire votre réponse ici (commentaire libre) :

Afin de préserver l'anonymat de ce questionnaire, veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre.

Merci pour vos réponses.

Je vous souhaite une bonne journée/soirée.

Cordialement,

Carla NELSON.

Annexe 2 : réponses dans les commentaires libres

Réponses libres pour la question n°11 :

Parmi les différents freins au dépistage du CCR, lesquels selon vous sont les plus fréquents ?

- « Refus de faire les examens de dépistages de façon général (mammo, FCU) »
- « Illettrisme »

Réponses libres pour la question n°14 :

Parmi ces différents leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal, lesquels sont à prioriser, selon vous, afin d'améliorer la participation au dépistage ?

- « Vidéos dans le cadre de campagne de santé publique »
- « Sensibiliser via le médias »

Réponses au commentaire libre en fin questionnaire :

- « Les campagnes d'informations sont insuffisantes et n'utilisent pas les nouveaux supports = tous les réseaux sociaux, les plateformes de vidéos ... »
- « Concernant la question « avez-vous le temps d'aborder le sujet du dépistage en consultation ? » : ça n'est pas que j'ai le temps ou non c'est que je prends le temps »
- « Je n'ai pas toujours le temps de leur expliquer (loin de là) mais je le prends systématiquement au moins 1x/patient »
- « Les patients sont globalement bien informés et disposent de suffisamment de moyens pour se faire dépister en autonomie, de mon côté c'est rassurant de ne pas avoir à leur rappeler de le faire ni à leur fournir de kit »
- « Le meilleur levier c'est l'implication du généraliste ! »
- « Étude très intéressante, la médecine française doit se tourner de plus en plus vers la médecine de prévention c'est indispensable »

Annexe 3 : Exonération de la déclaration au registre des activités de traitement



Direction données personnelles et archives

REGISTRE DES ACTIVITES DE TRAITEMENT Attestation d'exonération

Le présent document atteste que vous avez transmis à la Direction des données personnelles et archives de l'Université de Lille les informations nécessaires à l'examen de conformité de votre projet au regard de la réglementation relative à la protection des données personnelles.

Après instruction par le service de la protection des données, la déclaration au registre des activités de traitement de l'Université de Lille n'est pas nécessaire, sous réserve du respect des mesures de sécurité suivantes :

- Information des personnes concernées par une mention d'information figurant au début du questionnaire.
- Utiliser la plateforme d'enquête LimeSurvey de l'Université de Lille accessible via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> « Formulaire de demande d'ouverture d'enquête ».
- Paramétrer le questionnaire d'enquête en mode anonyme (paramètres de participation).
- Transmission des questionnaires aux intermédiaires (anciens MSU & futurs confrères), qui les transmettront eux-mêmes pour que les coordonnées des participants ne soient pas récoltées.
- Garantir que seuls vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Supprimer l'enquête en ligne de la plateforme LimeSurvey à l'issue de la soutenance.

Le respect de ces mesures pourra faire l'objet d'un contrôle de la part du Délégué à la protection des données de l'Université.

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

Traitement exonéré

Intitulé : Analyse des freins à la participation au dépistage du cancer colorectal dans le Nord-Pas-de-Calais en médecine générale et identification des leviers à prioriser

Responsable chargé(e) de la mise en œuvre : Mme Isabelle BODEIN
Interlocuteur (s) : Mme Carla NELSON

Fait à Lille,

Le 7 novembre 2025

Eric FOURÉ

Délégué à la Protection des Données

Direction données personnelles et archives
42 rue Paul Duez
59000 Lille
dpo@univ-lille.fr

Annexe 4 : Campagne « Va chier » dans le cadre de Mars Bleu, portée par le Ligue contre le cancer



ÇA VOUS CHOQUE ?

**NOUS, CE QUI NOUS CHOQUE,
CE SONT LES 17 000 DÉCÈS
PAR AN.**

Le cancer colorectal reste le deuxième cancer le plus meurtrier en France.

Ce chiffre est d'autant plus révoltant que le dépistage est simple, rapide, fiable et gratuit. Ça se fait en cinq minutes, grâce à un kit, et sans bouger de la maison.

Nous pouvons tous agir pour prendre soin de nous, de nos proches et briser les tabous pour une meilleure santé.

Alors, la Ligue change de ton pour sensibiliser :

**VA
CHIER**

c'est plus qu'un slogan, c'est un appel à briser les tabous et à passer à l'action. Alors dites-le à ceux que vous aimez, ça peut leur sauver la vie. Et si vous avez entre 50 et 74, participez au dépistage organisé.

AUTEURE : NELSON Carla

Date de soutenance : 03/06/2026

Titre de la thèse : Analyse des freins à la participation au dépistage du cancer colorectal dans le Nord-Pas-de-Calais en médecine générale et identification des leviers à prioriser.

Thèse - Médecine - Lille « 2026 »

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + FST/option : *Médecine générale*

Mots-clés : dépistage organisé ; cancer colorectal ; médecine générale ; prévention

Résumé :

Contexte : Le cancer colorectal est un enjeu majeur de santé publique en France, avec plus de 47 000 nouveaux cas et près de 17 000 décès par an. Malgré l'efficacité du dépistage, la participation reste insuffisante, notamment dans la région des Hauts-de-France, où l'incidence et la mortalité sont plus élevées que la moyenne nationale.

Objectif : Analyser les freins à la participation au dépistage du cancer colorectal en soins primaires, identifier les leviers utilisés par les médecins généralistes et déterminer ceux à prioriser en consultation.

Méthodes : Étude quantitative observationnelle, transversale à visée descriptive réalisée auprès de médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais à l'aide d'un questionnaire. Les freins à la participation au dépistage et les leviers mobilisés en consultation ont été analysés.

Résultats : Les principaux freins identifiés étaient, l'embarras lié à la réalisation du test (69%), la peur du résultat (65%) et l'absence de symptômes (50%). Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature. Les médecins interrogés soulignent le rôle central de l'information délivrée en consultation, notamment à travers une approche centrée sur le patient par une information personnalisée (73%), la démonstration du test (52%), réassurance mais également l'utilisation de supports visuels (37%).

Conclusion : Cette étude a permis d'identifier les principaux freins au dépistage du cancer colorectal, ainsi que les leviers mobilisables en médecine générale pour améliorer l'adhésion des patients. Elle confirme le rôle central du médecin généraliste dans l'information et la réassurance. Le renforcement de ces actions, associé à des outils pédagogiques adaptés, apparaît nécessaire pour augmenter la participation au dépistage, permettant une réduction de la mortalité et l'amélioration de la santé de la population, enjeu majeur de la santé publique.

Composition du Jury :

Président : Professeure Florence RICHARD

Assesseurs : Dr Sabrina TALBI

Directeur de thèse : Dr Isabelle BODEIN