

Académie d'Orléans - Tours
Université François Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2011

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Julie PHOUPHETLINTHONG épouse AUBERT
Née le 4 février 1977 à Oubol (Thaïlande)

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2011

TITRE

**RESSENTI DES PATIENTS LORS DE LA REMISE DU TEST DE
DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
PAR LEUR MEDECIN GENERALISTE :
étude réalisée dans le Cher en 2011 à partir d'un questionnaire**

Jury

Président de jury : Monsieur le Professeur Etienne DANQUECHIN DORVAL
Membres du jury : Monsieur le Professeur Loik DE CALAN
Monsieur le Professeur Gonzague DE PINIEUX
Madame le Docteur Marie-José BON-MENET
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier FERRAND

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche

Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens

Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue

Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie

Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERAL

Monsieur Patrick HOARAU

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Patrick CHOUTET

Professeur Guy GINIES

Professeur Jacques LANSAC

Professeur Olivier LE FLOCH

Professeur Chantal MAURAGE

Professeur Léandre POURCELOT

Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

. MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph.
ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT
B. TOUMIEUX - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	AUTRET Alain	Neurologie
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale

Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication

Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
Mmes	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
	BRECHOT Marie-Claude	Biochimie et Biologie moléculaire
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DUONG Thanh Hai	Parasitologie et Mycologie
Mmes	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie , transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mme	MICHEL-ADDE Christine	Pédiatrie
M.M	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
Mme	VALAT Chantal	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
Mme	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M.M.	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	ROBERT Jean	Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE

M	DIABANGOUAYA Célestin	Anglais
---	-----------------------	---------

CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618

MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
M.	MALLET Donatien	Praticien Hospitalier.

Remerciements

**A Monsieur le Professeur Etienne DANQUECHIN DORVAL,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,
Gastroentérologie – Hépatologie, Chef de service,
Hôpital Trousseau, CHRU de Tours.**

Vous m’avez fait l’honneur de présider ce jury.
Veuillez trouver ici l’expression de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Loik DE CALAN,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,
Chirurgie digestive, Chef de service,
Hôpital Trousseau, CHRU de Tours.**

Vous m’avez fait l’honneur de juger ce travail.
Soyez assuré de ma très grande reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Gonzague DE PINIEUX,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,
Anatomie et Cytologie Pathologiques,
Hôpital Trousseau, CHRU de Tours.**

Vous m’avez fait l’honneur d’accepter de participer au jury de cette thèse.
Ayez l’expression de ma plus grande considération.

**A Madame le Docteur Marie-José BON-MENET,
Médecin généraliste à Bourges.**

Je te remercie d’avoir accepté sans hésiter de juger ce travail.
J’ai beaucoup appris lors de mon stage dans ton cabinet.
Ton exercice de la Médecine Générale et ta rigueur sont un exemple pour moi.
Sois assurée de ma plus grande gratitude et de mon respect.

**A Monsieur le Docteur Olivier FERRAND,
Médecin généraliste, Médecin coordonnateur de l’ADOC 18 à Bourges.**

Tu m’as fait l’honneur de diriger ce travail.
Merci de ta très grande patience, de ton soutien, de ta disponibilité.
Tu as su me communiquer ton enthousiasme et ta motivation pour le dépistage des cancers.
Sois assuré de ma plus grande reconnaissance.

A tous mes maîtres de stage. Je ne peux que tirer profit de vos enseignements.
Aux « filles » de l’ADOC, qui ont assuré la réception des questionnaires.
A l’équipe de l’IRSA. J’ai apprécié travailler avec vous tout au long de cette année. La
prévention est indispensable, pour tous. Continuez à ouvrir dans ce sens.

A toutes les personnes qui ont participé à cette étude.

A Arnaud,

Tu m'as toujours soutenue et encouragée dans tout ce que j'entreprenais.
Ton amour me permet d'avancer.

A Chanepaseuth, Souksabaï et Ayutthaya,

Mes rayons de soleil qui seront heureux de retrouver leur Maman.

A mes parents,

Merci de votre présence à mes côtés, de votre soutien tout au long de ces années.
Vous m'avez inculqué les valeurs fondamentales de la vie.

A mes frère et sœurs,

Que nos liens restent toujours unis.
Que nous puissions nous retrouver plus souvent.

A mes beaux-parents,

Vous m'avez toujours très bien accueillie et toujours soutenue.

A ma famille,

Mon grand-père Phao,
Ceux qui résident en France,
Ceux qui résident au Laos,
Ceux qui résident en Thaïlande,
Ceux qui résident aux Etats-Unis,
A la mémoire de mes grands-parents, que je n'ai malheureusement pas connus.

A ma belle-famille,

Mémère Odette,
Estelle, Matthieu et leurs enfants,
Vincent,
Georges,
Maryse et ses enfants...
A la mémoire de Mémère Henriette,
A la mémoire de Francis.

A Graziella et Cylia,

Mes amies de toujours.
J'espère qu'on pourra se voir plus souvent maintenant.

A tous mes amis.

Table des matières

Liste des professeurs	2
Remerciements	7
Table des matières	9
Abréviations	11
Avant-propos	12
Introduction	13
Matériels et méthodes	14
Résultats	16
Le taux de participation.....	16
Le profil des patients.....	16
La consultation de remise du test.....	18
Le ressenti des patients.....	19
Un MG convaincant.....	19
Un MG convaincu.....	19
Un MG disponible.....	20
Les patients ont reçu des explications.....	20
Des patients satisfaits.....	21
Analyse de la perception du message.....	22
Autres liens significatifs.....	23
Discussion	24
Le taux de participation et les limites de l'étude.....	24
Le profil des patients.....	24
Sexe.....	24
Age.....	25
Niveau d'études le plus élevé.....	26
Durée du suivi médical avec le même MG.....	26
La consultation de remise du test.....	27
Le ressenti des patients.....	28
Des MG convainquants mais aussi des patients déjà convaincus.....	28
Des MG convaincus mais qui n'en parlent pas suffisamment.....	29
Conclusion	33
Références bibliographiques	34

Annexes	37
Annexe 1 : Questionnaire.....	38
Annexe 2 : Lettre d'accompagnement.....	40
Annexe 3 : Lettre de relance « test remis non lu ».....	41
Annexe 4 : Courrier d'invitation à retirer le test de dépistage du cancer colorectal....	42
Annexe 5 : Résultats.....	43
Annexe 6 : Liens significatifs.....	65
Annexe 7 : Données de l'ORS Centre.....	71
Annexe 8 : Documentation à destination des patients.....	74
Annexe 9 : Carnet de remise des tests des médecins généralistes.....	76
Annexe 10 : Documentation à destination des médecins	77
Serment d'Hippocrate	79
Résumé	80

Abréviations

ADOC	Action de dépistage organisé contre le cancer
CCR	Cancer colorectal
DOCCR	Dépistage organisé du cancer colorectal
INCa	Institut national du cancer
InVS	Institut de veille sanitaire
MG	Médecin généraliste
ORS	Observatoire régional de santé
SG	Structure de gestion

Avant propos

Le cahier des charges de cette thèse donné par mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Olivier Ferrand, était de rédiger ce travail sous la forme la plus proche d'un article, afin qu'il y ait le moins de réorganisation possible en vue d'une publication. En effet, une fois la soutenance réalisée, peu d'étudiants ayant effectué un travail intéressant prennent le temps de reprendre la rédaction lorsque la thèse a été rédigée sous une forme « classique ».

Introduction

En France, le cancer colorectal (CCR) est au 3^{ème} rang des cancers avec 37 413 cas en 2005 derrière les cancers de la prostate et du sein. C'est le 2^{ème} cancer chez la femme, derrière le cancer du sein, et le 3^{ème} chez l'homme, derrière les cancers de la prostate et des poumons. Il se place au 2^{ème} rang des décès par cancer (16 865 en 2005) après le cancer du poumon [1,2]. En 2011, on estime à 40 520 le nombre de nouveaux cas de CCR et à 17 526 le nombre de décès liés à ce cancer [3]. Le taux de survie relative à 5 ans est de 56%, tous stades confondus [4].

Un dépistage organisé du CCR (DOCCR) a été généralisé à l'ensemble du territoire français à partir de 2007. Il repose sur la recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans par un test au gâïac chez les patients à risque moyen de CCR, âgés de 50 à 74 ans. Les autorités françaises ont choisi le test Hemoccult II® [5,6,7]. Un taux de participation de 50% permettrait de faire diminuer la mortalité de 15 à 20% [7,8,9,10]. Le Plan Cancer 2009-2013 a pour ambition d'atteindre plus de 60% de participation en 2013 [11].

Il est maintenant démontré que la remise du test par le médecin généraliste (MG) augmentait le taux de participation au DOCCR [12,13]. Une étude menée par l'Institut National pour le Cancer (INCa) en septembre 2010 montrait que les MG étaient impliqués dans le DOCCR : 95% d'entre eux le jugeaient efficace, 99% se jugeaient indispensables ou utiles [14]. La population-cible est favorable à ce dépistage [15]. Les deux principaux acteurs de ce programme, MG et patients, se déclaraient pour le DOCCR. Pourtant, le taux national de participation était seulement de 34% sur la période 2009-2010 [16].

Nous allons tenter par ce travail de comprendre le ressenti de la population-cible par rapport au message transmis par le MG lors de la remise du test de dépistage du CCR.

Matériels et méthodes

L'étude a été réalisée dans le département du Cher durant le premier semestre 2011.

Un questionnaire composé de 11 questions (annexe 1) et une lettre d'accompagnement (annexe 2) ont été envoyés entre février et mai 2011 à **2 groupes de patients ayant retiré leur test de dépistage chez leur MG :**

- Le groupe 1 était formé par les personnes qui ont réalisé leur test de dépistage du CCR : 500 femmes et 500 hommes soient 1000 personnes. Un tirage au sort parmi les bénéficiaires du DOCCR ayant effectué leur test durant les 3 mois précédant l'étude a permis de constituer cette liste.
- Le groupe 2 était formé par les personnes qui n'ont pas réalisé leur test de dépistage. Le questionnaire a été joint à la relance (annexe 3) envoyée par ADOC 18 (Action de Dépistage Organisé des Cancers) six semaines après la remise du test par le MG, en l'absence de lecture par le CLH (Centre de Lecture des Hemocult®). 723 personnes étaient concernées (371 femmes et 352 hommes).

Dans le cadre du DOCCR, après une invitation (annexe 4), deux relances sont envoyées aux bénéficiaires en l'absence de réponse. La 1^{ère} est une lettre de rappel à 4 mois. La 2^{ème}, adressée 3 mois après la 1^{ère}, contient un test. Les personnes ayant effectué leur dépistage dans ce contexte d'envoi à domicile ont été exclues de l'étude.

Le questionnaire était construit selon les 3 axes suivants :

- Le profil du patient. Les patients âgés de 75 ans révolus au moment du dépistage ont été inclus à l'étude, le test ayant été réalisé avec retard après réception du courrier d'invitation envoyé jusqu'à 74 ans.
- Les conditions de remise du test.
- Le ressenti du patient lors de la remise du test.

Une enveloppe T était jointe pour la réponse, attendue jusqu'au 30 juin 2011.

La réponse et le traitement des réponses étaient anonymes. Une marque non décelable par les patients permettait de différencier les 2 groupes.

Les données collectées ont été saisies au moyen du logiciel Sphinx PLUS²-V5. Une analyse statistique a été possible grâce à ce logiciel et à EXCEL 2007.

Résultats

Le détail des résultats pour chaque question a été reporté en annexe 5 et celui des liens statistiquement significatifs en annexe 6.

Pour mémoire :

- Groupe 1 : patients ayant réalisé le test après l'avoir retiré chez le MG.
- Groupe 2 : patients n'ayant pas réalisé le test bien que l'ayant retiré chez le MG.

Le taux de participation

Le taux de participation moyen a été de 41,3% (711 questionnaires reçus) : 56,3% (563) pour le groupe 1 et 20,5% (148) pour le groupe 2. Respectivement 15 et 9 patients ont signalé avoir reçu le test à domicile. Ils ont été exclus de l'étude. Finalement, le taux de participation moyen était de 39,9% (687 questionnaires) : 54,8% (548) pour le groupe 1 et 19,2% (139).

Le profil des patients

Le profil des patients est résumé dans le tableau 1.

Le profil des deux groupes ne différait pas sur le sexe des patients : il y avait 48,9% d'hommes et 50,4% de femmes pour le groupe 1 et une proportion égale d'hommes et de femmes (49,6% pour chaque sexe) dans le groupe 2.

Les patients avaient majoritairement le même MG depuis plus de 11 ans : 54,4% pour le groupe 1 et 54% pour le groupe 2.

Par contre, le profil différait très significativement sur l'âge et le niveau d'études.

Les patients du groupe 1 se répartissaient de manière quasi-égale entre les tranches d'âge 50-54 ans (21,2%), 55-59 ans (22,3%) et 60-64 ans (22,6%). La tranche d'âge 70-75ans

du groupe 1 (15%) était très significativement moins représentée. Le groupe 2 était représenté par la tranche d'âge 50-54 ans (38,1%) avec 64,2% de femmes.

Dans le groupe 1, les patients « sans diplôme » (35,8%) et de niveau « bac ou bac professionnel » (29,4%) étaient sur-représentés par rapport aux autres catégories. Les patients du groupe 2 étaient 59,7% de niveau « CAP, BEP, brevet ou Certificat d'études ».

Tableau 1 : Profil des patients

		Groupe 1 % (n)	Groupe 2 % (n)	Ensemble % (n)	p entre les 2 groupes
SEXE	Homme	48,9 (268)	49,6 (69)	49,1 (337)	0,88
	Femme	50,4 (276)	49,6 (69)	50,2 (345)	
	Non réponse	0,7 (4)	0,8 (1)	0,7 (5)	
AGE	50 – 54 ans	21,2 (116)	38,1 (53)	24,6 (169)	<0,001
	55 – 59 ans	22,3 (122)	18,7 (26)	21,5 (148)	
	60 – 64 ans	22,6 (124)	20,9 (29)	22,3 (153)	
	65 – 69 ans	18,2 (100)	17,3 (24)	18,0 (124)	
	70 – 75 ans	15,0 (82)	5,0 (7)	13,0 (89)	
	Non réponse	0,7 (4)	0,0 (0)	0,6 (4)	
NIVEAU D'ETUDES LE PLUS ELEVE	Sans diplôme	35,8 (196)	9,4 (13)	30,4 (209)	<0,001
	CAP, BEP, brevet, Certificat d'études	13,0 (71)	59,7 (83)	22,4 (154)	
	Bac ou bac pro	29,4 (161)	15,1 (21)	26,5 (182)	
DUREE DU SUIVI AVEC LE MEME MEDECIN GENERALISTE	Bac + 2	12,4 (68)	12,2 (17)	12,4 (85)	0,14
	Bac + 5	4,2 (23)	3,6 (5)	4,1 (28)	
	Non réponse	5,3 (29)	0,0 (0)	4,2 (29)	
DUREE DU SUIVI AVEC LE MEME MEDECIN GENERALISTE	Moins de 1 an	4,9 (27)	10,1 (14)	6,0 (41)	0,14
	De 1 à 5 ans	20,1 (110)	19,4 (27)	19,9 (137)	
	De 6 à 10 ans	19,9 (109)	16,5 (23)	19,2 (132)	
	Plus de 11 ans	54,4 (298)	54,0 (75)	54,3 (373)	
	Non réponse	0,7 (4)	0,0 (0)	0,6 (4)	

En bleu : taux significativement supérieur au chiffre théorique attendu au sein d'un groupe.

En rouge : taux significativement inférieur au chiffre attendu au sein d'un groupe.

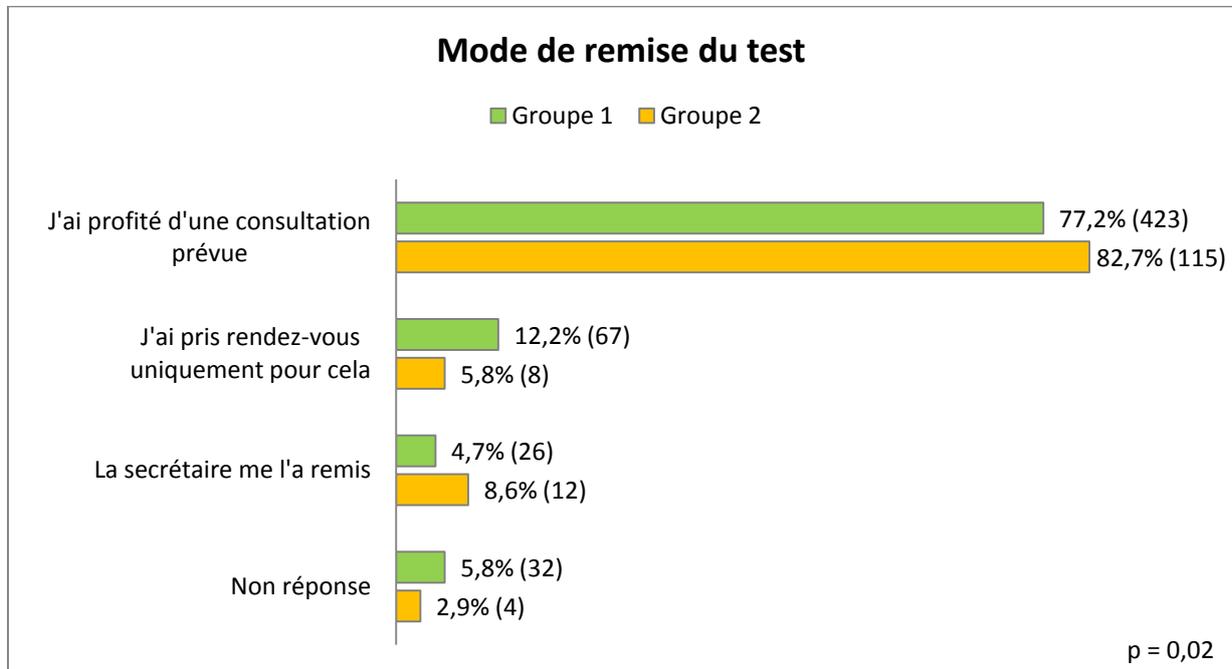
La consultation de remise du test

Les patients des deux groupes ont majoritairement profité d'une consultation prévue pour retirer le test : 77,2% pour le groupe 1 et 82,7% pour le groupe 2.

Il existait une différence significative sur la catégorie de patients qui ont pris rendez-vous uniquement pour retirer le test : ils étaient 12,2% dans le groupe 1 et seulement 5,8% dans le groupe 2. Dans le groupe 1, les 50-54 ans étaient significativement plus nombreux que les autres tranches d'âge à consulter pour demander le test. Les « sans bac » du groupe 2 étaient significativement moins nombreux à prendre un rendez-vous uniquement pour retirer le test.

Le test a été remis par la secrétaire pour 4,7% des patients du groupe 1 et pour 8,6% des patients du groupe 2.

Figure 1 : Mode de remise du test dans les deux groupes



Le ressenti des patients

Pour les deux groupes, les bénéficiaires du DOCCR ont majoritairement trouvé leur MG convaincant, convaincu et disponible pour donner des explications. Il n'y a pas de différence significative de répartition entre les deux groupes.

Un MG convaincant

Le MG a été convaincant pour l'ensemble des patients (65,1% dans le groupe 1 et 68,3% dans le groupe 2). On retrouvait la même proportion de patients déjà convaincus dans les deux groupes : 30,1% pour le groupe 1 et 29,5% pour le groupe 2. Seuls 2 patients du groupe 1 (0,4%) ont répondu « je ne voulais pas le faire » avant la consultation mais l'analyse des commentaires libres en dénombre 5 autres: « *au départ, je n'avais pas très envie de le faire mais mon médecin m'a convaincu* », « *je pensais que c'était une pub, mon médecin a su m'expliquer pourquoi il fallait faire le test* ». Il n'y en avait aucun dans le groupe 2. Des patients du groupe 1 étaient déjà convaincus, « *le MG a renforcé [leur] conviction* » (cité 7 fois). Le MG avait « *une démarche positive* », il « *encourageait* ».

Dans le groupe 2 :

- Les patients connaissant leur MG depuis moins de 1 an le trouvaient moins convaincant.
- Les hommes étaient moins nombreux à être déjà convaincus.
- Les femmes étaient plus nombreuses à être déjà convaincues.

Un MG convaincu

Le MG a semblé totalement convaincu par le DOCCR pour 74,6% du groupe 1 et 68,3% du groupe 2. Ce ressenti était clairement exprimé dans les réponses de la question 11 pour les deux groupes: le MG « *adhérait* », « *était favorable au dépistage* ». Il était même

« militant », « impliqué », « engagé ». Très peu ont trouvé leur MG « peu convaincu » (1,5% des commentaires du groupe 1 et 0,7% dans le groupe 2). Huit patients du groupe 1 signalaient que leur MG ne recommandait pas le test Hemocult II® mais une coloscopie systématique.

Un MG disponible

Le MG semblait disponible pour donner des explications (87,6% du groupe 1 et 84,1% du groupe 2), « à l'écoute ». Les patients du groupe 2 pour qui le MG n'a pas semblé disponible expliquaient cette indisponibilité par « un manque de temps ».

Les patients ont reçu des explications

La majorité des patients a reçu des explications de façon comparable dans les deux groupes: respectivement 69,5% et 59,7%. Le MG a « (très) bien expliqué le processus » ou « l'intérêt du test ».

On retrouvait la même proportion de patients n'ayant pas reçu d'explications dans les deux groupes : 12% du groupe 1 et 13% du groupe 2. Mais les patients du groupe 2 étaient beaucoup plus nombreux à avoir exprimé ce manque d'explications dans la question ouverte (20,4% versus 9,3%). Pour eux, le MG n'avait fait « aucun commentaire », il « transmet juste une enveloppe ». Une patient « ne [savait] pas si c'[était] systématique ou sur demande ».

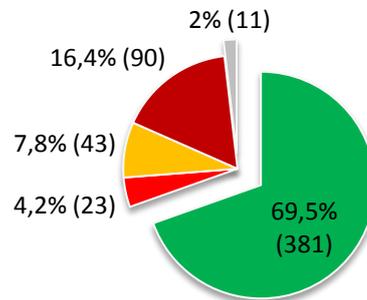
Les patients étaient significativement plus nombreux à connaître le test dans le groupe 2 (27%) que dans le groupe 1 (16,4%). Certains de ces patients n'avaient demandé aucune explication, ayant déjà réalisé le test : 3% dans chaque groupe. Ils se demandaient même si c'était à eux de faire la démarche d'aborder le sujet.

Figure 2 : Transmission d'explications par le MG dans les deux groupes

Groupe 1

OUI 69,5%

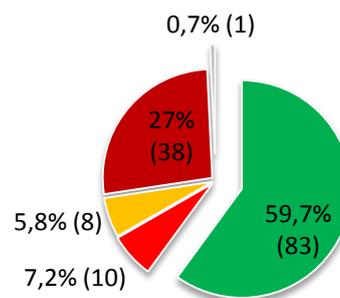
JE CONNAIS LE TEST 16,4%



Groupe 2

OUI 59,7%

JE CONNAIS LE TEST 27%



Entre les 2 groupes : $p = 0,01$ (significatif),

p a été calculé en excluant les NR.

Des patients satisfaits

Dans les deux groupes, les patients étaient majoritairement satisfaits des explications données : respectivement 86,3% et 80,6%. La différence se situait au niveau des réponses « Je ne sais pas » : 3,8% du groupe 1 et 10,1% du groupe 2. Deux patients du groupe 2 ont admis qu'il n'y avait « pas assez d'explications pour une personne non motivée » et 2 du groupe 1 que « le test était difficile à réaliser, surtout sans explications ».

Analyse de la perception du message

Pour les patients des deux groupes, le MG semblait partisan de la prévention du CCR et de la prévention en général.

Les patients ont retenu que le test était « *indispensable* », « *important* » et « *utile* ».

10% du groupe 1 ont laissé des commentaires sur le principe du DOCCR mais seulement 2% du groupe 2. C'est « *une précaution* », il « *vaut mieux prévenir que guérir* ». Il repose sur « *la recherche de sang dans les selles* ». Il « *évite la coloscopie* ». Il « *doit être fait tous les 2 ans* » et faire partie de « *la routine* ». Mais « *il peut être négatif et on peut avoir un cancer 6 mois plus tard* ».

Certains MG étaient réticents pour la partie administrative et considéraient que les patients ne devraient venir retirer le test que la première fois, avis partagé par certains patients. Ils remettaient le test « *par obligation* ».

Figure 3 : Commentaires positifs, en % du nombre de réponses dans chaque groupe (n)

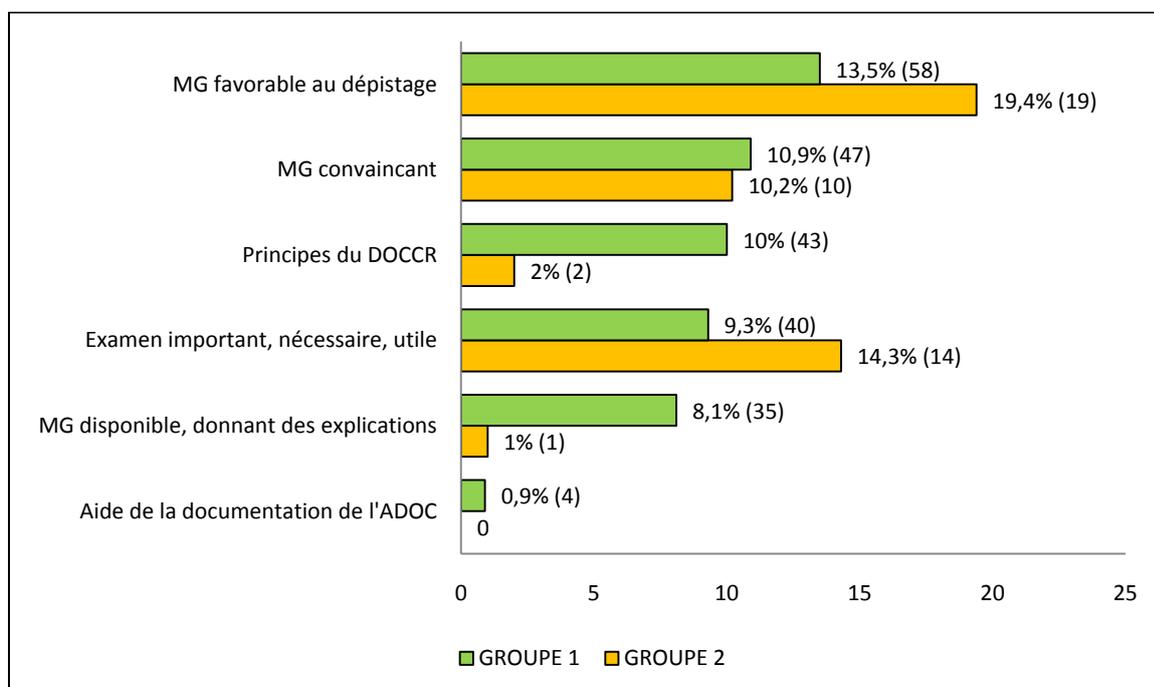
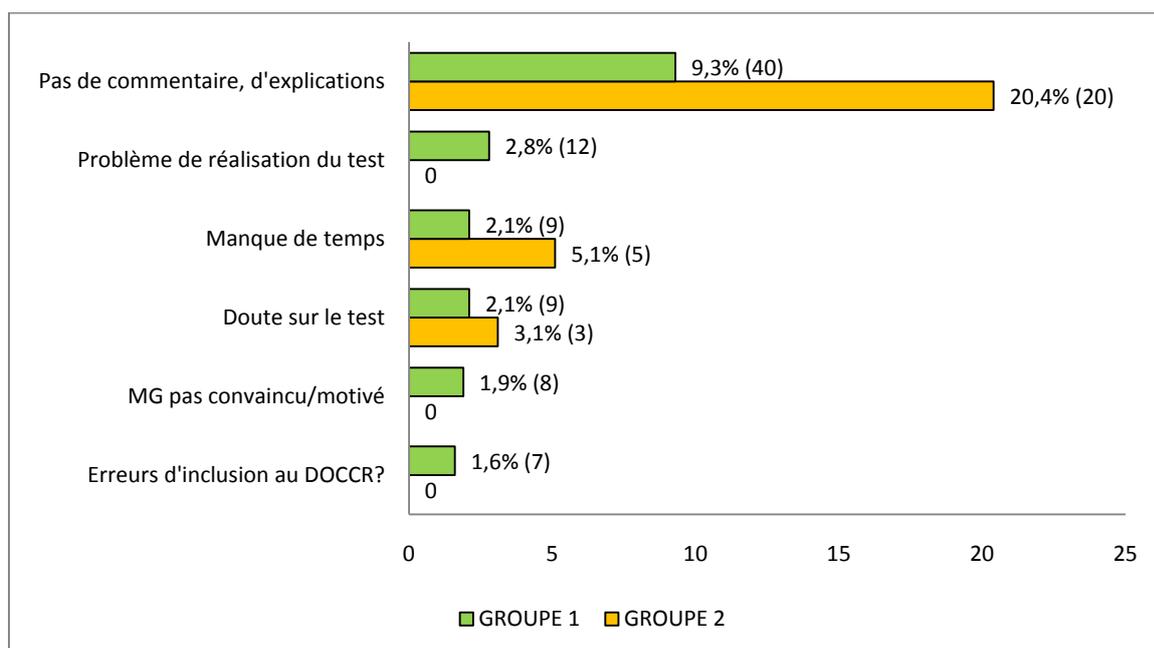


Figure 4 : Commentaires négatifs, en % du nombre de réponses dans chaque groupe (n)



Autres liens significatifs

Pour les deux groupes :

- Le MG non convaincant était celui qui semblait non convaincu.
- Les patients qui connaissaient déjà le test ne savaient pas si leur MG était lui-même convaincu par le DOCCR.

Dans le groupe 2 :

- Le MG qui semblait moins convaincu était moins disponible.
- Les personnes connaissant déjà le test qui n'avaient pas demandé d'explications ne connaissaient pas l'opinion de leur MG sur le DOCCR.

Discussion

Les patients du Cher ayant retiré leur test de DOCCR trouvent leur MG convaincant, convaincu et disponible pour leur donner des explications. Mais il existe des nuances selon le groupe.

Le taux de participation et les limites de l'étude

Il est bon pour le groupe 1, celui des patients ayant réalisé leur test (54,8%).

Le biais principal de cette étude est celui de recrutement. En effet on peut penser que seuls les patients intéressés ont répondu au questionnaire. En France, après réception du courrier d'invitation, seulement 42% des personnes vont demander le test. Une fois le test remis, 89% déclarent l'avoir réalisé [15,17]. Les raisons de la participation plus faible du groupe 2 (19,2%) peuvent être multiples :

- Ces patients sont les moins motivés ou les moins intéressés par le DOCCR. De la même manière qu'ils n'ont pas réalisé leur test immédiatement après l'avoir retiré, ils n'ont pas répondu rapidement au questionnaire.
- Ils se sentent coupables de ne pas avoir réalisé le test et ont peur de répondre.

Il existe également un biais de désirabilité sociale comme dans toutes les enquêtes de type déclaratif.

Le profil des patients

Sexe

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes dans la répartition hommes/femmes.

Ce résultat diffère de ce qu'on pouvait observer jusque là :

- Une enquête barométrique de l'INCa en 2009 montrait que 49% des femmes et 36% des hommes ont retiré leur test de DOCCR [15].
- Selon les données nationales de l'Institut de veille sanitaire (InVS) sur la campagne 2009-2010, le taux de participation était de 36,5% pour les femmes et 31,4% pour les hommes [16].

Il y avait une répartition dans nos envois de 49,4% d'hommes et 50,6% de femmes, peu différente de celle de la population âgée de 50 à 74 ans au 1^{er} janvier 2009 en France métropolitaine était de 47,9% d'hommes et de 52,1% de femmes [18]. Nous avons une agréable surprise de la part des hommes : ils peuvent être sensibilisés aux campagnes de dépistage. Les MG doivent leur porter une attention particulière car ils sont moins nombreux que les femmes à être déjà convaincus avant la consultation.

Age

La tranche d'âge la plus jeune est sur-représentée dans le groupe 2. Les données nationales de l'InVS sur la campagne 2009-2010 [16] montraient :

- un taux de participation chez les hommes et les femmes de moins de 60 ans n'atteignant pas respectivement 28 et 34%.
- une participation maximale à 36% pour les 70-74 ans chez les hommes.
- une participation maximale à 41% pour les 60-64 ans chez les femmes.

Dans notre étude, l'analyse multivariée sexe/âge montrait une différence peu significative pour le groupe 2 : les femmes représentent 64,2% des 50-54 ans! Nous pouvons soumettre l'hypothèse que les femmes diffèrent la réalisation du test de dépistage du DOCCR, d'autant plus qu'à 50 ans, elles reçoivent également leur invitation pour le dépistage organisé du cancer du sein.

Niveau d'études

Une enquête barométrique de l'INCa en 2009 montrait que 42% des personnes « sans diplôme » considéraient que le dépistage était « utile uniquement en cas de symptômes » et 39% pensaient : « si on fait un dépistage, c'est qu'on a de fortes chances d'avoir un cancer ». On retrouvait les mêmes opinions chez les ouvriers. 44% des personnes « sans bac » pensaient que le cancer était une « maladie dont on ne guérit pas » [15]. Les idées reçues sur le cancer sont tenaces. Les associations contre le cancer ont encore beaucoup à faire sur ce point. Le gouvernement essaie déjà de communiquer à ce propos, notamment avec la création de sites internet tel que www.e-cancer.fr. Lors de la première campagne de DOCCR, la sensibilisation était axée sur le fait que le CCR est un cancer qu'on peut prévenir : « Le plus souvent, dépisté à temps, le CCR n'est pas méchant ».

Dans notre étude, nous retrouvons la même population dans le groupe 2 : il y a 69,1% de patients « sans bac ». Les « sans diplôme » du groupe 1 sont aussi significativement moins nombreux à prendre rendez-vous uniquement pour retirer le test. L'avance des frais médicaux constituerait un frein. Dans notre travail, 4 patients ont exprimé cette difficulté. Cette plainte a déjà été retrouvée dans des études [12,13]. La population-cible n'estime peut-être pas le DOCCR suffisamment important pour lui consacrer une consultation spécifique. Il aurait peut-être été plus judicieux d'étudier la catégorie socioprofessionnelle des patients plutôt que leur niveau d'études pour pouvoir comparer avec les données de l'ORS (annexe 7).

Durée du suivi médical avec le même MG

Les patients des deux groupes avaient majoritairement le même MG depuis plus de 11 ans. Par ailleurs, les patients ayant le même MG depuis moins de 1 an trouvaient leur MG moins convaincant. Ce résultat suggère que la confiance ne s'est probablement pas assez développée entre le patient et le MG. Nous pouvons aussi supposer que le MG, par manque de

temps, s'oblige à mettre un ordre de priorité aux sujets lors de la consultation, à traiter d'abord les pathologies aiguës et à reporter les sujets de prévention à des consultations ultérieures. Dans une étude, des MG déclaraient aborder le sujet en fin de consultation pour préparer le rendez-vous ultérieur [19].

Nous pouvons proposer comme levier d'action pour augmenter la participation au DOCCR la sensibilisation des MG à porter une attention plus particulière à la population-cible masculine, la plus jeune (50-54 ans), la « moins diplômée » parmi leur nouvelle patientèle.

La consultation de remise du test

Les bénéficiaires du DOCCR profitent majoritairement d'une consultation prévue pour retirer leur test. Certains patients ressentent que la remise du test représente une surcharge de travail pour leur MG. Ce « manque de temps » a déjà été identifié dans diverses études [19]. Il est certainement majoré par le problème de démographie médicale dans le Cher (annexe 7) [20]. Certains MG de notre étude ont exprimé le souhait de ne plus avoir à remettre le test aux patients qui l'ont déjà réalisé. Cet avis est partagé par des patients qui ne voient pas l'intérêt de rencontrer de nouveau leur MG à ce sujet. La charge administrative supplémentaire représentée par la remise du test paraît être un obstacle pour les MG. Les patients avancent aussi une dépense supplémentaire : le prix de la consultation. Mais moins le MG est vu, moins ils participent au DOCCR. Des études montraient que les personnes consultant fréquemment le MG étaient plus à jour dans leurs dépistages [13,19]. Nous pouvons imaginer la création d'une consultation de prévention dédiée au dépistage des cancers.

Les patients ayant réalisé leur test après l'avoir retiré chez leur MG sont plus nombreux à prendre rendez-vous uniquement pour cela. 41,8% de cette catégorie ont entre 50

et 54 ans. Nous avons vu précédemment que cette tranche d'âge est celle qui participe le moins. Nous pouvons penser qu'elle est malgré tout motivée puisqu'elle prend rendez-vous uniquement pour demander le test. En 2000, dans le Cher, les personnes consultaient en moyenne 4,69 fois par an leur omnipraticien. La fréquence des consultations augmentait avec l'âge [21]. Notre résultat peut donc s'expliquer en partie : les 50-54 ans consultent moins, étant moins exposés aux problèmes de santé que leurs aînés, et sont obligés de consacrer une consultation au DOCCR. Dans ce cas, les 50-54 ans en général sont à sensibiliser en amont de la consultation avec le MG. L'information peut se faire par l'intermédiaire de sources diverses : des dépliants, des publicités dans la presse écrite, sur internet, à la télévision ou à la radio, sensibiliser les autres professionnels de santé tels que médecins et infirmières du travail, gynécologues, ophtalmologues, kinésithérapeutes, pharmaciens. Des actions de sensibilisation existent déjà. Tous les ans, le mois de mars est le mois de mobilisation nationale contre le CCR : c'est l'opération « Mars bleu ». En 2011, le dispositif était renforcé auprès de populations moins sensibles que sont les hommes, en particulier les 50-54 ans, les migrants et les populations en position de vulnérabilité (annexe 8). Les structures de gestion (SG) peuvent porter une attention particulière à leur courrier d'invitation. Trois patients de notre travail ont déclaré que le courrier les avait incités à prendre contact avec leur MG. L'incitation par le courrier est faible par rapport à celle par le MG [15,22] mais elle est à prendre en compte surtout pour les patients qui vont rarement chez leur MG.

Le ressenti des patients

Des MG convaincants mais aussi des patients déjà convaincus

Pour les deux groupes, les MG sont totalement convaincants pour décider les patients à réaliser leur test. La proportion de patients « déjà convaincus » est la même dans les deux groupes. Pour des patients déjà convaincus du groupe 1, leur MG « a renforcé leur

conviction ». Le MG a donc là un rôle important : il doit rappeler l'intérêt du test, sa fréquence de réalisation pour que même les personnes déjà convaincues effectuent leur test rapidement après être venues le chercher. Une piste d'amélioration serait de diffuser régulièrement un message aux MG sur leur importance dans le DOCCR. Ces derniers ne se rendent certainement pas compte du rôle qu'ils ont dans ce dispositif. Pourtant les études ont démontré que la remise du test par le MG augmentait le taux de participation au DOCCR [12,13]. L'Assurance Maladie peut œuvrer en diffusant régulièrement un message dans ses « points d'information ». Les SG sont aussi des alliées précieuses, d'autant plus que les MG sont satisfaits de leurs relations avec elles [14].

Des MG convaincus mais qui n'en parlent pas suffisamment

Les MG semblaient convaincus pour les patients des deux groupes. Toutefois ce résultat peut être modéré : les patients pour qui le MG ne semblait pas convaincu ou qui ne savaient pas quelle opinion avait leur MG étaient significativement plus nombreux à le trouver moins convaincant et moins disponible. Pourtant les MG estiment que la prévention fait partie de leurs attributions [19]. Une étude menée par l'INCa en septembre 2010 [14] montrait que les MG étaient doublement convaincus par le DOCCR : ils le jugeaient efficace, nécessaire en terme de santé publique, de bonne qualité et ils se jugeaient indispensables ou utiles mais :

- ils abordaient le sujet spontanément dans seulement 52% des cas
- ils vérifiaient systématiquement si le test était fait dans seulement 34% des cas

Il semble primordial que les MG vérifient de manière plus systématique la participation de leurs patients au DOCCR et leur transmettent leur enthousiasme, leur conviction à propos du DOCCR. Là encore, les SG peuvent aider les omnipraticiens dans leur rôle d'acteur de santé publique. Dans la même étude, les MG citaient comme limites du

DOCCR la fréquence des faux positifs, et à moindre échelle celle des faux négatifs et du sur-diagnostic. En donnant des informations au niveau de chaque patientèle et au niveau départemental, elles aident le MG à expliquer les limites du DOCCR et elles lui permettent de situer ses « résultats ». Elles peuvent agir sur les perceptions des MG sur le DOCCR, insister sur le fait que c'est une démarche collective concernant des sujets non demandeurs de soins. Pour que les MG abordent le sujet plus souvent, nous pouvons proposer la mise en place d'une alarme dans le dossier médical comme il en existe pour les vaccins. Par ailleurs, le DOCCR pourrait faire partie du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles). C'est un contrat de trois ans entre le médecin traitant et l'Assurance Maladie. Le MG est rémunéré en fonction des objectifs atteints dans sa patientèle en termes de prévention : taux de vaccination antigrippale chez les plus de 65 ans, prévention de la iatrogénie médicamenteuse, participation au dépistage du cancer du sein. Il s'engage aussi à prévenir et à traiter l'hypertension artérielle et le diabète [23].

Les patients qui n'ont pas trouvé leur MG convaincu avançaient les doutes de ce dernier par rapport au test. Il est donc important de former les MG : la qualité de leur formation augmente la participation [24]. Cette charge a été attribuée aux structures de gestion.

Les deux groupes ont trouvé leur MG disponible pour des explications. Ce résultat doit être modéré : le groupe 2 a une proportion plus importante de personnes qui connaissaient le test et qui n'ont pas demandé ou reçu d'explications. Le test a été plus souvent remis par la secrétaire du cabinet médical dans le groupe 2. Cela illustre la moindre motivation de certains MG et explique certainement la moindre participation de leurs patients. Cette différence conforte le rôle du MG dans le DOCCR. Cela montre qu'il est important de rappeler l'intérêt du test à tous les patients, y compris ceux qui l'ont déjà réalisé, afin de permettre une

fidélisation au DOCCR. En général, on ne réalise un test de dépistage que si l'on en comprend l'intérêt.

Cette différence se répercute sur la satisfaction par rapport aux explications : la proportion de patients « totalement satisfaits » est plus importante dans le groupe 1. Le groupe 2 a, là encore, une part plus grande de « je ne sais pas ». Seulement 2% ont laissé un commentaire sur le message perçu à propos du déroulement du DOCCR (principe du test, fréquence...). Cela suggère que ces patients n'ont pas compris le message sur le DOCCR ou qu'ils n'ont pas reçu assez d'explications mais aussi que le MG n'a pas su transmettre son message ou tout simplement le bon message. Pour les patients du groupe 1, le test du DOCCR s'inscrit dans « *une routine* » « *à partir de 50 ans* » « *à faire tous les 2 ans* » car « *100% des polypes ne saignent pas* ». C'est « *une recherche de sang dans les selles* » « *à réaliser chez soi* ». Une enquête a été réalisée en décembre 2005 [25] puis en janvier 2009 sur les Français face au dépistage des cancers [15]. Elle révélait que la notoriété du CCR était en nette progression par rapport à 2005: les personnes qui n'ont jamais participé étaient plus nombreuses à connaître l'existence du dépistage (86%, +5 points). Il était moins associé à la coloscopie (-10 points) et plus à la recherche de sang dans les selles (60% le citent), c'est ce qui expliquerait la dédramatisation de ce dépistage. 70% des 50-74 ans déclaraient que la tranche d'âge recommandée se situait entre 45 et 75 ans (+15 points). Mais ils ne connaissaient pas encore la fréquence de réalisation du test et pensaient que les hommes étaient davantage touchés que les femmes. Dans d'autres études, les patients expliquaient leur non-participation au dépistage du CCR par l'absence d'information par leur MG [26,27]. Nous pouvons proposer un protocole pour la consultation de remise du test du DOCCR. Des études ont montré qu'un questionnaire standardisé permettait un recueil plus exhaustif des informations qu'en l'absence de support préétabli [28][29]. Ce formulaire prendrait en compte les différentes étapes de la consultation : définition de la population-cible, recherche des

ATCD et des critères d'exclusion, intérêt et limites du test, réalisation du test, suite de la prise en charge et son intérêt selon le résultat. Les critères d'exclusion sont déjà cités dans la fiche que le MG doit renvoyer à la SG (annexe 9). Les antécédents familiaux sont souvent absents des dossiers médicaux [30]. Un protocole de remise de test permettrait une meilleure transmission d'informations ainsi qu'une meilleure tenue des dossiers médicaux.

Enfin, l'analyse multivariée montrait que les personnes qui connaissaient le test, qui l'avaient déjà réalisé, ne connaissaient pas l'opinion de leur MG sur le DOCCR, que le médecin moins convaincu était moins convaincant, moins disponible surtout dans le groupe 2. Cela renforce l'idée que le test de DOCCR doit être rappelé régulièrement, il doit être réalisé tous les 2 ans. Les MG ont l'impression que c'est acquis pour les patients déjà convaincus ou ayant déjà réalisé le dépistage. Les patients déjà convaincus ou ayant déjà réalisé le test ont eux aussi l'impression que c'est acquis. Ils ne demandent donc pas d'informations. Or dans notre étude, ces patients font partie du groupe qui n'a pas réalisé leur test après l'avoir demandé. Il ne faut donc pas négliger cette catégorie de patients. Nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité de (re)discuter de ce sujet tous les 2 ans.

Conclusion

Le MT a une place essentielle dans le DOCCR. C'est lui qui décide s'il faut remettre le test ou pas. Il doit alors être capable d'expliquer à ses patients l'intérêt du test, ses modalités de réalisation, ses limites, la conduite à tenir selon le résultat.

Par cette étude, nous avons démontré qu'un MG moins convaincu était moins disponible et moins convaincant.

Une partie des bénéficiaires du DOCCR était une population déjà convaincue et/ou qui avait déjà réalisé le test. Elle n'a pas pour autant réalisé son test après l'avoir demandé au MG. L'antécédent de réalisation du test ne doit pas être considéré comme une garantie de participation.

Les pistes d'amélioration que nous pouvons proposer sont :

- une sensibilisation régulière des MG sur l'importance de leur rôle dans le DOCCR (mailing, Formation Médicale Continue, groupes de pairs, Assurance Maladie...).
- La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » a confirmé le rôle pivot du MG dans les dépistages organisés des cancers [31]. Le Plan Cancer 2009-2013 a également confirmé sa volonté de placer le MG au cœur des dépistages des cancers [11].
- une motivation efficace systématique des bénéficiaires du DOCCR lors de la consultation de remise du test avec un rappel de la fréquence de réalisation du test (programmes nationaux, mutuelles...).
- une consultation de prévention dédiée aux cancers avec un protocole de remise du test.

Ce travail a été réalisé dans le Cher, département pauvre en MG. Il serait intéressant de le répéter dans un département moins déficitaire en offre de soins ou dans un département avec un profil différent de patients.

Références bibliographiques

- [1] Bélot A, Velten M, Grosclaude P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2008, pp 28-32. 132 p.
- [2] Bouvier AM. Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France – Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire – Janvier 2009, pp 14-16.
- [3] Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011. 78 p.
- [4] Francim. Survie des patients atteints de cancer en France. Springer Verlag. France, 2007.
- [5] Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon. Gastroenterol Clin Biol, 1998, 22, 205-218.
- [6] Lejeune C. Approche médico-économique du dépistage du cancer colorectal. Le dépistage du cancer colorectal, Etat des lieux et perspectives / ed. par Dorval E. Paris : Springer, 2006, pp 111-129.
- [7] Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a french controlled study. Gastroenterology 2004, 126: 1674-80.
- [8] Kronborg O, Fenger C, Olsen J, et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal occult blood test. Lancet, 1996, 348: 1467-1471.
- [9] Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MEH, et al. Randomised controlled trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer. Lancet, 1996, 348: 1472-1477.
- [10] Kewenter J, Bjork S, Haglind E, et al. Screening and rescreening for colorectal cancer. A controlled trial of fecal occult blood testing in 27 700 subjects. Cancer, 1988, 62: 645-51.

- [11] Plan cancer 2009-2013. Disponible sur www.plan-cancer.gouv.fr
- [12] Launoy G, Veret JL, Richir B, et al. Involvement of general practitioners in mass screening. Experience of a colorectal cancer mass screening programme in the Calvados region (France). *Eur J Cancer Prev.* 1993; 2: 229-232.
- [13] Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, et al. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 13 janvier 2009, pp 14-16.
- [14] Enquête barométrique INCa/BVA. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Boulogne-Billancourt : 2010.
- [15] Enquête barométrique INCa/BVA. Les Français face au dépistage des cancers. Boulogne-Billancourt : 2009, pp 1-12.
- [16] Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal. InVS. 2011. Disponible sur:
http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_colorectal.htm
- [17] Viguier J. L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. *BEH*, 13 janvier 2009, pp 19-22.
- [18] Insee. Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2010). Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150
- [19] Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter, *Hémobstacle : une étude qualitative. Exercer* 2008 ; 80 :4-7.
- [20] Geniteau F, Guillouet C, Eloy A. Inégalités cantonales de santé en région Centre : une répartition territoriale des déterminants de santé. *ORS Centre*. 2010, 92 p.
- [21] Gimenez F. Médecins généralistes libéraux : densité plus forte à l'ouest de la région. *Insee Centre Info* n°113, juillet 2002, 4 p.

- [22] Arveux P, Durand G, Milan et al. Views of a general population on mass screening for colorectal cancer : the Burgundy study. 1992. *Prev med*, 21: 574-81.
- [23] CAPI. Programme d'évaluation des pratiques. L'Assurance Maladie. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/capi-brochure.pdf
- [24] Wagner JL, Tunis S, Brown M, Ching A, Almeida R. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening in average risks adults. *Prevention and early detection of colorectal cancer/* ed by Young GP, Rosen P, Levin B. Londres; W.B. Saunders Company Ltd:321-41.
- [25] Baromètre cancer 2005. Inpes. 2006, 19 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/06/dp061211.pdf>
- [26] Wee CC. Factors associated with colon cancer screening : the role of patient factors and physicians counseling. *Prev Med*. 2005 ;41 :23-9.
- [27] Enquête Edifice 2, étude sur les dépistages des cancers et ses facteurs de compliance, Roche Pharma, 2008.
- [28] Dollery CT, Beilin LJ, Bulpitt CJ, et al. Initial care of hypertensive patients. Influence of different types of clinical records. *Br Heart J* 1977; 39:181-5.
- [29] Wyatt JC. Clinical data systems, part three : development and evaluation. *Lancet* 1994; 344:1682-8.
- [30] Denis B, Perrin P, Cailleret AF et al. Dépistage du cancer colorectal: enquête auprès des médecins généralistes d'un département français. *Gastroenterol Clin Biol* 2003;27:992-997.
- [31] Loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *Journal Officiel de la République Française*.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

RESSENTI DES PATIENTS LORS DE LA REMISE DU TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR LEUR MEDECIN GENERALISTE

Votre code postal Votre commune	Réservé à l'ADOC
<p>1. Vous êtes</p> <p>① <input type="checkbox"/> Un homme</p> <p>② <input type="checkbox"/> Une femme</p>	_
<p>2. Vous avez</p> <p>① <input type="checkbox"/> Entre 50 et 54 ans</p> <p>② <input type="checkbox"/> Entre 55 et 59 ans</p> <p>③ <input type="checkbox"/> Entre 60 et 64 ans</p> <p>④ <input type="checkbox"/> Entre 65 et 69 ans</p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> Entre 70 et 74 ans</p>	_
<p>3. Votre niveau d'études le plus élevé</p> <p>① <input type="checkbox"/> Sans diplôme</p> <p>② <input type="checkbox"/> Certificat d'études, C.A.P., B.E.P.</p> <p>③ <input type="checkbox"/> Bac ou bac professionnel</p> <p>④ <input type="checkbox"/> Bac + 2</p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> Bac + 5 ou plus</p>	_
<p>4. Depuis combien de temps avez-vous le même médecin généraliste ?</p> <p>① <input type="checkbox"/> Moins de 1 an</p> <p>② <input type="checkbox"/> De 1 à 5 ans</p> <p>③ <input type="checkbox"/> De 6 à 10 ans</p> <p>④ <input type="checkbox"/> Plus de 11 ans</p>	_
<p>5. Comment vous a-t-on remis le test ?</p> <p>① <input type="checkbox"/> J'ai profité d'une consultation prévue (renouvellement de traitement, maladie, certificat...) pour le lui demander</p> <p>② <input type="checkbox"/> J'ai pris rendez-vous uniquement pour cela</p> <p>③ <input type="checkbox"/> La secrétaire me l'a remis</p>	_
<p>6. Votre médecin généraliste a-t-il été convaincant pour vous décider à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal ?</p> <p>① <input type="checkbox"/> Oui, totalement</p> <p>② <input type="checkbox"/> Oui, un peu</p> <p>③ <input type="checkbox"/> Non, pas trop</p> <p>④ <input type="checkbox"/> Non, pas du tout</p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> J'étais déjà convaincu</p> <p>⑥ <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas le faire</p>	_

Tournez la page SVP ➡

	Réservé à l'ADOC
<p>7. Pensez-vous que votre médecin généraliste est lui-même convaincu par ce dépistage ?</p> <p> <input type="checkbox"/> ❶ Oui, totalement <input type="checkbox"/> ❷ Oui, un peu <input type="checkbox"/> ❸ Non, pas trop <input type="checkbox"/> ❹ Non, pas du tout <input type="checkbox"/> ❺ Je ne sais pas </p>	L_I
<p>8. Votre médecin vous a-t-il semblé disponible pour vous expliquer le déroulement du test ?</p> <p> <input type="checkbox"/> ❶ Oui, totalement <input type="checkbox"/> ❷ Oui, un peu <input type="checkbox"/> ❸ Non, pas trop <input type="checkbox"/> ❹ Non, pas du tout <input type="checkbox"/> ❺ Je ne sais pas </p>	L_I
<p>9. Votre médecin vous a-t-il expliqué comment réaliser le test ?</p> <p> <input type="checkbox"/> ❶ Oui, oralement <input type="checkbox"/> ❷ Oui, avec une vidéo ou une animation sur internet <input type="checkbox"/> ❸ Non, il me l'a remis sans explication <input type="checkbox"/> ❹ Non, il m'a dit de lire le mode d'emploi <input type="checkbox"/> ❺ Non, je connais le test et je sais comment faire </p>	L_I
<p>10. Etes-vous satisfait des explications données par votre médecin ?</p> <p> <input type="checkbox"/> ❶ Oui, totalement <input type="checkbox"/> ❷ Oui, un peu <input type="checkbox"/> ❸ Non, pas trop <input type="checkbox"/> ❹ Non, pas du tout <input type="checkbox"/> ❺ Je ne sais pas </p>	L_I
<p>11. Comment avez-vous perçu le message de votre médecin généraliste sur le dépistage du cancer colorectal ?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

Merci de votre collaboration

Annexe 2 : Lettre d'accompagnement

Madame, Monsieur,

Je réalise pour mon travail de thèse de docteur en médecine une étude sur le ressenti des patients lors de la remise du test de dépistage du cancer colorectal.

Les médecins généralistes sont en très grande majorité favorables à ce dépistage. Cependant, le taux de participation national atteint difficilement 35%. Dans le Cher, 52% des bénéficiaires ont participé à la 1ère campagne (mai 2007-mai 2009) et seulement 43% à la 2ème campagne (mai 2009- mai 2011).

Je souhaite savoir comment vous avez ressenti la position de votre médecin généraliste face à ce dépistage et si cela vous a convaincu ou non de réaliser le test (Hémocult II®).

Le questionnaire ci-joint me permettra de répondre à ces questions. C'est pourquoi je vous remercie d'avance de consacrer un peu de votre temps pour le remplir.

Il est anonyme et vous pouvez le retourner avant le 30 juin 2011 à l'ADOC 18 en utilisant l'enveloppe T ci-jointe.

Cordialement,

Julie AUBERT

Madame, Monsieur,

ADOC 18 est la structure de gestion des dépistages organisés dans le Cher. Je suis toujours intéressé pour connaître les raisons de participation ou de non participation des personnes au dépistage organisé. C'est pourquoi ADOC 18 aide Julie AUBERT pour cette étude, en respect du secret médical.

En vous remerciant de votre collaboration active à ma jeune consœur.

Dr Olivier FERRAND

Médecin coordonnateur

Annexe 3 : Lettre de relance « test remis non lu »



**Action de Dépistage
Organisé des Cancers**
485 route de Varye
18230 Saint Doulchard
Tél. 02 48 27 28 09
Fax. 02 48 27 28 01

Madame FACTICE NADINE
26 RUE MARGUERITE YOURCENA

18000 BOURGES

ST DOULCHARD, le 28 septembre 2011

N° Sécu : 1530862053077 / 30
Caisse : CPAM624
N° Dossier : 186404

**Si vous avez effectué le test Hémocult récemment
ne tenez pas compte de ce courrier**

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a remis un test de recherche de sang dans les selles il y a quelques semaines. A ce jour, le laboratoire n'a toujours pas reçu vos prélèvements.

Si vous avez rencontré des difficultés dans la réalisation du test, ou si vous vous posez des questions sur le dépistage organisé du cancer colorectal, n'hésitez pas à contacter la structure de gestion au 02-48-27-28-09.

Recevez, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

DOCTEUR OLIVIER FERRAND
MEDECIN COORDONNATEUR

P-S : Si toutefois vous ne pouviez pas faire ce test dans les jours qui viennent vérifiez bien la date de péremption **sur la face arrière des plaquettes**.



Siège social : IRSA - 45 rue de la Parmentière - B.P. 122 - 37521 La Riche cedex - Tél. 02 47 36 36 36 - Fax : 02 47 36 36 92

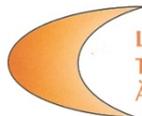
association loi 1901 - SIREN n° 775 593 775 - Code APE : 8621 Z - Préfecture d'Indre-et-Loire : agrément n° 3221

Annexe 4 : Courrier d'invitation à retirer le test de dépistage du cancer colorectal



Action de Dépistage
Organisé des Cancers
485 route de Varye
18230 SAINT DOULCHARD
Tél. 02 48 27 28 09

Madame FACTICE NADINE
ADRESSE
BP 17
CODE POSTAL VILLE



**LETTRÉ D'INVITATION POUR UN
TEST HEMOCULT II®**
À retirer avant le : **01/07/2011**

Votre numéro de dossier est le : 186404

N° Campagne : 4
Date de Naissance : 15/03/1955
N° sécurité sociale : 1530862083077 / 30
Caisse : CPAM

Attention : n'achetez pas votre test en pharmacie,
votre médecin traitant vous le remettra.
Si vous n'avez pas de médecin traitant ou s'il ne
participe pas au dépistage, contactez-nous.

Lisez attentivement au verso les modalités pratiques pour votre participation
au dépistage du cancer colorectal, ainsi que le document joint.
En cas de doute, n'hésitez pas à nous contacter au 02 48 27 28 09.



Tournez la page, S.V.P. →



Siège social : IRSA - 45 rue de la Parmentière - B.P.122 - 37521 La Riche cedex - Tél.: 02 47 36 36 36 - Fax: 02 47 36 36 92
association loi 1901 - SIREN n° 775 593 775 - Code APE : 8621 Z - Préfecture d'Indre-et-Loire : agrément n° 3221



CETTE INVITATION ME PERMET DE BÉNÉFICIER D'UN TEST HEMOCULT II® GRATUIT

- **Lors de mon prochain rendez-vous** chez mon médecin traitant, je m'y présente avec cette lettre et ma carte vitale.
- **Il me remet gratuitement un test Hemocult II®.**
- **Je règle ma consultation** qui me sera remboursée au taux habituel par l'Assurance Maladie.

Coordonnées de votre médecin traitant :

Docteur :

Adresse :

Attention, je ne fais pas le test Hemocult II® parce que :

- J'ai eu une coloscopie négative il y a moins de 5 ans :
Date : / / 200.....
Je recevrai une nouvelle invitation en temps utile.
- J'ai des antécédents personnels de cancer colorectal (date : /) et je suis suivi(e) régulièrement.
- J'ai des antécédents personnels de polypes adénomateux et je suis suivi(e) régulièrement par coloscopie.
- J'ai des antécédents familiaux de cancer colorectal chez un parent du premier degré (parents, frères, sœurs et enfants) et je suis suivi(e) régulièrement par coloscopie.
- J'ai déjà effectué le test Hemocult II® il y a moins de deux ans, le :
- Je ne souhaite pas passer l'examen, parce que :
- Autre (changement de département, etc.) :

J'ai coché une case : je retourne donc l'invitation complétée à ADOC 18

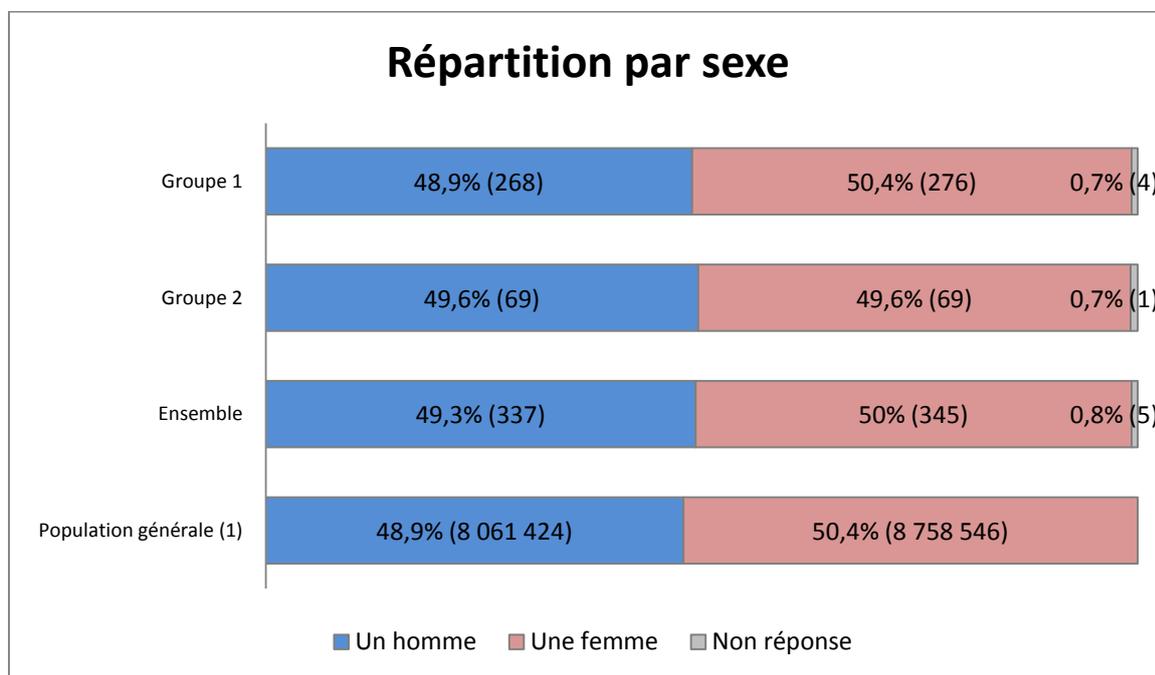
485 route de Varye - 18230 Saint-Doulchard

Il est important de répondre, cela nous permet de tenir compte de votre situation et vous évitera de recevoir une relance.
ADOC 18 sera destinataire des informations vous concernant en respect du secret médical.

Annexe 5 :

Résultats

QUESTION 1 : Sexe

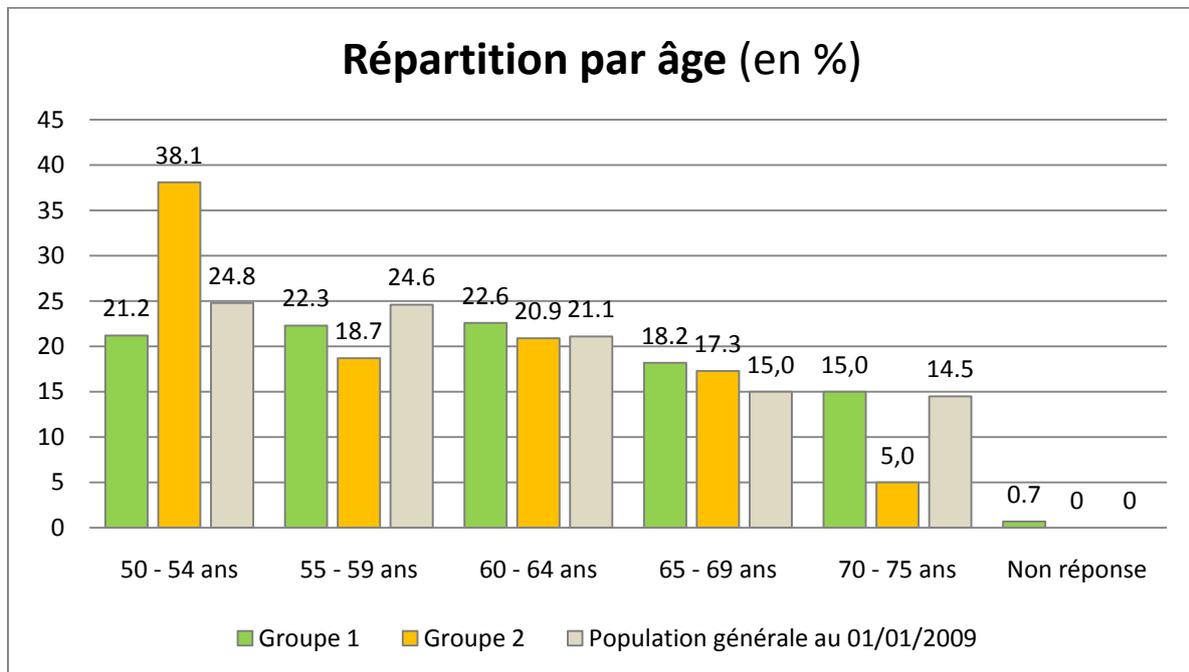


Entre les deux groupes : $p = 0,88$ (non significatif),

p a été calculé en excluant les NR (non réponse).

(1) Population générale au 01/01/2009 : données Insee

QUESTION 2 : Age



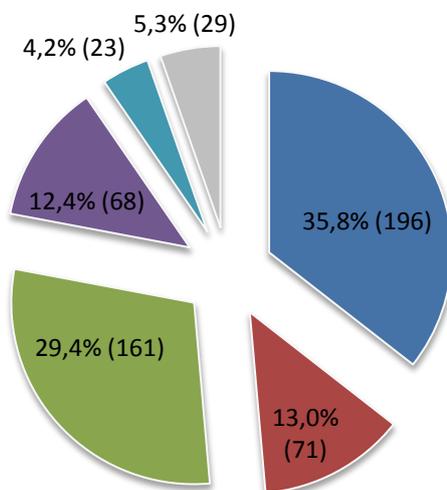
Entre les 2 groupes : $p < 0,001$ (très significatif),

p a été calculé en excluant les NR.

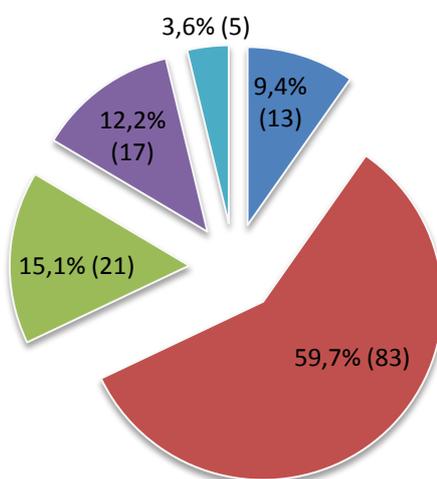
Population générale : données Insee

QUESTION 3 : « Quel est votre niveau d'études le plus élevé ? »

Groupe 1



Groupe 2

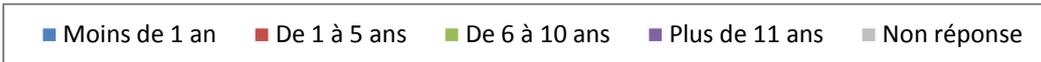
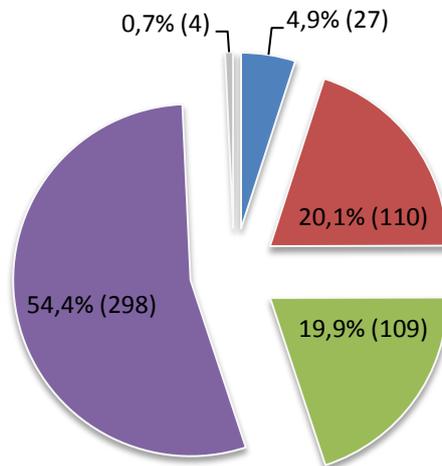


Entre les 2 groupes : $p < 0,001$ (très significatif),

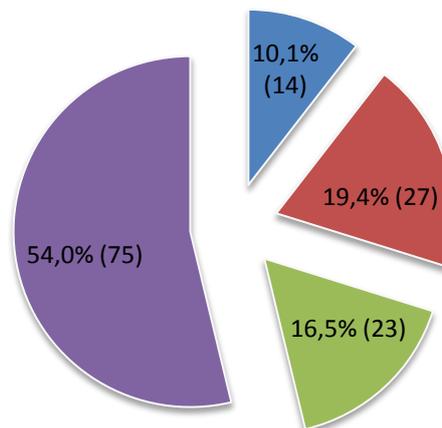
p a été calculé en excluant les NR.

**QUESTION 4 : « Depuis combien de temps avez-vous le même
médecin généraliste ? »**

Groupe 1

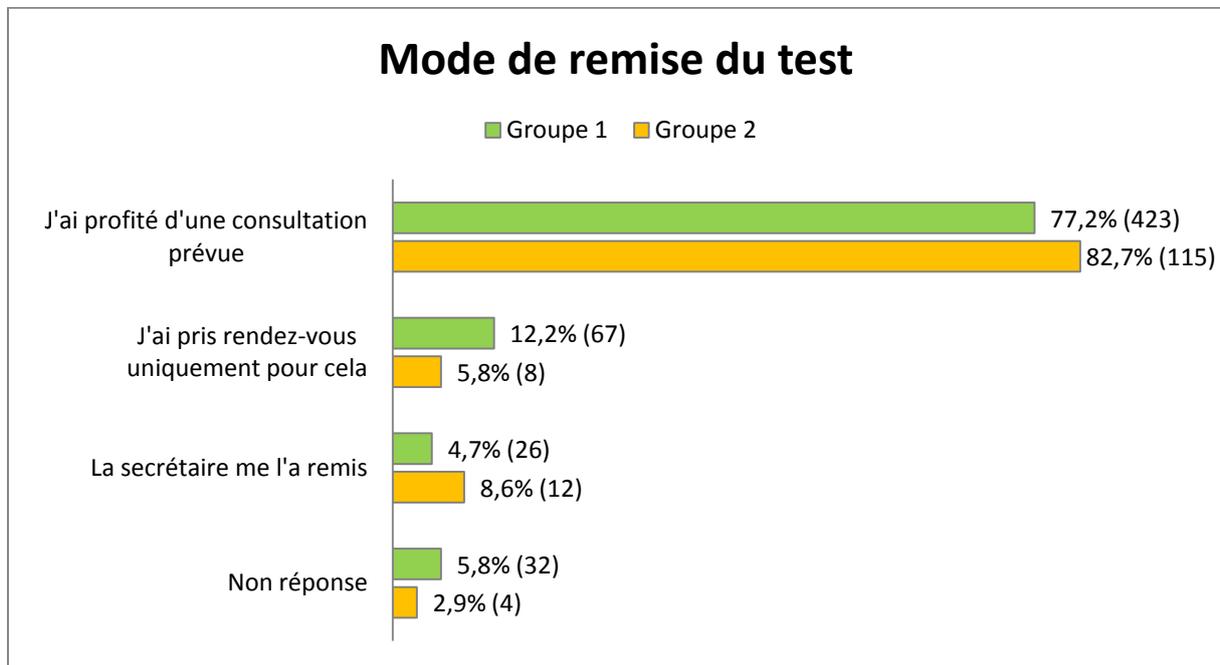


Groupe 2



Entre les 2 groupes : $p = 0,14$ (non significatif),
p a été calculé en excluant les NR.

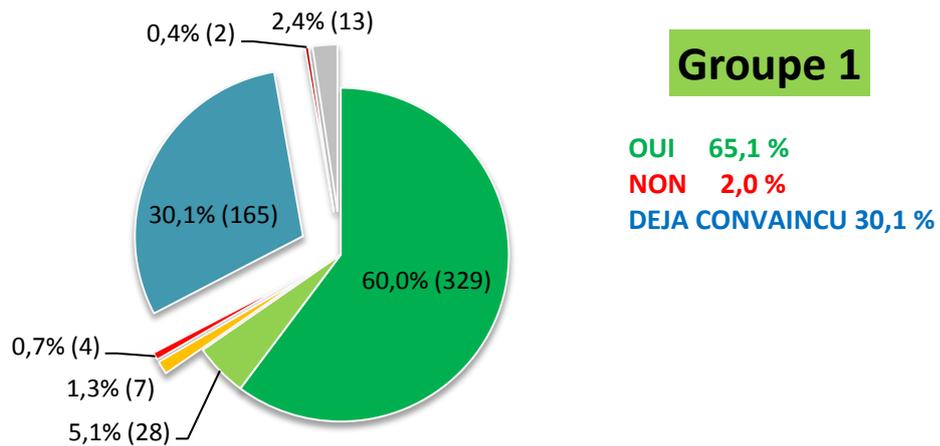
QUESTION 5 : « Comment vous a-t-on remis le test ? »



Entre les 2 groupes : $p = 0,02$ (significatif).

p a été calculé en excluant les NR.

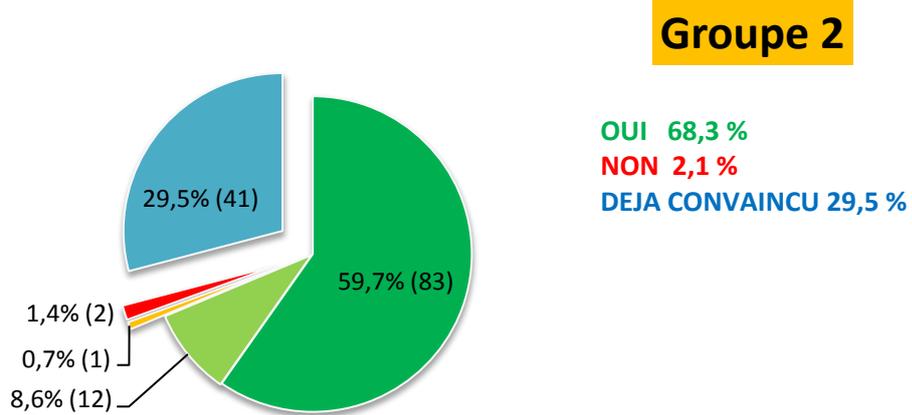
QUESTION 6 : « Votre médecin a-t-il été convaincant pour vous décider à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal ? »



Groupe 1

OUI 65,1 %
 NON 2,0 %
 DEJA CONVAINCU 30,1 %

■ Oui totalement	■ Oui un peu	■ Non pas trop
■ Non pas du tout	■ J'étais déjà convaincu	■ Je ne voulais pas le faire
■ Non réponse		



Groupe 2

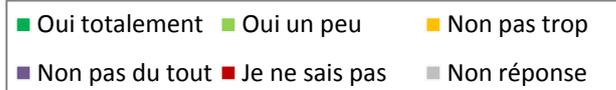
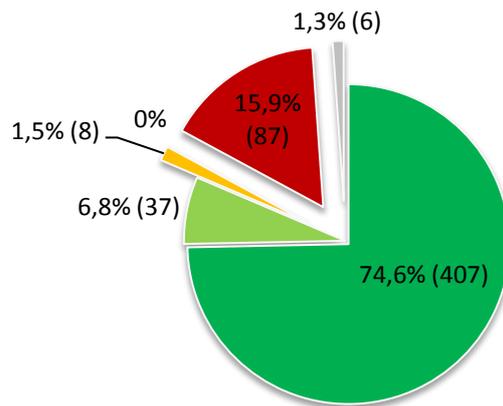
OUI 68,3 %
 NON 2,1 %
 DEJA CONVAINCU 29,5 %

Entre les 2 groupes : $p = 0,89$ (non significatif),
 p a été calculé en excluant les NR.

QUESTION 7 : « Pensez-vous que votre médecin est lui-même convaincu par ce dépistage ? »

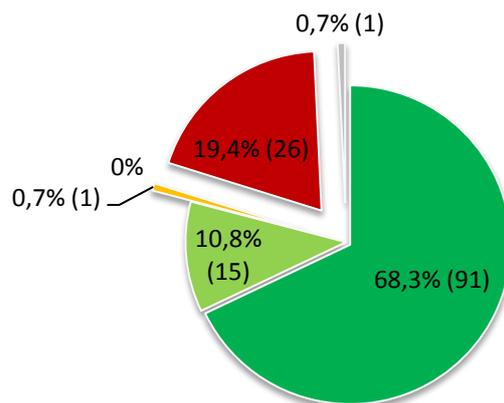
Groupe 1

OUI 81,4%
NON 1,5%



Groupe 2

OUI 79,1%
NON 0,7%



Il n'y avait pas de réponse « Non, pas du tout ».

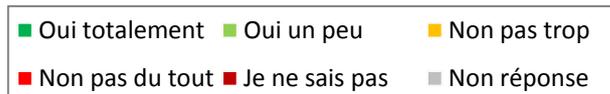
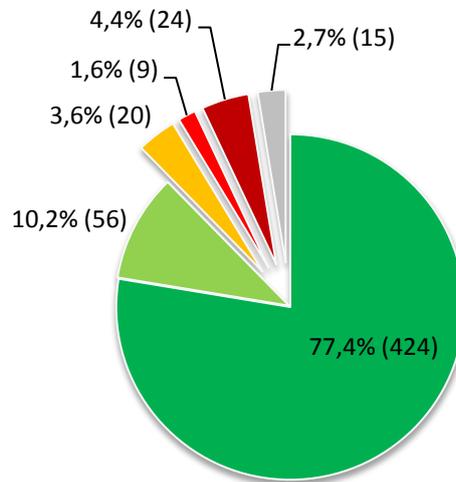
Entre les 2 groupes : $p = 0,50$ (non significatif),

p a été calculé en excluant les NR.

QUESTION 8 : « Votre médecin vous a-t-il semblé disponible pour vous expliquer le déroulement du test ? »

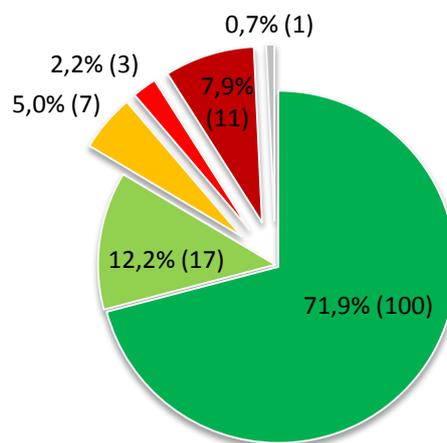
Groupe 1

OUI 84,6 %
 NON 5,2 %
 JE NE SAIS PAS 4,4 %



Groupe 2

OUI 84,1 %
 NON 7,2 %
 JE NE SAIS PAS 7,9%



Entre les 2 groupes : $p = 0,18$ (non significatif),

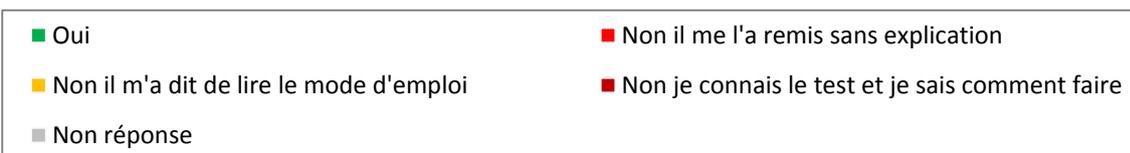
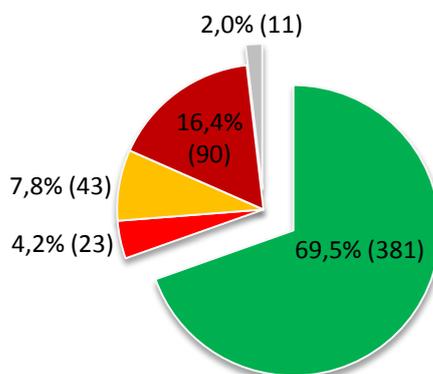
p a été calculé en excluant les NR.

QUESTION 9 : « Votre médecin vous a-t-il expliqué comment réaliser le test ? »

Groupe 1

OUI 69,5%

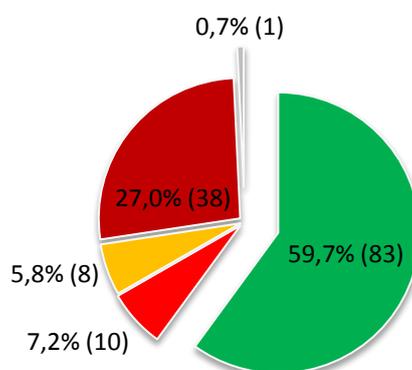
JE CONNAIS LE TEST 16,4%



Groupe 2

OUI 59,7%

JE CONNAIS LE TEST 27%



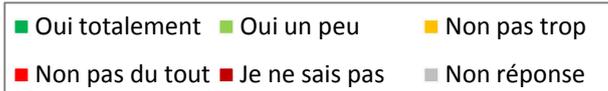
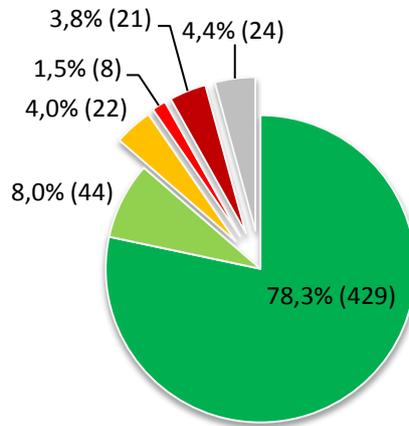
Entre les 2 groupes : $p = 0,01$ (significatif),

p a été calculé en excluant les NR.

QUESTION 10 : « Etes-vous satisfait des explications données par votre médecin ? »

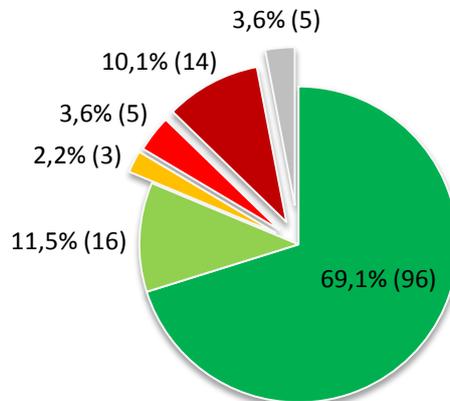
Groupe 1

OUI 86,3%
NON 5,5%



Groupe 2

OUI 80,6%
NON 5,8%



Entre les 2 groupes : $p = 0,01$ (significatif)

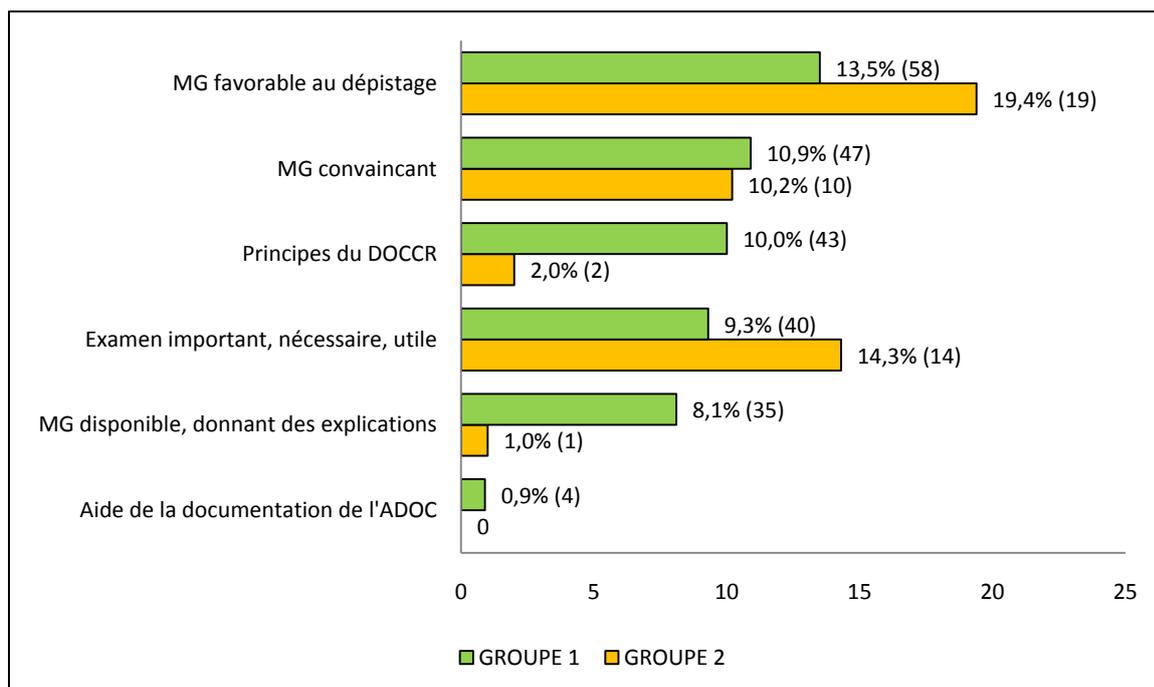
p a été calculé en excluant les NR.

Question 11 : « Comment avez-vous perçu le message de votre médecin généraliste ? »

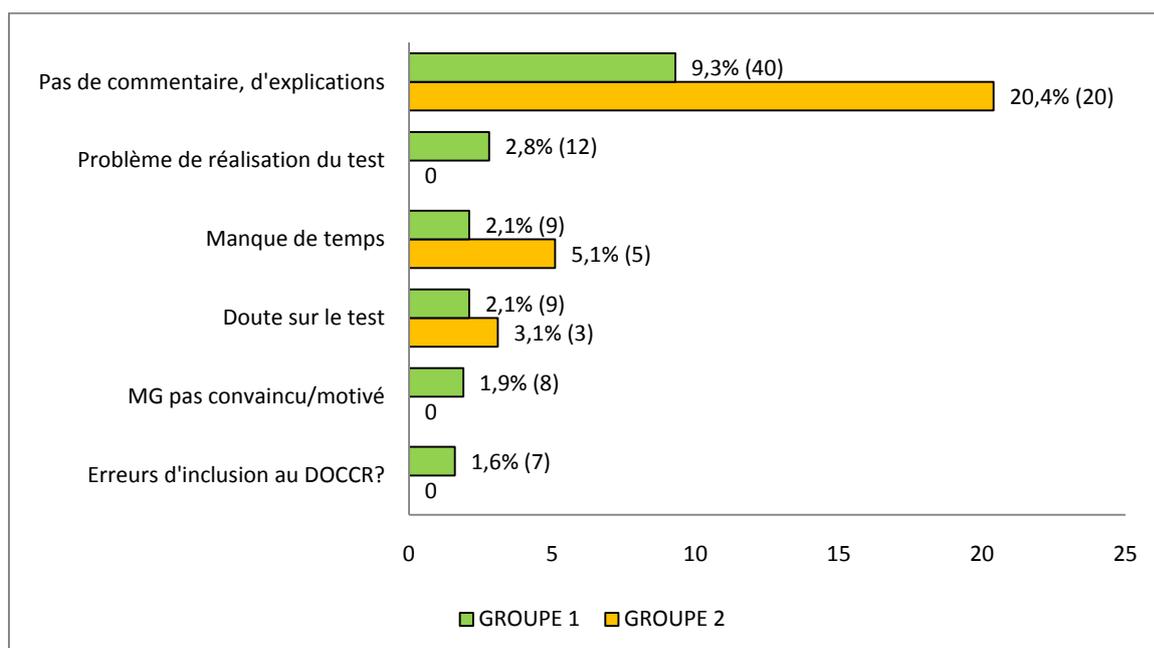
Nombre de réponses du groupe 1 : 430 sur 548 questionnaires, soit 78,5%

Nombre de réponses du groupe 2 : 98 sur 139 questionnaires, soit 70,5%

Commentaires positifs, en % du nombre de réponses dans chaque groupe (n)



Commentaires négatifs, en % du nombre de réponses dans chaque groupe (n)



COMMENTAIRES POSITIFS DU GROUPE 1

1. MG favorable au dépistage (n=58)

« *Il a été (très) positif* » (cité 13 fois)

« *Mon docteur est favorable à ce dépistage* » (cité 11 fois)

« *Mon médecin généraliste est totalement pour ce dépistage* » (cité 10 fois) ;

« *Il m'a encouragé à le faire systématiquement* » (cité 9 fois) ;

« *Très impliqué dans ce programme de dépistage* » « *engagé pour décider ses clients à faire le dépistage du CCR* » (cité 7 fois)

« *Je pense qu'il est convaincu de ce dépistage* » (cité 6 fois)

« *Il m'a félicité de faire le test à chaque demande* »

« *Il est allé tout à fait dans le sens et la démarche de l'ADOC. Les différents courriers de l'ADOC ont été une aide à la décision* »

2. MG convaincant (n=47)

« *(Très) convaincant* » ou « *il m'a convaincu pour que je le fasse sans hésitation* » (cité 33 fois) ;

Le MG a renforcé la conviction des patients (cité 7 fois)

« *J'étais déjà convaincu et le médecin a renforcé ma conviction* » ; « *J'étais déjà convaincu moi-même. Mon médecin n'a donc fait qu'appuyer mon idée* » ; « *J'étais à l'avance persuadée de l'efficacité de ce test. Mon médecin me l'a confirmé* » ; « *Convaincant, de plus c'est mon 3^{ème} test* » ; « *Message très convaincant bien que je suis pour tous les tests de dépistage du cancer. C'est une maladie qui brise une famille* » ; « *Je suis déjà convaincu, conforté par mon médecin* » ; « *Convaincant mais j'étais déjà convaincu car une personne de notre entourage venait de se faire opérer de ce cancer qui malheureusement l'a emporté* »

Le MG a convaincu des patients qui ne voulaient pas le faire (cité 5 fois)

« *Très convaincant, moi qui était indécise* » ; « *Avant je ne voulais pas le faire mais à la suite de l'opération de mon mari (tumeur du colon) et sur les conseils de mon médecin et de ma gynécologue, je me suis décidée à le faire* » ; « *Qu'il valait mieux le faire. Au départ je n'avais pas très envie de le faire mais mon médecin m'a convaincu* » ; « *Précaution, indispensable. Pour ma part, j'avais pris ce test pour une publicité mon médecin m'a démontré l'utilité* » ; « *Si mon médecin ne m'avait pas poussé je n'aurais pas fait le test* » « *Il a su argumenter pour me convaincre de l'efficacité de faire ce test* »

« *Mon médecin m'a convaincu de l'utilité de cette opération. Il s'est montré très militant* »

« **Persuasif** »

3. Principes du DOCCR (n=43)

Le dépistage précoce, la prévention (cité 24 fois)

« son message a été clair. Il permet un dépistage précoce du cancer colorectal »

Détecté tôt, il évite les complications

« qu'il était important de faire ce dépistage pour être pris en charge au début de la maladie afin d'avoir plus de succès pour la « guérison » « j'ai compris que c'est une occasion pour vérifier si je ne suis pas atteinte de cette maladie avant éventuellement qu'elle ne se soit développée et qu'on ne puisse plus la soigner » « il est préférable de prévenir que de guérir » « qu'il était nécessaire de faire ce dépistage afin d'anticiper sur un éventuel problème » « Mon MG est persuadé qu'un dépistage précoce est utile et important afin de proposer un traitement qui peut éviter de graves complications » « comme une opportunité d'éliminer une cause de problème potentiel » « comme une prévention et ne pas perdre de temps s'il y avait un diagnostic positif, par rapport à la mise en route du traitement » « il est persuadé qu'il vaut mieux prévenir que guérir » « comme faisant partie du préventif, en sachant qu'un cancer pris à temps peut être soigné sans trop de difficultés et avec beaucoup plus de chances de guérir » « quelque chose de simple à faire pour dépister et éviter le pire » « comme un test utile pouvant prévenir un risque le plus tôt possible » « cela permet de stopper les cancers avant qu'il soit trop tard » « plus le cancer colorectal est détecté tôt mieux on peut être soigné et sortir de cette mauvaise impasse et être guéri » « pour une meilleure prise en charge en cas de maladie » « la prévention évite forcément de graves problèmes » « je l'ai perçu comme un message important et essayer de dépister au bon moment afin d'être mieux suivi quant à l'évolution de la maladie souvent sournoise » « le médecin m'a convaincue sur ce dépistage et que cela est un progrès sur le cancer du colon, surtout fait de bonne heure avant que le cancer soit installé » « plus le dépistage est tôt plus on a de chances de guérir » « mon médecin est tout à fait OK pour ce dépistage, vaut mieux prévenir que guérir » « j'ai bien compris que le test était très utile pour la prévention et permettre de traiter la maladie à la base si cela s'avérait utile » « il vaut mieux être prévenu à temps que trop tard » « plus vite la maladie est détectée, la guérison sera plus rapide » « C'est dans mon intérêt, il vaut mieux le faire pour rien »

Notion d'âge (cité 5 fois)

« Comme un examen systématique et habituel dès l'âge de 50 ans » « une nécessité à partir de 50 ans » « un examen impératif surtout à partir d'un certain âge » « contrôle normal à mon âge » « dommage qu'on ne puisse pas le faire au-delà d'un certain âge »

Recherche de sang dans les selles (cité 4 fois)

« Il faut faire connaître cette campagne autour de nous. Il m'a convaincu de faire ce test de recherche de sang dans les selles » « le test peut être négatif c'est-à-dire avec absence de saignement (d'après ce que j'ai compris) et un cancer peut se déclarer 6 mois après »

Dépistage rassurant (cité 4 fois)

« un peu de temps chez soi pour une tranquillité d'esprit par rapport au cancer du colon » « rassurant » « apaisant (toutefois, j'ai apprécié avoir de l'ADOC l'information avec les renseignements statistiques) » « comme un acte nécessaire pour être rassuré pendant 2 ans »

Eviter la coloscopie (cité 2 fois)

« cela évite une coloscopie rectale avec tous les inconvénients que cela pose lorsqu'on est éloigné des CH » « j'ai cru comprendre que ce test permet d'éviter dans certains cas de faire des coloscopies trop fréquentes »

Pris en charge (cité 2 fois)

« Mon généraliste est favorable à ce dépistage qui est organisé dans ma région et pris en charge par l'Assurance Maladie du Cher. » « Comme quelque chose de gratuit qui peut sauver des vies. P.S. : j'espère que vous pourrez simplifier le test »

Périodicité (cité 2 fois)

« mon médecin m'a très bien expliqué la 1^{ère} fois et depuis je le fais tous les 2 ans » « comme un acte nécessaire pour être rassuré pendant 2 ans »

4. Examen important, nécessaire (n=40)

« Pour mon médecin, c'est une **nécessité** d'effectuer ce dépistage » (cité 11 fois) ;

« Que c'était **important** de le faire » (cité 9 fois) ;

« Dépistage **utile** » (cité 5 fois) ;

« Ce test paraît **indispensable** » (cité 5 fois) ;

« Un conseil pour faire ce test » (cité 3 fois)

« Que cet examen était très important et **qu'il fallait le réaliser dans les délais les plus brefs** » (cité 2 fois) ; « Bonne information. Il fait prendre conscience de faire du dépistage une **obligation** » (cité 2 fois) ;

« Que le dépistage du cancer colorectal était **sérieux** » (cité 2 fois) ;

« Convaincant pour un test nécessaire et **incontournable**, simple à réaliser et efficace »

5. MG disponible, attentif qui donne des explications (n=35)

Explications (cité 28 fois)

«(très) bien expliqué » (cité 7 fois)

« il m'a expliqué **la démarche à suivre**. » cité 4 fois

« clair et précis » (cité 4 fois)

« j'ai reçu le document de l'ADOC. Je lui en ai fait part ce qui l'a conduit à m'expliquer et fait voir une vidéo très explicite qui m'a convaincu de son utilité » (cité 3 fois)

« mon docteur m'a bien conseillé » cité 2 fois

« il m'a bien expliqué l'**intérêt** de ce dépistage » cité 2 fois

« mon médecin m'a présenté ce message pour le dépistage avec beaucoup de **simplicité** et nécessité »

« il m'a informée sur le nombre de cas douteux relevés sur sa clientèle »

« il m'explique bien ce que ça veut dire le cancer colorectal et comment on trouve le sang dans les selles »

« pratiquant ce test depuis des années je n'ai jamais demandé d'explications à mon docteur. Je lui avais demandé la possibilité de faire une coloscopie, il n'a pas jugé utile d'effectuer ce contrôle »

*« c'est la 2^{ème} fois que je le fais et il m'a bien expliqué aux 2 fois sans problème »
« A su faire du sujet un sujet non tabou »*

Disponible et attentif (cité 7 fois)

« il est à l'écoute de ses patients et prend le temps de bien expliquer » « j'ai apprécié sa disponibilité et son engagement pour la prévention » « disponible » « j'ai un médecin généraliste extraordinaire, disponible, gentil, à l'écoute du patient » « mon médecin a été disponible pour me donner des explications et il est d'accord sur le dépistage » « attentif à mes questions. Fonctionnement du test très bien expliqué » « nous avons pu en discuter avec le généraliste »

6. Autres (n=6)

Le test (n=2) *« pas rébarbatif, ce qu'on pense en voyant l'enveloppe » « c'est un bien de le faire surtout que ce n'est pas difficile à faire »*

La documentation de l'ADOC (n=4) *« la notice explicative est suffisamment claire » « Les brochures fournies sont bien explicatives et tout aussi incitatives que le message du médecin généraliste » « Il est allé tout à fait dans le sens et la démarche de l'ADOC. Les différents courriers de l'ADOC ont été une aide à la décision » « sans plus mais bien perçu par le courrier ADOC »*

1. **Pas de commentaire, d'explication** (n=40)

« aucun message de sa part » (cité 7 fois)

« avec aucun commentaire » (cité 6 fois)

Test remis par la secrétaire (cité 3 fois)

« le test m'a été remis par la secrétaire médicale sans explication particulière » « notre médecin nous a dit de nous adresser à sa secrétaire qui gère la remise des tests. Il nous a précisé qu'il n'avait pas ou plus le temps de le faire !! » « c'est la secrétaire qui m'a remis le kit avec quelques explications » (patient qui a pris rendez-vous uniquement pour cela. Le médecin lui a dit de lire le mode d'emploi)

« à vrai dire, pas d'échange à ce sujet » cité 2 fois

« un message d'indifférence » cité 2 fois

« **pas de commentaire sur les risques de cette maladie...** »

« il m'a remis les documents sans émettre d'avis sur le bien fondé du test »

« si j'avais posé des questions, j'aurais probablement eu des réponses. **Est-ce au patient de faire la démarche ?** »

« sans commentaire. J'ai demandé à faire le dépistage. **Je ne sais pas s'il est systématique ou sur demande** »

« mon médecin m'a remis l'enveloppe et c'est tout »

« j'aimerais avoir plus d'explications »

Patients connaissant le test et/ou déjà convaincus (n=13):

« étant convaincu, il n'a pas fait de message spécifique » cité 4 fois

« j'ai été plus sensibilisé lors de mon **examen périodique de santé à l'IRSA** » cité 3 fois

« je fais ce test depuis plusieurs années donc je n'ai plus besoin d'explications » cité 2 fois

« j'étais convaincu, le médecin n'a pas eu de message à me faire passer » cité 2 fois

« c'est mon 3^{ème} dépistage. Le 1^{er} à l'instigation de mon **médecin du travail** » cité 2 fois

2. Problème de réalisation du test (n=12)

Le coût d'une consultation ou l'envoi postal (n=4) « *comme un dépistage nécessaire. Se soigner a un coût, je ne vais pas souvent en consultation chez mon médecin et aller chercher un test chez celui-ci me gêne un peu* » « *message convaincant mais je crois qu'il y aurait plus de personnes qui effectueraient ce test s'ils n'étaient pas tenus de consulter leur généraliste pour la remise du test d'autant quand ce n'est plus le 1^{er} test* » « *il le fait je crois par obligation. Je pense même qu'il n'a pas le temps. Avant, on le recevait par la poste, c'était mieux. Je crois que les personnes ne le font pas car il faut aller le chercher chez le médecin et payer une visite pour récupérer le dossier* » « *je regrette que ce ne soit pas comme pour la mammographie où l'on va directement chez le radiologue. Le médecin c'est 23€ qui seraient économisés quand on n'a pas de visite prévue d'autant plus que nos moyens financiers sont de plus en plus limités* »

Difficulté de réalisation (n=3) « *test parfois difficile à exécuter matériellement parlant. Il faut du temps* » « *dépistage difficile à réaliser sans explications* » « *pas très facile, peur du résultat* »

Peur du résultat (n=3) « *pas très facile, peur du résultat* » « *je l'ai bien perçu mais je trouve que quand on reçoit en même temps les courriers de l'ADOC pour la mammo, le frottis et l'hémocult, c'est très stressant. Je suis angoissée tant que je n'ai pas les résultats mais je participe aux dépistages* » « *il m'en avait parlé bien avant l'examen mais j'avais peur du résultat* »

Manipulation des selles (n=2) « *tripatouiller dans la crotte le matin au réveil et 3 jours de suite, c'est pas le top !* » « *je n'aime pas faire ce test qui est très désagréable mais je suis convaincue de son utilité* »

3. Manque de temps et administratif (n=9)

Manque de temps (n=2) « *sans explications. Trop de patients dans la salle d'attente. Manque de temps* » « *il le fait je crois par obligation. Je pense même qu'il n'a pas le temps. Avant, on le recevait par la poste, c'était mieux. Je crois que les personnes ne le font pas car il faut aller le chercher chez le médecin et payer une visite pour récupérer le dossier* »

Surcharge administrative (n=7) « *pour lui : manque de disponibilité, d'explications, et perte de temps* » « *comme une formalité administrative de plus !!! papiers à remplir et pose des étiquettes. Il m'a dit avoir mieux à faire et trouve que cela pourrait être fait par quelqu'un d'autre !!* » (saint florent) « *comme c'est lui qui le délivre, nous sommes obligés d'aller le voir. Il nous explique très rapidement la marche à suivre. Je pense que les papiers à remplir l'embêtent* » « *mon médecin traitant n'a rien contre ce test mais il m'a fait comprendre que maintenant que j'ai fait 2 tests et que vous me connaissez, il serait bien que vous m'adressiez directement le nécessaire pour réaliser ce prélèvement tous les 2 ans sans passer par lui* » « *comme une surcharge de travail* » « *il distribue le nécessaire et remplit ses papiers* » « *quand j'ai reçu la lettre pour le dépistage je lui ai fait voir et il m'a donné les coordonnées à faire et m'a rempli l'imprimé* »

4. Doute sur le test (n=9)

La place de la coloscopie (n=3) *« mon médecin est plus porté sur le procédé rectal » « très très important mais ne remplace pas la coloscopie » « c'est un inconditionnel de la coloscopie »*

Doute sur la fiabilité du test *« je le fais par conviction mais je doute cependant de son efficacité, une personne de mon entourage ayant développé un cancer du colon 6 mois après l'avoir réalisé » « aucune information de sa part si ce n'est que le test a une portée très limitée, ce qui ne m'empêche aucunement de le faire » « correct, sauf qu'il n'a pas répondu comme je lui avais posé la question : est-ce que le test est viable ? « pas entièrement » donc je me demande si cela sert bien » « ce n'est pas assez approfondi, une radio du colon serait plus efficace comme la mammo pour le cancer du sein » « il trouve qu'il n'y a pas assez de résultat car mon mari a fait le test il y a 2 ans on lui a rien trouvé alors qu'il avait une tumeur bénigne »*

« comme toujours, il dit que c'est important. Mais pour le MEDIATOR, il pensait que c'était bien aussi. Alors a-t-il raison ? »

5. MG peu ou pas convaincu (n=8)

« pas très convaincant » « mon médecin m'a paru lui-même assez peu aux faits de ce dépistage complémentaire » « sincèrement, je ne l'ai pas trouvé motivé » « ne semble pas y accorder une importance excessive mais semble plutôt pour conseiller d'effectuer ce test » « pas trop convaincant mais néanmoins à faire » « très réservé » « ne sais pas vraiment si mon docteur est convaincu ou dubitatif sur la fiabilité du test » « sans conviction »

6. Erreurs d'inclusion ? (n=7)

Antécédents personnels et familiaux de CCR (n=5) *« ma mère ayant eu un cancer du colon, je suis suivie régulièrement par coloscopie + dépistage » « mon docteur a été très clair sur ce test vu que je suis suivie très sérieusement à la suite d'un carcinoïde du colon avec ablation de 60 cm de colon » « je suis une personne à risque, ma mère ayant eu un cancer colorectal et un cancer du sein » « convaincant d'autant qu'il a eu connaissance de mes antécédents. J'ai déjà moi-même eu à faire ce test étant en activité, l'entreprise le proposant à ses employés. Mon père étant décédé d'un cancer des intestins, j'en suis d'autant plus attentif » « pour moi, c'est une habitude de faire ce test et c'est très important ayant des antécédents de cancer du colon »*

Rectorragies (n=2) *« mon médecin a su me motiver pour effectuer le test et cela m'a rassurée car avant de faire le test, j'avais du sang dans les selles. Le résultat négatif m'a tranquilisée » « ayant eu des traces de sang dans les selles il m'a vivement conseillé de faire ce test »*

COMMENTAIRES POSITIFS GROUPE 2

1. Examen important, nécessaire, utile (n=14)

« C'est indispensable de le faire » « C'est un examen très important que les personnes ne font pas obligatoirement, il pense que c'est dommage » « Très important à réaliser » « Qu'il est important de faire ce test » « Nécessaire » « Nécessité absolue de faire ce test » « Importance du test » « Important de le faire pour **détecter du sang dans les selles** et toute autre anomalie » « C'est une obligation » « Que ce dépistage était très utile »

Un conseil (n=4) : « Comme un bon conseil » « Comme un conseil très judicieux » « Un bon conseil, ne pas négliger ce test » « Il recommande à ses patients de faire le dépistage, libre à eux de l'exécuter ou non »

2. MG pour le dépistage (n=11)

« Il adhère totalement au dépistage » « Mon médecin adhère complètement à la campagne de sensibilisation et de dépistage » « Il m'a semblé favorable » « Il va dans le sens que tout test proposé doit être fait un dépistage ne doit pas être négligé » « Mon médecin est mon mari qui est convaincu et moi aussi »

MG positif (n=6) : « Positif » (cité 3 fois) « Démarche positive » « Très positif. Ayant une confiance totale en mon médecin, j'ai suivi ses recommandations » « Positif et responsable » « Très positif la prévention »

3. MG convaincant (n=10)

« Tout à fait convaincant » « Très convaincant. **D'ailleurs après avoir vu le médecin je me suis dit « et si je le faisais puisque c'est indolore ? »** » « Très clairement et convaincant » « Mon MG a été très convaincant et m'a vivement encouragé à faire le test. J'ai déjà effectué ce test en 2009 et je suis persuadé qu'il est important de profiter de cette opportunité de dépistage » « Très convaincant ! » « Tout à fait convaincant » « Message convaincant et bienveillant » « Convaincant » « Clair efficace et convaincant »

4. L'acte de prévention (n=8)

« Acte de prévention efficace et facile à mettre en œuvre » « Mon médecin m'a expliqué que cela demandait peu de temps et cela était une bonne solution pour un dépistage » « Comme une prévention active » « Que c'était une avancée dans le domaine de la protection sanitaire et pour les bénéficiaires une opportunité » « La prévention est vraiment utile dans la recherche de cancer » « Comme un acte de prévention fiable mais pas unique »

5. Principes du test (n=2)

« Ce dépistage organisé correspond à un ensemble de règles transmis par le MG » « Ce test est une garantie mais ce n'est pas du 100%. Les polypes peuvent exister sans pour autant saigner. Dans ce cas l'alerte ne sera pas donnée »

6. MG disponible (n=1)

« Très disponible et à l'écoute »

1. Pas de commentaire, d'explication (n=20)

« Il me l'a donné sans aucun commentaire » « Sans commentaire particulier » « Aucune explication de sa part juste... le demander à sa secrétaire » « Indifférent il m'a juste posé une question « vous savez comment ça marche ? » j'ai répondu oui et c'est tout » « **Pas assez d'explications pour des gens non motivés** » « Il m'a seulement dit de le faire et la 1^{ère} fois il m'a passé la vidéo à l'ordinateur » « Aucun échange avec le médecin » « **Il ne fait que transmettre l'enveloppe** » « Nous sommes les demandeurs donc pas d'explications. Il faut poser les questions et on aura des réponses » « Pas de message » « Pas de commentaire de la part du médecin. C'est sa secrétaire qui m'a remis le test en me précisant de bien suivre la procédure » « Nous n'en avons pas parlé » « Il a juste remis le test sans en parler » « Le test m'a été remis par la secrétaire et le sujet n'a pas été abordé avec le médecin » « Elle m'a dit de voir ça avec la secrétaire qui m'a dit de bien lire le mode d'emploi »

« Je n'ai pas fait le test car j'ai eu un grave accident de la main droite récemment » « Je ne peux pas faire le test car je ne vais pas à la selle 2 fois par jour »

Patients connaissant le test et/ou déjà convaincus (n=3) : « C'est la 2^{ème} fois. Il n'a pas eu besoin de me donner des explications car il l'avait déjà fait il y a 2 ans » « Je le crois très favorable au dépistage mais me sachant convaincue il n'a pas jugé nécessaire d'insister et m'a remis le test sans entretien particulier (d'autant plus que c'était la 2^{ème} fois) » « Il n'a pas eu besoin de me convaincre »

2. Manque de temps (n=4)

« Généraliste **toujours pressé**, doit voir un maximum de patients » « Il dit que c'est mieux de le faire mais sans plus **son temps est compté** » « Il est tout à fait d'accord pour faire faire le dépistage mais à nous de nous débrouiller. Il est vrai aussi qu'il **n'a pas le temps de nous faire de l'info**. Est-ce aussi fiable qu'une colo ? » « **Les médecins étant de moins en moins nombreux dans le milieu rural, ceux-ci ont beaucoup de patients, ils n'ont pas le temps d'expliquer**, c'est dommage car la prévention c'est important »

La surcharge administrative (n=1) « Mon médecin est convaincu par ce dépistage mais **assez réticent pour la partie administrative** »

3. Doute sur le test (n=3)

« Assez peu convaincu le seul examen lui paraissant efficace est la **coloscopie qu'il recommande à ses patients de plus de 60 ans** » « Ce type de dépistage n'est pas sûr à 100% un examen endoscopique est plus sûr » « Mon médecin ne me semblait pas très convaincu de la fiabilité des résultats »

Annexe 6 : Liens significatifs

Pour l'ensemble des tableaux :

- En bleu : effectif réel nettement supérieur à l'effectif théorique attendu.
- En rose : effectif réel nettement inférieur à l'effectif théorique attendu.
- Les valeurs des tableaux du groupe 1 sont les pourcentages au total établis sur 548 observations.
- Les valeurs des tableaux du groupe 2 sont les pourcentages au total établis sur 139 observations.

Tableau 1 : Profil des patients

		Groupe 1 % (n)	Groupe 2 % (n)	Ensemble % (n)	p entre les 2 groupes
SEXE	Homme	48,9 (268)	49,6 (69)	49,1 (337)	0,88
	Femme	50,4 (276)	49,6 (69)	50,2 (345)	
	Non réponse	0,7 (4)	0,8 (1)	0,7 (5)	
AGE	50 – 54 ans	21,2 (116)	38,1 (53)	24,6 (169)	<0,001
	55 – 59 ans	22,3 (122)	18,7 (26)	21,5 (148)	
	60 – 64 ans	22,6 (124)	20,9 (29)	22,3 (153)	
	65 – 69 ans	18,2 (100)	17,3 (24)	18,0 (124)	
	70 – 75 ans	15,0 (82)	5,0 (7)	13,0 (89)	
	Non réponse	0,7 (4)	0,0 (0)	0,6 (4)	
NIVEAU D'ETUDES LE PLUS ELEVE	Sans diplôme	35,8 (196)	9,4 (13)	30,4 (209)	<0,001
	CAP, BEP, brevet, Certificat d'études	13,0 (71)	59,7 (83)	22,4 (154)	
	Bac ou bac pro	29,4 (161)	15,1 (21)	26,5 (182)	
	Bac + 2	12,4 (68)	12,2 (17)	12,4 (85)	
	Bac + 5	4,2 (23)	3,6 (5)	4,1 (28)	
Non réponse	5,3 (29)	0,0 (0)	4,2 (29)		
DUREE DU SUIVI AVEC LE MEME MEDECIN GENERALISTE	Moins de 1 an	4,9 (27)	10,1 (14)	6,0 (41)	0,14
De 1 à 5 ans	20,1 (110)	19,4 (27)	19,9 (137)		
De 6 à 10 ans	19,9 (109)	16,5 (23)	19,2 (132)		
Plus de 11 ans	54,4 (298)	54,0 (75)	54,3 (373)		
Non réponse	0,7 (4)	0,0 (0)	0,6 (4)		

Tableau 2 : Lien entre le sexe et l'âge dans le groupe 2

Sexe \ Age	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-75 ans	TOTAL
Homme	13,7% (19)	8,6% (12)	12,9% (18)	10,8% (15)	3,6% (5)	49,6% (69)
Femme	24,5% (34)	10,1% (14)	7,2% (10)	6,5% (9)	1,4% (2)	49,6% (69)
TOTAL	38,1% (53)	18,7% (26)	20,1% (28)	17,3% (24)	5,0% (7)	

p = 0,05 (peu significatif)

Tableau 2bis : Lien entre le sexe et l'âge dans le groupe 1

Sexe \ Age	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-75 ans	TOTAL
Homme	10,2% (56)	11,3% (62)	11,1% (61)	8,6% (47)	7,5% (41)	48,7% (267)
Femme	10,9% (60)	10,9% (60)	11,5% (63)	9,7% (53)	7,3% (40)	50,4% (276)
TOTAL	21,2% (116)	22,3% (122)	22,6% (124)	18,2% (100)	14,8% (81)	

p = 0,98 (non significatif)

Tableau 3 : Lien entre l'âge et le mode de remise de test dans le groupe 1

Comment vous a-t-on remis le test ? \ Votre âge	J'ai profité d'un renouvellement de traitement	J'ai pris rendez-vous uniquement pour cela	La secrétaire me l'a remis	TOTAL
Entre 50 et 54 ans	31,6% (173)	1,5% (8)	5,5% (30)	38,5% (211)
Entre 55 et 59 ans	11,3% (62)	0,2% (1)	0,2% (1)	11,7% (64)
Entre 60 et 64 ans	11,5% (63)	0,0% (0)	1,8% (10)	13,3% (73)
Entre 65 et 69 ans	15,1% (83)	0,2% (1)	0,2% (1)	15,5% (85)
Entre 70 et 75 ans	15,1% (83)	0,0% (0)	0,0% (0)	15,1% (83)
TOTAL	84,7% (464)	1,8% (10)	7,7% (42)	

p < 0,001 (très significatif)

Tableau 3bis : Lien entre l'âge et le mode de remise de test dans le groupe 2

Comment vous a-t-on remis le test ? \ Votre âge	J'ai profité d'un renouvellement de traitement	J'ai pris rendez-vous uniquement pour cela	La secrétaire me l'a remis	TOTAL
Entre 50 et 54 ans	29,5% (41)	2,9% (4)	5,0% (7)	37,4% (52)
Entre 55 et 59 ans	17,3% (24)	0,7% (1)	0,0% (0)	18,0% (25)
Entre 60 et 64 ans	17,3% (24)	0,7% (1)	1,4% (2)	19,4% (27)
Entre 65 et 69 ans	14,4% (20)	0,7% (1)	2,2% (3)	17,3% (24)
Entre 70 et 75 ans	4,3% (6)	0,7% (1)	0,0% (0)	5,0% (7)
TOTAL	82,7% (115)	5,8% (8)	8,6% (12)	

p > 0,10 (non significatif)

Tableau 4 : Lien entre le niveau d'études et le mode de remise du test dans le groupe 2

Remise du test Niveau d'études le plus élevé	J'ai profité d'une consultation prévue	J'ai pris rendez-vous uniquement pour cela	TOTAL
« sans bac »	59,0% (82)	1,4% (2)	60,4% (84)
Bac	10,8% (15)	2,9% (4)	13,7% (19)
Plus de bac +2	13,0% (18)	1,4% (2)	14,4% (20)
TOTAL	82,8% (115)	5,7% (8)	

p < 0,01 (significatif)

Tableau 4bis : Lien entre le niveau d'études et le mode de remise du test dans le groupe 1

Remise du test Niveau d'études le plus élevé	J'ai profité d'une consultation prévue	J'ai pris rendez-vous uniquement pour cela	TOTAL
« sans bac »	72,4% (397)	1,3% (7)	73,7% (404)
Bac	2,9% (16)	0,4% (2)	3,3% (18)
Plus de bac +2	9,3% (51)	0,0% (0)	9,3% (51)
TOTAL	84,6% (464)	1,7% (9)	

p > 0,05 (non significatif)

Tableau 5 : Lien entre la durée de suivi médical par le même médecin généraliste et le fait de trouver son MG convaincant dans le groupe 2

MG convaincant ? Durée du suivi médical	Oui	Non	J'étais déjà convaincu	TOTAL
Moins de 1 an	7,2% (10)	0,7% (1)	2,2% (3)	10,1% (14)
De 1 à 5 ans	15,8% (22)	0,0% (0)	3,6% (5)	19,4% (27)
De 6 à 10 ans	11,5% (16)	1,4% (2)	3,6% (5)	16,5% (23)
Plus de 11 ans	33,8% (47)	0,0% (0)	20,1% (28)	54,0% (75)
TOTAL	68,3% (95)	2,2% (3)	29,5% (41)	100% (139)

p < 0,05 (significatif)

Tableau 5 bis : Lien entre la durée de suivi médical par le même médecin généraliste et le fait de trouver son MG convaincant dans le groupe 1

MG convaincant ? Durée du suivi médical	Oui	Non	J'étais déjà convaincu	TOTAL
Moins de 1 an	1,5% (8)	0,0% (0)	1,6% (9)	3,1% (17)
De 1 à 5 ans	3,1% (17)	0,4% (2)	1,8% (10)	5,5% (30)
De 6 à 10 ans	5,5% (30)	0,2% (1)	2,0% (11)	7,7% (42)
Plus de 11 ans	55,1% (302)	1,5% (8)	24,6% (135)	81,4% (446)
TOTAL	65,1% (357)	2,0% (11)	30,1% (165)	

p = 0,25 (peu significatif)

Tableau 6 : Lien entre le sexe et le fait de trouver son MG convaincant dans le groupe 2

MG convaincant ?	Sexe	Homme	Femme	TOTAL
OUI		37,4% (52)	30,2% (42)	67,6% (94)
NON		2,2% (3)	0,0% (0)	2,2% (3)
J'étais déjà convaincu		10,1% (14)	19,4% (27)	29,5% (41)
TOTAL		49,6% (69)	49,6% (69)	

p = 0,02 (significatif)

Tableau 6bis : Lien entre le sexe et le fait de trouver son MG convaincant dans le groupe 1

MG convaincant ?	Sexe	Homme	Femme	TOTAL
OUI		32,8% (180)	32,1% (176)	65,0% (356)
NON		0,9% (5)	1,1% (6)	1,1% (11)
J'étais déjà convaincu		13,9% (76)	16,2% (89)	30,1% (165)
TOTAL		47,8% (262)	49,6% (69)	

p = 0,61 (non significatif)

Tableau 7 : Lien entre la conviction du MG et le fait de le trouver convaincant dans le groupe 1

MG convaincu	Oui	Non	Je ne sais pas	TOTAL
Oui	59,3% (325)	0,7% (4)	5,1% (28)	65,1% (357)
Non	0,5% (3)	0,5% (3)	0,9% (5)	2,0% (11)
J'étais déjà convaincu	20,8% (114)	0,2% (1)	8,8% (48)	29,7% (163)
TOTAL	80,6% (442)	1,4% (8)	14,8% (81)	

p < 0,001 (très significatif)

Tableau 8 : Lien entre la conviction du MG et le fait de le trouver convaincant dans le groupe 2

MG convaincu \ MG convaincant ?	Oui	Non	Je ne sais pas	TOTAL
Oui	59,0% (82)	0,0% (0)	8,6% (12)	67,6% (94)
Non	0,0% (0)	0,7% (1)	1,4% (2)	2,2% (3)
J'étais déjà convaincu	20,1% (28)	0,0% (0)	9,4% (13)	29,5% (41)
TOTAL	79,1% (110)	0,7% (1)	19,4% (27)	

p < 0,001 (très significatif)

Tableau 9 : Lien entre la conviction du MG et la transmission d'explications dans le groupe 1

MG convaincu \ Explications ?	Oui	Non	Non, je connais déjà le test et je sais comment faire	TOTAL
Oui	59,9% (328)	8,6% (47)	12,0% (66)	80,5% (441)
Non	0,7% (4)	0,7% (4)	0,0% (0)	1,5% (8)
Je ne sais pas	8,6% (47)	2,7% (15)	4,4% (24)	15,7% (86)
TOTAL	69,2% (379)	12,0% (66)	16,4% (90)	

p < 0,001 (très significatif)

Tableau 10 : Lien entre la conviction du MG et la transmission d'explications dans le groupe 2

MG convaincu \ Explications ?	Oui	Non	Non, je connais déjà le test et je sais comment faire	TOTAL
Oui	51,1% (71)	7,2% (10)	20,9% (29)	79,1% (110)
Non	0,0% (0)	0,0% (0)	0,7% (1)	0,7% (1)
Je ne sais pas	7,9% (11)	5,8% (8)	5,8% (8)	19,4% (27)
TOTAL	59,0% (82)	12,9% (18)	27,3% (38)	

p < 0,05 (significatif)

Tableau 11 : Lien entre la conviction du MG et sa disponibilité dans le groupe 2

MG convaincu \ MG dispo ?	Oui	Non	Je ne sais pas	TOTAL
Oui	71,9% (100)	2,9% (4)	4,3% (6)	79,1% (6)
Non	0,0% (0)	0,7% (1)	0,0% (0)	0,7% (1)
Je ne sais pas	11,5% (16)	3,6% (5)	3,6% (5)	18,7% (26)
TOTAL	83,5% (116)	7,2% (10)	7,9% (11)	

p < 0,001 (très significatif)

Tableau 11bis : Lien entre la conviction du MG et sa disponibilité dans le groupe 1

MG convaincu ? \ MG dispo ?	Oui	Non	Je ne sais pas	TOTAL
Oui	64,4% (353)	3,5% (19)	5,7% (31)	73,5% (403)
Non	1,5% (8)	0,0% (0)	0,0% (0)	1,5% (8)
Je ne sais pas	12,0% (66)	1,3% (7)	1,3% (7)	14,6% (80)
TOTAL	77,9% (427)	4,7% (26)	6,9% (38)	

p > 0,05 (non significatif)

Tableau 12 : Lien entre la conviction du MG et sa disponibilité en excluant les personnes pour qui le MG n'a pas semblé convaincu dans le groupe 2

MG convaincu ? \ MG dispo ?	Oui	Non	Je ne sais pas	TOTAL
Oui	71,9% (100)	2,9% (4)	4,3% (6)	79,1% (6)
Je ne sais pas	11,5% (16)	3,6% (5)	3,6% (5)	18,7% (26)
TOTAL	83,5% (116)	6,5% (9)	7,9% (11)	

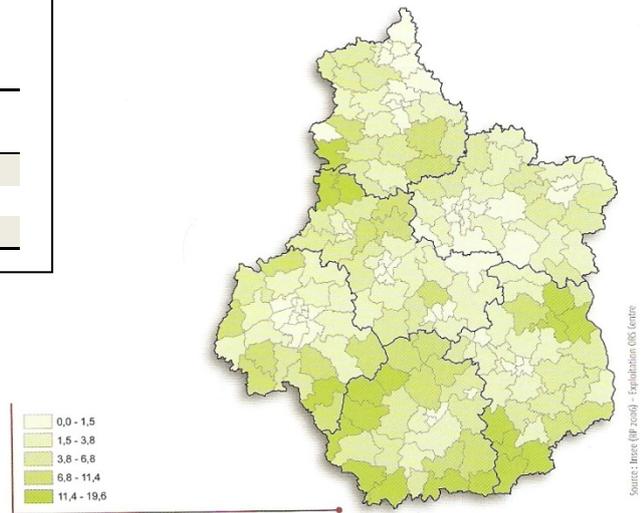
p < 0,001 (très significatif)

Annexe 7 : Données de l'ORS Centre [20]

Pourcentage d'agriculteurs exploitants dans la population active ayant un emploi en 2006

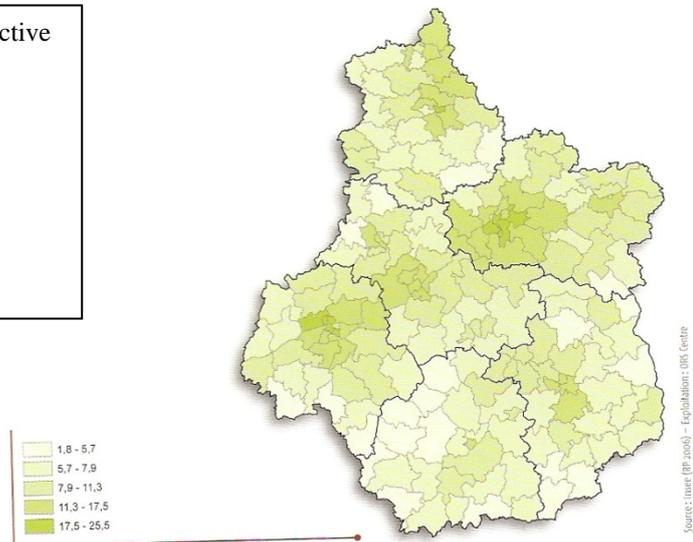
Pourcentage d'agriculteurs exploitants dans la population active ayant un emploi en 2006

	Agriculteurs exploitants
Cher	3,4
Centre	2,6
France	2,1



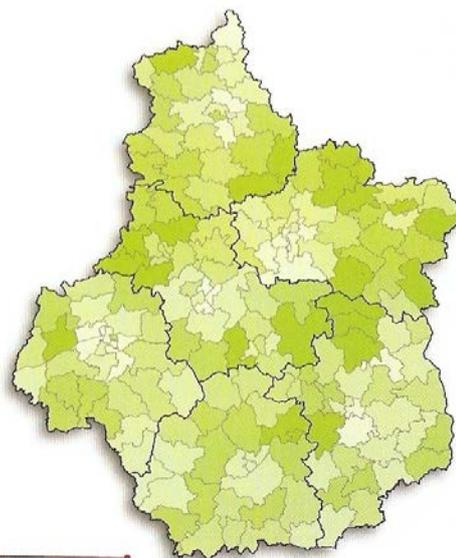
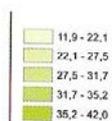
Pourcentage de cadres dans la population active ayant un emploi en 2006

	Cadres
Cher	9,7
Centre	11,9
France	15,5



Pourcentage d'ouvriers dans la population active ayant un emploi en 2006

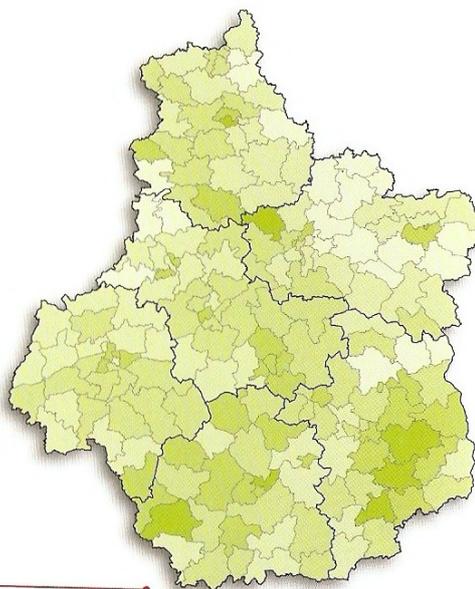
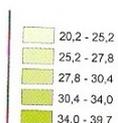
	Ouvriers
Cher	28,2
Centre	27,3
France	23,4



Source : Insee (RP 2006) - Exploitation : OIS Centre

Pourcentage d'employés dans la population ayant un emploi en 2006

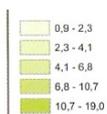
	Employés
Cher	30,3
Centre	28,9
France	28,5



Source : Insee (RP 2006) - Exploitation OIS Centre

Pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C au 31.12.2009

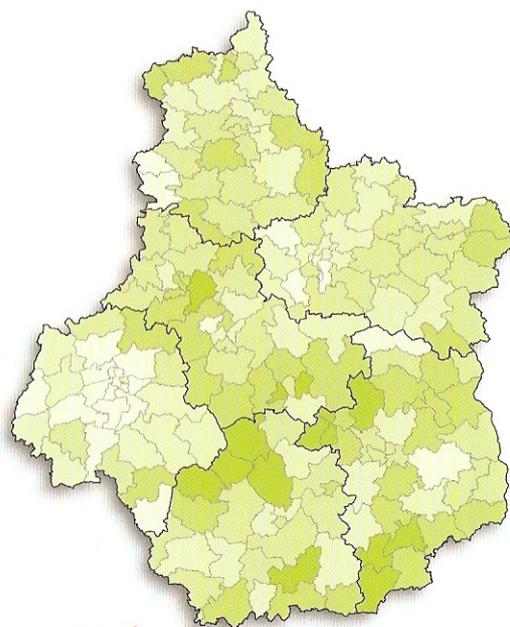
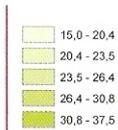
	Bénéficiaires CMU-C
Cher	7,4
Centre	5,8



Sources : Insee, MSA, RCI, Insee (RP 2006) - Exploitation : OIS Centre

Pourcentage de chômeurs de longue durée au 31.12.2008

	Chômeurs de longue durée
Cher	26,5
Centre	23,6
France	24,1

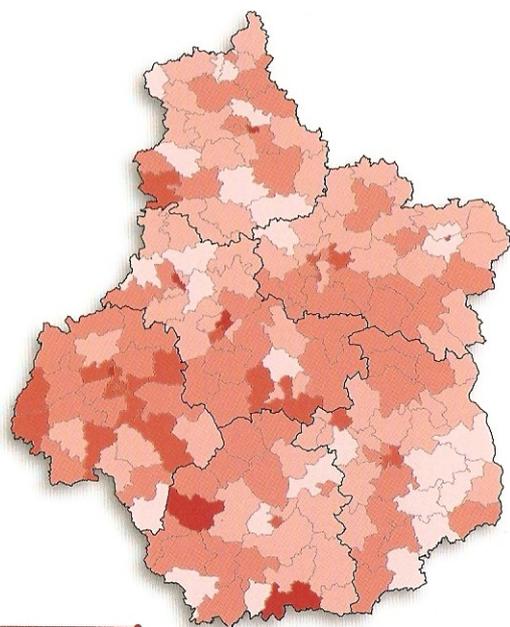
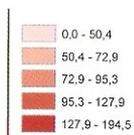


Sources : Insee, Dares, Statistiques du marché du travail DEPM à 3 hors activité réduite - Exploitation : OBS Centre

Densité d'omnipraticiens libéraux pour 100000 habitants au 31.12.2009

	Densité d'omnipraticiens
Cher	78,2
Centre	86,0
France	99,9

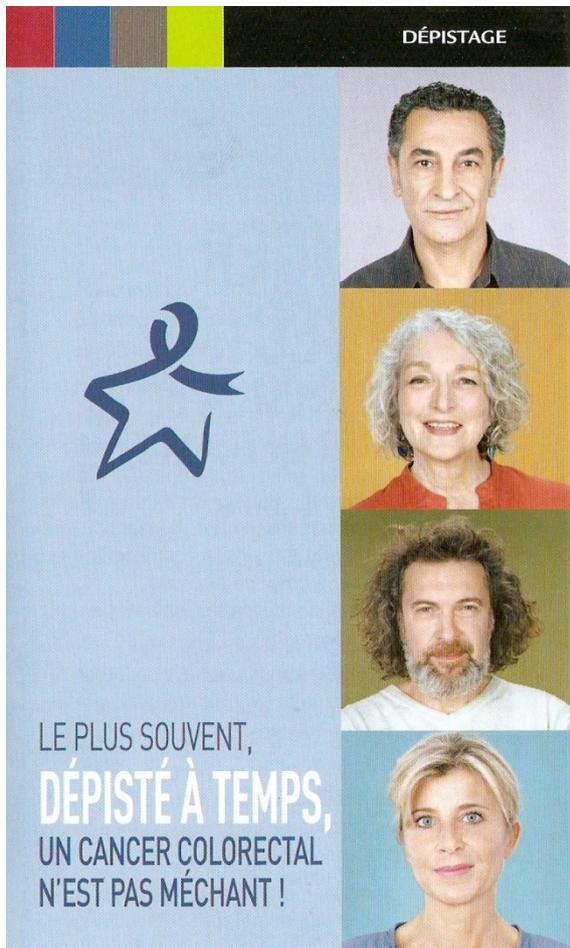
France : densité au 01.01.2008



Source : Insee (RP 2006) - Exploitation : OBS Centre

Annexe 8 : Documentation à destination des patients

DÉPISTAGE

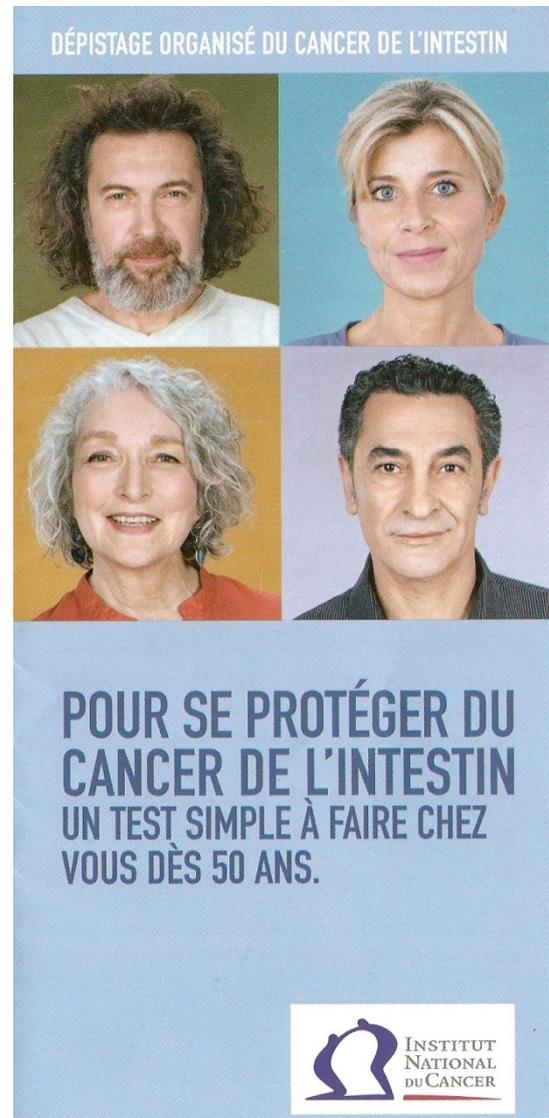


LE PLUS SOUVENT,
DÉPISTÉ À TEMPS,
UN CANCER COLORECTAL
N'EST PAS MÉCHANT !

www.e-cancer.fr



DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DE L'INTESTIN



POUR SE PROTÉGER DU
CANCER DE L'INTESTIN
UN TEST SIMPLE À FAIRE CHEZ
VOUS DÈS 50 ANS.



UNE SEMAINE TEST

Mardi 6
Lundi 5

DANS L'AGENDA DE JÉRÔME BONALDI

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

LES RÉSULTATS

Résultat négatif ? (97% des cas)
Cela signifie qu'aucun saignement n'a été détecté dans vos selles. Mais il peut arriver que certains polypes ou cancers ne soient pas identifiés par le test s'ils ne saignent pas au moment des prélèvements. Il est donc très important :

1. de refaire le test deux ans plus tard,
2. de surveiller les signes d'alerte dans l'intervalle : si des troubles digestifs apparaissent (présence de sang dans les selles, modification soudaine du transit intestinal, douleurs abdominales persistantes...), consultez votre médecin.

Résultat positif ? (3% des cas)
Cela ne signifie pas que vous avez un cancer, mais que du sang a été détecté dans vos selles. Pour en identifier l'origine, votre médecin vous prescrira une coloscopie (examen permettant de visualiser l'intérieur de l'intestin), réalisée par un gastroentérologue. En moyenne, cet examen révélera la présence de polypes dans 30% des cas et un cancer dans 10% des cas.

DÈS 50 ANS, LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL, C'EST TOUS LES 2 ANS.

Pour en savoir plus : **CANCERINFO 0810 810 821**
www.e-cancer.fr

Le cachet de Jérôme Bonaldi a été versé au bénéfice de la lutte contre le cancer.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

**HOMME/FEMME
DÈS 50 ANS
LE DÉPISTAGE C'EST
TOUS LES 2 ANS**

FAITES LE TEST !

PARLEZ-EN AVEC VOTRE MÉDECIN
CANCERINFO 0810 810 821

Annexe 9 : Carnet de remise des tests des médecins généralistes



DÉPISTAGE CCR

Enregistrement des exclusions médicales

Exclusion campagne

(2 ans)

- Symptomatologie digestive récente
- Rectorragie macroscopique
- Refus patient

Exclusion définitive

- ATCD familiaux
- ATCD personnel de cancer + **date**
- ATCD personnel de polypes adénomateux
- ATCD personnel de MICI

- Autre maladie grave
- Autres causes
- durée établie en fonction des cas

EXCLUSION AUTOMATIQUE POUR :

- | | | |
|---|---|------------------------|
| Test Hemoccult II [®] de moins d'un an | → | automatique pour 2 ans |
| Coloscopie de moins de 5 ans | → | automatique pour 5 ans |
| ▲ Nouveau : coloscanner ou coloscopie virtuelle | → | automatique pour 2 ans |

NB : Le polype hyperplasique < à 1 cm n'est pas une exclusion médicale.

DÉPISTAGE DES CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM (50 à 74 ans)

Nom, Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Nom de la Caisse :

Étiquette
bénéficiaire

Absence de code-barre

Je remets le test Hemoccult II[®] le

Je ne remets pas le test Hemoccult II[®] ce jour (le) pour la ou les raison(s) suivante(s) :

- ATCD personnel de cancer colorectal en (année) et suivi régulier par coloscopies
- ATCD d'adénomes colorectaux et/ou polypes hyperplasiques (> à 1cm) et suivi régulier par coloscopies
- Coloscopie de moins de 5 ans (complète et normale). **Date de la dernière coloscopie :** (mois / année)
- Coloscanner ou coloscopie virtuelle de moins de 2 ans (complète et normale).

Date du dernier coloscanner : (mois / année)

- ATCD familial de cancer colorectal chez un parent du premier degré (parents, frères, sœurs et enfants)
- Recherche de sang dans les selles par **test Hemoccult II[®] < à 12 mois négative :** (mois / année)
- Rectorragies, symptômes digestifs (→ prescription d'une coloscopie)
- Autres : maladie grave ou dépistage inopportun (autre pathologie sévère, dépression, motifs éthiques, etc.)

Exclusion temporaire (2 ans)

Exclusion définitive

Étiquette
médecin
ou tampon par défaut

EXEMPLAIRE À ADRESSER À L'ADOC 18 DANS L'ENVELOPPE T

485 route de Varye - 18230 ST DOULCHARD

Tel. 02 48 27 28 09 - Fax. 02 48 27 28 01 - email : adoc18@irsa.asso.fr

N° 77301

Annexe 10 : Documentation à destination des médecins

DÉPISTAGE Cancer colorectal Le médecin traitant dans le dépistage organisé du cancer colorectal

Les pouvoirs publics ont mis en place un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal pour les femmes et les hommes de 50 à 74 ans. Ce programme repose sur la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles tous les deux ans. Votre implication dans ce programme de dépistage est un facteur d'adhésion essentiel des personnes concernées et elle garantit à vos patients un conseil et une orientation adaptés à leur niveau de risque.

Le dépistage organisé du cancer colorectal en pratique chez les femmes et les hommes de 50 à 74 ans sans symptôme ni facteur de risque particulier.

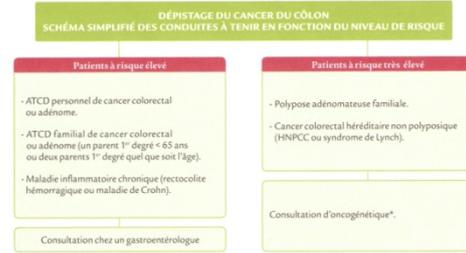
ÉTAPE 1	Votre patient(e) reçoit tous les deux ans de la structure en charge de la coordination du dépistage des cancers un courrier personnalisé l'invitant à réaliser un dépistage du cancer colorectal. Ce courrier lui suggère d'aborder ce sujet avec vous lors d'une prochaine consultation.	
ÉTAPE 2	Lors de cette consultation, vous évaluez son niveau de risque de cancer colorectal en fonction de ses symptômes, de ses antécédents médicaux et de ceux de sa famille.	
ÉTAPE 3	Vous lui remettez le test de recherche de sang dans les selles en lui expliquant son objectif, son mode d'emploi et la signification des résultats.	
ÉTAPE 4	Votre patient(e) réalise le test à son domicile et l'adresse au centre de lecture agréé dans le cadre du dépistage organisé, à l'aide d'une enveloppe T.	
ÉTAPE 5	Sous une quinzaine de jours, votre patient(e) et vous-même recevez le résultat du test de dépistage.	
ÉTAPE 6	Si le résultat du test est négatif (97%)	Si le résultat du test est positif (3%)
	Votre patient(e) sera invité(e) 2 ans plus tard à renouveler son test de dépistage. Il lui sera conseillé de vous consulter dans l'intervalle en cas de symptôme évocateur.	Votre patient(e) est invité(e) à vous consulter pour programmer une coloscopie de diagnostic au plus vite.

Le test de dépistage et son analyse par un laboratoire agréé sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais pour les patients.



Dépistage cancer colorectal

Pour les patient(e)s à risque élevé ou très élevé, les modalités de dépistage sont différentes. Le schéma ci-dessous vous permet de visualiser les examens ou consultations à proposer à vos patient(e)s en fonction de leur situation personnelle. Les symptômes qui doivent faire suspecter un cancer colorectal sont également rappelés.



*Coordonnées des consultations d'oncogénétique disponibles sur le site c-cancer.fr

Pour rappel, une coloscopie de diagnostic doit être proposée devant certains symptômes évoquant un cancer colorectal :

- Sang rouge ou noir dans les selles.
- Troubles du transit d'apparition récente : diarrhée, constipation inhabituelle.
- Douleurs abdominales d'apparition récente (surtout après 50 ans)
- Amaigrissement inexpliqué.

Pour obtenir les coordonnées de la structure en charge de la coordination du dépistage des cancers de votre département :

- Sur le site www.c-cancer.fr
- En téléphonant à Cancer Info Service au 0810 810 821
- Ou en contactant votre Caïse Primaire d'Assurance Maladie.



Dépistage cancer colorectal

CALENDRIER DU DÉPISTAGE DES CANCERS

Document destiné à l'usage des professionnels de santé - État des connaissances au 1^{er} décembre 2008

	25 ans	50 ans	65 ans	74 ans
Cancer colorectal		➔ Remettre le test de recherche de sang dans les selles tous les deux ans aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans. Le test et toutes les informations sur ce dépistage sont disponibles auprès des structures qui mettent en œuvre le dépistage organisé dans les départements.		
Cancer du sein		➔ S'assurer de la participation tous les 2 ans des femmes âgées de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein. En cas de non participation dans les 2 ans précédents, inciter la femme concernée à contacter la structure qui met en œuvre le dépistage organisé dans son département.		
Cancer du col de l'utérus	➔ Effectuer ou préconiser un frottis cervico-utérin tous les 3 ans, après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle, pour les femmes entre 25 et 65 ans. ➔ Malgré l'arrivée de vaccins, le dépistage régulier reste indispensable : vaccinées ou non, les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis.			
Mélanome		➔ En présence d'un patient à risque : - l'inciter à faire examiner sa peau par un dermatologue une fois par an ; - l'inciter à pratiquer l'auto-examen cutané une fois par trimestre (règle ABCDE) ; - l'informer sur les risques de l'exposition solaire. ➔ En cas de lésion suspecte, adresser le patient sans délai à un dermatologue.		

Les coordonnées des structures de gestion qui mettent en œuvre le dépistage organisé dans les départements

sont disponibles sur www.e-cancer.fr ou auprès des téléconseillers de **CANCERINFOSERVICE**
0810 810 821 (au prix d'un appel local)



Cancer colorectal

- 37 000 nouveaux cas et 17 000 décès chaque année en France
- rare avant 50 ans (6 % des cas)
- détectés au stade I, le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 %
- le dépistage organisé doit permettre de réduire la mortalité par cancer colorectal de près de 20 %, si au moins 50 % de la population concernée y participe régulièrement

CONDUITES À TENIR

En présence de symptômes

(présence de sang rouge ou noir dans les selles, troubles du transit ou douleurs abdominales d'apparition récente, amaigrissement inexpliqué...)

➔ *Coloscopie*

En l'absence de symptômes

Personnes à risque moyen
• Hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans sans risque élevé ou très élevé

➔ *Test de recherche de sang dans les selles dans le cadre du dépistage organisé*

Personnes à risque élevé
• Antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome avancé (1 parent du 1^{er} degré < 65 ans, ou 2 parents du 1^{er} degré quel que soit l'âge)
• Antécédent de maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)

➔ *Coloscopie*

Personnes à risque très élevé
• Polyposse adénomateuse familiale
• Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)
➔ *Consultation d'oncogénétique*
➔ *Chromocoloscopie*

Cancer du sein

- 50 000 nouveaux cas et 11 000 décès chaque année en France
- l'incidence augmente rapidement après 50 ans
- lorsque la taille de la tumeur est inférieure à 1 cm, sans envahissement ganglionnaire, les chances de survie à 5 ans sont supérieures à 90 %
- le dépistage organisé doit permettre de diminuer de 20 à 30 % la mortalité par cancer du sein, si au moins 70 % des femmes concernées y participent régulièrement

CONDUITES À TENIR

En présence de symptômes

(tuméfaction, rétraction cutanée ou mamelonnaire, inflammation, écoulement mamelonnaire, adénopathie axillaire, ...)

➔ *Mammographie de diagnostic*

En l'absence de symptômes

Femmes entre 50 et 74 ans asymptomatiques et ne présentant pas de risques particuliers

➔ *Mammographie tous les 2 ans dans le cadre du dépistage organisé*

Femmes soumises à une surveillance en raison d'une image anormale, traitées pour un cancer du sein ou faisant l'objet d'une surveillance après traitement, présentant des facteurs de risques importants (existence d'une néoplasie lobulaire ou d'une hyperplasie épithéliale atypique)

➔ *Surveillance personnalisée, le plus souvent mammographie annuelle*

Femmes chez qui on suspecte une forme familiale de cancer du sein

➔ *Consultation d'oncogénétique*

➔ *Surveillance mammographique adaptée*

Cancer du col de l'utérus

- 3 100 nouveaux cas et près de 1 100 décès chaque année en France
- pic d'incidence à 40 ans pour les cancers invasifs
- en 30 ans en France, l'incidence est passée de 18 pour 100 000 à 7 pour 100 000 grâce au dépistage par frottis
- un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence des cancers invasifs de 90 %

RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR

Stratégie de dépistage

Le frottis cervico-utérin est recommandé tous les trois ans après deux frottis annuels normaux chez les femmes âgées de 25 à 65 ans (sauf chez les femmes hystérectomisées ou n'ayant jamais eu de rapports sexuels)

Conduites à tenir selon le résultat de l'examen

Frottis normal
➔ *Nouveau frottis à programmer en respectant le calendrier*

ASC-US ou présence d'atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée

➔ *Contrôle du frottis à 6, 18 et 30 mois, ou « triage » par test HPV, ou colposcopie*

Colposcopie/biopsie, qui s'impose si persistance des anomalies cytologiques ou si test HPV positif

Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade

➔ *Contrôle du frottis à 6, 12 et 24 mois ou colposcopie*

Colposcopie/biopsie, qui s'impose si persistance des anomalies cytologiques

Lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade, ou ASC-H (atypies ne permettant pas d'exclure une lésion de haut grade)

➔ *Colposcopie/biopsie*

Anomalies des cellules glandulaires

➔ *Colposcopie/biopsie, curetage de l'endocervix*

Mélanome

- 7 400 nouveaux cas de mélanomes cutanés et 1 400 décès chaque année en France
- l'incidence a triplé ces 20 dernières années
- le taux de survie à 5 ans est supérieur à 90 % lorsque la taille de la tumeur est < 1 mm (indice de Breslow)

RECOMMANDATIONS

Les facteurs de risque à rechercher

- Antécédent personnel ou familial de mélanome
- Nombre de naevus atypiques > 2
- Nombre de lésions mélanocytaires (naevus communs) > 40
- Antécédent de brûlure solaire
- Ephélides (taches de rousseur) nombreuses
- Phototype cutané de type I (peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts)
- Naevus congénital géant (diamètre > 20 cm)

Une lésion doit être considérée comme suspecte si 2 des critères suivants sont présents

- Asymétrie : forme non circulaire avec 2 moitiés qui ne se ressemblent pas
- Bords irréguliers
- Couleur non homogène
- Diamètre en augmentation (en général supérieur à 6 mm)
- Évolutivité : toute tache pigmentée qui change d'aspect

Références bibliographiques

- Sur l'incidence et la mortalité
- Remeter L, Baum A, Wilton M et al. Evolution of the incidence and of the mortality per cancer in France de 1975 à 2000, 2003.
- Sur le dépistage de cancer du sein
- IARC Handbooks of cancer prevention, Vol 7, Breast cancer screening, Lyon IARC, press 2002.
- Sur le dépistage de cancer du col de l'utérus
- IARC Handbooks of cancer prevention, Vol 10, Cervix cancer screening, Lyon IARC, press 2005.
- Sur le dépistage de cancer colorectal
- Faivre J, Daroch J, Lagueux C et al. Evaluation of colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled trial, Gastroenterology 2004.
- Sur la détection précoce de mélanome
- Guille michel, Stratégie du diagnostic précoce du mélanome, HAS, 2008.

décembre 2008 - SIREN 187 512 777

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

PHOUPHETLINTHONG Julie épouse AUBERT

Thèse n°

80 pages – 1 tableau – 4 figures

Résumé :

Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) chez les patients de 50 à 74 ans est généralisé à l'ensemble du territoire français depuis 2008. Le test de dépistage est remis par les médecins généralistes (MG). Ces derniers s'estiment impliqués dans ce dépistage. Pourtant le taux national de participation n'était que de 34% sur la période 2009-2010.

L'objectif de ce travail était de recueillir le ressenti de la population-cible par rapport au message transmis par le MG lors de la remise du test de DOCCR.

Entre février et mai 2011, un questionnaire a été envoyé à deux groupes de patients du Cher ayant retiré le test de dépistage chez leur médecin. Le 1^{er} groupe avait réalisé le test et le 2^{ème} groupe ne l'avait pas réalisé.

Pour les patients des deux groupes, leur médecin généraliste a été convaincant, leur a semblé convaincu et disponible pour donner des explications sur le DOCCR. Ils ont reçu des explications et en sont satisfaits. Mais l'analyse multivariée montrait qu'un MG moins convaincu, moins disponible était significativement moins convaincant. Les différences significatives entre les deux groupes se situaient au niveau de l'âge des patients et de leur niveau d'études. Les groupes se distinguent par une sensibilisation différente au dépistage.

Les MG doivent être régulièrement sensibilisés sur l'importance de leur rôle lors de la remise du test. Cette consultation nécessite systématiquement une motivation efficace des bénéficiaires du DOCCR.

Mots clés : - dépistage organisé - cancer colorectal -médecin généraliste
 - ressenti - questionnaire

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Etienne DANQUECHIN DORVAL

Membres : Monsieur le Professeur Loik DE CALAN
 Monsieur le Professeur Gonzague DE PINIEUX
 Madame le Docteur Marie-José BON-MENET
 Monsieur le Docteur Olivier FERRAND

Date de la soutenance : 19 octobre 2011