

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2011

n° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GAYE Nancy
Née le 28 novembre 1979 à Paris 12e

Présentée et soutenue publiquement le 26 janvier 2011

**Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal en
médecine générale et envisager les moyens de les contourner**

Président : Professeur Jean-François BERGMANN

Directrice : Docteur Isabelle AUBIN-AUGER

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-François BERGMANN,

Pour avoir accepté de présider ma thèse.

Pour l'enseignement que vous m'avez apporté au cours de mon stage dans votre service.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane MOULY avec qui j'ai eu la chance de travailler,

Monsieur le Professeur Daniel SERENI

Pour leur présence.

A Madame le Docteur Isabelle AUBIN-AUGER,

Pour avoir accepté de diriger mon travail, pour sa patience, sa disponibilité, sa gentillesse et pour son enseignement au cours de mon stage de médecine générale.

Pour avoir accepté d'être membre de mon jury.

Aux Docteurs LE TRONG Lu, BAUMANN Laurence, MERCIER Alain et tous les médecins généralistes du réseau ayant participé à cette étude,

Pour leur participation active à la réalisation de l'étude.

A la secrétaire du réseau oncologie d'Argenteuil,

Pour la retranscription intégrale des entretiens.

A mes parents,

Pour leur aide et leur soutien tout au long de mes études.

Pour avoir gardé mes enfants pour me permettre d'avancer dans mon travail.

A Xavier,

Pour sa présence, son soutien et s'être occupé des enfants.

A Jade et Mathys,

Pour avoir "laissé" leur maman travailler.

A Alex et Anaëlle,

Pour s'être occupé de Jade.
Pour l'impression.

A mes amies Adeline, Thad et Estelle,

Pour leur soutien, leurs encouragements, leur aide pour la bibliographie, leurs conseils, la relecture et surtout leur amitié depuis notre rencontre à la faculté.
Vous m'avez déjà supporté pendant de longues années et j'espère qu'il y en aura encore beaucoup d'autres.

A Gaele, Laetitia-Marie, Mélanie et Olivia,

Pour leur soutien et leur amitié.

A Rosa,

Pour son soutien, ses encouragements, les pauses café et surtout sa présence auprès des enfants et la tendresse qu'elle leur apporte.

A Marina,

Pour son aide pour la correction de la thèse.

A Cyril, Kandeepan et Peggy,

Pour leur aide informatique.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	9
PREMIERE PARTIE : GENERALITES.....	11
I. Le cancer colorectal.....	11
A- Epidémiologie	11
1- Incidence et mortalité	11
2- La prévalence	13
B- Histoire naturelle du cancer	13
1- Adénome et cancer	13
2- Les stades du cancer	14
C- Pronostic.....	14
D- Les sujets à risque	15
1- Les sujets à risque moyen.....	15
2- Les sujets à risque élevé	16
3- Les sujets à risque très élevé	16
II. La prévention du cancer colorectal	18
A- La prévention primaire.....	18
1- Les facteurs hygiéno-diététiques.....	18
2- L'aspirine à faible dose et les anti-inflammatoires non stéroïdiens	18
B- La prévention secondaire.....	19
1- Les explorations endoscopiques	20
• la coloscopie courte ou rectosigmoïdoscopie	
• la coloscopie totale	
• la coloscopie virtuelle	
2- Les tests indirects par recherche de sang occulte dans les selles	21
• les tests au gaïac	
• les tests immunologiques	
• les tests moléculaires	
• les tests basés sur la mesure des dérivés de l'hème	

III. Dépistage dans la population générale.....	24
A- Conditions de réalisation d'un dépistage de masse	24
1- Objectif.....	24
2- Conditions de validité.....	25
3- Conditions d'efficacité	26
B- Le test Hemocult II®	26
1- Caractéristiques	27
2- Réalisation du test	28
3- Lecture du test	28
4- Le coût.....	29
C- Dépistage de masse organisé du CCR : population cible.....	29
1- Critères d'inclusion	29
2- Critères d'exclusion.....	29
D- Les études randomisées.....	30
• l'étude du Minnesota.....	30
• l'étude anglaise	31
• l'étude suédoise.....	31
• l'étude danoise	31
• l'étude française	32
E- Historique de la généralisation du dépistage de masse organisé en France ..	34

DEUXIEME PARTIE : Objectifs et méthodologie de l'étude..... 35

I. Objectifs.....	35
A- Objectif principal	35
B- Objectif secondaire.....	35
II. Méthodologie	35
A- Le réseau de médecins généralistes.....	35
B- Conception de l'étude.....	36
C- Réalisation de l'étude	37

TROISIEME PARTIE : RESULTATS 39

I. Concernant la prévention et le dépistage.....39

A- Place de la prévention en médecine générale.....39

B- Rôle du médecin généraliste dans le dépistage40

C- Difficultés du dépistage pour les médecins41

II. Les obstacles au dépistage du cancer colorectal.....43

A- Manque de temps43

1- Pour la proposition du test.....43

2- Pour la délivrance du test45

3- Pour répondre aux questions46

4- Pour remplir les papiers.....47

B- Les soins aigus.....48

C- Y penser.....50

D- Manque de participation des médecins généralistes50

E- Manque de formation des médecins52

F- Manque de confiance dans le test.....53

G- Difficulté d’approvisionnement en test54

H- Taux de participation insuffisant.....54

I- Les obstacles liés aux patients55

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION..... 56

I. Biais de l’étude56

II. Importance de la prévention57

A- La prévention en médecine générale57

B- Le dépistage et le médecin généraliste.....	59
III. Les freins au dépistage	62
A- Les contraintes organisationnelles.....	62
1- Le temps	63
2- Les motifs de consultation et la démographie médicale	64
3- L'oubli.....	65
B- Manque de participation des médecins	65
C- Manque de connaissance et de formation	66
1- Manque de connaissance.....	66
2- Les recommandations.....	66
D- Manque de conviction en la fiabilité du test Hemocult II®	68
E- Les autres obstacles.....	68
IV. Les moyens de surmonter les obstacles.....	69
A- Une consultation spécifique de prévention.....	69
B- Une formation adaptée.....	71
C- Clarification des recommandations	73
D- Un test plus fiable	73
E- La rémunération.....	74
F- Des démarches qualité	75
CONCLUSION.....	77
ANNEXES	78
Annexe 1 : Classification TNM du cancer colorectal.....	79
Annexe 2 : Equivalence entre les classifications	80
Annexe 3 : Tests distribués en mars 2007 par les médecins du réseau	81- 82

Annexe 4 : Guide d'entretien.....	83- 84
Annexe 5 : Questionnaire médecins généralistes	85
Annexe 6 : Présentation générale.....	86
Annexe 7 : Catégories de codage.....	87- 88
BIBLIOGRAPHIE	89
ABREVIATIONS	97

INTRODUCTION

Avec plus de 36 000 nouveaux cas par an, le cancer colorectal (CCR) se situe au 3^e rang des cancers en France en terme d'incidence [1]. Il entraîne 16 000 décès par an. Même si ce cancer a un taux de survie parmi les plus élevés en Europe [10] et que la survie s'améliore au cours du temps, on ne guérit actuellement qu'un cancer sur deux [18]. C'est donc une pathologie grave et fréquente.

Dans 60 à 80 % des cas, il est précédé d'une tumeur bénigne, le polype adénomateux. Sa transformation est un processus long qui se déroule sur au moins 10 ans. L'exérèse de l'adénome permet de prévenir l'apparition du cancer et, à un stade précoce, sa guérison, d'où l'intérêt d'un dépistage [20], l'objectif étant de limiter la mortalité.

Les actions de prévention primaire y contribuent en visant les facteurs de risque non spécifiques (alimentation, hygiène de vie...) susceptibles de majorer les risques de CCR ou au contraire de les limiter. Cependant ces actions ne sont pas suffisantes, à l'heure actuelle, pour être efficaces. A court terme, le diagnostic précoce, à travers le dépistage organisé, paraît être le moyen le plus efficace pour réduire la mortalité.

Au cours des dernières années, plusieurs études randomisées [24-28], conduites aux Etats-Unis et en Europe, ont démontré l'efficacité du dépistage biennal du CCR par un test de recherche de sang occulte dans les selles, le test Hemocult II[®]. L'application de ces résultats en France a été confirmée par une étude en Bourgogne [29].

Malgré les résultats encourageants de ces différentes études, le dépistage de masse organisé a tardé à se mettre en place en France. Il a été progressivement étendu à l'ensemble des régions entre 2002 et 2008.

Ce dépistage ne peut être efficace que s'il est pratiqué par une large proportion de la population concernée et qu'il existe une adhésion des médecins généralistes, cette dernière étant un facteur indispensable.

En 2007, le dépistage n'est organisé que dans quelques départements ou dans le cadre de réseaux ville-hôpital. Pour les médecins généralistes concernés, on peut observer que le taux de délivrance de l'Hemoccult II[®] est extrêmement variable, la prescription du test étant difficile à intégrer dans la pratique de médecine générale. Il apparaissait donc intéressant de confronter leurs pratiques.

Le but de notre étude était de mettre en évidence les barrières au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult II[®] identifiées par les médecins généralistes et de proposer d'éventuelles solutions susceptibles d'améliorer la prescription de ce test afin d'optimiser le dépistage et d'augmenter ainsi le nombre de personnes dépistées.

GENERALITES

I. Le cancer colorectal

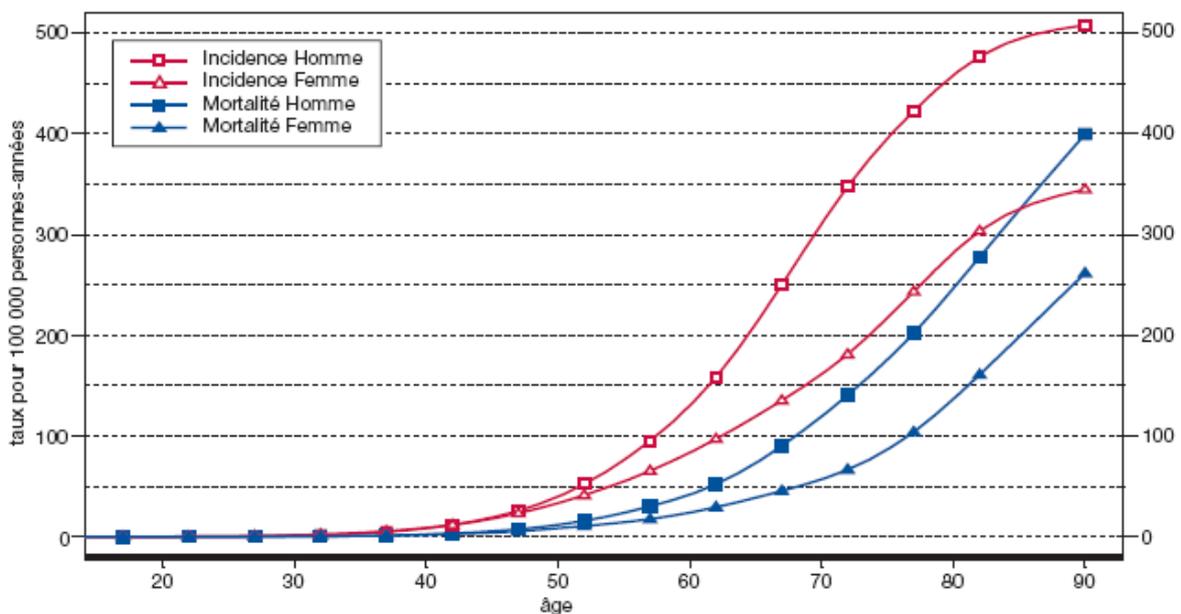
A. Epidémiologie

1. Incidence et mortalité

En 2000, en France, le cancer colorectal (CCR) se situe au 3^e rang des cancers dans la population après les cancers de la prostate et du sein. Il a une incidence estimée à 36 257 nouveaux cas dont 53 % chez l'homme. Il représente 13 % des cancers incidents et se situe, par sa fréquence, au 3^e rang chez l'homme (après les cancers broncho-pulmonaires et prostatique) et au 2^e rang chez la femme après le sein [1].

Avec 15 973 décès, le CCR se situe au 2^e rang des décès par cancer et représente 10,6% des décès par cancer. 53 % de ces décès concernent les hommes [1].

Incidence et mortalité estimées par âge pour l'année 2000 [1]



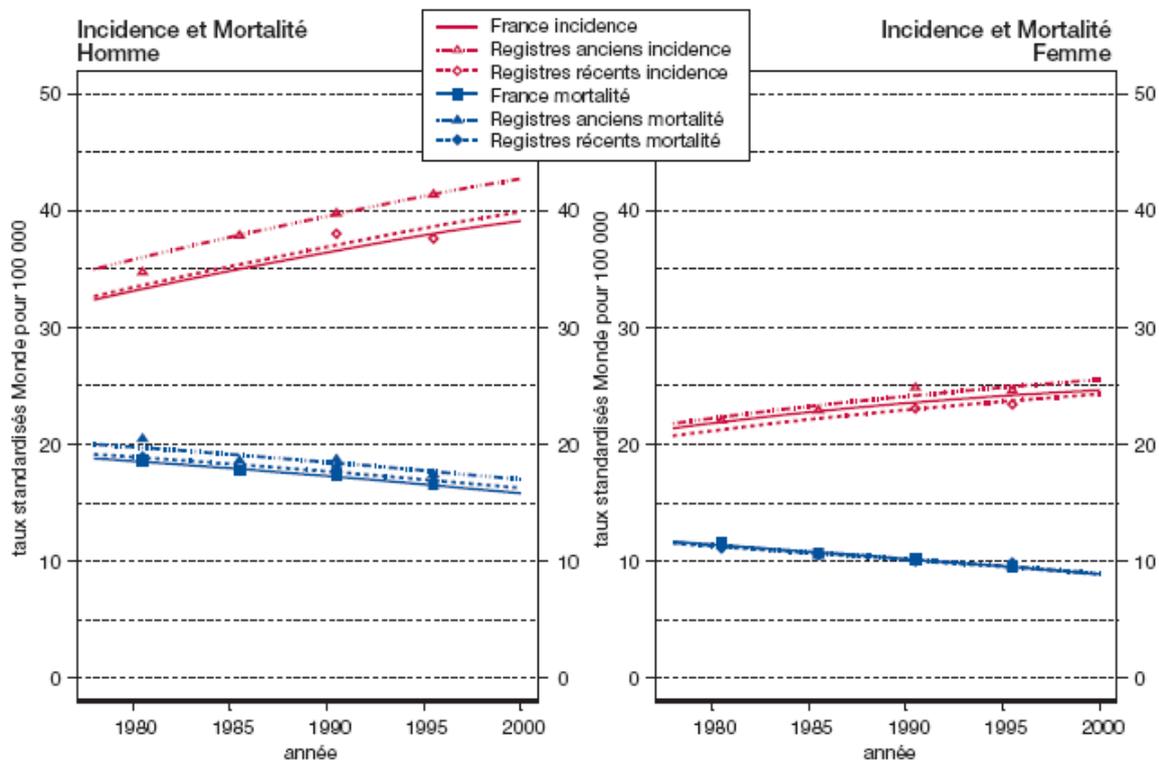
Entre 1978 et 2000, il a été observé une augmentation de près de 50 % de l'incidence et une diminution de la mortalité (**tableau et figure 1**) [2 ; 3].

L'âge médian du diagnostic est de 72 ans chez l'homme et 75 ans chez la femme. Le CCR est rare avant l'âge de 50 ans. Le vieillissement de la population explique l'augmentation de l'incidence entre 1978 et 2000.

Tableau 1 : Nombres estimés de cas et de décès en France selon l'année [1]

		1980	1985	Année 1990	1995	2000
Incidence	Homme	12 510	13 889	15 539	17 588	19 431
	Femme	11 457	12 717	14 078	15 538	16 826
Mortalité	Homme	7 435	7 677	7 980	8 357	8 505
	Femme	7 292	7 429	7 588	7 725	7 468

Figure 1 : Evolution de l'incidence et de la mortalité selon le sexe et les années [1]



2. La prévalence

La prévalence, c'est-à-dire le nombre de sujets vivants qui a été atteint, est un indicateur important car elle évalue la population à surveiller pour détecter une éventuelle récurrence. Elle est estimée à 200 000 personnes en 2000 dont 80 000 ayant eu un cancer dans les cinq dernières années et 30 000 qui sont traitées pour une reprise évolutive de leur cancer [4].

B. Histoire naturelle du CCR

1. Adénome et cancer

Ce cancer est souvent précédé, pendant de nombreuses années, par une tumeur épithéliale bénigne, l'adénome ou polype adénomateux. Dans les pays occidentaux, on estime que 60 à 80 % des cancers colorectaux résultent de sa transformation. L'exérèse de cet adénome permet donc de prévenir la cancérisation.

Trois étapes évolutives de l'adénome sont distinguées : la genèse, la croissance et la transformation maligne.

C'est une lésion fréquente : parmi les personnes de plus de 65 ans, 1 sur 3 en est atteinte. Mais seulement 10 % des adénomes atteignent 1 cm de diamètre. C'est à partir de cette taille que le risque de transformation maligne devient élevé : environ un quart devient des cancers.

La séquence adénome-cancer est estimée en moyenne à 10 ans [4 ; 5].

Les facteurs qui influencent le risque de transformation maligne sont la taille des adénomes, leur multiplicité, le degré de dysplasie et la présence d'un composant villositaire, ces quatre facteurs étant étroitement liés [6].

Le risque de cancérisation est plus élevé, de l'ordre de 1 %, pour les adénomes "avancés" définis par une taille supérieure à 10 mm et/ou l'existence d'un contingent villositaire et/ou de signe de dysplasie de haut grade [7].

2. Les stades du cancer

Selon le niveau d'invasion de la tumeur dans la paroi, l'extension ganglionnaire et la présence (ou l'absence) de métastases, la classification du cancer peut être établie et ainsi guider la décision thérapeutique. La classification TNM est la seule à faire l'objet d'un consensus international (**annexes 1 et 2**).

C. Pronostic

Selon l'étude EUROCARE pour la période 1990-1994 [10], le taux de survie relatif à 5 ans pour le CCR est de 56 % pour les hommes et 61 % pour les femmes.

Ces 20 dernières années le taux de survie à 5 ans s'est amélioré du fait de [2 ; 5]:

- la diminution de la mortalité opératoire associée à une augmentation de l'opérabilité
- l'amélioration de la prise en charge des CCR avec notamment les traitements adjuvants
- l'amélioration du stade de diagnostic.

En fonction du stade tumoral au moment du diagnostic, le pronostic est très variable (**tableau 2**).

Tableau 2 : Survie à 5 ans en fonction du stade tumoral [11]

Stade tumoral	Survie à 5 ans
I ou pT1/T2, N0, M0	95 %
II ou pT3/T4, N0, M0	60 à 80 %
III ou pT, N1, M0	30 à 60 %
IV ou pT, N, M1	< 5%

D. Les sujets à risque

Dans la population, trois niveaux de risque pour le CCR sont définis, avec une répartition statistique différente selon le niveau de risque (**tableau 3**).

1. Les sujets à risque moyen

Environ 75 % des cancers colorectaux surviennent chez des personnes de plus de 50 ans n'ayant aucun facteur de risque connu les prédisposant à cette maladie, on parle alors de CCR "sporadiques" [43].

Le risque moyen d'être atteint d'un CCR avant l'âge de 74 ans est estimé à 3,5 % dans la population française [8].

2. Les sujets à risque élevé

Ce risque concerne des personnes ayant les facteurs de risque suivants [43] :

- antécédents familiaux (le risque est d'autant plus important que le cancer apparaît tôt chez le parent, multiplié par 5 pour un cancer diagnostiqué avant 45 ans)
 - un cas de CCR ou d'adénome chez un parent au 1^{er} degré, avant 60 ans
 - deux cas ou plus de CCR chez des parents au 1^{er} degré, quelque soit l'âge
- antécédent personnel d'adénome ou de CCR (risque multiplié par 3,6 pour les porteurs d'un adénome villositaire ou de plus de 1 cm de diamètre et par 6,6 si les adénomes sont multiples)
- maladie inflammatoire chronique de l'intestin : pancolite, maladie de Crohn ou rectocolite ulcéro-hémorragique.

Les femmes ayant un cancer de l'ovaire ou du corps de l'utérus ont un risque de cancer colorectal un peu plus élevé que celles de la population générale. Chez les femmes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué avant l'âge de 45 ans et évoluant depuis au moins 10 ans, le risque de CCR est multiplié par 2.

3. Les sujets à risque très élevé

Ce sont les personnes appartenant à une famille atteinte de cancers à transmission héréditaire autosomique dominante :

- polypose adénomateuse familiale (PAF) à l'origine d'environ 1 % des CCR. Le risque de cancer chez les sujets porteurs est de 100%.

- les cancers héréditaires sans polypose ou HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer), nouvelle dénomination du syndrome de Lynch. Cette affection est responsable de 5 % des CCR.

Tableau 3 : Estimation du risque de développer un CCR durant la vie et répartition statistique [13]

	Risque de développer un CCR	Répartition statistique	Incidence approximative en France chaque année
Population générale "risque moyen"	3,5 %	75 %	24 750
Antécédent familial au 1 ^{er} degré de CCR ou d'adénome \geq 1 cm	7 %	15 à 20 %	5000 à 6500
Sujet ayant un adénome > 1 cm	12 %		
Sujet ayant plusieurs adénomes > 1 cm	23 %		
CCR génétiquement lié aux cancers de l'ovaire ou du sein *	14 %		
Sujets ayant une colite inflammatoire ancienne et étendue	RCUH : 34 % Crohn : 5 à 10 %	1 %	330
Polypose adénomateuse familiale	100 %	1 %	330
Syndrome HNPCC	90 %	5 %	1650

* les sujets porteurs de la mutation BRCA1, qui prédisposent aux cancers du sein et de l'ovaire, sont plus à risque pour le CCR (risque multiplié par 4) [13].

II. La prévention du cancer colorectal

La prévention, selon l'OMS, c'est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des maladies ou accidents ».

A. La prévention primaire

C'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme, destiné à diminuer l'incidence d'une maladie.

1. Les facteurs hygiéno-diététiques

Les résultats des études à ce sujet sont discordants. Mais il semblerait que les régimes riches en protéines animales (graisses et viandes) et/ou en acides gras saturés, les aliments entraînant un apport excessif de calories et la consommation excessive d'alcool soient néfastes. Les légumes, les vitamines anti-oxydantes et les fibres alimentaires pourraient jouer un rôle protecteur vis-à-vis du CCR.

De même, la sédentarité aurait un rôle favorisant vis-à-vis des tumeurs colorectales et il existerait un effet protecteur de l'activité physique [8 ; 12 ; 25].

Les recommandations préconisent donc la consommation de légumes, une limitation de l'apport en calorie, une diminution de la consommation d'alcool et la pratique d'une activité physique [8]. Mais elles ne peuvent se limiter qu'à des conseils d'hygiène de vie.

2. L'aspirine à faible dose et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Ils auraient des effets protecteurs sur le CCR, mais après une prise prolongée de 10 à 20 ans. Cet effet disparaîtrait à l'arrêt du médicament.

En l'absence de preuves suffisantes et vu le risque potentiel d'effets secondaires avec une prise au long cours, l'utilisation de ces médicaments ne peut être recommandée pour prévenir le CCR [8].

B. La prévention secondaire

La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées (OMS) pour en améliorer le pronostic. C'est dans cette optique que des actions de dépistage sont mises en place.

Selon l'OMS, le dépistage « consiste à identifier présomptivement, à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée, et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux, doivent être envoyées à leur médecin pour diagnostic et, si besoin est, traitement.»

L'objectif du dépistage est d'améliorer l'état de santé d'une population en permettant de prévenir l'apparition clinique d'un problème de santé. Pour cela plusieurs types d'examens sont réalisables.

Le dépistage du CCR peut reposer [7]:

- sur une exploration endoscopique du côlon
- sur des tests indirects qui, lorsqu'ils sont positifs, impliquent la réalisation d'une coloscopie.

Il existe des explorations non endoscopiques :

- le toucher rectal est utilisé à titre diagnostique au cours d'un examen clinique mais ne peut être proposé comme moyen de dépistage.
- le lavement baryté en double contraste est un examen diagnostique, proposé en cas de coloscopie incomplète. Sa sensibilité est inférieure à celle de la coloscopie [14].

1. Les explorations endoscopiques

- la coloscopie courte ou rectosigmoïdoscopie

La preuve de son efficacité pour diminuer la mortalité spécifique du CCR n'est pas encore établie. Par ailleurs, il paraît difficile de l'envisager dans un contexte de dépistage de masse dans une population asymptomatique car elle ne répond pas aux critères d'acceptabilité (examen désagréable générant inconfort et douleurs). C'est un examen invasif associé à des risques de saignement (3,2%) et de perforation de rate (1 sur 25 000) [7 ; 14].

- la coloscopie totale

Elle est considérée comme le "gold standard" par diverses sociétés savantes. En théorie, c'est une très bonne méthode de dépistage car elle a l'avantage d'être sensible pour le diagnostic (sensibilité > 90 % pour les cancers et adénomes de taille > 10 mm) et de

permettre, en même temps, le traitement par résection des adénomes. Elle permet ainsi de réduire l'incidence des cancers [7].

Cependant la coloscopie présente des inconvénients et ne peut être proposée en dépistage de masse :

- le coût (trop élevé pour une campagne de dépistage de masse)
- le caractère fastidieux de la préparation
- le recours à l'anesthésie
- le caractère invasif de l'examen
- le risque de complications : saignement important dans 1 cas pour 1000, 1 pour 3000 pour les perforations et décès (0,1%) [12 ; 14].

- la coloscopie virtuelle

C'est une nouvelle technique d'imagerie du côlon qui utilise le scanner hélicoïdal et le traitement informatisé des images pour obtenir des représentations tridimensionnelles du côlon, simulant celles obtenues avec la coloscopie.

Cette technique prometteuse a l'avantage d'être peu invasive et de ne pas nécessiter d'anesthésie du patient.

Cependant le peu de données disponibles ne permet pas de la recommander pour le dépistage du CCR [16].

2. Les tests indirects par recherche de sang occulte dans les selles

- les tests au gaïac

Ce sont des tests qui révèlent l'activité peroxydasique de l'hémoglobine dans les selles. Elle est mise en évidence par l'apparition d'une coloration bleue en un point de la fenêtre de lecture en présence d'une solution alcoolique d'eau oxygénée en moins d'une minute.

Les constituants détectés sont toutes les hémoglobines et myoglobines (humaines et animales de l'alimentation) ainsi que l'activité pseudopéroxydasique de certains végétaux et bactéries [13].

Les causes de faux positifs sont :

- les médicaments induisant des saignements digestifs (aspirine, AINS ...)
- l'alimentation riche en viande rouge (hémoglobine animale) ou en peroxydases végétales (navet)

Les causes de faux négatifs sont l'absorption de vitamine C et les régimes riches en fibres qui raccourcissent la durée du transit.

Parmi les tests au gaïac, on distingue :

- le test Hemoccult II[®] actuellement utilisé dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, test de référence [16]
- les autres tests au gaïac comme l'Hemo FEC[®] et l'Hemoccult Sensa[®] [17]. Ils agissent sur le même principe que l'Hemoccult II[®] mais ont la capacité de détecter une activité peroxydasique plus basse. Ils ont donc une meilleure sensibilité avec cependant une spécificité et une valeur prédictive positive plus basses.

- les tests immunologiques

Ces tests, basés sur l'emploi d'anticorps spécifiques de l'hémoglobine humaine, détectent la globine plutôt que l'hème. Ils ne sont pas influencés par le régime alimentaire [17].

La réaction immunochimique peut se faire par :

- hémagglutination passive inverse (Hemeselect[®])

- immunofixation (Flexure OBT[®])
- Elisa (Feaca EIA[®])
- agglutination au latex (OC Hemodia[®])
- immunodiffusion radiale (Detectacol[®])
- technique du Magstream[®] basée sur les particules magnétiques.

C'est le test Magstream[®] qui est le plus étudié car les autres ont un coût, notamment de lecture, plus important. Il présente deux avantages notables :

- sa lecture est automatisée, ce qui permet d'en diminuer le coût. Le coût unitaire du test et de sa révélation devient ainsi comparable voire inférieure à celui de l'Hemocult II[®] [69].
- son analyse quantitative permet de fixer un seuil de positivité que l'on peut adapter selon les besoins [15].

Ces tests immunologiques pourraient devenir une alternative au test Hemocult dans l'avenir et modifier ainsi l'avenir du dépistage du CCR [16].

- les tests moléculaires

Leur principe repose sur la mise en évidence, dans l'ADN fécal, de mutations impliquées dans la séquence adénome-cancer (gènes APC, p53, Ki-ras) ou d'anomalies de séquences. Ces outils n'en sont encore qu'au stade de recherche [16].

- les tests basés sur la mesure des dérivés de l'hème

Ce sont des tests quantitatifs basés sur la fluorescence des porphyrines dérivées de l'hème (par exemple l'Hemoquant[®]) [17]. Ils sont inadaptés au dépistage en raison des conditions de prélèvement et de leur coût [18].

III. Dépistage dans la population générale

La connaissance insuffisante des causes du CCR ne permet pas, actuellement, de définir une politique de prévention primaire. Seule une stratégie de dépistage de masse peut faire évoluer à court terme le problème posé par le CCR [19].

A. Conditions de réalisation d'un dépistage de masse

1. Objectif

L'objectif du dépistage de masse du CCR est de réduire la mortalité pour ce cancer et/ou en cas de dépistage de lésions précancéreuses, de réduire son incidence [8]. Pour cela des actions de dépistage sont menées, à l'aide d'un test approprié. Son but est de distinguer, dans une population asymptomatique, les individus qui sont probablement atteints du cancer ou d'une lésion précancéreuse pour leur proposer ensuite les investigations nécessaires [5].

Dans le cadre du dépistage du CCR, l'objectif est de découvrir, parmi 10 000 personnes de plus de 50 ans, les 50 personnes atteintes d'un cancer asymptomatique [20].

2. Conditions de validité

Pour justifier d'une telle action, certaines conditions sont requises [8].

La pathologie doit :

- représenter un problème important de santé publique : elle doit être fréquente et grave
- être détectable à un stade asymptomatique, son histoire naturelle, incluant le développement du stade latent au stade déclaré devant être correctement connue
- être curable à un stade précoce : il doit exister un traitement efficace pour les patients atteints de la maladie.

Il doit exister des tests performants disponibles pour le dépistage.

Le CCR remplit ces conditions justifiant la mise en place d'une politique de dépistage de masse :

- il est fréquent avec une incidence de 36 257 nouveaux cas en 2000 [1]
- il est grave : malgré les progrès importants dans sa prise en charge, on ne guérit qu'un cancer sur deux
- il est habituellement précédé d'une tumeur bénigne, le polype adénomateux
- il peut être guéri s'il est diagnostiqué précocement et être prévenu par la détection et l'exérèse de ces polypes
- il existe une stratégie de dépistage d'efficacité démontrée reposant sur la recherche d'un saignement occulte dans les selles par le test Hemoccult II® [24-30].

Le test de dépistage doit aussi remplir certains critères : être simple à réaliser, acceptable, sans danger (dénué de risque), peu coûteux, fiable, reproductible et validé.

3. Conditions d'efficacité

Outre les performances du test de dépistage, la participation de la population est le critère dont va dépendre l'efficacité du programme de dépistage. En pratique, le taux de participation à chaque campagne doit être d'au moins 50 % pour observer une diminution significative de mortalité par CCR [18 ; 20].

Le programme de dépistage doit être organisé et évalué. Certaines études, menées sur le dépistage de masse du cancer du col de l'utérus, ont obtenu des taux de faux négatifs compris entre 10 et 40 %, les taux les plus élevés ayant été observés dans les programmes les moins bien organisés [5].

Par conséquent un programme de dépistage peut se concevoir et être mis en place :

- s'il est organisé avec beaucoup de rigueur
- s'il fait l'objet d'une évaluation permanente
- s'il dispose d'un système d'assurance qualité du dépistage mais aussi de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des cancers dépistés
- s'il dispose des moyens nécessaires.

C'est dans cette optique qu'a été établi le cahier des charges, afin de définir l'organisation du dépistage de masse organisé du CCR.

B. Le test Hemocult II[®]

C'est le test de référence actuellement recommandé et utilisé dans le DMO du cancer colorectal [16 ; 17], il répond en effet aux critères d'un test de dépistage.

1. Caractéristiques

- sensibilité

Proportion de sujets ayant un résultat anormal parmi l'ensemble des sujets effectivement malades (dans ce contexte probabilité que le test soit positif chez les individus atteints de CCR).

Les études réalisées estiment que cette sensibilité se situe entre :

- **19 et 23 %** pour les adénomes de 1 à 2 cm
- **33 et 75 %** pour les adénomes de plus de 2 cm
- **50 et 60 %** pour les cancers [21 ; 22].

Cette sensibilité est augmentée en cas de réhydratation du test mais ceci n'est pas recommandé. Dans l'étude du Minnesota, elle atteignait 92 % pour les tests réhydratés [31].

- spécificité

Proportion de sujet ayant un résultat normal parmi l'ensemble des sujets n'ayant pas la maladie recherchée (probabilité que le test soit négatif chez les personnes n'ayant pas de CCR).

Elle est estimée à **98 %** [16].

- valeur prédictive positive

Proportion de sujets effectivement malades parmi ceux dont le test a un résultat anormal (probabilité d'avoir un CCR pour les sujets ayant un test Hemoccult positif). Elle avoisine **10 %** pour les cancers et **30 %** pour les adénomes [17].

- taux de positivité : **2 %** (lu sans réhydratation) [16].

2. Réalisation du test

Il est constitué d'un papier réactif imprégné de gaïac situé dans une petite plaquette en carton. Au moyen d'une spatule fournie avec les plaquettes, le sujet prélève et applique lui-même sur le disque de papier un petit échantillon de selle fraîchement émise. Deux prélèvements en deux points distincts de chaque selle doivent être effectués, et ceci sur 3 selles consécutives. Les plaquettes, qui doivent être conservées dans un endroit frais et sec, sont ensuite envoyées au centre de lecture [5].

3. Lecture du test

Dans le cadre du DMO, la lecture doit être centralisée afin d'augmenter la qualité des résultats et de minimiser les erreurs d'interprétation. Les centres de lecture doivent disposer d'un personnel formé, réaliser une double lecture concomitante par deux techniciens de laboratoire et effectuer un contrôle de qualité interne [32].

Ces conditions rigoureuses de lecture doivent permettre de maintenir un taux de positivité du test inférieur à 3 % pour limiter le nombre de coloscopies inutiles car, dès que le taux de positivité augmente, la spécificité et la valeur prédictive positive du test diminuent [13]. C'est pour les mêmes raisons que la réhydratation du test n'est pas recommandée. Dans l'étude du Minnesota, où les tests étaient réhydratés, il a été noté une augmentation de la sensibilité et du taux de positivité. Ce dernier a été multiplié au moins par 4, et ce d'autant plus que la personne dépistée était âgée [25].

La réhydratation diminue la spécificité à 90 % [32] et le rendement du dépistage : 6 à 10 coloscopies sont nécessaires pour détecter un CCR avec un test Hemoccult non hydraté, il en faut 17 à 50 si l'on utilise un test réhydraté [13].

4. Le coût

Selon les sources, le prix d'un test Hemocult associé à la lettre d'envoi est compris entre 3,5 et 4,27 euros [20 ; 33].

Le coût moyen par personne dépistée est compris entre 75,88 et 83,5 euros [33].

Le coût d'une année de vie gagnée par le dépistage du CCR en France est estimé, en moyenne, à 3357 euros [33], inférieur à celui du cancer du sein. Ce dépistage est donc considéré comme coût-utile dans la mesure où le coût d'une année de vie gagnée est inférieur à 30 000 euros, seuil fixé par la communauté européenne [7].

C. Dépistage de masse organisé du CCR : population cible

1. Critères d'inclusion

Plus de 3 CCR sur 4 apparaissent chez des personnes âgées de plus de 50 ans, sans facteur de risque identifié. Un individu sur 25 développera un CCR avant l'âge de 74 ans.

C'est à cette population d'environ 15 millions de personnes, âgées de 50 à 74 ans et asymptomatiques, que s'adresse le DMO [20 ; 34].

2. Critères d'exclusion [34]

Sont exclus du DMO les personnes :

- présentant une symptomatologie digestive d'apparition récente, il convient de leur proposer d'emblée une coloscopie
- ayant réalisé une coloscopie complète normale depuis moins de 5 ans
- ayant des antécédents personnels de CCR, d'adénome colorectal ou d'une pathologie colique qui nécessite un contrôle endoscopique programmé (sujet à risque élevé ou très élevé)

- ayant un parent au 1^{er} degré atteint d'un CCR avant 65 ans ou au moins deux parents du 1^{er} degré atteints
- présentant une pathologie extra-intestinale grave et ceux pour qui le dépistage paraît momentanément inopportun (dépression par exemple).

Ces critères concernent 12 à 18 % des personnes de 50 à 74 ans [23].

D. Les études randomisées

- l'étude du Minnesota [24 ; 25]

C'est la première étude randomisée portant sur le dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult II[®].

Elle a inclus, à partir de 1975, des volontaires des deux sexes âgés de 50 à 80 ans au début de l'étude et randomisés en 3 groupes : un groupe témoin sans dépistage, un groupe avec dépistage par Hemoccult II[®] annuel, et un autre avec un dépistage biennal.

Après 13 ans de suivi, il existait une réduction significative de 33 % de la mortalité par CCR chez les sujets dépistés annuellement. Cette réduction n'était que de 6 % dans le groupe dépisté tous les 2 ans donc non significative.

Mais après 18 ans de suivi, la réduction de mortalité était significative dans les deux groupes dépistés : 33 % pour le groupe dépisté tous les ans et 21 % dans celui dépisté tous les 2 ans.

Cependant, il s'agissait d'une étude faite avec des volontaires, ce qui a expliqué le taux de participation important (90 % des sujets ont réalisé au moins un test et 46 % ont participé à toutes les campagnes) [32]. Cela a introduit un biais de sélection car les volontaires sont des personnes qui sont probablement plus sensibilisées aux problèmes de santé [35].

De plus, le test Hemocult II[®] était lu après réhydratation. Le taux de positivité de 9,8 % a engendré un nombre important de coloscopies (38 % des personnes dépistées annuellement).

- l'étude anglaise [26]

Elle a évalué, en 1981 à Nottingham, un dépistage biennal chez 152 251 personnes, âgées de 50 à 74 ans et randomisées en deux groupes : groupe témoin et groupe dépistage biennal.

Le test était envoyé par le médecin traitant et lu sans réhydratation.

Après un suivi médian de 7 à 8 ans, on a observé une réduction significative de la mortalité par CCR de 15 %. Des données actualisées, après un suivi médian de 11,7 ans, montraient une réduction de mortalité de 13 % dans le groupe dépisté.

- l'étude suédoise [27]

Réalisée à Göteborg en 1982, elle a inclus 63 308 personnes de 60 à 64 ans.

Le test de dépistage, envoyé par la poste, n'a été réalisé que deux fois et lu après réhydratation partielle lors de la première campagne et complète lors de la seconde. L'intérêt de cette étude est donc limité.

Les participants ont été suivis pendant 8 ans et une réduction, de 12 %, de la mortalité a été observée.

- l'étude danoise [28]

Il s'agit d'un dépistage par test biennal proposé à 61 933 personnes de Fünen, âgées de 45 à 74 ans. Neuf campagnes ont été proposées entre 1985 et 2002.

Le test était envoyé par la poste et lu sans réhydratation.

Il existait une réduction significative de la mortalité par CCR de 21 % après 5 campagnes de dépistage, de 18 % après 13 ans de suivi et de 16 % après 17 ans.

- l'étude française [29]

Le test de dépistage biennal était proposé à 91 199 personnes (de douze cantons de Saône-et-Loire) âgées de 45 à 74 ans. Cette étude portait sur cinq campagnes de dépistage réalisées entre 1988 et 1996. Le test était remis par le médecin traitant ou envoyé par la poste.

La lecture du test était centralisée et sans réhydratation.

Après 11 ans de suivi, la mortalité par CCR était significativement réduite de 16 % dans le groupe du dépistage par rapport au groupe contrôle.

Une méta-analyse de ces essais randomisés utilisant le test de dépistage Hemoccult II[®] a montré une réduction de la mortalité par CCR de 16 % [31]. Elle indique que, de manière générale, en dépistant avec le test 10 000 personnes pendant 10 ans, on éviterait le décès de 8,5 d'entre elles.

Au total, l'efficacité du dépistage par la recherche d'un saignement occulte dans les selles par le test Hemoccult II[®] a été démontrée par plusieurs essais randomisés (**tableau 4**). Leurs résultats montrent qu'une réduction significative de la mortalité peut être obtenue avec la proposition de ce test tous les deux ans [30].

Cette efficacité théorique ne pourra être obtenue dans la population que si certaines conditions sont respectées [32] :

- large participation de la population avec un taux minimal de 50 % nécessaire
- lecture du test centralisée et sans réhydratation
- dépistage tous les deux ans
- chaque test positif doit être suivi d'une coloscopie.

Tableau 4 : Récapitulatif des principales études randomisées [5 ; 18 ; 31 ; 32 ; 36]

	Minnesota (Etats-Unis)	Nottingham (Angleterre)	Göteborg (Suède)	Fünen (Danemark)	Bourgogne (France)
année de début	1975	1981	1982	1985	1988
nombre de sujets	46 551	152 850	63 308	61 933	91 199
âge des sujets	50- 80 ans	45-74 ans	60-64 ans	45-74 ans	45-74 ans
test de dépistage	NR et R	NR	partiellement R et R	NR	NR
mode de distribution du test		postal	postal et relances	postal et relances	médecin et postal
répétition du test	annuelle biennale	biennale	2 campagnes seulement	biennale	biennale
régime		oui	oui	non	non
nombre de campagne		6	2	5	5
suivi	18 ans	7 - 8 ans	8,3 en moyenne	10 ans	9 ans
participation : - au moins un test	90 %	59,6 %	69 %	67 %	69,5 %
- 1ere campagne	90 %	53,4 %	66 %	67 %	52,8 %
- campagnes suivantes	annuel : 46% biennal 60%	38 %	62 %	46 %	37 %
taux de positivité : 1ere campagne	NR : 2,4 % R : 9,8 %	2,1 %	partiellement R : 6,3 %	1 %	2,1 %
autres campagnes		1,3 %	R : 5,6 %	1,1 %	1,3 %
VPP cancer	NR : 5,6% R : 2,2 %	11,5 %	4,7 %	12,2 %	11,5%
réduction mortalité par CCR	annuel : 33% biennal :21%	15 %	12 %	18 %	14%
RR de décès par CCR (IC 95 %)	annuel : 0,67 (0,51- 0,83) biennal :0,79 (0,62- 0,97)	0,87 (0,78- 0,97)	0,88 (0,71- 1,03)	0,82 (0,68- 0,99)	0,84 (0,71- 0,99)
proportion cancer stade 1 - population dépistée		20 %	non donnée	22 %	29 %
- population témoin		11%	non donnée	11 %	21 %

NR = non réhydraté ; R = réhydraté ; VPP = valeur positive ; RR = risque relatif

E. Historique de la généralisation du DMO en France

En 1998, la Conférence de Consensus sur le CCR, prenant en considération les résultats des études randomisées danoise et anglaise, recommandait la mise en place d'études pilotes et la généralisation du DMO si les résultats de l'étude bourguignonne [29] confirmait les données précédentes. Les premiers résultats ont été disponibles en 1999, montrant que la mortalité du CCR par ce dépistage pouvait être réduite.

Malgré les données sur l'efficacité du dépistage en France, le Conseil d'administration de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie a constaté que les recommandations de la Conférence de Consensus n'avaient pas été prises en compte. Il a donc pris la décision, en janvier 2000, de lancer une campagne de presse destinée aux pouvoirs publics, position confortée par la CNAMTS [19].

C'est grâce au « livre blanc de l'Hépatogastroentérologie » que les choses ont enfin évolué en mars 2001. C'est dans ce contexte que, le ministre de la santé, Bernard Kouchner, annonce en avril 2001 la mise en place de programmes pilotes de dépistage. Ils ne débiteront qu'en début 2003, dans 21 départements sélectionnés.

En avril 2005, le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, annonce la généralisation progressive du dépistage du CCR [23]. Fin 2007, 63 départements étaient autorisés à pratiquer le dépistage de masse du CCR. L'année 2008 a marqué une nouvelle étape dans la lutte contre ce cancer avec la généralisation du programme de dépistage organisé à l'ensemble du territoire.

Il aura fallu beaucoup de temps avant que le DMO ne se mette en place et se généralise.

OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

I. Objectifs

A. Objectif principal

Identifier les obstacles (ou freins) au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult II[®] chez des médecins généralistes en confrontant leurs pratiques.

B. Objectif secondaire

A partir de la mise en évidence de ces freins, trouver des moyens de les surmonter permettant ainsi d'améliorer la prescription du dépistage.

II. Méthodologie

A. Le réseau de médecins généralistes

Les médecins généralistes ayant participé à l'étude étaient des volontaires qui avaient adhéré au réseau oncologie d'Argenteuil (ROA) dans le Val d'Oise, ce dernier étant un réseau ville- hôpital.

Le Val d'Oise ne faisait pas partie des départements pilotes pour le dépistage. Le réseau a souhaité constituer un noyau précurseur de médecins proposant le dépistage. Il a, pour cela, dégagé un financement pour délivrer, de façon gratuite, le test Hemoccult II[®] aux patients des médecins adhérents du réseau et assurer la lecture de ce test par le laboratoire du centre hospitalier d'Argenteuil (lecture standardisée).

Quarante et un médecins ont été volontaires pour participer au réseau. Après dix huit mois, 1101 tests ont été effectués avec un nombre variable de prescriptions selon les médecins (entre 1 et 197) malgré le volontariat (**annexe 3**). C'est ce qui a incité à la réalisation de l'étude, afin de comprendre les freins des médecins généralistes à la prescription du dépistage du CCR par le test Hemocult II®.

B. Conception de l'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative dont le but était de collecter l'avis des médecins généralistes y participant par l'intermédiaire de focus groups.

Les focus groups sont des entretiens de groupes qui se focalisent sur la communication et l'interaction entre les différents participants, dans le but de générer des données [37 ; 38]. L'utilisation de focus groups est appropriée pour comprendre les croyances, attitudes ou opinions des gens concernant un sujet d'étude [39].

Il est recommandé que les focus groups soient constitués de façon homogène, idéalement avec 6 à 8 participants chacun, pour obtenir une bonne interaction de groupe. Cependant, dans certains cas, il peut être avantageux d'avoir des groupes hétérogènes, entre autre quand le but de la recherche est d'étudier des attitudes différentes dans les pratiques et les expériences (comme c'était le cas dans notre étude avec le mélange de faibles et forts prescripteurs) [38].

Chaque focus group comportait un modérateur et un observateur.

Le modérateur occupe un rôle important dans le focus group. Il permet de centraliser les discussions, les dires ou les questions de chacun sur le sujet de recherche. Il s'assure que le niveau de participation n'est pas directionnel. Il tente de collecter autant de données que

possible en s'assurant que tous les points du sujet de recherche sont évoqués et encourage la participation de chacun des participants du groupe. Il est important que le modérateur soit familier avec le sujet et qu'il ait des connaissances adaptées pour être en mesure de demander un complément ou une clarification des informations données par les participants [38 ; 39].

L'observateur prend note de la communication non verbale, de la dynamique de groupe et de l'interaction entre les participants [38].

Pour qu'une étude par focus group soit bien menée, les chercheurs doivent établir clairement les points du sujet qu'ils souhaitent voir abordés au cours des discussions. Ils établissent pour cela une "topic list" ou guide d'entretien qui est le même pour tous les focus groups et donne le cheminement de la discussion. Dans le cas de notre étude, le guide d'entretien a été établi par les chercheurs et les médecins du réseau (**annexe 4**).

C. Réalisation de l'étude

Les médecins ayant adhéré au réseau et participant au dépistage ont reçu, par courrier, une invitation pour une réunion au cours de laquelle ils pourraient discuter des problèmes rencontrés lors de la prescription du dépistage. Parmi les 41 médecins, 24 ont répondu. Les 24 médecins ont été répartis en 3 focus groups de 8 participants chacun. Les groupes ont été établis en fonction du nombre de tests Hemocult II[®] prescrits par les médecins et revenus au réseau oncologie. Chaque focus group comportait des médecins faibles et forts prescripteurs et était conduit par un modérateur.

Les 3 focus groups ont été réunis le même jour dans un même lieu. Il a été remis un questionnaire anonyme à chacun des médecins, permettant d'identifier les caractéristiques de chacun des médecins participants : sexe, âge, le type et l'année d'installation et le nombre

approximatif de tests distribués (**annexe 5**). Avant le début des interviews, une présentation générale a été faite sous forme de quelques diapositives pour introduire le sujet (**annexe 6**).

Les discussions de chacun des groupes se sont faites de façon simultanée et ont duré environ une heure et demi. Elles ont été enregistrées et retranscrites intégralement par la secrétaire du réseau. Les données issues du premier focus group ont ensuite été codées et analysées par trois chercheurs, d'abord de façon indépendante. Les codes ont ensuite été mis en commun et un livre de code a été établi pour analyser les autres entretiens (**annexe 7**).

RESULTATS

Comme expliqué précédemment, chaque focus group était mené par un modérateur qui s'est référé à un guide d'entretien (**annexe 4**). Pour introduire le débat, le premier point évoqué concernait la place de la prévention et du dépistage dans la pratique quotidienne. Ont ensuite été évoqués le dépistage du CCR et les obstacles qui y sont liés.

I. Concernant la prévention et le dépistage

A. Place de la prévention en médecine générale

Beaucoup de médecins semblaient intéressés et impliqués dans la prévention au cours de leur pratique quotidienne : *« la prévention est intégrée dans notre activité de tous les jours. A chaque fois que l'on prescrit quelque chose c'est en prévention d'une complication (...) on cherche a priori tous prévention et dépistage »*.

Pour un certain nombre de médecins, la prévention et le dépistage faisaient partie intégrante de leur pratique courante et ne pouvaient être dissociés du reste de leurs actes : *« je ne sais pas comment on peut faire de la médecine sans faire de prévention et de dépistage personnellement »*. Des médecins allaient même plus loin en expliquant que la prévention était le but principal de leur travail : *« nous on a notre place que dans le dépistage ou dans la prévention. Donc je dirais, pratiquement, en disant que s'il n'y a pas la prévention ou le dépistage, on a plus notre place »*. Un autre médecin rajoutait : *« je ne crois pas qu'on puisse envisager un médecin généraliste sans prévention primaire et secondaire (...) ça veut dire qu'on ne fait plus rien »*

B. Rôle du médecin généraliste dans le dépistage

La plupart des médecins généralistes n'envisageaient pas de ne pas faire d'action de prévention ou de dépistage : « *le généraliste c'est la globalité donc à l'intérieur de cet ensemble il y a la prévention* ». C'est, parce que les médecins généralistes suivent les patients de façon régulière, et dans la durée, qu'ils estimaient avoir ce rôle à jouer : « *c'est à nous généralistes, c'est quand même nous qui sommes en première ligne, les premiers, on les voit les patients, c'est nous qui les voyons le plus, donc c'est à nous de la faire la prévention* ». Quelque soit le dépistage proposé, il concerne une population particulière, des critères d'inclusion sont définis et connus des médecins. Il ne peut donc être proposé à l'ensemble de la population, point sur lequel les médecins interrogés ont insisté lorsqu'a été abordée la question de l'implication du médecin généraliste ou d'un organisme dédié pour la prévention : « *une prévention ça doit être ciblée quand même, sinon ça n'a aucun sens, on ne fait pas de la prévention à la sauvage sur tout le monde, ça veut rien dire, donc je pense qu'il n'y a que nous qui pouvons cibler efficacement une prévention sur une population à risque* », « *il faut qu'on cible ce dépistage sur le facteur de risque et qui mieux que nous, qui sommes en premier recours pouvons dépister ces facteurs de risque* ». Et parce que le médecin connaît ces patients, il peut agir au mieux pour eux : « *notre rôle c'est justement d'attirer son attention sur tel ou tel problème* ».

Ils estimaient pouvoir intervenir à différents niveaux dans les actions de dépistage en :

- s'informant de ce qui a été fait ou non pour leurs patients : « *j'essaye de m'enquérir de quand date leur dernier frottis et puis de les diriger, soit de prescrire ou soit de si ça été fait en gynéco* ». Selon le type de dépistage à proposer, soit les médecins ne l'effectuaient pas ou cela ne dépendait pas d'eux (nécessité d'imagerie) : « *alors la*

mammographie (...) je vérifie de très près, ou qu'ils reçoivent le papier de la sécu ou qu'il ne s'est pas passé plus de 18 mois »

- le proposant eux-mêmes : *« c'est que si on propose de façon systématique à toutes les femmes un frottis, on remontera notre taux de frottis (...) mais c'est à nous de le proposer »*,
- incitant les patients à le faire : *« on a juste une action d'encouragement »* lorsqu'il s'agit par exemple du cancer du sein pour lequel les patientes reçoivent un courrier ciblé et qu'elles sont hésitantes pour la suite à donner : *« nous dire en arrivant, bah voilà on m'a proposé ou j'ai reçu un courrier, est-ce que ça vaut le coup que je le fasse ? »*.
- tentant de convaincre les personnes concernées : *« il faut les convaincre de l'utilité du dépistage »*, *« notre rôle il est un peu prépondérant pour leur dire voilà pourquoi c'est important »*. Ce type de démarche paraissait avoir d'autant plus de poids que le médecin suit les patients depuis une période plus ou moins longue : *« nos patients on les connaît depuis longtemps, donc a priori, ils nous écoutent quand même »*
- accompagnant les patients dans leur démarche, car certains étaient demandeurs de dépistage et avaient seulement besoin que leur choix soit confirmé : *« souvent ils viennent en disant "est-ce que vous pensez que", à ce moment là on rebondi là-dessus et puis souvent ça se fait... »* .

C. Difficultés du dépistage pour les médecins

En pratique, il n'était pas toujours évident pour les médecins de proposer ou de réaliser le dépistage.

Il semblait, pour certains d'entre eux, que la prise en charge ne puisse être la même en fonction du sexe du médecin : « *je crois que quand on est un médecin homme ou un médecin femme on n'a pas non plus entre le sein et la prostate la même possibilité. Les hommes ne courent pas après moi et moi non plus d'ailleurs, mais pour les seins...* », « *les hommes pour leur prostate ont plus tendance à aller voir un homme qu'une femme* ». Cette barrière du sexe serait donc aussi présente dans un sens que dans l'autre.

Le manque de confiance et/ou d'expérience freinait les médecins dans leur pratique du dépistage notamment pour les touchers rectaux : « *je ne fais pratiquement pas de touchers rectaux, enfin pour le dépistage de la prostate, j'estime que je ne suis pas assez fiable et que je pourrais passer à côté* », « *il faut avoir confiance en son geste* ». Il en était de même pour les frottis cervico-vaginaux : « *je ne sais pas faire un frottis, donc je ne me suis pas lancé à le faire, parce que je ne sais pas le faire techniquement* ». Il s'agissait, dans ces deux exemples, non pas d'une question de capacité mais de savoir faire. Il était important pour les médecins d'effectuer le dépistage mais aussi de le faire correctement : « *Je me suis dit, de mauvaise qualité, je ne me sens pas le droit de faire un frottis de mauvaise qualité* ».

Le manque de compétence pouvait constituer un frein au dépistage notamment en ce qui concernait les problèmes dermatologiques : « *non mais sérieusement sur le grain de beauté, est ce qu'on est compétent pour regarder les grains de beauté ?* ».

L'absence de clarté des recommandations actuelles sur les dépistages ne permettait pas aux médecins de savoir comment agir : « *c'est qu'on n'est pas clair historiquement, si on reprend les 15 dernières années, sur la fiabilité du dépistage du cancer de la prostate, à quel âge, à quel rythme et puis après qu'est-ce qu'on fait ?* ». Il existait, par ailleurs, une méconnaissance des recommandations qui induisait le doute dans la pratique des médecins, par exemple concernant l'autopalpation dans le cancer du sein : « *ça à l'air d'être controversé en fait* », « *maintenant je ne le fais plus mais avant je leur faisais jeune (...) j'ai lu plusieurs articles,*

comme quoi ça induisait beaucoup trop d'examens supplémentaires, que c'était peu fiable, je ne le fais plus mais entre les deux mon cœur balance je ne suis pas encore sûre ».

II. Les obstacles au dépistage du cancer colorectal

Le principal obstacle, mis en évidence au cours des discussions, était la contrainte temporelle. Cela impliquait aussi bien les explications à donner au patient concernant le dépistage lui-même que le test Hemoccult II[®], c'est-à-dire les informations théoriques et pratiques liées au dépistage.

A. Manque de temps

1. Pour la proposition du test

La première difficulté qui se présentait au médecin était d'intégrer le dépistage dans la consultation malgré le manque de temps : *« le dépistage en lui-même on essaye de l'intégrer de plus en plus mais on a un problème de temps pour intégrer cela », « il faut réussir à l'intégrer dans la consultation, c'est tout »*. Rares sont les patients qui consultent uniquement pour le dépistage. Bien souvent, ce n'est pas le motif principal de la consultation, cela se rajoute aux autres demandes du patient et rallonge donc le temps de la consultation : *« il m'est arrivé des fois de dire, tiens voilà celui-là, il faudrait que je lui prescrive un Hemoccult et j'ai déjà 20 minutes de retard, ça y est la consultation elle est passée, ce sera pour le prochain coup », « lorsque ça vient en fin de consultation, parce que le gars il ne vient pas que pour ça, il vient pour autre chose, ça prend déjà un quart d'heure, 20 minutes, tu te dis,*

celui-là il faudrait que je lui propose , et tu te dis je vais encore y passer 10 minutes à lui expliquer. Et bien moi je suis désolé, plusieurs fois, je suis en retard ».

La multiplicité des motifs de consultation risquerait d'entraîner une perte d'information pour le patient : *« rajouter ce type de motif à ma consultation, parce que la personne vient généralement avec plusieurs motifs, au-dessus de deux motifs, je sature et je considère que ma consultation ne sera plus optimale si je mets un autre message ».*

Pour contourner cet obstacle, les médecins ont proposé de reporter la prescription du test à une autre consultation tout en apportant un minimum d'information au patient pour préparer le terrain et gagner du temps lors de la prochaine consultation : *« il y en a, moi je leur dit, écoutez je n'ai pas le temps de vous en parler, mais la prochaine fois, vous m'y faites penser, on en reparle et je vous propose des tests. Ils en reparlent la fois d'après », « moi je leur dit on fera dans le préventif la prochaine fois, il y aura ça à parler déjà, je prépare le terrain (...) il faudra faire ça dans la prévention du cancer du côlon, on en reparlera c'est important. Après on en reparle à la consultation suivante. Et bien à la consultation suivante ils sont au courant (...), déjà dégrossir ».* Ceci a, en plus, l'avantage d'impliquer les patients puisque, comme le disaient les médecins, ils en reparlaient à la consultation suivante et étaient déjà sensibilisés sur le sujet : *« ils ont le temps d'y réfléchir, ils ont éventuellement le temps de se renseigner, ce qui raccourcit éventuellement antérieurement notre temps de passer la consultation pour expliquer ce que c'est », « ce n'est pas imposé mais c'est utile qu'ils réfléchissent de leur côté et qu'après, qu'ils me disent ce qu'ils en pensent. C'est pour préparer la consultation suivante ».* Le temps de réflexion laissé au patient a l'avantage de pouvoir les faire réfléchir, voire changer d'avis : *« mais si on leur explique bien, sur une consultation ultérieure, ils peuvent l'accepter après. Après y avoir réfléchi, après les premières explications ».*

2. Pour la délivrance du test

La remise du test nécessitait des explications qui prenaient du temps car, non seulement il fallait pouvoir l'intégrer dans la consultation, mais aussi prendre le temps d'expliquer aux patients le déroulement du test et la manière de l'effectuer correctement : *« moi je me suis aperçu que le principal frein qu'il y avait, c'était souvent, je disais il faut que je parle de l'Hemocult, mais je n'ai pas le temps de m'en occuper parce que je n'ai pas le temps de lui montrer », « il y a la notion après de proposer le test, d'expliquer parce que les gens ne connaissent pas et ensuite de sortir tout le matériel (...) et puis de leur présenter tout, et qui demande un temps de travail et d'explications »*. Le test était remis avec une notice explicative mais cela n'était pas suffisant : *« c'est une enveloppe où il y a un bazar dedans et qu'il faut le gérer. C'est une belle image du test, ce n'est pas juste je prescris et il se débrouille »*. Les médecins s'accordaient pour dire qu'il fallait en moyenne dix minutes pour délivrer les informations nécessaires au consultant : *« il faut 10 minutes minimum, si on veut qu'il ait compris qu'il faut bien positionner, qu'il faut faire, qu'il ne faut pas en mettre trop dessus... »*. Même si cela apparaissait évident, ce ne l'était pas forcément pour les patients : *« moi je sais que j'ai un patient qui l'a fait, il s'est trompé, il a tartiné sur le recto au lieu du verso »*. C'est pourquoi il était important, pour les médecins, de prendre du temps pour expliquer aux patients plutôt qu'ils aient à recommencer. Certaines conditions sont à respecter pour faire ce test de façon correcte et optimale : *« il y a des choses à leur dire quand même. Faut pas prendre d'aspirine, il ne faut pas prendre d'anti-inflammatoire, il faut quand même leur dire ça »*.

Les médecins se sont rendus compte que, plus ils étaient amenés à proposer le test, moins ils y passaient du temps, à force "d'entraînement" : *« je pense que tout geste nécessite un apprentissage. A partir du moment où on fait cet apprentissage, on est plus efficace forcément (...). Tu engranges de l'expérience automatiquement. Mais ça c'est pas uniquement pour le*

test Hemocult », « au bout d'un moment, on a la procédure. On leur explique et on met tout cela dans l'enveloppe et on ferme ». Une autre solution a été adoptée par un des médecins pour minimiser le temps passé : « moi je sépare la partie intellectuelle de l'explication et après je donne le matériel à côté, c'est vrai que je gagne du temps ».

Le matériel nécessaire à la réalisation avait été remis aux médecins par le réseau sous forme d'assiettes, de gants, de spatules, d'enveloppes et de petits sacs en plastique. Or ceci a posé un problème à certains médecins car ils trouvaient cela compliqué d'avoir autant de matériel : *« on a un travail de préparation à faire avant les consultations. Préparer l'ensemble ... »*. Il ne s'agissait là que d'un problème d'organisation personnelle noté par les médecins : *« faut être organisé »* mais qui, du coup, pouvait être un facteur de perte de temps. Une simple réorganisation en mettant à disposition le matériel leur a facilité le travail : *« dernièrement j'ai tout ressorti, tout bien rangé et tout et puis je me suis aperçu que ce n'était pas si compliqué et j'ai commencé à m'y mettre »*. Par la suite, le réseau leur avait simplifié les choses en proposant aux médecins des kits tout prêts contenant l'ensemble du matériel dans une enveloppe.

3. Pour répondre aux questions

En fonction des résultats du test Hemocult II[®], l'attitude thérapeutique ne sera pas la même. Il apparaissait légitime pour les médecins interrogés que le patient se questionne sur les implications que pouvait avoir le test qui lui était proposé : *« ce qui nous prend du temps aussi, c'est d'écouter les questions au-delà de l'aspect technique. Je pense que c'est ça aussi qui demande peut-être plus de temps sur ce qui va se passer après et pourquoi tel résultat et qu'est-ce qui va se passer après le résultat »*.

4. Pour remplir les papiers

Le test était envoyé au laboratoire pour la lecture. Il était accompagné d'une fiche d'identification qui comporte un certain nombre de renseignements dont une partie administrative. Le remplissage de cette feuille constituait un facteur temps non négligeable pour les médecins : « *les papiers, c'est un frein à le faire* ». D'ailleurs pour certains d'entre eux, c'était l'élément qui constituait le frein majeur dans leur prescription du test : « *ce n'est pas tellement le test, c'est toute la paperasse* », « *moi je ne suis pas gênée par les assiettes et les machins, mais les papiers, moi je trouve ça absolument insupportable* ».

L'informatique constituait le plus souvent, pour ce type d'obstacle, une aide importante. Un certain nombre de médecins ont informatisé la fiche : « *vous ne l'avez pas rentré dans votre informatique ? Moi, personnellement, je ressors la feuille simplement donc là il y a un gain de temps (...). C'est vrai que c'est un gain de temps, quand c'est intégré dans notre logiciel, qui est renseigné directement avec le numéro d'identifiant. Après le temps que ça sorte (...) c'est vite fait* ». Cependant, pour d'autres médecins, cet outil ne pouvait les aider en raison de l'absence d'informatisation de leur cabinet ou par manque de compétences en informatique : « *le frein à l'utilisation de l'informatique, c'est aussi un problème* », « *je ne suis pas très doué en informatique* ».

Une autre solution était de demander la participation des patients pour remplir une partie des papiers pour éviter d'y passer trop de temps : « *je leur laisse remplir la partie administrative en entourant, en disant, vous remplissez bien ici et c'est terminé* ».

Pour pallier au manque de temps, certains médecins ont évoqué la possibilité d'une aide extérieure pour les aider dans les différentes étapes de la prescription du test Hemocult : « *il y a peut-être une autre solution, ça s'appelle la délégation de tâches, le transfert de tâche, c'est peut-être la solution pour faire un peu plus de dépistage* », « *Il ne semblerait pas*

illogique d'avoir, que ce soit une future assistante, une infirmière qui bosse avec nous, une secrétaire formée, rémunérée pour. Leur expliquer comment on fait l'Hemocult, ce n'est pas à moi médecin de le faire, dans un cabinet moderne, dans un pays où on fait du dépistage (...). Par contre, veiller à ce qu'il est bien fait tous les 2 ans, de reparler du résultat, de gérer le résultat mais peut-être pas de gérer la paperasserie, remplir les papiers, de donner le test en montrant comment ça se fait ».

B. Les soins aigus

Les médecins généralistes se retrouvent à certaines périodes de l'année avec une surcharge de travail importante ne leur permettant pas de trouver le temps, au cours de leurs consultations, pour le dépistage : *« Le problème c'est qu'on est noyé par l'aigu (...). Il faut faire face à l'aigu tout le temps », « t'es dépassé par les épidémies et tout ça ».* Les médecins généralistes passent beaucoup de temps à traiter les problèmes aigus plus "urgents". Malgré leur volonté, ils rencontraient des difficultés pour intégrer le dépistage à leur consultation. Ils tentaient de faire au mieux mais pas toujours avec une grande satisfaction sur le travail accompli : *« Nous dans notre ville, le taux de médecins pour le nombre d'habitants, au secours. (...) c'est vrai qu'il y a certainement des périodes où on travaille un peu moins, mais pour tous nos patients, moi je ne vois pas comment. Alors je le fais quand même, mais je trouve que je ne réserve pas assez de temps pour ça. Je suis insatisfaite sur la façon dont je le fais ... alors je le fais parce que je sais qu'il faut le faire ».* Ceci était d'autant plus frustrant pour eux qu'ils en mesuraient l'intérêt : *« il n'y a pas très longtemps avec l'Hemocult, j'ai découvert un polype, c'est quand même plus important que de soigner trois rhinopharyngites quand même, non ».*

Pour y remédier, les médecins choisissaient des moments, au cours de leurs consultations, ou des périodes de l'année moins chargées pour le proposer : « *j'interviens surtout en fin de consultation, soit en début ou en fin d'année* », « *à la rentrée, on est tranquille, on en propose plein* ».

Le manque de temps, lié à l'ensemble de la prescription du test et à la réponse aux demandes de soins aigus, ne permettait pas aux médecins d'exercer leur rôle dans la prévention aussi bien qu'ils l'auraient souhaité. Aussi, beaucoup évoquaient la possibilité de la mise en place d'une consultation spécifique à la prévention pour optimiser le dépistage : « *c'est dommage qu'il n'y ait pas des consultations dédiées qui soient plus axées dans la prévention* ». Cette consultation pourrait éventuellement, pour certains généralistes, être rémunérée en conséquence : « *moi je pense qu'il faut des consultations dédiées à ça qui soient bien rémunérées* ».

Les recommandations indiquent que ce dépistage du cancer colorectal doit être effectué tous les deux ans, ce qui laisse du temps pour le proposer : « *comme ce sont des gens qu'on voit régulièrement, que ça reste du dépistage et qu'on le propose tous les 2 ans, ça nous laisse du temps pour pouvoir le faire un petit peu* ». Il n'y a aucun caractère d'urgence, cette consultation spécifique peut donc se prévoir à l'avance quelque soit le délai : « *il faudrait prévoir une consultation exceptionnelle, tu lui dis, tiens, j'aimerais bien vous revoir, parce qu'il faudrait qu'on parle de l'Hemoccult ou du cancer du côlon, et tu prends rendez-vous, le mois prochain ou dans trois mois* ».

Il était même envisagé que cette consultation spécifique pourrait faire augmenter le nombre de personnes dépistées : « *tant qu'on aura cette organisation du système de santé où on n'a pas une consultation de prévention, on ne touchera que les gens que l'on peut toucher* ».

C. Y penser

Le dépistage du cancer colorectal remplit certaines conditions. Il est proposé aux personnes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans. Ce n'est donc pas de l'ordre du systématique, à chaque consultation, mais fonction de l'âge du patient ou du fait qu'il ait déjà ou non reçu le test. Le médecin doit y penser régulièrement, ce qui n'est pas forcément évident à faire.

L'utilisation d'une alarme informatique constituait une aide : *« avoir dans notre système un logiciel qui fait que ça nous le rappelle, ça serait l'idéal »*. Ces logiciels pouvaient être adaptés en fonction de chaque patient : *« j'ai eu des maquettes et des alertes en fonction de l'âge, en fonction d'un examen qui est déjà prescrit, ça me dit, bah voilà, il serait peut-être bon de prescrire »*.

L'avantage d'appartenir au réseau permettait aussi d'avoir des rappels de temps à autre en particulier lorsque des réunions étaient prévues : *« Est-ce que cette réunion ce soir va rebooster ceux qui sont au point mort (...) ? Si on vient c'est peut-être pour ça. C'est les piqûres de rappel ... »*.

D. Manque de participation des médecins généralistes

Pour que le dépistage soit efficace, il faut que les médecins proposent et distribuent le test. Or ce ne sera pas le cas si seulement un petit échantillon de généralistes entreprend cette démarche. Les médecins impliqués dans le réseau se sentaient un peu "à part" de leurs confrères : *« j'ai un peu de doute (...) sur la mobilisation des médecins (...). En tout cas, je me questionne sur ce qu'il faudrait faire pour mobiliser les médecins, puisque c'est un vrai problème »*, *« il est important que tous les médecins fassent les tests. Le problème il est plutôt*

là non, vous croyez pas ? En fait, on est un petit groupe là, a priori, j'ai l'impression que c'est toujours les mêmes, ce qu'il faudrait, c'est toucher ceux qui n'en font jamais ».

Une diffusion de l'information par des campagnes apparaissait plus que nécessaire pour favoriser le travail des médecins généralistes : *« Je pense qu'il manque quand même une campagne générale d'information, qui pourrait aider notre travail de fourmi, de petite main, de consultation ».* Quel que soit le moyen utilisé (télévision, radio ou affiches) pour diffuser les informations nécessaires, ces dernières pourraient avoir un impact sur la population concernée et les médecins, comme on a pu le voir avec le cancer du sein ou les antibiotiques par exemple : *« ça des campagnes nationales, c'est très important », « c'est percutant. "Les antibiotiques, c'est pas automatique", ils l'ont gravé dans la tête ».*

Le but de ces campagnes d'information serait de sensibiliser les patients. Ces derniers pourraient être demandeurs, ce qui ne serait pas le cas s'ils n'avaient pas eu connaissance de l'existence du test : *« J'ai fais un test hier, la dame me l'a demandé, elle m'a dit : j'ai entendu ça à la télé, vous ne me l'avez jamais fais faire », « j'ai placardé, dans ma salle d'attente, une affiche qu'on avait élaboré sur la prévention et je dois dire qu'ils la lisent (...) et arrivent en consultation en disant "j'ai lu votre affiche, etc..", donc ça a favorisé ..., ça a sensibilisé les patients. Et donc ça a provoqué une demande de mes patients ».* Le fait que les patients soient demandeurs permettrait de remédier à un obstacle évoqué, y penser, et donc apporterait une aide aux médecins : *« Les gens ils se disent, ils voient ça dans la salle d'attente et bien s'ils sont un petit peu au parfum, ils vont demander le test. Donc ça nous facilite un peu le boulot, parce que quelqu'un qui vient le demander déjà, c'est quelqu'un à qui on n'aura même pas pensé à le proposer, parce que justement on n'avait pas le temps ce jour là ».* La demande des patients obligerait aussi à le délivrer et notamment pour les médecins ne souhaitant pas s'impliquer : *« ça passera en même temps dans l'obligation pour tout le monde, même ceux*

qui ne sont pas motivés (...) à partir du moment où il y a une demande du patient, il est clair que c'est plus pris en compte ... ». Enfin ces campagnes d'information permettraient d'alerter les médecins qui ne se seraient pas mobilisés pour le dépistage et ainsi d'augmenter le taux de participation des médecins généralistes : « ... ce qu'il faudrait, c'est toucher ceux qui n'en font jamais. (...) Et pour toucher ces médecins là, une campagne nationale paraît être importante. Parce que là en fait après on est obligé de suivre, quand on est comme ça ».

Au total, ces campagnes permettraient d'agir à différents niveaux pour remédier aux obstacles rencontrés par les médecins et leur apporter une aide non négligeable : « *chaque fois que c'est médiatisé et bien médiatisé, ça nous facilite la vie* ».

E. Manque de formation des médecins

Tous les médecins n'avaient pas la même approche pour la prévention en fonction de ce qu'il leur avait été enseigné. La prévention n'a pas toujours fait partie de leur formation : « *il y a un problème d'âge je pense aussi, d'âge du médecin. C'est-à-dire qu'en fait, les jeunes sont extrêmement sensibilisés à la prévention. Dans leur nouveaux cours, je pense qu'ils sont plus sensibilisés que moi quand j'ai commencé...* ». Par conséquent, la prévention était moins ancrée dans la pratique des médecins non formés qui estimaient avoir plutôt une culture de soins curatifs que préventifs : « *C'est vrai qu'au départ, on sortait de la fac, on n'avait pas la culture* ».

Le problème de formation ne concernait pas que la prévention de manière générale mais aussi, plus précisément, la prévention du cancer colorectal par le test Hemoccult II[®], à savoir ce dont il s'agissait, en quoi il consistait et comment le prescrire : « *d'abord je n'ai rien compris, il y en a deux ou trois, lequel sert à quoi, tout ça, je veux dire (...), mais j'ai pris le truc en route, donc je n'ai pas été formé* ».

La formation semblait donc être un élément important pour savoir comment présenter le test aux patients et pouvoir le proposer correctement. Le fait d'appartenir à un réseau, dans le cas présent le ROA, a permis aux médecins d'obtenir les informations qui leur étaient nécessaires : « *Dans le cadre du réseau, on a reçu le matériel et accédé aussi à la formation et c'est vrai que comme tout examen de prévention ou autre, ça nécessite beaucoup d'explications, et là, le fait d'avoir un support aussi (...) c'est important également* ».

F. Manque de confiance dans le test

Certains médecins avaient des doutes quant à la fiabilité du test Hemocult II[®], ce qui a freiné leurs prescriptions. A la question « *Savez-vous ce que l'Hemocult rapporte au dépistage du cancer du côlon ?* » posée par le modérateur, un médecin a répondu : « *des faux positifs et des faux négatifs* ». Dans les différents groupes, sont d'abord ressortis les points négatifs concernant le test : « *Ce qui est sûr, c'est qu'on ne peut pas assurer aux gens qu'ils n'ont pas de cancer parce qu'ils ont un Hemocult négatif* ».

La fiabilité incomplète du test entraînait un manque de conviction voire de motivation des médecins : « *le test était positif et le monsieur n'avait rien, il n'avait pas d'adénome. Donc ça ne m'a pas motivé du tout. Je pense que si j'avais eu quelque chose, ça m'aurait sûrement motivé* ».

Pour mener à bien leurs actions de prévention et arriver à leurs buts, c'est-à-dire délivrer le test aux patients et que ces derniers le fassent, les médecins se doivent d'avoir confiance en leurs actions : « *Moi je pense que pour donner un Hemocult, il faut quand même être convaincu nous même sinon les patients ne le feront pas* ».

G. Difficulté d'approvisionnement en test

Plusieurs éléments constituaient un obstacle à ce niveau.

Les médecins devaient gérer leurs stocks pour ne pas se retrouver à court au moment de la distribution : « *Un truc qui pourrait faire avancer les choses, ce serait qu'on ne se retrouve pas en rupture de stock, parce que moi ça m'arrive régulièrement et finalement j'attends et puis donc comme je n'en fais plus et bien j'en propose plus et comme j'en propose plus et bien je n'y pense plus et donc je n'ai pas envie de recommencer* ». Il s'agissait là d'une question d'organisation personnelle qui recoupait le fait d'y penser. Il ne fallait pas oublier d'en redemander au réseau dans le cas présent.

Non seulement ils devaient penser à se réapprovisionner mais aussi aller les récupérer, ce qui constituait un obstacle car cela nécessitait du temps : « *il faut venir les chercher et tout. (...) C'est un frein* », « *Est-ce que le réapprovisionnement est un obstacle ? Oui il faut aller les chercher. Le réapprovisionnement, c'est agaçant* ». L'envoi régulier des tests leur permettrait de pallier à ces deux inconvénients et serait facteur d'un gain de temps : « *Donc l'idéal ce serait qu'on nous en envoie systématiquement ou (...) on reçoive comme les streptotests, on pianote sur l'ordinateur, ou on envoie un fax et on reçoit dans les 15 jours des nouveaux tests comme ça par la poste* ».

H. Taux de participation insuffisant

Comme pour tout dépistage de masse, le taux de participation doit atteindre au moins 50 % pour que les objectifs voulus soient remplis, ici la diminution de la mortalité. C'est souvent loin d'être le cas : « *la preuve en est, c'est qu'on n'est pas du tout à 50 % de réponses dans nos patients* ». Les médecins en étaient parfaitement conscients mais l'objectif n'était pas facile à atteindre : « *La question, c'est de mettre cela en place avec un taux de participation*

suffisant. C'est le seul frein ». Bien que ce taux ne soit pas évident à atteindre, cela pouvait constituer une motivation pour les médecins prescripteurs : *« D'où cette barre des 50 % qui est toujours une barre qu'on retrouve pour tous les dépistages et qui est vraiment le vrai problème à atteindre, qui devrait être pour nous un stimulant à en proposer pas mal ».*

I. Les obstacles liés aux patients

La délivrance et la réalisation du test Hemocult II[®] nécessite des explications de la part du médecin qui le prescrit pour que ce test soit compris et réalisé correctement. Le médecin peut se retrouver confronter à des difficultés de compréhension des patients, notamment dans le cas de patients d'origine étrangère avec qui il existe une barrière de la langue : *« de ne pas pouvoir lui expliquer parce qu'il ne comprend pas le français, ça c'est un problème ».*

Le niveau social des patients peut aussi engendrer des difficultés lors de la prescription du test, soit parce qu'il génère des troubles de la compréhension ou inversement par "excès" de connaissances : *« t'as d'une part, les gens très érudits qui vont chercher les renseignements partout, internet et ils vont effectivement s'opposer avec des arguments à tes arguments et puis tu as parallèlement des gens qui ne vont pas du tout te sortir des arguments, mais qui vont venir avec un "non c'est comme ça "(...). A mon avis les barrages ils sont des deux côtés chez les érudits et chez les gens simples ».* Donc les médecins pouvaient être face à des patients qui n'étaient pas accessibles aux informations qu'ils délivraient, ce qui compliquait leur travail de prévention voire les empêchaient de l'effectuer comme ils l'auraient souhaité.

DISCUSSION

I. Biais de l'étude

Cette étude a été menée avec un petit groupe de médecins généralistes impliqués dans un réseau ville-hôpital. Ils étaient tous volontaires pour y participer et ne représentaient donc qu'un petit échantillon de la profession médicale. Ils se considéraient eux-mêmes comme une minorité : « *en fait, on est un petit groupe là, c'est presque toujours les mêmes...* ».

Le fait d'appartenir à un réseau ville-hôpital constitue aussi un biais pour l'étude car certains problèmes susceptibles d'être rencontrés sont ainsi évités comme nous pourrions le voir avec certaines études. Les médecins interrogés en étaient d'ailleurs conscients : « *L'Hemocult c'est un examen de dépistage, mais à mon avis, les conditions dans lesquelles il est fait, c'est-à-dire dans le cadre d'un réseau, c'est bien plus important, ce que je faisais avant d'être dans le réseau, je le faisais au coup par coup. Et en définitif, en réfléchissant, c'est vrai que le fait d'appartenir au réseau, c'est entre guillemets, plus facile de demander de les faire. Parce qu'on a une fiabilité dans les résultats qu'on a pas quand c'est fait à droite à gauche* ». A la question « *est ce que le fait de faire partie d'un réseau vous incite plus à en proposer ?* » posée par un modérateur, un des médecins a répondu : « *Bah évidemment, les gens qui ne sont pas au réseau ils n'en font pas* ».

L'interprétation des résultats de l'étude dépendait de l'enregistrement des focus groups. Au cours de la retranscription des échanges entre médecins certaines parties étaient mal perceptibles voire inaudibles. De ce fait, il manquait une partie des données.

II. Importance de la prévention

Les médecins généralistes interrogés étaient convaincus que la prévention représente une part prépondérante du travail en médecine générale. Ils estimaient avoir un rôle essentiel à jouer dans la campagne de dépistage de masse du CCR. Ils pensaient même que sa réussite dépendait en partie de leur travail et de leur investissement.

A. La prévention en médecine générale

Le médecin généraliste n'est pas seulement celui qui soigne mais aussi celui qui prend soin des patients. Il lui appartient de proposer toutes les mesures pour préserver leur santé. C'est dans cette perspective que la prévention et le dépistage sont essentiels [41].

Les médecins généralistes sont très impliqués dans les démarches de prévention dans leur pratique quotidienne [40]. Une enquête a été réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Bretagne en 2005 [40]. Elle a interrogé les médecins pour connaître leur avis sur la prévention et leurs pratiques. Le baromètre était composé de 120 médecins généralistes tirés au sort. Il en ressort une profession non seulement intéressée par la prévention (près de deux tiers des répondants ont déclarés avoir le plus souvent un intérêt pour les questions de prévention) mais aussi convaincue par l'efficacité de la prévention (seul un médecin sur 5 considérait que la prévention était vouée à l'échec).

Dans une étude picarde, de type déclarative, portant sur la prévention des cancers par les médecins généralistes, sur les 503 médecins ayant accepté de participer, 95% considéraient que la prévention devait avoir une place majeure dans leur activité [42].

La campagne de dépistage des cancers colorectaux, effectuée en Bourgogne et débutée en 1988, a été préparée en collaboration avec les médecins généralistes. Une sociologue a

interrogé les médecins ayant pris part à cette campagne. Sur les 67 médecins interrogés, 51 (soit 76%) se sont considérés comme motivés pour y participer et 32 d'entre eux (soit 62%) étaient motivés par un désir de faire concrètement de la prévention, considérant que cela relevait de leur fonction [43].

Cet intérêt était retrouvé dans les résultats d'une enquête réalisée, en 2002, par envoi postal, auprès de 600 médecins généralistes du département du Haut-Rhin avec un taux de réponse de 62 % [44]. L'intérêt pour la prévention était considéré comme un facteur incitatif pour leur participation active à la future campagne de dépistage organisé du CCR par 86 % d'entre eux. 92% y voyaient les preuves d'efficacité du dépistage de masse et 87% un service rendu à leurs malades.

Une étude, menée auprès de 700 généralistes d'une douzaine de départements français, a montré que la principale motivation des médecins est le bénéfice attendu pour leurs patients et pour la santé publique [45].

On peut toutefois noter que les médecins généralistes français restent moins sensibilisés au dépistage, notamment du CCR, que les généralistes d'autres pays. Dans l'enquête du Haut-Rhin [44], 28 % des médecins généralistes déclaraient prescrire beaucoup de dépistage du CCR. Dans des études réalisées aux Etats-Unis, 85 % des médecins généralistes américains et près de 100% des internistes déclaraient en prescrire en routine [46 ; 47]. Il s'agissait d'enquêtes déclaratives donc avec une surestimation probable des chiffres.

B. Le dépistage et le médecin généraliste

Les médecins généralistes ont un intérêt marqué pour la prévention et c'est, par l'intermédiaire des actions de dépistage, qu'ils peuvent le démontrer.

Ils occupent une place importante dans le système de soins et représentent, pour les patients, une source crédible d'information. Ils permettent aussi l'accès aux examens de dépistage. Ils sont consultés régulièrement par une grande partie de la population et suivent leurs patients dans la durée. Les mesures qu'ils mettent en œuvre peuvent donc avoir un impact important en matière de santé publique [40].

Les généralistes sont conscients de leur rôle dans le dépistage. Dans l'enquête déclarative de Picardie [42], 75 % des médecins considéraient que c'est au médecin généraliste de pratiquer le dépistage du CCR, chiffre comparable à celui d'autres enquêtes [44 ; 48 ; 49].

Le médecin généraliste occupe un rôle pivot dans la stratégie de dépistage par le test Hemocult II[®]. Lorsque le médecin remet un test dans le cadre d'une consultation, il est fait dans plus de 80 % des cas [7].

Les résultats de l'étude bourguignonne illustre la place importante du médecin traitant dans la remise du test dans le cadre du dépistage du CCR : la proportion des tests effectués était de 85 % lorsqu'ils étaient proposés par le médecin et de 34 % lorsqu'ils étaient envoyés par la poste. Ces chiffres concernaient la première campagne du dépistage. Pour les suivantes, les tests réalisés étaient respectivement de 91% et 28 % soit un écart non négligeable [43 ; 50].

Le mode de proposition du test a influencé le taux de participation. Dans cette même étude, pour deux cantons de Saône-et-Loire, le test était prescrit pendant la phase de distribution médicale, acheté chez le pharmacien et remboursé à 100% par la sécurité sociale. Seulement 16 % de la population a fait le test pendant cette phase. Lors de la campagne suivante, les

médecins ont remis le test et le taux de participation est passé à 36% [51 ; 52]. De manière générale, dans les cantons où il était initialement donné par le médecin, le test a été plus souvent réalisé que dans les cantons où il était prescrit puis acheté (respectivement 57,3 % contre 40 % ($p < 0,001$)). La différence entre ces taux était essentiellement liée à la nature de l'intervention médicale : test donné ou prescrit [53].

Dans l'étude du Calvados, le test a été remis par les médecins traitants et les médecins du travail suivi d'un envoi postal pour les personnes ne consultant pas. Le taux de participation a été de 43 % [54].

Ces chiffres étaient bien supérieurs aux 20-25 % obtenus par la CNAMTS dans différentes régions en envoyant, aux personnes concernées, une prise en charge permettant de se procurer gratuitement le test Hemocult chez le pharmacien [18].

Ces chiffres suggéraient qu'il est indispensable de faire intervenir les médecins généralistes car leur participation au " déroulement " influence le taux de participation de la population.

Une étude australienne a évalué l'influence du soutien du médecin généraliste dans la participation du dépistage du CCR par le test Hemocult [55]. Trois groupes ont été constitués et ont reçu, sans information préalable ni publicité, une invitation pour un dépistage du CCR. Le premier groupe a reçu une invitation ne comportant aucune indication sur l'implication du médecin généraliste, le deuxième une invitation indiquant que l'offre était soutenue par un service médical sans préciser de nom et le dernier groupe a reçu un courrier signé du médecin. Les taux de participation ont différé en fonction du mode d'invitation : 32 % pour le groupe 1 et respectivement 38 et 41 % pour les groupes 2 et 3. Le taux de participation semble donc aussi être influencé par le mode "d'invitation" et l'engagement du médecin généraliste.

La participation active des médecins généralistes conditionne le succès d'une campagne de dépistage. Le conseil (ou l'absence de conseil) du médecin est l'une des principales raisons pour laquelle les personnes font (ou ne font pas) le test de dépistage [44]. Le programme risquerait de ne pas avoir d'effet significatif sur la mortalité s'ils ne sont pas convaincus et n'adhèrent pas à l'action de dépistage [20].

L'importance du médecin dans l'acceptabilité du test a été confirmée par une étude par questionnaire auprès de la population ayant participé à la campagne de dépistage réalisée en Bourgogne [56]. La confiance en leur médecin était l'une des principales raisons de la réalisation du test et ses explications étaient le facteur encourageant le plus souvent à le faire (cité par 58% de la population) [51]. Le courrier signé par les médecins du canton concerné et envoyé par la poste était cité par 47% de la population [43 ; 53].

L'absence de recommandation de leur médecin était évoquée par des personnes n'ayant pas participé au test, elles soulignaient le fait que leur médecin ne leur en avait pas parlé [57]. Ceci confirme la prépondérance du rôle du médecin dans la réalisation du test.

Le rôle du médecin généraliste ne se limite pas à distribuer le test. Il fait la sélection des patients qui doivent être dépistés par le test Hemocult II[®] et ceux qui doivent bénéficier d'un autre examen (coloscopie) en fonction du niveau de risque (élevé ou très élevé). Il doit aussi exclure certains patients du dépistage de masse en raison de contre-indications ou des symptômes présentés [7]. Il doit connaître le maniement du test pour bien le prescrire au patient. Il lui revient d'expliquer la nécessité d'une coloscopie en cas de test positif [3].

Il a un impact sur la suite de la prise en charge en cas de test positif. Une étude, menée dans le Calvados, a évalué le taux de coloscopies réalisées au décours d'un test positif : le taux était significativement plus élevé quand le test avait été proposé initialement par le médecin (84,6%) qu'après une relance postale (64,9%) ou par envoi postal du test (76,9%) [58]. Des

chiffres similaires ont été retrouvés dans une étude qui portait sur cinq campagnes de dépistage de masse par le test Hemocult II® avec des taux d'exploration endoscopique de 88% lorsque le test était remis par le médecin traitant et de 77,8% ($p < 0,01$) lorsqu'il était envoyé par la poste [59]. Cela indique que le taux de réalisation de la coloscopie était très dépendant du mode de proposition du test, maximal lorsque le test avait été proposé par le médecin [54]. Ceci est probablement lié au fait que le papier envoyé par la poste n'évoquait pas la coloscopie.

Il apparaît clair que l'engagement des médecins généralistes est essentiel pour assurer l'efficacité des programmes de dépistage du CCR, non seulement pour accroître l'acceptabilité du test mais aussi pour réduire le taux de diagnostics incomplets en cas de test positif [60].

III. Les freins au dépistage

Les médecins sont déjà très impliqués dans des démarches de prévention dans leur pratique quotidienne de façon plus ou moins importante et variable selon le dépistage effectué. Cependant, ils se heurtent à de nombreux obstacles évoqués au cours des focus groups dans notre étude et retrouvés aussi dans les données de la littérature.

A. Les contraintes organisationnelles

Elles sont prédominantes et sont retrouvées dans plusieurs études comme étant le facteur engendrant le plus de difficultés pour les médecins.

1. Le temps

La première contrainte est d'ordre temporel. Le test est difficile à intégrer dans la consultation habituelle et long à expliquer. Le nombre de papiers à remplir est important.

Rares sont les patients qui ne viennent consulter que pour la remise du test. Dans l'enquête faite par l'URML de Bretagne [40], environ la moitié des médecins estimait que les patients ne viennent pas les voir pour des questions de prévention (55%) ou qu'ils seraient agacés d'entendre parler de prévention alors qu'ils ne sont pas venus pour cela (53,5%).

Dans une étude réalisée dans la Calvados en 1993, le manque de temps constituait un des obstacles principaux à l'implication des médecins au dépistage [58].

Le temps est aussi l'aspect le plus contraignant évoqué par les médecins dans l'étude bourguignonne. Ils estimaient qu'il fallait en moyenne 5 à 10 minutes pour informer de l'existence de la campagne, de ses buts, expliquer le mode d'emploi du test, convaincre le patient et répondre à ces questions éventuelles. Par ailleurs, les papiers que les médecins devaient remplir constituaient un motif de désagrément [43], le remplissage des papiers nécessitant encore plusieurs minutes qui se rajoutent à la consultation. En Saône-et-Loire, au final, le temps d'information des consultants décalait le programme de travail des médecins de plus d'une heure [18].

Cette contrainte temporelle est évoquée dans plusieurs études [42 ; 61 ; 62 ; 63].

La direction de la sécurité sociale a estimé à 10 minutes le temps nécessaire à l'information du consultant, soit environ la moitié d'une consultation, ce qui correspond au chiffre évoqué par les médecins dans ces différentes études [18].

L'implication des médecins généralistes est donc consommatrice de temps et allonge notablement la consultation, car elle ne se limite pas à la seule distribution du test [64].

2. Les motifs de consultation et la démographie médicale

Au cours de leurs consultations, les médecins doivent gérer plusieurs problèmes autres que ceux concernant la prévention, soit des soins urgents ou le suivi de pathologie chronique. Ils doivent, en priorité, répondre aux demandes des patients. La multiplicité des motifs de consultation a un impact sur le facteur temps évoqué [62 ; 63].

Ils doivent par ailleurs assumer différentes fonctions (soins, conseils, soutien psychosocial, coordination, démarches administratives...) et, pour cela, traiter une masse importante d'information. Dans une enquête récente, réalisée auprès d'un panel représentatif de médecins généralistes bretons composant le Baromètre des Pratiques en Médecine Générale, 84 % des médecins estimaient avoir à effectuer des tâches qui ne relevaient pas de leur qualification. Il s'agissait de tâches liées à l'information et à l'éducation du patient (64,3 %), à la coordination des soins (58,3 %) ou encore à la gestion du dossier du patient (56 %) [65]. Ces résultats convergeaient avec ceux d'une expérimentation de consultation médicale de prévention menée en partenariat avec l'équipe du professeur Menard.

De plus, en raison de la démographie médicale, inégale en France selon les régions, certains médecins sont très sollicités et la réponse à la demande de soins ne peut être la même. Un des médecins avait exprimé ce problème au cours de l'étude : « *la démographie étant ce qu'elle est, on ne pourra pas perdre 10 minutes de temps* ».

Ce problème est encore plus marqué à certaines périodes de l'année, en particulier l'hiver où le nombre de consultants est beaucoup plus important. Dans l'étude de Bourgogne, le temps qui représentait un aspect contraignant, le devenait encore plus en période surchargée [43].

3. L'oubli

Les médecins éprouvent des difficultés pour se rappeler de toutes les mesures de prévention à prendre au cours d'une consultation en fonction du patient et des conditions à remplir selon le dépistage proposé [62 ; 63].

Le surcroît d'attention nécessaire pour savoir si le patient appartenait au groupe d'âge concerné était cité par les médecins bourguignons comme une difficulté rencontrée [43].

B. Manque de participation des médecins

Plusieurs raisons permettent d'expliquer le manque de participation de certains médecins aux campagnes de dépistage.

Un des motifs tient à la culture des médecins français qui n'est globalement pas propice à la mise en place de programmes de santé publique. C'est une médecine encore largement fondée sur le soin curatif et sur la relation individuelle médecin-malade. Beaucoup de médecins restent réticents ou indifférents à des actions de santé collective, qu'ils associent encore souvent à un contrôle de leur activité [66].

Certains médecins sont, quant à eux, sceptiques sur l'efficacité et l'utilité de telles actions de dépistage [43]. Dans cette étude bourguignonne, trois médecins ont refusé de participer, opposés au principe du dépistage de masse, parce qu'il touche des individus n'ayant aucun

symptôme et qu'il peut provoquer de l'angoisse et de l'inquiétude. Ils avaient des craintes sur les réactions qu'ils peuvent déclencher chez le patient.

Les médecins sont parfois réticents à en parler en raison du caractère anxiogène d'un cancer. L'évocation de la pathologie, en l'absence de symptôme ne va pas de soi. Il n'est pas évident de donner des explications à un patient qui ne se plaint de rien.

L'insuffisance voire l'absence de retour d'information sur les résultats des campagnes menées est un autre facteur démotivant les médecins dans la poursuite des actions entreprises [42 ; 50 ; 58 ; 63].

C. Manque de connaissance et de formation

1. Manque de connaissance

Le manque de connaissance sur le cancer colorectal et sur les moyens de le dépister constituait un obstacle majeur pour certains médecins dans une étude américaine [63]. Ils craignaient, de ce fait, de conseiller leurs patients de façon inappropriée. Ils préféreraient donc ne pas intervenir.

Dans une autre étude américaine conduite entre 1999 et 2000, 48% des praticiens interrogés estimaient que le manque de connaissance sur le CCR constituait pour eux une barrière au dépistage [57].

2. Les recommandations

En France, la conduite à tenir pour le dépistage du CCR est inscrite dans la conférence de consensus établie en 1998 par l'ANAES [8]. Ces recommandations établissent clairement la

conduite à tenir pour le dépistage du CCR chez les personnes à risque élevé et très élevé. Elles apparaissent moins claires, pour certains médecins, en ce qui concerne les sujets à risque moyen concernés par le dépistage de masse. Elles sont même, parfois, non connues par les médecins.

Dans l'étude réalisée, en 2002, dans le Haut-Rhin auprès de 600 généralistes [44], 75 % ne connaissaient pas les recommandations de la conférence de consensus et ne les avaient pas à disposition dans leur bureau. Chez une personne à risque moyen, 10 % des médecins généralistes ne prescrivaient jamais de dépistage, 27% rarement, 43% parfois, 17 % souvent et 3% systématiquement. Dans cette situation, 69% des médecins déclaraient prescrire une recherche de sang occulte dans les selles et 6% une coloscopie. 7 % des généralistes prescrivaient le test de dépistage choisi par la personne après l'avoir informée des différentes possibilités. La tranche d'âge de 50 à 74 ans est la référence dans les recommandations. Un certain nombre de médecins étaient hors limite : 38 % débutait le dépistage trop tôt avant 50 ans et 12% après 55 ans ; 10 % l'arrêtaient avant 70 ans et 56 % après 75 ans. Il apparaissait donc que la méconnaissance des recommandations avait pour conséquence des opinions et des pratiques très hétérogènes ainsi qu'une prescription du test souvent inappropriée.

Dans l'enquête déclarative de Picardie, effectuée auprès de 503 médecins généralistes [42], 14 % possédaient des tests Hemoccult II[®] à leur cabinet et un tiers (soit 5 %) l'utilisait comme test de dépistage. Plus de la moitié (53 %) commençait le dépistage entre 45 et 50 ans. L'âge d'arrêt cité était variable mais pour 42 % il était de 80 ans.

Les chiffres de ces 2 études illustrent bien le fait que les recommandations sont méconnues de certains médecins, ce qui est à l'origine d'obstacles à la mise en place du dépistage de masse du CCR.

D. Manque de conviction en la fiabilité du test Hemocult II®

Dans notre étude, les médecins étaient nombreux à exprimer leur manque de confiance pour le test essentiellement à cause de sa sensibilité, de l'ordre de 50 %, pour le cancer. Cette donnée est aussi retrouvée dans la littérature.

Le manque de performance du test était évoqué comme frein dans deux études réalisées dans le Calvados en 1993 et 2006 [45 ; 58] et une étude canadienne [61]. La faiblesse de l'efficacité (faible sensibilité) et la fréquence des faux négatifs affectaient la motivation des médecins dans la mise en place du programme de dépistage. Ils leur apparaissaient difficile de promouvoir un test auquel ils ne croyaient pas vraiment [66].

Le vécu lié aux faux positifs (avoir à faire faire une coloscopie pour "rien") et aux faux négatifs (difficulté de faire comprendre aux patients que le test n'est pas une garantie absolue de l'absence de cancer) peut être ressenti, si ce n'est comme un frein, comme une réelle difficulté [41 ; 43].

E- Les autres obstacles

D'autres obstacles sont retrouvés dans la littérature. Une étude canadienne a été réalisée, en 2003, sur le même principe avec des focus groups [61]. Les médecins évoquaient comme barrière l'adhésion des médecins et les problèmes techniques liés au test lui-même (mode d'emploi peu clair, description du test difficile). Ces problèmes, en rapport avec le test, n'ont pas été évoqués au cours de notre étude où les médecins avaient reçu au préalable une formation.

Il existe des obstacles provenant des patients : dégoût de manipuler les selles, peur du résultat, l'absence de symptômes et le manque de recommandation de leur médecin. [61].

IV. Les moyens de surmonter les obstacles

A. Une consultation spécifique de prévention

En grande majorité, les médecins sont convaincus de l'intérêt de la prévention et notamment du dépistage organisé du CCR. Cependant des contraintes temporelles, la complexité des informations à donner aux patients et la multitude de problèmes à gérer au cours des consultations ne leur permettent pas d'exercer leur rôle de prévention comme ils le souhaiteraient.

C'est pourquoi un certain nombre de médecins, comme dans notre étude, évoquent la possibilité de la mise en place d'une consultation spécifique pour la prévention.

Elle leur permettrait de repérer et d'analyser les risques et d'informer voire de former les patients. Dans l'évaluation faite par l'URML de Bretagne, 63 % des généralistes étaient favorables à une consultation périodique de prévention. Pour 74 % des médecins, ces consultations permettraient, avant tout, une responsabilisation du patient [40].

Pour mettre en place ce type de stratégie de dépistage, plusieurs possibilités seraient envisagées pour agir à différents niveaux de l'offre de dépistage :

- impliquer une aide extérieure : d'autres professionnels de santé libéraux comme les infirmières et les pharmaciens mais aussi les secrétaires pour une coopération ou une répartition des tâches (informer les patients, faire de l'éducation thérapeutique, préparer des fiches de synthèse, envoyer des courriers d'information ou de rappel aux patients, délivrer et expliquer les tests...) [40 ; 43 ; 61]
- établir des fiches d'information pour les patients, adaptables à leurs besoins. La diffusion de supports pour l'information serait appréciée par 81 % des médecins interrogés en Bretagne [40]. Elle permettrait un gain de temps en diminuant les explications à donner. Dans l'étude bourguignonne [43], une partie du corps médical

avait perçu l'importance des documents d'information envoyés par la poste. Les résultats de l'enquête par questionnaire auprès de la population ayant participé en Bourgogne [56] suggéraient que les campagnes médiatiques n'incitaient qu'une faible partie de la population à faire le test : les incitations à faire le test étaient à 13 % les radios locales et la télévision, 8% les articles de presse et 2 % les affiches contre 47 % pour le courrier envoyé.

- utiliser des systèmes de rappel papier ou informatique (alertes) pour pallier à l'oubli [40 ; 63].
- proposer aux médecins des outils pour systématiser et structurer la prévention sous forme papier ou informatique et les aider à les intégrer dans leur pratique [40].

C'est dans cette dernière optique qu'a été développé le logiciel EsPeR par le Pr Gilles Chatellier du service de Santé Publique et Informatique Médicale (Faculté Broussais Hôtel Dieu) et le Dr Isabelle Colombet (MCU-PH de la faculté Paris 5) à partir de 1998 [67].

" EsPeR est un outil d'aide informatisé, pour hiérarchiser les priorités de prévention chez un patient donné, et lui proposer des actions de prévention en accord avec les données scientifiques actuelles. L'outil est destiné au médecin et vise à lui donner, face à un sujet consultant, les éléments qui permettent de classer ses risques de santé les plus probables, en prenant en compte :

- la prévalence des maladies dans sa zone géographique de résidence, selon son âge et son sexe
- ses antécédents familiaux
- ses comportements (tabac, alcool, activité physique, nutrition)
- les caractéristiques cliniques et biologiques de routine, démontrées comme étant susceptibles d'influencer le risque de maladie dans les années à venir."

L'outil permet, pour un sujet consultant donné :

- la saisie de données-patients : accès sécurisé par le médecin (login et mot de passe) à une liste de dossiers-patients
- la hiérarchisation des risques de mortalité : une information générale sur les risques de mortalité d'un individu
- le calcul des risques de maladies cardio-vasculaires et de certains cancers et une présentation individualisée des recommandations de l'ANAES pour la prise en charge des différents facteurs de risque cardio-vasculaire et pour le dépistage des cancers (cancer du sein, cancer colorectal...)
- l'édition (et l'impression) d'une synthèse des recommandations pour le médecin et d'un programme individualisé de prévention destiné au patient

Une trentaine de médecins généralistes volontaires ont été rémunérés pour tester une consultation de prévention en s'appuyant sur ce logiciel EsPeR [65] : environ deux tiers des médecins préparaient la consultation à partir des éléments contenus dans le dossier du patient et des recommandations proposées par le serveur EsPeR. Ils soulignaient l'intérêt d'une aide en amont et en aval de la consultation ; en amont pour les aider à renseigner le dossier médical, en aval pour les aider à prendre en charge les patients.

B. Une formation adaptée

L'étude en Bourgogne a été préparée en collaboration avec les médecins généralistes. Ils ont d'abord reçu, par petits groupes et sous la direction de deux animateurs spécialement formés (un généraliste et un spécialiste du dépistage), une information sur le CCR et les problèmes

posés par son dépistage. Le but était aussi de leur faire prendre conscience de leur rôle dans le dépistage de masse. Dans un deuxième temps, ils ont donné leur avis sur le projet de protocole de la campagne de dépistage et le contenu des documents d'information du public [43 ; 53]. Cette méthodologie s'est avérée efficace puisque 90 % des généralistes en Saône-et-Loire ont activement distribué le test. A l'issue de cette formation, les trois quarts des médecins ayant participé étaient convaincus de l'intérêt de participer au programme de dépistage et étaient motivés pour proposer le test à leurs patients [51].

Dans l'enquête du Haut-Rhin, évaluant les attentes des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage du CCR avant le démarrage d'une campagne de dépistage organisée, 66% des généralistes souhaitaient une formation sur le dépistage. Cette dernière apparaissait nécessaire pour corriger les erreurs de connaissances et de pratiques relevées [44]. Cette notion est retrouvée dans d'autres études [41 ; 61].

Le cahier des charges du dépistage organisé du CCR préconise cette formation : "Une formation par groupe d'une cinquantaine de médecins maximum est un préalable au démarrage d'une campagne de dépistage du CCR (...). Les médecins généralistes non présents aux séances de formation doivent être contactés par téléphone ou visités par un membre de la structure de gestion". [34]

Dans les données de la littérature, il apparaissait aussi important de tenir les médecins régulièrement informés de la façon dont se déroulait la campagne pour conforter la mobilisation [51]. Le retour d'information permet de stimuler les médecins à poursuivre leur démarche et renforcer leurs efforts [63]. Dans notre étude, les médecins regrettaient de ne pas être informés des résultats de leurs patients après avoir prescrit des examens de dépistage comme le frottis cervico-vaginal.

C. Clarification des recommandations

Au même titre que la nécessité d'une formation, les médecins du Haut-Rhin étaient 79 % à considérer que la clarification des recommandations serait un facteur plus incitatif pour leur participation active à la campagne de dépistage organisé [44].

D. Un test plus fiable

Un test jugé plus fiable pourrait améliorer l'adhésion des médecins dans la campagne de dépistage. Le test de référence Hemocult II[®] est jugé peu fiable à cause de sa faible sensibilité.

De nouveaux tests de dépistage, immunologiques, ont été et sont développés notamment le test Magstream[®]. Ces tests offrent un gain de sensibilité par rapport aux tests au gaïac surtout pour les adénomes en conservant une bonne spécificité [7].

Un essai prospectif a été conduit dans la Manche. Il était fondé sur la proposition du test Magstream[®] à l'ensemble des individus âgés de 50 à 74 ans dans le but d'évaluer la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive du test dans cette population. L'évaluation portait sur 7421 tests pour une population cible de 180 000 personnes de la tranche d'âge. Le test était considéré comme positif au-delà d'une concentration de 20 ng/ml. Cela a confirmé la sensibilité supérieure de ce test avec, à 2 ans, une sensibilité estimée à 85 % et une spécificité à 94 %. Toutes les personnes ayant eu un test positif n'ont pas fait la coloscopie (84,3 % l'ont faite). Dans ces conditions, la valeur prédictive positive était de 6 % pour les cancers, 27,9 % pour un gros adénome et 21,6 % pour un petit adénome [66 ; 69].

Cet essai a été complété par un autre mené par la même équipe (Launoy et al.) pour comparer les performances des tests Hemocult II[®] et Magstream[®]. Il confirmait qu'au seuil de 75 ng/ml, pour une proportion de tests positifs identiques, le test Magstream[®] engendrait un gain de sensibilité de 90% (concernant essentiellement les adénomes avancés) et une réduction de 33 % du taux de faux positifs pour le diagnostic de néoplasie avancée [70].

Les experts s'accordent pour dire que les tests immunologiques vont se substituer au test Hemocult II[®] [15 ; 70]. Cependant le taux de positivité de 6 % (relativement élevé) risque d'induire un nombre important de coloscopie, examen onéreux et non dénué de complications [66]. Le test immunologique serait associé à un surcoût de 2980 euros par année de vie gagnée supplémentaire par rapport au test Hemocult II[®] [7].

Dans les études conduites dans la Manche et le Calvados [45 ; 68], il apparaissait clairement que les médecins généralistes n'avaient aucune réticence à proposer un test immunologique plutôt que le test Hemocult II[®]. La proposition d'un test, censé être plus sensible, a même permis de relancé la campagne dans le Calvados. Ce qui importe c'est de promouvoir le dépistage par la recherche de sang occulte dans les selles et non un test en particulier [66].

E. La rémunération

Sur ce point, les avis sont très divergents selon les médecins. Dans les cas où elle avait été envisagée, c'est la rémunération forfaitaire qui était évoquée. Cette rémunération a été mise en place mais est variable selon les régions. Au Royaume-Uni, ce type de rémunération a permis d'améliorer de façon notable l'efficacité du programme de dépistage du cancer du col utérin [64].

En Saône-et-Loire, la plus grande partie des médecins (52 sur 55) considérait qu'il était normal d'être rémunéré pour participer aux actions de dépistage, voire même indispensable parce que recevoir une rémunération constitue une forme de reconnaissance de leur place et que "tout travail mérite salaire" [43]. Un auteur évoquait l'absence de rémunération comme une marque de mépris pour les médecins [41].

Si la rémunération était un facteur influençant la participation des médecins généralistes dans l'étude du Calvados [45], ce n'était pas le plus déterminant.

F. Des démarches qualité

Dans l'évaluation qui a été faite en Bretagne par l'URML, cette dernière proposait de mettre en place une politique de démarche qualité auprès des médecins généralistes. Pour cela les médecins réaliseraient une auto-évaluation de leurs pratiques et de l'organisation de leur travail selon certains référentiels notamment ceux de la Haute Autorité de Santé (HAS). Chaque médecin transmettrait ses résultats. Une concertation par groupe serait ensuite organisée, à partir des résultats obtenus, pour identifier les obstacles rencontrés et les moyens de les surmonter [40].

Cela correspond à ce qui a été organisé par le ROA avant la mise en place du dépistage organisé du CCR dans le département du Val d'Oise. Des groupes de médecins généralistes, appartenant au réseau, ont partagé leurs expériences sur la proposition du dépistage de ce cancer. La technique par focus group utilisée au cours de l'étude a permis de mettre en évidence des obstacles au dépistage du CCR et les moyens de les contourner. Certains sont identiques à ceux retrouvés dans la littérature. Cette méthode permet de modifier les points de vue et attitude de chacun [39] : quatre médecins, qui n'avaient pas délivré de test, ont prescrit

des tests Hemocult II[®] trois mois après la réalisation de cette étude et d'autres en ont remis davantage.

CONCLUSION

Cette étude par focus group a permis de mettre en évidence un certain nombre d'obstacles au dépistage du CCR rencontrés par des médecins sensibilisés à la prévention, au sein d'un réseau ville-hôpital.

Le temps nécessaire pour la prescription et la délivrance du test de dépistage était l'obstacle principal évoqué par la majeure partie des médecins : « *ça c'est le gros échec, c'est le temps* ». Cet élément était en effet cité à de nombreuses reprises.

Les médecins généralistes étaient bien conscients du rôle qu'ils pourraient avoir dans le dépistage. Ils étaient prêts à s'y investir mais des améliorations devaient être apportées, selon eux, pour que cela puisse se faire dans des conditions optimales. Un médecin d'un des focus group a conclu en disant : « *Le fait de nous impliquer totalement dedans, et donc on aurait un rôle essentiel, qui nous permettrait de booster cette campagne et d'aller plus loin, mais encore faut-il nous donner les moyens de le faire.* »

Comme l'ont montré plusieurs études, l'implication des médecins généralistes est indispensable à la réussite du dépistage du CCR. Elle détermine en effet la participation de la population concernée. Il apparaissait donc intéressant d'analyser leur vécu, de prendre en compte leurs avis et de mettre en place des mesures visant à surmonter les obstacles évoqués.

Le temps essentiel pour y arriver semble être la formation des médecins généralistes.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification TNM du cancer colorectal.....	79
Annexe 2 : Equivalence entre les classifications	80
Annexe 3 : Tests effectués en mars 2007 par les médecins du réseau.....	81- 82
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	83- 84
Annexe 5 : Questionnaire médecins généralistes	85
Annexe 6 : Présentation générale.....	86
Annexe 7 : Catégories de codage.....	87- 88

Annexe 1

Classification TNM UICC 2002 [8]

Tumeur primitive (T)

Tis : carcinome in situ ; tumeur épithéliale ou envahissant la lamina propria (intra-muqueuse) sans extension à la sous-muqueuse

T1 : tumeur envahissant la sous-muqueuse sans la dépasser

T2 : tumeur envahissant la musculature sans la dépasser

T3 : tumeur envahissant la sous-séreuse (côlon et rectum peritonisé) à travers la musculature sans atteindre le revêtement mésothélial ou la graisse péri-rectale (rectum sous péritonéal)

T4 : tumeur perforant le péritoine viscéral et/ou envahissant les organes de voisinage

Adénopathies (N)

N0 : pas de ganglions envahis

N1 : 1 à 3 ganglions régionaux envahis

N2 : ≥ 4 ganglions régionaux envahis

Nx : statut ganglionnaire non évaluable

Métastases (M)

M0 : pas de métastase

M1 : présence de métastases (ou atteinte des ganglions iliaques externes ou iliaques communs)

Mx : statut métastatique inconnu

Annexe 2

Equivalence entre les classifications [9]

		TNM UICC 2002			DUKES
STADE 0		Tis	N0	M0	A
STADE I		T1 T2	N0 N0	M0 M0	
STADE II	IIA	T3	N0	M0	B
	IIB	T4	N0	M0	
STADE III	IIIA	T1-T2	N1	M0	C
	IIIB	T3-T4	N1	M0	
	IIIC	Tout T	N2	M0	
STADE IV		Tout T	Tout N	M1	D

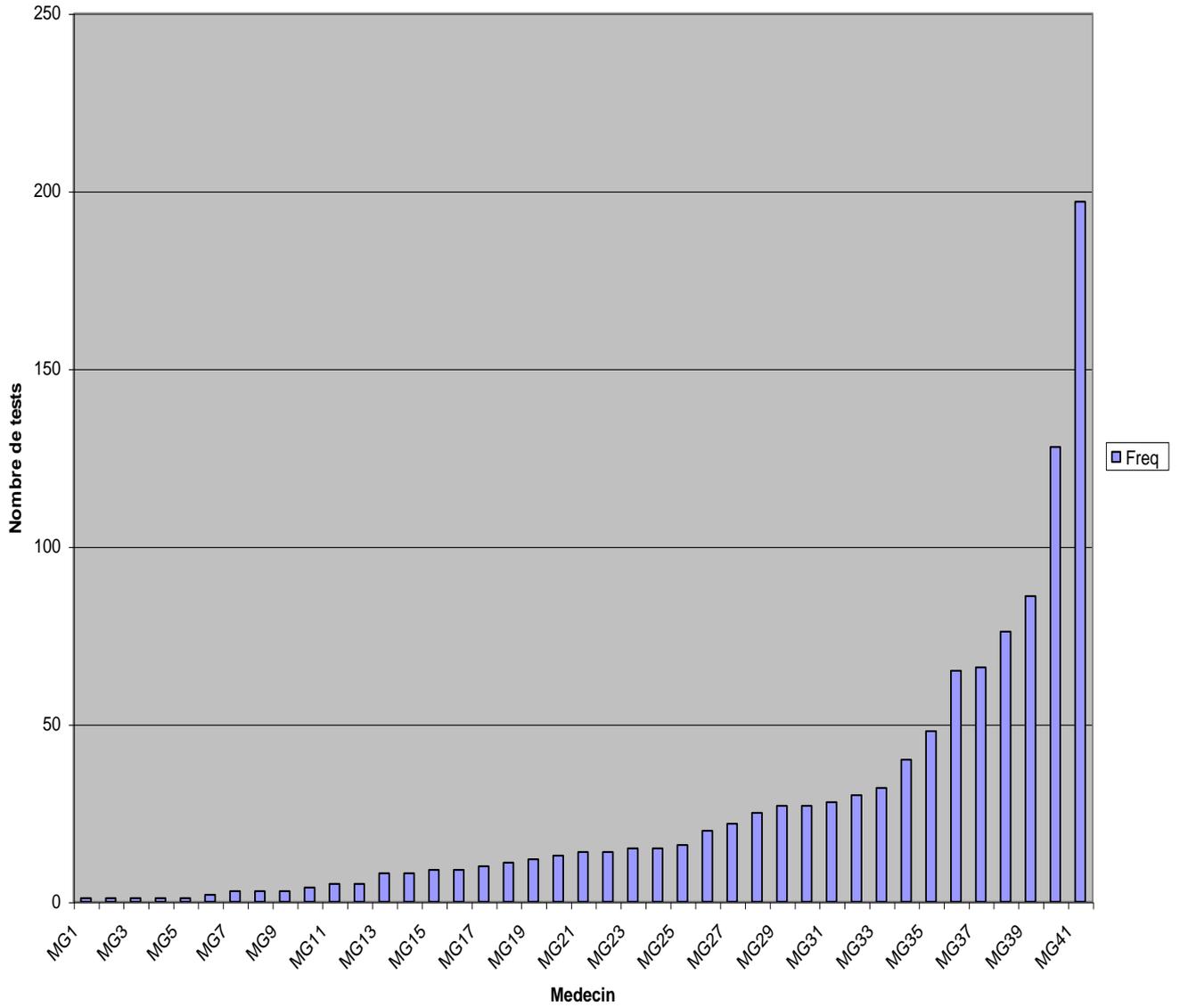
Annexe 3

Tests distribués par les 41 médecins du ROA au 21 mars 2007

MG 1	1
MG 2	1
MG 3	1
MG 4	1
MG 5	1
MG 6	2
MG 7	2
MG 8	3
MG 9	3
MG 10	4
MG 11	5
MG 12	5
MG 13	8
MG 14	8
MG 15	9
MG 16	9
MG 17	10
MG 18	11
MG 19	12
MG 20	13
MG 21	14

MG 22	14
MG 23	15
MG 24	15
MG 25	16
MG 26	20
MG 27	22
MG 28	25
MG 29	27
MG 30	27
MG 31	28
MG 32	30
MG 33	32
MG 34	40
MG 35	48
MG 36	65
MG 37	66
MG 38	76
MG 39	86
MG 40	128
MG 41	197

Tests Hemocult effectués mars 2007



Annexe 4

Hemobstacle : Topic list Version finale

Je propose de débiter chaque chapitre par une question générale et de décliner ensuite « les sous questions » si elles n'ont pas été évoquées spontanément

Intégrez vous la prévention et le dépistage dans votre pratique quotidienne ?:

- la prévention fait-elle partie de votre pratique :
Faites vous des frottis ?
Incitez-vous les patientes à faire des mammographies ?
Posez-vous des questions sur les ATCD familiaux des patients ?
Tour de table
- pourquoi avez-vous choisi de participer à cette campagne de dépistage ?
Tour de table
- La prévention est elle du ressort du MG, ou d'un organisme dédié ?
- Le MG n'a-t-il qu'une culture de soin curatif ?
- Pensez-vous que votre rôle est essentiel dans une campagne de dépistage organisé du cancer colo rectal ?

Que savez vous du test hemocult ?:

- savez-vous ce que l'hémocult apporte au dépistage du cancer du colon ?
- est-ce que vous croyez à ce test ?
- prescrivez-vous d'autres tests (au labo) ?
- est-ce plus facile de proposer un test en laboratoire ?
- dans ce dernier cas, les informations sont elles aussi complètes ?
- Connaissez-vous toute la théorie sur le test hemocult ?
Par exemple :
La population cible (âge – critères d'inclusion –d'exclusion)
Faut-il un régime alimentaire ?
Je préfère prescrire directement la coloscopie.

Que pensez vous de l'apport de ROA pour la réalisation des tests ? :

- avez-vous des patients qui ont fait des hemocults ? Combien ?
- les kits du réseau vous semblent-ils adaptés ?
- est ce que les fiches sont adaptées ?
- le réapprovisionnement est-il un obstacle ?
- le fait de faire partie d'un réseau vous incite plus à en proposer?
- le fait de ne pas avoir de récapitulatifs des tests distribués vous pose-t-il un problème ?

Comment présentez vous le test au patient ? :

- avez-vous évoqué la coloscopie au moment où vous avez proposé le test ?
- si oui, est-ce un obstacle au dépistage ?
- si le résultat était positif comment l'avez vous annoncé au patient ?
- ont-ils accepté facilement de faire une coloscopie ?
- en pratique, que dites-vous aux patients, quels sont les mots que vous utilisez ?

Qu'avez-vous acquis comme expérience du test hemocult ?:

- est-ce que le fait d'avoir des résultats d'hemocults positifs vous a facilité la démarche pour proposer les suivants ?
- savez-vous si des patients qui ont accepté théoriquement le dépistage ne l'ont pas réalisé ? Pourquoi ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par les patients ?:

- Les patients vous ont-ils rapporté des difficultés à la réalisation du test ?
- si le patient refuse une première fois, le notez vous dans le dossier ?
- les modalités techniques du recueil sont-elles trop compliquées ?
- Les patients ont-ils des difficultés pour manipuler la matière fécale ?

Quelle est votre opinion sur la campagne de dépistage hemocult ?:

Les freins :

- quelles difficultés avez-vous identifiées pour proposer le dépistage ?
 - À suggérer si pas de réponse :
 - Manque de temps
 - Je n'y pense pas
 - Je ne sais pas comment l'aborder
 - Manque d'information collective donc manque d'intérêt du patient
 - Mauvaise compréhension du patient
 - Sur la méthode et la technique
 - Sur l'intérêt d'un dépistage
 - Peur du médecin d'avoir à annoncer un résultat positif
- le temps passé dans la consultation est il un obstacle pour proposer un hemocult ?

Les solutions, les moteurs :

- qu'avez-vous identifié pour vous aider à surmonter ces difficultés?
 - Campagnes d'information dans les médias
 - Affiches dans le cabinet
 - Incitation financière
- avez-vous dans la salle d'attente une affiche ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter au débat précédent ?

Annexe 5

Questionnaire médecins généralistes

Sexe : Masculin
 Féminin

Age :

Année d'installation : ou années de pratique :

Exercice : Cabinet individuel
 Cabinet de groupe

Nombres d'actes par jour (en moyenne) :

Depuis quand êtes vous amené à proposer le test hemocult II ?

Nombre de test hemocult II remis aux patients jusqu'à ce jour ?

Annexe 6 : Présentation

HEMOBSTACLE :
étude sur les freins au dépistage du
cancer colorectal

POURQUOI ?

- Difficulté à intégrer la prescription du test hemocult II à la pratique de médecine générale
- Mais difficulté variable selon les prescripteurs avec mise en évidence de freins et d'obstacles

- chacun pourrait améliorer le taux de prescription L'évocation des freins rencontrés par du test et donc le nombre de patients dépistés .
- D'où l'intérêt de confronter les pratiques de médecins amenés à proposer le test (quelque soit leur taux de prescription)

METHODOLOGIE (1)

- Réalisation de focus group comportant chacun x personnes.
- Les médecins réunis en focus group évoqueront les freins rencontrés au dépistage du cancer qu'ils ont pu rencontrer
- Chaque focus group sera réalisé de façon à comporter des médecins fort et faible prescripteurs.

METHODOLOGIE (2)

- Chaque groupe comprendra , en plus des participants , un modérateur qui « mènera » le débat et un observateur qui prendra note du comportement non verbal de chacun et de la dynamique de groupe.
- Les séances de chacun des focus group seront enregistrées et les données retranscrites.

AU FINAL

- Hemobstacle permet d'approfondir les obstacles au dépistage du cancer colorectal par le test hemocult II
- Partage des freins mais aussi des motivations de chacun

⇒ amélioration du rendement du dépistage et augmentation du nombre de patients dépistés

Annexe 7

Catégories de codage pour la recherche hémobstacle

A. Dépistage et prévention :

1. En général :

- a) le médecin : représentations et investissement du médecin sur le dépistage en général
Place du MG dans le dépistage
Freins en général à la prévention
- b) le patient : freins en général à la prévention
- c) la population

2. Organisation du dépistage du cancer du côlon :

- a) nationale : difficultés ou freins, comment les contourner
- b) organisation personnelle : difficultés ou freins, comment les contourner
- c) difficultés liées aux patients

B. organisation autour du réseau :

- éléments positifs
- obstacles identifiés
- comment les contourner

Je propose :

- 1) représentations et investissement du médecin sur le dépistage en général
- 2) Place du MG dans le dépistage
- 3) Freins venant du MG au dépistage (tous confondus)
- 4) freins venant du patient au dépistage en général
- 5) différences entre dépistage individuel et dépistage en population
- 6) difficultés à l'organisation du dépistage du cancer du côlon sur un plan national
- 7) comment contourner les difficultés repérées sur le plan général
- 8) freins au dépistage du cancer du côlon sur le plan de l'organisation personnelle
- 9) comment contourner les obstacles au niveau de l'organisation personnelle
- 10) difficultés au dépistage du cancer du côlon provenant des patients
- 11) éléments positifs au dépistage apportés par le réseau
- 12) obstacles identifiés au niveau du réseau
- 13) comment contourner les obstacles du réseau
- 14) éléments positifs au dépistage vu par le patient
- 15) perception du dépistage du CCR
- 16) éléments positifs dans l'organisation du dépistage individuel ou national
- 17) obstacles, au sens large, à l'organisation du dépistage
- 18) stratégies dans la consultation
- 19) non codifiable
- 20) prise en charge du résultat de l'Hemocult
- 21) le patient face au résultat de l'Hemocult, vu par le médecin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bouvier AM. Cancer colon-rectum. In : *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*. INSERM-INVS : 53-9.
2. Remontet L, Esteve J, Bouvier AM et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003; 51(1 Pt 1):3-30.
3. Chedru MF, Dumont C, Bloch J et al. Dépister le cancer colo-rectal : une démarche organisée. *La revue du praticien* 2004 ; 54(2) :121-2.
4. Dancourt V, Faivre J. Epidémiologie et dépistage des cancers colo-rectaux. In : *Cancers colo-rectaux : mieux les dépister, mieux les traiter*. *La revue du praticien* 2004 ; 54(2) : 135-42.
5. Faivre J. *Epidémiologie et prévention du cancer colorectal*. Paris. Springer digest 2001. 110 p. ISBN 2-287-59727-1.
6. Bouvier AM, Manfredi S, Lejeune C. L'histoire naturelle du cancer colorectal revisitée. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26(Sup 5) : B56-61.
7. Bretagne JF, Manfredi S, Heresbach D. Dépistage de masse du cancer colorectal: présent et avenir. *Press Med* 2007 ; 36(7-8):1054-63.
8. ANAES. Conférence de consensus. Prévention, dépistage et prise charge des cancers du côlon. *Gastroenterol Clin Biol* 1998 ; 22(2) : 205-218.
9. Lelong B, Moutardier V, Delperro JR. Prise en charge des tumeurs primitives colo-rectales. In : *Cancers colo-rectaux : mieux les dépister, mieux les traiter*. *La revue du praticien* 2004 ; 54(2) : 155-66.

10. Grosclaude P, Hédelin G, Macé-Lesech J et al. Survie des patients cancéreux en France et en Europe : résultats de l'étude EUROCORE pour la période 1990-1994. In : Surveillance des cancers. *BEH* 2003 ; 41-42 : 202-4.
11. Guimbaud R. Prise en charge des cancers colo-rectaux métastatiques. In : Cancers colo-rectaux : mieux les dépister, mieux les traiter. *La revue du praticien* 2004 ; 54(2) : 167-76.
12. Inger DB. Colorectal cancer screening. *Prim Care* 1999; 26(1):179-87.
13. Noiry JP et al. Cancer colorectal: de bonnes raisons pour mettre en œuvre les dépistages. *La revue prescrire* 2008 ; 18(187) : 609-23.
14. McLoughlin RM, O'Morain CA. Colorectal cancer screening. *World J Gastroenterol* 2006; 12(42): 6747-50.
15. Mandel JS. Which colorectal cancer screening test is best ? *JNCI* 2007; 99(19): 1424-5.
16. Mitry E. Dépistage du cancer colorectal. De nouvelles techniques en cours d'évaluation. *La revue du praticien médecine générale* 2006 ; 20(746/747) : 1150-2.
17. Dorval E. Tests fécaux de dépistage du cancer colorectal en dehors de l'Hemoccult II[®] et des tests moléculaires. In : *Le dépistage du cancer colorectal : état des lieux et perspectives*. Paris, Berlin. Springer 2006. 129 p. ISBN 2-287-32802-5.
18. Faivre J, Dancourt V. Le dépistage du cancer colorectal : certitudes et questions. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26(Sup 5) :B86-93.
19. Bretagne JF, Faivre J. La Société Nationale Française de Gastro-Entérologie recommande la mise en place d'un dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal en France. *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24(5) : 492-3.

20. Mitry E, Bouvier AM, Faivre J, Rougier P. Cancer colique : comment organiser le dépistage de masse ? *La revue du praticien médecine générale* 2002 ; 16(562) :164-7.
21. Jouve JL, Remontet L, Dancourt V et al. Estimation of screening test (Hemoccult®) sensitivity in colorectal cancer mass screening. *Br J Cancer* 2001; 84(11): 1477-81.
22. Launoy G, Smith TC, Duffy SW et al. Colorectal cancer mass-screening: estimation of fecal occult blood test sensitivity, taking account cancer mean sojourn time. *Int J Cancer* 1997; 73(2): 220-4.
23. Lepage C, Faivre J. Mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal en France. In : *Le dépistage du cancer colorectal : état des lieux et perspectives*. Paris, Berlin. Springer 2006. 129 p. ISBN 2-287-32802-5.
24. Mandel JS, Church TR, Bond JH et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000; 343(22):1603-7.
25. Mandel JS, Bond JH, Church TR et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med* 1993; 328(19):1365-71.
26. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH et al. Randomised control trial of fecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348(9040): 1472-7.
27. Keweter J, Bjork S, Haglind E et al. Screening and rescreening for colorectal cancer. A controlled trial of fecal occult blood testing in 27700 subjects. *Cancer* 1988; 62(3): 645-51.
28. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50(1): 29-32.

29. 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(7):1674-80.
30. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91(5):434-7.
31. Towler B, Irwig L, Glasziou P et al. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ* 1998; 317(7158): 559-65.
32. Mitry E. Rationnel du dépistage. In : *Le dépistage du cancer colorectal : état des lieux et perspectives*. Paris, Berlin. Springer 2006. 129 p. ISBN 2-287-32802-5.
33. Lejeune C, Arveux P, Dancourt V. Cost-effectiveness analysis of fecal occult blood screening for colorectal cancer. *Int J Technol Assess Health Care* 2004; 20(4):434-9.
34. Dépistage du cancer colorectal. Cahier des charges. Disponible sur <http://www.snfge.asso.fr/>.
35. Diaz Tasende J, Marin Gabriel JC. Colorectal cancer screening with fecal occult blood testing. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100(6): 315-9.
36. Souques M, Zummer K. Le test Hemoccult II[®]: résultats de 16 ans de pratique dans le Service de Prévention et Dépistage des Tumeurs de la Ville de Paris. *Press Med* 2000 ; 29(18) : 983-6.
37. Kitzinger J. Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311(7000):299-302.
38. Van Royen P, Peremans L. University of Antwerp, Department of General Practice. Focus group discussions: a closer look at the method.

39. Vermeire E, Van Royen P, Griffiths F et al. The critical appraisal of focus group research articles. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 104-8.
40. Bataillon R, Samzun L, Levasseur G. Comment améliorer la prévention en médecine générale ? *La revue du praticien médecine générale* 2006 ; 20(750/751) : 1313-6.
41. El Sawy AA. Le vécu du dépistage par le médecin généraliste. *Bull Cancer* 1996; 83(9) : 761-3.
42. Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. *Bull Cancer* 2004 ; 91(10) : 785-91.
43. Durand G, Arveux P, Milan C et al. Vécu d'une campagne de dépistage de masse des cancers colorectaux par les médecins généralistes. *Cah Socio Démo Med* 1992 ; 32(2-3) :191-205.
44. 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(11) : 992-7.
45. Berchi C, Dupuis JM, Launoy G. The reasons of general practitioners for promoting colorectal cancer mass screening in France. *Eur J Health Econ* 2006; 7(2):91-8.
46. Sharma VK, Vasudeva R, Howden CW. Colorectal cancer screening and surveillance practices by primary care physicians: results of a national survey. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(6):1551-6.
47. Schroy PC 3rd, Geller AC, Crosier Wood M et al. Utilization of colorectal cancer screening tests: a 1997 survey of Massachusetts internists. *Prev Med* 2001; 33(5):381-91.
48. Garcia-Giannoli H, Sasco AJ. Cancer prevention by general practitioners in the Rhône area: a declarative survey. *Bull Cancer* 1996; 83(10):853-63.

49. Klabunde CN, Frame PS, Meadow A et al. A national survey of primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations and practices. *Prev Med* 2003; 36(3):352-62.
50. Tazi MA, Faivre J, Dassinville F et al. Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer in a well defined French population: results of five screening rounds from 1988 to 1996. *J Med Screen* 1997; 4(3):147-51.
51. Faivre J, Tazi MA. Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des tumeurs colorectales. *Gastroenterol Clin Biol* 1995 ; 19(4): 361-3.
52. Faivre J, Arveux P, Milan C. Participation in mass screening for colorectal cancer: results of screening and rescreening from the Burgundy study. *Eur J Cancer Prev* 1991; 1(1):49-55.
53. Faivre J, Arveux P, Durand G et al. L'expérience de dépistage de masse du cancer colorectal en Bourgogne. *Cancer Commun* 1990 ; 4(11) : 393-8.
54. Launoy G, Herbert C, Vallée JP et al. Le dépistage de masse du cancer colorectal en France. Expérience auprès de 165 000 personnes dans le Calvados. *Gastroenterol Clin Biol* 1996 ; 20(3) : 228-36.
55. Cole SR, Young GP, Byrne D et al. Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care practitioner. *J Med Screen* 2002; 9(4):147-52.
56. Arveux P, Durand G, Milan C et al. Views of a general population on mass screening for colorectal cancer: the Burgundy Study. *Prev Med* 1992; 21(5):574-81.
57. Klabunde C, Vernon S, Nadel M et al. Barriers to Colorectal Cancer Screening: a comparison from primary care physicians and average-risk adults. *Med care* 2005; 43(9): 939-44.

58. 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(3):229-32.
59. Tazi MA, Faivre J, Lejeune C et al. Performances du test Hemocult ® dans le dépistage des cancers et des adénomes colorectaux. Résultats de cinq campagnes de dépistage en Saône-et-Loire. *Gastroenterol Clin Biol* 1999 ; 23(5) : 575-80.
60. Launoy G, Herbert C, Gignoux M. Screening for colorectal cancer: the role of the general practitioner. *Am J Public Health* 1994; 84(10):1693-4.
61. Goel V, Gray R, Chart P et al. Perspectives on colorectal cancer screening: a focus group study. *Health Expect* 2004; 7(1):51-60.
62. Guerra CE, Schwartz JS, Armstrong K et al. Barriers of and facilitators to physician recommendation of colorectal cancer screening. *J Gen Intern Med* 2007; 22(12):1681-8.
63. Wender RC. Cancer screening and prevention in primary care. Obstacles for physicians. *Cancer* 1993; 72(3 Suppl):1093-9.
64. Gallois P, Lamour J, Mura P. Cancer colorectal : pourquoi impliquer les généralistes dans le dépistage ? *La revue Prescrire* 2002 ; 22(231) :631-2.
65. Bataillon R, Hascoet JY, Leneel H et al. Vers une consultation médicale de prévention. *Santé Publique* 2006 ; 18(1) :5-6.
66. Launoy G. Cancer colo-rectal. Le dépistage organisé en quête d'efficacité. *Le Concours Médical* 2005 ; 127(36) :2018-20.
67. EsPeR. Présentation du projet. Site Web du laboratoire de Santé Publique et d'information médicale (SPIM). Disponible sur <<http://www.spim.jussieu.fr>>.

68. Launoy GD, Bertrand HJ, Berchi C et al. Evaluation of an immunochemical fecal occult blood test with automated reading in screening for colorectal cancer in a general average-risk population. *Int J Cancer* 2005; 115(3):493-6.
69. Launoy G, Berchi C. Apports des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal. *Bull Cancer* 2005 ; 92(10) :885-90.
70. Guittet L, Bouvier V, Mariotte N et al. Comparison of a guaiac-based and an immunochemical fecal occult blood test in screening for colorectal cancer in a general average-risk population. *Gut* 2007; 56(2):210-4.

ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CCR : Cancer colorectal

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DMO : Dépistage de masse organisé

HAS : Haute Autorité de Santé

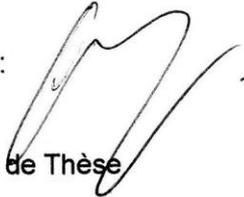
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROA : Réseau oncologie d'Argenteuil

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

PERMIS D'IMPRIMER

VU :



Le Président de Thèse
Université Denis Diderot – Paris 7
**Professeur Jean-François
BERGMANN**

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot – Paris 7
Professeur Benoît SCHLEMMER

Date

6/12/2010



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot – Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER