

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**DUMONTIER Charlotte Nicole Jeannette
Née le 07/09/1986 à Courbevoie**

Présentée et soutenue publiquement le : 6 octobre 2015

**OBSTACLES ET MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES POUR
EUX MEME. LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : UNE ETUDE
QUALITATIVE**

Président de thèse : **Professeur** COFFIN Benoit

Directeur de thèse : AUBIN-AUGER Isabelle

DES de médecine générale

Merci au Pr Coffin pour avoir accepté de présider le jury de cette thèse, vous avez ainsi pu observer mes débuts en tant qu'externe et la toute fin de mon cursus.

Merci à tous les membres du jury pour avoir consacré du temps à l'étude de notre travail.

Un grand merci à Mme Aubin Auger pour sa direction claire et précise, ses conseils et sa relecture avisés tout au long de ce travail.

Une pensée pour l'équipe de médecine interne de Louis Mourier, l'équipe des urgences de Pontoise, l'équipe de l'établissement public de santé Ville Evrard, et les docteurs Ammoun, Christidis, Goldstein, Hugueny. Lalande, Lepoutre, Robineaux, Thiebault, Thiollier, Tyrode et Watelet, Vous avez été d'excellents maîtres de stage, grâce à vous j'aime mon métier et j'ai appris dans une ambiance sereine. Vous avez tous aidé à la réalisation de ce travail grâce à vos remarques constructives tout au long des stages.

A Michel, qui m'a épousée après dix années d'études éprouvantes passées à mes côtés. Tu as toujours été là, soutien moral et matériel indéfectible. Nous sommes à l'aube du reste de notre vie qui sera j'en suis sûre heureuse et sereine.

A Elisabeth ma fille chérie qui m'apporte la joie et le rire au quotidien.

A Augustin mon fils chéri qui aura vécu dans mon ventre la rédaction de ce travail.

A Jean-Louis pour la mise en page, Emerick pour ses compétences en Anglais, Mme Lecoy pour son professionnalisme et son aide dans les méandres administratifs et Patrice pour l'impression ; je n'y serai pas arrivée sans vous.

A Pépé et Mamie qui m'ont donné l'envie d'être médecin et qui ont relu mon travail, Maman et Papa qui m'ont toujours encouragée, et à mes sœurs, frères, oncles tantes cousins et cousines qui ont cru en moi et ont toujours été là.

A Charlotte amie de toujours et co-externe qui a vécu les mêmes épreuves; ces années passées ensemble nous lient à jamais.

ABREVIATIONS

CCR : cancer colorectal

CNOM : commission nationale de l'ordre des médecins

drees : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

HNPCC : cancer colorectal héréditaire sans polypose

IdF : Ile de France

INPES : institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MG : médecin généraliste

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION-----	19
1) Le cancer colorectal [1] [2] [13] [14] [15]-----	19
2) Le test Hemocult® [1] [3] [13] [15]-----	20
3) La remise du test [5] [13]-----	21
4) Le paradoxe-----	22
a) Les freins identifiés par les patients [6] [7]-----	22
b) Les freins évoqués par les médecins [8] [6]-----	22
c) Conséquences [5]-----	23
5) La santé des médecins généralistes-----	23
a) La santé du médecin généraliste français [9] [10]-----	23
b) Le médecin malade [11]-----	24
c) Médecins généralistes et dépistages [9] [10]-----	25
PROBLEMATIQUE-----	26
METHODE-----	27
1) Choix de la méthode-----	27
2) Recueil des données-----	27
3) Analyse des données-----	28
4) Recherche bibliographique-----	28
RESULTATS-----	30
1) Echantillon-----	30
2) Entretiens-----	31
3) Analyse-----	32
I) La santé du médecin généraliste-----	32
1) Les médecins généralistes interviewés s'estimaient en bonne santé-----	32
2) Le médecin généraliste face à sa propre maladie : des angoisses multiples-----	32

a) L'impact professionnel : première crainte des médecins généralistes -----	33
b) L'impact personnel, des réactions très variées : angoisse, indifférence, refus, problème d'image.-----	33
• Angoisse	33
• Indifférence	34
• Refus	34
• Montrer aux autres leur maladie : un signe de faiblesse pour les médecins généralistes	35
3) Le médecin généraliste et la mort : une notion face à laquelle il était beaucoup plus serein -----	35
4) Les médecins généralistes interrogés avaient beaucoup de mal à parler d'eux même	35
II) La prise en charge médicale du médecin généraliste-----	36
1) Premier constat : les médecins généralistes ne se soignaient pas ou peu et négligeaient leurs symptômes -----	36
a) Les médecins généralistes étaient conscients de leur mauvaise prise en charge ----	36
b) Ils évoquaient un manque de temps du à leur profession-----	37
c) Certains expliquaient qu'ils refusaient de savoir -----	37
d) Les médecins généralistes réalisaient parfois des examens complémentaires non nécessaires -----	37
e) Les médecins généralistes reconnaissaient que cette mauvaise prise en charge était un problème -----	38
2) Quel médecin traitant pour quel médecin généraliste ? -----	38
a) Lui-même pour plusieurs raisons -----	38
• Ils disaient ne pas avoir le temps d'aller voir quelqu'un d'autre	38

• Ils expliquaient en savoir assez et donc pouvoir se soigner eux même	38
• Mais ils exprimaient quand même des doutes :	39
b) Avoir un autre médecin traitant qu'eux même posait un certain nombre de problèmes -----	39
• Toujours un problème de temps :	39
• Un problème de confiance	40
• Des difficultés relationnelles	40
c) Deux des médecins avaient choisi leur épouse comme médecin traitant-----	40
d) Seuls deux médecins déclaraient avoir choisi un médecin traitant-----	41
e) Les autres médecins avaient déjà réfléchi à qui ils iraient voir mais ils n'avaient pas pris rendez-vous pour autant -----	41
3) S'il fallait consulter un confrère d'une autre spécialité les mêmes problèmes étaient évoqués -----	41
a) Un problème de confiance -----	42
b) Un souci d'anonymat -----	42
c) Une exception : le gynécologue pour les femmes médecins -----	42
III) Connaissances du médecin généraliste sur les dépistages des cancers, en particulier sur le cancer du côlon. -----	43
1) Les dépistages de masse : un sujet complexe pour les médecins généralistes.-----	43
a) Un problème général : avantage individuel versus avantage collectif -----	43
b) Un dépistage organisé non consensuel : celui du cancer du sein -----	43
c) Un dépistage quasiment disparu de leur pratique : celui du cancer de la prostate --	44
d) Un dépistage ne soulevant pas d'objection : celui du cancer du col de l'utérus ----	44

2) Le dépistage du cancer colorectal et l’Hemoccult®	44
a) Le cancer du côlon, une pathologie connue des médecins généralistes	44
b) Le dépistage du cancer du côlon : un sujet qui faisait débat chez les médecins généralistes	45
• Connaissances théoriques sur l’Hemoccult®	45
• Pourquoi la majorité des médecins généralistes préféraient la coloscopie	46
c) Concernant l’Hemoccult® : des avis partagés	47
• La plupart des médecins généralistes interrogés y étaient favorables	47
• Un médecin était totalement contre :	48
• Parmi les médecins favorables à ce dépistage, beaucoup exprimaient quand même des doutes	48
d) L’influence de la campagne médiatique était variable pour les médecins interrogés	49
• Une influence positive	49
• Un échec	49
IV) L’Hemoccult® du patient	50
1) Les médecins généralistes reconnaissaient une passivité dans la distribution de l’Hemoccult®	50
a) Ils n’en parlaient pas spontanément	50
b) Ils attendaient que le patient se présente avec l’invitation	50
c) Si le patient en parlait la plupart des médecins incitait à le faire	50
2) Les médecins généralistes identifiaient plusieurs facteurs et difficultés influençant la réalisation de l’Hemoccult® du patient	51

a) Une routine de dépistage -----	51
b) Le niveau de vie et d'accès aux soins : une influence majeure -----	51
c) Deux populations de patients difficiles à convaincre : ceux qui voulaient une coloscopie et ceux qui ne voulaient rien faire -----	52
• Ceux qui voulaient une coloscopie	52
• Ceux qui ne voulaient rien faire	52
3) La délivrance du test en pratique : chacun avait une manière différente de faire -----	53
a) Peu de médecins avaient été formés -----	53
b) Les arguments qu'ils utilisaient pour convaincre les patients -----	53
• Un test simple	53
• Le principe de prévention	53
• Aucun argument	53
c) Les suites en cas de test positif : pas toujours expliquées -----	54
d) Deux attitudes de délivrance opposées -----	54
• L'explication en détails du processus de réalisation de l'Hemoccult®	54
• La remise de l'enveloppe seulement	54
e) Un problème récurrent en consultation : le temps pris par la délivrance du test. ---	55
4) Sur le terrain, peu de médecins généralistes constataient avoir découvert des cancers après un Hemoccult® positif. -----	55
a) Peu de résultats positifs -----	56
b) Hemoccult® positifs, mais pas de découverte de cancer -----	56
c) Quelques patients pris en charge à temps -----	56

V) L’Hemocult® du médecin généraliste -----	57
1) Les dépistages du médecin généraliste-----	57
a) Beaucoup de difficultés à en parler -----	57
b) Les médecins généralistes interviewés ne participaient pas ou peu aux dépistages en général.-----	57
c) Le dépistage du cancer du côlon du médecin généraliste-----	58
• La coloscopie venait en premier	58
• Un médecin évoquait la coloscopie virtuelle	58
• Aucun des médecins interviewés n’avait fait de dépistage même autrement que par Hemocult®	58
2) Attitudes des médecins généralistes lors de la réception de l’invitation à l’Hemocult® -----	59
a) Certains l’avaient jetée ou perdue-----	59
b) D’autres la gardaient sans l’utiliser-----	59
c) Un médecin n’a pas compris que l’invitation s’adressait à lui-----	59
d) Ils culpabilisaient de ne pas faire le test-----	60
3) Les raisons qu’ils évoquaient pour ne pas avoir fait l’Hemocult®-----	60
a) Comme précédemment, ils parlaient d’un manque de confiance-----	60
b) Un manque d’intérêt -----	60
c) Un manque de motivation -----	60
d) Un manque de temps et d’organisation -----	61
e) D’autres priorités -----	61
f) Un oubli de leur part -----	61

g) De la négligence -----	62
h) Un test peu pratique-----	62
i) Un dégoût de la manipulation des selles-----	62
j) Ils ne se sentaient pas concernés par le risque de cancer-----	62
• Du fait de l'absence d'antécédent familial	62
• Du fait d'un mode de vie sain	63
k) Impossibilité d'imaginer un résultat positif -----	63
l) Peur d'inquiéter inutilement les proches -----	64
m) Des raisons non verbalisables -----	64
4) Une opposition entre leur attitude personnelle et leurs propos -----	65
VI) Influence des médecins généralistes sur leurs patients -----	65
1) Une relation de confiance indispensable pour les médecins -----	65
2) Influence, en général, du comportement personnel du médecin sur ses patients : des avis très partagés -----	65
a) Ceux qui pensaient être un modèle -----	66
b) Ceux qui pensaient que leur comportement n'avait pas d'importance -----	66
c) Ceux qui ne savaient pas s'ils avaient une influence-----	66
d) Ceux qui pensaient que parler de leur propre comportement n'était pas quelque chose à faire -----	66
3) Influence du comportement du médecin généraliste dans des domaines particuliers : notamment l'Hemocult® -----	67
a) Le médecin fumeur-----	67
• Tous étaient persuadés qu'il n'avait aucune crédibilité	67

• De même, un médecin non-fumeur n'était pas crédible	67
• Un médecin fumeur sevré : le mieux placé	67
b) Le médecin obèse -----	68
c) Le médecin qui ne fait pas l'Hemocult® -----	68
• Aucune influence sur le patient	68
• Certains invoquaient leur vie privée	68
• Une question qui en provoque d'autres	69
VII) Le point de vue des médecins généralistes ayant fait l'Hemocult® -----	69
1) Ce qu'ils pensaient du test Hemocult® -----	69
a) Les points forts de l'Hemocult® -----	69
• Un dépistage organisé	69
• L'Hemocult® a permis de soigner à temps certains de leurs patients	70
b) Les points faibles de l'Hemocult® -----	70
• Une confiance relative	70
• Un recueil compliqué	70
• Un problème de temps et de priorité	71
2) Pourquoi avaient-ils fait l'Hemocult® -----	71
a) Ils faisaient malgré tout confiance à ce dépistage -----	71
b) Il était normal de faire eux même ce qu'ils demandaient à leurs patients -----	72
c) Un devoir de respecter les programmes nationaux -----	72
d) Une adhésion au processus de dépistage complet -----	72
e) Aucun n'a évoqué la peur de la maladie -----	73

f) Il y avait quand même eu un délai avant la réalisation de l’Hemoccult® -----	73
3) Ce qu’ils pensaient de leurs confrères ne faisant pas l’Hemoccult® -----	73
a) Ils ne les comprenaient pas-----	73
b) Ils avaient trop de doutes sur la fiabilité du dépistage -----	74
c) Ils se faisaient dépister individuellement par coloscopie -----	74
d) La santé de leurs patients prenait le pas sur la leur-----	75
4) Arguments qu’ils utiliseraient pour convaincre leurs confrères -----	75
a) Le médecin est un patient comme les autres -----	75
b) Il faudrait revoir les statistiques du test -----	75
c) Mettre l’accent sur le côté organisé de l’Hemoccult® -----	76
d) En pratique, des patients sauvés-----	76
5) Ils considéraient les tests immunologiques comme une avancée majeure -----	76
a) Une plus grande fiabilité -----	77
b) Un test beaucoup plus pratique-----	77
c) Ils espéraient que la participation allait augmenter-----	77
DISCUSSION-----	78
1) Apport de la thèse -----	78
2) Forces de la thèse -----	79
3) Faiblesses de la thèse-----	79
4) Points de discussion -----	80
a) L’arrivée du test immunologique [15] [16] [22]-----	80
b) Comparaisons entre les raisons des patients et des médecins pour ne pas faire l’Hemoccult® [6] [7]-----	81
c) Un problème : la prise en charge de la santé du médecin généraliste [11][20] -----	82

d) Influence de la non réalisation du test du médecin sur la réalisation du test du patient [17]-----	84
e) Pourquoi les médecins sont-ils passifs dans la distribution du test ? [20] -----	84
f) Apport des médecins ayant fait l’Hemocult® [19]-----	85
CONCLUSION -----	87
BIBLIOGRAPHIE -----	88
ANNEXES -----	93
1) Guide d’entretien -----	93
2) Guide d’entretien complémentaire -----	94
ABSTRACT-----	96

INTRODUCTION

1) Le cancer colorectal [1] [2] [13] [14] [15]

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent et la deuxième cause de mortalité par cancer en France (selon les données de l'Insee concernant les principales causes de décès en France métropolitaine en 2011).

Dans la population générale, le risque de développer un cancer colorectal avant 75 ans est de 3.5 %. [1] [2]

Entre 1980 et 2005, l'incidence a augmenté de 0,5% chez les hommes et de 0,3% chez les femmes. [13]

Le taux de survie de ce cancer dépend de plusieurs facteurs pronostiques : stade du cancer, atteinte ganglionnaire, présence de métastases, précocité du traitement, profondeur de l'envahissement pariétal et invasion de organes de voisinage.

Le cancer colorectal a un bon pronostic s'il est diagnostiqué à un stade précoce avec des taux de survie à 5 ans de :

- 94% s'il est diagnostiqué au stade I
- 80% au stade II
- 47% au stade III
- 5% au stade V

Or les symptômes de ce cancer ne se manifestent que tardivement dans le développement de la maladie. [14]

En tenant compte de ces données, des recommandations de dépistage ont été faites au niveau européen afin de diagnostiquer ce cancer à un stade précoce, en recherchant du sang occulte dans les selles. [15]

Deux types de tests existent : un test colorimétrique au gaïac et un test immunologique. Ce dernier, plus sensible, est celui recommandé par les autorités européennes.

En 2008, il a été mis en place en France un dépistage de masse organisé du cancer colorectal par le test au gaïac (commercialisé sous le nom : Hemocult®) après plusieurs années de dépistage dans des départements pilotes.

2) Le test Hemocult® [1] [3] [13] [15]

Ce test s'adresse aux personnes de 50 à 74 ans, hommes et femmes ayant un risque moyen de développer un cancer colorectal (CCR).

C'est-à-dire que sont exclues les personnes à risque plus élevé de CCR :

- ayant un antécédent familial ou personnel d'adénome ou de cancer colorectal
- ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.
- ayant une acromégalie.
- ayant un syndrome HNPCC, un syndrome de Lynch ou une polypose adénomateuse familiale.

Le but du test est de détecter la présence d'un saignement occulte dans les selles grâce à un test au gaïac qui met en évidence l'activité peroxydasique de l'hème de l'hémoglobine et de ses métabolites. S'il s'avère positif une coloscopie sera proposée au patient.

L'Hemocult® a une sensibilité de 50 % pour la détection des cancers et de 30% pour la détection des adénomes. Sa spécificité est de 98 % et sa valeur prédictive positive est de 40%.

Différentes études ont montré l'efficacité de ce dépistage diminuant la mortalité d'environ 14 à 33 % avec un bénéfice observé après 8 à 13 ans.

Cependant ces données ne sont valables que si la participation s'élève à au moins 50% de la population. [23] [13]

Une autre étude, en population générale, a montré une baisse de 16% de la mortalité par cancer colorectal après 11 ans de suivi, mais elle s'intégrait dans une organisation stricte du dépistage car elle n'a été réalisée qu'à partir des données des départements pilotes, avant la généralisation du test en France. [13]

Actuellement en France il existe une participation d'environ 30%, tandis que les recommandations européennes donnent une participation acceptable à 45% et souhaitable à 65%. [3] [1] [15]

Ce test a été remplacé dans le premier semestre 2015 par un test immunologique ayant une meilleure sensibilité. [22]

3) La remise du test [5] [13]

Le circuit de délivrance du test, est géré (invitation, résultats et formation des médecins) par une structure départementale qui envoie par la poste aux patients une invitation à se présenter chez leur médecin traitant pour retirer un kit de dépistage. Lors de la consultation, le médecin généraliste remet le kit et en explique l'utilisation, le but et les suites en fonction de sa positivité ou non. [13]

Si le patient ne réalise pas le test, il reçoit une relance au bout de trois mois, ensuite il est envoyé au bout de 6 mois au domicile du patient que si celui-ci le réclame.

Une étude sur le dépistage des cancers et médecins généralistes a montré que 72% des médecins sont convaincus de l'efficacité des dépistages, 66% d'entre eux considéraient qu'ils avaient un rôle indispensable dans le dépistage du CCR et 88% qu'il était de réalisation simple pour les patients. Paradoxalement la même étude montrait que c'est le dépistage dans lequel ils s'impliquaient le moins ; que les médecins généralistes étaient initiateurs de la discussion uniquement dans moins de la moitié des cas et qu'ils ne vérifiaient que dans 34% des cas s'il avait été fait. [5]

4) Le paradoxe

Des études ont cherché les causes de cette non réalisation du test. Des freins du côté des patients et du côté des médecins ont été identifiés.

a) Les freins identifiés par les patients [6] [7]

Dans plusieurs études, la première raison évoquée était un manque de temps, puis d'autres raisons étaient énumérées par la population cible du dépistage :

- le test n'est pas pratique
- le test est gênant et compliqué
- le patient ne se sent pas malade
- Il n'a pas de symptôme
- le test est générateur d'anxiété
- le patient est effrayé par le fait d'être le réalisateur du test, il a peur de mal faire.

D'autre part des facteurs favorisant la réalisation du dépistage ont été mis en évidence :

- le fait d'être une femme
ou d'habiter en milieu urbain
- l'âge chez les hommes (la participation augmente jusqu'à 65/69 ans pour diminuer ensuite). [6] [7]

b) Les freins évoqués par les médecins [8] [6]

Certains médecins n'étaient pas convaincus de l'efficacité du test.

Ils évoquaient aussi une peur des faux positifs et une difficulté à séparer arguments scientifiques et expérience professionnelle : un faux négatif étant par exemple une expérience difficile à oublier pour ensuite proposer le test à d'autres patients.

Enfin ils exprimaient des difficultés organisationnelles :

- problème de stockage de matériel.
- temps supplémentaire de consultation.
- manque de rémunération.
- charge administrative trop lourde.
- problème de communication avec les patients, notamment barrière de langue.

Les médecins généralistes se plaçant du côté des patients ont essayé d'identifier les raisons de la non-participation. un certain nombre de freins ont bien été identifiés en particulier l'absence de symptômes.

c) Conséquences [5]

Devant toutes ces réticences, bien que 83% des médecins étaient convaincus de l'importance du dépistage par Hemocult® seuls 30% le recommandaient sur une enquête réalisée en 2010.

5) La santé des médecins généralistes

En ce qui concerne leur propre santé, on pourrait penser que les médecins sont mieux placés que les autres pour se soigner. Notamment, ils connaissent les procédures des dépistages et devraient être enclins à y participer. Des instituts de recherche français se sont penchés sur la santé du médecin et certaines données interpellent.

a) La santé du médecin généraliste français [9] [10]

D'après une étude de la drees publiée en 2010 et rapportant des données de 2008, 79% des médecins généralistes français se déclaraient en bonne santé ou en très bonne santé tandis que un tiers déclarait avoir une maladie chronique. [9] [10]

Les troubles déclarés étaient par ordre d'importance :

- fatigue
- stress
- troubles du sommeil

Cette étude montrait aussi que la plupart des médecins se soignaient eux même.

Ils reconnaissaient un retard au diagnostic, une négligence de leurs symptômes et un manque d'objectivité.

Le manque de temps et la survie financière du cabinet étaient aussi évoqués pour expliquer ce manque ou ce retard de soins.

b) Le médecin malade [11]

La Commission Nationale de l'Ordre des Médecins (CNOM) de juin 2008 a étudié le rapport du médecin à sa propre maladie et il en ressortait qu'en cas de maladie, les médecins se déclaraient blessés, se sentaient moins crédibles ; que le médecin minimisait son ressenti et refusait la réalité des symptômes ; qu'il y avait une oscillation entre un état de négligence et un état de panique et qu'il existait une pudeur excessive vis-à-vis de la maladie.

Par ailleurs ce rapport soulevait aussi le problème de la survie financière du cabinet en cas d'arrêt de travail, l'absence de médecine préventive, les difficultés des confrères amenés à prendre en charge les médecins et le refus de leur part de participer aux dépistages. [11]

c) Médecins généralistes et dépistages [9] [10]

D'après le rapport de l'INPES publié en 2003, seuls 48% des médecins généralistes déclaraient avoir déjà fait un dépistage du VHC et 69% un dépistage du VIH. [9]

En ce qui concernait les dépistages du cancer du sein et de l'utérus, 80% des femmes médecin déclaraient y participer en 2010 selon le rapport de la drees. [10]

Pour ce qui est de l'Hemocult®, seuls 36% des médecins homme et 34% des médecins femme disaient le réaliser à cette même date. [10]

PROBLEMATIQUE

Le dépistage du CCR par test Hemocult®, remplacé très récemment par un test immunologique est un dépistage de masse bien organisé en France et qui semble simple.

En pratique, le faible taux de participation des patients tend à prouver le contraire.

C'est pourquoi de nombreuses études, la plupart qualitatives ont essayé de mettre en évidence des raisons à cela.

Cependant ces études sont centrées principalement sur le patient.

Le médecin généraliste est au cœur du système de santé français et pourtant sa propre santé, de son aveu même, n'est pas bien prise en charge.

Ils déclarent dans leur grande majorité être convaincus de l'efficacité de ce dépistage, pourtant ils ne le réalisent pas pour eux même.

Il n'existe pas actuellement d'études expliquant leurs raisons pour ne pas se faire dépister.

L'objectif de la présente étude est donc de rechercher les raisons invoquées par les médecins généralistes pour ne pas réaliser le dépistage du CCR pour eux même.

METHODE

1) Choix de la méthode

Pour répondre à la question principale, nous avons choisi la méthode qualitative car il existait peu de données sur ce sujet pour réaliser un questionnaire. Le caractère exploratoire de la méthode a laissé aux participants une grande liberté de parole et a donc permis d'obtenir une large diversité de réponses sans orienter le discours des médecins.

2) Recueil des données

Les médecins généralistes pouvant être inclus dans l'étude devaient avoir entre 50 et 74 ans (âges du dépistage organisé) et ne pas avoir fait l'Hemoccult® alors qu'ils répondaient aux critères du dépistage organisé. Nous avons recherché une diversité dans les personnes interrogées en nous entretenant avec des hommes et des femmes, en essayant d'obtenir un échantillonnage d'âge varié et en recherchant des enseignants de médecine générale et des non enseignants.

Le recrutement s'est effectué en deux temps ; d'abord par téléphone, il leur était demandé s'ils répondaient aux critères d'inclusion puis, dans l'affirmative, il leur était proposé un entretien individuel à leur cabinet.

Certains médecins ont été contactés grâce à la liste des maîtres de stage ambulatoire disponible sur le site du département de médecine générale d'Ile de France, d'autres au hasard en regardant les pages jaunes. Enfin il était demandé à chaque médecin acceptant l'entretien s'ils avaient des confrères pouvant être intéressés par l'étude ; en cas de réponse positive, le médecin interviewé nous communiquait les coordonnées de ceux-ci.

Des entretiens individuels ont été préférés aux entretiens collectifs, compte tenu du caractère personnel des questions, qui faisaient appel à des notions intimes telles que le rapport à la maladie, la manipulation des selles et l'interaction avec les patients. Il nous semblait que les médecins seraient plus libres de s'exprimer en face d'une seule personne que devant un groupe.

Tous les entretiens ont été réalisés par la même personne, entre les mois de juillet 2013 et mars 2014, à partir d'un guide semi directif établi avec l'aide de la directrice de thèse. Ils ont été enregistrés en totalité sur un dictaphone et retranscrits au mot près par l'investigateur.

A la fin du travail, nous avons souhaité le compléter en interrogeant quelques médecins ayant fait le dépistage pour comparer les points de vue. Nous avons donc interrogé des médecins généralistes ayant entre 50 et 74 ans ayant participé au dépistage organisé.

3) Analyse des données

Après leur retranscription, les entretiens ont été codés par triangulation, c'est-à-dire que la directrice de thèse et moi-même avons codé les entretiens séparément puis mis en commun notre travail afin de l'affiner. De cette manière les résultats obtenus ont été plus objectifs. L'analyse a été réalisée manuellement. Il s'agissait d'une analyse réalisée par un codage ouvert selon les principes de la grounded theory. Puis les codes ouverts ont été regroupés par thèmes afin de donner du sens aux données recueillies.

4) Recherche bibliographique

Nous avons effectué une recherche bibliographique à partir de mots clefs tels que : Hemocult®, dépistage organisé du cancer colorectal, santé des médecins, réticences aux dépistages en nous aidant des bases de données Pubmed, Cismef ; de la lecture de différentes revues françaises et internationales telles que la revue Prescrire, la Revue du Praticien Médecine Générale, Family practice et de la consultation des sites nationaux et internationaux comme ceux de la Haute Autorité de Santé, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, de l'Institut de Veille Sanitaire et de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Les recherches ont porté principalement sur des articles français et européens car les techniques de dépistage du cancer du côlon dans ces pays sont comparables aux techniques françaises.

Par ailleurs nous avons sélectionné les articles les plus récents en nous limitant à ceux datant de moins de 10 ans ; la généralisation du dépistage de masse ne datant que de 2008, nous évitons ainsi les données provenant des phases d'expérimentation.

RESULTATS

1) Echantillon

60 médecins généralistes ont été appelés, 10 ont accepté l'entretien et ont été interrogés. 2 ont refusé l'entretien, 23 n'ont jamais répondu aux messages laissés (au moins deux relances pour chacun), 12 ont déclaré avoir fait une coloscopie pour symptômes ou antécédents familiaux, 13 ont déclaré avoir déjà fait l'Hemoccult® et ne rentraient donc pas dans les critères d'inclusion.

Sur les 10 médecins interrogés, il y avait 7 hommes et 3 femmes.

La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 60 ans (le plus âgé ayant 66 ans et le plus jeune 55 ans).

Ils exerçaient tous en milieu urbain, 5 étaient seuls dans leur cabinet, 5 exerçaient en groupe, 5 étaient maîtres de stage, 4 étaient enseignants en faculté et 2 faisaient partie d'un réseau de professionnels de santé : l'un concernant le diabète et l'autre concernant les pathologies infectieuses mais aucun n'appartenait à un réseau de cancérologie.

Ils recevaient en moyenne 4764 patients par an, avec un minimum de 2500 patients et un maximum de 7400 patients.

Lorsqu'on leur demandait quel était le taux de participation de leurs patients à l'Hemoccult®, 5 ont répondu qu'ils n'en avaient aucune idée, 1 qu'il était de 80%, 1 de 30 à 35%, 1 de 25% et 1 qu'il était quasi nul.

	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre d'acte par an	taux participation dépistage	Maitre de Stage	Enseignant	Membre d'un réseau
1	H	61	URBAIN	SEUL	6000	80%	N	N	N
2	H	55	URBAIN	GROUPE	2500	inconnu	O	O	O
3	F	60	URBAIN	GROUPE	5000	inconnu	N	N	N
4	F	55	URBAIN	GROUPE	2800	inconnu	O	O	O
5	H	59	URBAIN	GROUPE	3900	inconnu	N	N	N
6	H	55	URBAIN	SEUL	5040	30-35%	O	O	N
7	H	62	URBAIN	GROUPE	7000	quasi nul	O	N	N
8	H	62	URBAIN	SEUL	5000	"important"	N	N	N
9	F	66	URBAIN	SEULE	3000	inconnu	N	N	N
10	H	66	URBAIN	SEUL	7400	environ 25%	O	O	N

La saturation des données concernant la question principale de la thèse a été obtenue au huitième entretien.

Pour les entretiens complémentaires, 3 médecins ont été interrogés, deux femmes et un homme âgés de 51 à 63 ans, ils exerçaient en milieu urbain, deux en groupe, deux étaient maîtres de stage, aucun enseignant, 2 faisaient partie d'un réseau de professionnels de santé mais ne concernant pas la cancérologie. Aucun ne savait combien de patients il recevait par an et un seul connaissait le taux de participation de ses patients à l'Hemoccult®.

Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Nombre d'acte par an	taux participation dépistage	Maitre de Stage	Enseignant	Membre d'un réseau
11 F	63	NC	NC	NC		N	N	O
12 H	57	URBAIN	SEUL	inconnu	70%	O	N	N
13 F	51	URBAIN	GROUPE	inconnu	inconnu	O	N	O

2) Entretiens

Le guide établi avec l'aide de la directrice de thèse comportait 7 questions ouvertes (cf annexe).

8 des entretiens ont été menés au cabinet du médecin généraliste et deux ont été menés dans le bureau facultaire du médecin.

Ils ont duré en moyenne 13 minutes et 08 secondes (6 minutes et 41 secondes pour le plus court et 21 minutes et 41 secondes pour le plus long).

Tous les entretiens ont été menés jusqu'à la dernière question.

4 Entretiens ont été interrompus, dont deux plusieurs fois, par des appels téléphoniques provenant de patients ou du secrétariat du médecin, l'interruption la plus longue a duré 2 minutes, la plus courte 3 secondes.

Le guide d'entretien complémentaire comportait 2 questions ouvertes (cf annexe). Les entretiens ont été menés par téléphone.

Ils ont duré en moyenne 8 minutes et 42 secondes (7 minutes et 38 secondes pour le plus court et 9 minutes et 47 secondes pour le plus long).

Tous les entretiens ont été menés jusqu'à la dernière question, il n'y a pas eu d'interruption.

3) Analyse

Pour comprendre les raisons pour lesquelles le médecin généraliste ne faisait pas le dépistage du CCR, trois axes étaient explorés lors de l'entretien : la relation entre le médecin généraliste et sa santé ; le médecin généraliste et le dépistage de ses patients et enfin le dépistage du CCR du médecin généraliste.

I) La santé du médecin généraliste

1) Les médecins généralistes interviewés s'estimaient en bonne santé

Lorsqu'on demandait aux médecins généralistes comment ils jugeaient leur état de santé actuel, ils répondaient être en bonne santé et optimistes pour l'avenir.

«Ma propre santé, bah écoutez pour l'instant ça va très bien» (entretien 9, femme, 66 ans)

«Mais c'est vrai que je suis optimiste» (entretien 10, homme, 66 ans)

Mais dans le même temps ils reconnaissaient ne pas vraiment s'occuper d'eux et ne pas se surveiller car ils ne se sentaient pas malade :

«du coup j'y pense jamais, j'en ai pas besoin.» (entretien 3, femme, 60 ans)

«avec une certaine indifférence, une relative indifférence. Ça me, ça me gonfle» (entretien 6, homme, 55 ans)

2) Le médecin généraliste face à sa propre maladie : des angoisses multiples

L'évocation d'une possible maladie suscitait de nombreux commentaires concernant autant la sphère professionnelle que privée ; tous mentionnaient les mêmes soucis professionnels tandis que les impacts personnels étaient plus variés.

a) L'impact professionnel : première crainte des médecins généralistes

Le premier problème qui était identifié par les médecins généralistes en cas de maladie concernait le fonctionnement et la gestion du cabinet, surtout les soucis financiers en cas d'arrêt de travail.

«j'ai pensé que c'était emmerdant sur le plan pratique ouais» (entretien 8, homme, 62 ans)

«C'est vrai que à part les problèmes financier, pour le reste j'ai pas été chercher beaucoup plus loin» (entretien 3, femme, 60 ans)

«Ouais je pense que c'est le boulot» (entretien 8, homme, 62 ans)

D'autant que certains médecins expliquaient ne se préoccuper que très peu de leur couverture sociale :

«et c'est là que je me suis aperçue que ma couverture assurance était pas terrible» (entretien 3, femme, 60 ans)

«j'ai pris une assurance quand même, parce que pendant trente ans j'ai rien eu.» (entretien 9, femme, 66 ans)

b) L'impact personnel, des réactions très variées : angoisse, indifférence, refus, problème d'image.

• Angoisse

Certains médecins étaient très angoissés, ils expliquaient avoir peur de la maladie ; ils évoquaient surtout les cancers. Une femme médecin généraliste disait même que cela la réveillait la nuit.

«C'est très angoissant» (entretien 4, femme 55 ans)

«Alors j'ai peur d'avoir le cancer en général» (entretien 4, femme, 55 ans)

«Un désarroi complet, une angoisse existentielle, en se demandant : l'ai-je bien mérité ?» (entretien 6, homme, 55 ans)

Un médecin évoquait plus particulièrement une angoisse concernant la perte d'autonomie :

«d'être diminué» (entretien 8, homme, 62 ans)

- Indifférence

Contrairement aux médecins cités plus haut, les autres disaient être indifférents à ce qui pouvait leur arriver :

«quand on est face à soi-même c'est un réflexe, on a pas envie de s'y intéresser. En l'occurrence ma santé ne m'intéresse pas plus que ça» (entretien 5, homme, 59 ans)

«enfin voilà de, de pas en tout cas avoir peur d'être malade,» (entretien 10, homme, 66 ans)

Un médecin minimisait l'impact que cela aurait sur sa vie quotidienne :

«dans un autre temps, je me dis que c'est pas si triste que ça,» (entretien 2, homme, 55 ans)

- Refus

Deux des médecins interrogés ont expliqué qu'en cas de maladie ils ne feraient certainement pas tout ce qu'ils font faire à leurs patients et qu'ils préféreraient ne pas se soigner :

«mais, n'étant pas confronté au problème et connaissant les tenants et les aboutissants d'un diagnostic et d'un traitement comme celui-ci, on n'a vraiment pas envie d'y être et on n'a vraiment pas envie de faire ce que eux ils font.» (entretien 5, homme, 59 ans)

«moi, ce que je me suis dit c'est pas d'acharnement thérapeutique.» (entretien 7, homme, 62 ans)

Un médecin semblait croire qu'il ne serait jamais malade :

«je vais mourir à 150 ans, dans un virage, au volant de ma Porsche» (entretien 2, homme, 55 ans)

- Montrer aux autres leur maladie : un signe de faiblesse pour les médecins généralistes

En cas de maladie, les médecins généralistes expliquaient que ça les gênerait beaucoup que leurs confrères ou leurs patients soient au courant. De même ils pensaient aux soucis engendrés pour leur famille :

«des problèmes de confidentialité par rapport à la clientèle, par rapport aux confrères du secteur» (entretien 1, homme, 61 ans)

«ça m’embêterait, ça m’embêterait beaucoup, je dirai surtout pour mon entourage évidemment» (entretien 5, homme, 59 ans)

3) Le médecin généraliste et la mort : une notion face à laquelle il était beaucoup plus serein

Après avoir évoqué la maladie, l’entretien s’intéressait à la relation qu’entretenait le médecin généraliste avec la mort. Lorsqu’on évoquait avec eux la possibilité de leur décès, ils restaient très calmes et ne semblaient pas en avoir peur :

«je me suis dit, de toute façon c’est inéluctable» (entretien 2, homme, 55 ans)

«enfin, pour la vie j’ai géré aussi mes affaires de vie heu voilà, comme si j’allais mourir le lendemain.» (entretien 6, homme, 55 ans)

4) Les médecins généralistes interrogés avaient beaucoup de mal à parler d’eux même

Il est à noter que durant toutes les questions concernant leur santé, les médecins ont souvent commencé des phrases qu’ils n’ont pas terminées ; ils ont parfois été très évasifs et il y a eu de nombreux silences et beaucoup d’hésitations :

«Heu... ça a peut-être un intérêt pour... ho je sais pas Heu...» (entretien 3, femme, 60 ans)

«Mais voilà. bah je veux dire heu..., ouais, voilà... pour le reste bah...» (entretien 6, homme, 55 ans)

II) La prise en charge médicale du médecin généraliste

1) Premier constat : les médecins généralistes ne se soignaient pas ou peu et négligeaient leurs symptômes

a) Les médecins généralistes étaient conscients de leur mauvaise prise en charge

Lorsqu'on leur demandait s'ils étaient bien suivis les médecins généralistes restaient très sceptiques :

«on peut pas dire que j'ai un suivi extrêmement» (entretien 3, femme, 60 ans)

«on va pas reprendre le proverbe un peu usé : les cordonniers sont les plus mal chaussés» (entretien 5, homme, 59 ans)

La majorité des médecins généralistes interrogés reconnaissaient qu'ils ne se soignaient pas ou très peu :

«vous vous soignez pas ? Non du tout. J'ai même du mal à soigner mes dents» (entretien 2, homme, 55 ans)

«C'est-à-dire que je fais pas grand-chose» (entretien 5, homme, 59 ans)

«quand on s'occupe de la santé des autres, on se préoccupe... pas tellement tellement de la sienne,» (entretien 5, homme, 59 ans)

«je n'y arrive pas...» (entretien 2, homme, 55 ans)

D'autres retardaient le plus possible les examens complémentaires :

«j'ai attendu trois bons mois pour faire des radios» (entretien 1, homme, 61 ans)

b) Ils évoquaient un manque de temps du à leur profession

Les médecins disaient que s'ils ne s'occupaient pas de leur santé c'était en raison de la surcharge du leur emploi du temps :

«parce que moi c'est vrai que j'ai pas le temps de me préoccuper des choses»
(entretien 10, homme, 66 ans)

c) Certains expliquaient qu'ils refusaient de savoir

Un médecin, qui avait été atteint d'une maladie grave, racontait qu'il ne voulait pas connaître l'évolution de sa maladie :

«je ne voulais pas savoir quel était le pronostic, l'espérance de vie tout ça...»
(entretien 6, homme, 55 ans)

d) Les médecins généralistes réalisaient parfois des examens complémentaires non nécessaires

Lorsqu'on leur demandait quels examens les médecins faisaient pour surveiller leur santé, la plupart disaient qu'ils se prescrivait eux même une prise de sang de temps en temps :

«je fais mon contrôle tous les ans, donc un bilan sanguin» (entretien 7, homme, 62 ans)

«j'irai faire une prise de sang d'ici quelque temps j'espère,» (entretien 10, homme, 66 ans)

«J'essaie toujours à ma date d'anniversaire» (entretien 5, homme, 59 ans)

Deux médecins généralistes expliquaient qu'ils avaient fait un électrocardiogramme d'effort et un dosage des PSA, examens pourtant non recommandés en l'absence de symptômes :

«je me sens suffisamment exposé pour, à 52 ans, être allé faire un électrocardiogramme d'effort» (entretien 2, homme, 55 ans)

e) Les médecins généralistes reconnaissent que cette mauvaise prise en charge était un problème

Les médecins généralistes interrogés disaient qu'ils ne pouvaient pas rester dans le non soin toute leur vie. Ils expliquaient que la situation n'était pas viable à long terme :

«à un moment donné faut savoir où on en ai mais voilà c'est la prévention chez le médecin généraliste. (rires).» (entretien 10, homme, 66 ans)

«C'est une position un peu entre deux chaises» (entretien 5, homme, 59 ans)

«C'est compliqué le problème de soigner les médecins» (entretien 8, homme, 62 ans)

2) Quel médecin traitant pour quel médecin généraliste ?

a) Lui-même pour plusieurs raisons

En grande majorité les médecins généralistes interrogés se déclaraient eux même comme médecin traitant et pensaient que leurs confrères le faisaient également :

«je pense que la plupart de mes confrères pour l'instant sont ... leur propre médecin traitant pour la plupart» (entretien 1, homme, 61 ans)

«vous être votre propre médecin traitant ?Bah, on peut dire ça oui, absolument» (entretien 5, homme, 59 ans).

- Ils disaient ne pas avoir le temps d'aller voir quelqu'un d'autre

Le manque de temps revenait très souvent : pas le temps de s'occuper de sa santé, de se soigner eux-mêmes, d'aller voir quelqu'un d'autre :

«parce que moi c'est vrai que j'ai pas le temps de me préoccuper des choses» (entretien 10, homme, 66 ans)

- Ils expliquaient en savoir assez et donc pouvoir se soigner eux même

Les médecins généralistes interrogés estimaient avoir assez de connaissances pour se soigner :

«bon quand je suis malade je me traite toute seule comme une grande» (entretien 3, femme, 60 ans)

«C'est que bon j'estime que je m'y connais assez pour heu bon» (entretien 9, femme, 66 ans)

- Mais ils exprimaient quand même des doutes :

Les avis des médecins divergeaient quant à leur efficacité lorsqu'ils se soignaient, un seul était contre, les autres étaient plus nuancés mais disaient faire de leur mieux :

«on fait n'importe quoi quand on se soigne» (entretien 4, femme, 55 ans)

«Donc mais ceci dit c'est pas évidemment le risque zéro quand je quand je m'examine bien sur» (entretien 10, homme, 66 ans)

Ils reconnaissaient un problème de distance et de neutralité vis-à-vis d'eux même ; les médecins interviewés expliquaient ne pas être totalement objectifs lorsqu'ils se soignaient eux-mêmes.

«on a pas de distance envers soit même on fait n'importe quoi quand on se soigne» (entretien 4, femme, 55 ans)

«on n'a pas un regard suffisamment neutre et suffisamment objectif sur nous même pour pouvoir heu analyser correctement,» (entretien 5, homme, 59 ans)

b) Avoir un autre médecin traitant qu'eux même posait un certain nombre de problèmes

- Toujours un problème de temps :

Les médecins disaient qu'ils n'auraient pas le temps de consulter un confrère :

«Mais faudrait aller le voir ! Mais j'irai jamais le voir donc ça servira à rien» (entretien 3, femme, 60 ans)

- Un problème de confiance

Les médecins généralistes interrogés disaient qu'ils connaissaient leur métier et qu'ils avaient, du fait de ces connaissances, du mal à faire confiance aux autres :

«mais on a à côté de ça trop de connaissance pour pouvoir nous... nous livrer nous confier à ... une tierce personne sans pour autant juger et observer ce qui va être fait.»

(entretien 5, homme, 59 ans)

- Des difficultés relationnelles

Certains médecins généralistes racontaient la difficulté qu'ils avaient à parler de leur santé une fois qu'ils étaient en face d'un confrère ; ils ne se sentaient pas pris au sérieux :

«on en a parlé un confrère a dit bon» (entretien 1, homme, 61 ans)

«eux ont bien rigolé» (entretien 10, homme, 66 ans)

c) Deux des médecins avaient choisi leur épouse comme médecin traitant

Lors de l'entretien, le médecin expliquait que pour se soigner ou avoir un avis, il demandait à sa femme, elle-même médecin généraliste :

«j'ai ma femme qui est médecin» (entretien 8, homme, 62 ans)

d) Seuls deux médecins déclaraient avoir choisi un médecin traitant

Mais lorsqu'ils en parlaient, ils évoquaient plus le relationnel qu'ils avaient avec lui que ses compétences :

«qui est une fille adorable» (entretien 6, homme, 55 ans)

Un l'avait choisi au moment du diagnostic de sa maladie grave. L'autre a expliqué qu'elle avait pris rendez-vous mais qu'elle ne l'avait pas encore vue et qu'elle verrait sur le moment ce qui en ressortirait :

«J'ai pris un premier rendez-vous avec un médecin généraliste dans la ville où je vis pour mi-octobre» (entretien 4, femme, 55 ans)

«mais après ça dépend de ce qu'on fait ensemble quoi» (entretien 4, femme, 55 ans)

e) Les autres médecins avaient déjà réfléchi à qui ils iraient voir mais ils n'avaient pas pris rendez-vous pour autant

Ils expliquaient avoir choisi en fonction de ce qu'ils connaissaient des confrères à travers leurs patients :

«comme ça fait 33 ans que je suis installé j'ai eu le temps de voir un petit peu qui qui heu... en qui j'avais confiance et inversement» (entretien 7, homme, 62 ans)

«j'ai fait ma petite enquête (rires), parce que j'ai l'habitude de travailler avec eux parce que je les ai entendus en conférence parce que j'ai le des écrits» (entretien 9, femme, 66 ans)

3) S'il fallait consulter un confrère d'une autre spécialité les mêmes problèmes étaient évoqués

Sur les dix entretiens, huit des médecins évoquaient prioritairement un confrère d'une autre spécialité quand ils parlaient d'aller consulter.

«il faut que je me trouve un gastro quelque part (entretien 1, homme, 61 ans)»

a) Un problème de confiance

La confiance en leur confrère revenait très souvent, un médecin avait même laissé la responsabilité du choix du spécialiste à sa femme

«Là en l'occurrence c'est mon épouse qui les a choisis. C'est pas moi» (entretien 8, homme, 62 ans)

«maladie grave en se disant bon de toute façon j'ai un réseau de de de d'amis de spécialistes que j'irais voir en priorité quoi.» (entretien 7, homme 62 ans)

b) Un souci d'anonymat

Un des médecins avait peur d'être reconnu par ses confrères et expliquait même qu'il irait consulter sous un faux nom s'il devait vraiment aller chez un médecin :

«c'est de consulter un spécialiste heu...loin de chez soi très loin quoi ! Sans donner mon nom» (entretien , homme, 61 ans)

c) Une exception : le gynécologue pour les femmes médecins

Les femmes médecins interrogées disaient aller voir le gynécologue pour faire leurs frottis cervico-vaginaux :

«je fais les frottis... ça les frottis j'arrive à le faire» (entretien 4, femme, 55 ans)

III) Connaissances du médecin généraliste sur les dépistages des cancers, en particulier sur le cancer du côlon.

1) Les dépistages de masse : un sujet complexe pour les médecins généralistes.

Tous les médecins généralistes interrogés citaient les dépistages du cancer du sein, de la prostate, du col de l'utérus et du côlon mais leurs appréciations sur ces différents dépistages divergeaient.

a) Un problème général : avantage individuel versus avantage collectif

En ce qui concernait les dépistages de masse, les médecins généralistes interrogés évoquaient le problème de l'avantage collectif qui n'apportait pas forcément d'avantage à leur patient en tant qu'entité individuelle. Ils expliquaient d'ailleurs avoir du mal à l'expliquer à leurs patients.

«il y a toujours ce mélange, ce truc dans le dépistage qui est compliqué» (entretien 4, femme, 55 ans)

b) Un dépistage organisé non consensuel : celui du cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein par mammographie suscitait plus de doutes et d'interrogations, certains médecins n'étaient pas convaincus ; d'autres avaient des doutes et beaucoup parlaient du problème des cancers radio induits.

«Sur les trois cancers le col le côlon et le sein, voilà, le sein je commence à...»
(entretien 2, homme, 55 ans)

«le dépistage du cancer du sein n'était pas forcément indispensable heu... dans l'état enfin par forcément efficace parce que je n'étais pas vraiment convaincu de l'intérêt de ce dépistage» (entretien 4, femme, 55 ans)

«Vous êtes au courant quand même qu'il y a un certain nombre de cancers radio induits» (entretien 7, homme, 62 ans)

c) Un dépistage quasiment disparu de leur pratique : celui du cancer de la prostate

Un seul des médecins interrogés continuait à se prescrire à lui-même un PSA ainsi qu'à ses patients, les autres ne le faisaient plus. Une femme soulignait qu'elle appréciait qu'enfin les recommandations aillent dans son sens.

«Le dépistage du cancer de la prostate je suis contente aussi qu'on dise enfin que ça sert à rien puisque j'avais déjà remarqué que c'était plutôt délétère qu'autre chose...»

(entretien 4, femme, 55 ans)

«avec un PSA quand même bon vu mon âge maintenant» (entretien 5, homme, 59 ans)

d) Un dépistage ne soulevant pas d'objection : celui du cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus était le plus consensuel, tous étaient d'accord sur l'avantage de faire un frottis cervico-vaginal tous les deux à trois ans.

«avec le cancer du col, le seul dépistage sur lequel j'ai pas le moindre, le moindre obstacle, pas le moindre doute» (entretien 2, homme, 55 ans)

« Ha frottis oui bien sur ! bah... oui ! » (entretien 7, homme, 62 ans)

2) Le dépistage du cancer colorectal et l'Hemoccult® ®

a) Le cancer du côlon, une pathologie connue des médecins généralistes

En parlant du cancer du côlon, la plupart des médecins généralistes interrogés évoquaient une maladie grave et fréquente mais un seul disait quand même que ce n'était pas une maladie qui arrivait à tout le monde, il pensait notamment à l'hygiène de vie.

«... l'idée que heu... heu.... ça n'arrive pas non plus à n'importe qui» (entretien 10, homme, 66 ans)

Quelques médecins avaient, au moment des entretiens, des patients soignés pour un cancer du côlon ; ils expliquaient l'avoir diagnostiqué sur des symptômes cliniques et suivre ces patients régulièrement.

«Oui bien sur essentiellement sur des phénomènes de rectorragies» (entretien 5, homme, 59 ans)

«j'en ai plusieurs en ce moment, que je vois revenir ici faire des soins régulièrement, et je les vois faire leur chimio,» (entretien 5, homme, 59 ans)

b) Le dépistage du cancer du côlon : un sujet qui faisait débat chez les médecins généralistes

A chaque entretien, les médecins parlaient quasiment autant du dépistage par Hemocult® que par coloscopie. Certains ont même fait des lapsus en confondant les deux techniques :

«le kit que je leur remet pour faire la colo ... heu l'Hemocult®» (entretien 8, homme, 62 ans)

- Connaissances théoriques sur l'Hemocult®

Lorsqu'on évoquait l'Hemocult®, les médecins généralistes en connaissaient les grandes lignes. Ils disaient tous que cela servait à dépister le sang dans les selles pour ensuite pouvoir soigner des lésions avant qu'elles ne se cancérisent :

«donc l'idée de rechercher le sang dans les selles pour savoir si on a ces polypes avant que ça devienne des cancers elle est pas idiote» (entretien 4, femme, 55 ans)

De même ils connaissaient les indications du test :

«, les recommandations françaises faut faire un Hemocult® à toute personne de plus de 50 ans et le renouveler tous les deux ans, voilà, ça c'est classique pour dépister des petites lésions» (entretien 6, homme, 55 ans)

«Oui, c'est population à risque primaire oui je sais j'ai bien compris» (entretien 8, homme, 62 ans)

Par contre, en ce qui concernait les statistiques, ils étaient plus vagues :

«la proportion de tests positifs est somme toute assez heu faible» (entretien 1, homme, 61 ans)

«Je sais qu'il sera positif au moins heu une fois sur trois bon comme les tests» (entretien 1, homme, 61 ans)

«je retiens pas très bien les chiffres mais bon je il y a eu quand même pas mal de faux négatifs, de faux positifs aussi.» (entretien 5, homme, 59 ans)

Mais ils rappelaient tout de même que l'Hemocult® n'était efficace que si une grande partie de la population le faisait :

«mais si c'est 40 ou 50% qui le fait c'est pas... c'est pas suffisant, pour qu'on ait des résultats valables voilà» (entretien 8, homme, 62 ans)

«Bah en fait le dépistage par Hemocult® c'est bien si heu... il y a 80% de la population qui le fait,» (entretien 8, homme, 62 ans)

Il est à noter qu'un seul des médecins généralistes évoquait l'arrivée des tests immunologiques :

«Bah là on parle par immuno heu...immunologie qui sera beaucoup plus commode à faire» (entretien 9, femme, 66 ans)

- Pourquoi la majorité des médecins généralistes préféraient la coloscopie

Lorsqu'on évoquait le dépistage du cancer du côlon les médecins généralistes parlaient tous de la coloscopie ; ils estimaient que c'était plus fiable.

«c'est vrai que je préfère faire heu... des colos heu... un peu plus ciblées, heu... que» (entretien 8, homme, 62 ans)

Un des médecins pensait même que si le patient avait les moyens financiers de le faire, il devait faire d'emblée la coloscopie :

«Bon bah, vous avez les moyens, vous le faites, d'emblée,» (entretien 6, homme, 55 ans)

Les autres médecins soulevaient quand même des freins au dépistage par coloscopie : le coût, le risque de perforation intestinale et la notion de résultat opérateur dépendant :

«mais effectivement on va pas demander à tout le monde de faire une coloscopie je dois reconnaître qu'il y a un problème de coût» (entretien 6, homme, 55 ans)

«En même temps moi j'ai une patiente qui a eu heu... il y avait un dépistage positif, on lui a fait heu... une coloscopie puis on lui a perforé l'intestin, et elle s'est retrouvée en réa» (entretien 4, femme, 55 ans)

«Et les risques de la coloscopie, bien sûr, bien sûr... , le risque heu... est quasiment nul bon c'est vrai qu'il est de 1 pour 100000» (entretien 6, homme, 55 ans)

«il y a un problème heu... aussi de rendez-vous, de fiabilité du gastro-entérologue...» (entretien 6, homme, 55 ans)

c) Concernant l'Hemocult® : des avis partagés

- La plupart des médecins généralistes interrogés y étaient favorables

Les médecins disaient, en majorité, être favorables à ce dépistage, en qui ils avaient confiance :

«J'y suis très favorable Je pense que c'est, le seul dépistage sur lequel j'ai pas le moindre, le moindre obstacle, pas le moindre doute» (entretien 2, homme, 55 ans)

«Alors je trouve que c'est bien c'est intéressant» (entretien 5, homme, 59 ans)

«vous avez confiance dans ce dépistage ? Ho oui» (entretien 6, homme, 55 ans)

- Un médecin était totalement contre :

Il y était totalement opposé, et disait qu'il ne le proposait à aucun de ses patients. Il n'avait pas confiance, notamment parce qu'il disait que ce genre de test devait être fiable à 100%, que sinon, cela n'avait pas d'intérêt :

«Bah, j'en pense que du mal parce que il y a des faux négatifs, des faux positifs»
(entretien 7, homme, 62 ans)

«Bah je n'ai pas confiance parce que les tests montrent que ce n'est pas fiable à 100%»
(entretien 7, homme, 62 ans)

«Réellement ça sert à rien, voilà quoi» (entretien 7, homme, 62 ans)

- Parmi les médecins favorables à ce dépistage, beaucoup exprimaient quand même des doutes

Même s'ils disaient avoir confiance en l'Hemoccult®, les médecins émettaient quand même des réserves, ils l'estimaient peu fiable :

«pour moi c'est un outil de dépistage comme je disais je n'y accorde pas une ... confiance absolue» (entretien 5, homme, 59 ans)

«alors le problème c'est que ... il y a... pour l'Hemoccult®, il y a différentes heu... analyse» (entretien 6, homme, 55 ans)

«même si c'est pas évidemment heu... la perfection, qu'on attend encore d'autres systèmes plus performants.» (entretien 10, homme, 66 ans)

d) L'influence de la campagne médiatique était variable pour les médecins interrogés

- Une influence positive

Certains médecins généralistes expliquaient que les médias avaient une grande influence sur les patients. Notamment, ils estimaient que la campagne pour l'Hemocult® avait porté ses fruits et que les patients savaient qu'il fallait le faire :

«et toujours si vous voulez par le biais des médias c'est important» (entretien 1, homme, 61 ans)

«donc entre les trucs qu'ils voient à la télé, dans la salle d'attente et les papiers» (entretien 4, femme, 55 ans)

«parce que toutes les campagnes qu'ils ont pu voir sur le cancer du côlon le dépistage ou autre ils savent qu'il faut le faire, point.» (entretien 6, homme, 55 ans)

- Un échec

Un médecin pensait que la campagne médiatique avait été un échec car le côlon n'était pas un organe «noble», contrairement à d'autres comme le cœur.

«c'est vrai que le côlon c'est pas heu aussi noble qu'un infarctus bon si si les médias en parlent pas bon ça peut être heu cause d'échec de campagne» (entretien 1, homme, 61 ans)

IV) L'Hemocult® du patient

Lorsqu'on a abordé l'Hemocult® du patient, les médecins généralistes se sont beaucoup exprimés. D'une manière générale, sur les entretiens, dès qu'ils parlaient des patients ils étaient beaucoup plus loquaces et moins hésitants que lorsqu'ils parlaient d'eux même.

1) Les médecins généralistes reconnaissent une passivité dans la distribution de l'Hemocult®

a) Ils n'en parlaient pas spontanément

Les médecins disaient qu'ils ne pensaient pas à parler spontanément de ce dépistage, qu'ils étaient très passifs.

«mais ça je fais pas, ça je suis très passive quoi dans ce dépistage» (entretien 4, femme, 55 ans)

«Ceux qui viennent pas pour ça, si j'y pense je leur dis au fait heu... machin» (entretien 10, homme, 66 ans)

b) Ils attendaient que le patient se présente avec l'invitation

Les médecins généralistes expliquaient qu'ils répondaient à la demande d'Hemocult® lorsque le patient venait avec l'invitation et sa feuille d'étiquettes.

«j'ai plutôt tendance à accepter leur demande puisque bon ils arrivent heu... ils ont la feuille» (entretien 10, homme, 66 ans)

«en fait j'attends qu'ils me le demandent et quand ils me demandent je leur propose» (entretien 4, femme, 55 ans)

c) Si le patient en parlait la plupart des médecins incitait à le faire

En dehors du médecin qui était totalement contre, dès que le patient parlait du test les médecins incitaient les patients à réaliser ce dépistage.

«Bah écoutez, c'est eux qui viennent me voir avec leur enveloppe et évidemment je leur dis qu'il faut le faire» (entretien 9, femme, 66 ans)

2) Les médecins généralistes identifiaient plusieurs facteurs et difficultés influençant la réalisation de l'Hemoccult® du patient

a) Une routine de dépistage

Quelques médecins racontaient voir souvent leurs patients venir avec l'invitation, ils estimaient qu'ils avaient pris l'habitude. Un seul était sûr que la majorité de ses patients le faisait.

«les gens heu prennent le pli, c'est assez entré dans les mœurs» (entretien 1, homme, 61 ans)

«Je crois que la majorité de mes patients le font. Je crois que j'ai un bon taux dans le RIAP» (entretien 8, homme, 62 ans)

b) Le niveau de vie et d'accès aux soins : une influence majeure

Lorsqu'ils parlaient de la prévention, les médecins généralistes disaient différencier deux populations parmi leurs patients en fonction de leur niveau d'éducation. Ceux avec qui ils pouvaient discuter et justifier les choses et ceux avec qui ils étaient en difficulté car ils ne pouvaient pas comprendre.

«et puis, ça dépend un peu du niveau, du niveau d'intelligence des gens, enfin de de du niveau pas d'intelligence, de de de culture des gens» (entretien 2, homme, 55 ans)

«je vais vous dire moi, j'ai certaines personnes entre autre qui ne parlent pas très bien français, pour leur expliquer c'est pas de la tarte !» (entretien 3, femme, 60 ans)

Un autre médecin faisait la différence en fonction du niveau de vie de ses patients

«Bien sur oui, évidemment. Il y a le lambda je dirais de la médecine et ... Il y a deux populations ; il y a celui qui a accès directement au spécialiste» (entretien 6, homme, 55 ans)

c) Deux populations de patients difficiles à convaincre : ceux qui voulaient une coloscopie et ceux qui ne voulaient rien faire

- Ceux qui voulaient une coloscopie

Un médecin faisait référence aux recommandations américaines et à certains de ses patients qui vivaient entre les deux continents ; ils exigeaient une coloscopie de dépistage.

«ils me disent : moi je suis les recommandations américaines je peux faire une coloscopie.» (entretien 6, homme, 55 ans)

- Ceux qui ne voulaient rien faire

A l'opposé, les médecins racontaient qu'ils se trouvaient parfois confrontés à des patients qui refusaient tout dépistage ; ils n'arrivaient pas à les convaincre dans ce contexte.

«alors moi je leur propose et ils veulent pas alors là le problème là heu... j'ai essayé là mais on peut pas les convaincre heu... ils veulent pas» (entretien 10, homme, 66 ans)

Ils justifiaient cela par l'angoisse que cela provoquait chez les patients :

«certaines personnes très anxieuses qui ne font pas l'examen parce qu'ils ont peur que ce soit positif et que après ils soient obligés de faire la colo» (entretien 1, homme, 61 ans)

Enfin ils étaient persuadés que ceux qui ne voulaient pas faire l'Hemoccult® n'apportaient même pas le papier.

«il y a des gens qui ont refusé de le faire, mais est ce qu'ils m'ont apporté le papier, je suis pas sure justement» (entretien 3, femme, 60 ans)

3) La délivrance du test en pratique : chacun avait une manière différente de faire

a) Peu de médecins avaient été formés

Seul un médecin avait été formateur pour les autres confrères de son département et une autre évoquait la lecture d'une revue médicale :

«je lis Prescrire» (entretien 4, femme, 55 ans)

«donc je connais le processus parce que je, j'ai formé les autres là-dessus, donc ça m'est rentré dans la tête à force !» (entretien 10, homme, 66 ans)

b) Les arguments qu'ils utilisaient pour convaincre les patients

Ils étaient peu nombreux voire inexistantes en fonction de l'attitude des médecins vis-à-vis du test.

- Un test simple

Ils expliquaient tous que le test était simple et non invasif.

«c'est un dépistage qui est simple qui est pas invasif.» (entretien 1, homme, 61 ans)

- Le principe de prévention

Ils expliquaient au patient que cela permettait de soigner avant que le cancer ne soit là.

«c'est un dépistage qui ... est extraordinairement... rentable puisque il se solde par une simple polypectomie, alors que l'évolution est défavorable» (entretien 2, homme, 55 ans)

- Aucun argument

Certains médecins n'utilisaient aucun argument puisqu'ils ne délivraient l'Hemoccult® que si les gens le demandaient, ce qui leur permettait de ne pas avoir à les convaincre.

«des gens qui... qui viennent et qui ont le papier bon alors c'est-à-dire que bon là c'est vrai qu'on s'adresse à une clientèle qui est là, qui est vigilante» (entretien 10, homme, 66 ans)

c) Les suites en cas de test positif : pas toujours expliquées

Beaucoup des médecins taisaient la nécessité de faire une coloscopie en cas de test positif

«donc heu, annoncer tout de go qu'on que «bon bah écoutez si c'est positif on fera la colo» c'est un peu abrupt heu» (entretien 1, homme, 61 ans)

«je je ... je ne travaille pas sur le rendu du résultat, résultat positif, je me dis que quand il sera positif j'aurais le temps» (entretien 2, homme, 55 ans)

«Alors j'élude là-dessus» (entretien 10, homme, 66 ans)

Les médecins qui expliquaient les suites et les conséquences du test disaient essayer de le faire de manière non anxiogène.

«Mais je leur explique ça d'une manière non anxiogène» (entretien 10, homme, 66 ans)

d) Deux attitudes de délivrance opposées

- L'explication en détails du processus de réalisation de l'Hemoccult®

Environ la moitié des médecins généralistes interrogés expliquaient en détail le processus de réalisation du test.

«Donc j'ai les plaquettes, je leur montre comment ça marche : le fait qu'il y a un petit machin qu'on met dessus etc qu'on ferme» (entretien 3, femme, 60 ans)

- La remise de l'enveloppe seulement

L'autre moitié n'expliquait pas la procédure et laissait le patient lire la notice.

«Pas du tout je leur donne l'enveloppe, je leur dis vous lisez attentivement et vous suivez les instructions, voilà.» (entretien 9, femme, 66 ans)

e) Un problème récurrent en consultation : le temps pris par la délivrance du test.

Les médecins qui expliquaient le processus disaient que c'était assez long et que cela prenait trop de temps en consultation.

«Ça prend quand même du temps, oui je dirais bien entre 5 et 10 minutes facile»
(entretien 3, femme, 60 ans)

L'autre groupe de médecins disait au contraire que c'était très rapide.

«Ho franchement ça c'est pas très long, ça en soit c'est pas très long» (entretien 5, homme, 59 ans)

Mais en pratique, ils disaient tous que cela se rajoutait à d'autres motifs de consultation et donc que cela prenait trop de temps. C'est d'ailleurs l'Hemoccult® qu'ils ne remettaient pas s'ils n'avaient pas le temps de tout faire.

«en général si j'ai le temps je le fais, si je suis vraiment très pris je reporte au coup d'après» (entretien 10, homme, 66 ans)

«et si j'en parle pas c'est entre autre parce que j'ai jamais le temps» (entretien 2, homme, 55 ans)

Ils précisaient qu'aucun patient ne venait que pour l'Hemoccult®.

«en général c'est dans le cadre d'une consultation normale, ils viennent pas spécialement pour ça.» (entretien 1, homme, 61 ans)

4) Sur le terrain, peu de médecins généralistes constataient avoir découvert des cancers après un Hemoccult® positif.

Les médecins généralistes ont évoqué des Hemoccult® positifs ainsi que certains de leurs patients atteint de cancer du côlon sans pour autant faire un parallèle entre les deux.

a) Peu de résultats positifs

Ils déclaraient le nombre d'Hemocult® positifs très faible.

«J'ai eu quelques positifs» (entretien 5, homme, 59 ans)

b) Hemocult® positifs, mais pas de découverte de cancer

De plus, ils disaient qu'ils n'avaient que rarement découvert de cancer après un Hemocult® positif.

«jusqu'ici je peux pas dire que dans ma clientèle, on ait trouvé beaucoup de cancer»
(entretien 3, femme, 60 ans)

«Jusqu'à présent, j'ai attrapé personne mais tant mieux.» (entretien 5, homme, 59 ans)

c) Quelques patients pris en charge à temps

Deux médecins ont tout de même raconté qu'ils avaient, grâce à l'Hemocult®, pu soigner des patients à temps.

«j'ai minimum trois patients depuis 5 ans où ça a été mis en route, trois patients, je veux dire, chez qui on a découvert des lésions cancéreuses non évolutives, enfin, limitées,» (entretien 6, homme, 55 ans)

«alors je viens de voir une patiente qui a été dépistée par un examen systématique, qui a été opérée et qui va bien.» (entretien 9, femme, 66 ans)

V) L'Hemocult® du médecin généraliste

1) Les dépistages du médecin généraliste

a) Beaucoup de difficultés à en parler

Lorsqu'on demandait aux médecins généralistes de parler de leurs propres pratiques de dépistage, leurs propos étaient moins fluides, il y a eu beaucoup d'hésitations.

Les questions sur les raisons de ne pas faire l'Hemocult® et sur l'éventualité d'avoir une maladie grave ont suscité beaucoup de commentaires.

«C'est une très bonne question» (entretien 2, homme, 55 ans)

«ben dites donc c'est difficile votre question» (entretien 3, femme, 60 ans)

«ça va être encore difficile ça !» (entretien 5, homme, 59 ans)

Par exemple, durant un entretien, lors de la réponse à la question sur les raisons de ne pas faire l'Hemocult® le médecin s'est interrompu en disant «heu...» quinze fois.

b) Les médecins généralistes interviewés ne participaient pas ou peu aux dépistages en général.

Certains ne participaient à aucun dépistage organisé tandis que d'autres le faisaient de façon très aléatoire et ceci même si plus tôt dans l'entretien ils s'y étaient déclarés favorables.

«je ne me vois pas faire un dépistage de quelque façon que ce soit, jamais, pour l'instant.» (entretien 2, homme, 55 ans)

«L'histoire de la mammo, je l'ai utilisé quand même une fois» (entretien 3, femme, 60 ans)

«je fais les frottis... ça les frottis j'arrive à le faire» (entretien 4, femme, 55 ans)

c) Le dépistage du cancer du côlon du médecin généraliste

Il est à noter qu'à ce moment-là de l'entretien aucun n'évoquait l'Hemoccult®.

- La coloscopie venait en premier

La majorité des médecins interrogés disaient que s'ils devaient se faire dépister, ils feraient une coloscopie.

«de toute façon il faudra que je fasse une coloscopie» (entretien 2, homme, 55 ans)

«j'ai déjà pensé depuis un moment à faire une coloscopie,» (entretien 5, homme, 59 ans)

«par exemple j'ai dans l'idée de me faire faire une coloscopie un de ces jours» (entretien 7, homme, 62 ans)

- Un médecin évoquait la coloscopie virtuelle

Un médecin qui voulait quelque chose de moins invasif évoquait la possibilité de se faire dépister par coloscopie virtuelle.

«une coloscopie virtuelle qui est un truc aussi moins, moins invasif.» (entretien 7, homme, 62 ans)

- Aucun des médecins interviewés n'avait fait de dépistage même autrement que par Hemoccult®

Bien qu'ils aient tous parlé de dépistage aucun médecin généraliste n'avait fait de démarche dans ce sens.

«Mais donc voilà donc heu, alors est ce que je suis à jour de mes surveillances de coloscopie ? Faudrait peut être que je réfléchisse» (entretien 6, homme, 55 ans)

«Quand j'ai passé 50 ans j'ai dit que j'allais le faire, j'en ai 59, j'ai 9 ans de retard, je l'ai pas encore fait. (rires).» (entretien 5, homme, 59 ans)

2) Attitudes des médecins généralistes lors de la réception de l'invitation à l'Hemocult®

Les médecins interrogés disaient tous avoir reçu l'invitation mais ils n'avaient pas tous eu la même réaction.

«je l'ai reçu, d'abord je l'ai reçu heu deux fois... non mais c'est vrai je l'ai reçu»

(entretien 2, homme, 55 ans)

a) Certains l'avaient jetée ou perdue

Quelques médecins disaient avoir perdu l'invitation ou l'avoir jetée.

«Voilà donc heu, le premier je l'ai mis à la poubelle» (entretien 2, homme, 55 ans)

b) D'autres la gardaient sans l'utiliser

A cette occasion les médecins généralistes montraient où était leur invitation ou leur stock de tests.

«Mais, parce que, vous voyez, les papiers que je reçois je les garde !» (entretien 3, femme, 60 ans)

«parce que j'en ai plein là tu vois» (entretien 4, femme, 55 ans)

c) Un médecin n'a pas compris que l'invitation s'adressait à lui

Lorsqu'il a reçu l'invitation, un médecin n'a pas compris que cela le concernait en tant que patient.

«le papier était assez ambigu, parce que je n'ai pas compris tout de suite qu'il m'était adressé en tant que patient, pour me conseiller d'aller voir mon médecin traitant, qui était moi-même.» (entretien 2, homme, 55 ans)

d) Ils culpabilisaient de ne pas faire le test

Si on leur demandait ce qu'ils ressentait quand ils se rendaient compte qu'ils n'avaient pas fait le test, ils disaient culpabiliser et évoquaient quelque chose d'irrationnel.

«j'en ai ressenti une grande culpabilité» (entretien 2, homme, 55 ans)

«C'est totalement irrationnel» (entretien 8, homme, 62 ans)

3) Les raisons qu'ils évoquaient pour ne pas avoir fait l'Hemoccult®

A cette question, les médecins généralistes répondaient par des raisons en rapport avec le test lui-même, leur mode de vie et leur propre santé.

a) Comme précédemment, ils parlaient d'un manque de confiance

Le manque de confiance en l'Hemoccult® revenait très souvent et dans les premières raisons mentionnées.

«J'ai pas une grande confiance là-dedans» (entretien 5, homme, 59 ans)

«J'ai plus confiance en la coloscopie, j'ai plus confiance dans la coloscopie, ouais»
(entretien 6, homme, 55 ans)

b) Un manque d'intérêt

Quelques médecins remettaient en cause l'intérêt de ce dépistage.

«c'est lié à la fois je pense au fait que j'y crois pas trop à ce dépistage, au niveau de la masse,» (entretien 4, femme, 55 ans)

«Réellement ça sert à rien, voilà quoi» (entretien 7, homme, 62 ans)

c) Un manque de motivation

Une des femmes médecins généralistes disait que ce test ne la motivait pas du tout.

«Mais c'est vrai que j'ai pas une motivation d'enfer, bêtement» (entretien 3, femme, 60 ans)

d) Un manque de temps et d'organisation

Le fait de devoir faire le test sur trois selles consécutives était un frein pour les médecins.

«C'est d'une part un, probablement plutôt un manque d'organisation on va dire,»
(entretien 3, femme, 60 ans)

«Le problème c'est que moi j'ai beaucoup de mal à ... je me dis bon, je le ferai à un moment donné où j'aurais du temps» (entretien 3, femme, 60 ans)

«oui ça me prendra le temps de de faire les choses hein» (entretien 10, homme, 66 ans)

e) D'autres priorités

Beaucoup des médecins interrogés disaient qu'ils avaient d'autres choses plus importantes à faire avant l'Hemocult®.

«Enfin c'est pas une priorité pour moi...» (entretien 4, femme, 55 ans)

«j'ai tellement de chose tous les jours que bon heu» (entretien 1, homme, 61 ans)

«parce que il y a toujours d'autre choses à faire avant quoi.» (entretien 3, femme, 60 ans)

f) Un oubli de leur part

Au moins trois des médecins disaient avoir pensé à le faire et puis avoir oublié.

«en disant je vais le faire je vais le faire et finalement heu...j'oublie complètement»
(entretien 3, femme, 60 ans)

«oh je crois bien que l'autre fois j'ai essayé, j'ai défait l'enveloppe et puis j'ai eu autre chose à faire et j'ai continué ma route.» (entretien 9, femme, 66 ans)

g) De la négligence

Comme lorsqu'ils reconnaissaient négliger leur santé et leur suivi, ils disaient ne pas faire l'Hemocult® par négligence.

«Par pure négligence» (entretien 5, homme, 59 ans)

«Alors premièrement, négligence» (entretien 4, femme, 55 ans)

h) Un test peu pratique

La mise en œuvre du test leur paraissait compliquée.

«c'est pas, c'est pas facile à mettre en œuvre ...» (entretien 1, homme, 61 ans)

«parce que je peux pas le faire ici c'est compliqué, donc je le ferai quand je serai en vacances,» (entretien 3, femme, 55 ans)

«c'est beaucoup de dérangement, j'ai pas le temps vraiment... de m'occuper de ça» (entretien 4, femme, 55 ans)

i) Un dégoût de la manipulation des selles

Deux médecins expliquaient être très gênés par le fait de devoir manipuler leurs selles.

«et je trouve ça infiniment sale» (entretien 2, homme, 55 ans)

«désagréable à faire et je pense que c'est là la principale raison.» (entretien 2, homme, 55 ans)

j) Ils ne se sentaient pas concernés par le risque de cancer

Beaucoup pensaient qu'ils ne pouvaient pas être atteints de cancer du côlon et ce pour différentes raisons.

- Du fait de l'absence d'antécédent familial

Même s'ils avaient donné les bonnes indications du test, l'absence de cas dans leur famille les rassurait assez pour ne pas faire le test.

«j'ai pas d'antécédents familiaux de ... de cancer de façon générale ni de cancer du côlon.» (entretien 5, homme, 59 ans)

«et je pense que mon risque de maladie heu... de cancer en général est faible et de cancer du côlon est très faible. Donc heu voilà ça perturbe heu... mon raisonnement.» (entretien 2, homme, 55 ans)

Une femme médecin précisait que si elle avait quelqu'un d'atteint dans son entourage, elle le ferait plus facilement.

«je pense que j'aurais peut-être plus de... de motif de le faire si j'avais autour de moi des gens qui l'avait» (entretien 3, femme, 60 ans)

- Du fait d'un mode de vie sain

Un médecin était persuadé qu'en ayant une vie saine, il ne pouvait pas être atteint.

«et puis heu... heu persuadé que heu... j'ai une bonne alimentation, que j'ai moins de risque» (entretien 10, homme, 66 ans)

k) Impossibilité d'imaginer un résultat positif

Certains médecins étaient dans une sorte de déni et ne pouvaient pas imaginer être atteint de cancer.

«Si je commence à me brancher la dessus, ça veut dire que tous les deux ans je me dis ha j'ai peut être un cancer du côlon. J'ai pas très envie d'envisager ça !» (entretien 4, femme, 55 ans)

Une femme médecin exprimait clairement sa peur du résultat.

«ça doit me faire peur» (entretien 4, femme, 55 ans)

l) Peur d'inquiéter inutilement les proches

Pour certains, faire le test impliquait d'expliquer les conséquences possibles à leur famille et ils refusaient de les inquiéter.

«faudrait que j'explique à mon épouse, heu éventuellement à mes enfants, pourquoi je vais faire ça ...» (entretien 1, homme, 66 ans)

«si il m'arrive quelque chose à moi heu... ça va être la panique à bord» (entretien 1, homme, 61 ans)

m) Des raisons non verbalisables

Les médecins évoquaient parfois le fait qu'ils n'arrivaient pas à expliquer pourquoi ils ne faisaient pas le test.

Certains avaient même commencé à ouvrir l'enveloppe et s'étaient arrêtés sans pouvoir l'expliquer.

«l'Hemocult®, je le fais pas... je sais pas pourquoi, je pense que c'est assez inconscient cette histoire» (entretien 4, femme, 55 ans)

« il y a un truc bizarre, un blocage, y a un blocage, y a un blocage (rires).» (entretien 4, femme, 55 ans)

«en disant je le ferai à la maison et puis en fait je fais rien du tout» (entretien 3, femme, 60 ans)

«je me suis pas encore lancé quoi.» (entretien 10, homme, 66 ans)

4) Une opposition entre leur attitude personnelle et leurs propos

A la fin de l'entretien, les médecins se rendaient compte qu'ils avaient dit être pour la pratique de l'Hemocult® et pourtant ne pas l'avoir fait ce qui les amenait à évoquer un manque de rationnel.

«si je réfléchis je me dis que c'est mieux de le faire que de ne pas le faire» (entretien 10, homme, 66 ans)

«Non parce que c'est pas rationnel, tu vois, c'est vraiment pas rationnel» (entretien 4, femme, 55 ans)

VI) Influence des médecins généralistes sur leurs patients

1) Une relation de confiance indispensable pour les médecins

Tous les médecins disaient être dévoués à leurs patients et mettaient en avant la relation qu'ils avaient réussi à établir avec eux.

«Donc je soigne des patients ici maintenant sur plusieurs, sur quatre générations ! Oui on peut dire quatre générations et je suis médecin de famille» (entretien 5, homme, 59 ans)

«donc il y a un lien très fort qui se crée et un lien de confiance important» (entretien 5, homme, 59 ans)

2) Influence, en général, du comportement personnel du médecin sur ses patients : des avis très partagés

Une des questions de l'entretien concernait l'influence du comportement du médecin sur celui des patients : on leur demandait si le fait d'expliquer aux patients qu'ils faisaient ou non quelque chose pour eux même, changeait le comportement de leurs patients.

a) Ceux qui pensaient être un modèle

Deux des médecins étaient persuadés qu'ils avaient une très grande influence sur leurs patients.

«Bon c'est évident qu'il influe sur celui des patients, c'est sur hein» (entretien 4, femme, 55 ans)

«le comportement du médecin a une importance certaine sur l'adhésion sur les patients.» (entretien 5, homme, 59 ans)

b) Ceux qui pensaient que leur comportement n'avait pas d'importance

Un des médecins pensait que son comportement n'avait pas d'importance, que ses actes n'influençaient pas ceux des patients.

«Ha non pas du tout, non non pas du tout bon» (entretien 1, homme, 61 ans)

c) Ceux qui ne savaient pas s'ils avaient une influence

Certains n'avaient aucune idée de l'impact qu'ils avaient sur leurs patients.

«je fais attention à ci, je fais attention à ça, est ce que ça a un poids particulier chez les gens ? Je saurai pas vous dire» (entretien 3, femme, 60 ans)

Une femme médecin s'est demandé si invoquer son comportement pourrait être bénéfique.

«C'est vrai que si je disais vous savez moi je l'ai fait, ça serai peut être très bien !» (entretien 3, femme, 60 ans)

d) Ceux qui pensaient que parler de leur propre comportement n'était pas quelque chose à faire

Un médecin pensait que les patients n'étaient pas réceptifs quand le médecin parlait de lui-même.

«il y en a qui peuvent être sensibles, y en a qui se disent ça c'est son problème c'est pas le mien.» (entretien 3, femme, 60 ans)

3) Influence du comportement du médecin généraliste dans des domaines particuliers : notamment l'Hemocult®

Les questions sur l'interaction médecin/patients étaient compliquées pour les personnes interrogées et leurs réponses souvent évasives ; pour faciliter leur réflexion et obtenir du concret des situations particulières étaient évoquées.

a) Le médecin fumeur

- Tous étaient persuadés qu'il n'avait aucune crédibilité

Pour les médecins interrogés, un médecin fumeur ne pouvait pas inciter ses patients à arrêter de fumer.

«un médecin qui continue de fumer, c'est le moins crédible ; c'est lui qui aura beaucoup plus de mal, il va faire rigoler la patientèle ; les gens vont dire «mais oui mais docteur...» (rires), (entretien 10, homme 66 ans)

- De même, un médecin non-fumeur n'était pas crédible

Les médecins interrogés expliquaient qu'en tant que non-fumeur, ils avaient du mal à comprendre leurs patients fumeurs et donc à les aider dans leur démarche de sevrage.

«le fait que je fume pas ça influera sur mon comportement, c'est-à-dire que je comprenais pas bien les gens qui fument et à la limite j'étais moins, j'insistais moins, d'arrêter de fumer, pour leur dire d'arrêter de fumer» (entretien 4, femme, 55 ans)

- Un médecin fumeur sevré : le mieux placé

Plusieurs médecins expliquaient qu'un médecin fumeur sevré était la personne la plus adaptée pour que les patients arrêtent de fumer car ils pouvaient les comprendre.

«Je pense que si c'est un fumeur, heu... repenté, qui ne fume plus, il a certainement plus de facilité à l'expliquer, largement...» (entretien 6, homme, 55 ans)

b) Le médecin obèse

Sur le même principe, concernant l'obésité et les règles hygiéno-diététiques, les médecins étaient convaincus qu'un médecin obèse ne pouvait pas prescrire de régime.

«Comme un médecin obèse qui prescrit des, des... conseils de nutrition c'est pareil, c'est pas fiable, c'est pas crédible.» (entretien 7, homme, 62 ans)

«Bah écoutez on est quand même son, son propre heu... sa propre publicité donc heu...» (entretien 9, femme, 66 ans)

c) Le médecin qui ne fait pas l'Hemocult®

- Aucune influence sur le patient

Contrairement à l'influence que les médecins pensaient avoir sur les fumeurs, les règles hygiéno-diététiques et sur leurs patients en général ; lorsqu'on leur demandait si ne pas faire l'Hemocult® influait sur la manière dont il le proposait aux patients, la plupart pensait que cela n'avait aucune influence sur le comportement de leurs patients.

«Ca se voit moins ! (rires) ça se voit moins, donc heu... ma crédibilité est moins en cause» (entretien 3, femme, 60 ans)

«Là oui, je dissocie complètement oui. oui oui bien sur. Non ça n'interfère pas sur mes prescriptions non non.» (entretien 8, homme, 62 ans)

«non il y a pas de raison, (rires), ça influe heu, pas sur mon envie de heu... de guérir les gens, de prévenir les problèmes qui puissent arriver» (entretien 1, homme, 61 ans)

- Certains invoquaient leur vie privée

Certains médecins disaient qu'ils ne parlaient pas d'eux, que leur propre comportement ne regardait pas le patient.

«à la limite ma vie privée ne les regarde pas à ce niveau là» (entretien 5, homme, 59 ans)

«Ha bah ils m'ont pas demandé si moi je l'avais fait !» (entretien 5, homme, 59 ans)

- Une question qui en provoque d'autres

Une des femmes médecins se demandait si dire qu'elle avait fait le dépistage pourrait aider ses patients ; tandis qu'un autre n'arrivait pas à donner son avis.

«si je leur disais que je l'ai fait, c'est bien, peut être que ça servirait, je sais pas.» (entretien 3, femme, 60 ans)

«je ne sais pas si par analogie heu... mon absence de dépistage influe sur heu ... ma façon de le proposer aux patients je sais pas, j'ai pas d'avis» (entretien 2, homme, 55 ans)

VII) Le point de vue des médecins généralistes ayant fait l'Hemocult®

Durant les entretiens complémentaires, les médecins généralistes ayant fait l'Hemocult® ont pu s'exprimer sur le test, sa réalisation et l'attitude de leurs confrères.

Certaines questions, comme expliquer pourquoi ils avaient fait l'Hemocult® et comment cela s'était passé en pratique ont suscité de nombreuses hésitations.

1) Ce qu'ils pensaient du test Hemocult®

a) Les points forts de l'Hemocult®

- Un dépistage organisé

Le fait que le dépistage soit organisé, c'est-à-dire standardisé, que les procédures soient les mêmes pour tous était un argument fort pour les médecins interrogés. Cela augmentait la confiance qu'ils avaient dans ce test.

«Le dépistage organisé heu... j'adhère complètement bien évidemment, bien sûr, en terme de de ... coût, bénéfice efficacité» (entretien 12, homme, 57 ans)

- L'Hemoccult® a permis de soigner à temps certains de leurs patients

Les médecins interrogés citaient des exemples de patients qui avaient présenté un Hemoccult® positif et qui avaient pu être soignés rapidement d'une lésion maligne.

«pour un patient qui a vraiment eu un problème heu... de lésion rapidement réséquée et il s'en est sorti sans conséquence heu... rien que pour cela, qui a eu donc un test positif et à qui on a fait une colo et qui a été bien pris en charge rapidement là je trouve que ce dépistage depuis quelques années heu... a été valable» (entretien 13, femme, 51 ans)

b) Les points faibles de l'Hemoccult®

- Une confiance relative

Les médecins généralistes interviewés avaient une confiance relative en l'Hemoccult®, ils soulignaient le grand nombre, pour eux, de faux positifs et faux négatifs.

«Bah malgré tout j'y crois pas plus que ça,» (entretien 11, femme, 63 ans)

«Bah ce que j'ai à dire c'est qu'actuellement il y a un peu trop de faux positifs» (entretien 12, homme, 57 ans)

«Bien sûr je trouve que ce n'est pas un dépistage qui est heu... que le dépistage n'est pas heu... du 100% hein !» (entretien 3, femme, 51 ans)

- Un recueil compliqué

En ce qui concerne le côté pratique de réalisation du test, les médecins trouvaient que le recueil sur trois jours était un obstacle à la réalisation du test ; tout comme le prélèvement en lui-même.

«parce qu'il y en a beaucoup qui ne souhaitent pas le faire voilà parce que c'est sur trois jours, ça leur paraît un peu compliqué» (entretien 12, homme, 57 ans)

«la technique de recueil de la selle n'est pas forcément facile non plus (rires).»
(entretien 13, femme, 51 ans)

Il est à noter qu'un des trois médecins n'avait rencontré aucune difficulté pratique :

«Aucun. Très simple» (entretien 12, homme, 57 ans)

- Un problème de temps et de priorité

L'activité professionnelle des médecins interrogés leur prenait beaucoup de temps et ils reconnaissaient avoir du mal à y penser.

«Alors oui ma foi faut y penser, de le mettre à côté des toilettes» (entretien 11, femme, 63 ans)

«C'est pas du tout une évidence, pour quelqu'un en activité c'est pas une évidence et même pour le week end» (entretien 13, femme, 51 ans)

2) Pourquoi avaient-ils fait l'Hemocult®

Les trois médecins interrogés avaient fait l'Hemocult® suite à la réception de l'invitation de leur structure de gestion. Ils donnaient plusieurs raisons à cela.

a) Ils faisaient malgré tout confiance à ce dépistage

Les médecins interviewés avaient confiance en l'Hemocult®, ils le considéraient comme fiable et pourvoyeur d'informations importantes.

«mais malgré tout il y a une fiabilité quand même pas négligeable.» (entretien 11, femme, 63 ans)

«parce que je trouve très bien qu'il y ait qu'il y ai un programme de santé publique heu... qui tienne la route heu... (rires) à ce niveau là.» (entretien 13, femme, 51 ans)

b) Il était normal de faire eux même ce qu'ils demandaient à leurs patients

Les trois médecins se considéraient comme des patients comme les autres et trouvaient logique de s'appliquer les même recommandations qu'à leurs patients, ne serait-ce que par curiosité ; pour se mettre à la place des patients.

«je me la suis appliquée comme je la propose à mes patients.» (entretien 12, homme, 57 ans)

«je trouve logique de le faire moi-même puisque je le propose à mes patients» (entretien 13, femme, 51 ans)

«pour voir ce que mes patients subissent et pourquoi ils galèrent» (entretien 13, femme, 51 ans)

c) Un devoir de respecter les programmes nationaux

Une des femmes médecins interrogée évoquait un devoir civique. Pour elle, participer aux dépistages de masse relevait d'un acte de civisme vis-à-vis des scientifiques et politiques s'impliquant dans la santé des citoyens.

«je pense que c'est un acte civique de participer au programme de santé publique que propose heu... nos non décideurs entre guillemets enfin dire ça comme ça c'est pas tellement les décideurs mais heu... en tout cas le la faculté.» (entretien 13, femme, 51 ans)

«je pense que je l'ai fait pas esprit d'obéissance,» (entretien 13, femme, 51 ans)

d) Une adhésion au processus de dépistage complet

Lorsqu'on leur posait la question de l'après Hemocult®, ils disaient qu'ils le referaient dans deux ans ou qu'ils auraient fait une coloscopie s'il avait été positif.

«c'est sûr que si j'avais eu du sang dans les selles je me serais un peu précipitée faire une colo.» (entretien 11, femme, 63 ans)

«Moi je pense que dans deux ans je le refais» (entretien 11, femme, 63 ans)

e) Aucun n'a évoqué la peur de la maladie

Les trois médecins interrogés n'ont pas évoqué la peur du cancer du côlon comme raison pour avoir fait l'Hemoccult® ; une des femmes médecins l'a même verbalisé.

«Je l'ai pas fait pas inquiétude pour moi-même,» (entretien 13, femme, 51 ans)

f) Il y avait quand même eu un délai avant la réalisation de l'Hemoccult®

Dans au moins deux des cas, les médecins avaient mis longtemps à faire le test. Le délai entre la réception de l'invitation et la réalisation du test était d'environ 3 mois ; ils avaient attendu leurs vacances ou un moment plus calme de leur activité.

«Enfin je pense que j'ai dû le recevoir et le faire trois mois après quoi.» (entretien 11, femme, 63 ans)

«Donc j'ai dû trouver un temps de vacances, je me souviens plus exactement mais je l'ai pas fait du premier coup» (entretien 13, femme, 51 ans)

3) Ce qu'ils pensaient de leurs confrères ne faisant pas l'Hemoccult®

a) Ils ne les comprenaient pas

Le jugement des médecins interrogés sur leurs confrères ne réalisant pas l'Hemoccult® était assez sévère. Une des femmes médecins disait que s'ils ne s'occupaient pas d'eux c'est qu'ils se sentaient trop supérieurs pour avoir les mêmes considérations que la population générale. Un autre médecin remettait en cause leurs compétences professionnelles et ne comprenait pas qu'un médecin ne s'applique pas ce qu'il demandait à ses patients.

«Ha bah attendez ou alors c'est quelqu'un qui fait rien dans sa vie mais enfin»
(entretien 11, femme, 63 ans)

«ou bien les gens sont loin des choses du corps et du concret et c'est des intellos ou des gens qui sont prétentieux» (entretien 11, femme, 63 ans)

«j'invoque un problème de compétence professionnelle même, franchement. Je suis très sévère mais heu... (rires) c'est aussi simple que ça. Moi ça me dépasse voilà»
(entretien 12, homme, 57 ans)

b) Ils avaient trop de doutes sur la fiabilité du dépistage

Les médecins interrogés pensaient qu'un certain nombre de leurs confrères n'avaient pas confiance en l'Hemocult® à cause des faux positifs et des faux négatifs tout en soulignant qu'ils devraient avoir les mêmes connaissances qu'eux et donc se rendre compte de la pertinence de l'Hemocult®.

«c'est-à-dire qu'on passe à côté de plein de trucs ou qu'il y a des faux positifs et des faux négatifs trop important et que ça n'a aucun intérêt de s'embêter sur un examen dont on ne pensera rien» (entretien 11, femme, 63 ans)

«ils en savent autant que moi normalement pour se rendre compte de la pertinence du dépistage,» (entretien 13, femme, 51 ans)

c) Ils se faisaient dépister individuellement par coloscopie

Un des médecins pensait que ses confrères se faisaient dépister directement par coloscopie. Un autre expliquait que dans son groupe de FMC, beaucoup avaient déjà fait une coloscopie sans réelle indication. A cette occasion les médecins interrogés soulignaient le passage en dépistage individuel et les risques et coûts engendrés par la coloscopie.

«pleins de gens avaient fait des colos, alors sous prétexte d'antécédents familiaux mais pas si âgé que ça voyez» (entretien 11, femme, 63 ans)

«bah la colo c'est pas anodin, la colo c'est quand même pas anodin il peut y avoir des risques, des ... accidents de colo» (entretien 11, femme, 63 ans)

«pourquoi pas, oui là on entre à ce moment-là dans le cadre du dépistage individuel.»
(entretien 12, homme, 57 ans)

d) La santé de leurs patients prenait le pas sur la leur

Un des médecins soulignait qu'il était difficile de penser à sa propre santé quand on s'occupait de celle des autres tous les jours.

«c'est-à-dire que encore une fois quand on est médecin et surmenée on y arrive pas quoi.» (entretien 11, femme, 63 ans)

4) Arguments qu'ils utiliseraient pour convaincre leurs confrères

a) Le médecin est un patient comme les autres

Les médecins interviewés diraient à leurs confrères qu'ils sont aussi des patients et qu'ils devraient se comporter comme tel ; et donc s'appliquer les mêmes recommandations, une des femmes médecins citait Balint.

«Et donc il y a des moments où faut savoir s'occuper de soi et de son corps un tout petit peu quand même, même si on est très dévoué.» (entretien 11, femme, 63 ans)

«Vous savez Balint il dit le meilleur outil du médecin c'est lui-même.» (entretien 11, femme, 63 ans)

b) Il faudrait revoir les statistiques du test

Le médecin le plus incisif disait qu'il faudrait renvoyer ses confrères à leurs connaissances, aux statistiques. Une autre, plus nuancée leur expliquerait que même non fiable à 100%, c'était utile quand on connaissait les objectifs du test.

«Donc là je vais être un peu plus heu... je vais lui dire qu'il se tienne à jour de ses connaissances.» (entretien 12, homme, 57 ans)

«faut être un peu souple et... savoir ce qu'on en fait mais quand même malgré tout ça sert un petit peu.» (entretien 11, femme, 63 ans)

«Ha bah tout simplement l'épidémiologie du cancer» (entretien 13, femme, 51 ans)

c) Mettre l'accent sur le côté organisé de l'Hemocult®

Une des femmes médecin expliquerait l'avantage de l'organisation et de la standardisation du dépistage. Ce qui augmenterait la confiance que l'on peut attribuer au test.

«dans un dépistage organisé heu... il y a quand même le côté organisé, qui fait plaisir, c'est-à-dire que heu... au niveau heu... d'une population c'est quand même intéressant que chaque personne ne fasse pas ça dans son coin et que à un moment donné on puisse organiser les chose donc le côté organisé me ... je trouve est complètement heu...un argument fort.» (entretien 13, femme, 51 ans)

d) En pratique, des patients sauvés

Les médecins expliqueraient aussi que malgré les faux positifs et faux négatifs ils ont dans leur patientèle des patients qui ont été sauvés grâce à l'Hemocult®. Ils s'appuieraient sur du concret.

«Bah, par les résultats, par les résultats hein par les résultats actuels, hein heu... parmi moi les dépistages on a sauvé quelques vies déjà. Et heu... depuis 6, 7 ans là on a bien sauvé deux trois vies,» (entretien 12, homme, 57 ans)

5) Ils considéraient les tests immunologiques comme une avancée majeure

Les trois médecins interrogés se réjouissaient de l'arrivée prochaine des tests immunologiques pour plusieurs raisons.

a) Une plus grande fiabilité

Les médecins interviewés pensaient que la plus grande fiabilité allait sûrement inciter les médecins à faire le test.

«mais on attend les marqueurs plus précis à un coût raisonnable pour la population ciblée.» (entretien 11, femme, 63 ans)

b) Un test beaucoup plus pratique

Le prélèvement de selles unique représentait un argument très fort pour les trois médecins. Ils estimaient que cela rendrait le test beaucoup plus facile d'accès.

«si j'ai bien compris ça se fera sur un seul recueil donc le côté technique étant heu... la contrainte étant beaucoup moins importante c'est sûr que ça fait ... ça va beaucoup mieux passer.» (entretien 13, femme, 51 ans)

c) Ils espéraient que la participation allait augmenter

Les médecins interviewés pensaient que l'arrivée du nouveau test allait modifier le taux de participation et le faire augmenter du fait de la meilleure fiabilité et de la plus grande facilité de réalisation.

«le taux de participation risque d'augmenter» (entretien 12, homme, 57 ans)

DISCUSSION

1) Apport de la thèse

Cette thèse avait pour objectif de comprendre pourquoi les médecins généralistes ne faisaient que très peu l'Hemoccult®.

D'après les résultats, il en ressort plusieurs raisons que l'on peut attribuer au mode de vie du médecin, au test en lui-même et à la santé du médecin généraliste.

En ce qui concerne l'Hemoccult® en lui-même, les médecins évoquaient un manque de confiance et d'intérêt : ils avaient tendance à douter de la fiabilité et de l'efficacité de ce dépistage. Par ailleurs ils trouvaient ce test peu pratique et étaient dégoûtés par la manipulation des selles.

Quant au mode de vie des médecins généralistes, c'était une raison importante selon eux pour ne pas faire l'Hemoccult® ; en effet ils expliquaient ne pas avoir le temps nécessaire, oublier le dépistage et avoir d'autres priorités notamment professionnelles et familiales.

Ensuite des raisons moins rationnelles entraient en ligne de compte, notamment la peur du résultat ou des conséquences d'un test positif.

De plus, malgré leur connaissance des indications du test, les médecins ne pensaient pas pouvoir être atteint de cancer du côlon car ils s'estimaient en bonne santé et qu'ils n'avaient pas d'antécédents familiaux.

Il est à noter qu'une grande partie des médecins généralistes interrogés préférait faire un dépistage individuel par coloscopie que participer au dépistage de masse malgré les risques et les coûts engendrés par une telle pratique, non recommandée en France.

2) Forces de la thèse

Lors de nos recherches bibliographiques nous avons constaté qu'il existait de nombreuses études, thèses et articles qui regroupaient les raisons pour lesquelles les patients ne faisaient pas l'Hemoccult® mais aucun n'expliquait pourquoi les médecins généralistes, le faisaient si peu.

Par ailleurs il est rare que l'on s'intéresse à la santé du médecin généraliste lui-même en dehors de deux études nationales sur leur comportement de santé et sur leurs participations aux dépistages.

C'est un sujet sensible ce que nous avons pu constater car parler d'eux lors de l'entretien a été très compliqué pour les médecins généralistes.

Cette thèse a donc permis d'explorer sous un angle original le dépistage du cancer du côlon par Hemoccult®.

3) Faiblesses de la thèse

Le principal problème d'une thèse qualitative en général est qu'elle concerne un très petit nombre de sujets, on obtient ainsi des indications et des orientations mais il est nécessaire de faire un travail à plus grande échelle (de type quantitatif) pour confirmer que les données obtenues peuvent être généralisées.

Un point faible propre à cette thèse concerne le recrutement, il a en effet été très difficile d'obtenir des rendez-vous pour réaliser les entretiens. Lors des appels il a d'abord fallu exclure les médecins qui ne répondaient pas aux critères du dépistage de masse et ceux qui avaient fait l'Hemoccult®.

Une fois les médecins répondant aux critères d'inclusion identifiés, ils ont ensuite été difficiles à convaincre ; ils demandaient tous combien de temps durait l'entretien. Le fait de devoir consacrer une vingtaine de minutes de leur journée de travail les dérangeait car ils étaient très occupés par leurs patients.

L'autre problème concernait le fait que le sujet de la thèse était très personnel, les médecins généralistes ont l'habitude de parler de leurs patients mais se sont révélés beaucoup plus gênés lorsqu'ils ont compris qu'on allait discuter de leurs ressentis, et de leurs attitudes concernant leur propre santé.

Par ailleurs seuls des médecins généralistes libéraux ont été interrogés. Les médecins salariés n'ont pas été interrogés en partie car la moyenne d'âge de ces médecins est inférieure à 50 ans ce qui réduit considérablement le nombre de candidats potentiels pour ce sujet.

4) Points de discussion

a) L'arrivée du test immunologique [15] [16] [22]

L'arrivée du test immunologique, en mai 2015, devrait modifier toutes les données concernant le dépistage de masse du cancer du côlon.

En effet, ce test a une plus grande sensibilité : entre 70 et 85%, une spécificité entre 95 et 98 %, il dépiste deux à deux fois et demie plus de cancers et trois à quatre fois plus d'adénomes avancés que l'actuel Hemocult®. Le test repose aussi sur la détection de sang dans les selles mais grâce à une réaction immunologique avec la globine humaine ce qui le rend plus sensible que la réaction au gaïac. Notamment il n'y a pas de réaction avec l'hémoglobine animale. De plus il ne nécessite qu'un seul auto-prélèvement de selles au lieu de trois ce qui le rend beaucoup plus pratique.

En ce qui concerne l'organisation de la délivrance du test, le principe reste le même, ce sont les médecins généralistes qui distribueront le test aux patients qui se présenteront avec l'invitation de la structure de gestion.

Un test positif impliquera toujours une coloscopie pour poser un diagnostic et éventuellement traiter le patient. Un article de la revue Prescrire rapporte que dans les différentes études sur le test immunologique, il y a eu plus de découverte d'adénomes et de cancers colorectaux mais aussi que le nombre de coloscopies a doublé avec une augmentation du nombre de coloscopies

sans lésion détectée ; ce qui implique que plus de patients indemnes ont été exposés aux risques de la coloscopie. Le seuil de positivité choisi pour le dépistage est donc très important pour limiter ces expositions sans pour autant augmenter de manière trop importante le nombre de faux négatifs.

Il est à noter que le coût de ce dépistage est identique à celui de l'Hemoccult® pour le test : entre 1,5 et 3,5 euros (1,16 euros pour l'Hemoccult®) et pour la procédure (achat, lecture, envoi et retour) entre 5,2 et 9,75 euros (6,84 euros pour l'Hemoccult®) mais il reste toujours gratuit pour le patient.

Comme le prélèvement de selles ne sera à faire qu'une fois, les arguments consistant à dire que le test prend trop de temps et n'est pas pratique vont sûrement disparaître. D'autre part la meilleure sensibilité du test pourra peut-être convaincre plus de personnes de réaliser le test en apportant plus de confiance en les résultats.

Ces deux arguments sont d'ailleurs repris par les médecins généralistes interrogés ayant fait l'Hemoccult®, ils sont persuadés qu'un test plus sensible et plus pratique va permettre d'améliorer le taux de participation au dépistage.

b) Comparaisons entre les raisons des patients et des médecins pour ne pas faire l'Hemoccult® [6] [7]

Comme on peut le lire dans les articles de Family Practice de 2011, les patients évoquaient plusieurs raisons pour ne pas avoir fait l'Hemoccult® que l'on peut classer en raisons relatives au test, au patient lui-même et à la réalisation pratique.

Ils parlaient d'abord d'une peur des faux positifs et des faux négatifs et d'un manque de confiance ; raisons que l'on retrouvait aussi dans les réponses des médecins généralistes interrogés dans notre thèse.

Ensuite ils parlaient de la sensation de ne pas pouvoir être malade du fait d'un mode de vie sain et de l'absence de symptômes ; éléments retrouvés aussi dans notre travail concernant les médecins.

De même, les priorités autres (familiales, professionnelles) et les difficultés pratiques de réalisation de l'Hemocult® sont des raisons communes à ces articles et à notre travail.

Les arguments des médecins généralistes et des patients étaient donc globalement comparables.

Cela tendrait à penser que les médecins généralistes sont des patients comme les autres. Or du fait de leur formation et de leurs connaissances on aurait pu penser qu'ils seraient beaucoup plus réceptifs aux avantages du dépistage organisé du CCR.

c) Un problème : la prise en charge de la santé du médecin généraliste

[11][20]

Les médecins généralistes interrogés ont expliqué qu'ils connaissaient toutes les conséquences et tous les risques liés à la maladie et aux traitements ce qui leur permettait d'avoir une approche plus globale que celle d'un patient et donc de réfléchir différemment. Mais cela reste paradoxal car connaissant la gravité de la maladie, ils refusaient quand même le dépistage qui pourrait leur éviter des soins beaucoup plus lourds.

Une des explications pourrait être le statut libéral des médecins interviewés. De fait un médecin généraliste libéral ne gagne sa vie que lorsqu'il travaille. Leur protection sociale est un vrai problème et parmi les médecins interrogés certains expliquaient qu'ils n'avaient pris aucune disposition pour se protéger en cas d'arrêt maladie.

Le fait de réaliser le test implique que les médecins généralistes s'imaginent malades et donc sans ressources en cas d'arrêt de leur activité. Cette possibilité n'est pas envisageable pour eux du fait de leur faible couverture sociale, comme le mentionne le rapport de la commission

nationale permanente du conseil national de l'ordre des médecins du 28 juin 2008 concernant le médecin malade ou accidenté.

Dans ce même rapport, qui ne concerne que le médecin malade, il est indiqué que les médecins français privilégient l'auto prescription et n'ont donc pas de médecin traitant autre qu'eux-mêmes. Le rapport justifie cela par leur difficulté à gérer leur couverture sociale, comme mentionné précédemment, mais aussi à la mauvaise appréciation qu'ils ont de leur état de santé et au manque de confiance vis-à-vis de leurs confrères.

Nous avons pu retrouver ces mêmes données avec les médecins interviewés dans notre travail. Par ailleurs, dans les réponses des médecins que nous avons interrogés, la notion de gêne et de sentiment d'infériorité est retrouvée lors de la consultation d'un confrère.

E.Galam, médecin généraliste et enseignant de médecine générale s'intéresse beaucoup à la santé des médecins. Il rappelle dans l'article paru dans Pratiques le 25 octobre 2008 que les médecins sont aussi des êtres humains, qu'ils devraient donc bénéficier des mêmes soins et prise en charge. Le fait de se soigner eux même implique un mauvais suivi et un manque d'objectivité évident. Le rapport de la commission du conseil national de l'ordre des médecins de juin 2008 fait d'ailleurs des propositions pour améliorer ce fait : création de structures sanitaires dédiées au corps médical, mise en place de cellules d'alerte téléphoniques pour les médecins en souffrance, instauration de visites médicales régulières et obligatoires. L'avis des médecins généralistes sur ces propositions serait intéressant à connaître.

d) Influence de la non réalisation du test du médecin sur la réalisation du test du patient [17]

En les interrogeant, les médecins n'ayant pas réalisé le dépistage semblaient expliquer que cela n'avait aucune influence sur leur implication dans le dépistage de leurs patients.

Pourtant sur d'autres sujets comme le tabac ou l'obésité ils reconnaissaient facilement une influence de leur comportement sur celui des patients. Ce qui est déjà mentionné dans un article de 2006 paru dans La Presse Médicale concernant les médecins fumeurs et le conseil minimal sur l'arrêt du tabac. Cette étude, réalisée sur 257 médecins généralistes, a montré que les médecins fumeurs demandaient moins à leurs patients s'ils fumaient ou s'ils envisageaient d'arrêter de fumer ; ils pensaient plus que les non-fumeurs que le fait de fumer favorisait la communication avec leurs patients fumeurs.

En ce qui concerne l'Hemocult® l'argument des médecins généralistes interrogés consistait à dire que contrairement aux autres situations évoquées, leur non dépistage ne se voyait pas et que les patients n'étaient donc pas au courant. Nous n'avons pas trouvé de données spécifiques concernant l'influence de la non réalisation du test du médecin généraliste sur celui de son patient.

Mais dans le même temps, les médecins généralistes interviewés reconnaissaient une passivité dans la proposition de l'Hemocult®. A part un ou deux médecins qui avaient un bon taux de participation les autres ne le connaissaient pas ou reconnaissaient qu'il était très faible, ce qui tendrait à montrer une influence dont les médecins ne se rendent pas compte.

e) Pourquoi les médecins sont-ils passifs dans la distribution du test ? [20]

En dehors de toutes les raisons qu'ils ont citées pour ne pas faire le dépistage pour eux même, cette passivité pourrait s'expliquer par le fait que les patients reçoivent directement l'invitation de la structure de gestion ; les médecins n'ont pas le rôle principal dans le dépistage même s'il

est plus important que dans d'autres pays européen où le patient reçoit le test directement chez lui. Bien qu'ils doivent remettre l'enveloppe et expliquer le processus, ils ne sont pas l'initiateur du dépistage ce qui peut impliquer une démotivation de leur part.

Ils pourraient pourtant être pro-actifs en sollicitant la population cible sans attendre l'invitation ce qui est une des pistes évoquées dans l'article de la revue *Exercer* numéro 118 de 2015 sur le dépistage du CCR pour améliorer le taux de réalisation de l'Hemoccult®.

f) Apport des médecins ayant fait l'Hemoccult® [19]

Les médecins ayant fait l'Hemoccult® commençaient par rappeler qu'ils avaient confiance dans le dépistage. Ils étaient convaincus que l'organisation nationale avec test identique pour tout le monde et standardisation était un mode de dépistage sûr et fiable augmentant la valeur de ce test. C'est ce que rappelle le rapport de l'ANAES 2004 qui explique la méthodologie d'évaluation des programmes de dépistage organisé et qui montre que tout est analysé et justifié tant sur le plan médical qu'économique et social ; ce qui n'est pas le cas du dépistage individuel réalisé sur un patient donné par un médecin généraliste donné.

Par ailleurs ils étaient très incisifs quand on leur parlait de leurs confrères ne faisant pas l'Hemoccult®, ils pensaient qu'ils n'avaient pas pris le temps de bien étudier les caractéristiques du test et qu'il en allait de leur formation professionnelle. Ils pensaient aussi que ces médecins n'avaient pas assez confiance dans le dépistage. Certains pensaient que les médecins se faisaient dépister individuellement par coloscopie mais ils n'étaient pas tous d'accord sur ce mode de dépistage. Un médecin disait qu'il n'y voyait pas d'inconvénient et l'autre rappelait les risques et le coût pour la société d'une telle pratique. Une coloscopie coûte en effet entre 100 et 200 euros pour l'examen et entre 50 et 150 euros pour l'anesthésie, le tout remboursé à 65 % par la sécurité sociale sur prescription du médecin. Dans le cadre d'un Hemoccult® positif, la coloscopie est prise en charge de manière identique par l'assurance maladie.

Par contre, lorsqu'on leur demandait ce qu'ils pourraient dire pour convaincre leurs confrères de faire le test, ils avaient du mal à trouver des arguments. Ils disaient qu'il fallait mettre l'accent sur les statistiques du cancer et des résultats du test et rappeler au médecin qu'il était un être humain comme les autres. Mais les résultats des interviews des médecins ne faisant pas l'Hemoccult® montraient que le médecin n'arrivait pas à imaginer la maladie ce qui fait douter de l'efficacité de tels arguments.

Ils disaient aussi que l'arrivée du test immunologique, plus fiable et plus pratique pourrait être un levier très important car il permettrait d'annuler les principaux freins décrits par les médecins généralistes et donc d'augmenter leur participation personnelle et leur implication dans la délivrance du test aux patients.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de répondre à notre question de recherche puisque nous avons pu lister de nombreuses raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne réalisaient pas leur Hemocult® tous les deux ans. A partir des réponses obtenues une étude quantitative pourrait permettre de valider ces données à plus grande échelle.

Nous avons pu constater que ces raisons étaient globalement identiques à celles des patients, ce qui nous renvoie à la notion du médecin en tant que patient comme les autres et donc à sa prise en charge. Durant les entretiens, les médecins généralistes interviewés reconnaissaient mal prendre en charge leur santé. Un travail sur les moyens d'améliorer ce suivi et notamment leur participation aux dépistages de masse pourrait être intéressant.

Enfin, dans le domaine du dépistage du cancer colo-rectal, l'arrivée du test immunologique, plus fiable et plus simple d'utilisation selon les études publiées, pourrait changer le comportement des médecins généralistes et des patients vis-à-vis de l'Hemocult® et nécessitera d'être évalué dans les années à venir.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] POLUS,M., LAPERCHE,J., HORSMANS,Y., et al. Le dépistage généralisé du cancer colorectal : une absolue nécessité et une réalité imminente en communauté française. Revue Médicale de Liège, 2009, vol. 128, n°64,p.96-102.
- [2] DREUX,C., COUTURIER,D.,JEANTEUR,M., et al. Rapport : Dépistage organisé du cancer colorectal - situation actuelle et évolution souhaitable. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 30 janvier 2007, vol.191, n° 1, p.155-166
- [3] VALETTE, M. Présentation pratique du dépistage du cancer colo-rectal. Présentation en formation médicale continue de médecine générale. Argenton : 2009.
- [4] SPYCKERELLE, Y., STEINMETZ, J., STIEVENART, M-O., et al. Dépistage biennal du cancer colorectal par la recherche d'un saignement occulte dans les selles. L'expérience des centres d'examens de santé de l'assurance maladie. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, juillet-septembre 2004, vol. 35, n° 3, p. 189-195.
- [5] BUNGENER, M., EISENGER, F., ERRIAU, G., et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. Institut national du cancer/BVA, Septembre 2010, 18p.
- [6] LIONIS, C., PETELOS, E. Early detection of colorectal cancer: barriers to screening in the primary care setting. Family practice, Décembre 2011, vol. 28, n° 6, p. 589-91.
- [7] AUBIN-AUGER, I., MERCIER, A., LEBEAU, J-P., et al. Obstacles to colorectal screening in general practice: a qualitative study of GPs and patients. Family Practice, décembre 2011, vol. 28, n° 6, p. 70-6.

- [8] WALSH, J., KARLINER, L., BURKE, N., et al. Physicians' approaches to recommending colorectal cancer screening : a qualitative study. *Journal of Cancer Education*, Septembre 2010, vol. 25, n° 3, p. 385-90.
- [9] BOURDESSOL, H., GAUTIER, A., COLLIN, J-F. Médecins généralistes et pharmaciens d'officine, quels sont leurs comportements personnels de santé ?. *Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*, 2003, p. 45-61.
- [10] DESPRES, P., GRIMBERT, I., LEMERY, B., et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. *Etude et résultats de la direction de recherche, études, évaluation et statistiques*, juin 2010, n° 731, p. 1-8.
- [11] LERICHE, B., BIENCOURT, M., MOULARD, J-C. Le médecin malade ou accidenté. *Rapport de la Commission nationale permanente de l'ordre des médecins*, 28 juin 2008, p. 8-48.
- [12] INSTITUT NATIONAL DU CANCER. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. 24 avril 2015. disponible sur <http://e.cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnel-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>.
- [13] JEZEWSKI-SERRA, D., SALINES, E. Evaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Résultats 2009-2010. *Institut de Veille Sanitaire*, 2013, 31p.
- [14] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Dépistage et prévention du cancer colorectal, Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé, juin 2013, 64 p.
- [15] VON KARSA, L., PATNICK, J., SEGNAN, N., et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis : Overview and introduction to the full supplement publication. *Endoscopy*, 2013, vol. 45, p. 51-59.
- [16] PENKOWSKI, P. Actualités et nouveaux outils dans le dépistage du cancer colorectal. *Association Française de FMC en hépato-gastro-entérologie, Post'U*, 2013, p. 213-224.

- [17] UNDERNER, M.,LAFORGUE, A-V., CHABAUD, F., et al. Influence du tabagisme des médecins généralistes sur leur pratique du conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. La Presse Médicale, novembre 2006, vol. 23, n° 5, p. 927-929.
- [18] ROSSI, P-G., FEDERICI, A., BARTOLOZZI, F., et al. Understanding non-compliance to colorectal cancer screening : a case control study, nested in a randomised trial. Bio Med Central public health, 22 decembre 2005, vol. 5, n° 139.
- [19] XERRI, B., CORBILLON, E., POUILLE, A-I., et al. Guide méthodologique : comment évaluer à priori un programme de dépistage. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, mai 2004, 68 p.
- [20] AUBIN-AUGER, I., BOTTET, A., CATRICE, M., et al. De la recherche à la pratique en médecine générale : le dépistage du cancer colorectal. Exercer, 2015, n° 118, p. 78-82.
- [21] GALAM, E. Les médecins sont aussi des êtres humains. Pratiques, 25 octobre 2008, n° 24.
- [22] REDACTION PRESCRIRE. Dépistage des cancers colorectaux par test immunologiques : plus de coloscopies et de cancers détectés qu'avec des test Hemoccult®. La Revue Prescrire, Juillet 2012, vol. 32, n° 345, p. 523-525.
- [23] SHAUKAT, A. Long-term mortality after screening for colorectal cancer, 2013, New England journal of Medecine, n° 369, p. 1606-1614.
- [24] EISEINGER, F., BLAY, J-Y., MORERE, J-F, et al. Cancer screening in France: subjects' and physicians' attitudes. Cancer Causes and Control, mai 2008, vol. 19, n° 4, p. 431-434.
- [25] KIVINIEMI, M., BENNETT, A., ZAITER, M., et al. Individual-level factors in colorectal cancer screening : a review of the literature on the relation of individual-level health behavior constructs and screening behavior. Psycho-Oncology, octobre 2011, vol. 20, n° 10, p. 1023-1033.

- [26] MEDINA, G., McQUEEN, A., GREISINGER, A., et al. What would make getting colorectal cancer screening easier ? Perspectives from screeners and nonscreeners. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 8 p. disponible sur: www.hindawi.com/journals/grp/2012/895807/
- [27] AUBIN-AUGER, I., MERCIER, A., MIGNOTTE, K., et al. Delivering the faecal occult blood test : More instructions than shared decisions. A qualitative study among French GPs. *European Journal of General Practice*, janvier 2013, p. 1-8.
- [28] QUINTERO, E., HASSAN, C., SENORE, C., et al. Progress and challenges in colorectal cancer screening. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 8 p. disponible sur: www.hindawi.com/journals/grp/2012/846985/
- [29] LEVY, B., NORDIN, T., SINIFT, S., et al. Why hasn't this patient been screened for colon cancer ? An Iowa research network study. *Journal of the American Board of Family Medicine*, septembre-octobre 2007, vol. 20, n° 5, p. 458-468.
- [30] LASSER, K., AYANIAN, J., FLETCHER, R., et al. Barriers to colorectal cancer screening in community health centers : a qualitative study. *Family Practice*, fevrier 2008, vol. 9, n° 15, 8p.
- [31] EISINGER, F., ROUSSEL, C., MORER, J-F., et al. Cancer screening : reaching the limits or terra incognita ? Lessons from the EDIFICE surveys. *European Journal of Cancer Prevention*, 2011, vol. 20, supp. 1, p. 42-44.
- [32] CALAZEL-BENQUE, A., VIGUIER, J., ROUSSEL, C., et al. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency in the general population. *European Journal of Cancer Prevention*, 2011, vol. 20, supp. 1, p. 20-25.
- [33] VIGUIER, J., CALAZEL-BENQUE, A., EISEINGER, F., et al. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency among general practitioners. *European Journal of Cancer Prevention*, 2011, vol. 20, supp. 1, p. 26-32.

- [34] BAUDIER, F., MICHAUD, C. Le dépistage des cancers: entre organisation et libre choix. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 2005, p 299-316.
- [35] MENARD, C., LEON, C. Activité professionnelle et santé, quels liens ? Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 2005, p 415-444.
- [36] MARTEL, P., PREAUBERT-HAYES, N., RUMEAU-PICHON, C., et al. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Haute Autorité de santé, décembre 2008, 59 p

ANNEXES

1) Guide d'entretien

Tout d'abord, pouvez-vous me rappeler votre sexe et votre âge.

Concernant votre exercice : Est-il rural ou urbain ?

Exercez-vous seul, en groupe ou dans un centre de santé ?

Êtes-vous maître de stage, enseignant ou membre d'un réseau de professionnel de santé ?

Enfin, pouvez-vous décrire votre clientèle notamment combien de patients voyez-vous par an et avez-vous une idée du taux de participation de vos patients à l'Hemoccult® ?

Maintenant nous allons nous concentrer sur vous

1. Pouvez-vous m'expliquer comment vous prenez en charge votre santé ?

Pourquoi un médecin devrait-il avoir un médecin traitant ? Si vous en avez un, combien de fois le voyez-vous par an ?

2. Avez-vous déjà eu ou envisagé d'avoir une maladie grave ? Pouvez-vous expliquer ce que vous avez alors ressenti ?

3. Que pensez-vous du dépistage du cancer du côlon par Hemoccult® ?

4. pouvez-vous m'expliquer les raisons pour lesquelles vous ne le faites pas ?

Rebondir et demander des précisions si le médecin évoque la notion d'angoisse, de négligence, de problème technique, ou d'autres priorités.

5. Concernant vos patients, quels arguments utilisez-vous pour leur proposer le dépistage ?

6. De quelle manière organisez-vous votre consultation ?

Si le médecin répond qu'il ne le propose pas lui demander comment il réagit si un patient vient lui demander.

7. De manière plus générale, de quelle façon pensez-vous que le comportement des médecins peut-il influencer sur celui des patients ? La question suivante doit aider à la réflexion :

Par exemple comment un médecin fumeur incite-t-il ses patients à arrêter de fumer ?

Enfin en venir au thème principal :

Et pour l'Hemocult®, pensez-vous que votre attitude personnelle influe sur votre façon de proposer ce dépistage, si oui de quelle manière ?

2) Guide d'entretien complémentaire

Tous d'abord quelques questions pour situer votre exercice,

Quel âge avez-vous ?

Exercez-vous seul ou en groupe ?

Etes-vous maître de stage, membre d'un réseau de professionnel de santé ou enseignant à la faculté ?

Pouvez-vous me dire à peu près combien de patients vous recevez par an ?

Avez-vous une idée du taux de participation de vos patients à l'Hemocult® ?

Maintenant, ma thèse porte sur les raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne réalisent pas l'Hemocult® pour eux même. En effet, seuls 34 % des médecins généralistes le font. Vous faites partie de cette minorité et c'est pourquoi je viens vous voir aujourd'hui.

1) Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous avez réalisé l'Hemocult® ? Avez-vous rencontré des difficultés ?

2) Enfin, que pourriez-vous dire à vos confrères pour les convaincre de faire l'Hemocult® ?

ABSTRACT

General practitioners' obstacles and motivations for themselves. Colorectal cancer screening: a qualitative study

The data published by the Drees on June 2010 showed a low participation of general practitioners (GP) in the colorectal cancer (CC) organized screening: 36% of the male GP and 34% of the woman GP performed the Hemocult® for themselves. Their participation could have appeared to be more important owing to their knowledge concerning this pathology.

The goal of this study was to understand why the GP don't perform the CC screening for themselves. It was about a qualitative study; ten self-employed GP from Western Ile de France (WIdF) between the ages of 50 and 74, not having performed the Hemocult® but verifying the criteria for the organized screening were individually questioned in their consulting room between July 2013 and May 2014 using a semi-directive interview guide. The results have been manually analyzed by two researchers. On March 2015, three GP from WIdF between the ages of 50 and 74 having performed the Hemocult® were questioned according to the same protocol in order to identify the motivational elements for the screening in this population. The main aimed data were the reasons why the GP didn't participate in the CC screening by Hemocult®. The reasons mentioned by the GP who were questioned were: a lack of trust, interest, motivation, time and organization. They spoke about other priorities, forgetting, negligence, worthlessness of the test and disgust in stool manipulation. They didn't feel concerned about the risk of a cancer, didn't imagine a positive result and feared to worry their close relations. Other impediments were inherent to the freelance status of the questioned GP. To conclude, the reasons evoked by the questioned GP were similar to those mentioned by the patients, and the apparition of the immunological test could alter these data.

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse

Université Paris Diderot Paris 7

Le Professeur COFFIN

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

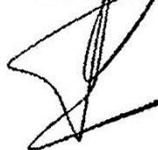
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

Date 7/9/15



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

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

OBSTACLES ET MOTIVATIONS DES MEDECINS GENERALISTES POUR EUX MEME. LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : UNE ETUDE QUALITATIVE

RESUME

Les données de la drees de juin 2010 montraient une faible participation des médecins généralistes (MG) au dépistage organisé du cancer colo-rectal (CCR) : 36% des MG hommes et 34% des MG femmes réalisaient l’Hemoccult® pour eux-mêmes. Leur participation aurait pu sembler plus importante du fait de leurs connaissances de cette pathologie.

Cette étude avait pour but de comprendre pourquoi les MG ne faisaient pas le dépistage du CCR pour eux-mêmes.

Il s’agissait d’une étude qualitative ; dix MG libéraux de l’ouest de l’Ile de France (OIdF) âgés de 50 à 74 ans, n’ayant pas fait l’Hemoccult® mais répondant aux critères de dépistage organisé étaient interrogés individuellement à leur cabinet entre juillet 2013 et mai 2014 à l’aide d’un guide d’entretien semi-directif. Les données ont été analysées manuellement par 2 chercheurs. En mars 2015, trois MG de l’OIdF âgés de 50 à 74 ans, ayant fait l’Hemoccult® étaient interrogés selon le même protocole afin d’identifier les éléments incitatifs au dépistage dans cette population.

La principale donnée recherchée était les raisons pour lesquelles les MG ne participaient pas au dépistage du CCR par Hemoccult®.

Les raisons évoquées par les MG interrogés étaient : un manque de confiance, d’intérêt, de motivation, de temps, d’organisation. Ils parlaient d’autres priorités, d’oubli, de négligence, d’un test peu pratique, d’un dégoût de manipulation des selles. Ils ne se sentaient pas concernés par le risque cancer, n’imaginaient pas un résultat positif et avaient peur d’inquiéter leurs proches. D’autres obstacles étaient inhérents à l’exercice libéral des médecins interrogés.

En conclusion, les raisons évoquées par les MG interrogés sont comparables à celles des patients et l’arrivée du test immunologique pourrait modifier ces données.

MOTS CLES

Médecine générale, cancer colorectal, dépistage organisé, Hemocult®, santé du médecin généraliste, freins au dépistage.