



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2024**

N°

**Dépistage organisé du cancer colorectal en médecine générale  
en Bourgogne-Franche-Comté : étude de pratique régionale.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 2 février 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par CHRISTOPHE Elsa

Née le 15/01/1996

A Toulouse

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2024**

N°

**Dépistage organisé du cancer colorectal en médecine générale  
en Bourgogne-Franche-Comté : étude de pratique régionale.**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 2 février 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par CHRISTOPHE Elsa  
Née le 15/01/1996  
A Toulouse

Année Universitaire 2023-2024  
au 1<sup>er</sup> **Septembre 2023**

**Doyen :**  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

|     |                 |                          | <b>Discipline</b>                                 |
|-----|-----------------|--------------------------|---|
| M.  | Jean-Louis      | <b>ALBERINI</b>          | Biophysiques et médecine nucléaire                |
| M.  | Sylvain         | <b>AUDIA</b>             | Médecine interne                                  |
| M.  | Marc            | <b>BARDOU</b>            | Pharmacologie clinique                            |
| M.  | Jean-Noël       | <b>BASTIE</b>            | Hématologie - transfusion                         |
| M.  | Emmanuel        | <b>BAULOT</b>            | Chirurgie orthopédique et traumatologie           |
| M.  | Christophe      | <b>BEDANE</b>            | Dermato-vénéréologie                              |
| M.  | Yannick         | <b>BEJOT</b>             | Neurologie  |
| M.  | Moncef          | <b>BERHOUMA</b>          | Neurochirurgie                                    |
| Mme | Christine       | <b>BINQUET</b>           | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M.  | Mathieu         | <b>BLOT</b>              | Maladies infectieuses                             |
| M.  | Philippe        | <b>BONNIAUD</b>          | Pneumologie                                       |
| M.  | Alain           | <b>BONNIN</b>            | Parasitologie et mycologie                        |
| M.  | Bernard         | <b>BONNOTTE</b>          | Immunologie                                       |
| M.  | Olivier         | <b>BOUCHOT</b>           | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique          |
| M.  | Belaid          | <b>BOUHEMAD</b>          | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale        |
| M.  | Benjamin        | <b>BOUILLET</b>          | Endocrinologie                                    |
| M.  | Alexis          | <b>BOZORG-GRAYELI</b>    | Oto-Rhino-Laryngologie                            |
| Mme | Marie-Claude    | <b>BRINDISI</b>          | Nutrition   |
| M.  | Alain           | <b>BRON</b>              | Ophtalmologie                                     |
| Mme | Mary            | <b>CALLANAN (WILSON)</b> | Hématologie type biologique                       |
| M.  | Patrick         | <b>CALLIER</b>           | Génétique   |
| Mme | Catherine       | <b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>  | Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière   |
| M.  | Pierre-Emmanuel | <b>CHARLES</b>           | Réanimation                                       |
| M.  | Jean-Christophe | <b>CHAUVET-GELINIER</b>  | Psychiatrie d'adultes, Addictologie               |
| M.  | Nicolas         | <b>CHEYNEL</b>           | Anatomie  |
| M.  | Alexandre       | <b>COCHET</b>            | Biophysique et médecine nucléaire                 |
| M.  | Luc             | <b>CORMIER</b>           | Urologie  |
| M.  | Yves            | <b>COTTIN</b>            | Cardiologie                                       |
| M.  | Charles         | <b>COUTANT</b>           | Gynécologie-obstétrique                           |
| Mme | Catherine       | <b>CREUZOT-GARCHER</b>   | Ophtalmologie                                     |
| M.  | Frédéric        | <b>DALLE</b>             | Parasitologie et mycologie                        |
| M.  | Alexis          | <b>DE ROUGEMONT</b>      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière    |
| M.  | Hervé           | <b>DEVILLIERS</b>        | Médecine interne                                  |
| Mme | Laurence        | <b>DUVILLARD</b>         | Biochimie et biologie moléculaire                 |
| M.  | Olivier         | <b>FACY</b>              | Chirurgie générale                                |
| Mme | Laurence        | <b>FAIVRE-OLIVIER</b>    | Génétique médicale                                |
| Mme | Patricia        | <b>FAUQUE</b>            | Biologie et Médecine du Développement             |
| Mme | Irène           | <b>FRANCOIS-PURSELL</b>  | Médecine légale et droit de la santé              |
| Mme | Marjolaine      | <b>GEORGES</b>           | Pneumologie                                       |
| M.  | François        | <b>GHIRINGHELLI</b>      | Cancérologie                                      |
| M.  | Charles         | <b>GUENANCIA</b>         | Physiologie                                       |
| M.  | Pierre Grégoire | <b>GUINOT</b>            | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale        |
| M.  | Frédéric        | <b>HUET</b>              | Pédiatrie   |
| Mme | Agnès           | <b>JACQUIN</b>           | Physiologie                                       |
| M.  | Pierre          | <b>JOUANNY</b>           | Gériatrie   |
| M.  | Philippe        | <b>KADHEL</b>            | Gynécologie-obstétrique                           |

|  |                  |                        |  |
|--|------------------|------------------------|--|
| M.   | Sylvain          | <b>LADOIRE</b>         | Histologie                                       |
| M.   | Gabriel          | <b>LAURENT</b>         | Cardiologie                                      |
| M.   | Côme             | <b>LEPAGE</b>          | Hépatogastroentérologie                          |
| M.   | Romarc           | <b>LOFFROY</b>         | Radiologie et imagerie médicale                  |
| M.   | Luc              | <b>LORGIS</b>          | Cardiologie                                      |
| M.   | Jean-François    | <b>MAILLEFERT</b>      | Rhumatologie                                     |
| M.   | Cyriaque Patrick | <b>MANCKOUNDIA</b>     | Gériatrie  |
| M.   | Sylvain          | <b>MANFREDI</b>        | Hépatogastroentérologie                          |
| M.   | Laurent          | <b>MARTIN</b>          | Anatomie et cytologie pathologiques              |
| M.   | Pierre           | <b>MARTZ</b>           | Chirurgie orthopédique et traumatologie          |
| M.   | David            | <b>MASSON</b>          | Biochimie et biologie moléculaire                |
| M.   | Marc             | <b>MAYNADIÉ</b>        | Hématologie – transfusion                        |
| M.   | Marco            | <b>MIDULLA</b>         | Radiologie et imagerie médicale                  |
| M.   | Thibault         | <b>MOREAU</b>          | Neurologie                                       |
| Mme  | Christiane       | <b>MOUSSON</b>         | Néphrologie                                      |
| M.   | Paul             | <b>ORNETTI</b>         | Rhumatologie                                     |
| M.   | Pablo            | <b>ORTEGA-DEBALLON</b> | Chirurgie Générale                               |
| M.   | Pierre Benoit    | <b>PAGES</b>           | Chirurgie thoracique et vasculaire               |
| M.   | Jean-Michel      | <b>PETIT</b>           | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M.   | Christophe       | <b>PHILIPPE</b>        | Génétique  |
| (Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)                |                  |                        |  |
| M.   | Lionel           | <b>PIROTH</b>          | Maladies infectieuses                            |
| Mme  | Catherine        | <b>QUANTIN</b>         | Biostatistiques, informatique médicale           |
| M.   | Jean-Pierre      | <b>QUENOT</b>          | Réanimation                                      |
| M.   | Patrick          | <b>RAT</b>             | Chirurgie générale                               |
| M.   | Patrick          | <b>RAY</b>             | Médecine d'urgence                               |
| M.   | Jean-Michel      | <b>REBIBOU</b>         | Néphrologie                                      |
| M.   | Frédéric         | <b>RICOLFI</b>         | Radiologie et imagerie médicale                  |
| M.   | Maxime           | <b>SAMSON</b>          | Médecine interne                                 |
| M.   | Emmanuel         | <b>SIMON</b>           | Gynécologie-obstétrique                          |
| M.   | Éric             | <b>STEINMETZ</b>       | Chirurgie vasculaire                             |
| Mme  | Christel         | <b>THAUVIN</b>         | Génétique  |
| M.   | Benoit           | <b>TROJAK</b>          | Psychiatrie d'adultes ; addictologie             |
| M.   | Gilles           | <b>TRUC</b>            | Oncologie-Radiothérapie                          |
| M.   | Pierre           | <b>VABRES</b>          | Dermato-vénérologie                              |
| (Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025) |                  |                        |  |
| M.   | Bruno            | <b>VERGÈS</b>          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M.   | Narcisse         | <b>ZWETYENGA</b>       | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie        |

## PROFESSEURS EMERITES

|     |             |                  |                            |
|-----|-------------|------------------|----------------------------|
| M.  | Laurent     | <b>BEDENNE</b>   | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M.  | Laurent     | <b>BRONDEL</b>   | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M.  | François    | <b>BRUNOTTE</b>  | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M.  | Pascal      | <b>CHAVANET</b>  | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M.  | Jean        | <b>CUISENIER</b> | (01/09/2021 au 31/08/2024) |
| M.  | Jean-Pierre | <b>DIDIER</b>    | (01/11/2021 au 31/10/2024) |
| Mme | Monique     | <b>DUMAS</b>     | (01/06/2022 au 31/05/2025) |
| M.  | Serge       | <b>DOUVIER</b>   | (15/12/2020 au 14/12/2023) |
| M.  | Maurice     | <b>GIROUD</b>    | (01/09/2022 au 31/12/2025) |
| M.  | Patrick     | <b>HILLON</b>    | (01/09/2022 au 31/08/2025) |
| M.  | Paul        | <b>SAGOT</b>     | (02/11/2022 au 31/10/2025) |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

|     |                |                       | Discipline Universitaire  |
|-----|----------------|-----------------------|---|
| Mme | Lucie          | <b>AMOUREUX BOYER</b> | Bactériologie   |
| Mme | Julie          | <b>BARBERET</b>       | Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale |
| Mme | Louise         | <b>BASMACIYAN</b>     | Parasitologie-mycologie   |
| Mme | Shaliha        | <b>BECHOUA</b>        | Biologie et médecine du développement   |
| M.  | Guillaume      | <b>BELTRAMO</b>       | Pneumologie   |
| Mme | Marie-Lorraine | <b>CHRETIEN</b>       | Hématologie<br>(Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)                        |
| Mme | Vanessa        | <b>COTTET</b>         | Nutrition   |
| M.  | Damien         | <b>DENIMAL</b>        | Biochimie et biologie moléculaire   |
| M.  | Valentin       | <b>DERANGERE</b>      | Histologie  |
| M.  | Jean-David     | <b>FUMET</b>          | Cancérologie radiothérapie  |
| Mme | Ségolène       | <b>GAMBERT</b>        | Biochimie et biologie moléculaire   |
| Mme | Françoise      | <b>GOIRAND</b>        | Pharmacologie fondamentale  |
| M.  | David          | <b>GUILLIER</b>       | Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie          |
| M.  | Alain          | <b>LALANDE</b>        | Biophysique et médecine nucléaire   |
| Mme | Stéphanie      | <b>LEMAIRE-EWING</b>  | Biochimie et biologie moléculaire   |
| Mme | Anne-Sophie    | <b>MARIET</b>         | Biostatistiques, informatique médicale  |
| M.  | Thomas         | <b>MOUILLOT</b>       | Physiologie   |
| M.  | Maxime         | <b>NGUYEN</b>         | Anesthésie réanimation  |
| M.  | Alain          | <b>PUTOT</b>          | Gériatrie<br>(Disponibilité pour convenances personnelles)                        |
| Mme | Claire         | <b>TINEL</b>          | Néphrologie   |
| M.  | Antonio        | <b>VITOBELLO</b>      | Génétique   |
| M.  | Paul-Mickaël   | <b>WALKER</b>         | Biophysique et médecine nucléaire   |

## PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

|    |              |                  |                      |
|----|--------------|------------------|----------------------|
| M. | Ludwig Serge | <b>AHO GLELE</b> | Hygiène hospitalière |
| M. | Victorin     | <b>AHOSSI</b>    | Odontologie          |
| M. | Jacques      | <b>BEURAIN</b>   | Neurochirurgie       |
| M. | Jean-Michel  | <b>PINOIT</b>    | Pédopsychiatrie      |

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

|     |        |                  |                   |
|-----|--------|------------------|-------------------|
| Mme | Katia  | <b>MAZALOVIC</b> | Médecine Générale |
| Mme | Claire | <b>ZABAWA</b>    | Médecine Générale |

## PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

|     |          |                           |                   |
|-----|----------|---------------------------|-------------------|
| M.  | Clément  | <b>CHARRA</b>             | Médecine Générale |
| M.  | Arnaud   | <b>GOUGET</b>             | Médecine Générale |
| M.  | François | <b>MORLON</b>             | Médecine Générale |
| M.  | Rémi     | <b>DURAND</b>             | Médecine Générale |
| Mme | Anne     | <b>COMBERNOUX-WALDNER</b> | Médecine Générale |

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

|    |        |                  |                   |
|----|--------|------------------|-------------------|
| M. | Jérôme | <b>BEAUGRAND</b> | Médecine Générale |
| M. | Benoit | <b>DAUTRICHE</b> | Médecine Générale |

|     |           |                  |                   |
|-----|-----------|------------------|-------------------|
| M.  | Alexandre | <b>DELESVAUX</b> | Médecine Générale |
| M.  | Olivier   | <b>MAIZIERES</b> | Médecine Générale |
| Mme | Ludivine  | <b>ROSSIN</b>    | Médecine Générale |

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

|     |           |                |                    |
|-----|-----------|----------------|--------------------|
| Mme | Anaïs     | <b>CARNET</b>  | Anglais            |
| Mme | Catherine | <b>LEJEUNE</b> | Pôle Epidémiologie |

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

|     |          |               |             |
|-----|----------|---------------|-------------|
| Mme | Marianne | <b>ZELLER</b> | Physiologie |
|-----|----------|---------------|-------------|

#### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

|     |           |                 |         |
|-----|-----------|-----------------|---------|
| Mme | Marceline | <b>EVRARD</b>   | Anglais |
| Mme | Lucie     | <b>MAILLARD</b> | Anglais |

#### **PROFESSEUR CERTIFIE**

|    |          |                     |         |
|----|----------|---------------------|---------|
| M. | Philippe | <b>DE LA GRANGE</b> | Anglais |
|----|----------|---------------------|---------|

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

|     |          |                |  |
|-----|----------|----------------|--|
| M.  | Mathieu  | <b>BOULIN</b>  | Pharmacie clinique                               |
| M.  | François | <b>GIRODON</b> | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |
| Mme | Evelyne  | <b>KOHLI</b>   | Immunologie                                      |
| M.  | Antonin  | <b>SCHMITT</b> | Pharmacologie                                    |

#### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

|     |          |                |                          |
|-----|----------|----------------|--------------------------|
| Mme | Amélie   | <b>CRANSAC</b> | Pharmacie clinique       |
| M.  | Philippe | <b>FAGNONI</b> | Pharmacie clinique       |
| M.  | Marc     | <b>SAUTOUR</b> | Botanique et cryptogamie |

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Professeur Sylvain MANFREDI

Membres : Docteur Thibault DEGAND  
Docteur Ludivine ROSSIN  
Docteur Vincent DANCOURT

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

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

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

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

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

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

# REMERCIEMENTS

---

## **Aux membres du jury**

A mon président du Jury Monsieur le Professeur Sylvain MANFREDI, je vous remercie pour tout le soutien que vous m'avez apporté depuis le tout début de ce travail dont vous êtes l'un des instigateurs.

A mon directeur de thèse Docteur Thibault DEGAND, je te remercie pour ton accompagnement et ta patience qui ont fini par payer après de longues années.

A Dr Vincent DANCOURT, je vous remercie de votre implication dès le début de ce travail, sans vous rien n'aurait été possible.

A Dr Ludivine ROSSIN, je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Ton implication dans la prévention a été très inspirante pour moi.

**A Precillia** qui a réalisé une partie des statistiques de ce travail, je te remercie.

**A ma tutrice** Dr Maryline Blanc, je vous remercie pour votre accompagnement dès mon arrivée en médecine générale.

**A tous mes maîtres de stages** qui m'ont énormément appris tout au long de ces 3 années : Emilie, Camille, Pepi, Claudine et Philippe, Ludivine, Amine, Dr Tenenbaum, tous les médecins des urgences du Creusot, Dr Teruel, Dr Duclos et Dr Guyenne Chambru.

**A toute l'équipe du Renouveau** qui a su me donner le goût pour l'addictologie et l'envie de continuer à travailler dans la bonne humeur.

**Aux médecins hépato-gastroentérologues** du CHU de Dijon, je vous remercie de m'avoir appris à être interne et pour votre bienveillance et accompagnement quand j'ai réalisé mon droit au remord.

## **A ma famille**

A Steven qui m'accompagne et me soutient depuis le tout début de mes études. Toi aussi tu devrais être diplômé.

A mes parents qui m'ont donné les moyens de réussir même s'il n'y croyaient pas au début et qui m'ont accordé tout leur soutien.

A ma sœur Carole, sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Tu as su me donner la confiance pour tenter l'aventure médecine. Je te dois aussi quelques statistiques de cette thèse et une relecture très rigoureuse.

A mon beau-frère Bruno qui me connaît depuis toujours et qui a aussi relu avec attention ma thèse.

A ma sœur Oriane qui me connaît par cœur et qui m'a toujours épaulée. Grâce à toi je garderai toujours les pieds sur terre. Tu m'as beaucoup aidé pour finaliser ma thèse, je t'en remercie et j'en suis sûre les lecteurs aussi.

A mon frère Raphaël qui avait hâte de pouvoir me demander des arrêts de travail mais qui n'en aura pas...

### **A mes amis**

A mes amis de PACES avec qui j'ai partagé le tout début de cette aventure et sans qui je ne serais pas restée saine d'esprit tout ce temps. Je vous remercie d'avoir rendu ces années plus que supportables et les suivantes encore plus belles.

A mes amis de la faculté de médecine de Toulouse , je vous remercie pour ces nombreuses années très festives et parfois studieuses. Grâce à vous ces années sont passées en un éclair.

A mes amies de la fac de Dijon, je vous remercie de votre soutien durant ces 3 années en terre inconnue et pour ces longues séances de travail qui ont fini par payer de toute évidence.

A tous les co-internes et amis que j'ai pu croiser durant mon parcours, je vous remercie pour votre soutien et de m'avoir appris la confraternité que j'espère conserver durant ma carrière à venir.

# TABLE DES MATIERES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>ARTICLE</b> .....   | <b>13</b> |
| I. INTRODUCTION :.....   | 14        |
| 1) <i>Épidémiologie du cancer colorectal</i> :.....                                    | 14        |
| 2) <i>Le dépistage organisé du cancer colorectal</i> :.....                            | 14        |
| 3) <i>Participation au DOCCR</i> :.....  | 15        |
| II. MATERIEL ET METHODE.....   | 16        |
| 1) <i>Population</i> .....   | 16        |
| 2) <i>Méthode</i> .....  | 16        |
| i. Entretiens semi dirigés.....  | 16        |
| ii. Questionnaire.....   | 17        |
| iii. Diffusion du questionnaire.....   | 17        |
| 3) <i>Analyse statistique</i> .....  | 18        |
| III. RESULTATS.....  | 18        |
| 1) <i>Caractéristiques de la population étudiée</i> .....                              | 18        |
| 2) <i>Connaissances sur le dépistage organisé du cancer colorectal</i> .....           | 21        |
| 3) <i>Formation</i> .....  | 24        |
| 4) <i>L'information des patients et les freins au dépistage</i> .....                  | 24        |
| 5) <i>Le dépistage en pratique</i> .....   | 25        |
| 6) <i>Améliorations envisagées par les médecins</i> .....                              | 27        |
| IV. DISCUSSION :.....  | 27        |
| 1) <i>Connaissances des médecins</i> .....   | 27        |
| 2) <i>Formation des médecins</i> .....   | 29        |
| 3) <i>Patients vus par les médecins</i> .....  | 29        |
| 4) <i>Pratiques actuelles des médecins généralistes en BFC à propos du DOCCR</i> ..... | 30        |
| 5) <i>Propositions d'améliorations</i> .....   | 31        |
| i. <i>Auprès des médecins généralistes</i> .....                                       | 31        |
| ii. <i>Auprès des gastroentérologues</i> .....   | 32        |
| iii. <i>Par les structures de dépistage</i> .....                                      | 33        |
| 6) <i>Faiblesses de l'étude</i> .....  | 35        |
| V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....   | 36        |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>39</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....   | <b>41</b> |

## TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

---

### **Tableaux**

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1 : Répartition des médecins généralistes interrogés en entretien en fonction du sexe, de l'ancienneté d'installation, de la quantité de tests délivrés lors de la campagne 2019/2020 et de la zone d'installation. .... | 16 |
| Tableau 2 : Données utilisées pour l'envoi des mails, base de données du CRCDC BFC qui leur est fournie par la CPAM.....   | 17 |
| Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée .....  | 19 |
| Tableau 4 : Répartition des départements d'externat, d'internat et d'exercice actuel.....  | 20 |
| Tableau 5 : L'information des patients selon les médecins interrogés.....  | 25 |

### **Figures**

|  |    |
|--|----|
| Figure 1 : Nombre de réponses au questionnaire par département. ....   | 18 |
| Figure 2 : Taux de participation des patients au DOCCR estimé par les médecins répondants en France, Bourgogne-Franche-Comté et dans leur patientèle ..... | 22 |
| Figure 3 : Taux de réalisation des coloscopies après test FIT positif estimé par les médecins répondants en France et en Bourgogne-Franche-Comté. ....     | 22 |

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

ADECA : Association pour le Dépistage des Cancers

ARS : Agence Régionale de Santé

AuRA : Auvergne-Rhône-Alpes

BFC : Bourgogne-Franche-Comté

CCR : Cancer colorectal

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRCDC : Centre Régional de Coordination de Dépistage des Cancers

DOCCR : Dépistage organisé du cancer colorectal

FIT : Test Immunologique Fécal

FMC : Formation médicale continue

INCa : Institut National du Cancer

PPP : Plan Personnalisé de Prévention

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

**Dépistage organisé du cancer colorectal en médecine  
générale en Bourgogne-Franche-Comté : étude de pratique  
régionale.**

# **I. Introduction :**

## **1) Épidémiologie du cancer colorectal :**

Le cancer colorectal (CCR) est le 3<sup>ème</sup> cancer le plus fréquent en France après les cancers de la prostate et du sein avec 43 582 nouveaux cas en 2023 (1) avec une prédominance masculine. Avec 17 100 décès en 2023 il est la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer en France après le cancer du poumon (2). Les cancers colorectaux se développent dans la majorité des cas à partir d'adénomes et leur évolution naturelle est généralement lente (10 à 15 ans) (3), ce qui rend le cancer colorectal particulièrement sensible au dépistage organisé.

## **2) Le dépistage organisé du cancer colorectal :**

En France, un test de dépistage de masse par recherche de sang dans les selles existe depuis 2002 (par test au gaiac, Hémocult II®) dans des départements pilotes et généralisé à l'ensemble du territoire depuis 2009. Il a été remplacé en 2015 par un test immunochimique fécal (FIT). Une amélioration de 20% de la participation au dépistage organisé du CCR (DOCCR) était attendu avec le passage au test FIT, plus simple de réalisation (4). Or le taux de participation national est passé de 29.5% lors de la campagne 2013/2014 à 33.1% en 2016/2017 après passage au FIT, soit une augmentation de 12,2% seulement.

Auparavant la gestion du dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) était assurée au niveau départemental par les Associations pour le dépistage des Cancers. En 2019, face à la nécessité de la rationalisation des dépenses, les Centre Régionaux de Coordination de Dépistage des Cancers (CRCDC) sont créés avec une organisation régionale (5).

Le dépistage organisé du cancer colorectal est proposé tous les 2 ans à toute la population à risque modéré de cancer colorectal, à savoir les hommes et les femmes de 50 à 74 ans révolus (6) et asymptomatiques. Ainsi tous les patients symptomatiques ou ayant des antécédents personnels ou familiaux de CCR ainsi que des prédispositions génétiques rentrent dans les catégories de risque élevé et très élevé et doivent alors bénéficier d'un dépistage individuel (6). Le médecin généraliste est l'intervenant principal dans la diffusion du kit de dépistage. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2022 il est possible, après réception de l'invitation, de commander son kit de dépistage sur internet pour le recevoir par voie postale ou bien encore, depuis le 11 avril 2022, de l'obtenir auprès de son pharmacien. Il est également possible d'obtenir un test sans invitation préalable. Toutes ces nouvelles mesures visent à améliorer la participation des patients au DOCCR. Les médecins généralistes s'approvisionnent en kits de dépistage en les commandant sur le site internet Améli-pro principalement.

Si le résultat du test est positif, dans environ 4% des cas (7), les patients doivent réaliser une coloscopie. Le taux de réalisation de coloscopie après test FIT positif était de 73% en France et de

79,1 % en Bourgogne-Franche-Comté en 2020. Lors de ces coloscopies, 8% de cancer colorectaux et jusqu'à 40% d'adénomes avancés sont retrouvés. Avec une participation de 30% environ 2600 décès par cancer colorectal sont évités chaque année en France, 6 600 décès pourraient être évités avec une participation de 65%.

La Société Française d'Endoscopie Digestive recommande un temps maximal de 45 jours (1,5mois) entre un test FIT positif et la coloscopie de dépistage mais une étude récente a montré qu'il n'existait pas de majoration de risque de cancers colorectaux ou d'adénomes avancés si la coloscopie était réalisée dans les 6 mois après un test FIT positif (8).

Après la réalisation d'une coloscopie négative faite suite à un test FIT positif, les patients à risque moyen de CCR pourront reprendre les tests de dépistage organisé après 5 ans s'il n'existe aucune indication à poursuivre le suivi par coloscopie.

### 3) Participation au DOCCR :

Bien que la région Bourgogne-Franche-Comté (BFC) fasse partie des régions ayant un taux de participation au-dessus de la moyenne nationale française en matière de DOCCR avec 38.4% de participation lors de la campagne 2020/2021 contre 34.6% au niveau national, les chiffres restent bien inférieurs au taux européen minimum acceptable de 45% (9). Pour exemple, le taux de participation européen le plus haut est détenu par les Pays-Bas avec 68,2% de participation en 2014 (évalué sur 2 régions pilotes) au lancement d'un programme de dépistage avec lui aussi un test FIT(10) tous les 2 ans de 55 à 75 ans (10). Les antécédents personnels et familiaux ne sont pas considérés dans l'éligibilité au test.

Notre étude sur la région BFC vise à comprendre les facteurs limitant la participation au DOCCR du point de vue du médecin généraliste et proposer des améliorations afin d'augmenter la participation des patients.

## II. Matériel et méthode

### 1) Population

La population étudiée est l'ensemble des médecins généralistes exerçant en Bourgogne-Franche-Comté. Le département de la Nièvre co-géré par les CRCDC BFC et AuRA (Auvergne Rhône-Alpes) n'a pas été inclus dans notre étude.

### 2) Méthode

#### *i. Entretiens semi dirigés*

Dans un premier temps, des entretiens structurés ont été réalisés avec un faible échantillon de médecins généralistes de Côte d'Or sélectionnés à partir des données du CRCDC BFC. Les 32 médecins généralistes de Côte d'Or composant cet échantillon ont été choisis puis classés en 16 sous-groupes de 2 médecins (cf Tableau 1) selon les critères suivants : le sexe, l'ancienneté d'installation (avant 2005 considérés comme anciennement installés ou après 2010 considérés comme nouvellement installés), la quantité de tests délivrés lors de la campagne de 2019/2020 en prenant le chiffre arbitraire de 100 tests pour différencier les « gros » des « petits » prescripteurs, et la zone d'installation rurale ou urbaine.

Les 32 personnes présélectionnées ont été contactées soit par mail, soit par téléphone directement ou par l'intermédiaire de leur secrétariat.

Treize entretiens semi-dirigés ont été réalisés de novembre 2021 à janvier 2022 dont 11 en présentiel et 2 téléphoniques avec un questionnaire à réponses ouvertes. Le questionnaire proposé en entretiens comportait différentes catégories de questions dont l'état des lieux des connaissances, la formation, l'information des patients et le dépistage en pratique. (cf annexe 1 : questionnaire entretiens semi-dirigés).

La dernière question qui leur était posée lors des entretiens, concernait la forme sous laquelle les médecins souhaitaient recevoir le second questionnaire. Ils avaient répondu à l'unanimité par mail.

*Tableau 1 : Répartition des médecins généralistes interrogés en entretien en fonction du sexe, de l'ancienneté d'installation, de la quantité de tests délivrés lors de la campagne 2019/2020 et de la zone d'installation.*

|        | Urbain              |              |             | Rural               |             |              |
|--------|---------------------|--------------|-------------|---------------------|-------------|--------------|
|        | Date d'installation | Tests > 100  | Tests < 100 | Date d'installation | Tests > 100 | Tests < 100  |
| Hommes | < 2005              | 0            | 1 entretien | < 2005              | 1 entretien | 1 entretien  |
|        | >2010               | 1 entretien  | 0           | >2010               | 1 entretien | 0            |
| Femmes |                     | Tests > 100  | Tests < 100 |                     | Tests > 100 | Tests < 100  |
|        | < 2005              | 1 entretien  | 1 entretien | < 2005              | 1 entretien | 0            |
|        | >2010               | 2 entretiens | 1 entretien | >2010               | 0           | 2 entretiens |

## ii. Questionnaire

Les réponses aux questions recueillies en entretien ont permis, dans un second temps, de valider et d'améliorer un second questionnaire qui contenait des réponses à choix uniques ou multiples (cf annexe 2 : questionnaire à diffuser).

Ce questionnaire comportait différentes parties dont : les caractéristique de la population étudiée, l'état des lieux des connaissances sur le DOCCR, la formation, puis deux sous-sections en fonction de la délivrance ou non des kits de dépistage.

## iii. Diffusion du questionnaire

Toutes les demandes de diffusion du questionnaire faites à l'ARS, la CPAM, l'URPS et le Conseil de l'Ordre Régional des Médecins de BFC sont restées sans réponse ou ont été refusées. Quatre ordres des médecins départementaux sur 8 ont répondu favorablement à la demande de diffusion mais le mode de diffusion proposé était hétérogène entre département et à notre sens insuffisant pour obtenir une visibilité du questionnaire.

Le questionnaire a finalement été diffusé par mail, directement par le CRCDC BFC en accord avec le RGPD, grâce à une base de données interne au CRCDC fournie par la CPAM. Cette base de données comportait de nombreuses informations erronées ou manquantes (cf Tableau 2).

Tableau 2 : Données utilisées pour l'envoi des mails, base de données du CRCDC BFC qui leur est fournie par la CPAM.

| Département                | Nombre de mails disponibles | Nombre de mails invalides | Nombre de mails valides | Nombre de mails inexistantes | Nombre de médecins généralistes (toutes activités confondues) par département en 2021 * |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|------------------------------|---|
| Côte d'Or (21)             | 370                         | 33                        | 337                     | 203                          | 1195  |
| Doubs (25)                 | 550                         | 5                         | 545                     | 35                           | 1199  |
| Jura (39)                  | 224                         | 1                         | 223                     | 14                           | 516   |
| Haute-Saône (70)           | 197                         | 3                         | 194                     | 17                           | 422   |
| Saône-et-Loire (71)        | 357                         | 1                         | 356                     | 35                           | 1021  |
| Yonne (89)                 | 112                         | 3                         | 109                     | 116                          | 538   |
| Territoire de Belfort (90) | 57                          | 1                         | 56                      | 62                           | 267   |
| Total                      | 1867                        | 47                        | 1820                    | 482                          | 5158  |

\* données fournies par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins BFC

Trois envois de mails ont été réalisés directement depuis le CRCDC :

-le premier envoi a eu lieu le vendredi 28 octobre 2022. A cause d'une inadéquation entre le nombre de mails à envoyer et les capacités d'envoi, seulement 200 mails environ ont été envoyés sur les 1867 initialement prévus et 37 réponses ont été enregistrées juste avant le second envoi.

-la première relance a eu lieu le lundi 14 novembre 2022. Après rectification de l'inadéquation du précédent envoi, la totalité des mails a pu être envoyée et 194 réponses au total ont été reçues à l'issue de cet envoi.

-une dernière relance a été faite le lundi 5 décembre 2022.

La collecte des données a été interrompue le lundi 19 décembre 2022 à 12h00 avec au total 244 réponses.

### 3) Analyse statistique

Les réponses au questionnaire ont été recueillies par formulaires google form puis les données ont été converties en Excel. L'analyse statistique a été réalisée par une interne de santé publique avec le logiciel Sas v9.4. Les variables qualitatives ont été rapportées en utilisant les fréquences et proportions.

## III. Résultats

### 1) Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons collecté au total 244 réponses au questionnaire google form. 243/244 médecins interrogés distribuaient des kits de dépistage. Celui ayant déclaré ne pas délivrer de kits à la question 27 du questionnaire a été automatiquement redirigé à la section 2 du questionnaire (question 52) pour justifier l'absence de délivrance de kit. Il est donc exclu de l'analyse des questions 28 à 51 incluse. Celui qui n'en distribuait pas l'a justifié en expliquant faire partie de SOS médecin et donc ne pas être médecin traitant.

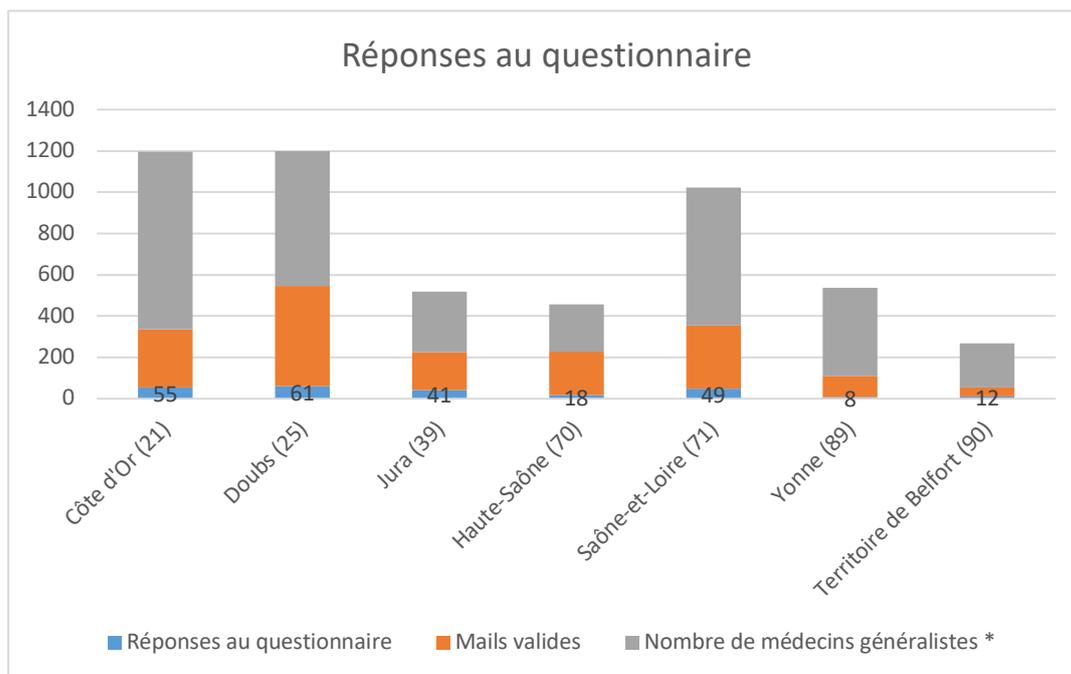


Figure 1 : Nombre de réponses au questionnaire par département.

\*Toutes activités confondues. Données 2021 fournies par le CROM BFC

Les médecins répondants étaient majoritairement des femmes (60%), la moyenne d'âge, tous sexes confondus, était de 45 ans, le nombre moyen d'années d'exercice était de presque 15 ans, 99% d'entre eux étaient installés et non remplaçants, 86% étaient en libéral uniquement et près de 14% en activité mixte. Les médecins étaient maîtres de stage universitaires pour 42% d'entre eux (cf tableau 3).

Les répondants avaient principalement réalisé leur externat dans le Doubs (41,8%) et en Côte d'Or (28,7%), tout comme l'internat (38,5% dans le Doubs et 22,5% en Côte d'Or). De plus, ils travaillaient principalement dans le Doubs, en Côte d'Or et en Saône et Loire (cf figure 1 et tableau 4) là où le nombre de médecins généralistes et de mails disponibles étaient les plus importants (cf tableau 2 et figure 1)

Tableau 3 : Caractéristiques de la population étudiée

| Caractéristiques                         | Nombres ou pourcentages |
|--|-------------------------|
| Nombre de répondants                     | 244                     |
| Age moyen (en années)                    | 45,2                    |
| Age médian (en années)                   | 40                      |
| Sexe :                                   |                         |
| -Hommes                                  | 97 (39,8%)              |
| -Femmes                                  | 147 (60,2%)             |
| Nombre d'années d'exercice (en années) : |                         |
| -moyen                                   | 14,9                    |
| -médian                                  | 12                      |
| Mode d'activité :                        |                         |
| -Activité libérale                       | 210 (86,1%)             |
| -Activité salariée                       | 1 (0,4%)                |
| -Activité mixte                          | 33 (13,5%)              |
| Installés                                | 242 (99,2%)             |
| Remplaçants                              | 2 (0,8%)                |
| Maîtres de stage universitaire           | 104 (42,6%)             |

Tableau 4 : Répartition des départements d'externat, d'internat et d'exercice actuel

| Département principal d'externat | Total en nombre | Total en % |
|----------------------------------|-----------------|------------|
| Hors France                      | 2               | 0,8%       |
| 13 (Bouches-du-Rhône)            | 1               | 0,4%       |
| 21 (Côte d'Or)                   | 70              | 28,7%      |
| 25 (Doubs)                       | 102             | 41,8%      |
| 27 (Eure)                        | 1               | 0,4%       |
| 30 (Gard)                        | 2               | 0,8%       |
| 31 (Haute-Garonne)               | 1               | 0,4%       |
| 35 (Ille-et-Vilaine)             | 2               | 0,8%       |
| 37 (Indre-et-Loire)              | 1               | 0,4%       |
| 42 (Loire)                       | 1               | 0,4%       |
| 44 (Loire-Atlantique)            | 1               | 0,4%       |
| 51 (Marne)                       | 3               | 1,2%       |
| 54 (Meurthe-et-Moselle)          | 8               | 3,3%       |
| 57 (Moselle)                     | 1               | 0,4%       |
| 59 (Nord)                        | 3               | 1,2%       |
| 63 (Puy-de-Dôme)                 | 1               | 0,4%       |
| 67 (Bas-Rhin)                    | 5               | 2,0%       |
| 69 (Rhône)                       | 22              | 9,0%       |
| 70 (Haute-Saône)                 | 1               | 0,4%       |
| 71 (Saône-et-Loire)              | 3               | 1,2%       |
| 75 (Paris)                       | 10              | 4,1%       |
| 76 (Seine-Maritime)              | 1               | 0,4%       |
| 86 (Vienne)                      | 1               | 0,4%       |
| 87 (Haute-Vienne)                | 1               | 0,4%       |
| Département principal d'internat | Total en nombre | Total en % |
| Pas d'internat réalisé           | 17              | 7,0%       |
| Hors France                      | 2               | 0,8%       |
| 13 (Bouches-du-Rhône)            | 2               | 0,8%       |
| 14 (Calvados)                    | 1               | 0,4%       |
| 21 (Côte d'Or)                   | 55              | 22,5%      |
| 25 (Doubs)                       | 94              | 38,5%      |
| 29 (Finistère)                   | 2               | 0,8%       |
| 33 (Gironde)                     | 2               | 0,8%       |
| 34 (Hérault)                     | 1               | 0,4%       |
| 35 (Ille-et-Vilaine)             | 2               | 0,8%       |
| 37 (Indre-et-Loire)              | 1               | 0,4%       |
| 38 (Isère)                       | 2               | 0,8%       |
| 39 (Jura)                        | 9               | 3,7%       |
| 42 (Loire)                       | 3               | 1,2%       |
| 44 (Loire-Atlantique)            | 2               | 0,8%       |
| 51 (Marne)                       | 1               | 0,4%       |
| 54 (Meurthe-et-Moselle)          | 3               | 1,2%       |

| Suite département principal d'internat | Total en nombre | Total en % |
|--|-----------------|------------|
| 57 (Moselle)                           | 1               | 0,4%       |
| 59 (Nord)                              | 3               | 1,2%       |
| 67 (Bas-Rhin)                          | 6               | 2,5%       |
| 68 (Haut-Rhin)                         | 1               | 0,4%       |
| 69 (Rhône)                             | 14              | 5,7%       |
| 70 (Haute-Saône)                       | 1               | 0,4%       |
| 71 (Saône-et-Loire)                    | 10              | 4,1%       |
| 75 (Paris)                             | 5               | 2,0%       |
| 86 (Vienne)                            | 1               | 0,4%       |
| 89 (Yonne)                             | 2               | 0,8%       |
| 974 (La Réunion)                       | 1               | 0,4%       |
| Département d'exercice                 | Total en nombre | Total en % |
| 21 (Côte d'Or)                         | 55              | 22,5%      |
| 25 (Doubs)                             | 61              | 25,0%      |
| 39 (Jura)                              | 41              | 16,8%      |
| 70 (Haute-Saône)                       | 18              | 7,4%       |
| 71(Saône-et-Loire)                     | 49              | 20,1%      |
| 89 (Yonne)                             | 8               | 3,3%       |
| 90 (Territoire de Belfort)             | 12              | 4,9%       |

## 2) Connaissances sur le dépistage organisé du cancer colorectal

### ◆ **Connaissances relatives à la participation et à la pratique du dépistage**

Lorsqu'on interroge les médecins sur le taux de participation au DOCCR (cf figure 2), 27,9% estiment qu'il se situe entre 30 et 40% en France et 25% estiment qu'il se situe dans la même tranche en BFC. Pour 17,6% et 15,9% des médecins, le taux de participation se situe entre 40 et 50% respectivement en France et en BFC. Les médecins estiment pour 30,3% d'entre eux que le taux de participation se situe entre 50 et 65% en France contre 32,4% en BFC et 16,7% et 20,1% des médecins répondants pensent que le taux de participation se situe entre 65% et 95% respectivement en France et en BFC (cf figure 2).

Si on interroge les médecins sur la participation de leur patientèle au DOCCR, les taux sont plus élevés que les taux en France et BFC, en effet 2,5% des médecins pensent que la participation de leur patientèle se situe entre 10 et 30%, 8,2% entre 30 et 40% de participation, 14,3% entre 40 et 50%, 38,5% entre 50 et 65% et 36,5% entre 65 et 95% (cf figure 2).

Soixante-neuf pourcent des médecins interrogés estiment que la participation de leur patientèle au DOCCR est supérieure à la participation nationale, 84% pense qu'elle est supérieure à la participation en BFC et 58% estiment qu'elle est supérieure à la participation nationale et en BFC.

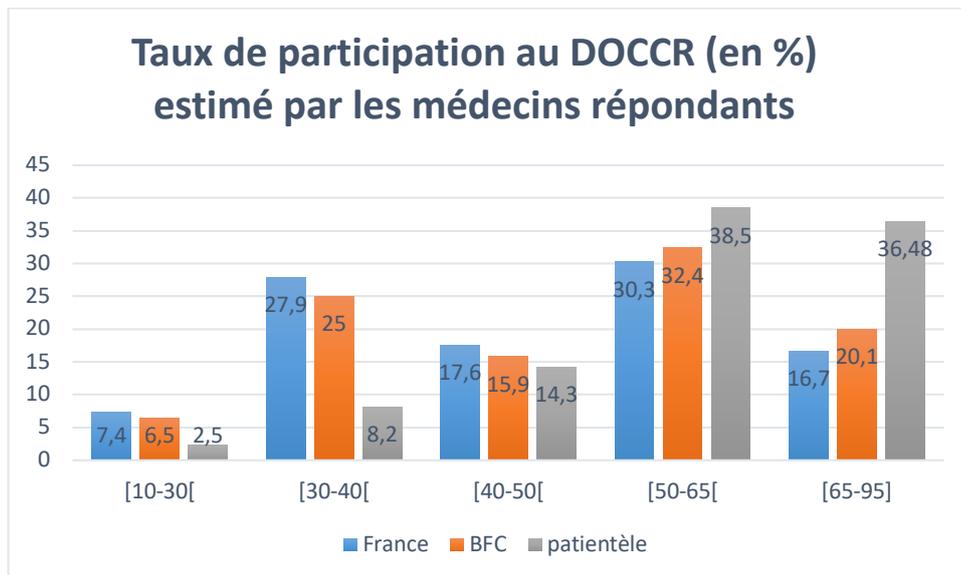


Figure 2 : Taux de participation des patients au DOCCR estimé par les médecins répondants en France, Bourgogne-Franche-Comté et dans leur patientèle

Le taux de réalisation des coloscopies après test FIT positif en BFC était estimé inférieur à 50% pour 10,2% des médecins interrogés, entre 50 et 80% pour 26,2% des médecins, entre 80 et 90% pour 29,5% des médecins et supérieur à 90% pour 34,1% des médecins interrogés (cf figure 3).

Le taux de réalisation des coloscopies après test FIT positif en France était estimé inférieur à 50% pour 10,2% des médecins interrogés, entre 50 et 80% pour 29,6% des médecins, entre 80 et 90% pour 27,9% des médecins et supérieur à 90% pour 32,4% des médecins interrogés (cf figure 3).

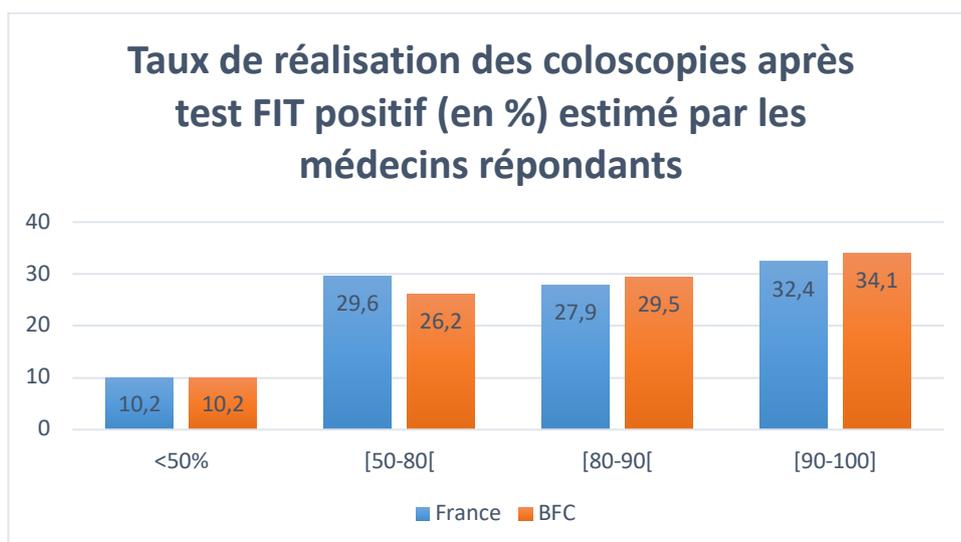


Figure 3 : Taux de réalisation des coloscopies après test FIT positif estimé par les médecins répondants en France et en Bourgogne-Franche-Comté.

Pour 16% des répondants, la coloscopie devrait être réalisée dans les 1,5 mois qui suivent un test FIT positif, dans les 2 mois pour 27%, dans les 3 mois pour 41%, dans les 4 mois pour 5,3%, dans les 6 mois pour 7,8% et enfin pour 0,8% dans un délai de 12 mois suivant un test FIT positif.

Pour 2,5% des médecins, les coloscopies après test positif dans leur patientèle sont réalisées dans le mois suivant le résultat du test, pour 16,5% dans les 2 mois, pour 24,3% dans les 3 mois, pour 19,3% dans les 4 mois, pour 7,8% dans les 5 mois, 24,3% dans les 6 mois et 5,3% dans les 12 mois.

#### ◆ **Connaissances sur les patients ciblés par le dépistage**

La grande majorité des médecins répondants (84%) affirment savoir que le test hémocult® a été remplacé en 2015 par le test FIT. L'âge cible du DOCCR de 50 à 74 ans est connu de 231 des répondants soit 94,7% d'entre eux. Presque 96% savaient que le délai prévu entre 2 tests de dépistage est de 2 ans.

Pour 24,6% des médecins interrogés, le taux de positivité du test FIT se situe entre 0 et 5% et pour 65,5% entre 5 et 15%.

Les médecins interrogés savent qu'un antécédent personnel d'adénome ou de CCR n'est pas une indication au dépistage organisé pour 87,7% d'entre eux. Seulement 67% savent qu'un antécédent au premier degré de CCR ou d'adénome de plus de 10 millimètres avant 60 ans ou plusieurs antécédents familiaux au premier degré de CCR ou d'adénome de plus de 10mm quel que soit l'âge doivent faire proposer un dépistage personnalisé. Les répondants ne savent pas qu'un antécédent de Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin est aussi une non-indication au DOCCR pour 27,1% d'entre eux.

Près de 40% des médecins interrogés ne reconnaissent pas une coloscopie datant de moins de 5 ans comme une non-indication au DOCCR, tout comme 53% des médecins répondants pour une coloscopie de moins de 3 ans.

Seulement 21 médecins sur 244 soit 8,6% connaissent toutes les non-indications du DOCCR.

#### ◆ **Connaissances générales sur le dépistage et campagnes menées**

Concernant les connaissances sur les campagnes de communication à propos du DOCCR, 55,6% des médecins interrogés n'ont pas connaissance de « Mars bleu ».

Lorsqu'on interroge les médecins sur le coordinateur du DOCCR au niveau local, pour 32,9% c'est le Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers (CRCDC) et pour 46,1% l'Association pour le Dépistage des Cancers (ADECA). L'âge moyen des répondants n'est pas très différent pour les deux réponses (44,8 ans pour le CRCDC et 46,2 ans pour ADECA).

### 3) Formation

Près de 43% des médecins déclarent n'avoir reçu aucune formation au dépistage du cancer colorectal lors de leur formation initiale et 50% lors de leur formation continue. Aussi, 19,7% estiment n'avoir reçu aucune formation ni en initial, ni en continu.

Durant la formation initiale lors de l'externat et de l'internat, 27,9% des médecins déclarent avoir été formés au dépistage du cancer colorectal en cours magistraux, 6,6% en stage hospitalier, 43,5% en stage chez le médecin généraliste et 8,2% durant des cours dédiés à la prévention. Plusieurs réponses étaient possibles.

Lors de la formation continue en post internat, 12,3% estiment être formés au DOCCR par les délégués de l'assurance maladie, 13,5% avec les pairs lors de réunions de FMC, 18% par des revues médicales et 16% par des réunions d'information organisées par le coordinateur du dépistage du CCR au niveau local.

Près de 2/3 des médecins interrogés (63,5%) estiment être bien formés.

Pour améliorer la formation des médecins généralistes sur le DOCCR, 25,4% des médecins interrogés souhaitaient remettre en place les réunions d'informations locales, 15,5% en parler dans les revues, 59,4% recevoir les dernières recommandations par mail, 18,9% faire des formations continues en visioconférence au sujet du dépistage et de la prévention et 30,7% faire passer les délégués de l'assurance maladie.

A propos des motivations des médecins à faire participer leurs patients au DOCCR, pour 99,2% des médecins interrogés soit 242/244 médecins, la prévention est un des rôles fondamentaux des médecins généralistes. Pour 13,9% un antécédent personnel ou familial de CCR chez les médecins les incite à proposer le dépistage. Et pour 4,1% la rémunération par les ROSP est un facteur motivant.

### 4) L'information des patients et les freins au dépistage

Près de la moitié des médecins interrogés (49,4%) pensent que les patients sont bien informés sur la pratique du test, 40,3 % pensent que non et 10,3% a répondu « je ne sais pas ». Les patients sont bien informés sur les intérêts personnels du DOCCR d'après 41,6% des médecins répondants, 51% pensent que non et 7,4% a répondu « je ne sais pas ». D'après les médecins interrogés, les patients sont bien informés sur les intérêts collectifs du DOCCR pour 16%, 74,9% pensent que non et 9,1% a répondu « je ne sais pas » (Tableau 5).

Tableau 5 : L'information des patients selon les médecins interrogés

|                             | Bien informés | Mal informés | Je ne sais pas |
|-----------------------------|---------------|--------------|----------------|
| Pratique du test            | 49,4%         | 40,3%        | 10,3%          |
| Intérêts personnels du test | 41,6%         | 51,0%        | 7,4%           |
| Intérêts collectifs du test | 16,0%         | 74,9%        | 9,1%           |

Selon 26,7% des médecins interrogés, les patients parlent spontanément « souvent » du DOCCR, « parfois » pour 51,9%, « très rarement » pour 19,8% et « jamais » pour 1,6%.

Les patients consultent uniquement pour le DOCCR, « souvent » pour 1,6% des médecins, « parfois » pour 29,6%, « très rarement » pour 33,7% et « pas du tout » pour 35% des médecins interrogés

Si on interroge les médecins sur les freins qu'ils identifient à la participation des patients au DOCCR, 73,8% ont sélectionné la peur d'un résultat positif, 63,1% la peur du diagnostic de cancer alors qu'ils vont bien, 63,1% la procrastination, 61,5% la nécessité de réalisation d'une coloscopie en cas de test positif, 55,3% la manipulation des selles pour réaliser le test, 49,2% un souhait de ne pas savoir, 29,9 % une mauvaise information des patients, 16,8% des convictions personnelles, 7,6% la difficulté d'accepter d'entrer dans une tranche d'âge à risque, 8,6% l'absence de régularité dans l'envoi des invitations au dépistage et 6,6% un test trop compliqué à réaliser.

### 5) Le dépistage en pratique

Les médecins déclarent délivrer un kit de dépistage lorsque le patient présente une invitation au dépistage organisé pour 85,7% d'entre eux, 68,4% lors d'une consultation de suivi si le dernier test a été réalisé il y a plus de 2 ans, lors de n'importe quelle consultation dès que le patient a plus de 50 ans pour 60,7% des médecins et 46,7% lors d'un point sur la prévention lors d'une première consultation,

Les médecins estiment que le temps moyen supplémentaire estimé pour délivrer un test de dépistage est de 4,1 minutes.

Les médecins se procurent les tests de dépistage en les commandant via Améli-pro pour 96,7% d'entre eux, 2,5% les commandent directement auprès du CRCDC et 0,8% utilisent les deux moyens.

Les médecins déclarent ne jamais manquer de kits de dépistage pour 22,2% d'entre eux, pour 26,7% c'est déjà arrivé une fois, pour 29,2% parfois lorsque tous les patients reçoivent l'invitation

en même temps, pour 4,9% cela arrive tous les 2 ans, tous les ans pour 11,1% et plusieurs fois par an pour 5,8%.

Plus de la moitié des médecins (51,4%) savent qu'il est possible de connaître la participation de leur patientèle au DOCCR.

Pour 92,6% des médecins interrogés le délai de rendu des résultats des tests FIT par le laboratoire est « correcte », « un peu trop long » pour 6,6% et « beaucoup trop long » pour 0,8%.

Lorsque l'on interroge les médecins sur leur attitude après avoir reçu un test FIT positif, 4,1% attendent que le patient revienne consulter pour en discuter, et 7% attendent que le patient revienne consulter pour en discuter mais ont créé une alerte dans le dossier et rappelleront le patient s'il n'a pas consulté dans un certain délai. Les médecins ont informé le patient au préalable de la nécessité de reconsulter en cas de test positif pour 10,7% d'entre eux. 56,8% recontactent le patient pour lui demander de venir consulter pour rédiger un courrier d'adressage au gastro-entérologue, 13,2% demandent de prendre rendez-vous directement chez le gastro-entérologue avec un courrier d'adressage qu'ils rédigent mais sans le revoir en consultation. 8,2% des médecins prennent eux-mêmes ou leur secrétaire le rendez-vous pour le patient chez un gastroentérologue de leur réseau.

Pour 3,7% des médecins interrogés le délai de réalisation de la coloscopie est parfait, raisonnable pour 34,2%, un peu trop long pour 40,7% et beaucoup trop long pour 21,4%.

Il n'est pas nécessaire d'améliorer le délai de réalisation de la coloscopie après test FIT positif pour 9,8% des médecins interrogés. Pour ceux qui pensent qu'une amélioration est nécessaire, 61,5% souhaiteraient voir augmenter le nombre de gastro-entérologues, 40,6% pensent à une filière dédiée hospitalière ou en clinique, 36,5% à des astreintes ou créneaux de gastro-entérologie dédiés à la prise en charge de ces tests positifs, et 16% souhaitent avoir une liste de contacts de gastro-entérologues joignables dans chaque département.

Si on interroge les médecins sur leur attitude face aux patients refusant le dépistage du cancer colorectal, 6,6% déclarent ne rien faire car c'est le choix du patient, 79,1% notent le refus dans le dossier, 67,6% leur en reparlent aux prochaines consultations pour tenter de les convaincre, 74,2% essayent de les informer et mieux les éduquer, 31,6% proposent à nouveau le dépistage à chaque consultation et 3,7% essayent de responsabiliser les patients en leur parlant du coût du dépistage.

## 6) Améliorations envisagées par les médecins

Concernant les améliorations à proposer auprès de la population cible afin d'améliorer la participation des patients au DOCCR, 74,6% des médecins interrogés pensent à des spots publicitaires à la télé, 51,6% à des spots publicitaires à la radio, 29,5% envisagent l'augmentation du nombre de rappels et de relances, et 11,1% des médecins proposent d'utiliser un dispositif qui recueillerait les selles directement et effectuerait le test, donc sans manipulation de selles. Pour 45,1% des médecins, sensibiliser par mail ou par SMS les patients qui vont rarement chez le médecin améliorerait la participation.

Un mois dédié au DOCCR comme octobre rose par exemple permettrait d'améliorer la participation des patients d'après 42,2% des médecins répondants.

Plus d'un quart des médecins interrogés (26,2%) pensent qu'envoyer les tests directement par courrier aux patients ou pour 16,4% des médecins, faire distribuer les tests par les pharmaciens, permettrait d'améliorer la participation des patients au DOCCR.

Pour améliorer la participation au DOCCR de façon globale, 69,3% des médecins pensent qu'il est nécessaire d'améliorer l'information des patients, 42,6% des médecins proposent d'intégrer des rappels dans les logiciels médicaux pour rappeler aux médecins de proposer le dépistage au moment indiqué, pour 38,9% des médecins il faut créer une période dédiée au DOCCR pour communiquer auprès du patient, pour 24,6% des répondants on pourrait envoyer le test de dépistage directement au domicile des patients et pour 6,6% des médecins interrogés le mois dédié au DOCCR serait important pour communiquer auprès du médecin.

Seulement 22% des médecins interrogés seraient favorables à la création de consultations dédiées à la prévention et prises en charge intégralement par la Sécurité Sociale quand on les interroge sur les interventions à mettre en place au niveau de la population cible. Or 56% des médecins sont favorables à une telle consultation vers l'âge de 50 ans quand on les interroge sur les améliorations globales à mettre en place.

## **IV. Discussion :**

### 1) Connaissances des médecins

La majorité des médecins (84%) ont déclaré savoir que le test de dépistage avait changé au profit du test FIT, or lors des entretiens semi-dirigés où la question n'avait pas été posée, une très grande partie des médecins appelaient toujours spontanément le test de dépistage Hémocult®, de même

que les patients qui associent encore ce nom au DOCCR. Insister sur le changement de la technique du test auprès des médecins et des patients pourrait provoquer une confusion.

La quasi-totalité des médecins répondants (94,7%) connaissant l'âge cible du DOCCR de 50 à 74 ans révolus, de même que le délai de 2 ans entre 2 tests de dépistage (96%). Or seulement 8,6% des médecins interrogés connaissent toutes les non-indications au DOCCR, ainsi plus de 90% des médecins répondants seraient susceptibles de délivrer un test de dépistage à un patient qui devrait bénéficier d'un dépistage individuel par coloscopie.

Les médecins semblent surestimer la participation des patients au DOCCR et pensent qu'il se situe plutôt entre 50 et 65% alors qu'il était de 34,6% en France et 38,5% en BFC lors de la campagne 2020/2021. Plus de la moitié des médecins (58%) estiment la participation de leur patientèle supérieure à la participation nationale et en BFC. Ils surestiment aussi le taux de réalisation des coloscopies après test FIT positif et l'estiment entre 90 et 100% pour la plus grande partie alors qu'il est de 73% en France et 79,1% en BFC. On observe une hétérogénéité dans la pratique des médecins après réception de résultat de test FIT positif puisque 56,8% des médecins recontactent le patient pour qu'il revienne consulter pour rédiger un courrier d'adressage au gastroentérologue. A cause de cette hétérogénéité, les médecins peuvent penser à tort que la coloscopie a été faite ce qui peut représenter une lacune dans l'organisation vers la coloscopie.

Près de deux tiers des médecins (65,5%) surestiment aussi le taux de positivité du test FIT, ils l'estiment situé entre 5 et 15%, ce qui pourrait inquiéter à tort ou à l'inverse motiver les patients s'ils donnent cette information lors de la délivrance du test. Il pourrait y avoir confusion entre le taux de positivité du test et le rendement de la coloscopie réalisée après test positif.

Seulement 16% des répondants sont en accord avec la Société Française d'Endoscopie et estiment que la coloscopie doit être réalisée dans les 1,5 mois suivant un test FIT positif. Pour plus de 99% des médecins interrogés, la coloscopie doit avoir été faite à 6 mois.

Une grande partie des médecins interrogés ne semblaient pas être au courant du changement de gestion du DOCCR de l'ADECA (46,1%) pour le CRCDC (32,9%). D'ailleurs le taux de réponse est très probablement surestimé pour le CRCDC car lors des entretiens semi-dirigés pour rédiger le questionnaire, aucun des médecins interrogés n'avait énoncé le CRCDC comme coordinateur local. Cette méconnaissance provient-elle d'une confusion entre les différents organismes de dépistage ou d'un manque de clarté dans l'organisation française du dépistage ?

## 2) Formation des médecins

La moitié des médecins a déclaré n'avoir reçu aucune formation en post internat, ainsi que 43% en formation initiale et 19,7% n'auraient reçu aucune formation ni en initial ni en continu. Il existe une incohérence entre la réalité de la non-formation déclarée et la perception de connaissance puisque 63,5% des médecins interrogés estiment être bien formés. On pourrait imaginer que cette forme de connaissance et de formation a été acquise sur le tas.

En formation initiale, les médecins déclarent se former plus en stage chez le médecin généraliste (43,5%) qu'en milieu hospitalier (6,6%). Aussi les cours magistraux semblent un moyen de formation assez fréquent (27,9%) mais ces cours semblent rarement dédiés à la prévention (8,2%). Cela souligne l'importance des stages auprès des médecins généralistes pour se former à la prévention et la nécessité de renforcer les cours dédiés à la prévention.

Concernant la formation continue après l'internat, les moyens de formation déjà utilisés ne paraissent pas faire consensus. Ainsi tous ces différents canaux disponibles doivent être utilisés pour améliorer la formation.

Afin d'améliorer la formation continue, il semblerait que les médecins préfèrent les solutions rapides et dématérialisées de mise à jour des connaissances, surtout en recevant les dernières recommandations par mail (59,4%), plus que par visioconférence (18,9%) ou par lecture de revues (15,5%) probablement plus chronophages. Tout de même, la formation en présentiel paraît aussi importante car 30,7% des médecins pensent qu'il serait intéressant de faire passer les délégués de l'assurance maladie et 25,4% des médecins interrogés souhaitent remettre en place les réunions d'information locale.

Pour 99% des médecins interrogés, la prévention est un des rôles primordiaux de tout médecin généraliste.

## 3) Patients vus par les médecins

La majorité des médecins semblent penser que les patients sont bien informés sur la pratique du test (49,4%) mais qu'ils sont mal informés sur l'intérêt personnel (51%) et surtout collectif (74,9%) du dépistage. Seulement 30% des médecins interrogés estiment que la mauvaise information des patients est un frein à la participation au dépistage mais près de 70% des médecins répondants pensent qu'il faut améliorer l'information des patients pour améliorer leur participation au DOCCR.

D'après les médecins interrogés, les patients consultent très peu uniquement pour le dépistage mais ils en parlent parfois (51,9%) spontanément.

Selon les répondants, les principaux freins à la participation des patients au dépistage sont la peur du résultat positif (73,8%), la peur du diagnostic de cancer (63,1%), la procrastination (63,1%), la nécessité de réaliser une coloscopie en cas de résultat positif (61,5%) et la nécessité de manipuler des selles (55,3%). Informer le patient sur le faible taux de positivité du test et de découverte de lésions cancéreuses pourrait déjà contourner les deux principaux freins. Il est aussi important d'insister sur le fait que la majorité des lésions retrouvées sont précancéreuses et donc curables. Bien que la manipulation des selles semble être un frein important, seulement 11% des médecins interrogés pensent qu'un dispositif permettant de s'affranchir de cette manipulation permettrait d'améliorer cette participation.

#### 4) Pratiques actuelles des médecins généralistes en BFC à propos du DOCCR

Les médecins déclarent délivrer un kit de dépistage lors de la présentation de l'invitation pour 86% d'entre eux. Ils sont nombreux à les délivrer lors des consultations de suivi après 50 ans (60,7%) et lors d'une première consultation (46,7%).

Le temps supplémentaire estimé pour discuter du CCR représente environ 4 minutes, ce qui représente près d'un tiers d'une consultation de 15 minutes, ce qui n'est pas négligeable.

Très majoritairement (93%), les médecins estiment que le délai de rendu des résultats des tests FIT par les laboratoires est correcte, contrairement au délai de réalisation des coloscopies après test positif qu'ils estiment trop long (62%); 91% des médecins pense qu'il serait nécessaire d'améliorer ce délai.

Après réception d'un résultat de test FIT positif, en majorité les médecins (56,8%) recontactent le patient pour qu'il revienne consulter pour rédiger un courrier d'adressage au gastroentérologue.

Lors d'un refus de réalisation du DOCCR, la majorité des médecins (79,1%) notifient le refus du patient dans le dossier médical, en reparlent aux consultations suivantes (67,7%) et 74,2% essaient de les informer et mieux les éduquer. Près d'un tiers des médecins interrogés tentent de proposer le dépistage à chaque nouvelle consultation.

## 5) Propositions d'améliorations

### i. Après des médecins généralistes

#### ◆ **Renforcer la formation des médecins généralistes.**

Bien que les médecins interrogés s'estiment bien formés pour 63,5% d'entre eux au sujet du DOCCR, les résultats de cette étude sur leurs connaissances laissent penser que leur formation peut être améliorée. En formation initiale, il paraît important de renforcer les stages chez le médecin généraliste, principale source de formation selon les médecins interrogés. Aussi, des cours dédiés à la prévention dispensés durant le deuxième ou troisième cycle des études de médecine seraient un moyen d'améliorer les connaissances des futurs médecins au sujet de tous les dépistages. En formation continue en post internat, il paraît préférable pour les médecins interrogés de privilégier la formation dématérialisée et rapide. On pourrait imaginer un mail annuel envoyé à tous les médecins généralistes durant le mois de mars, à l'occasion de « Mars bleu », pour leur rappeler les indications et non-indications au DOCCR, leur donner les dernières recommandations en matière de dépistage si elles ont changé et leur transmettre les derniers taux de participation au DOCCR dans leur territoire et en France pour se faire une idée de l'évolution de la participation.

#### ◆ **Mettre en place une invitation à une consultation dédiée à la prévention auprès du médecin généraliste pour tout patient dès 50 ans.**

Cette consultation durerait au minimum 30 min et serait prise en charge intégralement par la Sécurité Sociale, une seule fois par patient et sans avance de frais à un tarif unique et valorisé par rapport à la consultation de base.

Pour les hommes et les femmes, cette consultation serait l'occasion de discuter du dépistage du cancer colorectal (individuel ou organisé) et de proposer des kits de dépistage si nécessaire. Cette consultation permettrait également d'aborder avec les femmes le dépistage du cancer du sein qui débute dans la même tranche d'âge que celui du cancer colorectal, mais aussi le dépistage du cancer du col de l'utérus dont la participation chute après 50 ans (11) et avec les hommes du cancer de la prostate.

Nous pourrions aussi profiter d'une telle consultation pour faire un point sur les vaccinations, en vérifiant que le rappel DTP a bien été fait à 45 ans ou s'il est indiqué de réaliser une vaccination antipneumococcique par exemple.

Ce type de consultations existe déjà chez les nourissons pour les dépistages du développement psychomoteur et les vaccinations ou chez les adolescents et jeunes adultes pour une première consultation contraception. De plus, un programme pilote

d'expérimentation de bilan prévention a été lancé dans les Hauts-de-France en fin d'année 2023 et devrait être généralisé début 2024 (12). « Mon bilan prévention » a vocation à cibler 4 âges clés de la vie : entre 18 et 25 ans, entre 45 et 50 ans, entre 60 et 65 ans et entre 70 et 75 ans. Ce bilan peut être réalisé chez plusieurs professionnels de santé : médecins, sages-femmes, infirmiers et pharmaciens. Le but est d'aborder tous les aspects de la prévention en s'aidant d'autoquestionnaires à remplir préalablement par le patient en fonction de la classe d'âge. Cette consultation est prévue pour s'articuler en trois axes: le repérage des risques individuels et la décision partagée des priorités à traiter, l'intervention brève puis la rédaction partagée du Plan Personnalisé de Prévention (PPP). Ce bilan, rémunéré 30 euros, est pris en charge intégralement par la Sécurité Sociale et peut durer entre 30 et 45 minutes (13). Le dépistage est abordé dans une des section des fiches d'aide au repérage des risques sur lesquelles les professionnels de santé peuvent s'appuyer, il est adapté à chaque tranche d'âge.

◆ **Intégrer des rappels dans les logiciels médicaux pour rappeler aux médecins de proposer le dépistage au moment indiqué.**

Actuellement, de nombreuses mises à jour de logiciels métiers sont nécessaires pour les médecins généralistes pour être conformes aux normes Ségur du numérique en santé. On pourrait intégrer aux futures mises à jour de ces logiciels une partie dédiée aux dépistages. On pourrait renseigner par exemple la dernière date de réalisation du DOCCR et le logiciel nous alerterait à l'approche du délai des 2 ans pour que l'on pense à délivrer un nouveau kit. Aussi, ces logiciels permettant le partage de l'espace santé, on pourrait imaginer qu'il serait possible de signaler que le patient refuse le dépistage et que cette donnée soit utilisée par les autorités compétentes. Cette mesure pourrait être utilisée pour tous les dépistages organisés de la même façon.

ii. *Après des gastroentérologues*

◆ **Raccourcir le délai de réalisation de la coloscopie après un test FIT positif.**

D'un point de vue médical il n'est pas nécessaire de raccourcir ce délai puisqu'il est de 113 jours en Côte d'Or soit un peu plus de 3 mois et demi. Toutefois, un tel délai acceptable pour les médecins peut ne pas l'être pour les patients qui vivront dans l'incertitude. Ainsi tenter de raccourcir le délai de réalisation de la coloscopie semble être un objectif à atteindre.

De plus, la valeur quantitative du test étant corrélée au risque de développer un cancer colorectal (14), certaines études ont proposé d'abaisser le taux de positivité du test de

30µg d'hémoglobine/g actuellement à 20µg/g. Ceci permettrait d'augmenter la sensibilité de 65-70% à 69-75% (14). Le taux de positivité du test augmenterait à 5,3%, ce qui engendrerait une augmentation des besoins en coloscopies qu'il faudra réussir à honorer. Aussi on pourrait adapter le délai acceptable de réalisation de la coloscopie à la valeur quantitative du test FIT.

Augmenter le nombre de gastroentérologues ne semble pas réalisable aujourd'hui avec les problématiques de démographie médicale et d'offre de soins.

Cependant, créer des filières dédiées à l'hôpital ou en clinique pour chaque territoire semble être une piste prometteuse. On pourrait créer une page internet regroupant toutes ces filières dédiées réparties par territoire avec un numéro de téléphone unique à joindre ou une adresse mail pour faire entrer le patient dans la filière. Cela permettrait de simplifier et uniformiser l'accès aux soins dans le cadre du DOCCR dans chaque territoire.

Par exemple, au CHU de Dijon une filière existe avec une première consultation rapide avec un gastroentérologue. Pour le moment la suite de la filière peine à suivre le rythme, notamment les consultations d'anesthésie et les places en endoscopie. Néanmoins, le dépistage et la prévention se trouvent en tête du prochain projet d'établissement du CHU de Dijon et cette filière devrait se renforcer et s'améliorer dans un avenir proche.

### *iii. Par les structures de dépistage*

- ◆ **L'envoi du kit par courrier aux patients et la distribution par les pharmaciens** ont récemment été mis en œuvre, il est trop tôt pour évaluer l'efficacité de ces mesures pour le moment. Une telle évaluation sera néanmoins nécessaire pour pérenniser ou non ces modes de distribution.
- ◆ **Clarifier le rôle et le nom de la structure qui coordonne le dépistage (CRCDC)** afin que médecins et patients connaissent leur interlocuteur.
- ◆ **Renforcer la communication autour du dépistage du cancer colorectal auprès du grand public.**

Déjà plusieurs campagnes ont été lancées par divers moyens. Par exemple une campagne avait été diffusée sur Facebook® et Instagram® en jouant sur les souvenirs générationnels des personnes de plus de 50 ans. Aussi, des chroniques audios ou des films d'animation sur la chaîne YouTube® de l'INCa ont été diffusés. Malgré ces campagnes et

contrairement à « Octobre rose » qui est très largement connu par tous, « Mars bleu », le mois dédié au dépistage du cancer colorectal qui existe depuis 2009 (15), l'est beaucoup moins tant auprès du grand public que des médecins. Plus de la moitié des médecins interrogés n'avaient pas connaissance de « Mars bleu ». Ainsi, intensifier la communication auprès du grand public lors du mois de Mars est une piste d'amélioration à explorer. Cette communication pourrait être faite avec des spots publicitaires diffusés à la télévision. Il faudrait cibler les horaires de grande écoute par la population cible, avant ou après les journaux télévisés par exemple.

◆ **Créer un pôle dédié à la relance téléphonique des patients ne réalisant pas le dépistage.**

Un pôle au sein du CRCDC aurait pour mission de repérer les patients ne réalisant pas le dépistage du cancer colorectal et de les contacter afin de connaître la raison de leur non-participation à visée d'étude et essayer de les convaincre d'y participer.

Une thèse de médecine générale de 2019 a étudié ce type d'intervention sur la patientèle d'un médecin généraliste de BFC en effectuant des relances actives par téléphone ou en consultation après repérage de ces patients non à jour du DOCCR grâce à une liste fournie par l'ADECA-25. En une demi-campagne de dépistage, le taux de participation de sa patientèle était passé de 34,8% à 75,1% (16) soit une augmentation de 115,8%.

Une thèse de 2017 a étudié l'impact de la mise à disposition des médecins généralistes de listes nominatives de leurs patients non participants au DOCCR. Cette étude portant sur 1446 médecins traitants en Loire-Atlantique et Vendée a mis en évidence une augmentation de 20% de la participation au dépistage chez les personnes ne participant pas initialement (17).

Or, lors de mon stage de niveau 1 chez le médecin généraliste en 2021 en BFC, de telles listes avaient été envoyées par la CPAM aux médecins généralistes chez qui j'étais en stage. Ces listes comportaient de nombreuses erreurs qui les rendaient en grande partie inexploitables.

Actuellement les médecins manquent déjà de temps médical, il serait difficile pour eux de recontacter tous leurs patients lors de chaque campagne de dépistage, ainsi il serait plus pertinent de faire réaliser ce travail par une équipe dédiée, le CRCDC paraît être le plus légitime. En effet ils ont accès à toutes les données nécessaires pour avoir les listes exhaustives de patients éligibles au DOCCR et non à jour.

Dans les études précédemment citées, les relances étaient toutefois réalisées par le médecin généraliste lui-même ou un interne, on pourrait donc s'interroger sur l'efficacité d'une telle intervention par une personne inconnue des patients.

- ◆ **Améliorer la méthode de réapprovisionnement en kits pour les médecins généralistes** afin de ne pas en manquer au moment où le patient est enclin à le recevoir et à effectuer le test.

Les médecins généralistes commandent les kits de dépistage sur le site internet Améli-pro, cette commande est ensuite transmise à la société DacklaPack® basée aux Pays-Bas qui enverra les kits par voie postale aux médecins. Le délai peut parfois être long entre la commande et la réception des kits, cela peut occasionner des pénuries de kits chez les médecins généralistes. De plus la commande par les médecins est limitée à 2 cartons de 20 tests par médecin probablement pour éviter le gaspillage. En effet les délais de péremption des kits sont assez courts, environ 18 mois.

On pourrait imaginer un envoi automatique de kits lorsqu'une certaine quantité des tests de la précédente commande ont été utilisés et enregistrés par le laboratoire puis le CRCDC. Il faudrait définir avec chaque médecin à quel taux de distribution déclencher le nouvel envoi, par exemple sur le site Améli-pro, en fonction de la patientèle de chaque médecin. Ce taux devrait être ajustable afin de pouvoir le modifier en cas de besoin.

Il reste de tout même un écueil concernant les patients qui prennent le test mais ne le font pas, ils ne pourront pas être comptabilisés par cette méthode.

Jusqu'à présent, les médecins manquaient de tests souvent lors de l'envoi groupé des invitations par le CRCDC qui se faisait par zone géographique. Au 1<sup>er</sup> janvier 2024 la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) devrait en charge l'envoi des invitations au dépistage à la place du CRCDC. On ne connaît pas encore les modalités exactes de ces envois mais on peut imaginer qu'ils se feront aux dates anniversaires des individus et non plus par envois massifs par zone géographique.

## 6) Faiblesses de l'étude

Le principal biais de l'étude provient de la base de données utilisée pour envoyer les questionnaires qui n'était pas complète. Néanmoins elle était la seule à notre disposition.

Aussi, au vu du faible pourcentage global de réponse, on pourrait penser que ceux qui ont répondu étaient parmi les plus sensibilisés au DOCCR.

De plus, le nombre restreint d'entretiens semi-dirigés ayant permis de créer le questionnaire ainsi que la formulation de questions à choix uniques ou multiples représentent également des faiblesses. En effet nous avons privilégié ce type de questions plutôt que des questionnaires à réponses libres afin de faciliter l'analyse. Une plus grande liberté de réponse aurait pu permettre d'autres idées innovantes pour améliorer le taux de participation au DOCCR.

## V. Conclusion et perspectives

Renforcer la formation des médecins et la communication autour du dépistage organisé du cancer colorectal paraissent fondamentaux pour améliorer la participation des patients au DOCCR.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés au point de vue des médecins généralistes concernant les freins à la participation des patients au dépistage et avons formulé des propositions d'amélioration. Pour aller plus loin, il serait intéressant de recueillir le point de vue direct des patients à propos de ces deux sujets pour mieux comprendre le faible taux de participation au DOCCR et proposer des améliorations au plus proche des besoins réels.

De plus, les déterminants socioéconomiques pouvant influencer la participation au DOCCR sont déjà bien connus depuis les campagnes dans les départements pilotes. Par exemple, le sexe est un facteur important. En effet les femmes participent plus au DOCCR que les hommes. L'âge semble aussi être déterminant puisque les plus jeunes de la population cible participent moins au dépistage. Le niveau de précarité est aussi souligné comme un frein au DOCCR, comme dans l'accès à la santé de manière générale. En effet la participation au DOCCR diminue en cas de précarité financière et d'absence de mutuelle. Aussi, la situation familiale semble être importante puisque le fait de vivre en couple impacte positivement la participation au DOCCR. A l'inverse, la densité de médecins du territoire n'apparaît pas comme influençant la participation des patients (18).

Mais quelques études seulement se sont penchées sur les freins à la participation au DOCCR du point de vue du patient.

Une thèse de psychologie de 2012 à Tours s'est intéressée aux freins psychologiques à la participation au DOCCR en réalisant une revue de la littérature de focus groupes à l'époque du test Hémocult® (19). Les principaux freins identifiés étaient socio-économiques (manque de disponibilité et de temps pour se motiver, se fournir le test et le réaliser, difficultés de transport, désertification médicale) mais aussi liés au manque de connaissance sur le cancer et des croyances erronées ainsi qu'un défaut dans la relation médecin patient. Le dégoût et l'embarras à réaliser ce

test en relation avec la manipulation des selles était aussi évoqué, de même que la peur du cancer et le fatalisme.

Une autre thèse datant de 2012 a aussi étudié les moyens d'améliorer la participation au DOCCR en interrogeant 18 patients de la patientèle de 2 médecins généralistes. Les patients méconnaissaient le cancer colorectal et son dépistage pour 94% d'entre eux. Aussi, 61% des patients estimaient la communication autour du dépistage insuffisante (20).

Une étude sur une plus grande population de patients refusant le dépistage du CCR pourrait être pertinente. Comme évoqué plus haut, une telle étude pourrait être réalisée par un pôle spécifique au sein du CRCDC ciblant les patients refusant le DOCCR. Une étude complémentaire portant sur les patients de BFC permettrait de comparer les freins exprimés par les patients à ceux imaginés par les médecins.

Pour finir, de nouvelles techniques non invasives sont à l'étude. En effet bien que le passage du test Hémocult® au test FIT ait permis une amélioration de la spécificité, la sensibilité du test FIT reste faible aux alentours de 70% (7), ainsi près de la moitié des tumeurs malignes du colon et la plupart des polypes ne sont pas détectés. Le microARN fécal est un outil prometteur avec une meilleure détection des stades tardifs de CCR et une meilleure sensibilité des localisations de tumeurs distales (21). Néanmoins cette nouvelle technique ne permet toujours pas de s'affranchir de la manipulation des selles.

**THESE SOUTENUE PAR Mme CHRISTOPHE Elsa**

**CONCLUSIONS**

Cette étude a permis de récolter 244 réponses au questionnaire. Plus de 90% des médecins interrogés ne connaissent pas toutes les non-indications au dépistage organisé du cancer colorectal.

Un défaut de formation initiale sur le programme national de dépistage du cancer colorectal est identifié chez 20% des médecins.

Le frein principal à la participation des patients identifié par les médecins est, comme dans nombre d'études antérieures, la peur du résultat positif. Ce frein nécessite pour 70% des médecins d'améliorer l'information des patients. Les campagnes d'information nationales telle que Mars bleu sont inconnues de plus de la moitié des médecins interrogés, contrairement à la campagne octobre rose pour le dépistage du cancer du sein qui est maintenant bien connue à la fois de la population et des médecins. Une amélioration de la communication auprès du grand public et des professionnels de santé est nécessaire.

Plus de 90% des médecins pensent qu'il est important d'améliorer le délai de réalisation de la coloscopie après test de dépistage positif.

Plus de la moitié des médecins serait favorable à la mise en place de consultations dédiées à la prévention.

Le Président du jury,

Pr. MANFREDI



Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 22 Décembre 2023  
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ



## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Lapôtre-Ledoux B. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990 / main cancers incidence in metropolitan France in 2023 and trends since 1990.
2. Cancer colorectal : données de dépistage 2020-2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cancer-colorectal-donnees-de-depistage-2020-2021>
3. InfoCancer - ARCAGY - GINECO - Localisations - Appareil digestif - Cancer du côlon & du rectum - Maladie - Les polypes [Internet]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/appareil-digestif/appareil-digestif/cancer-colon-et-rectum/maladie/les-polypes.html/les-polypes/les-polypes/>
4. Robertson DJ, Lee JK, Boland RC, Dornitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, et al. Recommendations on Fecal Immunochemical Testing to Screen for Colorectal Neoplasia: A Consensus Statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. janv 2017;112(1):37-53.
5. Sampic M, Lépine V, Mignot P. Communication et régionalisation des centres de dépistages des cancers. *Commun Organ*. 2023;63(1):173-87.
6. Haute Autorité de Santé [Internet]. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve)
7. L'essentiel sur le test immunologique - Dépistage du cancer colorectal [Internet]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/L-essentiel-sur-le-test-immunologique>
8. Le Cloarec L, Manfredi S. Délai de réalisation de la coloscopie après un test de recherche de saignement occulte dans les selles positif étude de population en Bourgogne de 2011 à 2016.
9. Cancer du colon rectum [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum>
10. Navarro M, Nicolas A, Ferrandez A, Lanás A. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. *World J Gastroenterol*. 28 mai 2017;23(20):3632-42.
11. Cancer du col de l'utérus : la couverture du dépistage et de la vaccination doivent progresser pour une meilleure prévention [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/cancer-du-col-de-l-uterus-la-couverture-du-depistage-et-de-la-vaccination-doivent-progresser-pour-une-meilleure-prevention>
12. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024. Mon bilan prévention : les rendez-vous santé aux âges clés de la vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/>
13. livret\_mon\_bilan\_prevention-2.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret\\_mon\\_bilan\\_prevention-2.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_mon_bilan_prevention-2.pdf)

14. Denis B. Médecine de précision et dépistage du cancer colorectal: une utopie? Rev Prat. oct 2022;72.
15. Vallata A. `` Mars Bleu '' temps fort pour promouvoir le dépistage organisé du cancer colorectal.
16. Defrasne M, Millet. Effet de la relance active du médecin traitant sur le taux de participation au dépistage du cancer colorectal : Étude quantitative sur une patientèle.
17. Le Donné D. Mise à disposition auprès des médecins généralistes d'une liste nominative de leurs patients non participants au dépistage du cancer colorectal : Quel impact sur la participation ? Un essai contrôlé randomisé. 2017.
18. Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. Bull Epidémiologique Hebd. 30 mars 2010;(12).
19. Bridou M. Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche. [Tours]: UNIVERSITÉ FRANÇOIS - RABELAIS; 2012.
20. Benabdelmoumene N. Résultats d'une étude quantitative visant à améliorer le taux de participation du test Hemocult II [Thèse d'exercice]. [2012-2018, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2012.
21. Yau TO, Tang CM, Harriss EK, Dickins B, Polyarchou C. Faecal microRNAs as a non-invasive tool in the diagnosis of colonic adenomas and colorectal cancer: A meta-analysis. Sci Rep. 1 juill 2019;9(1):9491.

## Annexe 1 : questionnaire entretiens semi-dirigés

Date :

Entretien : dépistage organisé du cancer colorectal

|  |                          |                              |  |
|--|--------------------------|------------------------------|--|
| Nom :  | Prénom :                 | Âge :                        | Nombre d'année d'exercice après l'internat : |
| N° de téléphone :                                | Adresse e-mail :         |                              |  |
| Département d'externat :                         | Département d'internat : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non                 |
| Encadrez-vous des internes de médecin générale ? |                          |                              |  |

**L'état des lieux des connaissances sur le dépistage du CCR :**

- Pourriez-vous me donner l'âge de la population concernée par le dépistage organisé du CCR ?
- Avez-vous une idée du taux de participation des patients au dépistage du CCR ?
  - \*en France ?
  - \*en Bourgogne-Franche-Comté ?
- D'après vous quel est le taux de positivité du test FIT ?
- D'après vous quel est le taux de réalisation des coloscopies après test FIT+ ?
  - \*en France ?
  - \*en Bourgogne-Franche-Comté ?
- D'après-vous quel est le temps recommandé entre un test FIT+ et une coloscopie ?

**La formation :**

- De quelle façon avez-vous été sensibilisé au dépistage du CCR ?
- De quelle façon avez-vous été formé au dépistage du CCR ?
  - \*formation initiale :
  - \*formation continue :
- Pensez-vous être suffisamment formé au dépistage du CCR ?
- Comment pourrions-nous améliorer la formation des médecins généralistes au sujet du dépistage du CCR ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à participer au dépistage ?

### L'information des patients :

- Pensez-vous que la population cible soit bien informée à propos du dépistage du cancer colorectal ?

\*Sur la pratique du test

\* sur les intérêts du dépistage organisé

- personnels :

- collectifs :

- Vos patients vous parlent-ils spontanément du dépistage du CCR ?

- Des patients consultent-ils uniquement pour le dépistage du CCR ?

- Quels sont d'après vous les freins à la participation des patients au dépistage organisé du CCR ?

- D'après vous quelles améliorations pourrions-nous proposer auprès de la population cible ?

### Le dépistage en pratique :

-D'après vous qui coordonne le dépistage organisé du CCR au niveau local ?

-A quelle occasion délivrez-vous un kit de dépistage du CCR ?

-Par quel moyen vous procurez-vous les kits de dépistage ?

-Vous arrive-t-il de manquer de kits de dépistage ? Si oui à quelle fréquence ?

-D'après vous quel est le taux de participation de votre patientèle au dépistage du CCR ?

-Quels motifs avancent les patients lorsqu'ils refusent le dépistage du CCR ? Redondant ?

-Que pensez-vous du délai de rendu des résultats du test de dépistage ?

-Que faites-vous après avoir reçu par courrier un résultat de test FIT + ? Recontactez-vous le patient ?

-D'après-vous quel est le délai entre un test FIT+ et la coloscopie dans votre patientèle ?

-Que pensez-vous du délai de réalisation de la coloscopie après test positif ?

-Comment pourrait-on améliorer les délais de réalisation de la coloscopie ?

-Quelle attitude adoptez-vous vis-à-vis des patients refusant le dépistage ?

-D'après vous par quels moyens pourrions-nous améliorer le taux de participation au dépistage organisé du CCR ?

### Suggestions supplémentaires

Avez-vous des idées supplémentaires / remarques à propos du dépistage organisé du CCR ?

## Questionnaire de thèse : Dépistage organisé du cancer colorectal en médecine générale en Bourgogne-Franche-Comté.

Je suis interne en médecine générale à Dijon et je réalise une thèse portant sur la perception des médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté à propos du dépistage organisé du cancer colorectal. Cette étude a pour but d'analyser les facteurs influençant la participation au dépistage du cancer colorectal en médecine générale dans la région Bourgogne Franche-Comté et de proposer des évolutions afin d'améliorer la participation des patients.

Ce questionnaire s'adresse à tous les médecins généralistes thésés de Bourgogne Franche Comté et ne vous prendra qu'une dizaine de minutes à compléter. Si vous ne délivrez pas de tests de dépistage vous pouvez tout de même répondre à une partie du questionnaire.

**\*Obligatoire**

### Caractéristiques de la population étudiée

J'ai besoin de quelques informations vous concernant afin de recueillir des données sur les caractéristiques des médecins généralistes étudiés. Vous n'êtes pas contraints de fournir vos noms et prénoms mais cela nous aidera à mieux interpréter les données.

1. Nom (facultatif)
  
2. Prénom (facultatif)
  
3. Ville d'exercice (facultatif)
  
4. Département d'exercice \* (*Une seule réponse possible*).
  - Côte d'Or (21)
  - Doubs (25)
  - Jura (39)
  - Nièvre (58)
  - Haute-Saône (70)
  - Saône-et-Loire (71)
  - Yonne (89)
  - Territoire de Belfort (90)

5. Sexe \* *Une seule réponse possible.*

- Homme
- Femme
- Non binaire

6. Age (en années) \*

7. Nombre d'années d'exercice depuis la fin de l'internat \*

8. Département d'externat \*

9. Département d'internat si réalisé. \* (Saisissez 0 si pas d'internat réalisé)

10. Réalisez-vous une activité libérale, salariée ou les deux ? \* *(Une seule réponse possible)*

- activité libérale
- activité salariée
- activité libérale et salariée

11. Êtes-vous installé ou remplaçant ? \* *(Une seule réponse possible)*

- Installé
- Remplaçant

12. Encadrez-vous des externes ou internes de médecine générale ? \* *(Une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

### L'état des lieux des connaissances sur le dépistage organisé du cancer colorectal (CCR)

Voici quelques questions concernant vos connaissances à propos du dépistage du cancer colorectal niveau national et régional.

13. Saviez-vous que le test de dépistage organisé du CCR anciennement connu sous le nom de test hémocult® a été remplacé en 2015 par le test FIT (Test Immunochimique fécal) ? *(Une seule réponse possible)*
- Oui
  - Non
14. Quel est l'âge de la population cible du dépistage organisé du cancer colo-rectal ? \* *(Une seule réponse possible)*
- Tout âge > 50 ans
  - De 50 à 64 ans révolus
  - De 50 à 74 ans révolus
  - De 50 à 79 ans révolus
  - De 45 à 74 ans révolus
15. Quel est le taux de participation des patients au dépistage organisé du CCR en France ? *(Une seule réponse possible.)*
- Liste déroulante de 1 à 100%
16. Quel est le taux de participation des patients au dépistage organisé du CCR en Bourgogne Franche Comté ? *(Une seule réponse possible)*
- Liste déroulante de 1 à 100%
17. Quel est le taux de positivité du test FIT (Test Immunochimique fécal) ? \* *(Une seule réponse possible)*
- Liste déroulante de 1 à 30%
18. Quel est le taux de réalisation des coloscopies après un test FIT + en France ? \* *(Une seule réponse possible)*
- Liste déroulante 1 à 100%
19. Quel est le taux de réalisation des coloscopies après un test FIT + en Bourgogne Franche Comté ? *(Une seule réponse possible)*
- Liste déroulante de 1 à 100%
20. Quel est le temps recommandé entre un test FIT + et une coloscopie (en mois) ? \* *(Une seule réponse possible)*
- Liste déroulante de 1 à 12 mois

21. Quelles sont les non-indications au dépistage organisé du CCR ? Plusieurs réponses attendues. (*Plusieurs réponses possibles*)

- Antécédent personnel d'adénome ou de CCR
- Antécédent familial au premier degré de CCR ou d'adénome > 10mm de diamètre avant 60 ans
- Tout antécédent familial de polype
- Deux ou plusieurs antécédents familiaux au premier degré de cancer colorectal quel que soit l'âge de survenue.
- Antécédent familial au premier degré de CCR ou d'adénome > 10mm de diamètre quel que soit l'âge
- Une maladie inflammatoire chronique : rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn, particulièrement en cas de pancolite
- Coloscopie datant de moins de 5 ans
- Coloscopie datant de moins de 3 ans

22. Quel est le délai prévu entre 2 tests de dépistage ? \* (*Une seule réponse possible*)

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans

### La formation

23. De quelle façon avez-vous été formé au dépistage du CCR durant votre formation initiale (externat + internat) ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Aucune formation
- En cours magistraux
- En stage hospitalier
- En stage chez le médecin généraliste
- Durant un ou des cours dédiés à la prévention

24. De quelle façon avez-vous été formé au dépistage organisé du CCR durant votre formation continue (post internat) ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Aucune formation
- Par les visites de délégués de l'assurance maladie
- Avec des pairs lors de réunions de FMC
- Par des revues médicales
- Par des réunions d'information organisées par le coordinateur du dépistage du CCR au niveau local

25. Pensez-vous être suffisamment formé au dépistage du CCR ? \* (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non

26. Comment pourrait-êre améliorée la formation des médecins généralistes au sujet du dépistage organisé du CCR? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Remettre en place des réunions d'information locales
- En parler dans les revues
- Recevoir les dernières recommandations par mail
- Faire des formations continues en visio au sujet du dépistage et de la prévention
- Faire passer les délégués de l'assurance maladie

27. Délivrez-vous des tests de dépistage du cancer colorectal ? \* (*Une seule réponse possible*)

- Oui → Poursuivre à la question 28 (section 1) jusqu'à la question 51
- Non → Passer à la question 52 (section 2) jusqu'à la question 53

## **Section 1 : Je délivre des tests de dépistage du cancer colorectal**

28. Qu'est ce qui vous motive à faire participer vos patients au dépistage organisé du CCR? \* (*Plusieurs réponses possibles*)

- La prévention est un des rôles fondamentaux des médecins généralistes
- Un antécédent personnel ou familial de CCR
- La rémunération par les ROSP

### **L'information des patients**

29. Pensez-vous que la population cible soit bien informée à propos de la pratique du test FIT ? (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non
- je ne sais pas

30. Pensez-vous que la population cible soit bien informée à propos des intérêts personnels du dépistage organisé du CCR ? (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

31. Pensez-vous que la population cible soit bien informée à propos des intérêts collectifs du dépistage organisé du CCR ? (*Une seule réponse possible*)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

32. Vos patients vous parlent-ils spontanément du dépistage du CCR? \* *(Une seule réponse possible)*

- Oui souvent
- Oui parfois
- Oui mais très rarement
- Non jamais

33. Des patients consultent-ils uniquement pour le dépistage du CCR? \* *(Une seule réponse possible)*

- Oui souvent
- Oui parfois
- Oui mais très rarement
- Non pas du tout

34. Quels sont d'après vous les freins à la participation des patients au dépistage organisé du CCR? *(Plusieurs réponses possibles)*

- La peur du résultat positif
- La nécessité de faire la coloscopie si le test est positif
- Ils ne souhaitent pas savoir
- La peur du diagnostic de cancer alors qu'ils vont bien
- La manipulation des selles pour réaliser le test
- Un test trop compliqué à réaliser
- Une mauvaise information des patients
- La procrastination
- La difficulté d'accepter d'entrer dans une tranche d'âge à risque
- L'absence de régularité dans l'envoi des invitations
- Des convictions personnelles

35. Quelles améliorations pourraient être proposées auprès de la population cible pour améliorer la participation au dépistage organisé du CCR ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- Des spots publicitaires à la radio pour informer les patients
- Des spots publicitaires à la télévision pour informer les patients
- Augmenter le nombre de rappels et de relances
- Un dispositif dans lequel faire les selles et qui réalise le test
- Organiser des consultations dédiées à la prévention et prises en charge intégralement par la Sécurité Sociale
- Sensibiliser par mail ou par SMS les patients qui vont rarement chez le médecin
- Un mois dédié au dépistage organisé du CCR comme octobre rose par exemple
- Envoyer les tests par courrier directement aux patients
- Faire distribuer les tests par le pharmacien

### Le dépistage en pratique

36. Qui coordonne le dépistage organisé du CCR au niveau local ? \* *(Une seule réponse possible)*

- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC)
- L'Association pour le dépistage du cancer colorectal (ADECA)

- L'Association Icaunaise de Dépistage des Cancers (AIDEC)
- L'Association pour le Dépistage des Maladies du Sein ( ADEMAS)
- L'Association Bourbonnaise Interdépartementale de Dépistage Des Cancers (ABIDEC)
- L'Agence Régionale de Santé (ARS)
- L'Institut National du Cancer (INCa)

37. A quelle occasion délivrez-vous un kit de dépistage du CCR? \* *(Plusieurs réponses possibles)*

- Lorsque le patient présente une invitation au dépistage organisé du CCR
- Lors d'un point sur la prévention lors d'une première consultation
- Lors d'une consultation de suivi si le dernier test a été fait il y a plus de 2 ans
- Lors de n'importe quelle consultation dès que le patient a 50 ans

38. Estimez le temps supplémentaire nécessaire pour proposer un test de dépistage du CCR lors d'une consultation. *(Une seule réponse possible)*

→ Liste déroulante de 1 à 20 minutes

39. Par quel moyen vous procurez-vous les kits de dépistage? \* *(Plusieurs réponses possibles)*

- Sur le site internet Améli-pro
- En commandant auprès du CRCDC (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers)

40. Vous arrive-t-il de manquer de kits de dépistage ? Si oui à quelle fréquence ? \* *(Une seule réponse possible)*

- Non jamais
- Oui cela m'est déjà arrivé une fois
- Oui cela m'est déjà arrivé parfois lorsque les patients reçoivent tous l'invitation en même temps
- Oui cela m'arrive environ tous les 2 ans lorsque les patients reçoivent tous l'invitation en même temps.
- Oui cela m'arrive tous les ans.
- Oui cela m'arrive plusieurs fois par an.

41. Selon vous, quel est le taux de participation de votre patientèle au dépistage organisé du CCR ? *(Une seule réponse possible)*

→ Liste déroulante de 1 à 100%

42. Saviez-vous qu'il est possible de connaître la participation de votre patientèle au dépistage organisé du CCR ? *(Une seule réponse possible)*

- Oui
- Non

43. Que pensez-vous du délai de rendu des résultats des tests de dépistage? \* (Une seule réponse possible)

- Correct
- Un peu trop long
- Beaucoup trop long

44. Que faites-vous en règle générale après avoir reçu par courrier un test FIT + ? \* (Une seule réponse possible)

- J'attends que le patient revienne consulter pour lui en parler
- J'attends que le patient revienne consulter pour lui en parler mais j'ai créé une alerte dans son dossier et je le rappelle s'il n'a pas consulté dans un certain délai
- J'ai informé le patient au préalable de la nécessité de revenir consulter si le résultat du test est positif
- Je le contacte pour lui demander de revenir consulter pour lui rédiger un courrier d'adressage pour le gastro-entérologue
- Je le contacte et je lui demande de prendre directement rendez-vous chez le gastroentérologue avec un courrier d'adressage que je lui ai rédigé sans le revoir en consultation
- Je prends moi-même ou la secrétaire rendez-vous pour le patient chez un gastroentérologue de mon réseau

45. D'après vous quel est le délai entre un test FIT+ et la coloscopie dans votre patientèle ? \* (Une seule réponse possible)

→ Liste déroulante de 1 à 12 mois

46. Que pensez-vous du délai de réalisation de la coloscopie après un test FIT positif? \* (Une seule réponse possible)

- Parfait
- Raisonnable
- Un peu trop long
- Beaucoup trop long

47. Comment pourraient être améliorés les délais de réalisation de la coloscopie après un test positif ? (Plusieurs réponses possibles)

- Ce n'est pas nécessaire
- Filière dédiée hospitalière ou en clinique
- Astreinte ou créneaux de gastro-entérologie dédiés aux coloscopies de dépistage dans le cadre de tests positifs
- Augmenter le nombre de gastroentérologues
- Avoir une liste de contacts de gastroentérologues joignables dans chaque département

48. Quelle attitude adoptez-vous face à des patients refusant le dépistage organisé du CCR ? (Plusieurs réponses possibles)

- Rien car c'est leur choix
- Je note le refus dans leur dossier médical
- Leur en reparler aux prochaines consultations pour tenter de convaincre

- Essayer de les informer et mieux les éduquer
- Leur proposer à nouveau le dépistage à chaque consultation
- Essayer de les responsabiliser en parlant du coût du dépistage

49. De façon globale, comment pourrait être amélioré le dépistage organisé du CCR ? \*  
(Plusieurs réponses possibles)

- Intégrer des rappels dans les logiciels médicaux pour rappeler aux médecins de proposer le dépistage au moment indiqué
- Améliorer l'information des patients
- Créer une période dédiée au dépistage organisé du CCR pour communiquer auprès du patient comme octobre rose par exemple.
- Créer une période dédiée au dépistage organisé du CCR pour communiquer auprès du médecin
- Envoyer des kits de dépistage directement à domicile
- Inviter les patients à avoir une consultation médicale dédiée à la prévention prise en charge par la sécurité sociale vers 50 ans.

50. Aviez-vous connaissance de l'existence de "Mars bleu", le mois dédié à la sensibilisation contre le cancer-colorectal ? (Une seule réponse possible)

- oui
- Non

### Réception des résultats

51. Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette thèse, veuillez renseigner votre adresse e-mail.

## **Section 2 : Je ne délivre pas de tests de dépistage du cancer colorectal.**

52. Expliquez en quelques mots les raisons pour lesquelles vous ne délivrez pas de tests de dépistage du cancer colorectal

53. Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette thèse, veuillez renseigner votre adresse e-mail.

**TITRE DE LA THESE : DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL EN  
MEDECINE GENERALE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE : ETUDE DE  
PRATIQUE REGIONALE**

**AUTEUR : ELSA CHRISTOPHE**

**RESUME :**

**INTRODUCTION :** Le dépistage organisé du cancer colorectal, qui a prouvé son efficacité, ne bénéficie pourtant pas en France d'un taux de participation suffisant au regard des enjeux de santé publique.

**OBJECTIF :** Comprendre les facteurs limitant la participation des patients au dépistage organisé du cancer colorectal du point de vue du médecin et proposer des améliorations.

**METHODE :** un questionnaire a été adressé aux médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté entre octobre et décembre 2022 par voie électronique. Ce questionnaire avait été amélioré et validé suite à 13 entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes de Côte d'Or.

**RESULTATS :** Au total 244 réponses ont été collectées. Près de 20% des médecins interrogés estiment n'avoir jamais reçu de formation sur le dépistage du cancer colorectal. Le frein principal à la participation des patients identifié par les médecins est la peur du résultat positif. Pour 70% des médecins, il est important d'améliorer l'information des patients. Mars bleu est inconnu de plus de la moitié des médecins interrogés, une amélioration de la communication auprès du grand public et des professionnels de santé est nécessaire. Plus de 90% des médecins pensent qu'il est important d'améliorer le délai de réalisation de la coloscopie après test de dépistage positif. Plus de la moitié des médecins serait favorable à la mise en place de consultations dédiées à la prévention.

**CONCLUSION :** Renforcer la formation des médecins et la communication autour du dépistage organisé du cancer colorectal semblent fondamentaux pour améliorer la participation des patients.

**MOTS-CLES :** Dépistage organisé du cancer colorectal – prévention