



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2019-2020**

Analyse des freins et leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal



Frederick MAMBAKASA MANGITUKA

Le 04 Décembre 2020

*Sous la direction de
Professeur Jocelyn RAUDE*



Figure: Chadwick Boseman (www.hdwallpapers.in)

1977-2020

Diagnostiqué au stade 3, sa maladie a progressé ensuite au stage 4. Le 28 août 2020, âgé de 43 ans, Chadwick Boseman meurt à son domicile de Los Angeles des suites du cancer du côlon.

Le cancer colorectal fait tomber même les héros. Seul un dépistage précoce permet de lutter efficacement : plus tôt il est détecté, plus vite on est guéri.

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voulais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais en premier temps remercier mon Directeur de mémoire, Monsieur Jocelyn RAUDE, Professeur associé à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes et Université Sorbonne Paris, Chercheur à l'institut de recherche pour le développement, pour sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'EHESP, les responsables de ma formation, ainsi que les personnels de la mobilité internationale pour leurs encouragements et accompagnements.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma tutrice de mémoire, Madame Aurélie-Anne GAILLARD. Je la remercie de m'avoir accepté au sein de son département dans le cadre d'un stage afin de réaliser ce mémoire. Elle m'a encadré, orienté et aidé à la rédaction de ce mémoire.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les personnels du département Accompagnement des acteurs du système de soins de la CPAM d'Eure-et-Loir, qui m'ont permis à réaliser ce mémoire dans un environnement agréable. Ils ont toujours été présents pour répondre à mes innombrables questions.

Un grand merci à Open Society Foundations (OSF) qui, au travers de son programme de bourse Civil Society Leadership Awards, a financé mes études de master.

Je remercie en particulier Thythy NSUMBU, pour m'avoir mis sur une piste extraordinaire aboutissant à l'obtention d'une bourse d'études au sein d'OSF.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à Mabou MASIALA BODE. Ses conseils de rédaction ont été très précieux.

Je remercie également l'ensemble des participants aux entretiens pour leurs disponibilités et leurs contributions à cette étude.

Et enfin, je remercie mon épouse Sandra MASALU et mon fils Fred MAMBAKASA, mes frères et sœurs, ainsi que mes amis qui, malgré la distance, n'ont pas cessé d'être là pour moi. Leur soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

A tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

Sommaire

Introduction	1
1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE DU SUJET	3
1.1. Environnement	3
1.1.1. Sécurité sociale	3
1.1.2. Assurance maladie	4
1.1.3. Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG)	5
1.1.4. CPAM d'Eure-et-Loir	6
1.2. Cancer colorectal	9
1.2.1. Généralités	9
1.2.1.1. Facteurs de risque	9
1.2.1.2. Cancérogenèse colorectale	9
1.2.1.3. Pronostic	10
1.2.1.4. Diagnostic	10
1.2.1.5. Traitement	10
1.2.1.6. Surveillance	11
1.2.2. Dépistage organisé de cancer colorectal en France	12
1.2.2.1. Prévention et dépistage organisé	12
1.2.2.2. Procédure du dépistage organisé	13
1.2.3. Problématique de recherche	17
2 OBJECTIFS DE L'ETUDE	19
2.1. Objectifs généraux	19
2.2. Objectifs spécifiques	19
3 METHODES ET DONNEES	20
3.1. Revue bibliographique	20
3.2. Choix du milieu d'étude et ciblage	21
3.3. Entretiens	22
3.3.1. Assurés	22
3.3.2. Professionnels de santé	23

3.3. Support de collecte de données	24
4 RESULTATS ET ANALYSES.....	26
4.1. Résultats et analyse des entretiens réalisés avec les assurés.....	26
4.1.1. Freins à la participation au test	28
4.1.1.1. Faible vulnérabilité perçue par rapport à la maladie.	28
4.1.1.2. Freins liés à la réalisation pratique du test	29
4.1.1.3. Méfiance sur l'intérêt du test.....	30
4.1.1.4. La peur du diagnostic.....	31
4.1.1.5. Le choix personnel	32
4.1.2. Leviers existants dans le dépistage du cancer colorectal	33
4.1.2.1. La facilité dans la réalisation du test	33
4.1.2.2. La conscience de son état de santé et de la gravité de la maladie	34
4.1.2.3. L'étiquette Assurance Maladie.....	35
4.1.2.4. La motivation par le discours de médecins généralistes motivés.....	35
4.1.3. Propositions d'amélioration.....	36
4.1.3.1. Améliorer la communication.....	36
4.1.3.2. Elargir le programme de dépistage à d'autres intervenants	37
4.1.3.3. Revoir la procédure de dépistage.....	38
4.2. Résultats et analyse des entretiens réalisés auprès des PS.....	41
4.2.1. Les freins à la participation	42
4.2.1.1. Les freins du côté des patients	42
4.2.1.2. Les freins liés à la réalisation du test et au circuit du dépistage.....	44
4.2.1.3. Freins du côté des professionnels de santé	46
4.2.1.4. Freins liés au manque de communication	47
4.2.2. Les leviers existants	49
4.2.2.1. Leviers liés à l'organisation du dépistage	49
4.2.2.2. La conviction par les médecins.....	50
4.2.2.3. Appui sur la participation à un autre dépistage.....	51

4.2.2.4. Etiquette Assurance- Maladie	51
4.2.3. Propositions d'amélioration.....	52
4.2.3.1. Ouverture à d'autres professionnels de santé.....	52
4.2.3.2. Améliorer la procédure	54
4.2.3.3. Renforcer la communication.....	55
4.2.3.4. Autres propositions	56
4.3. Tableau récapitulatif des résultats.....	58
5 DISCUSSION ET PERPECTIVES.....	60
5.1. Interprétations des résultats	60
5.2. Application du modèle COM-B sur le dépistage du cancer colorectal	61
5.3. Limites de l'étude	64
5.4. Perspectives.....	65
6 CONCLUSION	67

Liste des sigles utilisés

1. **AM** : Assurance Maladie
2. **AMELI** : Assurance Maladie en Ligne
3. **ARS** : Agence Régionale de Santé
4. **CAF** : Caisse d'Allocations Familiales
5. **CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail
6. **CCSS** : Caisse Commune de Sécurité Sociale
7. **CES** : Centre d'Examens de Santé
8. **CGSS** : Caisse Générale de Sécurité Sociale
9. **CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
10. **COG** : Convention d'Objectifs et de Gestion
11. **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
12. **CPG** : Contrat Pluriannuel de Gestion
13. **CPL** : Commission Paritaire Locale
14. **CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
15. **CRCDC** : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
16. **DAM** : Délégué Assurance Maladie
17. **DCCR** : Dépistage du Cancer Colorectal
18. **DCGDR** : Direction de la Coordination de la Gestion du Risque
19. **Deco** : Dépistage des Cancers en Officine
20. **DO** : Dépistage Organisé
21. **DOM** : Département d'Outre-Mer
22. **DRSM** : Direction Régionale du Service Médical
23. **EHESP** : Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique
24. **FIR** : Fonds d'Intervention Régional
25. **FU** : Fluoro-Uracil

26. **HNPCC** : Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer
27. **INCa** : Institut National du Cancer
28. **MSA** : Mutualité Sociale Agricole
29. **MG** : Médecin Généraliste
30. **MT** : Médecin traitant
31. **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
32. **ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
33. **PICO** : Patient, Intervention, Comparaison et Outcome
34. **PNDCCCR** : Programme National de Dépistage Organisé du Cancer Colorectal
35. **PS** : Professionnel de Santé
36. **PUF** : Presses Universitaires de France
37. **QERSI** : Questionnaire d'Evaluation des Risques pour le Système d'Information
38. **RTV Dreux** : Radiotélévision Dreux
39. **Sécu** : Sécurité Sociale
40. **SIAM/ERASME** : Système Informationnel de l'Assurance Maladie/ Extraction, Recherche, Analyse, Suivi Médico Economique
41. **TNM** : Tumeur, Nodes et Métastases
42. **UGECAM** : Union pour la Gestion des Etablissements de Caisses d'Assurance Maladie
43. **UNCAM** : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
44. **URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé
45. **URSSAF** : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de Santé/OMS (communiqué de presse n°263, 2018), le cancer colorectal (1,8 million de cas, soit 10,2% du total) est le troisième cancer le plus fréquemment diagnostiqué. Malgré la réputation du système de soin de l'Europe en général et de la France en particulier, cette dernière n'est pas épargnée par ce fléau. L'Institut National du Cancer rapporte que : « En France, le cancer colorectal se situe, tous sexes confondus, au troisième rang des cancers les plus fréquents : le deuxième chez les femmes et le 3^{ème} chez les hommes. » Il ajoute que : « D'après les estimations de différentes études, le nombre de cancers colorectaux devrait augmenter dans les prochaines années pour atteindre 45 000 nouveaux cas annuels en 2020. » (Institut National du cancer, 2020). Partant de ces estimations, la mise en place d'un programme de prévention efficace s'avère importante.

En France, pour réduire la mortalité liée à ce cancer, un dépistage organisé a été mis en place depuis 2008, en utilisant le test Hémocult® II. Ce dernier est un test de recherche de sang dans les selles, qui s'effectue tous les deux ans. Le programme cible la population de 50 à 74 ans à risque moyen de cancer colorectal. Il est financé par l'Assurance Maladie et l'État. (Faivre J., 2010) Néanmoins, le taux national de participation au dépistage organisé restait faible, ne s'élevant qu'à 32 % en 2011 (Bonniec et al., 2015). La littérature scientifique avait identifié un certain nombre de contraintes liées à ce test de gâïac ou test Hémocult® II, notamment la complexité de prélèvement en 3 fois sur 3 jours consécutifs. Ainsi donc, dans le souci d'accroître le nombre de personnes qui s'y soumettent, un nouveau test, fiable et facile d'emploi (oc sensor®) a été mis en place en 2015. Selon Franck Le Duff et coll. (2019) : « ce test immunologique permet de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers par rapport au test précédemment utilisé [...]. Il ne nécessite qu'un seul prélèvement et se réalise au domicile. » Malgré ces divers efforts pour favoriser l'adhésion de la population à ce processus de dépistage, le taux de personnes dépistées stagne toujours en France.

Selon les données récentes, sur la période 2017-2018, la population éligible au programme était estimée à 19,7 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans, alors que seulement près de 5,5 millions ont réalisé un test de dépistage immunologique. Cela représente un taux de participation de 32,1 %. Ce taux de participation n'est rien d'autre que le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population éligible, soit la population cible du dépistage (hommes et femmes de 50 à 74 ans) dont sont exclues les personnes exclues du dépistage pour raisons médicales (Santé publique France, 2020). Il se calcule de la manière suivante :

Frederick MAMBAKASA MANGITUKA - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique et de l'Université de Rennes 1 - Année 2019-2020

Taux de participation (%)

$$= \frac{\text{Nombre de personnes ayant réalisé un test de dépistage sur période N}}{\text{Population moyenne éligible (Insee de 50 à 74 ans) sur la période N}}$$

Selon la même source (Santé publique France, Op.cit.), le taux de participation au test de dépistage est plus élevé chez les femmes (33,4 %) que chez les hommes (30,7 %), quelle que soit la classe d'âge. Il augmente avec l'âge (de 29,7 % à 37,9 % chez les hommes et de 31,2 % à 38,4 % chez les femmes) (Annexe 1 : Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal- Années 2017-2018). Et le taux de participation standardisé (taux de participation, d'exclusion et de positivité) permettant de comparer les résultats entre les départements ou régions, montre une disparité départementale des taux de participation (Annexe 2 : Taux standardisés de participation, par département).

Les données épidémiologiques concernant les cancers du rectum sont en général indissociables de celles des cancers du côlon. Selon les statistiques, 5 % de la population aura un cancer du côlon et parmi eux, environ 40 % de ces cancers touchent le rectum, 60 % le côlon où la localisation principale est le sigmoïde, dernier segment du côlon précédant le rectum. L'association avec d'autres cancers est fréquente (endomètre, sein, ovaire, estomac, rein...) (Penna, 2003). Il existe une prédominance masculine avec un sex-ratio (rapport entre le nombre d'individus de sexe masculin et ceux de sexe féminin) compris entre 1,5 et 2.

Dans un premier temps, nous parlerons du cadre de notre travail en produisant une description en entonnoir à partir du concept de sécurité sociale jusqu'à la CPAM afin de faciliter la compréhension des lecteurs dans le cadre de cette étude.

Dans un deuxième temps, nous allons rappeler quelques notions médicales sur le cancer colorectal et aborderons l'organisation du dépistage organisé du cancer colorectal en France.

Par la suite, nous présenterons la problématique de recherche, les objectifs, la méthodologie du travail et les résultats de l'enquête.

Pour finir, nous donnerons des perspectives de travail à la suite de notre analyse de données.

1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE DU SUJET

1.1. Environnement

1.1.1. Sécurité sociale

La sécurité sociale est une assurance publique qui couvre tous les risques de la vie. Ce sont des ordonnances du 04 et 19 octobre 1945, prises par le gouvernement du Général de Gaulle, qui créent une organisation de la Sécurité Sociale.¹ Elle désigne : « un ensemble de dispositifs et d'institutions majoritairement privées qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses, généralement qualifiés de risques sociaux. »² Elle garantit des ressources stables aux salariés du commerce et de l'industrie en cas de maladie, invalidité, accident du travail, vieillesse et pour compenser les charges de famille (Lerat et Villeroil, 2018). C'est simplement la solidarité au service de tous. C'est un système basé sur la perception des cotisations sociales issues des revenus.

Du point de vue organisationnel, la sécurité sociale est constituée de différents régimes :

- Régimes principaux :
 - Régime général : couvre la majorité de la population (les salariés, les étudiants, les travailleurs indépendants) ;
 - Régime agricole : couvre les salariés et les exploitants agricoles ;
- Régimes spéciaux, notamment le régime des marins, de la SNCF, de la RATP, de la banque de la France, de l'Assemblée nationale, du sénat, des militaires.

En fonction des différents risques ou événements pouvant porter atteinte à la sécurité économique d'une personne, la sécurité sociale se compose de 5 branches (Annexe 3 : La structure du régime général de la sécurité sociale) :

- La branche recouvrement (réseau des URSSAF) : assure la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale. Elle est chargée de collecter l'ensemble des cotisations et contributions de la sécurité sociale auprès des entreprises, des particuliers..., puis redistribuer ces fonds aux caisses de la sécurité sociale.

¹ www.ameli.fr

² www.wikipedia.org

- La branche famille (réseau des CAF) : gère les prestations familiales et apporte l'aide sur la vie quotidienne, l'arrivée de jeunes enfants, l'accès au logement et la lutte contre la précarité et le handicap.
- La branche retraite (réseau des CARSAT) : assure le calcul et le paiement de la retraite de base des salariés des secteurs privés, des travailleurs indépendants, et des contractuels de la fonction publique.
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles (rôles partagés entre la CARSAT et la CPAM) : indemnise les victimes, met en œuvre une politique de prévention des risques professionnels et améliore la santé et la sécurité des travailleurs.
- La branche maladie (réseau des CPAM, DRSM et UGECAM) : assure la prise en charge des dépenses de santé, garantit l'accès aux soins à tous, mène différents programmes de prévention et contribue aux fonctionnements médico-sociaux.

1.1.2. Assurance maladie

En France, l'Assurance Maladie représente la branche maladie et assure une partie des missions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Pour mener à bien ses missions, l'assurance maladie s'appuie sur des nombreux partenaires intervenant pour ou auprès de différents publics afin de favoriser l'accès au droit et aux soins du public. L'objectif commun de tous ces partenaires est de placer l'assuré au cœur des préoccupations. Et cet objectif est exprimé par des textes législatifs ou réglementaires (par les pouvoirs publics) et des conventions, chartes et plan d'actions (par les partenaires eux-mêmes).

L'organisation interne du réseau est faite de la manière suivante :

- Au niveau national, nous avons :
 - La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) : établissement public national à caractère administratif, jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, soumis à une double tutelle : celle du ministère des solidarités et de la santé et celle de l'économie et des finances.
 - La Mutualité Sociale Agricole (MSA) : gère la protection sociale de l'ensemble de la population affiliée au régime agricole.
 - L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) : crée en 2004, l'UNCAM regroupe les régimes principaux et définit la politique commune entre les régimes (général et agricole). Le directeur général de l'UNCAM est le directeur général de la CNAM.

- Au niveau régional, nous avons :
 - La direction de coordination de la gestion du risque (DCGDR) : coordonne les actions des CPAM en matière de prévention et de régulation des dépenses au niveau d'une région.
 - Les Caisses d'Assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) : ce sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public, qui interviennent dans le champ de l'Assurance Maladie pour la prévention et la tarification des risques professionnels.
- Au niveau local, nous avons les CPAM qui sont des organismes de droit privé exerçant une mission de service public. Elles sont au nombre de 101 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) auxquelles s'ajoutent 1 Caisse Commune de Sécurité Sociale (CCSS) de la Lozère et 5 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) dans les Départements d'Outre-mer (DOM). Elles assurent notamment les relations de proximité avec les publics de l'assurance maladie et le versement des différentes prestations d'assurance maladie.

1.1.3. Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG)

Pour répondre efficacement aux différents problèmes de santé publique en France, les conventions d'Objectifs et de gestions sont signées entre l'Etat et les caisses nationales. Elles sont instituées par l'ordonnance n°344 du 24 avril 1996. Ce sont des contrats pluriannuels qui, pour chaque branche, fixent les axes stratégiques et déterminent les moyens budgétaires et humains nécessaires aux organismes pour atteindre les objectifs fixés par l'Etat.

Elles sont déclinées au niveau des CPAM par le Contrat pluriannuel de gestion (CPG) conclu entre la caisse nationale et la CPAM. Le CPG de chaque organisme local reprend les mêmes objectifs que la COG avec une déclinaison plus opérationnelle et des indicateurs de résultat associés.

Pour la première fois, la COG 2018-2022 porte sur une durée de 5 ans, en application de l'article L227-1 du Code de la Sécurité sociale. Cette convention détermine les objectifs pluriannuels, les actions mises en œuvre par chaque signataire et les moyens de fonctionnement de la branche.³

³ Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'Etat et la CNAM 2018-2022

Cette périodicité de 5 ans permet de disposer d'une visibilité suffisante pour déployer des projets des grandes orientations stratégiques fixées par le pouvoir public.

Devant les défis auxquels est confronté le système de santé français, la COG 2018-2022 poursuit cinq principaux objectifs, dont l'un est de contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé. Pour y arriver, plusieurs objectifs spécifiques sont mis en place, parmi lesquels celui de faire de la prévention un axe stratégique de la gestion du risque, c'est-à-dire de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Ainsi, la CNAM, dans le respect des orientations et recommandations portées par l'Etat lors de la signature de ladite convention, déploie ses programmes de prévention, et notamment le programme de dépistage organisé des cancers. Ce déploiement se fait sur l'ensemble du territoire national à travers toutes les CPAM, réparties dans le pays.

Cette priorité a été reprise dans un plan d'actions nationales partagé entre l'Etat et l'AM : le plan Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Celui-ci fixe la prévention comme un des 6 chantiers prioritaires permettant la maîtrise des dépenses de santé.

En plus de la COG, les actions de l'Assurance Maladie s'inscrivent dans le cadre budgétaire strict voté par le parlement chaque année : l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). Il est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale.

1.1.4. CPAM d'Eure-et-Loir

La CPAM d'Eure et Loir est située à Chartres, une commune française, préfecture du département d'Eure-et-Loir, dans la région Centre-Val de Loire. Les villes de Dreux, Châteaudun et Nogent-le-Rotrou sont des sous-préfectures du département d'Eure-et-Loir (Annexe 4 : Carte de délimitation de la zone d'étude).

Du point de vue organisationnel, la CPAM d'Eure-et-Loir est dirigée par Monsieur Richard VIEAU, qui a quatre directions sous sa responsabilité (Direction Clientèle, Direction financière et comptable, Direction générale et la Direction support). La Direction Générale comprend quatre départements (Centre Examens de Santé, Communication, Accompagnement des acteurs du système de soins et le Secrétariat de Direction Générale). Le département d'accompagnement des acteurs du système de soins fonctionne avec quatre services principaux : le service accompagnement des Professionnels de santé libéraux, le service accompagnement des établissements de santé et médico-sociaux, le service statistique et le service prévention.

C'est au sein du service Prévention que nous menons cette mission de recherche des freins des leviers au dépistage du cancer colorectal. (Figure 1 : Organigramme CPAM d'Eure-et-Loir)

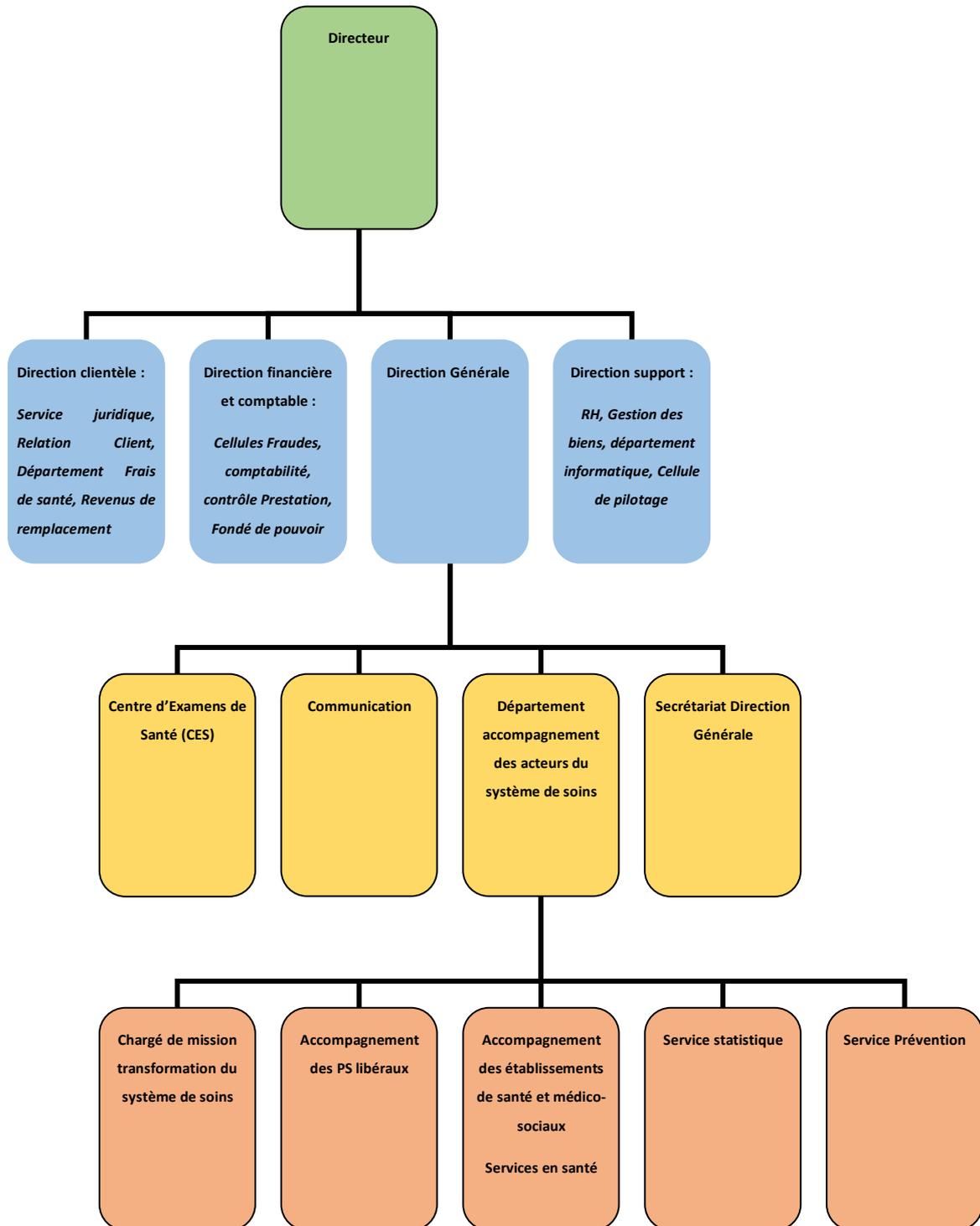


Figure 1 : Organigramme CPAM d'Eure-et-Loir

Le département d'Eure-et-Loir présente un faible taux de participation au DO (dépistage Organisé) du cancer colorectal, soit 28,10% en 2019, alors que l'objectif du département est d'atteindre 35,48%⁴. Les standards européens préconisent un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45 %. (Santé publique France, Op.cit.)

Pour pallier ce problème de faible participation de la population au programme, la CPAM, ainsi que ses partenaires internes et externes mettent en place des actions locales de sensibilisation à ce dépistage au plus près de ces populations (50-74 ans), y compris celles qui sont socialement défavorisées et/ou éloignées du système de santé. Au démarrage de notre étude, nous avons répertorié plusieurs actions de promotion et de prévention déjà entreprises par la caisse, notamment un déploiement d'un plan de communication spécifique en 2019. Il s'agissait principalement :

- D'une communication grand public au cinéma, avec la diffusion d'un spot au ton humoristique permettant de désacraliser ce sujet qui est encore tabou pour certains, de sensibiliser et de promouvoir ce dépistage
- D'une communication auprès des assurés : En mettant en place des stands dans les accueils à Chartres et à Dreux, en distribuant des cartes de promotion du dépistage du cancer colorectal sur un salon des seniors, en faisant une campagne d'affichage sur leboncoin.fr, en envoyant des mails.
- D'une communication interne à la CPAM : En distribuant des bracelets et des cartes postales de promotion du dépistage du cancer colorectal, et à l'aide d'affichages dans les locaux ;
- D'une mobilisation des professionnels de santé, notamment à travers l'action de l'équipe des délégués de l'Assurance Maladie, qui se rendent au cabinet des professionnels de santé pour leur porter des messages de bonnes pratiques, notamment en matière de prévention, et qui ont réalisé une campagne de visites auprès des médecins généralistes spécialement dédiée au dépistage du cancer colorectal.
- D'un relai dans les médias locaux : En réalisant un communiqué de presse et dossier de presse à l'ensemble des médias du département, et une émission radio sur RTV Dreux.

⁴ Suivi des indicateurs CPG

Malgré toutes ces actions entreprises dans le département, le taux de participation à ce dépistage stagne toujours, d'où l'intérêt de cette étude.

1.2. Cancer colorectal

1.2.1. Généralités

1.2.1.1. Facteurs de risque

Les facteurs de risque des cancers du rectum sont les mêmes que ceux des cancers du côlon. Nous avons principalement deux facteurs de risque :

- Facteurs de risque environnemental :

D'une part, parmi les facteurs accroissant le risque de développer un cancer colorectal, on a notamment la consommation de graisse ou de viande, l'obésité, un apport calorique élevé, la sédentarité, l'alcool et le tabagisme.

D'autre part, la consommation de fibres alimentaires, de légumes crucifères et de vitamines antioxydantes sont des facteurs associés à une diminution du risque (Tournigand et Carbonnel, 2003). Trois quarts des cas surviennent toutefois chez des personnes exemptes de facteur de risque particulier. (Bulliard J. et Coll., 2012)

- Facteurs de risque génétiques : Le cancer colorectal est un cancer héréditaire. Le risque de cancer du côlon est multiplié par 2 ou 3 chez les apparentés au premier degré de parents atteints de cancer du côlon « sporadique » et augmente encore si le cancer est survenu avant l'âge de 50 ans (Tournigand et Carbonnel, *Op.cit.*).

1.2.1.2. Cancérogenèse colorectale

C'est un cancer qui a la particularité d'être très souvent précédé par une tumeur bénigne, le polype adénomateux. (Faivre J. et Coll., 2015) Donc, ce sont des adénocarcinomes dans 95% des cas. En moyenne, ce polype met entre 10 à 20 ans pour se transformer en cancer, et est le plus souvent asymptomatique (Faivre J. et Coll., 2015).

Le terme de polype colorectal désigne une tumeur de petite dimension faisant saillie dans la lumière du côlon ou du rectum sans préjuger de sa nature histologique.

1.2.1.3. Pronostic

Pendant les deux dernières décennies, le pronostic des cancers colorectaux s'est amélioré en raison du diagnostic plus précoce et de la réduction de la mortalité opératoire. D'importants progrès ont été réalisés ces dernières années, dans des domaines aussi variés que la génétique moléculaire, le dépistage, la prise en charge médicochirurgicale et la chimiothérapie (Tournigand et Carbonnel, 2003). Le pronostic des cancers du côlon est lié au niveau d'invasion pariétale ainsi qu'à l'existence de métastases ganglionnaires, péritonéales ou viscérales.

1.2.1.4. Diagnostic

Le diagnostic peut être porté à l'occasion d'un test de dépistage. Le plus souvent, il est fait chez un patient symptomatique. Il est fréquemment diagnostiqué à un stade avancé du fait de l'apparition tardive des symptômes. (Aubin-Auger I. et Coll., 2015) Les principaux symptômes sont les douleurs abdominales, les troubles du transit (diarrhée et/ou constipation), les rectorragies (dans les cancers du côlon gauche), le méléna et l'anémie par carence martiale (dans les cancers du côlon droit). Le diagnostic de cancer du côlon est parfois porté devant une fièvre prolongée, une altération de l'état général, une masse abdominale, un ganglion de Troisier ou de Virchow, une ou plusieurs métastases hépatiques ou pulmonaires. Les autres signes cliniques locaux (occlusion, douleurs sciatiques, abcès périrectal...) ou généraux (altération de l'état général, anémie...) sont plus tardifs et correspondent en général à la complication d'un cancer déjà connu (Penna, *Op.cit.*).

La coloscopie est l'examen de choix permettant un inventaire précis des polypes colorectaux, leur ablation par voie endoscopique et leur analyse histologique (Levy, *Op.cit.*).

1.2.1.5. Traitement

Le traitement repose sur la chirurgie dont les objectifs sont de retirer le cancer et son drainage lymphatique. Des traitements adjuvants ont un intérêt dans certaines conditions pour diminuer le risque de récurrence locale ou augmenter la survie. Les études ultérieures ont ensuite montré qu'une association de 5-Fluoro-Uracil (5-FU) et d'acide folinique pendant 6 mois était aussi efficace et moins toxique. C'est le schéma de référence actuellement en France (Tournigand et Carbonnel, *Op.cit.*). Ainsi donc, cette association est formellement indiquée après une exérèse jugée complète des cancers du côlon au stade III (c'est-à-dire avec atteinte ganglionnaire) de la

classification TNM (Levy, *Op.cit.*). La chirurgie apporte à elle seule la grande majorité des guérisons et la chimiothérapie apporte une augmentation du taux de guérison. Par rapport à la chirurgie seule, la chimiothérapie augmente de 10 à 15% la survie globale à 5 ans.

1.2.1.6. Surveillance

Seuls les polypes adénomateux justifient une surveillance coloscopique (Levy, *Op.cit.*). La mortalité est influencée par le stade de la tumeur au moment du diagnostic et par le traitement. (Lambert R., 2012) Une diminution significative de la mortalité est observée lorsque le test est réalisé tous les 2 ans.

1.2.2. Dépistage organisé de cancer colorectal en France.

1.2.2.1. Prévention et dépistage organisé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948, la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps (www.ap-hm.fr).

Il s'agit d'en distinguer quatre types :

- La prévention primaire : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et réduire les risques d'apparition de nouveaux cas. Elle est pratiquée avant l'origine biologique de la maladie.
- La prévention secondaire : ensemble d'actes visant à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle est destinée à identifier la maladie alors qu'elle est encore asymptomatique.
- La prévention tertiaire : Elle limite les conséquences des maladies installées, prévient les rechutes et réduit l'effet de la prévalence.
- La prévention quaternaire : limite la surmédicalisation, propose des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables.

Le dépistage s'inscrit dans la prévention secondaire et s'effectue en absence de toute plainte, par opposition au diagnostic. L'idée est de repérer la maladie à un stade précoce et donc théoriquement de la traiter plus facilement (Revue de presse du Département de Médecine Générale, 2017). Selon l'OMS, il consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue (Haute Autorité de Santé, 2006).

Il existe divers types de dépistage : systématique, individuel, populaire général ou ciblé, opportuniste ou organisé (Revue de presse du Département de Médecine Générale, 2017). Le dépistage, même organisé, doit être l'occasion d'une relation médecin-malade en communiquant sur les bénéfices et les risques du dépistage ainsi que ses objectifs afin d'aboutir à une décision médicale partagée.

En France, le dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place depuis 2008, en utilisant le test Hémocult 2, test de recherche de sang dans les selles [...] (Bonniec et Coll., 2015). Ce test

est réalisé par la personne à domicile et est composé de trois plaquettes imbibées de résine de gaïac.

A l'aide d'une spatule, la personne prélève deux fragments de selles à appliquer sur la plaquette. L'opération est renouvelée sur trois selles consécutives (Caroline de Pauw, 2008).

Selon Bernard Denis et coll. (2015) : « Ce test va être remplacé par un test immunologique quantitatif qui offre une sensibilité accrue pour la détection des cancers et surtout des adénomes avancés [...]. Le principal atout du test immunologique quantitatif est sa simplicité d'emploi : un seul prélèvement suffit au lieu des six nécessaires avec le test au gaïac. Cette simplicité entraîne une augmentation constante de la participation, de 5 à 13 % selon les études. »

Ce dépistage est coordonné au niveau régional par le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers, organisme indépendant cofinancé pour cette mission par l'ARS et l'Assurance Maladie. Au niveau départemental, il est organisé par une structure de gestion, qui a notamment en charge l'envoi des courriers d'invitations, de relances et le suivi des résultats positifs. (Cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal, Journal officiel de la République Française, 2006)

1.2.2.2. Procédure du dépistage organisé.

D'après le cahier des charges destiné aux structures en charge de la gestion du dépistage organisé du cancer colorectal, repris dans l'arrêté du 19 mars 2018 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal, le dépistage du cancer colorectal, par la recherche de sang occulte dans les selles, ayant fait la preuve de son efficacité en population générale, est proposé aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer colorectal. Il repose sur la mise en œuvre d'un examen de biologie médicale utilisant une méthode immunologique quantitative de recherche de sang dans les selles sur prélèvement unique. Outre sa meilleure efficacité, le principal progrès attendu en termes de santé publique réside dans sa simplicité d'emploi qui doit être mise à profit pour augmenter la participation actuelle insuffisante. (Denis B. et Coll., 2015) Les personnes de la tranche d'âge concernée sont invitées à réaliser cet examen tous les deux ans. Les personnes ayant exprimé par écrit leur refus définitif du dépistage proposé sont considérées comme définitivement inéligibles.

Après réception du courrier, l'assuré consulte son médecin qui évalue le niveau de risque de son patient en fonction de son histoire personnelle et familiale avant de remettre le kit de dépistage. En cas de risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal, le médecin propose une autre modalité de dépistage (coloscopie ou consultation d'oncogénétique). Le niveau de risque élevé ou très élevé est établi dès lors qu'il y a :

- Antécédents personnels : antécédent d'adénome ou de cancer colorectal, Maladies inflammatoires chroniques intestinales (Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn), Cancer colorectal héréditaire non polyposique : HNPCC (Hereditary non polyposis colorectal cancer) ou syndrome de Lynch.
- Antécédents familiaux : antécédent familial au 1er degré d'adénome > 10 mm de diamètre survenu avant 65 ans, antécédent familial de cancer colorectal (un parent du 1er degré avant 65 ans, deux parents ou plus du 1er degré quel que soit l'âge), polypose adénomateuse familiale.

Le dépistage organisé du cancer colorectal se réalise selon le protocole suivant :

- L'information de la population cible par lettre d'invitation individuelle : Les personnes de la tranche d'âge cible du dépistage sont personnellement invitées par la structure en charge de la gestion du dépistage à retirer le kit de dépistage chez leur médecin lors d'une consultation. Le Kit de dépistage contient les éléments suivants (Annexe 5 : Kit de dépistage) :
 - Un flacon de prélèvement ;
 - Un dispositif d'aide au recueil des selles ;
 - Un mode d'emploi illustré du kit ;
 - Une fiche d'identification de la personne dépistée et de son ou ses médecins ;
 - Des emballages permettant le transport et la conservation des flacons dans les conditions de qualité et sécurité requises ;
 - Un support retour pré-rempli et préaffranchi permettant l'envoi postal du prélèvement réalisé vers les laboratoires de biologie médicale compétents.
- La remise du kit de dépistage à la personne : Elle peut être effectuée par son médecin traitant, par un gynécologue, ou par un hépato-gastroentérologue dans le cadre des consultations classiques, ou par un médecin d'un centre d'exams de santé du régime général de l'assurance maladie lors d'un bilan de santé pour les assurés éligibles n'ayant pas de médecin traitant désigné. Tout professionnel de santé impliqué dans la remise du

kit de dépistage, bénéficie d'une formation adaptée à ses conditions d'exercice, organisée par les structures en charge de la gestion du dépistage. Des outils de formation sont élaborés au niveau national par l'Institut national du cancer (INCa). Il existe des cas où la démarche est initiée par le médecin sans que la personne ne dispose de lettre d'invitation.

- L'envoi de relances :

Au maximum cinq mois après la première invitation et en l'absence de refus documenté ou d'information sur l'inéligibilité de la personne dépistée, un premier courrier de relance est adressé aux personnes qui n'ont pas encore réalisé l'examen de dépistage.

Neuf à dix mois après la première invitation (sans dépasser un délai de 12 mois), un second courrier de relance est envoyé aux personnes qui n'ont pas encore réalisé d'examen de dépistage.

Lorsque la personne a participé au moins à l'une des trois précédentes campagnes de dépistage organisé du cancer colorectal, un kit de dépistage est joint à ce second courrier de relance.

- En ce qui concerne l'approvisionnement en kits de dépistage par un prestataire sélectionné dans le cadre du programme de dépistage national, deux modes de commandes et d'acheminements des kits de dépistage sont prévus :

- Soit les médecins disposant d'un code d'accès commandent directement les kits de dépistage via un formulaire en ligne sur l'espace professionnel AMELI ;
- Soit les structures en charge de la gestion du dépistage organisé du cancer colorectal commandent les kits de dépistage suivant les modalités prévues entre la CNAM et le prestataire responsable de la livraison des kits, et les fournissent ensuite aux médecins si besoin.

- Analyse et lecture des échantillons biologiques : Le laboratoire de biologie médicale réalise l'analyse et l'interprétation des résultats de cet examen de biologie médicale après avoir vérifié la tranche d'âge d'éligibilité, l'intégrité du prélèvement, la date de péremption du kit de dépistage, la date du prélèvement, l'identification du prélèvement et sa correspondance avec la fiche d'identification. Il envoie le compte rendu du résultat de l'examen de biologie médicale, positif, négatif ou non analysable à la personne dépistée concernée, aux médecins mentionnés sur la fiche d'identification et aux

structures en charge de la gestion du dépistage de gestion concernées, dans les 24 heures après la lecture.

Des campagnes annuelles d'information, concernant le dépistage du cancer colorectal, coordonnées par l'INCa, sont dirigées vers l'ensemble des professionnels de santé concernés par le dispositif et vers l'ensemble de la population au niveau national et local (Cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal, Journal officiel de la République Française, 2018).

1.2.3. Problématique de recherche

L'histoire du dépistage du cancer colorectal est ancienne. C'est au début des années 1970 qu'il a été proposé de rechercher un saignement occulte dans les selles avec un test au gaïac baptisé Hemocult. (Faivre J. et Coll., 2015). L'Allemagne a été le premier pays, dès 1977, en l'absence de toute preuve d'efficacité, à proposer un dépistage du cancer colorectal. (Faivre J., 2010). En France, le dépistage organisé par recherche de sang occulte dans les selles (Hemocult®) a été généralisé en 2008 (Aubin-Auger I. et Coll., 2015). Ce test avait comme particularités : « Il est le premier dépistage organisé à concerner les deux sexes ; le patient doit réaliser lui-même, à son domicile, le prélèvement de selles par le test Hémocult II® ; il s'organise en deux temps : la réalisation du test Hémocult II® suivi, en cas de résultat positif, d'une coloscopie. » (Caroline de Pauw, 2008) Néanmoins le taux de participation est resté faible en moyenne sur le territoire national.

La littérature scientifique a identifié un certain nombre de freins à la participation au dépistage du CCR. Tout d'abord, certains freins correspondent à des attitudes négatives, comme le manque de confiance envers le système de soins, l'embarras [...], l'inconfort et le déplaisir accompagnant les procédures des tests. D'autres freins sont en lien avec les normes sociales, tels que le manque de recommandations de la part du médecin. (Le Bonniec A. et Coll., 2015). Franck Le Duff et Coll. (2019) ajoutent : « L'âge, le sexe, le statut marital et la fragilité financière sont des facteurs précédemment identifiés comme indépendamment associés à la non-adhésion des personnes au PNDCCR. »

En dépit des avantages du nouveau test immunologique introduit en 2015 par rapport au précédent, la participation de la population au dépistage demeure faible par rapport aux objectifs fixés. Selon Jean Faivre et Coll. (2015), quelles que soient les performances du test de dépistage, il n'aura pas d'effet significatif sur l'incidence et la mortalité si la participation est faible.

En Corse, fort de ce constat, le CRCDC (Centre Régional de coordination de dépistage des cancers) de Corse a élaboré un protocole d'intervention en s'associant à l'union régionale des professionnels de santé des pharmaciens libéraux (URPS Pharmaciens), avec pour objectif de distribuer gratuitement le kit de dépistage colorectal en pharmacie. Ce protocole a donné lieu à un projet nommé « Dépistage colorectal en officine » (Deco). Comme résultat, sur la période étudiée, 666 tests ont été remis par les pharmaciens, ce qui permet d'obtenir un taux de réalisation proche de 36 %, soit un taux de participation 3,7 fois supérieur à ce qui peut être

observé au niveau régional en routine (9,75 %). Le taux de réalisation sur la microrégion concernée par le projet Deco a rapidement progressé au-dessus du taux régional pour dépasser les 30 % et culminer à 36 % en fin de période (Le Duff F. et Coll., 2019)

Dans le département d'Eure-et-Loir, en plus des actions déjà entreprises, la CPAM a sollicité une étude sur la recherche des freins et des leviers auprès des assurés et des professionnels de santé. A l'issue de ce travail, nous souhaiterions pouvoir formuler des propositions d'amélioration pour répondre à cette problématique de faible participation à ce dépistage. Ainsi donc, nous avons pensé aborder le sujet différemment des précédentes études sur le sujet qui portaient uniquement sur les patients, en recueillant les freins et leviers simultanément auprès des assurés et des professionnels de santé (impliqués ou pas dans le dépistage du cancer colorectal). Notre problématique de recherche portera sur la question suivante : A partir de l'analyse des freins et des leviers perçus par les assurés et les professionnels de santé, quelles propositions d'amélioration peut-on formuler pour augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal ?

2 OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectifs généraux

Le service Prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Eure-et-Loir, afin de mettre en œuvre des actions locales permettant d'améliorer le taux de participation au dépistage du cancer colorectal dans le département, a proposé une étude ayant trois objectifs généraux :

- Analyser les freins à la participation au dépistage du cancer colorectal ;
- Identifier des leviers permettant de communiquer de manière plus efficace sur ce dépistage ;
- Et formuler des propositions d'actions destinées à améliorer l'organisation de ce dépistage.

2.2. Objectifs spécifiques

Pour atteindre les objectifs assignés, nous nous sommes donnés comme mission de :

- Mener une étude qualitative auprès d'un panel d'assurés et de professionnels de santé qui seront ciblés et recrutés suivant un certain nombre de critères ;
- Elaborer un document de synthèse des résultats ;
- Proposer des recommandations d'actions de promotion de ce dépistage

Les témoignages recueillis lors de nos entretiens auprès des acteurs concernés dans ce programme (assurés et professionnels de santé), nous permettront de mettre en évidence des obstacles et leviers dans ce dépistage, ainsi que des pistes d'amélioration permettant d'augmenter le taux de participation.

3 METHODES ET DONNEES

Pour arriver à analyser les freins et les leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal dans le département d'Eure et Loir, dans le cadre de notre étude qualitative exploratoire, nous avons procédé à une étude de marché qui est définie comme étant la collecte et l'analyse des informations sur le public cible et l'environnement. Cette démarche nous permet : « [...] de comprendre, de cerner et d'appréhender les motivations, comportements, des individus auxquels on s'adresse, afin d'adapter au mieux les actions marketing. » (Gallopel-Morgan, 2019) Nous avons pris cette démarche de marketing social étant donné que « se faire dépister » est un comportement de santé que nous voulons proposer à la population ciblée. Pour ce faire, deux approches ont été utilisées : la revue bibliographique et les entretiens semi-directifs.

3.1. Revue bibliographique

Dans cette partie, nous allons détailler la démarche bibliographique utilisée et les résultats qui en découlent seront présentés dans le chapitre 4 (Résultats et Analyses).

La revue bibliographie a été réalisée dans trois bases des données. Nous avons eu recours à Cairn « auquel la Bibliothèque nationale de France s'est associée en 2006, puis les Presses Universitaires de France (PUF) en 2014 » (www.wikipedia.org), et aussi à Google scholar qui « effectue les recherches dans des sources de type universitaire : revues, thèses, livres, cours, sites institutionnels... ». (Bibliothèque Universitaire, Aix Marseille, 2020) Comme troisième base de données, nous avons recherché des articles, en lien avec notre étude, dans Pubmed, qui est le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et de la médecine (www.wikipedia.org).

Nous avons également fait appel à des sites internet pour découvrir des informations récentes en rapport avec notre sujet de recherche. La documentation de la Caisse Primaire d'Eure-et-Loir a été régulièrement utilisée tout au long de la période de cette étude. Pour les deux premières bases de données (Cairn et Google Scholar), le « dépistage organisé », « cancer colorectal » et « France » ont été utilisés comme principaux mots clés. Et en ce qui concerne Pubmed, nous avons procédé par la construction d'une équation de recherche grâce aux synonymes anglais qu'on a repéré dans Linguee et aussi grâce aux opérateurs booléens (AND et OR). Ladite équation était structurée dans le modèle PICO.

Les résultats, issus de toutes les sources citées ci-dessus, ont permis de collecter plusieurs articles. Seuls les plus pertinents ont été retenus sur base de la lecture de leurs introductions et conclusions. Et parmi ces articles, nous avons choisi ceux qui répondaient aux critères d'inclusion :

- Articles écrits en français ou en anglais ;
- Articles publiés durant les 15 dernières années ;
- Articles dont les thèmes s'articulent avec le dépistage organisé de cancer colorectal.

Le DeepL nous a servi à traduire, à la langue française, tous les des articles écrits en anglais.

Ainsi donc, des cahiers des charges du dépistage organisé du cancer colorectal, parus dans les journaux officiels français, des articles, des ouvrages et des mémoires de Master de l'EHESP qui ont aussi abordé la problématique de la participation au dépistage du cancer colorectal nous ont fourni des informations concernant notre sujet de recherche. Il s'agit essentiellement de l'organisation de ce dépistage, des freins et des leviers déjà identifiés et présentés précédemment au paragraphe 1.2.3. traitant de la problématique de recherche, ainsi que de l'expérimentation du département de Corse sur l'implication des pharmaciens dans la remise des kits de dépistage.

Grâce aux outils de collecte et d'analyse des données élaborés, cette revue bibliographique a permis le recueil des informations utiles à notre étude.

3.2. Choix du milieu d'étude et ciblage

La Caisse Primaire d'Eure-et-Loir mène des actions auprès de ses affiliés et professionnels de santé résidant essentiellement dans le département. Notre travail portera donc uniquement sur ce périmètre géographique.

Selon l'Institut National du cancer, près de 95% des cancers colorectaux sont diagnostiqués après 50 ans, chez les hommes comme chez les femmes. A cela s'ajoute que les cancers colorectaux sont rares avant 50 ans. C'est pourquoi le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans et qui ne présentent ni symptôme, ni facteur de risque particulier (INCA, 2020). Une autre étude complète en disant que : « L'âge supérieur à 50 ans est le principal facteur de risque de CCR. Quatre-vingt-dix pour cent des CCR sont diagnostiqués à partir de 50 ans. Le risque d'avoir un CCR dans la population âgée de 50

à 74 ans sans autres facteurs de risque que l'âge a été estimé à 3,5 %. » (Champion-Boutoille, 2017) C'est pour cette raison que notre étude cible donc la population éligible au dépistage du cancer colorectal.

Dans le souci de creuser encore plus les freins et les leviers, et surtout en s'inspirant de l'expérimentation du département de Corse, cette étude cible également les professionnels de santé impliqués ou non dans la remise des kits de dépistage, exerçant dans le département et dans le secteur libéral.

3.3. Entretiens

La lecture approfondie des articles retenus a permis de mieux cerner les personnes à interroger pour creuser les freins et les leviers à la participation au dépistage organisé de cancer colorectal. Nous avons ciblé deux catégories de personnes : les assurés d'une part et les professionnels de santé de l'autre part.

3.3.1. Assurés

Conformément à la doctrine de Commission nationale de l'information et des libertés, dans le cadre de notre démarche méthodologique, pour atteindre les assurés, nous avons tout d'abord contacté la déléguée à la Protection des données de la CPAM. Cette dernière nous a aidé à remplir le Questionnaire d'évaluation de la sécurité et analyse d'impact version 1.0 (QERSI) qui était l'élément central de la démarche de mise en conformité des traitements de données à l'ensemble des règles relatives à la protection des données [...] et à faire les déclarations nécessaires.⁵ Après validation de notre requête, nous nous sommes rapprochés du service statistique pour faire une extraction d'informations dans la base de données SIAM/ERASME (Système Informationnel de l'Assurance Maladie/ Etude Recherche Analyse pour un Suivi Médico-Economique) afin d'avoir accès au registre téléphonique des assurés, ayant donné une autorisation de contact. Cette extraction nous a fourni un échantillon de 8758 assurés, hommes et femmes, âgés entre 50 et 74 ans, qui devront être prévenus de cette enquête par mail afin de faciliter leur participation quand nous les appellerons. Ainsi donc, pour minimiser le coût financier lié à l'envoi des mails, nous avons décidé de réduire la taille de l'échantillon à 500 assurés, grâce à un tri au hasard.

⁵ Questionnaire d'évaluation de la sécurité et analyse d'impact version 1.0

Pour les échanges avec les assurés, les entretiens semi-directifs par téléphone, ont été privilégiés au regard du contexte sanitaire actuel (la pandémie à coronavirus) qui exige le respect de la distanciation sociale et surtout pour la simple raison que la majorité de notre population cible se retrouve parmi les personnes vulnérables à la covid-19, comme le souligne le Ministère des solidarités et de la santé : « Certaines populations sont toutefois plus à risques de formes graves, d'admissions en réanimation ou de décès : les personnes de plus de 65 ans, les personnes atteintes d'une maladie chronique ou fragilisant leur système immunitaire (notamment antécédents cardiovasculaires, diabète, pathologies chroniques respiratoires, cancers...) [...] .» (Ministère des solidarités et de la santé, 2020) Les entretiens individuels sont priorités au vu du caractère intime du sujet. Au total, 44 entretiens ont été réalisés.

3.3.2. Professionnels de santé

Dans le cadre de cette étude, nous avons sélectionné deux catégories de professionnels de santé :

- Ceux qui sont déjà impliqués dans le dispositif de dépistage du cancer colorectal car ils peuvent délivrer les kits : les médecins généralistes, gynécologues et gastro-entérologues ;
- Et d'autres professionnels de santé qui, en raison de leur relation privilégiée avec les assurés, pouvaient nous apporter un éclairage complémentaire sur les freins et leviers à la participation à ce dépistage et sur des modalités d'organisation différentes qui pourraient être envisagées. Nous avons ciblé, dans cette catégorie, les pharmaciens, les infirmiers et les sages-femmes pour les raisons suivantes :
- L'analyse des réponses recueillies auprès des assurés lors de l'enquête, nous a permis d'identifier les pharmaciens et les infirmiers comme interlocuteurs privilégiés et vers lesquels les patients souhaiteraient être orientés si jamais intervenait l'ouverture vers d'autres intervenants en santé.
- Le taux de participation au dépistage du cancer de sein est supérieur à celui du cancer colorectal alors que la population à dépister est la même chez les femmes. Cela a donc orienté notre travail vers les sages-femmes, pour en comprendre les raisons.

Nous avons également interrogé le médecin responsable du centre de dépistage dans l'Eure-et-Loir, car il est particulièrement impliqué sur le sujet, ainsi que deux médecins du Centre d'Examen Santé (CES) de la CPAM, qui remettent des kits de dépistage lors de leurs bilans de santé.

Pour les contacter, nous avons utilisé plusieurs moyens :

- Nous avons accompagné les DAM (Délégués Assurance Maladie), du service Accompagnement des Professionnels de santé libéraux, lors de leurs visites habituelles auprès des professionnels de santé. Cet accompagnement nous a permis de rencontrer 6 médecins généralistes, 3 pharmaciens et 5 infirmiers.
- Nous avons envoyé des mails aux gastro-entérologues, gynécologues et sages-femmes afin de les prévenir de cette enquête et d'accroître leur participation lors de l'appel. Sur 34 sages-femmes, 17 gynécologues et 7 gastro-entérologues prévenus, nous avons réussi des entretiens avec 3 sages-femmes, 2 gynécologues et 1 gastro-entérologue.
- Enfin la Responsable du département Accompagnement des acteurs du système de soins, qui pilote ce travail, Madame Aurélie-Anne Gaillard, nous a permis d'obtenir des entretiens avec le médecin responsable du centre de coordination des dépistages et deux médecins du Centre Examen Santé, après les avoir avertis par mail de cette enquête.

En outre, grâce à ses contacts, nous avons également interviewé 7 infirmiers lors d'une réunion de la CPL (Commission Paritaire Locale).

Les entretiens avec les professionnels de santé étaient semi-directifs. La majorité s'est déroulée en présentiel, seuls 4 ont été réalisés par téléphone à la suite de difficultés de prise de rendez-vous en présentiel. Toutes les infirmières ont été interviewées en groupe. Le premier groupe était composé de 7 infirmières questionnées, au même moment, lors de la commission paritaire locale. Le second était composé de 5 infirmiers, rencontrés lors de l'accompagnement des DAM. Au total, 30 PS ont été interrogés.

3.3. Support de collecte de données

Dans le cadre de notre étude de marché, pour nous faciliter la collecte de données, nous avons élaboré un guide d'entretien à partir de notre question de recherche (Annexe 6 : Guide d'entretien) et des éléments de la revue de la littérature. Pour ce faire, nous avons listé toutes les informations dont nous avons besoin pour répondre à notre problématique :

- L'organisation actuelle du dépistage du cancer colorectal et comment on pourrait l'améliorer ;
- Les freins à la participation à ce dépistage et comment on pourrait convaincre davantage de personnes.

Et nous avons formulé des questions ouvertes permettant d'obtenir les informations dont on a besoin. Ces entretiens ont été réalisés pendant une période de 2 mois et la durée de chaque entretien a été estimée entre 15 et 30 minutes. Le premier mois était consacré aux entretiens avec les assurés, suivis des entretiens avec les professionnels de santé. Nous avons pris le soin de demander le consentement de nos enquêtés pour l'enregistrement de nos échanges, et gardé l'anonymat dans leur propos. Tous les entretiens ont été retranscrits et analysés manuellement dans un tableau avec une double synthèse (synthèse horizontale et verticale) qui consiste à faire entrer les données horizontalement, puis de les analyser verticalement.

Dans le cadre de l'organisation du travail, un rétroplanning a été mis en place pour suivre l'évolution des activités au cours de cette étude (Annexe 7 : Rétroplanning).

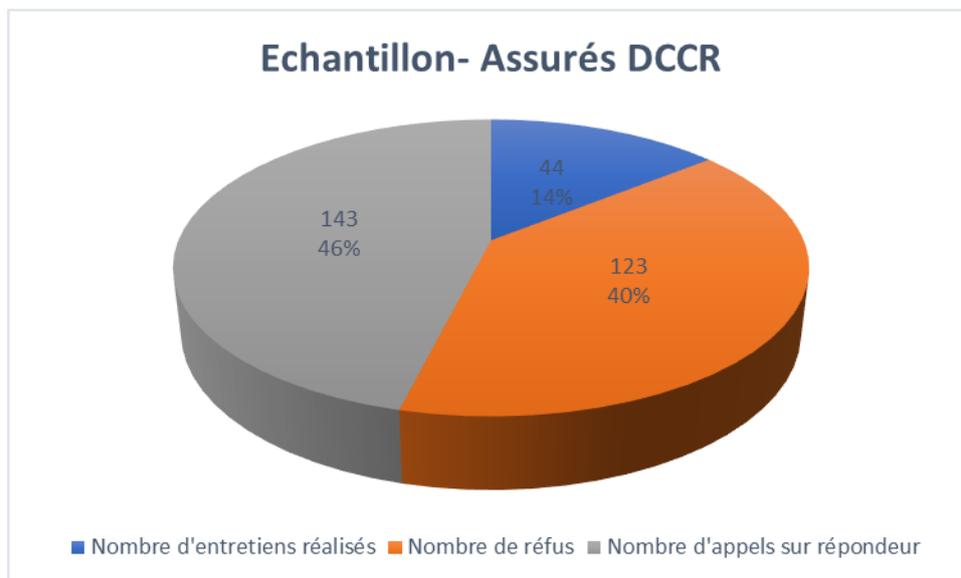
Notre étude s'est déroulée entre juin 2020 et novembre 2020.

4 RESULTATS ET ANALYSES

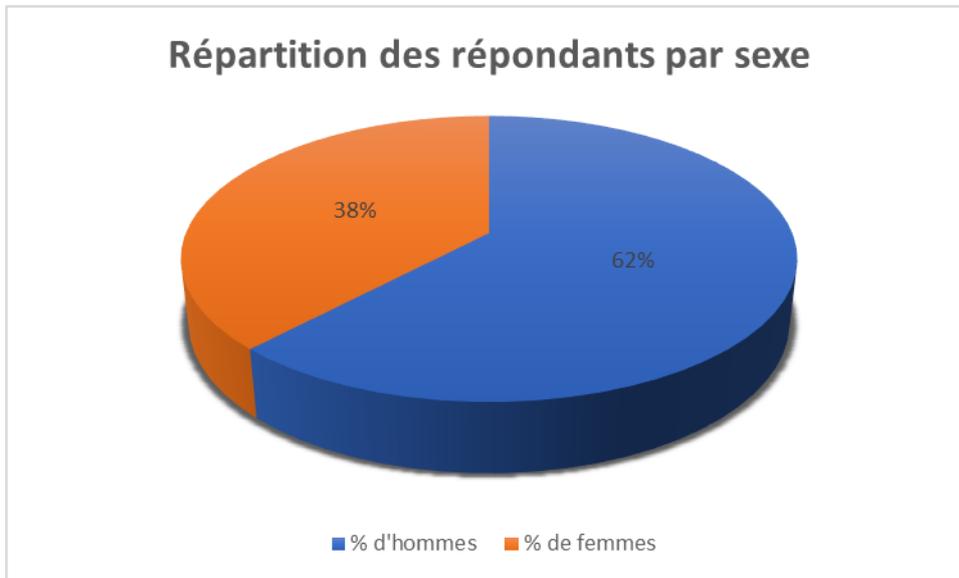
Sur base de notre démarche méthodologique, nous avons contacté 44 assurés et 30 professionnels, soit un total de 74 enquêtés

4.1. Résultats et analyse des entretiens réalisés avec les assurés

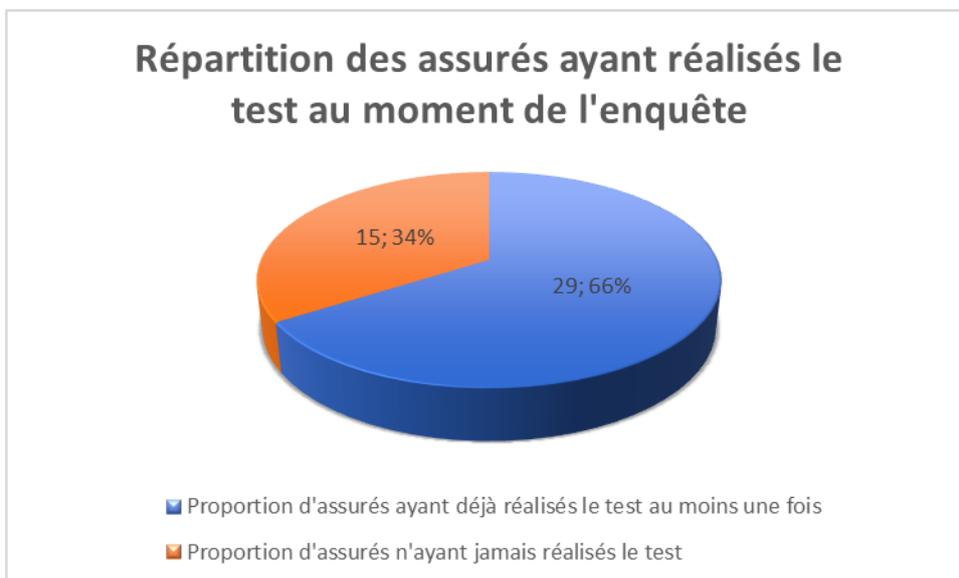
Sur 310 assurés contactés par téléphone, nous avons réalisé 44 entretiens (soit 14%), 143 appels sur répondeur et 123 refus de participation.



Parmi ces assurés contactés, nous avons eu 117 femmes (soit un taux de 38%) et 193 hommes (62%).



Parmi les 44 enquêtés, nous avons interviewé 29 assurés (soit 66%) qui ont déjà fait le test au moins une fois, contre 15 (soit 34%) qui ne l'ont jamais réalisé.



Tous les entretiens ont été retranscrits afin d'éviter une mauvaise interprétation au moment du traitement des données. Nous avons élaboré une matrice nous permettant de traiter ces données (Annexe 8 : Matrice de traitement des données). Chaque entretien est classé selon trois thèmes (leviers, freins et propositions) afin de répondre à notre problématique de départ. Nous avons rempli la matrice horizontalement suivant chaque entretien réalisé. Pour donner sens à nos données classées dans la matrice, nous avons fait une interprétation verticale de chaque thème.

L'analyse qualitative des données recueillies auprès des assurés nous a permis d'identifier :

- Des leviers déjà existants dans le programme de dépistage du cancer colorectal, au sein du département d'Eure et Loir ;
- Les freins qui justifient le faible taux de participation au dépistage ;
- Les propositions d'amélioration faites par des assurés.

4.1.1. Freins à la participation au test

4.1.1.1. Faible vulnérabilité perçue par rapport à la maladie.

Les entretiens réalisés nous ont permis de recenser 26 réponses liées à une faible vulnérabilité perçue par rapport à la maladie et la façon dont elle se développe :

- **Le manque d'information sur la maladie et surtout l'absence des symptômes au moment du dépistage (16 réponses)** pousse certains assurés à penser que ce cancer ne concerne que les autres et qu'ils sont en bonne santé. Et par conséquent, ils ne trouvent pas de bonne raison de se faire dépister. L'un d'entre eux nous dira :

« Je pense que les gens ne se sentent pas concernés par cette maladie. C'est-à-dire ils pensent qu'ils ne peuvent pas être atteints. C'est pour les autres. Ça ne leur arrivera jamais tellement tout marche bien de ce côté-là. »

Un autre appuie par ces mots :

« Bah ouais, moi je suis d'origine paysanne. Donc, moi je sais que le corps serait sain en absence d'alcool, de drogue, de poison, cigarette. Et en plus, à mon âge, je pratique encore le football, je peux encore courir. Donc je pense que mon corps pour l'instant me suit. Je pense que le corps, une fois qu'il m'aura donné des signes d'alerte moi je pourrais aller voir si j'ai du diabète et du cholestérol... »

- **La faible vulnérabilité perçue vis-à-vis de la maladie conduit à une absence de motivation (10 réponses)** : Les assurés justifient leur non-recours au dépistage par la paresse, le manque d'intérêt ou le manque de temps :

« Bon ! J'ai reçu une invitation, mais je n'ai pas encore fait. Je traine, je traine, je traine. Peut-être c'est juste la paresse surtout. [...] c'est la flemme. Je n'ai pas le temps et ça arrive aussi d'oublier. »

Un autre complète :

« Je travaille tout seul, j'ai des enfants, c'est difficile pour moi, mais je vais essayer de faire le test quand j'aurai ma retraite. »

4.1.1.2. Freins liés à la réalisation pratique du test

Vingt-quatre réponses concernent des freins liés à la réalisation du test. Ces réponses nous ont permis de mettre en évidence :

- **La pudeur liée à la manipulation des selles (11 réponses)** : Parler de la sexualité est un sujet tabou, parler du colon, rectum, anus ou des selles en est un aussi. Certains pensent que c'est un sujet qu'on n'aborde pas par pudeur, comme nous l'indique cet enquêté :

« Ce n'est pas un sujet de conversation pour des raisons de pudeur. C'est un tabou. »

Un autre déclare :

« De toutes les façons, moi je ne veux pas qu'on me fouille dans l'anus. [...] Si j'ai le cancer, tant pis. »

Un autre complète en disant que :

« Je pense c'est le fait de devoir recueillir les selles qui n'encourage pas les gens à le faire. »

- **La nécessité de prendre rendez-vous avec le médecin pour retirer le kit (7 réponses)** :

cette étape préalable à la réalisation du test conduit certaines personnes à ne pas le faire. Cette difficulté est d'autant plus importante en Eure-et-Loir en raison de la pénurie de médecins. Il s'agit du deuxième département de France métropolitaine avec la densité de médecins généralistes libéraux la plus faible. La pénurie de médecins généralistes rend la prise de rendez-vous très délicate. Cette situation constitue un frein aux assurés pour le retrait des kits de dépistage. Cela impacte négativement la participation au dépistage organisé de cancer colorectal. Un assuré nous a indiqué que :

« Juste prendre rendez-vous chez le médecin traitant, c'est compliqué, c'est déjà un parcours de combattant. Et vous pouvez mourir sans le voir. Je vous dis mon médecin traitant pour le voir il faut être à l'article de la mort. Je n'ai plus le temps d'aller courir le matin. C'est tout. »

Face à cette difficulté certains assurés sont découragés de continuer le processus.

- **Une abondante documentation dans le kit de dépistage (4 réponses)** : Le nombre de documents présents dans le kit laisse penser que c'est une démarche compliquée à réaliser :
« Parce qu'en fait il faut ouvrir le coffret de l'enveloppe, il faut aussi s'intéresser de voir à quoi ça sert et puis respecter la procédure. Donc tout ça ce sont des contraintes. Les gens n'ont plus forcément envie d'avoir des contraintes. »
- **La rupture de stock des kits de dépistage (une réponse)** : Il est arrivé à un assuré de se retrouver devant un médecin qui n'avait plus de kit, et pourtant ce même assuré avait peiné pour avoir ce rendez-vous médical. Un assuré nous a rapporté que :
« [...]Aussi le fait de ne pas avoir un approvisionnement suffisamment au niveau des médecins, c'est un frein. Le fait de demander et que le médecin ne l'ayant pas à sa disposition, les patients n'auront plus envie de demander. »
- **La manipulation du kit (une réponse)** : un assuré a exprimé des difficultés rencontrées quant à la fixation du recueil des selles aux toilettes :
« Euh oui, bah le truc pour le recueil des selles c'est difficile à le fixer sur les toilettes. »

4.1.1.3. Méfiance sur l'intérêt du test

Notre enquête nous a permis d'identifier 11 réponses concernant des doutes sur le test. Ces incertitudes sont entretenues par :

- **Le discours et l'attitude des médecins (4 réponses)** : des enquêtés nous ont fait savoir que certains médecins ont un discours qui serait susceptible de décourager la participation au dépistage du cancer colorectal :
« J'ai déjà reçu le courrier m'invitant à faire le test, mais mon médecin a jugé que ce n'était pas utile qu'il soit systématique. Il n'est pas fiable. D'ailleurs c'est une question politique. »
En dehors des discours qui vont à l'encontre des objectifs définis pour le programme de dépistage de ce cancer, des assurés indiquent que certains médecins n'expliquent rien et ne font que remettre le kit :

« J'ai demandé le kit, il me l'a donné, c'est tout. Il ne m'a rien dit de spécial. »

Le manque d'explications de la part des médecins semble renforcer l'hésitation du patient à réaliser le test.

Un autre encore signale que :

« [...] Rien du tout, c'est la secrétaire qui m'a remis le kit. Il n'y a eu aucune conversation avec le médecin. »

- **Une défiance spécifique sur la fiabilité de test (4 réponses)** : La mise en cause de la fiabilité et de l'efficacité du test immunologique a été un des freins mentionnés par quelques enquêtés, comme le souligne l'un d'entre eux :

« Je crois pour moi que le test n'est pas quand-même aussi fiable qu'une coloscopie. »

- **Des rumeurs sur divers sujets d'actualité (3 réponses)** : toutes les rumeurs qui circulent dans les médias, les réseaux sociaux... autour des vaccins, des épidémies qui sont actuellement en recrudescence dans le monde, ont malheureusement été généralisées dans d'autres domaines de santé. Le dépistage du cancer colorectal n'a pas été épargné. Ces rumeurs ont créé des appréhensions qui sont à la base d'une réticence de la population vis-à-vis de beaucoup d'activités en santé publique, notamment le dépistage organisé de cancer colorectal. Un assuré l'a exprimé en disant :

« Je suis sceptique concernant tout ce qui est vaccin. Tellement depuis pas mal d'années, on nous dit il faut prendre 5, 10, 20 vaccins, il faut des prélèvements, et au même moment on nous avertit qu'on met des puces à travers des vaccins, en tout cas on est sceptique. Quand on voit tout ce qui se passe avec le covid : la Russie dit qu'il a trouvé un vaccin, l'Amérique dit qu'il en a aussi trouvé un. Franchement, nous des personnes lambda, on ne sait pas s'il faut se dépister, s'il faut prendre le vaccin, faire des prises de sang, s'il faut faire des prélèvements. Finalement, on ne sait plus à quel saint se vouer. »

4.1.1.4. La peur du diagnostic

La plupart des diagnostics en médecine sont susceptibles d'engendrer la peur. Cinq réponses portaient sur ce sujet. Au cours d'une interview, une enquêtée a signalé que :

« Les gens ne font pas cet examen à cause de la trouille. Certaines personnes préfèrent la politique de l'autruche. Elles ont peur de savoir, sans savoir que le problème est réel et ça peut leur tomber dessus. Beh, c'est un choix personnel. »

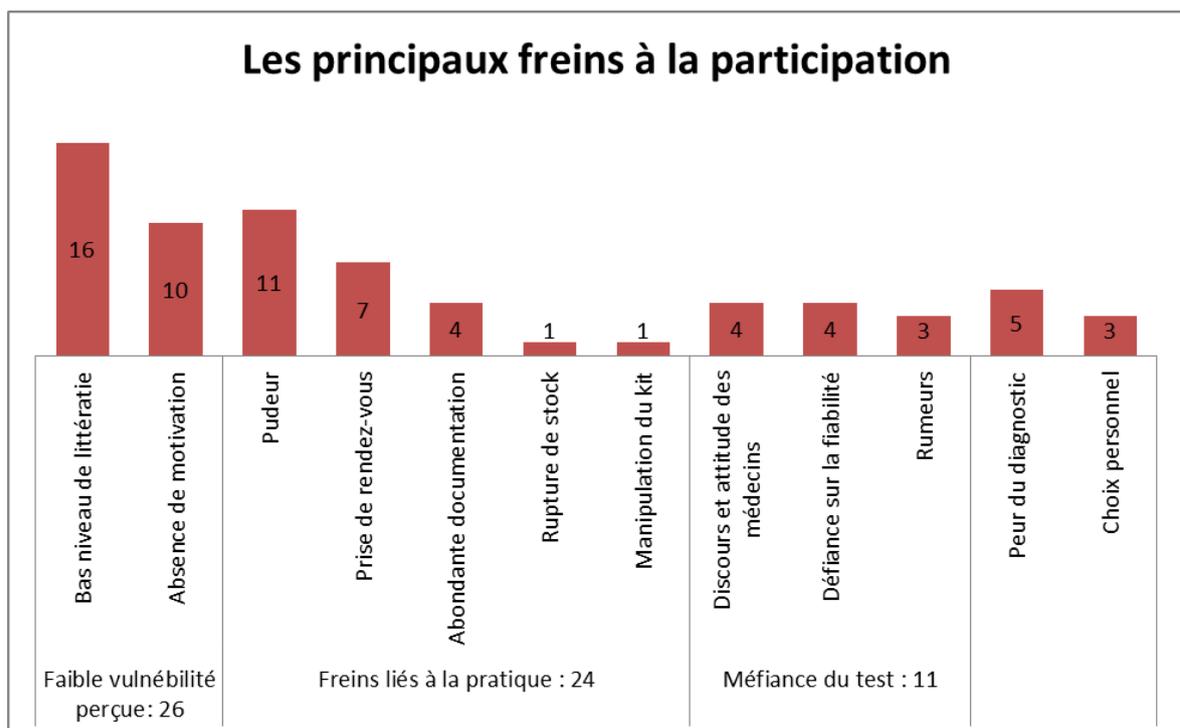
En dehors de la peur de connaître le diagnostic, la peur de subir une coloscopie en cas de résultat positif a poussé certains assurés à ne pas réaliser le test immunologique. Un assuré nous indique que :

« Et quand on vous dit qu'il y a quand même une anesthésie à subir en cas de résultat positif, c'est lourd. Et on n'a pas envie d'y aller. [...] Peut-être qu'un jour j'aurais des problèmes et je vais le faire. »

4.1.1.5. Le choix personnel

Le caractère volontaire du test justifie le désengagement pour certains. Ne pas se faire dépister est un choix personnel, selon certains assurés, car il n'est pas obligatoire (3 réponses). Un assuré a déclaré que :

« Je sais qu'on le fait à partir de 50 ans. Mais comme c'est volontaire pour l'instant, moi ça ne me dit rien de faire ce dépistage. Il n'y a aucune raison, c'est une décision personnelle. Je ne suis obligé de le faire. »



4.1.2. Leviers existants dans le dépistage du cancer colorectal

4.1.2.1. La facilité dans la réalisation du test

Nos entretiens nous ont permis d'identifier 23 réponses portant sur la facilité à réaliser le test. De manière détaillée, nous avons identifié :

- **La simplicité du test (19 réponses) :** Depuis 2015, en France, l'Hemocult a été remplacé par le test immunologique. Ce dernier se réalise en une fois, contrairement à l'ancien qui se réalisait en 3 fois. Il est beaucoup plus simple qu'avant. Un assuré a salué cette simplicité lors de notre enquête en ces mots :

« C'est très bien aujourd'hui. Le test Hemocult, c'était simple et maintenant il y a encore un test beaucoup plus simple qu'avant qu'on réalise en une seule fois. »

Toujours sur cette simplicité du test, le fait de prélever seul ses selles à domicile permet à certains assurés de préserver le caractère intime du sujet, comme l'affirme un assuré :

« Avant c'était compliqué, aujourd'hui tu fais simplement un prélèvement tranquille chez toi. Honnêtement c'est mieux qu'avant. »

- **La gratuité du test (avec 3 réponses) :** La gratuité a été citée par plusieurs assurés comme levier à la participation au dépistage :

« C'est facile à faire et c'est gratuit. »

- **La promptitude d'envoi des résultats (une réponse) :** le fait que le laboratoire chargé d'effectuer l'examen de recherche de sang dans les selles envoie rapidement les résultats, motive certains assurés à continuer de participer comme l'a souligné l'un d'entre eux :

« C'est parce qu'on a les résultats rapidement que j'ai décidé de poursuivre l'aventure. »

4.1.2.2. La conscience de son état de santé et de la gravité de la maladie

Notre étude nous a permis d'identifier 20 réponses mettant en évidence une prise de conscience de la santé en général, ou du cancer colorectal en particulier. Nous avons alors catégorisé 4 types d'assurés :

- **Ceux ayant des croyances et des attitudes favorables à la prévention (avec 11 réponses)**

: cette prise de conscience constitue un élément justifiant leur engagement dans la prévention du cancer colorectal comme le dit une des enquêtés :

« En prenant l'âge, c'est tout à fait logique qu'on se soucie de la santé pour prévenir certaines maladies qui pourraient nous surprendre. »

Et une autre ajoute :

« C'est quelque chose qui existe, il faut en profiter, voilà on ne sait pas ce qui peut arriver. C'est quand-même une chance d'être dépisté avant qu'il n'arrive quelque chose. »

- **Ceux ayant un bon niveau de littératie en santé (4 réponses)** : notre enquête nous a

permis d'identifier une corrélation entre l'engagement dans le dépistage et le niveau de littératie en santé. Un assuré, exerçant la profession médicale, nous a fait entendre ceci :

« Je suis médecin. Donc je suis intimement convaincu que la prévention est super importante et surtout en matière de cancer colorectal. Et aussi le cancer colorectal c'est l'un des cancers, si ce n'est le seul qui soit évitable si on le prend en charge à temps, au stade des polypes. Donc, il ne faut pas hésiter à faire un test. »

Et un autre assuré, ayant travaillé dans le domaine de la santé a ajouté :

« Euh j'ai été à la croix rouge. Je connais un peu le médical. Donc je sais que c'est genre de truc il vaut mieux vérifier que de l'attraper. »

Ces arguments nous permettent de faire le lien entre la littératie en santé et l'engagement à se faire dépister.

Il est à noter particulièrement que chez les femmes, nous avons constaté l'existence d'un groupe déjà sensibilisé à participer au dépistage organisé de cancer colorectal grâce à la motivation qu'elles ont déjà à se faire dépister régulièrement pour d'autres cancers, notamment le cancer de sein. Notre étude a identifié 3 réponses soutenant cette hypothèse. Une assurée nous a fait savoir que :

« Je faisais déjà des mammographies et je fais pareil pour le dépistage du cancer colorectal. »

- **Ceux qui ont des attitudes favorables en raison de leur expérience de la maladie (2 réponses)** : certains assurés se sentent concernés par cette maladie par le simple fait d'avoir quelqu'un dans leur entourage qui soit frappé par un cancer ou un polype. Cela motive certains à se faire dépister par peur. Un assuré nous a fait savoir que :

« Il y a beaucoup de cancer du côlon. Moi j'ai des problèmes dans la famille, du côté de mon mari. Ça fait peur. Du coup, je fais systématiquement le test. »

Et un autre enchérit :

« Le fait que ma mère avait déjà un cancer colorectal, c'est tout à fait normal que nous cherchions à savoir si on n'a pas un problème de ce côté-là. »

4.1.2.3. L'étiquette Assurance Maladie

L'image de l'Assurance Maladie joue un rôle capital dans ce dépistage. Huit réponses en faveur de ce levier ont été identifiées lors de cette enquête. Un assuré nous a dit :

« C'est l'assurance maladie qui m'envoie les papiers tous les 2 ans, je pense que ça vaut le coût de répondre favorablement. »

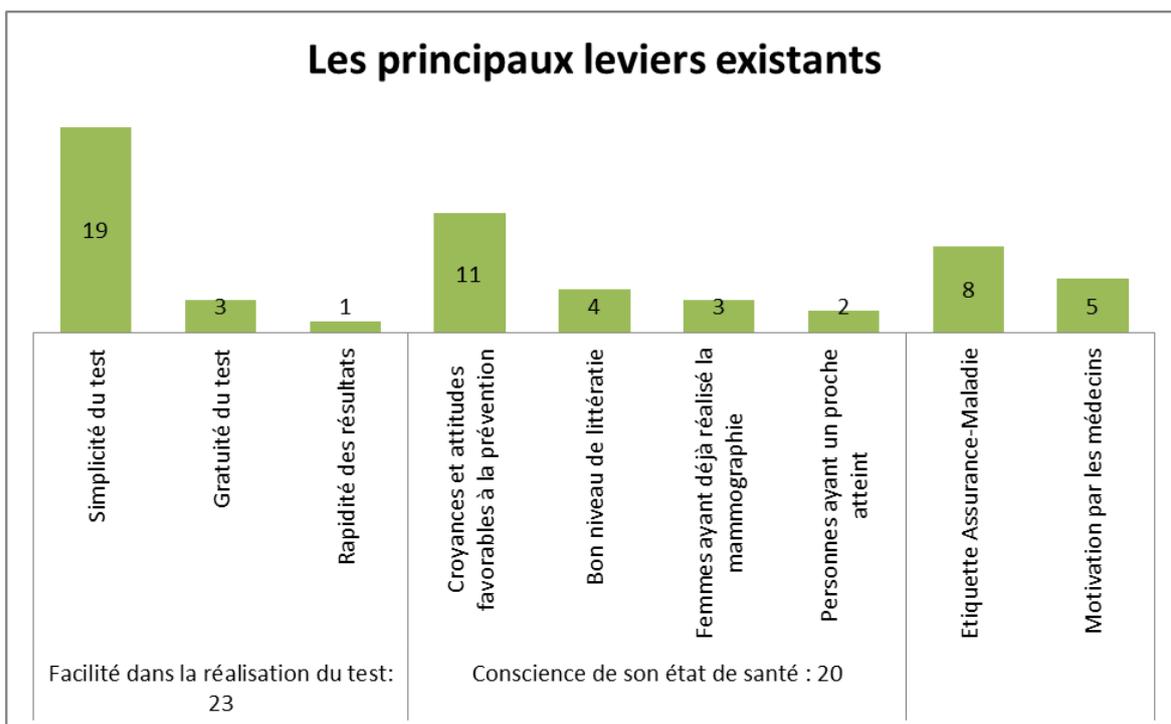
Un autre enrichit en disant :

« A partir du moment où on reçoit les papiers de la part de la sécu, on y pense. Si je ne l'avais pas reçu, je ne l'aurais pas fait peut-être. Je trouve ça très bien. C'est une très bonne initiative. »

4.1.2.4. La motivation par le discours de médecins généralistes motivés

Le discours favorable au dépistage de cancer colorectal de la part des médecins traitants, au moment où l'assuré va retirer son kit, renforce l'adhésion du patient au programme de dépistage (5 réponses en faveur). Au cours de l'interview, un enquêté a signalé que :

« Mon médecin était tout à fait favorable à cette démarche. Donc il me l'a conseillé en relais avec vos services et je l'ai fait. »



4.1.3. Propositions d'amélioration

Au cours de cette enquête, nous ne nous sommes pas limités à rechercher les freins et les leviers. Nous avons essayé de récolter des propositions d'amélioration auprès des assurés.

4.1.3.1. Améliorer la communication

Vingt-et-une réponses ont plaidé en faveur d'une amélioration de la communication :

- Au niveau des assurés : nous avons identifié 12 réponses en faveur d'un renforcement de la communication par médias pour sensibiliser davantage et aussi pallier les difficultés de lecture que présentent certains assurés. Un assuré nous dira :
« Je pense qu'un courrier n'est pas suffisant pour convaincre les gens, surtout que beaucoup de gens ne savent pas lire. Je pense qu'il faut informer par les médias. »
- Auprès des professionnels de santé (9 réponses) : une sensibilisation de tous les professionnels de santé en insistant sur les médecins traitants afin qu'ils soient tous impliqués dans ce dépistage. La plupart de nos assurés ont placé le médecin traitant comme pilier de cette communication :
« C'est notre propre médecin traitant qui a aussi le devoir de nous informer. Je pense que le médecin c'est le premier indicateur et premier vecteur de communication. »

4.1.3.2. Elargir le programme de dépistage à d'autres intervenants

Cette étude nous a permis d'identifier 19 réponses en faveur d'une implication d'autres intervenants dans ce programme de dépistage, comme le souhaite un enquêté :

« Les pistes d'amélioration pour moi c'est vraiment un travail de réseau avec tous les interlocuteurs de santé. Qu'ils puissent être sur la même longueur d'onde et qu'il y ait une cohérence dans le discours. »

Une autre ajoute :

« Oui moi je pense que tout paramédical, infirmière, kiné... pourraient effectivement parler aux patients de ce dépistage parce que ça aura beaucoup plus d'impact. Dans la mesure où les patients ont un contact médical avec l'infirmière, avec le kiné ou d'autres professions paramédicales ça aura, à mon sens, plus d'impact qu'un simple article d'un journaliste. »

En creusant cette question d'ouverture à d'autres intervenants, nous avons identifié les personnels ou structures vers qui ou lesquels les assurés souhaiteraient se tourner, comme le dévoile cet assuré :

« Bah moi personnellement, je n'ai pas le temps d'aller voir mon médecin traitant, je crois qu'avec les pharmaciens ça serait facile. Je pense que oui, surtout les pharmacies qui ont déjà pas mal des clients. Ça serait pas mal qu'ils distribuent aussi les kits. »

Un autre ajouta :

« Les infirmières libérales font déjà le domicile, elles peuvent directement nous donner le kit car elles font un travail de proximité. »

Un autre compléta :

« Je pense que les médecins de travail pourraient aussi prévenir les gens pour aller faire ce test. »

Une autre achève :

« [...] Je pense que l'assurance vieillesse est bien placée pour alerter les gens à se faire dépister. »

4.1.3.3. Revoir la procédure de dépistage

La révision de la procédure est une des propositions qui est revenue au cours de notre enquête à hauteur de 11 réponses. Les assurés ont proposé :

- **Le maintien des échanges réguliers, notamment des échanges téléphoniques avec les assurés (4 réponses)** : beaucoup d'assurés ont applaudi les échanges qui ont eu lieu autour du cancer colorectal, dans le cadre des entretiens entrepris, comme l'explique l'une d'entre eux :
« Euh je trouve que c'est plutôt sympa que vous faites une étude avec une mission dans ce cadre-là. Je trouve que c'est plutôt très sympa, et voilà il faut continuer. C'est quelque chose qui est plutôt intéressant, surtout que vous cherchez à interroger vos clients. On n'est pas sur le questionnement pur, on est sur l'échange et l'écoute. C'est toujours intéressant. Donc, continuez, ce n'est pas mal. »

- **Innover dans le dépistage organisé du cancer colorectal grâce aux avancées de la science (3 réponses)** :
 - **La mise en place d'un autre moyen de dépistage en dehors du prélèvement des selles.** En ce qui concerne cette demande l'innovation, un assuré s'est exprimé en ces mots :
« Que le dépistage se fasse avec d'autres méthodes, avec les méthodes sanguines, avec les recherches d'anticorps, avec des systèmes d'IRM comme on le fait avec d'autres maladies. Tant qu'on restera avec cette méthode des selles, ça sera compliqué. »

 - **Le regroupement de tous les dépistages en un seul moment.** Un assuré propose :
« Peut-être regrouper des tests qui ont le même risque et la même fréquence, comme on a certains vaccins regroupés. On peut en faire un seul paquet avec plusieurs tests. Ça serait plus pertinent et les gens seront motivés de les faire tous au même moment. »

 - **Le remplacement de la coloscopie par une capsule endoscopique.** Pour un assuré, la coloscopie constitue un frein à la participation au dépistage par peur de l'anesthésie au cas où le test immunologique reviendrait positif :

« J'avais vu dans une émission médicale il y a très longtemps, qu'à la place de la coloscopie on donnait une gélule et ça remplace la coloscopie. »

- **Rendre le dépistage obligatoire (2 réponses)** : au cours de notre enquête, un interviewé a souhaité ceci :

« Si peut-être vous le rendez obligatoire en disant au gens que si vous ne faites pas le test et si un jour il vous arrive un souci, tu n'auras pas une prise en charge gratuite. Là peut-être que les gens vont tous le faire. »

Un autre assuré renforce cet argumentaire en faisant un parallèle avec la vaccination chez les enfants en disant :

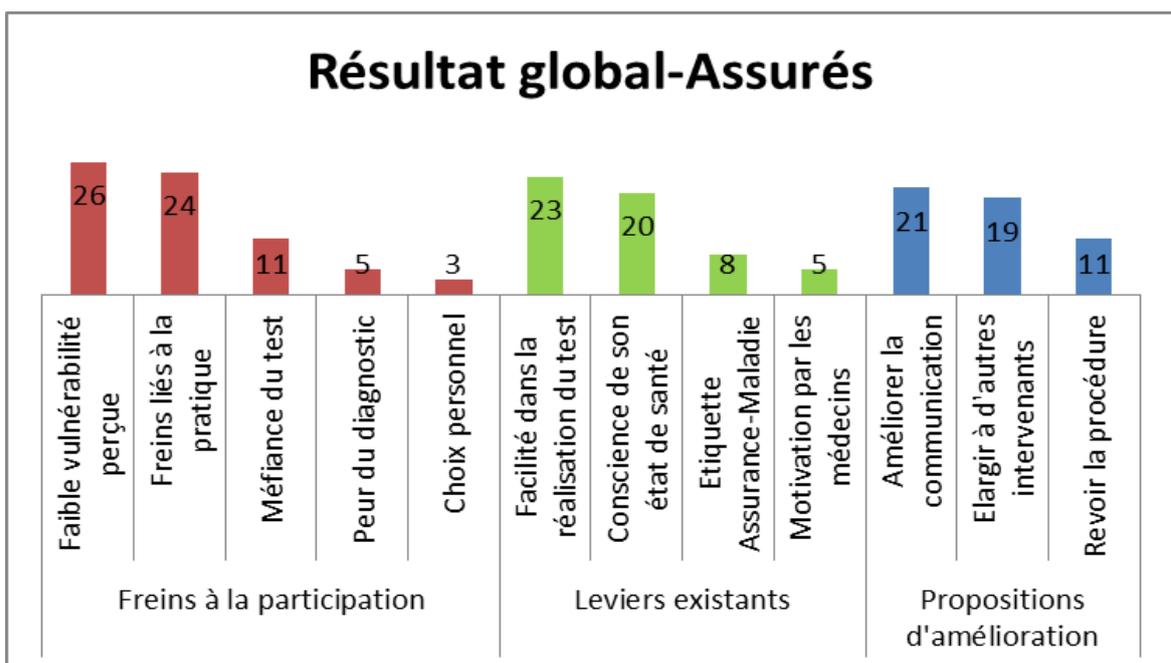
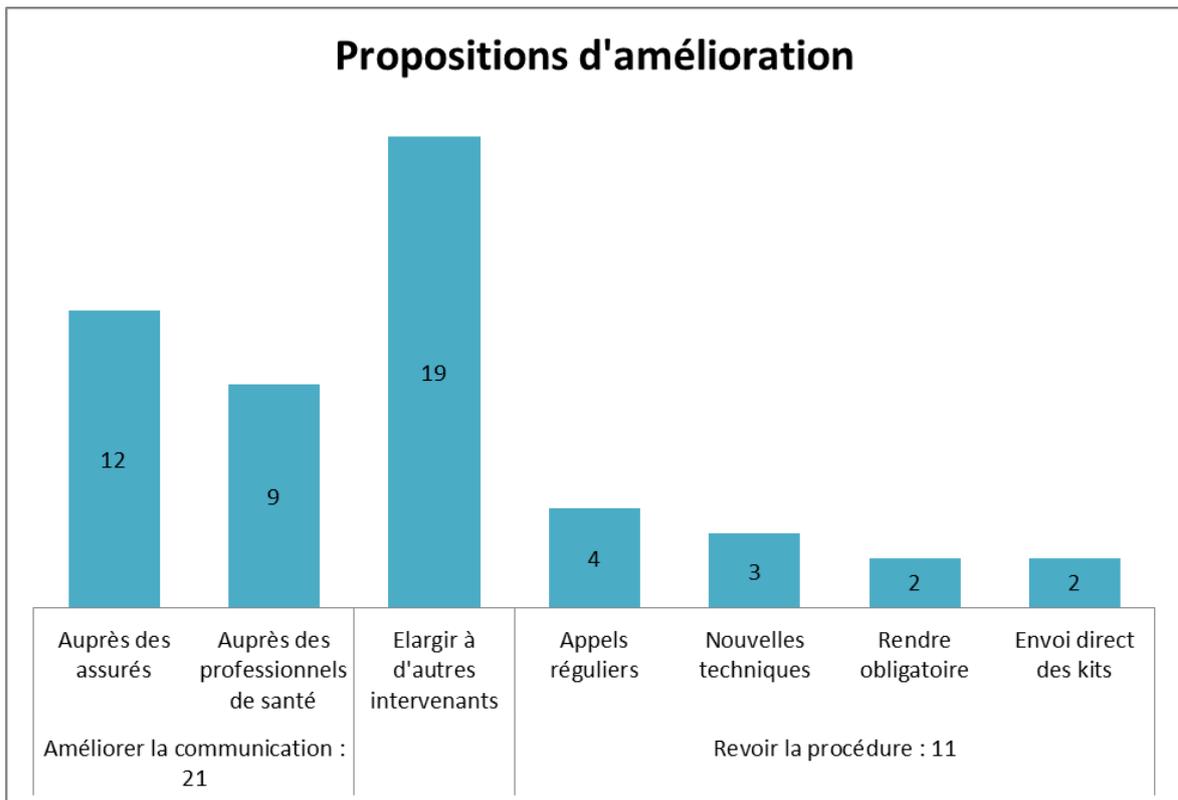
« [...] ça peut paraître énorme de dire ça. La vaccination pour les petits enfants est obligatoire, ça veut bien dire qu'on ne rentre pas à l'école si on n'a pas tous les vaccins. Alors pour le dépistage de cancer colorectal si on mettait en place des mesures contraignantes, un truc permettant de faire un vrai suivi plus tard, de mettre en place à minima l'obligation de faire le test, les gens seraient contraints de le faire. »

- **Un envoi direct des kits dans les boîtes aux lettres (2 réponses)** : selon les enquêtés, cet envoi direct permettrait de réduire les dépenses liées au paiement des frais de consultation des médecins, remboursés par la sécurité sociale pour la remise des kits. Il permettrait également de palier aux difficultés liées aux prises de rendez-vous avec les médecins généralistes. Un des assurés propose :

« Ça serait mieux d'envoyer le kit de dépistage directement chez la personne que d'envoyer chez le médecin parce que chez le médecin il faut encore payer une consultation à 25€. Bien qu'on soit remboursé par la sécurité sociale, mais c'est une dépense supplémentaire. C'est mieux d'envoyer directement le test à la maison au lieu d'aller chercher chez le médecin. De toutes les façons, les médecins s'en fichent des détails, ils prennent les 25€ et ils vous disent au revoir merci. Le mieux à faire, c'est d'envoyer le dossier complet avec le test à l'intérieur, comme ça on ne passera pas par le médecin et ça fera 25€ d'économie déjà à la sécurité sociale. Peut-être les gens participeront. »

Mais cette disposition mérite une analyse minutieuse car un assuré nous a prévenu par ces mots :

« Je pense qu'il faut quand-même aller chez le médecin, car si vous envoyez directement le kit dans les boîtes aux lettres, le ¾ vont finir à la poubelle. »



4.2. Résultats et analyse des entretiens réalisés auprès des PS

Pour creuser les freins et les leviers dans le cadre de notre travail, nous avons également interviewé des professionnels de santé pour avoir leur point de vue. Nous avons ciblé, d'une part, les professionnels de santé déjà impliqués dans le programme de dépistage du cancer colorectal (médecins généralistes, gastro-entérologues et gynécologues) ; d'autre part, ceux qui, du fait de leur relation privilégiée avec les assurés, pourraient nous apporter une vision complémentaire des freins et leviers à ce dépistage, et qui pourraient éventuellement y contribuer davantage.

Sur 30 professionnels de santé interviewés (Tableau 1 : Répartition des professionnels de santé contactés), 27 ont accepté d'être enregistrés. La quasi-totalité des entretiens a été effectuée en présentiel, excepté 5 (les deux entretiens avec les gynécologues, deux entretiens avec deux sages-femmes et un avec le gastro-entérologue) qui ont été réalisés par téléphone.

Comme pour les assurés, les entretiens avec les professionnels de santé ont été intégralement retranscrits afin d'éviter la surinterprétation au moment du traitement des données. Nous avons aussi élaboré une matrice de traitement des données. Chaque entretien était classé selon trois thèmes, à savoir les leviers, les freins et les propositions d'amélioration formulés par les différents professionnels de santé contactés. Nous avons rempli la matrice horizontalement, puis interprété verticalement les thèmes afin de donner sens à nos données.

Tableau 2 : Répartition des professionnels de santé contactés

Rapport avec le dépistage	Types du professionnel de santé	Nombre
Déjà impliqués	Médecin responsable du centre de dépistage dans le 28	1
	Médecins du CES	2
	Médecins généralistes	6
	Gynécologues	2
	Gastro-entérologues	1
Non encore impliqués	Pharmaciens	3
	Infirmiers	12
	Sages-femmes	3
Total professionnels de santé enquêtés		30

4.2.1. Les freins à la participation

4.2.1.1. Les freins du côté des patients

- **Négligence et manque d'intérêt en lien avec un manque de connaissance sur la maladie et le dépistage (10 réponses)**: les professionnels de santé que nous avons consultés, nous ont fait savoir que certaines personnes ne se sentent pas concernées par ce dépistage. Un médecin nous a signalé :
« C'est aussi une question de négligence. Il y a des gens qui se négligent, soit ils s'en fichent carrément. Ils procrastinent ou négligent tout simplement. »

Selon les personnes interrogées, beaucoup de patients n'ont pas la bonne information autour de ce sujet. Ils ont par conséquent des croyances autour de ce dépistage. Certains patients pensent que le dépistage du cancer colorectal est synonyme de coloscopie, et

d'autres pensent que ce dépistage est destiné uniquement aux hommes. Un autre groupe ne trouve pas de raison de se faire dépister par le fait qu'ils ne présentent aucun symptôme. Un médecin nous a dit que :

« Il y a des croyances où les gens pensent que le dépistage du cancer du côlon c'est la coloscopie. A partir de 50 ans, c'est la coloscopie pour tout le monde. Ils ne savent pas qu'il y a un test avant qui permet de faire le tri. Il y a des gens qui pensent aussi que c'est que pour les hommes. »

Un médecin nous a fait savoir que :

« Mais le problème du coup c'est qu'il y a des patients qui vont bien, et qui ne voient pas le médecin. Et par conséquent, ils ne viennent pas chercher leur test. »

- **La peur des résultats et de la coloscopie (6 réponses)** : selon certains professionnels de santé, beaucoup d'assurés ont peur de savoir qu'ils ont un cancer. Ils préfèrent la politique de l'autruche. Un médecin nous a indiqué que :

« Je crois c'est la peur du résultat. J'ai déjà eu deux ou trois personnes avec des tests positifs, qui jusque-là n'ont pas encore fait la coloscopie parce qu'elles ont peur de savoir s'ils ont le cancer. A chaque fois que je leur demande si elles ont fait, elles disent qu'elles ont oublié. On sent c'est vraiment la peur du diagnostic, de découvrir quelque chose. »

Un autre complète :

« Le frein, c'est la peur du patient. Il se dit si je fais le test, je vais faire une coloscopie, on va découvrir une maladie grave. »

- **La pudeur liée à la manipulation des selles et au tabou de la zone de test (6 réponses)** : une des personnes enquêtées nous a dit :

« C'est une zone qui est vraiment considérée comme taboue. C'est sale, il ne faut pas y aller. En plus, il y a dans l'esprit la manipulation des selles même si elle est très limitée, ça reste dégoûtant. Les gens ne veulent pas jouer avec le caca. C'est le tabou de la zone et de l'examen qui est en cause. »

- **La culture anti-prévention (une réponse)** : un des médecins interrogés nous a indiqué :

« En France, on ne participe pas beaucoup à la santé. Quand on voit la santé en général, quand on voit la couverture vaccinale, quand on voit la participation à des rendez-vous chez le dentiste qui sont proposés gracieusement... les gens n'ont pas une bonne culture

de santé. En ce qui concerne le dépistage du cancer du côlon en particulier, on a une grosse problématique. »

- **Le doute sur la fiabilité du test (une réponse)** : le fait que le test soit fait pour tout le monde constitue un facteur qui renforce le doute auprès des patients. Un médecin nous a révélé que :
« Il y a aussi parfois l'idée de se dire que comme c'est pour tout le monde, ce n'est pas pour moi parce que si le truc est bien pour tout le monde c'est que c'est une mauvaise qualité parce que si c'était une bonne qualité on ne pourrait pas le faire comme ça à tout le monde. »

4.2.1.2. Les freins liés à la réalisation du test et au circuit du dépistage

Notre travail de terrain nous a permis d'identifier 17 réponses portant sur des freins liés au test lui-même :

- **Une procédure complexe (12 réponses)** : selon certains professionnels de santé, les étapes qui existent dans le déroulement de ce programme de dépistage ne favorisent pas la participation des patients. Une infirmière nous a dit :
« Moi je pense que ce n'est pas simple. Ce n'est pas ludique. C'est trop compliqué pour les gens. Il y a quelque chose qui ne va pas. Il y a toute une procédure qui peut sembler compliquée et décourageante. »

Une sage-femme ajoute :

« Peut-être que le circuit est trop long. Il y a trop d'étapes, je pense, alors que la mammographie ou l'échographie se font en une fois et c'est au même endroit. A partir de 50 ans, elles reçoivent une invitation tous les 2 ans et du coup elles prennent rendez-vous. Et puis elles commencent par une mammographie et si le radiologue estime qu'il y a besoin d'une échographie, elles le font dans la foulée. Cette simplicité n'est pas le cas pour le côlon. »

Un pharmacien compléta :

« Le fait de confier à un patient un dispositif plutôt compliqué à utiliser est clairement un obstacle. On le voit ici avec le thermomètre sans contact, il y a des patients qui reviennent parce qu'ils ne savent pas sur quel bouton appuyé. »

Notre étude nous a permis de nous rendre compte de l'existence d'une catégorie de patients qui ne lisent pas les courriers envoyés dans les boîtes aux lettres. Par exemple, un des médecins nous a fait savoir que :

« Beaucoup disent que ce courrier ne leur dit rien. Ils ne les lisent pas. »

La pénurie en professionnels de santé dans le département constitue un des freins qui est apparu au cours de nos entretiens. Ce manque de PS rend plus difficile les rendez-vous et donc la délivrance des kits. Un médecin nous a dit :

« Le frein pour moi, c'est le nombre limité des médecins généralistes en France. »

Un pharmacien a ajouté :

« Prendre rendez-vous chez le médecin pour qu'il te donne le kit, c'est ce qui pose un problème. Passer chez le médecin ne sert à rien si ce n'est que pour vous donner le kit. Il ne vous explique pas grand-chose. D'ailleurs il vous donne le kit et vous dit que tout y est marqué. »

- **Des faux positifs à la suite des hémorroïdes (2 réponses)** : selon certains médecins, il y a beaucoup de patients qui sont soumis à tort à la coloscopie à cause de résultats positifs au test immunologique en raison d'hémorroïdes qui saignent. Un médecin nous a dit :
« Et j'ai aussi tous mes patients qui ont des hémorroïdes. Et leurs tests reviennent tout le temps positifs. Du coup parfois on se pose aussi la question de l'intérêt à ce moment-là parce que le test va revenir positif à la suite d'hémorroïdes. Malgré cela il faut quand même faire la coloscopie derrière, et du coup le patient il n'aime pas trop. C'est vrai que quand ils ont des hémorroïdes, ils sont frileux parce qu'ils se disent bah je vais passer à la coloscopie derrière, c'est quand-même vachement invasif. »
- **La date de péremption (2 réponses)** : la date de péremption du test pose un problème. Certains professionnels de santé pensent qu'elle n'est pas clairement écrite, d'autres pensent qu'elle n'est pas assez longue. Un médecin nous a dit :
« Les dates de péremption dessus ne sont pas claires. Le dernier que j'ai délivré, j'ai reçu un mot disant que c'était périmé. Et depuis j'ai couru et je ne sais pas par où obtenir de nouveaux kits. »

Un pharmacien compléta de la manière suivante :

« Il y a un médecin qui m'a dit qu'il avait reçu sa dotation arrivée déjà périmée. Il y a parfois des péremptions qui sont très courtes. »

- **Les difficultés, chez les femmes, à prélever les selles (une réponse)** : selon un médecin, l'anatomie de la femme est conçue de manière que certaines femmes ont du mal à faire les selles sans uriner au même moment. Et pourtant le prélèvement des selles lors du test de dépistage exige l'absence d'urine dans l'échantillon à examiner. Par conséquent, ce mode de prélèvement constitue un frein, selon ce médecin :

« Un autre frein, c'est le truc de recueil des selles. Les femmes disent qu'il est difficile de séparer les selles et les urines dans ce dispositif. Elles font les deux besoins souvent simultanément. »

4.2.1.3. Freins du côté des professionnels de santé

Neuf réponses ont été identifiées au total dans cette catégorie. Nous distinguons :

- **L'attitude des médecins (5 réponses)** : notre enquête nous a permis de nous rendre compte de l'absence de conviction de la part de médecins. Certains ne fournissent pas assez d'informations aux patients autour de ce test. Un médecin l'a indiqué avec ces mots :

« Moi je ne trouve pas d'arguments pour les convaincre à se faire dépister. Parce que ceux qui ne veulent pas ils ne vous en parlent pas. Les gens qui veulent, ils arrivent avec leurs papiers, leurs étiquettes et puis on ouvre le kit, on colle les papiers et puis on remet le kit. En plus les explications sont claires dedans, il va y arriver. Mais ceux qui reçoivent et qui n'ont pas envie de le faire, ils n'en parlent pas, c'est tout. Donc vous ne pouvez pas aller dynamiser puisqu'ils ne vous en parlent pas. »

Cette absence d'effort pour fournir assez d'informations aux patients et de les motiver à adhérer au dépistage a des répercussions sur l'utilisation des kits comme nous l'a fait savoir une infirmière :

« Je connais un cas d'une patiente qui avait envoyé son échantillon à la poste. La patiente n'a pas respecté le délai. Et puis le centre de dépistage avait notifié que le truc n'était pas bon. Depuis lors, il attend le prochain kit, mais ça n'arrive toujours pas. »

Une autre infirmière ajoute :

« Une autre dame n'avait pas suivi les consignes, elle a fait ses selles dans l'enveloppe bleu. Du coup, elle pensait avoir bien fait, c'est dommage. »

Un pharmacien le complète en disant :

« Ça nous est déjà arrivé de réouvrir le kit et de faire le déroulé avec les clients parce qu'ils n'ont pas reçu des explications chez le médecin. »

Certains professionnels sont de mauvais exemples en matière de ce dépistage. Ils ne réalisent pas le test bien qu'ils soient dans les critères d'éligibilité. D'autres nous ont clairement fait savoir qu'ils ne sont pas convaincus par l'idée de se faire dépister. On s'interroge alors sur leur implication à motiver des patients. Un pharmacien nous a dit :

« Moi-même je reçois ces demandes pour le faire, mais pour l'instant je ne l'ai pas fait. Donc, je suis un très mauvais exemple, un très mauvais étudiant. »

Un autre pharmacien ajoute :

« Le test n'arrive pas à me convaincre, je ne sais pas ce qu'il faut qu'on fasse de plus. Je le ferai un jour. »

- **Difficultés d'approvisionnement (4 réponses)** : certains médecins rencontrent des difficultés à s'approvisionner en kits de dépistage. Par conséquent, ils se retrouvent devant l'impossibilité de servir les patients qui viennent chercher les kits, munis des courriers d'invitation. Cette situation décourage certains patients à prendre un nouveau rendez-vous pour le retrait du kit. Un médecin le dit avec ces mots :

« L'approvisionnement n'est pas forcément quelque chose de simple. »

Un autre le complète :

« Ça fait plus d'un mois que j'attends les kits que j'ai commandés sur ameli.fr mais jusque-là je n'ai pas été approvisionné. Beaucoup de patients passent pour en chercher mais je ne sais quoi faire. C'est vraiment un facteur de découragement des adhésions de certains patients au dépistage. »

4.2.1.4. Freins liés au manque de communication

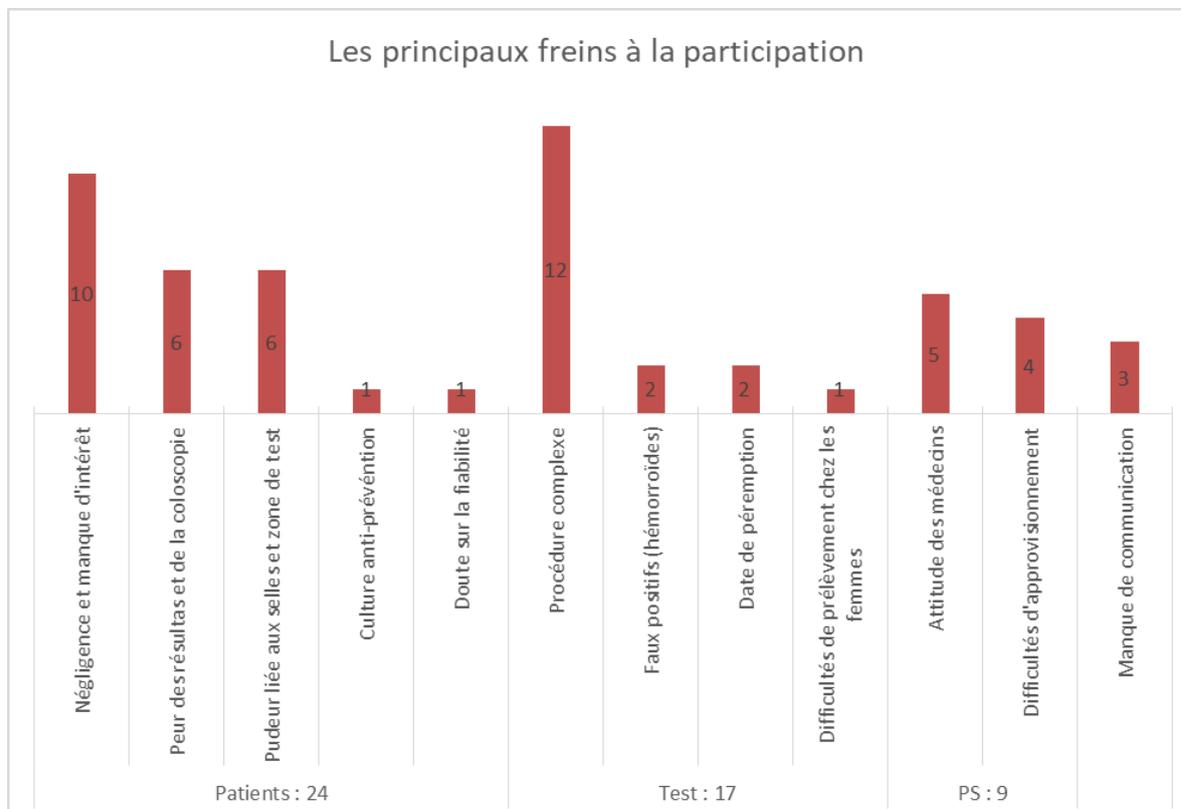
Nous avons identifié 3 réponses en lien avec un manque de communication. Ce problème de communication est identifié à la fois auprès des professionnels et auprès des patients. Nous avons

constaté que les deux gynécologues rencontrés au cours de cette enquête ne sont pas au courant qu'ils sont impliqués dans le dépistage du cancer colorectal et qu'ils peuvent délivrer des kits. Un des gynécologues nous dit :

« Je ne sais pas. Ce n'est pas ma spécialité. Je suis gynécologue, le dépistage du cancer colorectal, c'est un peu loin de ma spécialité. S'il existe un protocole sur ça, j'aimerais d'abord le lire pour savoir ce que nous gynécologue on est appelé à faire dans ce programme de dépistage du cancer colorectal. Jusque-là je n'ai pas reçu de courrier sur cette question. »

Par ailleurs, certains patients, selon un médecin, ne sont pas au courant de l'existence du nouveau test immunologique :

« Je pense qu'il y a des personnes qui ont arrêté de faire le dépistage quand il y avait la première mouture de ce test où il fallait 3 prélèvements de suite sur 2 zones différentes, ce qui était très compliqué. Actuellement on est sur quelque chose de plus simple et apparemment plus précis. Malheureusement, ils ne sont pas au courant. »



4.2.2. Les leviers existants

4.2.2.1. Leviers liés à l'organisation du dépistage

Notre enquête nous a permis de mettre en évidence 10 réponses mettant en avant les qualités du nouveau test immunologique qui a été mis en place depuis 2015, en remplacement du test Hemocult. Nous distinguons, en détail :

- **La simplicité du test (4 réponses)** : un médecin nous a fait savoir que cette procédure est simple et constitue, selon lui, un des leviers :

« Le point positif c'est encore lorsqu'on compare ce test au précédent. Là il n'y a plus qu'un seul prélèvement, c'est extrêmement rapide à faire une fois qu'on est à la maison. Il faut savoir qu'on peut prendre le temps de faire ça tranquillement le samedi chez soi ou au soir chez soi. C'est quand même beaucoup moins contraignant que le truc sur 3 jours. Donc le côté simpliste du test, c'est quand même un gros point positif. »

Un autre complète :

« Le fait de passer par la poste pour envoyer les échantillons, ainsi que tout le circuit d'acheminement de test, c'est déjà bon. Je ne trouve rien qu'il faut améliorer. »

- **La fiabilité du test (2 réponses)** : les professionnels de santé qu'on a interrogés pensent que le test est fiable. Un médecin l'a dit en ce terme :

« C'est vrai que le test est performant. Il n'y a pas un gros lot des faux positifs. »

Un autre encore ajoute :

« Là on a la chance d'avoir un nouveau test immunologique qui est quand même beaucoup plus performant et donc on sent que les gens qui ont eu la chance de comparer ces deux tests sont quand même contents de continuer à jouer avec nous. »

- **La gratuité (2 réponses)** : quelques professionnels de santé ont présenté la gratuité du test comme l'un des leviers à la participation au dépistage, comme le dit celui-ci :

« Je trouve qu'on a la chance d'avoir un pays qui propose un programme national de dépistage qui est aussi efficace et c'est gratuit »

- **L'existence d'un module d'éligibilité à destination des professionnels de santé (2 réponses)** : il existe un module qui est l'extension du logiciel-métier de dépistage, mis en place par la structure de gestion. Il est actuellement disponible pour les médecins généralistes, gastro-entérologues, gynécologues, radiologues... exerçant dans la région Centre Val de Loire. Dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, cet outil permet au professionnel de trouver toutes les informations sur ce programme concernant son patient : refus documenté des patients, date de réalisation des examens, antécédents... Cela peut les aider à argumenter. Un des médecins l'a valorisé par ces mots :
« Le fait qu'on ait le logiciel de la structure de gestion, cela nous permet de vérifier rapidement les informations du patient. »

Un autre médecin ajoute :

« Parfois on a des patients qui font semblant de n'avoir jamais entendu parler de ça. Et quand je vais sur le site pour vérifier, je me rends compte qu'ils ont déjà reçu 3 relances. Le truc nous aide bien. »

- **Le test est non invasif (une réponse)** : contrairement à d'autres dépistages (dépistage du cancer du sein, du col...), le dépistage du cancer colorectal est sans douleur car il s'agit ici d'un échantillon des selles. Il ne nécessite pas un instrument à caractère invasif pour le prélèvement. Un médecin nous l'a dit lors de l'enquête :
« Ce n'est pas invasif, c'est facile à faire. Quand je compare par exemple quand on fait les frottis pour dépister le cancer du col de l'utérus, le frottis... c'est nettement plus invasif. Celui-là, je trouve que c'est bon. Ils font leur truc dans leur coin, ils n'embêtent pas. Ce n'est pas douloureux. Je trouve que c'est ça qui fait que c'est un peu un dépistage assez sympa par rapport aux autres. Même la mammographie, ça fait super mal, les femmes n'ont pas envie d'y aller. »

4.2.2.2. La conviction par les médecins

Quand les médecins s'engagent dans la discussion sur ce dépistage avec leurs patients, ils arrivent à les convaincre. Trois réponses ont mis en évidence le fait que la motivation des médecins est un atout. Un médecin nous a dit :

« Ce sont souvent les patients que je vois pour la première fois. Je fais leur dossier. Du coup, je leur pose toujours la question de savoir s'ils ont fait leurs mammographies, s'ils ont fait le test de dépistage du cancer colorectal. Quand ils ne le font pas, souvent ils me disent ouais c'est vrai que j'ai reçu le papier mais je l'ai jeté. Et du coup, on en parle 5 minutes pour lui dire que c'est bien de le faire, c'est un dépistage. Ça ne vous coûte pas cher, comme ça vous êtes serein. Et finalement, ils le font. »

Une ajoute :

« De mon côté, je le convaincs avec comme arguments principaux : la simplicité du test et la rapidité. Et ça marche. »

4.2.2.3. Appui sur la participation à un autre dépistage

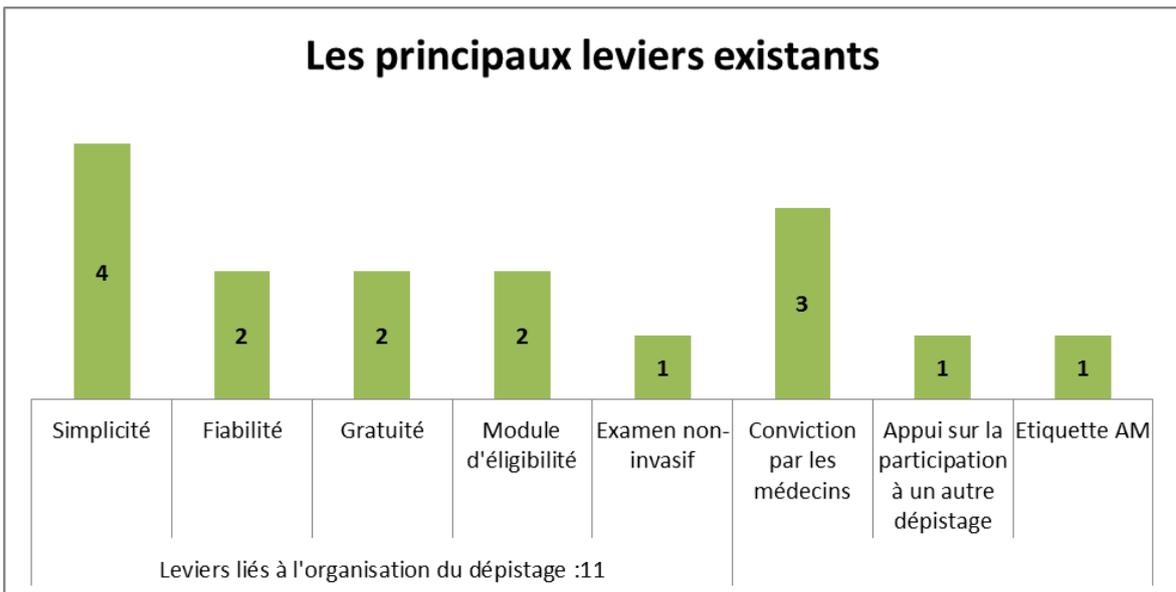
Un médecin nous a indiqué que pour les femmes qui participaient à la mammographie régulièrement, il en profitait pour parler des deux dépistages à la fois (une réponse) :

« Oui ! Je le fais aussi chez tous mes patients âgés entre 50 et 74 ans pour les deux dépistages : mammographie et dépistage du cancer colorectal. Du coup, ils les font sans problème. Il n'y a pas de souci. »

4.2.2.4. Etiquette Assurance- Maladie

Selon un professionnel de santé enquêté, l'étiquette Assurance-Maladie dans ce dépistage permet l'adhésion des patients dans ce programme (une réponse) :

« Déjà le fait que la CPAM soit partante pour ce dépistage, c'est déjà un levier. »



4.2.3. Propositions d'amélioration

Dans le souci d'apporter des solutions adaptées aux problèmes rencontrés par les professionnels de santé dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, nous avons recensé leurs propositions d'amélioration.

4.2.3.1. Ouverture à d'autres professionnels de santé

Sur 30 professionnels de santé interviewés, 18 ont été en faveur de l'implication d'autres professionnels dans ce dépistage, contre 12 qui n'y étaient pas favorables.

Parmi ceux qui s'y opposent, certains pensent que le dépistage du cancer colorectal doit rester une exclusivité des médecins car il faut rechercher des antécédents pour décider de l'éligibilité ou non des patients à cet examen. Et d'autres disent qu'ils ont déjà beaucoup de tâches dans la prévention et ne souhaitent pas en avoir davantage :

« Je pense que c'est bien que ça soit remis par un médecin parce qu'il y a des non-indications à faire ce test. Donc, le fait de passer par médecin traitant ça permet de savoir si la personne doit vraiment faire le test de dépistage ou passer directement à la coloscopie. »

Un autre le complète :

« C'est spécialisé quand même parce qu'il faut savoir quand est-ce qu'ils ont fait une coloscopie ? Il n'y a que le médecin qui détient cette information. Moi par exemple, j'ai récupéré plein de nouveaux patients. Du coup je refais le point. Je remarque qu'il y a des gens qui doivent faire les coloscopies mais on se rend compte qu'entre-temps, ils ont eu des tests colorectaux alors qu'il n'y a pas d'indications. Je pense qu'il faut quand même avoir le dossier médical sous la main. »

Et une sage-femme ajoute :

« Je ne veux pas de travail supplémentaire parce que j'ai déjà beaucoup de chose à gérer au niveau de la prévention pour des cancers qui sont très fréquents chez la femme. Et d'ailleurs on a moins de patientes qui ont plus de 50 ans, que de patientes qui ont moins de 50 ans dans nos pratiques quotidiennes ».

D'un autre côté, nous avons des professionnels de santé qui sont favorables à l'implication d'autres intervenants en santé. Un médecin nous a dit :

« Pour moi, tous les professionnels de santé de terrain, infirmiers, pharmaciens ou kiné peuvent faire la sensibilisation et remettre les kits de dépistage. Mais seulement il faut une formation sur ce sujet. »

Un autre ajoute :

« Tous les professionnels de santé peuvent s'impliquer. De toutes les façons, je n'ai jamais vu quelqu'un venir en consultation que pour le test colorectal. En fait, c'est toujours pour quelque chose en plus. Le seul problème du pharmacien et de l'infirmier, c'est qu'il faut qu'ils soient au courant du dossier et qu'ils sachent s'il n'y a pas une coloscopie récente et s'il n'y a vraiment pas de non-indications. »

Un pharmacien aussi s'est exprimé par ces propos :

« Nous on est toujours en première ligne pour essayer de donner des bons conseils. Surtout qu'à l'heure actuelle on est les professionnels les plus accessibles sur le plan national. Tout le monde peut pousser la porte d'une pharmacie et la porte automatique s'ouvre sans rendez-vous. Il y a possibilité d'aller chercher un kit à la pharmacie le jour où on est décidé. Donc c'est quand même le professionnel le plus ouvert à toute discussion pour donner un conseil là-dessus. »

Un autre pharmacien ajoute :

« Nous on devrait intervenir en remettant juste des kits et puis après on peut passer sur un logiciel de la sécu, avec le numéro de sécu en informant qu'on a donné à tel patient le kit. Ce n'est pas compliqué. C'est juste la prévention. Et il nous faut un questionnaire qui nous permet avec le patient de le remplir et effectivement de juger de son éligibilité déjà. Et puis ensuite fournir le kit. »

Un autre pharmacien complète de la manière suivante :

« En plus, je ne vois pas la nécessité au départ de passer par le médecin. Je pense qu'il faut laisser aux gens le choix de passer par le médecin ou par le pharmacien. Si vous développez le nombre de possibilités de remettre le kit, je pense qu'il y aura plus de gens qui vont le faire. Ce n'est qu'une pochette, n'importe qui peut donner la pochette, que ce soit l'infirmier, médecin ou pharmacien. »

Néanmoins, les médecins, qui sont favorables à cette ouverture, ont insisté sur la nécessité de réorienter vers des médecins tous les patients avec des résultats positifs.

4.2.3.2. Améliorer la procédure

Onze réponses ont été en faveur d'une révision de la procédure de dépistage. Les professionnels de santé contactés ont apporté leurs suggestions pour l'amélioration de ce programme :

- **Rendre l'approvisionnement plus simple et rapide (5 réponses) :** selon les professionnels de santé, le manque de kit décourage des patients à revenir une prochaine fois pour retirer le kit. Un médecin nous a fait savoir que :
« Il faut doubler la production des kits parce que le dépistage ne marche quand on n'a pas ce qu'il faut. Et aussi imaginer une possibilité d'approvisionnements simple. »
- **Revoir la durée de péremption des kits et la rendre plus visible (3 réponses) :**
« Ce serait bien déjà que les kits durent plus longtemps. Qu'on voie clairement quand ils sont périmés. »

- **Simplifier le circuit du dépistage (3 réponses)** : certains professionnels pensent que le circuit est complexe. Cela ne simplifie pas la tâche aux patients. L'un d'entre eux notifie que :
« Aussi il faut revoir le circuit. Il faut simplifier les procédures au maximum et il faut éviter que dans un parcours de soins il ait trop d'étapes. »

Un autre le complète :

« On propose la simplification de la procédure à tous les niveaux. »

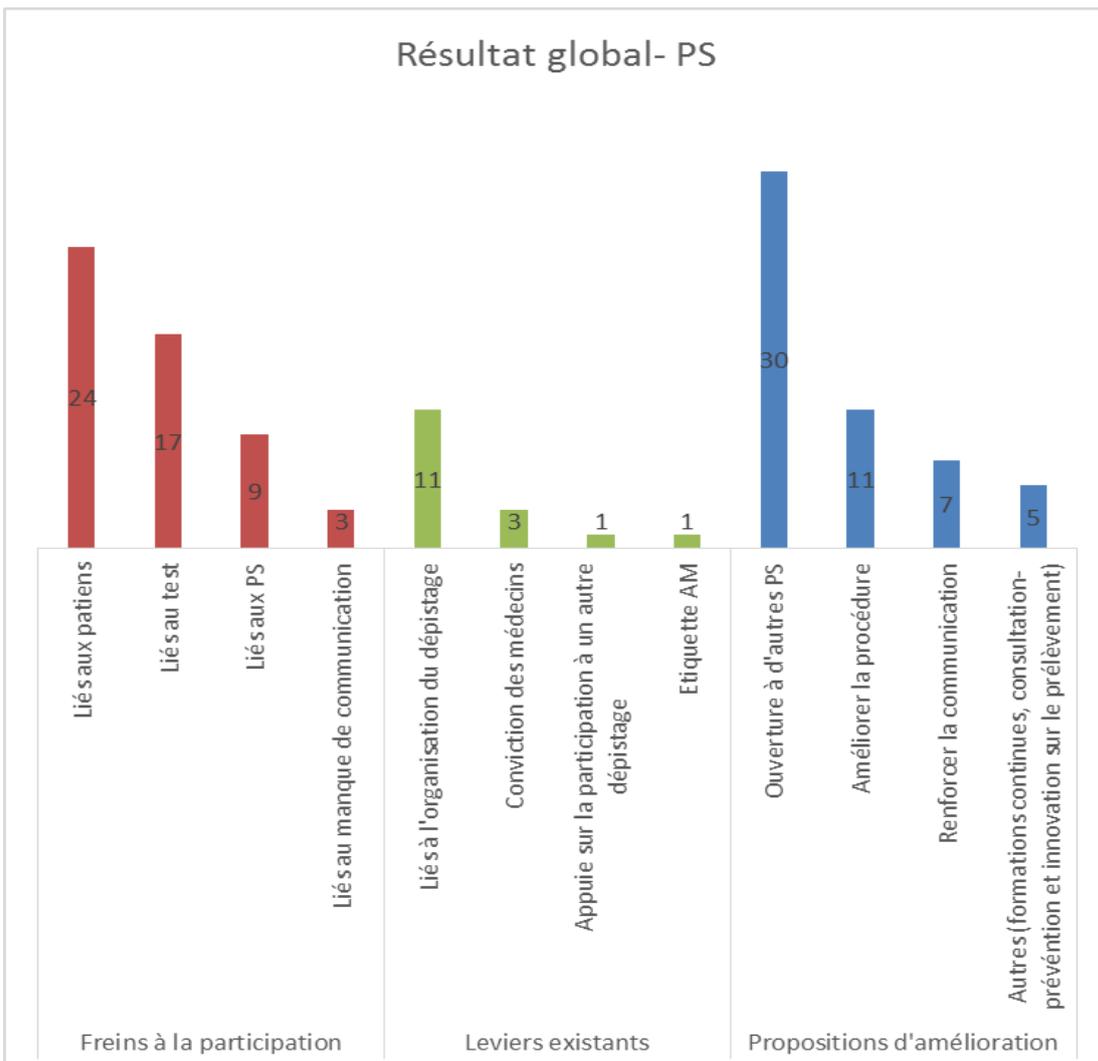
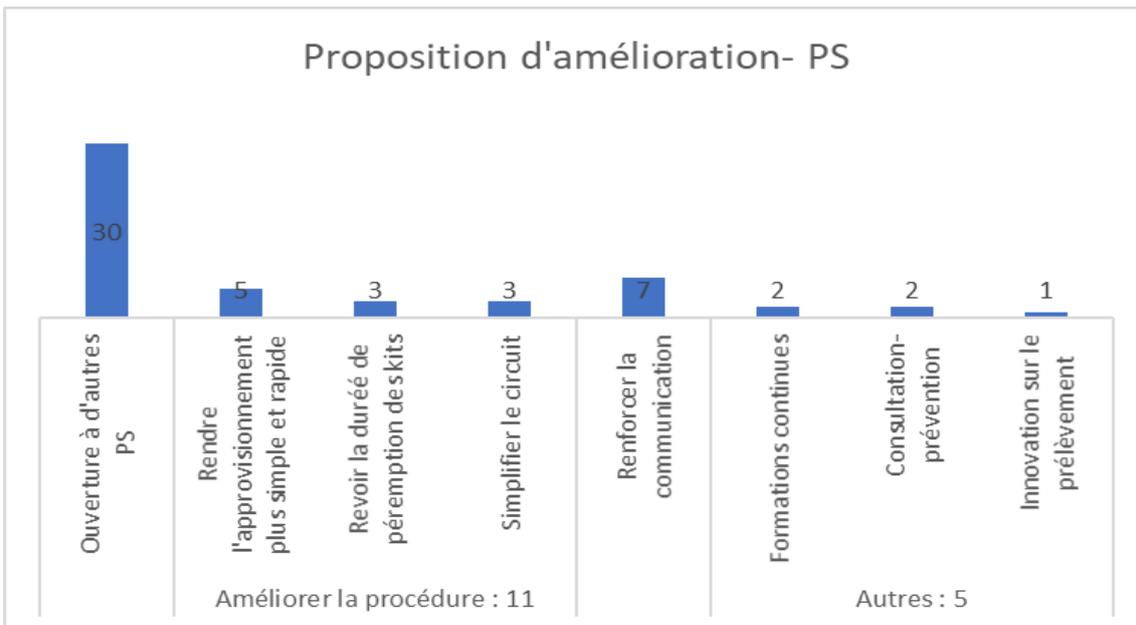
4.2.3.3. Renforcer la communication

Notre enquête nous a permis d'identifier 7 réponses allant dans le sens d'un renforcement de la communication. Selon notre analyse, nous pensons que cette communication devrait avoir deux orientations :

- Vers les professionnels de santé, comme le souhaite ce médecin :
« C'est sûr que ce qui marche bien c'est qu'il faut convaincre les médecins puisque si on arrive à convaincre les médecins du bien-fondé du dépistage, eux ils sont tout à fait à même de convaincre leurs patients qui sont en général plus confiants envers leurs médecins qu'envers quelqu'un qu'ils ne connaissent pas. »
- Vers les assurés, dans le but de favoriser un changement de comportement, comme le suggère ce médecin :
« Après il faut arriver à faire changer la mentalité des gens. Leur faire comprendre que finalement bah si on est capable de faire un dépistage pour le cancer de sein, si on est capable de parler avec sa cousine ou son meilleur ami de son cancer du sein ou du sein de son épouse qui a un cancer et bah on va faire pareil avec le cancer colorectal finalement. C'est un organe comme tous les autres. Cela n'est possible qu'avec des bonnes campagnes de communication. »

4.2.3.4. Autres propositions

- **Dispenser des formations continues sur la prévention à tous les professionnels de santé (2 réponses)** : un professionnel nous a suggéré que :
« Il faut des formations continues des médecins généralistes sur la prévention, parce que les médecins sont, à la base, formés sur le diagnostic et le traitement. »
- **Organiser des consultations systématiques de prévention à partir de 50 ans (2 réponses)** : comme le propose ce médecin :
« Je ne sais pas si on pourrait par exemple faire à 50 ans la consultation des 50 ans où les patients viennent à une consultation gratuite chez le médecin pour faire un bilan par exemple. Et comme ça à 50 ans, on voit des gens qu'on n'a jamais vus et refaire un point sur le cœur, la tension artérielle. C'est à 50 ans qu'on commence à avoir des petits problèmes. A l'occasion de cette consultation on pourrait remettre à jour les vaccinations et remettre le premier test de dépistage. Au moins on dédramatisera le truc. Mais derrière, il faut que la sécu joue le jeu. Une fois que le patient l'a fait, il se rendra compte que ce n'était pas la mer à boire, après il peut revenir tous les 2 ans chez le médecin. »
- **Innover sur le prélèvement de l'échantillon de dépistage du cancer colorectal (une réponse)** : Un médecin espère un jour que :
« Je n'arrête pas de réfléchir, je pense que c'est l'utopie. Il y a plein de gens qui se disent un jour en une seule prise de sang, on arrivera à dépister tous les cancers comme ça. Peut-être que s'il n'y avait pas tout ce côté manipulation des selles on serait peut-être à plus de monde. »



4.3. Tableau récapitulatif des résultats

Freins	Propositions d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> Mauvaise connaissance des dangers de la maladie Manque de motivation face à un état de santé apparemment bon 	<ul style="list-style-type: none"> Communication sur les dangers de la maladie Mettre en place l'entretien motivationnel
<ul style="list-style-type: none"> Pudeur par rapport à la manipulation des selles Difficultés des femmes à recueillir uniquement les selles, sans les urines Des faux positifs suite à des hémorroïdes 	<ul style="list-style-type: none"> Autres techniques de dépistage
<ul style="list-style-type: none"> Prendre rendez-vous avec le médecin traitant, notamment dans un contexte de manque de médecin 	<ul style="list-style-type: none"> Impliquer d'autres professionnels de santé
<ul style="list-style-type: none"> Rupture de stock des kits 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le ravitaillement des professionnels de santé en kits de dépistage Envoi des kits directement dans les boîtes aux lettres Regrouper tous les dépistages et expérimenter un rendez-vous santé prévention
<ul style="list-style-type: none"> Documentation abondante dans le kit Courriers non lus 	<ul style="list-style-type: none"> Simplifier le courrier d'invitation et la documentation du kit
<ul style="list-style-type: none"> Date de péremption 	<ul style="list-style-type: none"> Prolonger et rendre plus visibles les dates de péremption
<ul style="list-style-type: none"> Méfiance par rapport au test et à la prévention d'une manière globale Peur des résultats 	<p>Communication sur la fiabilité, bénéfice taux de positivité... auprès des assurés</p>
<ul style="list-style-type: none"> Médecins qui ne sont pas convaincus Manque d'information sur l'implication possible dans 	<p>Organiser des formations continues</p>

le dépistage (gynécologues)	
<ul style="list-style-type: none"> • Caractère non obligatoire du test 	Rendre le dépistage obligatoire

Forces ou leviers	Propositions
<ul style="list-style-type: none"> • Test non invasif • Simplicité, gratuité, rapidité et fiabilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer différemment en axant sur ces éléments et sur le nouveau test
<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de la maladie • Avoir un proche atteint 	<ul style="list-style-type: none"> • S'appuyer sur les témoignages de gens convaincus pour influencer les autres • Communiquer sur les dangers de la maladie
<ul style="list-style-type: none"> • Femmes qui participent à un autre dépistage et sensibilisées sur celui-ci 	<ul style="list-style-type: none"> • S'en servir pour convaincre sur le CCR
<ul style="list-style-type: none"> • Etiquette Assurance Maladie 	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer avec la caution Assurance Maladie aura un impact
<ul style="list-style-type: none"> • Motivation par le médecin généraliste 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer l'intervention d'un médecin pour convaincre
<ul style="list-style-type: none"> • Existence du module d'éligibilité pour les professionnels de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Le faire connaître

5 DISCUSSION ET PERSPECTIVES

5.1. Interprétations des résultats

Notre étude consistait à rechercher dans le cadre d'une recherche qualitative exploratoire les freins et les leviers existants à la participation au dépistage du cancer colorectal dans le département d'Eure-et-Loir. Parmi les objectifs fixés, il était aussi question de faire des propositions afin d'améliorer le taux de participation qui stagne encore.

Pour y parvenir, nous avons analysé le point de vue des différents acteurs du terrain dans ce programme. La particularité de notre étude est d'avoir interrogé à la fois la population et les professionnels de santé. Cela nous a permis de contourner les limites connues par d'anciennes études comme le souligne Caroline de Pauw (2008) : « Cette étude qualitative présente certaines limites. Il a tout d'abord choisi de n'interroger que les patients et non les médecins généralistes. » En outre, nous avons creusé davantage les freins et les leviers à participation à ce dépistage car selon A. Le Bonniec et Coll. (2015) : « Pour aller plus loin, il conviendrait de prendre en compte le point de vue des médecins généralistes, puisque leurs recommandations apparaissent comme des leviers très importants dans la littérature. »

Etant donné que nous avons enregistré et retranscrit fidèlement les entretiens, nous avons pris soin de compter le nombre de fois où chaque frein, levier ou proposition revenait dans les entretiens, afin de présenter nos résultats sous forme de graphique. Cette représentation particulière permet de mettre en exergue l'importance de chaque réponse dans le volume total, même il ne s'agit pas d'une étude quantitative réalisée avec un échantillon représentatif.

Globalement, au cours de notre enquête de terrain, nous avons fait ressortir plusieurs éléments favorisant la participation des assurés à ce programme de dépistage. Il s'agit essentiellement du caractère non invasif du test, sa simplicité, sa gratuité, sa fiabilité, la motivation par un médecin, l'existence du modèle d'éligibilité... Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par les études précédentes. Selon Isabelle Aubin-Auger et Coll. (2015) : « Quand le test était réalisé, les patients interrogés mettaient en avant sa gratuité, sa réalisation au domicile, son caractère indolore et non invasif (par opposition à la coloscopie), sa souplesse (date choisie par le patient) et la dimension préventive de cette démarche (intervention avant la survenue du cancer). »

Quant aux freins, notre étude nous a permis d'identifier la peur, la méfiance, les problèmes d'approvisionnement et d'organisation, la pudeur, la complexité de la procédure, comme principaux freins à la participation de ce dépistage. Ces résultats sont semblables à ceux de travaux antérieurs. Selon Franck Le Duff et Coll. (2019), le rôle de certains facteurs psychologiques tels que la gêne et l'embarras ressentis dans le cadre d'une consultation médicale, la peur et l'anxiété vis-à-vis du dépistage du CCR pourraient également entraver la participation au programme.

En dépit de ces ressemblances aux résultats des études précédentes, nous remarquons quelques éléments nouvellement identifiés, notamment au niveau des freins (liés aux sujets d'actualité telle que la covid-19, au fait que les femmes ont du mal à prélever les selles sans avoir des urines à la fois, aux faux positifs dus aux hémorroïdes, au caractère non obligatoire...) et de nouveaux leviers (étiquette Assurance Maladie notamment).

L'interprétation de données recensées nous a permis de confirmer que nos résultats répondent à nos attentes.

5.2. Application du modèle COM-B sur le dépistage du cancer colorectal

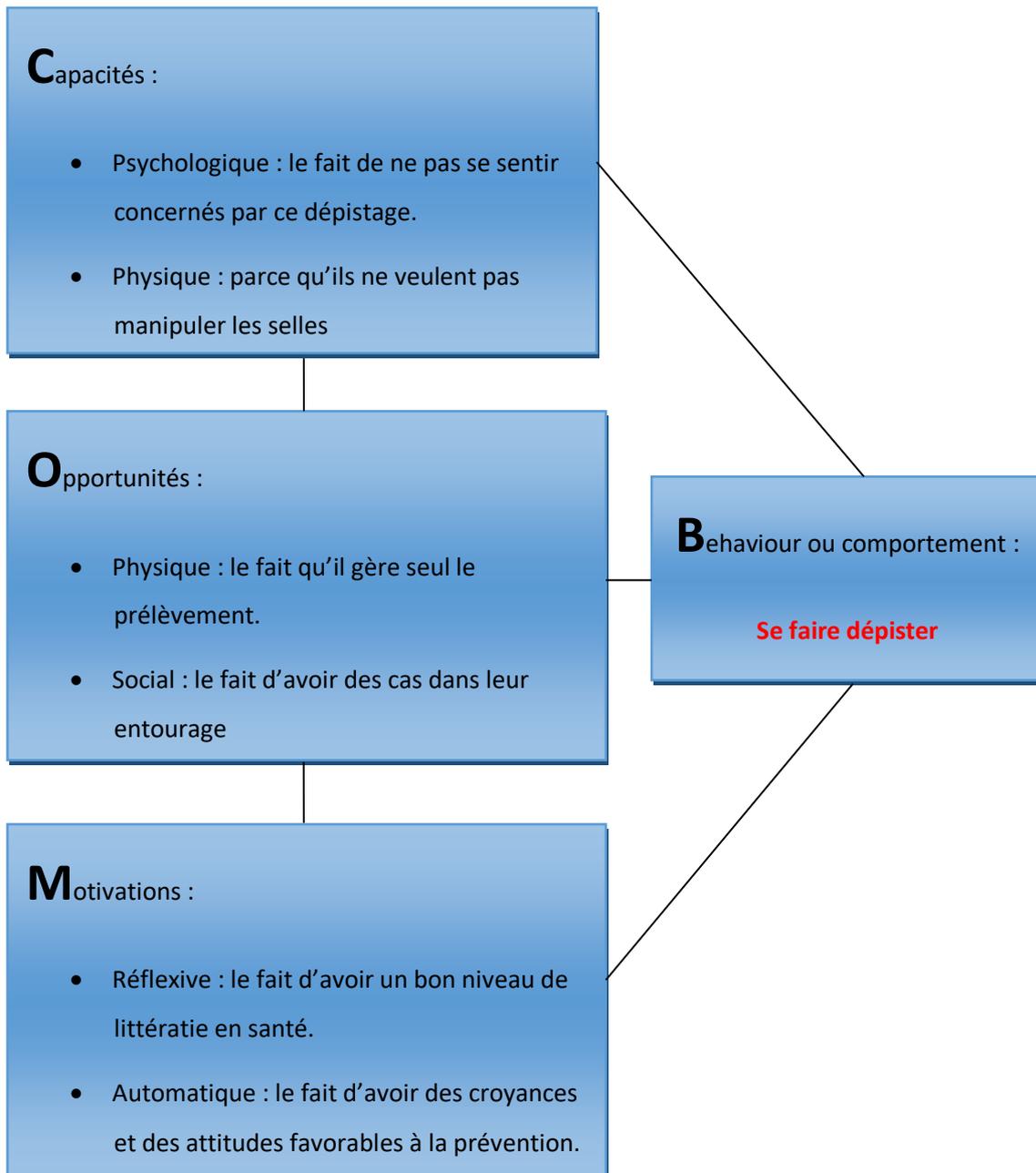
Ce travail nous a permis d'identifier les personnes qui vivent dans l'ambivalence : elles hésitent à se décider sur l'adoption ou pas du comportement que le programme de dépistage leur propose. Se faire dépister est un comportement en santé. Selon Karim Kefi M. et Coll. (2013), le comportement d'une personne résulte bien de son intention qui est bien fonction de l'attitude de la personne envers le comportement qu'il veut adopter. Ainsi donc, pour optimiser l'effet d'un changement de comportement, les interventions doivent s'appuyer sur un modèle théorique de changement de comportement. Karine Gallopel-Morgan et Coll. (2019) pensent que : « [...] la théorie est utile car elle permet de simplifier une réalité complexe et souvent difficile à appréhender [...] »

Au cours des entretiens nous avons testé la technique d'entretien motivationnel comme outil de communication interhumaine afin de favoriser ce changement de comportement. Etant donné que cette communication particulière travaille sur le modèle COM-B, nous portons notre choix sur ce modèle afin de modifier les intentions des gens vers une amélioration de la santé. Ce modèle,

proposé par Michie, Van Stralem et West en 2011, intègre l'ensemble des facteurs individuels, sociaux et environnementaux susceptibles d'influencer les comportements des individus. Il est essentiel pour espérer un changement de comportement. Il peut fournir des explications sur les raisons pour lesquelles le comportement recommandé n'est pas adopté. (Karim Kefi M. et Coll., Op.cit.) Il repose sur l'interaction entre trois composantes (COM) qui provoquent le changement du comportement (B):

- Les Capacités : c'est-à-dire la capacité d'un individu à s'engager dans un comportement. La capacité est subdivisée en capacité psychologique (capacité à s'engager dans les processus de pensée nécessaires) et capacité physique (capacité à s'engager dans les processus physiques).
- Les Opportunités : les facteurs externes à l'individu, notamment l'environnement et les normes qui influencent son comportement. L'opportunité est subdivisée en opportunité physique (fournie par l'environnement) et opportunité sociale (milieu culturel qui dicte la façon dont nous pensons les choses) qui peuvent être obtenus grâce à des changements environnementaux (changer le contexte physique ou social).
- Et la Motivation qui découle des activités cérébrales conscientes, inconscientes et automatiques qui entraînent le désir, l'envie et le besoin d'agir. Elle se subdivise en motivation réflexive (évaluations et plans) et motivation automatique (émotions et pulsions découlant de l'apprentissage associatif et inné) qui peuvent s'améliorer en donnant des informations sur les conséquences et les résultats de la maladie, ainsi que l'amélioration de la confiance en soi.

Chaque composante peut influencer le comportement directement et elles peuvent s'influencer mutuellement.



Ainsi donc, dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, en s'appuyant sur le modèle COM-B, il suffit de modifier les composantes internes (capacité et motivation) et la composante externe (opportunité) et aussi miser sur la communication pour le changement de comportement grâce à l'entretien motivationnel, nous allons favoriser l'adhésion de la population au dépistage. Cela améliorera le taux de participation qui est au centre de notre intérêt. Le COM-B a aussi un avantage car il tient compte d'un large éventail de facteurs affectant l'adhésion : les facteurs émotionnels, les facteurs individuels (l'oubli, la peur du diagnostic, le tabou, les rumeurs...), les influences extérieures du système de santé, de la politique et des médias. Et étant donné que le comportement dérive des connaissances (des croyances, attitudes et les normes) qui constituent

pour notre étude les éléments responsables de la faible participation au dépistage, nous espérons qu'en les améliorant on peut changer ce comportement, en incitant la population à se faire dépister.

Ce travail a pour issue la mise en place des actions visant à améliorer le programme de dépistage. De ce fait, le modèle COM-B est utile pour réfléchir à la mise en place d'une intervention de prévention.

5.3. Limites de l'étude

Nous avons connu deux difficultés majeures au cours de cette étude. L'une se rapportait aux assurés et l'autre aux professionnels de santé déjà impliqués dans le dépistage :

- Au départ, cette étude devait exclure les assurés ayant des contre-indications au test immunologique pour nos entretiens. Malheureusement, l'extraction d'informations dans la base des données SIAM/ERASME ne pouvait pas interroger les informations concernant les contre-indications au test. Ces informations sont gérées par la structure de gestion du dépistage. Nous avons donc interviewé certains assurés qui n'ont jamais manipulé le kit du test immunologique. Il y a eu, par conséquent, des entretiens moins riches en informations à la suite de ce manque d'informations sur le kit de dépistage, auprès des assurés qui n'ont pas connu ce test.
- Concernant les professionnels de santé qui sont déjà impliqués dans ce dépistage, l'idée était d'interroger deux catégories différentes : ceux qui sont favorables au dépistage et ceux qui ne le sont pas. Les points de vue de ces derniers devaient nous servir dans l'identification des freins surtout. Malheureusement, ils ne nous ont pas accordé d'entretien.

5.4. Perspectives

Sur base des entretiens réalisés, nous avons pu formuler les recommandations suivantes :

- **Impliquer d'autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers)** : en se servant des données recueillies dans cette enquête et de nos recherches bibliographiques qui ont permis d'identifier une expérimentation intéressante en Corse, il pourrait être intéressant d'expérimenter une organisation différente de ce dépistage et d'impliquer les pharmaciens dans un premier temps, voire des infirmiers plus tard, avec une formation préalable des professionnels de santé. Ainsi donc, il conviendrait d'étudier la possibilité de monter une expérimentation de ce type, pourquoi pas sur le territoire d'une CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé), qui a vocation à organiser notamment des actions de prévention à l'échelle d'un territoire.

- **Renforcer la communication.** Nous proposons aux acteurs de santé de communiquer différemment :
 - Auprès des assurés sur les axes identifiés : les dangers de la maladie, en prenant garde de ne pas être trop anxiogène, la fiabilité, la facilité, le bénéfice du test, sur le nouveau kit qui n'est pas encore connu de tout le monde, en s'appuyant sur les témoignages d'assurés et des médecins convaincus, en s'appuyant sur la participation à la mammographie pour les femmes.
 - Auprès des professionnels de santé : Renforcer l'aspect formation en lien avec le centre de coordination des dépistages, aussi bien sur la fiabilité du test que sur la possibilité pour certains médecins comme les gynécologues de le remettre, sur les arguments à donner, et sur l'existence du module d'éligibilité.

- **Améliorer l'organisation existante** : étudier avec le centre de coordination des dépistages la possibilité :
 - De tester des appels téléphoniques sur un échantillon à la place de l'envoi d'un deuxième courrier de relance
 - De simplifier le courrier d'invitation.

- **Expérimenter des consultations systématiques de prévention à partir de 50 ans, permettant d'aborder tous les dépistages en un seul moment** : en plus des actions en lien avec le dépistage du cancer colorectal, nous pourrions en même temps faire d'autres dépistages, ainsi que la mise à jour du calendrier vaccinal. La mise en place à venir de bilans de santé au moment du départ à la retraite dans les centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie pourrait constituer une bonne opportunité.

Certaines propositions d'amélioration issues de notre enquête n'ont pas été retenues comme perspectives à notre travail, compte-tenu du fait qu'elles sont liées à des décisions nationales et qu'elles ne pourront pas être mises en œuvre localement par la CPAM d'Eure-et-Loir. Il s'agit notamment des éléments suivants :

- Utiliser d'autres méthodes de dépistage
- Rendre obligatoire ce dépistage
- Améliorer le circuit d'approvisionnement des kits
- Rendre plus lisible la date de péremption et donner une durée de validité plus longue aux kits
- Simplifier la documentation du kit
- Envoyer les kits directement dans les boîtes aux lettres. Cette disposition avait par ailleurs déjà été testée dans une précédente organisation du programme de dépistage mais n'avait pas démontré d'amélioration suffisamment importante du taux de dépistage au regard de son coût.

6 CONCLUSION

Le cancer colorectal figure en troisième place parmi les cancers les plus diagnostiqués au monde et constitue la quatrième cause de décès par cancer. En France, il est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes et le 3^{ème} chez l'homme. Pour réduire la mortalité liée à ce cancer, depuis 2008, un dépistage organisé a été mis en place (test Hémocult). Suite aux nombreuses contraintes liées à ce test, notamment le prélèvement en trois fois sur trois jours consécutifs, un faible taux de participation a été constaté. Pour améliorer cela, un nouveau test, facile à réaliser a été mis en place en 2015. Malgré cela, le taux de participation demeure faible sur tout le territoire national.

Devant cette difficulté, la caisse primaire d'Assurance Maladie d'Eure-et-Loir a sollicité un travail consistant à rechercher les freins et les leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal, afin de proposer des pistes d'amélioration. Pour ce faire, nous avons recueilli le point de vue d'assurés âgés de 50 à 74 ans, et de professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, gastro-entérologue, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes) sur cette problématique, en organisant des entretiens qualitatifs semi-directifs.

Ce travail nous a permis d'une part d'identifier plusieurs leviers notamment la facilité de réalisation du test, sa gratuité, l'étiquette assurance maladie, le caractère invasif du test... D'autre part, nous avons identifié des freins responsables de cette faible participation, notamment le bas niveau de la littératie en santé, la pudeur, la peur, la pénurie des médecins et difficulté de prise de rendez-vous, difficultés d'approvisionnement des kits, négligence, ... A l'issue de cette étude, nous avons suggéré principalement un renforcement de la communication, un élargissement du programme de dépistage à d'autres professionnels de santé et une amélioration de la procédure actuelle de dépistage dans le sens de la simplification.

A notre avis, l'amélioration de ce taux de participation au dépistage du cancer colorectal pourrait être effective si et seulement si nous agissons sur la globalité des résultats de cette étude. De ce fait, nous suggérons une prise en compte des tous les leviers identifiés afin de les maximiser. Il faut également minimiser les freins avant la mise en application de toutes les propositions formulées dans ce travail.

Les propositions qui sont formulées dans ce travail pourraient être mis en place en 2021 afin d'améliorer le taux de participation.

Bibliographie

Textes Juridiques :

1. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, journal officiel de la république française, p.32039
2. Arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal.
3. Arrêté du 19 mars 2018 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal, Journal officiel de la république française, 22 Mars 2018

Ouvrages et articles scientifiques :

1. Aubin-Auger I. et Coll., *From research to practice in general practice : colorectal, cancer screening*, Revue de la Francophonie de médecine générale, 2015, vol.26, page 78
2. Builliard J-L. et Coll., *Dépistage organisé du cancer colorectal : défis et enjeux pour un essai pilote en suisse*, revue médicale suisse, 2012, vol.8, page 1464
3. Champion-Boutoille C. et Coll., *Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en aquitaine et poitou-charentes*, Médecine humaine et pathologie. 2016, page 71
4. De Pauw C., *La non-réalisation d'une coloscopie après un test positif de dépistage du cancer colorectal : étude qualitative*, S.F.S.P., 2008, vol.20, page 250-253
5. Denis B. et Coll., *Dépistage du cancer colorectal par test immunologique quantitatif de recherche de sang occulte dans les selles : une révolution ?* Centre François Baclesse, 2015, vol. 22, n°2, pages 119-128
6. Faivre J., *Colorectal cancer screening in europe: an overview*, jean faivre, université de bourgogne, Dijon, 2010, vol. 2, n° 2, pages 101-103
7. Faivre J., *Dépistage et prévention du cancer colorectal*, la revue du praticien, 2015, vol. 65, page 774
8. Gallopel-Morvan K. et Coll., *Marketing social : De la compréhension des publics au changement de comportement*, Presses de l'EHESP, 2019, pages 14-15

9. Karim Kefi M. et Coll., *Le processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) : Une analyse empirique par la théorie du comportement planifié*, Revue Interdisciplinaire Management, vol.7, 2013, pages 111-125
10. Lambert R., *Variations in the risk of colorectal cancer according to economic resources*, international agency on research on cancer, 2012, vol. 4, page 142.
11. Le Bonniec A. et Coll., *Quels sont les facteurs psychosociaux déterminant la participation au dépistage du cancer colorectal ? Intérêt de la théorie du comportement planifié et du concept de coping*, Lavoisier SAS, 2015, p. 108.
12. Le Duff F. et Coll., *Dépistage du cancer colorectal en officine en corse : un appui à la prévention en médecine générale*, S.F.S.P., 2019, vol. 31, pages 387-394
13. Lerat B. et Coll., *Guide de la gouvernance des organismes de sécurité sociale*, Docis, 2018, page 3
14. Levy P., *Hépatogastro-entérologie : Tumeurs du côlon et du rectum*, Elsevier Masson, 2008, pages 1-13
15. Penna C., *Manuel du généraliste tiré de AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine : Cancer du rectum*, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2003, pages 1-2
16. Rollnick S. et coll., *Pratique de l'entretien motivationnel : communiquer avec le patient en consultation*, Interéditions, 2018, pages 7-34
17. Tournigand C. et Coll., *Manuel du généraliste tiré de AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine : Cancer du côlon*, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, 2003, pages 1-3

Rapports et autres sources officielles :

1. Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'Etat et la CNAM 2018-2022, page 4
2. OMS, Centre International de Recherche sur le cancer : communiqué de presse n°263, 12/07/2018
3. Plan ONDAM 2018-2022
4. Questionnaire d'évaluation de la sécurité et analyse d'impact version 1.0
5. Suivi des indicateurs CPG

Webliographie :

1. Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace :
http://www.adeca-alsace.fr/en_savoir_plus/toutes_les_questions/limites_dage/pourquoi_des_limites_d%E2%80%99age_pour_le_depistage_organise_du_cancer_colorectal_225.html, consulté le 14/10/2020
2. Assurance Maladie :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-colorectal/depistage-gratuit-50-74-ans>, consulté le 14/10/2020, dernier mis à jour le 23/08/2020
3. Bibliothèque Numérique de droit de la Santé et d’Ethique Médicale :
<https://www.bnds.fr/dictionnaire/fnpeis.html>, consulté le 14/10/2020
4. Bibliothèque Universitaire Aix Marseille Université :
<https://bu.univ-amu.libguides.com/c.php?g=663421&p=4691708>, consulté le 11/11/2020, dernier mis à jour le 2/11/2020
5. Département Médecine Générale Paris 7 Diderot :
http://www.bichat-larib.com/revue.presse/revue.presse.resume.affichage.php?numero_etudiant=&numero_resume=864), consulté le 14/10/2020
6. Haute Autorité de Santé :
https://www.has-sante.fr/jcms/c_410171/fr/depistage-et-prevention, consulté le 14/10/2020, dernier mis à jour le 31/08/2006
7. Hôpitaux Universitaires de Marseille :
<http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>), consulté le 14/10/2020
8. Institut national du Cancer :
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Quelques-chiffres>, consulté le 14/10/2020, dernier mis à jour le 31/01/2020.
9. Ministère des solidarités et de la santé :
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/personnes-a-risques-reponses-a-vos-questions>, consulté le 11/11/2020, dernier mis à jour le 29/10/2020

10. Organisation Mondiale de la Santé :

<https://www.who.int/healthsystems/about/fr/>, consulté le 14/10/2020

11. Santé publique France :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-20182>, consulté le 13/11/2020, dernier mis à jour le 03/07/2019.

12. Sécurité Sociale :

<https://securitesociale.syfadis.com>, consulté le 27/09/2020

13. Société Canadienne du cancer :

<https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/colorectal/colorectal-cancer/the-colon-and-rectum/?region=on>, consulté le 29 octobre 2020

14. Wikipedia :

<https://fr.wikipedia.org/wiki/Cairn.info>, consulté le 11/11/2020, dernier mis à jour le 10/11/2020.

<https://fr.wikipedia.org/wiki/PubMed>, consulté le 11/11/2020, dernier mis à jour le 13/11/2020.

https://fr.wikipedia.org/wiki/S%C3%A9curit%C3%A9_sociale_en_France, consulté le 13/11/2020, dernier mis à jour le 11/11/2020

Liste des annexes

Annexe 1 : Participation au programme national de dépistage organisé de cancer colorectal (Années 2017-2018).



Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2017-2018

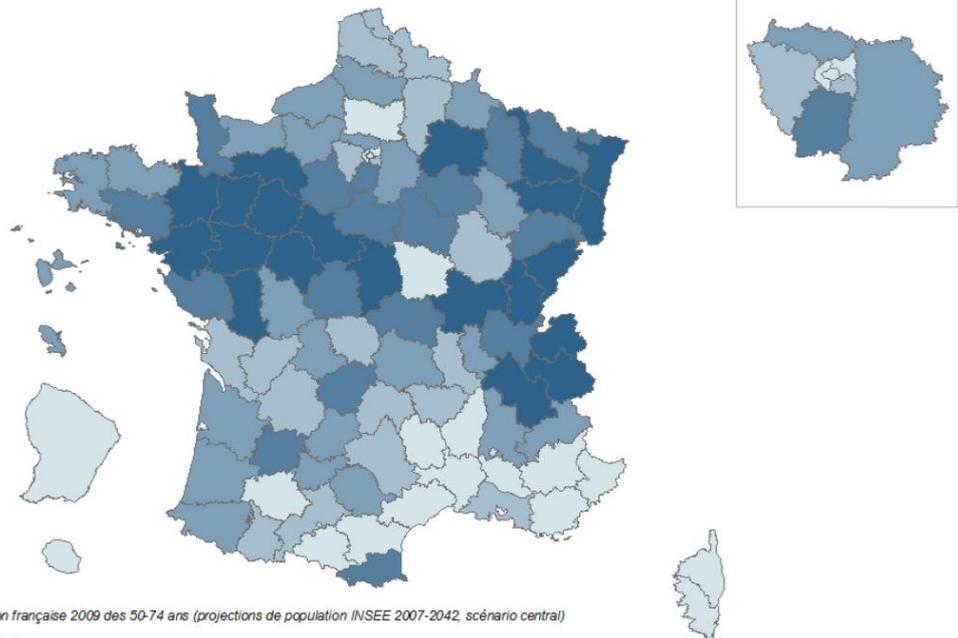
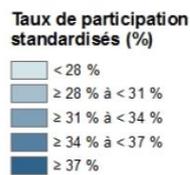
	Hommes					Femmes				
	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans
Taux de participation INSEE (%)	29,7	27,1	30,1	32,9	37,9	31,2	30,1	33,9	36,3	38,4
Taux d'exclusions brut (%)	6,2	10,8	14,7	18,3	23,5	7,0	11,5	14,5	17,3	20,4
Taux de personnes ayant un test de dépistage positif (%)	3,9	4,3	5,1	5,7	6,4	2,8	2,8	3,1	3,5	4,1
Taux de tests non analysables non refaits (%)	4,0	3,7	2,9	2,5	3,4	3,6	3,4	2,8	2,5	3,3

¹ Les hommes et les femmes de < 50 ans sont inclus dans cette tranche d'âge
² Les hommes et les femmes de >= 75 ans sont inclus dans cette tranche d'âge

Sources : Santé publique France - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

Annexe 2 : Taux standardisés de participation, par département.

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal Période 2017-2018 Taux standardisés* de participation, par département



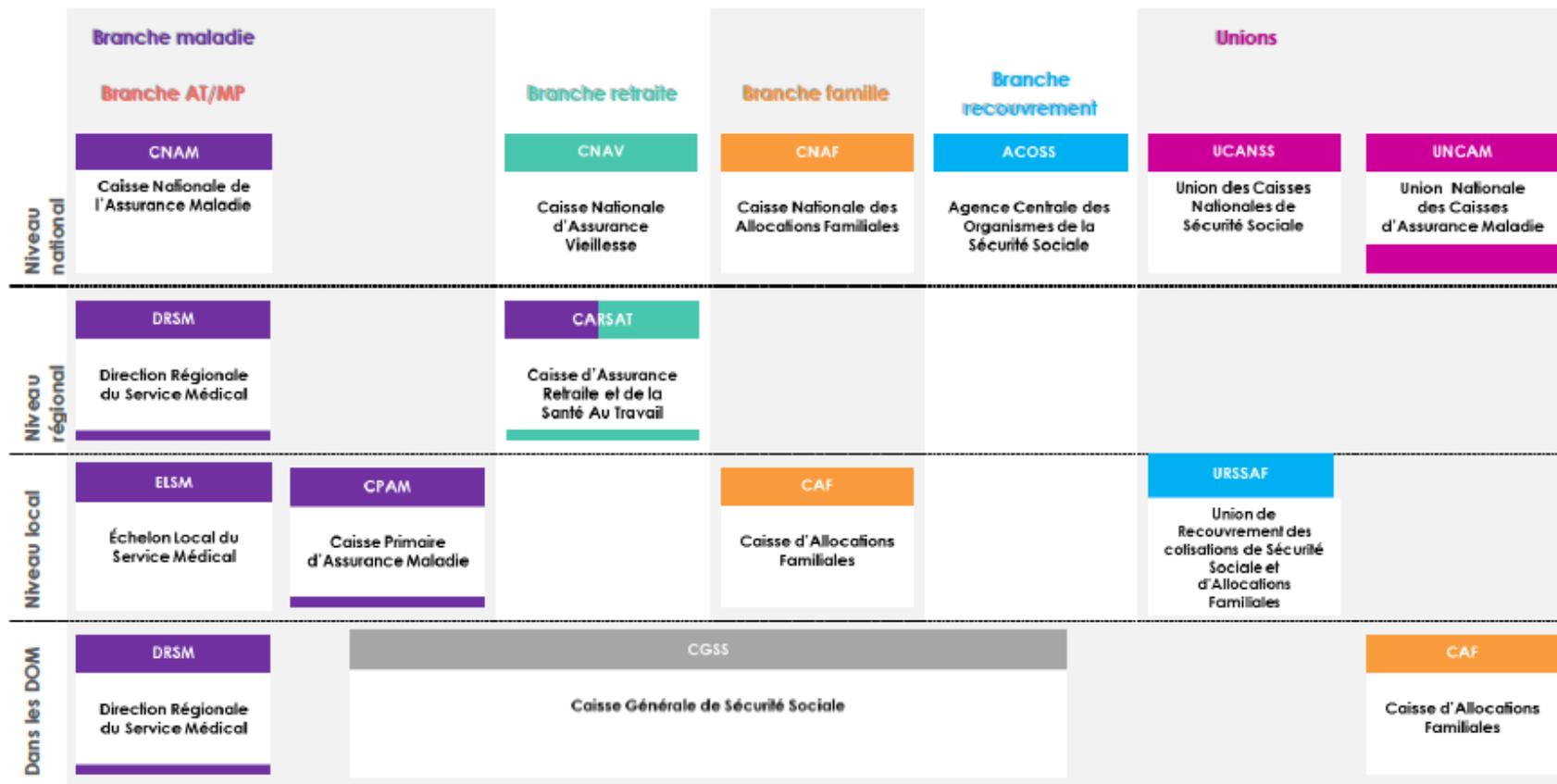
* Standardisés sur la population française 2009 des 50-74 ans (projections de population INSEE 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN-GeoFLA®, 2014 ;
 ©Santé publique France, 07/02/2019
 Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

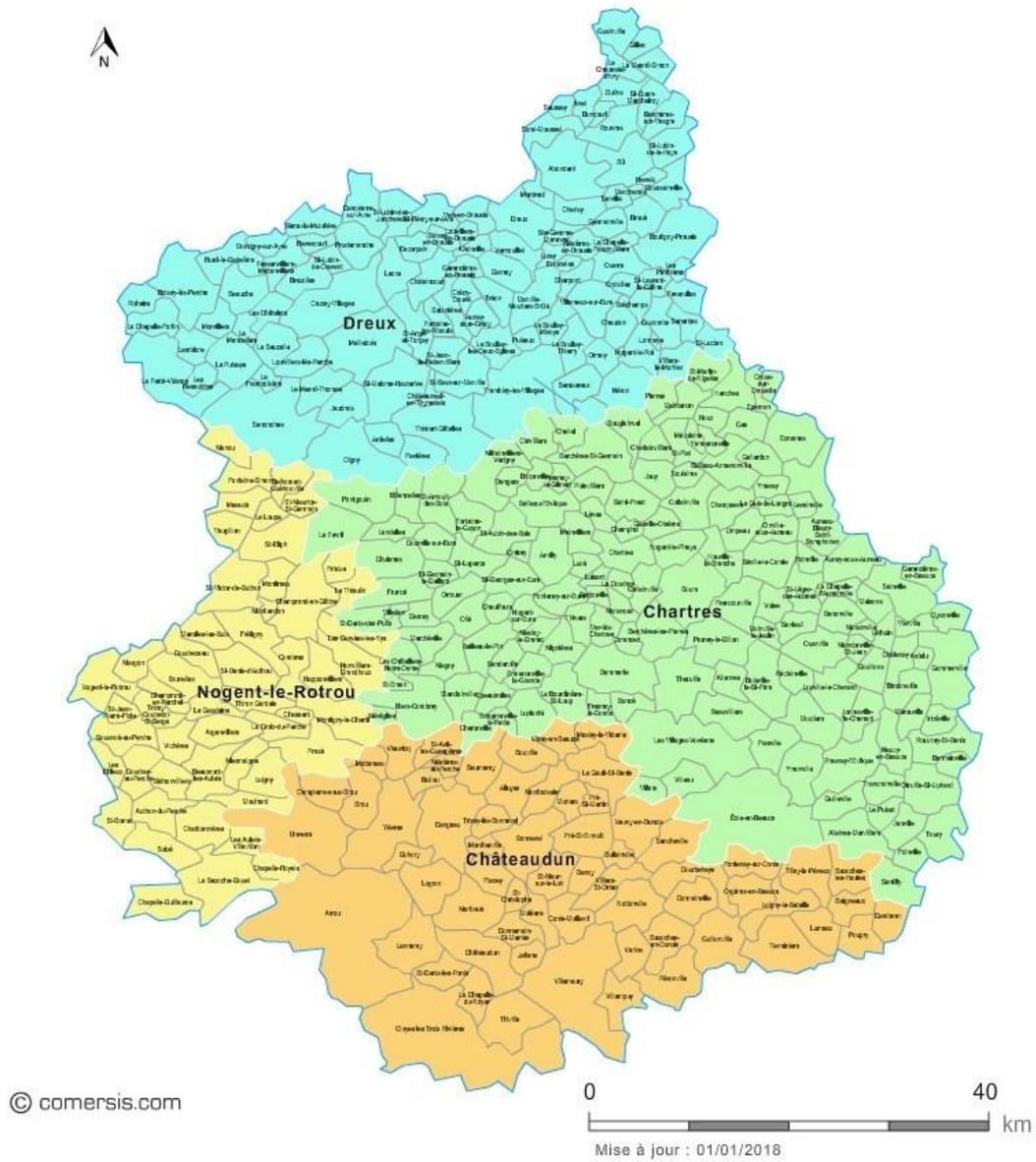
Annexe 3 : La structure du régime général de la sécurité sociale

La structure du Régime Général de la Sécurité Sociale

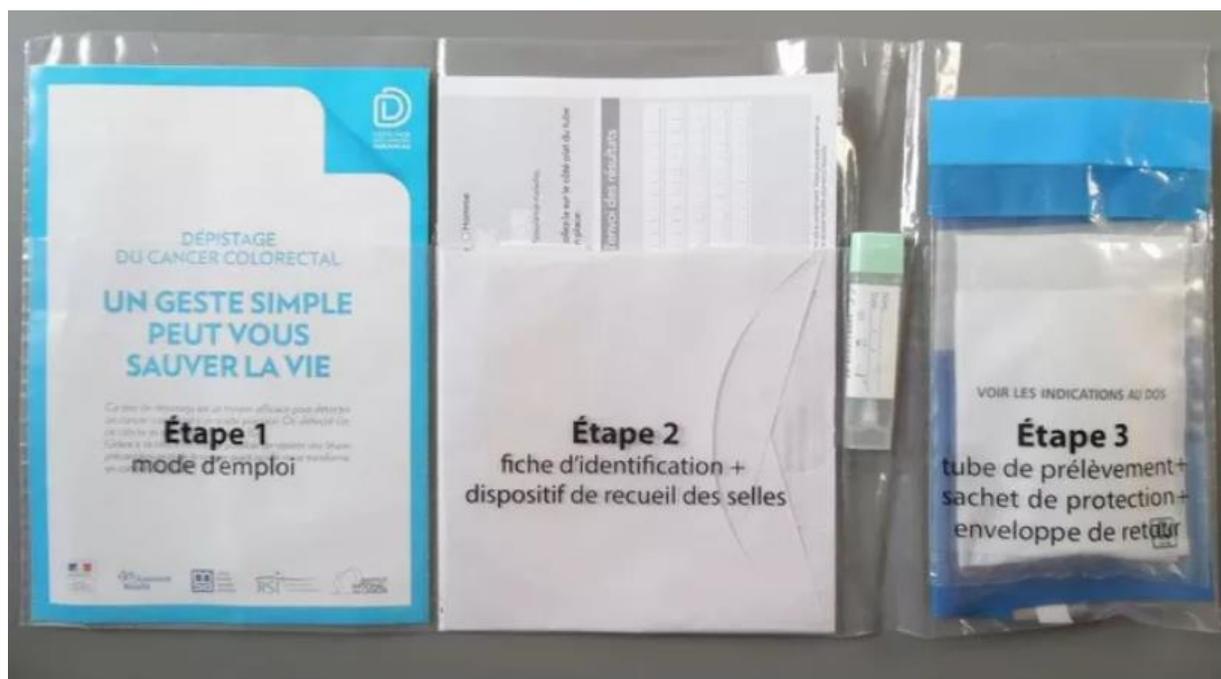
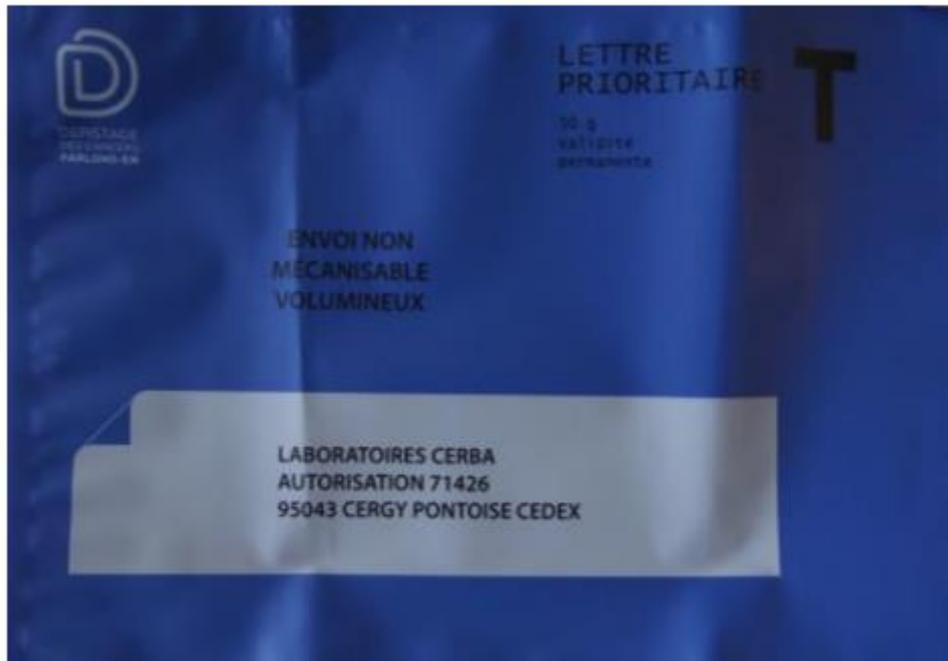
Les branches du Régime Général



Annexe 4 : Cadre de délimitation de la zone d'étude



Annexe 5 : Kit de dépistage



COMMENT FAIRE LE TEST

Si vous avez la lettre vous invitant à faire le test avec les 2 étiquettes, suivez les étapes 1 et 2 puis passez à l'étape 3.
Si vous n'avez pas la lettre, passez directement à l'étape 1 bis ci-dessous.

1 Collez la grande étiquette sur la fiche d'identification qui se situe dans le volet central du kit, puis remplissez cette fiche.

2 Sur la petite étiquette, indiquez la date de réalisation du test. Collez-la sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place.

1 bis Remplissez soigneusement la fiche d'identification et son étiquette situées dans le volet central du kit.

Collez l'étiquette sur le côté plat du tube sur les mentions « Nom », « Date » déjà en place. Puis passez à l'étape 3.

3 Collez le papier de recueil des selles sur la lunette des toilettes à l'aide des autocollants. Appuyez doucement sur le papier pour faire un petit creux.

IMPORTANT : pour que le test soit réussi, il ne faut pas que les selles soient en contact avec un liquide (urine, javel...).

4 Ouvrez le tube en tournant le bouchon.

5 Grattez la surface des selles à plusieurs endroits à l'aide de la tige.

6 La partie striée de la tige doit être recouverte de selles.

7 Refermez bien le tube et secouez-le énergiquement.

8 Vérifiez que vous avez bien rempli et collé l'étiquette sur le tube. Glissez le tube dans le sachet de protection.

9 Glissez dans l'enveloppe T :
• le sachet de protection qui contient le tube,
• la fiche d'identification complétée.
Refermez l'enveloppe.

10 L'enveloppe T doit être postée au plus tard 24 heures après la réalisation du test.

Les résultats vous seront adressés sous 15 jours par courrier. Si vous souhaitez les recevoir par Internet, merci de vous inscrire sur le site www.resultat-depistage.fr

+ D'INFORMATIONS

- Auprès de votre médecin.
- Sur e-cancer.fr, rubrique « Dépistage ».
- Au 0 810 810 821 (prix d'un appel local) du lundi au vendredi de 9 h à 19 h, et le samedi de 9 h à 14 h.
- Auprès de la structure en charge des dépistages dans votre département.

QUESTIONS FRÉQUENTES

- **Quel est le délai d'utilisation du test ?**
La date d'expiration est précisée sur le tube.
- **J'ai perdu le tube/le tube est abîmé. Que dois-je faire ?**
Demandez un nouveau test à votre médecin.
- **Le prélèvement ne s'est pas passé correctement. Que dois-je faire ?**
Prenez contact avec votre médecin ou avec la structure en charge des dépistages dans votre département; il ou elle vous conseillera et vous remettra un nouveau test.

Annexe 6 : Guide d'entretien

Titre : Analyse des freins et des leviers à la participation au dépistage de cancer colorectal au département d'Eure-et-Loir

Présentation et contexte

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de répondre à cet entretien

Je m'appelle **Frederick MAMBAKASA**, je suis étudiant en Master 2 Promotion de la santé et prévention, à l'École des Hautes Etudes de Santé Publique de Rennes.

Dans le cadre de mon stage au sein de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Eure-et-Loir, je réalise une enquête sur la participation au dépistage organisé de cancer colorectal dans le département d'Eure-et-Loir.

Cet entretien cherche à connaître le ressenti de la population (et des professionnels de santé) sur le dépistage organisé de cancer colorectal.

Au cours de l'entretien, j'aimerais que nous abordions les thèmes suivants :

- L'organisation actuelle du dépistage du cancer colorectal et comment on pourrait l'améliorer
- Les freins à la participation à ce dépistage et comment on pourrait convaincre davantage de personnes

La durée de cette enquête n'excédera pas 30 minutes et je tiens à vous rappeler que cet entretien est anonyme. Vos réponses seront utilisées uniquement à des fins d'analyse et ne seront jamais reliées à vos nom et prénom.

Pour faciliter la prise de notes et éviter le risque de perte de certaines informations, je souhaite enregistrer mes échanges dans le cadre de ce travail.

Accepteriez-vous d'être enregistré ?

Identification

Pourriez-vous me confirmer votre âge ?

1. Pour les assurés

Programme de dépistage organisé du cancer colorectal

- Est-ce que vous l'avez déjà réalisé plusieurs fois ou est-ce qu'il y a des années où vous avez reçu l'invitation sans le faire ? (**A adapter en fonction de l'âge**)
- Comment ça s'est passé globalement ? (**Est-ce que c'est la personne qui a pris RDV à la suite du courrier ou le médecin qui lui en a parlé au cours d'une consultation ? ...**)
- Qu'est-ce qui vous a convaincu de faire ce dépistage ? (Médecin, personne de l'entourage... ?)

Le dépistage en pratique

- Pourriez-vous me parler de la consultation avec votre médecin lors de la remise du kit de dépistage ?
 - Avez-vous reçu des explications sur le cancer colorectal (risques, intérêt du test...)?
 - Avez-vous eu des explications claires sur l'usage du kit de dépistage ?
- Avez-vous réalisé le test facilement avec le kit fourni ?
- Pensez-vous qu'il y a des aspects qu'on pourrait améliorer ? (**Dans le kit, explications...**)

Freins et leviers

- Selon vous, qu'est-ce qui explique que les gens fassent peu ce dépistage ?
- Avez-vous déjà essayé de convaincre quelqu'un de le faire ?
 - Si oui : quels arguments avez-vous utilisés ?
 - Si non : quels arguments utiliseriez-vous ?
- Est-ce que vous avez déjà vu des campagnes de communication sur ce dépistage ? (Affiches, spots TV ou cinéma...) Si oui, qu'en avez-vous pensé ?

Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal ?

Oui

Non

Programme de dépistage organisé du cancer colorectal

- Est-ce que vous en avez déjà entendu parler ?
 - Si oui : Est-ce que vous savez globalement. Comment c'est organisé ? Comment récupérer un kit de dépistage ? Si oui (vérifier en posant quelques questions)
 - Sinon : Est-ce que vous vous souvenez avoir reçu par courrier une invitation à participer à ce dépistage ?
 - **Si oui, donc la personne se souvient avoir reçu un courrier mais ne pas y avoir donné suite, alors continué avec les freins et leviers.**
 - Si non : Personne ne vous a jamais parlé de ce dépistage (médecin, pharmacien, entourage...) ? **Expliquer globalement le fonctionnement du dépistage (invitation, remise de kit par le MT...) et passer aux freins et leviers**

Freins et leviers

- **Pour une personne qui se souvient du courrier :**
 - Pourriez-vous me dire quelle raison vous a conduit à décider de ne pas faire le test ?
 - En dehors des raisons que vous venez de me citer, pensez-vous qu'il y a d'autres motifs pour lesquels les gens ne se font pas dépister ?
- **Pour une personne qui ne se souvient pas du courrier :**
 - Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles les gens ne se font pas dépister (**si pas de réponse, donner des pistes : complexité du RDV avec le médecin, oubli à la suite de la réception du courrier, peur du résultat...**) ?
 - Qu'est-ce qui pourrait-vous pousser à décider à participer à ce dépistage ?
 - Est-ce que vous avez déjà vu des campagnes de communication sur ce dépistage ? (Affiches, spots TV ou cinéma...) Si oui, qu'en avez-vous pensé ?

Amélioration de l'organisation actuelle

- Quels sont les professionnels de santé, en dehors de votre médecin traitant, que vous consultez le plus ?
 - Pensez-vous qu'ils pourraient être sollicités pour convaincre les assurés de se faire dépister ?
- Si oui, De quelle façon ? A quelle occasion ? Pourriez-vous m'en dire plus ?

Clôture

- Que proposerez-vous pour améliorer le DCC ?
- Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter concernant le DCC ?
- Remerciements

2. Pour les PS

a. Les médecins (généralistes, gynécologues et gastro-entérologues)

Identification
Pourriez-vous vous présenter ?

Organisation pratique du dépistage organisé du cancer colorectal

Est-ce que vous délivrez souvent des kits de dépistage du cancer colorectal ?

Si non, dire qu'on va échanger dans un premier temps sur les difficultés liées à l'organisation du dépistage, puis celles liées aux patients.

Si oui :

- Que pensez-vous globalement de l'organisation de ce dépistage ? (Envoi des invitations, RDV chez le médecin pour la remise du kit, envoi des résultats...)
- Qu'est-ce qui fonctionne et qu'est-ce qui ne fonctionne pas dans cette organisation ?
- Qu'est-ce qu'on pourrait organiser différemment pour que ça marche mieux ? **(Rebondir sur les difficultés données à la question précédente pour creuser)**
- Est-ce que vous pensez que d'autres professionnels de santé pourraient être impliqués dans l'organisation de ce dépistage ? **Donner des pistes si besoin : les pharmaciens, les sages-femmes, infirmiers...**
- De quelle façon pourraient-ils contribuer selon vous ?
S'il s'oppose à l'idée de l'implication d'autres PS, creusez pour chercher le pourquoi selon le type de PS

Freins et leviers côté patient

- Selon vous, qu'est-ce qui explique que les gens fassent peu ce dépistage ? Quels sont les principaux freins qu'ils expriment ?
- **Question uniquement pour les gynécologues :** Comment expliquez-vous qu'il existe des femmes qui font leur mammographie, mais ne font pas le dépistage du cancer colorectal ? Est-ce que vous les sensibilisez aux 2 dépistages à la fois lors de vos consultations ?
- Quels arguments utilisez-vous pour essayer de convaincre les patients à faire le DCC ? Lesquels marchent le mieux selon vous ?
- **Question réservée aux médecins qui ont de bon taux de participation au dépistage :** Vous avez beaucoup de patients qui participent à ce dépistage. Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui participent à ce bon résultat **(rappel dans le système d'information quand le dépistage n'est pas fait, mobilisation d'une secrétaire ou d'un assistant médical...)** ?
- Qu'est-ce que vous pensez des campagnes de communication sur ce dépistage ? (Affiches, spots TV ou cinéma...)
- Pourriez-vous me dire ceux qui constituent, pour vous, des leviers ou des points positifs à la participation au DCC ?

Clôture

Avez-vous d'autres propositions d'amélioration ?
Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter concernant le DCC ?
Remerciements

b. Autres PS

Programme de dépistage organisé du cancer colorectal

- Est-ce que le dépistage du cancer colorectal est un sujet que vous abordez avec vos patients ? (Rarement, régulièrement...)
 - Si oui, à quelle occasion ? Globalement, qu'est-ce qu'ils vous en disent
 - **Si la personne n'en discute pas avec leurs patients** : Qu'en pensez-vous ?
- Selon vous, qu'est-ce qui explique que les gens fassent peu ce dépistage ? Quels sont les principaux freins qu'ils expriment ?
- **Question uniquement aux sages-femmes** : Comment expliquez-vous que des femmes qui font leur mammographie ne font pas le dépistage du cancer colorectal ? Est-ce que vous les sensibilisez aux 2 dépistages à la fois lors de vos consultations ?
- Qu'est-ce qu'on pourrait organiser différemment pour que ça marche mieux ? (**Rebondir sur les difficultés données à la question précédente pour creuser**)
- Avez-vous déjà essayé de convaincre quelqu'un de le faire ?
 - Si oui, quels arguments avez-vous utilisé ?
 - Si non, quels arguments utiliseriez-vous ?
- Est-ce que vous pensez que vous pourriez, en tant que professionnel de santé, être impliqué davantage dans l'organisation de ce dépistage ?

Donner des pistes si besoin :

- Les pharmaciens : lorsqu'un patient de la tranche d'âge concernée vient pour des symptômes digestifs ;
- Les sages-femmes : lorsqu'elles orientent les femmes vers une mammographie ;
- Les infirmiers : lorsqu'ils suivent des patients atteints de pathologies chroniques dans la tranche d'âge concernée.

Clôture

Avez-vous d'autres propositions d'amélioration ?

Annexe 7 : Retroplanning

Périodes	Durées	Objectifs	Résultats
Du 29/06/2020 au 11/07/2020	2 semaines	Introduction	Exécutée
Du 13/07/2020 au 17/07/2020	1 semaine	Guide d'entretien	Exécuté
Du 20/07/2020 au 31/07/2020	2 semaines	Prise des rendez-vous	Exécutée
Du 03/08/2020 au 25/09/2020	8 semaines	Entretiens	Exécutés
Du 28/09/2020 au 23/10/2020	4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> • Retranscription • Analyse des entretiens 	Exécutées
Du 26/10/2020 au 20/11/2020	4 semaines	Finition : <ul style="list-style-type: none"> • Discussion • Conclusion • Bibliographie • Annexe • Mise en page • Dépôt du travail 	Exécutée
Du 23/11/2020 au 22/12/2020	4 semaines	Présentations	Exécutées

Annexe 8 : Matrice de traitement des données

N°	Thèmes		
	Freins	Leviers	Propositions
Assurés			
1			
2			
...			
Professionnels de santé			
1			
2			
...			

MAMBAKASA MANGITUKA	Frederick	Le 04 Décembre 2020
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
ANALYSE DES FRIENS ET LEVIERS A LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL		
Promotion 2019-2020		
<p>Résumé :</p> <p>Le cancer colorectal constitue un des cancers fréquents au monde. Il est guéri, s'il est détecté tôt. En France, le dépistage organisé de ce cancer a été mis en place pour les personnes âgées entre 50 et 74 ans. Malgré cela, le taux de participation reste toujours faible.</p> <p>C'est ainsi que la CPAM d'Eure-et-Loir a proposé une étude de recherche des freins et des leviers en vue d'améliorer le taux de participation dans le département. A l'issue de ce travail, nous avons également formulé des propositions d'améliorer en vue d'améliorer ce taux de participation. Parmi des pistes de solution susceptibles d'améliorer cette participation, nous avons suggéré l'ouverture de ce programme de dépistage à d'autres professionnels de santé, notamment les pharmaciens, afin de donner suite à notre problématique de départ. Néanmoins, la prise en compte de toutes les propositions émises, à notre avis, favorisera une nette amélioration de ce taux.</p>		
<p>Mots-clés : Dépistage- cancer colorectal- France</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		