Représentations du dépistage organisé du cancer colorectal : le point de vue des médecins généralistes

Alice Le Bonniec, Marie Préau, Florence Cousson-Gélie

Dans Santé Publique 2019/HS2 S2 , pages 91 à 103
Éditions S.F.S.P.

ISSN 0995-3914
DOI 10.3917/spub.197.0091
Date de mise en ligne : 29/01/2020

Article disponible en ligne à l'adresse
https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2019-HS2-page-91?lang=fr

CAIRN.INFO

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..
Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.
Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Représentations du dépistage organisé du cancer colorectal : le point de vue des médecins généralistes

Representations of colorectal cancer screening: the GPs point of view

Alice Le Bonniec[1, 2, 3], Marie Préau[2], Florence Cousson-Gélie[1, 3]

Santé Publique téléchargé le 09/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Résumé

Objectifs : Diverses études ont révélé que les médecins généralistes ont une grande influence sur l'adhésion de la population au dépistage organisé du cancer colorectal. Face à des taux de dépistage très faibles en France (29,8 %), cette étude vise à appréhender le contexte du dépistage, les représentations des médecins et les enjeux de l'arrivée d'un nouveau test de dépistage dans la façon d'envisager la pratique médicale.

Méthodes : Sur la base d'une méthodologie qualitative, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 17 médecins généralistes en 2014-2015. Une analyse de contenu thématique a été réalisée.

Résultats : Les médecins interrogés affirment aborder rapidement le dépistage du cancer colorectal, et ce en fin de consultation, avec d'autres examens de dépistage (mammographie), en raison d'un manque de temps et de la nécessité de gérer plusieurs motifs de consultation. N'ayant eu que très peu d'informations sur le nouveau test, ils rapportent donc ne pas avoir d'attentes particulières envers celui-ci. L'analyse a également révélé une incohérence perçue par les médecins entre le rôle qu'ils pensent devoir jouer auprès des patients dans la prévention et le dépistage et la réalité de leur pratique qui ne leur laisse que peu de temps à y consacrer.

Conclusions : Un manque d'information concernant l'arrivée du nouveau test ainsi que des difficultés liées à l'organisation des soins viennent impacter les représentations de la gestion du dépistage. La mise en place d'une consultation dédiée à la prévention pourrait être une perspective d'amélioration de la participation au dépistage.

Mots-clés : Dépistage ; Cancer colorectal ; Médecins généralistes ; Test immunologique.

Abstract

Objectives: *Various studies have shown that general practitioners (GPs) have a strong influence on adherence to organized screening for colorectal cancer. Faced with very low screening rates (29.8%), this study aims to apprehend the context of screening, the representations of GPs and the context of the arrival of new screening test in how to consider medical practice.*

Methods: *On the basis of a qualitative methodology, semi-structured interviews were conducted with 17 general practitioners in 2014-2015. A thematic content analysis was then performed.*

Results: *The doctors interviewed said that they discussed colorectal cancer screening quickly at the end of the consultation, along with other screening tests (mammography), due to lack of time and management of several reasons for consultation. GPs had very little information about the new test, so they had no specific expectations for the new test. The analysis revealed an inconsistency between the role that GPs feel they should play with patients in prevention and screening and the reality of their practice that leaves them little time to devote to it.*

Conclusions: *A lack of information regarding the arrival of the new test and the difficulties associated with the organization of care has an impact on the representations of screening management. Setting up a consultation dedicated to prevention could be a prospect of improvement.*

Keywords: *Screening; Colorectal cancer; General practitioners; Immunological fecal occult blood test.*

[1] Univ Paul-Valery Montpellier 3 – Epsylon (EA4556) – Montpellier – France.
[2] Université Lumière Lyon 2 – Groupe de recherche en psychologie sociale (GRePS EA 4163) – Lyon – France.
[3] Épidaure – Département de prévention de l'Institut du Cancer – Montpellier – France.

Correspondance : A. Le Bonniec
le.bonniec.a@gmail.com

Réception : 25/10/2017 – *Acceptation :* 15/01/2019

Santé Publique (S.P.) | téléchargé le 06/10/2021 sur https://www.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Introduction

En France, le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et le troisième chez l'homme [1]. Bien qu'il se soigne dans neuf cas sur dix, il reste la deuxième cause de mortalité par cancer en France tous sexes confondus [1], avec environ 17 000 décès chaque année [2]. La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes [2]. Le dépistage organisé est donc essentiel pour obtenir une diminution du taux de mortalité dû à ce cancer. Ainsi, depuis 2009, les personnes de 50 à 74 ans sont invitées à participer à son dépistage organisé. Les derniers chiffres nationaux montrent que plus de 18 millions d'hommes et de femmes sont éligibles à ce programme [3]. Cependant, en 2013-2014, le taux de participation était de 29,8 %, alors que le taux minimum préconisé par la Commission européenne pour le dépistage organisé du cancer colorectal est de 45 % [4].

En France, le dépistage organisé du cancer colorectal se déroule en plusieurs étapes [2]. Dans un premier temps, les structures départementales de dépistage envoient un courrier d'invitation aux personnes ciblées, hommes et femmes dont l'âge se situe entre 50 et 74 ans. Celles-ci doivent alors se rendre chez leur médecin généraliste avec leur invitation afin de récupérer un kit de dépistage à réaliser à domicile. Une fois complété, celui-ci est envoyé par le patient au centre de lecture à l'aide d'une enveloppe préaffranchie fournie avec le test. Le centre de lecture mène l'analyse puis envoie le résultat au patient, à son médecin et à la structure de dépistage. Si le test est négatif (96 % des cas), la personne sera invitée à renouveler le test deux ans plus tard. Si le test est positif (4 % des cas), le médecin traitant prescrira une coloscopie réalisée par un gastro-entérologue.

De nombreux freins à la participation au dépistage ont été identifiés dans la littérature comme : des attitudes négatives envers le dépistage [5, 6], un manque de confiance envers le système de soins [7, 8], l'embarras, l'inconfort et le déplaisir accompagnant les procédures des tests [8-10], ainsi que le manque de temps [5, 11]. De même, le fait de devoir faire le test soi-même [5], une difficulté d'accès aux systèmes de soins [12] ou encore la difficulté à obtenir un test auprès de son médecin (obligation de prendre un rendez-vous et refus de l'envoi du test par courrier) constituent également des obstacles à la réalisation du dépistage [13]. Enfin, le manque de recommandations de la part du médecin représente l'un des freins les plus importants. En effet, les patients ont tendance à penser que si leur médecin ne leur a pas parlé du dépistage, c'est qu'ils ne sont pas concernés ou qu'il ne s'agit pas d'un problème très important [14]. Différentes études ont montré que les médecins généralistes ont une grande influence sur l'adhésion au dépistage du cancer colorectal [9, 15-18].

Le test Hemoccult II® dont le but est de détecter la présence de sang dans les selles a été remplacé par un nouveau test en mars 2015 (OC-Sensor®). Ce test immunologique est jugé plus sensible, plus spécifique et plus fiable par la communauté médicale. De plus, il pourrait permettre de lever certains freins à sa réalisation, notamment en raison d'une utilisation plus simple : il ne nécessite qu'un seul prélèvement tandis que l'ancien test en nécessitait trois, ce qui pourrait améliorer son acceptabilité. L'introduction d'un nouveau test va de pair avec la question de l'amélioration du taux de dépistage, et donc de l'importance d'appréhender les leviers de l'usage futur de ce test auprès des médecins, leurs attentes, ainsi que les croyances et représentations qui y étaient associées. Durant la période d'attente du nouveau test, qui est sorti longtemps après avoir été annoncé, il était particulièrement intéressant d'évaluer la manière dont les médecins généralistes envisageaient son utilisation.

Dans cette perspective, l'objectif de cette recherche est d'analyser les enjeux psychosociaux permettant de décrire le contexte dans lequel les médecins généralistes recommandent le dépistage du cancer colorectal à leurs patients. En effet, cette étude ayant été réalisée peu de temps avant l'arrivée du nouveau test immunologique, il était important d'appréhender les enjeux associés au changement de test ainsi que ses conditions de mise en œuvre auprès des acteurs clés du dépistage que sont les médecins généralistes.

Méthodes

Méthode de recueil de données et procédure de recrutement

La présente recherche est basée sur une approche qualitative de type exploratoire. Cette approche a été choisie car, elle repose sur le dialogue et la communication, processus au cœur de la formation des représentations sociales [19]. Des entretiens de recherche semi-directifs ont été conduits auprès de médecins généralistes exerçant en zone urbaine ou périurbaine. Ces entretiens constituent un outil adapté à l'étude des représentations sociales car ils offrent à l'interviewé une liberté suffisante pour développer son point de vue et l'ensemble des thèmes qui lui paraissent

Santé publique | téléchargé le 09/10/2026 sur https://stmp.ai.in2p3.fr (IP: 86.202.23.1)

importants. Sur la base d'un guide d'entretien adapté, cette technique permet d'accéder au système de pensée et à donc à la subjectivité des personnes interrogées [20].

Les entretiens ont été réalisés entre les mois d'octobre 2014 et mars 2015, période qui précédait l'arrivée du nouveau test immunologique. Les participants ont été recrutés grâce à un partenariat avec la structure de gestion des dépistages de l'Hérault, puis, par effet « boule de neige », à un panel plus étendu de praticiens. Plus précisément, il a été demandé aux médecins interrogés s'ils connaissaient des confrères qui pourraient à leur tour accepter un entretien. En cas de réponse positive, les médecins volontaires étaient contactés directement par l'enquêtrice. Les passations ont été effectuées à leur cabinet, après prise de rendez-vous.

Méthode d'analyse des données

Une grille d'entretien (annexe 1) a été élaborée afin d'aborder les thématiques suivantes : le dépistage du cancer colorectal dans la pratique des médecins, les relations avec les patients, l'arrivée du nouveau test immunologique et les liens entre les médecins généralistes et les instances de santé. Des entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'ils n'apportent plus de nouveaux thèmes significatifs [21].

Une analyse de contenu thématique a ensuite été réalisée [20] à l'aide du logiciel QSR INVivo® (version 8). Il s'est agi de coder le discours en regroupant les thématiques par catégories et sous-catégories. Le corpus a été découpé en un certain nombre d'unités. Cette technique nécessite plusieurs étapes, décrites par Bardin [20] : une lecture « flottante » du corpus, puis l'application d'un ensemble de règles de découpage du corpus (catégorisation et codage) et, enfin, l'interprétation de l'analyse obtenue. La fréquence d'apparition des thématiques abordées a été prise en compte afin d'évaluer leur importance dans le corpus.

Dans un second temps, une analyse de contenu de type lexicométrique a été effectuée avec le logiciel IRaMuTeQ® (version 7.2) [22]. Ce type d'analyse permet, tout d'abord, de découper le corpus analysé en unités de contexte élémentaires. Ces unités de contexte sont ensuite classées de manière hiérarchique, en se basant sur la cooccurrence des mots. Dans cette approche, le chercheur doit alors donner du sens aux catégories ainsi construites par le logiciel. L'avantage d'une telle analyse est de pouvoir dégager la configuration statistique textuelle et les similitudes au sein d'un corpus, mais aussi d'identifier quelles variables sont prégnantes dans chaque catégorie. En effet, chaque entretien a été préalablement codé avec les caractéristiques suivantes : sexe, lieu d'exercice, ancienneté et âge. En outre, l'analyse lexicométrique est particulièrement pertinente pour aider à l'investigation des représentations sociales [23, 24].

Résultats

Population

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 17 médecins généralistes. L'échantillon était composé de 10 hommes et 7 femmes, avec une moyenne d'âge de 52,3 ans (écart type : 8,3) travaillant dans le secteur de Montpellier et ses alentours (urbain et semi-urbain). Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau I.

Analyse de contenu thématique

Deux catégories principales ont été identifiées à partir de l'analyse du corpus. La première concerne le contexte de la recommandation du médecin. Elle aborde le changement de test, les principaux freins à la participation des patients, ainsi que les raisons et la manière dont les médecins recommandent le test. La deuxième catégorie concerne les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour recommander le test, notamment pendant une consultation et, enfin, les solutions proposées par les médecins interrogés.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

	Hommes *n* = 10	Femmes *n* = 7	Total *n* = 17
Âge moyen	**54,90 (6,96)**	**48,57 (8,71)**	**52,29 (8,33)**
Localité du cabinet			
Urbain	4	3	7
Semi-urbain	6	4	10
Ancienneté			
Moins de 10 ans	0	1	1
Entre 10 et 20 ans	2	2	4
Plus de 20 ans	8	4	12

S.Sr. | téléchargé 09/10/2026 sur https://shs.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Le contexte de la recommandation du médecin généraliste

• *Peu de connaissances relatives au nouveau test*

L'analyse des entretiens a révélé que les médecins interrogés disposaient de très peu de connaissances sur le nouveau test immunologique. Une grande majorité des participants exprimait le fait de manquer d'informations et possédait des connaissances limitées sur celui-ci. Par exemple, la plupart des médecins avaient connaissance du fait que le test allait changer, mais ne connaissaient pas les différences entre le test Hemoccult II® et le nouveau test.

Les médecins déploraient le taux élevé de faux positifs et de faux négatifs engendrés par l'utilisation du test Hemoccult®. De plus, ils regrettaient que la procédure soit si contraignante (le test nécessitait d'effectuer trois prélèvements sur trois selles consécutives). Néanmoins, ils étaient dans l'ensemble favorables au dépistage organisé du cancer colorectal et le jugeaient utile.

• *Trois freins à la participation des patients du point de vue des médecins généralistes*

Trois principaux freins ont été dégagés de l'analyse des entretiens. Ils sont présentés dans le tableau II.

- Pourquoi recommander le test ?

Trois types de motivation à recommander le test se dégagent de l'analyse. La principale motivation concernait le fait que ce dépistage soit institutionnalisé, c'est-à-dire que les médecins aient pour principe d'obéir aux recommandations nationales reçues à propos du dépistage du cancer colorectal. La seconde était le fait que le dépistage précoce permette de sauver des vies. Une minorité de médecins a notamment évoqué la valeur scientifique du test, supposant que celui choisi par les instances nationales de santé avait dû être testé et sélectionné car il permettait de dépister suffisamment de personnes pour être utile et rentable en termes de santé publique. Enfin, un élément concernait l'éthique des médecins et le sentiment de culpabilité qu'ils peuvent ressentir si leurs patients développent un cancer alors qu'ils auraient pu être dépistés.

- Comment recommander le test ?

Selon les participants, la demande de dépistage émanait soit du médecin soit du patient. Dans tous les cas, le courrier d'invitation semblait tenir une place particulière puisqu'il pouvait servir de médiateur entre le médecin et le patient. En effet, la plupart des médecins interrogés ont déclaré aborder le dépistage en demandant au patient s'il avait reçu son invitation. Lorsque la demande venait du patient, celui-ci apportait en consultation le courrier d'invitation reçu. Cependant, la moitié des participants regrettaient que les patients ne viennent généralement pas avec leur lettre. Ainsi, la lettre d'invitation à se faire dépister paraît être un bon moyen de sensibiliser les patients en amont. Les médecins disaient recommander le dépistage du cancer colorectal au même titre et au même moment que les autres examens, tels que la mammographie ou le frottis. Néanmoins, ce sujet semblait être traité rapidement et très souvent en fin de consultation.

Par ailleurs, certains participants ont insisté sur le fait qu'il était nécessaire de bien expliquer la procédure aux patients, car celle-ci pouvait être mal comprise. Quelques médecins veillaient à anticiper les suites possibles avec le patient, notamment en cas de résultat positif. En effet,

Tableau II : Principaux freins à la participation au dépistage du cancer colorectal selon les médecins généralistes

Freins à la participation au dépistage selon les médecins	Citations	Nombre d'entretiens concernés
Manque de motivation, besoin excessif d'être encouragé par le médecin	« *Mais ils y tiennent un peu quand même, qu'on les coache et qu'on les encourage et que voilà. Ils remettent ça sur le tapis, parfois ils disent oh y'avait aussi, vous savez, le petit papier, oh ben j'ai encore oublié. Là, ils attendent leur petit couplet, tout ça... Ah ouais, donc on y revient, on y revient... après, ils sont très contents de l'avoir fait.* » (Femme, 54 ans)	11
Peur, inquiétude ressenties par les patients, volonté de ne pas savoir	« *En fait c'est de l'angoisse, hein, parce qu'ils sont tellement angoissés qu'ils se disent tant pis, j'aurais ce que j'aurais, je prends le risque. C'est idiot, mais c'est comme ça.* » (Femme, 54 ans)	7
Profils de certains patients	« *Ceux qui font pas leurs examens habituellement, ils sont un peu autruche, ils font pas Hemoccult® comme ils font pas leur prise de sang, ils viennent pas renouveler leur traitement pour la tension, voilà, non, non tout va bien.* » (Homme, 40 ans)	9

S.P. | téléchargé le 07/10/2024 sur https://www.cairn.info (IP: 86.202.23.1, 2024)

d'après ces participants, les patients auraient tendance à n'accepter le dépistage que dans le cas où il se révélerait négatif et pourraient donc se montrer récalcitrants à réaliser une coloscopie en cas de test positif de recherche de sang dans les selles s'ils n'en avaient pas été informés au préalable. Certains médecins ont expliqué saisir une opportunité pour recommander le test, par exemple une consultation pour un certificat médical qui laisse plus de temps pour aborder d'autres sujets. Enfin, quelques médecins ont rapporté avoir mis en place des stratégies pour convaincre les patients, notamment le choix des mots employés pour en parler. Deux participants ont expliqué qu'ils utilisaient le mot « polype » et non le mot « cancer », trop anxiogène pour les patients.

- *Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes*

Le tableau III récapitule les difficultés rapportées par les médecins interrogés face à la gestion du dépistage du cancer colorectal. Ces difficultés pouvaient apparaître durant la consultation, comme le manque de temps. D'autres relevaient de problèmes rencontrés quotidiennement, par exemple une évolution de la profession de médecin généraliste perçue comme négative.

Quelles sont les solutions pour améliorer les taux de dépistage du cancer colorectal ?

Les médecins ont pu donner leur avis sur d'éventuelles solutions qui permettraient d'améliorer les taux de dépistage du cancer colorectal. Le nouveau test immunologique a été la solution la plus citée. De plus, la mise en place d'une consultation dédiée à la prévention a été évoquée comme fortement souhaitée. Enfin, les campagnes de communication ont été mentionnées comme pouvant aider à l'amélioration des taux de dépistage, de même que le fait d'apporter une information plus complète aux médecins.

Analyse lexicométrique

Le corpus servant de base à l'analyse lexicométrique se structure en deux classifications principales (figure 1) :

- la première (38,5 % du corpus) concerne la gestion du dépistage en termes de facteurs de risques et de santé publique, situant les discours des médecins dans une perspective plutôt globale. Deux classes sont ainsi regroupées dans cette première classification : la classe 1 traite du dépistage de manière théorique, tel qu'il a pu être enseigné aux médecins généralistes (tri des patients en fonction de leurs facteurs de risque, caractéristiques des tests de dépistage…) Cette première classe est particulièrement représentée par les femmes, les médecins travaillant en milieu urbain, ceux ayant une ancienneté moyenne dans l'exercice de leur métier (entre 10 et 20 ans), ainsi que par les médecins les plus jeunes (moins de 52 ans). La classe 2 concerne le dépistage au niveau sociétal, plaçant le dépistage du cancer colorectal au même niveau que le dépistage du cancer du sein et abordant les notions d'« efficacité » et de « santé publique ». Les hommes, les médecins travaillant en milieu semi-urbain ainsi que les médecins ayant une ancienneté inférieure à 10 ans sont représentatifs de cette classe ;
- la seconde classification (61,5 % du corpus) aborde les aspects concrets de la gestion du dépistage, notamment *via* des éléments descriptifs des consultations et des relations entre médecins et patients. Elle paraît donc se situer à un niveau plus local que la première classification. Les classes 3, 4 et 5 appartiennent à cette seconde classification : la classe 3 décrit le déroulement d'une consultation, avec une évocation de la gestion du temps (« *temps* », « *payer* »…). Au sein de cette classe, les médecins ayant le plus d'ancienneté (plus de 20 ans) ainsi que ceux qui en ont le moins (moins de 10 ans) sont particulièrement représentés. La classe 4 est tournée vers la recommandation du dépistage et la distribution des kits (« *donner* », « *kit* », « *papier* »…). Cette classe comporte les hommes et les médecins travaillant en milieu semi-urbain. Enfin, la classe 5 évoque plus spécifiquement les liens et les dialogues entre les médecins généralistes et leurs patients (« *technique* », « *prélèvement* », « *encourager* »…). Les femmes sont particulièrement présentes dans cette classe, de même que les médecins travaillant en milieu urbain et les médecins les plus âgés (plus de 52 ans).

Discussion

La gestion du dépistage du cancer colorectal

Cette étude apporte un éclairage sur le contexte psychosocial dans lequel les médecins généralistes abordent le dépistage organisé du cancer colorectal. Ces résultats permettent de dresser un état des lieux des difficultés relatées par les médecins, et cela dans une période clé, à savoir juste avant l'arrivée du nouveau test immunologique. Les principaux résultats ont révélé que le dépistage ne pouvait être traité que de manière secondaire, souvent lors d'une consultation déjà très (trop ?) longue, ce qui indique

S.F.S.P. | Téléchargé le 09/10/2026 sur https://sfsp.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Tableau III : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Difficultés rencontrées par les médecins	Citations	Nombre d'entretiens concernés
Pendant la consultation		
Manque de temps	« *Ce serait mon rôle, mais je n'ai pas le temps. Je ne peux pas. Déjà, je pense que j'en fait suffisamment. Je peux pas passer trois heures à les convaincre, à parloter pendant trois heures, c'est pas possible. C'est pas possible. Je peux pas. En principe, ça dure quinze minutes, hein, ma consultation, ça peut pas durer plus.* » (Femme, 51 ans)	13
Absence de consultation dédiée à la prévention	« *Vous savez, il arrive aussi très souvent que les gens viennent nous voir avec des listes impressionnantes de choses, et alors ils vous disent "ben tiens, docteur, je suis pas venu depuis six mois", et donc y'en a une kyrielle de trucs, et à la fin il vous tarde qu'une chose, c'est au revoir, parce que vous savez que vous avez dix personnes derrière.* » (Femme, 63 ans)	13
Responsabilité du patient	« *Mais je pense pas que quand même il faut pas prendre toute la responsabilité du patient. Le patient, lui aussi il a reçu un courrier. Donc je pense que dans la logique, le patient a aussi sa responsabilité, il devrait revenir vers nous en disant j'ai reçu un courrier, est-ce que docteur vous pouvez m'expliquer.* » (Femme, 51 ans)	8
Anticipation des conséquences néfastes qu'entraînerait un refus	« *Ouais, pour nous c'est lourd, hein, faut pas trop se louper quand même. Donc des fois c'est vrai qu'aussi, quand je propose le dépistage, et qu'on crie haut et fort, quand les gens veulent pas le faire, je leur dis bon ben vous viendrez pas vous plaindre, hein* [Rires]. *On ouvre grand le parapluie.* » (Femme, 54 ans)	4
Difficile d'y penser, d'être systématique	« *J'y pense pas forcément, j'y pense pas forcément. J'essaye de penser à leur demander, mammographie, frottis, côlon, j'essaye d'y penser, mais voilà, j'y pense pas toujours. Ça c'est sûr que non.* » (Femme, 63 ans)	9
En général		
Trop de tâches à gérer, lourdeurs administratives	« *Donc les médecins sont sous pression, déjà. Pour tout un tas de trucs. Et ce qui nous met la pression, c'est bien sûr les patients et leurs problèmes, leurs problèmes de santé, mais c'est aussi, surtout, tout ce qui est autour. Avec la paperasserie, les tracasseries administratives, les* […] *tout ce qui ne devrait pas nous incomber et qu'on nous met sur le dos. C'est pour ça que les médecins sont à cran.* » (Homme, 60 ans)	8
Problème de la rémunération	« *Sur le plan de la nomenclature, y'a une consultation de prévention, qui je crois est à vingt-trois d'ailleurs, il y a une cotation particulière, vous voyez elle est tellement utilisée et connue, je connais même pas le code pour coter, donc je sais pas, mais ça existe, je sais que ça existe. Mais par contre, si vous dites au patient en fin de consultation qui vous présente l'Hemoccult®, vous reviendrez pour que je vous donne l'Hemmocult®, ils comprennent pas. Ils se disent il veut prendre vingt-trois euros de plus quoi. Donc on le fait pas.* » (Homme, 52 ans)	10
Évolution négative de la profession, manque de considération du patient dans sa globalité	« *Et donc les consultations simples diminuent. Alors que les consultations complexes augmentent. Quand quelqu'un vient vous voir avec trois motifs de consultations ou quatre motifs de consultation, vous allez pas rajouter la vaccination, tout ça pour vingt-trois euros.* » (Homme, 60 ans) « *C'est effrayant, c'est comme si on découpait un patient en tranches : vaccination, Hemoccult®… Mais c'est pas ça un patient ! Nous, au jour le jour, quand on reçoit un patient, on voit pas l'Hemoccult®, on voit un examen de dépistage à faire parmi d'autres. Et puis une opportunité dans le suivi.* » (Homme, 60 ans)	8

bien qu'il est à présent difficile pour les médecins de recommander systématiquement le test. Ainsi, du point de vue des médecins, la lettre d'invitation représente un outil pertinent dans la mesure où elle semble servir de médiateur entre eux et le patient. De manière générale, bien qu'ils encouragent le dépistage organisé du cancer colorectal, les médecins rapportaient une représentation d'un test Hemoccult II® peu fiable. Parallèlement, il est

S.F.S.P. | Téléchargé le 09/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 86.202.231.220)

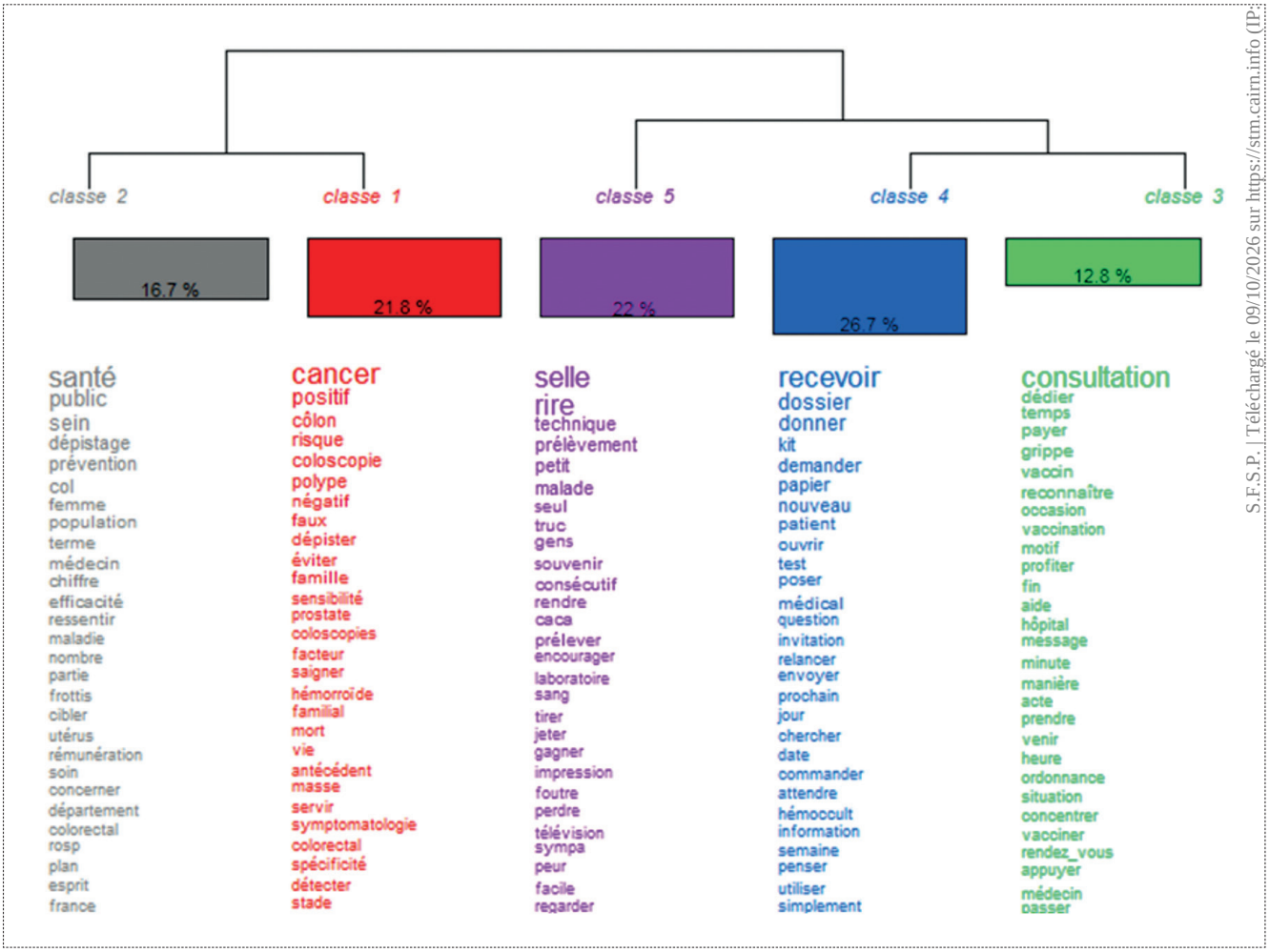


Figure 1 : Classification du corpus (logiciel IRaMuTeQ)

important de souligner que la très grande majorité des médecins interrogés disposait de très peu d'informations à propos du nouveau test immunologique.

Les résultats de cette étude confirment également plusieurs recherches rencontrées dans la littérature quant aux freins existants à la recommandation du dépistage par les médecins : un manque de temps lors de la consultation [18, 25-27], des lourdeurs administratives [26, 28] et le fait qu'il n'existe pas de consultation dédiée à la prévention [27, 29]. Par ailleurs, une autre recherche portant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus [30] a identifié l'organisation du système de santé et la rémunération comme des obstacles, résultats qui apparaissent également dans notre corpus.

Concernant la relation médecin-patient dans le contexte français, Aubin-Auger *et al.* [31] ont analysé le contenu des interactions entre médecin et patient lors de la recommandation d'un test de dépistage du cancer colorectal. Les résultats ont révélé que ces échanges n'étaient pas été menés dans le cadre d'une approche centrée sur le patient. En effet, les échanges étaient principalement orientés vers des explications techniques concernant la réalisation du test. De même, l'étude de Le Breton *et al.* [32] conclut également à la nécessité de prendre en compte les caractéristiques spécifiques des patients. Les résultats de la présente recherche vont aussi dans ce sens, puisque les médecins ne semblent pas changer d'argumentaire en fonction des patients. Par ailleurs, l'analyse lexicométrique a révélé la présence d'un discours dédié aux explications techniques du test (représenté par les classes 4 et 5).

Concernant le nouveau test immunologique, malgré le manque d'informations des médecins interrogés, il est généralement jugé plus sensible, plus spécifique et plus

Santé publique | téléchargé le 06/10/2025 sur https://um.univ-lille.fr (IP: 86.202.231.230)

fiable par la communauté médicale [33]. Cela pourrait sans doute lever certains freins à sa réalisation et améliorer son acceptabilité. En effet, l'étude de Chambers *et al.* [34], réalisée en Écosse et celle de Deutekom *et al.* [32], menée aux Pays-Bas, ont conclu que le test immunologique bénéficiait d'une meilleure image que l'ancien test et engendrait ainsi un meilleur taux de participation. Pour autant, les difficultés d'ordre organisationnelles rencontrées par les médecins français ne semblent pas être relatives au test de dépistage utilisé.

La place des médecins généralistes dans le circuit du dépistage du cancer colorectal

L'analyse des entretiens a permis de dégager une problématique plus globale liée au dépistage, en analysant la place du médecin généraliste et ses interactions avec les différents acteurs concernés. Certains travaux [36] qui s'intéressaient aux raisons pour lesquelles les médecins ne suivent pas les recommandations, par exemple pour le dépistage du diabète de type 2, ont également montré le décalage existant entre la connaissance de ces recommandations et la difficulté à les mettre réellement en place. En effet, les auteurs ont souligné la difficulté éprouvée par les médecins généralistes à faire le lien entre des actes techniques codifiés et la dimension relationnelle qu'ils entretiennent avec leurs patients. La même problématique est retrouvée dans la présente étude sur le dépistage du cancer colorectal : les médecins interrogés pensent qu'ils ne peuvent tenir le rôle qu'ils devraient occuper dans l'organisation des dépistages, en théorie et selon les instances de santé. À ce propos, Laure et Trépos [37] ont étudié les représentations des recommandations chez les médecins généralistes et ont insisté sur la difficulté pour ces derniers à faire remonter d'éventuelles suggestions suite aux problèmes rencontrés au décours de leur pratique. Les recommandations adressées aux médecins sont très souvent perçues comme étant imposées, sans possibilité de les modifier pour améliorer leur compatibilité avec la pratique de terrain. En ce sens, les résultats rapportés sur les stratégies déployées par certains médecins pour faire passer l'idée du test à leur patientèle constituent des outils clés d'interventions potentielles auprès des médecins généralistes.

Ainsi, il peut être difficile pour le médecin généraliste de tenir la place qui lui revient dans le circuit du dépistage organisé du cancer colorectal, de par les différents liens qu'il entretient avec les acteurs en jeu. Plus précisément, le médecin est en lien distant avec les instances de santé comme l'INCa ou la Haute Autorité de santé (HAS), qui diffusent des recommandations de bonne pratique sans pour autant que celles-ci soient adaptées aux médecins généralistes et à leur organisation de travail. Par ailleurs, les médecins ont des liens directs avec la structure de dépistage de leur département. Ceux qui ont participé à l'enquête évaluent positivement le lien avec leur structure départementale et la voient globalement comme une aide, notamment grâce à l'envoi des courriers d'invitations à se faire dépister. Le lien le plus direct est celui qui unit le médecin à ses patients, puisqu'une relation thérapeutique est mise en place. Ainsi, dans le cadre de cette relation privilégiée le médecin va recevoir les retours et les attentes de ses patients par rapport au dépistage, qu'ils soient positifs ou négatifs. Enfin, le médecin est également en lien avec les structures qui gèrent la rémunération comme la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Ces structures apparaissent dans certains entretiens comme évaluées négativement, de par la pression financière qu'elles peuvent exercer si les médecins ne se soumettent pas à des protocoles qu'ils jugent pourtant inadaptés, telle que la cotation de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp).

Par ailleurs, l'analyse lexicométrique a révélé une pluralité de discours : d'un côté, un discours situé à un niveau sociétal, ancré dans la description de pratiques médicales ; de l'autre, un discours plus local, mettant en scène le patient comme acteur du dépistage et source de dialogue. Nous pouvons supposer que les médecins généralistes alternent régulièrement ces deux niveaux de perspective en fonction du contexte, et ce, afin d'adapter des pratiques théoriques à la réalité du terrain. Cela confirme les difficultés soulevées dans l'analyse de contenu thématique. L'analyse a en outre révélé des différences en termes de données sociodémographiques. Plus précisément, les femmes et les médecins travaillant en ville semblent alterner leur argumentaire entre un discours assez théorique sur le dépistage et un discours axé sur le dialogue avec les patients dans le cadre du dépistage. Les hommes et les médecins travaillant en milieu semi-urbain, quant à eux, semblent alterner entre un discours orienté vers la santé publique, élargi aux autres dépistages, et un discours focalisé sur la description d'une recommandation de dépistage lors d'une consultation.

Perspectives

En considérant l'individu en interaction avec son environnement social et en nous centrant sur le discours des médecins généralistes, nous avons pu dégager les

SPS.fr | article diffusé le 01/02/2019 sur https://cairn.info (IP: 86.202.231.20)

problématiques les plus prégnantes dans les discours et ainsi analyser les représentations des médecins relatives à leur place spécifique dans le circuit du dépistage. En effet, ceux-ci semblent se représenter comme des acteurs de recommandation et de distribution du test, bien qu'ils éprouvent des difficultés à trouver le temps nécessaire pour jouer ce rôle et effectuer ces actes. Sur cette base, notre analyse permet de formuler quelques perspectives d'application.

Tout d'abord, il serait intéressant de pouvoir mettre en place une consultation dédiée à la prévention, au cours de laquelle le médecin pourrait se consacrer à des actes de prévention comme les vaccins, les dépistages et la sensibilisation à divers comportements de santé (tabac, alcool, nutrition…). Cela permettrait également de faciliter la mise en place d'une approche centrée sur le patient, puisque le médecin aurait le temps d'aborder avec lui toutes les mesures de prévention qui le concernent spécifiquement. En effet, d'après les résultats d'Aubin-Auger *et al.* [31] et de Le Breton *et al.* [32], il serait préférable que le temps dédié à la remise du test soit consacré principalement aux attentes et aux représentations du patient plutôt qu'à des explications techniques.

De plus, d'après les représentations des médecins généralistes, il semble important que leur rôle dans la prévention soit clarifié pour améliorer leur implication. Au-delà des aspects pratiques, nous supposons qu'une telle clarification pourrait avoir des retombées positives sur l'identité professionnelle des généralistes et leur permettrait de s'investir davantage dans le dépistage. Par ailleurs, les médecins généralistes se sentant seuls à gérer le dépistage, il pourrait être utile de faire appel à d'autres acteurs de santé qui pourraient également s'y impliquer. Les patients sont perçus par les médecins comme peu demandeurs du test, mais généralement plutôt enclins à participer au dépistage s'ils y sont encouragés. Cependant, la question est de savoir si la recommandation pourrait réellement être systématique. En effet, le manque de temps auquel sont confrontés les médecins reste un frein à leur investissement. Distinct d'un problème de motivation, c'est donc un problème d'évolution de la profession de médecin généraliste qui ressort de notre analyse, celui-ci paraissant s'éloigner peu à peu, souvent à regret, du médecin de famille traditionnel et de la médecine préventive. Enfin, au vu de ces résultats, nous pouvons supposer que bien que le nouveau test immunologique doive sans doute être mieux accepté par les patients puisqu'il est censé être plus simple d'utilisation et moins contraignant, cela ne changera pas nécessairement les difficultés que les médecins généralistes rencontrent au quotidien.

Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites qu'il convient de prendre en compte. Tout d'abord, l'échantillon se compose de médecins issus d'un même secteur géographique. Cette limite, qui n'en est pas véritablement une dans le cadre de notre approche méthodologique, interdit malgré tout la généralisation de certains résultats. Par ailleurs, d'un point de vue organisationnel, le dépistage étant géré par des structures départementales, il est possible que la situation des médecins varie selon les départements. Néanmoins, cette étude a permis de prendre en compte le point de vue des médecins généralistes, la problématique du dépistage étant plus fréquemment abordée du point de vue de la population cible. Par ailleurs, bien que cette étude porte sur un test de dépistage qui n'est plus utilisé actuellement, il s'avère que la plupart des obstacles à la recommandation rencontrés par les médecins généralistes ne sont pas liés au type de test, mais bien à l'organisation du circuit de dépistage. Nos résultats demeurent donc d'actualité malgré l'arrivée du nouveau test. Enfin, le recours à une méthodologie qualitative a permis d'accéder à un discours argumenté et contextualisé, essentiel pour développer un regard psychosocial.

En perspective, il serait fort pertinent de recueillir le point de vue de la population cible et d'appréhender ses représentations à propos du dépistage du cancer colorectal.

Conclusion

Cette étude a permis de mieux appréhender les représentations du contexte social et sanitaire de développement du nouveau test immunologique en se focalisant sur le vécu des médecins généralistes, acteurs majeurs dans la mise en place de ce dépistage. Les résultats ont révélé un manque d'informations important concernant l'arrivée du nouveau test immunologique, ainsi que des problèmes relatifs à la gestion des nombreuses tâches qui incombent aux médecins généralistes. Une clarification du rôle des médecins dans la prévention ainsi que la mise en place de moyens concrets leur permettant de recommander systématiquement le dépistage constituent des perspectives à explorer.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Nous adressons nos plus sincères remerciements aux médecins généralistes qui ont accepté d'être interrogés, pour le temps qu'ils nous ont accordé ainsi que leur investissement au cours des entretiens.

Les auteurs remercient le Site de recherche intégré en cancérologie (Siric) de Montpellier (Grant « INCa-DGOS-Inserm 6045 ») pour le financement de l'étude, ainsi que l'INCa (subvention doctorale « Sciences humaines et sociales, Épidémiologie, Santé publique et Cancer » 2015) et la Ligue contre le cancer (allocation doctorale 2017).

Un grand merci également à Dépistages 34 (structure de dépistages organisés de l'Hérault) et particulièrement au Pr Daures, au Dr Cherifcheikh et à Jennifer Pourmonet pour leur aide au niveau du recrutement des participants.

Références

1. Institut national du cancer (INCa). Épidémiologie des cancers : Le cancer colorectal. 2019. [Visité le 15/09/2019]. En ligne : https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-colorectal.
2. Haute Autorité de santé (HAS). Dépistage et prévention du cancer colorectal : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2013.
3. INCa. Les cancers en France en 2018 : l'essentiel des faits et des chiffres. 2018. [Visité le 15/09/2019]. En ligne : https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2018-L-essentiel-des-faits-et-chiffres-edition-2019.
4. Segnan N,Patnick J, von Karsa L (dir.) European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis (1st edition). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
5. Aubin-Auger I, Mercier A, Lebeau J-P, Baumann L, Peremans L, Van Royen P. Obstacles to colorectal screening in general practice: A qualitative study of GPs and patients. Fam Pract. 2011;28(6):670-6.
6. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Daly C, Rabeneck L, *et al.* Systematic review and meta-study synthesis of qualitative studies evaluating facilitators and barriers to participation in colorectal cancer screening. Cancer Epidemiol Biomark Prev. 2016;25(6):907-17.
7. Clavarino AM, Janda M, Hughes KL, Del Mar C, Tong S, Stanton WR, *et al.* The view from two sides: a qualitative study of community and medical perspectives on screening for colorectal cancer using FOBT. Prev Med. 2004;39(3):482-90.
8. Varela A, Jandorf L, DuHamel K. Understanding Factors related to colorectal cancer (CRC) screening among urban hispanics: Use of focus group methodology. J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ. 2010;25(1):70-5.
9. Gimeno-García AZ. Factors influencing colorectal cancer screening participation. Gastroenterol Res Pract. 2012. DOI : 10.1155/2012/483417. [Visité le 26/08/2015]. En ligne : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3235570/
10. Bridou M, Aguerre C, Gimenes G, Kubiszewski V, Le Gall A, Potard C, *et al.* Psychological Barriers and facilitators of colorectal cancer screening: A french qualitative study. Health Psychol Res. 2013;1(2). [Visité le 26/08/2015]. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768581/.
11. Broc G, Denis B, Fassier J-B, Gendre I, Perrin P, Quintard B. Decision-making in fecal occult blood test compliance: A quali-quantitative study investigating motivational processes. Prev Med. 2017;105:58-65.
12. Jones RM, Devers KJ, Kuzel AJ, Woolf SH. Patient-Reported barriers to colorectal cancer screening. Am J Prev Med. 2010;38(5):508-16.
13. Bridou M. Étude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal : Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche [Thèse de doctorat en psychologie]. Tours : Université François-Rabelais ; 2012.
14. Weitzman Zapka J, Estabrook B, Goins KV. Risk and reluctance: Understanding impediments to colorectal cancer screening. Prev Med. 2001;32(6):502-13.
15. Powell AA, Burgess DJ, Vernon SW, Griffin JM, Grill JP, Noorbaloochi S, *et al.* Colorectal cancer screening mode preferences among US veterans. Prev Med. 2009;49(5):442-8.
16. Walsh JME, Karliner L, Burke N, Somkin CP, Pham LA, Pasick R. Physicians' approaches to recommending colorectal cancer screening: a qualitative study. J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ. 2010;25(3):385-90.
17. Bauerle-Bass S, Gordon TF, Ruzek SB, Wolak C, Ward S, Paranjape A, *et al.* Perceptions of colorectal cancer screening in urban african american clinic patients: Differences by gender and screening status. J Cancer Educ Off J. 2011;26(1):121-8.
18. García M, Borràs JM, Milà N, Espinàs JA, Binefa G, Fernández E, *et al.* Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. Prev Med. 2011;52(3-4):265-7.
19. Negura L. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. Sociologies. 2006. [Visité le 17/10/2017]. En ligne : https://sociologies.revues.org/993
20. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris : Presses universitaires de France ; 1993.
21. Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59-82.
22. Ratinaud P, Déjean S. IRaMuTeQ : implémentation de la méthode Alceste d'analyse de texte dans un logiciel libre. Modélisation appliquée aux sciences humaines et sociales (MASHS2009). Toulouse : Université de Toulouse II-Le Mirail ; 2009.
23. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.
24. Attride-Stirling J. Thematic networks: An Analytic tool for qualitative research. Qualitative Research. 2001;1:385-405.
25. Aubin Auger I, Mercier A, Baumann Coblentz L, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M, *et al.* Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2008;80:4-7.

SFSP - Téléchargé le 04/12/2016 sur institut-cairn.info (IP: 86.202.231.230)

S.F.S.P. Tous droits réservés © (07/12/2020 sur https://www.cairn.info (IP: 86.202.23.1))

26. Scherer T. Le dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal : Résultats en Moselle par l'Amodemaces et enquête auprès des médecins généralistes [Thèse de doctorat en médecine générale]. Nancy : Université Henry-Poincaré ; 2011.
27. Goulaouic S. État des lieux du dépistage organisé du cancer colorectal en France. Enquête auprès des médecins généralistes des Pyrénées-Orientales [Thèse de doctorat en médecine]. Montpellier : Université Montpellier 1 ; 2013.
28. Caste S, Casanova S. Étude des facteurs influençant les taux de participation au dépistage des cancers colorectaux, dans les attitudes et les pratiques des médecins généralistes [Thèse de doctorat en médecine]. Montpellier : Université Montpellier 1 ; 2010.
29. Oudovenko A. Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal : recherche-action auprès des médecins généralistes du Val-de-Marne [Thèse de doctorat en médecine générale]. Paris : Université Paris Est Créteil ; 2012.
30. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Prat Organ Soins. 2012;43(4):261-8.
31. Aubin-Auger I, Mercier A, Mignotte K, Lebeau J-P, Bismuth M, Peremans L, *et al.* Delivering the faecal occult blood test: More instructions than shared decisions. A qualitative study among French GPs. Eur J Gen Pract. 2013;19(3):150-7.
32. Le Breton J, Journy N, Attali C, Le Corvoisier P, Brixi Z, Bastuji-Garin S, *et al.* Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. Prev Med. 2012;55(5):488-92.
33. INCa. L'essentiel sur le test immunologique : dépistage du cancer colorectal. 2018. [Visité le 06/02/2018]. En ligne : http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/L-essentiel-sur-le-test-immunologique.
34. Chambers JA, Callander AS, Grangeret R, O'Carroll RE. Attitudes towards the Faecal Occult Blood Test (FOBT) versus the Faecal Immunochemical Test (FIT) for colorectal cancer screening: perceived ease of completion and disgust. BMC Cancer. 2016;16. [Visité le 13/02/2016]. En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752755/.
35. Deutekom M, van Rossum LGM, van Rijn AF, Laheij RJF, Fockens P, Bossuyt PMM, *et al.* Comparison of guaiac and immunological fecal occult blood tests in colorectal cancer screening: the patient perspective. Scand J Gastroenterol. 2010;45(11):1345-9.
36. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. Sci Soc Santé. 2006;24(2):75-103.
37. Laure P, Trépos JY. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. Santé Publique. 2006;18(4):573-84.

S.F.P. Téléchargé le 09/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 86.202.231.230)

Annexe

Annexe 1 : Grille d'entretien « Médecins généralistes »

Contexte : Avant l'arrivée du nouveau test.

Consigne : *Cet entretien a lieu dans le cadre d'un travail de thèse en sciences humaines et sociales portant sur le dépistage du cancer colorectal. C'est donc dans ce cadre que je vous ai sollicité pour cet entretien.*

Il s'agit d'un entretien anonyme d'une durée d'environ 30 minutes, et qui sera enregistré, avec votre accord, pour les besoins de l'analyse. L'enregistrement sera utilisé uniquement dans le cadre de l'analyse et restera confidentiel, il ne pourra en aucun cas être diffusé.

Je vais vous poser quelques questions ouvertes, auxquelles vous pourrez répondre très librement, en développant vos réponses autant que vous le souhaitez. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre propre point de vue qui m'intéresse.

Représentations du cancer colorectal et du dépistage

- Pour commencer, quels sont les trois premiers mots qui vous viennent à l'esprit à l'évocation des mots « prévention du cancer colorectal » ?
  - *Pouvez-vous m'expliquez pourquoi vous avez choisi ces trois mots ?*
- Dans votre pratique, comment envisagez-vous la prévention de ce cancer ?
  - *Quelle place accordez-vous à la prévention du cancer colorectal ?*
- Que pensez-vous du dépistage organisé du cancer colorectal ?

Relation médecin/patient

- Selon vous, quel rôle doit avoir un médecin dans la prévention du cancer colorectal ?
- Est-ce que vous en parlez spontanément à vos patients ?
  - *Si oui :*
    - *Est-ce qu'il y a des patients types à qui vous en parlez ?*
    - *De quelle manière abordez-vous le sujet ?*
  - *Si non :*
    - *Pourquoi ?*
- Est-ce que vous rencontrez des difficultés lorsque vous recommandez le dépistage du cancer colorectal à vos patients ? Lesquelles ?
- À l'inverse, quels sont les éléments facilitant vos recommandations de dépistage du cancer colorectal selon vous ?
  - *Qu'est-ce qui permet de convaincre les patients de participer au dépistage ?*
- À votre avis, pourquoi les patients ne suivraient pas votre recommandation ?

Enjeux du nouveau test immunologique

- Avez-vous déjà entendu parler du nouveau test immunologique, venant remplacer le test Hemoccult II® ?
  - *Si oui :*
    - *Que pensez-vous de l'instauration de ce nouveau test ?*
    - *Pensez-vous que cela va changer votre pratique ?*
    - *Est-ce que vous savez s'il y a des inconvénients à ce nouveau test selon vous ?*
    - *Quels sont les avantages de ce nouveau test selon vous ?*
  - *Si non :*
    - *Que pensez-vous du test Hemoccult II® ?*
    - *Quels sont les inconvénients de ce test selon vous ?*
    - *Quels sont les avantages de ce test selon vous ?*

S.F.S.P. | Téléchargé le 09/10/2026 sur https://stm.cairn.info (IP: 86.202.23.1...)

Rapport aux instances de santé/ouverture

- Est-ce que vous entretenez des rapports avec la structure de dépistage de votre secteur ?
- Est-ce que vous connaissez les recommandations des instances de santé vis-à-vis de la prévention du cancer colorectal ? Qu'en pensez-vous ?
  - *Ressentez-vous une pression de la part des instances de santé à recommander le dépistage du cancer colorectal à vos patients ?*
- Que pensez-vous des campagnes de prévention visant à encourager le dépistage du cancer colorectal ?
- Qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer les taux de dépistage du cancer colorectal selon vous ?

Fiche de renseignements

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Âge : .....

Ville dans laquelle se situe votre lieu de travail : .....

Depuis quand exercez-vous la profession de médecin ? .....