

Année 2025

2025 TOU3 1016

2025 TOU3 1017

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Julie CLARET et Antoine REYT

Le 8 avril 2025

Dépistage organisé du cancer colorectal en France : freins et leviers du point de vue des patients et des médecins généralistes, revue de la littérature.

Directrice de thèse : Dr Nathalie BOUSSIER

JURY :

Madame la Professeure Julie DUPOUY

Président

Madame la Docteure Alix FERNET-SCHERER

Assesseur

Madame la Docteure Nathalie BOUSSIER

Assesseur

**UNIVERSITÉ
DE TOULOUSE**

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements au Jury

A la présidente du Jury :

Madame la Professeure Julie DUPOUY, Professeure des Universités, Médecin Généraliste. Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité tout au long de notre parcours.

A notre directrice de thèse et membre du jury :

Madame la Docteure Nathalie BOUSSIER, Médecin Généraliste. Merci d'avoir accepté de nous accompagner dans ce projet et pour la confiance que vous nous avez accordée. Nous sommes reconnaissants de votre implication et de votre disponibilité jusqu'au bout de ce travail.

A l'autre membre du Jury :

Madame la Docteure Alix FERNET-SCHERER, Médecin Généraliste. Nous te sommes reconnaissants du temps et des conseils que tu nous as accordés pour ce travail. Nous sommes honorés que tu sièges au jury de notre thèse.

Remerciements personnels de Julie

Tout d'abord à toi **Antoine**, merci d'avoir eu l'envie de partager ce projet avec moi. Avec ton optimisme et ton dévouement, tu m'as redonné confiance tout au long de ce travail et tu m'as fait relativiser à chaque épreuve. Je suis reconnaissante de notre complémentarité. Nous avons découvert la vie d'interne ensemble et je suis fière de la terminer à tes côtés.

A ma famille, votre force et votre optimisme m'a toujours accompagné.

Particulièrement,

A ma sœur **Charlotte**, je suis si fière de notre complicité et de notre relation à travers les épreuves. Merci d'être toujours présente, tu pourras toujours compter sur moi.

A **Papa et Nath**, merci de m'avoir toujours soutenue et de m'avoir permis de garder la tête froide dans ma vie comme tout au long de ces années d'études. Vous m'avez hébergée, nourrie, et supportée depuis un an et demi, vous contribuez quotidiennement à mon envie de rester. Papa, merci d'être invincible.

A **Mamie Ginette**, j'admire ta force, ta positivité, ta bonne humeur et parfois même ton sens de l'humour !

A **Papi Jeannot et Zab**, merci d'avoir pris soin de moi pendant deux ans, au commencement de ces dix longues années, et de m'avoir accompagnée jusqu'ici.

A mes amis,

A **Kyllian et sa famille** ; mimi, tu es mon humain favori, merci de ta patience et de ta présence. Je suis reconnaissante de t'avoir dans ma vie.

A **Loïc**, mon Pit, merci d'être là à chaque étape de ma vie depuis quatorze ans, tu es mon plus grand ami. Je suis ravie de te partager avec Maud depuis quelques années.

A **Léa**, ma copine d'amour, je suis si heureuse que la distance ne nous ait pas séparées. Je suis fière de ce que tu as construit.

A mes copines depuis le plus jeune âge, **Anaïs** et **Clarisse**.

A tous mes copains de médecine ;

Maëva, on se suit depuis la PACES.

Jeanne, Fanny, Nahyva, Pierrick, Raph, Sékou, Théo, Merlin, Valentine, Juliette, Giuliana, Clara, Agathe, Louis, Delap, Julien, Maxime, Esther et **Léa**, mes grands amis de l'externat. J'ai passé cinq ans de pur bonheur avec vous. Vous êtes encore là aujourd'hui.

Aux nouveaux copains de l'internat ; les Casseurs, **Marion, Mahaut** et **Max, Clarisse, Myriam** et **Maxime, Nina, Kenza** ; les copains de Tarbes, **Antoine, Blandine, Camille, Cécile Clara, Clémence, Étienne, Jean-Baptiste, Lucas** et **Roxanne** ; les autres, **Alice, Ulysse**. Vous avez tous contribué à mon bonheur ces trois dernières années.

A la MSP du Boulonnais,

A **Hervé**, merci de m'avoir laissé l'opportunité de créer ma place et de me confier la suite de ce que tu as construit depuis tant d'années.

A **Cristina**, je n'aurais pas pu rêver mieux que toi en tant que consœur du quotidien.

A **tous les autres membres de la MSP**, merci d'être là tous les jours et de me donner envie de travailler avec vous.

A la MSP des Terres d'Aurignac, merci à **Amandine** et **Arnaud** de m'avoir épaulée pendant un an et d'avoir soutenu mon projet, merci à toute l'équipe de choc qui vous entoure.

Remerciements personnels de Antoine

Tout d'abord, à toi Julie,

Je te remercie d'avoir partagé ce travail avec moi. Il est rare de tomber, au bon moment, sur quelqu'un qui a la même idée de sujet : on a eu beaucoup de chance. Ta rigueur, ton intelligence et ta tempérance nous ont permis d'être efficaces à chaque étape de notre travail. Ce fut un plaisir jusqu'au bout. Trop content d'avoir fait cette thèse avec toi.

À ma famille,

Particulièrement,

À mon frère **Maxime**, merci pour tout ce que tu m'as apporté. Merci pour ta présence et ta patience. Je suis tellement fier de toi. Notre relation est indescriptible, et je tiens énormément à toi. J'ai hâte de te retrouver bientôt en outre-mer.

À mes **parents**, merci de m'avoir toujours soutenu dans tous mes projets. Merci à toi, **Maman**, de m'avoir donné ce goût pour la vie, cette liberté et de m'avoir ouvert à la spiritualité.

Merci à toi, **Papa**, pour tout ce que tu m'as transmis, de m'avoir donné le goût du savoir et de la curiosité. Je me rends maintenant compte de la chance que j'ai.

À Mamie **Irène**, merci pour tous ces moments passés à nos côtés avec Maxime. Merci de nous avoir transmis les valeurs les plus précieuses. On n'en fait plus des comme toi.

À **Philippe**, merci pour ton soutien et ton attention particulière à mon évolution.

À mes amis,

À toi, **Camille**, ma Cam, merci de m'avoir toujours soutenu dans tout ce que j'ai entrepris. Tu m'apaises, tu m'élèves. J'espère encore vivre plein de belles choses avec toi.

À toi, **mon Toinou**, merci tout simplement d'être toi. Je te vois devenir, petit à petit, un adulte responsable tout en gardant cette part d'enfant que tu as su préserver. Tu es quelqu'un de bon, comme il n'y en a pas beaucoup dans ce monde. Ta pudeur nous honore tous.

À la team d'Angoulême : **Frédéric, Marin, Pierre-Olivier, Célia, Max, Romain, Luc et Dorris**. Vous m'avez toujours soutenu, je tiens trop à vous, vous êtes mes amis pour la vie.

À tous mes copains de médecine :

Jonathan, Franck, Gaëtan, Mathis P, Lazer, Marie, Arthur, Philou, Maxime S, Joannie, Jasmine, Manu, Mojan, Clément, Lucille, Adé, Romain G, Justine G, Charlie, Thibault, Mathilde, Marine la MIFA de l'externat. J'ai vécu six ans de dinguerie grâce à vous. Toujours dans mon cœur, indéboulonnables.

Aux amis de Toul's : **Lucas, Roxane, Blandine, Alexis, Clémence, Youssef, Dylan, Chloé, Morgane, Juliette, Léa, Manon, Justine M, Ulysse, Agathe, Marion.** De très bons moments passés ensemble autour des mêmes passions. J'espère en vivre de nouveaux avec vous prochainement.

À mes copains de Tarbes, où j'ai passé tous les hivers possibles : **Ambroise, Julie M, Astrid, JB, Rafa, Quentin Th, Lilian, Annaëlle, Aude, Nolwenn, Alix, Clémentine, Alice, Camille, Julie AL, Marine, Guillaume, Charlotte, Quentin, Tom.** J'ai adoré ces moments hors du temps passés avec vous. Merci pour votre écoute et pour tout ce que vous m'avez apporté.

À mes collègues de travail qui m'ont formé :

À vous, **Benjamin, Cathy, Nathalie, Stéphanie, Marie-Claude et Delphine**, merci de m'avoir transmis le virus de l'addictologie. J'en ferai bon usage.

À vous, **Élodie, Maya et Sandrine**, merci pour votre bienveillance et votre accompagnement. Je vous dois mon autonomie.

À toi, **Lucas**, merci de m'avoir appris tant de choses en médecine du sport. Nous partageons la même vision de notre métier.

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Table des matières

INTRODUCTION.....	15
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	17
I. Type d'étude.....	17
II. Sélection des articles.....	17
1. Critères d'inclusion.....	17
2. Critères d'exclusion.....	18
3. Sources d'information et stratégie de recherche.....	18
4. Processus de sélection des articles.....	22
5. Évaluation de la qualité des revues.....	22
RÉSULTATS.....	23
I. Sélection des articles.....	23
II. Extraction des données.....	27
III. Synthèse des données.....	39
1. Freins.....	39
2. Leviers.....	45
3. Pistes d'amélioration.....	49
DISCUSSION.....	52
I. Synthèse des résultats et comparaison avec la littérature.....	52
Les freins.....	52
Les leviers.....	53
Les pistes d'amélioration.....	54
II. Forces et limites de l'étude.....	56
1. Forces.....	56
2. Limites.....	57
III. Perspectives de recherche et d'amélioration.....	58
CONCLUSION.....	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
ANNEXES.....	69

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bases de données et équations de recherches

Tableau 2 : Extraction des données

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux et de sélection des articles

Figure 2 : Répartition géographique des populations interrogées

Figure 3 : Répartition temporelle des études sélectionnées

Figure 4 : Populations cibles des études sélectionnées

Figure 5 : Répartition des types de résultats

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de sélection sur les articles intégraux

Annexe 2 : Articles exclus et raison de leur exclusion

Annexe 3 : Grilles d'évaluation méthodologiques

Annexe 4 : Grille PRISMA 2020

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **ACP** : Approche Centrée Patient
- **ARC** : Association pour la Recherche sur le Cancer
- **ARCAD** : Aide et Recherche en Cancérologie Digestive
- **ASALEE** : Action de Santé Libérale En Équipe
- **CCR** : Cancer ColoRectal
- **COREQ** : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- **CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- **CPF** : Compte Professionnel de Formation
- **CPTS** : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- **CRCDC** : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
- **DECODE** : DEveloppement des COmportements et des DEpistages
- **DOCCR** : Dépistage Organisé du Cancer ColoRectal
- **DMP** : Dossier Médical Partagé
- **GIF** : Graphics Interchange Format
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HeTOP** : Health Terminology/Ontology Portal
- **IDEL** : Infirmier Diplômé d'État Libéral
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- **INCa** : Institut National du Cancer
- **MeSH** : Medical Subject Headings
- **OPTIDEC** : Optimisation du Dépistage du Cancer
- **PDF** : Portable Document Format
- **PICO** : Patient, Intervention, Comparateur, Outcome
- **PRISMA** : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
- **QR code** : Quick Response code
- **ROSP** : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
- **SFED** : Société Française d'Endoscopie Digestive
- **SMS** : Short Message Service
- **STROBE** : Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
- **TIMM** : Télé Imagerie Médicale Mobile
- **USA** : United States of America

INTRODUCTION

D'après les dernières données de l'Institut National du Cancer (INCa), en France le cancer colorectal (CCR) c'est plus de 43 000 nouveaux cas par an, dont plus de 17 000 décès par an. C'est la deuxième cause de décès par cancer en France et dans le monde, tous sexes confondus après le cancer du poumon. Depuis les années 1980 avec l'émergence de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques, la mortalité par CCR a nettement diminué et la survie s'est améliorée au cours du temps. (1)

Quatre-vingt-quinze pourcent des CCR sont diagnostiqués après 50 ans, avec un âge médian de diagnostic de 71 ans chez les hommes et de 73 ans chez les femmes. Lors d'un diagnostic au stade précoce de la maladie le taux de survie relative à 5 ans est supérieur à 90% contre 63 % tous stades confondus d'où l'intérêt d'un test de dépistage organisé. (2)

Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) a été généralisé en France en 2008. Le test au gaïac (Hémocult) consistait à la détection de sang occulte dans les selles puis à proposer une coloscopie totale aux individus dépistés positifs pour rechercher un cancer ou un polype. Il était proposé tous les 2 ans à toute la population âgée de 50 à 74 ans n'ayant pas de facteurs de risque (population dite à risque moyen). (3)

Depuis 2015, le test au gaïac (Hémocult® II) a été remplacé par un test immunologique (OCSensor®), plus sensible, plus facile d'emploi, d'une meilleure reproductibilité et fiabilité. En cas de test positif, le patient est adressé à un gastroentérologue afin de réaliser une coloscopie. (4)

Malgré cette modification des modalités de dépistage en 2015, près de 35 % de la population a réalisé un test de dépistage du CCR en 2021-2022. Un chiffre en hausse par rapport à la période précédente (2018-2019) mais toujours en-deçà du standard européen (45 %). L'objectif européen recommandé est d'au moins 65 % de participation au test. Si l'on passait d'une participation actuelle (environ 30%) à l'objectif européen, nous pourrions éviter 4000 décès par an. (2)

Objectif principal de l'étude :

Au cours de nos stages ambulatoires nous avons observé une grande hétérogénéité de la participation au DOCCR en fonction de nos praticiens et des bassins de population.

Nous nous sommes demandés quelles seraient les solutions pour augmenter ce taux de participation au dépistage organisé, et nous nous sommes rendus compte que plusieurs études avaient déjà été réalisées auprès des patients ainsi que des praticiens par rapport aux freins et aux leviers à la réalisation du test. Nous avons donc pensé qu'une revue systématique de la littérature était nécessaire pour un tel sujet de santé publique.

Cela permettrait dans un premier temps, de consolider et de regrouper les connaissances existantes grâce à la synthèse exhaustive de la littérature à ce sujet, apportant une compréhension approfondie et intégrale de la situation actuelle en France. Dans un second temps, nous pourrions identifier et mettre en lumière les tendances émergentes, à savoir les freins et les leviers les plus représentés et suggérer ceux nécessitant davantage d'intérêt. Ensuite, en se concentrant sur tout le territoire français et pas seulement sur certaines régions comme cela a été fait auparavant, la revue prendrait en compte les spécificités du contexte national dans sa globalité. Notre travail pourrait également contribuer à formuler des recommandations pratiques pour surmonter les obstacles, et peut-être même servir de base à la prise de décision pour les responsables politiques, les professionnels de la santé et les autres intervenants dans la lutte contre le CCR en France.

Nous avons donc choisi de réaliser une revue systématique de la littérature dont l'objectif est de faire un état des lieux de tous les freins et leviers au dépistage organisé du cancer colorectal en France du point de vue des médecins et des patients depuis la mise en place des nouvelles modalités de dépistage en 2015. Notre objectif secondaire est de faire un état des lieux des pistes d'amélioration proposées.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

La revue systématique de la littérature est le type d'étude le plus adapté pour recenser l'ensemble des freins et des leviers au dépistage du CCR du point de vue des patients et des médecins généralistes. Nous nous sommes appuyés sur les critères internationaux PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) datant de 2020 (5). L'ensemble des étapes du travail de recherche a été réalisé par deux chercheurs.

II. Sélection des articles

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des articles sont définis selon les critères PICO (Patient, Intervention, Comparateur, Outcome) suivants, retenus après une première recherche bibliographique sur le sujet sans méthodologie rigoureuse :

- Population étudiée : patients éligibles au DOCCR et médecins généralistes thésés.
- Intervention : freins et leviers au DOCCR.
- Outcomes/Résultats :
 - Critère principal : freins et leviers au DOCCR du point de vue des patients et des médecins généralistes
 - Critères secondaires : pistes en vue d'une amélioration du DOCCR
- Types d'étude inclus : études qualitatives, études observationnelles (cohorte, cas-témoins, études transversales)
- Dates de publication et lieu : comprise entre le 1^{er} mai 2015 et février 2024, en France
- Langues : français et anglais

2. Critères d'exclusion

Les études étaient exclues si :

- La population était inappropriée ou l'objectif inadapté.
- La totalité du texte n'a pas pu être récupéré avant le 31 décembre 2024.
- Il s'agissait de revues systématiques de la littérature, pour éviter de faire doublon.
- Le type d'étude réalisée n'était pas précisé.

3. Sources d'information et stratégie de recherche

Nous avons interrogé les bases de données : Pub Med, Sudoc, Web of Science, et Embase.

L'équation de recherche à établir devait permettre de sélectionner des articles permettant de répondre à la question : « quels sont les freins et les leviers au dépistage du cancer colorectal chez les patients et les médecins généralistes ? ».

Nous avons affiné nos équations de recherche en nous appuyant sur des thésaurus biomédicaux : MeSH (Medical Subject Headings) et HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal). Le tableau 1 montre les équations de recherche utilisées en fonction de la base de données interrogée.

L'équation de recherche a été divisée en 4 thèmes : le dépistage, le cancer colorectal, les freins et les leviers, et enfin les patients et les médecins généralistes.

Pour le dépistage, nous avons retenu les termes anglais : « mass screening », « early detection of cancer », « diagnosis », « early diagnosis », « diagnosis screening programs ». Afin d'être exhaustifs dans notre équation de recherche, nous avons également retenu le terme de « screening » qui ne faisait pas partie des descripteurs MeSH.

Pour le CCR, nous avons retenu les termes anglais : « colorectal neoplasms », « colonic neoplasms », « rectal neoplasms » et « intestinal neoplasms ». Toujours afin d'être exhaustifs dans notre équation de recherche Nous avons également retenu les termes de « colorectal cancer » et de « bowel cancer » qui ne faisaient pas partie des descripteurs MeSH.

Pour les freins et les leviers, nous n'avons trouvé aucun terme MeSH correspondant, nous avons donc choisi d'utiliser les mots clés suivants nous permettant d'être exhaustifs dans l'équation de recherche : « obstacle* », « lever* », « limit* », « facilit* » et « enable ».

Pour les patients, nous avons retenu le terme anglais : « patients ».

Pour les médecins généralistes, nous avons retenu les termes anglais : « general practioners » ainsi que « general practice ».

Définition MeSH des descripteurs :

- « Diagnosis » : The determination of the nature of a disease or condition, or the distinguishing of one disease or condition from another. Assessment may be made through physical examination, laboratory tests, or the likes. Computerized programs may be used to enhance the decision-making process.
- « Early diagnosis » : Methods to determine in patients the nature of a disease or disorder at its early stage of progression. Generally, early diagnosis improves PROGNOSIS and TREATMENT OUTCOME.
- « Diagnosis screening programs » : Services for the presumptive identification of unrecognized disease in an apparently healthy, asymptomatic population by means of tests, examinations or other procedures that can be applied rapidly and easily to the target population.
- « Mass screening » : Organized periodic procedures performed on large groups of people for the purpose of detecting disease.
- « Early detection of cancer » : Methods to identify and characterize cancer in the early stages of disease and predict tumor behavior.
- « Colorectal neoplasms » : Tumors or cancer of the COLON or the RECTUM or both. Risk factors for colorectal cancer include chronic ULCERATIVE COLITIS; FAMILIAL POLYPOSIS COLI; exposure to ASBESTOS; and irradiation of the CERVIX UTERI.
- « Colonic neoplasms » : Tumors or cancer of the COLON.
- « Rectal neoplasms » : Tumors or cancer of the RECTUM.

- « Intestinal neoplasms » : Tumors or cancer of the INTESTINES.

- « Patients » : Individuals participating in the health care system for the purpose of receiving therapeutic, diagnostic, or preventive procedures.

- « General practitioners » : Physicians whose practice is not restricted to a specific field of MEDICINE.

- « General practice » : Patient-based medical care provided across age and gender or specialty boundaries.

Pour ne pas exclure des articles à cause de critères de recherche trop restreints, nous avons pris la décision de faire notre recherche bibliographique à partir d'équations de recherche larges et de traiter les résultats à la lecture des titres.

Tableau 1 : Bases de données et équations de recherches

Bases de données	Équations de recherche
Sudoc	« dépist* » AND « cancer colo* » avec filtres « tous les mots », années 2015-2024, pays « France »
Pubmed	("screening" OR "mass screening" OR "early diagnosis" OR "early detection of cancer" OR "diagnosis screening programs") AND ("colorectal cancer" OR "colorectal neoplasms" OR "colonic neoplasms" OR "rectal neoplasms" OR "intestinal neoplasms" OR "bowel cancer") AND ("obstacle*" OR "lever*" OR "limit*" OR "facilit*" OR "enable") AND ("patient*" OR "general practi*") avec filtres « all fields », années 2015-2024, langues « anglais » et « français »
Web of Science	("screening" OR "mass screening" OR "early diagnosis" OR "early detection of cancer" OR "diagnosis screening programs") AND ("colorectal cancer" OR "colorectal neoplasms" OR "colonic neoplasms" OR "rectal neoplasms" OR "intestinal neoplasms" OR "bowel cancer") AND ("patient*" OR "general practi*") avec filtres « all fields », années 2015-2024, langues « anglais » et « français », pays « France »
Embase	("screening" OR "mass screening" OR "early diagnosis" OR "early detection of cancer" OR "diagnosis screening programs") AND ("colorectal cancer" OR "colorectal neoplasms" OR "colonic neoplasms" OR "rectal neoplasms" OR "intestinal neoplasms" OR "bowel cancer") AND ("obstacle*" OR "lever*" OR "limit*" OR "facilit*" OR "enable") AND ("patient*" OR "general practi*") avec filtres années 2015-2024, sources « embase », langues « anglais » et « français »

4. Processus de sélection des articles

La sélection des articles a été faite en plusieurs étapes successives et de manière indépendante par chacun des deux chercheurs selon l'ordre chronologique décrit ci-dessous. Pour ce faire, nous avons utilisé pour chaque étape un logiciel d'aide à la sélection des articles sans utilisation de l'intelligence artificielle : Rayyan (6).

- Analyse du titre de l'article : exclusion si les articles étaient rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français, si les informations apportées permettaient clairement de penser que l'article ne répondait pas à la question de recherche.
- Analyse du résumé de l'article : exclusion si les articles étaient réalisés dans un autre pays que la France, si les articles étaient des revues systématiques de la littérature, si l'article était écrit avant le 1^{er} mai 2015 ou encore si les informations apportées permettaient clairement de penser que l'article ne répondait pas à la question de recherche.
- Lecture de l'intégralité des articles retenus : confrontation avec les critères d'inclusion et d'exclusion. Les articles qui ont été exclus à cette étape ont été répertoriés dans une liste avec les motifs de leur exclusion dans l'annexe 2.

A chaque étape, une mise en commun et une confrontation des résultats de chaque chercheur ont été réalisées. Nous avons fait intervenir la directrice de thèse pour la gestion des désaccords.

5. Évaluation de la qualité des revues

Les articles sélectionnés ont fait l'objet d'une analyse de leur qualité méthodologique. Cette analyse a été réalisée indépendamment par les deux chercheurs à l'aide des grilles :

- STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) (7) pour les études observationnelles ;
- COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (8) pour les études qualitatives .

RÉSULTATS

I. Sélection des articles

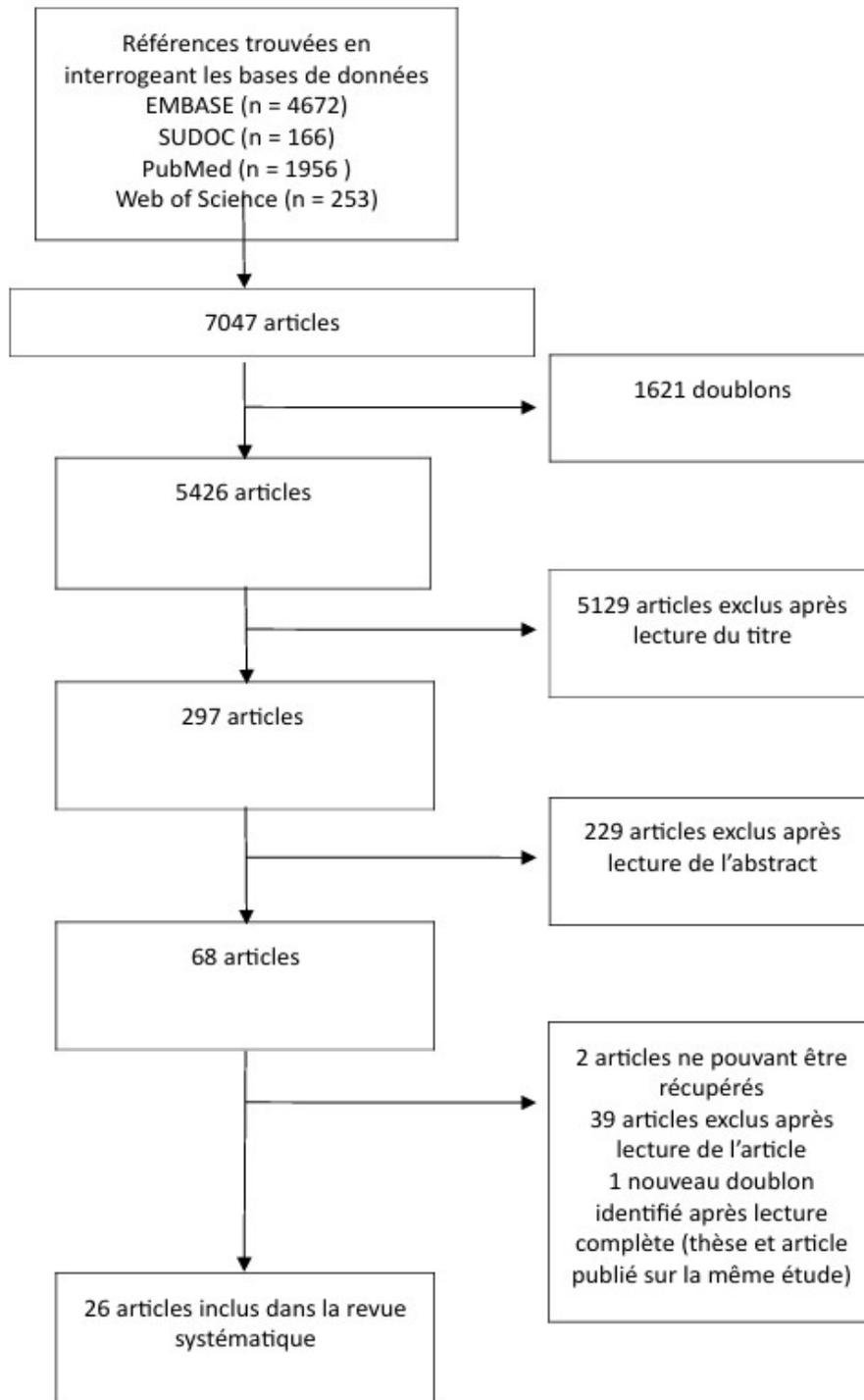
Le processus de sélection des articles est retranscrit dans la Figure 1.

Au total, 26 références ont été incluses dans notre revue : 17 études qualitatives, 9 études observationnelles.

Lors de la phase de sélection sur les textes intégraux, deux articles firent l'objet d'un désaccord entre les deux chercheurs quant à leur inclusion. Ce désaccord fut résolu par l'intervention d'un troisième chercheur, notre directrice de thèse le Dr BOUSSIER, afin de garantir une meilleure reproductibilité.

La liste des références des articles inclus et exclus lors de la lecture des textes intégraux, ainsi que les motifs d'exclusion, sont disponibles en annexe (Annexes 1 et 2).

Figure 1 : Diagramme de flux et de sélection des articles :



Les 26 articles sélectionnés reflètent une certaine diversité socio-géographique (Figure 2) et temporelle (Figure 3). Sur ces études, 10 articles s'intéressaient aux patients, 16 interrogeait les médecins, dont 3 les questionnaient sur leur propre dépistage (Figure 4). 24 articles faisaient ressortir des freins, 19 articles des leviers et 14 des pistes d'amélioration (Figure 5).

Figure 2 : Répartition géographique des populations interrogées :

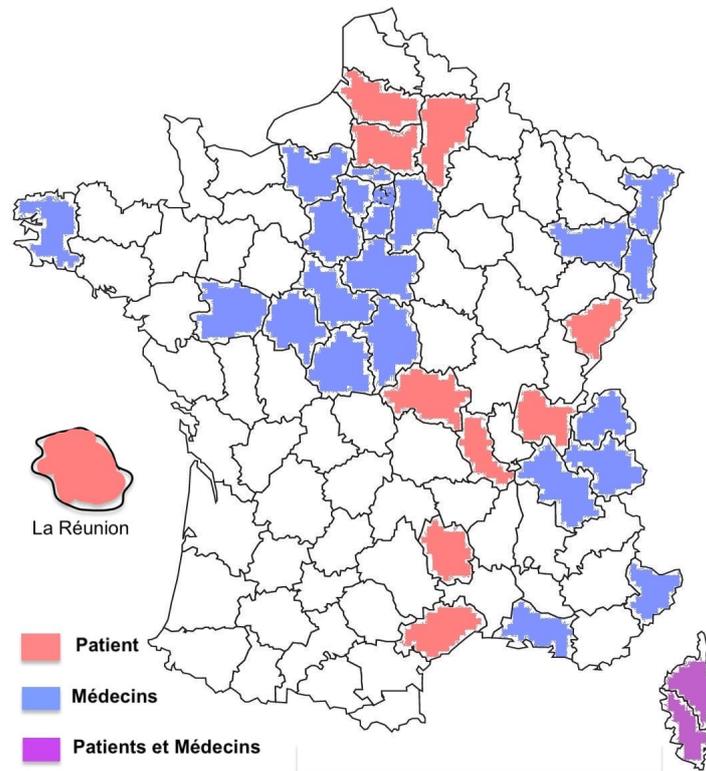


Figure 3 : Répartition temporelle des études sélectionnées :

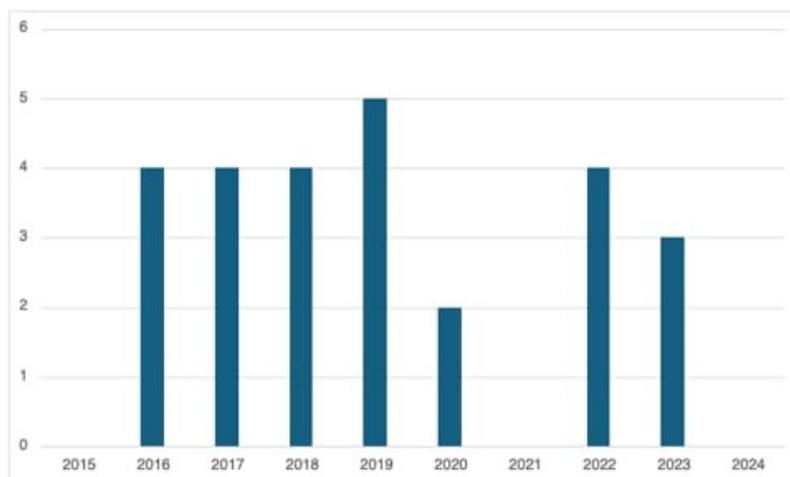


Figure 4 : Populations cibles des études sélectionnées :

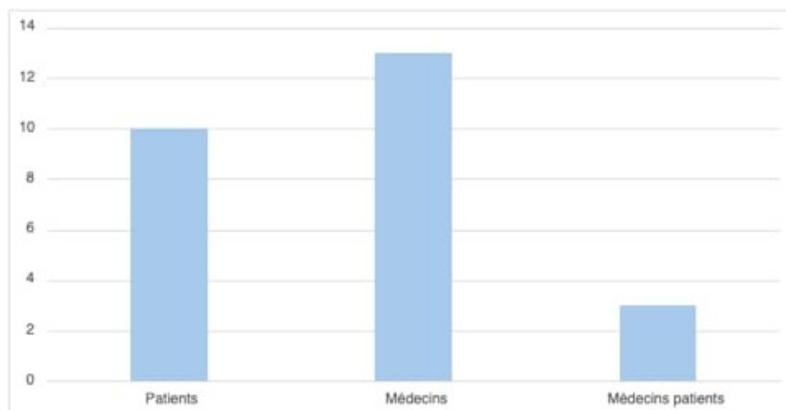
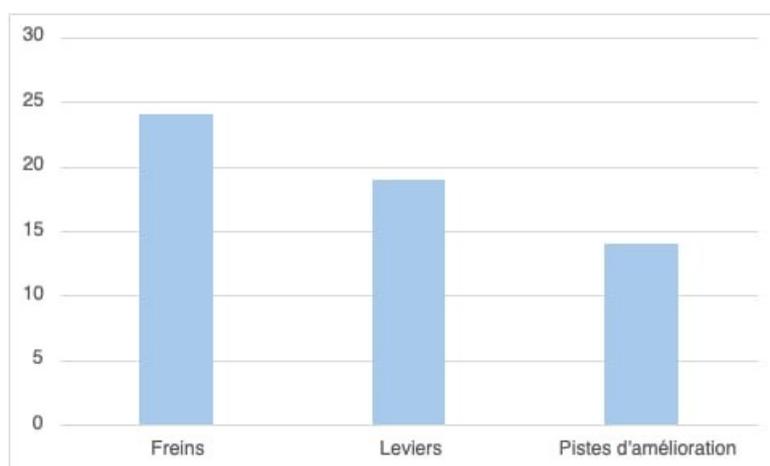


Figure 5 : Répartition des types de résultats :



II. Extraction des données

L'extraction des données pertinentes des 26 articles inclus dans notre analyse est présentée sous forme de tableau (Tableau 2) et les articles hiérarchisés par ordre de qualité décroissante grâce aux scores obtenus à l'aide des différentes grilles méthodologiques présentées en annexe (Annexe 3).

Selon le niveau de preuve scientifique défini par la Haute Autorité de Santé HAS, toutes les références de notre revue sont de grade C.

Tableau 2 : Extraction des données

Articles	Auteurs	Pays Date	Type d'étude et niveau de preuve	Score méthodologique après analyse qualité	Population étudiée	Principaux résultats
Les freins au dépistage du cancer colorectal à La Réunion - Étude qualitative	Aïcha Patel Safla	France 2022	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 95 % J : 95 % Moyenne AJ : 95 %	Patients habitant à La Réunion, ayant reçu au moins une fois le courrier du CRCDC	<p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -protection divine / fatalité du cancer -pudeur, tabou -absence de suivi médical, négligence -peur de la coloscopie -peur de la mort, de la maladie -indifférence -complexité du test -remise en question de son efficacité <p><u>Facteurs motivants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -implication du médecin généraliste -peur du cancer ou de la maladie -intérêt pour sa santé <p><u>Pistes d'amélioration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -campagnes d'information -rôle des patients sensibilisant le public -amélioration de certaines modalités de dépistage (livraison à domicile, Qrcode pour vidéo tutorielle, deuxième papier de prélèvement de selles ou paire de gant dans le kit, possibilité de le faire dans un laboratoire) -test de dépistage par prise de sang au lieu par analyse des selles.
Vécu des usagers et des professionnels de santé vis-à-vis des outils d'informations en soins primaires : exemple du DOCCR par test immunologique	PIZA Kathleen, Frédérique, Sylviane	France 2023	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 88% J : 90% Moyenne AJ : 89%	Patients et professionnels de santé invités au DOCCR	Outils d'information (affiche, carte postale, dépliant, vidéo, etc) comme freins ou leviers.
L'observance du DOCCR par test immunologique	Angélique Marques Dos	France 2019	Étude épidémiologique	Grille STROBE	Médecins généralistes	<p><u>Freins des médecins quant à leur propre participation au dépistage :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -le désaccord avec ce test

dans la population des médecins généralistes à Paris	Santos		descriptive transversale en vue d'une analyse quantitative Grade C	A : 82 % J : 82 % Moyenne AJ : 82 %	exerçant à Paris éligibles au DOCCR	-l'absence de symptômes -l'oubli -l'absence de temps -la peur d'une mauvaise nouvelle
OPTIDEC : optimisation du dépistage du cancer colorectal par les structures de soins primaires	Sarah Hakkar	France 2023	Étude quantitative, prospective Grade C	Grille STROBE A : 86 % J : 86 % Moyenne AJ : 86 %	Patients non à jour dans leur DOCCR	<u>Motifs de refus de participation au DOCCR :</u> -crainte du résultat -manque de temps -refus des dépistages -autres (moment n'était pas approprié pour se faire dépister, indécises, personnes qui ont déménagé, se sentait en forme).
Participation des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal depuis l'arrivée du test immunologique	Lise Brejeon	France 2018	Étude descriptive, quantitative, observationnelle, transversale et déclarative Grade C	Grille STROBE A : 85 % J : 81 % Moyenne AJ : 83 %	Médecins généralistes installés en Maine-et-Loire	<u>Levier :</u> mars bleu <u>Freins, limites :</u> -acte peu rémunéré -adhésion du patient -difficulté de rajouter cette tâche aux consultations habituelles -caractère chronophage du test pour le médecin -les contraintes administratives liées au test -la périodicité de 2 ans estimée trop courte par les médecins -complexité des explications à donner aux patients -test peu fiable <u>Propositions d'amélioration :</u> -consultation dédiée -retour sur l'activité de dépistage de leur patientèle -amélioration de la rémunération
Dépistage Organisé du Cancer Colorectal : évaluation des difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône depuis l'introduction du test immunologique	Zeina Jouni	France 2017	Étude descriptive, transversale Grade C	Grille STROBE A : 81 % J : 76 % Moyenne AJ : 78 %	Médecins généralistes exerçant une activité libérale dans les Bouches-du-Rhône	<u>Difficultés rencontrées par les médecins :</u> -difficultés liées à l'approvisionnement, retard de livraison -réticence liée à la manipulation des selles par les patients -difficultés de compréhension des patients -refus par peur du résultat ou peur de la coloscopie des patients -patients ne se sentant pas concerné -la péremption du test -l'ergonomie du test -la fragilité à la chaleur du test <u>Pistes d'amélioration :</u> -consultation dédiée au dépistage en général et rémunérée par la sécurité

						<p>sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> -indicateurs CPAM sur la participation au sein des patientèles -multiplier les campagnes d'information du grand public -distribution des kits par d'autres acteurs de santé -diffusion des stratégies employées par les médecins généralistes les plus performants en termes de participation au DOCCR -invitation conjointe au DOCCR et à la mammographie pour les femmes, voire une remise des kits lors de la mammographie -travailler sur la fragilité du test à la chaleur -raccourcir les délais de livraison des tests -système de rappel aux patients quelques jours après la remise du test en consultation (via le logiciel informatique par exemple)
Dépistage du cancer colorectal analyse des pratiques en soins primaires et perspectives d'amélioration enquête dans le sud des Hauts-de-Seine	Laura PIQUION	France 2020	Étude rétrospective quantitative non interventionnelle et majoritairement descriptive Grade C	Grille STROBE A : 76 % J : 75 % Moyenne AJ : 75 %	Médecins généralistes du Sud des Hauts-de-Seine exerçant et référencés sur le territoire d'intervention du réseau OSMOSE	<p><u>Facteurs d'adhésion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -implication du médecin généraliste -campagne de communication -facilité et rapidité de commandes des kits en ligne <p><u>ROSP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -ROSP <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -manque de temps / multiplicité des motifs de consultation -complexité d'approvisionnement -ROSP insuffisamment attractive -manque d'information sur les modalités de dépistage <p><u>Voies d'amélioration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -consultation dédiée à la prévention -revalorisation rémunération ROSP -rendre l'approvisionnement en kits automatique -notification par la CPAM des patients éligibles à leur médecin -renforcement des campagnes publicitaires -système de rappel automatique sur le dossier informatisé patient -formation dédiée aux médecins généralistes
Le ressenti des médecins généralistes d'Isère, de Savoie et de Haute-Savoie concernant la remise du kit du dépistage du cancer colorectal en officine	Bénédicte Catusse, Yann Rapetto	France 2023	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 78 % J : 70 % Moyenne AJ : 74 %	Médecins généralistes installés en Isère, Savoie ou Haute Savoie	Remise du kit du dépistage du cancer colorectal en officine comme frein ou levier.

<p>Quels sont les facilitateurs au dépistage organisé du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finistère, du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel ?</p>	<p>Laura Bertrand</p>	<p>France 2022</p>	<p>Étude qualitative Grade C</p>	<p>Grille COREQ A : 73% J : 70% Moyenne AJ : 71%</p>	<p>Médecins généralistes finistériens ayant accepté de participer à l'étude AmDepCCR test</p>	<p><u>Facilitateurs :</u> -l'aide apportée par les rappels logiciels -la présence de secrétaires au cabinet -l'implication des médecins généralistes dans le dépistage -l'explication et démonstration du kit -la répétition de la proposition de dépistage -le partage de l'expérience personnel du médecin -une consultation dédiée organisée par certaines CPAM -la formation des jeunes médecins à la médecine préventive -les patients avec suivi médical rapproché -la valorisation financière de la ROSP -l'accès au taux de participation de sa patientèle par le médecin</p>
<p>L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal : étude qualitative par entretiens semi-dirigés</p>	<p>Amandine Cordier</p>	<p>France 2017</p>	<p>Étude qualitative Grade C</p>	<p>Grille COREQ A:75 % J : 65 % Moyenne AJ : 70 %</p>	<p>Médecins généralistes exerçant dans les Alpes-Maritimes</p>	<p><u>Freins :</u> -peur du résultat positif et crainte de la coloscopie et sa préparation -le fait de ne pas se sentir concerné -gêne liée au recueil de selles -manque d'information de la population générale -état de santé du patient (comorbidités graves) -expérience de faux négatifs chez les médecins pouvant entraîner une baisse de confiance dans le test au point de ne plus le proposer -consultations à motifs multiples ou aiguë -l'importance de la charge de travail, le manque de temps -l'oubli -les changements itératifs des recommandations pouvant entraîner une baisse de confiance en celles-ci <u>Moteurs :</u> -la relation de confiance médecin-patient -les alertes informatiques -consultations réservées au dépistage <u>Propositions des médecins pour améliorer la participation au dépistage :</u> -favoriser les campagnes médiatiques -sensibiliser au dépistage à l'école -promouvoir le dépistage à travers la formation initiale et continue -favoriser l'échange entre professionnels, notamment avec les zones où la participation est meilleure -aider à repérer les personnes cibles (IDE en santé publique, Asalée) -créer une consultation dédiée -simplifier la lettre d'invitation, améliorer le packaging</p>

						<ul style="list-style-type: none"> -favoriser les retours statistiques -envoyer le test à domicile -développer les tests de dépistages génétiques
Freins au dépistage organisé du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finistère du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel	Florian Biron	France 2022	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 69 % J : 67 % Moyenne AJ : 68 %	Médecins généralistes Finistériens appartenant au groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR	<u>Freins :</u> <ul style="list-style-type: none"> -oubli du médecin -manque de temps du médecin -remise du kit par interne/remplaçant -logiciel non adapté -la formation des médecins généralistes à partir d'un certain âge -conséquences qu'entraînent un test positif -fausses croyances des patients -pudeur -capacités intellectuelles limitées -absence de suivi médical -patient avec de multiples comorbidités -manque d'intérêt / motivation des patients -présentation du kit trop complexe -délai de péremption du kit trop court -mauvaise communication autour du dépistage du DOCCR -mauvaise communication des chiffres au médecin concernant le pourcentage de participation de sa patientèle. -absence de consultation dédiée à la prévention.
Le dépistage du cancer colorectal dans les Vosges : vision croisée médecins-patients	Pauline Garotte	France 2016	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 70 % J : 65 % Moyenne AJ : 67 %	Médecins généralistes installés des Vosges et patients	<u>Freins du point de vue des patients :</u> <ul style="list-style-type: none"> -absence de symptômes -sentiment d'invulnérabilité -non fiabilité du test -dépistage au second plan (n'est pas une priorité) -peur des résultats -peur de la coloscopie -sujet tabou du dépistage du cancer colorectal -manque d'implication du médecin qui fourni le test sans en expliquer les modalités et l'intérêt -patients réfractaires à toute forme de dépistage -facteur temps <u>Freins du point de vue des médecins :</u> <ul style="list-style-type: none"> -manque de connaissance des patients des modalités de dépistage -patients qui ont peur des résultats

						<p>-patients réfractaires à toute forme de dépistage</p> <p>-facteurs temps</p> <p>-oublier de penser à proposer le dépistage</p> <p>-patients non suivis régulièrement.</p> <p><u>Leviers du point de vue des patients :</u></p> <p>-le médecin généraliste</p> <p>-prendre le temps en consultation de parler du dépistage, de ses modalités, de son intérêt.</p> <p><u>Leviers du point de vue des médecins généralistes :</u></p> <p>-la relation médecin-malade</p> <p><u>Piste d'amélioration du point de vue des patients et des médecins :</u></p> <p>-consultation dédiée</p>
Obstacles en 2016 au DOCCR. Avis des médecins généralistes installés dans le Val-de-Marne	Laura Ceccato	France 2016	Étude observationnelle, descriptive, prospective et quantitative Grade C	Grille STROBE A : 75 % J : 60 % Moyenne AJ : 67 %	Médecins généralistes installés dans le Val-de-Marne	<p><u>Freins :</u></p> <p>-patients insuffisamment informés</p> <p>-consultation pour un autre motif</p> <p>-manque de temps pendant les consultations</p> <p>-oubli des médecins</p> <p>-patient non réceptif à l'information</p> <p><u>Pistes d'amélioration :</u></p> <p>-améliorer la formation des médecins</p> <p>-optimiser l'utilisation des logiciels informatiques avec alarmes</p> <p>-améliorer les connaissances des patients en renforçant les campagnes d'information</p> <p>-modifier le courrier d'invitation des patients</p> <p>-mise en place de consultation dédiée aux dépistages</p>
État des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Centre-Val-De-Loire concernant le dépistage organisé du cancer colorectal	Kassandra BLACHIER	France 2022	Étude descriptive, quantitative et observationnelle Grade C	Grille STROBE A : 65 % J : 65 % Moyenne AJ : 65 %	Médecins généralistes exerçant dans la région Centre-Val-De-Loire	<p><u>Causes de non-réalisation du test :</u></p> <p>-oubli de réalisation des patients</p> <p>-manque de temps des patients pour la réalisation du test</p> <p>-peur du résultat ou les conséquences qu'entraînent un test positif</p> <p>-manque d'information</p> <p>-pudeur</p> <p>-absence de suivi médical/ négligence</p> <p>-délai de livraison du test trop long</p> <p>-absence de symptômes des patients</p> <p><u>Propositions d'amélioration :</u></p> <p>-explication du kit</p> <p>-consultation dédiée au DOCCR</p>

						-rattacher le module d'éligibilité Zeus au logiciel informatique utilisé couramment en médecine générale
Les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal, afin d'augmenter le taux de participation. Étude qualitative par entretiens individuels	Amandine Bizard	France 2018	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 65 % J : 65 % Moyenne AJ : 65 %	Médecins généralistes d'Ille et vilaine	<u>Freins :</u> -patient qui ont trop de maladies -le facteur temps -difficulté à être le médecin traitant de sa propre famille -la représentation des selles -une réalisation du test compliquée -les barrières culturelles -les problèmes de non-conformité en raison de la date de validité -influence négative des médias -un courrier compliqué <u>Leviers :</u> -utilité des médias -utilité du courrier <u>Pistes d'amélioration :</u> -consultation dédiée -création de contrôle ciblant des médecins en particulier -l'utilisation de l'informatique pour éviter les oublis
Les médecins généralistes d'Alsace et leur dépistage du cancer colorectal : freins et motivations	SABER Malika	France 2020	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 64 % J : 64 % Moyenne AJ : 64 %	Médecins généralistes de Mulhouse	Concernant le DOCCR des patients : <u>Difficultés à convaincre :</u> -refus par dégoût des selles -refus par peur du résultat ou des conséquence (coloscopie) -patients qui ne consultent (prenant exemple des hommes entre 50 et 60 ans) -la barrière de la langue <u>Leviers :</u> arguments explicatif du dépistage Concernant le DOCCR des médecins généralistes : <u>Motivations à faire leur propre dépistage :</u> -confiance au dépistage -crédibiliser leur démarches en tant que médecin <u>Freins à la réalisation de leur propre dépistage :</u> -manque de temps et d'organisation -leur santé passe après celle de leur patient -oubli -négligence -ne pas se sentir concerné par le test

						<ul style="list-style-type: none"> -pénibilité de la coloscopie, peur du test positif -difficulté à aller voir un confrère -ne pas être relancé par l'organisme de gestion des dépistage -se sentir protégé du fait de leur statut
Santé des médecins généralistes : DOCCR chez les médecins généralistes franciliens de sexe masculin	Véronique Sanh Legavre	France 2016	Étude observationnelle Grade C	Grille STROBE A : 73 % J : 56 % Moyenne AJ : 64 %	Médecins généralistes de sexe masculins d'Ile de France de plus de 50 ans	<u>Motifs de non observance :</u> <ul style="list-style-type: none"> -négligence -pratique de coloscopie de prévention / coloscanner -manque de temps -manque de fiabilité du test -pénibilité du test
Les déterminants de la non participation au DOCCR par le test immunologique : une étude qualitative.	Amélie Prunier	France 2016	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 58 % J : 56 % Moyenne AJ : 57 %	Patients ayant une consultation programmée dans la MSP Augustine Lapiere	<u>Motifs de non participation concernant les dépistages en général :</u> <ul style="list-style-type: none"> -trop d'informations des campagnes de prévention -dépistage sans intérêt pour certain -problème des cancers de l'intervalle <u>Motifs de non participation concernant le DOCCR :</u> <ul style="list-style-type: none"> -remise en question de l'efficacité du DOCCR -pudeur -peur du résultats -méconnaissance sur l'existence même du cancer colorectal -durée de péremption -courrier d'invitation trop impersonnel, parfois pris pour de la publicité -examen clinique de leur médecin ou une prise de sang normale -médecin traitant proche -lourd passé médical -avoir d'autres préoccupations de santé -absence de symptômes -autonomie à gérer sa santé -déli de l'âge -rejet du système de soin -le stress lié à l'attente des résultats -les traitements redoutés et leurs effets indésirables -une efficacité incertaine des traitements -une phobie des hôpitaux et des gestes médicaux -politique de l'autruche -procrastination -la fatalité de la maladie -le manque de temps

						<ul style="list-style-type: none"> -les conséquences financières -l'oubli d'évocation ou une évocation évasive par le médecin <p><u>Leviers du point de vue des patients :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -médecin traitant <p><u>Pistes d'amélioration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -impliquer le médecin du travail -proposer des groupes d'éducation préventive
<p>Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique</p> <p>63) <i>Understanding barriers and facilitators to participation in colorectal cancer screening: A French qualitative study</i></p>	<p>Alice Le Bonnicc Sébastien Mas, Marie Préau and Florence Cousson-Gélie</p>	<p>France 2018 2020</p>	<p>Partie 1 Partie 2 étude qualitative Partie 3 Grade C</p>	<p>Partie 2 : grille COREQ A : 59 % J : 54 % Moyenne AJ : 56%</p>	<p>Partie 2 : patients habitant à Montpellier, enregistré dans le listing de la structure de dépistage</p>	<p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -accessibilité du dépistage, devoir aller chez le médecin généraliste pour récupérer le kit -manque de temps -image négative du cancer colorectal (saleté, tabou) -absence de symptômes -manque de sensibilisation de la part des médecins généralistes -manque de communication dans les médias <p><u>Facilitateurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -espoir de guérison si dépistage précoce -le courrier d'invitation -la recommandation du médecin généraliste
<p>Quels sont les facteurs influençant les patients dans la participation au dépistage du cancer colorectal ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 patients</p>	<p>Florian Péron</p>	<p>France 2019</p>	<p>Étude qualitative Grade C</p>	<p>Grille COREQ A : 59 % J : 53 % Moyenne AJ : 56 %</p>	<p>Patients habitant en ex-région Picardie</p>	<p><u>Facteurs à influence positive :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -implication du médecin -l'influence des médias -motivation personnelle des patients -besoin de connaître son état de santé <p><u>Facteurs à influence négative :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -manipulation des selles -mode d'emploi jugé complexe -tabou autour du cancer -absence d'incitation par les médecins -devoir consulter pour avoir le kit <p><u>Moyens d'améliorer la participation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -intensifier les campagnes classique de prévention, besoin de connaissance sur le dépistage et cancer -débiter l'information et la prévention dès le milieu scolaire -réception du kit à domicile
<p>Le dépistage organisé du</p>	<p>Agathe</p>	<p>France</p>	<p>Étude qualitative</p>	<p>Grille</p>	<p>Médecins</p>	<p><u>Freins :</u></p>

cancer colorectal par test immunologique dans les Vosges : comment améliorer le taux de participation des patients vosgiens. Etude qualitative.	Lefaure	2019	Grade C	COREQ A : 56 % J : 54 % Moyenne AJ : 55 %	généralistes dans les Vosges	-désintérêt du patient quant au dépistage -difficultés techniques du test -manque d'information des patients -la peur du résultats ou de la coloscopie -réticence à la manipulation des selles -absence d'implication du médecin généraliste dans le dépistage -problème de temps des médecins lors des consultations -le manque de conviction de la part du médecin envers le test <u>Axe d'amélioration principal</u> : information du grand public <u>Levier</u> : médecin généraliste au cœur du dépistage
Decision-making in fecal occult blood test compliance: A qualitative study investigating motivational processes	G. Broca , B. Denisb, J.-B. Fassiera , I. Gendreb, P. Perrinb, B. Quintard	France 2017	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 53 % J : 53 % Moyenne AJ : 53 %	Patients	<u>Groupe de facilitateurs</u> : -soutien perçu -modélisation des prestations de santé / visualisation des bénéfices pour la santé <u>Groupe de barrières</u> : -méfiance vis-à-vis du système de soin -manque de temps des patients -mode de vie sain -peur -découragement, fatalisme de la maladie -ne se sens pas concerné
Le patient face au courrier d'invitation au DOCCR	Thibault Pierre Martin Soulier	France 2018	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 55 % J : 51 % Moyenne AJ : 53 %	Patients de médecins généralistes ligériens éligibles au DOCCR	<u>Freins</u> : -l'abandon de l'envoi du test avec le courrier d'invitation -réalisation de la coloscopie en cas de positivité du test, peur du test, de son résultat -le courrier (lassitude, sensation de harcèlement) -influence d'une mauvaise expérience antérieure pour le patient <u>Leviers</u> : -le courrier, plus personnalisé, signé par une autorité connue du patient -campagne de communication qui pourrait être renforcée -rôle de persuasion du médecin, relation de confiance
Quels sont les freins et les motivations des patients à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal dans l'Allier ?	Marion Jacquetin	France 2017	Étude qualitative Grade C	Grille COREQ A : 53 % J : 53 % Moyenne AJ : 53 %	Patients vivant dans l'Allier	<u>Freins</u> : -le manque de connaissances sur le cancer colorectal -négligence, manque de suivi médical -oubli -la peur du cancer et de la coloscopie

						<ul style="list-style-type: none"> -absence de symptômes -le manque de temps -un test difficile à faire -histoire personnelle difficile <p><u>Motivations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -les relances par courrier de l'organisme de gestion des dépistages -avoir l'esprit tranquille, intérêt pour sa santé -confiance dans le médecin
<p>Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue du public par une enquête par questionnaire (1). Point de vue médical par une enquête en focus group (2).</p>	<p>Anghjulina Allegrini, Arnaud Fico</p>	<p>France 2019</p>	<p>1) étude quantitative et 2) étude qualitative Grade C</p>	<p>1) Grille STROBE A : 75 % J : 75 % Moyenne AJ : 75 % 2) Grille COREQ A : 47 % J : 45 % Moyenne AJ : 46 %</p>	<p>1) Patients de Haute-Corse 2) Médecins généralistes de Haute-Corse</p>	<p style="text-align: right;">1) Étude quantitative</p> <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -peur du cancer -manque de temps -manipulation des selles <p><u>Leviers :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -réception du courrier au domicile -délivrance du kit par le pharmacien <p style="text-align: right;">2) Étude qualitative.</p> <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -le manque de temps -l'oubli des médecins -le manque de formation et d'information des médecins généralistes -la méconnaissance et le manque d'information des autres professionnels de santé -manque de participation des patients -manque de médiatisation -absence de consultation dédiée -temps de latence entre la commande des kits et leur réception -manipulation des selles -manque de confiance dans le test de la part des médecins <p><u>Améliorations à apporter pour favoriser la participation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -médiatisation -optimisation de la formation initiale -favoriser l'information des autres spécialités médicales et paramédicales -rémunération (ROSP, cotation spécifique dépistage) -consultation annuelle dédiée au dépistage, pris en charge à 100 % -rappels informatiques automatisés par les logiciels médicaux -participation des pharmacies

III. Synthèse des données

Nous avons décidé de présenter les résultats en séparant les freins, les leviers et les pistes d'amélioration, certains étant évoqués à la fois par les patients et à la fois par les médecins généralistes.

Après lecture complète des articles, nous avons également affiné notre définition de « frein » et de « levier ». En effet nous nous sommes rendus compte que nous n'avions pas la même définition que certains auteurs. Nous nous sommes donc accordés avec les définitions suivantes : un frein est ce qui ralentit, entrave, et un levier est ce qui sert à vaincre une résistance, c'est un moyen d'action. Dans notre objectif initial de recherche des freins et des leviers au dépistage du cancer colorectal, nous avons donc volontairement exclus certains éléments que quelques auteurs qualifiaient de freins ou de leviers, mais qui ne rentrait pas dans notre définition.

Finalement, en fonction des différentes variables contextuelles (médecin, patient, temporalité), une infinité de freins et de leviers peut émerger. Nous avons tenté, à travers notre analyse, de vous rapporter la majorité d'entre eux.

1. Freins

Nous avons décidé de regrouper tous les freins émergents en groupe puis en sous-groupe pour faciliter la présentation des résultats.

a. Freins liés au kit de dépistage

Le premier frein lié au kit de dépistage est celui de **la complexité du kit**. Si l'on s'intéresse au point de vue des médecins généralistes, **la présentation actuelle** du test peut être un peu trop complexe et freiner la réalisation de ce dernier (9). Une étude dans les Vosges (10) rapporte des **difficultés techniques** du test et une thèse bretonne (11) parle d'une **réalisation compliquée**. Certains médecins ont évoqués des **explications à donner aux patients trop complexes** (12). Enfin, des **difficultés en lien avec l'ergonomie du test** sont décrites dans une étude réalisé dans les

Bouches-du-Rhône. Si l'on s'intéresse au point de vue des patients, une thèse qualitative (13) retrouve à la fois une **difficulté d'utilisation liée au papier de recueil des selles** et une **préoccupation concernant la bonne réalisation du test**. La thèse du Dr Péron (14) mentionne un **mode d'emploi jugé trop complexe** et celle du Dr Jacquetin (15) évoque un **test difficile à faire**.

Le deuxième frein, celui-ci uniquement évoqué du point de vue des médecins est celui de **l'approvisionnement**. En effet, l'étude quantitative de Centre-Val-De-Loire (16) fait allusion à un **délai de commande des tests trop long**, la partie qualitative de l'étude réalisée en Hauts-de-Corse (17) parle d'un **temps de latence entre la commande des kits et leur réception**, un autre article (18) cite par ailleurs un **retard de livraison** ou des **commandes non reçues**. La complexité d'approvisionnement est également suggérée par la thèse du Dr Piquion (19).

Un troisième frein évoqué en lien avec le kit de dépistage est celui de **la péremption**. La **durée d'utilisation des kits relativement courte** peut être un frein à leur réalisation (9). La thèse du Dr Bizard (11) rapporte des **problèmes de non-conformité** en soulignant le retour de tests non interprétés à cause de la date de validité. La difficulté liée à la péremption du test est aussi évoqué par d'autres travaux (18), (20).

L'abandon de l'envoi du test avec le courrier est évoqué lors de focus group de patients ligériens (21). Le travail de thèse du Dr Jouni (18) fait ressortir **la fragilité du test à la chaleur** d'après les médecins interrogés.

b. Freins liés à l'information et à la formation

Le premier frein est celui du **manque de confiance dans le test**. Ce frein est d'ailleurs plus souvent cité par les médecins dans les articles que nous avons sélectionnés. Dans l'étude des Hauts-de-Corse (17), le manque de confiance dans le test est l'un des freins majoritairement cités par les médecins, au point que certains signalent préférer envoyer leurs patients directement consulter un gastro-entérologue. La thèse du Dr Lefaure (10) suggère que **le manque de conviction de la part du médecin généraliste**, notamment en lien avec des expériences négatives avec le test, est un frein très important du point de vue des médecins, frein également abordé dans une étude en entretiens semi-dirigés (22). **Le manque de fiabilité du test** est évoqué par des médecins (12) et une patiente (23). **La remise en question de l'efficacité du test à détecter le cancer** est également cité par les

patients de deux études qualitatives (16), (13), en précisant dans ce dernier le fait de pouvoir développer un cancer dans l'intervalle entre les dépistages. Deux articles parlant des freins du point de vue du médecin généraliste concernant son propre dépistage citent **le désaccord avec le test** (24) ainsi que son manque de fiabilité (25).

Le manque de connaissance des patients que ce soit par rapport au cancer colorectal ou au dépistage est le deuxième frein lié à l'information. Les médecins parle d'un **manque de sensibilisation des patients** ainsi que des **fausses croyances** pouvant expliqué le taux de participation du DOCCR (9). **Le manque d'information des patients concernant le test et les modalités de dépistage** est aussi rapporté par les médecins interrogés dans de nombreux travaux (16), (10), (26), (22), (23). Les patients aussi soulignent leur **manque de connaissance sur le CCR et sur le test de dépistage** (15). Ils vont jusqu'à témoigner d'une **méconnaissance sur l'existence même du DOCCR** (20).

Le troisième frein est en rapport avec **une mauvaise communication autour du DOCCR**. La majorité des médecins de l'étude du Dr Biron (9) déplorent un **manque global de communication de santé publique autour du DOCCR**, ou alors d'une **communication qui selon eux est peu efficace** avec une **saturation d'informations**. Les médecins du même article parlent ensuite d'une **absence de communication des chiffres au médecin**, ils regrettent le fait de ne pas recevoir les chiffres concernant le pourcentage de participation de leur patientèle. Les médecins interrogés dans une étude qualitative (17) parlent du **manque de médiatisation du CCR**, surtout comparé au cancer du sein qui lui, est bien connu du grand public. Certains médecins mentionnent même une **influence négative des médias** (11). Ce manque de communication dans les médias est aussi abord par les patients (27). Concernant **le courrier d'invitation** au DOCCR, certains médecins évoquent une lassitude ou une sensation de harcèlement qui peut être perçu par les patients à son égard (21), tandis que des patients reprochent un courrier trop impersonnel. Des professionnels de santé et des patients interrogés sur leur vécu (28) décrivent des **outils d'information** comme pouvant agir comme des freins détournant le participant du dépistage.

Enfin le dernier frein évoqué dans cette partie est celui du **manque de formations des médecins et des autres professionnels de santé**. Des médecins (9) regrettent de ne pas être assez formés de manière générale à la médecine préventive, d'autres évoquent manquer d'informations sur les modalités de dépistage (19). La méconnaissance et le manque d'information des autres professionnels de santé ont été cité (17).

c. Freins liés à l'organisation médicale

Le premier frein lié à l'organisation médicale est celui de **la problématique de temps pendant la consultation**. La majorité des médecins interrogés dans la thèse du Dr Biron (9) regrettent de ne pas avoir assez de temps lors de leurs consultations pour aborder ce dépistage, qu'il **manque une consultation dédiée à la prévention**, ceci est également cité dans une autre thèse (17). Le manque de temps est également rapporté par plusieurs études (11), (26), (23), (19), (10), (22) avec l'évocation de **la multiplication des motifs de consultation par rendez-vous** ne permettant pas d'aborder des sujets supplémentaires dans ces trois derniers. Un médecin de Maine-et-Loire (12) évoque le caractère chronophage du test.

Le deuxième frein est **l'oubli de la part des médecins**. Quelques médecins d'une étude (9) avouent qu'il peut leur arriver d'oublier d'aborder ce sujet. L'oubli a été mentionné dans tous les discours des médecins interrogés dans la thèse réalisée dans les Hauts-de-Corse (17). C'est également retrouvé dans d'autres travaux (26), (22), (23). Pour des patients interrogés en Lozère (20), l'oubli d'évocation du DOCCR par leur médecin est un frein à la participation.

Le troisième frein évoqué cette fois plus majoritairement pas les patients est celui du **manque d'implication du médecin**. Du point de vue des patients, **l'absence d'incitation** par le médecin généraliste est citée comme frein (14). Pour les patients participants dans l'étude d'Alice Le Bonniec (27), il semblerait aussi que certains médecins généralistes ne soient **pas spécialement investis dans cette thématique**. Certains patients (23) témoignent que le médecin leur a juste fourni le test, **sans en expliquer les modalités et l'intérêt**. Les patients lozériens (20) abordent la **problématique du médecin traitant-ami** : après des années de suivi et sachant son patient-ami réfractaire, le médecin n'insiste plus sur l'importance du DOCCR. **La passivité du médecin généraliste** dans le dépistage est un frein évoqué par les médecins généralistes qui pouvaient s'avouer plutôt passifs quant au DOCCR, si le patient ne demandait pas son kit, le médecin ne lui proposait pas (10).

Un quatrième frein concerne **la délivrance du kit de dépistage**. Des médecins (9) citent que **le fait d'être vu en consultation par un interne ou un remplaçant** peut être un frein à la réalisation du DOCCR, du fait d'une moins grande expérience. Des patients citent comme frein de **devoir aller chez le médecin pour obtenir le kit** (14), (27).

D'autres autres freins ont été évoqués par les médecins en lien avec l'organisation médicale. Tout d'abord **un logiciel non adapté**, un médecin interrogé (9) a pointé du doigt des logiciels parfois non optimisés pour le rappel des tests de dépistage. Sont cités également **les contraintes administratives liées au test** ainsi que **la périodicité de deux ans estimée trop courte par les médecins (12)**. Enfin des médecins d'Ille-et-Vilaine (11) évoquent **la difficulté à être le médecin de sa famille**.

d. Freins liés au patient

Le principal frein lié au patient et évoqué par une majorité des études est **la peur**. Certaines études mentionnent la peur du **résultats** (29), (18), (23), (16), (30), (20), (10), (21) ou des **conséquences d'un résultat positif** (9), (16), (22), (30). D'autres rapportent directement la peur de la **coloscopie** (21), (13), (18), (22), (23), (10), (15). On retrouve aussi la peur de la **mort** (13) ou de la **maladie** (13), (17), (15), (31). La notion de stress lié à **l'attente des résultats** est aussi abordé (20), (31), de même que le fait de redouter les **traitements**, leur effets indésirables ou leur efficacité (20), (31). Certains citent même la phobie des **hôpitaux** ou des **gestes médicaux** (20), la peur du **test** (21) ou celle d'une **mauvaise nouvelle** (24).

Le deuxième frein est en rapport avec **la pénibilité liée aux selles**. Les notions qui reviennent le plus souvent sont celles de la **pudeur** (13), (9), (16), (20) celle de la **réticence lié à la manipulation des selles** (18), (17), (22), (10), (17), (14) ou encore celle du **tabou** (23), (27), qui peut être lié au selles (13), ou au cancer (14). Certains mentionnent une **phobie ou dégoût** de voir des selles (30), d'autres une pénibilité liée au test (25), ou encore une certaine appréhension à réaliser le test lié à la **constipation** (11).

Un troisième frein est celui du **manque d'intérêt des patients**. Certains parlent d'un **manque d'intérêt** (9), (10), (26) ou même d'un **dépistage sans intérêt** (20), d'autres d'un **manque de motivation** (9) ou de **participation** des patients (17). Il y a une certaine **indifférence** au dépistage (13), avec des patients parfois médecins qui **ne se sentent pas concernés** (18), (22), (31), (30).

Vient ensuite **la problématique de temps**, retrouvée dans plusieurs études. Il est cité un **manque de temps des patients pour la réalisation du test** (16), (29), (17), (27), (15), (23), (31),

ou la **procrastination** (20). Ce manque de temps et d'organisation est également décrit par trois études ayant interrogées les médecins généralistes quant à leur propre dépistage (24), (30), (25).

Un autre frein retrouvé est celui du **manque de suivi des patients**. En effet, certains patients n'ont **pas de suivi médical régulier** (9), (30), (23), (13), (15), ce qui est un frein au DOCCR, on parle quelque fois véritablement de **négligence** (16), (13), (15), (25).

L'absence de symptômes (16), (24) comme frein est mentionné à plusieurs reprises, surtout de la part des patient (27), (15), (23), (20), est également évoqué un **sentiment d'invulnérabilité** (23) ou le fait de **se sentir en forme** (29).

Le fait d'avoir des **comorbidités** est également citée comme un frein. En effet, des médecins constatent que les patients avec de multiples comorbidités ont d'autres inquiétudes que celui du dépistage du CCR (9), (11), (22). Les patients parlent d'avoir **d'autres préoccupations de santé** et certains préfèrent **se tenir à l'écart en raison d'un lourd passé médical** (20). D'autre relèguent le DOCCR au second plan car ce n'est **pas une priorité** pour eux (23).

De nombreux autres freins au dépistage du CCR sont rapportés à travers toutes les études que nous avons sélectionnées :

- l'**oubli** de réalisation du test est aussi relevé comme un frein (16), (15), notamment par les patients-médecins (24), (30);

- des **capacités intellectuelles limitées** (9), ou des **difficultés de compréhension** des patients (18);

- l'influence négative d'une **histoire personnelle difficile** ou d'une **mauvaise expérience antérieure** avec un test (15), (21);

- la **barrière culturelle** ou la **barrière de la langue** (11), (30);

- une certaine **protection divine** est citée par les patients interrogés à La Réunion (13), d'autres rapportent une **fatalité** de la maladie, du cancer (20), (31);

- certains évoquent un **rejet ou une méfiance vis-à-vis du système de soin** (20), (31), ou sont **réfractaires à toute forme de dépistage** (29), (23);

- les patients interrogés dans la thèse du Dr Hakkar (29) rapportent comme frein un **moment non approprié**, une **indécision** ou alors un **déménagement** en cours ;

-les médecins interrogés quant à leur propre dépistage dans l'étude réalisée à Mulhouse (30) parlent de **faire passer sa santé après celle des patients**, d'une **difficulté à aller voir un confrère** ou encore de **se sentir protégé du faire de leur statut de médecin** ; d'autres médecins (25) ne font pas le dépistage car ils pratiquent la **coloscopie de prévention ou le coloscanner** ;

-les patients interrogés au cours de la thèse du Dr Prunier (20) soutiennent qu'un **examen clinique du médecin** ou une **prise de sang normale** se substituerai au dépistage, il y a aussi le déni de l'âge qui freinent les patients à faire le DOCCR ;

-certains patients se sentent **autonome à gérer leur santé** (20), d'autre disent avoir un **mode de vie sain** (31).

e. Freins liés à l'aspect financier

Un des freins au DOCCR cités par les médecins est que **la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) n'est pas suffisamment attractive** (19) ou que **l'acte est peu rémunéré** (12). Pour les patients cela fait référence aux **conséquences financières qui pourraient survenir à cause de la maladie**. Ceci est particulièrement évoqué par des personnes actives, travaillant dans le milieu de l'artisanat ou en libéral, en effet un arrêt de travail pour longue maladie serait catastrophique pour le budget du foyer, mieux vaut ne pas se dépister pour éviter ce genre de situation (20).

2. Leviers

Cette fois encore nous avons regroupé tous les leviers émergents en groupe puis en sous-groupe pour faciliter la présentation des résultats.

a. Leviers liés au kit

Nous retrouvons tout d'abord des leviers en lien avec **la diffusion du kit** de DOCCR. Dans une thèse étudiant le ressenti des médecins généralistes concernant **la remise du kit de dépistage du CCR en officine** (32), la plupart des médecins interrogés sont favorables à cette modalité de récupération du kit, ils attendent une augmentation du taux de participation au dépistage par ce nouveau droit. Un médecin interrogé par le Dr Bertrand (33) a signalé que **la présence d'une secrétaire dans son cabinet facilitait la distribution du kit de dépistage**. Une étude quantitative par questionnaires auprès des patients (17) fait ressortir que la moitié d'entre eux préféreraient **recevoir le test directement à la maison**.

Un des facteurs d'adhésion des médecins généralistes retrouvé dans l'enquête dans le sud des Hauts-de-Seine (19) est que certains trouvaient **la commande des kits de dépistage facile et rapide**. Des patients interrogés dans la thèse du Dr Patel Safla à La Réunion (13) ont également décrit **la facilité de réalisation du test de dépistage** comme encourageante. Le fait que le prélèvement se fasse dans le confort de son domicile, sans nécessité de rendez-vous avec un médecin, que ça ne soit pas une coloscopie avec une anesthésie générale et la facilité d'envoi du prélèvement via la Poste étaient autant d'arguments cités pour dire que le dépistage n'était pas compliqué à faire.

b. Leviers liés à l'information et à la formation

Premièrement, nous retrouvons des leviers liés à **la communication autour du DOCCR**. Un médecin du Finistère (33) trouvait que **la communication de ses chiffres concernant la participation de ses patients** au DOCCR était un élément qui le motivait à proposer encore plus le dépistage. Plus de la moitié des médecins interrogés dans la thèse du Dr Piquion (19) pensaient que **les campagnes de communication institutionnelles** avaient un impact positif pour promouvoir le dépistage auprès des patients. Cela rejoint l'avis de certains médecins interrogés dans une enquête en Maine-et-Loire (12) concernant **la campagne médiatique « Mars Bleu »**: pour eux elle permettrait une diminution des réticences à faire le test, faciliterait leur intervention auprès des patients et permettrait au patient d'aborder de lui-même la question du dépistage. Finalement certains médecins notaient une augmentation de la participation des patients consécutive à « Mars Bleu ». D'autres médecins interrogés en entretiens individuels avec le Dr Bizard (11) soulignent

encore l'utilité de **la promotion du DOCCR à travers les médias et les campagnes d'affichages** ainsi que l'intérêt du **courrier envoyé aux patients**. Du point de vue des patients interrogés dans la thèse du Dr Piza (28), **les outils de communication** peuvent aussi, selon leur format, leur contenu, leur moment de réception, etc, jouer un rôle de levier au DOCCR, par exemple **le courrier de relance** (15). Chez les patients interrogés dans la thèse du Dr Péron (14), on parle des **médias (télévision, journaux, radio)** comme des facteurs à influence positive.

Concernant **la formation**, des cliniciens interrogés dans le Finistère (33) considéraient que les **jeunes médecins étaient mieux formés à la médecine préventive**, ce qui les encourageait à proposer plus facilement le DOCCR à leurs patients .

c. Leviers liés à l'organisation médicale

Le principal levier lié à l'organisation médicale est celui de **l'implication du médecin généraliste**. La grande majorité des médecins interrogés dans la thèse du Dr Piquion (19) pensaient que **le rôle du médecin généraliste** était indispensable dans le dépistage du CCR car il en relevait de sa mission de prévention, cela rejoint les médecins vosgiens (10) qui parlent du **médecin généraliste comme principal motivateur** au cœur du dépistage. La thèse du Dr Bertrand dans le Finistère (33) fait également ressortir le rôle essentiel du médecin généraliste, en effet la majorité des médecins interrogés a estimé que **des explications claires** étaient un vrai levier à la réalisation du dépistage, accompagnées pour certains d'**une démonstration du kit devant leurs patients**. Beaucoup d'entre eux rapportaient qu'il fallait vraiment s'investir, **répéter plusieurs fois**, afin de persuader les patients à accomplir le DOCCR. Un médecin a mentionné que **le partage de ses expériences personnelles** était un levier à l'adhésion de ses patients. Les patients insistent aussi sur l'importance de l'implication de leur médecin généraliste : par **une incitation de sa part** à faire le test (13), par **son encouragement** (27) et **son soutien** (31), par **son intervention** et **son rôle de persuasion** (14), (21) ou encore parce qu'il est considéré comme **celui qui sait** (23), (20).

L'implication du médecin généraliste peut se rapprocher du deuxième levier : **une relation de confiance avec son médecin**. Ce levier est mentionné à la fois par les médecins (33), (22) et (23), ainsi que par les patients (15) et (21).

Enfin, des moteurs retrouvés par les médecins vont être **l'aide de rappels informatique** sur les ordinateurs, ainsi que des **consultations réservées uniquement au dépistage** en prenant l'exemple de celles organisées par certaines caisses d'assurance maladie (33), (22).

d. Leviers liés aux patients

Le premier levier lié au patient et retrouvé à plusieurs reprises est celui d'**être acteur de sa santé**. Dans l'étude réunionnaise (13), **la peur du cancer ou de la maladie** en général revenait régulièrement comme un facteur encourageant à réaliser le dépistage et le fait de savoir qu'on a la maladie semblait être un **moyen de maîtriser leur santé** et d'en être acteur. Le dépistage était considéré par plusieurs participants comme le fait de **prendre soin de soi**. Dans la thèse réalisée par le Dr Péron (14) sont mentionnés la notion de **motivation personnelle** et le **besoin de connaître son état de santé**, de réaliser un « check-up ». **L'utilité du dépistage** est mis en avant dans l'article de la revue Preventive Medecine (31) et dans l'étude réalisée par Alice Le Bonniec (27). Dans cette dernière les participants semblaient **sensibilisés à l'importance d'un dépistage précoce** afin d'améliorer l'efficacité des traitements et la possibilité de guérison d'un éventuel cancer. La réalisation du test permet ensuite à de nombreux patients d'écarter de leur esprit le CCR et d'**avoir l'esprit tranquille** (15).

Pour certains médecins du Finistère interrogés dans la thèse du Dr Bertrand (33), un autre levier est **un suivi médical important**, en effet ils ont repéré qu'ils proposaient plus facilement le DOCCR à leurs patients chroniques, en voyant le patient régulièrement ils pouvaient prendre le temps d'aborder les dépistages au cours des différentes consultations.

Finalement des leviers avancés par des médecins généralistes en lien avec leur propre dépistage (30) sont le fait de **faire confiance au dépistage** et de **vouloir crédibiliser leur démarche**, pour certain il s'agit d'un **devoir** en tant que médecin de participer aux programmes nationaux de dépistage.

e. Levier lié à l'aspect financier

Le principal levier lié à l'aspect financier cité par les médecins est celui de **la valorisation financière de la ROSP**. Des médecins interrogés dans le Finistère (33) et dans le sud des Hauts-de-Seine (19) ont reconnu que la valorisation financière par la rémunération sur objectifs de santé publique les motivait à proposer davantage le DOCCR.

3. Pistes d'amélioration

Pour terminer, nous avons choisi de présenter les pistes d'amélioration sous forme de tableau. Nous les avons regroupées en groupe puis en sous-groupe. Dans le tableau suivant les sources numérotées qui sont soulignées correspondent aux pistes d'amélioration proposées par les patients, les autres sont celles proposées par les médecins.

PISTES D'AMÉLIORATION		
Liées au kit	Diffusion du kit	<p>-Distribution des kits par d'autres acteurs de santé (18) : Participation des pharmacies au dépistage (17), Implication du médecin du travail (20), Possibilité de faire les tests dans un laboratoire (13)</p> <p>-Envoi du kit à domicile (22), réception du kit à domicile (14), (13)</p> <p>-Invitation conjointe au DOCCR et à la mammographie pour les femmes, voire une remise des kits de dépistage lors du passage de la mammographie (18)</p>
	Kit	<p>-Amélioration des outils du kit : deuxième papier de recueil des selles dans le test de dépistage, paire de gants disponible (13)</p> <p>-Travailler sur la fragilité du test à la chaleur pour pouvoir le proposer aux patients pendant l'été tout en permettant une bonne interprétation (18)</p>
	Stock	<p>-Raccourcir sur les délais de livraison des tests (18)</p> <p>-Rendre l'approvisionnement en kit automatique (19) sans avoir à passer commande pour éviter les oublis ou les ruptures d'approvisionnement</p>
Liées à l'information et à la formation	Communication sur le DOCCR	<p>-Favoriser et renforcer les campagnes publicitaires et médiatiques (17), (22), (18), (19), (14), (10), (21) améliorer les connaissances des patients en renforçant les campagnes d'information (26), (14)</p>

Liées à l'information et à la formation	Communication sur le DOCCR	<p>-Sensibiliser au dépistage à l'école (22), débiter l'information et la prévention dès le milieu scolaire pour avoir un impact sur les parents via leurs enfants (14)</p> <p>-Avoir un retour sur l'activité de dépistage de leur patientèle (18), (12), (22)</p> <p>-Recevoir de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) une liste de ses patients éligibles au DOCCR (19)</p> <p>-Modification du courrier d'invitation au DOCCR : simplification du courrier et amélioration du packaging (22), un courrier plus personnalisé et signé par une autorité connue du patient (comme son médecin traitant) (21), mettre à disposition dans le courrier un QR code (Quick Response code) pour une vidéo tutorielle du DOCCR (13)</p> <p>-Rôle des patients sensibilisant le public en utilisant témoignages de personnes ayant un CCR (13)</p> <p>-Proposer des groupes d'éducation préventive animés par le médecin traitant où l'on aborderait le DOCCR (20)</p>
	Formation des professionnels de santé	<p>-Promouvoir le dépistage à travers la formation initiale et la formation continue (17) (22) (17) (19) (26)</p> <p>-Diffuser les stratégies employées par les médecins généralistes les plus performants en terme de participation (18), favoriser l'échange avec les professionnels notamment les zones avec lesquelles la participation est meilleure (22)</p> <p>-Favoriser l'information des spécialités médicales et paramédicales (17)</p>
Liées à l'organisation médicale	Consultation dédiée	<p>-au DOCCR (22) (11) (12) (16) (23),</p> <p>-au dépistage en général (26) prise en charge à 100 % (17) (18),</p> <p>-à la prévention (19)</p>
	Optimisation du logiciel informatisé	<p>-Mettre en place un système de rappel informatique automatisé sur le dossier informatisé du patient (17) (19) (26) (11)</p> <p>-Mettre en place un système de rappel aux patients quelques jours après la remise du test en consultation (via le logiciel informatique par exemple) (18)</p> <p>-Rattacher le module d'éligibilité « Zeus » (spécifique à la région Centre-Val-De-Loire) au logiciel informatique utilisé couramment en médecine générale (16)</p>
	Nouvelles modalités de dépistage	<p>-Développer des tests de dépistage génétiques (22)</p> <p>-Test de dépistage par prise de sang au lieu par analyse des selles (13)</p>
	Autres	<p>-Développer des aides pour repérer les personnes cibles (infirmière santé publique et ASALEE (Action de santé libérale en équipe)) (22)</p>

	Autres	-Implication du médecin traitant par explication du kit (16)
		-Création de contrôles en ciblant les médecins qui ne propose pas assez le test (11)
Liées à l'aspect financier	-Revaloriser la ROSP (19), (17), (26), améliorer la rémunération en revalorisant l'acte de prévention (12) -Instaurer une cotation spécifique pour le dépistage (17)	

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats et comparaison avec la littérature

Notre objectif principal était de réaliser un état des lieux des freins et des leviers au dépistage du cancer colorectal en France du point de vue des médecins généralistes et des patients, depuis l'arrivée du nouveau test immunologique. Notre objectif secondaire était d'identifier les pistes d'amélioration proposées par les participants de ces travaux.

Notre travail de recherche a permis de mettre en évidence différents axes thématiques identiques pour les freins, les leviers et les pistes d'amélioration.

Les freins

Parmi les différentes thématiques des freins, celle liée aux patients est majoritaire. On retrouve en effet la peur comme principal frein, c'est également un des obstacles majoritairement évoqués dans une étude espagnole réalisée en 2021 (34), qui avait pour objectif de déterminer les freins et les leviers à la participation au DOCCR du point de vue des professionnels de santé. Nous distinguons ensuite dans notre travail la pénibilité du rapport aux selles, puis le manque d'intérêt des patients pour le dépistage, vient ensuite la problématique de temps dédié au DOCCR, ou encore le manque de suivi des patients et l'absence de symptômes.

L'autre thème le plus abordé est celui des freins liés à l'information et à la formation. Trois idées principales se dégagent : celle du manque de confiance dans le test, celle du manque de connaissance des patients et enfin celle d'une mauvaise communication autour du DOCCR. Dans un de nos articles sélectionnés, plusieurs médecins évoquent la faiblesse de la médiatisation du DOCCR en comparaison à celui du cancer du sein chez la femme (10). Il y a en effet de multiples actions autour du cancer du sein, qui sont même quelque fois portées par des personnalités publiques (35). Cela pourrait en partie expliquer l'écart de participation entre les 2 dépistages. Concernant le manque de connaissances des patients, une étude réalisée au Pays-Bas en 2017 (36) a montré que les personnes invitées au dépistage ayant un faible niveau d'alphabétisation en santé avaient des difficultés à accéder aux documents d'information standard sur le dépistage du CCR, à

les comprendre et à les appliquer, et manquaient des connaissances essentielles pour une prise de décision éclairée concernant leur participation. Actuellement en France, l'étude DECODE (Développement des comportements et des dépistages) (37), (38), une étude toulousaine inédite en cours, multicentrique, contrôlée et randomisée en clusters, s'intéresse à la littératie en santé (définition de littératie : aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne). Son objectif principal est d'améliorer le recours au dépistage du CCR en abordant la littératie en santé parmi les populations précaires qui sont susceptibles d'avoir un niveau de littératie en santé inférieur et qui vivent dans des régions où le dépistage est plus faible que dans la population générale. Dans le bras interventionnel, les médecins reçoivent une formation spécifique et doivent au cours de leur consultation délivrer le kit accompagné d'une brochure et d'une vidéo explicative. Les outils actuels d'informations du DOCCR comme le dépliant, sont moins adaptés aux personnes ayant un faible niveau de compréhension de la langue française. Pour y remédier, l'utilisation de la bande dessinée modulable en ligne, coordonnée par l'association Coactis Santé, pourrait être utile (39).

Dans l'ensemble, les freins retrouvés dans notre revue systématique rejoignent ceux de la synthèse de la Haute Autorité de Santé parue en 2017 (40) qui s'est appuyé sur plusieurs revues systématiques réalisées à l'international (41), (42), (43), (44), (45), (46).

Les leviers

Concernant les leviers, le thème émergent est celui lié à l'organisation médicale : l'implication du médecin généraliste semble jouer un rôle déterminant d'après les études sélectionnées, que ce soit du point de vue des patients comme du point de vue des médecins généralistes. Ce qui rejoint encore les conclusions de l'étude espagnole réalisée en 2021 (34), un des principaux facteurs facilitant la participation au dépistage est l'engagement des professionnels de santé envers le programme. Une étude que nous avons sélectionné en raison de ses objectifs secondaires a démontré une augmentation du taux d'acceptation de réalisation du test du dépistage du CCR après sollicitation téléphonique des médecins traitants et des maisons de santé au sens large, parmi les patients éligibles et non dépistés (29). Nous trouvons intéressant d'évoquer ici une étude réalisée en Angleterre en 2015 sur les micro-actions liés à la participation au DOCCR (47). Il a été montré que l'action de « placer le kit près des toilettes » était associée à une meilleure participation au DOCCR, suggérant donc d'inciter les patients à mettre le kit dans les toilettes.

Le second thème que nous avons identifié est celui lié à l'information et à la formation, avec comme grand levier principal la communication autour du DOCCR. Une étude réalisée en France en 2019 (48) montrait que la diffusion aux médecins généralistes d'une liste nominative de leurs patients non participants au DOCCR augmentait modestement la participation. Depuis juin 2024, les médecins traitant ont accès via Amelipro, à une liste des patients non à jour de leur dépistage des cancers, notamment celui du CCR (49).

Nous avons retrouvés différentes études mêlant l'implication du médecin généraliste et la communication autour du DOCCR. En Angleterre, l'étude PEARL publiée en 2017 (50) a montré qu'une lettre de rappel sur papier à en-tête du médecin généraliste et portant sa signature augmentait significativement la participation au dépistage (taux de participation de 54% versus 51%). Une étude australienne réalisée en 2019 (51), a décrit comme facteur facilitateur pour plus de la moitié de la population de non-participants interrogée, l'utilité de lettres ou SMS d'approbation des médecins généralistes. Une étude française réalisée en Franche-Comté en 2019 (52) montre quant à elle une hausse importante du taux de réalisation du test grâce à des actions conduites par le médecin généraliste : celle d'une relance en consultation et/ou d'une relance téléphonique. Au départ de l'action, le pourcentage des patients ayant réalisé le test du DOCCR était de 33,8%, un an plus tard le taux de réalisation du test s'élevait à 74,1%.

Les pistes d'amélioration

Nous terminons avec les pistes d'amélioration. Un des thèmes principaux est celui lié à l'information et de la formation. En ce qui concerne l'information, les pistes d'amélioration sont un renforcement de la communication autour du dépistage au travers de campagnes publicitaires et médiatiques ou encore une refonte du courrier d'invitation. Une étude écossaise réalisée en 2011 (53), met en évidence l'efficacité d'une pré-notification par lettre prévenant les patients de l'arrivée prochaine d'un courrier d'invitation officiel au DOCCR, pour augmenter le recours au dépistage du CCR. Pour ce qui est de la formation, elle devrait être développée au sein des professionnels de santé. Une étude contrôlée randomisée publiée en France en 2015 (54) s'est intéressée aux effets de la mise en place d'une formation axée sur les compétences en communication des médecins généralistes. Cette étude montre qu'après seulement 4 heures de formation pédagogique, le taux de participation des patients au DOCCR était sensiblement augmenté (36,7 dans le groupe intervention vs 24,5 dans le groupe témoin). Il existe à l'heure actuelle des formations finançables par le compte professionnel de formation (CPF) à destination des pharmaciens (55), (56).

Un autre thème principal est celui lié au kit avec une diversification des modalités de diffusion du kit : délivrance en pharmacie (depuis janvier 2022 (57)), livraison au domicile (depuis mars 2022 (58)), délivrance par le médecin du travail, délivrance en laboratoire d'analyse médicale, ou encore combinaison à la mammographie ou au frottis pour les femmes (ex : camion Prévent'TIMM (Télé Imagerie Médicale Mobile) (59)).

Deux idées principales évoquées presque exclusivement par les médecins sont liées à l'organisation médicale : celle d'une consultation dédiée, ainsi que celle de l'optimisation du logiciel informatisé. Une étude française de 2023 (60) dans ce domaine s'intéressant à l'ajout d'une alerte dans les dossiers informatisés des patients n'a pas montré d'avantage statistiquement significatif.

II. Forces et limites de l'étude

1. Forces

Il s'agit, à notre connaissance, de la première revue systématique sur les freins et les leviers au dépistage organisé du cancer colorectal en France depuis l'arrivée du test immunologique.

La sélection des références a été la plus exhaustive possible grâce à l'utilisation de plusieurs bases de données interdisciplinaires et reconnues internationalement.

Nous avons pu récupérer 66 des 68 articles retenus en lecture intégrale.

Une certaine parité patients-médecins est respectée dans les travaux sélectionnés (Figure 4) : 10 études interrogent des patients, et 16 des médecins, dont 3 questionnant leur regard sur leur propre dépistage.

Les études sélectionnées portent sur divers zones géographiques en France, permettant une certaine généralisabilité de notre travail (Figure 2).

Cette revue systématique suit une méthodologie rigoureuse en respectant au maximum les critères PRISMA (note finale 15/27 présentée dans l'Annexe 4). Conformément aux recommandations, chaque étape de ce travail a été effectuée le plus possible indépendamment par les deux auteurs. La sélection des études, l'analyse des articles et l'évaluation de leur qualité méthodologique ont quasiment toutes été réalisées en double aveugle, limitant les biais de sélection, de mesure et de classement.

Ce travail a été effectué par deux chercheurs indépendants qui ne déclarent pas de conflit d'intérêt ni de financement extérieur.

2. Limites

Cette étude a cependant des limites.

Premièrement, les deux chercheurs manquaient d'expérience dans le domaine de la recherche et plus précisément dans la réalisation d'une revue systématique de la littérature. Notre absence d'expérience antérieure a pu affecter la validité interne de notre travail.

Nous avons dû échanger et tester l'utilisation des outils COREQ et STROBE conjointement. L'analyse de la qualité de chaque méthodologie révèle un niveau de qualité moyen, et afin que cette analyse soit plus fiable, il aurait fallu qu'elle soit validée par d'autres investigateurs.

Les articles retenus ont été majoritairement réalisés par des médecins généralistes ou des sociologues. Ce sont presque tous des travaux de thèse d'exercice ayant un niveau de preuve faible selon la HAS (grade C). De part ce fait, nous n'avons pas évalué le risque de biais dans les études incluses.

Finalement un certain temps s'est écoulé depuis la sélection des articles, il se peut donc que certains travaux ultérieurs n'apparaissent pas dans notre étude.

III. Perspectives de recherche et d'amélioration

A l'heure actuelle, la promotion du dépistage du CCR au sein du grand public est également assurée par des associations telles que la Ligue contre le cancer. Depuis 2012, en association avec la fondation ARCAD (Aide et recherche en cancérologie digestive) et la SFED (Société Française d'Endoscopie Digestive), a été lancé le « Colon Tour » (61), une opération de prévention, d'information et de sensibilisation au DOCCR. Avec une approche ludique et pédagogique, l'élément phare de cette opération est la structure gonflable d'un colon géant. L'objectif : voyager à l'intérieur d'un côlon géant et comprendre comment évolue les différentes lésions. Une plateforme virtuelle interactive permettant une exploration à 360° existe également depuis 2021.

La fondation ARC (Association pour la recherche sur le cancer) joue un rôle dans la médiatisation de la lutte contre le cancer sur la place publique. Récemment, à l'occasion de la Journée mondiale contre le cancer le 4 février 2025, elle a lancé une nouvelle action de sensibilisation : « Ne lâchez rien tant qu'ils ne lâchent rien ! » (62). Il s'agit d'une campagne de communication inédite utilisant l'humour et une mascotte décomplexée (Mr. Popo). Elle a pour but de lever le tabou du rapport aux selles en faisant réfléchir sur l'importance du dépistage du CCR. Il suffit de communiquer sur le site internet de l'ARC les coordonnées d'un proche dont on se préoccupe, Mr. Popo prend le relais : vidéos, GIFs, chansons, stickers... chaque jour, il envoie des messages pleins d'humour sur WhatsApp pour encourager ses proches à passer à l'action et à faire le test.

Une étude publiée en mai 2020 (63) avait pour objectif d'évaluer la faisabilité de la sensibilisation au dépistage du CCR par l'intermédiaire de Facebook. Cette stratégie de mobilisation semblait réalisable et permettrait d'améliorer le taux de participation en mobilisant particulièrement des jeunes sans antécédents de participation.

Depuis 2023, des actions de promotion du dépistage du CCR existent au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Niortais (64), en appui à la campagne nationale "Mars bleu". En effet malgré cette dernière, aucune campagne n'était réalisée localement. Dans un premier temps, ils ont choisi de « mettre du bleu » chez les professionnels de santé. Par exemple, de proposer aux pharmacies de Niort Agglo de mettre en vitrine ou dans leur officine la "cuvette bleue". Ils ont choisi de commencer par les pharmacies puisque c'est un lieu de passage régulier pour la patientèle cible. Dans un deuxième temps, ils ont mené des actions de

sensibilisation auprès du grand public dans des galeries commerciales, mêlant plusieurs professionnels de santé (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers diplômés d'état libéraux (IDEL), sage-femme). Dans un troisième temps, ils ont mené des actions d'« aller-vers » les publics les plus fragiles (troubles cognitifs, psychiatriques, moteurs, problématiques de compréhension) par l'intermédiaire d'IDEL. En 2023, ils ont mené l'expérimentation avec 3 IDEL. Parmi les 47 patients cibles dans leur patientèle, 76% ont réalisé leur test grâce à leurs interventions et parmi eux 72% ne l'avait jamais fait. Globalement, ces actions semblent porter leurs fruits puisque le taux de dépistage s'élève à 36% pour l'année 2023 et 39.30% en 2024. Cet exemple vient redéfinir la place de l'IDEL dans le DOCCR, en effet on pourrait lui proposer une formation similaire à celle des pharmaciens (55), (56) qui lui permettrait de délivrer le kit au domicile des patients, et d'aider à sa réalisation. La rémunération de cet acte spécifique serait donc également à définir.

Une thèse de médecine générale (65) s'est intéressée à l'efficacité du recours aux infirmières ASALEE pendant la durée d'une campagne de dépistage. Le résultat principal de cette étude souligne que le taux de dépistage du CCR était amélioré de 3% en moyenne dans la population de médecins affiliés au protocole ASALEE. Ceci a mis en évidence l'intérêt de l'adhésion au protocole ASALEE dans le dépistage du CCR.

Dans la thèse portant sur l'étude OPTIDEC (Optimisation du dépistage du cancer) (29) réalisée en 2023 que nous avons inclus dans notre revue, l'objectif principal était d'augmenter le taux de participation au DOCCR en modifiant la méthode de recrutement habituel par l'intervention des médecins généralistes et des acteurs des maisons de santé par sollicitation téléphonique. Les intervenants étaient les secrétaires médicales, les infirmiers diplômés d'état (IDE) ASALEE, les coordinatrices de MSP, les internes de médecine générale ainsi que les médecins traitants. Cette étude a permis de mettre en évidence l'augmentation du taux d'acceptation du dépistage du CCR. Lorsque l'appel des patients était réalisé par le médecin traitant ou par les secrétaires, le taux d'acceptation était plus élevé (taux respectifs de 90% et de 75%).

Ces trois expérimentations (64), (65), (29), soulignent bien l'intérêt d'une formation et de l'implication des autres acteurs de santé dans le DOCCR. Les pharmaciens sont de nouveaux acteurs de santé impliqués dans le DOCCR, à titre d'exemple, sur le territoire de l'Occitanie, plus de 90 % des pharmacies sont formées à la délivrance du DOCCR (66). Parmi les professionnels de santé autorisés à délivrer le test, on retrouve aussi les gynécologues et les gastro-entérologues, ainsi que les médecins exerçant en centre d'examen de santé.

Tout assuré social en France devrait pouvoir bénéficier de consultations de prévention tout au long de sa vie. Aujourd'hui une consultation prévention existe depuis 2023 (cotation RDV). Cette consultation est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie et concerne les classes d'âge suivantes : 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans et 70 et 75 ans (consultation possible une fois pour chaque tranche d'âge). Dans le cadre du DOCCR, la population cible (50-74 ans) n'est donc pas totalement éligible au bilan de prévention actuel. Il pourrait être intéressant de permettre à cette population de bénéficier de ce bilan de prévention pris en charge à 100 %. Pour information, cette cotation RDV est cumulable avec une cotation G pour la même consultation (67).

Concernant les rappels dans le DOCCR, des relances sont déjà prévues. Les modèles de courriers de relances définis par l'INCa comportent des explications sur les avantages et les inconvénients du dépistage et un coupon réponse permettant au Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) d'enregistrer les éventuels motifs d'inéligibilité, ou bien le refus de participer. 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. Dans l'hypothèse d'une commande en ligne de kit, un rappel incitant les personnes à utiliser le kit commandé mais non renvoyé dans le mois suivant la commande est adressé par le site de commande en ligne sous format dématérialisé (sms ou courriel) sous réserve qu'elles l'aient expressément autorisé lors de la commande en ligne. 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 ou pour lesquelles l'information n'est pas disponible ; ou encore qui n'ont signalé aucun motif d'inéligibilité ou de refus (68). Dans le cadre de la réalisation d'un futur test, on pourrait imaginer que le numéro de téléphone renseigné sur la fiche d'identification contenue dans le kit précédemment réalisé, soit utilisée à des fins de rappels, ce qui n'est pas le cas actuellement. Dans la continuité de la relance d'invitation au dépistage, actuellement, les praticiens en médecine générale ne disposent pas de solution fournie par des logiciels métiers ou les logiciels de prise de rendez-vous (69). Cela leur permettrait en quelques clics, d'organiser une relance automatisée par SMS ou mail, rappelant au patient disposant du kit de ne pas oublier de réaliser le test, quelques jours ou quelques semaines après. Il n'existe pas non plus de solution simple pour le patient d'informer le praticien de la réalisation du test, alors que par exemple des solutions ont été trouvées pour communiquer sur le retard ou l'indisponibilité. A propos du coupon réponse à retourner au CRCDC abordé plus haut, à l'heure de l'informatisation

de la santé, il nous paraît archaïque d'obliger les patients à utiliser la voie postale pour communiquer sur leur éligibilité au DOCCR.

L'espace santé de l'assurance maladie, anciennement appelé dossier médical partagé (DMP), est actuellement déployé pour 98 % des patients en France (70). Depuis que les pharmaciens sont autorisés à délivrer le kit, il leur est possible de remplir l'obligation d'information du médecin traitant par l'intermédiaire de l'espace santé en remplissant une note de dépistage sous la forme d'un document PDF (Portable Document Format) et de le déposer sur l'espace. Il serait intéressant de disposer d'un espace dédié au suivi des dépistages organisés (dont celui du CCR) sur la plateforme « mon espace santé ».

Succédant au modèle de santé paternaliste, au début des années 80 aux Etats-Unis d'Amérique (USA), l'acronyme ACP désignant l'Approche Centrée Patient, émerge comme nouveau modèle de relation médecin malade. Cette approche est définie par le respect de la personne, ses préférences, ses besoins et valeurs, et son implication dans les décisions. Le médecin généraliste joue aujourd'hui un rôle de coordinateur de soins, il permet au patient de naviguer dans le système de soins entre diverses structures et professionnels de santé. Le concept de navigation du patient « patient navigation », commence à arriver en Europe depuis les années 2010 (71). Une méta-analyse a été réalisée aux États-Unis en 2020 (72), elle avait pour but d'évaluer l'efficacité de la navigation des patients pour augmenter le dépistage organisé des cancers dans les populations affectées par les disparités en matière de soins de santé. Dans les 37 études sélectionnées, les services de navigation comprenaient généralement des activités de sensibilisation comprenant des lettres ou des appels, du matériel et des séances pédagogiques, l'évaluation et la résolution des obstacles au dépistage, la traduction linguistique, la prise de rendez-vous et les rappels, l'aide à la préparation intestinale, l'envoi de fournitures et de kits par la poste, le transport et la participation aux rendez-vous selon les besoins, et des messages d'aide au point de service, entre autres. Toutes ces actions étaient réalisées par divers acteurs du système de santé (infirmière gestionnaire, responsable des soins de prévention, agent de santé communautaire, etc.). La grande majorité des études ont montré un taux de dépistage significativement plus élevé avec la navigation des patients. Comme l'a montré l'exemple de la CPTS du niortais (64), la multiplication des démarches et des acteurs de santé impliqués dans le DOCCR est une des clés qui permettra d'augmenter la participation. Cependant le médecin généraliste conserve son rôle de coordinateur de santé, particulièrement pour le dépistage du CCR.

CONCLUSION

L'objectif de cette revue systématique était de faire un état des lieux de tous les freins et leviers au dépistage organisé du cancer colo-rectal en France du point de vue des médecins généralistes et des patients depuis la mise en place des nouvelles modalités de dépistage en 2015. Notre objectif secondaire était de faire un état des lieux des pistes d'amélioration proposées. Sur les 5426 références extraites, 26 articles ont finalement été retenus.

Nos résultats mettent en avant que les principaux freins à la participation sont liés aux patients, liés à l'information et la formation, et enfin liés à l'organisation médicale.

Concernant les leviers, le thème émergent est celui lié à l'organisation médicale : l'implication du médecin généraliste semble jouer un rôle déterminant. Le second thème que nous avons identifié est celui lié à l'information et à la formation, avec comme grand levier principal la communication autour du DOCCR.

Un des thèmes principaux des pistes d'amélioration est celui de l'information et de la formation. Notre travail suggère que la multiplication des démarches et des acteurs de santé impliqués dans le DOCCR est une des clés qui permettra d'augmenter la participation. Il sous-entend également le développement ou l'amélioration d'un outil informatique interconnecté pour permettre de meilleurs échanges entre les professionnels de santé et les patients.

En conclusion, le dépistage du cancer colorectal demeure un enjeu crucial de santé publique. Son amélioration nécessite une mobilisation conjointe des acteurs de santé et des patients. Si certaines avancées récentes, telles que la délivrance du test en pharmacie, marquent une évolution positive, il reste encore à faire pour atteindre les objectifs européens de participation. L'adoption de mesures ciblées, tenant compte des freins identifiés et exploitant les leviers disponibles, pourrait significativement accroître l'efficacité du programme et ainsi réduire la mortalité liée à cette pathologie. Nos travaux apportent une contribution à cette réflexion et ouvrent la voie à de futures recherches sur les pistes d'amélioration du dépistage en France.

04/03/2025

Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse, le 6 mars 2025

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse
Faculté de Santé
Par délégué
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Médecine, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 [Internet]. 2017 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
2. Institut national du cancer. Diaporama national de présentation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal – 2023 [Internet]. 2023 avr 1. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-national-de-depistage?fbclid=IwAR1UIzKpFXL9aK2bgOxpqt9-7X-cJEAed3PBcMXvpY97OhjBubwhtCjQEUY>
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 oct 2023]. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_727080/fr/place-des-tests-immunologiques-de-recherche-de-sang-occulte-dans-les-selles-ifobt-dans-le-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-en-france
4. Institut National Du Cancer. L'essentiel sur le test immunologique [Internet]. 2024 [cité 24 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/prevention-et-depistages/depistage-et-detection-precoce/depistage-du-cancer-colorectal/l-essentiel-sur-le-test-immunologique>
5. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 juin 2021;134:103-12.
6. Rayyan: AI-Powered Systematic Review Management Platform [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.rayyan.ai/>
7. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):34-8.
8. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 janv 2015;15(157):50-4.
9. Biron F. Freins au dépistage du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finisères du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR avant leur formation à l'entretien motivationnel. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne Occidentale; 2022.
10. Lefaure A. Le dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans les Vosges : comment améliorer le taux de participation des patients vosgiens. Etude qualitative. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2019.
11. Bizard A. Les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du Cancer Colorectal, afin d'augmenter le taux de participation. Etude qualitative par entretiens individuels. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne Occidentale; 2018.

12. Brejeon L. Participation des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal depuis l'arrivée du test immunologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2018.
13. Patel Safla A. Les freins au dépistage du cancer colorectal à La Réunion. Etude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de La Réunion; 2022.
14. Péron F. Quels sont les facteurs influençant les patients dans la participation au dépistage du cancer colorectal ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2019.
15. Jacquetin M Bernadette, Suzanne. Quels sont les freins et les motivations des patients à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal dans l'Allier ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Clermont-Ferrand; 2017.
16. Blachier K. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Centre-Val-De-Loire concernant le dépistage organisé du cancer colorectal [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours; 2022.
17. Allegrini, Fico A Arnaud. Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute-Corse. Point de vue médical par une enquête en focus groupe. Point de vue du public par une enquête par questionnaire. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Nice Sophia Antipolis; 2019.
18. Jouni Z. Dépistage Organisé du Cancer Colorectal : évaluation des difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône depuis l'introduction du test immunologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Aix Marseille; 2017.
19. Piquion L. Dépistage du cancer colorectal : analyse des pratiques en soins primaires et perspectives d'amélioration. Enquête dans le sud des Hauts-de-Seine [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; 2020.
20. Prunier A. Les déterminants de la non-participation au dépistage du cancer colorectal par le test immunologique : étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université Montpellier; 2016t.
21. Soulier T Pierre, Martin. Le patient face au courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer colorectal [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Saint-Etienne; 2018.
22. Cordier A. L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Nice Sophia Antipolis; 2017.
23. Garrote P. Le dépistage du cancer colorectal dans les Vosges : vision croisée médecins-patients. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2016.
24. Marques Dos Santos A. L'observance du dépistage cancer colorectal par test immunologique dans la population des médecins généralistes à Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Sorbonne; 2019.
25. Sanh Legrave V. Santé des médecins généralistes : dépistage du cancer colorectal chez les médecins généralistes franciliens de sexe masculin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; 2016.

26. Ceccato L. Obstacles en 2016 au dépistage du cancer colorectal (CCR). Avis des médecins généralistes installés dans le Val-de-Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris XI; 2017.
27. Le Bonniec A. Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique [Thèse de Doctorat]. [France]: Université Paul Valéry Montpellier 3; 2018.
28. Piza K Frédérique, Sylviane. Vécu des usagers et des professionnels de santé vis-à-vis des outils d'information en soins primaires : exemple du dépistage du cancer colorectal par test immunologique [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2023.
29. Hakkar S. OPTIDEC : Optimisation du dépistage du cancer colorectal par les structures de soins primaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université Franche-Comté; 2023.
30. Saber M. Les médecins généralistes d'Alsace et leur dépistage du cancer colorectal : freins et motivations [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg; 2020.
31. G. Broc, B. Denis, J-B. Fassier, I. Gendre, P. Perrin, B. Quintard. Decision-making in fecal occult blood test compliance : A quali-quantitative study investigating motivational processes. *Préventive Médecine*. déc 2017;105:58-65.
32. Catusse, Repetto B Yann. Le ressenti des médecins généralistes d'Isère, de Savoie et de Haute-Savoie concernant la remise du kit du dépistage du cancer colorectal en officine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2023.
33. Bertand L. Quels sont les facilitateurs au dépistage organisé du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finistère, du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne Occidentale; 2022.
34. Unanue-Arza S, Portillo I, Idígoras I, Arostegui I, Arana-Arri E. Facilitators and barriers to participation in population-based colorectal cancer screening programme from the perspective of healthcare professionals: Qualitative research study. *European Journal of Cancer Care*. 2021;30(6):e13507.
35. Line Renaud, Fabienne Carat, Sophie Davant... 19 stars posent dénudées et s'engagent contre le cancer du sein [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.medisite.fr/cancer-du-sein-line-renaud-fabienne-carat-sophie-davant-19-stars-posent-denudees-et-sengagent-contre-le-cancer-du-sein.5580931.38942.html>
36. Fransen MP, Dekker E, Timmermans DRM, Uiters E, Essink-Bot ML. Accessibility of standardized information of a national colorectal cancer screening program for low health literate screening invitees: A mixed method study. *Patient Education and Counseling*. 1 févr 2017;100(2):327-36.
37. DÉCODE, dépistage du cancer colorectal en zones défavorisées | RÉFLIS [Internet]. RÉFLIS. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: <https://reflis.fr/projet-decode/>
38. Durand MA, Lamouroux A, Redmond NM, Rotily M, Bourmaud A, Schott AM, et al. Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer

facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 16 sept 2021;21(1):1684.

39. Santé SC. Bande dessinée - Le cancer colorectal – Le test de dépistage [Internet]. SantéBD. [cité 11 févr 2025]. Disponible sur: <https://santebd.org/les-fiches-santebd/cancer/le-test-de-depistage-du-cancer-colorectal>
40. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2772744/fr/cancer-colorectal-modalites-de-depistage-et-de-prevention-chez-les-sujets-a-risque-eleve-et-tres-eleve
41. Reynolds LM, Consedine NS, Pizarro DA, Bissett IP. Disgust and behavioral avoidance in colorectal cancer screening and treatment: a systematic review and research agenda. *Cancer Nurs*. 2013;36(2):122-30.
42. Assessing stated preferences for colorectal cancer screening: a critical systematic review of discrete choice experiments - PubMed [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24652475/>
43. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JRJ. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health*. févr 2016;26(1):158-68.
44. van der Heide I, Uiters E, Jantine Schuit A, Rademakers J, Fransen M. Health literacy and informed decision making regarding colorectal cancer screening: a systematic review. *Eur J Public Health*. août 2015;25(4):575-82.
45. 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 Biomarkers Prev*. juin 2016;25(6):907-17.
46. Honein-Abouhaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Rabeneck L, Tinmouth J, et al. Benefits and barriers to participation in colorectal cancer screening: a protocol for a systematic review and synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*. 27 févr 2014;4(2):e004508.
47. Lo SH, Waller J, Vrinten C, von Wagner C. Micro actions in colorectal cancer screening participation: a population-based survey study. *BMC Cancer*. 29 mai 2015;15(1):438.
48. Schmeltz H. Diffusion auprès des médecins généralistes d'une liste nominative de leurs patients non participants au dépistage organisé du cancer colorectal: quel impact sur la participation et le taux de cancer à 2 ans ? Un essai contrôlé randomisé [Thèse d'exercice]. [2018]: Université de Nantes;
49. Ameli. Les listes des patients n'ayant pas réalisé leurs dépistages de cancers disponibles dans amelipro [Internet]. 2025 [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/les-listes-des-patients-n-ayant-pas-realise-leurs-depistages-de-cancers-disponibles-dans-amelipro>

50. Benton SC, Butler P, Allen K, Chesters M, Rickard S, Stanley S, et al. GP participation in increasing uptake in a national bowel cancer screening programme: the PEARL project. *Br J Cancer*. juin 2017;116(12):1551-7.
51. Goodwin BC, Crawford-Williams F, Ireland MJ, March S. General practitioner endorsement of mail-out colorectal cancer screening: The perspective of nonparticipants. *Transl Behav Med*. 20 mai 2020;10(2):366-74.
52. Defrasne M. Intérêt de la relance personnalisée des patients par le médecin traitant pour la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal : étude pilote sur une patientèle. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Franche-Comté; 2019.
53. Libby G, Bray J, Champion J, Brownlee LA, Birrell J, Gorman DR, et al. Pre-notification increases uptake of colorectal cancer screening in all demographic groups: a randomized controlled trial. *J Med Screen*. 2011;18(1):24-9.
54. Aubin-Auger I, Laouénan C, Le Bel J, Mercier A, Baruch D, Lebeau JP, et al. Efficacy of communication skills training on colorectal cancer screening by GPs: a cluster randomised controlled trial. *Eur J Cancer Care (Engl)*. janv 2016;25(1):18-26.
55. Doctrio - Délivrer en officine le kit de dépistage du cancer colorectal [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.doctrio.com/programme/delivrer-en-officine-le-kit-de-depistage-du-cancer-colorectal>
56. Adylis. Formation Délivrance du kit cancer colorectal | 100% E-learning [Internet]. [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://adylis.com/formations-pharmaciens/formation-delivrance-du-kit-cancer-colorectal/>
57. CNOP [Internet]. [cité 11 févr 2025]. Cancer colorectal : des kits de dépistage bientôt délivrés en officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/cancer-colorectal-des-kits-de-depistage-bientot-delivres-en-officine>
58. Santé Publique France. Cancer colorectal : un taux de participation aux tests de dépistage stable en 2021-2022 [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/cancer-colorectal-un-taux-de-participation-aux-tests-de-depistage-stable-en-2021-2022>
59. Département des Hautes-Pyrénées. Préven'Timm : des campagnes de prévention et de dépistage près de chez vous [Internet]. [cité 1 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.hautespyrenees.fr/sante/les-journees-sante-preventimm-des-campagnes-de-prevention-pres-de-chez-vous/>
60. A. Borderiou, A. Astruc, E. Saab, F. Chevallier. Can computer alerts in general practitioners' software upgrade cancer screening participation? A monocentric randomized study in France [Internet]. 2023 [cité 3 févr 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36707256/>
61. Ligue contre le cancer. Côlon Tour® : au cœur d'un côlon géant [Internet]. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/colon-tour-au-coeur-dun-colon-geant>

62. Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Ne lâchez rien tant qu'ils ne lâchent rien ! [Internet]. [cité 10 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/ne-lachez-rien-campagne-sensibilisation-cancers-colorectaux>
63. Koïvogui A, Levi S, Finkler M, Lewkowicz S, Gombeaud T, Sabate JM, et al. Feasibility of encouraging participation in colorectal cancer screening campaigns by motivating people through the social network, Facebook. *Colorectal Dis.* oct 2020;22(10):1325-35.
64. CPTS du Niortais. Dépistage du cancer colorectal - CPTS du Niortais. [cité 10 févr 2025]. Dépistage du cancer colorectal. Disponible sur: <http://www.cptsduniortais.org/projets/1007>
65. Weiler Bardin C. Réalisation du test de dépistage du cancer colo-rectal : comparaison entre médecins traitants bénéficiant ou non d'une infirmière de santé publique ASALEE, en Bourgogne Franche Comté, de 2016 à 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2019.
66. Google My Maps [Internet]. [cité 10 févr 2025]. PHARMACIES OCCITANES. Disponible sur: https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1BLyVdtEgaPbooDfZOWwZyoOjNPI7q_Q
67. FRON JB. RecoMédicales. 2024 [cité 11 févr 2025]. Mon Bilan Prévention. Disponible sur: <https://recomedicales.fr/recommandations/bilan-prevention/>
68. Journal officiel « Lois et Décrets ». Arrêté du 1er avril 2022 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers et intégrant la remise des kits de dépistage du cancer colorectal par les pharmaciens [Internet]. avr 7, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000045523127/>
69. Doctolib. Rubrique d'aide. [cité 11 févr 2025]. Créer des rappels dans le cadre du suivi de mes patients. Disponible sur: <https://doctolib.zendesk.com/hc/fr/articles/31486374589716-Cr%C3%A9er-des-rappels-dans-le-cadre-du-suivi-de-mes-patients>
70. Agence du Numérique en Santé. Lancement de la concertation sur la feuille de route du numérique en santé en France [Internet]. 2022 [cité 11 févr 2025]. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/espace-presse/lancement-de-la-concertation-sur-la-feuille-de-route-du-numerique-en-sante-en-france>
71. Moreau A. L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de la littérature). 2023;
72. Nelson HD, Cantor A, Wagner J, Jungbauer R, Fu R, Kondo K, et al. Effectiveness of Patient Navigation to Increase Cancer Screening in Populations Adversely Affected by Health Disparities: a Meta-analysis. *J Gen Intern Med.* oct 2020;35(10):3026-35.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de sélection sur les textes intégraux :

Titre des articles sélectionnés sur les abstracts		Sélection sur lecture des textes intégraux		
		AR	JC	Choix final directrice de thèse
1	Strategies for Colorectal Cancer Screening.	Non	Non	
2	Patient navigation for colorectal cancer screening in deprived areas: the COLONAV cluster randomized controlled trial.	Non	Non	
3	Why is early detection of colon cancer still not possible in 2023?	Non	Non	
4	Factors related to longitudinal adherence in colorectal cancer screening: qualitative research findings.	Non	Non	
5	Exploring Why Financial Incentives Fail to Affect At-home Colorectal Cancer Screening: a Mixed Methods Study.	Non	Non	
6	Influence of a screening navigation program on social inequalities in health beliefs about colorectal cancer screening.	Non	Non	
7	Decision-making in fecal occult blood test compliance: A quali-quantitative study investigating motivational processes.	Oui	Oui	
8	What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers.	Non	Non	
9	Qualitative Interviews to Add Patient Perspectives in Colorectal Cancer Screening: Improvements in a Learning Health System.	Non	Non	
10	General practitioners' preferences towards incentive measures linked with cancer screening.	Non	Non	
11	Harnessing Information Technology to Inform Patients Facing Routine Decisions: Cancer Screening as a Test Case.	Non	Non	
12	Lower Adherence: A Description of Colorectal Cancer Screening Barrier Talk.	Non	Non	
13	Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial.	Non	Non	
14	Crafting Appealing Text Messages to Encourage Colorectal Cancer Screening Test Completion: A Qualitative Study.	Non	Non	
15	Measuring the Impact of Quantitative Information on Patient Understanding: Approaches for Assessing the Adequacy of Patient Knowledge about Colorectal Cancer Screening.	Non	Non	
16	OPTIDEC optimisation du dépistage du cancer colorectal par les structures de soins primaires	Oui	Oui	
17	Le ressenti des médecins généralistes d'Isère, de Savoie et de Haute-Savoie concernant la remise du kit du dépistage du cancer colorectal en officine	Oui	Oui	
18	Vécu des usagers et des professionnels de santé vis-à-vis des outils d'information en soins primaires exemple du dépistage du cancer colorectal par test immunologique. Étude qualitative réalisée auprès de 8 patients et 6 professionnels de santé	Oui	Oui	

19	Etude de l'estimation des bénéfices du dépistage organisé du cancer colorectal par les patients	Non	Non	
20	Facteurs de risque modifiables du cancer colorectal. Etat des connaissances chez les patients éligibles au dépistage par recherche de sang occulte dans les selles	Non	Non	
21	Quels sont les facilitateurs au dépistage organisé du cancer colo-rectal selon les médecins généralistes du Finistère, du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel ?	Oui	Oui	
22	Freins au dépistage organisé du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finistère du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel	Oui	Oui	
23	État des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Centre-Val-De-Loire concernant le dépistage organisé du cancer colorectal	Oui	Oui	
24	Dépistage du cancer colorectal enquête sur le rôle du pharmacien d'officine dans la campagne de dépistage organisé	Non	Non	
25	Les freins au dépistage du cancer colorectal à La Réunion étude qualitative	Oui	Oui	
26	Dépistages organisés des cancers du côlon-rectum, du sein et du col de l'utérus en Bretagne les patients sont-ils mieux dépistés si leur médecin traitant l'est aussi ?	Non	Non	
27	Freins au dépistage du cancer colorectal chez les personnes en situation de précarité étude qualitative. Reflets de la relation médecin-malade	Non	Non	
28	Dépistage ciblé du cancer colorectal, une cible non atteinte analyse qualitative des connaissances et des freins du dépistage ciblé en Médecine Générale issue de cas diagnostiqués dans l'ex Poitou-Charentes.	Non	Non	
29	L'observance du dépistage cancer colorectal par test immunologique dans la population des médecins généralistes à Paris	Oui	Oui	
30	Les médecins généralistes d'Alsace et leur dépistage du cancer colorectal freins et motivations	Oui	Oui	
31	Dépistage du cancer colorectal analyse des pratiques en soins primaires et perspectives d'amélioration enquête dans le sud des Hauts-de-Seine	Oui	Oui	
32	Quels sont les facteurs influençant les patients dans la participation au dépistage du cancer colo-rectal ? étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 patients	Oui	Oui	
33	Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse point de vue médical par une enquête en focus group point de vue du public par une enquête par questionnaire	Oui	Oui	
34	Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue médical par une enquête en focus group. Point de vue du public par une enquête par questionnaire	Oui	Oui	
35	Adapter le profil du personnel en contact à une population vulnérable ? Impact sur l'intention de participation au dépistage du cancer colorectal	Non	Non	
36	Le dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans les Vosges comment améliorer le taux de participation des patients vosgiens. Etude qualitative	Oui	Oui	
37	Élaboration et évaluation d'une formation e-Learning à l'approche centrée patient dans le dépistage du cancer colorectal	Non	Non	
38	Intérêt de la relance personnalisée des patients par le médecin traitant pour la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal étude pilote sur une patientèle	Oui	Non	Non

39	Le patient face au courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer colorectal	Oui	Oui	
40	Participation des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal depuis l'arrivée du test immunologique	Oui	Oui	
41	Les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal, afin d'augmenter le taux de participation Étude qualitative par entretiens individuels	Oui	Oui	
42	Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique	Oui	Oui	
43	Quels sont les freins et les motivations des patients à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal dans l' Allier ?	Oui	Oui	
44	Dépistage Organisé du Cancer Colorectal évaluation des difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône depuis l'introduction du test immunologique	Oui	Oui	
45	Obstacles en 2016 au dépistage du cancer colorectal (CCR) . Avis des médecins généralistes installés dans le Val-de-Marne	Oui	Oui	
46	Analyse des motifs de participation au dépistage du cancer colorectal (CCR) par test immunologique fécal chez des patients n'ayant jamais participé au dépistage du CCR par test Hémocult en Haute-Garonne	Non	Non	
47	Enquête de pratique sur le dépistage organisé du cancer colorectal auprès des médecins généralistes de la Drôme et de l'Ardèche	Non	Non	
48	L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal étude qualitative par entretiens semi-dirigés	Oui	Oui	
49	Le dépistage du cancer colorectal dans les Vosges vision croisée médecins - patients	Oui	Oui	
50	Analyse des motifs de réalisation du test fécal immunologique chez des personnes n'ayant jamais participé auparavant au dépistage du cancer colorectal en Ille et Vilaine	Non	Non	
51	Dépistage organisé du cancer colorectal par le nouveau test immunologique dans le Poitou-Charentes état des lieux à un an de sa mise en place	Non	Non	
52	Evaluation de la qualité de l'information médicale sur internet concernant le dépistage du cancer colorectal	Non	Non	
53	Les déterminants de la non-participation au dépistage du cancer colorectal par le test immunologique une étude qualitative	Oui	Oui	
54	Prévention des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal chez la femme de plus de 50 ans	Non	Non	
55	L'opinion des médecins généralistes concernant le nouveau test de dépistage du cancer colorectal test immunologique OC-Sensor® et la nouvelle organisation pour les médecins généralistes en Alsace	Non	Oui	Non
56	Santé des médecins généralistes dépistage du cancer colorectal chez les médecins généralistes franciliens de sexe masculin	Oui	Oui	
57	Amélioration de la participation des patients au dépistage organisé du cancer colorectal par l'implication des médecins généralistes	Non	Non	
58	General practitioners' preferences with regard to colorectal cancer screening organisation Colon cancer screening medico-legal aspects	Non	Non	
59	Cancer prevention and screening: What french GPs could do?	Non	Non	
60	General practitioners' preferences towards incentive measures linked with cancer screening	Non	Non	

61	Representations of colorectal cancer screening: the GPs point of view	Non	Non	
62	Colorectal cancer, from screening to diagnosis	Non	Non	
63	Understanding barriers and facilitators to participation in colorectal cancer screening: A French qualitative study	Non	Non	
64	Effect of physician notification regarding nonadherence to colorectal cancer screening on patient participation in fecal immunochemical test cancer screening. A randomized clinical trial	Non	Non	
65	Supporting and preventing. Ethical tensions within a colorectal cancer screening campaign	Non	Non	
66	Merits, Challenges, and Limitations of Randomized Trials on Colorectal Cancer Screening Effectiveness	Non	Non	
67	Organised colorectal cancer screening	Non	Non	
68	What are the psychosocial determinants of participation in colorectal cancer screening? A French qualitative study	Non	Non	

Annexe 2 : Articles exclus et motif(s) d'exclusion :

Titre	Auteur	Année	Motif(s) d'exclusion
Strategies for Colorectal Cancer Screening	Ladabaum, Uri, Dominitz, Jason A., Kahi, Charles, Schoen, Robert E.	2020	Article états-unien
Patient navigation for colorectal cancer screening in deprived areas: the COLONAV cluster randomized controlled trial.	Bourmaud, A., Benoist, Y., Tinquaut, F., Allary, C., Ramone-Louis, J., Oriol, M., Kalecinski, J., Dutertre, V., Lechopier, N., Pommier, M., Rousseau, S., Dumas, A., Amiel, P., Regnier, V., Buthion, V., Chauvin, F.	2023 ?	Articles à cheval sur les 2 tests (donc avant et après 2015)
Why is early detection of colon cancer still not possible in 2023?	Tonini, Valeria, Zanni, Manuel.	2024	Article états-unien
Factors related to longitudinal adherence in colorectal cancer screening: qualitative research findings.	Benito, Lluçia, Farre, Albert, Binefa, Gemma, Vidal, Carmen, Cardona, Angels, Pla, Margarita, García, Montse.	2018	Article espagnol
Exploring Why Financial Incentives Fail to Affect At-home Colorectal Cancer Screening: a Mixed Methods Study.	Clifton, Alicia B. W., Mehta, Shivan J., Wainwright, Jocelyn V., Ogden, Shannon N., Saia, Chelsea A., Rendle, Katharine A.	2022	Article états-unien
Influence of a screening navigation program on social inequalities in health beliefs about colorectal cancer screening.	Vallet, Fanny, Guillaume, Elodie, Dejardin, Olivier, Guittet, Lydia, Bouvier, Véronique, Mignon, Astrid, Berchi, Célia, Salinas, Agnès, Launoy, Guy, Christophe, Véronique	2014	Réalisé avant mai 2015
What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers.	Sicsic, Jonathan, Krucien, Nicolas, Franc, Carine	2016	Données recueillies entre mars et avril 2014, donc avant mai 2015
Qualitative Interviews to Add Patient Perspectives in Colorectal Cancer Screening: Improvements in a Learning Health System.	JaKa, Meghan M., Henderson, Maren G., Alch, Samantha, Ziegenfuss, Jeanette Y., Zinkel, Andrew R., Osgood, Nathaniel D., Werner, Ann, Borgert Spaniol, Caitlin M., Flory,	2023	Articles états-unien

	Matthew, Mabry, Patricia L.		
Préférences des médecins généralistes vis-à-vis des mesures incitatives associées aux dépistages des cancers.	Sicsic, Jonathan, Franc, Carine.	2019	Données recueillies entre le 25 mars 2014 et le 18 avril 2014, donc avant mai 2015 (même article que le 60)
Harnessing Information Technology to Inform Patients Facing Routine Decisions: Cancer Screening as a Test Case.	Krist, Alex H., Woolf, Steven H., Hochheimer, Camille, Sabo, Roy T., Kashiri, Paulette, Jones, Resa M., Lafata, Jennifer Elston, Etz, Rebecca S., Tu, Shin-Ping.	2017	Article états-unien
Lower Adherence: A Description of Colorectal Cancer Screening Barrier Talk.	Johnson Shen, Megan, Elston Lafata, Jennifer, D'Agostino, Thomas A., Bylund, Carma L.	2020	Article états-unien
Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial	Durand, Marie-Anne, Lamouroux, Aurore, Redmond, Niamh M., Rotily, Michel, Bourmaud, Aurélie, Schott, Anne-Marie, Auger-Aubin, Isabelle, Frachon, Adèle, Exbrayat, Catherine, Balamou, Christian, Gimenez, Laëtitia, Grosclaude, Pascale, Moumjid, Nora, Haesebaert, Julie, Massy, Helene Delattre, Bardes, Julia, Touzani, Rajae, Diant, Laury Beaubrun En Famille, Casanova, Clémence, Seitz, Jean François, Mancini, Julien, Delpierre, Cyrille	2021	Pas l'objectif, l'objectif de l'étude était de créer un protocole
Crafting Appealing Text Messages to Encourage Colorectal Cancer Screening Test Completion: A Qualitative Study.	Weaver, Kathryn E., Ellis, Shellie D., Denizard-Thompson, Nancy, Kronner, Donna, Miller, David P.	2015	Article états-unien
Measuring the Impact of Quantitative Information on Patient Understanding: Approaches for Assessing the Adequacy of Patient Knowledge about Colorectal Cancer	Rager, Joshua B., Althouse, Sandra, Perkins, Susan M., Schmidt, Karen K., Schwartz, Peter H.	2022	Article états-unien et conduit d'août 2011 à février 2013 donc avant mai 2015.

Screening.			
Étude de l'estimation des bénéfices du dépistage organisé du cancer colorectal par les patients.	François Ball	2022	Pas l'objectif et mauvaise population étudiée
Facteurs de risque modifiables du cancer colorectal. Etat des connaissances chez les patients éligibles au dépistage par recherche de sang occulte dans les selles	Ben Salem, Insaf ; Dreux, Dominique	2023	Pas l'objectif
Dépistage du cancer colorectal Enquête sur le rôle du pharmacien d'officine dans la campagne de dépistage organisé	LE CUZIAT Emeline	2022	Pas l'objectif
Dépistages organisés des cancers du côlon-rectum, du sein et du col de l'utérus en Bretagne : Les patients sont-ils mieux dépistés si leur médecin traitant l'est aussi ?	Pierre-Emmanuel Mével	2022	Pas l'objectif
Freins au dépistage du cancer colorectal chez les personnes en situation de précarité étude qualitative. Reflets de la relation médecin-malade	Faivre, Florence, Rebecca, Eve ; Miramont, Vincent	2020	Texte non obtenu
Dépistage ciblé du cancer colorectal, une cible non atteinte. Analyse qualitative des connaissances et des freins du dépistage ciblé en Médecine Générale issue de cas diagnostiqués dans l'ex Poitou-Charentes.	SARRAZIN Pauline	2021	Pas l'objectif, concerne le dépistage ciblé du CCR
Adapter le profil du personnel en contact a une population vulnérable ? Impact sur l'intention de participation au dépistage du cancer colorectal	Jennifer RAMONE	2018	Pas l'objectif et mauvaises dates
Élaboration et évaluation d'une formation e-Learning à l'approche centrée patient dans le dépistage du cancer colorectal	Goncalves Martins, Déborah ; Salaün, Adèle	2019	Texte non obtenu
Intérêt de la relance personnalisée des patients par le médecin traitant pour la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal : Étude pilote sur une patientèle	Mélanie DEFASNE	2019	Pas l'objectif
Analyse des motifs de participation au dépistage du cancer colorectal (CCR) par test immunologique fécal	Jacques Constant	2017	Pas l'objectif

chez des patients n'ayant jamais participé au dépistage du CCR par test HémoCult en Haute-Garonne			
Enquête de pratique sur le DOCCR après des médecins généralistes de la drôme et de l'ardèche	Yanis Meftali	2017	Pas l'objectif
Analyse des motifs de réalisation du test fécal immunologique chez des personnes n'ayant jamais participé auparavant au DOCCR en Ille-et-Vilaine	Fanny Le Pimpec	2016	Pas l'objectif
Dépistage organisé du cancer colorectal par le nouveau test immunologique dans le Poitou-Charentes : Etat des lieux à un an de sa mise en place	Mikaël Stevens	2016	Pas l'objectif
Evaluation de la qualité de l'information médicale sur internet concernant le dépistage du cancer colorectal	Doucet, Clémence ; Kowalski, Vincent	2016	Données recueillies entre juin 2014 et février 2015, donc avant mai 2015
Prévention des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal chez la femme de plus de 50 ans	Emma Richard	2016	Cible les sage-femmes
L'opinion des médecins généralistes concernant le nouveau test de dépistage du cancer colorectal : test immunologique OC-Sensor et la nouvelle organisation pour les médecins généralistes en Alsace	Florence Pépineau	2016	Pas l'objectif
Amélioration de la participation des patients au dépistage organisé du cancer colorectal par l'implication des médecins généralistes	Le Breton, Julien ; Bastuji-Garin, Sylvie ; Bouyer, Jean ; Létrilliart, Laurent ; Velten, Michel ; Aubin-Auger, Isabelle ; Eilstein, Daniel.	2016	Conduit entre le juin 2010 et novembre 2011, donc avant mai 2015
General practitioners' preferences with regard to colorectal cancer screening organisation Colon cancer screening medico-legal aspects	Papin-Lefebvre, F, Guillaume, E, Moutel, G, Launoy, G, Berchi, C	Avant 2015	Mauvaises dates
Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France	Amélie Aïm-Eusébi, Fanny Cussac, Isabelle Aubin-Auger	2018	Pas l'objectif
General practitioners' preferences towards incentive measures linked with cancer screening	Sicsic, J, Franc, C.	2019	Collecte des données entre le 25 mars 2014 et le 18 avril 2014, donc avant le FIT. (même article que le

			10)
Representations of colorectal cancer screening: the GPs point of view	Le Bonniec, A, Préau, M, Cousson-Gélie, F.	2019	Conduit entre les mois d'octobre 2014 et mars 2015, donc avant mai 2015
Colorectal cancer, from screening to diagnosis	Abdelli, N	2023	Pas l'objectif
Understanding barriers and facilitators to participation in colorectal cancer screening: A French qualitative study	Alice Le Bonniec, Sébastien Mas, Marie Préau and Florence Cousson-Gélie	2020	Doublon identifié après lecture complète (thèse et article publié sur la même étude)
Effect of physician notification regarding nonadherence to colorectal cancer screening on patient participation in fecal immunochemical test cancer screening. A randomized clinical trial	Cédric Rat, MD, PhD; Corinne Pogu, MD; Delphine Le Donné, MD; Chloé Latour, MD; Gaele Bianco, MD; France Nanin; Anne Cowppli-Bony, MD; Aurélie Gaultier, MSc; Jean-Michel Nguyen, MD, PhD	2017	Pas l'objectif
Supporting and preventing. Ethical tensions within a colorectal cancer screening campaign	Nicolas Lechopier, Chloé Hamant	2017	Pas l'objectif
Merits, Challenges, and Limitations of Randomized Trials on Colorectal Cancer Screening Effectiveness	Brenner, H., Cross, A.J.	2021	Pas l'objectif
Organised colorectal cancer screening	Le Duc-Banaszuk, A.-S.	2018	Pas l'objectif
What are the psychosocial determinants of participation in colorectal cancer screening? A French qualitative study	A. Le Bonniec · K. Djoufelkit · F. Cousson-Gélie	2015	Pas l'objectif

Annexe 3 : Grilles d'évaluation méthodologiques :

Titre de l'article	Les freins au dépistage du cancer colorectal à La Réunion - Étude qualitative		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	1	1
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	1	1
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	1	1
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	1
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	1	1
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0,5	0,5
	18. Entretiens répétés	1	1
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	1	1
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	1	1
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	1	1
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32	30,5/32	30,5/32)	
Total en pourcentage	95 %	95 %	

Titre de l'article	Vécu des usagers et des professionnels de santé vis-à-vis des outils d'information en soins primaires : exemple du dépistage du cancer colorectal par test immunologique		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	1	1
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	1	1
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	1	1
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	1	1
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	1	0,5
	18. Entretiens répétés	1	1
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	1	1
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	1	1
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	1
TOTAL /32		28/32	29/32
Total en pourcentage		88 %	90 %

Titre de l'article	L'observance du dépistage cancer colorectal par test immunologique dans la population des médecins généralistes à Paris.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	1
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
1 Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1
	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	1	1
	12. Analyses statistiques	0,6	0,6
0,5 Résultats	13. Population	1	1
	14. Données descriptives	0,5	0,5
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	1	1
Discussion	18. Résultats clés	1	1
	19. Limitations	1	1
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	0	0
TOTAL /22		18,2/22	18,1/22
Total en pourcentage		82 %	82 %

Titre de l'article	OPTIDEC : optimisation du dépistage du cancer colorectal par les structures de soins primaires.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	1
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1

	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	1	1
	11. Variables quantitatives	1	1
	12. Analyses statistiques	0,6	0,6
Résultats	13. Population	0,9	0,9
	14. Données descriptives	0,5	0,5
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	1	1
Discussion	18. Résultats clés	1	1
	19. Limitations	0,5	0,5
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	1	1
TOTAL /22		19,1/22	19,1/22
Total en pourcentage		86 %	86 %

Titre de l'article	Participation des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal depuis l'arrivée du test immunologique.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	1
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1
	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	1	1
	12. Analyses statistiques	0,6	0,4
Résultats	13. Population	1	1
	14. Données descriptives	1	0,5
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	1	1
Discussion	18. Résultats clés	1	1

	19. Limitations	1	1
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	0	0
TOTAL /22		18,6/22	17,9/22
Total en pourcentage		85 %	81 %

Titre de l'article	Dépistage Organisé du Cancer Colorectal : évaluation des difficultés rencontrées par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône depuis l'introduction du test immunologique		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	0
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1
	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	1	1
	12. Analyses statistiques	0,4	0,4
Résultats	13. Population	1	1
	14. Données descriptives	0,5	0,5
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	0	0
Discussion	18. Résultats clés	1	1
	19. Limitations	1	1
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	1	1
TOTAL /22		17,9/22	16,9/22
Total en pourcentage		81 %	76 %

Titre de l'article	Dépistage du cancer colorectal analyse des pratiques en soins primaires et perspectives d'amélioration. Enquête dans le sud des hauts-de seine.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J

Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	1
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1
	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	1	1
	12. Analyses statistiques	0,6	0,6
Résultats	13. Population	0,6	0,6
	14. Données descriptives	0,5	0,5
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	0	
Discussion	18. Résultats clés	1	1
	19. Limitations	1	1
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	0	0
TOTAL /22		16,76/22	16,7/22
Total en pourcentage		76 %	75 %

Titre de l'article	Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue du public par une enquête par questionnaire.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	0,5	0,5
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1
	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	1	1

	12. Analyses statistiques	0	0
Résultats	13. Population	0,3	0,3
	14. Données descriptives	1	1
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	1	1
Discussion	18. Résultats clés	1	1
	19. Limitations	1	1
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	0	0
TOTAL /22		16,8/22	16,8/22
Total en pourcentage		75 %	75 %

Titre de l'article	Le ressenti des médecins généralistes d'Isère, de Savoie et de Haute-Savoie concernant la remise du kit du dépistage du cancer colorectal en officine		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	1
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	1	0
	18. Entretiens répétés	1	1
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1

	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	1	0
	26. Détermination des thèmes	1	0
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
	TOTAL /32	25/32	22,5/32
Total en pourcentage	78 %	70 %	

Titre de l'article	Quels sont les facilitateurs au dépistage organisé du cancer colo-rectal selon les médecins généralistes du Finistère, du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel ?		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	1	1
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	1	1
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0,5	0,5
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1

	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	0
	TOTAL /32		23,5/32
Total en pourcentage		73 %	70 %

Titre de l'article	L'engagement des médecins généralistes des Alpes-Maritimes à l'égard du dépistage organisé du cancer colorectal : étude qualitative par entretiens semi-dirigés.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	1	1
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	1
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	1	0
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	0	0
	23. Retour des retranscriptions	0	0

Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	1	0
	26. Détermination des thèmes	1	0
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32	24/32	21/32	
Total en pourcentage	75 %	65 %	

Titre de l'article	Freins au dépistage organisé du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finistère du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	1	1
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	1	0,5
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0

Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	0
TOTAL /32	22/32	21,5/32	
Total en pourcentage	69 %	67 %	

Titre de l'article	Le dépistage du cancer colorectal dans les Vosges : vision croisée médecins-patients.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	0	0
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	1
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	1	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0,5	0
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	1	1
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse	24. Nombre de personnes codant les données	0	0

et résultats	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32		22,5/32	21/32
Total en pourcentage		70 %	65 %

Titre de l'article	Obstacle en 2016 au dépistage du cancer colorectal(CCR) Avis des médecins généralistes installés dans le val de Marne.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	1
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	0
	8. Sources de données/mesures	0	0
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	1	0
	12. Analyses statistiques	0,4	0,2
Résultats	13. Population	1	1
	14. Données descriptives	1	1
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	1	0
Discussion	18. Résultats clés	0	0
	19. Limitations	1	1
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	0	0
TOTAL /22		16,4/22	13,2/22
Total en pourcentage		75 %	60 %

Titre de l'article	État des lieux des pratiques des médecins généralistes de la région Centre-Val-De-Loire concernant le dépistage organisé du cancer colorectal.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	1
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	1
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	1
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1
	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	0	0
	12. Analyses statistiques	0	0
Résultats	13. Population	0	0
	14. Données descriptives	0,5	0,5
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	1	1
Discussion	18. Résultats clés	0	0
	19. Limitations	1	1
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	0	0
TOTAL /22		14,5/22	14,5/22
Total en pourcentage		65 %	65 %

Titre de l'article	Les outils de communication manquant aux médecins généralistes pour mieux comprendre les motivations de leurs patients vis-à-vis du dépistage du cancer colorectal, afin d'augmenter le taux de participation. Étude qualitative par entretiens individuels		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0

	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	0	0
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0	0
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
23. Retour des retranscriptions	1	1	
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	1	1
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	0	0
	28. Vérification par les participants	1	1
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	0
TOTAL /32		21/32	21/32
Total en pourcentage		65 %	65%

Titre de l'article	Les médecins généralistes d'Alsace et leur dépistage du cancer colorectal : freins et motivations.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0

	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	0	0
	11. Prise de contact	0	0
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	1
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0,5	0,5
	18. Entretiens répétés	1	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	1	1
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	1	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	0	0
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32		20,5/32	20,5/32
Total en pourcentage		64 %	64 %

Titre de l'article	Santé des médecins généralistes dépistage du cancer colorectal chez les médecins généralistes franciliens de sexe masculin.		
Grille utilisée	STROBE		
	Items	A	J
Titre et résumé	1. Titre et résumé	1	1
Introduction	2. Contexte/justification	1	1
	3. Objectifs	1	0
Méthodes	4. Conception de l'étude	1	0
	5. Contexte	1	1
	6. Population	1	1
	7. Variables	1	1

	8. Sources de données/mesures	1	1
	9. Biais	0	0
	10. Taille de l'étude	0	0
	11. Variables quantitatives	0	0
	12. Analyses statistiques	1	0
Résultats	13. Population	1	1
	14. Données descriptives	1	0,5
	15. Données obtenues	1	1
	16. Principaux résultats	1	1
	17. Autres analyses	0	0
Discussion	18. Résultats clés	0,5	0,5
	19. Limitations	0,5	0,5
	20. Interprétation	1	1
	21. « Généralisabilité »	1	1
Autre information	22. Financement	0	0
TOTAL /22		16/22	12,5/22
Total en pourcentage		73 %	56 %

Titre de l'article	Les déterminants de la non-participation au dépistage du cancer colorectal par le test immunologique : une étude qualitative.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0,5	0

	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	0	0
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	0	0
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	0	0
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32		18,5/32	18/32
Total en pourcentage		58 %	56 %

Titre de l'article	Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	0	0
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	0	0
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	0,5
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	1
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0	0

	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	0	0
	25. Description de l'arbre de codage	1	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	0
TOTAL /32		19/32	17,5/32
Total en pourcentage		59 %	54 %

Titre de l'article	Quels sont les facteurs influençant les patients dans la participation au dépistage du cancer colorectal ? Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 patients		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	0
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	0
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0,5	0,5

	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	0,5	0,5
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	0	0
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	0
TOTAL /32		19/32	17/32
Total en pourcentage		59 %	53 %

Titre de l'article	Le dépistage organisé du cancer colorectal par test immunologique dans les Vosges : comment améliorer le taux de participation des patients vosgiens. Étude qualitative.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	0	0
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	1	0,5
	14. Cadre de la collecte de données	0	0
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0	0
	18. Entretiens répétés	0	0

	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	0	0
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	0
TOTAL /32		18/32	17,5/32
Total en pourcentage		56 %	54 %

Titre de l'article	Decision-making in fecal occult blood test compliance: A quali-quantitative study investigating motivational processes		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	0	0
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0	0
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	0	0

	20. Cahier de terrain	0	0
	21. Durée	0	0
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	1	1
	26. Détermination des thèmes	0	0
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	0	0
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32		17/32	17/32
Total en pourcentage		53 %	53 %

Titre de l'article	Le patient face au courrier d'invitation au dépistage organisé du cancer colorectal.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	1	1
	10. Échantillonnage	0	0
	11. Prise de contact	0	0
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0,5	0
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	0	0

	20. Cahier de terrain	1	1
	21. Durée	1	1
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	0	0
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	0,5
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	0	0
TOTAL /32		17,5/32	16,5/32
Total en pourcentage		55 %	51 %

Titre de l'article	Quels sont les freins et les motivations des patients à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal dans l'Allier ?		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	1	1
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	0	0
	10. Échantillonnage	1	1
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	1
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	1	1
	17. Guide d'entretien	0	0
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	0

	21. Durée	0	0
	22. Seuil de saturation	0	0
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	1	1
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	0	0
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	1	1
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32		17/32	17/32
Total en pourcentage		53 %	53 %

Titre de l'article	Les déterminants du dépistage du cancer colorectal en Haute Corse. Point de vue médical par une enquête en focus group.		
Grille utilisée	COREQ		
	Items	A	J
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	1. Enquêteur/animateur	0	0
	2. Titres académiques	1	1
	3. Activité	1	1
	4. Genre	1	1
	5. Expérience et formation	1	1
	6. Relation antérieure	0	0
	7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	0	0
	8. Caractéristiques de l'enquêteur	0	0
Domaine 2 : Conception de l'étude	9. Orientation méthodologique et théorie	0	0
	10. Échantillonnage	0	0
	11. Prise de contact	1	1
	12. Taille de l'échantillon	1	1
	13. Non-participation	0	0
	14. Cadre de la collecte de données	1	0,5
	15. Présence de non-participants	0	0
	16. Description de l'échantillon	0	0
	17. Guide d'entretien	0	0
	18. Entretiens répétés	0	0
	19. Enregistrement audio/visuel	1	1
	20. Cahier de terrain	0	1

	21. Durée	0,5	0,5
	22. Seuil de saturation	1	1
	23. Retour des retranscriptions	0	0
Domaine 3 : Analyse et résultats	24. Nombre de personnes codant les données	0	0
	25. Description de l'arbre de codage	0	0
	26. Détermination des thèmes	1	1
	27. Logiciel	1	1
	28. Vérification par les participants	0	0
	29. Citations présentées	0,5	0,5
	30. Cohérence des données et des résultats	1	1
	31. Clarté des thèmes principaux	1	1
	32. Clarté des thèmes secondaires	1	1
TOTAL /32		15/32	14,5/32
Total en pourcentage		47 %	45 %

Annexe 4 : Grille PRISMA 2020 :

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	1
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	1
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	1
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	1
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	1
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	1
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	1
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	1
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	0,5
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	0,5
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	0
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	0
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	0,16
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	0
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	0
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	0,16
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	0
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	0
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	0
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	0

Annexe 4 : Grille PRISMA 2020 :

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	0,5
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	0,5
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	1
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	0
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	0
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	0
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	0
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	0
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	0
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	0
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	0
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	0,25
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	0,25
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	0,25
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	0,25
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	0
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	0
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	0
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	1
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	1
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	0



Ouvrir le kit pendant la consultation

- Prendre le temps d'expliquer le cancer colorectal et l'utilité du dépistage
- Faire une démonstration rapide en ouvrant le kit et en expliquant les différentes étapes

Faites le test

- Augmenter son expertise
- Partager un vécu commun avec le patient
- Crédibiliser sa démarche

VOUS ETES MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET VOUS SOUHAITEZ AMÉLIORER LA PARTICIPATION DE VOS PATIENTS AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Impliquer d'autres professionnels de santé

- Repérages des patients cibles par les Infirmiers (libéraux, en pratique avancée ou Asalée)
- Impliquer la pharmacie de proximité

Utiliser les outils à disposition

- Rappel informatique automatisé sur le logiciel patient
- Accès au taux de dépistage de la patientèle sur ameli pro

Impliquer les secrétaires médicales

- Distribution des kits pour les patients ayant déjà participé au dépistage
- Rappels pour les patients auxquels le kit a déjà été distribué mais n'a pas été réalisé.

Echanger autour du dépistage

- Avec d'autres médecins sur les stratégies qu'ils emploient
- Rôle des patients sensibilisant le public
- Groupe d'éducation à la prévention

SOUTENIR L'ACTE DE PREVENTION

- Revalorisation de la cotation spécifique pour le dépistage
- Inclusion du dépistage du cancer colorectal
- Revalorisation de la ROSP

INCLURE LA CONSULTATION PREVENTION DANS LA PRATIQUE COURANTE

Développement et médiatisation de la consultation dédiée à la promotion de la santé et prévention cancer.

COMMENT AUGMENTER LE TAUX DE DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL ?

MULTIPLIER LES ACTEURS DU DÉPISTAGE

- Développer des aides pour repérer les personnes cibles (infirmière santé publique et Asalée)
- permettre aux secrétaires de distribuer les kits de dépistage si elles sont formées (compte professionnel de formation)

S'IMPLIQUER PERSONNELLEMENT DANS LE DÉPISTAGE

- En donnant des explications du kit de dépistage du cancer colorectal
- En répétant les propositions de dépistage si le patient n'est pas à jour



A l'attention des pouvoirs publics



Les attentes des médecins et des patients déjà mises en place



Distribution des kits par d'autres acteurs de santé : Participation des pharmacies au dépistage



Envoi du kit à domicile



Avoir un retour sur l'activité de dépistage de leur patientèle



Recevoir de la CPAM une liste de ses patients éligibles au DOCCR



Promouvoir le dépistage au travers de la formation initiale et la formation continue



Les attentes des médecins et des patients pas encore mises en place



Favoriser et renforcer les campagnes publicitaires et médiatiques.
Améliorer les connaissances des patients en renforçant les campagnes d'information



Distribution des kits par d'autres acteurs de santé : Participation d'autres acteurs médecin du travail, Possibilité de faire les test dans un laboratoire d'analyse médicale



Création d'une consultation dédiée au dépistage avec une cotation spécifique "RENDEZ PREVENTION" applicable pour le cancer colorectal



Revaloriser la ROSP



Développer des aides pour repérer les personnes cibles (infirmière santé publique et Asalée, assistant médicaux)



Favoriser la formation des spécialités médicales et paramédicales au DOCCR



Diffuser les stratégies employées par les médecins généralistes les plus performants en terme de participation, favoriser l'échange avec les professionnels notamment les zones avec lesquelles la participation est meilleure.



Rôle des patients sensibilisant le public en utilisant témoignages de personnes ayant un cancer colorectal



Modification du courrier d'invitation au DOCCR : simplification du courrier et amélioration du packaging



Un courrier plus personnalisé et signé par une autorité connue du patient (comme son médecin traitant)



Inclure dans le courrier d'invitation ET dans le kit de dépistage un Qrcode pour une vidéo tutorielle du DOCCR



Proposer des groupes d'éducation préventive animés par le médecin traitant ou l'infirmière Asalée où l'on aborderait le DOCCR

AUTEURS : Julie CLARET et Antoine REYT

TITRE : Dépistage organisé du cancer colorectal en France : freins et leviers du point de vue des patients et des médecins généralistes, revue systématique de la littérature.

DIRECTEUR DE THESE : Dr. Nathalie BOUSSIER

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 08 avril 2025

Introduction : Malgré la modification des modalités de dépistage du cancer colorectal en 2015, la participation de la population française reste en dessous des objectifs.

Objectifs : L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de tous les freins et leviers au dépistage organisé du cancer colo-rectal en France du point de vue des médecins généralistes installés et des patients éligibles depuis la mise en place des nouvelles modalités de dépistage en mai 2015. L'objectif secondaire était de faire un état des lieux des pistes d'amélioration proposées.

Méthode : Une revue systématique de la littérature a été réalisée selon les recommandations PRISMA. Les bases de données interrogées étaient Sudoc, Pubmed, Web of Science et Embase. Nous avons sélectionnés nos articles sur une période allant de mai 2015 à février 2024.

Résultats : 26 références ont été retenues. Les principaux thèmes des freins identifiés sont ceux liés au patients, ainsi que ceux liés à l'information et à la formation. Pour les leviers, les principaux thèmes sont d'une part ceux liés à l'organisation médicale et d'autre part ceux liés à l'information et à la formation. Les pistes d'amélioration proposées sont en lien avec l'information, la formation et la délivrance du kit.

Conclusion : Les principaux freins identifiés concernent les patients, l'information et l'organisation médicale, tandis que l'implication des médecins généralistes et une meilleure communication apparaissent comme des leviers essentiels. L'amélioration du dépistage repose notamment sur une mobilisation accrue des acteurs de santé. Malgré certaines avancées, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les objectifs européens et réduire la mortalité liée à cette maladie.

Organized colorectal cancer screening in France : barriers and facilitators from the perspective of patients and general practitioners, a literature review

Introduction : Despite changes in colorectal cancer screening modalities in 2015, participation in France remains below target levels.

Objectives : The primary objective was to assess the various barriers and facilitators to organized colorectal cancer screening in France from the perspective of practicing general practitioners and eligible patients since the implementation of the new screening modalities in May 2015. The secondary objective was to identify proposed avenues for improvement.

Method : A systematic literature review was conducted following PRISMA guidelines. The databases searched included Sudoc, PubMed, Web of Science, and Embase. Articles were selected from May 2015 to February 2024.

Results : A total of 26 references were included. The main identified barriers were related to patients, as well as to information and training. Regarding facilitators, the key themes were linked to medical organization, as well as to information and training. The proposed ideas for improvement focused on information, training, and kit distribution.

Conclusion : The main obstacles identified concern patients, information and medical organization, while the involvement of general practitioners and better communication appear to be essential levers. Improving screening relies in particular on increased mobilization of health actors. Despite some progress, additional efforts are necessary to achieve European objectives and reduce mortality linked to this disease.

Mots-clés : dépistage, cancer colorectal, frein, levier, patient, médecin généraliste, revue systématique

MeSH words : screening, colorectal cancer, bowel cancer, colorectal neoplasms, barrier, obstacle, facilitator, lever, patient, general practitioner, systematic review

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde – 31000 TOULOUSE - FRANCE