



Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique

Alice Le Bonniec

► To cite this version:

Alice Le Bonniec. Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique. Psychologie. Université Paul Valéry - Montpellier III, 2018. Français. NNT : 2018MON30014 . tel-01972907

HAL Id: tel-01972907

<https://theses.hal.science/tel-01972907>

Submitted on 8 Jan 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'**Université Paul Valéry, Montpellier 3**

Préparée au sein de l'école doctorale 60
« Territoires, Temps, Sociétés et Développement »
Et de l'unité de recherche EA 4556
« Laboratoire Epsilon. Dynamique des Capacités
Humaines et des Conduites de Santé »

Spécialité : **Psychologie du développement**

Présentée par **Alice LE BONNIEC**

**Les déterminants psychosociaux de la
participation au dépistage du cancer
colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau
test immunologique**

Soutenue le 27 septembre 2018 devant le jury composé de

Madame le Professeur Florence COUSSON-GELIE
Université Paul Valéry Montpellier 3

Directrice de thèse

Madame le Professeur Marie PREAU
Université Lumière Lyon 2

Co-directrice de thèse

Monsieur le Professeur Thémistoklis APOSTOLIDIS
Université Aix-Marseille

Rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-François VERLHIAC
Université Paris Ouest Nanterre La Défense

Rapporteur

Monsieur le Professeur Laurent AUZOULT
Université Paul Valéry Montpellier 3

Examineur

Madame le Professeur Anne-Marie ETIENNE
Université de Liège

Examinatrice



Remerciements

Mes premiers remerciements vont à mes directrices de thèse, Pr. Florence Cousson-Gélie et Pr. Marie Préau. Florence, merci de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail de thèse et de m'avoir intégrée à l'équipe d'Epidaure. J'ai beaucoup appris grâce à vous, et je tiens à vous remercier pour les opportunités que vous m'avez offertes ainsi que pour votre encadrement. Marie, merci de m'avoir suivie dès mon master à Lyon, et de n'avoir jamais cessé depuis ! Je vous remercie pour vos encouragements, vos précieux conseils, et surtout d'avoir toujours été présente malgré la distance.

J'aimerais également remercier chacun des membres de mon jury de m'avoir fait l'honneur de lire et d'évaluer ce travail doctoral : Pr. Thémis Apostolidis, Pr. Jean-François Verlhac, Pr. Anne-Marie Etienne et Pr. Laurent Auzoult.

Un grand merci à toute l'équipe de Dépistages 34 pour m'avoir si gentiment aidée dans ce travail, et particulièrement à Marc, Jennifer, Laetitia, Sandrine, au Dr Cherifcheikh et au Pr Daurès. Sans votre aide précieuse, ce travail n'aurait pu voir le jour.

Je remercie infiniment tous les participants qui ont accepté de prendre part aux trois études composant ce travail doctoral. Merci pour votre gentillesse et le temps que vous avez bien voulu m'accorder.

Je tiens également à remercier les financeurs et partenaires de ce travail de thèse : le SIRIC de Montpellier, l'INCa, la Ligue contre le Cancer, et Dépistages 34.

Merci aux membres du laboratoire Epsilon et à l'équipe d'Epidaure de m'avoir accueillie pendant ma thèse, à ceux avec qui j'ai partagé un bureau, et/ou surtout de bons moments : Fabrice, Adeline, Audrey, Golda, Lydie, Bertrand, Mickaël, Antonin, Sandra, Mélissa, Florian, Bruno, Fanny, Youssef, Rose, et j'en oublie certainement... Isabelle, Clémentine, Elodie, Apolline, merci pour toutes nos discussions, votre sympathie et votre sens de l'écoute. Sébastien, merci d'avoir été présent, de m'avoir aidée à relativiser, et pour tous nos échanges passionnants ! Julie, merci pour ta confiance et pour tous tes conseils avisés que je n'oublie pas. Ton soutien est inestimable, tout comme ton amitié. Et enfin Mathieu, je t'adresse mes plus sincères remerciements, tu m'as beaucoup aidée dans ce travail. Merci de m'avoir fait partager ton expérience, pour ta sincérité, ta patience, et surtout merci pour ton amitié. J'espère que notre collaboration ne fait que commencer !

Merci également aux membres du GRePS de m'avoir accueillie lors de mes visites à Lyon. Charlotte, Myriam, vous méritez une place spéciale dans ces remerciements, merci pour votre soutien, nos moments de partage mais aussi d'intenses réflexions... J'attends avec impatience nos prochaines aventures !

Je n'oublie pas ceux qui ont été à mes côtés depuis longtemps ou depuis peu, mais qui ont tous énormément compté. Ceux avec qui j'ai partagé une superbe année de master, c'est un peu grâce à vous que j'ai eu envie de me lancer dans la thèse : Marie-Amandine, Alex, Elise, Krishna, Jan, Morgan et Stéphanie. Ceux qui m'ont donné envie d'aller visiter Tahiti : Tommy, Bruno, Doume, Marjo, merci pour votre bonne humeur ! Celles avec qui j'ai toujours envie d'aller boire un verre : Nina, Alex, Flora, Hélène. Celles et ceux qui ont partagé ma coloc : Emmanuelle, John, Mimi et Pauline, merci, vous avez rendu mon quotidien plus gai !

Enfin, je souhaite tout particulièrement remercier ma famille. Isabelle et Jean, mes parents, merci pour votre soutien sans faille et surtout pour y avoir toujours cru ! Nina, ma sœur, pour tellement de choses qu'une page ne suffirait pas : de ta bienveillance constante aux relectures de cette thèse, merci. Tommy, mon beau-frère, merci pour ta joie de vivre communicative ! Le meilleur pour la fin, Florian, je sais que tu es un homme de l'ombre, alors je n'en dirais pas plus : merci pour tout.

Résumé

Introduction

Le cancer colorectal est la 2ème cause de mortalité par cancer en France (HAS, 2013). En effet, ce cancer touche plus de 42 000 personnes en France chaque année, ce qui en fait le 3ème cancer le plus fréquent (INCa, 2014). Un dépistage organisé existe depuis 2008, pourtant, les taux de participation restent faibles : 33,5% en France (Santé Publique France, 20018). D'après la littérature, les principaux freins à la participation au dépistage sont le manque de confiance envers le système de soins (Varela et al, 2010 ; Clavarino et al, 2004) ; l'embarras, l'inconfort et le déplaisir accompagnant les procédures des tests (Garcia, 2012 ; Varela et al, 2010) ; le manque de temps ; ou encore une difficulté d'accès aux systèmes de soins (Jones et al, 2010). Enfin, le manque de recommandations de la part du médecin représente l'un des freins les plus importants. (Garcia, 2012 ; Bauerle Bass, 2011 ; Walsh et al, 2010 ; Powell et al, 2009 ; Garcia et al, 2011). Le test Hémocult II, utilisé dans le cadre du dépistage organisé jusqu'en mars 2015, a été remplacé par un nouveau test immunologique, jugé plus sensible, plus spécifique et plus fiable par la communauté médicale (INCa, 2014).

Objectifs et méthode

Au regard des faibles taux de dépistage et des principaux freins identifiés dans la littérature scientifique, ce travail de thèse a pour but d'analyser les déterminants de la participation au dépistage à la fois du point de vue des patients mais aussi des médecins généralistes. De plus, dans un contexte de récent changement de test de dépistage, il apparaît nécessaire d'évaluer les enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique.

Ce travail doctoral est basé sur la technique de la triangulation (théorique, méthodologique et des données). Plus précisément, deux cadres théoriques validés et reconnus en psychologie sociale de la santé ont été mobilisés, à savoir la Théorie des Représentations Sociales (Moscovici, 1984), et la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen et al, 1991), permettant l'adoption d'une approche compréhensive aussi bien que prédictive du dépistage. Trois études ont ainsi été développées :

- Une étude qualitative par entretiens semi-directifs, menée auprès de 17 médecins généralistes, ayant pour but d'appréhender leurs représentations sociales du dépistage du cancer colorectal ainsi que la manière dont celui-ci peut s'ancrer dans leur pratique de recommandation ;

- Une étude qualitative par focus groups, menée auprès de 29 participants issus de la population générale dont l'objectif était d'appréhender leurs représentations sociales du dépistage du cancer colorectal ainsi que les freins et facilitateurs à son adhésion.
- Une étude quantitative par questionnaires, menée auprès de 160 participants issus de la population générale, visant à identifier les principaux prédicteurs de l'intention et du comportement de dépistage du cancer colorectal.

Principaux résultats

L'analyse des entretiens a révélé une incohérence entre le rôle que les médecins pensent devoir jouer auprès des patients dans la prévention et le dépistage, et la réalité de leur pratique qui ne leur laisse que peu de temps à y consacrer. L'analyse des focus groups a révélé que les principaux freins à la participation au dépistage sont : le manque d'accessibilité du test (nécessité de consulter le médecin généraliste pour obtenir le kit de dépistage), une faible préoccupation pour la prévention, mais aussi le fait que le cancer colorectal se réfère à une partie du corps liée à un tabou, et considérée comme sale. Enfin, l'analyse des questionnaires a permis d'identifier plusieurs variables ayant une influence sur l'intention et le comportement de dépistage, à savoir : le comportement antérieur de dépistage, la fréquence de dépistage, le déni, la proximité sociale, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu. Les analyses ont particulièrement mis en avant l'importance du contrôle comportemental perçu, pouvant agir directement sur le comportement sans passer par l'intention.

Conclusion

Ce travail de thèse nous a permis d'une part, de tester l'intérêt de nos cadres théoriques pour étudier le dépistage du cancer colorectal, et d'autre part de pouvoir formuler des préconisations dans le but de développer des actions visant à améliorer les taux de dépistage. Les conclusions révèlent la pertinence d'allier une approche compréhensive à une approche prédictive, et soulignent l'intérêt d'appréhender le système représentationnel entourant le dépistage du cancer colorectal. Nos perspectives proposent la mise en place d'interventions visant à améliorer le niveau de contrôle perçu de la population générale face à ce dépistage.

Mots clés : cancer colorectal, dépistage, médecins généraliste, population générale, test, test immunologique, théorie des représentations sociales, théorie du comportement planifié

Abstract

Introduction

Colorectal cancer is the second leading cause of cancer deaths in France (HAS, 2013). Indeed, this cancer affects more than 42,000 people in France each year, making it the third most common cancer (INCa, 2014). An organized screening programme has been put in place since 2008, but participation rates remain low: 33.5% in France (Santé Publique France, 2018). According to the literature, the main barriers to participation in screening are the lack of confidence in the health care system (Varela et al, 2010, Clavarino et al, 2004) ; embarrassment, discomfort and dissatisfaction accompanying testing procedures (Garcia, 2012, Varela et al, 2010); lack of time; or difficulty accessing health care systems (Jones et al, 2010). Finally, the lack of general practitioners' recommendations is one of the most significant obstacles. (Garcia, 2012, Bauerle Bass, 2011, Walsh et al, 2010, Powell et al, 2009, Garcia et al, 2011). The Hemoccult II test, used as part of organized screening until March 2015, was replaced by a new immunological test, considered more sensitive, more specific and more reliable by the medical community (INCa, 2014).

Objectives and method

Faced with the low screening rates and main obstacles identified in the scientific literature, this thesis aims at analyzing the determinants of screening participation, with both patient and general practitioner points of view. Moreover, in a context of recent change of screening test, it appears necessary to evaluate issues with the arrival of the new immunological test.

This doctoral work is based on the technique of triangulation (theoretical, methodological and data triangulation). More precisely, two validated and recognized theoretical frameworks in health and social psychology were employed, namely the Theory of Social Representations (Moscovici, 1984), and the Theory of Planned Behaviour (Ajzen et al, 1991), allowing the adoption of a comprehensive approach as well as a predictive approach to studying screening participation. Three studies have been set up:

- A qualitative study through semi-structured interviews, conducted with 17 general practitioners, aimed at understanding their social representations of colorectal cancer screening and how it can be anchored in their practice of recommendation;

- A qualitative study by focus groups, conducted with 29 participants from the general population. The objective was to apprehend their social representations of colorectal cancer screening as well as the obstacles and facilitators to screening participation.
- A quantitative study by questionnaire, including 160 participants from the general population, endeavours to identify the key predictors of colorectal cancer screening intention and behaviour.

Main results

The analysis of interviews revealed an inconsistency between the role general practitioners think they should play with patients in prevention and screening, and the reality of their practice which leaves them insufficient time to devote to it. The focus group analysis revealed that the main barriers to participation in screening are: the lack of accessibility of the test (needing to consult the general practitioner in order to obtain the screening kit), a low concern for prevention, but also the fact that colorectal cancer refers to a body part that is deemed taboo, and considered “dirty”. Finally, the analysis of questionnaires allowed the identification of several variables influencing intention and behaviour of screening, namely: previous screening behaviour, frequency of screening, denial, social proximity, social norms and perceived behavioural control. Analysis particularly emphasized the value of perceived behavioural control, which can directly influence behaviour without going through intention.

Conclusion

This work permitted us on the one hand to apply theory to practice, testing our theoretical frameworks on colorectal cancer screening participation. On the other hand it was possible to formulate recommendations in order to develop actions aimed at improving screening rates. Results reveal the relevance of combining a comprehensive approach with a predictive approach, and highlight the value of understanding the representational system around colorectal cancer screening. Our perspectives suggest the implementation of interventions aimed at improving the perceived level of control of the general population faced with this screening.

Key words: colorectal cancer, screening, general practitioners, general population, immunological test, theory of social representations, theory of planned behavior

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE 1 : PARTIE THEORIQUE	3
CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE SANTE PUBLIQUE - LE CANCER COLORECTAL ET LE DEPISTAGE	3
I. LE CANCER COLORECTAL	3
1. ANATOMIE ET SYMPTOMATOLOGIE	3
2. LES FACTEURS DE RISQUE	4
3. LA PREVALENCE.....	5
4. TAUX DE SURVIE ET TRAITEMENTS	6
II. LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	8
1. LE DEPISTAGE ORGANISE	8
1.1. <i>Le test Hémocult II utilisé jusqu'en 2015.....</i>	<i>9</i>
1.2. <i>Le test immunologique actuellement utilisé.....</i>	<i>9</i>
2. LE DEPISTAGE INDIVIDUEL.....	10
2.1. <i>La coloscopie.....</i>	<i>10</i>
2.2. <i>La rectosigmoïdoscopie</i>	<i>10</i>
3. LES TAUX DE DEPISTAGE	11
III. LA RELATION MEDECIN-PATIENT DANS LE CADRE DU DEPISTAGE ORGANISE	13
1. LE MEDECIN GENERALISTE, RECOMMANDEUR ET DISTRIBUTEUR DU TEST DE DEPISTAGE.....	14
2. LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LE MEDECIN GENERALISTE POUR RECOMMANDER LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	15
3. LA RELATION MEDECIN-PATIENT DANS LE CHOIX DU DEPISTAGE	20
IV. LES FREINS ET LES FACILITATEURS A LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	23
1. LES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES INFLUENÇANT LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	23
2. LES VARIABLES PSYCHOSOCIALES INFLUENÇANT LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	24
2.1. <i>Evaluation individuelle et réaction émotionnelle face au dépistage du cancer colorectal.....</i>	<i>41</i>
2.2. <i>La perception de contrôle du dépistage du cancer colorectal</i>	<i>42</i>
2.3. <i>Influence d'autrui et normes sociales</i>	<i>43</i>
2.4. <i>Motivation, volonté et intention à participer ou à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal</i>	<i>43</i>
2.5. <i>Les représentations du cancer colorectal et du dépistage.....</i>	<i>44</i>
CHAPITRE 2 : APPROCHES THEORIQUES	46
I. LES MODELES UTILISES POUR ETUDIER LE COMPORTEMENT DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	46
1. LE MODELE DES CROYANCES RELATIVES A LA SANTE (HEALTH BELIEF MODEL)	46
2. LE MODELE ETENDU DES REPONSES PARALLELES.....	48
II. UN MODELE THEORIQUE ALTERNATIF : LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE	50
1. LA THEORIE DE L'ACTION RAISONNEE, PRECURSEUR DE LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE	50
2. LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE (THEORY OF PLANNED BEHAVIOR)	51
3. ADEQUATION ENTRE LA TCP ET LES VARIABLES PSYCHOSOCIALES INFLUENÇANT LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	51
4. LA TCP DANS LE DOMAINE DE LA SANTE.....	53
4.1. <i>Apports du modèle concernant les comportements de dépistage du cancer</i>	<i>54</i>
4.2. <i>Apports du modèle concernant les comportements de dépistage du cancer colorectal</i>	<i>55</i>

5.	LES CONCEPTS D’ACTION PLANNING ET DE COPING PLANNING POUVANT ETRE UTILISES AVEC LA TCP DANS LE BUT D’AMELIORER SON POUVOIR PREDICTIF	56
6.	APPORTS ET LIMITES DE LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE.....	56
III.	PENSEE SOCIALE ET THEORIE DES REPRESENTATIONS SOCIALES	57
1.	SAVOIR PROFANE ET SAVOIR EXPERT	58
2.	LA NAISSANCE D’UNE REPRESENTATION SOCIALE : LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	60
2.1.	<i>Les conditions affectant la formation des représentations sociales</i>	<i>60</i>
2.2.	<i>Le mécanisme d’objectivation</i>	<i>61</i>
2.3.	<i>Le mécanisme d’ancrage</i>	<i>62</i>
2.4.	<i>La polyphasie cognitive ou la pluralité des représentations sociales</i>	<i>63</i>
3.	LES FONCTIONS DES REPRESENTATIONS SOCIALES	65
4.	L’APPROCHE SOCIOGENETIQUE DES REPRESENTATIONS SOCIALES.....	67
5.	LA THEORIE DES REPRESENTATIONS SOCIALES ET LA SANTE	68
5.1.	<i>Théorie des Représentations Sociales, santé et maladie</i>	<i>68</i>
5.2.	<i>Aperçu des travaux liant Théorie des Représentations Sociales et cancer</i>	<i>69</i>
5.3.	<i>Aperçu des travaux liant Théorie des Représentations Sociales et dépistage du cancer.....</i>	<i>70</i>
6.	APPORTS ET LIMITES DE LA THEORIE DES REPRESENTATIONS SOCIALES	70
IV.	LA TRIANGULATION	71
1.	LES DIFFERENTS TYPES DE TRIANGULATION.....	72
1.1.	<i>La triangulation théorique.....</i>	<i>72</i>
1.2.	<i>La triangulation méthodologique</i>	<i>72</i>
1.3.	<i>La triangulation des données.....</i>	<i>73</i>
1.4.	<i>La triangulation des chercheurs.....</i>	<i>73</i>
2.	LES INTERETS DE LA TRIANGULATION POUR ETUDIER LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	74
2.1.	<i>La triangulation théorique : la Théorie des Représentations Sociales et la Théorie du Comportement Planifié 74</i>	
2.2.	<i>La triangulation méthodologique : le qualitatif et le quantitatif.....</i>	<i>75</i>
2.3.	<i>La triangulation des données : les médecins généralistes et la population générale.....</i>	<i>77</i>
	SYNTHESE : JUSTIFICATION DU CHOIX DES ANCRAGES THEORIQUES.....	78
	CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE	84
	PARTIE 2 : METHOLOGIE ET RESULTATS DE LA RECHERCHE	89
	ETUDE 1 : REPRESENTATIONS DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL ET ENJEUX DE L’ARRIVEE DU NOUVEAU TEST IMMUNOLOGIQUE : LE POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES	89
I.	RAPPEL DU CONTEXTE	89
II.	OBJECTIFS	90
III.	METHODOLOGIE	90
1.	POPULATION D’ETUDE.....	90
2.	PROCEDURE DE RECRUTEMENT.....	90
3.	METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	90
4.	METHODES D’ANALYSE DES DONNEES.....	91
IV.	RESULTATS.....	93
1.	POPULATION	93
2.	DIFFERENCES DE DISCOURS SELON LE PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES	93
3.	COMMENT LES MEDECINS GENERALISTES GERENT-ILS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LEUR PRATIQUE ?	97
3.1.	<i>Le contexte de la recommandation du médecin généraliste</i>	<i>97</i>

3.1.1.	L'arrivée du nouveau test immunologique	97
3.1.2.	Les principaux freins à la participation des patients du point de vue des médecins généralistes	98
3.1.3.	Pourquoi recommander le test ?	99
3.1.4.	Comment recommander le test ?	99
3.2.	<i>Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes</i>	100
3.3.	<i>Quelles sont les solutions pour améliorer les taux de dépistage du cancer colorectal ?</i>	102
4.	REPRESENTATIONS SOCIALES DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	103
4.1.	<i>Pluralité des discours envers le dépistage</i>	103
4.2.	<i>Savoir et faire savoir</i>	104
4.3.	<i>Rapport au corps et aux selles</i>	106
5.	NIVEAUX D'EXPLICATIONS DONNES PAR LES MEDECINS GENERALISTES POUR JUSTIFIER LA NON-RECOMMANDATION DE DEPISTAGE ET LA NON-PARTICIPATION DE LEURS PATIENTS	107
V.	DISCUSSION	109
1.	LA GESTION DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	109
2.	LA PLACE DIFFICILE DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE CIRCUIT DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	111
3.	PERSPECTIVES ET OUVERTURE THEORIQUE	114
4.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	115
5.	CONCLUSION.....	115
	RESUME DE L'ETUDE 1	117
	ETUDE 2 : QUELLES SONT LES REPRESENTATIONS SOCIALES DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ? UNE ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPS.	118
I.	RAPPEL DU CONTEXTE	118
II.	OBJECTIFS	118
III.	METHODOLOGIE	119
1.	INTERETS DES FOCUS GROUPS	119
2.	DESCRIPTION DES SUPPORTS UTILISES	119
3.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	121
4.	RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS.....	121
5.	RECOLTE DES DONNEES.....	122
6.	ANALYSES DES DONNEES.....	122
IV.	RESULTATS	123
1.	CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON	123
2.	DIFFERENCES DE DISCOURS SELON LE PROFIL DES PARTICIPANTS	124
3.	REPRESENTATIONS SOCIALES DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	129
3.1.	<i>Représentations spontanées exprimées par les participants</i>	129
		130
3.2.	<i>Les mécanismes de formation des représentations sociales</i>	131
3.3.1.	L'ancrage : rendre le dépistage familier.....	131
3.3.2.	L'objectivation : rendre le dépistage concret.....	132
4.	LES PRINCIPAUX FREINS ET FACILITEURS DE LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	134
4.1.	<i>Quels sont les éléments qui freinent la participation au dépistage du cancer colorectal ?</i>	134
4.1.1.	Accessibilité du dépistage et manque de temps.....	134
4.1.2.	L'image négative du cancer colorectal.....	135
4.1.3.	Une faible préoccupation pour la prévention	136
4.2.	<i>Quels sont les éléments qui facilitent la participation au dépistage du cancer colorectal ?</i>	136
4.2.1.	Avantages du nouveau test immunologique	137
4.2.2.	Utilité du dépistage du cancer colorectal	138
4.2.3.	Incitations au dépistage : un premier pas vers l'action.....	138

5.	ROLE DU MEDECIN GENERALISTE ET REPRESENTATIONS DU SYSTEME DE SOINS	139
5.1.	<i>Importance des échanges autour de la place du médecin généraliste</i>	139
5.2.	<i>Le rôle controversé du médecin généraliste dans le dépistage</i>	139
5.3.	<i>Le manque de confiance envers le système de soin : une histoire d'argent ?.....</i>	143
6.	INDIVIDUALITES ET PARTAGES AU SEIN DES FOCUS GROUPS.....	145
6.1.	<i>Influences et normes.....</i>	145
6.1.1.	Influence du statut des participants	145
6.1.2.	Création de normes au sein du groupe	145
6.1.3.	La polyphasie cognitive : manifestation d'une ambivalence.....	148
6.2.	<i>Les formes d'expression du savoir profane</i>	148
7.	NIVEAUX D'EXPLICATIONS DONNES PAR LES PARTICIPANTS POUR JUSTIFIER LA NON-PARTICIPATION AU DEPISTAGE ET COMPARAISON AVEC LES RESULTATS DE L'ETUDE 1	150
V.	DISCUSSION	152
1.	REPRESENTATIONS SOCIALES DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	152
2.	L'AMBIVALENCE A PROPOS DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	154
3.	AU-DELA DU DEPISTAGE, QUELLE PLACE POUR LA PREVENTION ?	155
4.	LIMITES ET PERSPECTIVES	157
	RESUME DE L'ETUDE 2.....	158
	TRIANGULATION ENTRE LES RESULTATS QUALITATIFS ET LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE	159
	ETUDE 3 : QUELS SONT LES PREDICTEURS DE L'INTENTION ET DU COMPORTEMENT DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ? UNE ETUDE BASEE SUR LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE	162
I.	RAPPEL DU CONTEXTE	162
II.	OBJECTIFS ET HYPOTHESES	162
III.	METHODOLOGIE	163
1.	POPULATION D'ETUDE ET PROCEDURE	163
2.	METHODES DE RECUEIL ET D'ANALYSE DES DONNEES	164
2.1.	<i>Méthode la plus utilisée dans les études incluant la TCP.....</i>	164
2.2.	<i>Création d'un questionnaire TCP grâce à la triangulation.....</i>	165
IV.	RESULTATS.....	166
1.	PLAN D'ANALYSE	166
2.	DESCRIPTIF DE L'ECHANTILLON	166
3.	ANALYSES PRELIMINAIRES	169
3.1.	<i>Détection des valeurs extrêmes et des outliers.....</i>	169
3.2.	<i>Analyse de la fiabilité des items.....</i>	169
4.	ASSOCIATION BIVARIEE ENTRE L'INTENTION, LE COMPORTEMENT, ET LES AUTRES VARIABLES.....	170
5.	DETERMINANTS MULTIVARIES DE L'INTENTION ET DU COMPORTEMENT	174
5.1.	<i>Test de l'hypothèse 1 : modèle classique de la TCP</i>	175
5.2.	<i>Test de l'hypothèse 2 : les variables ajoutées au modèle de la TCP</i>	176
6.	NIVEAUX D'EXPLICATIONS IDENTIFIES PAR LA TCP POUR JUSTIFIER LA NON-PARTICIPATION AU DEPISTAGE ET COMPARAISON AVEC LES RESULTATS DE L'ETUDE 1 ET DE L'ETUDE 2	181
V.	DISCUSSION	182
1.	LES ANTECEDENTS DE DEPISTAGE PREDISSENT-ILS UNE NOUVELLE PARTICIPATION ?	182
2.	ADEQUATION ENTRE LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ET LA TCP	183
3.	COMMENT AMELIORER LE MODELE DE LA TCP POUR PREDIRE L'ADHESION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ?	185
3.1.	<i>Effets du coping planning et de l'action planning.....</i>	185

3.2.	<i>Effet négatif de la proximité sociale</i>	186
3.3.	<i>Effet négatif du déni</i>	187
4.	COMMENT EXPLIQUER LE DECALAGE ENTRE INTENTION ET COMPORTEMENT ?	188
5.	LIMITES ET PERSPECTIVES	189
RESUME DE L'ETUDE 3		191
PARTIE 3 : DISCUSSION GENERALE		193
I. RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX FREINS ET FACILITATEURS DE LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE ET MISE EN LIEN AVEC LA LITTERATURE		193
II. TRIANGULATION DES RESULTATS DES TROIS ETUDES		196
1.	LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE ET LA PERCEPTION DU SYSTEME DE SOINS	198
2.	LE ROLE DU PATIENT : SPECTATEUR OU ACTEUR DE SON DEPISTAGE ?	199
3.	LE TABOU AUTOUR DES SELLES ET LA SENSIBILISATION AU DEPISTAGE	199
4.	LA PERCEPTION DU TEST DE DEPISTAGE, ENTRE FIABILITE ET CHANGEMENT DE TEST	202
5.	LES REACTIONS EMOTIONNELLES FACE AU DEPISTAGE	202
6.	L'AMBIVALENCE FACE AU DEPISTAGE : EXPRESSION D'UNE GAMME D'HESITATIONS	204
7.	LE BESOIN D'ETRE ENCOURAGE A SE FAIRE DEPISTER POUR PASSER A L'ACTION	205
8.	LA TEMPORALITE DU DEPISTAGE	207
III. LA TCP ET LA TRS, DEUX THEORIES COMPLEMENTAIRES		208
IV. FORCES ET LIMITES DE CE TRAVAIL DE THESE		212
V. PROPOSITIONS DE PRECONISATIONS ISSUES DE NOS RESULTATS		212
CONCLUSION		216
BIBLIOGRAPHIE		217
ANNEXES		236
CURRICULUM VITAE		270

SOMMAIRE DES TABLEAUX

TABEAU 1. POSSIBILITES DE TRAITEMENTS EN FONCTION DE L'ETENDUE DU CANCER AU MOMENT DU DIAGNOSTIC (INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2010A)	7
TABEAU 2. ETAT DES LIEUX DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LES AUTRES PAYS (REPRIS DE THU-THON ET AL., 2014, P.777)	12
TABEAU 3. RECAPITULATIF DES ETUDES FRANÇAISES AYANT IDENTIFIE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA RECOMMANDATION DES MEDECINS GENERALISTES POUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	16
TABEAU 4. RECAPITULATIF DES ARTICLES PORTANT SUR LES VARIABLES PSYCHOSOCIALES INFLUENÇANT LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (N = 29).....	26
TABEAU 5. RECAPITULATIF DES REVUES DE LITTERATURE S'INTERESSANT A LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ET PRESENTANT DES VARIABLES PSYCHOSOCIALES	36
TABEAU 6. FREQUENCE EN % DES VARIABLES PSYCHOSOCIALES INFLUENÇANT LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	39
TABEAU 7. POLYPHASIE COGNITIVE, DIMENSIONS, CONSTITUANTS ET NIVEAUX DE CONTRADICTION (TRADUIT DE JOVCHELOVITCH & PRIEGO-HERNANDEZ, 2015, ET ADAPTE A NOTRE PROBLEMATIQUE)	64
TABEAU 8. ADEQUATION ENTRE LES VARIABLES IDENTIFIEES DANS LA LITTERATURE COMME AYANT UNE INFLUENCE SUR LE COMPORTEMENT DE DEPISTAGE ET LES DEUX MODELES THEORIQUES CHOISIS	83
TABEAU 9. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON (N=17)	93
TABEAU 10. PRINCIPAUX FREINS A LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL SELON LES MEDECINS GENERALISTES	98
TABEAU 11. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DURANT UNE CONSULTATION	101
TABEAU 12. DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES EN GENERAL.....	102
TABEAU 13. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	124
TABEAU 14. NOMBRE DE MOTS ECHANGES DANS CHAQUE SUPPORT PAR FOCUS GROUPS	139
TABEAU 15. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHANTILLON (N= 157)	168
TABEAU 16. MOYENNES, ECART-TYPES ET ALPHAS DE CRONBACH DES VARIABLES SELECTIONNEES SUITE A L'ANALYSE DE FIABILITE (N = 157)	170
TABEAU 17 . MATRICE DES CORRELATIONS DE PEARSON INCLUANT LES VARIABLES DE LA TCP ET LES VARIABLES SUPPLEMENTAIRES	171
TABEAU 18. LIENS ENTRE LES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET DONNEES DE SANTE ET L'INTENTION : RESULTATS DES TESTS T DE STUDENT.....	173
TABEAU 19. RESULTATS DE L'ANALYSE DE REGRESSION LINEAIRE DES VARIABLES DE LA TCP PREDISANT L'INTENTION DE REALISER UN TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (N=139)	175
TABEAU 20. RESULTATS DE L'ANALYSE DE REGRESSION LOGISTIQUE DES VARIABLES DE LA TCP PREDISANT LE COMPORTEMENT DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (N= 140).....	176
TABEAU 21. RESULTATS DE L'ANALYSE DE REGRESSION LINEAIRE DES VARIABLES DE LA TCP ET DES VARIABLES AJOUTEES PREDISANT L'INTENTION DE REALISER UN TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (N=138)	177
TABEAU 22. RESULTATS DE L'ANALYSE DE REGRESSION LOGISTIQUE DES VARIABLES DE LA TCP ET DES VARIABLES AJOUTEES PREDISANT LE COMPORTEMENT DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (N= 138)	178
TABEAU 23. RESUME DES FREINS ET FACILITATEURS IDENTIFIES DANS NOS 3 ETUDES ET MISE EN LIEN AVEC LA LITTERATURE	194
TABEAU 24. MISE EN PERSPECTIVE DES RESULTATS DES ETUDES 1, 2 ET 3	196

SOMMAIRE DES FIGURES

FIGURE 1- LE COLON ET SES DIFFERENTS SEGMENTS (D'APRES LE GUIDE DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER, 2010A)	4
FIGURE 2- INCIDENCE ET MORTALITE LIEES AU CANCER COLORECTAL (DONNEES PAR AGE ET SEXE EN 2005). D'APRES L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, RESEAU DES REGISTRES FRANÇAIS DE CANCER, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE, HOSPICES CIVILS DE LYON, 2005 (REPRIS DU REFERENTIEL DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2013)	6
FIGURE 3- LES DIFFERENTS INTERVENANTS DU PROGRAMME NATIONAL ORGANISE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (IN REFERENTIEL DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE, 2013, P.7)	14
FIGURE 4 - LE MODELE DES CROYANCES RELATIVES A LA SANTE (MODELE BASIQUE, REPRIS D'OGDEN, 2008)	47
FIGURE 5 - LE MODELE ETENDU DES REPONSES PARALLELES (REPRIS DE BRUCHON-SCHWEITZER & BOUJUT, 2014)	49
FIGURE 6 - LA THEORIE DE L'ACTION RAISONNEE (REPRIS D'OGDEN, 2008)	50
FIGURE 7- LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE (AJZEN, 1991).....	51
FIGURE 8 - LA TCP ADAPTEE A NOTRE PROBLEMATIQUE (COMPRENANT LES VARIABLES COMMUNEMENT MESUREES DANS LES ETUDES UTILISANT CETTE THEORIE)	80
FIGURE 9 - LA TRS ADAPTEE A NOTRE PROBLEMATIQUE	81
FIGURE 10 - LA TCP AVEC LES APPORTS DE LA TRS	82
FIGURE 11 - SCHEMA DE LA TRIANGULATION DES TROIS ETUDES MENEES SUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.....	88
FIGURE 12 - CLASSIFICATION DU CORPUS (LOGICIEL IRAMuTeQ)	95
FIGURE 13 - FREINS A LA RECOMMANDATION DE DEPISTAGE ET FREINS A LA PARTICIPATION DES PATIENTS AU DEPISTAGE CITES PAR LES MEDECINS REPARTIS SELON LES NIVEAUX D'EXPLICATION DE DOISE (1986)	108
FIGURE 14 - LES LIENS ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES DIFFERENTS ACTEURS IMPLIQUES DANS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	113
FIGURE 15 - TAUX DE RETOUR DES PARTICIPANTS	121
FIGURE 16 - DENDOGRAMME DE LA CLASSIFICATION HIERARCHIQUE DU CORPUS (LOGICIEL IRAMuTeQ)	125
FIGURE 17- NUAGE DE MOTS DE LA TACHE D'ASSOCIATION DE MOTS.....	130
FIGURE 18 - FREQUENCE DES OBSTACLES DE LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (/6)	134
FIGURE 19 - FREQUENCE DES FACILITATEURS DE LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (/6).....	137
FIGURE 20 - INTERPRETATION EXPLORATOIRE DE LA DECISION DE PARTICIPER AU DEPISTAGE (INCLUANT LES OCCURRENCES SUR 6 FOCUS GROUPS)	144
FIGURE 21 – FREINS A LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE CITES PAR LES MEDECINS (ETUDE 1) ET PAR LA POPULATION GENERALE (ETUDE 2) REPARTIS SELON LES NIVEAUX D'EXPLICATION DE DOISE (1986)	151
FIGURE 22 - REPRESENTATION SCHEMATIQUE DE LA TRIANGULATION ENTRE LES RESULTATS QUALITATIFS ET LA TCP	161
FIGURE 23 - TEST DU MODELE CLASSIQUE DE LA TCP	179
FIGURE 24 - TEST DU MODELE DE LA TCP INCLUANT LES VARIABLES SUPPLEMENTAIRES.....	180
FIGURE 25 - FREINS A LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE CITES PAR LES MEDECINS (ETUDE 1), PAR LA POPULATION GENERALE (ETUDE 2) ET IDENTIFIES DANS L'ETUDE 3, REPARTIS SELON LES NIVEAUX D'EXPLICATION DE DOISE (1986).....	181
FIGURE 26- CHEMINEMENT HYPOTHETIQUE DES PROCESSUS PSYCHOLOGIQUES AMENANT A LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL (HYPOTHESE FORMULEE D'APRES LES RESULTATS DE NOS TROIS ETUDES).....	211

INTRODUCTION

Le cancer colorectal est la deuxième cause de mortalité par cancer en France (HAS, 2013). En effet, ce cancer touche plus de 42 000 personnes en France chaque année, ce qui en fait le 3ème cancer le plus fréquent (INCa, 2014). Pourtant, dans 9 cas sur 10, ce cancer peut être guéri, à condition qu'il soit détecté de manière précoce. C'est pourquoi, en France, un dépistage organisé a été mis en place en 2008. Ce dépistage cible la population générale de 50 à 74 ans, aussi bien les hommes que les femmes. Il consiste à effectuer un test de recherche de sang dans les selles, recommandé tous les deux ans. Le taux de dépistage minimum préconisé pour un dépistage organisé du cancer colorectal est de 45% (Guide européen, 2010) mais en 2016-2017, le taux de participation national n'était que de 33,5%, avec de fortes disparités selon les départements (Santé Publique France, 2018). Dans l'Hérault, les taux de dépistage sont particulièrement faibles (seulement 24,7% de participation en 2016-2017).

D'après la littérature, les principaux freins à la participation au dépistage sont le manque de confiance envers le système de soins (Varela et al, 2010 ; Clavarino et al, 2004), l'embarras, l'inconfort et le déplaisir accompagnant les procédures des tests (Garcia, 2012 ; Varela et al, 2010), le manque de temps, une difficulté d'accès aux systèmes de soins (Jones et al, 2010), ou encore la difficulté d'obtenir un test auprès de son médecin (obligation de prendre un rendez-vous) (Bridou, 2012). Enfin, le manque de recommandations de la part du médecin représente l'un des freins les plus importants. En effet, les patients ont tendance à penser que si leur médecin ne leur a pas parlé du dépistage, c'est qu'ils ne sont pas concernés ou qu'il ne s'agit pas d'un problème très important (Weitzman et al, 2001). Différentes études ont pu montrer que les médecins généralistes ont une grande influence sur l'adhésion au dépistage du cancer colorectal (Garcia, 2012 ; Bauerle Bass, 2011 ; Walsh et al, 2010 ; Powell et al, 2009 ; Garcia et al, 2011). Cependant, le principal frein évoqué par les médecins concernant la recommandation du test Hémocult II semble être le manque de temps durant la consultation (Scherer, 2011 ; Aubin-Augier et al, 2008 ; Goulaouic, 2013 ; Garcia, 2012).

Le test Hémocult II, utilisé dans le cadre du dépistage organisé jusqu'en mars 2015, a été remplacé par un nouveau test immunologique, jugé plus sensible, plus spécifique et plus fiable par la communauté médicale (INCa, 2014). Ainsi, il pourra lever certains freins notamment en se montrant plus simple à réaliser, ce qui pourrait améliorer son acceptabilité.

Au regard des faibles taux de dépistage et des principaux freins identifiés dans la littérature scientifique, ce travail de thèse a pour but d'analyser les déterminants de la participation au dépistage à la fois du point de vue des patients mais aussi des médecins généralistes. De plus, dans un contexte de récent changement de test de dépistage, il apparaît nécessaire d'évaluer les enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique.

Ce travail s'articule en trois grandes parties. La première partie sera une partie théorique, divisée en deux chapitres. Le premier chapitre consistera à présenter le contexte de santé publique du cancer colorectal et du dépistage organisé. Nous aborderons ainsi le fonctionnement du dépistage et le rôle des médecins généralistes au sein du circuit de dépistage. Nous présenterons également un état des lieux des recherches menées sur le sujet et leurs conclusions. Le second chapitre explicitera les approches théoriques qui guideront notre réflexion et la mise en place de notre travail empirique. Puis, la deuxième partie nous permettra d'aborder la construction des trois études qui forment notre travail doctoral, ainsi que de présenter et discuter les résultats obtenus. Enfin, dans la troisième et dernière partie, les résultats de nos trois études seront triangulés et discutés, nous permettant de formuler des perspectives de recherches futures mais aussi des pistes d'actions pour améliorer les taux de participation au dépistage du cancer colorectal.

Ce travail de thèse s'inscrit dans les objectifs du Plan Cancer 3 (2014/2019), visant à favoriser des diagnostics plus précoces pour diminuer la lourdeur des traitements.

Partie 1 : partie théorique

CHAPITRE 1 : CONTEXTE DE SANTE PUBLIQUE - LE CANCER COLORECTAL ET LE DEPISTAGE

I. Le cancer colorectal

1. Anatomie et symptomatologie

Le côlon est situé dans l'abdomen, entre l'intestin grêle et le rectum. Il fait partie du tube digestif et mesure environ 1,5 mètre de long. Il se divise en quatre segments (voir figure 1) : le côlon droit ou côlon ascendant, le côlon transverse, le côlon gauche ou côlon descendant, le côlon sigmoïde (situé juste avant le rectum). Un cancer peut se développer dans n'importe quelle partie du côlon (Institut National du Cancer, 2010a).

Le cancer colorectal se développe à partir de cellules présentes dans la paroi interne du côlon. Généralement, ce cancer provient d'une tumeur bénigne appelée polype adénomateux ou adénome. Ce polype va évoluer lentement puis finira par devenir cancéreux dans 60 à 80% des cas (Haute Autorité de Santé, 2013; Institut National du Cancer, 2010a).

Le cancer colorectal est souvent asymptomatique, et cela participe à la difficulté de le dépister précocement. Néanmoins, les symptômes les plus fréquents sont : l'amaigrissement, des douleurs abdominales ou une modification du transit intestinal. Il peut également entraîner des rectorragies (Haute Autorité de Santé, 2013).

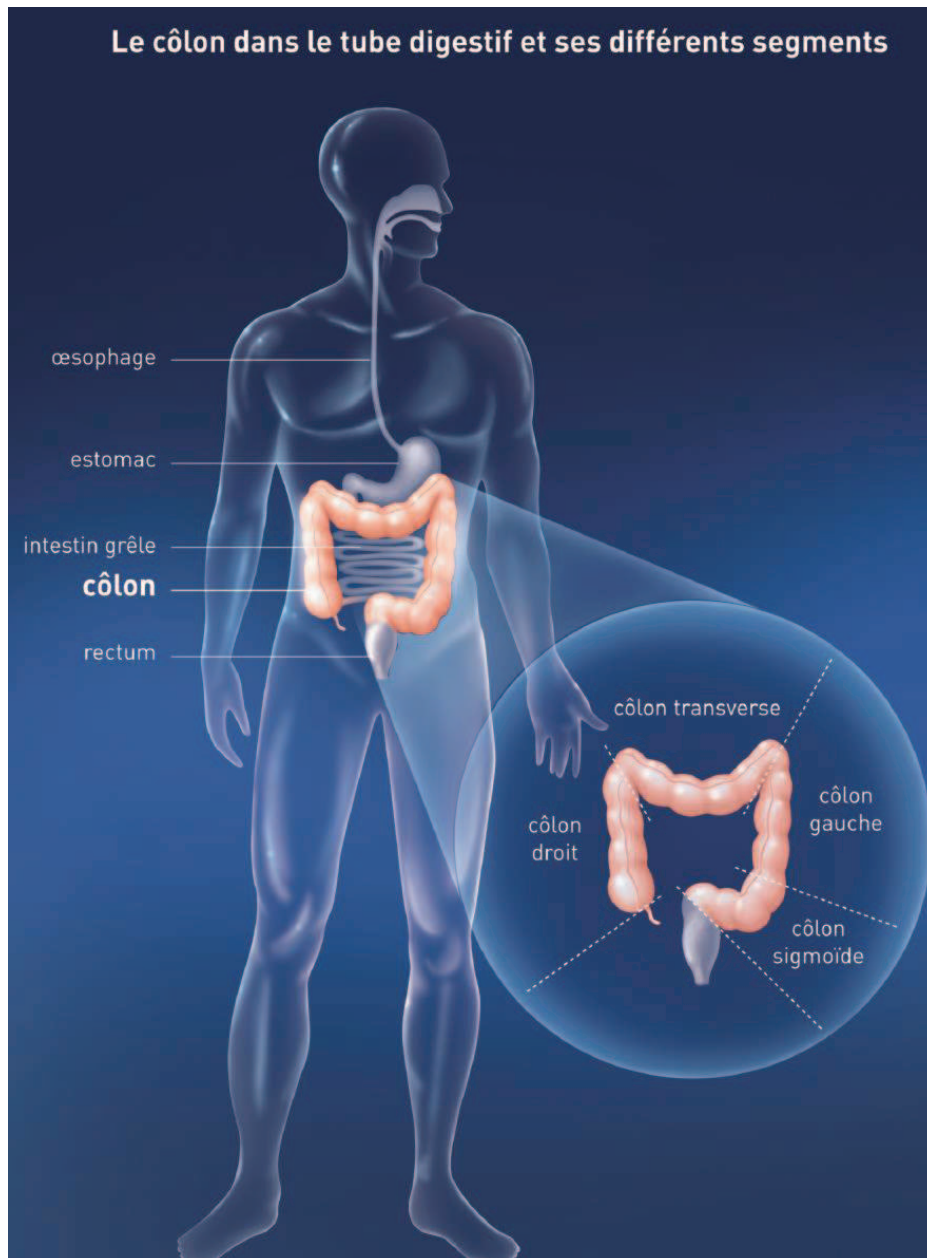


Figure 1- Le côlon et ses différents segments (d'après le guide de l'Institut National du Cancer, 2010a)

2. Les facteurs de risque

D'après le référentiel de pratiques concernant le dépistage du cancer colorectal et de la prévention réalisé par la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé, 2013), les principaux facteurs de risques de développer un cancer colorectal sont : « l'âge supérieur à 50 ans, les maladies inflammatoires intestinales, un antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal, une prédisposition génétique, la consommation excessive de viande rouge ou

de boissons alcoolisées, le tabagisme, l'obésité » (p.2). A ce sujet, la population est divisée en trois niveaux de risques :

- Les personnes à risque moyen : cette catégorie regroupe les individus de plus de 50 ans (hommes et femmes) qui n'ont pas d'antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de maladie chronique des intestins.
- Les personnes à risque élevé : cette catégorie concerne des personnes qui ont des antécédents de cancer colorectal (personnel ou familial), ou qui ont une maladie inflammatoire chronique (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique).
- Les personnes à risque très élevé : cette catégorie concerne les individus atteints d'un syndrome de Lynch (maladie héréditaire) ou d'une polypose adénomateuse familiale.

Enfin, une récente découverte a mis en évidence le potentiel rôle des bactéries dans l'apparition du cancer colorectal, et plus précisément le rôle de la bactérie *fusobacterium* (Castellarin et al., 2012).

3. La prévalence

En France, le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et le troisième chez l'homme (Institut National du Cancer, 2011). En 2012, ce cancer a touché environ 23200 hommes et 18900 femmes (Institut de Veille Sanitaire, 2013). Le cancer colorectal est également la deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme (environ 9200 décès en 2012) et arrive au troisième rang chez la femme (environ 8400 décès en 2012) (Institut de Veille Sanitaire, 2013). Bien que ce cancer se guérisse dans 9 cas sur 10, il reste la deuxième cause de mortalité par cancer en France (Institut National du Cancer, 2011), avec environ 17000 décès chaque année (Haute Autorité de Santé, 2013). La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes (Haute Autorité de Santé, 2013). Comme nous pouvons le voir sur la figure 2, l'incidence et la mortalité augmentent fortement dès l'âge de 50 ans.

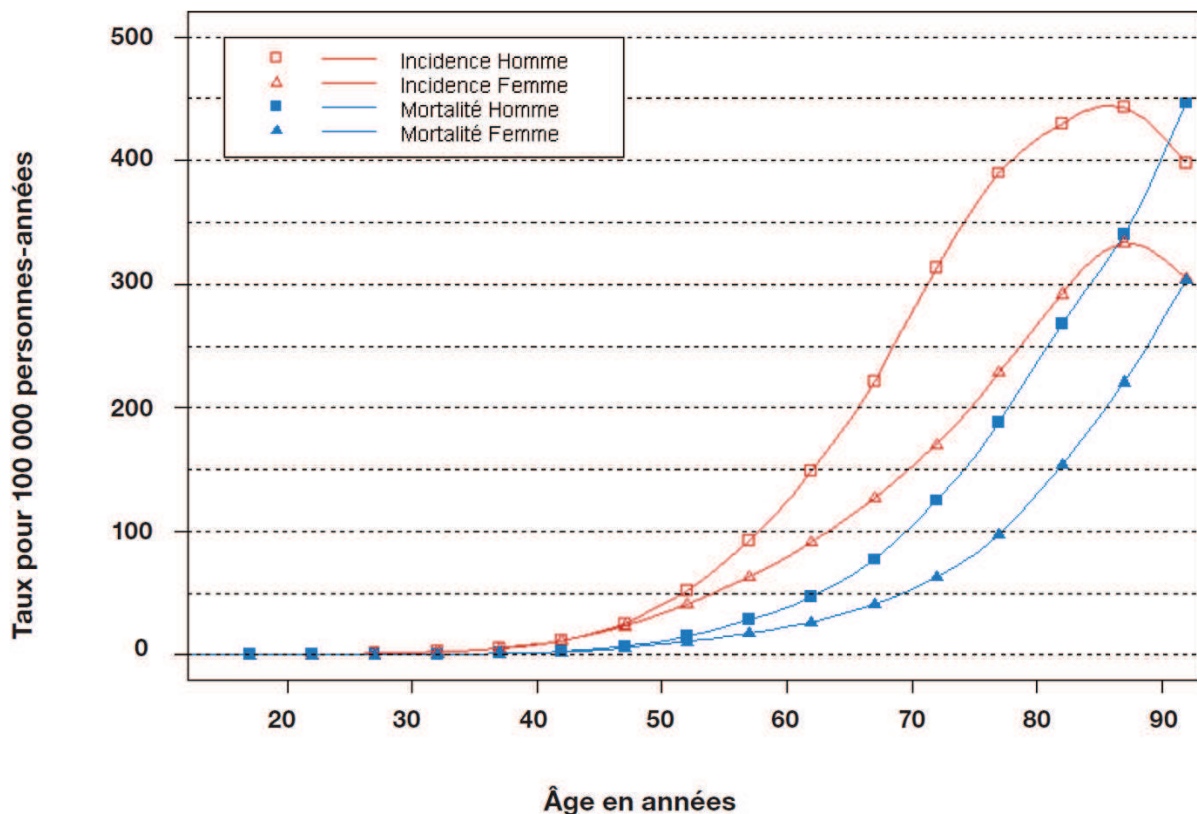


Figure 2- Incidence et mortalité liées au cancer colorectal (données par âge et sexe en 2005). D'après l'Institut de Veille Sanitaire, Réseau des registres français de cancer, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Hospices Civils de Lyon, 2005 (repris du référentiel de la Haute Autorité de Santé, 2013)

4. Taux de survie et traitements

Lorsqu'un cancer colorectal est diagnostiqué, il est nécessaire de mesurer son degré d'extension, c'est-à-dire son stade de développement. Il existe cinq stades différents (Institut National du Cancer, 2010a) :

- Les stades 0, I et II concernent les cancers limités au côlon,
- Le stade III correspond à des cancers qui ont atteint les ganglions,
- Le stade IV désigne les cancers qui ont des métastases.

Le cancer colorectal présente un bon pronostic s'il est décelé à un stade précoce. En effet, lorsque le cancer est diagnostiqué au stade I, le taux de survie relatif à cinq ans est de 94%. Ce taux baisse en fonction des stades : il sera de 80% au stade II, 47% au stade III et 5% au stade IV (Haute Autorité de Santé, 2013).

Le choix du traitement pour un patient atteint d'un cancer colorectal dépendra de plusieurs facteurs : la profondeur de la tumeur dans la paroi du côlon, l'atteinte ou non des ganglions lymphatiques par les cellules cancéreuses et la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps. Ces critères permettront de déterminer le stade du cancer (cités ci-dessous). Les possibilités de traitements suivant le stade sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1.

Possibilités de traitements en fonction de l'étendue du cancer au moment du diagnostic (Institut National du Cancer, 2010a)

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Possibilités de traitements
Le cancer est limité au côlon. Aucun ganglion n'est touché et il n'y a pas de métastases.	■ Chirurgie: la partie du côlon atteinte et les ganglions qui en dépendent sont retirés. ■ Dans certains cas, une chimiothérapie peut être envisagée en complément de la chirurgie, notamment si la tumeur présente des caractéristiques agressives.
Des cellules cancéreuses ont atteint un ou plusieurs ganglions lymphatiques proches du côlon, mais il n'y a pas de métastases.	■ Chirurgie: la partie du côlon atteinte et les ganglions qui en dépendent sont retirés. ■ Chimiothérapie adjuvante* (c'est-à-dire après la chirurgie) recommandée. Elle a pour but de réduire le risque de récurrence.
Le cancer a envahi d'autres organes sous la forme d'une ou plusieurs métastases.	■ Chirurgie: deux interventions peuvent être envisagées; la première pour retirer la portion du côlon atteinte, la deuxième pour retirer la ou les métastases. Parfois, une même intervention permet de retirer à la fois la <u>tumeur primitive*</u> du côlon et la ou les métastases. Dans d'autres cas, il n'est pas possible d'opérer. ■ Chimiothérapie: elle est réalisée soit entre les deux chirurgies pour réduire la taille des métastases et faciliter l'intervention qui consiste à les enlever (on parle d'exérèse), soit en traitement principal si le cancer ne peut pas être opéré. ■ Thérapie ciblée: d'autres médicaments anticancéreux peuvent être associés à la chimiothérapie (voir anticorps monoclonaux page 33).

Comme nous avons pu le constater dans cette partie, le cancer colorectal est un cancer fréquent, mais qui se soigne relativement bien s'il est diagnostiqué rapidement. Par conséquent, pour bénéficier d'une prise en charge précoce, il faut détecter le cancer le plus tôt possible, ce qui est problématique dans le cas du cancer colorectal puisqu'il est souvent asymptomatique. C'est

dans ce but qu'un dépistage organisé de la population générale a été mis en place. Nous allons donc à présent nous intéresser au dépistage du cancer colorectal, qui se décline sous deux formes différentes: le dépistage organisé et le dépistage individuel.

II. Le dépistage du cancer colorectal

1. Le dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer colorectal est proposé dans le cadre d'une campagne nationale. En France, le dépistage organisé pour le cancer du côlon a été mis en place en 2008. Ce dépistage vise les personnes à risque moyen (c'est-à-dire qui n'ont pas de facteurs de risques particuliers de développer un cancer du côlon). Les personnes visées font donc partie de la population générale et ne sont pas malades. L'objectif est d'identifier les personnes susceptibles de développer un cancer colorectal afin qu'elles puissent bénéficier d'une prise en charge précoce. Le dépistage organisé comporte plusieurs étapes successives (Haute Autorité de Santé, 2013) :

- 1^{ère} étape : sollicitation des personnes de la population cible : cette étape est gérée par les structures de gestion du dépistage (structures départementales), qui envoient aux personnes concernées un courrier d'invitation à se faire dépister. Les personnes doivent alors aller chez leur médecin généraliste avec leur invitation afin de récupérer le kit de dépistage.

- 2^{ème} étape : sélection des personnes incluses dans le programme de dépistage. Le médecin généraliste évalue si la personne qui vient consulter est bien éligible pour le dépistage organisé du cancer colorectal (ou si elle relèvera plutôt d'un dépistage individuel). Si le patient est éligible, il lui remet le test de dépistage et lui précise les modalités d'utilisation du test ainsi que les modalités de suivi selon le résultat du test (en cas de résultat négatif : réalisation d'un nouveau test dans deux ans et en cas de résultat positif : réalisation d'une coloscopie).

- 3^{ème} étape : Réalisation du test de dépistage : ce dépistage est réalisé à domicile et consiste à prélever un échantillon de selles grâce au kit fourni. Une fois complété, le kit est envoyé par le patient au centre de lecture à l'aide d'une enveloppe préaffranchie fournie avec le test.

- 4^{ème} étape : lecture du test et rendu des résultats : le centre de lecture fait l'analyse puis envoie le résultat au patient, à son médecin et à la structure de dépistage. Si le test est négatif (96% des cas), la personne sera invitée à renouveler le test deux ans plus tard. Si le test est positif (4% des cas), le médecin traitant prescrira une coloscopie (réalisée par un gastroentérologue).

Enfin, si la coloscopie se révèle négative, le patient sera inclus de nouveau dans le dépistage organisé. Si la coloscopie est positive, le patient bénéficiera d'une prise en charge thérapeutique adaptée. La coloscopie permet ainsi de détecter un polype dans 30 à 40% des cas et un cancer dans 8% des cas.

Actuellement, le test utilisé dans le cadre du dépistage organisé français est un test immunologique (OC Sensor ®). Avant l'arrivée de ce nouveau test (jusqu'en mars 2015), il s'agissait du test Hémoccult II. Bien qu'il ne soit plus utilisé à l'heure actuelle, il est nécessaire de présenter le test Hémoccult II car il était effectif au moment de l'initiation de ce travail de thèse.

1.1. Le test Hémoccult II utilisé jusqu'en 2015

Le test Hémoccult II (ou Fecal Occult Blood Test) est un test de recherche de sang occulte dans les selles. Cet examen était utilisé dans les dépistages de masse (individus à risque moyen) car il est peu coûteux et peu contraignant. Il consistait à prélever un échantillon de selles durant trois jours consécutifs et à les déposer sur un papier réactif au gaïac. Ensuite, l'échantillon était envoyé par courrier postal puis analysé dans un centre spécialisé. Ce test était recommandé pour les individus de 50 à 74 ans et devait s'effectuer tous les deux ans. Il aurait permis de réduire de 15% à 20% le taux de mortalité par cancer due au cancer colorectal (Bouvier, 2009). Cependant, ce test a été remis en question par la communauté médicale à cause de son manque de spécificité (capacité du test à donner un résultat négatif en l'absence de polype cancéreux ou précancéreux) et de sensibilité (capacité du test à détecter un polype cancéreux ou précancéreux lorsqu'il est présent) (Bridou, 2012). Il n'est actuellement plus utilisé en France.

1.2. Le test immunologique actuellement utilisé

Le test immunologique est jugé plus sensible et plus spécifique que son prédécesseur, il permettrait donc d'améliorer la fiabilité du dépistage organisé. La procédure à suivre pour les individus est similaire à celle du test Hémoccult II mais elle est moins contraignante car elle ne nécessite qu'un prélèvement de selles au lieu de trois. Par ailleurs, le kit de dépistage comporte un tube destiné à recueillir l'échantillon prélevé, à la différence du test Hémoccult II qui fonctionnait avec des prélèvements par traces. Différentes études montrent que « *le test immunologique permet de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés que le test actuel. La prise en charge thérapeutique sur les lésions intervient plus*

*précocement, et est donc plus efficace»*¹. Ce nouveau test permettrait donc de diminuer le taux élevé de faux positifs (obtention d'un résultat positif alors le patient n'est pas porteur de la maladie) et de faux négatifs (obtention d'un résultat négatif alors que le patient est porteur de la maladie) qui étaient reprochés au test Hémocult II. Néanmoins, ces deux tests ne peuvent détecter que la présence de sang dans les selles. Pour aller plus loin et attester de la présence d'un polype (cancéreux ou non), d'autres types de tests seront réalisés, comme la coloscopie.

2. Le dépistage individuel

2.1. La coloscopie

La coloscopie se déroule sous anesthésie générale et consiste en l'introduction d'un endoscope dans l'anus du patient, après que celui-ci ait absorbé, la veille, un médicament de lavage des intestins. La coloscopie, de par son aspect invasif et le coût qu'elle entraîne, n'est pas utilisée dans les dépistages de masse mais est prescrite à des individus présentant un risque élevé de cancer colorectal ou à des personnes ayant eu un résultat positif au test de recherche de sang dans les selles. Il est recommandé d'effectuer ce test tous les cinq ou dix ans, voire plus fréquemment en cas de risque particulièrement élevé. Pour les personnes à risque très élevé, une variante de la coloscopie peut être prescrite : la chromocoloscopie (qui implique l'utilisation de colorant). Les risques de ces techniques sont principalement des risques de perforations, cependant, ils restent faibles (Bridou, 2012). La coloscopie est l'examen de diagnostic le plus utilisé, mais une autre variante de ce test existe, davantage utilisée pour la surveillance : la rectosigmoïdoscopie.

2.2. La rectosigmoïdoscopie

La rectosigmoïdoscopie (ou sigmoïdoscopie) est un examen proche de la coloscopie qui est réalisé de la même manière mais en utilisant un endoscope plus court. La rectosigmoïdoscopie est moins contraignante que la coloscopie et ne nécessite pas d'anesthésie. De plus, les risques de complications sont très rares. Par contre, il ne permet de visualiser que le rectum et la partie terminale du côlon. Généralement, cet examen est prescrit pour la surveillance des maladies chroniques de l'intestin ou chez des personnes à risque élevé de cancer colorectal (Bridou, 2012).

¹ Site de la Ligue contre le Cancer : https://www.ligue-cancer.net/article/32240_le-nouveau-test-de-depistage-du-cancer-colo-rectal, page consultée le 29 mai 2017.

3. Les taux de dépistage

Les dernières données nationales montrent que plus de 18 millions d'hommes et de femmes sont éligibles au programme de dépistage organisé du cancer colorectal (Institut National du Cancer, 2016). En 2013-2014, le taux de participation était de 29,8%, avec une participation plus élevée chez les femmes que chez les hommes (31,5% vs 27,9%). En 2012-2013, 1,3% des personnes dépistées avaient un cancer colorectal et 3,3% avaient un adénome. Le programme a donc permis de détecter 6211 cancers et 16059 cas d'adénomes avancés (Institut National du Cancer, 2016). Néanmoins, le taux de dépistage minimum préconisé pour un dépistage organisé du cancer colorectal est de 45%, sachant que le taux de dépistage recommandé est de 65% (European Commission, 2010). Plus précisément, ces recommandations sont faites en postulant qu'un taux de participation au dépistage trop faible ne permettra pas de faire baisser la mortalité ou l'incidence du cancer colorectal dans la population (Faivre et al., 1991). Les taux actuels apparaissent donc trop bas puisque les dernières données indiquent un taux de participation de 33,5% (Santé Publique France, 2018). De plus, en France, le taux de participation national a tendance à baisser puisqu'en 2010, il était de 34%, mais avec de fortes disparités selon les départements (Institut National du Cancer, 2011).

Notre travail de thèse se déroulant à Montpellier, il convient de faire un point sur les données relatives à l'Hérault. En effet, les individus interrogés dans le cadre de ce travail de recherche sont représentatifs du département de l'Hérault. Par ailleurs, il s'avère que les taux de dépistage sont assez faibles dans ce département, en comparaison à d'autres départements français. En effet, en 2012-2013, le taux de participation héraultais pour le dépistage du cancer colorectal était de 24,1%, se situant dans l'échelle de participation la plus basse en France (tout comme le Gard et la Corse, par exemple). Par contraste, certains départements français atteignaient des taux de participation au-dessus de 45%, tels que la Saône et Loire ou le Haut-Rhin. Les dernières données indiquent un taux de participation de 24,7% dans la population héraultaise (Santé Publique France, 2018). L'Hérault est donc un département particulièrement intéressant à étudier.

Malgré le faible taux de participation, dans l'Hérault, 11,6% des cancers colorectaux entre 2009 et 2011 ont été dépistés grâce au dépistage organisé (Registre des Tumeurs de l'Hérault, 2014). En 2011, 321 cas de cancers colorectaux ont été diagnostiqués chez des femmes vivant dans ce département. Ce cancer touchait alors 1 femme sur 37. Du côté des hommes vivant

dans l'Hérault, 333 cas de cancer colorectaux ont été détectés en 2011. Cela représente une proportion d'1 homme sur 27 (Registre des Tumeurs de l'Hérault, 2014).

Au vu de l'incidence et de la gravité du cancer colorectal, la mise en place d'un dépistage organisé permet de dépasser le stade du dépistage individuel. Ce type de dépistage est recommandé tous les deux ans en Europe, bien que certains pays privilégient davantage la coloscopie. Hors Europe, le test de recherche de sang dans les selles est également utilisé, notamment en Finlande, en Australie et au Canada (pour plus de détails, voir tableau 2).

Tableau 2.

Etat des lieux du dépistage du cancer colorectal dans les autres pays (repris de Thu-Thon et al., 2014, p.777)

	Dépistage individuel ou organisé (avec programme national)	Test utilisé et périodicité	Envoi direct du test ou invitation à voir son médecin	Taux de participation	Âge cible
France	Organisé (étude pilote en 2002, généralisé en 2008)	RSOS* tous les 2 ans	Invitation. Si positivité du test, voir son médecin	33 % (en 2003)	50-74 ans
Allemagne	Individuel	RSOS tous les ans et coloscopie tous les 10 ans			50-55 ans > 55 ans
Écosse Angleterre	Organisé (étude pilote en 2000, généralisé en 2005)	RSOS tous les 2 ans	Envoi direct. Si positivité du test, référence dans un centre de dépistage où rencontre avec une infirmière et endoscopie.	53 % 51,9 % (en 2005)	60-74 ans
Finlande	Organisé depuis 2004	RSOS tous les 2 ans	Envoi direct. Si positivité du test, voir son médecin	75 % (en 2005)	60-69 ans
République Tchèque	Organisé	RSOS tous les 2 ans	Invitation	20 % (en 2004)	> 50 ans
Italie	Étude pilote en 2004 Programmes régionaux divers	RSOS et/ou sigmoïdoscopie	Invitation. Si positivité du test, référence dans un centre d'endoscopie	Varie de 29 à 69 % (moyenne de 58,4 %)	44-74 ans
Autriche	Individuel	RSOS ou coloscopie			
Canada	Étude pilote en 2007 Généralisation en cours depuis 2010	RSOS tous les 2 ans	Invitation. Si positivité du test, voir son médecin	32 % (en 2008)	> 50 ans
Australie	Organisé depuis 2006	RSOS tous les 2 ans	Envoi direct. Si positivité du test, voir son médecin	45 % (en 2006)	55-74 ans

*RSOS : recherche de sang occulte dans les selles

Diverses études contrôlées (en France et à l'étranger) ont révélé l'efficacité de ce test pour la diminution de la mortalité liée au cancer colorectal (Libion & Doumont, 2007). Plus précisément, Libion et Dumont (2007) ont examiné 26 recherches publiées sur le dépistage du cancer colorectal et ont effectué un état des lieux de la situation dans plusieurs pays. Ils concluent que « toutes les études majeures réalisées jusqu'à ce jour, montrent que le dépistage par FOBT [Fecal Occult Blood Test] permet de détecter des cancers à des stades où ils sont « gérables », ce

qui permet également d'augmenter le potentiel de survie des patients » (Libion & Doumont, 2007, p.14). En effet, selon Faivre et al. (2009), « *chez les participants au dépistage, la diminution de mortalité se situe entre 33 et 39% »* (Faivre, Lepage, & Dancourt, 2009), p.17). Ces résultats sont confirmés par une étude américaine (Mandel et al., 1993) menée avec 46 551 volontaires, répartis aléatoirement en deux groupes : un groupe participant au dépistage organisé avec un test de recherche de sang dans les selles tous les deux ans, et un groupe contrôle. Après 13 ans de mesures, les différences de mortalité entre les deux groupes se sont avérées significatives. En France, une étude contrôlée en population générale a révélé une baisse de la mortalité due au cancer colorectal de 16% après 11 ans de suivi (Faivre et al., 2004). Néanmoins, comme nous l'avons démontré précédemment, que ce soit au niveau régional ou national, les taux de participation au dépistage ne sont globalement pas satisfaisants car ils n'atteignent pas le niveau minimal recommandé de 45%, et encore moins le taux acceptable de 65% (European Commission, 2010).

Nous avons décrit les différents types de dépistage (dépistage organisé et dépistage individuel), ainsi que les différents tests existants. Nous avons également passé en revue les taux de dépistage en France et les preuves de l'efficacité du dépistage organisé. Au vu de l'efficacité prouvée du dépistage organisé pour faire baisser la mortalité due au cancer colorectal, plusieurs questions s'imposent : quelles sont les raisons d'une si faible participation de la population cible ? Comment le dépistage est-il organisé ? Quelles sont les potentielles sources d'influence de la prise de décision concernant le dépistage ? Pour répondre à ces questions, nous examinerons les acteurs impliqués dans cette problématique et leur rôle dans le circuit du dépistage. De manière logique, les développements suivants s'intéresseront à l'acteur qui distribue le test de dépistage, à savoir le médecin généraliste, ainsi qu'aux relations qu'il entretient avec ses patients dans le cadre du dépistage.

III. La relation médecin-patient dans le cadre du dépistage organisé

En France, depuis la mise en place du dépistage organisé du cancer colorectal en 2008-2009, une procédure a été instaurée par les instances de santé afin de clarifier le rôle de chacun. Le médecin généraliste y tient un rôle de conseiller et de distributeur du test.

1. Le médecin généraliste, recommandeur et distributeur du test de dépistage

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé, 2013), le dépistage organisé du cancer colorectal implique forcément le médecin généraliste puisque les participants doivent aller retirer leur kit de dépistage chez leur médecin traitant. Il est aussi précisé que le médecin « *doit proposer le test à son patient* » (Haute Autorité de Santé, 2013, p.16). Nous pouvons donc résumer le circuit du dépistage du cancer colorectal et plus précisément la place du médecin généraliste en utilisant le schéma proposé par la Haute Autorité de Santé (voir figure 3). Nous pouvons constater que le médecin généraliste est en lien direct avec la structure de dépistage, le centre de lecture, et bien sûr, les patients.

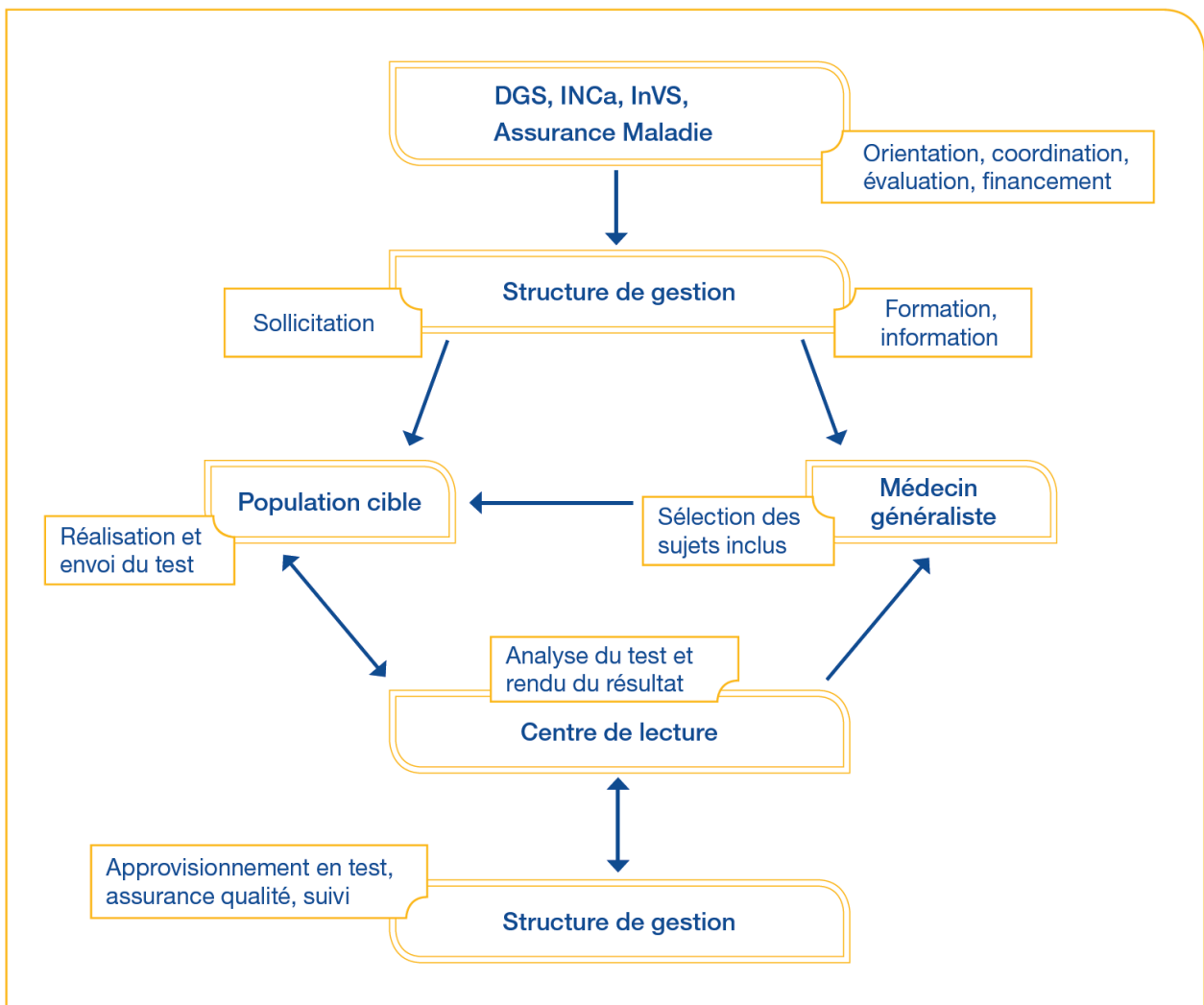


Figure 3- Les différents intervenants du programme national organisé de dépistage du cancer colorectal (*in* référentiel de la Haute Autorité de Santé, 2013, p.7)

En 2010, l'INCa a réalisé une enquête visant à évaluer l'opinion des médecins généralistes sur le dépistage des cancers (Institut National du Cancer, 2010b). Concernant le dépistage du cancer colorectal, il s'avère que 66% des médecins généralistes considèrent qu'ils ont un rôle indispensable à jouer dans cette problématique. Néanmoins, en 2010, il n'était encore que peu inscrit dans la pratique des médecins puisque ceux-ci déclaraient être initiateurs du dépistage dans moins de la moitié des cas, et également qu'ils ne le proposaient pas de manière systématique.

La figure 3 n'est donc qu'une description théorique du circuit du dépistage, et de nombreuses études ont révélé que les médecins généralistes ne pouvaient pas toujours respecter les recommandations des instances de santé à propos du dépistage. Nous allons donc nous intéresser aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour recommander le dépistage du cancer colorectal.

2. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste pour recommander le dépistage du cancer colorectal

Le manque de recommandations de la part du médecin généraliste représente l'un des freins les plus importants à la participation au dépistage. En effet, les patients ont tendance à penser que si leur médecin ne leur a pas parlé du dépistage, c'est qu'ils ne sont pas concernés ou qu'il ne s'agit pas d'un problème très important (Weitzman, Zapka, Estabrook, & Goins, 2001). Différentes études ont montré que les médecins généralistes ont une grande influence sur l'adhésion au dépistage du cancer colorectal (Bauerle-Bass et al., 2011; García et al., 2011a; Gimeno-García, 2012; Powell et al., 2009; Walsh et al., 2010). Il convient donc de nous intéresser aux facteurs qui vont déterminer la recommandation des médecins généralistes.

Plusieurs études ont identifié différents facteurs qui peuvent empêcher les médecins généralistes de recommander le test de dépistage organisé. Il est important ici de se concentrer sur des études réalisées en France car les problématiques de dépistage sont dépendantes d'un système de santé national, qui varie selon les pays. Par exemple, le test utilisé diffère en fonction des pays, ce qui n'entraînera pas les mêmes freins. Nous avons donc sélectionné 10 études françaises, dont les résultats permettent de mieux comprendre les éléments qui freinent la recommandation du médecin généraliste. Le tableau 3 récapitule ces études. L'utilisation du test immunologique étant récente, ces travaux ont été menés pendant que l'utilisation du test Hémocult II était effective.

Tableau 3.
Récapitulatif des études françaises ayant identifié des facteurs influençant la recommandation des médecins généralistes pour le dépistage du cancer colorectal

Auteurs et année	Lieu	Population interrogée	Ancrage théorique	Méthodologie	Outils méthodologiques	Principaux résultats
Berchi, Dupuis, & Launoy, 2006	Caen	Médecins généralistes N=294 Observations N = 882	Discrete choice models	Quantitative	Questionnaires	Les résultats montrent que les facteurs qui influencent significativement les raisons de recommander le test sont : la réduction de la mortalité par cancer colorectal, c'est-à-dire l'efficacité du programme de dépistage (P <0,0001); la proportion de faux-positifs (P = 0,0001); la proportion de faux-négatifs (P = 0,0009); et le montant d'une rémunération annuelle pour la pratique du dépistage (p = 0,0013).
Aubin Auger et al., 2008	Région parisienne	Médecins généralistes N = 24	Aucun	Qualitative	3 focus groups de 8 participants	Le temps était le principal obstacle identifié. Il faut du temps pour informer les patients et leur expliquer l'intérêt du dépistage, du temps pour remettre les documents accompagnant le test et expliquer sa réalisation, du temps pour penser au dépistage.
Caste & Casanova, 2010	Hérault et Ille-et-Vilaine	Médecins de l'Hérault N = 205 Médecins d'Ille-et-Vilaine N = 124	Aucun	Quantitative	Enquêtes téléphoniques par questionnaires	Les principales difficultés rencontrées par les médecins sont (par ordre d'importance) : - Résistance des patients - Oubli - Manque de temps - Lourdeurs administratives - Trop de changements dans le protocole - Manque d'information pour le médecin - Problèmes de suivi ou de réapprovisionnement - Manque de motivation du médecin
Rameau, Hofliger, Granon, Delasalle, & Namer, 2010	Alpes-Maritimes (Nice)	Médecins généralistes N = 51 Patients N = 142	Aucun	Quantitative	Questionnaires administrés aux cabinets des médecins	- Les contraintes : trop long à expliquer (29 %), difficile à insérer dans la consultation (25 %), explications à donner trop complexes (16 %), acte peu rémunéré (8 %), trop de papiers à remplir (4 %). Dans 18 % des cas, aucune contrainte n'a été exprimée. - Les difficultés liées au test : considéré comme peu fiable (16 %) et pénible pour les patients (6 %). - Les difficultés liées à la communication médecin/patient : absence de demande du patient (16 %), difficulté à parler des selles (12 %) et de cancer (4 %), patient asymptomatique (6 %). - Les craintes : rassurer à tort (45 %), peur de gêner en abordant le sujet des selles (16 %). La principale raison pour laquelle le test de dépistage n'a pas été fait chez les patients entrant dans les critères du dépistage était l'absence de proposition de la part de leur médecin.

Tableau 3. (suite)

Récapitulatif des études françaises ayant identifié des facteurs influençant la recommandation des médecins généralistes pour le dépistage du cancer colorectal

Auteurs et année	Lieu	Population interrogée	Ancrage théorique	Méthodologie	Outils méthodologiques	Principaux résultats
Aubin-Auger et al., 2011	Région parisienne	Population générale N = 24 Médecins généralistes N = 39	Aucun	Qualitative	5 focus groups avec les médecins et 24 entretiens avec les patients	Les généralistes ont signalé une formation insuffisante et certains doutaient de la pertinence du dépistage. Ils ont exprimé leur préoccupation de n'avoir pas suffisamment de temps pour le test lors d'une consultation, ainsi que des obstacles administratifs. Certains médecins ont éprouvé des difficultés à persuader les patients qui n'avaient aucun signe de cancer colorectal.
Gaye, 2011	Idem qu'Aubin-Auger, 2008	Idem qu'Aubin-Auger, 2008	Idem qu'Aubin-Auger, 2008	Idem qu'Aubin-Auger, 2008	Idem qu'Aubin-Auger, 2008	Les principaux freins de la recommandation au dépistage sont : le manque de temps, les motifs de consultation (soins urgents, suivis de pathologies chroniques...), l'oubli, un manque de connaissances et de formation, et un manque de conviction quant à la fiabilité du test Hémocult II.
Scherer, 2011	Moselle	Médecins généralistes N=81	Aucun	Quantitative	Questionnaires (diffusion lors d'une formation)	La grande majorité des répondants ne trouvent le dépistage organisé du CCR par Hémocult® ni chronophage (88,9 %), ni compliqué (93,8 %). Parmi les 8 médecins (9,9 %) estimant le dépistage chronophage, seul un considère que ceci constitue un obstacle à sa réalisation. Ces résultats montrent que les médecins ayant participé à notre étude n'identifient pas les aspects pratiques du dépistage du CCR comme un frein majeur à sa réalisation. Les médecins généralistes trouvent dans leur grande majorité (84 %) que le dépistage organisé du CCR suscite l'adhésion des patients.
Oudovenko, 2012	Val-de-Marne	Médecins généralistes N = 21	Aucun	Qualitative	Observation face à la présentation d'un « cas critique » 77 cahiers d'observation récoltés	Une partie des situations à risque identifiées sont spécifiques au dépistage du cancer colorectal. Par exemple : pour le patient, la réticence à pratiquer un dépistage, la peur du cancer et la réticence à pratiquer une analyse des selles, et pour le médecin, la gêne pour aborder le dépistage et l'incertitude de la pertinence du test pour certains patients. D'autres situations peuvent être transposables à d'autres dépistages : Pour le patient, le refus sans motivation exprimée, la dépression chronique, la peur de savoir et le caractère non prioritaire, et pour le médecin, ne pas être le médecin traitant du patient, les problèmes de communication, les croyances sur le refus ou les réticences du patient, les problèmes de gestion du temps et le caractère non prioritaire sont des situations problèmes transférables à des contextes de soins similaires.

Tableau 3. (suite)

Récapitulatif des études françaises ayant identifié des facteurs influençant la recommandation des médecins généralistes pour le dépistage du cancer colorectal

Auteurs et année	Lieu	Population interrogée	Ancrage théorique	Méthodologie	Outils méthodologiques	Principaux résultats
Goulaouic, 2013	Pyrénées-Orientales	Médecins généralistes N=169	Aucun	Quantitative	Questionnaires (envoi par courrier)	Les principales difficultés rencontrées par les médecins sont : l'oubli, le manque de temps, la consultation pour un autre motif. Selon les médecins, les patients considèrent le test comme simple. Par contre, un peu plus de la moitié des médecins interrogés pensent que les connaissances des patients sur le dépistage organisé du cancer colorectal sont insuffisantes. La majorité des médecins pensent que leurs patients considèrent le test Hemoccult II® comme moins indispensable que la mammographie, le frottis et le taux de PSA.
Urena-Dores, Le Bel, Gelly, Mercier, & Aubin Auger, 2014	Région parisienne	Consultations analysées Consultations avec remise de test : 159 Consultations en groupe témoin : 6802	Aucun	Quantitative	Analyse de consultations -Nombre de résultats de consultation (cas qu'un médecin rencontre au moins une fois par an) associés à la remise du test - Durée de consultation	Concernant les 159 consultations avec remise d'Hemoccult II, le test était remis à l'initiative du médecin dans 28,9 % des cas. Le nombre de résultats de consultation associés à la remise du test était similaire dans les deux groupes (2,6 [2,31-2,89] vs 2,76 [2,21-3,31] ; p = 0,59), de même que la durée moyenne de consultation (19,8 minutes [19,3-21,3] vs 21,37 [19,1-24,04] ; p = 0,27).

Pour résumer le tableau 3, nous avons reporté ci-dessous les principales difficultés recensées dans le contexte français :

- Le manque de temps (Aubin Auger et al., 2008; Caste & Casanova, 2010; Goulaouic, 2013; Scherer, 2011). Plus précisément, Aubin-Auger et al. (2008) ont identifié plusieurs étapes chronophages : la proposition du test, la délivrance du test, le temps nécessaire pour répondre aux questions du patient et enfin pour remplir les documents relatifs à la délivrance du test. A ce sujet, une étude réalisée à Nice a révélé que pour les médecins, le test Hémocult II (anciennement utilisé) paraissait trop complexe, trop long à expliquer et difficile à intégrer dans la consultation (Rameau et al., 2010). Enfin, les résultats de l'étude d'Urena-Dores et al (2014) modèrent ce frein en indiquant que la remise du test ne prend que quelques minutes de plus par rapport à une consultation sans remise de test. Cette étude conclue donc que la remise du test de dépistage n'est pas si chronophage. De plus, un travail de thèse réalisé en Moselle (Scherer, 2011) a démontré que la plupart des médecins interrogés considérait le dépistage du cancer colorectal comme étant ni compliqué, ni chronophage.

- L'oubli (Gaye, 2011; Goulaouic, 2013) : il peut être difficile pour les médecins de penser systématiquement à proposer le test à leurs patients, d'autant plus qu'ils doivent aussi gérer le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Néanmoins l'installation d'un logiciel d'alerte semble permettre au praticien d'y penser plus facilement (Gaye, 2011).

- Le dépistage n'est pas une priorité dans la consultation (Goulaouic, 2013; Oudovenko, 2012). Plus précisément, les patients viennent généralement pour un autre motif que le dépistage, souvent un motif aigu, qui nécessite un soin immédiat (Aubin Auger et al., 2008; Goulaouic, 2013). Généralement, les motifs de consultation sont multiples et il ne reste que peu de temps pour aborder d'autres problématiques, notamment la prévention. Ainsi, le dépistage apparaît comme une formalité réalisée en toute fin de consultation (Goulaouic, 2013).

- Des lourdeurs administratives (Caste & Casanova, 2010; Rameau et al., 2010; . Ces tâches administratives sont directement liées au contexte français, utilisant un système de sécurité sociale.

- Les caractéristiques du test Hémocult II, comme sa sensibilité et sa spécificité. Certaines études ont mis en évidence le nombre important de faux positifs et de faux négatifs relatifs à l'utilisation du test Hemocult II (Berchi et al., 2006). Par ailleurs, le test Hémocult II était perçu par les médecins comme peu fiable et complexe à

réaliser (Institut National du Cancer, 2010b; Rameau et al., 2010). Pourtant, dans l'étude Rameau et al (2010), la complexité du test n'apparaissait pas comme un frein du point de vue des patients. Néanmoins, ce problème pourrait être résolu avec le nouveau test immunologique.

- La résistance des patients et leur manque de connaissances (Oudovenko, 2012). Les médecins regrettent que les patients n'abordent pas eux-mêmes le sujet du dépistage (Rameau et al., 2010).
- Les médecins peuvent ressentir une gêne à parler de selles mais aussi de cancer (Rameau et al., 2010).

Certaines de ces difficultés sont sans doute atténuées depuis l'arrivée du nouveau test immunologique, puisque ce nouveau test semble bénéficier d'une meilleure perception de la part des usagers ainsi que d'un meilleur taux de participation par rapport à un test au gâïac tel qu'Hémocult II (Chambers, Callander, Grangeret, & O'Carroll, 2016; Deutekom et al., 2010). Cependant, toutes les difficultés qui concernent la gestion du temps ou la priorité donnée au premier motif de consultation semblent être toujours d'actualité. Par ailleurs, bien que le médecin puisse avoir un rôle important à jouer, la réalisation finale du test reviendra au patient puisqu'il devra faire le test à domicile. L'interaction entre les deux acteurs est donc primordiale. En ce sens, il est essentiel d'appréhender le contenu des échanges entre le médecin et son patient, c'est-à-dire le dialogue qui s'instaure au sein de la relation thérapeutique et qui peut conditionner la décision du patient de participer ou non au dépistage du cancer colorectal.

3. La relation médecin-patient dans le choix du dépistage

Bien que le dépistage soit géré de manière très spécifique, suivant un schéma recommandé par les instances de santé (le patient reçoit une lettre d'invitation à se faire dépister, puis il doit se rendre chez son médecin généraliste pour récupérer son kit de dépistage), la relation entre le médecin et le patient est néanmoins au cœur de cette pratique. En effet, le médecin peut orienter un patient hésitant vers un comportement de dépistage, ou simplement expliquer les modalités de celui-ci à un patient qui ne les aurait pas bien saisies. Son rôle dans le circuit n'est donc pas négligeable.

Pour Parsons, il est nécessaire de replacer la relation thérapeutique dans son environnement social, en considérant la fonction qu'occupe la médecine dans la société. La médecine est, à cet effet, un « édifice institutionnel » (Parsons, 1955, in Bergeron & Castel, 2014), octroyant aux médecins un certain nombre de droits et de devoirs, et donc une certaine

forme de pouvoir. Selon lui, le médecin exercerait un contrôle social en utilisant ses compétences médicales pour pouvoir désigner quelqu'un comme malade et donc comme « autorisé » à manquer à ses obligations, par exemple, dans le cas d'un arrêt maladie (Adam & Herzlich, 2014). Néanmoins, la relation thérapeutique explicitée par Parsons est aujourd'hui obsolète.

Traditionnellement, la relation entre le médecin et son patient correspond à un modèle paternaliste, dans lequel le médecin est détenteur d'un savoir salvateur pour le patient. Ces modèles de communication placent le médecin en expert et le patient en novice (Ogden, 2008, p.86). Dans cette perspective, le médecin prend les décisions pour le patient, en respectant un principe de bienfaisance (c'est-à-dire de ne pas nuire au patient). Le patient est alors perçu comme passif, ignorant, et incapable de prendre lui-même des décisions relatives à sa santé. Nous retrouvons ici une dichotomie entre l'expert et le profane. Selon cette perspective, médecin et patient ont chacun des rôles à respecter : le médecin doit être au service de la communauté, et le patient se doit de rechercher de l'aide lorsqu'il est malade, afin d'éviter d'endosser un statut de déviant, relatif à la présence de la maladie.

Cependant, cet état de fait n'a plus lieu d'être lorsque l'on considère par exemple les maladies chroniques. En effet, celles-ci ne présentent que peu d'espoir de guérison (Adam & Herzlich, 2014) et elles viennent donc réinterroger la relation entre médecin et patient. Plus précisément, dans le cas d'une maladie chronique, le patient doit acquérir un certain savoir sur sa maladie, pour pouvoir la gérer au quotidien. Il est davantage amené à effectuer des choix sur les possibilités de traitements, puisqu'il devra vivre avec au quotidien. Nous pouvons également nous interroger sur le cas particulier de la prévention, et notamment du dépistage, puisqu'il s'agit d'éviter l'apparition d'une maladie. Le patient n'est donc pas malade, et peut ainsi remettre en question son statut d'individu passif. Cela est d'autant plus vrai qu'à l'heure actuelle, la prévention peut désormais être réalisée au niveau des prédispositions génétiques. En témoigne l'existence de consultations d'oncogénétique, au cours desquelles les oncogénéticiens peuvent proposer des recommandations de surveillance aux personnes présentant une mutation génétique délétère, permettant à celles-ci d'éviter l'apparition de cancers (Pannard & Préau, 2016).

Dépassant les travaux de Parsons, la décision médicale partagée a fait l'objet de modèles théoriques. Selon Charles et al. (1997) : *“Shared decision-making is seen as a mechanism to decrease the informational and power asymmetry between doctors and patients by increasing patients' information, sense of autonomy and/or control over treatment decisions that affect their*

well-being”² (p.682). Dans cette perspective, le patient et le médecin sont sur un pied d’égalité, considérant que le patient est autonome et qu’il peut prendre part aux décisions le concernant. Ce modèle propose donc une réelle prise en compte du patient comme acteur de sa santé. Nous pouvons également citer le modèle de « l’ordre négocié », développé par Anselm-Strauss (1992), qui met l’accent sur le processus de marchandage qui peut s’effectuer entre le médecin et son patient (Adam & Herzlich, 2014). Plus précisément, la relation entre médecin et patient est ici considérée comme ouverte à la négociation.

Il convient ici de préciser que la relation médecin patient dans le cadre de la prévention primaire et secondaire³ (incluant le dépistage) est assez spécifique. En effet, au regard du nombre important de thématiques de prévention à aborder en consultation (alcool, tabac, vaccination, dépistage...), il paraît probable que chaque médecin aborde les thématiques qui lui semblent adaptées en fonction de chaque patient mais cette pratique n’est ni standardisée, ni systématique. En ce sens, et d’après une enquête de l’Inpes, les médecins généralistes semblent contraints à se limiter en termes de prévention : *« Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d’éducation, 91,4% des médecins souhaiteraient disposer de plus de temps ; 85% estiment que des campagnes grand public et 81,5 % qu’un rôle mieux reconnu en prévention sont des éléments qui pourraient faciliter ces missions. Une rémunération spécifique est l’élément le moins cité, par tout de même 64% des médecins généralistes interrogés⁴. »* Nous pouvons également préciser qu’il n’existe à ce jour pas réellement de consultation de prévention : *« Ainsi, la consultation de prévention en médecine générale, dont le concept est dans la Loi de Santé Publique du 9 août 2004, n’a toujours pas été mise en place, faute d’un cahier des charges définissant le cadre organisationnel et le contenu de cette consultation. »* (Scherer, 2011, p.110).

Donc, d’une part, le rôle du médecin généraliste dans le dépistage est explicité par les instances de santé (voir figure 3), et d’autre part, il n’est pas véritablement standardisé ni codifié. Cet état de fait doit être pris en compte lorsque l’on s’intéresse à la communication entre médecin et patient, puisque cela pourrait, par exemple, avoir un impact sur la motivation du médecin généraliste à aborder le sujet du dépistage.

² « Le processus de décision partagée est vu comme un mécanisme visant à réduire l’asymétrie de l’information et du pouvoir entre le docteur et les patients en augmentant les connaissances des patients, leur autonomie et /ou leur contrôle sur les décisions thérapeutiques qui affectent leur bien-être » (nous traduisons).

³ Nous faisons ici la distinction entre la prévention primaire (visant à éviter l’apparition d’une maladie), la prévention secondaire (visant à détecter la présence d’une éventuelle maladie) et la prévention tertiaire (visant à diminuer l’incidence des complications et récidives à la suite d’une maladie).

⁴ D’après l’Inpes : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/prevention-EPS-ETP.asp>, consulté le 13 juin 2017

Lors d'un échange avec un patient, l'implication du médecin et les explications qu'il pourra fournir pour argumenter l'intérêt de réaliser le test de dépistage semblent primordiales. En effet, une décision prise suite à un échange argumenté avec le médecin sera probablement suivie d'une participation réelle au dépistage. Plusieurs études montrent, en effet, que les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la prise de décision de réaliser ou non un test de dépistage (Cameron, Francis, Wolf, Baker, & Makoul, 2007; Dubé, Fuller, Rosen, Fagan, & O'Donnell, 2005). Mais en définitive, c'est bien le patient qui prend la décision finale de se faire dépister ou non : « *la France est l'un des rares pays officialisant la décision médicale partagée par un texte législatif. Dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, on peut en effet lire le paragraphe suivant : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. » Article L.1111-4 du code de la santé publique.* » (Bouleuc & Poisson, 2014, p.4). Cependant, il a été montré qu'en France, les patients sont moins impliqués dans les décisions que dans d'autres pays (par exemple la Suisse ou l'Australie) (Bouleuc & Poisson, 2014).

Notre réflexion sur la relation médecin-patient doit désormais être complétée par la perspective des patients, puisque ceux-ci sont les seuls acteurs de la décision finale de participer ou non au dépistage. Dans ce cadre, il s'agira donc d'étudier les freins et les facilitateurs de la participation au dépistage rencontrés par la population cible. Nous allons à présent examiner les études ayant appréhendé les facteurs influençant la participation au dépistage du cancer colorectal.

IV. Les freins et les facilitateurs à la participation au dépistage du cancer colorectal

1. Les variables sociodémographiques influençant la participation au dépistage du cancer colorectal

Bien que notre travail de thèse s'intéresse aux variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal, il nous paraît pertinent de faire un point sur les principales variables sociodémographiques ayant été associées aux comportements de dépistage.

Tout d'abord, plusieurs études ont montré des différences entre les hommes et les femmes concernant le dépistage du cancer colorectal. En effet, les hommes semblent moins sensibilisés et bénéficient d'un plus faible niveau de connaissances à propos du dépistage du cancer colorectal que les femmes (Denters, Deutekom, et al., 2015; Reeder, 2011). Ainsi, les hommes participent

dans une moindre mesure que les femmes au dépistage par recherche de sang dans les selles (Evans et al, 2005 ; Gimeno-Garcia, 2012). De plus, être marié ou vivre en couple constitue un facilitateur de la participation au dépistage (Guessous et al, 2010 ; Gimeno-Garcia, 2012).

Ensuite, l'âge a été montré comme associé au comportement de dépistage du cancer colorectal. D'après la revue de littérature de Gimeno-Garcia (2012), les personnes ayant plus de 65 ans seraient plus susceptibles de se faire dépister par rapport aux personnes plus jeunes.

Par ailleurs, un faible niveau d'éducation est lié à un plus faible niveau de connaissances sur le dépistage du cancer colorectal (Denters, Deutekom, et al., 2015) et constitue donc une barrière au dépistage (Guessous et al, 2010 ; Wools et al, 2016). Il en est de même à propos du statut socioéconomique (Guessous et al, 2010 ; Gimeno-Garcia, 2012). A l'inverse, un niveau d'éducation élevé est positivement relié à la participation au dépistage (Leung et al, 2016).

Avoir un historique familial de cancer est un facteur positivement associé à la participation au dépistage, cependant les résultats à ce sujet ne semblent pas toujours constants (Leung et al, 2016). D'après la revue de littérature de Wools et al (2016), il semblerait que cet effet se retrouve uniquement pour les dépistages par endoscopie et non par recherche de sang dans les selles.

Enfin, la revue de littérature d'Honein-AbouHaidar et al (2016) a révélé qu'un faible niveau de littératie en santé pouvait être un frein à la participation au dépistage. Plus précisément, la littératie en santé désigne *«les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé»*⁵ (World Health Organization, 2015). De même, des barrières relatives à la langue sont fréquemment citées comme impactant négativement la participation au dépistage. De plus, les minorités ethniques sont généralement moins adhérentes au dépistage (Gimeno-Garcia, 2012 ; Wools et al, 2016).

2. Les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal

Nous avons effectué une recherche similaire à la procédure employée dans une revue systématique de la littérature, dans le but d'obtenir une vision d'ensemble des recherches déjà effectuées sur les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer

⁵ En anglais dans le texte : “ Health literacy refers to the personal characteristics and social resources needed for individuals and communities to access, understand, appraise and use information and services to make decisions about health. Health literacy includes the capacity to communicate, assert and enact these decisions.” (p.12).

colorectal. La plupart des recherches ont été menées dans différents pays européens et en Amérique du nord, elles concernent donc parfois des tests de dépistage qui ne sont pas ou plus utilisés en France. Nous avons sélectionné les études qui ont été réalisées dans le cadre de l'utilisation d'un test par recherche de sang dans les selles, à savoir un dépistage par test au gâïac (comme le test Hémoccult II) ou immunologique (comme le test OC-Sensor). Les tests utilisés sont désignés par les termes « FOBT » (Fecal Occult Blood Test) ou « FIT » (Fecal Immunologic Test). Au vu de notre problématique de recherche, nous nous sommes concentrés sur les études dont le but était d'examiner les freins et les facilitateurs de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal. Nous avons inclus les études qui interrogeaient la population ciblée par le dépistage organisé et qui s'intéressaient à des variables psychosociales. Nous avons exclu les études qui ne portaient pas sur la population générale (ou qui ne portaient que sur des communautés spécifiques), qui analysaient uniquement des variables sociodémographiques ainsi que les revues de la littérature (ces dernières seront traitées dans le tableau 5). Les études sélectionnées (29 articles) sont présentées dans le tableau 4.

Tableau 4.

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
1.Dent, Bartrop, Goulston, & Chapuis, 1983	Population générale N = 248	Australie	FOBT ⁶	Aucun	Quantitative	Questionnaires pour les participants N = 166 Entretiens pour les non participants puis codage dans catégories N=82	Les principales raisons de la participation étaient: avoir un sentiment global d'importance pour les contrôles de santé et les dépistages précoces, et le fait que le test soit simple et facile à faire. Les raisons de la non-participation étaient: l'indifférence, la procrastination, l'absence de troubles intestinaux, une préférence pour la gestion de tels tests avec son propre médecin, la gêne provoquée par la réalisation du test ou un manque de temps.	*Comportement effectif *Procrastination *Gêne *Indifférence *Manque de temps *Importance de contrôler sa santé *Faisabilité du test *Absence de symptômes
2.Devellis, Blalock, & Sandler, 1990	Population générale N=144 Population à risque élevé N = 96	Etats-Unis	FOBT	Theory of Planned Behavior	Quantitative	Questionnaires (administrés par téléphone)	Dans les deux groupes, le contrôle perçu a permis de prédire l'intention de terminer le test, davantage que les attitudes et la norme subjective. De plus, le contrôle perçu a eu un effet direct sur le comportement, mais seulement dans le groupe à haut risque. Enfin, le modèle prédisait mieux le comportement dans le groupe à risque moyen que dans le groupe à haut risque. Les auteurs ont conclu que le contrôle perçu joue un rôle important dans la prédiction du comportement de dépistage.	*Attitudes *Normes *Contrôle perçu *Intention *Comportement
3.Clavarino et al., 2004	Population générale N = 30 Médecins généralistes et gastro-entérologues N = non précisé	Australie	FOBT	Aucun	Qualitative	Entretiens (12) Focus groups (2)	Les résultats suggèrent que le dépistage distribué par la poste a été bien accepté par la communauté et par les médecins impliqués dans sa mise en œuvre. Les médecins et les patients ont soulevé des préoccupations quant à l'efficacité du dépistage par FOBT. Les praticiens médicaux étaient également préoccupés par le fardeau potentiel que pourrait représenter le dépistage de masse pour le secteur public (financé par le gouvernement) des soins de santé.	* Faible efficacité perçue *Risque perçu *Expériences antérieures de dépistage *Recommandation médecin *Tranquillité de l'esprit

⁶ FOBT : Fecal Occult Blood Test (test de recherche de sang dans les selles)

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
4. Goel et al., 2004	Population générale N = 23 Population à risque N = 18 Médecins généralistes N = 15	Canada	FOBT Coloscopie	Aucun	Qualitative	8 focus groups	Résultats concernant la population générale : Les participants avaient peu de connaissances sur le cancer colorectal et sa prévention. Le test FOBT était perçu comme une modalité de dépistage acceptable, mais une éducation considérable à propos de son utilisation et de ses avantages serait nécessaire pour mettre en œuvre un programme de dépistage.	*Acceptabilité perçue du test *Manque de connaissances *Absence de symptômes *Coût financier si résultat positif *Faible fiabilité perçue du test *Recommandation du médecin *Préoccupations à propos de la procédure du test *Peur *Embarras
5. Chapple, Ziebland, Hewitson, & McPherson, 2008	Population générale N = 44	Angleterre	FOBT	Health Belief Model	Qualitative	Entretiens	Les raisons d'accepter le dépistage comprennent: connaître une personne atteinte de cancer, une expérience positive antérieure des programmes de dépistage des femmes, être un «bon citoyen», des problèmes intestinaux antérieurs et encourager d'autres personnes. Les raisons de la réticence à participer incluent: se sentir en bonne santé, peur des résultats, manque de temps, dégoût de l'idée de manipuler des selles, souci de poster des échantillons par la poste, des instructions incompréhensibles et une expérience passée (négative) ou peur de la coloscopie.	*Peur des résultats * Risque perçu *Expérience antérieure *Proximité perçue *Conscience morale *Dégoût *Manque de temps *Compréhension/ informations claires *Préoccupations dues à l'envoi postal *Recommandation du médecin
6. Woodrow, Watson, Rozmovits, Parker, & Austoker, 2008	Population générale N = 86	Angleterre	FOBT	Aucun	Qualitative	14 focus groups	La majorité des participants ont exprimé des attitudes positives envers le dépistage, identifiant les éléments soulignant les avantages du programme comme importants à connaître. Tandis que certains participants ont estimé qu'il était approprié d'avoir des informations concernant les aspects potentiellement négatifs du programme à communiquer, d'autres se sont dits préoccupés par l'anxiété potentielle et la réduction de la participation qui pourraient y être associées.	*Attitudes *Anxiété *Informations *Connaissances (incidence et mortalité du CCR) *Bénéfice perçu d'une détection précoce *Expériences antérieures de dépistage *Influence sociales *Promotion du dépistage
7. Paddison & Yip, 2010	Population générale N = 59	Australie	FOBT	Stages of Change	Quantitative	Questionnaires	Les différents freins à la participation au dépistage sont associés à différents stades. Plus précisément, les participants en stade de pré	*Valeur perçue du dépistage pour sa santé *Embarras

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
							contemplation ou en contemplation percevaient le dépistage comme ayant moins de valeur pour leur santé que ceux qui participaient au dépistage. De plus, les participants en pré contemplation ou contemplation ont rapporté un niveau d'embarras et d'inconfort perçu significativement plus élevé.	*Inconfort
8. Aubin-Auger et al., 2011	Population générale N = 24 Médecins généralistes N = 39	France	FOBT	Aucun	Qualitative	5 focus groups avec les médecins et 24 entretiens avec les patients	Les obstacles des patients étaient principalement des difficultés à faire le dépistage eux-mêmes et une perception des soins de santé qui ne correspond pas au dépistage. De plus des attitudes négatives, l'oubli et le manque de temps apparaissent comme des freins à la participation au dépistage. L'information et l'organisation étaient également des points importants à améliorer.	*Attitudes *Manque d'informations *Oubli *Manque de temps *Faire le dépistage soi-même
9. Cole et al., 2011	Population générale N = 78	Australie	FOBT	Preventive Health Model	Quantitative	Questionnaires	L'analyse factorielle a révélé un modèle optimal à trois facteurs : connaissance, aversion fécale, croyance en la valeur du dépistage. Suite à une analyse multivariée, deux facteurs psychosociaux restent des prédicteurs du comportement de dépistage FOBT : (1) Aversion envers les selles, (2) perception de la valeur du dépistage, (3) âge 65-69.	*Connaissance (pas d'effet significatif) *Croyances envers la valeur du dépistage *Aversion envers les selles *Comportement
10. García et al., 2011a	Population générale N = 9749 (questionnaires) N = 33 (focus groups)	Espagne	FOBT	Aucun	Qualitative et quantitative	Questionnaires et 6 focus groups	L'intention de participer est un déterminant important de la participation en plus des connaissances sur le CRC et sa détection précoce. Les répondants qui ont signalé que le CCR peut être asymptomatique dans les premiers stades étaient inscrits dans le programme de dépistage plus fréquemment que ceux qui pensaient que le CCR était toujours symptomatique. Les obstacles à la participation mentionnés dans les focus groups étaient : avoir d'autres problèmes de santé ainsi que des malentendus sur la pertinence du dépistage.	*Intention *Comportement *Connaissances *Autres problèmes de santé *Avoir d'autres priorités *Manque de pertinence perçue du dépistage si on est en bonne santé *Manque de confiance envers le système de soins *Manque de compréhension sur la procédure du test *Recommandation du médecin *Expériences antérieures de dépistage *Expériences positives avec le système

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
								de soins
11. Molina-Barceló, Salas Trejo, Peiró-Pérez, & Málaga López, 2011	Population générale N = 56	Espagne	FOBT	Health Belief Model Social Determinants of Health (mais seulement pour l'interprétation des résultats)	Qualitative	8 focus groups	Les non-participants au dépistage avaient moins de connaissance sur la maladie et le programme de dépistage. Les raisons de la participation variaient selon le sexe : Les femmes étaient motivées à prendre soin d'elles-mêmes et valorisaient le dépistage précoce afin de prévenir les souffrances personnelles et familiales alors que les hommes étaient encouragés par leurs partenaires. Les raisons de la non-participation étaient également influencées par le genre: les femmes craignaient les résultats et considéraient le test désagréable alors que les hommes étaient peu préoccupés par le dépistage.	*Manque de connaissances *Peur *Influence sociale *Volonté de prendre soin de sa santé *Manque de sensibilisation
12. Reeder, 2011	Population générale N=50	Nouvelle-Zélande	FOBT	Aucun	Qualitative	Entretiens	Les résultats ont révélé des perceptions généralement positives du dépistage FOBT : il est indolore, simple, relativement peu coûteux et le test peut être effectué à la maison et en privé. Cependant, des préoccupations sont présentes concernant la fiabilité et l'acceptabilité du dépistage, en particulier chez les hommes, et la perception d'un manque de capacité et de ressources du système de santé pour promouvoir et diffuser le programme. Les participants ont estimé que l'éducation de masse et la médiatisation seraient essentielles pour promouvoir le programme proposé.	*Perceptions positives (attitudes) *Manque de fiabilité perçue *Manque d'acceptabilité perçue *Manque de capacité perçue du système de soin *Test à faire soi-même (barrière et facilitateur) *Procrastination *Tabou autour du CCR *Fatalisme *Embarras *Tranquillité de l'esprit *Volonté de prendre soin de sa santé *Manque de sensibilisation
13. Gregory et al., 2013	Population générale N=376	Australie	FOBT	Continuum of resistance model Transtheoretical model	Quantitative	Questionnaires (The Bowel Cancer Screening Questionnaire) ANOVA	La participation était en général influencée par les mêmes variables à la fois dans les premières 6 semaines et les 6 dernières semaines, conformément au continuum du modèle de résistance. Ces variables sont : connaissance de quelqu'un avec cancer colorectal, et des facteurs sociaux et cognitifs (mesurés avec une échelle),	*Comportement (dépistage réalisé tôt, tard ou non réalisé) *Proximité de la maladie *Embarras *Manque de temps *Comportement antérieur de dépistage

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
						Modèle général linéaire multivarié	à savoir la perception d'obstacles au dépistage.	
14. Von Wagner, Good, Smith, & Wardle, 2012	Population générale N = 211	Angleterre	FOBT	Considération of Future Conséquences (CFC)	Quantitative	Questionnaires en ligne CFC scale ANOVA	Les intentions variaient selon huit déclarations : augmentation de l'intention après avoir appris que le test se faisait à domicile, mais diminution de l'intention après avoir appris que le test nécessite de collecter des échantillons de selles dans un tube en plastique à trois reprises. Les participants présentant une faible CFC étaient généralement moins enclins à réaliser le test. Les participants ayant une faible CFC ont attribué une plus grande importance aux aspects pratiques du dépistage par rapport aux participants présentant une CFC élevée. L'opposé a été trouvé pour l'importance des avantages (P < 0,001).	*Intention *Considération pour les conséquences futures *Faire le test soi-même *Devoir collecter des échantillons de selles
15. Bridou et al., 2013	Population générale N = 69	France	FOBT	Aucun	Qualitative	7 focus groups	Les principaux facilitateurs psychologiques liés au dépistage du cancer colorectal étaient : l'information au sujet du dépistage du cancer colorectal, la simplicité perçue d'utiliser Hemoccult-II® et le risque perçu. L'incertitude quant à la fiabilité de Hemoccult-II®, l'anxiété pour la santé et l'embarras ont émergé comme les principaux obstacles de la participation au dépistage.	*Intention *Anxiété *Risque perçu *Embarras *Informations *Faisabilité perçue élevée *Manque de fiabilité perçue du test * Connaître des personnes malades
16. Denters, Deutekom, et al., 2015	Population générale (participant au dépistage) N = 2774	Pays Bas	FIT ⁷	Aucun	Quantitative	Questionnaires	Les connaissances des participants à propos du dépistage étaient adéquates pour 2554 personnes (92%). 2736 participants (99%) ont montré une attitude positive vis-à-vis du dépistage. Un total de 2525 personnes avait fait un choix éclairé (91%).	*Connaissances *Attitudes positives
17. Oster et al., 2013	Population générale N = 63	Australie	FIT (Test immuno-chimique)	*Preventive Health Model	Qualitative	4 focus groups et 30 entretiens	Les auteurs proposent un continuum entre une plus ou moins forte envie de savoir, ce qui explique des degrés divers d'ambivalence	*Ambivalence *Volonté de savoir ou de ne pas savoir *Prendre soin de sa santé

⁷ Fecal Immunologic Test

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
				*Precaution Adoption Process Model		téléphoniques	envers le dépistage.	*Procrastination *Risque perçu *Avoir l'opportunité de se faire dépister *Engagement *Intention *Comportement
18.Bae, Park, & Lim, 2014	Population générale N = 237	Corée	FOBT	Health Belief Model	Quantitative	Questionnaires	Quatre des six facteurs du HBM (susceptibilité perçue, gravité perçue, obstacles et motivation à protéger sa santé) étaient statistiquement significatifs. Les participants ayant des niveaux plus élevés de susceptibilité perçue et de motivation ainsi que des niveaux de gravité perçue plus faibles et moins de barrières étaient plus susceptibles de participer au dépistage.	*Susceptibilité perçue *Gravité perçue *Motivation à protéger sa santé *Embarras *Comportement antérieur de dépistage déclaré
19.Coronado, Schneider, Sanchez, Petrik, & Green, 2015	Population générale non participante au dépistage N = 20	USA	FIT	Aucun	Qualitative	Entretiens	Les raisons de ne pas compléter le test étaient : la peur des résultats ou du coût de la coloscopie de suivi (n = 9); Ne pas avoir reçu le test par la poste (n = 7); des préoccupations concernant l'envoi de matières fécales ou que les résultats des tests pourraient être mélangés (n = 6); et être occupé ou oublieux (n = 4).	*Peur *Oubli *Préoccupations concernant l'envoi postal *Coût d'un éventuel suivi *Absence de symptômes ou d'antécédents familiaux *Avoir d'autres problèmes de santé *Avoir d'autres priorités *Expériences négatives avec le système de soin *Acceptabilité perçue du test élevée *Ne pas recevoir le kit par courrier *Comportement effectif
20.Denters, Bossuyt, Deutekom, Fockens, & Dekker, 2015	Population générale N = 3554	Pays-Bas	FIT	Health Belief Model	Quantitative	Questionnaires	Obtenir plus de certitude sur les chances de développer un cancer (88%) et l'apparition de cancer dans la famille ou le cercle de connaissances (18%) étaient les plus raisons fréquemment retenues de participation. Dans le sous-groupe des non participants, la comorbidité et l'absence de symptômes étaient les raisons les plus fréquentes de ne pas participer, mais le taux de réponses était faible. La grande majorité des participants ont décidé	*Proximité perçue *Influence sociale *Absence de symptômes *Volonté de savoir *Avoir d'autres problèmes de santé *Peur *Gravité perçue élevée *Penser qu'il est pénible de faire le dépistage (attitudes négatives) *Comportement effectif

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
							de participer au dépistage parce qu'ils voulaient en savoir plus sur leurs chances de développer un cancer.	
21. Gale, Deary, Wardle, Zaninotto, & Batty, 2015	Population générale N=2681	Angleterre	FOBT	Big Five Theory Cognitive Function	Quantitative	Questionnaires : Big Five Cognitive functions	D'après les résultats des analyses ajustées selon l'âge et le sexe, une meilleure cognition et un caractère consciencieux sont associés à une participation accrue au dépistage.	*Comportement antérieur de dépistage déclaré *Fonctions cognitives *Traits de personnalité consciencieux
22. Hall et al., 2015	Population générale non participante au dépistage N= 27	Angleterre	FOBT	Grounded theory	Qualitative	Entretiens	La non-participation au dépistage n'était pas nécessairement associée à des attitudes négatives envers le dépistage ou à une décision de ne pas renvoyer un kit. Les raisons de la non-participation incluent : ne pas avoir compris que la participation est nécessaire, un évitement ou un retard dans la prise de décision, et avoir un certain degré d'intention de participer mais de ne pas le faire en raison des aspects pratiques, d'autres priorités ou de circonstances extérieures. Les croyances, la sensibilisation et l'intention changent avec le temps.	*Attitudes positives *Embarras, Dégout, Tabou *Anxiété, Peur *Evitement/ Procrastination *Avoir d'autres priorités *Préoccupations liées à la procédure *Manque de compréhension *Manque de sensibilisation *Croyances erronées *Faible risque perçu *Faible faisabilité perçue du test *Expériences négatives système de soins *Absence de symptômes *Volonté de ne pas savoir *Avoir d'autres priorités/ problèmes *Besoin d'être encouragé *Intention
23. Le Bonniec, Djoufelkit et Cousson-Gélie, 2015	Population générale N = 132	France	FOBT	Théorie du Comportement Planifié Coping	Quantitative	Questionnaires	L'intention est prédite par les comportements passés, les attitudes positives, les normes sociales et le coping centré sur le problème. Dans le modèle de la TCP, les attitudes constituent le plus fort prédicteur de l'intention de se faire dépister.	*Comportement antérieur *Attitudes *Normes sociales *Contrôle perçu *Coping centré sur le problème *Intention
24. Dharni, Armstrong, Chung-Faye, & Wright, 2017	Population générale multiethnique N=50	Angleterre	FOBT	Theoretical Domains Framework (TDF)	Qualitative	Entretiens semi dirigés Analyse suivant la TDF	Le manque de sensibilisation au dépistage était un obstacle pour tous les participants. La peur du cancer était un obstacle pour les participants blancs britanniques. L'incompréhension des instructions pour compléter le test FOBT était une barrière pour les personnes de faible statut	*Peur *Manque de sensibilisation *Sensibilisation *Volonté de prendre soin de sa santé *Bénéfices pour l'ensemble de la population

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
							économique, quelle que soit leur appartenance ethnique. Pour les participants des Africains noirs et des Caribéens noirs, la foi religieuse et un devoir civique de participer au dépistage ont encouragé la participation.	*Conscience morale *Foi religieuse *Expériences antérieures de dépistage *Préoccupation concernant l'envoi de selles par la poste *Manque de temps *Avoir d'autres problèmes de santé *Manque de compréhension des instructions/ informations *Planification du dépistage
25. Smith et al., 2016	Population générale N = 2181	Angleterre	FOBT	Aucun	Quantitative	Questionnaires	Envisager le dépistage comme une source d'inquiétude, ainsi que les préoccupations liées au fait de ne pas vouloir « tenter le destin » étaient fortement associées à l'éducation. Dans un modèle incluant l'éducation et les caractéristiques des participants, les répondants ayant de faibles contraintes émotionnelles, des barrières pratiques faibles et des bénéfices perçus élevés étaient plus susceptibles d'avoir l'intention de participer au dépistage.	*Intention *Inquiétude *Dégout, Embarras *Volonté de ne pas « tenter le destin » *Peur *Manque de temps *Préoccupations liées à la réalisation pratique du test *Paix de l'esprit *Volonté de prendre soin de sa santé
26. Broc et al., 2017	Population générale N = 5894	France	FOBT	Théories de la motivation	Qualitative et quantitative	Questionnaire ouvert Analyse des cooccurrences	Un quart des individus qui avait refusé le dépistage a néanmoins exprimé au moins une motivation à se faire dépister. La coexistence des barrières et des leviers chez un même individu démontre des tendances d'ambivalence. Les motivations intrinsèques semblent être les plus susceptibles d'accroître l'adhésion au dépistage. Cette étude démontre que certains facteurs, bien connus pour améliorer l'adhésion au dépistage du CCR en général, peuvent ne pas avoir beaucoup d'impact sur les individus réticents à l'ambivalence et aux nuances contextuelles.	*Ambivalence *Expériences antérieures de dépistage *Procrastination *Influence sociale *Gratuité *Importance perçue *Peur *Manque de temps *Absence de symptômes *Suspensions envers le système de soin *Préoccupations liées à la réalisation pratique du test *Recommandation médecin *Comportement
27. Green et al., 2017	Population générale : 41 participants n'ayant	Etats-Unis	FIT	Aucun	Qualitative	Entretiens semi-directifs Analyse de	Les thèmes liés aux obstacles au dépistage étaient plus répandus chez les personnes n'ayant jamais participé au dépistage, notamment : (1) Évitement (inattention, procrastination) (2)	*Procrastination/ Evitement *Aversion fécale *Avoir d'autres problèmes de santé *Peur

Tableau 4. (suite)

Récapitulatif des articles portant sur les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal (N = 29)

Auteurs et année	Population interrogée	Pays	Test de dépistage	Ancrage théorique	Approche	Méthode et outils	Principaux résultats	Concepts théoriques et éléments clés
	jamais participé au dépistage vs participants non réguliers					contenu thématique	Préoccupations concernant la manipulation des selles; (3) Problèmes de santé; (4) Peur d'un diagnostic de cancer ou des résultats de test positifs. Les thèmes liés aux facilitateurs de dépistage étaient plus souvent mentionnés par les participants dépistés au moins une fois, à savoir : (1) L'utilisation d'un test fécal simple à un échantillon; (2) La commodité des mailings et la réalisation du test à la maison; (3) La pertinence de la prévention, surtout quand on vieillit; et (4) Influence des recommandations des professionnels de santé, de la famille et des amis.	*Acceptabilité du test *Faire le test soi-même *Importance des contrôles de santé *Recommandation du médecin *Influence sociale *Comportement
28. Davis, Oaten, Occhipinti, Chambers, & Stevenson, 2017	Population générale N = 148	Australie	FOBT	Aucun	Quantitative	Questionnaires en ligne Régressions logistiques	Les participants étaient plus susceptibles d'avoir l'intention de se faire dépister s'ils avaient une expérience de dépistage préalable et s'ils avaient signalé moins de préoccupations émotionnelles vis-à-vis du dépistage. Les résultats indiquent que le dégoût est un prédicteur de l'évitement du dépistage. Plus précisément, le dégoût fécal élevé était prédictif d'une diminution de 3% de l'intention de se faire dépister.	*Intention *Dégoût *Comportement antérieur de dépistage
29. Todorov, Wilson, Sharplin, & Corsini, 2017	Population générale N total = 3220 2011 : n = 1084 2012 : n = 1123 2014 : n = 1013	Australie	FOBT	Aucun	Quantitative	Questionnaires Comparaison de données sur plusieurs années : 2011 à 2014 Régressions logistiques	La sensibilisation aux recommandations de dépistage a augmenté. Les répondants qui connaissaient les recommandations de dépistage et les personnes âgées de 65 à 69 ans étaient beaucoup moins susceptibles de déclarer une non-participation. Les principales raisons données pour expliquer la participation étaient que ce dépistage fait partie du programme de dépistage national ou d'un examen de routine, alors que les raisons de la non-participation étaient de ne pas avoir de symptômes et l'absence de recommandation du médecin.	*Comportement antérieur de dépistage déclaré *Connaissances *Manque de connaissances *Sensibilisation *Manque de sensibilisation *Habitudes *Manque de temps *Manque de recommandation médecin *Absence de symptômes *Dépistage institutionnalisé

Parmi les 29 articles sélectionnés, 12 études étaient qualitatives, 15 études étaient quantitatives et 2 études étaient mixtes. Les articles ont été publiés entre 1983 et 2017. Au total, 9 pays différents sont représentés dans les 29 articles : l'Australie, les Etats-Unis, le Canada, l'Angleterre, la France, l'Espagne, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, et la Corée. Quatre études ont été réalisées en France. Ainsi, l'Europe, l'Océanie (Australie) et l'Amérique du Nord sont les continents les plus représentés mais une étude a été réalisée en Asie (Corée). Nous pouvons remarquer une grande variabilité du nombre de participants interrogés dans chaque étude, le minimum étant de 20 sujets (Coronado et al, 2015) et le maximum de 9782 sujets (Garcia et al, 2011), ceci étant lié à la variabilité des méthodologies quantitatives et qualitatives. Parmi les 29 études, 9 ont mesuré l'intention de se faire dépister, 11 ont mesuré le comportement effectif de dépistage, 3 le comportement antérieur déclaré, et 2 études ont mesuré à la fois l'intention et le comportement.

Plusieurs revues de la littérature ayant été réalisées sur ce sujet, il convient de les prendre en compte dans notre état de l'art. Nous avons donc sélectionné 5 revues de la littérature portant sur les freins et facilitateurs de la participation au dépistage du cancer colorectal incluant des résultats sur des variables psychosociales. Ces 5 études sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5.
Récapitulatif des revues de littérature s'intéressant à la participation au dépistage du cancer colorectal et présentant des variables psychosociales

Auteurs et année	Type de revue et objectifs	Nombre d'études analysées	Types de tests de dépistage	Utilisation d'une ou plusieurs grille (s) d'évaluation	Analyses réalisées	Principaux prédicteurs de la participation au dépistage (uniquement variables psychosociales)	Valence positive ou négative	Significativité (selon les critères utilisés par les auteurs) <i>s</i> : significatif <i>ns</i> : non significatif
Honein-AbouHaidar et al., 2016	Revue systématique et méta-analyse synthétique des études qualitatives évaluant les facilitateurs et les freins de la participation au dépistage du cancer colorectal	94 études qualitatives	Tous tests	PRISMA CASP Critères ENTREQ	Analyse des méta-données	*Sensibilisation	+	92.5% des études ont utilisé des protocoles adaptés à leur question de recherche 87.2% avaient un échantillon adapté 44% utilisaient un modèle théorique
					Analyse méta-méthodologique	*Attitudes positives	+	
						*Motivation	+	
					Analyse méta-théorique	*Manque de sensibilisation	-	
						*Perceptions négatives du cancer	-	
					Méta-synthèse	*Manque de motivation	-	
Gimeno-García, 2012	Revue d'articles à propos des facteurs influençant la participation au dépistage du cancer colorectal	Non précisé	Tous tests	Aucune	Non précisé	*Recommandations du médecin	+	Non précisé
						*Connaissances à propos du CCR et du dépistage	+	
						*Perception du risque de développer un CCR élevée	+	
						*Bénéfices perçus du dépistage	+	
						*Barrières perçues au dépistage	-	
Leung, Chow, Lo, So, & Chan, 2016	Revue de la littérature des études quantitatives sur les facteurs contribuant au dépistage du cancer colorectal en population chinoise	22 études quantitatives	Tous tests	Aucune grille mais utilisation d'un manuel (Johannesen and LoGiudice, 2013)	Prise en compte des Odds ratios (ORs) à 95% d'intervalle de confiance pour chaque facteur identifié dans chaque étude	*Gravité perçue du CCR	-	<i>s</i> dans 3 études
						*Barrières perçues au dépistage	-	<i>s</i> dans 2 études <i>ns</i> dans 1 étude
						*Susceptibilité perçue de développer un CCR	+	<i>s</i> dans 2 études <i>ns</i> dans 5 études
						*Bénéfices perçus du dépistage	<i>ns</i>	<i>ns</i> dans 3 études

Tableau 5. (suite)

Récapitulatif des revues de littérature s'intéressant à la participation au dépistage du cancer colorectal et présentant des variables psychosociales

Auteurs et année	Type de revue et objectifs	Nombre d'études analysées	Types de tests de dépistage	Utilisation d'une ou plusieurs grille (s) d'évaluation	Analyses réalisées	Principaux prédicteurs de la participation au dépistage (uniquement variables psychosociales)	Valence positive ou négative	Significativité (selon les critères utilisés par les auteurs) s: significatif ns : non significatif
						*Volonté de se faire dépister	ns	ns dans 2 études
						*Peur du cancer / inquiétude	-/ns	s dans 1 étude ns dans 2 études
						*Sentiment d'auto-efficacité	+/ns	s dans 1 étude ns dans 1 étude
						*Recommandation du médecin	+	s dans 8 études
Wools, Dapper, & Leeuw, 2016	Revue systématique de la littérature sur la participation au dépistage du cancer colorectal	79 articles	Tous les tests mais analyse séparée pour test FOBT	Aucune	Sélection des barrières et des facilitateurs significatifs à $P < 0.05$ sur des analyses multivariées	* Perception du risque de développer un CRC élevée	+	0 articles pour dépistage FOBT
						*Perceptions négatives du dépistage	-	1 article (100%) pour dépistage FOBT
						* Connaissances à propos du CCR	+	1 article (33%) pour dépistage FOBT
						*Faible perception de sa santé en général	+ /-	0 article pour dépistage FOBT
						*Bénéfices perçus du dépistage	+	1 article (50%) pour dépistage FOBT
						*Sentiment de contrôle pendant la procédure du test	+	0 article pour dépistage FOBT
Guessous et al., 2010	Revue systématique de la littérature à propos des barrières et des facilitateurs de la participation au dépistage du cancer colorectal chez les personnes âgées (au-dessus de 65 ans)	83 articles	Tous tests	Aucune	Calcul des kappas pour l'accord inter-évaluateur. La fiabilité inter-évaluateur a été évaluée uniquement pour les inclusions.	*Manque de sensibilisation	-	11 articles (100%), résultats constants quelque que soit le type de test
						*Manque de recommandation du médecin	-	7 articles (100%), résultat constant quelque que soit le type de test

Les cinq revues de littérature présentées dans le tableau 5 ont été réalisées récemment (entre 2010 et 2016). Elles ont analysé entre 22 et 94 articles. Nous pouvons remarquer des disparités en termes d'évaluation de la qualité des articles. En effet, seule la revue d'Honein – AbouHaidar et al (2016) a utilisé une grille d'évaluation et des critères validés. A l'inverse, la revue de Gimeno-Garcia, (2012) n'utilise aucune grille d'évaluation et n'apporte aucune information sur la significativité des données présentées. La revue systématique de Wools, Dapper et Leeuw (2016) est particulièrement intéressante pour notre travail de thèse puisqu'elle différencie les tests de dépistage. Il apparaît que très peu d'articles compris dans cette revue ont mesuré des variables psychosociales influençant la participation au dépistage avec un test par recherche de sang dans les selles. Les variables psychosociales les plus fréquemment citées comme ayant une influence sur la participation au dépistage sont : le risque perçu de développer un cancer colorectal (dans 4 revues), la recommandation du médecin (dans 3 revues), et les connaissances à propos du cancer colorectal et du dépistage (dans 3 revues).

Nous pouvons observer dans le tableau 4 et dans le tableau 5 que certaines variables sont redondantes. Afin de résumer et de clarifier l'effet de chaque variable identifiée comme pouvant influencer le comportement de dépistage, nous avons classé les variables selon leur importance dans le tableau 6 (c'est-à-dire la fréquence qu'elles représentent dans l'ensemble des articles du tableau 4).

Tableau 6.

Fréquence en % des variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal

Variables influençant la participation au dépistage du cancer colorectal	Nombre d'articles concernés	Valence de l'effet	Fréquence (% sur 29 articles)
EVALUATIONS INDIVIDUELLES ET REACTIONS EMOTIONNELLES			
Emotions	19	65,5%	
<i>Peur des résultats/ du cancer</i>	10 (articles : 4 ; 5 ; 11 ; 19 ; 20 ; 22 ; 24 ; 25 ; 26 ; 27)	-	34%
<i>Peur de la coloscopie</i>	1 (article 5)	-	3%
<i>Dégoût/ Aversion</i>	6 (articles : 5 ; 9 ; 22 ; 25 ; 27 ; 28)	-	21%
<i>Anxiété/ Inquiétude</i>	4 (articles : 6 ; 15 ; 22 ; 25)	-	14%
<i>Embarras/Gêne/ Inconfort</i>	9 (articles : 1 ; 4 ; 7 ; 12 ; 13 ; 15 ; 18 ; 22 ; 25)	-	31%
Attitudes	8	27%	
<i>Attitudes positives à l'égard du dépistage et du test</i>	6 (articles : 2 ; 6 ; 12 ; 16 ; 22 ; 23)	+	21%
<i>Attitudes négatives à l'égard du dépistage et du test</i>	3 (articles : 6 ; 8 ; 20)	-	10 %
PERCEPTIONS DE CONTROLE			
Manque de temps/ Avoir d'autres priorités	10 (articles : 1 ; 5 ; 8 ; 10 ; 13 ; 19 ; 22 ; 24 ; 25 ; 29)	-	34%
Comportement antérieur de dépistage	9 (articles : 3 ; 5 ; 6 ; 10 ; 13 ; 23 ; 24 ; 26 ; 28)	+	31%
Caractéristiques du test de dépistage	8	27%	
<i>Préoccupations liées à la réalisation technique du test/ manque de capacité perçue à réaliser le test</i>	5 (articles : 4 ; 14 ; 22 ; 25 ; 26)	-	17%
<i>Préoccupations relatives à l'envoi de matières fécales par la poste</i>	3 (articles : 5 ; 19 ; 24)	-	10%
Perception de la faisabilité du test de dépistage du CCR	7	24%	
<i>Faisabilité perçue du test/ Acceptabilité élevée</i>	5 (articles : 1 ; 4 ; 15 ; 19 ; 27)	+	17%
<i>Faible acceptabilité/faisabilité perçue du test</i>	2 (articles : 12 ; 22)	-	7%
Niveau d'information et de compréhension	7	24%	
<i>Compréhension/ avoir des informations claires</i>	3 (articles : 5 ; 6 ; 15)	+	10%
<i>Manque de compréhension/ manque d'informations</i>	5 (articles : 5 ; 8 ; 10 ; 22 ; 24)	-	17%
Connaissances	6	21%	
<i>Avoir des connaissances</i>	4 (articles : 6 ; 10 ; 16 ; 29)	+	14%
<i>Manque de connaissances</i>	3 (articles : 4 ; 11 ; 29)	-	10%
Avoir d'autres problèmes de santé	6 (articles : 10 ; 19 ; 20 ; 22 ; 24 ; 27)	-	21%
Faire le dépistage soi-même à domicile	4 (articles : 8 (-) ; 12 (+/-) ; 14 (+) ; 27 (+))	-/+	14%
Contrôle perçu	2 (articles : 2 ; 27)	+	7%
Coût financier si résultat positif	2 (articles : 4 ; 19)	-	7%
Avoir l'opportunité de se faire dépister	1 (article 17)	+	3%
Gratuité du test	1 (article 26)	+	3%
Habitudes / Routine	1 (article 29)	+	3%
Ne pas recevoir le test par la poste	1 (article 19)	-	3%
INFLUENCE D'AUTRUI ET NORMES SOCIALES			
Influence du médecin sur la participation au dépistage du CCR	7	24%	
<i>Recommandation du médecin</i>	6 (articles : 3 ; 4 ; 5 ; 10 ; 26 ; 27)	+	21%

Tableau 6. (suite)

Fréquence en % des variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal

Variables influençant la participation au dépistage du cancer colorectal	Nombre d'articles concernés	Valence de l'effet	Fréquence (% sur 29 articles)
<i>Manque de recommandation du médecin</i>	1 (article 29)	-	3%
<u>Sensibilisation au dépistage du cancer colorectal</u>	6	21%	
<i>Manque de sensibilisation / Indifférence</i>	6 (articles : 1 ; 11 ; 12 ; 22 ; 24 ; 29)	-	21%
<i>Sensibilisation</i>	2 (articles : 24 ; 29)	+	7%
<u>Influence sociale (encouragements)</u>	6 (articles : 6 ; 11 ; 20 ; 22 ; 26 ; 27)	+	21%
<u>Connaître des personnes malades/ proximité de la maladie</u>	4 (articles : 5 ; 13 ; 15 ; 20)	+	14%
<u>Normes sociales</u>	2 (articles : 2 ; 23)	+	7%
INTENTION, VOLONTE ET MOTIVATION			
<u>Procrastination/ Evitement de la prise de décision</u>	6 (articles : 1 ; 12 ; 17 ; 22 ; 26 ; 27)	-	21%
<u>Volonté de prendre soin de sa santé</u>	6 (articles : 11 ; 12 ; 17 ; 18 ; 24 ; 25)	+	21%
<u>Volonté</u>	6	21%	
<i>Tranquillité de l'esprit/ Volonté de savoir</i>	5 (articles : 3 ; 12 ; 17 ; 20 ; 25)	+	17%
<i>Volonté de ne pas savoir</i>	2 (articles : 17 ; 22)	-	7%
<u>Intention</u>	5 (articles : 2 ; 10 ; 14 ; 15 ; 23)	+	17%
<u>Ambivalence</u>	2 (articles : 17 (+/-) ; 26 (+/-))	+/-	7%
REPRESENTATIONS DU CANCER COLORECTAL ET DU DEPISTAGE			
<u>Symptômes</u>	9	31%	
<i>Avoir des symptômes</i>	1 (article 29)	+	3%
<i>Absence de symptômes/ se sentir en bonne santé</i>	9 (articles : 1 ; 4 ; 5 ; 10 ; 19 ; 20 ; 22 ; 26 ; 29)	-	31%
<u>Représentations du système de soins</u>	6	21%	
<i>Expériences positives avec le système de soins</i>	1 (article 10)	+	3%
<i>Expériences négatives avec le système de soins</i>	2 (articles : 19 ; 22)	-	7%
<i>Manque de confiance envers le système de soins</i>	2 (articles : 10 ; 26)	-	7%
<i>Perception du système de soins ne correspondant pas au dépistage</i>	1 (article 8)	-	3%
<i>Doutes sur les capacités du système de santé pour gérer correctement le dépistage</i>	1 (article 12)	-	3%
<u>Perception du risque de développer un CCR</u>	6	21%	
<i>Risque perçu/ Vulnérabilité perçue élevés</i>	5 (articles : 3 ; 5 ; 15 ; 17 ; 18)	+	17%
<i>Faible risque perçu/ vulnérabilité perçue</i>	3 (articles : 5 ; 17 ; 22)	-	10%
<u>Importance perçue du dépistage/ des contrôles de santé</u>	5 (articles : 1 ; 6 ; 7 ; 26 ; 27)	+	17%
<u>Manque de fiabilité perçue du test</u>	4 (articles : 3 ; 4 ; 12 ; 15)	-	14%
<u>Tabou autour du CCR ou du côlon/rectum</u>	2 (articles : 12 ; 22)	-	7%
<u>Conscience morale/ volonté d'être un « bon citoyen »</u>	2 (articles : 5 ; 24)	+	7%
<u>Gravité perçue du CCR</u>	2	7%	
<i>Gravité perçue du cancer colorectal élevée</i>	1 (article 20)	+	3%
<i>Gravité perçue du cancer colorectal faible</i>	1 (article 18)	+	3%
<u>Croyances erronées (traitements inefficaces, CCR non guérissable...)</u>	1 (article 22)	-	3%
<u>Croyance en la valeur du dépistage</u>	1 (article 9)	+	3%
<u>Penser que le CCR est guérissable</u>	1 (article 20)	+	3%
<u>Bénéfices perçus pour l'ensemble de la population</u>	1 (article 24)	+	3%

Tableau 6. (suite)

Fréquence en % des variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal

Variables influençant la participation au dépistage du cancer colorectal	Nombre d'articles concernés	Valence de l'effet	Fréquence (% sur 29 articles)
Faire la promotion du dépistage	1 (article 6)	+	3%
Dépistage institutionnalisé	1 (article 29)	+	3%
AUTRES			
Oubli	2 (articles : 8 ; 19)	-	7%
Fatalisme	1 (article 12)	-	3%
Trait de personnalité consciencieux	1 (article 21)	+	3%
Capacités cognitives élevées	1 (article 21)	+	3%
Considération pour les conséquences futures	1 (article 14)	+	3%
Coping centré sur le problème	1 (article 23)	+	3%
Foi religieuse	1 (article 24 (+/-))	+/-	3%
Planification du dépistage	1 (article 24)	+	3%
Volonté de ne pas « tenter le destin »	1 (article 25)	-	3%
Engagement	1 (article 17)	+	3%

Nous pouvons observer dans le tableau 6 que les variables psychosociales les plus fréquemment identifiées dans les études comme ayant une influence sur l'intention ou le comportement de dépistage du cancer colorectal concernent plusieurs catégories. Nous allons donc nous intéresser aux variables les plus présentes dans la littérature, c'est-à-dire celles qui représentent les pourcentages les plus élevés dans le tableau 6. Nous précisons que les pourcentages ont été calculés sur la base de la fréquence des variables sur le nombre total d'articles (N=29). Nous ferons également appel au tableau 5 afin de modérer l'importance de ces variables en fonction de leur présence ou non dans les revues de la littérature réalisées sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Pour davantage de clarté, les variables ont été regroupées en cinq catégories : les variables relatives à l'évaluation individuelle et émotionnelle face au dépistage, les variables liées à la perception de contrôle, les variables s'exprimant par l'influence d'autrui et les normes sociales, les variables renvoyant à l'intention, la volonté et la motivation, et enfin les variables relatives aux représentations du cancer colorectal, du dépistage et du système de soins.

2.1. Evaluation individuelle et réaction émotionnelle face au dépistage du cancer colorectal

Tout d'abord, l'évaluation individuelle des individus face au dépistage et la réaction émotionnelle qui en découle représentent une grande partie des variables identifiées (respectivement 27% et 65%). Ainsi, les émotions ont une place prépondérante puisqu'elles concernent 19 articles sur les 29 inclus, et particulièrement la peur, le dégoût et l'embarras. La

revue de littérature de Leung et al. (2016) souligne également le rôle de la peur dans la non-participation au dépistage du cancer colorectal en population chinoise, avec cependant des résultats peu concluants dans certaines études. De même, les attitudes positives ou négatives envers le dépistage du cancer colorectal semblent constituer une variable importante. Les attitudes sont aussi identifiées dans la revue systématique d'Honein-AbouHaidar et al. (2016) comme constituant des freins ou des facilitateurs de la participation au dépistage (voir tableau 5). Les perceptions négatives du dépistage sont également mentionnées dans la revue systématique de Wools, Dapper et Leeuw (2016).

2.2. La perception de contrôle du dépistage du cancer colorectal

D'après le tableau 6, des variables relatives au contrôle perçu (que nous définissons ici comme l'estimation de sa propre capacité à réaliser une action) ou au contrôle réel que peuvent avoir les individus sur le dépistage ont une place significative. En ce sens, le fait de s'être déjà fait dépister est considéré comme un facilitateur à une future participation dans 31% des études. Nous pouvons interpréter cet effet par une augmentation du sentiment de capacité ressenti par les individus qui ont déjà participé au dépistage. Cela peut en effet constituer un levier important à l'action de recommencer, puisque le comportement a déjà été réalisé avec succès. Un effet plus indirect du sentiment de contrôle peut se manifester par le niveau d'informations ou de compréhension des individus (cela représente 24% des articles). Autrement dit, un individu ayant bien intégré les explications fournies sur le dépistage et l'intérêt qu'il représente sera plus susceptible de participer au dépistage. A l'inverse, un individu mal informé ou n'ayant pas saisi les enjeux d'un dépistage préconisé en population générale sera moins enclin à se faire dépister. De la même manière, le niveau de connaissance peut aussi avoir un impact sur le comportement de dépistage (dans 21% des articles). L'effet du niveau de connaissance est aussi retrouvé dans plusieurs revues de littérature (Gimeno-Garcia, 2012 ; Gimeno-Garcia et al, 2014 ; Wools, Dapper et Leeuw, 2016). Enfin, le fait de pouvoir concrètement effectuer le test de dépistage a un impact très important. Par exemple, avoir d'autres problèmes de santé peut repousser un dépistage du cancer colorectal (dans 21% des études), tout comme un manque de temps (34% des études). En outre, des variables liées à la réalisation concrète du test de dépistage sont également impliquées dans la participation au dépistage : la faisabilité perçue du test (24%), les caractéristiques du test de dépistage (27%), et la réalisation du test à domicile (14%). Le sentiment d'auto-efficacité (ou sentiment d'efficacité personnel) apparaît comme un levier à la participation au dépistage dans la revue de littérature de Leung et al (2016), bien que la significativité de cet effet soit mitigée. Nous pouvons noter également que deux articles ont

identifié le contrôle perçu comme un prédicteur de l'intention (Le Bonniec, Djoufelkit et Cousson-Gélie, 2015) et du comportement (DeVellis et al, 1990) de dépistage du cancer colorectal.

2.3. Influence d'autrui et normes sociales

Toujours d'après le tableau 6, certaines variables relèvent de l'influence que peut exercer autrui et des normes sociales (c'est-à-dire les règles de conduites socialement valorisées). La variable la plus importante dans cette catégorie est la recommandation du médecin (24%). A cet égard, il est démontré dans plusieurs revues de la littérature que le fait de recevoir une recommandation pour le dépistage de la part de son médecin généraliste a un impact très positif sur la participation au dépistage (Gimeno-Garcia, 2012 ; Leung et al, 2006). Plus précisément, cet effet est présenté comme étant toujours significatif. A l'inverse, le manque de recommandation du médecin a un impact très négatif mais tout aussi significatif d'après la revue de Guessous et al. (2010). A un niveau plus sociétal, la sensibilisation au dépistage est également une problématique récurrente dans les articles (21%). Le manque de sensibilisation contribuerait donc à diminuer les taux de participation au dépistage. En ce sens, la revue de littérature d'Honein-AbouHaidar et al. (2016) souligne l'impact positif de la sensibilisation et l'impact négatif du manque de sensibilisation. Le manque de sensibilisation constitue également un frein significatif dans la revue systématique de Guessous et al. (2010). En plus du médecin, l'influence d'autrui joue un rôle important dans 21% des articles. Plus précisément, recevoir des encouragements de la part de son entourage semble faciliter la réalisation du dépistage. De la même façon, connaître des personnes atteintes d'un cancer colorectal semble encourager la participation au dépistage (dans 14% des articles). En résumé, l'influence du médecin, d'autrui, ou de la société (par la sensibilisation) peut constituer une norme sociale que l'individu aura tendance à suivre.

2.4. Motivation, volonté et intention à participer ou à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal

Nous pouvons identifier dans le tableau 6 des variables relatives à la motivation, la volonté et l'intention des individus de se faire dépister. La procrastination relève d'un évitement ou d'un retard dans la prise de décision et représente un frein important (21%). La procrastination est liée à la motivation (Kok, 2016), puisqu'elle revient à ne pas prendre de décision, et donc à ne pas atteindre un niveau suffisant de motivation pour pouvoir passer à l'action. D'après le travail d'Honein-AbouHaidar et al. (2016), la motivation et le manque de motivation influencent le

comportement de dépistage. Dans le même sens, la volonté de prendre soin de sa santé (21%) a un impact positif sur le dépistage, tout comme la volonté de savoir si l'on a un cancer ou la volonté d'avoir « l'esprit tranquille », qui s'oppose à la volonté de ne pas savoir (21%). Cependant, la volonté de se faire dépister est présentée comme une variable non significative dans la revue de la littérature de Leung et al (2016). L'intention apparaît dans 17 % des études comme ayant une influence sur le comportement. Il est néanmoins possible que l'effet de l'intention sur le comportement puisse être plus conséquent, mais peu d'études prennent réellement en compte l'intention (seulement 9 articles sur les 29 étudiés). Par ailleurs, les méthodologies qualitatives ne permettent pas de quantifier le niveau d'intention, et donc le poids de l'effet de l'intention sur le comportement.

2.5. Les représentations du cancer colorectal et du dépistage

La dernière catégorie identifiée dans le tableau 6 concerne les représentations (c'est-à-dire le système de croyances associé à un objet). D'une part, les représentations relatives à la pertinence du dépistage semblent avoir un impact important sur la participation, comme l'absence ou la présence de symptômes (31% des études), ou l'importance perçue du dépistage et des contrôles de santé (17% des études). Ceci est en lien avec la perception du risque de développer un cancer colorectal (21% des études). Plus précisément, un risque perçu élevé constitue un facilitateur au dépistage dans la revue de littérature de Gimeno-Garcia (2012). Les revues de Leung et al (2016) et de Wools, Dapper et Leeuw (2016) présentent des résultats plus mitigés en ce qui concerne l'effet du risque perçu, avec des résultats rarement significatifs ou ne concernant pas un dépistage par recherche de sang dans les selles. D'autre part, les représentations du système de soins peuvent influencer la participation au dépistage (dans 21% des études). Par exemple, les expériences antérieures avec le système de soins peuvent avoir un effet positif ou négatif sur l'envie de participer. Enfin, les représentations du test de dépistage semblent aussi importantes, et particulièrement le manque de fiabilité perçu du test (14% des études).

Ces différents éléments nous amènent à nous interroger sur l'utilisation d'un modèle théorique pour étudier la problématique du dépistage du cancer colorectal. En effet, bien que la plupart des variables citées dans les tableaux 4, 5 et 6 correspondent à des concepts théorisés en psychologie de la santé, seulement 14 sur 29 études ont fait appel à un modèle théorique. Il nous paraît donc important de nous intéresser aux différentes théorisations disponibles pour expliquer le comportement de dépistage du cancer colorectal. Partant de ce constat, nous allons à présent faire le lien entre les variables identifiées dans la littérature et les principaux modèles théoriques

visant à expliquer les comportements de santé tels que le dépistage du cancer colorectal. Nous commencerons par examiner les modèles qui ont déjà été utilisés dans la littérature pour étudier le dépistage du cancer colorectal.

CHAPITRE 2 : APPROCHES THEORIQUES

I. Les modèles utilisés pour étudier le comportement de dépistage du cancer colorectal

Les fondements de la psychologie de la santé visent à se détacher d'un modèle biomédical négligeant les liens entre le corps et l'esprit. Cette approche s'intéresse aux causes des maladies, et se caractérise par une volonté d'intégrer le psychologique et les facteurs environnementaux au sein du modèle biomédical (Ogden, 2008). Plus tard, de nombreux courants ont été développés au sein de cette discipline, ayant pour objectif de comprendre, d'expliquer ou de tester une théorie, mais aussi de chercher à prédire les causes des comportements de santé. Il existe un certain nombre de modèles théoriques explicatifs et prédictifs relatifs aux croyances et aux représentations de la santé, certains ayant déjà été appliqués à l'étude du comportement de dépistage du cancer colorectal. Tout d'abord, le Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1974) postule que les comportements de santé sont prédits par un ensemble de croyances, portant notamment sur la perception de vulnérabilité et de gravité de la maladie. Ultérieurement, le rôle du sentiment de peur et de danger a été examiné grâce au Modèle Etendu des Réponses Parallèle (EPPM, Witte, 1992).

Par la suite, Ajzen et Fishbein (1970) ont développé la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR, Theory of Reasoned Action), qui sera plus tard complétée par la Théorie du Comportement Planifié (TCP, Theory of Planned Behavior), notamment par Ajzen (1991). Ces derniers modèles sont davantage tournés vers l'influence de l'environnement social.

Nous allons examiner ces différentes théories puis nous examinerons leur pertinence pour étudier le dépistage du cancer colorectal.

1. Le modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model)

Le Health Belief Model (ou modèle des Croyances Relatives à la Santé, voir figure 4) a été développé par Rosenstock (1966), puis repris par plusieurs auteurs, notamment Becker, dans les années 1970-90 (d'après Ogden, 2008). Selon cette théorie, un ensemble de croyances va permettre de prédire l'adoption ou la non-adoption de comportements de santé :

- La vulnérabilité face à la maladie
- La gravité perçue de cette maladie

- Les coûts associés à l'adoption du comportement (par exemple : arrêter de fumer)
- Les bénéfices associés à l'adoption du comportement
- Les incitations à agir

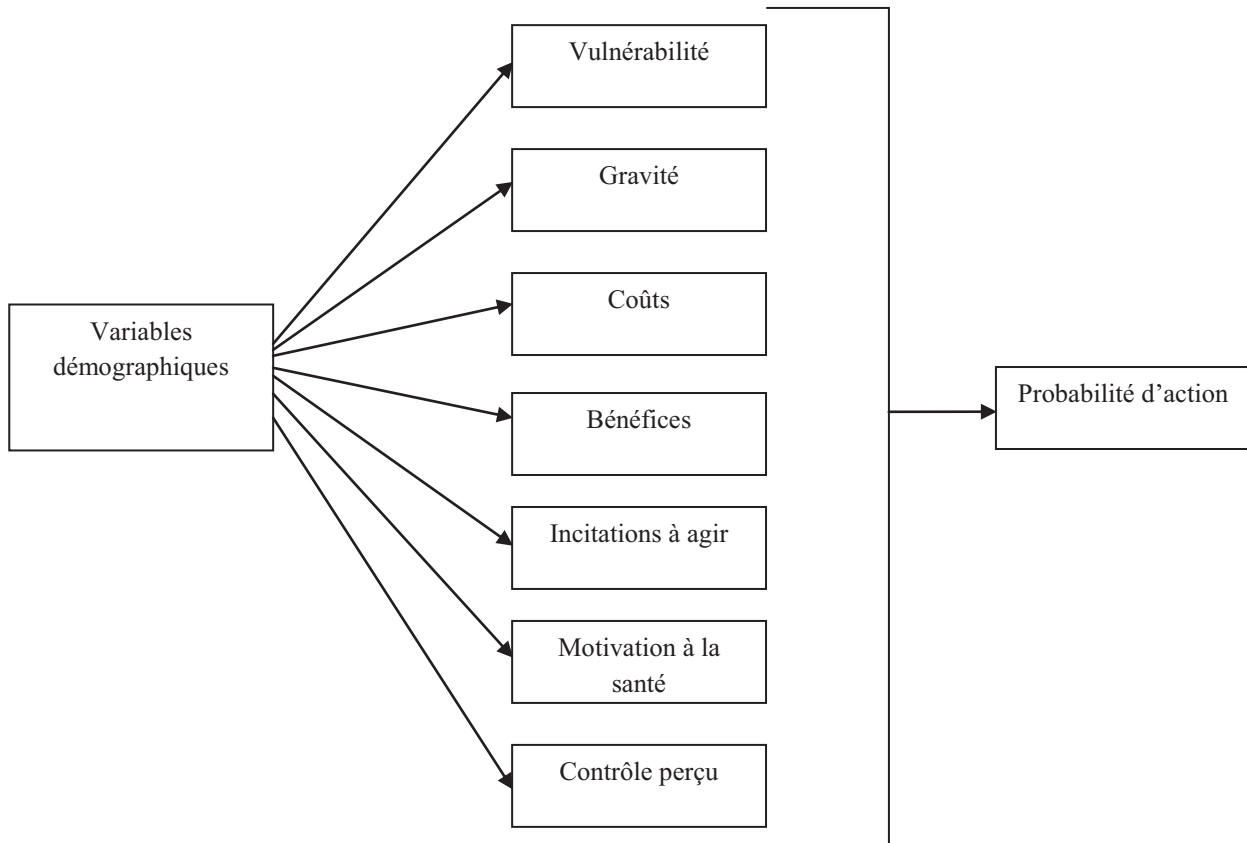


Figure 4 - Le modèle des Croyances Relatives à la Santé (modèle basique, repris d'Ogden, 2008)

Ce modèle a, par exemple, été utilisé pour étudier le comportement d'auto-examen des seins chez les femmes, révélant que la vulnérabilité perçue est un bon prédicteur (Lashley, 1987 ; Wyper, 1990, d'après Ogden, 2008). Ce modèle est l'un des plus usité pour étudier le comportement de dépistage du cancer colorectal (Honein – AbouHaidar et al, 2016 ; Gimeno-Garcia, 2012). En effet, il a été utilisé dans 4 des 29 articles présentés dans le tableau 4 (Chapple et al, 2008 ; Molina-Barcelo et al, 2011 ; Bae, Park et Lim, 2014 ; Deters et al, 2015). Cependant, la gravité perçue, qui occupe une place importante dans le modèle, ne représente que 7% des variables identifiées comme ayant une influence sur la participation au dépistage du cancer colorectal (tableau 6). De même, le HBM accorde une grande place aux croyances relatives à la santé, impliquées dans l'arrêt ou le maintien d'un comportement (Godin & Côté, 2006). Pourtant, concernant le dépistage, connaître les bénéfices de la réalisation d'un test de dépistage ne suffit

pas à adopter un tel comportement. Par ailleurs, le HBM a fait face à un certain nombre de critiques, notamment à cause de résultats contradictoires, par exemple à propos du lien existant entre les intentions comportementales et une faible vulnérabilité perçue (et non pas une forte vulnérabilité perçue comme le postule le HBM). Le modèle a donc été modifié pour inclure le concept de motivation à la santé (c'est-à-dire la tendance d'une personne à être concernée par les questions de santé), et plus tard le concept de contrôle perçu, qui est reflet de la confiance qu'un individu a en sa capacité à réaliser un comportement (Ogden, 2008). Néanmoins, la principale critique formulée à l'égard de ce modèle est qu'il considère que les individus sont rationnels et que, pour eux, il est primordial d'éviter les risques pour leur santé (Adam & Herzlich, 2014). Par ailleurs, ce modèle prend en compte les croyances, mais pas la manière dont elles s'intègrent au sein des réseaux complexes des représentations (Adam & Herzlich, 2014).

2. Le Modèle Etendu des Réponses Parallèles

Le Modèle Etendu des Réponses Parallèles (voir figure 5) a été développé par Witte (1992). Ce modèle a été utilisé notamment par Courbet (2003) pour étudier la réception des campagnes de santé publique utilisant la peur. Comme le HBM, il a déjà été utilisé pour étudier le comportement de dépistage du cancer colorectal. Broc et al. (2015) l'ont récemment appliqué à la mise en place d'une intervention sur le dépistage par recherche de sang dans les selles. Cependant, les résultats n'ont révélé aucune différence significative entre l'efficacité d'un courrier basé sur la participation par choix informé et celle d'un courrier orienté sur la peur et le contrôle. Dans ce modèle, l'individu évalue la menace mais aussi l'efficacité de sa réponse face à cette menace. En effet, ce modèle stipule que deux processus principaux s'activeront face à une menace : soit le processus de contrôle du danger, soit le processus de contrôle de la peur. Le processus de contrôle du danger vise à maîtriser la menace en adoptant un comportement de protection. Le processus de contrôle de la peur est un ensemble de stratégies visant à diminuer la peur sans adopter de comportement de protection (dénier, évitement). Les auteurs précisent que si les individus sont confrontés à une menace forte mais qu'ils ont une faible capacité perçue, alors ils auront tendance à adopter une stratégie de processus de contrôle de la peur, c'est-à-dire une stratégie inadaptée. A l'inverse, lorsque l'efficacité perçue est plus forte que la menace, les individus s'orienteront vers un processus de contrôle du danger.

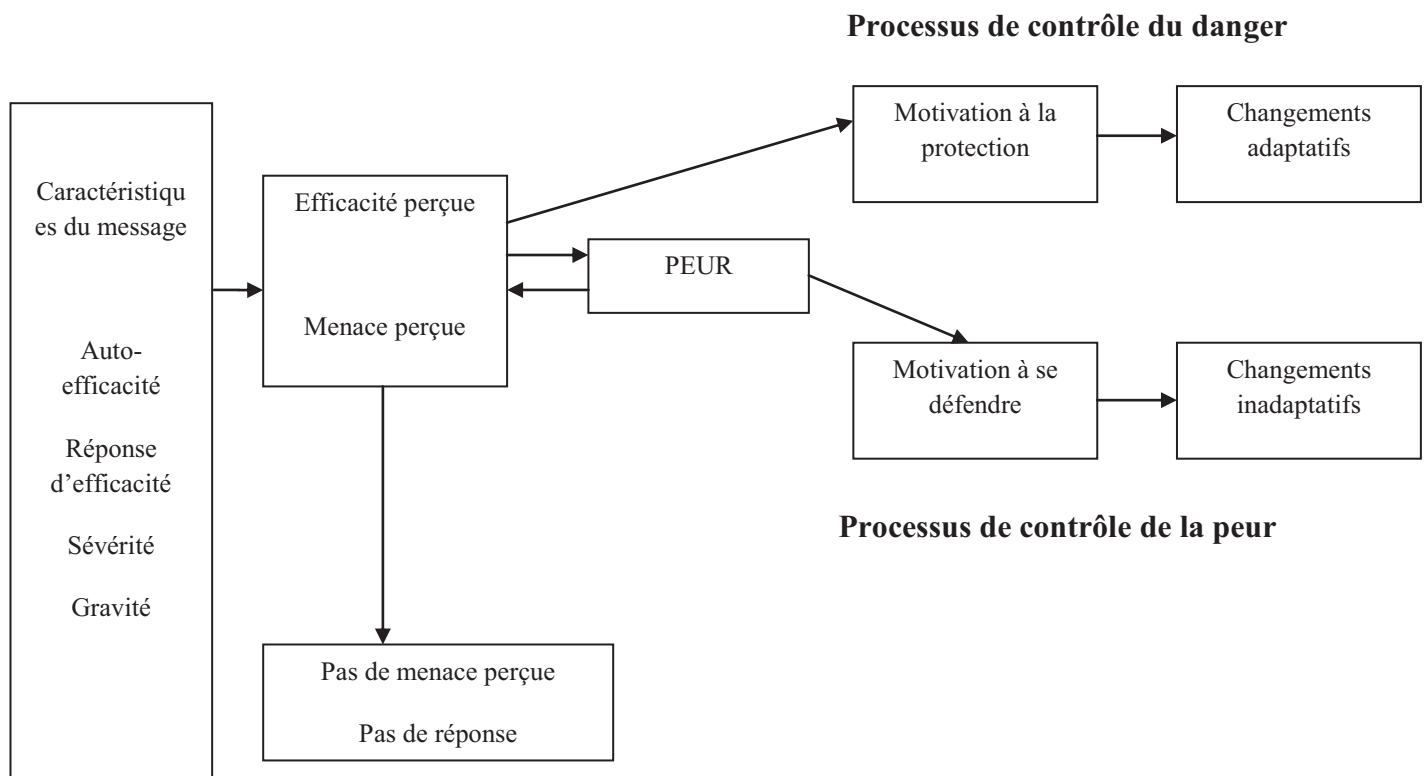


Figure 5 - Le Modèle Etendu des Réponses Parallèles (repris de Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014)

L'intérêt de ce modèle réside dans le fait qu'il pose la question du rôle du sentiment de peur et de danger, mais il est critiquable dans le sens où il postule d'emblée que pour réagir, les individus doivent percevoir une menace. Or, lorsque l'on s'intéresse au comportement de dépistage, la menace peut paraître inexistante pour les individus et il est possible qu'aucun des processus de motivation à la protection ou de motivation à se défendre ne soit activé. De plus, il ne prend pas en compte l'environnement social du sujet, qui a une grande influence dans les comportements de dépistage (Sieverding, Matteredne, & Ciccarello, 2010).

Le modèle HBM et celui de l'EPPM ont déjà été utilisés pour étudier la participation au dépistage du cancer colorectal, néanmoins, pour toutes les raisons évoquées précédemment, ils ne nous semblent pas satisfaisants. De plus, ils ne permettent pas d'intégrer de nombreuses variables identifiées dans la littérature comme ayant une influence importante quant à la participation au dépistage du cancer colorectal, notamment les attitudes et l'influence d'autrui.

D'autres modèles intègrent ces variables dans leur constitution, nous ferons donc appel à l'un d'entre eux : la Théorie du Comportement Planifié (TCP).

II. Un modèle théorique alternatif : La Théorie du Comportement Planifié

La TCP a été développée par Ajzen (1991). Avant d'explicitier le contenu de ce modèle théorique, il convient de présenter la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR), car elle a posé les bases de la TCP.

1. La Théorie de l'Action Raisonnée, précurseur de la Théorie du Comportement Planifié

La TAR (Fishbein et Ajzen, 1970, voir figure 6) a été utilisée dans de nombreux travaux visant à prédire des comportements de santé, et notamment à propos du lien entre attitude et comportement (Ogden, 2008). Cette théorie a pour mérite de considérer l'individu dans son contexte social et de sortir de la vision de l'individu considéré comme étant forcément rationnel.

La TAR postule que les attitudes et les normes subjectives impactent les intentions comportementales, qui à leur tour impacteront le comportement. Ce modèle a par exemple servi à étudier la consommation d'alcool au volant (Espada, Griffin, Gonzálvez, & Orgilés, 2015) ou encore les comportements d'alerte en cas de violences domestiques (Sulak, Saxon, & Fearon, 2014).

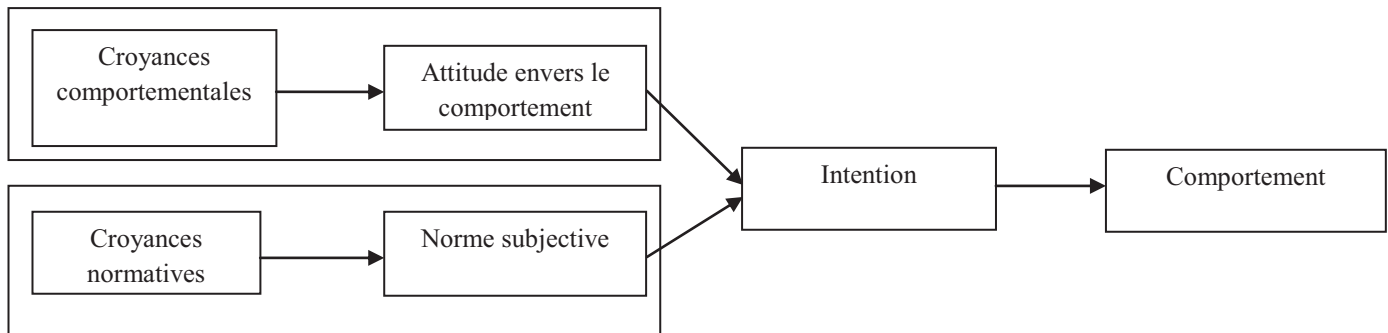


Figure 6 - La Théorie de l'Action Raisonnée (repris d'Ogden, 2008)

L'apport de cette théorie repose principalement sur la présence de la norme subjective, et également sur la différenciation effectuée entre croyances et valeur subjective.

2. La Théorie du Comportement Planifié (Theory of Planned Behavior)

La TCP (Ajzen, 1991) postule que le comportement humain est guidé par trois composantes principales qui s'expriment en termes de croyances relatives au comportement, à la norme subjective et au contrôle que l'individu possède sur la situation (Figure 7). Plus précisément, ces éléments produisent trois facteurs : les attitudes, la norme subjective, et le contrôle comportemental perçu, qui influenceront l'intention, qui a son tour influencera le comportement.

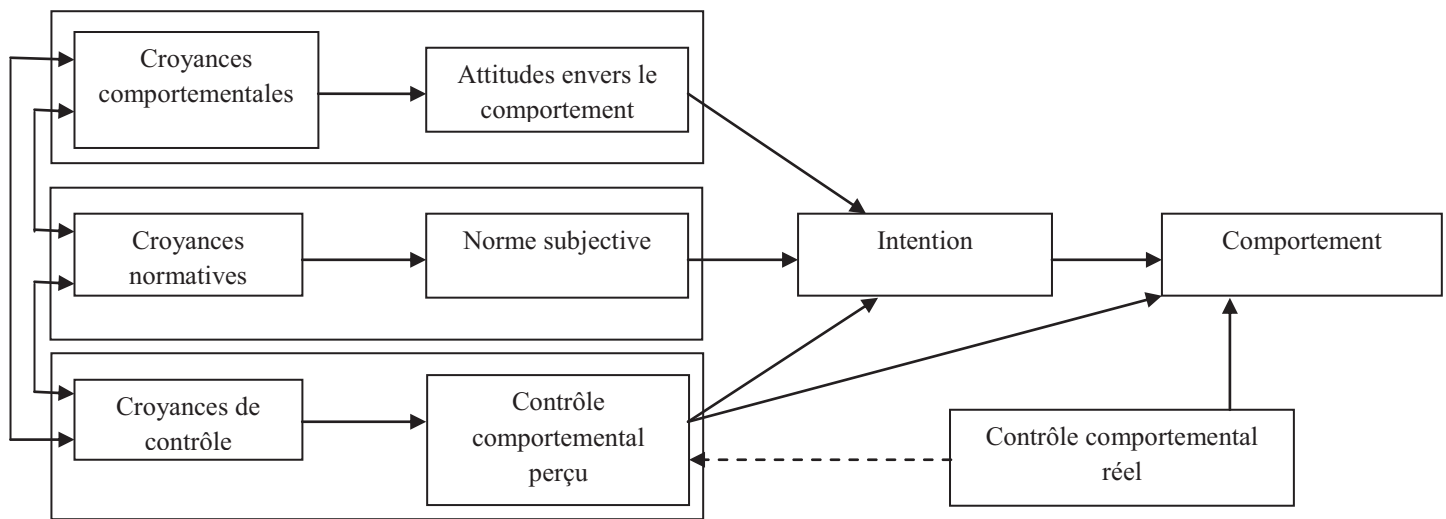


Figure 7- La Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1991)

3. Adéquation entre la TCP et les variables psychosociales influençant la participation au dépistage du cancer colorectal

Nous avons précédemment identifié plusieurs catégories de variables influençant la participation au dépistage du cancer colorectal. Il convient désormais d'examiner leur adéquation avec les composantes de la TCP :

- L'évaluation individuelle et les réactions émotionnelles face au dépistage du cancer colorectal, qui regroupent les attitudes positives ou négatives envers le dépistage, et également les émotions telles que la peur, le dégoût envers les selles ou l'embarras. D'un point de vue théorique, les attitudes sont définies par Ajzen (1991) comme étant des évaluations favorables ou défavorables d'un objet. Par conséquent, l'attitude envers le comportement de dépistage correspond au degré d'évaluation favorable ou défavorable envers ce comportement. Par exemple, une personne peut avoir une attitude défavorable

envers le dépistage du cancer colorectal parce qu'elle pense que cette démarche est inutile. Au sein des attitudes, certains auteurs postulent qu'il existe une distinction entre les attitudes instrumentales et les attitudes affectives (French et al., 2005). En ce sens, les attitudes instrumentales renvoient à l'utilité perçue alors que les attitudes affectives renvoient aux affects générés par l'objet d'étude. Bien qu'il existe une distinction théorique, nous pouvons ici faire le lien entre les attitudes affectives et les émotions. De ce fait, ressentir du dégoût face au fait de prélever un échantillon de selles peut, par exemple, freiner le comportement de dépistage du cancer colorectal. En résumé, les attitudes et les émotions semblent avoir une influence majeure sur la participation ou la non-participation au dépistage.

- L'influence d'autrui et les normes sociales, qui rassemblent, entre autres, les variables relatives à l'influence du médecin sur la participation au dépistage. Ces résultats confirment les éléments présentés dans la première partie de ce travail de thèse, dans laquelle nous avons déjà abordé le rôle du médecin généraliste. D'autres sources d'influence peuvent également amener les individus à se faire dépister, comme les encouragements de leur entourage ou le fait d'être sensibilisé à la problématique du dépistage. D'un point de vue théorique, les normes sociales (ou norme subjective) correspondent à la pression sociale perçue à réaliser ou à ne pas réaliser le comportement. En ce sens, un individu dont l'entourage se fait dépister régulièrement pourrait être davantage encouragé à se faire dépister. Généralement, et pas uniquement dans la TCP, il existe une distinction entre les normes descriptives et les normes injonctives (Cialdini, Reno, & Kallgren, 1990). En effet, les normes descriptives désignent ce que la majorité des individus font et donnent un cadre sur ce qu'il est d'usage de faire dans une situation donnée. Les normes injonctives désignent ce qui est moralement approuvé, c'est-à-dire ce qu'il faut faire dans une situation donnée.
- La perception de contrôle face au dépistage du cancer colorectal, qui contient tous les obstacles relatifs à la faisabilité du test et aux capacités des individus à le réaliser (par exemple : manque de temps ou manque de compréhension). D'un point de vue théorique, le contrôle comportemental perçu est la difficulté ressentie pour réaliser le comportement, qui reflète les expériences passées ainsi que l'anticipation des obstacles à la réalisation du comportement. C'est pourquoi une personne pourra ne pas se sentir capable de réaliser un test de dépistage parce qu'elle n'a pas le temps d'aller chez son médecin. Le contrôle

comportemental perçu est proche de la notion d'auto-efficacité développée par Bandura (1977). Ajzen (2006) note une différence entre la contrôlabilité (par exemple : perception de pouvoir contrôler la situation et donc de pouvoir réaliser le comportement) et la capacité (par exemple : la difficulté à réaliser le comportement), ces deux notions appartenant au contrôle comportemental perçu.

- La motivation, la volonté et l'intention de participer ou à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal. Cette catégorie regroupe les variables précédant directement le comportement. Par exemple, la volonté de connaître son statut de santé est un facilitateur à la participation au dépistage, tout comme l'intention. D'un point de vue théorique, l'intention est généralement fortement liée au comportement (Ajzen, 1991). Néanmoins, certains auteurs remettent en question le lien entre intention et comportement (Sheeran, 2002).

Les attitudes, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu influencent la force de l'intention comportementale. Enfin, l'intention déterminera, dans une certaine mesure, la réalisation du comportement effectif. Selon ce modèle théorique, plus l'attitude et la norme subjective seront favorables, et plus le contrôle perçu sera important, plus l'intention comportementale sera forte, et plus l'individu sera susceptible de réaliser réellement le comportement. En amont, les croyances comportementales, les croyances normatives et les croyances de contrôle agissent sur les attitudes, les normes et le contrôle perçu.

Nous postulons donc que le modèle qui nous semble correspondre le mieux aux quatre premières catégories de variables identifiées dans la littérature est le modèle de la TCP. En effet, nous retrouvons dans ce modèle les concepts d'attitudes, de normes sociales et de contrôle perçu, d'intention et de comportement.

4. La TCP dans le domaine de la santé

Dans le domaine de la santé, le modèle théorique de la TCP a été beaucoup utilisé. Nous pouvons ainsi distinguer les comportements de promotion de la santé (prévention, détection et traitement) et les comportements liés aux risques pour la santé, comme par exemple les risques liés à la sexualité ou à l'usage de drogues (McEachan, Conner, Taylor, & Lawton, 2011). Plus précisément, la TCP a été appliquée aux comportements addictifs (cigarette, alcool...), aux comportements routiers, aux comportements de suivi médical (dépistage...), aux comportements nutritionnels, aux comportements sportifs, aux comportements en rapport avec le VIH et aux comportements d'hygiène buccale (Nache & Trudeau, 2000).

Dans le domaine de la santé, environ un tiers des variations des comportements peut être expliqué par l'effet combiné de l'intention et du contrôle comportemental perçu. (Godin & Kok, 1996). Cependant, l'intention reste la variable la plus importante, expliquant 66,2% de la variance du comportement (Godin et Kok, 1996). De même, la revue de littérature de McEachan et al. (2011) a révélé que l'intention est un prédicteur important du comportement, suivi par l'attitude puis par le contrôle perçu concernant divers comportements de santé tels que l'activité physique, l'adoption d'une alimentation équilibrée ou la prévention de la consommation de drogues.

Dans leur méta-analyse, Armitage & Conner, 2001 ont étudié les corrélations entre les croyances et leurs déterminants (attitudes, normes et contrôle perçu), bien que les croyances soient peu prises en compte dans les recherches utilisant la TCP. Plus précisément, les croyances présentaient des corrélations allant de 0,50 à 0,52 avec les déterminants, ainsi qu'une variance expliquée d'environ 0,26. Les comportements de santé étudiés dans cette méta-analyse étaient variés, incluant, par exemple, l'alimentation, l'activité physique ou encore l'arrêt du tabagisme.

Plus récemment, la méta-analyse de McEachan et al. (2011) portant sur les comportements de santé a conclu que la TCP présentait une variance expliquée de 44,3% pour l'intention et 19,3% pour le comportement. Enfin, une étude s'est intéressée à la variabilité de la TCP en fonction des pays (Hassan, Shiu, & Parry, 2016). Les résultats montrent que ce modèle théorique est stable quel que soit le pays mais qu'une variabilité existe dans le lien entre norme subjective et intention en fonction des cultures.

Ce modèle théorique a été validé de nombreuses fois dans le domaine de la santé (Armitage et Conner, 2001). De plus, il a pour avantage de prendre en compte l'environnement social à travers la notion de normes. Nous allons donc nous intéresser plus particulièrement aux études ayant mis en lien la TCP avec des comportements de dépistage.

4.1. Apports du modèle concernant les comportements de dépistage du cancer

La TCP a été reliée à des comportements de dépistage pour différents cancers. Tout d'abord, Roncancio, Ward, & Fernandez (2013) ont étudié le comportement de dépistage du cancer du col de l'utérus au sein d'une population latine. Selon leurs résultats, l'acculturation, les comportements antérieurs de dépistage et les trois composantes de la TCP prédisent l'intention de se faire dépister. Concernant le test de dépistage du cancer du sein (la mammographie), Griva, Anagnostopoulos, Gourounti, Kolokotroni, & Koutrouli (2013) ont mis en lumière l'importance

des facteurs personnels (âge et antécédents médicaux), et ont trouvé un lien direct entre l'intention et le comportement effectif. De plus, l'attitude et le contrôle comportemental perçu étaient associés à l'intention, alors que ce n'est pas le cas pour la norme subjective. Au contraire, Godin et al. (2001) ont montré que l'intention de faire une mammographie était prédite par la norme subjective, qui était elle-même associée au contrôle perçu. Enfin, une revue de littérature a démontré que le contrôle comportemental perçu est un prédicteur puissant des comportements de dépistage (Cooke & French, 2008). Toutefois, selon ces auteurs, l'adhésion au dépistage dépend du type de test, du lieu de recrutement, du coût du dépistage et de l'invitation à se faire dépister.

4.2. Apports du modèle concernant les comportements de dépistage du cancer colorectal

Nous pouvons citer trois études portant sur le dépistage du cancer colorectal en lien avec la TCP. Tout d'abord, l'étude de Devellis et al. (1990) a montré que le contrôle comportemental perçu a un effet direct sur le comportement de dépistage au sein d'une population à risque élevé de cancer colorectal. Néanmoins, le modèle de la TCP dans sa globalité s'est avéré plus efficace pour prédire les comportements d'une population à risque moyen que ceux d'une population à risque élevé. Par ailleurs, l'étude de Sieverding, Matterné, & Ciccarello (2010) a montré l'importance du rôle de la norme subjective dans l'intention et le comportement effectif de dépistage, au cours d'une étude visant à expliquer l'intention et l'adhésion au dépistage du cancer de la prostate et du cancer colorectal chez les hommes. Enfin, notre récente étude (Le Bonniéc, Djoufelkit, & Cousson-Gélie, 2015), a consisté à interroger 103 participants à propos de leur intention de participer au dépistage organisé du cancer colorectal, à l'aide d'un questionnaire basé sur la TCP. Les résultats ont révélé que les attitudes à l'égard du dépistage du cancer colorectal constituaient le principal prédicteur de l'intention de se faire dépister ($\beta = 0,587, p < 0,001$).

La TCP semble donc être un modèle adapté pour prédire les comportements de dépistage, bien que peu d'études portent sur le dépistage du cancer colorectal. Néanmoins, ce modèle a parfois été utilisé avec d'autres concepts théoriques, venant compléter les déterminants de la TCP.

5. Les concepts d'action planning et de coping planning pouvant être utilisés avec la TCP dans le but d'améliorer son pouvoir prédictif

La TCP ayant été utilisée pour étudier de nombreux comportements de santé, elle a reçu certaines critiques, notamment à propos du lien entre intention et comportement. Pour palier ces limites, un certain nombre d'auteurs ont proposé d'ajouter des facteurs pouvant permettre d'améliorer le pouvoir prédictif de la TCP. Deux des concepts les plus utilisés dans ce but sont le coping planning et l'action planning. Plus précisément, ces deux concepts ont été développés à la suite des critiques formulées à l'égard des modèles psychosociaux tels que la TCP, et particulièrement à propos du postulat que l'intention serait le prédicteur le plus proche et le plus puissant du comportement. Les auteurs critiquant cet aspect soulignent au contraire que le pouvoir des intentions comportementales est plutôt modeste (Johnston, Johnston, Pollard, Kinmonth, & Mant, 2004), ils ont donc proposé de travailler sur l'implémentation des intentions dans le but de réduire l'écart entre intention et comportement (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schüz, 2005). L'action planning est définie comme le processus reliant le comportement orienté vers un but à certaines clés environnementales spécifiant quand, où, et comment agir. Ces éléments peuvent déclencher l'initiation de l'action sans intention consciente (Sniehotta et al., 2005). Le coping planning est une stratégie basée sur la régulation des obstacles potentiels à la réalisation de l'action. Le coping planning représente le lien mental entre l'anticipation du risque et la mise en place de réponses adaptées. De ce fait, le coping planning peut protéger les intentions élevées d'éventuelles distractions grâce à des réponses concrètes et anticipées sur la manière de réagir face à une situation mettant en péril la réalisation du comportement (Sniehotta et al., 2005).

6. Apports et limites de la Théorie du Comportement Planifié

La TCP est un modèle validé et reconnu en psychologie. A cet égard, il présente une bonne valeur prédictive de l'intention et du comportement, avec respectivement 27% et 39% de la variance, selon les études publiées depuis 1997 (d'après Armitage & Conner (2001), à propos de comportements de santé divers). En outre, il s'ancre dans une démarche quantitative qui permet souvent de pouvoir généraliser les résultats obtenus. Ce modèle semble donc le plus adapté à notre objet d'étude car il englobe les facteurs que les autres modèles abordaient séparément. Par ailleurs, un grand nombre d'études a montré son efficacité pour prédire les comportements de santé (Armitage & Conner, 2001 ; Cooke & French, 2008 ; Godin & Kok,

1996). Enfin, le travail réalisé par Ajzen et ses collègues visant à faciliter l'adaptation de ce modèle à diverses thématiques le rend aisément utilisable et analysable.

Néanmoins, ce modèle présente certaines limites. Tout d'abord, le lien entre intention et comportement a été remis en question (Sheeran, 2002). En effet, ce lien n'est pas forcément linéaire et d'autres facteurs peuvent venir se placer entre l'intention et le comportement, notamment l'action coping et le coping planning. En outre, la TCP semble mieux prédire l'initiation d'un comportement que son maintien (Drossaert, Boer, & Seydel, 2003). La principale limite concernant notre travail de recherche est qu'il ne tient pas compte de la dernière catégorie de variables identifiées comme ayant une influence sur la participation au dépistage du cancer colorectal : celle des représentations. Pour autant, le HBM et l'EPPM ne permettaient pas non plus d'inclure les représentations. Comme explicité dans les développements précédents, la catégorie des représentations incluait des freins fréquemment retrouvés dans la littérature, comme par exemple des représentations négatives du système de soins ou encore une faible importance perçue du dépistage. Il nous faudra donc inclure cette catégorie et nous tourner vers une autre théorie afin de compléter notre premier modèle. De manière logique, nous ferons appel à la Théorie des Représentations Sociales (TRS) puisque cette théorie fait référence dans l'étude des représentations. Nous allons donc explorer les liens entre le dépistage du cancer colorectal et la TRS. Pour cela, il conviendra d'étudier les développements théoriques des représentations sociales ainsi que la manière dont elles se construisent et leurs fonctions. Nous examinerons ensuite, en nous basant sur l'approche sociogénétique des représentations sociales, les liens entre la TRS et la santé, le cancer, et enfin le dépistage.

III. Pensée sociale et Théorie des Représentations Sociales

Il nous apparaît qu'une approche prédictive n'était pas suffisante pour aborder pleinement notre objet de recherche, nous avons donc souhaité y déployer une approche compréhensive. En ce sens, nous avons fait appel à une théorie issue de la psychologie sociale, mais souvent utilisée pour étudier des thématiques de santé (il est à noter qu'un courant intermédiaire, la psychologie sociale de la santé, a permis de réunir ces deux disciplines complémentaires) : la Théorie des Représentations Sociales.

Pour revenir sur notre état de l'art, nous avons constaté le rôle important des représentations du cancer colorectal et du dépistage, réunissant toutes les variables relatives aux croyances des individus à propos de l'intérêt du dépistage, de ce qu'est le cancer colorectal ou de

la manière dont fonctionne le système de soins. D'un point de vue théorique, les représentations sociales sont considérées comme formant un système de croyances partagées et constituant un savoir de sens commun, communément admis par les individus d'une même société ou communauté (Kalampalikis, 2013). Selon Moscovici, les représentations sociales constituent un réservoir de connaissances partagées (1984). A ce titre, la TRS apparaît comme une approche théorique particulièrement pertinente pour étudier l'élaboration des croyances. Les représentations sociales sont créées par la participation des individus au discours sociétal, qui sera partagé et relayé par les membres d'une communauté (Wagner, 2012). C'est pourquoi les représentations sociales deviennent familières pour le groupe (Kalampalikis & Haas, 2008) et sont capables d'influencer le comportement d'un individu appartenant à la communauté (Moscovici, 2000). D'après cette théorie, les représentations sociales du dépistage du cancer colorectal vont avoir une influence sur l'adhésion au dépistage.

Moscovici rattache les représentations sociales au concept de « sens commun ». Pour lui, le sens commun est constitué d'images et de liaisons mentales qui seraient utilisées par tout le monde. Ces images et liaisons formeraient un corpus de connaissances basé sur des traditions, des observations et des expériences pratiques. Cela nous permettrait d'effectuer des conjonctures spontanément lors de situations d'action ou de communications ordinaires, et surtout ces connaissances apparaîtraient comme évidentes, engendrant un consensus de la part de tous les individus (Moscovici & Hewstone, 1984).

Nous en venons donc à faire une distinction entre la diffusion d'un savoir émanant du sens commun, provenant de la pratique quotidienne des individus, et le savoir expert, rattaché à des individus ou groupes sociaux possédant des compétences particulières dans un domaine précis.

1. Savoir profane et savoir expert

Dans les sociétés modernes, nous pouvons observer ce que Bangerter (2008) appelle une « *prolifération de l'expertise* », c'est-à-dire une multiplication des formes d'expertise qui creuse l'écart entre profanes et experts. Face à une pluralité d'expertises différentes pour un même phénomène, relayées par des réseaux de communications de plus en plus nombreux, il est devenu difficile pour les individus d'avoir une représentation claire et unanime d'un même objet. Par conséquent, ils sont amenés à se positionner, et sont soumis à « *une pression à décider* » (Bangerter, 2008, p.14). C'est ainsi que les *savoirs experts* vont se transformer en *savoirs profanes*, par un processus de réappropriation de l'information (Moscovici, 2004). Selon Bangerter (2008), le savoir profane se caractérise par une grande accessibilité, et ne se restreint

pas à une partie de la population. De même, son contenu n'est pas formalisé, il se situe à un niveau concret, est facilement transmissible d'un individu à l'autre, et se distingue par une polysémie et une faible stabilité temporelle. Comme le souligne Vincent (2006), « *le discours scientifique bien que tout-puissant n'est ni plus ni moins qu'une forme de discours social au même titre que celui des non spécialistes* » (p.202). Cette forme de connaissance n'est donc pas à négliger puisqu'elle peut venir influencer la manière dont les informations sont reçues. Autrement dit, ce savoir ne constitue pas une « *dégradation d'un savoir expert* », mais plutôt une « *reconstruction qui transforme le discours scientifique pour l'adapter à l'environnement psychosocial des groupes qui l'appréhende* » (Bangerter, 2006, p.29).

Toujours selon Bangerter (2008), le savoir expert est quant à lui considéré comme sacré, voire « *ésotérique* ». Il est plutôt réservé à une certaine partie de la population, détentrice d'un pouvoir de connaissances par rapport au reste de la population (par exemple, les médecins). Le savoir expert est formalisé, souvent abstrait, et à la différence du savoir profane, il est monosémique et présente une stabilité temporelle élevée.

De ce fait, les représentations sociales s'intéressent à la transformation des savoirs experts en savoirs profanes. Nous pouvons illustrer ce phénomène en citant les travaux de Jodelet (1989) sur les représentations de la folie. Les résultats d'entretiens et d'observations menés dans une communauté accueillant des malades mentaux au sein de leur foyer ont montré que les habitants avaient développé une catégorisation « profane » des différents types de troubles mentaux. La prise en compte des différents savoirs et de leurs relations est particulièrement intéressante dans le champ de la santé (Jodelet, 2013), par exemple à travers la reconnaissance du savoir expérientiel des malades (Las Vergnas, 2008). Concernant la problématique du dépistage du cancer colorectal, nous pouvons distinguer le savoir expert, porté par le corps médical (et particulièrement les médecins généralistes), du savoir profane, porté par la population générale. Par conséquent, nous distinguerons les discours officiels des instances de santé sur l'intérêt du dépistage des motivations réelles des participants. Nous pouvons en effet nous demander de quelle manière sont perçues ces recommandations, mais également la façon dont elles sont réinterprétées par les individus.

2. La naissance d'une représentation sociale : le dépistage du cancer colorectal

2.1. Les conditions affectant la formation des représentations sociales

Moscovici postule qu'une représentation sociale émergera suite à l'apparition d'un phénomène inconnu ou inhabituel (Moscovici, 2004). Le dépistage du cancer colorectal correspond tout à fait à l'apparition d'un phénomène inconnu, puisqu'il est proposé aux individus dès qu'ils atteignent l'âge de cinquante ans. Trois conditions vont affecter le processus de formation d'une représentation sociale (Moliner & Guimelli, 2015) :

La dispersion de l'information, c'est-à-dire que le nouvel objet n'est pas entièrement connu par les sujets. Plus précisément, l'information est dispersée (par exemple les groupes sociaux peuvent avoir accès à un aspect particulier de l'objet, ignorant d'autres aspects qui seraient maîtrisés par d'autres groupes sociaux), et les individus peuvent avoir des difficultés à l'appréhender dans sa globalité. Concernant le dépistage du cancer colorectal, nous pouvons supposer que la population cible ne possède qu'un savoir limité sur l'intérêt de se faire dépister.

La pression à l'inférence : le nouvel objet peut être une source d'intérêt, voire d'inquiétude. Les individus font des efforts cognitifs pour comprendre les propriétés de ce nouvel objet, d'autant plus si celui-ci est sujet à des polémiques visibles dans les communications sociétales ou médiatiques. Le dépistage du cancer colorectal suscite justement de l'intérêt, mais aussi de l'inquiétude, puisque les participants peuvent craindre les résultats du test. Dans ce contexte, les communications dans les médias peuvent donc jouer un rôle important.

Le phénomène de focalisation : des positions majoritaires peuvent émerger. Les groupes sociaux se positionnent différemment sur la base de mises en commun d'informations ou d'hypothèses élaborées sur les caractéristiques du nouvel objet. Individuellement, chaque membre du groupe a tendance à rapprocher son point de vue individuel de celui de la norme établie par son groupe social. Ainsi, dans le cadre du dépistage, la focalisation est particulièrement intéressante, puisque la population cible est invitée à se faire dépister, le dépistage étant organisé nationalement et officiellement recommandé par les instances de santé. La question des normes est donc prégnante.

Au-delà de ces trois conditions, d'autres processus entrent en jeu dans la formation des représentations sociales : les processus d'ancrage et d'objectivation. Ils peuvent être décrits comme « *des processus de création de sens* » (Bangerter, 2008, p.19).

2.2. Le mécanisme d'objectivation

L'objectivation se caractérise par une transformation des notions abstraites en réalités concrètes. Par exemple, lorsqu'il a étudié les représentations de la psychanalyse auprès du grand public, Moscovici a remarqué que les notions d'inconscient et de refoulement étaient des notions complexes à appréhender. Néanmoins, il est possible de les concrétiser en utilisant le complexe d'Œdipe comme objet de figuration (Moscovici, 2004). Le processus d'objectivation se divise en trois sous-processus : la sélection, la schématisation et la naturalisation.

La sélection : ce procédé sert à retenir seulement une partie de l'objet représenté. La sélection s'effectue par ce qui paraît le plus pertinent aux yeux du sujet, et peut varier selon son degré d'implication. Les individus retiendront donc les parties de l'objet qui leur paraissent les plus saillantes. En ce sens, il est probable que les participants au dépistage du cancer colorectal retiennent davantage certaines informations et en négligent d'autres lorsqu'ils prennent la décision de se faire dépister ou non. Par ailleurs, nous pouvons nous demander dans quelle mesure ils peuvent être influencés par le discours des représentants du système de soins, et notamment le médecin généraliste.

La schématisation (ou classification) : ce procédé va permettre de découper et d'organiser l'environnement en respectant un ordre préexistant. Cela donnera une structure cohérente à la représentation. Toujours à propos de l'étude de Moscovici, « *la schématisation enregistre la mutation de notions abstraites empruntées à la théorie psychanalytique en images concrètes chargées d'éléments métaphoriques. Elle remplit plusieurs fonctions : la transformation de concepts en entités ou forces concrètes va permettre d'associer des éléments abstraits à des phénomènes perceptibles directement et ainsi établir un pont entre la théorie et sa représentation.* » (Jodelet, 2016, p.6). Par exemple, dans le but de sensibiliser la population générale au dépistage, un « côlon tour » est parfois utilisé dans le cadre d'événements de sensibilisation à destination du grand public⁸. Il s'agit de faire visiter la reproduction d'un côlon géant gonflable, afin de permettre à la population de comprendre et de visualiser l'apparition de polypes cancéreux.

La naturalisation : Les éléments objectifs du nouvel objet seront transportés dans le milieu cognitif des individus. Par un changement de statut et de fonction, il deviendra autonome (Moscovici, 2004). Pour reprendre l'exemple de Moscovici, la naturalisation permettra à la psychanalyse d'être considérée comme autonome de son référent (par exemple : la confession religieuse). La psychanalyse finira par être pensée comme une pratique à part entière, détachée des analogies qui ont permis de l'intégrer dans l'environnement social et dans le langage. En ce

⁸ https://www.ligue-cancer.net/article/26648_le-colon-tour-r-pres-de-chez-vous, consulté le 2 avril 2018

qui concerne le dépistage, les instances de santé ont tenté de donner une identité propre au dépistage du cancer colorectal en créant l'évènement Mars Bleu, mois de sensibilisation dédié spécifiquement au cancer du côlon, en s'appuyant sur le succès d'Octobre Rose dédié au cancer du sein.

Finalement, pour Moscovici, « *objectiver, c'est résorber un excès de significations en les matérialisant (et prendre ainsi une distance à leur égard)* » (Moscovici, 2004, p.108). Le processus d'objectivation n'est pas le seul à entrer en jeu dans la formation des représentations sociales. Pour poursuivre notre réflexion, nous allons nous intéresser à un second processus : l'ancrage.

2.3. Le mécanisme d'ancrage

L'ancrage est un processus de catégorisation, visant à mettre en lien le nouvel objet avec un ordre déjà présent. C'est ainsi qu'il pourra être reconnu et expérimenté. L'ancrage transforme donc le nouvel objet pour le faire correspondre à quelque chose de déjà connu, mais il peut également modifier ce qui est déjà présent. Par exemple, Kalampalikis (2002) a étudié le conflit sur la dénomination de la Macédoine. Ce conflit identitaire reflète l'importance de la dénomination et de la classification relatives au processus d'ancrage et son lien avec l'identité sociale. Comme le souligne Kalampalikis : « *Ancrer un nom dans une ou plusieurs catégories sociales, c'est se familiariser avec, c'est lui permettre d'exprimer son contenu à l'aide du sens commun et à travers son incorporation dans un réseau de significations déjà établi par des systèmes de catégorisations antérieures.* » (Kalampalikis, 2002, p.9).

Un autre exemple de processus d'ancrage peut également être trouvé dans l'étude de Jodelet sur les représentations sociales de la folie (1989), à travers la catégorisation des malades mentaux en deux types : « les malades des nerfs » et les « malades du cerveau ». Selon Jodelet, cette catégorisation renvoie à un étayage au patrimoine culturel des habitants (et probablement lié à la religion chrétienne), reposant sur une dualité morale entre l'« innocence », relative aux malades du cerveau, et la « méchanceté », associée aux malades des nerfs (Jodelet, 1989). Les malades mentaux ont donc été intégrés à une idéologie morale déjà existante.

Concernant le dépistage du cancer colorectal, nous retrouvons dans l'article de Hall et al. (2015) une référence à ce que nous pouvons considérer comme un ancrage qui peine à s'effectuer. Lorsqu'ils ont interrogé leurs participants sur le dépistage du cancer colorectal et sur l'invitation reçue à ce propos, les auteurs déclarent : « *Interviewees commented that it had arrived 'out of the blue' or they had been surprised at both having received the invitation to take part as*

*well as the procedures that they were being asked to undertake, which were often described as 'unfamiliar' or 'alien'»*⁹ (p.1649). Nous retrouvons bien ici les caractéristiques d'un ancrage absent, puisque le nouvel objet apparaît comme non familier.

En résumé, les processus d'ancrage et d'objectivation permettent d'une part, de rendre un nouvel objet plus concret, et d'autre part, de le faire devenir plus familier, et ainsi de lui donner une certaine cohérence, en accord avec un univers de sens déjà existant. Au-delà de ces deux processus, nous porterons notre attention sur un autre aspect des représentations sociales : leur pluralité.

2.4. La polyphasie cognitive ou la pluralité des représentations sociales

Les auteurs travaillant sur les représentations sociales ont pu observer une certaine forme de pluralisme dans le discours des individus. Moscovici avait déjà identifié dans son étude sur les représentations de la psychanalyse (2004) une diversité de styles cognitifs au sein d'un même individu ou d'un même groupe. En effet, les représentations sociales peuvent parfois comporter des « *significations contradictoires* » (Wagner, Duveen, Vrema, & Themel, 2006) p.160). Plus précisément, « *cognitive polyphasia expresses precisely the plurality of representational fields, where differing, and at times conflicting, styles of thinking, meanings and practices co-exist in the same individual, institution, group or community* »¹⁰ (Renedo & Jovchelovitch, 2007, p.782). Ainsi, les représentations peuvent varier selon le contexte dans lequel elles sont mobilisées. Pourtant, d'après Wagner et al. (2006) cette forme de contradiction n'altère en rien l'analyse des représentations sociales, mais elle permet au contraire d'identifier les caractéristiques sociales ainsi que les différentes situations dans lesquelles les raisonnements sont sollicités. Le postulat adopté par les chercheurs étudiant la polyphasie cognitive est donc le suivant : la polyphasie cognitive offre « *des catégories analytiques qui permettent de comprendre et d'identifier les différentes manières de connaître* », tout en évitant « *les visions classiques qui comprennent la connaissance en terme de hiérarchie où les formes inférieures évoluent vers une forme de connaissance meilleure, plus haute, plus « civilisée »* » (Jovchelovitch, 2006, p. 214).

La polyphasie cognitive a pour fonction de donner du sens à notre environnement social par le truchement d'une interprétation constante des événements, variant selon les différentes

⁹ Nous traduisons : « Les personnes interrogées observaient que cela arrivait comme « sorti de nulle part », ou qu'ils avaient été surpris à la fois par le fait de recevoir l'invitation à se faire dépister et par les procédures de prélèvements qui étaient requises, qu'ils décrivaient comme « non familières » et « étrangères » ».

¹⁰ Nous traduisons : « la polyphasie cognitive exprime précisément la pluralité des champs représentationnels, où des styles de pensée, des significations et des pratiques différentes et parfois conflictuelles coexistent au sein du même individu, de la même institution, du même groupe ou de la même communauté ».

positions et les différents rôles sociaux qu'un même individu est amené à endosser dans sa vie quotidienne (Renedo & Jovchelovitch, 2007). Face à la pluralité des raisonnements existants sur un même objet, nous sommes capables d'interpréter et de nous approprier ces divers modes de pensées, inhérents à la société dans laquelle nous vivons. Nous pouvons ici faire appel aux différents niveaux d'analyse explicités par Doise (1982), qui illustrent bien cette pluralité : adopter un niveau d'analyse intra-individuel, un niveau groupal ou encore un niveau sociétal pour appréhender un même objet nécessitera de pouvoir passer d'un mode de pensée à un autre.

Selon Jovchelovitch & Priego-Hernandez (2015), trois dimensions peuvent être analysées au sein du concept de polyphasie cognitive : les contenus, les processus, et les émotions (voir tableau 7).

Tableau 7.

Polyphasie cognitive, dimensions, constituants et niveaux de contradiction (traduit de Jovchelovitch & Priego-Hernandez, 2015, et adapté à notre problématique)

Dimensions	Constituants	Niveaux de contradiction	Exemple du dépistage du cancer colorectal
Contenu	Sémantique/ symbolique	Le sens donné à l'objet	Que signifie le dépistage pour les individus ?  Le dépistage peut avoir plusieurs significations. <u>Exemple</u> : se faire dépister signifie être un bon citoyen (Chapple et al, 2008). Se faire dépister signifie tenter le destin (Smith et al, 2016).
Processus	Logique/ raisonnement	Comment les individus pensent	Comment les individus expliquent-ils le dépistage ?  Les individus peuvent faire appel à différents niveaux d'analyse. <u>Exemple</u> : le dépistage est utile à la société (Dharni et al, 2017). Individuellement, le dépistage n'est pas une priorité par rapport à d'autres problèmes de santé (Green et al, 2017).
Emotion	Affectif	Ce que les individus ressentent	Quelles émotions sont provoquées par le dépistage ?  Des émotions contradictoires peuvent émerger. <u>Exemple</u> : le dépistage suscite de l'anxiété mais celle-ci peut représenter un frein au dépistage tout comme elle peut représenter un facilitateur (Bridou et al, 2013).

La polyphasie cognitive peut s'avérer être un concept particulièrement pertinent dans le cadre de notre travail de thèse sur le dépistage du cancer colorectal. En effet, un individu étant amené à s'exprimer à propos du cancer colorectal pourrait développer des raisonnements différents, basés sur une pluralité de représentations. Par exemple, il pourrait penser que le dépistage organisé est bénéfique pour la société dans laquelle il vit, puisqu'il permet de mieux prendre en charge les personnes souffrant de cancer colorectal. Pour autant, il pourrait aussi

avancer que lui, personnellement, ne se sent pas concerné et donc décider de ne pas participer à ce dépistage.

Nous avons abordé rapidement quelques exemples de mécanismes d'objectivation et d'ancrage, qui nous ont permis d'explorer les processus d'émergence et de construction des représentations sociales. Puis, nous avons explicité le concept de polyphasie cognitive. Nous allons à présent détailler les fonctions des représentations sociales dans la partie ci-dessous.

3. Les fonctions des représentations sociales

Abric (1994) a identifié quatre fonctions principales des représentations sociales :

Une fonction de savoir : les représentations sociales nous permettent de comprendre et d'expliquer la réalité, mais aussi d'acquérir des connaissances sur un objet donné. Nous pouvons illustrer cette fonction en citant l'étude de Joffe (1995) à propos des représentations sociales du VIH. En interrogeant des hommes homosexuels, l'auteure a pu constater que l'homosexualité et le virus du SIDA étaient très liés dans l'esprit de ceux-ci, si bien que certains pensaient qu'il est inévitable de contracter cette maladie lorsque l'on est homosexuel. Les participants avaient donc internalisé le jugement négatif de la société envers l'homosexualité, à tel point que la maladie pouvait être perçue comme une punition. Concernant le dépistage du cancer colorectal, les représentations sociales permettent donc d'expliquer et de comprendre le contexte de ce dépistage. Par exemple, le lien entre le dépistage et le diagnostic précoce d'un cancer colorectal n'est pas forcément évident pour tous les individus, de même que l'intérêt d'un diagnostic précoce de cancer, qui sera potentiellement lié à la représentation de la prise en charge des cancers.

Une fonction identitaire : les représentations sociales participent à la définition de notre identité en permettant la sauvegarde de la spécificité des groupes. L'étude de Jodelet (1989) sur les représentations de la folie, déjà évoquée plus haut, explicite une nouvelle fois nos propos. En effet, Jodelet explique que « *la population construit un système de représentations de la folie qui lui permet non seulement de gérer son interaction quotidienne avec [les malades mentaux], mais aussi de se défendre contre une présence qu'elle juge dangereuse pour son image et son intégrité. Elle craint d'être assimilée aux malades et ne peut accepter qu'ils soient intégrés à part entière dans le tissu social* » (Jodelet, 1994, p.21). Dans notre travail de recherche, la fonction identitaire peut être envisagée sous le prisme de la différence entre population générale et patients souffrant de cancer, le premier groupe étant amené à éviter l'apparition d'une maladie qui les ferait appartenir au second groupe.

Une fonction d'orientation : les représentations sociales guident les comportements et les pratiques, et produisent également des anticipations et des attentes. Cette fonction peut être illustrée par l'étude de Préau et al. (2016) sur les représentations et croyances des individus infectés par le virus du SIDA mais « contrôleurs du VIH » (c'est-à-dire qu'ils sont porteurs du virus mais qu'ils ne développent pas la maladie). Cette étude qualitative a révélé que les personnes interrogées se voyaient comme particulièrement résistantes et dotées d'un système immunitaire très fort. Par conséquent, certains s'attendaient à pouvoir résister à d'autres maladies. La fonction d'orientation est centrale dans notre travail de recherche, puisqu'elle déterminera la participation ou la non-participation de la population au dépistage. Par exemple, le fait de se sentir à risque de développer un cancer colorectal pourrait influencer la prise de décision de se faire dépister.

Une fonction de justification : les représentations sociales permettent de justifier *a posteriori* des prises de position et des comportements. Nous pouvons ici citer l'étude de Dany & Apostolidis (2002) portant sur les représentations sociales de la drogue et du cannabis. L'analyse d'un ensemble d'entretiens qualitatifs a démontré que les non-consommateurs de cannabis n'avaient pas les mêmes représentations que les consommateurs. Par exemple, la notion de dépendance n'apparaissait que chez les non-consommateurs. Nous pouvons supposer que les représentations sociales du cannabis permettent, d'une certaine manière, de justifier la consommation ou la non-consommation de cette substance. Enfin, la fonction de justification nous permettra de comprendre les processus en jeu dans la prise de décision de la participation au dépistage, et particulièrement les raisons d'une participation régulière ou d'une participation qui ne sera pas renouvelée. Par exemple, des expériences antérieures négatives avec le système de soins pourraient freiner l'intention de se faire dépister.

Les travaux sur les représentations sociales sont de plus en plus nombreux, et les fonctions que nous avons citées dans cette partie ne sont sans doute pas exhaustives. D'autres travaux devront être menés pour approfondir cette question. Il est également nécessaire de préciser que le champ des représentations sociales est divisé en plusieurs approches, qui mènent à des interprétations différentes. Nous ferons référence à l'approche sociogénétique (Moscovici ; Jodelet), qui vise à étudier l'émergence des représentations sociales (et en particulier les conditions et les processus qui sont en jeu), puisqu'elle correspond à notre posture de recherche dans ce travail de thèse.

4. L'approche sociogénétique des représentations sociales

L'approche sociogénétique des représentations sociales se caractérise par deux spécificités (Kalampalikis & Apostolidis, 2016, p.2): « *le type d'objets choisis comme cibles de représentations* », par exemple « la santé » ou « la culture », et « *le choix du matériel utilisé* », qui correspond généralement à un matériel qualitatif (entretiens, observations...). Pour Jodelet, les représentations sociales « *doivent être rapportées dans leur genèse, fonctionnement et fonction aux processus qui affectent l'organisation, la vie et la communication sociales, aux mécanismes qui concourent à la définition de l'identité et de la spécificité des groupes sociaux et aux rapports que ces groupes entretiennent entre eux* » (Jodelet, 2015, p. 21). Cette approche part donc du postulat que « *tout objet représentationnel est un objet tensionnel* » (Kalampalikis & Apostolidis, 2016, p.4), et distingue trois aires de tension : l'objet, la nature de l'objet, et le regard du chercheur sur cet objet (Kalampalikis & Apostolidis, 2016).

Plus précisément, l'objet peut être en tension parce qu'il est polémique, et qu'il n'est pas représenté de la même manière par les différents acteurs qu'il peut concerner. Kalampalikis décrit par exemple les conflits autour de la thématique du don de sperme (Kalampalikis & Apostolidis, 2016). Le point de vue du donneur, celui des parents receveurs et celui des institutions concernées peut parfois révéler des points de divergence. La nature de l'objet renvoie à l'environnement social et sociétal dans lequel celui-ci évolue. Il peut donc être lié à des enjeux sociétaux qui dépassent la simple étude de l'objet (par exemple, il peut s'ancrer dans un processus de rapports sociaux de sexe, ou de domination d'un groupe social sur un autre). L'objet ne pourra donc pas être étudié sans considérer l'environnement social dans lequel il s'inscrit. Dans le cas du dépistage, nous avons constaté dans les développements précédents que plusieurs acteurs peuvent être impliqués différemment dans le dépistage. Par exemple, le médecin généraliste n'aura pas la même représentation du dépistage que la population cible. Enfin la troisième zone de tension est relative au regard du chercheur. Cela concerne en particulier les choix méthodologiques du chercheur. La triangulation méthodologique est particulièrement appropriée lorsqu'on s'intéresse à un objet de tension puisqu'elle permet d'appréhender les divergences. Nous reviendrons sur la notion de triangulation ultérieurement.

Ceci nous amène à considérer les représentations sociales à la fois comme une forme de « *pensée constituante* », mais aussi de « *pensée constituée* » (Jodelet, 2015, p.21), c'est-à-dire qu'elles doivent être abordées « *à la fois comme le produit et le processus d'une activité d'appropriation de la réalité extérieure à la pensée et d'élaboration psychologique et sociale de*

cette réalité » (Jodelet, 1994, p.7). L'approche sociogénétique considère donc les représentations sociales comme « *inscrites dans le langage* », reflétant nos croyances, mais aussi qu'elles « *fonctionnent comme le langage* » (Moliner & Guimelli, 2015, p.26), de par leur valeur symbolique, nous permettant de catégoriser l'environnement dans lequel nous vivons.

5. La Théorie des Représentations Sociales et la santé

5.1. Théorie des Représentations Sociales, santé et maladie

Tout comme les travaux de Moscovici, les travaux d'Herzlich (1969) peuvent introduire le lien entre la théorie des représentations sociales et le concept de santé. D'après les participants interrogés par Herzlich (1973), la santé se définirait en premier lieu par l'absence de maladie. La santé serait donc une norme, particulièrement en Occident, et les « *croyances concernant la maladie* » existeraient « *par opposition aux croyances sur la santé* » (Ogden, 2008, p.49). Concernant la maladie, une rapide digression vers les causes perçues de l'apparition de pathologies est intéressante. En effet, d'après les personnes interrogées par Herzlich, l'environnement social serait malsain et porteur de mauvaise santé. Plus précisément, le rythme de vie serait en cause, ainsi que la pollution et la mauvaise alimentation (Champaloux, 2006). Cet environnement malsain serait à la source de l'apparition de maladie (de manière indirecte), puisqu'il nous rendrait vulnérables. Herzlich (1973) a donc identifié trois positionnements principaux issus du discours des participants :

La santé perçue comme un vide, un état neutre, tant que l'on ne tombe pas malade ;

La santé perçue comme capital, ou comme un réservoir. Ce capital serait en grande partie inné, les individus naîtraient donc avec une bonne santé ou avec une santé plus fragile ;

La santé perçue comme un équilibre. Cet aspect est relié à la santé psychique, au bien-être. Dans cette perspective, le fait d'être en bonne santé provoquerait un état de bien-être. Pour aller plus loin, nous pouvons constater que les individus attribuent davantage l'apparition de maladie à des facteurs psychosociaux plutôt qu'organiques. La maladie est alors considérée comme une cause d'exclusion du réseau social, définissant l'état de malade par le fait de sortir de la norme. De ce fait, « se mettre en maladie » revient à s'exclure des relations sociales.

Pour Morin (2006), « *les croyances et attitudes sont considérées comme des facilitateurs ou des obstacles majeurs à l'adoption et au maintien de comportements sains. Dans ce qu'on appelle les « croyances de santé » on s'est ainsi intéressé tout particulièrement à la perception des risques et à l'évaluation des comportements de précaution préconisés pour protéger la santé*

et éviter des maladies graves » (p.36). Les croyances que nous possédons en matière de santé peuvent venir impacter l'acceptabilité des informations que nous recevons et constituer une barrière à l'adoption d'un comportement de santé. C'est pourquoi il est particulièrement intéressant d'utiliser la théorie des représentations sociales pour étudier un sujet relatif à la santé. Plusieurs auteurs ont développé leurs travaux en combinant santé et représentations sociales : Joffe (2011) sur les représentations sociales des maladies infectieuses, Apostolidis & Dany (2012) sur les représentations sociales du SIDA, ou encore Marie et al. sur les représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie (2010).

5.2. Aperçu des travaux liant Théorie des Représentations Sociales et cancer

Selon Moulin (2006), le cancer, tout comme le SIDA, a une forte portée métaphorique dans notre société. Premièrement, c'est une maladie qui « résiste » encore à la médecine, même si de nombreux progrès ont été réalisés. Elle est donc particulièrement génératrice de peur. Par ailleurs, c'est une maladie qui se « banalise », puisqu'elle est de plus en plus présente dans les conversations, mais aussi dans les médias. Il en résulte que le cancer est désormais considéré comme une maladie fréquente. Le cancer est alors *« personnifié comme un ennemi invisible, sournois, silencieux, impitoyable, condamnant ses victimes à une mort quasi certaine, tantôt comme un monstre imprévisible, insidieux, capable de foudroyer n'importe qui et n'importe quand, un ennemi jamais abattu, envahissant, capable d'émigrer, de se disséminer, de coloniser le corps à distance (métastases) et de se généraliser à tout l'organisme »* (Moulin, 2006, p.186-187). La métaphore du crabe, tirée du mot cancer est particulièrement représentative de la maladie, naissant à l'intérieur du corps et se proliférant jusqu'à le détruire.

Marie et al. (2010) ont étudié les représentations du cancer et de la chimiothérapie. Leur étude montre que le cancer est fortement caractérisé par sa composante anxiogène, et très souvent associé à la souffrance, à la gravité et à la mort. De plus, le cancer est également relié aux traitements, notamment la chimiothérapie, qui est elle-même associée à la perte de cheveux. Nous retrouvons également le lien entre cancer et mort lorsque l'on s'intéresse aux représentations sociales du papillomavirus (Wiesner, Acosta, Díaz Del Castillo, & Tovar, 2012).

Enfin, Dany et al. (2008) ont souligné le potentiel de stigmatisation relatif au cancer, et toutes les conséquences qui découlent du « statut » de malade, notamment l'isolement social. Cet isolement serait dû à l'image négative que nous renvoie le malade, représentant le rappel incessant de notre propre mort. La question de la responsabilité se pose aussi (un ancien fumeur atteint d'un cancer du poumon est généralement jugé responsable du développement de sa

maladie), contribuant au mal-être des malades. Ces conséquences conduisent bien souvent à une réduction de l'estime de soi ainsi qu'à une identité sociale négative.

5.3. Aperçu des travaux liant Théorie des Représentations Sociales et dépistage du cancer

Bien que nous ayons identifié dans notre état de l'art que les représentations peuvent avoir une influence sur la participation au dépistage du cancer colorectal (notamment les représentations du cancer, du dépistage et du système de soins), peu d'études ont lié représentations sociales et adhésion au dépistage. En effet, les articles analysés dans notre résumé de la littérature se référaient à des ancrages théoriques variés et parfois aux représentations individuelles du cancer colorectal et du dépistage. Cependant, une étude s'est intéressée aux représentations du dépistage du cancer du sein (Forestier & Vangrevelinghe, 2006). Les résultats ont montré que pour les femmes, la mammographie était fortement associée à la maladie. Bien que cette étude ne s'ancre pas dans la théorie des représentations sociales, elle met en lumière l'intérêt d'étudier les représentations et les croyances pour expliquer la non-adhésion à un comportement de dépistage. En outre, une étude a été réalisée sur le dépistage du cancer du col de l'utérus en se basant sur la théorie des représentations sociales. Réalisée par Da Silva et al. (2010), elle a révélé que les femmes avaient très peur du cancer du col de l'utérus, et donc reconnaissaient l'importance du test de dépistage. Ce test était alors perçu comme un acte visant à prendre soin de leur santé. Enfin, Tapia-Curiel et al. (2014) ont étudié les représentations sociales des adolescents envers la détection précoce du cancer du sein. Les résultats ont révélé que les adolescents reliaient le dépistage précoce à la baisse de la mortalité, aux traitements à long terme et à la mastectomie. En résumé, il semblerait que les représentations sociales des dépistages des différents cancers peuvent être à la fois positives et négatives, ce qui complexifie la compréhension de l'adhésion des individus à ceux-ci.

6. Apports et limites de la Théorie des Représentations Sociales

La TRS permet de prendre en compte l'individu en interaction avec son environnement social mais également de cerner la singularité et la complexité des phénomènes étudiés. En ce sens, la TRS s'intéresse au langage, aux savoirs de sens commun et aux croyances partagées. Elle est utilisée dans une démarche qualitative, centrée sur l'expérience vécue du sujet. De ce fait, la TRS apporte une approche compréhensive des comportements. Cependant, cette théorie peut se révéler difficilement quantifiable et ne vise pas une portée prédictive générale mais invite plutôt à

considérer une portée locale (Caillaud, 2010b). Nous postulons donc que la TRS permet l'approche compréhensive que nous rajouterons à l'approche prédictive de la TCP.

Nous avons passé en revue deux courants théoriques majeurs en psychologie sociale de la santé : une approche prédictive, à travers la Théorie du Comportement Planifié, et une approche compréhensive, par l'intermédiaire de la Théorie des Représentations Sociales. Il est indéniable qu'elles offrent chacune des perspectives fort riches pour appréhender le dépistage du cancer colorectal, mais il est nécessaire de réfléchir à l'articulation pratique entre ces approches, point épistémologique et méthodologique que nous proposons d'aborder ci-dessous.

IV. La triangulation

Le terme de triangulation désigne communément la technique utilisée en géométrie qui consiste à mesurer les angles entre deux points de référence connus et le point dont on souhaite évaluer la distance. L'ensemble de ces angles forme donc un triangle. Historiquement, les marins utilisaient la triangulation pour trouver leur position exacte lorsqu'ils naviguaient. Ils se repéraient donc grâce à une triangulation entre leur position, le soleil et l'horizon.

Le concept de triangulation que nous allons examiner dans cette partie n'est finalement pas si éloigné de ses origines. En effet, si l'on remplace les angles par des points de vue, ceux-ci pourront nous révéler différentes perspectives d'un même objet, le fameux point dont on souhaite évaluer la distance.

Il convient de clarifier la différence entre ce que l'on appelle les méthodes mixtes (« mix methods ») et la triangulation, car ces deux termes sont souvent utilisés pour désigner l'utilisation de plusieurs méthodologies de recherche. Cependant, ils ne renvoient pas exactement à la même démarche de recherche. Pour commencer, le recours à des méthodes mixtes consiste à intégrer du qualitatif et du quantitatif dans une même recherche (Creswell, 2015). Plus précisément, selon Johnson et al. (2007), après examen des différentes définitions désignant les méthodes mixtes, la définition la plus complète semble la suivante : *“Mixed methods research is the type of research in which a researcher or team of researchers combines elements of qualitative and quantitative research approaches (e.g., use of qualitative and quantitative viewpoints, data collection, analysis, inference techniques) for the broad purposes of breadth and depth of understanding and*

corroboration”¹¹ (p.123). La triangulation, quant à elle, consiste à conclure ou développer une idée en identifiant le point d’ancrage de plusieurs études différentes portant sur un même sujet. Ces dernières peuvent différer en termes de théorie, de méthodologie, de population interrogée et/ou de chercheurs. Selon Denzin (d’après Flick, 2017), la triangulation est un moyen de corroborer et de confirmer les résultats en utilisant une seconde approche méthodologique. Néanmoins, la triangulation est de plus en plus considérée comme une combinaison de perspectives de recherche, voire comme une extension d’un programme de recherche et non plus comme une simple démarche de validation des résultats (Flick, 2017).

Denzin (1973) a distingué quatre formes de triangulation, que nous allons détailler dans cette partie : la triangulation théorique, la triangulation méthodologique, la triangulation des données et la triangulation des chercheurs.

1. Les différents types de triangulation

1.1. La triangulation théorique

La triangulation théorique a pour objectif de mettre en lien deux théories différentes pour étudier un seul et même objet. Autrement dit, il s’agit d’analyser un phénomène à la lumière de deux (voire trois) théories distinctes. Nous pouvons citer par exemple une recherche menée sur la décision médicale partagée à propos du traitement du cancer du sein (Durif-Bruckert et al., 2015), qui a associé deux perspectives de recherches différentes : une analyse psycho-sociale et une analyse en économie de la santé. L’intérêt de la triangulation théorique est donc d’enrichir l’analyse des résultats, en faisant appel à plusieurs cadres théoriques.

1.2. La triangulation méthodologique

La triangulation méthodologique consiste à utiliser plusieurs méthodes de recueil de données pour étudier le même objet. On distinguera la triangulation inter-méthode de la triangulation intra-méthode (Caillaud & Flick, 2016). La première consiste à combiner deux techniques différentes (par exemple : utiliser des entretiens et des focus groups), tandis que la seconde consiste à interroger deux niveaux d’analyse différents, par exemple en faisant appel à

¹¹ Nous traduisons : « La recherche par méthodes mixtes est un type de recherche dans lequel un chercheur ou une équipe de chercheurs associe des éléments issus des méthodes qualitatives et quantitatives (par exemple, l’utilisation de points de vue, de collectes de données, d’analyses de données, de techniques d’inférences, qualitatifs et quantitatifs) dans le but d’obtenir une compréhension plus large et plus profonde ainsi qu’une meilleure corroboration ».

deux ancrages théoriques distincts (l'exemple donné par Caillaud et Flick (2016) est la réalisation d'entretiens épisodiques pour interroger deux niveaux de savoir : le savoir épisodique et le savoir sémantique). Généralement, la triangulation méthodologique inclue deux ou trois méthodes de recueil de données différentes (entretiens, focus groups, observation, analyse de presse ou questionnaires). Le but d'une telle triangulation peut être de confronter, confirmer ou compléter les résultats obtenus.

1.3. La triangulation des données

La triangulation des données consiste à interroger différentes sources de données afin de comparer les résultats obtenus. Par exemple, cette technique peut amener un chercheur à interroger différents publics sur un même objet. Haas & Kalampalikis, (2010) ont ainsi fait appel à plusieurs acteurs pour appréhender leur objet d'étude, le don de sperme. Plus précisément, les auteurs ont réalisé des entretiens à la fois avec une population de couples demandeurs, de donneurs de sperme mais également avec des personnes issues de la population générale. En résumé, cette technique permet de ne pas négliger un aspect particulier de l'objet étudié.

1.4. La triangulation des chercheurs

La triangulation des chercheurs est moins présente dans la littérature que les types de triangulation précédents. Elle consiste à faire appel à plusieurs chercheurs pour récolter les données (Apostolidis, 2006), et potentiellement à recourir à des chercheurs de différentes disciplines (par exemple, un chercheur en anthropologie et un chercheur en psychologie). Cette approche va donc au-delà de la triangulation théorique et est propice à la collaboration interdisciplinaire.

Tantôt comparée à une technique d'enquête digne d'un roman policier au cours de laquelle le chercheur récolterait des indices (Haas & Kalampalikis, 2010), tantôt à un cristal dont on pourrait examiner plusieurs facettes (Richardson, 2000), la triangulation est une méthode en plein essor. Si son utilisation n'est pas restreinte à une thématique en particulier, ni même aux recherches dans le domaine de la santé, elle ne se prête pas forcément à toutes les recherches.

2. Les intérêts de la triangulation pour étudier le dépistage du cancer colorectal

2.1. La triangulation théorique : la Théorie des Représentations Sociales et la Théorie du Comportement Planifié

Les représentations sociales se distinguent des concepts d'attitude et d'opinion, bien souvent utilisés en psychologie sociale, en ce qu'elles n'ont pas pour intérêt d'être étudiées uniquement comme des « préparations à l'action » (Moscovici, 2004). Autrement dit, lorsqu'un individu exprime une attitude ou une opinion envers un objet, « *nous sommes tenus de supposer qu'il s'est déjà représenté quelque chose de ce dernier, que le stimulus et la réponse se forment ensemble* » (Moscovici, 2004, p.46). Nous nous intéressons donc à ce qu'il se passe en amont. L'exemple donné par Moscovici (2004) à ce sujet est significatif : si un individu a une attitude négative envers la psychanalyse et la considère comme une idéologie, alors nous interprétons son attitude comme une prise de position. Mais nous omettons de considérer que si la psychanalyse peut être jugée de manière négative, c'est avant tout parce qu'elle est catégorisée dans le domaine de l'idéologie. Donc, si une représentation sociale peut être envisagée comme une préparation à l'action, nous considérerons que ce n'est pas tant qu'elle guide le comportement mais plutôt qu'elle « *remodèle et reconstitue les éléments de l'environnement où le comportement doit avoir lieu* » (p.47).

Les représentations sociales seraient donc formées en amont des attitudes, que l'on retrouve dans la TCP, et c'est en cela que la TRS possède un réel apport pour la TCP. Bien que la notion de croyance apparaisse dans le modèle de la TCP (en amont des attitudes, des normes et du contrôle perçu), nous postulons que ces croyances échouent à saisir toute la complexité de la pensée sociale. Pour preuve, les croyances en question sont définies par Fishbein et Ajzen comme étant des informations que les personnes ont par rapport aux objets (1975). D'après cette définition, les croyances relierait les objets à leurs attributs. Par exemple, la pilule contraceptive est un objet, et l'attribut qui lui correspond est le contrôle des naissances. Les auteurs notent également que la force de ces croyances peut varier en fonction des individus. Bien que pour eux, « *beliefs about an object provide the basis for the formation of attitude toward the object* » ¹² (Fishbein & Ajzen, 1975) p.131), ils n'abordent pas la manière dont ces croyances sont construites, ni la façon dont elles sont organisées. Ils iront jusqu'à évoquer que : « *research on belief formation is of essential importance, both in its own right as the basis for an understanding*

¹² Nous traduisons : « Les croyances à propos d'un objet fournissent une base pour la formation de l'attitude envers l'objet ».

*of processes underlying the formation and change of attitudes, intentions, and behaviors»*¹³ (p.135). Plutôt que des croyances (telles qu'elles sont considérées par Ajzen et Fishbein), nous chercherons donc à avoir accès à des « *théories* » ou à des « *sciences collectives* » venant interpréter et façonner le réel (Moscovici, 2004, p.48). Dans le modèle de la TCP, les croyances donnent lieu à des attitudes. En mesurant l'attitude à un instant t, on obtient donc une mesure quantifiable de l'évaluation positive ou négative que l'individu a vis-à-vis d'un objet. Cette mesure est très utile, voire nécessaire lorsque l'on s'intéresse à un objet polémique. Néanmoins, nous considérons qu'il est indispensable d'associer à cette mesure des informations quant à la valeur symbolique de l'objet. Ce type d'information permettra ainsi d'appréhender la façon dont les représentations sont modulées en fonction des interactions sociales. Dans la mesure où les représentations sociales donnent du sens à nos comportements (Moscovici, 2004), la TRS constitue donc, selon nous, une réponse adaptée au problème de rigidité des attitudes et des croyances telles qu'elles sont mesurées dans la TCP. Nous pouvons corroborer nos propos en citant les travaux de Caillaud (2010a), qui soulignent les limites des modèles sociocognitifs pour évaluer les comportements, et notamment les difficultés à mesurer les hésitations, pouvant se manifester par une instabilité des attitudes.

Pour finir, Nache & Trudeau (2000) insistent sur la complémentarité entre attitudes et représentations. En ce sens, l'étude des attitudes permet d'accéder à des contenus précis, situés entre rapports symboliques et représentations sociales. L'étude des représentations sociales permet quant à elle d'intégrer les attitudes dans un système de dynamiques plus vaste. Ainsi, « *il ne semble pas concevable d'envisager une étude exhaustive des attitudes en mettant de côté les dynamiques sociales au sein desquelles ces attitudes se manifestent* » (p.107). C'est précisément ce que nous souhaitons mettre en place dans le cadre de notre étude sur le dépistage du cancer colorectal.

2.2. La triangulation méthodologique : le qualitatif et le quantitatif

L'intérêt d'utiliser différentes méthodologies pour étudier un même objet est de plus en plus reconnu. Ce type de triangulation est aisément justifiable, puisque par exemple, les données récoltées par entretiens semi-directifs n'apportent pas les mêmes informations que des données recueillies à l'aide d'un questionnaire. En ce sens, si les recueils sont bien construits, ces données permettent de réaliser une analyse approfondie en utilisant différentes perspectives de recherche.

¹³ Nous traduisons : « La recherche sur la formation des croyances est d'une importance majeure, aussi bien en tant que recherche à part entière que comme base pour comprendre les processus soulignant la formation et le changement des attitudes, intentions, et comportements ».

Pour Moscovici, « *Une personne qui répond à un questionnaire ne fait pas que choisir une catégorie de réponses ; elle nous transmet un message particulier. Elle nous dit son désir de voir évoluer les choses dans un sens ou dans un autre. Elle cherche l'approbation, ou espère que sa réponse lui apportera une satisfaction d'ordre intellectuel ou personnel. Cette personne est parfaitement consciente de ce qu'en face d'un autre enquêteur, ou dans d'autres circonstances, son message serait différent* » (Moscovici, 2004, p.47). A l'inverse, lorsque l'on utilise une méthodologie qualitative, la présence d'un enquêteur peut à elle seule constituer un biais, par exemple, par ses réactions non verbales lors d'un entretien ou même par son apparence. Il est donc pertinent de ne pas se limiter à une seule méthodologie, afin d'élaguer au maximum les biais inévitables relatifs à chaque type d'outil.

Par ailleurs, pour Apostolidis (2006), la triangulation méthodologique est particulièrement intéressante lorsque l'on étudie les représentations sociales et que l'on se situe dans une démarche qualitative « *la stratégie de triangulation vise à conférer aux démarches qualitatives non seulement de la validité mais aussi, et surtout, de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur à la recherche* » (p.15). En effet, multiplier les matériaux discursifs permet de saisir plus finement les significations et croyances exprimées par les participants. La portée théorique d'une telle analyse est également non négligeable puisqu'elle pourra enrichir la théorie.

Nous pouvons illustrer la technique de la triangulation méthodologique en citant l'étude réalisée par Apostolidis à propos des représentations des relations sexuelles chez les jeunes grecs (2006). Pour cette recherche, des entretiens ont été menés, ainsi que des opérations de recherche quasi-expérimentales. Outre l'analyse individuelle de chacune de ces études, ce qui nous intéresse spécifiquement ici est l'utilisation des résultats de l'analyse qualitative pour construire le paradigme quantitatif. L'objectif secondaire de la triangulation méthodologique peut donc être de créer un outil quantitatif sur la base de résultats qualitatifs. L'intérêt d'une triangulation méthodologique peut également être de confronter deux résultats différents. Par exemple, lorsqu'elle s'est intéressée aux représentations sociales de la folie, Jodelet (1989) a constaté un écart important entre le discours tenu dans les entretiens et les comportements qu'elle a pu remarquer lors de la phase d'observation.

Nous pouvons souligner que la technique de la triangulation est particulièrement intéressante pour étudier les comportements de santé, et a d'ailleurs été utilisée pour étudier d'autres thématiques de prévention, comme par exemple la vaccination pour le cancer du col de l'utérus (Bauquier & Préau, 2017). En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, nous postulons que ce type de triangulation est spécifiquement adapté. Effectivement, ce dépistage peut engendrer des réticences assez difficiles à saisir, puisqu'il implique la manipulation de selles

ou suscite de l'embarras. Il est donc probable que les personnes interrogées peinent à exprimer des propos qui pourraient apparaître comme tabous. C'est pourquoi une méthodologie qualitative en amont permet d'appréhender plus finement notre objet d'étude. Pourtant, ces résultats qualitatifs ne nous apporteront pas de valeur prédictive et ils n'auront qu'une portée locale. Pour combler ces manques, nous nous tournerons donc vers une approche quantitative. Néanmoins, la construction du contenu d'un questionnaire doit être spécialement réfléchie puisque cet outil ne laisse pas de place à l'argumentation du participant. Afin de construire le questionnaire qui sera utilisé, nous nous baserons donc sur les résultats des études qualitatives.

2.3. La triangulation des données : les médecins généralistes et la population générale

Il n'est pas rare que les recherches en psychologie portent sur des objets impliquant différents acteurs. Dans le cas du dépistage du cancer colorectal, cet enjeu est particulièrement saillant dans la mesure où le dépistage implique des acteurs très variés. Plus précisément, le dépistage est géré par des structures spécifiques, relayé par les médecins généralistes et vise la population générale. Bien que la population ciblée par le dépistage soit au centre de l'étude du dépistage, il serait réducteur de laisser de côté les médecins généralistes, qui peuvent directement influencer leurs patients. Par ailleurs, les médecins généralistes ont accès à des informations différentes de celles que peuvent avoir leurs patients, et ils ne se réfèrent pas aux mêmes sources.

L'étude de Flick et al. (2012) nous permet d'illustrer la pertinence de cette méthode. Ces auteurs se sont intéressés à la gestion des troubles du sommeil dans les maisons de retraite. Pour étudier cette problématique, ils ont interrogé les médecins, les infirmières et infirmiers, mais aussi les résidents. Les résultats ont révélé des degrés d'ambivalence différents envers la médication selon le type de participants, avec une forte attente de prescriptions de médicaments de la part des résidents. C'est pourquoi il est important d'étudier toutes les perspectives d'un objet afin de mieux comprendre les besoins et les pratiques des individus.

Nous avons passé en revue les différents types de triangulation ainsi que l'intérêt d'utiliser une telle approche pour notre sujet d'étude. Nous pouvons conclure sur cette partie en citant Gendron (1996), qui résume parfaitement l'intérêt d'utiliser la triangulation afin « *d'élargir la portée d'une étude, et d'examiner les différentes facettes d'un phénomène tout en laissant place à l'émergence de contradictions pouvant donner lieu à de nouvelles perspectives et connaissances* » (p.165).

SYNTHESE : JUSTIFICATION DU CHOIX DES ANCRAGES THEORIQUES

A travers la littérature, nous avons pu identifier plusieurs variables ayant une influence sur le comportement de dépistage. Afin de prendre en compte chacune d'entre elles, nous avons sélectionné deux modèles théoriques : la Théorie du Comportement Planifié (TCP) et la Théorie des Représentations Sociales (TRS).

La TCP (voir figure 8) est un modèle présentant une valeur prédictive indéniable. Sa pertinence à expliquer l'adhésion à des comportements de santé (et notamment de prévention) a été démontrée de nombreuses fois (McEachan et al, 2011). A travers l'utilisation de ce modèle, nous étudierons donc la manière dont les variables telles que l'attitude, la norme subjective, le contrôle comportemental perçu et l'intention influencent le comportement de dépistage. Nous serons ainsi en mesure de comprendre comment les différentes variables interagissent entre elles pour amener l'individu à adopter un comportement tel que le dépistage du cancer colorectal.

La TRS (voir figure 9) est une théorie adoptant une démarche compréhensive. Elle vise à expliquer la manière dont les représentations sociales d'un objet se forment, mais aussi comment elles influencent l'adoption d'un comportement (Abric, 1994). L'utilisation de ce modèle nous permettra d'identifier les représentations sociales du cancer colorectal et de son dépistage mais également d'appréhender le contexte dans lequel le dépistage de ce cancer est mis en œuvre.

De plus, la TRS nous permettra de spécifier le contenu des attitudes, des normes et du contrôle comportemental perçu et de cette manière, nous pourrions obtenir des mesures contextualisées. Enfin, cette théorie nous permettra d'identifier les éventuelles variables complémentaires, non prises en compte par la TCP, qui influenceraient l'intention d'adopter le comportement de dépistage ou l'adoption de ce comportement (voir figure 10).

Le tableau 8 récapitule l'adéquation entre les variables identifiées dans la littérature et nos deux ancrages théoriques. Nous pouvons relier chaque catégorie identifiée dans la littérature à des concepts théoriques issus de la TCP et de la TRS. Par exemple, les évaluations individuelles et les réactions émotionnelles face au dépistage (*i.e.* attitudes négatives ou inquiétude) peuvent être reliées aux attitudes instrumentales et affectives issues de la TCP, ainsi qu'aux émotions telles qu'elles sont envisagées dans la TRS. De même, les perceptions de contrôle (*i.e.* manque de temps) peuvent être associées au concept de contrôle comportemental perçu et au comportement antérieur (TCP). L'influence d'autrui et les normes sociales (*i.e.* recommandation du médecin généraliste) nous amènent à mobiliser les normes descriptives et injonctives issues de la TCP, de

même que diverses conditions affectant la formation des représentations sociales : la dispersion de l'information, la pression à l'inférence, et le phénomène de focalisation. La catégorie relative à la motivation, à l'intention et à la volonté de se faire dépister nous oriente logiquement vers le concept d'intention inhérent à la TCP, mais aussi vers deux fonctions des représentations sociales : l'orientation des comportements et la justification des prises de position. Enfin, la catégorie regroupant les représentations du cancer colorectal et du dépistage (*i.e.* représentations négatives du système de soins) nous emmène sur le terrain de la TRS, en mobilisant les différents types de savoir (expert et profane), les fonctions des représentations sociales, mais aussi les concepts d'ancrage, d'objectivation, et de polyphasie cognitive.

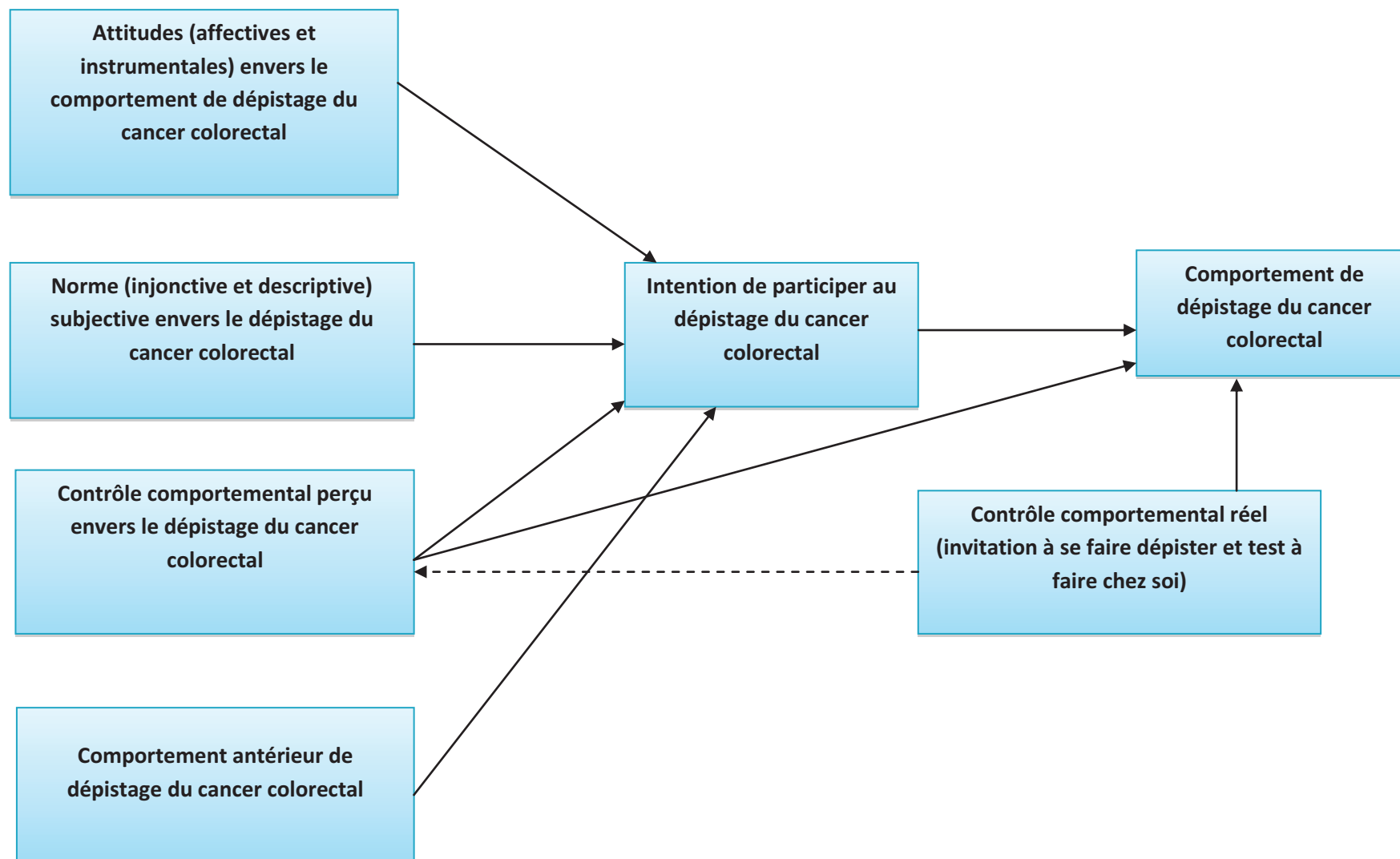


Figure 8 - La TCP adaptée à notre problématique (comprenant les variables communément mesurées dans les études utilisant cette théorie)

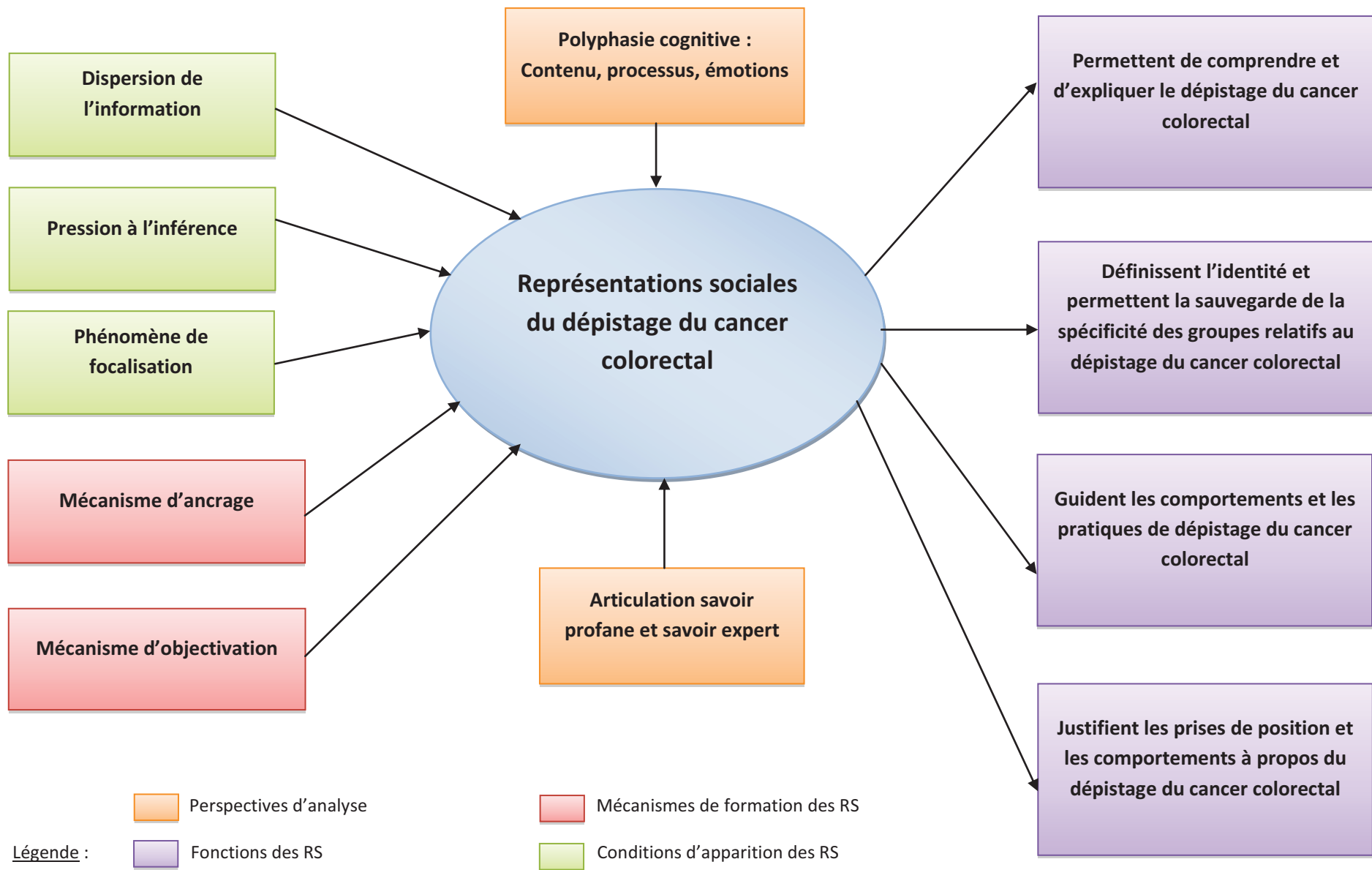


Figure 9 - La TRS adaptée à notre problématique

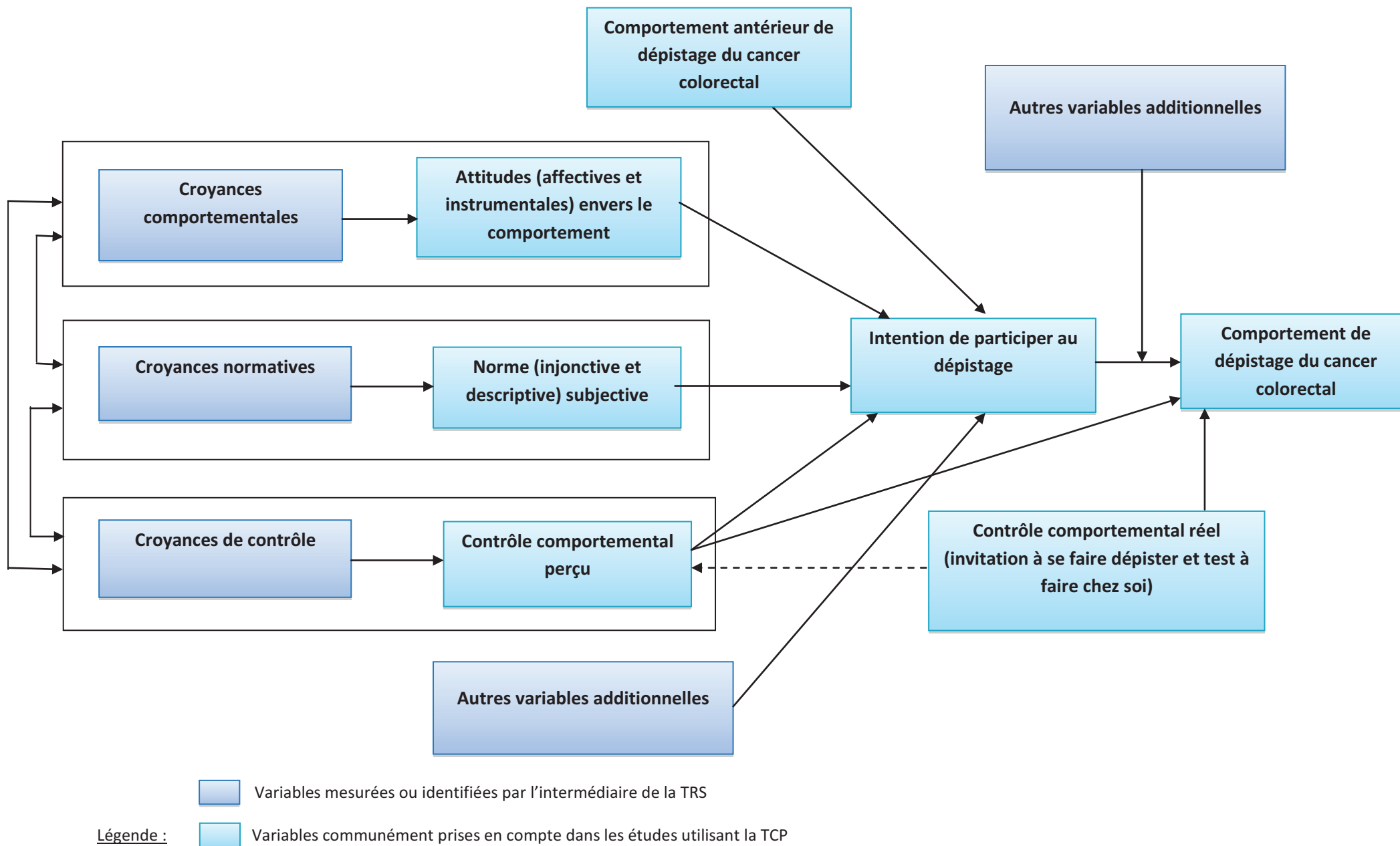


Figure 10 - La TCP avec les apports de la TRS

Tableau 8.

Adéquation entre les variables identifiées dans la littérature comme ayant une influence sur le comportement de dépistage et les deux modèles théoriques choisis

Variables identifiées dans la littérature	Résultats représentatifs des articles de la littérature	Concepts mobilisés	Adéquation avec la Théorie du Comportement Planifié (TCP) et la Théorie des Représentations Sociales (TRS)
Évaluation individuelle et réaction émotionnelle face au dépistage du cancer colorectal	Des attitudes négatives freinent la participation au dépistage (Hall et al, 2015). La participation au dépistage peut être perçue comme une source d'inquiétude, cela pouvant constituer une barrière au dépistage (Smith et al, 2016).	Attitudes Emotions	Attitudes instrumentales (TCP) Attitudes affectives (TCP) Emotions (TRS)
Perception de contrôle du dépistage du cancer colorectal	Le manque de temps apparaît comme un frein important de la participation au dépistage (Aubin-Auger et al, 2011). Les individus sont plus susceptibles d'avoir l'intention de se faire dépister s'ils ont une expérience de dépistage préalable (Davis, Oaten, Occhipinti, Chambers, & Stevenson, 2017).	Contrôle perçu Comportement antérieur	Contrôle comportemental perçu (TCP) Comportement antérieur (TCP)
Influence d'autrui et normes sociales	Les recommandations des professionnels de santé, de la famille et des amis ont une influence positive sur le dépistage (Green et al, 2017). L'absence de recommandation du médecin permet d'expliquer la non-participation au dépistage (Todorov, Wilson, Sharplin, & Corsini, 2017).	Normes sociales Influence sociale	Normes descriptives (TCP) Normes injonctives (TCP) Dispersion de l'information (TRS) Pression à l'inférence (TRS) Phénomène de focalisation (TRS)
Motivation, volonté et intention de participer ou à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal	L'intention de participer est un déterminant important de la participation au dépistage (García et al., 2011). Une ambivalence importante envers le dépistage est constatée (Oster et al., 2013).	Intention Volonté Motivation	Intention (TCP) Orientation des comportements (TRS) Justification des prises de position (TRS)
Représentations du cancer colorectal et du dépistage	Se sentir en bonne santé est une raison de ne pas participer au dépistage (Chapple, Ziebland, Hewitson, & McPherson, 2008). Des suspicions envers le système de soin peuvent freiner la participation au dépistage (Broc et al., 2017).	Représentations sociales	Ancrage (TRS) Objectivation (TRS) Fonctions des RS (TRS) Polyphasie cognitive (TRS) Articulation entre savoir expert et savoir profane (TRS)

CONCLUSION DE LA PARTIE THEORIQUE

Le cancer colorectal est le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et le troisième chez l'homme (INCa, 2011). Bien que ce cancer se guérisse dans 9 cas sur 10, il reste la deuxième cause de mortalité par cancer en France (INCa, 2011), avec environ 17000 décès chaque année (HAS, 2013). La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes (HAS, 2013). Le dépistage organisé est donc essentiel pour faire baisser le taux de mortalité dû à ce cancer. Depuis 2008, les personnes de 50 à 74 ans sont invitées à participer au dépistage organisé. Le taux de dépistage recommandé pour un dépistage organisé du cancer colorectal est de 65%, et le minimum préconisé est de 45% (Guide européen, 2010), mais en 2016-2017, le taux de participation national n'était que de 33,5%, avec de fortes disparités selon les départements (Santé Publique France, 2018). Dans l'Hérault, les taux de dépistage sont spécifiquement faibles (seulement 24,7% de participation en 2016-2017). Il est donc pertinent de mener une étude au sein de cette population, particulièrement peu encline à participer à ce dépistage. En effet, identifier les variables impliquées dans la décision de se faire dépister ou non pourrait aboutir à des pistes d'action efficaces visant à améliorer les taux de participation au dépistage.

Le test Hémocult II, utilisé dans le cadre du dépistage organisé jusqu'en mars 2015, a été remplacé par un nouveau test immunologique, jugé plus sensible, plus spécifique et plus fiable par la communauté médicale (INCa, 2014). Plus précisément, ce nouveau test s'avère plus simple à réaliser (un seul échantillon de selles est nécessaire tandis que le test Hémocult II en nécessitait trois sur trois selles consécutives). De plus, il est reconnu par la communauté médicale comme étant plus fiable que l'ancien test. Ainsi, il peut sans doute lever certains freins à sa réalisation, ce qui pourrait améliorer son acceptabilité. En ce sens, l'étude de Chambers et al (2016), réalisée en Ecosse, et celle de Deutekom et al (2010), effectuée aux Pays-Bas, ont conclu que le test immunologique bénéficiait d'une meilleure image que l'ancien test et engendrait ainsi un meilleur taux de participation.

Dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, le médecin généraliste possède un rôle spécifique, qui est de recommander le dépistage et de distribuer le kit de dépistage à ses patients. Différentes études ont pu montrer que les médecins généralistes ont une grande influence sur l'adhésion au dépistage du cancer colorectal (Garcia, 2012 ; Bauerle Bass, 2011 ; Walsh et al, 2010 ; Powell et al, 2009 ; Garcia et al, 2011). Cependant, les développements précédents modèrent ce rôle théorique et révèlent une certaine difficulté de la part des médecins généralistes à mener à bien ces tâches. Le principal frein évoqué par les médecins concernant la

recommandation du test Hémocult semble être le manque de temps durant la consultation (Scherer, 2011 ; Aubin-Augier et al, 2008 ; Goulaouic, 2013 ; Garcia, 2012).

Du côté de la population ciblée par le dépistage, les freins à la participation au dépistage identifiés dans la littérature sont nombreux : des attitudes ou des émotions négatives (Smith et al., 2016; Woodrow et al., 2008), un manque de temps (Aubin-Augier et al., 2011), un manque de sensibilisation ou de recommandation du médecin (Reeder, 2011; Todorov et al., 2017), ou encore des représentations du cancer colorectal peu enclines au dépistage, par exemple le fait de ne pas avoir de symptômes (Coronado et al., 2015).

Dans ce contexte, notre travail de thèse s'efforcera de répondre aux interrogations suivantes : quelles sont les représentations sociales du dépistage au sein de la population générale ? Et comment les médecins généralistes envisagent-ils leur rôle dans ce dépistage ? A la suite de l'arrivée du nouveau test immunologique, quelles sont les attentes de la population ainsi que des médecins par rapport à ce changement ? Et enfin, quels sont les facteurs qui déterminent la participation ou la non-participation au dépistage ?

Considérant les faibles taux de dépistage et les principaux freins identifiés dans la littérature scientifique, les objectifs de ce travail sont d'analyser les déterminants de la participation au dépistage à la fois du point de vue des patients mais également de celui des médecins généralistes. De plus, dans un contexte récent de changement de test, il est nécessaire d'évaluer les enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique et d'analyser les raisons d'une éventuelle amélioration du taux de participation au dépistage organisé. Comme nous avons pu le constater dans les développements précédents, peu d'études sur ce sujet ont été réalisées en France, et parmi elles, peu ont été faites après le changement de test.

Pour cela, nous nous baserons sur deux cadres théoriques validés et reconnus en psychologie sociale de la santé, à savoir la Théorie des Représentations Sociales (Moscovici, 2012) et la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen et al, 1991). Les représentations sociales forment un système de croyances partagées et constituent un savoir de sens commun, communément admis par les individus d'une même collectivité (Kalampalikis, 2013). Les représentations sociales vont permettre de comprendre et de maîtriser l'environnement social, de guider les comportements et pratiques des individus et également de justifier leurs prises de position (Abric, 1994). La TRS a été utilisée pour étudier des thématiques variées (Jodelet, 2015), notamment les représentations des maladies infectieuses (Joffe, 2011) mais aussi pour appréhender le lien entre des pratiques et la façon dont les individus les justifient et les expliquent (Jodelet, 2015). Elle nous permettra donc d'étudier le dépistage du cancer colorectal en tant

qu'objet de représentation sociale, et d'expliciter la manière dont cette représentation se construit à travers les mécanismes d'ancrage et d'objectivation. Enfin, le concept de polyphasie cognitive nous permettra d'analyser la pluralité des représentations qui peut exister au sein d'un même individu ou d'une même communauté, par rapport à un objet unique. La TCP est un modèle sociocognitif qui postule que les attitudes, la norme subjective et le contrôle comportemental perçu vont influencer et déterminer l'intention de réaliser un comportement. L'intention influencera à son tour la réalisation du comportement réel. Ce modèle a beaucoup été utilisé pour étudier divers comportements de santé (McEachan et al, 2011 ; Nache et Trudeau, 2000), et apparaît particulièrement pertinent pour analyser la participation au dépistage du cancer colorectal. Ces deux théories renvoient à des épistémologies très différentes, l'une compréhensive, l'autre prédictive, c'est pourquoi nous avons choisi de les utiliser en complémentarité, ce qui nous permettra d'enrichir nos résultats. Ce travail de thèse a pour intérêt d'avoir recours à la technique de la triangulation théorique (en faisant appel à deux théories différentes mais complémentaires), méthodologique (approches qualitatives et quantitatives) et aussi des données (deux populations d'études) (Flick, 1992 ; Apostolidis, 2006).

En résumé, ce travail de thèse se décline en trois objectifs, basés sur la triangulation :

Notre premier objectif est d'appréhender le contexte psychosocial du dépistage organisé du cancer colorectal avec le nouveau test immunologique, à travers l'étude des représentations sociales du dépistage et la confrontation du point de vue de la population cible à celui des médecins généralistes. Le choix théorique de la TRS est justifié par le fait qu'il est nécessaire, du moins dans un premier temps, d'adopter une démarche compréhensive dans le but de comprendre pourquoi les taux de dépistage sont si faibles, et quel rôle peut jouer le médecin généraliste dans cette problématique. Au-delà de l'arrivée du nouveau test, qui ne pourra certainement pas changer l'ensemble des pratiques liées au dépistage, nous pensons qu'une approche compréhensive nous apportera un aperçu plus global de notre objet d'étude.

Notre second objectif consiste à identifier les variables permettant de comprendre et de prédire le comportement de dépistage du cancer colorectal. Nous nous baserons de nouveau sur l'étude des représentations sociales des médecins ainsi que de la population cible, mais également sur les déterminants de la TCP. Tout comme pour le premier objectif, appréhender les représentations sociales du dépistage de la part des acteurs concernés nous semble constituer une première étape nécessaire. Puis, l'adoption d'une approche prédictive viendra compléter notre approche compréhensive.

Enfin, notre troisième objectif est de mettre en évidence la complémentarité de nos deux modèles théoriques. Autrement dit, nous chercherons à déterminer si nos modèles théoriques sont pertinents pour étudier le comportement de dépistage du cancer colorectal, en évaluant l'intérêt d'utiliser ensemble ces deux théories ainsi que les méthodologies qui en découlent. En ce sens, notre travail de thèse repose sur le principe de triangulation théorique, qui nous permettra de valoriser et d'approfondir notre analyse.

Pour répondre à ces objectifs, nous avons élaboré trois études, décrites succinctement dans la suite de cette partie.

Dans une première étude qualitative, basée sur la TRS, nous chercherons à comprendre comment les médecins généralistes perçoivent le dépistage du cancer colorectal. Nous nous attendons à ce que les médecins aient des attentes positives envers le nouveau test immunologique et qu'ils rencontrent des difficultés à recommander le dépistage par recherche de sang dans les selles. Une fois que nous aurons appréhendé le contexte dans lequel est abordée la question du dépistage en consultation, nous pourrons comparer les représentations des médecins généralistes avec celles de leurs patients.

Dans une seconde étude, toujours dans une perspective qualitative basée sur la TRS, nous interrogerons des personnes recrutées au sein de la population générale, dans la tranche d'âge concernée par le dépistage organisé. Nous nous attendons à obtenir des éléments de compréhension sur l'émergence de représentations positives ou négatives envers le dépistage et envers le cancer colorectal, menant à des comportements d'adoption ou de refus du dépistage. Nous pourrons donc mieux comprendre l'adhésion au dépistage, à travers l'analyse des représentations sociales. De plus, nous serons capables, suite aux résultats, d'apporter des pistes d'action afin, par exemple, d'améliorer les courriers d'invitation.

Enfin, dans une troisième étude quantitative basée sur la TCP, nous nous attendons à ce que les attitudes, les normes, le contrôle comportemental perçu et l'intention puissent influencer l'adhésion au nouveau test immunologique. Nous évaluerons également l'influence potentielle d'autres facteurs qui ne sont pas inclus dans la TCP. Grâce aux résultats de cette étude, il nous sera possible de proposer des préconisations qui pourraient par exemple être utiles à l'amélioration des campagnes de sensibilisation, en indiquant sur quels aspects s'appuyer afin de mieux toucher la population générale.

Comme l'illustre la figure 11, l'objectif final est d'arriver à trianguler les résultats issus des différents recueils de données via des triangulations méthodologique et théorique (Apostolidis, 2006; Flick, 2004). Ainsi, nous comparerons les représentations des médecins et celles de la population cible, afin d'avoir accès à une perspective globale de notre sujet. Ce travail

de thèse possède un intérêt à la fois en termes de recherche fondamentale, puisqu'il nous permettra d'évaluer l'utilité et l'adéquation de théories reconnues en psychologie pour étudier le dépistage du cancer colorectal, mais aussi un intérêt plus appliqué. Effectivement, nous pourrions formuler des pistes d'actions pertinentes, par exemple en termes de communication (courriers d'invitation, campagnes de sensibilisation...) ou d'interventions (création d'outils pour les médecins généralistes...), dans le but d'améliorer à la fois l'implication des médecins généralistes dans le dépistage mais aussi l'adhésion de la population générale. Ce travail de thèse s'inscrit dans les objectifs du Plan Cancer 3 (2014/2019), visant à favoriser des diagnostics plus précoces pour diminuer la lourdeur des traitements.

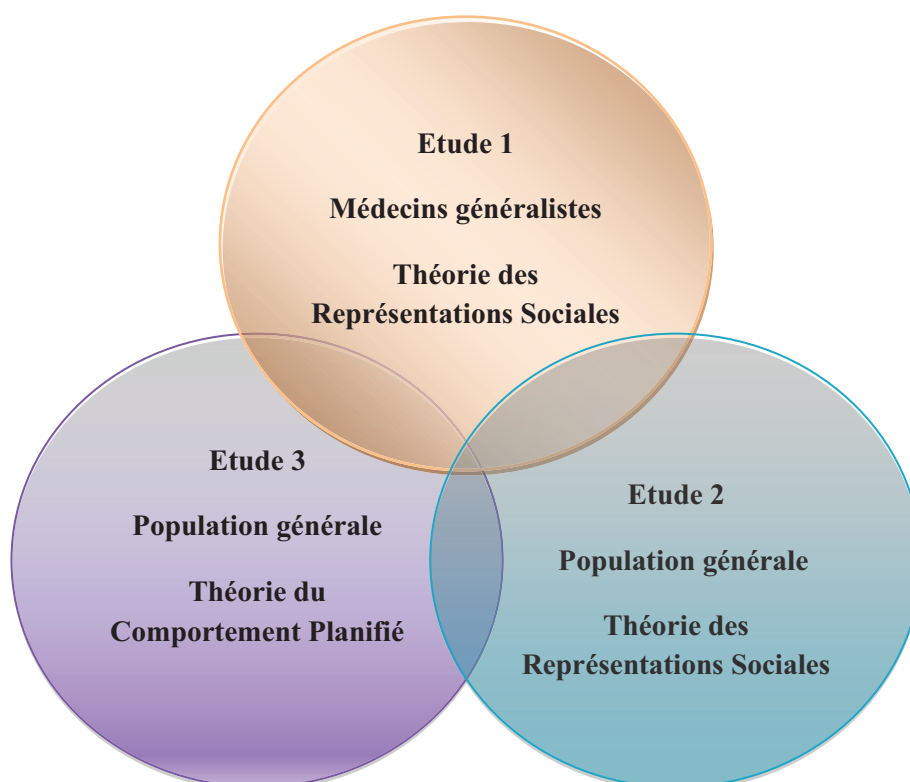


Figure 11 - Schéma de la triangulation des trois études menées sur le dépistage du cancer colorectal

Partie 2 : Méthologie et résultats de la recherche

ETUDE 1 : REPRESENTATIONS DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL ET ENJEUX DE L'ARRIVEE DU NOUVEAU TEST IMMUNOLOGIQUE : LE POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES

I. Rappel du contexte

Comme cela a été développé dans la partie théorique, un certain nombre de freins à la recommandation du test de dépistage par recherche de sang dans les selles ont été identifiés dans la littérature française. Nous pouvons citer par exemple le manque de temps durant la consultation, (Aubin Auger et al., 2008; Scherer, 2011), ou le fait que le dépistage ne constitue pas une priorité dans la consultation (Goulaouic, 2013; Oudovenko, 2012). A l'inverse, différentes études ont montré que les médecins généralistes ont une grande influence sur l'adhésion au dépistage du cancer colorectal (Bauerle-Bass et al., 2011; García et al., 2011b; Gimeno-García, 2012; Powell et al., 2009; Walsh et al., 2010).

Pour rappel, le test Hémocult II® a été remplacé par un nouveau test immunologique depuis mars 2015 (OC-Sensor®). Ce test est jugé plus sensible, plus spécifique et plus fiable par la communauté médicale. De plus, il pourrait permettre de lever certains freins à sa réalisation, notamment en se montrant plus simple à effectuer (il ne nécessite qu'un seul prélèvement tandis que l'ancien test en nécessitait trois), ce qui pourrait améliorer son acceptabilité. Face à l'ensemble de ces constats, il s'avère que l'introduction d'un nouveau test soulève la question de l'amélioration globale du taux de dépistage et donc de l'importance d'appréhender les leviers de l'usage futur de ce test auprès des médecins, leurs attentes, et les croyances et représentations qui y étaient associées. Durant cette période d'attente du nouveau test (qui finalement est sorti longtemps après avoir été annoncé), il était particulièrement intéressant d'évaluer dans quelle mesure ses usages étaient envisagés par les médecins généralistes.

II. Objectifs

Dans cette première étude, nous avons choisi d'interroger les médecins généralistes car ils sont fortement impliqués dans le dispositif de dépistage organisé et leurs recommandations vont en partie guider les pratiques de leurs patients. Cette première étude visait à identifier les représentations des médecins généralistes envers le dépistage organisé du cancer colorectal et l'arrivée du nouveau test immunologique. Dans la lignée d'une approche théorique portant sur les représentations sociales, nous avons utilisé une méthodologie qualitative.

III. Méthodologie

1. Population d'étude

Pour cette étude, nous nous sommes intéressés à une population de médecins généralistes travaillant dans le secteur de Montpellier et son agglomération. Nous avons donc exclu les médecins travaillant hors de ce secteur. Il n'y avait pas d'autres critères de sélection.

2. Procédure de recrutement

Les participants ont été recrutés grâce à un partenariat avec la structure de gestion des dépistages de l'Hérault, puis par effet « boule de neige ». Plus précisément, il a été demandé aux médecins déjà interrogés s'ils connaissaient d'autres médecins qui pourraient accepter un entretien. Dans le cas d'une réponse positive, les contacts de participants potentiels étaient recueillis, puis ceux-ci étaient contactés directement par l'enquêtrice. Les entretiens ont été effectués au cabinet des médecins, après prise de rendez-vous.

3. Méthode de recueil des données

Les méthodes de recueil de données sont plus fréquemment qualitatives lorsque l'on s'intéresse aux représentations sociales (approche sociogénétique). L'entretien est la technique la plus utilisée. En effet, cette situation d'interaction est la plus propice à l'émergence d'un discours spontané. L'entretien vise donc à recueillir « *les contenus discursifs qui sont exprimés par les membres d'un groupe concernant un objet social donné* » (Moliner & Guimelli, 2015), p.38). L'avantage d'une telle technique est qu'elle permet souvent d'apporter des informations plus approfondies que celles qui sont recueillies par questionnaire, grâce à l'interaction provoquée

entre le chercheur et le participant, favorisant la libre expression. Les entretiens semi-directifs constituent un outil adapté à l'étude des représentations sociales car ils offrent à l'interviewé une liberté suffisante afin qu'il puisse développer son point de vue et l'ensemble des thèmes qui lui paraissent importants. Sur la base d'un guide d'entretien adapté, cette technique permet d'accéder à la subjectivité des personnes interrogées, à leur propre système de pensée (Bardin, 1993).

En théorie, le nombre d'entretiens réalisés n'est pas établi à l'avance. Les entretiens doivent être menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les nouveaux entretiens n'apportent plus d'informations supplémentaires par rapport aux entretiens réalisés. Une étude s'est intéressée à la variabilité de la fréquence des codes en prenant en exemple une recherche qualitative menée par entretiens (Guest, Bunce, & Johnson, 2006). Les résultats ont révélé qu'après 12 entretiens, 92% des codes du corpus total étaient déjà traités.

Dans le cadre de cette étude, des entretiens de recherche semi-directifs ont été conduits auprès de médecins généralistes exerçant en zones urbaines ou périurbaines, jusqu'à saturation des données. Les entretiens ont été réalisés entre les mois d'octobre 2014 et mars 2015, période qui précédait l'arrivée du nouveau test immunologique.

4. Méthodes d'analyse des données

Une grille d'entretien (disponible en annexe 1) a été élaborée afin d'aborder les thématiques suivantes : le dépistage du cancer colorectal dans la pratique des médecins, les relations avec les patients, l'arrivée du nouveau test immunologique, et les liens entre les médecins généralistes et les instances de santé. A la fin des entretiens, un questionnaire sociodémographique était rempli par les participants (annexe 2).

Une analyse de contenu thématique a ensuite été réalisée (Bardin, 1993) à l'aide du logiciel NVivo (NVivo QSR International version 8). Le discours des participants a été codé en regroupant les thématiques par catégories et sous-catégories. Avec cette méthode, le corpus a été découpé en un certain nombre d'unités, regroupées en fonction de leurs caractéristiques communes. Cette technique nécessite plusieurs étapes, décrites par Bardin (1993) : tout d'abord, une lecture « flottante » du corpus, ensuite, l'application d'un ensemble de règles de découpage du corpus (catégorisation et codage) puis, enfin, l'interprétation de l'analyse obtenue. La fréquence d'apparition des thématiques abordées a été prise en compte, afin d'évaluer leur importance dans le corpus. Après avoir analysé intégralement le corpus, nous avons choisi de

présenter uniquement les thèmes les plus pertinents pour notre travail de recherche sur le dépistage du cancer colorectal.

Par la suite, une analyse de contenu de type lexicométrique a été effectuée avec le logiciel IRaMuTeQ version 7.2 (Ratinaud & Déjean, 2009). Cette technique permet de renseigner l'analyste sur « *le degré de saturation de la représentation étudiée ainsi que sur l'homogénéité de la population interrogée* » (Moliner & Guimelli, 2015). Plus précisément, elle sert à effectuer des analyses statistiques sur un corpus de texte et regroupe trois indicateurs : le volume du corpus (ou le nombre d'occurrences), le nombre de mots différents et le nombre de mots uniques (Moliner & Guimelli, 2015). Elle permet d'avoir accès à un regroupement des segments de texte en fonction de leur place dans le corpus, et donc de dégager plusieurs classes (méthode de classification hiérarchique descendante). En résumé, le logiciel va découper le corpus en segments homogènes et procéder à une classification de ces segments de manière à repérer les oppositions les plus saillantes. L'intérêt de cette classification réside dans le fait qu'elle est réalisée de manière objective, sans laisser de place à la subjectivité du chercheur. Cela permet également d'identifier les profils des participants qui apparaissent spécifiques dans chaque classe. Néanmoins, l'interprétation de classes relève aussi de l'expérience acquise durant les entretiens. En outre, l'analyse lexicométrique est particulièrement pertinente pour aider à l'investigation des représentations sociales (Attride-Stirling, 2001; Braun & Clarke, 2006).

Enfin, il nous paraît important de préciser que nous avons fait le choix d'adopter une démarche qui se veut compréhensive, laissant la possibilité de « *démarrer la recherche sans hypothèses, à partir de questions de recherche* » (Charmillot & Seferdjeli, 2002, p. 189). Ce raisonnement permet ainsi de construire l'objet « *de manière progressive en partant des savoirs concrets des acteurs* » (p.189). L'adoption de cette démarche se reflétera également dans l'analyse des résultats, puisque nous tenterons de comprendre comment se construisent les savoirs et les représentations des médecins généralistes, en nous basant sur la TRS. A la fin de la présentation des résultats, nous tâcherons d'effectuer une analyse élargie du discours des médecins généralistes, en identifiant les différents niveaux d'analyses de leurs explications (Doise, 1986).

IV. Résultats

1. Population

Au total, 17 médecins généralistes ont été interrogés. L'échantillon était composé de 10 hommes et 7 femmes, âgés de 34 à 65 ans, avec une moyenne d'âge de 52,3 ans (écart-type : 8,3) travaillant dans le secteur de Montpellier et ses alentours (urbain et semi-urbain). Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 9.

Tableau 9.
Caractéristiques de l'échantillon (N=17)

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

2. Différences de discours selon le profil des médecins généralistes

Nous avons tout d'abord étudié la manière dont les médecins généralistes ont parlé du dépistage du cancer colorectal selon leurs caractéristiques sociodémographiques. Comme évoqué précédemment, nous avons réalisé une analyse de lexicométrie, et plus précisément une classification hiérarchique descendante. Ce type d'analyse fonctionne sur le principe d'une analyse factorielle des correspondances, effectuée sur les unités de contextes du corpus. Des segments contenant des mots co-occurents (c'est-à-dire des mots qui sont susceptibles d'apparaître ensemble) sont associés à un groupe ou à un autre en comparant la spécificité de leur contenu par rapport à ce groupe particulier. Les clusters sont différenciés sur la base de la spécificité de leur contenu à l'aide d'indicateurs statistiques. Il est important de souligner que les numéros de grappe sont automatiquement attribués et se réfèrent aux étapes de la classification hiérarchique. Concrètement, le but est d'obtenir des classes « stables », c'est-à-dire que l'analyse est effectuée jusqu'à arriver à un état où il n'y a plus d'augmentation de l'inertie inter-classe (Ratinaud & Déjean, 2009).

Chaque entretien a été préalablement codé avec les caractéristiques suivantes : sexe, lieu d'exercice, ancienneté et âge. Suite à la classification hiérarchique descendante réalisée sur le corpus, l'analyse conservée ici pour ses qualités de stabilité statistique se structure en deux classifications principales (voir figure 12) :

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

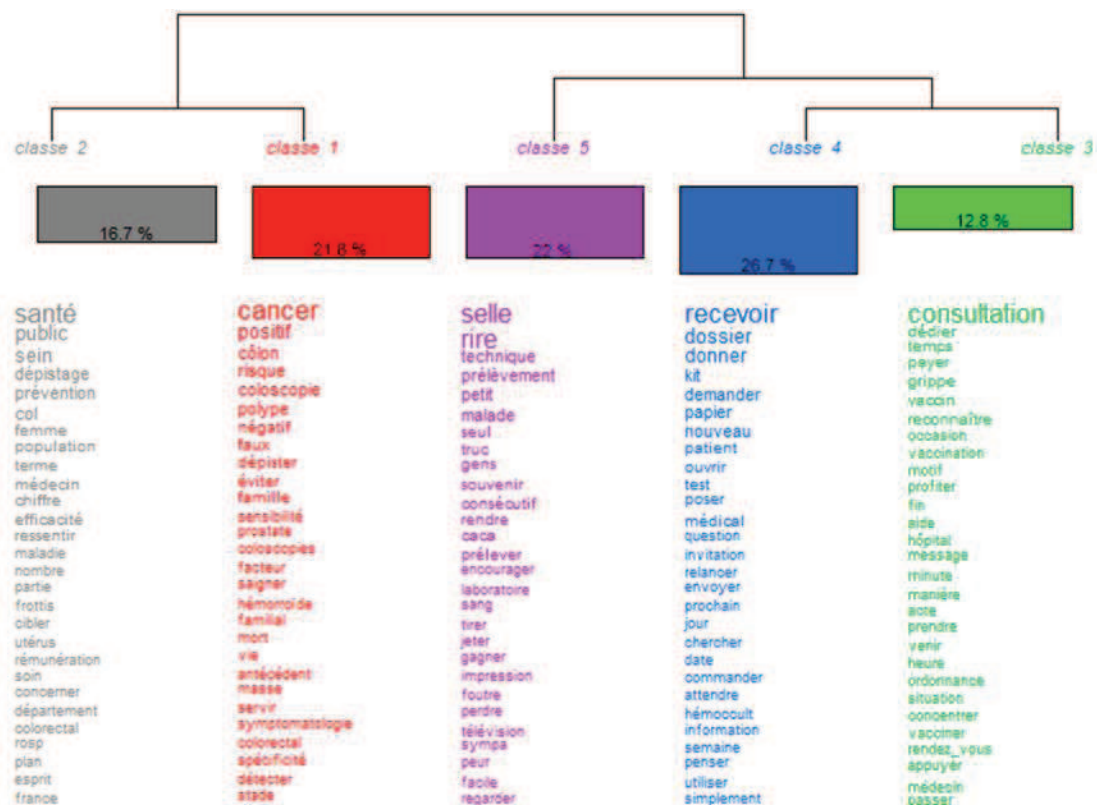


Figure 12 - Classification du corpus (logiciel IRaMuTeQ)

En résumé :

Classe 1 :

- Discours porté sur le dépistage tel qu'il est recommandé et organisé en théorie (« cancer », « positif », « risque »...).
- Participants représentés : les femmes, les médecins travaillant en milieu urbain, les médecins ayant une ancienneté moyenne (entre 10 et 20 ans), et les médecins les plus jeunes (moins de 52 ans).

Classe 2 :

- Discours porté sur la place du dépistage au niveau sociétal (« santé », « sein », « prévention »...).
- Participants représentés : les hommes, les médecins travaillant en milieu semi-urbain et les médecins ayant une ancienneté inférieure à 10 ans.

Classe 3 :

- Discours porté sur : le déroulement d'une consultation et la gestion du temps (« consultation », « dédié », « temps »...).
- Participants représentés : médecins ayant le plus d'ancienneté (plus de 20 ans) et médecins qui en ont le moins (moins de 10 ans).

Classe 4 :

- Discours porté sur : la recommandation du dépistage et la distribution des kits (« recevoir », « dossier », « donner »...).
- Participants représentés : les hommes et médecins travaillant en milieu semi-urbain.

Classe 5 :

- Discours porté sur la relation médecin/patient et le dialogue à propos du dépistage (« selles », « technique », « encourager »...).
- Participants représentés : les femmes, les médecins travaillant en milieu urbain et les médecins les plus âgés (plus de 52 ans).

Après avoir identifié les différents discours des médecins généralistes à propos du dépistage, il convient désormais d'analyser plus en détail le contenu de ce discours, et les différentes thématiques qui en ressortent. Nous allons donc nous intéresser à la manière dont les médecins gèrent le dépistage dans leur pratique quotidienne.

3. Comment les médecins généralistes gèrent-ils le dépistage du cancer colorectal dans leur pratique ?

Nous précisons que l'analyse de contenu présentée dans les développements suivants a été orientée sur la problématique de notre travail de thèse, nous ne présenterons donc que les résultats nous paraissant pertinents dans ce cadre. Deux catégories principales ont été identifiées à partir de l'analyse du corpus. La première catégorie concerne le contexte de la recommandation du médecin. Elle aborde le changement de test, les principaux freins à la participation des patients, ainsi que les raisons et la manière dont les médecins recommandent le test. La deuxième catégorie concerne les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour recommander le test pendant une consultation mais aussi de manière plus globale, et enfin les solutions proposées par les médecins interrogés.

3.1. Le contexte de la recommandation du médecin généraliste

3.1.1. *L'arrivée du nouveau test immunologique*

L'analyse de contenu des entretiens a révélé que les médecins interrogés avaient très peu de connaissances sur le nouveau test immunologique. Une grande majorité des participants exprimait manquer d'informations et possédait des connaissances limitées sur celui-ci. Par exemple, la plupart des médecins avaient connaissance du fait que le test allait changer mais ils ne connaissaient pas les différences entre le test Hémocult II et le nouveau test immunologique. Le changement de test n'apparaît pas explicitement dans notre analyse lexicométrique, ce qui, en un sens, corrobore ce manque de connaissance.

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

3.1.2. Les principaux freins à la participation des patients du point de vue des médecins généralistes

Il a été demandé aux médecins généralistes ce qui, selon eux, pouvaient empêcher leurs patients de participer au dépistage du cancer colorectal. Trois principaux freins ont été dégagés de l'analyse de leurs réponses. Ils sont présentés dans le tableau 10, qui présente le thème principal des freins rencontrés par les patients (selon les médecins), et qui se décline en plusieurs sous-thèmes. Plus précisément, certains freins relèvent d'un besoin exprimé par les patients d'être encouragé et accompagné pour effectuer le dépistage. D'autres freins concernent les réactions émotionnelles ressenties par les patients face au dépistage, ou encore au profil de certains patients, qui semblent réfractaires à toute forme de prévention.

Tableau 10.

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

Eléments venant freiner la participation des patients au dépistage selon les médecins généralistes	Indicateurs	Exemples de citations	Nombre d'entretiens concernés
Manque de motivation, besoin excessif d'être encouragé par le médecin	Les patients semblent en demande d'encouragements et de soutien de la part de leur médecin afin de réaliser le dépistage.	« <i>Mais ils y tiennent un peu quand même, qu'on les coache et qu'on les encourage et que voilà. Ils remettent ça sur le tapis, parfois ils disent oh y'avait aussi, vous savez, le petit papier, oh ben j'ai encore oublié. Là, ils attendent leur petit couplet, tout ça... Ah ouais, donc on y revient, on y revient... après, ils sont très contents de l'avoir fait</i> » (femme, 54 ans)	11
Peur, inquiétude ressenties par les patients, volonté de ne pas savoir	Les patients semblent ressentir de la peur, de l'inquiétude et de l'angoisse face au dépistage selon les médecins.	« <i>En fait c'est de l'angoisse, hein, parce qu'ils sont tellement angoissés qu'ils se disent tant pis, j'aurais ce que j'aurais, je prends le risque. C'est idiot mais c'est comme ça.</i> » (femme, 54 ans)	7
Profil de patients réfractaires à la prévention	Au-delà du dépistage du cancer colorectal, les patients semblent rejeter tous les examens de prévention de manière systématique.	« <i>Ceux qui font pas leurs examens habituellement, ils sont un peu autruche, ils font pas Hemoccult comme ils font pas leur prise de sang, ils viennent pas renouveler leur traitement pour la tension, voilà, non, non tout va bien</i> » (homme, 40 ans)	9

Nous retrouvons aussi le besoin d'être encouragé dans notre analyse lexicométrique. En effet, celui-ci est évoqué dans la classe 5, qui relate la manière dont les médecins généralistes parlent du dépistage avec leurs patients. Il semblerait donc, d'après les caractéristiques de cette classe, que les médecins femmes soient davantage susceptibles de formuler des encouragements à leurs

patients afin de les pousser à participer au dépistage. Il en est de même pour les médecins travaillant en ville et les plus âgés.

3.1.3. *Pourquoi recommander le test ?*

Trois types de réponses se dégagent de l'analyse. La principale raison pour recommander le test concernait le fait que ce dépistage soit institutionnalisé, c'est-à-dire que les médecins semblaient avoir pour principe d'obéir aux recommandations nationales reçues à propos du dépistage du cancer colorectal. De plus, le fait que le dépistage précoce permette de sauver des vies a été mentionné dans 6 entretiens. Une minorité de médecins a évoqué la valeur scientifique du test, supposant que le test choisi par les instances de santé nationales avait dû être testé et sélectionné car il permettait de dépister suffisamment de personnes pour être utile et rentable en termes de santé publique. Une autre raison, concerne l'éthique des médecins et le sentiment de culpabilité qu'ils peuvent ressentir si leurs patients développent un cancer alors qu'ils auraient pu être dépistés.

3.1.4. *Comment recommander le test ?*

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

Par ailleurs, certains participants ont insisté sur le fait qu'il était nécessaire de bien expliquer la procédure aux patients, car celle-ci pouvait être mal comprise. Quelques médecins veillaient à anticiper les suites de la procédure avec le patient, notamment en cas de résultat positif. En effet, d'après ces participants, les patients auraient tendance à n'accepter le dépistage que dans le cas où il se révélerait négatif, et pourraient donc se montrer récalcitrants à réaliser la

seconde partie du dépistage (une coloscopie est préconisée en cas de test de recherche de sang dans les selles positif) s'ils n'en avaient pas été informés au préalable. Certains médecins ont expliqué saisir une opportunité pour recommander le test, par exemple une consultation pour un certificat médical (laissant plus de temps au médecin pour aborder d'autres sujets). Enfin, quelques médecins ont rapporté avoir mis en place des stratégies pour convaincre les patients, comme le choix des mots employés pour en parler. Par exemple, deux participants ont expliqué qu'ils utilisaient le mot « polype » et non le mot « cancer », trop anxiogène pour les patients.

3.2. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes

Les tableaux 11 et 12 récapitulent les difficultés rapportées par les médecins interrogés face à la gestion du dépistage du cancer colorectal, c'est-à-dire, dans leur tâche de recommandation. Ces difficultés pouvaient apparaître durant la consultation (thème développé dans le tableau 11), comme par exemple le manque de temps, l'absence de consultation dédiée à la prévention, ou encore la difficulté de penser à recommander le dépistage de manière systématique. D'autres difficultés relevaient de problèmes rencontrés quotidiennement au sein de la profession (thème présenté dans le tableau 12), et qui dépassent le sujet du dépistage. Par exemple, des lourdeurs administratives, ou une évolution de la profession de médecin généraliste perçue comme négative.

Tableau 11.
Difficultés rencontrées par les médecins généralistes durant une consultation

Difficultés rencontrées par les médecins durant une consultation pour recommander le test de dépistage	Indicateurs	Exemple de citations	Nombre d'entretiens concernés
Manque de temps	Les médecins disent manquer de temps durant la consultation pour recommander le dépistage.	« Ce serait mon rôle mais je n'ai pas le temps. Je ne peux pas . Déjà, je pense que j'en fais suffisamment. Je peux pas passer trois heures à les convaincre , à parler pendant trois heures, c'est pas possible. C'est pas possible. Je peux pas. En principe, ça dure quinze minutes, hein, ma consultation, ça peut pas durer plus. » (femme, 51 ans)	13
Absence de consultation dédiée à la prévention	Les médecins regrettent que les patients ne consultent pas pour des motifs de prévention et qu'ils viennent pour d'autres motifs, souvent déjà trop nombreux.	« Vous savez, il arrive aussi très souvent que les gens viennent nous voir avec des listes impressionnantes de choses , et alors ils vous disent ben tiens docteur je suis pas venu depuis six mois, et donc y'en a une kyrielle de trucs, et à la fin il vous tarde qu'une chose c'est au revoir, parce que vous savez que vous avez dix personnes derrière. » (femme, 63 ans)	13
Manque de responsabilité du patient	Les médecins semblent penser que les patients devraient être plus actifs dans la gestion de leur propre dépistage.	« Mais je pense pas que quand même il faut pas prendre toute la responsabilité du patient. Le patient, lui aussi il a reçu un courrier. Donc je pense que dans la logique, le patient a aussi sa responsabilité , il devrait revenir vers nous en disant j'ai reçu un courrier, est-ce que docteur vous pouvez m'expliquer. » (femme, 51 ans)	8
Anticipation des conséquences néfastes qu'entraînerait un refus	Les médecins semblent se sentir impuissants face au refus des patients et ne veulent pas en endosser la responsabilité.	« Ouais, pour nous c'est lourd , hein, faut pas trop se louer quand même. Donc des fois c'est vrai qu'aussi, quand je propose le dépistage, et qu'on crie haut et fort, quand les gens veulent pas le faire, je leur dis bon ben vous viendrez pas vous plaindre, hein (rires). On ouvre grand le parapluie. » (femme, 54 ans)	4
Difficile d'y penser, d'être systématique	Les médecins peinent à recommander le dépistage de manière systématique, ils peuvent oublier de le faire.	« j'y pense pas forcément , j'y pense pas forcément. J'essaie de penser à leur demander, mammographie, frottis, côlon, j'essaie d'y penser mais voilà, j'y pense pas toujours. Ça c'est sûr que non. » (femme, 63 ans)	9

Dans notre analyse lexicométrique, la gestion d'une consultation est représentée par la classe 3, qui aborde la notion de temps. Les médecins ayant le plus d'ancienneté et ceux en ayant le moins semblent porteurs de ce discours. Pour aller plus loin, nous pouvons supposer que les jeunes médecins ont besoin d'un temps d'adaptation pour organiser leurs consultations de manière optimale, ce qui fait qu'ils en aient parlé fréquemment lors des entretiens. Concernant les médecins ayant le plus d'ancienneté, il est possible que ceux-ci aient constaté une augmentation de leur patientèle et/ou des motifs de consultations durant leur carrière, et qu'ils aient donc besoin de réajuster l'organisation de leurs consultations.

Tableau 12.
Difficultés rencontrées par les médecins généralistes en général

Difficultés rencontrées par les médecins de manière générale	Indicateurs	Exemple de citations	Nombre d'entretiens concernés
Trop de tâches à gérer, lourdeurs administratives	Les médecins semblent ressentir une pression à réaliser des tâches administratives qui leur prennent du temps.	<i>Donc les médecins sont sous pression, déjà. Pour tout un tas de trucs. Et ce qui nous met la pression, c'est bien sûr les patients et leurs problèmes, leurs problèmes de santé, mais c'est aussi, surtout, tout ce qui est autour. Avec la paperasserie, les tracasseries administratives, les ... tout ce qui ne devrait pas nous incomber et qu'on nous met sur le dos. C'est pour ça que les médecins sont à cran. »</i> (homme, 60 ans)	8
Problème de la cotation de la consultation de dépistage	Le fait que la consultation de prévention ne soit pas un usage communément admis semble rendre difficile la gestion du dépistage.	<i>« Sur le plan de la nomenclature, y'a une consultation de prévention, qui je crois est à vingt-trois d'ailleurs, il y a une cotation particulière, vous voyez elle est tellement utilisée et connue, je connais même pas le code pour coter, donc je sais pas, mais ça existe, je sais que ça existe. Mais par contre, si vous dites au patient en fin de consultation qui vous présente l'Hémocult, vous reviendrez pour que je vous donne l'Hémocult, ils comprennent pas. Ils se disent il veut prendre vingt-trois euros de plus quoi. Donc on le fait pas. »</i> (homme, 52 ans)	10
Evolution négative de la profession, manque de considération du patient dans sa globalité	Les médecins constatent une augmentation des consultations impliquant plusieurs motifs. Cela semble impacter leur pratique quotidienne ainsi que leur satisfaction au travail.	<i>« Et donc les consultations simples diminuent. Alors que les consultations complexes augmentent. Quand quelqu'un vient vous voir avec trois motifs de consultations ou quatre motifs de consultation, vous allez pas rajouter la vaccination, tout ça pour vingt-trois euros. »</i> (homme, 60 ans) <i>« C'est effrayant, c'est comme si on découpait un patient en tranches : vaccination, Hémocult... Mais c'est pas ça un patient ! Nous, au jour le jour, quand on reçoit un patient, on voit pas l'Hémocult, on voit un examen de dépistage à faire parmi d'autres. Et puis une opportunité dans le suivi. »</i> (homme, 60 ans)	8

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

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

Après avoir étudié la manière dont les médecins généralistes gèrent le dépistage du cancer colorectal dans leur pratique, nous nous sommes intéressés à leurs représentations plus globales du dépistage. A cet égard, nous avons analysé la manière dont ils parlent du dépistage, et ce qu'il représente pour eux dans leur pratique. Pour cela, nous avons utilisé à la fois notre analyse de contenu thématique mais également notre analyse lexicométrique. De plus, nos résultats ont été analysés sous le prisme de la TRS, puisque nous nous situons pour le moment dans une démarche compréhensive.

4. Représentations sociales du dépistage du cancer colorectal

4.1. Pluralité des discours envers le dépistage

Nous pouvons observer une certaine forme de pluralité dans le discours des médecins généralistes. En effet, lorsqu'ils ont évoqué le dépistage du cancer colorectal, plusieurs médecins ont alterné entre un discours centré sur le patient et un discours centré sur l'intérêt collectif du dépistage. Par exemple, un médecin a comparé l'intérêt du test dans une perspective individuelle et dans une perspective collective. Ce discours n'est pas sans rappeler notre analyse lexicométrique (divisée en deux grandes classifications, relatives à la place du dépistage au niveau sociétal et au niveau interindividuel) :

« à titre individuel, ça reste très médiocre, maintenant, à titre collectif, c'est-à-dire si y'a toute une population qui fait l'Hemoccult, je sais pas à combien est le seuil qu'il faudrait, le nombre de personnes minimales qu'il faudrait [...], parmi tous ceux qui ont fait le test, on en sauve quelques-uns. C'est la différence entre un dépistage de masse et un dépistage purement individuel. Bon ça, je peux pas leur expliquer [aux patients] parce que sinon ils vont pas le faire ... » (homme, 40 ans)

Les médecins interrogés semblent donc évaluer le dépistage à la fois en termes de santé publique, mais aussi en termes d'utilité individuelle, pour leurs patients. Pourtant, ceux-ci n'étaient pas tous du même avis : nous observons également un discours inverse de la part d'un autre médecin, qui jugeait plutôt que le dépistage n'était pas rentable au niveau sociétal mais qu'il était utile pour les patients :

« Je pense que c'est sûrement quelque chose qui est relativement cher comme dépistage organisé, parce qu'on fait beaucoup d'Hemoccult et que j'ai pas l'impression qu'on découvre quand même tant de cancers du côlon que ça. Mais ça ne me pose aucun problème métaphysique,

parce que je me dis que même si on découvre ne serait-ce qu'un cancer du côlon, et qu'on sauve la vie d'un type, ça justifie le fait qu'on y mette un peu de sous. » (homme, 52 ans)

Autre exemple, un médecin généraliste a été déçu par la campagne de dépistage pour le cancer colorectal, et notamment du manque d'implication des généralistes. Il a ainsi exprimé une dualité entre la campagne en elle-même, et ses patients :

« Je reste motivé par rapport à mes patients, je suis plus motivé pour l'organisation ni pour l'intérêt de la campagne. » (homme, 54 ans)

Cette pluralité des discours est confirmée par notre analyse lexicométrique. Effectivement, les deux grandes catégories de discours explicitées par l'analyse lexicométrique en sont le reflet. D'un côté, nous retrouvons les classes 1 et 2, qui replacent le dépistage au sein d'une problématique sociétal, et d'un autre côté, les classes 3, 4 et 5 représentent la perception locale du dépistage : la gestion d'une consultation, la recommandation du test, et le lien avec les patients.

4.2. Savoir et faire savoir

Afin de comprendre comment se joue la recommandation du dépistage au sein de la relation entre le médecin et le patient, nous avons fait appel à différents concepts issus de la TRS et examinés dans la partie théorique.

Tout d'abord, nous constatons une particularité dans le mécanisme d'ancrage relatif à la formation des représentations sociales envers le nouveau test immunologique. Comme explicité dans la partie théorique, ce mécanisme renvoie à la manière dont un nouvel objet, tel que le nouveau test de dépistage du cancer colorectal, va être appréhendé et devenir familier pour les individus. Ici, cet ancrage semble absent ou non encore effectué, comme le révèlent ces extraits d'entretiens :

« Alors peut-être quand on passera au test immuno machin ou je sais pas quoi, peut-être que ce sera plus sensible. » (homme, 40 ans)

« Non, vaguement, enfin, j'avais compris qu'il allait se passer quelque chose d'un peu différent, que les choses allaient être modifiées, mais je n'en sais pas plus. » (femme, 34 ans)

Les médecins n'avaient donc que peu entendu parler du changement de test, et surtout, ils ne semblaient pas avoir cherché d'informations à ce propos. Nous pouvons noter les termes très

flous (« *machin* », « *je sais pas quoi* ») employés pour désigner ce nouvel objet, non encore appréhendé.

Plus largement, au-delà de la question du nouveau test, le rapport qu'entretiennent les patients aux autres dépistages peut être un moyen de les familiariser au dépistage du cancer colorectal. Par exemple, lorsqu'il se trouve face à une patiente, le médecin peut évoquer la mammographie et le frottis pour constituer des précédents sur lesquels appuyer son argumentation :

« Alors les patientes, alors le plus facile c'est [...] : ah vous faites ça ? Oui mais à ce moment-là il faudrait faire ça. Vous faites la mammographie, mais vous savez [...] qu'il y a un test Hemoccult ? » (homme, 54 ans)

Le médecin généraliste peut donc tenter de rendre le dépistage du cancer colorectal plus familier pour ses patientes en prenant exemple sur des dépistages déjà existants (d'après les recommandations des instances de santé, les femmes commencent à faire des frottis bien avant l'âge d'entrée dans le dépistage du cancer colorectal).

Ensuite, nous avons identifié le processus d'objectivation dans l'évocation du courrier d'invitation. Pour rappel, l'objectivation est le mécanisme qui permet de rendre un nouvel objet concret aux yeux des individus, autrement dit, à visualiser le kit de dépistage comme une pratique faisable. Comme évoqué précédemment, le courrier d'invitation semble servir de médiateur entre le médecin généraliste et le patient, et permet de rendre concret le dépistage (il est institutionnalisé et officiellement recommandé). Les médecins généralistes semblent percevoir ce courrier comme un atout puisqu'il leur permet d'introduire la problématique du dépistage et de sensibiliser le patient au préalable. Par ailleurs, certains médecins ont expliqué qu'ils gardaient un kit de dépistage ouvert afin de pouvoir le montrer à leurs patients. Cette pratique semble répondre également à un besoin d'objectivation des patients, afin de rendre le dépistage concret et plus accessible.

Enfin, notre analyse a révélé des formes de confrontations entre le savoir profane, ici porté par les patients, et le savoir expert, ici porté par les médecins. Par exemple, les médecins déploraient le fait que les patients de sexe masculin soient davantage intéressés par le dépistage du cancer de la prostate plutôt que par le dépistage du cancer colorectal. Pourtant, le dépistage du cancer de la prostate n'est pas systématique et n'est pas non plus recommandé par les instances de santé.

« Les hommes sont beaucoup plus focalisés sur leur prostate, et leur dépistage de prostate, parce que c'est une simple prise de sang, alors que dans l'immense majorité des cas il faudrait pas le faire, et ils sont moins focalisés par leur test Hemoccult. » (homme, 40 ans)

4.3. Rapport au corps et aux selles

Les médecins ont évoqué le caractère tabou et l'embarras qui peuvent être liés au fait de réaliser un prélèvement de selles.

« Ben, tripatouiller dans le caca, je suis sûr qu'il y en a une flopée, ça leur a pas plu et c'est pour ça qu'ils viennent plus me le demander de le faire. » (homme, 40 ans)

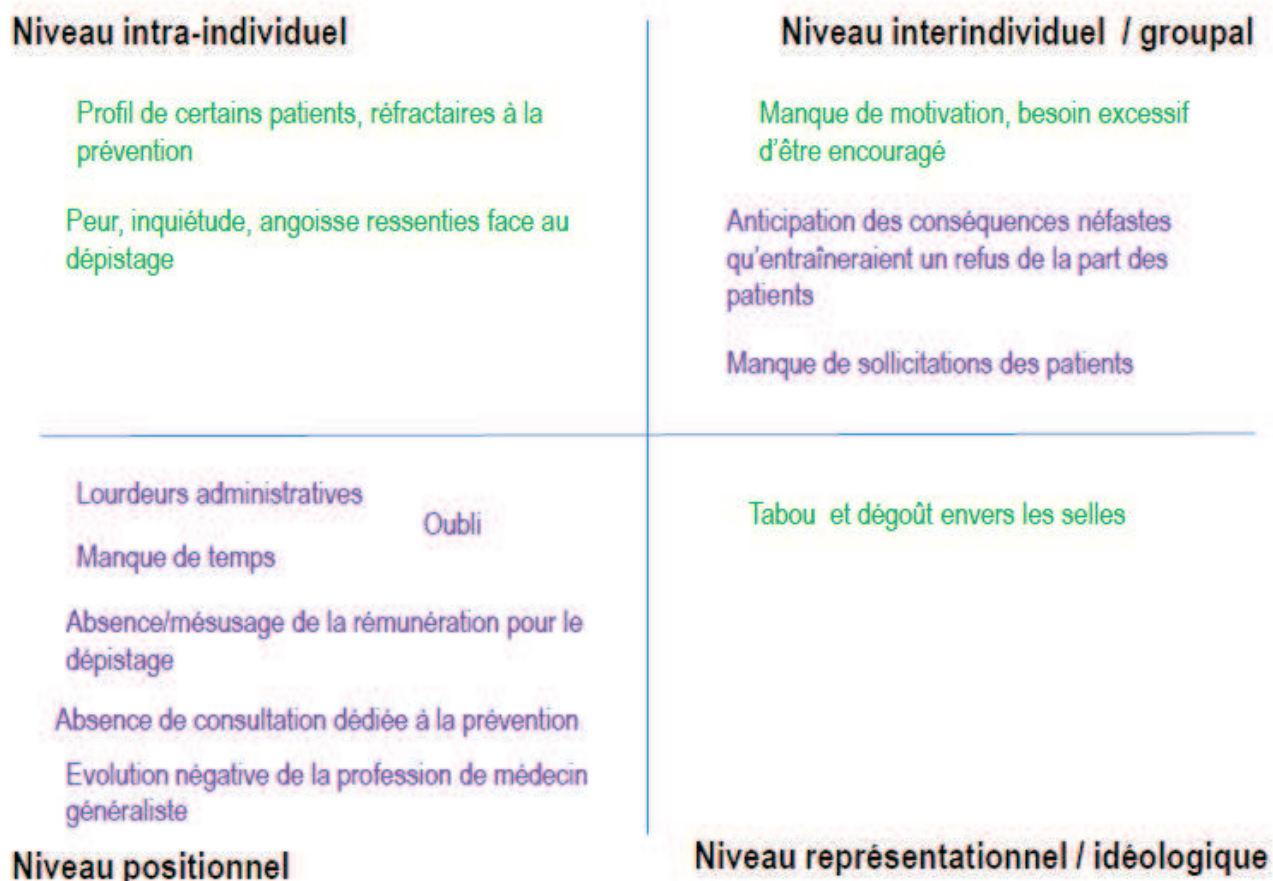
Bien que les médecins reconnaissent ce tabou, ils ne le comprennent pas forcément. De ce fait, sans doute en raison de leur profession, les médecins interrogés semblaient avoir un rapport au corps et aux actes de défécation beaucoup plus « banalisé » que leurs patients.

« Donc je peux pas aller contre s'il me dit ah j'ai pas envie de toucher mes selles, j'ai pas envie de les regarder. Comment je fais pour les recueillir, et comment je fais ceci... Ils se posent des questions mais qui vous paraissent, vous d'une simplicité aberrante. [...] Pourtant c'est une banalité hein (rires). Surtout quand on a des enfants ! Non mais enfin j'ai l'impression qu'ils ont pas vécu (rires) ! » (femme, 51 ans).

En résumé, l'analyse de contenu thématique nous a permis de mieux comprendre le contexte psychosocial de la recommandation du test de dépistage du cancer colorectal, les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, et la formation des représentations sociales de ce dépistage. En parallèle de cette première analyse, nous avons soumis nos données à une analyse lexicométrique, qui a permis de dégager la configuration statistique textuelle et les similitudes au sein de notre corpus, mais aussi de pouvoir identifier quelles variables sont prégnantes dans chaque catégorie. Il convient désormais de prendre de la distance sur nos résultats et de proposer une analyse plus large des freins à la recommandation du dépistage évoqués par les médecins, mais également des freins à la participation de leurs patients.

5. Niveaux d'explications donnés par les médecins généralistes pour justifier la non-recommandation de dépistage et la non-participation de leurs patients

Afin de compléter nos analyses antérieures, nous pouvons proposer une analyse compréhensive, plus distanciée que les précédentes, et basée sur les niveaux d'analyse proposés par Doise (1986). En se concentrant sur les types d'arguments fournis par les médecins généralistes davantage que sur le contenu de ces arguments, il nous paraît pertinent de tenter de comprendre comment les médecins généralistes utilisent le contexte pour justifier la non-recommandation de dépistage, mais aussi la non-participation des patients au dépistage. Nous proposons donc de classer les différents arguments fournis par les médecins selon leur niveaux d'analyse : intra-individuel (c'est-à-dire la manière dont les individus organisent leur perception) ; inter-individuel / groupal (les relations entre les individus) ; positionnel (se réfère à la position sociale ou au rôle de l'individu) ; représentationnel / idéologique (c'est-à-dire l'analyse des systèmes de croyances et de représentations). Ce classement est présenté dans la figure 13.



Légende :

- Freins à la participation des patients au dépistage du cancer colorectal d'après les médecins généralistes
- Freins à la recommandation de dépistage cités par les médecins généralistes

Figure 13 - *Freins à la recommandation de dépistage et freins à la participation des patients au dépistage cités par les médecins répartis selon les niveaux d'explication de Doise (1986)*

Au regard de la figure 13, nous pouvons constater que les médecins généralistes semblent citer des freins à la participation de leurs patients relatifs à trois niveaux, et particulièrement au niveau intra-individuel (telle que la peur). Pourtant, aucun de ces freins ne semble appartenir au niveau positionnel. A l'inverse, les médecins font appel à des freins très majoritairement positionnel (par exemple, le manque de temps) pour expliquer le manque de recommandation de dépistage de leur part. Nous constatons également que deux freins appartiennent au niveau interindividuel (relevant de la relation entre médecins et patients). Aucun frein à la recommandation n'apparaît dans le niveau intra-individuel ni dans le niveau représentationnel. Il semblerait donc que les médecins utilisent davantage le contexte, c'est-à-dire des éléments extérieurs à leur volonté, pour expliquer leurs propres freins. Pourtant, ils ont tendance à situer les freins des patients à d'autres niveaux.

V. Discussion

1. La gestion du dépistage du cancer colorectal

Cette première étude apporte un éclairage sur le contexte dans lequel les médecins généralistes abordent le dépistage organisé du cancer colorectal. Ces résultats permettent de dresser un état des lieux des difficultés relatées par les médecins, et cela dans une période clé, à savoir juste avant l'arrivée du nouveau test immunologique. Les principaux résultats ont révélé que le dépistage ne pouvait être traité que de manière secondaire, souvent lors d'une consultation déjà trop longue, ce qui indique bien qu'il est à présent difficile pour les médecins de recommander systématiquement le test. Ainsi, du point de vue des médecins, la lettre d'invitation représente un outil pertinent dans la mesure où elle semble servir de médiateur entre eux et le patient. De manière générale, bien qu'ils encouragent le dépistage organisé du cancer colorectal, les médecins rapportaient une représentation d'un test Hémocult II peu fiable. Parallèlement, il est important de souligner que la très grande majorité des médecins interrogés disposait de très peu d'informations à propos du nouveau test immunologique.

Nous pouvons mettre en lien les résultats obtenus avec la littérature identifiée dans notre partie théorique. Concernant la perception des médecins généralistes sur les freins rencontrés par leurs patients, nous retrouvons les facteurs relevant de l'évaluation individuelle et des réactions émotionnelles des patients face au dépistage, notamment avec l'évocation du déni (Oster et al, 2013 ; Hall et al, 2015) ou de la peur (Chapple et al., 2008 ; Smith et al, 2016). Les médecins généralistes interrogés ont également insisté sur le fait que les patients aient besoin d'être encouragés, certains attendant plusieurs relances de leur médecin avant de passer à l'action. L'importance de l'influence du médecin se retrouve dans les travaux de Garcia et al. (2011), de Green et al. (2017), ou encore dans ceux de Todorov, Wilson, Sharplin, & Corsini (2017).

Un résultat important concerne le tabou que semble représenter le cancer colorectal pour les patients, et qui est identifié par les médecins. Ce tabou a notamment été mentionné dans les recherches de Reeder (2011) et d'Hall et al. (2015). Une thèse de médecine menée en France (Gaudin, 2013) a étudié ce phénomène de non-dit en consultation, et a révélé qu'il intervient particulièrement dans le cas où le patient craint certaines maladies graves telles que le cancer. Par exemple, les patients auraient tendance à se concentrer sur les symptômes qu'ils ressentent en évitant de mentionner le cancer car celui-ci les renverrait à une peur de la mort, se manifestant par un non-dit. Il est possible que l'évocation du cancer colorectal renvoie à cette crainte. Nous pouvons également l'interpréter comme un tabou relatif à la manipulation des selles nécessaire à la réalisation du dépistage. Gaudin (2013), a également identifié ce tabou relatif aux matières

fécales. Le cancer colorectal associant la peur du cancer et le tabou autour des selles, il représente donc quelque chose de particulièrement difficile à exprimer pour le patient. Dans le cadre de la présente recherche nous interprétons ce tabou et ce non-dit comme l'existence d'une zone de tension révélée par l'étude des représentations sociales.

Par ailleurs, bien que les médecins généralistes puissent identifier certains éléments pouvant freiner la participation de leurs patients au dépistage du cancer colorectal, ils ne semblent pas en parler directement à leurs patients. Par exemple, ils ne paraissent pas aborder le sujet du tabou avec leurs patients, qu'ils ont pourtant cité comme étant un frein. De même, il est probable que les patients ne demandent pas de renseignements sur ce qui les gêne réellement dans la réalisation pratique du dépistage. Notre démarche compréhensive a en outre révélé l'existence d'un système organisé, permettant de justifier la non-recommandation de dépistage de la part des médecins généralistes, celle-ci étant principalement basée sur des éléments non maîtrisables (par exemple : le manque de temps).

De plus, les résultats de cette étude confirment divers travaux de la littérature menés auprès de médecins généralistes et soulignant les difficultés organisationnelles qu'ils peuvent rencontrer, à savoir un manque de temps lors de la consultation (Aubin Auger et al., 2008; García et al., 2011b; Goulaouic, 2013; Scherer, 2011), des lourdeurs administratives (Caste & Casanova, 2010; Scherer, 2011) et le fait qu'il n'existe pas de consultation dédiée à la prévention (Goulaouic, 2013; Oudovenko, 2012). Ces difficultés constituent des freins importants à la recommandation du dépistage pour les médecins. Par ailleurs, une autre étude portant sur le dépistage du cancer du col de l'utérus (Badet-Phan et al., 2012) a mis en évidence l'organisation du système de santé et la rémunération comme des obstacles, résultats qui apparaissent également dans notre corpus.

Concernant la relation médecin-patient, les résultats de la présente recherche indiquent que bien que l'on note une pluralité de discours sur l'utilité du dépistage, les médecins ne semblent pas changer d'argumentaire en fonction des patients. Par ailleurs, l'analyse lexicométrique a révélé la présence d'un discours dédié aux explications techniques du test (représenté par les classes 4 et 5). Ces résultats corroborent les recherches menées dans le contexte français. L'étude menée par Aubin-Auger et al. (2013) a analysé le contenu des interactions entre médecin et patient lors de la recommandation d'un test de dépistage du cancer colorectal. Les résultats ont révélé que ces échanges n'étaient pas menés dans le cadre d'une approche centrée sur le patient. En effet, les échanges étaient principalement orientés vers des explications techniques concernant la réalisation du test. De même, l'étude de Le Breton et al.

(2012) conclue également à la nécessité de prendre en compte les caractéristiques spécifiques des patients, c'est-à-dire leur profil sociodémographique (sexe, âge, niveau socio-économique).

Concernant le nouveau test immunologique, malgré le manque d'informations des participants interrogés, il est généralement jugé plus sensible, plus spécifique et plus fiable par la communauté médicale¹⁴. Cela pourrait sans doute lever certains freins à sa réalisation, ce qui pourrait améliorer son acceptabilité. A ce propos, l'étude de Chambers et al. (2016), réalisée en Ecosse, et celle de Deutekom et al. (2010), réalisée aux Pays-Bas, ont conclu que le test immunologique bénéficiait d'une meilleure image que l'ancien test et engendrait de ce fait un meilleur taux de participation. Pour autant, les difficultés d'ordre organisationnelles rencontrées par les médecins français ne semblent pas être relatives au test de dépistage utilisé.

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

L'analyse des entretiens a permis de dégager une problématique plus globale liée au dépistage, en analysant la place du médecin généraliste et ses interactions avec les différents acteurs concernés par le dépistage. Il ressort de notre analyse que les médecins généralistes ont des difficultés à suivre les recommandations des instances de santé concernant le dépistage. Certains travaux français, qui se sont intéressés aux raisons pour lesquelles les médecins ne suivent pas les recommandations, (*i.e.* pour le diabète de type 2), ont également montré le décalage existant entre la connaissance de ces recommandations et la difficulté à les mettre réellement en place. Les auteurs ont souligné la difficulté éprouvée par les médecins généralistes à faire le lien entre des actes techniques codifiés et la dimension relationnelle qu'ils entretiennent avec leurs patients. La même problématique est retrouvée dans la présente étude sur le dépistage du cancer colorectal : les médecins interrogés pensent qu'ils ne peuvent tenir le rôle qu'ils devraient, en théorie et selon les instances de santé, avoir dans le dépistage. A ce propos, une étude française (Laure & Trépos, 2006) a étudié les représentations des recommandations chez les médecins généralistes et les résultats ont souligné la difficulté pour ces derniers de faire remonter d'éventuelles suggestions aux instances de santé à la suite des problèmes rencontrés au cours de leur pratique. Les recommandations adressées aux médecins sont très souvent perçues comme étant à sens unique, sans possibilité de les améliorer pour les rendre davantage compatibles avec la pratique de terrain. En ce sens, les résultats apportés sur les stratégies

¹⁴ L'essentiel sur le test immunologique - Dépistage du cancer colorectal | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/L-essentiel-sur-le-test-immunologique>

déployées par certains médecins pour faire passer l'idée du test à leur patientèle constituent des outils clés d'interventions potentielles auprès des médecins généralistes.

D'après nos résultats, il peut être difficile pour le médecin généraliste de tenir la place qui lui revient dans le circuit du dépistage organisé du cancer colorectal, de par les différents liens qu'il entretient avec les acteurs en jeu. Plus précisément, le médecin est en lien distant avec les instances de santé comme l'Institut National du Cancer ou la Haute Autorité de Santé, qui diffusent des recommandations de bonnes pratiques sans pour autant que le discours soit nécessairement adapté aux médecins généralistes et à leur organisation de travail. Par ailleurs, le médecin a des liens directs avec la structure de dépistage de son département. Les médecins interrogés évaluent positivement le lien avec leur structure et la voient globalement comme une aide, notamment grâce à l'envoi des courriers d'invitations à se faire dépister. Le lien le plus direct est celui qui unit le médecin à ses patients, puisqu'une relation thérapeutique est mise en place. Ainsi, le médecin va recevoir les retours et les attentes de ses patients par rapport au dépistage, qu'ils soient positifs ou négatifs, puisqu'il représente un interlocuteur privilégié pour le patient. Enfin, le médecin est également en lien avec les structures qui gèrent la rémunération comme la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Ces structures apparaissent dans certains entretiens comme évaluées négativement, de par la pression financière qu'elles peuvent exercer si les médecins ne se soumettent pas à des protocoles qu'ils jugent pourtant inadaptés (par exemple : la cotation de la rémunération sur objectifs de santé publique). La figure 14 illustre les liens entre le médecin généraliste et les acteurs impliqués dans le dépistage.

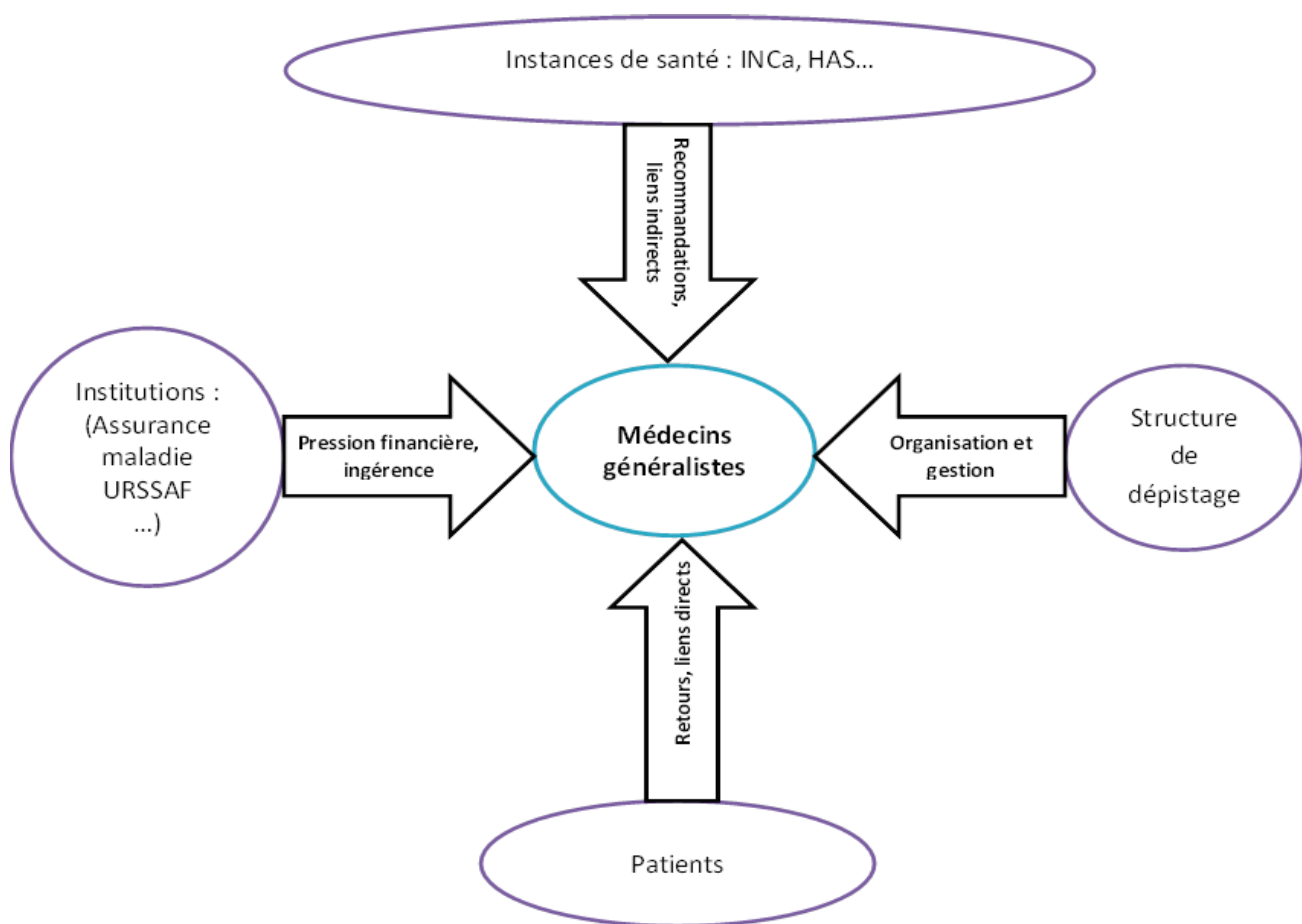


Figure 14 - Les liens entre les médecins généralistes et les différents acteurs impliqués dans le dépistage du cancer colorectal

Par ailleurs, l'analyse lexicométrique a révélé une pluralité des discours : d'un côté, un discours se situant à un niveau sociétal, s'ancrant dans la description de pratiques médicales recommandées par les instances de santé au niveau national, et de l'autre un discours plus local (c'est-à-dire plus interindividuel, relevant des échanges entre le médecin et son patient), mettant en scène le patient comme acteur du dépistage et source de dialogue. Nous pouvons supposer que les médecins généralistes peuvent alterner ces deux niveaux de perspectives en fonction du contexte, et ce, afin d'adapter des pratiques théoriques à la réalité du terrain. Cela confirme les difficultés soulevées dans l'analyse de contenu thématique. L'analyse a, en outre, révélé des différences en termes de données socio-démographiques. Plus précisément, les femmes et les médecins travaillant en ville semblent axer leur argumentaire sur un discours assez théorique à propos du dépistage et sur un discours axé sur le dialogue avec les patients dans le cadre du dépistage. Les hommes et les médecins travaillant en milieu semi-urbain, quant à eux, semblent alterner entre un discours orienté vers la santé publique, élargi aux autres dépistages, et un

discours focalisé sur la description d'une recommandation de dépistage lors d'une consultation. D'après une recherche française, les différences de genre entre médecins et patients peuvent avoir un impact sur la qualité des conseils de prévention donnés au patients (Schieber et al., 2014). De même, une étude réalisée aux Pays-Bas a montré que les médecins généralistes de sexe féminin passeraient plus de temps avec leurs patients que les médecins hommes (Bensing, van den Brink-Muinen, & de Bakker, 1993). Cela pourrait expliquer que les médecins femmes de notre étude soient davantage tournées vers le dialogue avec les patients par rapport aux médecins hommes. Concernant les différences liées au milieu d'exercice, Youssef (2015) a démontré que les médecins généralistes français exerçant au milieu urbain réalisaient plus de consultations préventives que les médecins exerçant en milieu rural. Nous pouvons supposer que les médecins généralistes étant moins nombreux à exercer en milieu rural, ils doivent gérer plus de patients que ceux des milieux urbains et donc auraient moins de temps à consacrer aux dialogues relatifs à la prévention ou au dépistage. Comme cela semble être le cas dans nos résultats, les médecins travaillant en milieu semi-urbain se focaliseraient davantage sur la recommandation du dépistage en tant que telle et non sur un échange plus poussé avec les patients.

3. Perspectives et ouverture théorique

En considérant l'individu en interaction avec son environnement social et en se centrant sur le discours des médecins généralistes, nous avons pu dégager les problématiques les plus prégnantes dans les discours et ainsi analyser les représentations des médecins de leur place spécifique dans le circuit du dépistage. Ceux-ci semblent se représenter comme des acteurs de recommandation et de distribution du test, bien qu'ils éprouvent des difficultés à trouver le temps nécessaire pour effectuer ces actes. D'après nos résultats, nous pouvons supposer que bien que le nouveau test immunologique devrait sans doute être mieux accepté par les patients puisqu'il est censé être plus simple d'utilisation et moins contraignant, cela ne changera pas nécessairement les difficultés que les médecins généralistes rencontrent au quotidien.

Dans une perspective purement théorique, et afin de dépasser le cadre de la TRS, nous pouvons souligner la concordance entre les freins au dépistage cités par les médecins concernant leurs patients et certains concepts évoqués dans notre partie théorique. En ce sens, les médecins mentionnent le fait que certains patients sont réfractaires à toute forme de prévention. Il nous semble ici que le concept d'attitudes, inclus dans la TCP, est sous-jacent. De plus, nos résultats ont mis en avant l'influence des médecins généralistes sur la participation au dépistage de leurs patients, et notamment un besoin excessif d'être encouragé pour arriver à une motivation

suffisante. Nous retrouvons ici les concepts théoriques de normes sociales, de contrôle perçu et d'intention développés dans la TCP. Enfin, d'autres freins renvoient aux émotions : la peur et l'angoisse ressenties, ou encore le dégoût des selles.

4. Limites et forces de l'étude

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

5. Conclusion

Cette étude a permis de mieux appréhender les représentations du contexte social et sanitaire de déploiement du nouveau test immunologique en se focalisant sur le vécu des médecins généralistes, acteurs majeurs dans la mise en place de ce dépistage. Les résultats ont révélé un manque d'informations important concernant l'arrivée du nouveau test immunologique, mais également l'existence de problèmes relatifs à la gestion des nombreuses tâches qui incombent aux médecins généralistes.

Les conclusions de cette première étude suscitent quelques interrogations et pistes de réflexion, qui nécessitent d'être explorées plus finement : les médecins généralistes ont-ils bien cerné les causes de la faible participation de leurs patients au dépistage du cancer colorectal ? Quelles attentes les patients ont-ils envers eux ? Et quelle importance accordent-ils aux

recommandations de leurs médecins généralistes ? Après avoir identifié dans quel contexte la recommandation du dépistage du cancer colorectal prenait place, il convient désormais de compléter notre recherche en interrogeant le public ciblé par le dépistage : la population générale de 50 à 74 ans.

RESUME DE L'ETUDE 1

Objectifs : Identifier les représentations du dépistage organisé du cancer colorectal et les enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique auprès des médecins généralistes.

Méthodologie : Etude qualitative par entretiens semi-directifs (octobre 2014 à mars 2015).

Thématiques abordées durant les entretiens : le dépistage du cancer colorectal dans la pratique des médecins, les relations avec les patients, l'arrivée du nouveau test immunologique, et les liens entre les médecins généralistes et les instances de santé.

Population : 17 médecins généralistes travaillant dans le secteur de Montpellier (10 hommes et 7 femmes, milieu urbain ou semi-urbain), âge moyen : 52 ans (écart-type : 8,33).

Principaux résultats : La plupart des médecins ont déclaré aborder le dépistage du cancer colorectal rapidement en fin de consultation, en même temps que la mammographie ou le frottis. Certains n'en parlaient que si le patient abordait le sujet en présentant son courrier d'invitation à se faire dépister. En effet, les patients semblent venir avec plusieurs motifs de consultation, qu'il faut gérer avant de pouvoir aborder le sujet du dépistage. Selon les médecins interrogés, le test utilisé au moment des passations (Hémocult II) semblait peu acceptable pour les patients bien qu'il paraisse simple d'utilisation. La majorité des médecins n'avaient eu que très peu d'informations sur le nouveau test, ils n'avaient donc pas d'attentes particulières envers celui-ci. L'analyse a révélé une incohérence entre le rôle que les médecins pensent devoir jouer auprès des patients dans la prévention et le dépistage, et la réalité de leur pratique qui ne leur laisse que peu de temps à y consacrer. Devoir choisir entre différents types de prévention est un regret souvent exprimé par les médecins. La mise en place d'une consultation dédiée à la prévention serait fortement souhaitée.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en lumière un manque d'informations important concernant l'arrivée du nouveau test immunologique, ainsi que des problèmes relatifs à la gestion des nombreuses tâches qui incombent aux médecins.

ETUDE 2 : QUELLES SONT LES REPRESENTATIONS SOCIALES DU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ? UNE ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPS.

I. Rappel du contexte

Dans les développements précédents, nous avons identifié et cité un certain nombre d'articles publiés sur la problématique de la participation au dépistage du cancer colorectal. Pour rappel, nous avons extrait de ces articles certaines variables ayant une influence sur l'adhésion au dépistage : des attitudes ou des émotions négatives (Smith et al., 2016; Woodrow, Watson, Rozmovits, Parker, & Austoker, 2008), un manque de temps (Aubin-Auger et al., 2011), un manque de sensibilisation ou de recommandation du médecin (Reeder, 2011; Todorov, Wilson, Sharplin, & Corsini, 2017), ou encore des représentations du cancer colorectal peu enclines à la participation au dépistage, par exemple le fait de ne pas avoir de symptômes (Coronado, Schneider, Sanchez, Petrik, & Green, 2015).

La plupart des recherches réalisées à propos de la participation au dépistage du cancer colorectal sont centrées sur les facteurs associés au comportement de dépistage, mais pas sur les représentations de la population générale envers ce dépistage. Pourtant, une meilleure compréhension des représentations du dépistage pourrait avoir une influence sur l'adoption du comportement de dépistage.

II. Objectifs

Face aux faibles taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal, l'objectif de cette étude était d'identifier les représentations sociales du dépistage organisé du cancer colorectal de la population cible. En nous basant sur la théorie des représentations sociales, et dans la continuité de notre approche compréhensive, nous avons cherché à déterminer de quelle manière est perçu le nouveau test immunologique ainsi que les éléments venant freiner ou au contraire encourager la participation au dépistage.

En accord avec les articles de la littérature présentés dans la partie théorique, nous nous intéresserons particulièrement aux représentations relatives au cancer colorectal et à la réalisation pratique du test. De plus, pour faire écho à notre première étude, nous évaluerons la manière dont les participants perçoivent les médecins généralistes et plus particulièrement le rôle de ces derniers dans le circuit du dépistage. Enfin, nous chercherons également à déterminer de quelle

façon sont perçues les campagnes de sensibilisation visant à promouvoir le dépistage, et plus largement aux mécanismes pouvant entrer en jeu dans la sensibilisation des participants.

III. Méthodologie

1. Intérêts des focus groups

La mise en place de focus groups constitue une technique particulièrement adaptée pour étudier des phénomènes psychosociaux. Cette méthode consiste à réunir un petit nombre de participants afin de les faire discuter entre eux sur différents supports qui leur sont présentés. Elle apparaît tout à fait pertinente pour l'étude des comportements de santé puisqu'elle permet, grâce à l'interaction des participants, d'accéder au registre représentationnel et de dépasser le simple avis individuel. Plus précisément, cet outil est l'occasion d'observer les interactions entre les participants et la manière dont ils créent des significations de sens commun, et donc de saisir ce qui fait sens pour eux. Les focus groups ont pour avantage de permettre aux participants de confronter leurs points de vue et donc d'avoir accès à la co-construction de leur raisonnement (Kitzinger, Markova, & Kalampalikis, 2004).

2. Description des supports utilisés

L'animation des focus groups a été construite sur la base de 5 thématiques, chacune correspondant à un support, avec un temps prévu pour chaque thème (voir grille d'animation en annexe 3), et réparties sur une durée maximale de 2h.

- Le premier support portait sur les représentations des participants à propos du cancer colorectal. Il était demandé aux participants d'écrire les trois premiers mots ou expressions qui leur venaient à l'esprit à l'évocation des termes « cancer colorectal ». Puis, les participants devaient échanger leurs productions et commenter celle de leur voisin. Une discussion était alors provoquée, ce premier support permettant de « briser la glace » entre les participants mais aussi d'évaluer leur niveau de connaissance et leurs représentations spontanées.
- Le second support portait sur les connaissances des participants vis-à-vis des facteurs de risque et des conséquences du cancer colorectal. Un témoignage vidéo était présenté aux participants, mettant en scène un homme et une femme racontant leurs expériences respectives. Tous deux avaient eu un cancer colorectal et parlaient de l'annonce de la

maladie, de leurs réactions suite à cette annonce et des conséquences sur leur vie quotidienne. L'objectif de ce support était d'amener les participants à échanger sur leur sentiment de vulnérabilité face à ce cancer, ainsi que sur les conséquences de cette maladie à court et à long terme.

- Le troisième support était consacré au dépistage du cancer colorectal. L'animatrice distribuait aux participants la lettre d'invitation à se faire dépister envoyée par la structure de dépistage et leur demandait de commenter leurs réactions face à ce courrier. Puis, le mode d'emploi du test Hémoccult II (ancien test) ainsi que le mode d'emploi du nouveau test immunologique étaient distribués aux participants. Le but de ce support était d'orienter la discussion sur la réalisation pratique des tests, les différences entre les deux tests, les éventuelles difficultés rencontrées par les participants et enfin leur intention de le réaliser ou non.
- Le quatrième support portait sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage. Il était organisé sous la forme d'un jeu : les participants recevaient 12 fiches cartonnées sur lesquelles étaient écrites différentes affirmations concernant le médecin généraliste en rapport avec le dépistage. Par exemple, ces affirmations pouvaient être: « Tenter de convaincre les patients qui ne veulent pas faire le test de dépistage » ou « Envoyer le courrier d'invitation à se faire dépister ». La tâche de participants était de classer ces 12 propositions dans deux catégories : « C'est le rôle de médecin généraliste » ou « Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste ». Ils devaient réaliser la tâche ensemble et parvenir à un consensus pour réussir l'exercice. L'objectif de ce support était de saisir la manière dont les participants parlaient de leur médecin généraliste, ce qu'il pouvait représenter pour eux, et surtout quel rôle était attribué au médecin dans le dépistage du cancer colorectal.
- Enfin, le cinquième et dernier support consistait à commenter des affiches de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal. Les affiches présentées étaient de vraies affiches, plus ou moins récentes, la plupart ayant été utilisées dans le cadre des campagnes annuelles de Mars Bleu. L'animatrice recueillait l'opinion des participants sur ce qui attirait ou non leur attention, mais aussi sur les affiches que les participants se souvenaient avoir déjà vues. L'objectif était d'évaluer l'impact que peuvent avoir les campagnes de sensibilisation sur les participants, et plus précisément d'examiner la manière dont ils recevaient les informations présentées sur les affiches.

A l'issue des focus groups, un questionnaire sociodémographique était rempli par chaque participant (annexe 4).

3. Caractéristiques de la population

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être dans la tranche d'âge du dépistage organisé du cancer colorectal (entre 50 et 74 ans), résider dans la ville de Montpellier (en raison de l'organisation des focus group qui nécessitait que les participants se déplacent), et être enregistré dans le listing de la structure de dépistage. Les personnes présentant un risque élevé de développer un cancer colorectal ont été exclues.

4. Recrutement des participants

Les participants ont été invités par la structure de dépistage de l'Hérault (Dépistages 34) à participer à une enquête par focus group. L'échantillon a été sélectionné de manière aléatoire (au sein d'une population habitant dans Montpellier et son agglomération), par un tirage au sort informatique dans le listing de la structure de dépistage. Un total de 700 invitations a été envoyé entre les mois de février et avril 2016. Plus précisément, une première vague de 400 invitations a été envoyée en février puis, en raison d'un taux de réponse trop faible, une seconde vague de 300 invitations a été envoyée en avril. Un coupon réponse était fourni avec l'invitation, et 45 volontaires ont répondu favorablement. Sur ces 45 volontaires, un échantillon final de 29 participants a pris part à l'étude (voir figure 15). Les focus groups ont été menés jusqu'à saturation des données.

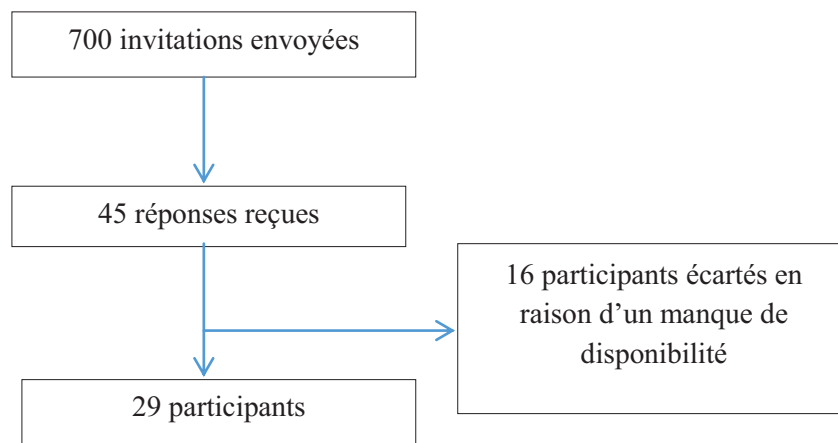


Figure 15 - Taux de retour des participants

La recherche a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes (n° RO – 2015/22), et par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL n°916220). Les documents

relatifs à ces déclarations sont consultables en annexes 5 et 6. Un formulaire de consentement a été signé par chaque participant (annexe 7).

5. Récolte des données

Six focus groups ont été organisés. Ils ont été menés par deux chercheurs (une animatrice et un assistant, doctorant en psychologie). Les focus groups se sont déroulés entre les mois d'avril et de juin 2016, au sein du département de prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier ou au sein du laboratoire Epsilon de l'Université Paul Valéry (Montpellier 3). Tous les focus groups ont été enregistrés et filmés, après avoir obtenu l'accord des participants (annexe 7).

Les focus groups ont été retranscrits à partir des enregistrements audio et vidéo. Une analyse de contenu thématique a ensuite été effectuée avec le logiciel NVivo (NVivo QSR International version 8). En parallèle, une analyse spécifique sur les associations de mots a été effectuée. Puis, une analyse d'interaction a été réalisée, ainsi qu'une analyse lexicométrique avec le logiciel IRaMuTeQ (version 7.2).

6. Analyses des données

Comme pour des entretiens (voir étude 1), il est d'usage d'utiliser l'analyse de contenu thématique afin de traiter les données issues des focus groups. Le corpus des focus groups a donc été analysé dans son intégralité. Néanmoins, nous précisons que l'analyse de contenu présentée dans les développements suivants a été orientée sur la problématique de notre travail de thèse, nous ne présenterons donc que les résultats nous paraissant pertinents dans ce cadre. De même, tout comme pour l'étude 1, notre analyse a été basée sur la TRS, en adoptant une démarche compréhensive (Charmillot & Seferdjeli, 2002). Ceci étant, le recueil par focus group permet d'obtenir un matériau riche et nous postulons que se limiter à une seule analyse ne permet pas de l'exploiter en profondeur. Nous avons donc réalisé plusieurs types d'analyse : une analyse d'associations de mots (tâche spécifique incluse dans les focus groups), qui consiste à évaluer les mots les plus spontanément cités par les participants à l'évocation des mots « dépistage du cancer colorectal » ; une analyse de contenu thématique, incluant une analyse des représentations sociales du dépistage et du cancer colorectal, ainsi qu'une analyse centrée sur les freins et facilitateurs ; une analyse lexicométrique de type Alceste (nous renvoyons le lecteur à l'étude 1 pour plus de détails sur les caractéristiques de cette analyse) et pour finir une analyse d'interaction (analyse centrée sur les échanges entre les participants ainsi que sur leurs prises de

parole). Plus précisément, l'analyse d'interaction s'intéresse à la manière dont les participants échangent leurs points de vue, les mécanismes les conduisant à exprimer des divergences ou des convergences, la création de normes, ou encore la construction d'un consensus (Blanchet & Trognon, 1994; Grønkjær, Curtis, Crespigny, & Delmar, 2011). Dans cette perspective, nous développerons les éléments suivants : les supports les plus investis, la confrontation des représentations, le phénomène d'ambivalence, les effets d'influence et de normes mais aussi les formes d'expression du savoir profane. Enfin, nous poursuivrons l'analyse du discours des participants en fonction des niveaux d'analyses de Doise (1986), débutée dans notre première étude.

IV. Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon était composé de 29 participants, dont 16 hommes et 13 femmes, avec un âge moyen de 61,6 ans. La plupart des participants était mariés ou en couple (62%), retraités (51,7%), et avaient déjà réalisé un test de dépistage pour le cancer colorectal (96%), soit avec le test Hémocult, soit avec le test immunologique, soit par coloscopie. Il est intéressant de noter que 16 participants (sur 29) connaissaient quelqu'un souffrant ou ayant souffert d'un cancer colorectal. Les caractéristiques détaillées des participants sont présentées dans le tableau 13. La saturation des données est apparue au bout de 6 focus groups. Chaque groupe incluait entre 4 et 6 participants. Tous les focus groups ont duré deux heures.

Tableau 13.
Caractéristiques de l'échantillon

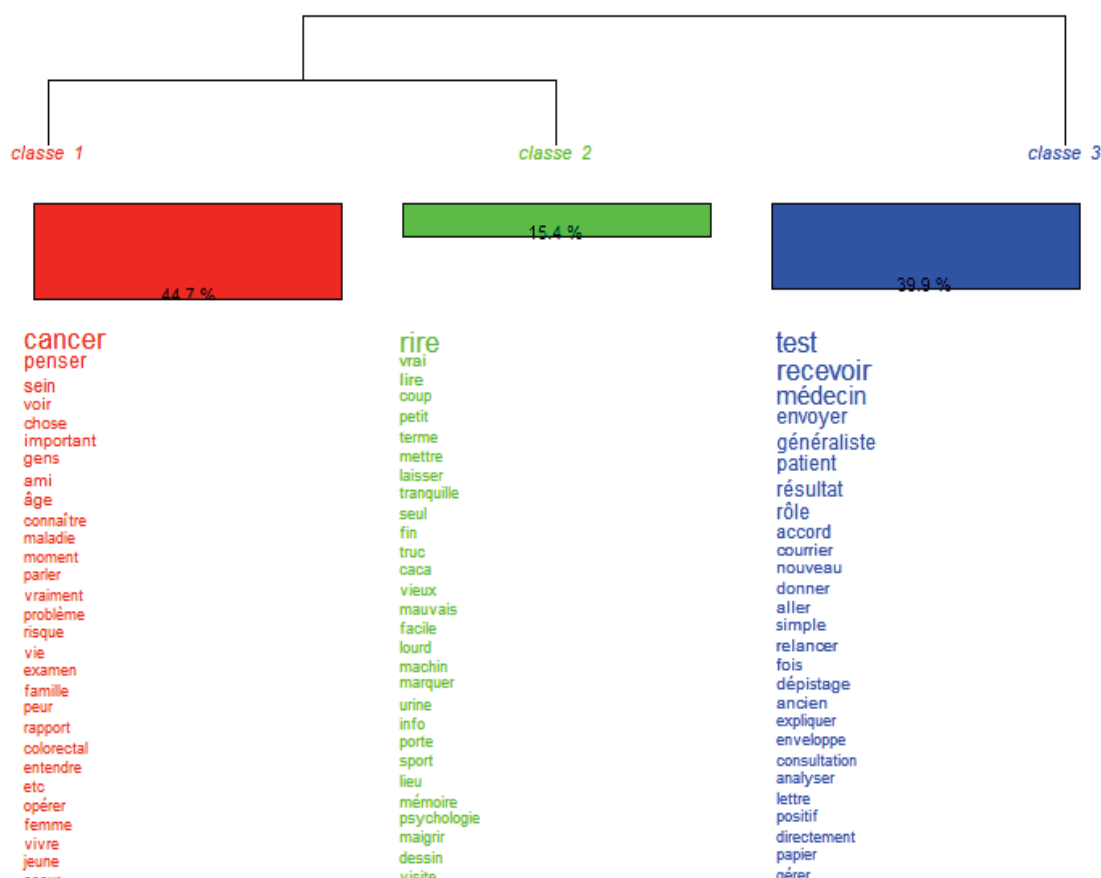
	Hommes n = 13	Femmes n = 16	Total n = 29
Age moyen	62.8 (6.7)	60.5 (5.4)	61.6 (6)
Situation familiale			
Marié(e) en couple	9	9	18
Célibataire	2	2	4
Divorcé(e)/Séparé(e)	1	4	5
Veuf/Veuve	1	1	2
Catégorie socio-professionnelle			
Cadre	3	0	3
Prof. intermédiaire	0	1	1
Prof. libérale	1	3	4
Employé	0	2	2
Retraité	8	7	15
Sans emploi	1	3	4
Profession dans le domaine de la santé	1	3	4
Suivi par un médecin traitant	12	16	28*
Antécédents personnels de cancer colorectal	0	0	0*
Antécédents familiaux de cancer colorectal	3	4	7*
S'est déjà fait dépister	12	15	28*
Par Hémo occult II	11	11	22*
Par Test immunologique	3	11	14*
Par coloscopie	2	5	7*
Connaît une/des personne(s) souffrant de cancer colorectal	6	10	16*

*un participant n'est pas inclus en raison de données manquantes (homme)

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé l'analyse lexicométrique dans le but d'identifier l'influence potentielle de certaines variables sociodémographiques dans le discours des participants. Plus précisément, les variables suivantes ont été codées : sexe, âge, situation familiale, catégorie socioprofessionnelle, profession exercée dans le domaine de la santé ou non, antécédents personnels et familiaux de cancer, comportement antérieur de dépistage, type de test de dépistage réalisé, connaissance ou non de personnes atteintes d'un cancer colorectal, sources d'informations en santé privilégiées. Nous avons ainsi cherché à mettre en évidence une diversité de mondes lexicaux selon les caractéristiques des participants.

L'analyse de classification hiérarchique conservée ici pour ses qualités de stabilité statistique a révélé l'existence de trois classes différentes (c'est-à-dire trois types de discours différents). La figure 16 illustre le contenu de ces trois classes. Nous allons à présent décrire ces trois classes et les profils de participants représentatifs de chacune de ces classes.

Figure 16 - Dendrogramme de la classification hiérarchique du corpus (logiciel IRaMuTeQ)



Classe 1 : Risque d'avoir un cancer et lien avec l'entourage :

La première classe regroupe 44,7% du corpus analysé. Elle est la classe la plus volumineuse et se caractérise par les termes « cancer », « sein », « important », « gens », « amis », « vie », « risque », « peur », « concerner »... Ainsi, elle ne semble pas se restreindre à la thématique du dépistage du cancer colorectal (avec une référence au cancer du sein), et au-delà du dépistage, nous pouvons noter des références au risque d'avoir un cancer, à la peur, mais aussi à l'entourage. Nous constatons que cette classe est représentée particulièrement par les femmes, les personnes les plus jeunes, et les personnes mariées (ou vivant maritalement). En outre, les personnes connaissant une ou plusieurs personnes ayant un cancer colorectal sont également très présentes dans cette classe. Concernant les pratiques de dépistage, il s'avère que les personnes ayant déjà eu un dépistage par coloscopie sont représentatives de la classe 1. Enfin, les personnes se tournant vers des sources d'informations « expertes », comme le médecin généraliste ou le

médecin spécialiste (et non vers d'autres sources telles que la télévision ou la radio) font également partie de cette première classe.

Nous pouvons donc conclure que cette classe regroupe des participants particulièrement sensibilisés à la problématique du cancer, non réticents au dépistage et pour qui l'entourage a de l'importance.

Classe 2 : Les contraintes du dépistage :

La seconde classe regroupe 15,4% du corpus analysé. Il s'agit de la classe la plus faible. Cette classe est caractérisée par les termes : « *pires* », « *laisser* », « *tranquille* », « *seul* », « *truc* », « *caca* », « *vieux* », « *mauvais* », « *machin* », « *lourd* », « *embêtant* »... Ces termes semblent représenter les gênes relatives au dépistage du cancer colorectal, autrement dit les freins au dépistage. Nous retrouvons ici des références à l'aspect peu pratique du test (sans doute l'ancien test : « *vieux* »), qui nécessite de prélever un échantillon de selles (« *caca* »), mais aussi une référence à la solitude (« *seul* »), et enfin un recours à l'humour (qui peut être interprété ici comme un moyen de prendre de la distance). Cette classe est particulièrement représentée par les participants les plus jeunes, les participants divorcés (ou séparés), ceux qui n'ont jamais réalisé de test de dépistage par Hémocult, les personnes qui ne connaissaient pas de malades du cancer colorectal, et enfin les participants exerçant une profession libérale.

Nous pouvons conclure que cette classe regroupe les personnes peu enclines au dépistage et peu sensibilisées, se focalisant sur les contraintes du dépistage. Enfin, les termes utilisés dans cette classe pour désigner le kit de dépistage (« *truc* », « *machin* ») paraissent refléter la non-appropriation de ce dépistage. Pour aller plus loin, si nous nous référons à la théorie des représentations sociales, il s'agirait d'un ancrage non effectué par les participants.

Classe 3 : Les étapes pratiques du dépistage :

La troisième classe regroupe 39,9% du corpus analysé. Elle est caractérisée par les termes : « *test* », « *recevoir* », « *médecin* », « *envoyer* », « *généraliste* », « *patient* », « *résultat* », « *rôle* », « *accord* », « *courrier* »... Ces mots semblent renvoyer à une description assez pragmatique du dépistage et des différentes étapes à réaliser : recevoir le courrier d'invitation, aller récupérer le kit de dépistage chez le médecin généraliste, faire le test, recevoir le résultat. Cette classe est particulièrement représentée par les hommes, les participants les plus âgés, les retraités, les personnes exerçant une profession intermédiaire et les personnes exerçant ou ayant exercé une profession dans le domaine de la santé. Concernant les pratiques de dépistage, les

participants représentatifs de cette classe ont déjà été dépistés avec le test Hémocult et/ou immunologique, mais n'ont jamais réalisé de coloscopie. Enfin, les participants connaissant des malades de cancer colorectal et les personnes se tournant vers des sources d'informations diverses telles que le pharmacien, la télévision ou la radio, mais pas vers les médecins (généralistes ou spécialistes), sont regroupés dans cette classe.

Nous pouvons conclure que cette classe regroupe des personnes inscrites depuis un certain temps dans le circuit du dépistage et enclines à y participer. Ces personnes semblent particulièrement sensibilisées (elles connaissent des malades mais certaines ont également exercé une profession dans le domaine de la santé).

En résumé :

Classe 1 : Risque d'avoir un cancer et lien avec l'entourage

- Discours porté sur : le cancer en général, la perception du risque, les émotions qui en découlent et l'aspect relationnel (référence à l'entourage et aux « amis »).
- Participants représentés : les femmes, les plus jeunes, les participants mariés ou en couple, ayant déjà réalisé un dépistage par coloscopie, connaissant des malades du cancer colorectal, les participants ayant tendance à se tourner vers des sources d'informations « expertes ».

Classe 2 : Les contraintes du dépistage

- Discours porté sur : les aspects négatifs du dépistage, le prélèvement de selles, recours à des termes « passe-partout » pour désigner le kit de dépistage (« machin », « truc »).
- Participants représentés : les plus jeunes, les divorcés (ou séparés), ayant une profession libérale, n'ayant jamais réalisé un dépistage par Hémocult, et ne connaissant personne souffrant de cancer colorectal.

Classe 3 : Les étapes du dépistage

- Discours porté sur : la description pragmatique du dépistage, faisant ressortir les différentes étapes menant à la réalisation concrète de celui-ci (« recevoir », « médecin »).
- Participants représentés : les hommes, les plus âgés, retraités ou profession intermédiaires, exerçant ou ayant exercé une profession dans le domaine de la santé, participant au dépistage (avec Hémocult ou avec le test immunologique mais pas par coloscopie), connaissant des personnes souffrant de cancer colorectal, et ayant tendance à se tourner vers des sources d'informations variées (pharmacien ou télévision mais pas médecins).

A la suite de cette première analyse, nous avons pu identifier certaines différences de discours, qui s'expriment notamment selon le statut de dépistage des participants. Autrement dit, les personnes non dépistées auraient tendance à ne pas orienter leur discours de la même manière que les personnes qui participent au dépistage. Au-delà des caractéristiques des participants, il convient de s'intéresser plus en détail au contenu des échanges qui ont eu lieu durant les focus groups, et aux représentations qu'ils ont pu développer à propos du dépistage du cancer colorectal.

3. Représentations sociales du dépistage du cancer colorectal

3.1. Représentations spontanées exprimées par les participants

Au début de chaque focus group (dans le but d'éviter toute influence), il a été demandé aux participants d'écrire les trois premiers mots ou expressions qui leur venaient à l'esprit à l'évocation du cancer colorectal. Cette tâche avait pour but d'introduire les focus groups, mais également de saisir les représentations spontanées des participants à propos du dépistage du cancer colorectal. La figure 16 représente l'occurrence des mots : plus un mot apparaît en gros, plus il a été cité. Comme nous pouvons le voir dans la figure 17, le mot le plus fréquemment cité est « maladie » (8 occurrences). Sans surprise, les mots « dépistage » (5 occurrences), « cancer » (5 occurrences), et « prévention » (4 occurrences) sont également des mots fréquemment cités. D'autres mots liés aux conséquences du cancer colorectal et aux traitements ont été moins cités par les participants : « hôpital » (3 occurrences), « opération » (2 occurrences), « chimiothérapie » (3 occurrences), et « anus artificiel » (2 occurrences). Par ailleurs, la localisation du cancer colorectal est évoquée par les mots « intestins » (3 occurrences) et « côlon » (2 occurrences). Nous pouvons également remarquer que certains participants ont fait référence à leurs expériences vécues en lien avec le cancer colorectal, à travers des mots comme « amis » (2 occurrences) et « courant » (3 occurrences). Enfin, certains mots cités sont apparus comme étant en opposition : d'un côté, les mots « guérison » et « curable » (3 occurrences), de l'autre, les mots « mortel » et « fatal » (4 occurrences).



Figure 17- Nuage de mots de la tâche d'association de mots

De manière générale, les focus groups ont suscité de nombreuses interrogations entre les participants concernant le cancer colorectal, notamment à propos de sa localisation et des particularités de cette partie de l'anatomie, des symptômes associés et de leurs évolutions. Ces questions ont amené les participants à formuler des réponses basées sur leurs représentations. Globalement, les participants ont semblé considérer le cancer colorectal comme une maladie grave, qu'ils ont lié à l'évocation de la peur et de la mort. Néanmoins, le cancer colorectal était perçu comme un cancer guérissable. Les conséquences de la maladie et des dispositifs médicaux, ainsi que leur impact délétère sur la qualité de vie (perte d'autonomie, souffrance, appauvrissement de la vie sociale...) ont été des éléments particulièrement discutés durant les focus groups. Pour plus de détails (notamment des citations) sur ces premiers éléments représentationnels, un tableau récapitulatif est consultable en annexe 8.

La première étape de notre analyse des représentations sociales a révélé les représentations spontanées des participants concernant le cancer colorectal et le dépistage, ainsi que des éléments de figuration de ce cancer en termes de maladie et de gravité. Nous allons approfondir cet aspect en abordant les données issues de nos focus groups comme des indicateurs de la manière dont se construisent les représentations sociales du dépistage du cancer colorectal.

3.2. Les mécanismes de formation des représentations sociales

3.3.1. L'ancrage : rendre le dépistage familial

Le dépistage du cancer colorectal est souvent évoqué par les participants par analogie avec la mammographie, qui représente un dépistage plus ancien et plus médiatisé que le dépistage du cancer colorectal. Le dépistage du cancer du sein pourrait donc constituer un ancrage pour les femmes dans leurs représentations du dépistage du cancer colorectal, notamment en termes d'institutionnalisation et de gestion du dépistage (ils fonctionnent tous les deux de la même manière). Cependant, il semblerait que le dépistage du cancer colorectal peine à être considéré comme une pratique familière, et particulièrement avant l'âge de 50 ans :

- *après, on a cinquante ans, toute la population n'a pas cinquante ans. Avant cinquante ans, déjà, c'est le truc, on en entendait pas parler (FG4P3, femme, 51 ans)*
- *oui mais on est majoritaire après cinquante ans, vous savez, le papi boom (FG4P2, homme, 62 ans)*
- *maintenant, oui, mais quand j'ai reçu le truc je me suis dit oh allez, encore un truc, cinquante ans... y'a ça, ok, d'accord. Voilà, mais ça m'avait pas effleuré à quarante-neuf, hein » (FG4P3, femme, 51 ans)*

Le nouveau test immunologique, apparaissant comme un nouvel objet, semble être évoqué principalement à travers une comparaison avec l'ancien test, le processus d'ancrage s'effectuerait donc par contraste entre ce qu'était l'ancien test et ce qu'apporte le nouveau test.

« oui j'ai trouvé ça mieux [le nouveau test] parce que c'est en une seule fois les selles, et c'est beaucoup moins contraignant en fait, parce que bon une fois ça va mais sur l'ancien c'était trois fois donc c'était un peu... voilà (rires) » (FG1P7, femme, 65 ans)

Le manque de fiabilité de l'ancien test a en outre pu être confirmé par certains médecins généralistes :

« en plus moi mon médecin m'avait à l'époque expliqué, avec l'ancien test, qu'il était tellement complexe à faire que les trois-quarts des tests revenaient parce qu'ils n'étaient pas analysables, ils n'étaient pas utilisables, et il fallait les refaire. Alors qu'avec ce test-là, il est très facile à faire, et la seule chose à ne pas faire, c'est de le faire en fin de semaine, et de le mettre à la Poste le vendredi ou le samedi » (FG3P5, homme, 63 ans)

Enfin, l'analyse d'interaction a révélé que le test Hémocult pouvait être perçu de manière différente selon les groupes. Par exemple, dans le focus group 3, un consensus s'est formé autour du manque de fiabilité du test Hémocult :

- « Alors est-ce qu'on peut se fier à ce premier test, vraiment ? Est-ce qu'il est fiable ?
(FG3P3, femme, 66 ans)
- non, pour moi il est pas fiable (FG3P2, femme, 68 ans)
- moi j'ai un doute aussi (FG3P3, femme, 66 ans)
- il est fiable à cinquante pourcent pour moi (FG3P2, femme, 68 ans)
- je le fais mais bon j'ai un doute aussi » (FG3P3, femme, 66 ans)

Les représentations consensuelles d'un même objet peuvent néanmoins différer selon les groupes. A l'inverse, le consensus a désigné le test Hémocult comme fiable, comme dans le focus group 5 :

- « ben on a quand même fait confiance en l'ancien test (FG5P1, femme, 60 ans)
- on avait quand même confiance dans l'ancien (FG5P5, femme, 54 ans)
- oui j'espère qu'il y a de bons statisticiens et qu'entre le moment de détection et le moment de déclaration, ils feront le lien pour voir effectivement combien il y a de tests qui ont été faits, qui étaient bons mais qui étaient négatifs. Je pense que c'est dans la règle de l'art de faire des stats. Je sais pas, je suppose qu'il y a ce suivi. » (FG5P6, homme, 68 ans)

3.3.2. L'objectivation : rendre le dépistage concret

Dans notre corpus, le processus d'objectivation se retrouve principalement en termes de sensibilisation au dépistage. Les représentations du cancer colorectal semblent être fortement nourries par les expériences vécues par les participants qui connaissaient, de près ou de loin, des personnes touchées par ce cancer. Ces récits d'expériences ont pris une grande place dans les échanges entre les participants (45 occurrences au total au sein des 6 focus groups). Concernant le dépistage, la communication dans les médias pourrait, comme cela semble être le cas pour le dépistage du cancer du sein, aider à rendre le dépistage plus concret et donc d'une certaine manière plus « faisable » pour la population ciblée. Malheureusement, très peu de participants se souvenaient avoir vu des campagnes de sensibilisation à propos du cancer colorectal.

Par ailleurs, au cours des discussions entre les participants à propos de la faisabilité du nouveau test immunologique, les récits d'expériences personnelles ont été particulièrement prégnants. De ce fait, beaucoup de participants ont manifesté une certaine curiosité vis-à-vis des « techniques » utilisées ou des difficultés rencontrées par les autres lors de la réalisation du test.

- « je sais pas vous, mais moi j'en ai fait deux, et c'était différent (FG6P1, femme, 61 ans)
- le premier y'avait plus de manipulations, si j'ai souvenir, il fallait faire trois jours,
(FG6P5, femme, 58 ans)

- *oui voilà, c'est beaucoup plus simple (FG6P1, femme, 61 ans)*
- *là c'est juste une fois, c'est beaucoup plus simple, c'est vrai, on s'en met pas plein les doigts (rire), (FG6P5, femme, 58 ans)*
- *moi je suis encore resté à l'ancien test (FG6P4, homme, 64 ans)*
- *ah oui ? ben la prochaine fois (rires) (FG6P5, femme, 58 ans)*

Ces échanges ont souvent instauré un sentiment de complicité au sein des groupes, certains participants semblant soulagés que les autres aient les mêmes préoccupations qu'eux :

- *« Je vois qu'on réagit un peu pareil, je sais pas si c'est un truc féminin, c'est pas très hygiénique, quoi (FG6P1, femme, 61 ans)*
- *non, moi j'étais là [elle renifle une feuille], j'espère que ça sent rien ! Le pauvre facteur (rires) » (FG6P5, femme, 58 ans)*

De même, les participants n'ayant jamais fait le nouveau test ont posé beaucoup de questions à ceux qui l'avaient déjà fait :

- *« par contre vous voyez je comprends pas, là [elle lit le mode d'emploi du nouveau test], gratter la surface des selles sur euh... à plusieurs endroits (FG2P4, femme, 59 ans)*
- *parce que si vous voulez les selles vous les récupérez sur cette espèce de papier théoriquement (FG2P2, femme, 68 ans)*
 - *oui (FG2P4, femme, 59 ans)*
- *et après, c'est un peu difficile, effectivement, il faut prendre à plusieurs endroits, ça fait un peu comme un coton-tige (FG2P2, femme, 68 ans)*
- *ah mais d'accord, ça c'est les selles [elle désigne le dessin figurant sur le mode d'emploi du test] ? (FG2P4, femme, 59 ans)*
 - *oui ça c'est les selles (FG2P2, femme, 68 ans)*
 - *ah d'accord ! je me disais c'est un papier... (FG2P4, femme, 59 ans)*
 - *et vous grattez avec cette espèce de truc (FG2P2, femme, 68 ans)*
 - *ouais d'accord j'ai compris » (FG2P4, femme, 59 ans)*

Pour aller plus loin, ce besoin pourrait être dû aux trop rares occasions d'échanger à propos du dépistage du cancer colorectal de manière générale. En effet, cette thématique étant peu présente dans les médias, et les échanges avec le médecin généraliste n'étant que rarement à propos de ce dépistage, les échanges d'expériences vécues pourraient venir compenser ce manque.

4. Les principaux freins et facilitateurs de la participation au dépistage du cancer colorectal.

4.1. Quels sont les éléments qui freinent la participation au dépistage du cancer colorectal ?

La fréquence des principaux obstacles à la participation au dépistage du cancer colorectal est présentée dans la figure 18. Nous pouvons remarquer que la nécessité d’aller chez le médecin généraliste pour récupérer le test de dépistage, ainsi qu’un manque de communication dans les médias sont les freins les plus cités (dans tous les focus groups).

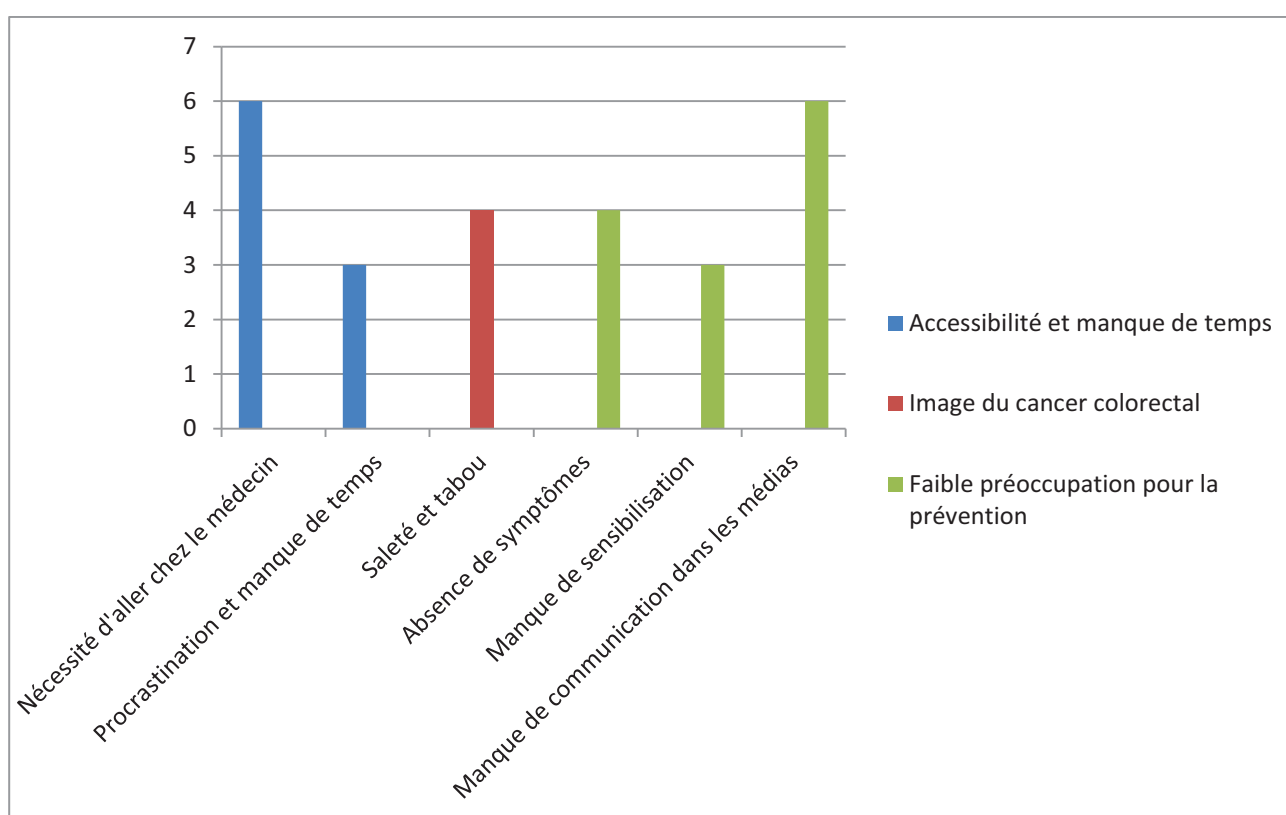


Figure 18 - Fréquence des obstacles de la participation au dépistage du cancer colorectal (/6)

4.1.1. Accessibilité du dépistage et manque de temps

L’analyse des discours a révélé que le fait de devoir se rendre chez le médecin généraliste pour pouvoir récupérer le kit de dépistage est un problème important (ce frein est présent dans tous les focus groups). Beaucoup de participants ont rapporté être ennuyés d’avoir à prendre un rendez-vous avec leur médecin dans le seul but d’obtenir un test, et notamment du fait d’une attente prolongée dans la salle d’attente. Certains participants avaient pour habitude de profiter

d'un autre motif de consultation pour demander leur kit de dépistage, cependant, le processus dans son ensemble n'encourage pas la participation au dépistage. Plusieurs participants ont suggéré d'autres possibilités pour obtenir le test, comme par exemple de le rendre disponible en pharmacie.

« C'est vrai que si on pouvait l'avoir par exemple au laboratoire d'analyses médicales, enfin dans plusieurs endroits, ce serait plus simple. Parce que moi le médecin, chaque fois que j'arrive la salle d'attente est pleine, si faut que j'attende deux heures pour avoir juste ma petite plaquette, ou payer une consultation euh... Par exemple le pharmacien pourrait le donner le test. »

(FG2P4, femme, 59 ans)

Le temps apparaît également être une barrière à la participation au dépistage, car cela prend du temps non seulement d'aller récupérer le test mais également de le faire. Un phénomène de procrastination est souvent observé, le dépistage passant après de nombreuses autres obligations.

« moi je me rappelle quand on recevait les tests avec ma femme des fois on les gardait une semaine, on le fera la semaine prochaine, après quinze jours, un mois, parce qu'on recule toujours ...enfin vous, je sais pas si vous faites cette expérience mais on prend la lettre, on la met de côté et on verra ça. On recule, on recule toujours. » (FG4P2, homme, 62 ans)

4.1.2. L'image négative du cancer colorectal

Comparé à d'autres types de cancers, le cancer colorectal semble être associé à des représentations particulières. En effet, il est considéré comme « sale » en raison de sa localisation embarrassante et il réfère à un tabou. La procédure de dépistage, qui nécessite de prélever un échantillon de selles, n'améliore pas cette image négative. Par conséquent, il pourrait être difficile pour les participants d'aborder le sujet du cancer colorectal avec leur médecin, alors que ce n'est pas le cas pour d'autres types de cancer (par exemple, le cancer du sein).

« En ce qui concerne le cancer colorectal, c'est vrai que c'est quand même une localisation... je sais pas pourquoi, en tout cas moi, en ce qui me concerne, gênante. A la limite, c'est débile, quelque part, mais une tumeur au cerveau, qui certainement est beaucoup plus grave, me gênerait moins qu'une tumeur au côlon (rires). Je sais pas pourquoi. Enfin si, je sais, c'est la localisation, c'est... c'est tabou quoi. » (FG2P4, femme, 59 ans)

4.1.3. Une faible préoccupation pour la prévention

Dans la plupart des focus groups, les participants ont identifié l'absence de symptômes comme un étant frein au dépistage. En ce sens, il est fréquent d'aller consulter un médecin pour traiter un problème de santé (une grippe par exemple), cependant, la population est moins encline à aller consulter dans le but d'éviter l'apparition d'une éventuelle maladie, et d'autres problèmes plus urgents seront priorités. D'après les participants, il semblerait aussi que les médecins généralistes n'aient pas le temps de rappeler à leurs patients de participer au dépistage ou bien qu'ils ne soient pas spécialement investis dans cette thématique. Cet état de fait n'encourage pas non plus la participation de leurs patients. Enfin, le dépistage du cancer colorectal est peu présent dans les médias (par contraste avec le dépistage du cancer du sein par exemple), et très peu de participants se souvenaient avoir vu des campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal. Il est probable que ce manque de visibilité contribue aux faibles taux de participation pour ce dépistage.

- « en fait on voit pas beaucoup de publicité sur ce dépistage par rapport à la mammographie (FG5P1, femme, 60 ans)

A : vous avez l'impression que vous en voyez plus ?

- ah oui, oui, on en voit pas beaucoup par rapport à la mammographie (FG5P5, femme, 54 ans)
- la mammographie, on la voit partout, alors que ça... (FG5P1, femme, 60 ans) »

4.2. Quels sont les éléments qui facilitent la participation au dépistage du cancer colorectal ?

La fréquence des principaux facilitateurs à la participation au dépistage du cancer colorectal est présentée dans la figure 19. Les facilitateurs les plus cités sont la facilité du nouveau test immunologique, l'espoir de guérison grâce à un dépistage précoce, et l'importance du courrier d'invitation.

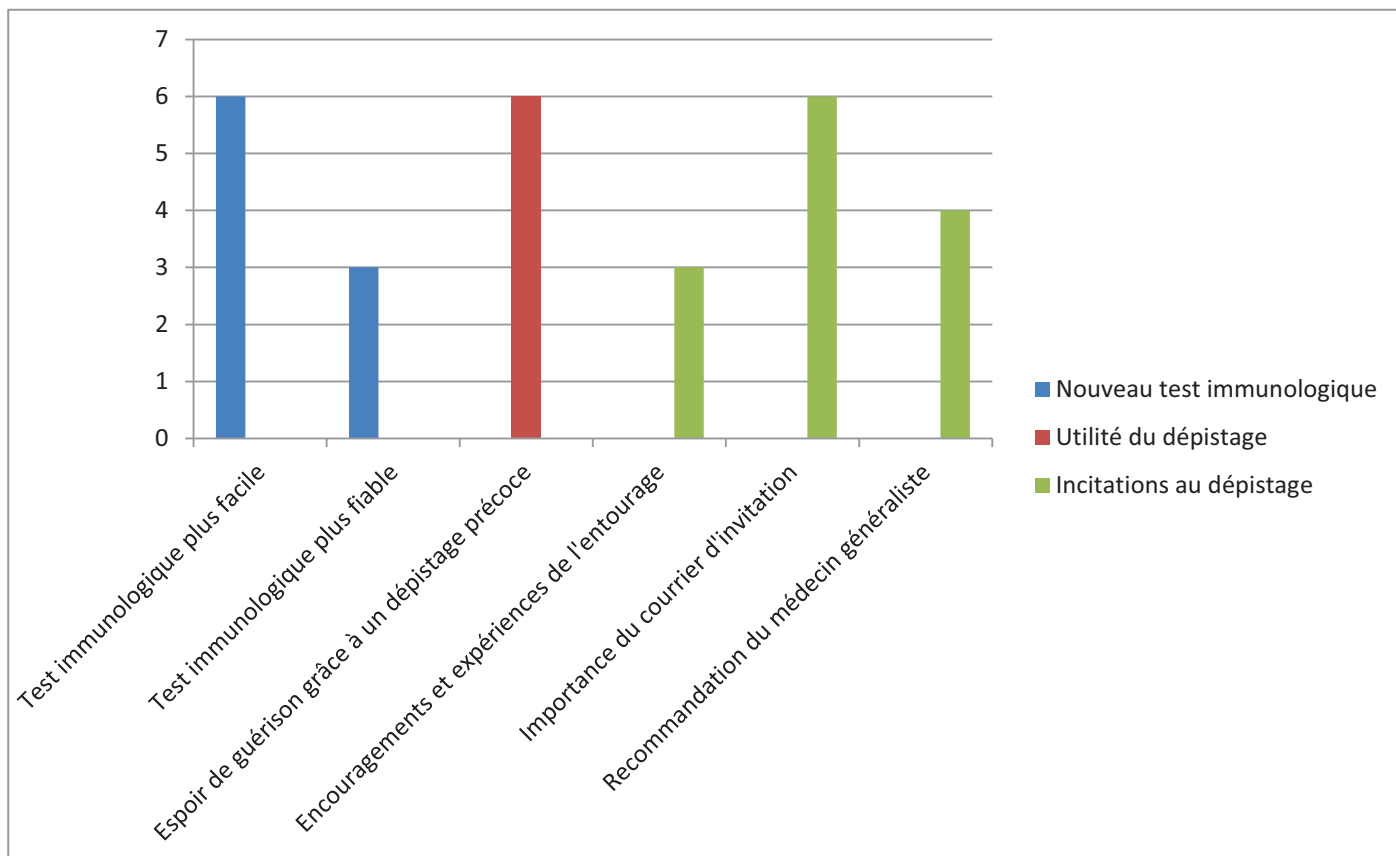


Figure 19 - Fréquence des facilitateurs de la participation au dépistage du cancer colorectal (/6)

4.2.1. Avantages du nouveau test immunologique

Le nouveau test immunologique semble bénéficier d'une image positive en comparaison avec l'ancien test (Hémocult II). En effet, l'ancien test était décrit par les participants comme étant difficile à réaliser, en raison d'un prélèvement devant être renouvelé durant plusieurs jours. Les participants ayant eu l'opportunité de faire les deux tests préféraient généralement le nouveau, étant donné qu'il est plus facile à réaliser. Plus précisément, il ne nécessite qu'un seul prélèvement, ce qui est moins contraignant et moins chronophage. Pour les participants, ce test apparaît comme étant plus fiable que l'ancien grâce à une meilleure procédure de prélèvement mais aussi grâce à une meilleure présentation du kit.

- « C'est vrai que je trouvais ça bizarre ce machin où il fallait froter, là, je trouvais ça un peu archaïque (FG5P1, femme, 60 ans)
- j'avais pas très confiance, je me disais est-ce que les résultats seront bons ? Je trouvais ça bizarre. Mais là (elle montre le mode d'emploi du nouveau test), on a plus confiance (FG5P1, femme, 60 ans)
- ben c'était pas terrible, je reconnais, comme test (FG5P5, femme, 54 ans)
- c'est pas le même degré de fiabilité non plus (FG5P3, homme, 62 ans)

- *tandis que là, bon, c'est fermé, c'est plus... avec le produit (FG5P1, femme, 60 ans) »*

4.2.2. Utilité du dépistage du cancer colorectal

Dans tous les focus groups, l'importance du dépistage était largement soulignée et comprise. De ce fait, les participants semblaient sensibilisés à l'importance d'un dépistage précoce afin d'améliorer l'efficacité des traitements et également la possibilité de guérir un éventuel cancer grâce à une détection précoce. Ce cancer était perçu par les participants comme ayant de bons taux de guérison, contrairement à d'autres cancers, tel que le cancer du poumon par exemple. Cette représentation positive pouvait rendre le dépistage utile aux yeux des participants et accentuer la valeur du dépistage.

« j'ai une amie qui a eu un cancer colorectal et moi j'avais l'impression que si c'était pris suffisamment tôt y'avait des possibilités de traitement et de rétablissement » (FG2P2, femme, 68 ans)

4.2.3. Incitations au dépistage : un premier pas vers l'action

Etre encouragé à faire le test, ou recevoir une impulsion qui permettrait de passer de l'intention à l'action peut constituer un facilitateur important. Effectivement, la majorité des participants n'étaient pas contre l'idée de se faire dépister, mais beaucoup d'entre eux ne le faisaient pas régulièrement ou attendaient un certain temps avant d'aller chercher le kit chez leur médecin, ou encore oubliaient tout simplement de le faire. Le fait de recevoir des encouragements de la part de son entourage, comme le ou la conjoint(e), les amis proches ou le médecin généraliste, semble constituer une étape décisive pour passer à l'action. De la même manière, recevoir une invitation à se faire dépister tous les deux ans semblait être très important pour les participants, l'invitation pouvant jouer le rôle de rappel ou de « coup de pouce » nécessaire à la réalisation effective du dépistage.

- *« pour des gens comme moi c'est super important de recevoir ça parce que moi je vois très peu de médecins, en fait j'aurais pas du tout le réflexe, je pense pas du tout à la maladie, puisque je vais pas voir de médecins, j'irai pas faire le dépistage (FG6P1, femme, 61 ans)*

- *moi non plus (FG6P5, femme, 58 ans)*

- *donc comme je le reçois, et pour le sein, et pour le côlon c'est bien, ça me donne un petit peu une impulsion parce que j'ai pas du tout le réflexe » (FG6P1, femme, 61 ans)*

5. Rôle du médecin généraliste et représentations du système de soins

5.1. Importance des échanges autour de la place du médecin généraliste

Tout d'abord, comme le révèle le tableau 14, le support portant sur le rôle du médecin généraliste est celui qui a provoqué le plus d'échanges entre les participants. Plus précisément, ce support a été le plus investi dans 4 focus groups.

Tableau 14.

Nombre de mots échangés dans chaque support par focus groups

Focus group	<u>Support 1</u> : Tâche d'association de mots	<u>Support 2</u> : Visionnage du témoignage vidéo	<u>Support 3</u> : Lecture de la lettre d'invitation et de modes d'emploi des tests	<u>Support 4</u> : Le rôle du médecin généraliste	<u>Support 5</u> : Les campagnes de sensibilisation
Focus group 1	1671 mots	3106 mots	2995 mots	5459 mots	1509 mots
Focus group 2	758 mots	684 mots	2572 mots	3247 mots	983 mots
Focus group 3	1324 mots	2058 mots	3006 mots	4433 mots	3789 mots
Focus group 4	2463 mots	2707 mots	4934 mots	3821 mots	3965 mots
Focus group 5	2336 mots	4336 mots	3029 mots	2234 mots	3876 mots
Focus group 6	1114 mots	1613 mots	2488 mots	2883 mots	2729 mots

Ceci peut s'expliquer par le fait que ce support était particulièrement propice à l'échange puisque les participants ne devaient pas simplement discuter autour d'un support mais prendre une décision en groupe. De plus, nous pouvons tenter d'expliquer ce résultat par le fait que le rôle du médecin généraliste n'était pas clair dans la totalité des focus groups, et que cela a provoqué un nombre important de débats. Pour aller plus loin, nous pouvons observer sur la base de ces nombreux échanges une réelle incertitude sur le rôle que doit adopter le médecin généraliste à propos du dépistage, et particulièrement sur les limites qu'il devrait respecter ou non. Par exemple, un débat fréquent portait sur la question de savoir si le médecin devait tenter de convaincre les patients de se faire dépister.

5.2. Le rôle controversé du médecin généraliste dans le dépistage

Dans le discours des participants, le médecin généraliste n'était pas fréquemment associé à la prévention. En effet, les participants rapportaient le consulter pour des problèmes de santé prioritaires, c'est-à-dire pour des maladies aiguës ou chroniques. Néanmoins, ils saisissaient

parfois l'occasion d'une telle consultation pour amener leur lettre d'invitation au dépistage, comme cela est illustré par cet échange entre plusieurs participants :

- *« c'est pas comme le gynécologue, moi mon gynécologue il le fait. Il me dit bon ben voilà, tous les deux ans on fait la mammographie, tous les ans on fait le frottis... enfin voilà, mais pour moi le généraliste il fait pas tellement de dépistage, par contre il répond si j'ai des demandes (FG3P4, femme, 56 ans)*
- *je crois que tous les médecins font un peu comme ça, moi je sais pas si le mien m'aurait proposé de faire le dépistage de cette façon si je lui avais pas posé la question la première, c'est pas sûr, hein, j'en mettrais pas ma main au feu. (FG3P2, femme, 68 ans)*
FG3P3 : moi c'est pareil (FG3P3, femme, 66 ans)
- *Parce qu'attendez, un généraliste, c'est un généraliste, il traite ça, il traite ça, et bon voilà » (FG3P2, femme, 68 ans)*

Le sujet du dépistage n'étant pas spontanément abordé par le médecin, une discussion à ce propos devrait donc être amenée par le patient, mais pourtant celui-ci ne serait pas forcément enclin à le faire. Ainsi, les participants qui se sont fait dépister ont amené leur courrier d'invitation pour récupérer le test mais n'ont pas discuté de ce dépistage avec leur médecin :

« Par contre, [mon médecin] de Montpellier, il m'a rien dit du tout. Là, j'ai été un peu déçue parce que je suis venue avec cette lettre, je lui montrée, il est allé dans son placard, il m'a donné la chose, et puis aucun mot. Là, ça m'a un peu déçue parce que je pense que ce serait important que les médecins donnent des explications. » (FG2P2, femme, 68 ans)

Certains participants sont allés plus loin et ont attribué à leur médecin un manque d'intérêt important pour cette problématique, qui ne justifierait pas une visite à part entière:

- *« ben personnellement, non, moi j'ai reçu la lettre, et j'y suis allé sagement à chaque fois. Et puis après le toubib il nous file l'enveloppe et on s'en va. Enfin, il prend la tension pour justifier une visite (FG4P2, homme, 62 ans)*
 - *pour justifier la visite (rires) (FG4P1, femme, 62 ans)*
 - *non mais c'est vrai, il vous tend l'enveloppe... (FG4P2, homme, 62 ans)*
 - *on sent une petite... connotation (rires) » (FG4P3, femme, 51 ans)*

Par ailleurs, nous pouvons dégager de l'analyse une polarité comportant plusieurs degrés d'investissements des médecins généralistes dans la thématique du dépistage. Quelques participants semblaient avoir un rapport particulier avec leur médecin, le décrivant comme quelqu'un avec qui ils pouvaient réellement avoir des échanges :

« ben moi c'est un médecin homéopathe, alors on discute... mais pour la prévention, je pense qu'il est favorable de toute façon, hein. Mais bon voilà, c'est une discussion, je pense que ça

dépend du temps du médecin, et ça dépend de la personne qu'il a en face de lui. Il doit savoir que je suis sensibilisée, donc il va pas passer... enfin moi ça fait vingt-cinq ans que je le connais, quoi, donc on discute un petit peu. »

(FG6P1, femme, 61 ans)

Nous retrouvons ici l'image du médecin de famille, très impliqué dans la vie quotidienne de ses patients. Cependant, cela ne concernait qu'une minorité de personnes. La plupart des participants pensait que leur médecin généraliste n'était pas très investi dans la prévention du cancer, voire même ne leur parlait pas du dépistage alors que d'après eux, en théorie, cela devrait être son rôle :

- *« informer ses patients sur le dépistage du cancer colorectal. Euh... pour moi, c'est le rôle du médecin généraliste (FG6P1, femme, 61 ans)*
 - *pour moi aussi (FG6P3, femme, 67 ans)*
 - *sauf que le mien, il l'avait pas fait (FG6P1, femme, 61 ans)*
 - *moi non plus (FG6P2, femme, 52 ans)*
 - *moi non plus » (FG6P5, femme, 58 ans)*

Pourtant, sauf exception, les participants ne semblaient pas, en pratique, attendre des sollicitations spontanées à propos du dépistage de la part de leur médecin généraliste. Le manque de recommandation est donc apparu comme un regret mais de manière secondaire, au cours des discussions, lorsque les participants minoritaires évoquaient leurs relations particulières avec leurs médecins respectifs, comme en témoigne un participant :

« mais je viens de me rendre compte que mon médecin généraliste... enfin ça dépend peut-être des médecins généralistes, mais il est pas tellement dépistage, enfin, en entendant le monsieur (FG3P5, homme, 63 ans), j'entends ça, sauf si on a un symptôme, sauf si on parle des maladies qu'on a dans sa famille, sauf si la personne va dire les choses, dire mes parents, etc. Si nous on dit ben voilà, j'ai ça dans ma famille, ça m'inquiète, est-ce que je dois faire... mais c'est pas elle qui le fait. » (FG3P4, femme, 56 ans)

L'analyse a également révélé que les médecins semblaient surchargés de travail et n'avaient que peu de temps à accorder à chaque patient, à l'exception de quelques participants qui semblaient pouvoir passer beaucoup de temps en consultation. Cette minorité semblait s'être tournée vers des médecins ayant une approche particulière, par exemple homéopathique :

« pour moi, je suis peut-être un cas un peu particulier, parce que mon médecin est une homéopathe, donc quand je vais la voir j'y reste trois-quarts d'heures, donc on a le temps d'aborder pas mal de sujets. C'est peut-être pas le cas du généraliste de base qui garde des patients dix minutes » (FG6P4, homme, 64 ans)

En outre, certains participants paraissaient avoir conscience d'aborder beaucoup de motifs pour une seule consultation :

« ça vous est pas arrivé d'aller chez votre médecin et d'avoir une check-list, enfin, il faut que je lui dise ça à Michel, et ça, et ça, et ça... moi j'ai presque honte, pourtant c'est un copain, hein.[...] C'est infernal quoi ! Non mais c'est vrai, le pauvre médecin généraliste, j'en ai plein [des demandes] hein, il râle mais y'a de quoi franchement (rires). » (FG1P1, homme, 55 ans)

Une certaine forme d'empathie envers les médecins généralistes, amenée par quelques participants, est apparue dans plusieurs focus groups.

Enfin, certains participants ont mis en avant l'autonomie du patient, insistant sur le fait que les patients sont adultes et qu'ils devraient prendre leur responsabilité, comme en témoigne ces échanges entre plusieurs participants :

- *« je pense que le généraliste, c'est pas vraiment son rôle. Je pense qu'on est des grandes personnes, on lit, on entend des choses. On est quand même pas... (FG3P2, femme, 68 ans)*
- *oui moi aussi je pense qu'on est là pour lui poser une question, pour lui demander est-ce que je dois... (FG3P3, femme, 66 ans)*
- *on est pas des animaux, on réfléchit de temps en temps (FG3P2, femme, 68 ans)*
- *moi ça m'est déjà arrivé, est-ce que vous pensez que je peux faire ça... » (FG3P3, femme, 66 ans)*

Selon eux, il ne faudrait donc pas attendre du médecin généraliste qu'il veille à ce que le patient fasse son dépistage. La lettre d'invitation serait suffisante pour que le patient prenne les choses en main, autrement dit, qu'il aille récupérer le test et le fasse sans avoir besoin d'être encouragé par son médecin. Nous nous rapprochons ici de la vision du patient comme individu engagé dans les décisions relatives à sa santé, qui ne se contente pas d'appliquer ce que lui recommande son médecin :

- *« Bon. Tenter de convaincre les patients qui ne veulent pas faire le test de dépistage (FG6P1, femme, 61 ans)*
 - *non, chacun est responsable de sa vie (FG6P4, homme, 64 ans)*
 - *moi il me semble, hein que quand même... (FG6P1, femme, 61 ans)*
- *oui, on peut pas tout demander, quand même, on pourrait aussi mettre : aller faire le test à la place du patient (rires) » (FG6P5, femme, 58 ans)*

5.3. Le manque de confiance envers le système de soin : une histoire d'argent ?

Dans la grande majorité des focus groups, des discussions ont abouti à une réflexion sur les coûts de la prévention et du dépistage pour le gouvernement, laissant entrevoir une certaine méfiance envers les instances de santé. Tout d'abord, une première interrogation fréquemment retrouvée porte sur la tranche d'âge du dépistage organisé. En effet, le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux personnes de 50 à 74 ans, ce qui implique que les individus sortent du dépistage à partir de 75 ans. Les participants ont été très surpris par cette limite d'âge, interprétant cela comme une manière « d'abandonner » les personnes les plus âgées et donc vulnérables.

« - oui mais enfin sur une affiche, c'est pas obligé de marquer soixante-quatorze ans (FG5P5, femme, 54 ans)

- c'est désobligeant hein (rires) (FG5P3, homme, 62 ans)

- mais c'est aussi effectivement que s'il n'y a pas de test qui est fait à soixante-quinze, ils ne veulent pas s'embarasser de tests qui ont été faits après, c'est un peu la même mentalité que tous les sigles en bas [des affiches], c'est une contrainte économique quoi » (FG5P4, homme, 51 ans)

Par ailleurs, les participants s'interrogeaient sur la procédure mise en place pour aller récupérer le test. En effet, la nécessité de payer une consultation chez le médecin généraliste uniquement pour récupérer le test de dépistage entraînait un sentiment de suspicion chez les participants.

- « oui parce qu'en même temps, ça c'est vrai, j'y avais pas pensé mais quand on va chez le médecin il faut payer la consultation, donc c'est vrai qu'au niveau économie de la sécu, la consultation euh... (FG4P1, femme, 62 ans)*
- non mais évidemment, et encore, là c'est... c'est l'embrouille (FG4P3, femme, 51 ans)*
- oh ben non si c'est juste le fait de retirer l'enveloppe... (FG4P1, femme, 62 ans)*
- c'est le distributeur, oui c'est ça vous donnez votre feuille et ils vous donnent le test, ça évite un timbre à la sécu (FG4P3, femme, 51 ans)*
- après tout dépend de la bonne volonté de votre toubib, s'il a envie de vous faire payer la consultation ou pas (FG4P1, femme, 62 ans)*
 - oh ben vous allez la payer » (FG4P3, femme, 51 ans)*

De manière générale, une méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques était souvent exprimée, notamment en raison de potentiels conflits d'intérêts.

En résumé, la figure 20 récapitule les principaux résultats de l'analyse de contenu thématique en termes de prise de décision face au dépistage.

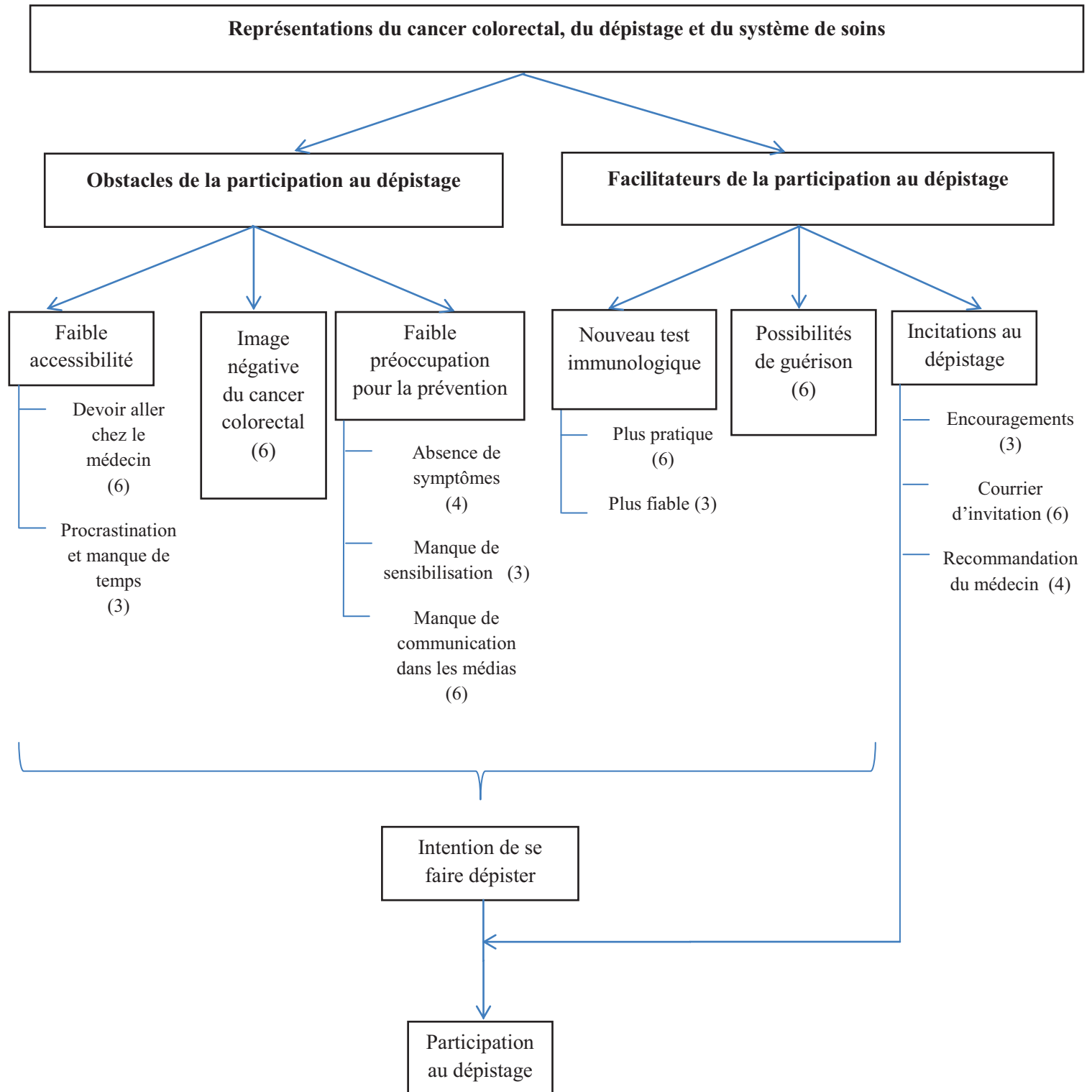


Figure 20 - Interprétation exploratoire de la décision de participer au dépistage (incluant les occurrences sur 6 focus groups)

6. Individualités et partages au sein des focus groups

6.1. Influences et normes

6.1.1. Influence du statut des participants

Les échanges entre les participants ont donné lieu à des processus d'influence. Tout d'abord, certains participants ont pu influencer les autres grâce à leur statut au sein du groupe. Par exemple, les participants exerçant une profession dans le milieu médical étaient considérés par les autres comme possédant une forme d'expertise. Au-delà de ce statut « d'expert », ces participants pouvaient se sentir particulièrement concernés par la prévention dans leur vie quotidienne et être amené à sensibiliser les autres, comme cela est le cas d'une infirmière dans le focus group 4 :

- « moi avec les amis de mon âge non ça me gêne pas du tout d'en parler. si y'a des gens qui ont cinquante ans ou plus, ça m'est arrivé d'en parler, ou même de les inciter, quoi, puisque c'est un petit peu mon rôle aussi quoi (FG4P1, femme, 62 ans)

A : de par votre profession

- oui voilà. [...]de toute façon, le dépistage, moi je le fais [...]c'est mon rôle aussi d'en parler par rapport aux gens que je soigne ou que je vais être amenée à soigner.» (FG4P1, femme, 62 ans)

Néanmoins, il n'était pas nécessaire d'avoir soi-même une profession dans le domaine de la santé pour exercer une influence. Par exemple, un participant du focus group 1 était ami avec son médecin généraliste, il s'est donc fait le porte-parole des médecins durant le support visant à déterminer le rôle du médecin généraliste dans le dépistage, et est intervenu lorsqu'il trouvait que les autres participants donnaient au médecin trop de tâches à faire :

« je vous le dis on est en train d'empiler des trucs pour le médecin généraliste, c'est gentil mais si ça va contre l'économie du pays, contre l'économie de ce qu'on peut se payer... »

(FG1P1, homme, 55 ans)

6.1.2. Création de normes au sein du groupe

Comme dans toutes sortes de groupes sociaux, les focus groups ont donné lieu à l'émergence de normes. Ainsi, des normes à propos de la pratique de dépistage ou du rôle du médecin généraliste sont apparues très fréquemment. Par exemple, dans le focus group 5, la norme de dépistage était forte, car tous les participants étaient particulièrement sensibilisés au dépistage, et tous y participaient régulièrement :

- « moi je fais tout ce qui est détection, je préfère, parce que du coup je suis quand même là donc je me dis c'est très important, quoi, de faire de la détection, enfin de la prévention (FG5P5, femme, 54 ans)
 - moi je suis pareille (FG5P1, femme, 60 ans)
- ah mais moi je suis vraiment à l'affût de tout ce qu'il peut y avoir pour prévenir (FG5P5, femme, 54 ans)
 - j'ai l'impression que c'est très féminin parce que mon épouse c'est pareil (FG5P6, homme, 68 ans)
- [...]il vaut mieux savoir, même s'il y a quelque chose, mais tôt, plutôt que de pas savoir (FG5P5, femme, 54 ans)
 - plutôt deux fois qu'une, même » (FG5P6, homme, 68 ans)

Un dépistage excessif était même constaté chez certains participants :

- « moi je le fais quand même, je me dis on sait jamais (FG5P1, femme, 60 ans)
- vous faites coloscopie plus ça [le test immunologique] ? (FG5P4, homme, 51 ans)
 - ah oui, oui, moi je le fais (FG5P1, femme, 60 ans)
- même avec une coloscopie, on peut quand même avoir un cancer ... (FG5P1, femme, 60 ans)
 - c'est comme mon épouse, si elle pouvait en faire trois, elle en ferait trois (FG5P6, homme, 68 ans)
 - moi je fais tout » (FG5P1, femme, 60 ans)

Lorsque la norme était de se faire dépister, un non participant au dépistage pouvait subir une certaine pression de la part des autres membres du groupe, cela était le cas par exemple dans le focus group 4. Au cours des échanges, une participante qui ne faisait pas de dépistage pour le cancer colorectal ni pour le cancer du sein a été encouragée par les autres à changer de comportement :

- « pour le sein, hein, ma mère, ma grand-mère, cancer du sein toutes les deux, faut que je fasse des trucs tous les ans et là j'y suis pas allée (FG4P3, femme, 51 ans)
- c'est une erreur hein, vous y êtes pas allée ben c'est pas sérieux (FG4P2, homme, 62 ans)
- parce qu'il faut aller se faire empéguer... et j'ai pas envie (FG4P3, femme, 51 ans)
 - vous voyez que c'est pas sérieux ! (FG4P2, homme, 62 ans)
- ouais non mais c'est bon, pour qu'ils me trouvent un petit truc, là... non mais y'a des moments où on a plus envie, aussi, y'a des moments où... voilà, on met ça un peu de côté » (FG4P3, femme, 51 ans)

Enfin, la création de normes est souvent apparue dans le support portant sur le rôle du médecin généraliste. En effet, selon les expériences de chacun, le rôle du médecin généraliste dans le dépistage pouvait fortement différer. Par exemple, dans le focus group 3, constatons l'apparition d'une divergence sur l'investissement du médecin généraliste lorsqu'il distribue le test de dépistage :

- « moi le jour où mon médecin m'a donné le kit, il avait une liste avec le nom des personnes à qui il a donné le kit, à telle date ... (FG3P5, homme, 63 ans)
 - ah il a fait une liste le vôtre ? (FG3P2, femme, 68 ans)
 - bien sûr (FG3P5, homme, 63 ans)
- ah tandis que le mien, il m'a dit vous voulez un kit, tenez, et je suis partie (rires) (FG3P2, femme, 68 ans)
 - ben moi c'est pareil » (FG3P1, femme, 62 ans)

Le participant FG3P5 semblait donc sortir de la norme établie par le reste du groupe puisque son médecin apparaissait comme particulièrement investi dans le dépistage. Lorsqu'il s'agira de déterminer si cela est le rôle du médecin généraliste de relancer les patients n'ayant pas fait le dépistage, ce même participant, qui pensait que tel est le cas (puisque son médecin adoptait ce comportement), sera contredit par les autres :

- « relancer les patients qui oublient de faire leur test de dépistage. Là je pense qu'effectivement c'est le rôle du médecin (FG3P5, homme, 63 ans)
- oh s'il nous a bien informés, on est des adultes, hein (FG3P2, femme, 68 ans)
- Ben c'est pas lui qui va relancer, c'est pas son rôle (FG3P1, femme, 62 ans)
- Il a pas la liste des gens, c'est pas lui qui s'occupe de tout ça hein (FG3P4, femme, 56 ans)
- c'est plutôt le centre d'analyses qui a toutes les données, moi je suis pas d'accord (FG3P3, femme, 66 ans)
- c'est Dépistages 34 » (FG3P4, femme, 56 ans)

Mais au fur et à mesure des échanges, ils parviendront à un consensus : ils concluront que le médecin doit parler du dépistage à ses patients « à l'occasion », et pas de manière systématique. Implicitement, ils ont donc conclu que le médecin du participant FG3P5 n'entrait pas dans la norme des médecins classiques, et qu'il devait être particulièrement impliqué. Les autres participants iront même jusqu'à lui demander le nom et l'adresse de son médecin.

Nous pouvons ici faire le lien entre cet exemple et le phénomène de focalisation, abordé dans la partie théorique de notre travail de thèse. En effet, des positions majoritaires vont contribuer à la création d'une norme sur la base de la mise en commun d'informations et d'hypothèses.

6.1.3. La polyphasie cognitive : manifestation d'une ambivalence

Comme nous l'avons exploré dans la partie théorique, un même individu peut exprimer des opinions ou réaliser des comportements qui semblent contradictoires en raison de la pluralité de ses représentations. Par exemple, il peut promouvoir un comportement sans le réaliser lui-même. La polyphasie cognitive est inhérente aux représentations sociales, et particulièrement lorsqu'il s'agit d'objets ou de pratiques sujets à débats. Nous retrouvons un exemple de polyphasie cognitive dans le focus group 4. Durant les échanges, une participante insiste sur l'importance de la prévention primaire, mais pourtant, elle avoue fumer de manière occasionnelle :

« Moi si demain on m'annonce que j'ai un cancer du sein, je peux vous dire que je refuse la chimio ! Tant pis. Parce que je suis pas prête à vivre ça. Voilà pourquoi la prévention... par contre je fais tout pour essayer d'éviter [d'avoir un cancer]. Bon, ça m'empêche pas de fumer une cigarette de temps en temps, de boire un petit verre de vin, parce qu'il faut que la vie soit agréable aussi, mais voilà quoi j'essaye de faire hyper attention. Pour moi, y'a toujours la prévention avant. » (FG4P3, femme, 51 ans)

Cette même participante avouera par la suite ne pas participer au dépistage du cancer colorectal, ni au dépistage du cancer du sein. Cette contradiction sera soulignée par une autre participante :

« (à FG4P3) : c'est marrant parce que vous êtes vachement branchée sur tout ce qui est diététique et tout, et là, pour faire la prévention... » (FG4P1, femme, 62 ans)

Par la suite, les participants du focus group 4 verbaliseront ce phénomène de polyphasie :

- *« (à FG4P2) comme vous le disiez tout à l'heure, y'a des infirmières qui travaillent en cancérologie, qui prennent la pilule et qui fument... (FG4P1, femme, 62 ans)*
 - *oui, oui, oui (FG4P2, homme, 62 ans)*
- *ça c'est un problème, hein, on a deux cerveaux, on a le cerveau qui est bien informé de tous ces risques, que ce soit les risques médicaux, alimentaires, climatiques et autres, et puis on a... (FG4P4, homme, 58 ans)*
 - *les pulsions (FG4P3, femme, 51 ans)*
 - *les dérogations personnelles (FG4P4, homme, 58 ans)*

6.2. Les formes d'expression du savoir profane

Le savoir expérientiel des participants constitue une partie importante de notre analyse. A ce propos, Del Castillo et al. (2011) ont démontré que les personnes ayant une expérience de cancer dans leur famille étaient capables de citer davantage de symptômes de cancer comparé aux

personnes n'ayant pas de proches malades. Autrement dit, connaître une personne atteinte de cancer peut influencer les connaissances que nous possédons par rapport à la maladie. Nous retenons en outre de Jacquart et Haas (2006) la pertinence de la proximité, c'est-à-dire que l'on peut constater une « *différence de focale selon le rapport de proximité* » (p. 59,) de l'objet étudié. Nous pouvons illustrer ces constats grâce aux différentes formes d'expression du savoir profane identifiées dans nos focus groups. L'utilisation du savoir profane a constitué l'élément qui provoquait le plus d'interactions chez les participants et instaurait une dynamique d'échange, quels que soient les supports. Nous allons en examiner plusieurs exemples.

Tout d'abord, le positionnement des participants dans le groupe pouvait différer selon leur niveau de proximité avec le cancer colorectal. Par exemple, certains participants justifiaient leur manque de connaissances sur le cancer colorectal par le fait qu'ils ne connaissaient pas de malades dans leur entourage. C'est le cas dans le focus group 6 :

« c'est normal que s'il y a un dépistage, qu'on le fasse, mais après, ... je suis pas dans le bain du cancer colorectal quoi. Je connais pas de personnes qui en ont, j'en ai pas trop entendu parler, voilà. » (FG6P5, femme, 58 ans)

Une participante aura un discours inverse :

« c'est vrai qu'on pense souvent à des personnes d'un certain âge qui sont atteintes de cette maladie-là, quoique ... je connais autour de moi donc je peux pas dire que je connais pas » (FG6P2, femme, 52 ans)

Le positionnement pouvait aussi s'effectuer sur l'expertise de l'entourage, comme par exemple pour cette autre participante :

- *« en fait pour moi y'en a beaucoup [des cancers colorectaux], mais c'est parce que chacun a une histoire, il se trouve que ma fille est médecin, et que mon mari est chercheur, donc en fait... (FG6P1, femme, 61 ans)*
- *Vous êtes imprégnée (FG6P2, femme, 52 ans)*
- *voilà, en fait je sais quand même que ça touche beaucoup de monde » (FG6P1, femme, 61 ans)*

Un autre exemple concerne le recours au savoir profane pour répondre aux questions posées. Ce mécanisme était très fréquent dans les focus groups, comme par exemple dans le focus group 3 :

- A : « et tout à l'heure vous avez parlé justement des symptômes, pour vous c'est quoi les symptômes de ce cancer ?*
- *«et ben l'an dernier y'a un ami de mon mari, qui est mort d'un cancer des intestins, mais quand il s'est aperçu qu'il avait un cancer, il avait déjà bien maigri, et c'est cet*

amaigrissement qui a mis la puce à l'oreille de son toubib » (FG3P2, femme, 68 ans)

Enfin, les participants ont pu ressentir un décalage entre le savoir issu des supports présentés, ou des informations qu'ils ont pu lire, et le savoir qu'ils ont acquis par leur propre expérience vécue. Cela était le cas par exemple dans le focus group 6 durant le support présentant un témoignage vidéo de personnes ayant eu un cancer colorectal :

« la jeune fille elle dit qu'elle est pleine d'énergie, qu'elle fait des tas de choses, mais [...] ça me surprend, quand même. Mon épouse a été opérée la semaine dernière d'un cancer, [...] elle était pas en forme pour sortir, d'ailleurs elle sortait plus du tout par peur d'attraper des virus et les maladies qui traînent, quoi. Donc je sais pas, ça m'a un peu surpris, toute cette énergie » (FG6P4, homme, 64 ans)

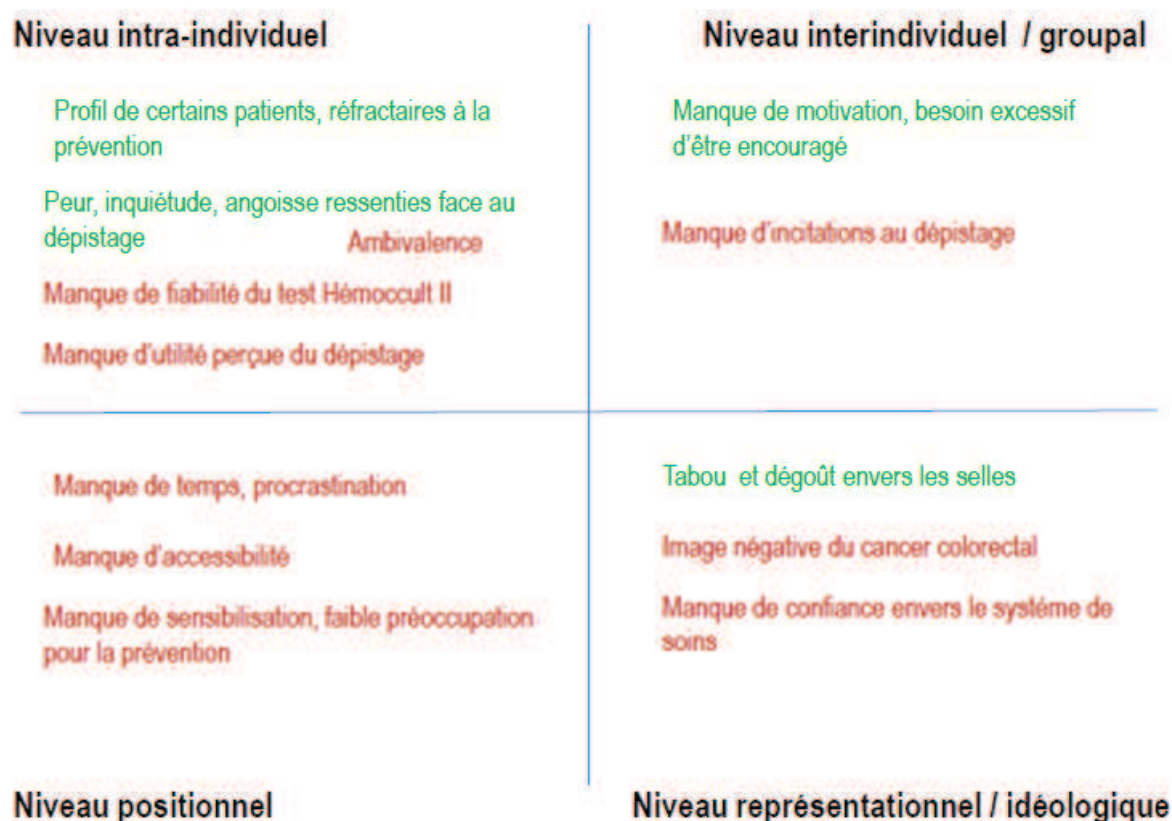
A l'inverse, les participants ont pu valider les informations présentées en les comparant à leurs expériences, comme dans le focus group 5, à propos du même support :

« ben c'est tout à fait ça, c'est tout à fait ça, moi ma sœur elle est partie en croisière, elle a fait une super croisière, et je sais pas où elle a trouvé la force pour le faire... » (FG5P1,

En résumé, l'analyse lexicométrique et l'analyse de contenu réalisées sur notre corpus de focus groups nous ont permis d'identifier de multiples variables entrant en jeu dans la participation au dépistage du cancer colorectal, qui ont pu être analysées grâce à la TRS. Tout comme pour l'étude 1, il convient désormais de prendre de la distance sur nos résultats et de proposer une analyse plus large des freins à la participation au dépistage cités par les individus ayant pris part à nos focus groups. Afin de poursuivre notre démarche compréhensive, nous comparerons ces freins à ceux identifiés par les médecins généralistes dans l'étude 1.

7. Niveaux d'explications donnés par les participants pour justifier la non-participation au dépistage et comparaison avec les résultats de l'étude 1

En miroir de la figure 13 présentée dans l'étude 1, nous proposons de compléter celle-ci avec la figure 21, regroupant à la fois les freins identifiés par les médecins généralistes et ceux identifiés par la population cible, interrogée par focus groups. La figure 21 révèle donc la manière dont s'organise le discours des médecins mais aussi des patients en termes de niveaux d'explication (Doise, 1986).



Légende :

- Freins à la participation des patients au dépistage du cancer colorectal d'après les médecins généralistes (étude 1)
- Freins à la participation au dépistage d'après la population générale (étude 2)

Figure 21 – Freins à la participation au dépistage cités par les médecins (étude 1) et par la population générale (étude 2) répartis selon les niveaux d'explication de Doise (1986)

Nous pouvons constater dans la figure 21 que certains freins cités par les médecins semblent avoir été bien identifiés par ceux-ci, car ils reflètent le discours de la population cible (par exemple, le besoin d'être encouragé cité par les médecins correspond au manque d'incitations abordé par les patients). Pourtant, les individus interrogés dans nos focus groups ont cité trois freins relatifs au niveau positionnel (comme le manque d'accessibilité), qui n'avaient pas été identifiés par les médecins généralistes. En effet, ceux-ci avaient investis le niveau positionnel pour justifier leur propre comportement de non-recommandation de dépistage, mais ils avaient négligé ce niveau pour expliciter les réticences des patients. Enfin, nous pouvons noter que le discours des médecins généraliste ne correspond que partiellement à celui de la population cible, révélant sans doute une certaine forme d'incompréhension entre ces deux populations.

V. Discussion

1. Représentations sociales du dépistage du cancer colorectal

Notre étude a montré que le cancer colorectal est une source de questionnements, plus particulièrement à propos des symptômes de ce cancer et de sa localisation. D'après nos résultats, le cancer colorectal provoque un sentiment de peur, notamment la peur des traitements, des conséquences liées à la mise en place de dispositifs médicaux, mais également une peur de la mort. Néanmoins, le cancer colorectal est considéré comme guérissable, ce qui souligne l'utilité du dépistage. Les principaux obstacles de la participation au dépistage organisé sont : un manque d'accessibilité (plusieurs étapes sont nécessaires à la réalisation du test), une image négative liée à l'évocation de la honte et de la saleté, et une faible préoccupation pour la prévention en général. A l'inverse, les principaux facilitateurs sont : le nouveau test immunologique (plus facile à réaliser que l'ancien test), les possibilités de guérison grâce au dépistage, et enfin les incitations à se faire dépister (encouragements de l'entourage et réception d'un courrier d'invitation tous les deux ans). Finalement, l'analyse a mis en exergue la manière dont les représentations sociales du cancer colorectal sont construites, mais aussi l'importance du partage d'expériences vécues durant les focus groups, et également un sentiment assez partagé de manque de confiance envers le système de soins. Cette dernière représentation fait partie d'un raisonnement dépassant le simple cadre du dépistage organisé, et il était nécessaire de laisser les participants discuter librement afin de l'appréhender. En ce sens, les participants ont graduellement construit leur argumentation et cela a permis d'accéder à leurs représentations. Ce point est essentiel car il est spécifique à la méthode des focus groups. De ce fait, une autre méthode (entretiens ou questionnaires), n'aurait pu donner accès à une telle profondeur d'analyse.

La théorie des représentations sociales est particulièrement pertinente pour notre recherche car le nouveau test immunologique apparaît comme un nouvel objet « social », pas tout à fait bien défini par la population générale. Ainsi, les processus d'ancrage et d'objectivation ont émergé des échanges entre les participants, grâce au contexte favorable des focus groups. De même, nous avons pu observer l'utilisation des différents types de savoir (profane ou expert), ainsi que la manière dont les participants s'en emparent. D'autres travaux ont montré l'intérêt des représentations sociales pour étudier le cancer et le dépistage. Par exemple, Marie, Dany, Cannone, Dudoit, & Duffaud, (2010) ont étudié les représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie. Comme dans notre étude, le cancer était associé à la gravité, la douleur, et la mort. La peur est aussi fortement liée aux représentations sociales du cancer du col de l'utérus, et

le test de dépistage est perçu comme une manière de prendre soin de sa santé (da Silva et al., 2010). De plus, une étude française à propos des représentations du dépistage du cancer du sein, (Forestier & Vangrevelinghe, 2006), a souligné l'intérêt de prendre en compte la manière dont les femmes percevaient la mammographie, et particulièrement le fait que le dépistage soit fortement associé à la maladie dans leur esprit. Dans notre étude, nous retrouvons des traces de l'association entre dépistage et maladie, notamment dans notre analyse des associations de mots. A propos des représentations sociales du dépistage, une étude a montré que la détection précoce du cancer du sein était partiellement perçue de manière positive par des adolescents mexicains (Tapia-Curiel et al., 2014). Dans cette étude, le dépistage était associé à la baisse de mortalité pour le cancer du sein (aspect positif), mais aussi à des traitements longs et à la mastectomie (aspects négatifs). Comme dans d'autres études, nous retrouvons dans la présente étude un lien entre cancer et peur, avec une évocation de la mort. La peur était également citée dans notre première étude par les médecins généralistes, comme pouvant freiner la participation de leurs patients au dépistage. Mais nous retrouvons également un lien entre dépistage et possibilité de guérison, et cela semble être relatif au cancer colorectal en particulier. Cet aspect peut déboucher sur deux effets différents : d'une part, un cancer perçu comme guérissable peut mitiger le sentiment de peur et ainsi, diminuer l'intérêt de la population pour le dépistage. D'autre part, cette peur mitigée peut au contraire encourager le comportement de dépistage grâce aux possibilités de guérison. Ces représentations doivent être appréhendées car elles peuvent avoir une influence sur les comportements de prévention et de dépistage. Dans ce contexte, nous pouvons préciser qu'utiliser les appels à la peur dans le courrier d'invitation dans le but d'encourager la population cible à se faire dépister pour le cancer colorectal ne semble pas être efficace (Broc et al., 2015). Plus largement, de nombreuses tentatives ont été faites en France afin de rendre le cancer moins tabou et moins anxiogène (nous pouvons citer par exemple les actions menées par la Ligue Contre le Cancer).

Les participants de notre étude semblaient avoir des préoccupations à propos de la localisation du cancer colorectal, considéré comme sale et lié à un tabou. Mais une autre étude (Van Hal, Hoeck, & Van Roosbroeck, 2011), a montré au contraire l'absence d'un « tabou des selles » en Belgique (Flandres). Cependant, ce résultat provient d'une étude quantitative, réalisée par questionnaires. Cette différence méthodologique pourrait expliquer les résultats contraires que nous avons observés : il est possible que l'expression d'un « tabou des selles » ne puisse se manifester que lors d'une discussion entre plusieurs individus, et au bout d'un certain temps permettant de se sentir suffisamment à l'aise pour aborder ce sujet sensible. De plus, d'après plusieurs études, le fait que le test de dépistage nécessite de prélever un échantillon de selles peut

être source d'embarras et décourager la population de le réaliser. (Bauerle-Bass et al., 2011; Bridou, 2012; Chapple, Ziebland, Hewitson, & McPherson, 2008; Friedemann-Sánchez, Griffin, & Partin, 2007; Janz et al., 2007; Jones et al., 2010; Katz et al., 2009; Lau & Sung, 2004; O'Malley, Beaton, Yabroff, Abramson, & Mandelblatt, 2004; Weitzman et al., 2001). Sur ce point, nos résultats confirment la majorité des études, et ils confirment aussi les résultats de notre première étude, puisque les médecins généralistes avaient également mentionné cet embarras. Nous pouvons préciser ici que l'analyse lexicométrique a révélé l'existence d'un type de discours orienté sur les contraintes du dépistage (notamment le rapport aux selles), qui est porté principalement par les non participants au dépistage. Ce discours semble refléter un ancrage absent à propos du dépistage du cancer colorectal, et donc une difficulté à le rendre familier.

2. L'ambivalence à propos du dépistage du cancer colorectal

Comme dans l'étude de O'Sullivan et Orbell (O'Sullivan & Orbell, 2004) à propos de l'utilisation d'un test de recherche de sang dans les selles, les participants de la présente étude apparaissent favorables à la réalisation du test à domicile. Néanmoins, la plupart d'entre eux étaient ennuyés de devoir prendre un rendez-vous avec leur médecin généraliste dans le seul but d'obtenir le kit de dépistage. Cette étape apparaît comme un obstacle au dépistage dans d'autres recherches (Bridou, 2012; Brouse et al., 2003; Varela et al., 2010; Weitzman et al., 2001). Par ailleurs, ces difficultés peuvent mener à un phénomène de procrastination ou même d'oubli, entraînant une non-participation au dépistage. Les résultats de la recherche menée par Oster et al. (2013) vont dans le même sens que ceux de la présente étude : les individus expriment différents degrés d'ambivalence à propos du dépistage du cancer colorectal. Plus précisément, « *the main cue to action was the opportunity to screen without being too inconvenienced* »¹⁵ (p.1188). L'ambivalence a également été mentionnée par Broc (2017) comme étant une explication du processus de prise de décision de se faire dépister par test de recherche de sang dans les selles.

Dans notre étude, nous avons aussi trouvé une certaine ambivalence à propos du dépistage. D'un côté, le dépistage est considéré comme un acte important car il permet d'améliorer les soins médicaux et donc le pronostic des patients. D'un autre côté, les multiples étapes nécessaires à la réalisation du test sont négativement perçues. Cette ambivalence peut être interprétée comme une forme de polyphasie cognitive, voire même de dissonance cognitive, c'est-à-dire un décalage entre les attitudes d'un individu et son comportement (Festinger, 1962). L'analyse d'interaction a

¹⁵ Nous traduisons : « le principal signal pour agir était l'opportunité de se faire dépister sans être trop ennuyé »

mis en avant l'existence de ce processus, et plus précisément la capacité des participants à verbaliser avec leurs propres mots le phénomène de polyphasie cognitive.

Ainsi, plus qu'une incitation, les participants de notre étude ont exprimé un besoin d'être encouragés et soutenus. Nous pouvons souligner que ce besoin avait été verbalisé par les médecins généralistes dans notre première étude. En ce sens, il a été démontré que les recommandations du médecin généraliste ainsi que l'influence de l'entourage (amis et famille) pouvaient faciliter la participation au dépistage (Honein-AbouHaidar et al., 2016; Varela et al., 2010). A l'inverse, le manque de soutien social est connu pour être une barrière au dépistage (Brouse et al., 2003; Jones et al., 2010). Nos résultats présentent les mêmes conclusions : dans notre analyse, nous retrouvons l'influence sociale aussi bien dans l'analyse de contenu thématique que dans l'analyse lexicométrique. Cette dernière nous permet de préciser que cette problématique est particulièrement prégnante chez les femmes et chez les personnes vivant en couple. Il est donc possible que les personnes vivant en couple puissent voir leur conjoint comme une source de soutien et d'encouragements en matière de dépistage. Enfin, l'analyse d'interaction nous confirme également cet effet, avec la création de normes de dépistage durant les échanges entre les participants. Notons que ces normes étaient plus ou moins en faveur du dépistage selon les groupes.

3. Au-delà du dépistage, quelle place pour la prévention ?

Nos résultats ont mis en lumière une faible préoccupation pour la prévention dans les médias. Plusieurs recherches ont montré que le dépistage du cancer colorectal n'est pas une priorité, spécialement pour les personnes ayant des problèmes de santé ou souffrant de maladies chroniques (García et al., 2011; Goodman, Ogdie, Kanamori, Canar, & O Malley, 2006; Jones et al., 2010). De plus, les patients ont tendance à consulter leur médecin généraliste uniquement lorsqu'ils rencontrent un problème de santé, et non en prévention d'éventuelles pathologies, ce qui les rend peu susceptibles de demander un test de dépistage (Francois, Elysée, Shah, & Gany, 2009; Holt et al., 2009; O'Malley, Beaton, Yabroff, Abramson, & Mandelblatt, 2004). Il est à souligner que les participants de notre étude pouvaient être parfois déçus par le manque d'intérêt de leur médecin vis-à-vis du dépistage. Le manque de recommandation du médecin est une barrière fréquente à la participation au dépistage (Francois et al., 2009; Goldsmith & Chiaro, 2008; Holt et al., 2009; Weitzman et al., 2001). Mais dans notre étude, ce point était controversé,

car certains participants ont souligné le fait que les médecins étaient souvent surchargés de travail. De plus, ils ont également insisté sur la responsabilité des patients dans la gestion de leur propre santé, condamnant le fait d'attendre la recommandation du médecin pour agir. Par ailleurs, le manque de communication à propos du cancer colorectal (contrairement au cancer du sein) a souvent été discuté durant les focus groups, comme cela est apparu dans d'autres études (Bridou, 2012; Friedemann-Sánchez et al., 2007; Holt et al., 2009).

Contrairement à d'autres recherches (Coronado, Farias, Thompson, Godina, & Oderkirk, 2006; Francois, Elysée, Shah, & Gany, 2009; Gimeno García, 2012; Holt et al., 2009; Jones et al., 2010; Kelly et al., 2007; O'Malley et al., 2004; Weitzman et al., 2001), les coûts relatifs au dépistage ne sont pas apparus comme un obstacle à la participation durant les échanges entre les participants. Nous pouvons expliquer cette différence par la particularité du système de soins français. En effet, les dépistages organisés (cancer colorectal et cancer du sein) sont totalement pris en charge en France, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays.

Le manque de confiance envers le système de soins est un autre point important de notre analyse (par exemple, la réflexion sur les coûts du dépistage en termes de santé publique). Cet aspect est présent dans d'autres recherches (Clavarino et al., 2004; Greiner, Born, Nollen, & Ahluwalia, 2005; Jones, Jenkinson, Leathley, & Watkins, 2010; Weitzman et al., 2001). Plus précisément, le manque de confiance peut se manifester par une crainte que le système ou les professionnels de santé ne privilégient pas l'intérêt des patients ou que leurs motivations soient suspectes (Greiner et al., 2005); par des questionnements à propos de l'usage éventuel d'un meilleur test de dépistage (Clavarino et al., 2004); ou encore par un sentiment de suspicion à propos des motivations financières à l'origine des recommandations de dépistage (Jones et al., 2010). Holt et ses collègues (2009) ont même révélé que les patients supposaient que les médecins généralistes étaient soumis à des conflits d'intérêts.

Enfin, notre démarche compréhensive a permis de comparer la manière dont le discours des médecins généraliste répond peu à celui de la population générale. Ainsi, le niveau d'analyse positionnel semble être investi par la population, mais nié par les médecins. Nous remarquons également que les freins explicités par la population pour justifier la non-participation au dépistage se déclinent à tous les niveaux d'analyses, rendant cette problématique particulièrement complexe à appréhender.

4. Limites et perspectives

Notre recherche présente certaines limites qu'il convient de mentionner. Tout d'abord, notre échantillon était composé de volontaires, et la plupart d'entre eux connaissaient des personnes souffrant ou ayant souffert d'un cancer colorectal. Les participants étaient donc probablement plus informés et plus sensibilisés au cancer colorectal que la population générale. Une autre limite provient de la procédure de recrutement : les participants ont été invités par la structure de dépistage de leur département, nous n'avons donc pas eu accès aux individus non répertoriés par cette structure, probablement moins susceptibles de participer au dépistage par rapport à notre échantillon.

Enfin, après avoir appréhendé les représentations sociales du dépistage du cancer colorectal, nous pouvons analyser nos résultats sur les données recueillies relatives aux aspects comportementaux. En effet, cette étude peut apporter des pistes d'action pour améliorer les taux de participation au dépistage du cancer colorectal. Face à l'ambivalence ressentie par les participants à propos du dépistage, il serait pertinent d'augmenter les incitations à passer à l'action. En ce sens, il pourrait être intéressant d'augmenter le nombre de rappels pour le dépistage, et peut-être sous une autre forme que le courrier d'invitation. Par exemple, utiliser des messages via les smartphones pourrait être davantage incitatif, comme cela est déjà le cas en France pour les collectes de don du sang. Un autre problème souligné dans notre analyse est la nécessité d'aller chez le médecin généraliste pour récupérer le kit de dépistage. Comme cela a été suggéré par certains de nos participants, les pharmaciens pourraient éventuellement être impliqués dans la distribution des kits de dépistage, les rendant ainsi plus accessibles.

RESUME DE L'ETUDE 2

Objectifs : Identifier les représentations sociales de la population générale envers le dépistage du cancer colorectal ainsi qu'envers le nouveau test immunologique.

Méthodologie : 6 focus groups réalisés (entre avril et juin 2016).

Thématiques abordées durant les focus groups : connaissances sur le cancer colorectal, risque perçu d'avoir un cancer, participation au dépistage organisé, arrivée du nouveau test immunologique, rapport au médecin généraliste, messages de sensibilisation.

Population : 29 participants (13 hommes et 16 femmes), âge moyen : 61 ans (écart-type : 6,05).

Principaux résultats : Les principaux obstacles au dépistage qui émergent de l'analyse sont : le manque d'accessibilité du test (nécessité de consulter le médecin généraliste pour obtenir le kit de dépistage), une faible préoccupation pour la prévention, mais aussi le fait que le cancer colorectal se réfère à une partie du corps liée à un tabou, et considérée comme sale. À l'inverse, les principaux facilitateurs de la participation sont : la facilité de réalisation du nouveau test, l'entourage encourageant le dépistage (conjoint et médecin généraliste) et enfin les incitations (gratuité du dépistage et rappel de rendez-vous par courrier tous les deux ans). Durant les focus groups, les échanges ont beaucoup été nourris par la narration d'expériences de cancer vécues par les participants eux-mêmes ou par leurs proches.

Conclusion : Cette étude a permis d'avoir une meilleure compréhension de l'adhésion au dépistage ainsi que des enjeux liés au changement de test à travers l'analyse des représentations sociales.

TRIANGULATION ENTRE LES RESULTATS QUALITATIFS ET LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE

Avant d'aborder la troisième et dernière étude de ce travail de thèse, nous pouvons d'ores et déjà mettre en lien les résultats obtenus dans nos deux études qualitatives avec les hypothèses de la TCP, théorie qui sera utilisée dans l'étude 3.

Tout d'abord, nous avons constaté que divers facteurs pouvaient entrer en jeu dans la décision de participer ou non au dépistage du cancer colorectal. Ceux-ci sont variés, allant de l'image du cancer colorectal, à l'accessibilité du test de dépistage. Nous avons donc regroupé les différentes variables issues de nos études qualitatives en plusieurs catégories (voir figure 22). Ainsi, nous pouvons présenter nos résultats sous le prisme de la TCP, car les variables identifiées peuvent être interprétées en termes d'attitudes (*i.e.* fiabilité perçue du test), de normes (*i.e.* niveau de sensibilisation au dépistage), de contrôle perçu (*i.e.* facilité perçue du test.), ou d'intention (au sein de laquelle nous avons parfois pu constater un phénomène d'ambivalence).

A cela s'ajoutent les mécanismes de formation des représentations sociales issus de la TRS (ancrage et objectivation), qui peuvent intervenir en amont de la formation des attitudes, des normes, et du contrôle perçu. Plus précisément, nous rapprochons le mécanisme d'ancrage des attitudes et des normes, dans le sens où considéré comme une pratique familière, le dépistage pourra être évalué positivement et considéré comme un acte normatif. A l'inverse, si le dépistage apparaît comme un objet étranger, cela s'exprimera probablement à travers des attitudes négatives et des normes peu favorables à cette pratique. Le mécanisme d'objectivation nous semble très lié au contrôle perçu, étant donné que le fait d'envisager le dépistage comme une pratique concrète entraînera certainement une perception de contrôle élevée. A l'inverse, avoir du mal à concrétiser l'acte de dépistage sera vraisemblablement délétère pour le contrôle perçu. En outre, le concept de polyphasie cognitive peut s'exprimer lors de la formation de l'intention, c'est-à-dire que des représentations parfois contradictoires pourront affaiblir l'intention de se faire dépister (*i.e.* être favorable au dépistage mais ne pas avoir envie d'y participer). Enfin, le savoir profane, c'est-à-dire le savoir issu de l'expérience vécue, semble être omniscient et pourra être mobilisé lors de la formation des variables de la TCP. En effet, nous avons pu constater dans les focus groups que beaucoup de participants se basaient sur leurs expériences vécues pour parler du dépistage et du cancer colorectal.

Nos résultats semblent donc confirmer l'intérêt d'utiliser le modèle de la TCP pour continuer nos recherches sur la participation au dépistage. Après avoir adopté une approche compréhensive pour les deux premières études qualitatives, nous poursuivrons notre analyse en adoptant une approche prédictive grâce à une démarche quantitative amenée par la TCP.

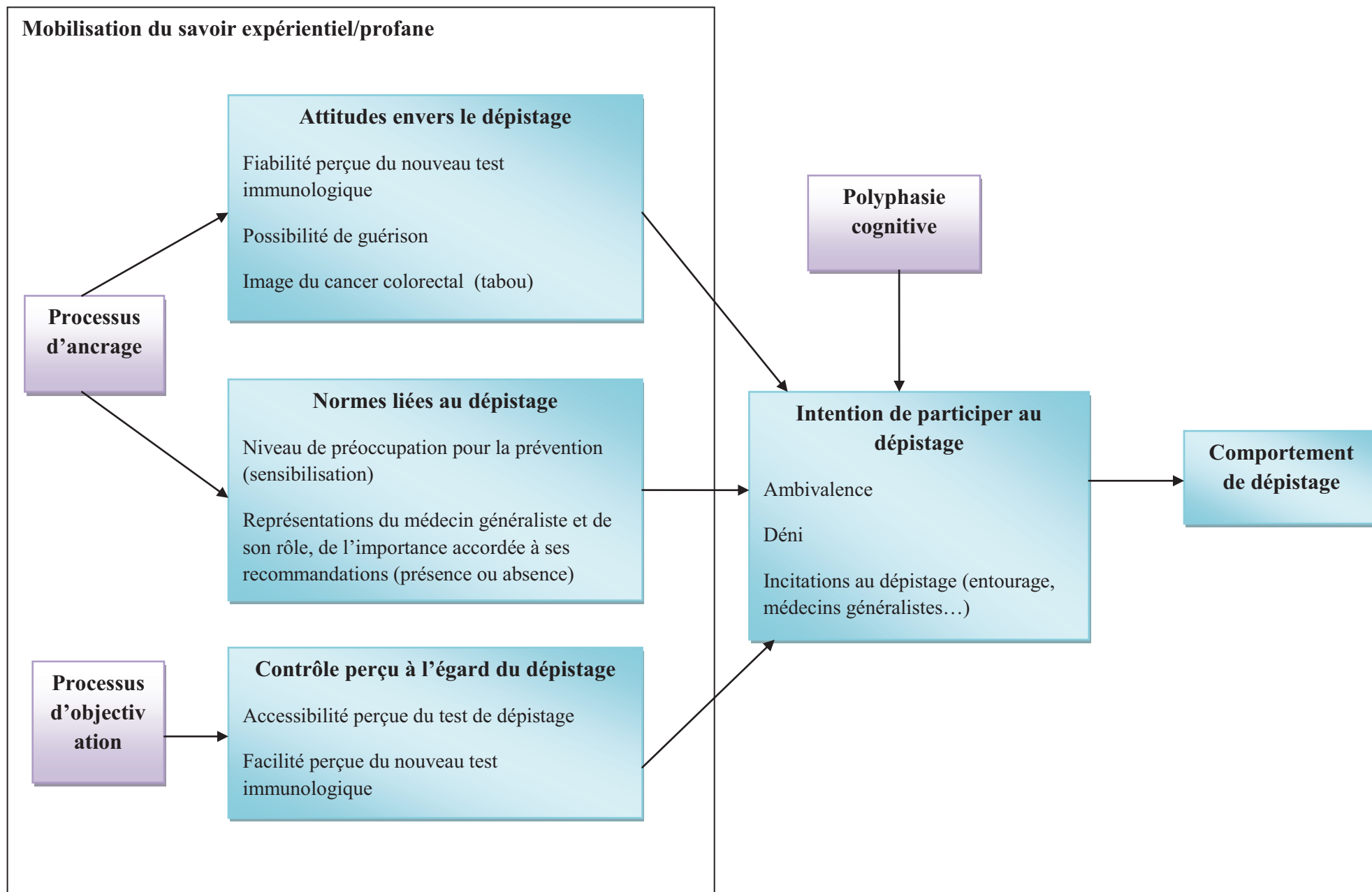


Figure 22 - Représentation schématique de la triangulation entre les résultats qualitatifs et la TCP

ETUDE 3 : QUELS SONT LES PREDICTEURS DE L'INTENTION ET DU COMPORTEMENT DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ? UNE ETUDE BASEE SUR LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE

I. Rappel du contexte

Comme explicité dans la partie théorique, la TCP apparaît constituer un modèle pertinent face à notre thématique de recherche, la participation au dépistage du cancer colorectal. En effet, les attitudes sont citées comme ayant une influence sur l'adhésion au dépistage dans 27% des 29 articles analysés lors de notre phase d'analyse de l'état de l'art. Les normes semblent aussi jouer un rôle important, notamment l'influence du médecin généraliste (24%) ou la sensibilisation au dépistage. Le contrôle perçu s'exprime ici par un manque de temps (34%) ou encore par les caractéristiques du test de dépistage et sa réalisation pratique. Enfin, les études ciblées sur le niveau d'intention (17%) ont identifié que le fait d'avoir une intention élevée était positivement lié à la participation au dépistage. Comme explicité dans les développements précédents, nos deux précédentes études qualitatives nous orientent également vers l'utilisation de la TCP.

Pour rappel, un certain nombre de recherches ont mis en lien les pratiques de dépistage et la TCP. Nous pouvons citer, par exemple, la revue de littérature de Cooke et French (2008), démontrant que le contrôle comportemental perçu représente un prédicteur puissant des comportements de dépistage. En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, une autre recherche a pu souligner l'influence de la norme subjective dans l'intention et le comportement (Sieverding, Matterne, & Ciccarello, 2010). Plus récemment, notre étude menée en France a mis en évidence l'importance des attitudes pour prédire l'intention de participer au dépistage (Le Bonniec et al., 2015).

II. Objectifs et hypothèses

Les objectifs de cette dernière étude étaient d'examiner les déterminants de l'adhésion de la population au dépistage de manière quantitative et d'identifier les prédicteurs significatifs de l'intention et du comportement, et cela sur la base d'outils théoriques et méthodologiques adaptés. Les deux études qualitatives précédemment menées auprès de médecins généralistes et de la population générale ont permis d'apporter des éléments non pris en compte par la TCP mais qui pourraient avoir une influence sur le comportement de dépistage. Nous rappelons que ces études visaient une approche compréhensive. Des facteurs additionnels ont donc été ajoutés au modèle classique de la TCP. Les deux études qualitatives ont également permis d'identifier les

croyances saillantes reliées aux attitudes, aux normes subjectives et au contrôle comportemental perçu, comme cela est postulé dans le modèle théorique (Ajzen, 2006).

Ainsi, nous pouvons formuler les hypothèses théoriques suivantes :

1. Des attitudes positives et une norme subjective élevée envers le dépistage du cancer colorectal entraîneront une intention élevée de réaliser un test de dépistage. Un fort sentiment de contrôle perçu entraînera une intention élevée de réaliser un test de dépistage, et aura également une influence directe sur le comportement de dépistage. Enfin, un niveau d'intention élevé prédira la réalisation effective du comportement.
2. Les variables supplémentaires issues de nos études qualitatives permettront d'optimiser la valeur prédictive du modèle de la TCP. Plus précisément, nous examinerons l'impact des variables telles que les émotions, la procrastination, le déni, les habitudes de santé, l'accessibilité du dépistage, le rôle du médecin généraliste, le coping et l'action planning, ainsi que la proximité sociale sur l'intention et le comportement. Nous expliciterons le choix de ces variables dans les développements suivants.

III. Méthodologie

1. Population d'étude et procédure

Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de la structure de dépistages de l'Hérault, et sont tous issus de la population générale ciblée par le dépistage organisé (hommes et femmes entre 50 et 74 ans). Deux vagues d'envois ont été réalisées : une première vague de 500 questionnaires a été envoyée en avril 2017, puis une seconde vague de 1000 questionnaires a été envoyée à un autre échantillon de personnes en juin 2017. Les échantillons ont été sélectionnés aléatoirement dans la base de données de la structure de dépistages, parmi les personnes qui allaient recevoir un courrier d'invitation à se faire dépister durant le mois d'août 2017. Un code d'anonymat a été attribué à chaque participant afin de pouvoir vérifier par la suite sa participation réelle au dépistage, tout en respectant l'anonymat des données. A cet effet, l'accord du Comité de Protection des Personnes (avis numéro CPP17-010/2017-A00646-47) a été obtenu pour cette étude. La recherche a également fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (déclaration MR-003). Les documents relatifs aux comités d'éthiques sont consultables en annexe 9, 10 et 11.

Le comportement a été mesuré au minimum (c'est-à-dire pour les participants de la seconde vague d'envoi) 4 mois après la réception de l'invitation à se faire dépister. En effet, les

statistiques fournies par Dépistages 34 (la structure de dépistages de l'Hérault) indiquent qu'après 4 mois suivant la réception du courrier d'invitation, le taux de participation au dépistage chute considérablement¹⁶. La mesure du comportement a donc été effectuée en janvier 2018.

2. Méthodes de recueil et d'analyse des données

2.1. Méthode la plus utilisée dans les études incluant la TCP

L'outil méthodologique le plus fréquemment utilisé pour la mise en œuvre de la TCP est le questionnaire. Ajzen et ses collègues ont réalisé des manuels (Ajzen, 2006; Francis, 2004) afin d'aider les chercheurs à créer leurs propres questionnaires mesurant la TCP et ainsi à adapter les outils à leur(s) propre(s) thématique(s). Les étapes pour réaliser le questionnaire y sont détaillées. En ce sens, différentes techniques sont explicitées afin de mesurer l'intention, les attitudes, les normes sociales et le contrôle comportemental perçu envers l'objet étudié. Plus précisément, les items sont présentés sous la forme d'affirmations, pour lesquels le répondant devra préciser son degré d'accord grâce à une échelle de Likert en 7 points. Il est à noter que les auteurs préconisent une bonne connaissance du contexte dans lequel est réalisé le comportement étudié, c'est-à-dire des avantages et des désavantages de ce comportement, les freins et les facilitateurs à son adoption, et également les groupes sociaux les plus à mêmes d'approuver ou de désapprouver le comportement (Francis, 2004). L'objectif est de créer des questions qui ne soient pas trop générales et qui correspondent à l'univers de sens des participants, c'est-à-dire à leurs croyances les plus saillantes. Pour cela, nous pouvons nous appuyer sur les résultats issus des études qualitatives réalisées dans le cadre de ce travail de thèse.

Les questionnaires peuvent se fonder sur des mesures directes, des mesures indirectes, ou les deux. Les mesures directes consistent à demander aux répondants d'indiquer leur opinion globale, par exemple, leur attitude générale envers l'objet étudié (« le comportement est bon/mauvais »). A l'inverse, les mesures indirectes consistent à évaluer des opinions spécifiques, par exemple, à déterminer en amont les principales croyances comportementales et à interroger les répondants uniquement sur ces croyances les plus importantes (Francis, 2004). Dans la mesure où nous avons choisi de nous baser sur les résultats de nos études qualitatives, le but étant d'accéder aux représentations spécifiques des participants, nous avons donc fait le choix de nous baser sur des mesures indirectes.

¹⁶ En effet, sur 342007 personnes invitées depuis 2015, 66727 personnes y ont participé en moins de 120 jours, et seulement 10122 en plus de 120 jours. En mesurant le comportement 120 jours après la réception de l'invitation, nous avons donc seulement 2,95% de chances qu'un participant se fasse dépister après ce laps de temps.

2.2. Création d'un questionnaire TCP grâce à la triangulation

L'analyse des deux études qualitatives a permis de mettre en évidence des variables susceptibles d'influencer l'intention et le comportement de dépistage du cancer colorectal. Certaines variables correspondaient aux attitudes, à la norme subjective et au contrôle comportemental perçu tels que définis par la TCP, elles ont donc été utilisées pour construire les items relatifs à ces catégories (voir figure 22).

D'autres variables n'étaient pas prises en compte dans le modèle initial. Elles ont donc été ajoutées. Il convient ici d'apporter quelques précisions quant au choix d'ajouter des items renvoyant à des concepts déjà existants et présents dans la littérature, à savoir : le coping planning, l'action planning, et la proximité sociale.

Tout d'abord, nous avons choisi d'inclure l'action planning et le coping planning en raison de l'apport que ces deux concepts peuvent avoir pour lier intention et comportement (Sniehotta et al., 2005). En effet, ces deux concepts renvoient à l'écart potentiel entre intention et comportement que nous avons identifié dans nos études qualitatives. Par exemple, comme nous avons pu le constater en analysant nos focus groups, une personne ayant l'intention de se faire dépister pour le cancer colorectal peut rencontrer des obstacles à la réalisation de ce comportement, tel que le manque de temps. Anticiper au préalable la manière dont elle pourrait dégager une plage horaire dédiée à la réalisation du test pourrait la prémunir d'une non-participation au dépistage. Nous nous sommes aidés des travaux de Sniehotta et ses collègues (2005) afin de construire les items mesurant l'action et le coping planning.

Ensuite, nous avons sélectionné la proximité sociale car ce concept nous paraissait répondre aux besoins d'encouragements et de soutien identifiés dans nos études qualitatives. En effet, le besoin d'attachement est défini comme un besoin essentiel de satisfaction dans les relations interpersonnelles. La proximité sociale est l'un des besoins centraux qui permettent aux individus de se développer et de fonctionner de manière optimale (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). Par ailleurs, les hommes et les femmes expriment une préférence affirmée pour des relations peu nombreuses mais avec des proches intimes, plutôt que d'entretenir de nombreuses relations avec des personnes moins intimes (Baumeister & Leary, 1995). Nous nous sommes inspirés des travaux de La Guardia et ses collègues (2000) pour construire les items mesurant la proximité sociale.

Enfin, les catégories suivantes ont été ajoutées à la suite de l'analyse de nos deux études qualitatives, en cohérence avec la revue de la littérature présentée dans la partie théorique : les

émotions, l'accessibilité, le lien au médecin généraliste, la procrastination, le déni, et les habitudes de santé.

En définitive, l'ensemble de ces catégories a été inclus (puis elles ont été mélangées dans le questionnaire final) : l'intention, les attitudes (affectives et instrumentales), les normes (descriptives et injonctives), le contrôle perçu, les émotions, l'accessibilité du dépistage, les liens avec le médecin généraliste, la procrastination, le déni (évitement), les habitudes de santé, le coping planning, l'action planning, et la proximité sociale.

A ces items, ont été ajoutées des questions relatives aux données socio-démographiques et aux données de santé des participants. La constitution finale du questionnaire est visible en annexe 12. Les items triés par catégorie sont présentés dans l'annexe 13. Enfin, le questionnaire tel qu'il a été envoyé aux participants est consultable en annexe 14.

IV. Résultats

1. Plan d'analyse

Afin de tester l'efficacité de la TCP ainsi que des variables ajoutées pour prédire l'intention et le comportement de dépistage du cancer colorectal, nous avons réalisé dans un premier temps des analyses de corrélations (ou équivalent) sur nos variables psychosociales, mais aussi sur les variables sociodémographiques et les données de santé incluses dans le questionnaire. Puis, dans un second temps, en fonction des variables identifiées présentant des corrélations significatives, nous avons effectué des analyses de régressions. Nous commencerons par présenter le modèle classique de la TCP (sans les variables ajoutées), et pour finir nous testerons le modèle en rajoutant les variables issues de nos études qualitatives.

2. Descriptif de l'échantillon

Au total, 190 questionnaires ont été renvoyés par les participants. Après avoir retiré de l'échantillon les personnes effectuant un dépistage par coloscopie, et donc ne passant pas par le circuit du dépistage organisé (N= 33)¹⁷, notre échantillon final était de 157 sujets, incluant 72 hommes et 85 femmes, d'un âge moyen de 60 ans. La plupart des participants étaient retraités (42,7% de l'échantillon). Il est intéressant de noter que 31,2% des participants connaissaient une

¹⁷ Cette perte importante correspond à des individus étant toujours enregistrés dans le fichier de la structure de dépistage alors qu'ils ne devraient plus y être en raison de leur niveau de risque élevé (ils ne font donc plus partie du dépistage organisé par test immunologique).

ou plusieurs personnes souffrant ou ayant souffert d'un cancer colorectal. Par ailleurs, 54,8 % d'entre eux avaient déjà réalisé un test de dépistage pour le cancer colorectal. Enfin, 42,7% des participants n'avaient jamais fait de test Hémocult ou immunologique, et seulement 28,7 % des individus de notre échantillon se faisaient dépister en accord avec les recommandations officielles, c'est-à-dire tous les 2 ou 3 ans.

Les caractéristiques de notre échantillon sont présentées dans le tableau 15.

Tableau 15.

Statistiques descriptives de l'échantillon (N= 157)

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
Age	M = 60,3 (SD = 7,04)	
Sexe		
Hommes	72	45,9
Femmes	85	54,1
Catégorie Socioprofessionnelle		
Agriculteur exploitant	1	0,6
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	5	3,2
Cadre	23	14,6
Profession intermédiaire	9	5,7
Profession libérale	7	4,5
Employé	25	15,9
Ouvrier	3	1,9
Retraité	67	42,7
Sans emploi	13	8,3
Autre	2	1,3
Profession dans le domaine de la santé		
Oui	17	10,8
Non	133	84,7
Médecin traitant		
Oui	153	97,5
Non	2	1,3
Recommandation d'un professionnel de santé		
Oui	64	40,8
Non	89	56,7
Antécédents personnels de cancer (tous types)		
Oui	26	16,6
Non	130	82,8
Antécédents familiaux de cancer (tous types)		
Oui	87	55,4
Non	66	42
Antécédents familiaux de cancer ou d'adénome colorectal		
Oui	29	18,5
Non	123	78,3
Connaissance de personne(s) ayant un cancer		
Oui	124	79
Non	32	20,4
Connaissance de personne(s) ayant un cancer colorectal		
Oui	49	31,2
Non	107	68,2
Comportement antérieur de dépistage		
Oui	86	54,8
Non	68	43,3
Fréquence test Hémo-cult ou immunologique		
Jamais	67	42,7
Tous les 5 ans/ 1 ou 2 fois au total	31	19,7
Tous les 2 ou 3 ans	45	28,7
Tous les ans	2	1,3
Autres tests de dépistage réalisés		
Oui	79	50,3
Non	74	47,1
Autres types de tests réalisés		
Mammographie	69	43,9
PSA	7	4,5
Frottis	40	25,5

3. Analyses préliminaires

Avant de procéder aux analyses statistiques prévues, les données ont été nettoyées. Ainsi, les valeurs extrêmes et les outliers ont été identifiés, la distribution de la normalité a été vérifiée, puis la fiabilité des items a été testée.

3.1. Détection des valeurs extrêmes et des outliers

A la suite du nettoyage du fichier, la normalité de la distribution (voir tableau 17) des variables a été contrôlée (skewness/kurtosis > 2), et la détection des outliers univariés a été effectuée en suivant les critères proposés par Tabachnick & Fidell en 2013 (distance de la moyenne plus élevée ou plus faible que 2 écarts-types). Les outliers univariés ont été ramenés à la valeur la plus extrême comprise dans la moyenne. Puis, la présence d'outliers multivariés (distance de Mahalanobis à $p < .001$) a été vérifiée. Aucun outlier multivarié n'a été identifié.

3.2. Analyse de la fiabilité des items

Avant d'effectuer les analyses des corrélations et les régressions, nous avons vérifié la cohérence interne des items pour chaque composante de la TCP en effectuant des Alpha de Cronbach (1965) (voir tableau 16). Les auteurs travaillant sur la TCP acceptent généralement des valeurs minimum d'Alpha oscillant entre 0,60 et 0,70 (Gagné & Godin, 1999).

Nos résultats indiquent que l'intention présente un Alpha élevé (0,92). Il a été nécessaire de séparer les attitudes instrumentales et les attitudes affectives pour obtenir des Alphas acceptables (respectivement 0,59 en supprimant l'item 3, et 0,64). Cette distinction est préconisée par certains auteurs (Conner, Godin, Sheeran, & Germain, 2013; Lawton, Conner, & McEachan, 2009). Les normes présentent un Alpha de 0,57, et le contrôle perçu indique un Alpha de 0,69. Concernant les catégories d'items ajoutées à la TCP, nous obtenons un Alpha de 0,79 pour la procrastination, de 0,67 pour le déni, de 0,69 pour le coping planning, de 0,80 pour l'action planning et de 0,82 pour la proximité sociale. Les catégories suivantes ont été supprimées des suites des analyses car elles n'atteignaient pas un Alpha acceptable : les émotions, les facteurs facilitant (accessibilité), les items relatifs au médecin généraliste, et enfin les items relatifs aux habitudes de santé.

Conformément aux recommandations de Fishbein & Ajzen, (2010), des scores moyens ont été calculés pour chaque composante de la TCP ainsi que pour les catégories ajoutées. Les moyennes et écarts-types de chaque variable sont présentés dans le tableau 16.

Tableau 16.

Moyennes, écart-types et alphas de Cronbach des variables sélectionnées suite à l'analyse de fiabilité (N = 157)

	Moyenne	Ecart-type	Alphas de Cronbach	Skewness	Kurtosis
Attitudes instrumentales	5,99	0,91	0,59	-0,664	-0,461
Attitudes affectives	4,80	1,51	0,64	-0,281	-0,914
Normes	4,40	1,12	0,57	-0,116	-0,686
Contrôle perçu	5,90	1,06	0,69	-0,797	-0,322
Procrastination	3,80	2,16	0,79	0,029	-1,412
Déni	1,61	1,07	0,67	1,568	0,941
Coping planning	4,75	1,82	0,69	-0,457	-0,775
Action planning	3,00	2,14	0,80	0,711	-0,874
Proximité sociale	5,70	1,26	0,82	-0,914	-0,165
Intention	6,20	1,2	0,92	-1,363	0,580

Concernant le comportement, il s'est avéré qu'en janvier 2018, 41 participants (26,1% de notre échantillon) avaient réellement participé au dépistage, et 114 (72,6%) n'y avaient pas participé.

4. Association bivariée entre l'intention, le comportement, et les autres variables

Nous avons tout d'abord réalisé des corrélations de Pearson en ciblant uniquement les variables de la TCP ainsi que les variables supplémentaires qui présentaient un Alpha de Cronbach acceptable (détails explicités dans les analyses préliminaires). Pour plus de clarté, nous avons donc laissé de côté, dans un premier temps, les variables sociodémographiques et les données de santé. Les résultats sont présentés dans le tableau 17 (matrice de corrélations). Nous pouvons constater que les attitudes instrumentales, les attitudes affectives, les normes et le contrôle perçu sont significativement corrélés à l'intention de manière positive. Il en est de même pour le coping planning (planification des obstacles à dépasser), l'action planning (planification de l'action), et la proximité sociale. A l'inverse, le déni est corrélé négativement à l'intention. Enfin, le comportement est corrélé positivement à l'intention, aux normes, au contrôle perçu, au coping planning et à la proximité sociale.

Tableau 17 .

Matrice des corrélations de Pearson incluant les variables de la TCP et les variables supplémentaires

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Intention	—										
2. Attitudes instrumentales	0,354**	—									
3. Attitudes affectives	0,255**	0,126	—								
4. Normes	0,489**	0,290**	0,311**	—							
5. Contrôle perçu	0,569**	0,484**	0,386**	0,500**	—						
6. Procrastination	-0,029	-0,084	0,108	-0,015	0,034	—					
7. Dén	-0,344**	-0,152	-0,313**	-0,187*	-0,303**	-0,082	—				
8. Coping planning	0,478**	0,336**	0,381**	0,556**	0,663**	0,027	-0,288**	—			
9. Action planning	0,328**	0,228**	0,163*	0,428**	0,434**	0,068	-0,114	0,360**	—		
10. Proximité sociale	0,306**	0,296**	0,363**	0,517**	0,545**	0,031	-0,341**	0,489**	0,382**	—	
11. Comportement	0,198*	0,141	0,136	0,207*	0,252**	0,042	-0,027	0,254**	0,154	0,210**	—

Note. N= 157.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Dans un second temps, nous avons testé les liens entre l'intention et le comportement avec les variables sociodémographiques et les données de santé.

Concernant l'intention, nous avons tout d'abord effectué une analyse de corrélation afin d'évaluer l'existence d'un lien potentiel entre l'âge des participants et leur score d'intention. Les résultats ont révélé un lien positif significatif ($r = 0,180^*$), cela démontrant que plus les participants étaient âgés, plus ils présentaient des scores élevés d'intention. Puis, nous avons effectué une analyse de variance (ANOVA) afin de tester l'existence éventuelle d'un lien entre la fréquence de réalisation des tests et l'intention. Les résultats indiquent un lien significatif et positif ($F(3,139) = 7,385$, $p = 0,000$). Plus précisément, les tests post hoc (LSD et Bonferroni) montrent que les participants réalisant le test de dépistage tous les 5 ans ou moins ($M = 6,06$) avaient un niveau d'intention significativement différent ($p = 0,008$) de ceux qui participaient au dépistage tous les 2 ou 3 ans ($M = 6,80$). Enfin, nous avons réalisé des tests t de Student dans le but de tester les liens potentiels entre l'intention et toutes les autres variables. Nous remarquons qu'il n'existe pas de lien significatif entre le sexe des participants et l'intention (moyenne hommes = 6,22, moyenne femmes = 6,18, $t = 0,221$, $p = 0,825$). Les autres résultats sont présentés dans le tableau 18 pour plus de lisibilité. Il est à noter qu'il existe un lien significatif et négatif entre le comportement antérieur de dépistage et l'intention (moyenne oui = 6,45, moyenne non = 5,87, $t = -2,887$, $p = 0,005$). Les autres résultats ne sont pas significatifs.

Tableau 18.

Liens entre les variables sociodémographiques et données de santé et l'intention : résultats des tests t de Student

	Moyenne des réponses « oui »	Moyenne des réponses « non »	<i>t</i>	<i>p</i>
Métier santé	6,12	6,20	0,282	0,997
Médecin traitant	6,18	6,75	0,657	0,512
Recommandation professionnel de santé	6,27	6,16	-0,549	0,584
Antécédents personnels de cancer	6,23	6,19	-0,155	0,877
Antécédents familiaux de cancer	6,18	6,20	0,088	0,930
Antécédents familiaux de cancer colorectal	6,23	6,17	-0,239	0,811
Connaissance personnes ayant un cancer	6,17	6,32	0,647	0,518
Connaissance personne ayant un cancer colorectal	6,33	6,14	-0,901	0,369
Comportement antérieur de dépistage	6,45	5,87	-2,887	0,005*
Participation à d'autres dépistages de cancers	6,27	6,17	-0,512	0,609

* $p < 0,05$

Concernant le comportement, nous avons tout d'abord réalisé un test t de Student afin de tester le lien potentiel entre l'âge des participants et leur participation au dépistage. Le résultat s'est révélé être non significatif (moyenne âge/dépistage réalisé = 60,08, moyenne âge/dépistage non réalisé = 60,54, $t = 0,354$, $p = 0,724$). Puis, nous avons effectué des analyses de Chi2 pour évaluer le lien entre le comportement et toutes les autres variables. Les résultats indiquent des liens non significatifs entre le comportement et les variables suivantes :

- le sexe ($\chi^2 [1] = 0,006$, $p = 0,936$) ;
- le fait d'exercer (ou d'avoir exercé) un métier dans le domaine de la santé ($\chi^2 [1] = 0,079$, $p = 0,779$) ;
- le fait d'avoir un médecin traitant ($\chi^2 [1] = 0,641$, $p = 0,423$) ;
- le fait d'avoir reçu une recommandation de dépistage de la part d'un professionnel de santé ($\chi^2 [1] = 0,115$, $p = 0,734$) ;
- le fait d'avoir des antécédents personnels de cancer ($\chi^2 [1] = 0,374$, $p = 0,541$) ;

- le fait d'avoir des antécédents familiaux de cancer ($\chi^2 [1] = 1,903, p = 0,168$) ou de cancer colorectal ($\chi^2 [1] = 0,096, p = 0,756$) ;
- le fait de connaître une ou plusieurs personnes souffrant (ou ayant souffert) d'un cancer ($\chi^2 [1] = 0,097, p = 0,755$) ou d'un cancer colorectal ($\chi^2 [1] = 2,163, p = 0,141$) ;
- la participation à d'autres dépistages de cancers ($\chi^2 [1] = 0,003, p = 0,957$).

A l'inverse, nous retrouvons un lien significatif et positif entre le comportement et le comportement antérieur ($\chi^2 [1] = 4,706, p = 0,030$). Il en est de même pour la fréquence de réalisation des tests ($\chi^2 [3] = 11,083, p = 0,011$). Ainsi, plus les participants se faisaient dépister fréquemment, plus ils étaient susceptibles de participer à nouveau au dépistage.

5. Déterminants multivariés de l'intention et du comportement

A la suite des résultats des analyses de corrélations, nous avons sélectionné les variables corrélées à l'intention et au comportement pour les intégrer dans les analyses multivariées. Tout d'abord, nous avons effectué des analyses de régressions hiérarchiques linéaires afin d'identifier les variables prédisant l'intention. Puis, nous avons réalisé des analyses de régressions logistiques pour repérer les variables prédisant le comportement. Nous commencerons par présenter le modèle classique de la TCP, puis nous présenterons les résultats du modèle incluant les variables ajoutées.

5.1. Test de l'hypothèse 1 : modèle classique de la TCP

Tableau 19.

Résultats de l'analyse de régression linéaire des variables de la TCP prédisant l'intention de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal (N=139)

	R ² ajusté	ΔR^2	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modèle 1 : D (3) = 8,644, <i>p</i> < 0,000	0,142	0,161***			
Age			0,095	1,118	0,265
Comportement antérieur de dépistage			-0,356	-2,206	0,029*
Fréquence de réalisation des tests			0,630	3,886	0,000***
Modèle 2 : D (7) = 13,283, <i>p</i> < 0,000	0,384	0,254***			
Age			0,001	0,011	0,992
Comportement antérieur de dépistage			-0,312	-2,270	0,025*
Fréquence de réalisation des tests			0,328	2,240	0,027*
Attitudes instrumentales			0,075	0,965	0,336
Attitudes affectives			-0,003	-0,045	0,964
Normes			0,195	2,327*	0,022*
Contrôle perçu			0,422	4,464	0,000***

****p* < 0,001; ***p* < 0,01, **p* < 0,05

Le tableau 19 indique que le modèle 2 explique 38% de la variance de l'intention. Tout d'abord, le comportement antérieur ($\beta = -0,312$; $p = 0,025$) a une influence négative sur l'intention. A l'inverse, la fréquence de réalisation des tests ($\beta = 0,328$; $p = 0,027$) présente un lien positif avec l'intention. Concernant les variables de la TCP, seuls les normes ($\beta = 0,195$; $p = 0,022$) et le contrôle perçu ($\beta = 0,422$; $p = 0,000$) prédisent significativement l'intention de participer au dépistage du cancer colorectal. Le contrôle perçu apparaît comme la variable qui contribue le plus fortement au modèle.

Nous pouvons ensuite constater à la lecture du tableau 20 que dans le modèle 1, la fréquence de réalisation des tests est significativement reliée au comportement ($OR = 2,742$ [1,085-6,932], $p = 0,033$) mais ce n'est pas le cas pour le comportement antérieur. Dans le modèle 2, le contrôle perçu prédit significativement le comportement de dépistage ($OR = 1,852$

[1,004-3,418], $p = 0,049$). Au contraire, nous n’observons aucun lien significatif entre l’intention et le comportement.

Tableau 20.

Résultats de l’analyse de régression logistique des variables de la TCP prédisant le comportement de dépistage du cancer colorectal (N= 140)

Variables dans l'équation	A	Erreur standard	Odd Ratio [IC95%]		<i>p</i>	Wald
Modèle 1						
Comportement antérieur de dépistage	-0,890	0,906	0,411	[0,070-2,426]	0,326	0,964
Fréquence de réalisation des tests	1,009	0,473	2,742	[1,085-6,932]	0,033*	4,543
Modèle 2						
Comportement antérieur de dépistage	-0,682	0,948	0,505	[0,079-3,242]	0,472	0,518
Fréquence de réalisation des tests	0,606	0,510	1,834	[0,675-4,982]	0,235	1,413
Contrôle perçu	0,616	0,313	1,852	[1,004-3,418]	0,049*	3,888
Intention	0,125	0,273	1,133	[0,663-1,934]	0,648	0,208

* $p < 0,05$

Modèle 1 : Hosmer-Lemeshow : $\chi^2 = 8,659$ ($p = 0,013$) ; -2 log de vraisemblance = 148,795 ; R^2 de Nagelkerke = 0,089

Modèle 2 : Hosmer-Lemeshow : $\chi^2 = 7,667$ ($p = 0,022$) ; -2 log de vraisemblance = 141,128 ; R^2 de Nagelkerke = 0,163

5.2. Test de l’hypothèse 2 : les variables ajoutées au modèle de la TCP

Les résultats de l’analyse de régression linéaire effectuée sur l’intention sont présentés dans le tableau 21. Tout d’abord, nous pouvons remarquer que la variation de R^2 est significative, le modèle 2 apporte donc une amélioration du modèle 1 dans l’explication de la variabilité de l’intention. Ce dernier modèle permet d’expliquer 39,5% de la variance de l’intention.

Les résultats indiquent que dans le modèle incluant toutes les variables, le comportement antérieur ($\beta = -0,336$; $p = 0,016$) prédit négativement l’intention. Autrement dit, lorsque le comportement de dépistage a déjà été réalisé dans le passé, cela entraînera une baisse du niveau d’intention de participer à nouveau. De plus, la fréquence de réalisation des tests prédit significativement l’intention ($\beta = 0,351$; $p = 0,020$), autrement dit, le fait de réaliser fréquemment le test impacte positivement l’intention de participer de nouveau au dépistage. Les normes ($\beta = 0,246$; $p = 0,010$) et le contrôle perçu ($\beta = 0,345$; $p = 0,002$) restent des prédicteurs

de l'intention, bien que leur significativité diminue par rapport aux analyses réalisées sur le modèle classique de la TCP. Enfin, le déni prédit négativement l'intention ($\beta = -0,180$; $p = 0,016$), et la proximité sociale présente un résultat tendanciel ($\beta = -0,167$; $p = 0,070$) allant dans le même sens. De ce fait, plus les individus ont la volonté de ne pas connaître leur statut de santé, moins ils ont l'intention de participer au dépistage. De même, plus ils se sentent entourés et soutenus, et moins leur intention est élevée.

Tableau 21.

Résultats de l'analyse de régression linéaire des variables de la TCP et des variables ajoutées prédisant l'intention de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal (N=138)

	R ² ajusté	ΔR^2	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Modèle 1 : D (3) = 8,373, $p < 0,000$	0,139	0,158***			
Age			0,082	0,959	0,339
Comportement antérieur de dépistage			-0,379	-2,343	0,021*
Fréquence de réalisation des tests			0,646	3,979	0,000***
Modèle 2 : D (11) = 9,115, $p < 0,000$	0,395	0,285***			
Age			-0,017	-0,231	0,818
Comportement antérieur de dépistage			-0,336	-2,437	0,016*
Fréquence de réalisation des tests			0,351	2,351	0,020*
Attitudes instrumentales			0,067	0,874	0,384
Attitudes affectives			-0,051	-0,664	0,508
Normes			0,246	2,622	0,010*
Contrôle perçu			0,345	3,243	0,002**
Déni			-0,180	-2,454	0,016*
Coping planning			0,110	1,024	0,308
Action planning			0,026	0,324	0,746
Proximité sociale			-0,167	-1,830	0,070†

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, † $0,06 < p < 0,1$

Enfin, les résultats de l'analyse de régression logistique, incluant toutes les variables, sont présentés dans le tableau 22. Nous pouvons constater que seule la fréquence de réalisation des tests prédit significativement le comportement dans le modèle 1 ($OR = 2.630$ [1.038-6.662], $p = .041$). Dans le modèle 2, aucune variable ne prédit significativement le comportement.

Tableau 22.

Résultats de l'analyse de régression logistique des variables de la TCP et des variables ajoutées prédisant le comportement de dépistage du cancer colorectal (N= 138)

Variables dans l'équation	A	Erreur standard	Odd Ratio [IC95%]	p	Wald
Modèle 1					
Comportement antérieur de dépistage	-0,0879	0,907	0,415 [0,070-2,456]	0,332	0,939
Fréquence de réalisation des tests	0,967	0,474	2,630 [1,038-6,662]	0,041*	4,159
Modèle 2					
Comportement antérieur de dépistage	-0,780	0,955	0,459 [0,071-2,982]	0,414	0,666
Fréquence de réalisation des tests	0,513	0,515	1,670 [0,609-4,579]	0,319	0,992
Contrôle perçu	0,349	0,361	1,418 [0,699-2,877]	0,333	0,936
Intention	0,064	0,284	1,066 [0,611-1,858]	0,823	0,050
Coping planning	0,235	0,187	1,264 [0,877-1,823]	0,209	1,578
Proximité sociale	0,090	0,233	1,094 [0,693-1,728]	0,700	0,149

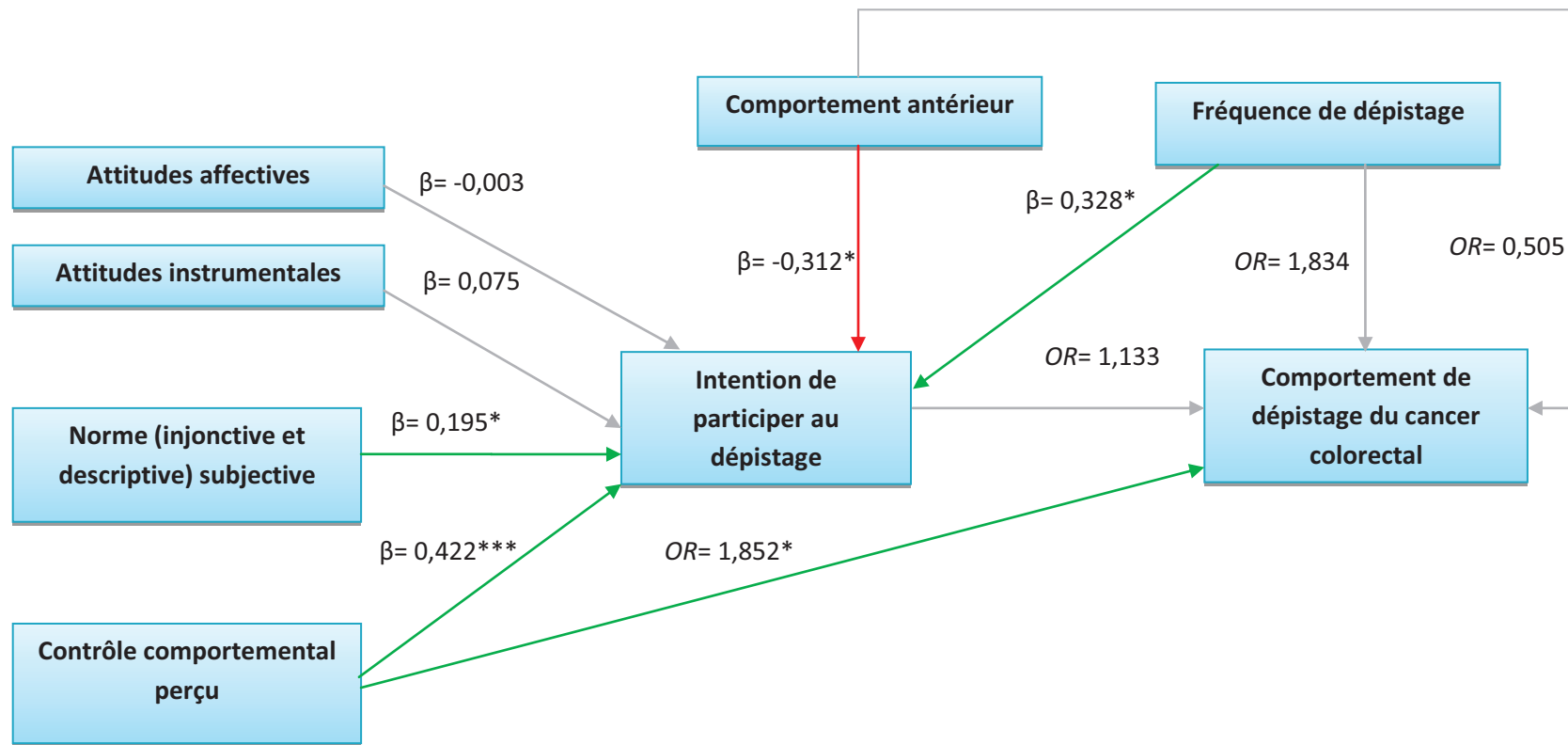
* $p < 0,05$

Modèle 1 : Hosmer-Lemeshow : $\chi^2 = 0,181$ ($p = 0,913$) ; -2 log de vraisemblance = 146,519 ; R^2 de Nagelkerke = 0,079

Modèle 2 : Hosmer-Lemeshow : $\chi^2 = 6,381$ ($p = 0,605$) ; -2 log de vraisemblance = 137,459 ; R^2 de Nagelkerke = 0,169

En résumé, nous avons testé deux modèles : le modèle classique de la TCP, et un modèle incluant des variables supplémentaires. Concernant le premier modèle (voir figure 23), les résultats de nos analyses statistiques ont révélé que les attitudes affectives et instrumentales n'avaient pas d'influence sur l'intention. A l'inverse, les normes et le contrôle perçu semblent avoir une influence positive sur l'intention, et le contrôle perçu peut également agir directement sur le comportement. Nous n'observons pas de lien significatif entre l'intention et le comportement. Le comportement antérieur de dépistage agit de manière négative sur l'intention, alors que la fréquence semble au contraire avoir une influence positive. Aucune de ces deux dernières variables n'a d'influence sur le comportement.

Concernant le modèle incluant les variables supplémentaires (voir figure 24), nous pouvons ajouter aux résultats précédemment décrits l'influence négative du déni et de la proximité sociale sur l'intention. Nous remarquons en outre dans ce second modèle que le contrôle perçu n'a plus d'influence significative sur le comportement.



R^2 ajusté = 0,384
 R^2 de Nagelkerke = 0,163

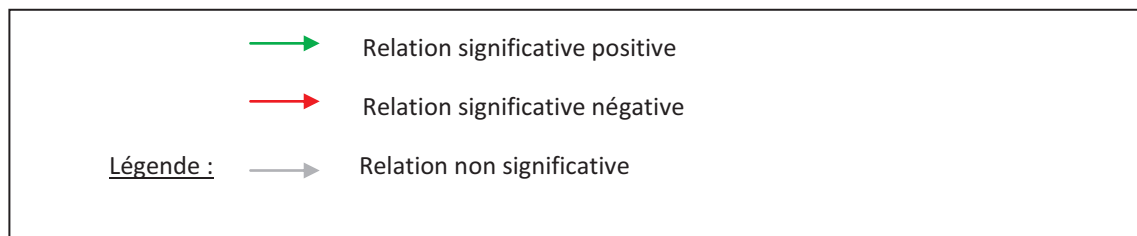
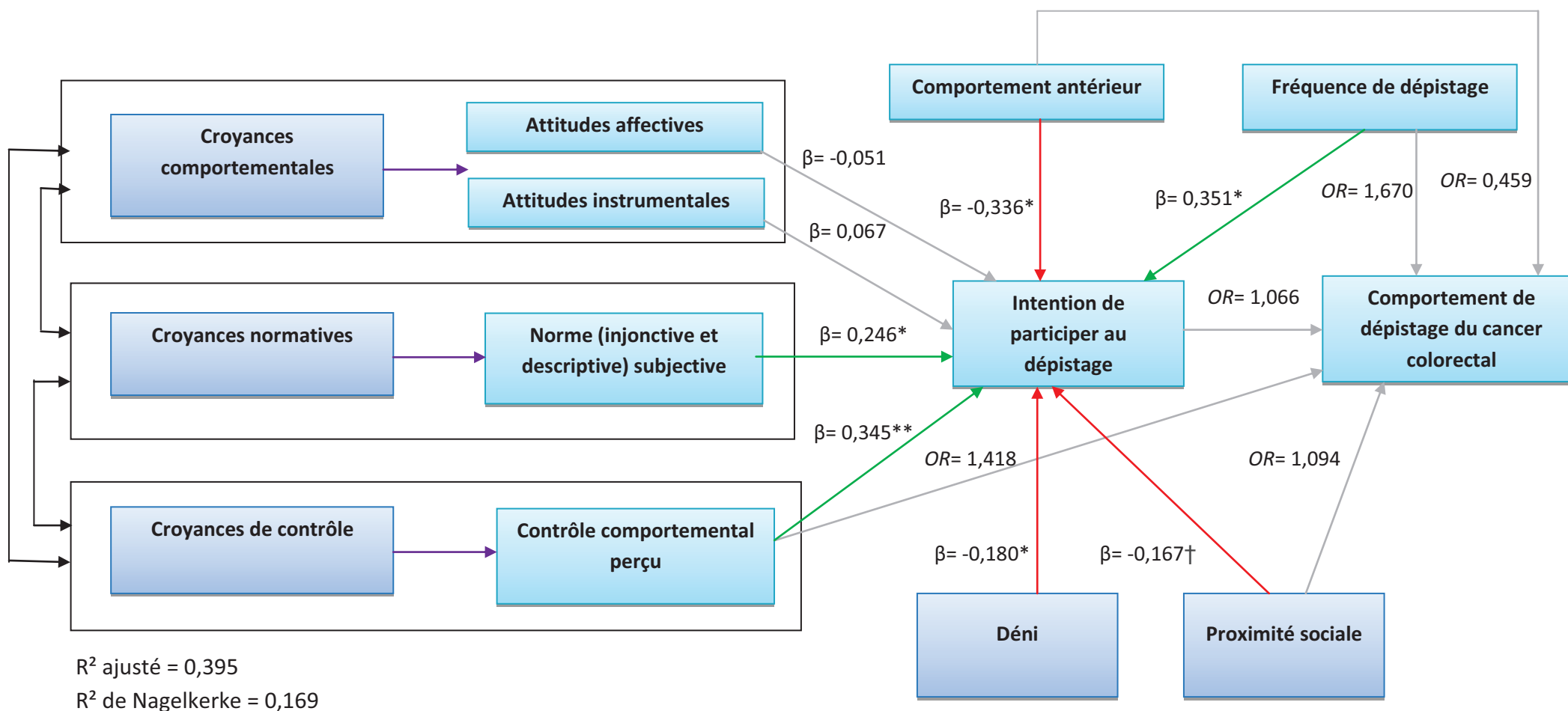


Figure 23 - Test du modèle classique de la TCP



Légende :



Variables mesurées ou identifiées par l'intermédiaire de la TRS

Variables communément prises en compte dans les études utilisant la TCP

- Relation significative positive
- Relation significative (ou tendancielle) négative
- Relation non significative
- Relation représentée par l'utilisation de la TRS

Figure 24 - Test du modèle de la TCP incluant les variables supplémentaires

6. Niveaux d'explications identifiés par la TCP pour justifier la non-participation au dépistage et comparaison avec les résultats de l'étude 1 et de l'étude 2

Pour finir, nous ferons de nouveau appel à l'analyse des niveaux d'explications proposée par Doise (1986) afin de mettre en lien les résultats de l'étude 3 avec ceux de l'étude 1 et de l'étude 2 (voir figure 26).

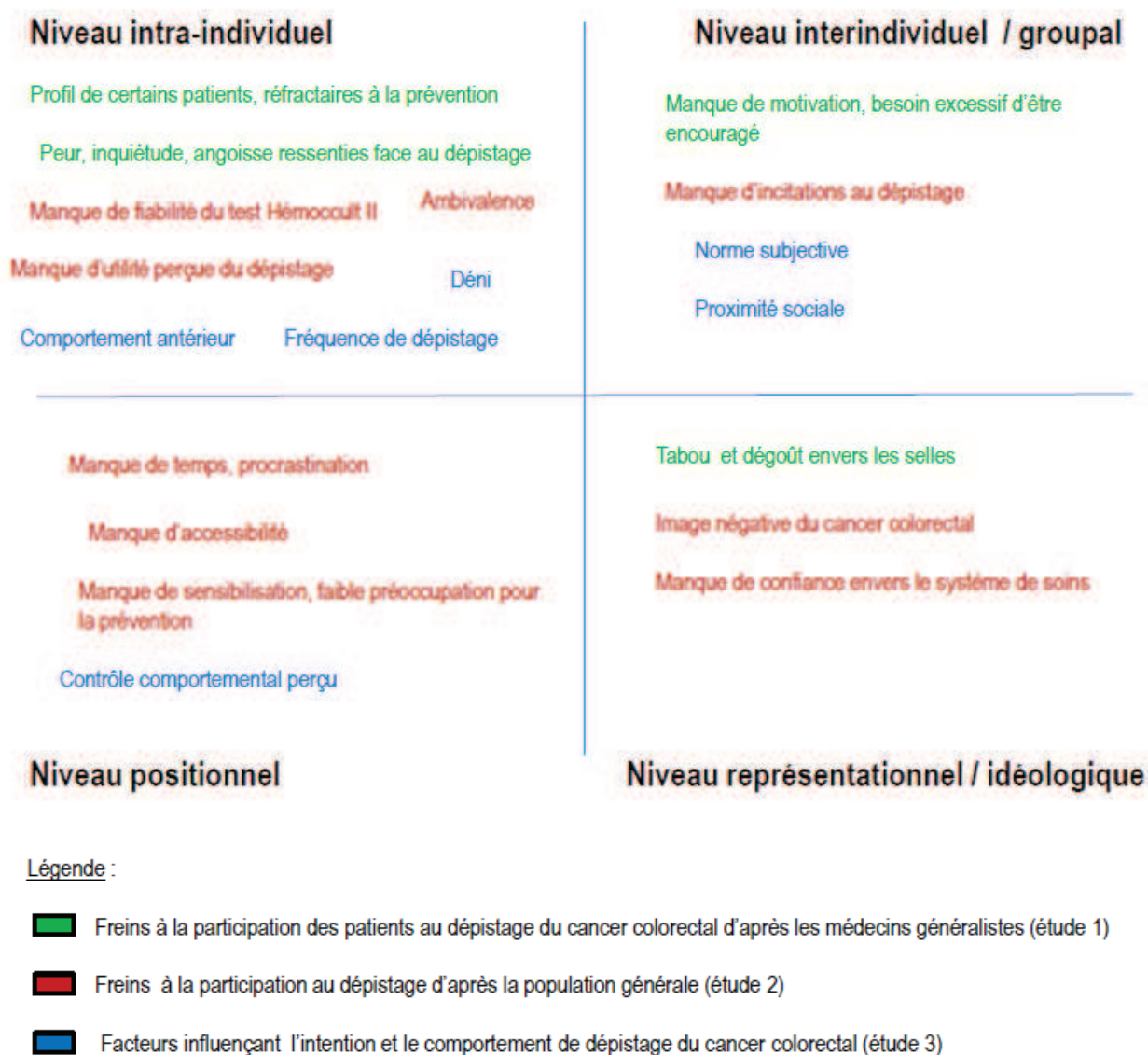


Figure 25 - Freins à la participation au dépistage cités par les médecins (étude 1), par la population générale (étude 2) et identifiés dans l'étude 3, répartis selon les niveaux d'explication de Doise (1986)

Nous pouvons constater dans la figure 25 que certains freins identifiés dans l'étude 3 font écho à ceux des autres études, notamment dans le niveau interindividuel. Par exemple, le besoin d'être encouragé cité par les médecins (étude 1) et le manque d'incitations au dépistage explicité

par les patients (étude 2) correspondent à la proximité sociale abordée dans l'étude 3. Nous observons également que les attitudes pourraient regrouper un certain nombre de variables présentées dans le niveau intra-individuel, mais elles en sont absentes car il est ressorti de nos analyses statistiques qu'elles n'avaient pas de lien significatif avec l'intention de se faire dépister. La norme subjective et le contrôle comportemental perçu englobent un nombre important de freins identifiés dans les deux précédentes études (tels que le manque d'incitations au dépistage ou le manque de temps). Néanmoins, les variables testées par la TCP n'abordent pas le niveau représentationnel, cela souligne donc l'intérêt d'avoir fait appel à la TRS en complément.

V. Discussion

Notre analyse n'a permis de valider nos hypothèses que de manière incomplète. En effet, les analyses statistiques ont révélé que le modèle de la TCP n'explique que partiellement l'intention et le comportement de dépistage (voir figure 23). Nous avons ainsi constaté un lien existant entre les normes et l'intention, entre le contrôle perçu et l'intention, et également entre le contrôle perçu et le comportement. Cependant, bien que certaines variables issues de nos études qualitatives soient corrélées au comportement de dépistage, aucune ne s'avère avoir une influence significative sur le comportement (voir figure 24). De même, aucune variable sociodémographique n'a eu d'influence significative sur l'intention ou le comportement de dépistage. Néanmoins, deux données de santé ont eu un effet. Nous pouvons ainsi souligner l'intérêt de certaines variables additionnelles qui permettent de mieux prédire l'intention : la fréquence de réalisation des tests, le comportement antérieur de dépistage, le déni et la proximité sociale. A la suite de nos dernières analyses, le modèle ayant le plus de valeur explicative semble être le modèle incluant les variables additionnelles ($R^2 = 0,395$; R^2 de Nagelkerke = 0,169), bien qu'il n'apporte que peu de valeur supplémentaire par rapport au modèle classique de la TCP ($R^2 = 0,384$; R^2 de Nagelkerke = 0,163).

1. Les antécédents de dépistage prédisent-ils une nouvelle participation ?

L'effet du comportement passé comme facilitateur a été montré dans les études de Roncancio et al. (2013) sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, Clavarino et al. (2004) et Bauerle Bass et al. (2011) à propos du dépistage du cancer colorectal. Nous pouvons expliquer ce résultat par un effet de boucle rétroactive : le comportement passé influence le comportement futur. Une étude a révélé des résultats similaires, en démontrant que l'ajout du comportement antérieur apportait une valeur prédictive plus élevée que les variables de la TCP seules pour prédire la

participation à un bilan de santé (Norman & Conner, 1996). Ces mêmes auteurs ont démontré que la TCP était plus efficace pour prédire le comportement des personnes qui n'avaient pas effectué le comportement passé par rapport à ceux qui l'avaient déjà fait. Cependant, dans notre étude, le comportement antérieur influence négativement l'intention de se faire dépister et n'influence pas significativement le comportement. Il semblerait donc que le fait d'avoir déjà réalisé le test puisse décourager les individus et baisser leur niveau d'intention, bien que le comportement puisse tout de même être effectué. A ce propos, certaines recherches ont montré que le fait d'avoir déjà participé au dépistage et d'avoir reçu un résultat négatif peut donner l'impression à certaines personnes qu'elles sont moins vulnérables face au cancer colorectal et donc les amener à penser qu'il n'est pas utile de refaire régulièrement le test (Weitzman et al., 2001). Nous pouvons également expliquer ce résultat par le fait que la réalisation concrète du test peut apparaître comme une contrainte, et que les personnes l'ayant déjà complété aient une faible intention de recommencer.

Pourtant, la fréquence de réalisation des tests de dépistage du cancer colorectal s'est avérée significativement associée à l'intention dans la présente recherche. Ce résultat pourrait signifier que si le dépistage est considéré comme une habitude, cela pourrait permettre de maintenir une intention constante de participer au dépistage. Nous pouvons mettre en lien ce résultat avec la recherche menée par Todorov et al. (2017) menée en Australie, dans laquelle les participants ont expliqué leur adhésion au dépistage du cancer colorectal par le fait que celui-ci soit considéré comme un examen de routine. De plus, l'étude Hall et al. (2015) indique que les participants construisent une intention plus forte au fur et à mesure qu'ils participent aux campagnes de dépistage.

En résumé, le fait d'avoir déjà participé au dépistage entraînerait une baisse de l'intention de participer à nouveau, sauf si cette participation est devenue une habitude. Il serait donc intéressant d'approfondir cet effet afin d'identifier les facteurs qui permettent de transformer le comportement en habitude.

2. Adéquation entre le dépistage du cancer colorectal et la TCP

Dans l'étude de Hall et al. (2015), la non-participation au dépistage n'était pas nécessairement associée à des attitudes négatives envers le dépistage ou à une décision de ne pas renvoyer un kit. Nos résultats semblent indiquer un processus identique, puisqu'ils démontrent que les attitudes ne prédisent pas l'intention de se faire dépister. Cependant, Sierverding et al. (2010) ont constaté dans leur étude que les non participants au dépistage présentaient des

attitudes plus négatives que les autres. Nos résultats s'opposent également à une recherche similaire que nous avons menée, et qui présentaient les attitudes comme le meilleur prédicteur de l'intention de participer au dépistage du cancer colorectal (Le Bonniec et al, 2015).

Afin de réfléchir sur ce résultat, nous pouvons proposer deux explications à ce phénomène. La première serait que les attitudes peuvent ne pas avoir de poids selon le comportement étudié et la population interrogée. A ce propos, l'étude de Nigg et al. (2009) à propos de l'activité physique a révélé que les caractéristiques sociodémographiques des participants pouvaient faire varier la force des variables de la TCP. Il est donc possible que dans l'étude précédemment citée (Le Bonniec et al, 2015), les attitudes aient eu beaucoup de poids car elles étaient spécifiques à une population particulièrement sensibilisée (en effet, les participants de cette étude avaient été recrutés à l'occasion d'évènements visant à promouvoir la prévention et le dépistage). Il est donc possible que pour la présente recherche, nous ayons interrogé davantage de personnes qui n'étaient pas particulièrement sensibilisées au dépistage. Autrement dit, nous pouvons supposer que les personnes sensibilisées fondent principalement leur intention sur les attitudes, alors que les autres utiliseraient davantage les normes et le contrôle perçu.

La seconde explication se trouverait dans les effets d'interactions entre les variables de la TCP, qui pourraient avoir pour conséquence la neutralisation du lien entre attitudes et intention par l'effet des normes. Nous appuyons cette explication sur l'étude de Hukkelberg et al. (2014), qui a montré, en étudiant le comportement d'arrêt de la consommation de tabac, que les normes avaient une valeur prédictive plus importante lorsque les attitudes étaient positives.

En outre, nos résultats ont révélé un lien fort entre les normes et l'intention. Ce résultat est en accord avec notre précédente recherche menée sur le dépistage du cancer colorectal en lien avec la TCP (Le Bonniec et al, 2015). Nous pouvons également citer la recherche de Sieverding, Mattered, & Ciccarello (2010), qui souligne l'importance du rôle de la norme subjective dans l'intention et le comportement de dépistage du cancer de la prostate et du cancer colorectal chez les hommes. Dans le cas de notre recherche, nous pouvons souligner l'importance des recommandations du médecin généraliste, ainsi que des normes issues de l'entourage. Plus précisément, envisager le dépistage du cancer colorectal comme un acte normatif, communément admis, et préconisé par le médecin généraliste semble avoir une influence positive sur le niveau d'intention. En ce sens, le rôle du médecin généraliste a été mis en évidence dans de nombreuses études (Chapple et al, 2008 ; Broc et al, 2017 ; Green et al, 2017).

Enfin, les études de Cooke et French (2008), et Devellis (1990), mettent en avant l'importance du contrôle perçu par rapport aux attitudes ou aux normes dans les comportements

de dépistage. Notre analyse indique que contrôle perçu semble avoir un rôle primordial dans l'adoption du comportement de dépistage du cancer colorectal. Nos résultats ont ainsi montré que le fait de se sentir capable de réaliser le test prédisait significativement l'intention et le comportement. Ce résultat n'est pas surprenant puisque le test s'effectue à domicile, et nécessite un prélèvement réalisé par la personne dépistée. Pour aller plus loin, nous pouvons également remarquer que le contrôle perçu peut agir à un autre niveau, par exemple, une étude américaine a montré que le contrôle perçu sur sa propre santé, sur le développement du cancer et sur la guérison pouvait influencer la participation au dépistage du cancer du sein (Jones et al., 2015).

Pour conclure, nous pouvons souligner la pertinence d'utiliser un autre modèle en complément de la TCP, puisque, comme nous avons pu le constater dans notre analyse basée sur les niveaux de Doise (1986), la TCP utilisée seule échoue à identifier les variables correspondant au niveau représentationnel.

3. Comment améliorer le modèle de la TCP pour prédire l'adhésion au dépistage du cancer colorectal ?

Notre recherche nous a permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles d'agir sur l'intention de se faire dépister. Ainsi, le modèle incluant les variables ajoutées à la TCP permet d'expliquer 39,5% de l'intention. Malheureusement, dans le modèle final, aucun facteur ne s'est révélé prédire significativement le comportement. Il convient néanmoins d'expliquer certains de nos résultats.

3.1. Effets du coping planning et de l'action planning

Tout d'abord, nos résultats ont montré que l'intention était significativement corrélée à l'action planning et au coping planning. Le comportement est quant à lui corrélé seulement au coping planning. Cependant, les analyses de régression n'ont montré aucune association entre l'action planning ou le coping planning et l'intention ou le comportement.

Ce résultat est en accord avec l'étude de Walsh (2005), réalisée à propos de l'intention et du comportement de dépistage du cancer du col de l'utérus chez des femmes ne l'ayant jamais fait, et qui a montré que le fait d'élaborer un plan d'action n'augmentait pas la probabilité d'adhésion au dépistage. Par conséquent, il semblerait que les effets du coping planning et de l'action planning, soient plus importants à un stade d'initiation d'un comportement (Packel, Prehn, Anderson, & Fisher, 2015). Le dépistage étant un comportement nécessitant plusieurs étapes bien distinctes avant d'être initié, cela pourrait altérer fortement leur efficacité. A

l'inverse, des comportements comme l'activité physique sont généralement bien prédit par l'action et le coping planning, ces deux processus pouvant agir comme des médiateurs entre l'intention et le comportement (Packel et al., 2015).

3.2. Effet négatif de la proximité sociale

Dans nos analyses, la proximité sociale est apparue comme ayant une influence négative sur l'intention. Il convient cependant de considérer ce résultat avec précaution car il ne s'est avéré que tendanciel. Mais nous pouvons tenter d'expliquer ce lien. Le besoin d'appartenance est un besoin humain dont l'importance est soulignée dans de nombreux domaines sociaux, et il s'avère qu'il peut avoir une influence sur le comportement des individus (Baumeister & Leary, 1995).

Notre résultat est en contradiction avec la plupart des études portant sur ce sujet. Le rôle positif du conjoint a en effet été souligné dans la formation des attitudes envers le dépistage, dans le niveau intention de se faire dépister (Manne, Kashy, Weinberg, Boscarino, & Bowen, 2012), et également à propos du comportement antérieur de dépistage du cancer colorectal (El-Haddad, Dong, Kallail, Hines, & Ablah, 2015). Une revue de la littérature (Rogers, Mitchell, Franta, Foster, & Shires, 2017) a également mis en avant l'importance du soutien social. Mais nos résultats indiquent que les proches intimes ne serviraient pas de levier à la réalisation du dépistage, bien au contraire. De même, se sentir proche de son médecin généraliste pourrait constituer un frein à l'adhésion au dépistage. A l'inverse des études citées précédemment, certaines études ont pu montrer un effet négatif du soutien social sur l'adoption de comportements de santé. A cet égard, une étude (Sullivan, Pasch, Bejanyan, & Hanson, 2010) a fait le lien entre le support social et le contrôle social, et particulièrement à propos du soutien apporté entre conjoints. Plus précisément, il existerait deux types de contrôle social, un positif (*i.e.* technique du renforcement positif), et un négatif (*i.e.* techniques reposant sur la pression et visant à induire un sentiment de culpabilité). Tucker et Anders (2001) ont effectivement démontré que les personnes ayant vécu un contrôle social négatif de la part de leur conjoint étaient davantage susceptibles de s'engager dans des comportements délétères pour leur santé. Outre les conjoints, l'étude de Costanza, Delerga et Winstead (1988) a montré que face à un événement stressant, lorsque le soutien social entre amis de même sexe prenait la forme d'un partage émotionnel, cela pouvait également aboutir à des affects négatifs. Ces études nous permettent de formuler quelques explications hypothétiques à propos de nos résultats. Il est en effet possible que les participants aient perçu un contrôle social négatif de la part de leur conjoint (ou personne

proche), ou même de la part de leur médecins généraliste, cela pouvant provoquer une baisse de l'intention de se faire dépister.

Une limite éventuelle de notre mesure de la proximité sociale nous amène à faire référence à la Théorie de l'Autodétermination. Dans ce paradigme théorique, d'autres facteurs sont pris en compte en plus de la proximité sociale : le soutien à l'autonomie, qui peut consister par exemple à encourager l'individu à prendre des initiatives bénéfiques ; et le soutien à la compétence, qui peut se manifester par un renforcement des capacités de l'individu (Niemic, Soenens, & Vansteenkiste, 2014). Il est possible qu'en incluant ces deux facteurs supplémentaires dans notre questionnaire, nous aurions pu saisir plus finement la manière dont les individus ont besoin d'être encouragés à se faire dépister, et potentiellement constater une différence de valence relative au type de soutien mesuré.

Enfin, dans notre étude, la proximité sociale ne s'est révélée prédire que l'intention, et non pas le comportement. Il est donc possible que la proximité sociale puisse affaiblir l'intention mais que cet effet ne soit pas assez fort pour agir sur le comportement, ou tout du moins qu'elle puisse agir de façon différentielle, ou encore comme effet modérateur.

3.3. Effet négatif du déni

Nos résultats ont mis en évidence un effet du déni sur l'intention : plus les participants rejetaient l'envie de connaître leur statut de santé, et moins ils avaient l'intention de se faire dépister. Nous retrouvons ce phénomène dans de nombreuses recherches : celles de Reeder et al, 2011 ; Hall et al, 2015 ; Denters et al, 2015 et Clavarino et al, 2004 décrivent que le fait de ne pas vouloir savoir est un frein récurrent au dépistage du cancer colorectal, et est synonyme d'une tranquillité de l'esprit. Les médecins généralistes interrogés dans notre première étude avaient également identifié chez leurs patients une certaine volonté de ne pas connaître leur statut de santé (c'est-à-dire le refus de détecter la présence d'une éventuelle maladie). La volonté de ne pas savoir est interprétée dans l'étude d'Oster et al (2013) comme la manifestation d'une ambivalence envers le dépistage. Nous avons identifié cette ambivalence dans les résultats de notre seconde étude, lorsque nous avons interrogé la population générale via les focus groups. Une volonté de ne pas « tenter le destin » est même constatée dans l'étude de Smith et al (2016). Cela rejoint la croyance selon laquelle s'intéresser au cancer colorectal pourrait d'une certaine manière provoquer la maladie (Holt et al., 2009), ou que l'inquiétude et l'anxiété sont délétères pour la santé et qu'il vaut donc mieux éviter d'y penser (Weitzman et al, 2001). Mazet (2013) qualifie de « fatigue préventive » le sentiment que peuvent avoir les individus de devoir toujours

faire attention à toutes les pathologies éventuelles qu'ils pourraient développer, cela entraînant une certaine lassitude envers les pratiques de dépistage.

4. Comment expliquer le décalage entre intention et comportement ?

Nos résultats ont révélé une absence de lien entre intention et comportement : en effet, malgré une corrélation significative entre ces deux variables, ce lien est devenu non significatif dans le modèle multivarié.

Le lien entre l'intention comportementale et le comportement effectif n'est pas nécessairement linéaire et a été remis en question par certains auteurs (Allen, 2008; Gaston Godin, Conner, & Sheeran, 2005; Sheeran, 2002). Plus précisément, la revue de littérature empirique et conceptuelle effectuée par Sheeran en 2002 montre que le pourcentage de personnes ayant une intention élevée mais ne réalisant pas le comportement est bien plus élevé que le pourcentage de personnes ayant une intention faible mais réalisant malgré tout le comportement (47% vs 7%). Ainsi, la première catégorie de personnes représenterait la cause du fossé souvent retrouvé entre intention et comportement. Cela se vérifie de manière générale, mais également pour les comportements de dépistage des cancers. Nos résultats confirment ce postulat. Cette absence de lien entre intention et comportement dans le cas du dépistage du cancer colorectal est particulièrement intéressante, car cela signifie que les individus peuvent avoir une intention élevée sans pour autant adopter le comportement, ou bien qu'ils sont capables d'agir sans devoir au préalable former un niveau d'intention suffisamment élevé. Selon Abraham et al. (1998), ce décalage indiquerait que la formulation de l'intention et l'implémentation de l'intention sont deux processus différents. Plus précisément, il faudrait distinguer une phase motivationnelle, dans laquelle les individus formeraient leur intention, et une phase volitionnelle, au cours de laquelle l'intention serait implémentée. A cet égard, il est possible que les personnes ayant une intention élevée mais n'ayant finalement pas réalisé le comportement aient échoué à implémenter leur intention. Une autre explication assez similaire met en cause le degré de formation des intentions, qui désigne la manière dont les individus ont réfléchi aux conséquences de leur décision d'agir ou de ne pas agir (Sheeran, 2002). Donc, plus un individu aurait réfléchi à sa décision, et plus l'intention serait correctement formée, entraînant une plus grande probabilité de réaliser le comportement.

En outre, Allen (2008) postule que le décalage entre intention et comportement relèverait principalement d'une question de contrôle exécutif. De ce fait, des processus automatiques et inconscients pourraient expliquer la non-adoption d'un comportement qui était pourtant désiré.

Par exemple, un individu souhaitant manger plus sainement pourrait échouer à cause d'un manque d'inhibition cognitive face à des comportements alimentaires délétères pour sa santé.

Par ailleurs, Godin et Kok (1996) ont souligné que parmi les différents comportements de santé qu'ils ont étudiés, les comportements de dépistage présentaient la plus faible efficacité de prédiction du comportement par l'intention. Les auteurs supposent que cela est dû au fait que les comportements de dépistage impliquent d'effectuer une succession d'étapes avant de pouvoir être réalisés (par exemple : prendre rendez-vous chez le médecin, aller à ce rendez-vous, réaliser le test...). La réalisation du test de dépistage en soi peut donc paraître trop éloignée pour être prédite de manière certaine. Ce résultat est en accord total avec la présente recherche. Cet état de fait est également mentionné dans les travaux de Sheeran (2002), qui soulignent la différence entre une action unique et un but à atteindre nécessitant plusieurs actions distinctes. L'intention semble mieux prédire les actions uniques.

A ce propos, McEachan et al. (2011) ont également démontré que les comportements à court terme sont mieux prédits par la TCP que les comportements à long terme. De ce fait, peut-être que l'intention prédirait le comportement si l'on interrogeait les participants juste avant qu'ils réalisent (ou non) le dépistage. Néanmoins il convient de souligner que le comportement de dépistage est particulièrement complexe à étudier du fait de la temporalité longue pour le mettre en œuvre (deux ans).

Enfin, concernant la formation des intentions, d'autres recherches ont montré que les intentions alignées sur les normes prédisaient mieux le comportement par comparaison avec des intentions alignées sur les attitudes (Godin, Conner et Sheeran, 2005). Plus précisément, le rôle joué par les normes de moralité semble important. Concernant le dépistage du cancer colorectal, nous pouvons supposer que les individus qui considèrent le dépistage comme un devoir (en tant que citoyen), et non pas comme un choix personnel, seraient plus à même participer au dépistage. Malheureusement, nos résultats ne permettent pas d'explorer cette potentielle explication. Quoiqu'il en soit, en France, les comportements de prévention et de dépistages semblent être rarement présentés comme des comportements moraux.

5. Limites et perspectives

Ce travail de recherche présente certaines limites qu'il convient de préciser. Tout d'abord, il est probable que notre échantillon ne soit pas très représentatif des personnes peu sensibilisées au dépistage. En effet, il est possible que les personnes non participantes et les moins informées

sur la prévention soient moins enclines à répondre au questionnaire qui leur a été adressé. Pour autant, le pourcentage de personnes ayant déjà participé au dépistage n'est pas très élevé au sein de notre échantillon (54,8%), nous avons donc réussi à recueillir l'opinion de personnes ne participant pas au dépistage. Il faut également préciser que cette recherche a été menée uniquement dans l'Hérault, et que le fonctionnement des structures de dépistage peut varier selon les départements.

Une autre limite d'ordre statistique doit être soulignée : les Alphas de Cronbach obtenus pour les normes et pour les attitudes sont relativement bas, et en-dessous du seuil préconisé. Nos résultats doivent donc être interprétés avec précaution.

Finalement, la complexité de l'adhésion au dépistage du cancer colorectal et des variables pouvant avoir un impact sur l'intention et le comportement nécessiterait d'autres recherches plus poussées, notamment dans le but d'examiner quels modérateurs pourraient permettre de lier intention et comportement.

RESUME DE L'ETUDE 3

Objectifs : Examiner les déterminants de l'adhésion de la population au dépistage de manière quantitative et identifier les prédicteurs significatifs de la participation. Sur la base d'une méthodologie quantitative, un questionnaire a été élaboré en s'appuyant sur la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1994). Les deux études qualitatives précédemment menées auprès de médecins généralistes et de la population générale ont permis d'apporter des éléments non pris en compte par la TCP mais qui pourraient avoir une influence sur le comportement de dépistage. Des facteurs additionnels ont donc été rajoutés au questionnaire. Les deux études qualitatives ont également servi à identifier les croyances saillantes reliées aux attitudes, norme subjective et contrôle comportemental perçu comme cela est postulé dans le modèle théorique (Ajzen, 2006).

Méthodologie: Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de la structure de dépistages de l'Hérault, et sont tous issus de la population générale ciblée par le dépistage organisé (hommes et femmes entre 50 et 74 ans). Deux vagues d'envois de questionnaires ont été réalisées et au total, 157 questionnaires analysables ont été récoltés. Le comportement de dépistage a été mesuré 4 mois après la réception du courrier d'invitation à se faire dépister. Une analyse statistique par régressions linéaires et logistiques a été réalisée.

Principaux résultats : Les analyses effectuées sur les variables de la TCP indiquent que la fréquence de réalisation des tests ($\beta = 0,328$; $p = 0,027$), le comportement antérieur ($\beta = -0,312$; $p = 0,025$), les normes ($\beta = 0,195$; $p = 0,022$) et le contrôle perçu ($\beta = 0,422$; $p = 0,000$) prédisent significativement l'intention de participer au dépistage du cancer colorectal. Ces variables expliquent 38% de la variance de l'intention. Le contrôle perçu apparaît comme la variable qui contribue le plus fortement au modèle, car il prédit également le comportement ($OR = 1,852$ [1,004-3,418], $p = 0,049$). A l'inverse, nous n'observons aucun lien significatif entre l'intention et le comportement.

Concernant les variables additionnelles ajoutées à la TCP, nous obtenons un impact négatif significatif du déni ($\beta = -0,180$; $p = 0,016$), et de la proximité sociale ($\beta = -0,167$; $p = 0,070$) sur l'intention. Ces variables, additionnées aux variables précédemment citées, permettent d'expliquer 39,5% de l'intention. Le modèle complet n'a révélé aucun prédicteur significatif du comportement.

Conclusion : Cette étude a souligné l'importance du contrôle comportemental perçu dans la participation au dépistage du cancer colorectal, ainsi que l'intérêt d'ajouter des variables non prises en compte dans la TCP pour mieux expliquer l'intention. De futures recherches s'intéressant à l'écart entre l'intention et le comportement seraient nécessaires.

Partie 3 : Discussion générale

I. Récapitulatif des principaux freins et facilitateurs de la participation au dépistage et mise en lien avec la littérature

A travers nos différentes études et les discussions qui ont pu en découler, nous avons, au fur et à mesure de ce travail de thèse, identifié, analysé et affiné les variables entrant en jeu dans la participation au dépistage du cancer colorectal. Comme le montre le tableau 23, la plupart des freins et facilitateurs identifiés dans nos trois études sont en concordance avec la littérature, et permettent de confirmer la pertinence de nos deux ancrages théoriques, puisqu'ils correspondent aux déterminants de la TCP ou à l'ancrage de la TRS. D'autres facteurs semblent être en discordance avec la littérature, à savoir, les effets négatifs de la proximité sociale et du comportement antérieur de dépistage, discutés dans l'étude 3. Enfin, une variable nous semble constituer un réel apport par rapport à la littérature : l'image négative du cancer colorectal. En effet, bien que certaines études prises en compte dans notre revue de la littérature aient pu expliciter les attitudes ou émotions négatives relatives à la procédure de dépistage, ou encore la présence d'un tabou (Cole et al, 2011 ; Reeder, 2011 ; Green et al, 2017), il semblerait que l'image négative du cancer colorectal, en comparaison avec d'autres cancers, soit peu soulignée dans la littérature.

Tableau 23.

Résumé des freins et facilitateurs identifiés dans nos 3 études et mise en lien avec la littérature

Freins à la participation au dépistage identifiés dans l'étude 1	Concordance, discordance ou apport de l'étude 1 par rapport à la littérature (<i>exemples</i>)	Concepts théoriques et théories sous-jacents
Manque de motivation, besoin excessif d'être encouragé par le médecin	Concordance (<i>Rameau et al, 2010</i>)	Contrôle perçu Normes sociales Intention
Peur, inquiétude et angoisse ressenties par les patients	Concordance (<i>Goel et al, 2004</i>)	Emotions
Profil de certains patients qui semblent rejeter tout examen de prévention	Concordance (<i>Caste & Casanova, 2010</i>)	Attitudes Représentations sociales
Dégoût des selles / tabou	Concordance (<i>Cole et al, 2011 ; Reeder, 2011</i>)	Emotions
Freins et facilitateurs à la participation au dépistage identifiés dans l'étude 2	Concordance, discordance ou apport de l'étude 2 par rapport à la littérature (<i>exemples</i>)	Concepts théoriques et théories sous-jacents
Manque de sensibilisation, faible préoccupation pour la prévention	Concordance (<i>Molina-Barceló et al., 2011</i>)	Normes sociales Représentations sociales
Manque de fiabilité du test Hémocult II	Concordance (<i>Bridou et al, 2013</i>)	Attitudes Représentations sociales
Facilité du nouveau test immunologique	Concordance (<i>Green et al, 2017</i>)	Contrôle perçu
Fiabilité perçue du nouveau test immunologique	Concordance (<i>Chambers et al., 2016; Deutekom et al., 2010</i>)	Attitudes Représentations sociales
Manque de temps et manque d'accessibilité	Concordance (<i>Chapple et al., 2008</i>)	Contrôle perçu
Image négative du cancer colorectal	Apport	Représentations sociales Attitudes
Utilité perçue du dépistage	Concordance (<i>Paddison & Yip, 2010</i>)	Représentations sociales Attitudes
Incitations au dépistage (notamment recommandation du médecin)	Concordance (<i>Green et al, 2017</i>)	Normes sociales Contrôle perçu Influence sociale
Manque de confiance envers le système de soins	Concordance (<i>García et al., 2011a</i>)	Représentations sociales Attitudes
Ambivalence	Concordance (<i>Oster et al, 2013</i>)	Intention Polyphasie cognitive

Tableau 23. (suite)

Résumé des freins et facilitateurs identifiés dans nos 3 études et mise en lien avec la littérature

Freins et facilitateurs influençant la participation au dépistage identifiés dans l'étude 3	Concordance, discordance ou apport de l'étude 2 par rapport à la littérature (exemples)	Concepts théoriques et théories sous-jacents
Norme subjective	Concordance (Devellis et al., 1990)	TCP Mécanisme d'ancrage
Contrôle comportemental perçu	Concordance (Devellis et al., 1990)	TCP Mécanisme d'objectivation
Déni (effet négatif)	Concordance (Hall et al., 2015)	Emotions
Proximité sociale (effet négatif)	Discordance (Rogers, 2015)	Soutien social Représentations sociales
Comportement antérieur (effet négatif)	Discordance (Davis et al., 2017)	TCP
Fréquence de dépistage (routine)	Concordance (Todorov et al., 2017)	TCP

Nous avons également analysé les résultats de nos trois études sous le prisme des niveaux d'explication de Doise (1986). Il est ressorti de cette analyse que les facteurs influençant la participation au dépistage du cancer colorectal se répartissent sur l'ensemble des quatre niveaux, à savoir, le niveau intra-individuel (par exemple, peur et inquiétude face au dépistage); le niveau interindividuel / groupal (par exemple : incitations au dépistage) ; le niveau positionnel (par exemple : manque de temps et manque d'accessibilité) ; le niveau représentationnel / idéologique (par exemple : tabou et dégoût envers les selles).

Avant d'analyser et de mettre en perspective les résultats issus de nos trois études, il convient de faire un détour rapide vers notre partie théorique. Pour rappel, nous avons identifié dans la littérature cinq catégories permettant d'expliquer les raisons de la participation ou de la non-participation au dépistage du cancer colorectal. Notons que ces cinq catégories reflètent également la diversité des niveaux de Doise.

- l'évaluation individuelle et les réactions émotionnelles face au dépistage du cancer colorectal ;
- la perception de contrôle du dépistage du cancer colorectal ;
- l'influence d'autrui et les normes sociales ;
- la motivation, la volonté et l'intention de participer ou à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal ;
- les représentations du cancer colorectal et du dépistage.

Ces cinq catégories ont pu être mises en adéquation avec nos deux ancrages théoriques, la TCP et la TRS. Nous retrouvons bien ces cinq catégories dans nos résultats, mais ceux-ci nous

permettent d’aller plus loin et d’analyser plus finement les enjeux de celles-ci. Nous expliciterons ce propos dans les développements suivants.

II. Triangulation des résultats des trois études

Nos trois études ont permis de dégager plusieurs thématiques en lien avec la participation ou la non-participation au dépistage (voir tableau 24). Nous allons donc tâcher d’analyser ces thématiques à la lumière de nos résultats et de la littérature.

Tableau 24.

Mise en perspective des résultats des études 1, 2 et 3

	Étude 1 : méthodologie qualitative interrogeant les médecins généralistes	Étude 2 : méthodologie qualitative interrogeant les personnes issues de la population générale (ici nommées patients par opposition aux médecins)	Étude 3 : méthodologie quantitative interrogeant les personnes issues de la population générale (ici nommées patients par opposition aux médecins)
Rôle du médecin généraliste	Une difficulté à réellement s’investir dans la problématique du dépistage du cancer colorectal est présente, en raison du décalage ressenti entre les recommandations des instances de santé et la réalité du terrain. Ce décalage peut parfois mener à une souffrance et à un sentiment de culpabilité.	Le médecin généraliste est généralement perçu comme peu investi dans le dépistage du cancer colorectal (voire pas intéressé). Les patients regrettent le manque de recommandation du médecin pour le dépistage. Celui-ci est également considéré comme souvent débordé.	La recommandation du médecin généraliste à se faire dépister apparaît au sein des normes, qui prédisent en partie l’intention. Le médecin généraliste peut donc influencer les patients pour qu’ils participent au dépistage.
Rôle du patient	Les médecins pensent que les patients devraient être plus pro – actifs et aborder eux-mêmes le sujet du dépistage puisqu’ils ont reçu un courrier d’invitation.	Un continuum entre l’ « assistanat » et l’ « autonomie » existe dans le discours des patients.	Le contrôle perçu apparaît comme le principal prédicteur de l’intention et du comportement. Ainsi, au-delà du rôle du patient, sa perception de contrôle sur le dépistage semble être primordiale afin qu’il puisse être autonome.
Tabou autour des selles	Un tabou est perçu par les médecins généralistes mais eux-mêmes peinent à comprendre ce tabou (différence dans le rapport au corps entre les médecins et les patients).	Un tabou est ressenti autour des selles et du côlon. Ce tabou peut provoquer de l’embarras, une tendance à négliger le dépistage, et une gêne pour en discuter.	Les attitudes affectives envers le dépistage et le prélèvement de selles ne prédisent pas l’intention de se faire dépister.
Ambivalence face au dépistage	Les médecins sont favorables au dépistage organisé du cancer colorectal de manière générale, mais ils rencontrent des difficultés pour le recommander systématiquement à leurs patients. Ils semblent osciller entre une perspective sociétale du dépistage et une perspective plus locale concernant leurs patients.	Les patients ont des attitudes positives envers le dépistage mais peuvent ressentir un découragement face aux étapes nécessaires à la réalisation du test. Par exemple, devoir aller chez le médecin généraliste pour récupérer le test constitue un frein. L’ambivalence se manifeste parfois par un phénomène de procrastination.	Une absence de lien a été constatée entre l’intention et le comportement. Par ailleurs, la procrastination n’est corrélée ni à l’intention, ni au comportement. Par contre, le contrôle perçu peut prédire le comportement sans passer par l’intention. Ce résultat est d’importance car il souligne la manière dont les individus pourraient être encouragés à passer à l’action de manière efficiente.

Tableau 24.

Mise en perspective des résultats des études 1, 2 et 3

	Etude 1 : méthodologie qualitative interrogeant les médecins généralistes	Etude 2 : méthodologie qualitative interrogeant les personnes issues de la population générale (ici nommées patients par opposition aux médecins)	Etude 3 : méthodologie quantitative interrogeant les personnes issues de la population générale (ici nommées patients par opposition aux médecins)
Perception du test de dépistage	Les médecins considéraient le test Hémocult comme peu fiable. Ils n'avaient que peu d'informations et peu d'attentes envers le nouveau test immunologique.	Les patients considèrent le nouveau test comme plus pratique, plus fiable et moins « archaïque » que l'ancien.	Les attitudes instrumentales envers le dépistage ne prédisent pas significativement l'intention.
Sensibilisation au dépistage	Les médecins trouvent que les patients sont peu sensibilisés au dépistage du cancer colorectal. Selon eux, les patients semblent plus intéressés par le dépistage du cancer de la prostate ou par le dépistage du cancer du sein.	Les patients n'entendent pas parler du dépistage du cancer colorectal de manière générale, que ce soit dans les médias ou dans des échanges interindividuels. Ils ont l'impression que le médecin généraliste n'en parle que si le patient aborde lui-même le sujet.	Les normes prédisent significativement l'intention de se faire dépister. En ce sens, entendre parler du dépistage du cancer colorectal et penser que cette pratique est normative peut faciliter la participation au dépistage.
Besoin d'être encouragé	Les médecins perçoivent chez leurs patients un besoin parfois excessif d'être encouragé à réaliser le test de dépistage.	Les patients expriment un besoin d'être encouragé et accompagné, que ce soit par leur entourage ou par leur médecin. De plus ils semblent avoir besoin d'échanger sur les modalités pratiques du test et de comparer leur expérience avec celle des autres.	Il s'avère finalement que la proximité sociale prédit négativement l'intention. Nous constatons également un effet positif des normes sur l'intention.
Réactions émotionnelles	Les médecins ont l'impression que les patients ont peur des résultats du test et que certains ne préfèrent pas savoir leur statut de santé.	Les patients peuvent ressentir de la peur face au cancer, mais ils considèrent que le dépistage est un enjeu important.	Le déni prédit négativement l'intention. La volonté de ne pas savoir peut donc freiner la participation au dépistage.
Temporalité	Les médecins ont l'impression d'avoir trop de tâches à faire et ressentent un manque de temps pour aborder le dépistage en consultation.	Les patients peuvent ressentir un manque de temps pour mener à bien le dépistage : temps nécessaire pour récupérer le kit de dépistage, puis pour le faire à domicile...	La temporalité ressort dans les pratiques de dépistage : le comportement antérieur prédit négativement l'intention. Pourtant, la force des habitudes vient contrer ce résultat : plus les individus sont habitués à se faire dépister, et plus ils ont l'intention de participer à nouveau.
Perception du système de soins	Les médecins ont des représentations positives envers la structure de dépistage, mais ils perçoivent négativement les structures de gestion financière.	Les patients ont généralement un manque de confiance envers le système de soins, et particulièrement à propos de questions financières. Ils ressentent de la suspicion envers les laboratoires pharmaceutiques.	Le système de soin a été évoqué à travers la structure de dépistage dans les questionnaires, au sein des normes. Celles-ci influencent significativement l'intention de se faire dépister.

1. Le rôle du médecin généraliste et la perception du système de soins

Tout d'abord, le rôle du médecin généraliste semble être sujet à débat : doit-il veiller à ce que ses patients participent au dépistage ou son rôle est-il seulement de le recommander ? Jusqu'où peut-il s'investir ? Face à des difficultés organisationnelles et une place incertaine dans le circuit du dépistage, les médecins interrogés ne fournissent pas une réponse unanime quant à leur rôle dans le dépistage, et plus largement, dans la prévention. Cette incertitude s'exprime également à travers les patients : la population interrogée dans l'étude 2 peine à définir le rôle du médecin dans le dépistage. Pourtant, l'étude 3 nous montre que la recommandation du médecin généraliste peut influencer l'intention de se faire dépister. Il semblerait donc que le médecin généraliste puisse jouer un grand rôle dans la participation au dépistage, comme cela est fréquemment démontré dans la littérature (Clavarino et al, 2004 ; Goel et al, 2004 ; Garcia et al, 2011 ; Green et al, 2017), mais qu'il ne soit pas toujours en capacité d'effectuer ces recommandations.

Face à ces imprécisions, des éléments de réponses se trouvent sans doute dans l'analyse des consultations menées par les médecins généralistes. Nous pouvons à ce titre citer les travaux de Génolini et al. (2011) réalisés en France, qui attestent du « *flottement des communications sur les habitudes de vie [...] ce que traduisent les doutes des médecins et les discordances avec les patients sur le domaine des habitudes de vie* » (p.88). Comme nous l'avons constaté dans nos résultats, alors que les médecins peuvent exprimer des difficultés pour convaincre les patients de se faire dépister, ceux-ci semblent être en attente d'encouragements et de conseils de la part de leur médecin généraliste. Il en résulte donc que « *plusieurs postures de médecins et de patients peuvent conduire à passer sous silence, écourter, éviter l'approche du style de vie ou donner lieu à des compromis acceptables. Ce peut être le cas lorsque le médecin a une longue expérience des visites avec le patient et qu'une connaissance de ce qui est à faire ou non est un implicite de leur relation. Mais aussi lorsque « le temps presse » et qu'entrer dans une relation plus éducative est un travail coûteux, d'autant plus qu'il faudra s'accrocher pour convaincre, voire « anticiper l'échec »* » (p.101).

Au-delà du rôle du médecin généraliste, les représentations du système de soins peuvent être négatives et venir freiner la participation au dépistage (Reeder, 2011 ; Garcia et al, 2011 ; Hall et al, 2015). Cela est le cas dans nos résultats, puisque les participants de l'étude 2 ont eu un discours suspicieux envers le système de soins et particulièrement à propos des laboratoires pharmaceutiques. Néanmoins, la structure de dépistage semble être perçue de manière positive par les médecins et également par les patients. D'après les résultats de l'étude 3, recevoir un

courrier d'invitation à se faire dépister émanant d'une structure de dépistage pourrait avoir un effet positif sur l'intention.

2. Le rôle du patient : spectateur ou acteur de son dépistage ?

Nous pouvons également réfléchir sur le rôle du patient, celui-ci se situant sur un continuum entre « l'assistanat » et l'« autonomie ». Plus précisément, la population interrogée dans l'étude 2 a beaucoup débattu sur le fait d'être réellement actrice du dépistage, et de ne pas attendre d'être relancée pour compléter le kit de dépistage. Les médecins, quant à eux, semblent estimer que les patients ne sont pas assez en demande. A propos de la relation entre médecin et patient, nous pouvons nous interroger sur les enjeux qui s'incarnent au sein d'une consultation. Il faut, en effet, considérer que le test nécessite une autonomie de la part du patient, puisque c'est lui qui fait le prélèvement. Cela contraste avec les représentations antérieures du médecin et du corps médical comme seuls habilités à pratiquer les prélèvements (Adam & Herzlich, 2014). Le patient devient acteur de sa prévention. Nous pouvons voir dans cette prise en main un changement de position du médecin : d'autorité référente, il passe à conseiller, accompagnant. Ce rôle est-il bien accepté et intégré par les médecins et les patients ? En outre, l'étude 3 nous éclaire sur un point important : l'importance du contrôle perçu. Ainsi, nous pouvons supposer qu'être autonome et être acteur du dépistage passerait indéniablement par une perception de contrôle suffisante. Pour aller plus loin, un contrôle perçu faible pourrait potentiellement être amélioré grâce à une discussion avec le médecin généraliste, celui-ci pouvant expliquer concrètement comment utiliser le test de dépistage (l'étude 1 nous apprend à ce sujet que certains médecins n'hésitent pas à garder un test ouvert en guise de modèle). Cela nous indique par ailleurs l'importance du processus d'objectivation, qui permet de concrétiser le dépistage. Ce résultat est en adéquation avec la littérature, puisqu'il correspond à la catégorie « perception de contrôle du dépistage du cancer colorectal » que nous avons identifiée. De plus, cela renvoie aux études de Devellis et al. (1990), de Bridou et al. (2013), et de Green et al. (2017), qui ont mis l'accent sur l'importance du contrôle perçu ainsi que de la perception de faisabilité du test.

3. Le tabou autour des selles et la sensibilisation au dépistage

Notre revue de littérature a démontré qu'un nombre important de freins et de facilitateurs de la participation au dépistage relevaient de représentations spécifiques envers le cancer colorectal et le dépistage. Par exemple, des croyances erronées (Hall et al, 2015) ou le manque de fiabilité perçue du test (Clavarino et al, 2004 ; Goel et al, 2004 ; Bridou et al, 2013) peuvent

influencer la participation au dépistage. Nos analyses permettent de développer le contenu de ces représentations. Ainsi, nos résultats ont révélé l'existence d'un tabou autour du côlon et des selles, embarras qui avait également été souligné par les médecins généralistes. Pour interpréter nos résultats, nous pouvons ici faire référence à la différenciation explicitée par Jodelet (2015) entre le corps privé et le corps social, dont les dissemblances pourraient se jouer au sein de la comparaison entre le discours des médecins et celui des patients. D'une part, le corps peut être considéré comme un objet social, puisqu'il représente des « *conflits d'idées et de valeurs* » (p.184), à travers les rôles sociaux que nous sommes amenés à endosser dans notre vie quotidienne (par exemple, être un « patient » le temps d'une consultation), ou encore via des états de santé ou de maladie. C'est de cette manière que le corps paraît être considéré par les médecins, qui semblent s'étonner de la pudeur exprimée par leurs patients face au prélèvement de selles. De part leur formation, les médecins auraient-ils appris à prendre de la distance dans leur rapport au corps ? Distance que n'auraient pas les patients ? D'autre part, le corps est privé, il est propre à chacun, se reflétant par une image du corps subjective, venant étayer notre rapport au monde aussi bien qu'à nous-mêmes (Jodelet, 2015). C'est en ce sens que le discours des patients semble davantage refléter une représentation du corps privé. Cette différence de représentation pourrait sans doute expliquer le décalage ressenti par les médecins et les patients lors de leurs échanges à propos du dépistage du cancer colorectal, échanges visiblement propices au tabou et au non-dit.

Outre les échanges autour du dépistage, les résultats de l'étude 2 ont mis en avant l'image négative associée au cancer colorectal, et l'embarras qui peut être ressenti à l'évocation de la localisation d'un tel cancer. Le cancer colorectal toucherait donc un endroit particulier du corps, qui pourrait renvoyer à l'impur (le côlon, associé aux selles, semble bien moins « noble » que certains autres organes). L'acte de dépistage, consistant à prélever un échantillon de selles, peut également susciter des réserves. En effet, l'impur et la santé peuvent apparaître sur des axes opposés (Douglas & Heusch, 2001). Aussi, utiliser l'impur (manipuler les selles) pour protéger sa santé (synonyme d'hygiène et de propreté) peut consister, culturellement et historiquement, en un acte paradoxal. Le rapport aux excréments apparaît tabou dans la plupart des civilisations, et ce, depuis des temps très reculés. Déchets corporels que l'on rejette et qui suscitent du dégoût, les excréments humains, tout comme la sueur ou l'urine, sont ordinairement mis à distance, nettoyés, le but étant de les faire disparaître le plus rapidement possible (Douglas & Heusch, 2001).

Le tabou et l'image négative associés au dépistage et au cancer colorectal semblent participer au peu de sensibilisation autour du dépistage du cancer colorectal, que ce soit en termes d'échanges interindividuels ou en termes d'influence médiatique. Nous constatons dans l'étude 1 que les médecins généralistes sont conscients de l'existence de ce tabou chez leurs patients mais

qu'ils ne le comprennent pas. En ce sens, lorsqu'ils ont l'occasion de parler du dépistage avec leurs patients, ils ne semblent pas orienter leur discours vers ce tabou, ce qui pourrait pourtant aider les patients à être moins réticents. Le fait que les médecins n'adaptent pas leur discours en fonction de chaque patient est confirmé par l'étude d'Aubin-Auger (2013). Cette zone de non-dit n'apparaît pas dans notre troisième étude, ce qui pourrait signifier qu'il est difficile de la saisir au moyen d'un questionnaire. Par ailleurs, les résultats de l'étude 3 prouvent que les normes sociales influencent l'intention de participer au dépistage. Nous pouvons donc supposer qu'une plus grande visibilité médiatique, telle que celle offerte au sujet du dépistage du cancer de sein, serait à même de faire évoluer positivement la participation au dépistage du cancer colorectal. L'influence des normes et de la sensibilisation au dépistage n'est pas sans rappeler certains articles que nous avons identifiés dans notre revue de la littérature. Nous pouvons faire référence aux études de Dharni et al (2017) et Todorov et al (2017) qui soulignent le manque de sensibilisation au dépistage, et qui corroborent nos propres résultats. A ce propos, une étude australienne (MacKenzie, Chapman, McGeechan, & Holding, 2010) a mis en lien la faible participation au dépistage du cancer colorectal avec une faible couverture médiatique. En effet, l'étude en question a comparé le taux de couverture médiatique des différents cancers, et a conclu que le cancer colorectal n'était quasiment pas représenté (*i.e.* absence de célébrité diagnostiquée avec ce cancer) en comparaison aux autres cancers. Le programme de dépistage du cancer colorectal ne recevait qu'une couverture médiatique limitée. Bien que cette étude ait été menée en Australie, nous pouvons supposer que la situation est identique en France : nos résultats révèlent une faible sensibilisation et une faible couverture médiatique sur ce dépistage en particulier. Pour confirmer cet effet, nous pouvons citer l'étude américaine de Cooper et al. (2014), qui a prouvé que l'exposition aux messages de promotion du dépistage du cancer colorectal pouvait augmenter significativement la participation et le niveau de connaissance de la population cible. En outre, les normes se sont révélées prédire significativement l'intention dans l'étude 3. Il serait donc intéressant de travailler sur l'image du dépistage, et de tenter de le présenter comme une pratique réalisée par la plupart des personnes concernées. Par exemple, cet argument a été utilisé dans une campagne visant à promouvoir le dépistage du cancer du sein en 2008 : « 4 millions de femmes l'ont choisi. Et vous ? »¹⁸. Il serait peut-être pertinent de transposer cette idée au dépistage du cancer colorectal.

¹⁸ https://www.senioractu.com/Cancer-du-sein-une-nouvelle-campagne-pour-inciter-les-femmes-au-depistage_a9039.html

4. La perception du test de dépistage, entre fiabilité et changement de test

La littérature a démontré que les attitudes envers le dépistage pouvaient influencer la participation (Woodrow et al, 2008 ; Deters et Deutekom, 2015 ; Deters et al, 2015). Le changement de test de dépistage devrait donc représenter une étape importante dans l'histoire du dépistage. En effet, l'ancien test (Hémocult II) semblait unanimement critiqué : les patients le trouvaient trop compliqué à réaliser et doutaient de sa fiabilité, les médecins eux-mêmes n'étaient pas convaincus de la sensibilité de ce test. Aussi, l'arrivée d'un nouveau test plus fiable et plus facile à réaliser, avec une présentation bien plus moderne, pourrait laisser imaginer une amélioration significative de la participation au dépistage. Pourtant, les médecins n'avaient que peu d'attentes vis-à-vis de ce changement, voire l'ignoraient. Il s'avère également que les participants de l'étude 3 ont finalement été très peu nombreux à se faire dépister, alors que le nouveau test était déjà bien mis en place. Finalement, nos résultats semblent indiquer que pour les médecins généralistes, ce qui freine la recommandation du dépistage, ce n'est pas le test en lui-même mais bien des difficultés d'ordre organisationnelles. Du côté des patients, les résultats de l'étude 2 nous laissent supposer que ce changement de test peut effectivement encourager la participation puisqu'il pourrait augmenter la faisabilité perçue, mais il est possible aussi que les personnes suffisamment motivées pour passer à l'action seraient de toute façon susceptibles de se faire dépister quel que soit le test en cours d'utilisation. Enfin, l'étude 3 démontre que les attitudes envers le test de dépistage ne permettent pas de prédire l'intention, ce qui corrobore nos propos. Nous pouvons donc en conclure que le changement de test, en soi, sera peu susceptible d'avoir un impact très important sur les taux de participation futurs. En examinant les derniers taux de dépistage, nous pouvons de fait conclure à une faible augmentation. En 2013-2014, lorsque le test Hémocult II était utilisé, les taux de participation en France s'élevaient à 29,8% (nous précisons que la période 2015-2016 n'a pas été prise en compte car il s'agit d'une période de transition entre les deux tests, cela pouvant impacter les taux de participation). En 2016-2017, après la mise en place du nouveau test immunologique, les taux de participation s'élevaient à 33,5% (Santé Publique France, 2018).

5. Les réactions émotionnelles face au dépistage

Les médecins paraissent avoir saisi les émotions négatives que peuvent ressentir leurs patients, et les enjeux qu'impliquent, pour eux, de participer au dépistage. En ce sens, les résultats de l'étude 2 ont souligné la peur que peut engendrer l'évocation du cancer colorectal, et le fait que se faire dépister signifie accepter d'éventuelles conséquences désagréables (ce qui est

d'ailleurs verbalisé par certains médecins) : recevoir un résultat positif, aller faire une coloscopie, recevoir un diagnostic de cancer, supporter les effets secondaires des traitements, et au-delà de ces aspects pratiques, accepter le statut de « malade » qui peut être difficile à porter, et qui renvoie indéniablement à un statut de « mortel »... La peur de ces anticipations négatives est également très présente dans la littérature (Chapple et al, 2008 ; Molina-Barcelo et al, 2011 ; Broc et al, 2017). De manière générale, les réactions émotionnelles telles que l'embarras ou l'anxiété sont connues pour influencer la participation au dépistage du cancer colorectal (Paddison & Yip, 2010 ; Bridou et al, 2013), comme nous avons pu le constater dans notre revue de la littérature. Par ailleurs, comme le révèlent nos résultats, ces réactions émotionnelles peuvent conduire au déni, c'est-à-dire au fait de ne pas vouloir connaître son statut de santé afin d'éviter la détresse psychologique qui pourrait en résulter. La volonté de ne pas connaître son statut de santé apparaît notamment dans les études d'Oster et al. (2013) et de Hall et al. (2015). Nous pouvons remarquer que les médecins interrogés dans notre première étude semblent avoir conscience de ce déni. Les résultats de l'étude 3 nous prouvent que le déni peut influencer négativement l'intention de se faire dépister, et donc qu'il peut représenter un frein important au dépistage.

Pour aller plus loin, le déni peut être interrogé en termes de rapport au risque. Pourquoi préférer ignorer son statut de santé si ce n'est pour se préserver de certains risques relatifs à la découverte potentielle d'une maladie ? Nous rejoignons ici la peur relative aux conséquences de la maladie, évoquée précédemment. Le risque peut aussi nous amener à réfléchir sur le sentiment de vulnérabilité des individus face au cancer colorectal. Les résultats de l'étude 2 nous apprennent effectivement que le cancer colorectal est considéré par les individus comme un cancer fréquent, car beaucoup connaissent ou ont connu des personnes souffrant de ce cancer, mais paradoxalement, les participants avaient l'impression qu'il était peu représenté dans les médias. Face à une faible couverture médiatique, comment se construit la représentation du risque d'avoir un cancer colorectal ? Les travaux de Neto et al. (2006) soulignent que la couverture médiatique impacte la perception de risques des individus et des groupes, et ce, plus que l'expérience vécue. Autrement dit, une certaine importance sera donnée aux risques représentés dans les médias (Cadet, 2006), car ils viennent plus facilement à l'esprit des individus (Slovic, Peters, Finucane, & Macgregor, 2005). Peu représenté dans les médias, le cancer colorectal pourrait donc susciter une perception de risque limitée par rapport à d'autres cancers (comme par exemple le cancer du sein), ce qui pourrait avoir un impact négatif sur la participation au dépistage.

6. L'ambivalence face au dépistage : expression d'une gamme d'hésitations

Nous avons déjà identifié le phénomène d'ambivalence dans notre revue de la littérature, notamment grâce aux études d'Oster et al (2013) et de Broc et al (2017). Mais les résultats de nos analyses nous permettent de mieux comprendre la manière dont peut s'exprimer cette ambivalence. D'une part, les médecins généralistes semblent ressentir une certaine ambivalence vis-à-vis du dépistage : ils y sont favorables mais ne peuvent pas réellement être investis dans cette thématique, et confrontent un intérêt sociétal (par exemple : le dépistage est bénéfique pour la société) à un intérêt local (par exemple : le test Hémocult II n'est pas fiable au niveau individuel). D'autre part, les différentes étapes nécessaires à la réalisation du test de dépistage semblent décourager la population. Ce découragement peut être interprété comme le résultat d'une certaine ambivalence de la part de la population générale, les participants ayant généralement des attitudes positives envers le dépistage mais présentant des difficultés pour passer à l'action (procrastination, manque de temps, oubli...). En outre, cette ambivalence est également présente dans l'étude 3, sous la forme d'une absence de lien entre intention et comportement. Ce point est crucial dans notre analyse, car il représente une possibilité d'intervention non négligeable, à condition d'identifier ce qui pourrait faire le lien entre intention et comportement.

Néanmoins, les résultats de l'étude 3 nous apprennent que ce lien n'est pas forcément nécessaire puisque le contrôle perçu peut agir directement sur le comportement. Les interventions visant à améliorer le contrôle perçu devraient donc être particulièrement efficaces. Nous pouvons citer par exemple la vidéo mise en ligne sur le site de l'INCa¹⁹, mettant en scène une personne expliquant concrètement comment faire le test immunologique. A ce propos, la taxinomie des interventions en santé visant des changements de comportement réalisée par Abraham et Michie (2008), a révélé que les interventions présentant un modèle ou montrant le comportement représentent 95% d'efficacité sur l'intention et le comportement. Néanmoins, il n'était pas question de comportement de dépistage dans cette taxinomie. L'importance d'avoir un modèle nous rappelle la notion de « modèle vicariant », développée par Bandura (1977), qui stipule que les individus ont tendance à considérer que si les autres peuvent réussir une action, eux aussi en seront capables. En ce sens, mettre en scène une personne en train de réaliser le comportement souhaité, à laquelle il est facile de s'identifier, et qui retire des bénéfices favorables de ce comportement, augmente les chances de voir la personne concernée reproduire ce même

¹⁹ <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-test-immunologique-en-images>

comportement. A cet effet, le système de croyance sur son auto-efficacité est le fondement de la motivation, selon Bandura (1977).

Pour aller plus loin, nous pouvons nous interroger sur un élément central de la prise de décision de participer (ou non) au dépistage : le courrier d'invitation. Nous pouvons effectivement réfléchir sur la manière dont cette invitation est perçue par la population. Autrement dit, les informations données par le courrier d'invitation à se faire dépister sont – elles favorables à un passage à l'action ? Provoquent-elles un contrôle perçu élevé, ou au contraire, mettent-elles en avant les contraintes pratiques du dépistage, favorisant ainsi l'ambivalence ? L'étude de Smith et al. (2015) peut nous apporter quelques éléments de réponse. En effet, cette recherche anglaise a consisté à analyser la manière dont les individus réagissaient à la lecture du courrier d'invitation à se faire dépister pour le cancer colorectal et de la brochure d'informations qui l'accompagne, ceux-ci ayant pour consigne de « penser à voix haute » pendant qu'ils étudiaient les documents. Les résultats ont révélé que les informations fournies dans le courrier d'invitation et la brochure étaient globalement bien comprises, mais plusieurs problèmes ont été identifiés, comme l'utilisation de terminologies compliquées et non familières (*i.e.* « adénome »), ou encore l'utilisation de données numériques (*i.e.* pourcentages). De plus, l'évocation d'un examen par coloscopie, nécessaire en cas de test par recherche de sang positif, provoquait des émotions négatives chez les participants. Il en est de même pour les explications relatives à la procédure de recueil des selles, provoquant de l'embarras et du déplaisir. Ces résultats nous encouragent à réfléchir au contenu du courrier d'invitation français, et à sa potentielle influence sur l'ambivalence que peuvent ressentir les individus à propos du dépistage du cancer colorectal.

7. Le besoin d'être encouragé à se faire dépister pour passer à l'action

Nous pouvons mettre le phénomène d'ambivalence en lien avec le besoin d'être encouragé. En effet, les participants de l'étude 2 ont souligné le besoin d'être encouragés et soutenus dans la démarche de dépistage, mais il apparaît que ce soutien ne doit pas nécessairement venir du médecin généraliste (par exemple, l'implication du ou de la conjointe semble être un levier très important d'après les résultats de l'étude 2). Ce besoin est d'ailleurs très bien identifié et verbalisé par les médecins généralistes. De ce fait, une personne se trouvant dans un état d'ambivalence pourrait finalement passer à l'action grâce à des incitations et à des rappels allant dans le sens d'une participation au dépistage. Pourtant, les résultats de l'étude 3 nous montrent qu'au contraire, la proximité sociale a une influence négative sur l'intention. Nous pouvons interpréter cette contradiction comme la potentielle manifestation d'un soutien social

négalif, s'exprimant par exemple par un contrôle social, pouvant avoir des effets contre-productifs sur l'adoption du comportement (Tucker et Anders, 2001 ; Sullivan et al, 2010).

Nous pouvons par ailleurs nous concentrer sur la recherche menée par Dong et Liu (2017), qui a examiné les variations entre les différentes sources de soutien social et leurs effets sur les comportements de dépistage des cancers parmi une population de chinois vivant aux Etats-Unis. Concernant le dépistage du cancer colorectal, il s'est avéré qu'un niveau de soutien social élevé de la part du conjoint était bénéfique, mais à l'inverse, le soutien social émanant des autres membres de la famille ou des amis avait un effet délétère sur la participation au dépistage. Ce résultat n'était pas retrouvé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ni pour le dépistage du cancer du sein. Nous pouvons donc nous interroger sur la spécificité du dépistage du cancer colorectal : par quel processus le soutien social, autre que celui apporté par le conjoint, pourrait-il conduire à freiner la participation ? Nous proposons d'interpréter cet effet par l'existence du tabou régnant autour du cancer colorectal, identifié dans nos études qualitatives. Ainsi, toute tentative de discussion autour de ce sujet pourrait mener à un malaise et   un évitement, et il en résulterait une tendance à la non-participation au dépistage. A l'inverse, ce tabou pourrait être dépassé par l'intimité partagée avec un conjoint.

Plus largement, le concept théorique de coping peut être mobilisé pour interpréter nos résultats. Cet ancrage théorique vise à identifier les différentes man res de réagir face à des situations stressantes (Bruchon-Schweitzer, 2001). Nous pouvons interpréter la perspective de se faire dépister comme une situation pouvant engendrer du stress chez les individus. Trois stratégies sont généralement considérées dans le cadre du coping : le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion et le coping de recherche de soutien social (Cousson-G lie et al., 2010). Cette dernière stratégie fait particulièrement écho à nos résultats. Les stratégies de coping ont pour objectif non seulement de résoudre un problème mais possèdent aussi une fonction de régulation des émotions. Ainsi, l'étude de Kudadjie-Gyamfi et Magai (2008) a révélé que le coping centré sur le problème et le soutien social étaient associés positivement à la réalisation d'une mammographie. Nous pouvons en conclure que la recherche de soutien social pourrait représenter une stratégie efficace dans le cas du dépistage du cancer colorectal, à condition que ce soutien soit réalisé de man re positive et qu'il soit amené par une source adéquate. Cette interprétation reste à développer et nécessiterait de plus amples recherches.

8. La temporalité du dépistage

La temporalité du dépistage semble être un point d'analyse important. Le manque de temps est un frein majeur pour les médecins généralistes pour aborder le sujet du dépistage en consultation, mais il est aussi beaucoup cité pour justifier une non-participation au dépistage du côté des patients. De même, il est probable que les nombreuses étapes nécessaires à la réalisation du dépistage viennent à bout des intentions les moins implémentées, et mènent à des phénomènes de procrastination ou d'oubli. De plus, la temporalité du dépistage, qui est recommandé tous les deux ans, le rend particulièrement difficile à étudier en termes d'intention. En effet, il est sans doute difficile pour un individu de projeter une intention comportementale sur une période aussi longue. L'influence de la temporalité dans la stabilité des intentions a d'ailleurs été citée dans la littérature à propos de l'écart souvent observé entre intention et comportement (Sheeran, 2002). Il existerait donc une relation négative entre l'intervalle de temps et la consistance intention-comportement. En conséquence, il semblerait que lorsque les intentions sont instables, elles échouent à prédire le comportement (Sheeran, 2002). Plus précisément, les problèmes clés rencontrés par les individus incluent des difficultés relatives au fait d'être prêt à agir, d'oublier d'agir, de louper des possibilités d'agir, ou encore d'échouer à s'engager dans des comportements de préparation à l'action (Sheeran & Webb, 2016). Les travaux de Sheeran et al. (1999) soulignent également que le comportement passé s'avère être un très bon prédicteur du comportement futur. Pourtant, lorsque les intentions sont stables, le comportement passé ne prédit plus le comportement futur, à l'inverse des intentions.

A ce propos, les résultats de l'étude 3 nous révèlent un phénomène intéressant : avoir déjà expérimenté le dépistage découragerait une nouvelle participation, sauf si celle-ci est devenue une habitude. La force des habitudes peut effectivement être considérée comme une manière de renforcer l'intention (Sheeran, 2002). De ce fait, rendre le dépistage routinier, et aider les individus à le percevoir comme une habitude à prendre, pourrait constituer une piste d'intervention efficace. A ce propos, Changizi et Kaveh (2017) ont montré l'efficacité des rappels pour augmenter les taux de participation au dépistage par test de recherche de sang dans les selles. Concernant le dépistage du cancer colorectal, la temporalité pourrait jouer un rôle double : d'un côté, un rôle d'éloignement (la durée entre deux participations est longue, cela demande du temps de se procurer le test puis de le faire, etc.), et donc, rendrait le dépistage moins familier et moins concret. Nous pouvons ici faire référence à la TRS et aux mécanismes d'ancrage et d'objectivation. D'un autre côté, malgré une temporalité longue, une pratique routinière pourrait justement servir de point d'ancrage et encourager la participation.

Pour finir, nous pouvons faire référence à la théorie de la perspective temporelle (Stolarski, Fieulaine, & Beek, 2015) qui postule que les individus auraient différentes manières de percevoir le temps, et qui différencie une orientation basée sur le présent d'une orientation basée sur le futur. Plusieurs liens ont été faits entre la perspective temporelle et l'adoption de comportements de santé. Les recherches à ce sujet, bien qu'elles ne portent pas spécifiquement sur le dépistage, révèlent qu'une perspective temporelle orientée vers le futur est associée à l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé (Hall, Fong, & Sansone, 2015). De plus, la perspective temporelle peut avoir une influence sur la force des intentions comportementales, et, plus précisément, l'association la plus forte entre intention et comportement se retrouverait chez les personnes ayant une perspective temporelle orientée vers le futur (Van Ittersum, 2012). Nous avons constaté dans notre étude 3 un fort décalage entre intention et comportement, pourrait-il être réduit par une intervention amenant les individus à considérer davantage le futur ? En conclusion, il est possible que la temporalité puisse jouer un rôle dans la participation au dépistage, qu'elle soit interprétée comme une particularité individuelle (certains individus auraient plus de facilités à se projeter sur le long terme), ou qu'elle s'ancre dans des contextes environnementaux (par exemple, la manière dont est rédigé le courrier d'invitation). De plus amples recherches sur ce sujet pourraient nous éclairer sur le rôle de la perspective temporelle dans l'adhésion au dépistage du cancer colorectal.

En résumé, nos résultats nous offrent un large panel de facteurs influençant la participation au dépistage, nous permettant ainsi de mieux appréhender la manière dont se construisent l'intention et le comportement dans ce cadre. Pour autant, ces éléments de réponses engendrent de nombreux autres questionnements, qui peuvent être examinés à la lumière d'autres ancrages théoriques, ouvrant de multiples perspectives de recherches futures. Ce travail apporte donc une contribution à l'édifice des recherches sur le sujet du dépistage du cancer colorectal, tout en présentant un intérêt en termes de recherche fondamentale. Nous allons examiner plus en détail ce dernier intérêt, en statuant sur l'adéquation entre la TCP et la TRS.

III. La TCP et la TRS, deux théories complémentaires

La triangulation entre la TCP et la TRS s'est avérée être une association enrichissante, et ce, à plusieurs égards. Tout d'abord, la TCP a confirmé, du moins partiellement, sa pertinence pour étudier la participation au dépistage du cancer colorectal. D'une part, parce que ce modèle présente de nombreux liens avec les facteurs identifiés dans la littérature, et, d'autre part, parce qu'il a permis de révéler l'importance du contrôle perçu sur l'intention et le comportement de

dépistage. Bien que nous n'ayons pas retrouvé d'associations entre l'intention et le comportement, ce décalage se révèle finalement être un point d'analyse intéressant. Ce modèle nous paraît donc bien adapté pour étudier notre problématique.

En amont, la TRS nous a permis d'identifier les représentations sociales pouvant être impliquées dans la formation des attitudes, des normes, et du contrôle perçu, et de ce fait, a amené une meilleure compréhension de la manière dont l'environnement social peut influencer la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus concrètement, la TRS nous a offert un atout indéniable : celui de pouvoir spécifier le contenu des facteurs de la TCP et de construire un questionnaire contextualisé et à l'image des individus concernés, et qui, nous l'espérons, a fait sens pour les participants qui y ont répondu. Par exemple, nous avons trouvé dans nos études qualitatives que le dépistage du cancer colorectal renvoyait à un tabou. C'est pourquoi nous avons créé un item d'attitude mesurant ce tabou.

De plus, nos résultats qualitatifs ont amené des facteurs non pris en compte par la TCP, par exemple, l'effet du déni, qui s'est avéré prédire significativement (et négativement) l'intention dans l'étude 3. La TRS nous permet donc de proposer une ouverture de la TCP sur d'autres facteurs qui ne correspondent pas spécifiquement à des attitudes, des normes, ou à du contrôle perçu. Nos résultats qualitatifs ont également permis d'explicitier le phénomène d'ambivalence qui semble s'exprimer à l'égard du dépistage du cancer colorectal. Nous le retrouvons dans la TCP, sous la forme d'un écart entre intention et comportement, mais nous le comprenons grâce au discours des médecins généralistes et de la population générale interrogés.

Ensuite, en interrogeant les représentations sociales des médecins généralistes et de la population générale, nous avons constaté que certaines représentations globales du système de soins et du cancer pouvaient influencer la participation au dépistage. Au-delà des croyances mentionnées par Fishbein et Ajzen (1975), la forme de pensée sociale et sociétale que sont les représentations sociales nous a permis d'accéder à une perspective complète du dépistage. Grâce à nos résultats, nous avons pu appréhender la manière dont les représentations sociales sont organisées mais aussi comment elles se construisent. La valeur symbolique du dépistage est ainsi liée à des interactions sociales qui ne doivent pas être négligées : la manière dont l'individu perçoit son médecin, la manière dont il se perçoit lui-même, dont il se perçoit par rapport aux autres, dont il perçoit la société, dont il perçoit la santé ou la maladie... Nous postulons que ces représentations préexistantes vont être mobilisées par les individus lors de la formation de leurs attitudes, normes, contrôle perçu et intention à l'égard du dépistage.

Pour finir, nos résultats peuvent mener à l'élaboration d'un cheminement hypothétique de la prise de décision de se faire dépister, qui inclurait plusieurs possibilités pour aboutir à une participation finale. Ce cheminement est illustré par la figure 26. Nous pouvons donc supposer que face à la réception du courrier d'invitation à se faire dépister, les variables de la TCP vont être mobilisées (attitudes, normes sociales et contrôle perçu), celles-ci étant nourries en amont par les représentations sociales du cancer colorectal, du dépistage, du système de soins, mais aussi par l'expérience vécue des individus. Puis, ces facteurs, plus ou moins favorables selon les individus, agiraient sur la formation et la force de l'intention de se faire dépister. Il existerait ensuite plusieurs manières d'arriver à la réalisation du dépistage. Certains profils de personnes nécessiteraient de construire une intention suffisamment forte pour déboucher sur l'adoption du comportement. D'autres individus pourraient participer directement au dépistage à condition qu'ils aient un contrôle perçu élevé, et n'auraient donc pas besoin de passer par une étape de formation de l'intention. Enfin, nos résultats mettent en lumière une catégorie de personnes en particulier, celles qui sont ambivalentes face au dépistage : ces personnes auraient l'intention de participer mais elles seraient susceptibles de ne pas passer à l'action. D'un point de vue interventionnel, il semble complexe de déployer des interventions auprès des individus n'ayant pas du tout l'intention de se faire dépister, mais nous pourrions tenter d'aider les personnes ambivalentes à passer à l'action. Nos résultats montrent que certains individus ambivalents pourraient finir par passer à l'action s'ils étaient incités à le faire de manière adéquate.

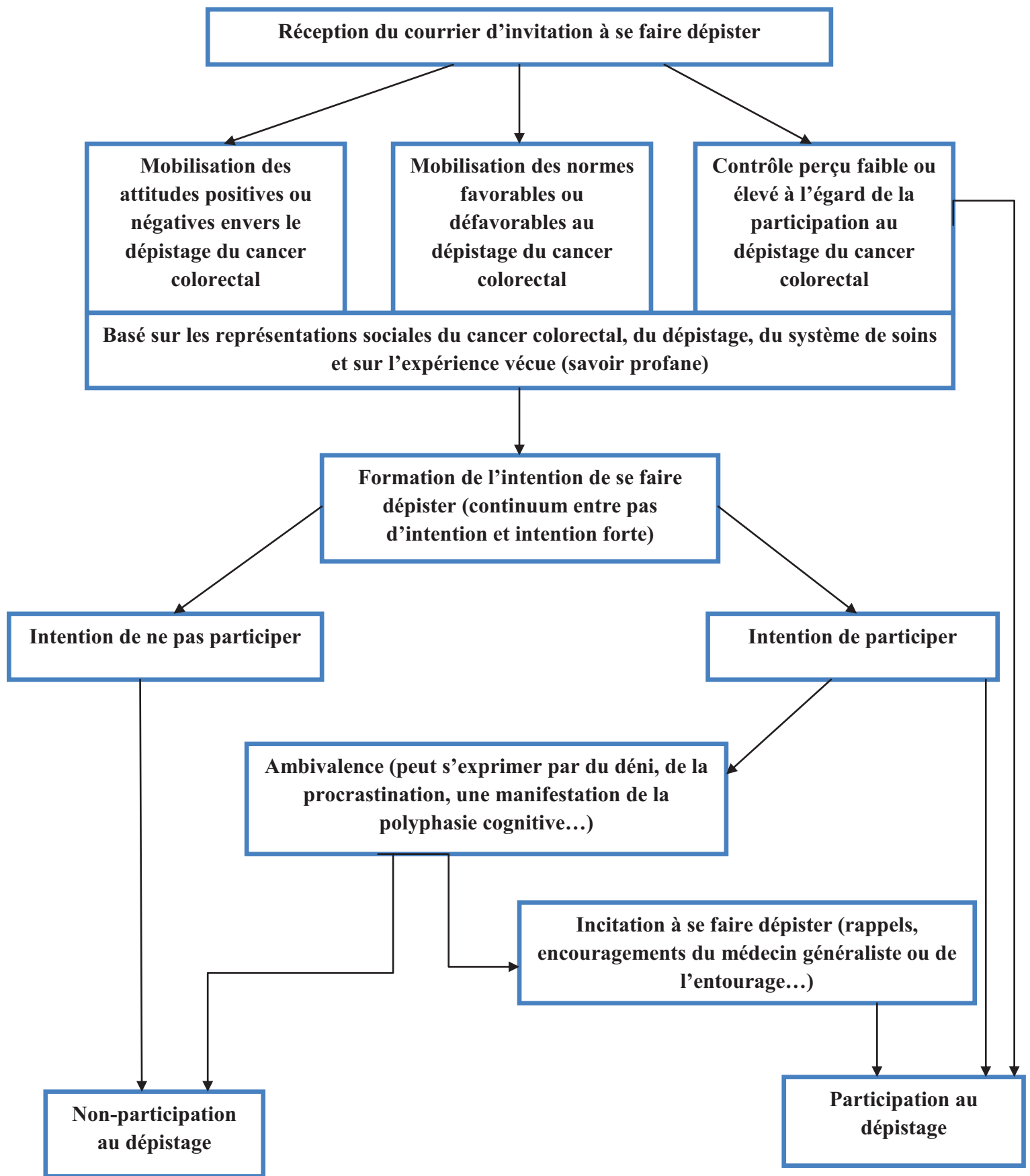


Figure 26- Cheminement hypothétique des processus psychologiques amenant à la participation au dépistage du cancer colorectal (hypothèse formulée d'après les résultats de nos trois études)

IV. Forces et limites de ce travail de thèse

Les trois études présentées dans ce travail possèdent un certain nombre de forces et de limites, qui ont été mentionnées dans les discussions relatives à chacune d'entre elles. De manière plus générale, l'apport principal de ce travail de thèse repose sur l'utilisation de la triangulation. Grâce à cette démarche, nous avons pu considérer le dépistage du cancer colorectal avec plusieurs perspectives (celle des médecins et celle de la population cible), avec plusieurs approches (compréhensive et prédictives), et à l'aide de différentes méthodologies (qualitative et quantitative). La triangulation nous paraît être une démarche pertinente lorsqu'il s'agit d'étudier les comportements de santé tels que le dépistage, car il s'agit d'une problématique complexe, spécifique à un contexte particulier, impliquant différents acteurs.

De plus, dans une perspective comportementale, cette recherche a permis d'identifier un profil de personne particulier : celles qui ont l'intention de participer au dépistage, mais qui ne réalisent pas le comportement, exprimant de ce fait une certaine forme d'ambivalence. Ce profil nous intéresse spécifiquement car il représente des perspectives d'action pouvant aider les individus à adopter réellement le comportement.

Ce travail présente néanmoins certaines limites qu'il convient d'identifier. Tout d'abord, nos études se retrouvent à la population héraultaise, et donc, ne peuvent être considérées comme représentatives de la France entière. Par ailleurs, malgré notre démarche de triangulation, nous n'avons pas interrogé d'autres acteurs du circuit de dépistage, qui pourraient venir compléter les points de vue récoltés. Par exemple, les acteurs travaillant au sein des structures de dépistage ou au sein des instances de santé nationales pourraient sans doute nous apporter de précieuses informations, à mettre en parallèle avec les réponses apportées par les médecins généralistes et la population générale.

V. Propositions de préconisations issues de nos résultats

Sur la base de l'ensemble de nos résultats, nous pouvons proposer quelques recommandations afin de mettre en place des interventions visant à améliorer les taux de participation au dépistage du cancer colorectal.

Tout d'abord, il serait intéressant de pouvoir mettre en place une consultation dédiée à la prévention, au cours de laquelle le médecin pourrait gérer les actes de prévention comme les vaccins, les dépistages et la sensibilisation à divers comportements de santé (tabac, alcool,

nutrition...). Cela permettrait également de faciliter la mise en place d'une approche centrée sur le patient, puisque le médecin aurait le temps d'aborder avec son patient toutes les mesures de prévention qui le concernent spécifiquement. D'après les résultats d'Aubin-Auger et al (2013) et de Le Breton et al (2012), il serait préférable que le temps dédié à la remise du test soit consacré principalement aux attentes et aux représentations du patient plutôt qu'à des explications techniques.

De plus, d'après les représentations des médecins généralistes, il semble important que leur rôle soit clarifié dans la prévention pour améliorer leur implication. Au-delà des aspects pratiques, nous supposons qu'une telle clarification pourrait avoir des retombées positives sur l'identité professionnelle des généralistes et leur permettrait de s'investir davantage dans le dépistage. En outre, les médecins généralistes se sentant seuls à gérer le dépistage, il pourrait être utile de faire appel à d'autres acteurs de santé qui pourraient également s'y impliquer. Les patients sont perçus par les médecins comme peu demandeurs du test, mais généralement plutôt enclins à participer au dépistage s'ils y sont encouragés. Cependant, la question est de savoir si la recommandation pourrait réellement être systématique. En effet, le manque de temps auquel sont confrontés les médecins reste un frein à leur investissement. Distinct d'un problème de motivation, c'est donc un problème d'évolution de la profession de médecin généraliste qui ressort de l'analyse de l'étude 1, celui-ci paraissant s'éloigner peu à peu, et souvent à regret, du médecin de famille traditionnel et de la médecine préventive.

Par ailleurs, nous avons aussi pu démontrer que les patients ne pensent pas toujours à amener leur courrier d'invitation chez le médecin, et qu'il en résulte une prolongation des délais de participation voire même un oubli de participer au dépistage. Nous avons mis en avant l'hypothèse d'une pluralité de processus menant à l'adoption du comportement de dépistage, processus qui nous semblent varier selon le profil des individus. Face à ces constats, nous pouvons postuler que les médecins généralistes pourraient être aidés dans leur tâche de recommandation du dépistage, et potentiellement grâce à des outils numériques. Nous pouvons par exemple faire référence à un projet en cours de développement²⁰ (prix « projet émergent » du « Hacking Health Lyon », 2016), proposant la mise en place d'un outil numérique permettant, grâce à des algorithmes effectués sur la base de quelques informations, de recommander les dépistages appropriés pour chaque type de personnes. Au-delà de l'identification des dépistages appropriés par âge ou par sexe, l'intérêt de cet outil serait également de faire varier la manière dont est présenté le dépistage selon le profil psychologique de l'individu. En ce sens, l'individu

²⁰ <https://biotuesdays.fr/biotuesday2009/editions-2017/janvier-2017/>

recevrait un discours adapté à son profil et donc plus à même de le toucher. Placé dans la salle d'attente des médecins, un tel outil pourrait permettre de sensibiliser les patients au dépistage avant leur consultation, et leur donner la possibilité d'en discuter ensuite avec leur médecin généraliste.

Enfin, nous avons constaté le rôle indéniable joué par le contrôle perçu dans la participation au dépistage du cancer colorectal. Mais nous avons aussi souligné l'importance d'être encouragé et incité à participer au dépistage. Ces deux éléments considérés ensemble nous orientent logiquement vers le concept d'empowerment, basé sur un modèle d'action mobilisé dans des politiques de lutte contre les inégalités. A l'instar de l'argumentation proposée par Préau (2017) à propos d'une intervention ancrée sur la mise en place de « navigateurs » visant à corriger les inégalités de participation au dépistage du cancer colorectal, l'adhésion au dépistage pourrait faire l'objet d'une analyse sous le prisme de la recherche communautaire. La recherche communautaire constitue en une volonté émanant d'acteurs concernés de se mobiliser pour défendre des intérêts et des besoins communs qui peinent à être gérés par la société (Demange, Henry, Bekelync, & Préau, 2012). Ce type de recherche peut se caractériser par une démarche interventionnelle d'empowerment.

Le concept d'empowerment, envisagé dans sa globalité, vise à renverser les rapports classiques de domination entre l'Etat et la société civile par le biais de transfert de ressources politiques et de capacité d'organisation (Jouve, 2006). L'empowerment remet en question le caractère asymétrique des approches « top down », où le flux d'information et les décisions suivent un mouvement du haut vers le bas, dans la mesure où elles tendent à la victimisation, à l'infantilisation et à la stigmatisation des populations cibles (Le Bossé, 2003). De plus, comme le souligne Jouve en 2006, ces approches conduisent à la reproduction des rapports sociaux de domination entre les groupes. En opposition, l'empowerment favorise les approches « bottom up » où les destinataires des projets sont considérés comme des acteurs plutôt que comme des sujets passifs. Il s'agit, ici, de mettre à jour les ressources des populations dans l'élaboration de solutions pour résoudre des problèmes les affaiblissants en leur confiant les moyens et la légitimité pour y parvenir. En ce sens, les individus concernés par des programmes d'aide doivent pouvoir en définir les objectifs et anticiper les changements suscités.

Plus concrètement, une intervention basée sur l'empowerment viserait à développer les compétences individuelles opérant sur quatre points interdépendants : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique (Ninacs, 2003). Ces différents plans pourraient ainsi être considérés comme des indicateurs d'empowerment de la population ciblée.

Néanmoins, la difficulté résiderait dans le fait d'arriver à toucher le public cible, à savoir les personnes ambivalentes face au dépistage ou encore les personnes peu sensibilisées aux démarches de dépistage, et qui auraient justement besoin de renforcer leurs compétences individuelles.

CONCLUSION

Nos résultats ont révélé que la participation au dépistage du cancer colorectal est une problématique complexe. En effet, le dépistage fait partie d'un circuit organisé, au sein duquel les médecins généralistes jouent un rôle non négligeable, et ce, malgré une incertitude quant à la place qu'ils peuvent réellement y tenir, ainsi que la présence de nombreuses complications inhérentes à leur pratique quotidienne. La population ciblée par le dépistage organisé du cancer colorectal semble également rencontrer quelques résistances relatives à l'organisation et à la procédure du test. Au-delà de ces aspects pratiques, nous avons pu identifier un système de représentation spécifique au cancer colorectal, et notamment la présence d'un tabou, contribuant à la faible sensibilisation autour du dépistage. Enfin, nos résultats soulignent l'importance des normes sociales et du contrôle comportement perçu pour agir sur l'intention et le comportement de dépistage.

D'un point de vue théorique, ce travail de thèse a permis de conclure à la pertinence d'étudier un comportement de santé tel que le dépistage du cancer colorectal sous le prisme d'un ancrage théorique adapté. En utilisant deux théories complémentaires, l'une compréhensive et l'autre prédictive, et en alliant différentes méthodologies, qualitatives et quantitatives, nous sommes parvenus à appréhender des enjeux psychosociaux dépassant le simple cadre de ce dépistage.

En conclusion, la mise en place du nouveau test immunologique semble représenter un changement positif en termes d'acceptabilité, néanmoins, nos résultats ont démontré l'existence de barrières bien plus complexes. L'ensemble de nos résultats incite à réfléchir sur la mise en place d'interventions pouvant permettre une meilleure adhésion de la population générale au dépistage organisé du cancer colorectal. En ce sens, un outil d'aide à la sensibilisation au dépistage pourrait être une piste pertinente pour aider les médecins généralistes dans leur tâche. Pour finir, une intervention de type communautaire à destination de la population générale nous semble répondre au besoin de contrôle perçu souligné par nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, C., Sheeran, P., & Johnston, M. (1998). From health beliefs to self-regulation: Theoretical advances in the psychology of action control. *Psychology and Health, 13*(4), 569–591.
<https://doi.org/10.1080/08870449808407420>
- Abraham, Charles, & Michie, S. (2008). A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*(3), 379–387. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.379>
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations* (Presses Universitaires de France). Paris.
- Adam, P., & Herzlich, C. (2014). *Sociologie de la maladie et de la médecine* (Armand Colin). Paris.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179–211.
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a theory of planned behavior questionnaire*. Retrieved from <http://people.umass.edu/~aizen/pdf/tpb.measurement.pdf>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative beliefs. *Journal of Experimental Social Psychology, 6*(4), 466–487.
- Allen, J. (2008). The intention-behavior gap - it's all under control (executive control). *European Health Psychologist, 10*(3), 62–64.
- Apostolidis, T. (2006). Social representations and triangulation: an application in social psychology of health. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 22*(2), 211–226. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000200011>
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française, 57*(1), 67–81.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *The British Journal of Social Psychology, 40*(Pt 4), 471–499.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative Research, 1*(3), 385–405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Aubin Auger, I., Mercier, A., Baumann Coblenz, L., Le Trung, T., Decorre, Y., Rousseau, M., ... Boutan Larroze, A. (2008). Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale, 80*, 4–7.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Lebeau, J.-P., Baumann, L., Peremans, L., & Van Royen, P. (2011). Obstacles to colorectal screening in general practice: A qualitative study of GPs and patients. *Family Practice, 28*(6), 670–676. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr020>
- Badet-Phan, A., Moreau, A., Colin, C., Canoui-Poitrine, F., Schott-Pethelaz, A. M., & Flori, M. (2012). Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. *Pratiques et Organisation des Soins, Vol. 43*(4), 261–268.

- Bae, N., Park, S., & Lim, S. (2014). Factors associated with adherence to fecal occult blood testing for colorectal cancer screening among adults in the Republic of Korea. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.09.001>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bangerter, A. (2006). L'appropriation de la science par le sens commun : émergence, croissance et déclin d'une "légende scientifique." In Valérie Haas, *Les savoirs du quotidien : Transmissions, Appropriations, Représentations* (Presses Universitaires de Rennes, pp. 25–36). Rennes.
- Bangerter, A. (2008). *La diffusion des croyances populaires : Le cas de l'effet Mozart* (Presses Universitaires de Grenoble). Grenoble. Retrieved from <http://www.psychoressources.com/bibli/croyances-populaires-intro.pdf>
- Bardin, L. (1993). *L'analyse de contenu* (Presses Universitaires de France). Paris.
- Bauerle-Bass, S., Gordon, T. F., Ruzek, S. B., Wolak, C., Ward, S., Paranjape, A., ... Ruggieri, D. G. (2011). Perceptions of Colorectal Cancer Screening in Urban African American Clinic Patients: Differences by Gender and Screening Status. *Journal of Cancer Education : The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 26(1), 121–128. <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0123-9>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.
- Bauquier, C., & Préau, M. (2017). *La prévention des cancers associés aux papillomavirus humain ancrée en santé sexuelle : une approche centrée sur les adolescent(e)s*. Presented at the Colloque "La production des savoirs sur la sexualité. Enjeux épistémologiques et méthodologiques en sciences sociales". 85ème Congrès de l'Association francophone pour le savoir, Montréal, Canada.
- Bensing, J. M., van den Brink-Muinen, A., & de Bakker, D. H. (1993). Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners. *Medical Care*, 31(3), 219–229.
- Berchi, C., Dupuis, J.-M., & Launoy, G. (2006). The Reasons of General Practitioners for Promoting Colorectal Cancer Mass Screening in France. *The European Journal of Health Economics*, 7(2), 91–98.
- Bergeron, H., & Castel, P. (2014). *Sociologie politique de la santé* (Presses Universitaires de France). Paris.
- Blanchet, A., & Trognon, A. (1994). *La psychologie des groupes*. Nathan.
- Bouleuc, C., & Poisson, D. (2014). La décision médicale partagée. *Laennec*, Tome 62(4), 4–7.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bridou, M. (2012). *Etude des principaux freins et leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal : Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de cette démarche*. (Thèse de doctorat en Psychologie). Université François - Rabelais de Tours, Tours.

- Bridou, M., Aguerre, C., Gimenes, G., Kubiszewski, V., Le Gall, A., Potard, C., ... Reveillere, C. (2013). Psychological Barriers and Facilitators of Colorectal Cancer Screening: A French Qualitative Study. *Health Psychology Research*, 1(2). <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e22>
- Broc, G., Denis, B., Fassier, J.-B., Gendre, I., Perrin, P., & Quintard, B. (2017). Decision-making in fecal occult blood test compliance: A quali-quantitative study investigating motivational processes. *Preventive Medicine*, 105, 58–65. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.08.023>
- Broc, G., Denis, B., Gana, K., Gendre, I., Perrin, P., & Pascual, A. (2015). Efficacité comparée d'un choix informé et d'un appel à la peur appliqués au dépistage du cancer colorectal. Une étude randomisée contrôlée. *Revue internationale de psychologie sociale*, Tome 28(3), 59–96.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68–83.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles* (Dunod). Paris.
- Cadet, B. (2006). Percevoir et évaluer les risques. Les apports de la psychologie en matière de traitement des informations. In D.R. Kouabenan, B. Cadet, D.Hermand & M.T Munoz Sastre (Eds.). *Psychologie du risque* (De Boeck, pp. 35–60). Bruxelles.
- Caillaud, S. (2010a). *Représentations sociales de l'écologie et pratiques individuelles : une étude comparative France – Allemagne* (Thèse de doctorat en Psychologie). Université Lumière Lyon 2, Lyon.
- Caillaud, S. (2010b). Représentations sociales et significations des pratiques écologiques : Perspectives de recherche. *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement*, (Volume 10 numéro 2). <https://doi.org/10.4000/vertigo.9881>
- Caillaud, S., & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. In G. Lo Monaco, S. Delouée & P. Rateau (eds), *Les représentations sociales* (De Boeck). Bruxelles.
- Cameron, K. A., Francis, L., Wolf, M. S., Baker, D. W., & Makoul, G. (2007). Investigating Hispanic/Latino perceptions about colorectal cancer screening: a community-based approach to effective message design. *Patient Education and Counseling*, 68(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.04.004>
- Caste, S., & Casanova, S. (2010). *Etude des facteurs influençant les taux de participation au dépistage des cancers colorectaux, dans les attitudes et les pratiques des médecins généralistes* (Thèse de doctorat en Médecine). Université Montpellier 1, Montpellier.
- Castellarin, M., Warren, R. L., Freeman, J. D., Dreolini, L., Krzywinski, M., Strauss, J., ... Holt, R. A. (2012). *Fusobacterium nucleatum* infection is prevalent in human colorectal carcinoma. *Genome Research*, 22(2), 299–306. <https://doi.org/10.1101/gr.126516.111>
- Chambers, J. A., Callander, A. S., Grangeret, R., & O'Carroll, R. E. (2016). Attitudes towards the Faecal Occult Blood Test (FOBT) versus the Faecal Immunochemical Test (FIT) for colorectal cancer

- screening: perceived ease of completion and disgust. *BMC Cancer*, 16.
<https://doi.org/10.1186/s12885-016-2133-4>
- Champaloux, B. (2006). Les modèles explicatifs de l'allergie à la source d'une même idéologie. In Valérie Haas, *Les savoirs du quotidien : Transmissions, Appropriations, Représentations* (Presses Universitaires de Rennes, pp. 173–182). Rennes.
- Changizi, M., & Kaveh, M. H. (2017). Educational interventions and cancer prevention: A systematic review. *Journal of Cellular Immunotherapy*, 3(1), 17–19.
<https://doi.org/10.1016/j.jocit.2017.04.025>
- Chapple, A., Ziebland, S., Hewitson, P., & McPherson, A. (2008). What affects the uptake of screening for bowel cancer using a faecal occult blood test (FOBT): a qualitative study. *Social Science & Medicine* (1982), 66(12), 2425–2435. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.02.009>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* (1982), 44(5), 681–692.
- Charmillot, M., & Seferdjeli, L. (2002). Démarches compréhensives : la place du terrain dans la construction de l'objet. In M. Saada-Robert & F. Leutenegger, *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation* (p. 187). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.saada.2002.01.0187>
- Cialdini, R. B., Reno, R. R., & Kallgren, C. A. (1990). A focus theory of normative conduct: Recycling the concept of norms to reduce littering in public places. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(6), 1015.
- Clavarino, A. M., Janda, M., Hughes, K. L., Del Mar, C., Tong, S., Stanton, W. R., ... Newman, B. (2004). The view from two sides: a qualitative study of community and medical perspectives on screening for colorectal cancer using FOBT. *Preventive Medicine*, 39(3), 482–490.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.05.015>
- Cole, S. R., Zajac, I., Gregory, T., Mehaffey, S., Roosa, N., Turnbull, D., ... Young, G. P. (2011). Psychosocial variables associated with colorectal cancer screening in South Australia. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(4), 302–309. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9101-1>
- Conner, M., Godin, G., Sheeran, P., & Germain, M. (2013). Some feelings are more important: cognitive attitudes, affective attitudes, anticipated affect, and blood donation. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32(3), 264–272. <https://doi.org/10.1037/a0028500>
- Cooke, R., & French, D. P. (2008). How well do the theory of reasoned action and theory of planned behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology & Health*, 23(7), 745–765. <https://doi.org/10.1080/08870440701544437>
- Cooper, C. P., Gelb, C. A., & Hawkins, N. A. (2014). How many “Get Screened” messages does it take? Evidence from colorectal cancer screening promotion in the United States, 2012. *Preventive Medicine*, 60, 27–32. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.12.001>

- Coronado, G. D., Schneider, J. L., Sanchez, J. J., Petrik, A. F., & Green, B. (2015). Reasons for non-response to a direct-mailed FIT kit program: lessons learned from a pragmatic colorectal-cancer screening study in a federally sponsored health center. *Translational Behavioral Medicine*, 5(1), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s13142-014-0276-x>
- Costanza, R. S., Derlega, V. J., & Winstead, B. A. (1988). Positive and negative forms of social support: Effects of conversational topics on coping with stress among same-sex friends. *Journal of Experimental Social Psychology*, 24(2), 182–193. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(88\)90020-0](https://doi.org/10.1016/0022-1031(88)90020-0)
- Courbet, D. (2003). Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages suscitant de la peur. *Communication. Information médias théories pratiques*, (Vol. 22/1), 100–120. <https://doi.org/10.4000/communication.4786>
- Cousson-Gélie, F., Cosnefroy, O., Christophe, V., Segrestan-Crouzet, C., Merckaert, I., Fournier, E., ... Razavi, D. (2010). The Ways of Coping Checklist (WCC): Validation in French-speaking Cancer Patients. *Journal of Health Psychology*, 15(8), 1246–1256. <https://doi.org/10.1177/1359105310364438>
- Creswell, J. W. (2015). Revisiting Mixed Methods and Advancing Scientific Practices. *The Oxford Handbook of Multimethod and Mixed Methods Research Inquiry*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199933624.013.39>
- Cronbach, L. J., Schönemann, P., & McKie, D. (1965). Alpha Coefficients for Stratified-Parallel Tests, Alpha Coefficients for Stratified-Parallel Tests. *Educational and Psychological Measurement*, 25(2), 291–312. <https://doi.org/10.1177/001316446502500201>
- da Silva, S. E. D., Vasconcelos, E. V., de Santana, M. E., Rodrigues, I. L. A., Mar, D. F., & Carvalho, F. da L. (2010). [That so-called papanicolaou: women's social representations about the screening test for cervical cancer]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 44(3), 554–560.
- Dany, L., & Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention, Summary. *Santé Publique*, 14(4), 335–344.
- Dany, L., Dudoit, É., & Favre, R. (2008). Analyse des représentations sociales du cancer et de la souffrance. *Psycho-Oncologie*, 2(1), 53. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0045-x>
- Davis, M., Oaten, M., Occhipinti, S., Chambers, S. K., & Stevenson, R. J. (2017). An investigation of the emotion of disgust as an affective barrier to intention to screen for colorectal cancer. *European Journal of Cancer Care*, 26(4). <https://doi.org/10.1111/ecc.12582>
- Del Castillo, A., Godoy-Izquierdo, D., Vázquez, M. L., & Godoy, J. F. (2011). Illness beliefs about cancer among healthy adults who have and have not lived with cancer patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18(4), 342–351. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9141-6>
- Demange, E., Henry, E., Bekelynck, A., & Préau, M. (2012). Introduction. Petite(s) histoire(s) de la recherche communautaire. In E. Demange, E. Henry, & M. Préau, *De la recherche en collaboration à la recherche communautaire. Un guide méthodologique* (pp. 15–26). Paris: ANRS / Coalition Plus.

- Dent, O. F., Bartrop, R., Goulston, K. J., & Chapuis, P. H. (1983). Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Social Science & Medicine* (1982), 17(1), 17–23.
- Denters, M. J., Bossuyt, P. M., Deutekom, M., Fockens, P., & Dekker, E. (2015). Most participate in faecal immunochemical test-based colorectal cancer screening out of curiosity about their chances of developing cancer. *European Journal Of Cancer Prevention: The Official Journal Of The European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 24(3), 176–179. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000139>
- Denters, M. J., Deutekom, M., Essink-Bot, M., Bossuyt, P. M., Fockens, P., & Dekker, E. (2015). Assessing knowledge and attitudes towards screening among users of faecal immunochemical test (FIT). *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 18(5), 839–849. <https://doi.org/10.1111/hex.12056>
- Denzin, N. K. (1973). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Transaction Publishers.
- Deutekom, M., van Rossum, L. G. M., van Rijn, A. F., Laheij, R. J. F., Fockens, P., Bossuyt, P. M. M., ... Jansen, J. B. M. J. (2010). Comparison of guaiac and immunological fecal occult blood tests in colorectal cancer screening: the patient perspective. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 45(11), 1345–1349. <https://doi.org/10.3109/00365521.2010.497937>
- Devellis, B. M., Blalock, S. J., & Sandler, R. S. (1990). Predicting Participation in Cancer Screening: The Role of Perceived Behavioral Control. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(8), 639–660. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1990.tb00430.x>
- Dharni, N., Armstrong, D., Chung-Faye, G., & Wright, A. J. (2017). Factors influencing participation in colorectal cancer screening-a qualitative study in an ethnic and socio-economically diverse inner city population. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(4), 608–617. <https://doi.org/10.1111/hex.12489>
- Doise, W. (1982). *L'explication en psychologie sociale*. Presses universitaires de France.
- Doise, W. (1986). *Levels of explanation in social psychology* (Cambridge University Press). Cambridge.
- Dong, X., & Liu, A. (2017). Variations Between Sources of Social Support and Cancer Screen Behaviors in U.S. Chinese Older Adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 72(suppl_1), S26–S31. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx050>
- Douglas, M., & Heusch, L. de. (2001). *De la souillure: essai sur les notions de pollution et de tabou*. La Découverte.
- Drossaert, C. H. C., Boer, H., & Seydel, E. R. (2003). Prospective Study on the Determinants of Repeat Attendance and Attendance Patterns in Breast Cancer Screening Using the Theory of Planned Behaviour. *Psychology & Health*, 18(5), 551–565. <https://doi.org/10.1080/0887044031000141207>
- Dubé, C., Fuller, B., Rosen, R., Fagan, M., & O'Donnell, J. (2005). Men's experiences of physical exams and cancer screening tests: A qualitative study. *Preventive Medicine*, 40, 628–635. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.10.021>

- Durif-Bruckert, C., Roux, P., Morelle, M., Mignotte, H., Faure, C., & Moumjid-Ferdjaoui, N. (2015). Shared decision-making in medical encounters regarding breast cancer treatment: The contribution of methodological triangulation. *European Journal of Cancer Care*, 24(4), 461–472. <https://doi.org/10.1111/ecc.12214>
- El-Haddad, B., Dong, F., Kallail, K. J., Hines, R. B., & Ablah, E. (2015). Association of marital status and colorectal cancer screening participation in the USA. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 17(5), O108-114. <https://doi.org/10.1111/codi.12926>
- Espada, J. P., Griffin, K. W., González, M. T., & Orgilés, M. (2015). Predicting alcohol-impaired driving among Spanish youth with the theory of reasoned action. *The Spanish Journal of Psychology*, 18.
- European Commission. (2010). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis- First edition.
- Faivre, J., Arveux, P., Milan, C., Durand, G., Lamour, J., & Bedenne, L. (1991). Participation in mass screening for colorectal cancer: results of screening and rescreening from the Burgundy study. *European Journal of Cancer Prevention: The Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 1(1), 49–55.
- Faivre, Jean, Dancourt, V., Lejeune, C., Tazi, M. A., Lamour, J., Gerard, D., ... Bonithon-Kopp, C. (2004). Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*, 126(7), 1674–1680.
- Faivre, Jean, Lepage, C., & Dancourt, V. (2009). Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe: historique et état des lieux. *BEH Thématique*, 13, 2–3.
- Festinger, L. (1962). Cognitive Dissonance. *Scientific American*, 207(4), 93–106.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior : An introduction to theory and research*. (Addison-Wesley). Reading, MA.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach. (Appendix : Constructing a theory of planned behavior questionnaire)* (Psychology Press). New York.
- Flick, U. (1992). Triangulation Revisited: Strategy of Validation or Alternative? *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 22(2), 175–197. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1992.tb00215.x>
- Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 178–183). London: Sage Publications.
- Flick, U. (2017). Mantras and Myths: The Disenchantment of Mixed-Methods Research and Revisiting Triangulation as a Perspective. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 46–57. <https://doi.org/10.1177/1077800416655827>
- Flick, U., Garms-Homolová, V., Herrmann, W. J., Kuck, J., & Röhsch, G. (2012). “I Can’t Prescribe Something Just Because Someone Asks for It . . .”: Using Mixed Methods in the Framework of Triangulation. *Journal of Mixed Methods Research*, 6(2), 97–110. <https://doi.org/10.1177/1558689812437183>

- Forestier, D., & Vangrevelinghe, G. (2006). Étude des représentations du dépistage du cancer et politique de prévention. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39(1), 97–97.
<https://doi.org/10.3917/lse.391.0097>
- Francis, J. J. (2004). *Constructing questionnaires based on the theory of planned behaviour: a manual for health services researchers*. Newcastle upon Tyne: Centre for Health Services Research, University of Newcastle.
- Francois, F., Elysée, G., Shah, S., & Gany, F. (2009). Colon Cancer Knowledge and Attitudes in an Immigrant Haitian Community. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(4), 319–325.
<https://doi.org/10.1007/s10903-008-9126-6>
- French, D. P., Sutton, S., Hennings, S. J., Mitchell, J., Wareham, N. J., Griffin, S., ... Kinmonth, A. L. (2005). The importance of affective beliefs and attitudes in the theory of planned behavior: Predicting intention to increase physical activity. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(9), 1824–1848.
- Gagné, C., & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives: guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Sainte-Foy: Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, École des sciences infirmières, Université Laval.
- Gale, C. R., Deary, I. J., Wardle, J., Zaninotto, P., & Batty, G. D. (2015). Cognitive ability and personality as predictors of participation in a national colorectal cancer screening programme: the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(6), 530–535.
<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204888>
- García, M., Borràs, J. M., Milà, N., Espinàs, J. A., Binefa, G., Fernández, E., ... Moreno, V. (2011a). Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. *Preventive Medicine*, 52(3–4), 265–267.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.01.012>
- García, M., Borràs, J. M., Milà, N., Espinàs, J. A., Binefa, G., Fernández, E., ... Moreno, V. (2011b). Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. *Preventive Medicine*, 52(3–4), 265–267.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.01.012>
- Gaudin, G. (2013). *Le non-dit dans la consultation de médecine générale : une étude qualitative sur son importance aux yeux des généralistes*. Université de Lorraine.
- Gaye, N. (2011). *Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal en médecine générale et envisager les moyens de les contourner* (Thèse de doctorat en Médecine Générale). Université Paris Diderot, Paris. Retrieved from http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3527_THESE-GAYE.pdf
- Gendron, S. (1996). L'alliance des approches qualitatives et quantitatives en promotion de la santé : vers une complémentarité transformatrice. *RUPTURES*, 3(2), 158–172.
- Génolini, J.-P., Roca, R., Rolland, C., & Membrado, M. (2011). « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ?, Is patient education in

- general practice on the border or at the center of care relation?, Resumen. *Sciences sociales et santé*, 29(3), 81–122. <https://doi.org/10.3917/sss.293.0081>
- Gimeno-García, A. Z. (2012). Factors Influencing Colorectal Cancer Screening Participation. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012. <https://doi.org/10.1155/2012/483417>
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 11(2), 87–98.
- Godin, Gaston, Conner, M., & Sheeran, P. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: The role of moral norm. *British Journal of Social Psychology*, 44(4), 497–512. <https://doi.org/10.1348/014466604X17452>
- Godin, Gaston, Gagné, C., Maziade, J., Moreault, L., Beaulieu, D., & Morel, S. (2001). Breast cancer: The intention to have a mammography and a clinical breast examination - application of the theory of planned behavior. *Psychology & Health*, 16(4), 423–441. <https://doi.org/10.1080/08870440108405517>
- Goel, V., Gray, R., Chart, P., Fitch, M., Saibil, F., & Zdanowicz, Y. (2004). Perspectives on colorectal cancer screening: A focus group study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 7(1), 51–60. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00252.x>
- Goldsmith, G., & Chiaro, C. (2008). Colorectal cancer screening: how to help patients comply. *The Journal of Family Practice*, 57(7), E2-7.
- Goulaouic, S. (2013). *Etat des lieux du dépistage organisé du cancer colorectal en France. Enquête auprès des médecins généralistes des Pyrénées-Orientales* (Thèse de doctorat en Médecine). Université Montpellier 1, Montpellier.
- Green, B. B., BlueSpruce, J., Tuzzio, L., Vernon, S. W., Aubree Shay, L., & Catz, S. L. (2017). Reasons for never and intermittent completion of colorectal cancer screening after receiving multiple rounds of mailed fecal tests. *BMC Public Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4458-6>
- Gregory, T., Cole, S. R., Wilson, C. J., Flight, I. H., Zajac, I. T., Turnbull, D., & Young, G. P. (2013). Exploring the validity of the continuum of resistance model for discriminating early from late and non-uptake of colorectal cancer screening: Implications for the design of invitation and reminder letters. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 572–581. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9254-1>
- Greiner, K. A., Born, W., Nollen, N., & Ahluwalia, J. S. (2005). Knowledge and perceptions of colorectal cancer screening among urban African Americans. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 977–983. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00165.x>
- Griva, F., Anagnostopoulos, F., Gourounti, K., Kolokotroni, P., & Koutrouli, N. (2013). Mammography Screening within the Context of the Theory of Planned Behavior: The Role of Personality Traits and Personal Factors. *International Journal of Psychological Studies*, 5(3), 98. <https://doi.org/10.5539/ijps.v5n3p98>

- GrønkJær, M., Curtis, T., Crespigny, C. de, & Delmar, C. (2011). Analysing group interaction in focus group research: Impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies*, 2(1), 16–30.
- Guessous, I., Dash, C., Lapin, P., Doroshenk, M., Smith, R. A., Klabunde, C. N., & National Colorectal Cancer Roundtable Screening Among the 65 Plus Task Group. (2010). Colorectal cancer screening barriers and facilitators in older persons. *Preventive Medicine*, 50(1–2), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.12.005>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Haas, V., & Kalampalikis, N. (2010). Triangulation méthodologique à partir de l'énigme du don de sperme. In E. Masson & E. Michel-Guillou (Eds), *Les différentes facettes de l'objet en psychologie sociale. Le cabinet de curiosités*. (L'Harmattan, pp. 59–73). Paris. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00532843>
- Hall, N. J., Rubin, G. P., Dobson, C., Weller, D., Wardle, J., Ritchie, M., & Rees, C. J. (2015). Attitudes and beliefs of non-participants in a population-based screening programme for colorectal cancer. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5), 1645–1657. <https://doi.org/10.1111/hex.12157>
- Hall, P. A., Fong, G. T., & Sansone, G. (2015). Time Perspective as a Predictor of Healthy Behaviors and Disease-Mediating States. In *Time Perspective Theory: Review, Research and Application* (pp. 339–352). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07368-2_22
- Hassan, L. M., Shiu, E., & Parry, S. (2016). Addressing the cross-country applicability of the theory of planned behaviour (TPB): A structured review of multi-country TPB studies. *Journal of Consumer Behaviour*, 15(1), 72–86.
- Haute Autorité de Santé. (2013, June). Dépistage et prévention du cancer colorectal : Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS).
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale* (La Haye). Paris.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. (Trans. D. Graham) (Vol. xvi). Oxford, England: Academic Press.
- Holt, C. L., Roberts, C., Scarinci, I., Wiley, S. R., Eloubeidi, M., Crowther, M., ... Coughlin, S. S. (2009). Development of a Spiritually Based Educational Program to Increase Colorectal Cancer Screening Among African American Men and Women. *Health Communication*, 24(5), 400–412. <https://doi.org/10.1080/10410230903023451>
- Honein-AbouHaidar, G. N., Kastner, M., Vuong, V., Perrier, L., Daly, C., Rabeneck, L., ... Baxter, N. N. (2016). Systematic Review and Meta-study Synthesis of Qualitative Studies Evaluating Facilitators and Barriers to Participation in Colorectal Cancer Screening. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 25(6), 907–917. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0990>

- Hukkelberg, S. S., Hagtvet, K. A., & Kovac, V. B. (2014). Latent interaction effects in the theory of planned behaviour applied to quitting smoking. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 83–100. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12034>
- Institut National du Cancer. (2010a, March). Les traitements du cancer du côlon. Guide patients Cancer Info.
- Institut National du Cancer. (2010b, September). Médecins généralistes et dépistage des cancers : Synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA. e-cancer.fr.
- Institut National du Cancer. (2011). Le dépistage organisé du cancer colorectal : programme d'information et de communication.
- Institut National du Cancer. (2016). Les cancers en France en 2016 : l'essentiel des faits et des chiffres. e-cancer.fr.
- Institut de Veille Sanitaire. (2013, July). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 : Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1 - Tumeurs solides Synthèse.
- Jacquart, C., & Haas, V. (2006). La rumeur comme modalité de la pensée sociale. In *Savoirs du quotidien. Transmissions, appropriation, représentations*. (pp. 51–67). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales* (Presses Universitaires de France). Paris.
- Jodelet, D. (1994). Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences sociales. In *D. Jodelet, Les représentations sociales* (Presses Universitaires de France, pp. 36–57). Paris.
- Jodelet, D. (2013). La Rencontre des Savoirs. *Papers on Social Representations*, 22, 9.1-9.20.
- Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie* (Textes édités par N. Kalampalikis) (Editions des archives contemporaines). Paris.
- Jodelet, D. (2016). À propos des processus de schématisation et structuration dans l'étude des représentations sociales. *Papers on Social Representations*, 26(2), 2–1.
- Joffe, H. (1995). Social representations of AIDS: Towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representations*, 4(1), 29–40.
- Joffe, H. (2011). Public apprehension of emerging infectious diseases: are changes afoot? *Public Understanding of Science* (Bristol, England), 20(4), 446–460.
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112–133. <https://doi.org/10.1177/1558689806298224>
- Johnston, D. W., Johnston, M., Pollard, B., Kinmonth, A.-L., & Mant, D. (2004). Motivation is not enough: prediction of risk behavior following diagnosis of coronary heart disease from the theory of planned behavior. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(5), 533–538. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.5.533>
- Jones, B. A., Epstein, L., Genao, I., Nunez-Smith, M., Vila, H. S., Claus, E., & Nappi, S. (2015). Perceived control over health and history of mammography screening in Hispanic/Latino women

- living in the Northeast United States. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 24(10 Supplement), B80–B80. <https://doi.org/10.1158/1538-7755.DISP14-B80>
- Jones, S. P., Jenkinson, A. J., Leathley, M. J., & Watkins, C. L. (2010). Stroke knowledge and awareness: an integrative review of the evidence. *Age and Ageing*, 39(1), 11–22. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp196>
- Jouve, B. (2006). Éditorial. L’empowerment : entre mythe et réalités, entre espoir et désenchantement. *Géographie, économie, société*, 8(1), 5–15. <https://doi.org/10.3166/ges.8.5-15>
- Jovchelovitch, S. (2006). Repenser la diversité de la connaissance: polyphasie cognitive, croyances et représentations. In V. Hass (Ed.), *Les Savoies du Quotidien*. Rennes, France: Presses Universitaires de Rennes. Retrieved from <http://www.pur-editions.fr/>
- Jovchelovitch, S., & Priego-Hernandez, J. (2015). Cognitive polyphasia, knowledge encounters and public spheres. In G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (Eds.), *The Cambridge Handbook of Social Representations* (pp. 163–178). Cambridge, UK: Cambridge University Press. Retrieved from <http://www.cambridge.org/>
- Kalampalikis, N. (2002). Des noms et des représentations. *Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, (53), 20–31.
- Kalampalikis, N. (2013). Retour au milieu vital. In S. Moscovici, *Le scandale de la pensée sociale* (Editions de l’Ehess, pp. 7–15). Paris.
- Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective socio-génétique des représentations sociales. In G. Le Monaco, S. Delouée et P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales* (De Boeck, pp. 69–84). Bruxelles.
- Kalampalikis, N., & Haas, V. (2008). More than a Theory: A New Map of Social Thought. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 449–459. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2008.00381.x>
- Kitzinger, J., Markova, I., & Kalampalikis, N. (2004). Qu’est-ce que les focus groups ? *Bulletin de Psychologie*, 57, 3, 237–243.
- Kok, J. K. (2016). The relationships between procrastination and motivational aspects of self-regulation. *Jurnal Psikologi Malaysia*, 30, 30–39.
- Kudadjie-Gyamfi, E., & Magai, C. (2008). The influence of coping styles on mammography screening in a multiethnic sample. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 183–192. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.3.183>
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367–384.
- Las Vergnas, O. (2008). Construction du savoir expérientiel des malades, et rapport aux savoirs des adultes non scientifiques. *Recherches en communication - Louvain*, (32), 13–33.
- Laure, P., & Trépos, J.-Y. (2006). Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique, Vol. 18*(4), 573–584.

- Lawton, R., Conner, M., & McEachan, R. (2009). Desire or reason: predicting health behaviors from affective and cognitive attitudes. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 28(1), 56–65. <https://doi.org/10.1037/a0013424>
- Le Bonniec, A., Djoufelkit, K., & Cousson-Gélie, F. (2015). Quels sont les facteurs psychosociaux déterminant la participation au dépistage du cancer colorectal ? Intérêt de la théorie du comportement planifié et du concept de coping. *Psycho-Oncologie*, 9(2), 108–114. <https://doi.org/10.1007/s11839-015-0522-6>
- Le Bossé, Y. (2003). De l'« habilitation » au « pouvoir d'agir » : vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30–51. <https://doi.org/10.7202/009841ar>
- Le Breton, J., Journy, N., Attali, C., Le Corvoisier, P., Brixi, Z., Bastuji-Garin, S., & Chevreul, K. (2012). Improving participation in colorectal cancer screening: targets for action. *Preventive Medicine*, 55(5), 488–492. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.004>
- Leung, D. Y. P., Chow, K. M., Lo, S. W. S., So, W. K. W., & Chan, C. W. H. (2016). Contributing Factors to Colorectal Cancer Screening among Chinese People: A Review of Quantitative Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph13050506>
- Libion, F., & Doumont, D. (2007). *Programme de dépistage du cancer colorectal: quelles recommandations pour quelle efficacité? Tour d'horizon de pays occidentaux*. UCL-RESOUnité d'Education pour la Santé. Louvain: Belgium. Retrieved from <http://www.ulouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/dossier46.pdf>
- MacKenzie, R., Chapman, S., McGeechan, K., & Holding, S. (2010). “A disease many people still feel uncomfortable talking about”: Australian television coverage of colorectal cancer. *Psycho-Oncology*, 19(3), 283–288. <https://doi.org/10.1002/pon.1567>
- Mandel, J. S., Bond, J. H., Church, T. R., Snover, D. C., Bradley, G. M., Schuman, L. M., & Ederer, F. (1993). Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *The New England Journal of Medicine*, 328(19), 1365–1371. <https://doi.org/10.1056/NEJM199305133281901>
- Manne, S., Kashy, D., Weinberg, D. S., Boscarino, J. A., & Bowen, D. J. (2012). Using the interdependence model to understand spousal influence on colorectal cancer screening intentions: a structural equation model. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 43(3), 320–329. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9344-y>
- Marie, D., Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E., & Duffaud, F. (2010). Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie: enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin Du Cancer*, 97(5), 577–587.
- Mazet, P. (2013). Analyse compréhensive des motifs de participation et de non participation au dépistage du cancer colo rectal des individus vivant dans des territoires précaires et faiblement participants. Etude exploratoire dans le département de l'Isère. (MOPARCO). *Observatoire Des Non Recours*

- Aux Droits et Services (ODENORE)*. Retrieved from https://msh-alpes.fr/documents/rapport_moparco_final_p_mazet_septembre_2013.pdf
- McEachan, R. R. C., Conner, M., Taylor, N. J., & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 5(2), 97–144. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- Molina-Barceló, A., Salas Trejo, D., Peiró-Pérez, R., & Málaga López, A. (2011). To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *European Journal of Cancer Care*, 20(5), 669–678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2011.01263.x>
- Moliner, P., & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales : Fondements théoriques et développements récents* (Presses universitaires de Grenoble). Grenoble.
- Morin, M. (2006). Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial. *Spirale*, no 37(1), 29–41.
- Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. In R. Farr & S. Moscovici, *Social Representation* (Cambridge University Press, pp. 3–69). Cambridge.
- Moscovici, S. (2000). *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. Cambridge: Polity Press.
- Moscovici, S. (2004). *La psychanalyse, son image et son public* (Presses Universitaires de France). Paris.
- Moulin, P. (2006). Cancer & SIDA... ou les métaphores du désordre contemporain. In Valérie Haas, *Les savoirs du quotidien : Transmissions, Appropriations, Représentations* (Presses Universitaires de Rennes, pp. 183–197). Rennes.
- Nache, C. M., & Trudeau, F. (2000). Déterminants psychosociaux des comportements de santé: approches théoriques et opérationnalisation en éducation pour la santé. *SPIRALE*, (25), 89–109.
- Neto, F., Lazreg, C., & Mullet, E. (2006). Perception des risques et couverture médiatique. In D.R. Kouabenan, B. Cadet, D. Hermand & M.T. Munoz Sastre (Eds.). *Psychologie du risque* (De Boeck, pp. 85–97). Bruxelles.
- Niemiec, C. P., Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2014). Is Relatedness Enough? On the Importance of Need Support in Different Types of Social Experiences. In *Human Motivation and Interpersonal Relationships* (pp. 77–96). Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8542-6_4
- Nigg, C. R., Lippke, S., & Maddock, J. E. (2009). Factorial invariance of the theory of planned behavior applied to physical activity across gender, age, and ethnic groups. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(2), 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2008.09.005>
- Ninacs, W. A. (2003). Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. *La Clé*.
- Norman, P., & Conner, M. (1996). Predicting health-check attendance among prior attenders and nonattenders: The role of prior behavior in the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(11), 1010–1026. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1996.tb01122.x>
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé* (De Boeck). Bruxelles.

- O'Malley, A. S., Beaton, E., Yabroff, K. R., Abramson, R., & Mandelblatt, J. (2004). Patient and provider barriers to colorectal cancer screening in the primary care safety-net. *Preventive Medicine*, 39(1), 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.02.022>
- Oster, C., Zajac, I., Flight, I., Hart, E., Young, G. P., Wilson, C., & Turnbull, D. (2013). Ambivalence and its influence on participation in screening for colorectal cancer. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1188–1201. <https://doi.org/10.1177/1049732313501890>
- O'Sullivan, I., & Orbell, S. (2004). Self-sampling in screening to reduce mortality from colorectal cancer: a qualitative exploration of the decision to complete a faecal occult blood test (FOBT). *Journal of Medical Screening*, 11(1), 16–22.
- Oudovenko, A. (2012). *Implication des médecins généralistes dans le dépistage organisé du cancer colorectal : recherche-action auprès des médecins généralistes du Val-de-Marne* (Thèse de doctorat en Médecine Générale). Université Paris Est Créteil, Paris.
- Packel, L. B., Prehn, A. W., Anderson, C. L., & Fisher, P. L. (2015). Factors Influencing Physical Activity Behaviors in Colorectal Cancer Survivors , Factors Influencing Physical Activity Behaviors in Colorectal Cancer Survivors. *American Journal of Health Promotion*, 30(2), 85–92. <https://doi.org/10.4278/ajhp.140103-QUAN-7>
- Paddison, J. S., & Yip, M. J. (2010). Exploratory study examining barriers to participation in colorectal cancer screening. *The Australian Journal of Rural Health*, 18(1), 11–15. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2009.01114.x>
- Pannard, M., & Préau, M. (2016). *Savoir, savoir faire et faire savoir, construction sociale des connaissances en oncogénétique*. Presented at the 13ème Conférence Internationale sur les Représentations Sociales, Marseille, France.
- Powell, A. A., Burgess, D. J., Vernon, S. W., Griffin, J. M., Grill, J. P., Noorbaloochi, S., & Partin, M. R. (2009). Colorectal cancer screening mode preferences among US veterans. *Preventive Medicine*, 49(5), 442–448. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.09.002>
- Préau, M. (2017). Interventions de santé publique et questionnements éthiques. *Sciences sociales et santé*, 35(4), 29–35. <https://doi.org/10.1684/sss.20170402>
- Préau, M., Mora, M., Laguette, V., Colombani, C., Boufassa, F., Meyer, L., ... Lambotte, O. (2016). Identity, Representations, and Beliefs: HIV Controllers Living on the Frontier of Good Health and Illness. *Qualitative Health Research*, 26(11), 1483–1494. <https://doi.org/10.1177/1049732315617739>
- Rameau, H., Hofliger, P., Granon, C., Delasalle, P., & Namer, M. (2010). Facteurs déterminant la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colorectal. *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale*, 21(90 (suppl 1)), 62–63.
- Ratinaud, P., & Déjean, S. (2009). *IRaMuteQ : implémentation de la méthode ALCESTE d'analyse de texte dans un logiciel libre. Modélisation Appliquée aux Sciences Humaines et Sociales MASHS*. Université Toulouse II - Le Mirail.

- Reeder, A. I. (2011). "It's a small price to pay for life": faecal occult blood test (FOBT) screening for colorectal cancer, perceived barriers and facilitators. *The New Zealand Medical Journal*, 124(1331), 11–17.
- Registre des Tumeurs de l'Hérault. (2014, May). Le cancer colo-rectal dans l'Hérault : Lettre d'information numéro 7.
- Renedo, A., & Jovchelovitch, S. (2007). Expert knowledge, cognitive polyphasia and health: a study on social representations of homelessness among professionals working in the voluntary sector in London. *Journal of Health Psychology*, 12(5), 779–790.
<https://doi.org/10.1177/1359105307080611>
- Richardson, L. (2000). Writing : a method of inquiry. In N. Denzin, & Y. Lincoln (Eds), *Handbook of Qualitative Research. 2nd edition* (Sage Publications, pp. 923–948). Thousand Oaks, California.
- Rogers, C. R., Mitchell, J. A., Franta, G. J., Foster, M. J., & Shires, D. (2017). Masculinity, racism, social support, and colorectal cancer screening uptake among African American men: a systematic review. *American Journal of Men's Health*, 11(5), 1486–1500.
- Roncancio, A. M., Ward, K. K., & Fernandez, M. E. (2013). Understanding cervical cancer screening intentions among Latinas using an expanded theory of planned behavior model. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 39(3), 66–72. <https://doi.org/10.1080/08964289.2013.799452>
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Santé Publique France. (2018). Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers /. Retrieved June 20, 2018, from <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>
- Scherer, T. (2011). *Le dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal : Résultats en Moselle par l'Amodemaces et enquête auprès des médecins généralistes* (Thèse de doctorat en Médecine Générale). Université Henry Poincaré, Nancy.
- Schieber, A.-C., Delpierre, C., Lepage, B., Afrite, A., Pascal, J., Cases, C., ... INTERMEDE group. (2014). Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the INTERMEDE study. *Family Practice*, 31(6), 706–713.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmu057>
- Sheeran, P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1–36. <https://doi.org/10.1080/14792772143000003>
- Sheeran, P., Orbell, S., & Trafimow, D. (1999). Does the Temporal Stability of Behavioral Intentions Moderate Intention-Behavior and Past Behavior-Future Behavior Relations? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(6), 724–734. <https://doi.org/10.1177/0146167299025006007>
- Sheeran, P., & Webb, T. L. (2016). The Intention—Behavior Gap. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 503–518. <https://doi.org/10.1111/spc3.12265>

- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M. L., & Macgregor, D. G. (2005). Affect, risk, and decision making. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 24(4S), S35–40. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.S35>
- Smith, Samuel G., Vart, G., Wolf, M. S., Obichere, A., Baker, H. J., Raine, R., ... von Wagner, C. (2015). How do people interpret information about colorectal cancer screening: observations from a think-aloud study. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5), 703–714. <https://doi.org/10.1111/hex.12117>
- Smith, S.G., McGregor, L. M., Raine, R., Wardle, J., von Wagner, C., & Robb, K. A. (2016). Inequalities in cancer screening participation: examining differences in perceived benefits and barriers. *Psycho-Oncology*, 25(10), 1168–1174. <https://doi.org/10.1002/pon.4195>
- Sniehotta, F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schütz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35(4), 565–576. <https://doi.org/10.1002/ejsp.258>
- Stolarski, M., Fioulaine, N., & Beek, W. van (Eds.). (2015). *Time Perspective Theory: Review, Research and Application: Essays in Honor of Philip G. Zimbardo*. Springer International Publishing. Retrieved from [//www.springer.com/la/book/9783319073675](http://www.springer.com/la/book/9783319073675)
- Sulak, T. N., Saxon, T. F., & Fearon, D. (2014). Applying the theory of reasoned action to domestic violence reporting behavior: The role of sex and victimization. *Journal of Family Violence*, 29(2), 165–173. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9569-y>
- Sullivan, K. T., Pasch, L., Bejanyan, K., & Hanson, K. (2010). Social Support, Social Control, and Health Behavior Change in Spouses. In K. T. Sullivan & J. Davila (Eds.), *Support Processes in Intimate Relationships* (pp. 219–239). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195380170.003.0009>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics (6th ed.)* (6th ed). Boston: Allyn Bacon. Retrieved from <https://trove.nla.gov.au/work/7185329>
- Tapia-Curiel, A., Villaseñor Farías, M., Lidia Nuño Gutiérrez, B., Rodríguez Carlos, A. A., Salas González, E., & López López, J. L. (2014). Representación social que los adolescentes de Jalisco, México, tienen de la detección precoz del cáncer de mama. *Atención Primaria*, 46(8), 408–415. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.006>
- Thu-Thon, É., Charles, R., Froger, P., Meyrand, B., Paré, É., & Trombert, B. (2014). Impact d'une formation pour les médecins généralistes sur la participation au dépistage du cancer colorectal, The impact of a general practitioner training programme on the colorectal cancer screening participation rate. *Santé Publique*, 25(6), 775–783.
- Todorov, K., Wilson, C., Sharplin, G., & Corsini, N. (2017). Faecal occult blood testing (FOBT)-based colorectal cancer screening trends and predictors of non-use: findings from the South Australian setting and implications for increasing FOBT uptake. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*. <https://doi.org/10.1071/AH16126>

- Tucker, J. S., & Anders, S. L. (2001). Social Control of Health Behaviors in Marriage1. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(3), 467–485. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2001.tb02051.x>
- Urena-Dores, A., Le Bel, J., Gelly, J., Mercier, A., & Aubin Auger, I. (2014). La délivrance du test Hemocult II : pas si chronophage ! *Exercer, La Revue Française de Médecine Générale*, 114, 181–182.
- Van Hal, G., Hoeck, S., & Van Roosbroeck, S. (2011). Screening for colorectal cancer: sense and sensibilities. *European Journal Of Cancer (Oxford, England: 1990)*, 47 Suppl 3, S156–S163. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(11\)70159-9](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(11)70159-9)
- Van Ittersum, K. (2012). The effect of decision makers' time perspective on intention-behavior consistency. *Marketing Letters*, 23(1), 263–277.
- Vincent, I. (2006). La prise en compte des représentations sociales dans les interventions d'éducation du patient. In Valérie Haas, *Les savoirs du quotidien : Transmissions, Appropriations, Représentations* (Presses Universitaires de Rennes, pp. 199–209). Rennes.
- Von Wagner, C., Good, A., Smith, S. G., & Wardle, J. (2012). Responses to procedural information about colorectal cancer screening using faecal occult blood testing: the role of consideration of future consequences. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 15(2), 176–186. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00675.x>
- Wagner, W., Duveen, G., Vrema, J., & Themel, M. (2006). « J'y crois sans y croire ». Polyphasie cognitive et transformations culturelles. In V. Haas (Ed.). *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations* (pp. 157–172).
- Wagner, Wolfgang. (2012). Social Representation Theory. In D. J. Christie (Ed.), *Encyclopedia of Peace Psychology*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Walsh, J. C. (2005). Increasing Screening Uptake for a Cervical Smear Test: Predictors of Attendance and the use of Action Plans in Prior Non-Attendees. *The Irish Journal of Psychology*, 26(1–2), 65–73. <https://doi.org/10.1080/03033910.2005.10446209>
- Walsh, J. M. E., Karliner, L., Burke, N., Somkin, C. P., Pham, L. A., & Pasick, R. (2010). Physicians' approaches to recommending colorectal cancer screening: a qualitative study. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 25(3), 385–390. <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0058-1>
- Weitzman, Zapka, J., Estabrook, B., & Goins, K. V. (2001). Risk and Reluctance: Understanding Impediments to Colorectal Cancer Screening. *Preventive Medicine*, 32(6), 502–513. <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0838>
- Wiesner, C., Acosta, J., Díaz Del Castillo, A., & Tovar, S. (2012). Social representations of human papillomavirus in Bogotá, Colombia. *Medical Anthropology*, 31(1), 77–92. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.633947>
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329–349.

- Woodrow, C., Watson, E., Rozmovits, L., Parker, R., & Austoker, J. (2008). Public perceptions of communicating information about bowel cancer screening. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care & Health Policy*, 11(1), 16–25.
<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00474.x>
- Wools, A., Dapper, E. A., & Leeuw, J. R. J. de. (2016). Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 158–168.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv148>
- World Health Organization. (2015). Health literacy toolkit for low- and middle-income countries : A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. Retrieved February 27, 2018, from http://www.searo.who.int/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/
- Youssef, E. (2015). *Etude de l'activité préventive des médecins généralistes français dans le cadre du projet ECOGEN*. Université Paris Diderot - Paris 7, Paris.

ANNEXES

ANNEXE 1. GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES MEDECINS GENERALISTES (ETUDE 1)	237
ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE UTILISE DANS L'ETUDE 1	239
ANNEXE 3. GRILLE D'ANIMATION UTILISEE POUR LES FOCUS GROUPS (ETUDE 2)	240
ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE SOCIODEMOGRAPHIQUE DISTRIBUE AUX PARTICIPANTS A L'ISSUE DES FOCUS GROUPS	243
ANNEXE 5. ACCORD DU CPP RELATIF A L'ETUDE 2	245
ANNEXE 6. DECLARATION CCTIRS RELATIVE A L'ETUDE 2	246
ANNEXE 7. DECLARATION CNIL RELATIVE A L'ETUDE 2	248
ANNEXE 8. TABLEAU RECAPITULATIF DES ELEMENTS REPRESENTATIONNELS RELATIFS AU CANCER COLORECTAL EVOQUES PAR LES PARTICIPANTS DE L'ETUDE 2	250
ANNEXE 9. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT UTILISE DANS LE CADRE DE L'ETUDE 2	251
ANNEXE 10. ACCORD DU CPP RELATIF A L'ETUDE 3	252
ANNEXE 11. DECLARATION MR-003 RELATIVE A L'ETUDE 3	254
ANNEXE 12. DESCRIPTION DES CATEGORIES D'ITEMS INCLUSES DANS LE QUESTIONNAIRE	258
ANNEXE 13. LISTE DES ITEMS DU QUESTIONNAIRE TCP PAR CATEGORIES	260
ANNEXE 14. QUESTIONNAIRE UTILISE DANS L'ETUDE 3	264

Annexe 1. Grille d'entretien à destination des médecins généralistes (étude 1)

Contexte : avant l'arrivée du nouveau test

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

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

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

Représentations du cancer colorectal et du dépistage

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

Relation médecin/patient

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

Enjeux du nouveau test immunologique

- Avez-vous déjà entendu parler du nouveau test immunologique, venant remplacer le test Hémocult II ?

Si oui :

- Que pensez-vous de l'instauration de ce nouveau test ?
- Pensez-vous que cela va changer votre pratique ?
- Est-ce que vous savez s'il y a des inconvénients à ce nouveau test selon vous ?
- Quels sont les avantages de ce nouveau test selon vous ?

Si non :

- Que pensez-vous du test Hémocult II ?
- Quels sont les inconvénients de ce test selon vous ?
- Quels sont les avantages de ce test selon vous ?

Rapport aux instances de santé/ ouverture

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

Annexe 2. Questionnaire sociodémographique utilisé dans l'étude 1

Fiche de renseignements

Sexe : ☐ Homme

☐ Femme

Age :

Ville dans laquelle se situe votre lieu de travail :

Depuis quand exercez-vous la profession de médecin ?

DEROULEMENT DES FOCUS GROUPS

Résumé :

- Durée 1h à 2h
- Environ 6-10 participants par groupe
- Groupes mêlant des personnes ayant déjà participé au dépistage vs jamais participé – homogènes hommes/femmes
- Installer le dictaphone et le caméscope

PHASE	NOTIONS	SUPPORTS	DUREE
1 ACCUEIL DES PARTICIPANTS			10 min
Installation	Noter la place de chacun Etiquette avec le prénom		5/10 min
Signature des fiches de consentement	Expliquer pourquoi on enregistre, quelle va être l'utilisation des données et le maintien de l'anonymat	Fiche de consentement pour être enregistré / filmé	2 min
Introduction	Présentation des acteurs et du déroulement et rappel du non jugement entre les différents participants	Introduction	3 min
2 FOCUS GROUP			1h20 min
THEME CLES	NOTIONS	SUPPORTS	EXEMPLES DE QUESTIONS

			(RELANCES)	
Connaissances sur le cancer colorectal	Mécanisme Gravité et pronostic Symptômes	Tâche d'association de mots : Ecrivez les mots qui vous viennent à l'esprit si l'on vous parle de cancer colorectal. Puis échangez vos feuilles et commentez.	- Qu'évoque pour vous le cancer colorectal? - Quels sont les symptômes de ce cancer selon vous ?	20 min
Les facteurs de risque et les conséquences	Population à risque Sentiment de vulnérabilité Conséquences sur la qualité de vie	Témoignage vidéo	- Vous sentez-vous concerné par ce cancer ? Pourquoi ? - Vous considérez-vous comme une personne à risques ? - Quelles peuvent être les conséquences de ce cancer ? A court terme ? A long terme ?	10 min
Le dépistage	Participation au dépistage Courrier Rapports avec Dépistages 34 Nouveau test immunologique vs test Hémocult II	Courrier d'invitation distribué à chaque participant + notices d'utilisation des deux tests + question de l'envoi à domicile du test	- Quels sont vos premières pensées en lisant ce courrier ? - A votre avis, pourquoi vous propose-t-on de vous faire dépister ? - Avez-vous l'intention de participer au dépistage ? Pourquoi ? ➔ Qu'est-ce qui vous empêcherait de participer ? ➔ Qu'est-ce qui vous encourage à participer ? - Que pensez-vous du changement	20 min

			de test ? -A votre avis, quelles sont les différences entre les deux tests ?	
Rapport au médecin généraliste	Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage Crédit accordé à la recommandation du médecin	Fiches à classer sur le rôle du médecin généraliste. Deux catégories : « C'est le rôle du médecin généraliste » vs « Ce n'est pas le rôle du médecin généraliste »	-Est-ce que votre médecin vous a déjà parlé du dépistage ? Si oui, qu'en avez-vous pensé ? -En aviez-vous déjà entendu parler d'une autre manière ?	15 min
Les messages de sensibilisation	Sensibilité aux messages Source des messages	Deux ou trois affiches (dernières campagnes)	-Est-ce que vous aviez déjà vu ces affiches ? -Qu'en pensez-vous ? -Avez-vous déjà eu des informations sur le dépistage par d'autres médias ? -Connaissez-vous les instances de santé qui diffusent ces messages ?	15 min
3 FIN DU FOCUS GROUP				5 min
Clôture des discussions/synthèse				2 min
Remplissage du questionnaire		Questionnaire anonyme		3 min

Annexe 4. Questionnaire sociodémographique distribué aux participants à l'issue des focus groups

Questionnaire sociodémographique à remplir à l'issue du Focus group

Date /__/__/__/2016 Ref focus groupe /__/__/__/ N° de participant : /__/__/

QUESTIONNAIRE

Données démographiques :

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Age : /__/__/ ans

Code postal :

Situation familiale :

- ☐ Marié(e)/en couple
- ☐ Célibataire
- ☐ Divorcé(e)/Séparé(e)
- ☐ Veuf/Veuve

Catégorie socio-professionnelle :

- ☐ Agriculteur exploitant
- ☐ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- ☐ Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- ☐ Profession Intermédiaire
- ☐ Profession libérale
- ☐ Employé
- ☐ Ouvrier
- ☐ Retraité
- ☐ Sans Emploi

Vous exercez une profession dans le domaine de la santé : ☐ Oui ☐ Non

Le cancer et le dépistage

Avez-vous un médecin traitant ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des antécédents personnels de cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des antécédents familiaux de cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non

Vous êtes-vous déjà fait dépister pour le cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui : avec quel test ?

☐ Hémocult II

☐ Test immunologique (test qui remplace Hémocult II depuis mars 2015)

☐ Coloscopie

Connaissez-vous une ou plusieurs personnes qui souffre ou qui a souffert d'un cancer colorectal ?

☐ Oui ☐ Non

Lorsqu'il s'agit de santé, à qui vous référez-vous ? Quelles sont vos sources d'information ?

☐ TV/ Radio

☐ Internet

☐ Facebook/Twitter

☐ Médecin généraliste

☐ Médecin spécialiste

☐ Pharmacien

Remarques éventuelles

.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation !

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES SUD MÉDITERRANÉE I

Président
Professeur Yves JAMMES

Marseille, le 23 décembre 2015

Madame Alice Le Bonniec
ICM
208, Avenue des Apothicaires
Parc Euromédecine
34298 Montpellier Cedex 5

- Objet : Avis Consultatif favorable
- Référence du Comité : RO - 2015/22

Madame,

Votre courriel du 14 décembre dernier a retenu toute l'attention de notre Comité.

L'étude visant à identifier les freins et les leviers à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, que vous souhaitez mener au sein de votre établissement, ne relève pas, selon la législation française, de l'avis délibératif d'un Comité de Protection des Personnes.

Néanmoins, elle est manifestement intéressante et en outre ne soulève aucun problème particulier. En ce qui nous concerne nous vous donnons un avis favorable consultatif car cette recherche présente toutes les garanties d'un point de vue éthique.

Je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'assurance de mes salutations distinguées.



Professeur Yves JAMMES

Annexe 6. Déclaration CCTIRS relative à l'étude 2



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

Direction générale
de la recherche et de l'innovation

Service de la performance, du financement et de la contractualisation
avec les organismes de recherche
Département de la culture scientifique et des relations avec la société

Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière
de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS)

Affaire suivie par : Claudine Poudroux

Recommandé avec AR - Numéro de dossier à rappeler dans toute
correspondance : CCTIRS N° 16-162

Responsable administrative CCTIRS : Francine Gaufreteau
Mél. : francine.gaufreteau@recherche.gouv.fr

Vos réf. : -

Paris, le 23 mars 2016

Université Paul-Valéry - Montpellier 3							
Présidence // Direction Générale des Services							
Pour Attribution	CA	AC	CEVAP	DRED	DPM	SRI	
	CS	DAFPA	DAJ	DSN	DMS	SUPCO	
POTE	DGS	CEVU	DRH	DES	CCU	UPR	
30 MARS 2016							
Arrivée n°							
Pour Information	CA	AC	CEVAP	DRED	DPM	SRI	
	CS	DAFPA	DAJ	DSN	DMS	SUPCO	
POTE	DGS	CEVU	DRH	DES	CCU	UPR	

Madame,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : « Etude des déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique. ».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Les remarques émises par le Comité sont à prendre en compte pour votre dossier CNIL. Si vous souhaitez faire parvenir le dossier corrigé au CCTIRS, il serait archivé sans réponse de notre part.

En revanche, le Comité appelle votre attention sur le fait que **toute modification ultérieure du projet** (modification substantielle) que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance par courrier postal incluant un dossier unique où **les éléments anciens** figurent en « **barrés** » et les **éléments nouveaux sont surlignés**.

Nous vous informons qu'un guideline de rédaction de la lettre d'information et du formulaire de consentement est disponible sur le site web du CCTIRS.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations les meilleures.

Didier HOFFSCHIR
Chef du département de la culture scientifique
et des relations avec la société

Madame Florence COUSSON-GELIE
Université Paul Valéry
Laboratoire Epsilon, Site Saint Charles
Route de Mende
34199 MONTPELLIER Cedex

Copie à : Madame Anne FRAISSE
Université Paul Valéry
Route de Mende
34199 MONTPELLIER Cedex



MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° 16-162

Intitulé de la demande : Etude des déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique.

Responsable scientifique : Florence COUSSON-GELIE
Université Paul Valéry
Laboratoire Epsilon, Site Saint Charles
Route de Mende
34199 MONTPELLIER Cedex

Demandeur : Anne FRAISSE
Université Paul Valéry Montpellier
Route de Mende
34199 MONTPELLIER Cedex

Dossier reçu le : 21 janvier 2016

Dossier examiné le : 17 mars 2016

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :

- Une note d'information sur l'étude, comportant les mentions légales (droit de refus, droit d'accès aux données...), est nécessaire, voir guide de rédaction sur le site du CCTIRS (<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20537/cctirs.html>). Cette note peut être un complément au courrier envoyé lors du recrutement, ou bien être donnée avec le formulaire de consentement. Mentionner dans la note d'information que le refus de participation ne modifiera en rien la relation avec la structure en charge du dépistage organisé.
- Expliquer pourquoi il est pertinent de recueillir le code postal des sujets de l'étude.

Fait à Paris, le 23 mars 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif



Le Vice-Président délégué

Madame Anne FRAISSE
PRESIDENTE
UNIVERSITE PAUL VALERY MONTPELLIER
III
ROUTE DE MENDE
34199 - MONTPELLIER CEDEX 5

Université Paul-Valéry - Montpellier 3 Présidence // Direction Générale des Services									
Pour Attribution		CA	AC	CEVAP	DRED	OPMI	SRI		
		CS	DAFPA	DAJI	DSIN	DAG	SUFCO		
PDT	OBS	CEVU	DRRH	DES	CCU	UFR			
17 AOUT 2016									
Arrivée n° 253									
Pour Information		CA	AC	CEVAP	DRED	OPMI	SRI		
		CS	DAFPA	DAJI	DSIN	DAG	SUFCO		
		CEVU	DRRH	DES	CCU	UFR			

A l'attention de Monsieur Nicolas
HVOINSKY

Paris, le - 1 AOUT 2016

N/Réf. : MMS/ABD/AR165697

Objet : NOTIFICATION D'AUTORISATION

Décision DR-2016-351 autorisant l'UNIVERSITÉ PAUL VALERY MONTPELLIER III à mettre en œuvre un traitement de données ayant pour finalité une étude portant sur les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique (Demande d'autorisation n° 916220).

Madame la Présidente,

Vous avez saisi notre Commission d'une demande d'autorisation relative à un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité :

**UNE ETUDE PORTANT SUR LES DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX DE LA
PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL : ENJEUX DE L'ARRIVEE DU
NOUVEAU TEST IMMUNOLOGIQUE**

Cette étude transversale et observationnelle, qui a reçu un avis favorable du CCTIRS ainsi que du CPP Sud Méditerranée I, a vocation à inclure 35 personnes majeures pendant une durée de 4 mois.

Ce traitement relève de la procédure des articles 54 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Les services de notre Commission ont étudié les conditions définies dans le dossier de formalités préalables déposé à l'appui de cette demande et notamment celles relatives à l'exercice effectif des droits des participants à l'étude.

Je prends acte de ce que :

- l'identifiant participant sera composé du numéro du focus group entre 1 et 5, de la lettre H ou F selon le sexe de l'individu ainsi que d'un numéro attribué au sujet,
- la table de correspondance entre l'identité du patient et son identité codée sera conservée dans chaque centre, sous la responsabilité de l'investigateur,

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

8 rue Vivienne CS 30223 75083 PARIS Cedex 02 - Tél : 01 53 73 22 22 - Fax : 01 53 73 22 00 - www.cnil.fr

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Les données nécessaires au traitement des courriers et des dossiers de formalités reçus par la CNIL sont enregistrées dans un fichier informatisé réservé à son usage exclusif pour l'accomplissement de ses missions. Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant au correspondant informatique et libertés (CIL) de la CNIL.

- le recrutement s'effectue en partenariat avec « Dépistages 34 », la structure de dépistage de l'Hérault. Parmi les personnes figurant dans les fichiers de la structure, les médecins responsables sélectionnent un échantillon représentatif et envoient des invitations à participer à l'étude. Les personnes ayant répondu à l'invitation seront contactées par téléphone par la doctorante travaillant sur l'étude dans les locaux de « Dépistages 34 », en présence des médecins responsables,
- les noms, prénoms et coordonnées des personnes, déjà détenues par « Dépistages 34 », ne sont traitées que par cette dernière qu'aux fins de recrutement des participants. Les autres données nécessaires à l'étude seront collectées directement auprès des personnes ayant accepté de participer à l'étude,
- la collecte du numéro de département du lieu d'habitation est nécessaire pour caractériser l'origine urbaine ou périurbaine des personnes et son influence sur les autres données traitées. Une fois cette caractérisation effectuée, les numéros de département collectés seront supprimés,
- au nombre des méthodes d'investigations projetées comptent des enregistrements vidéo qui feront apparaître les visages des personnes participant à l'étude ainsi que des entretiens qui feront l'objet d'un enregistrement audio. La lettre d'information explicite les objectifs poursuivis par ces enregistrements et précise les catégories de destinataires qui auront accès à ces enregistrements ainsi que la possibilité pour les participants de le refuser. Le coupon de réponse pour participer à l'étude doit également préciser les droits relatifs à l'utilisation de l'image en vertu de l'article 9 du code civil qui subordonne ces enregistrements au consentement des personnes.

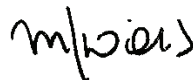
S'agissant des droits des personnes, je vous rappelle qu'en vertu de l'article 56 de la loi Informatique et Libertés, les personnes disposent d'un droit d'opposition discrétionnaire, sans conséquence sur leur prise en charge. Dès lors, la note d'information doit être modifiée en ce sens.

S'agissant des mesures de sécurité, notre Commission rappelle que les mots de passe doivent être composés au minimum de huit caractères comportant majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux et ne doivent pas être stockés en clair en base de données. Elle rappelle également la nécessité de prévoir une réévaluation régulière des mesures de sécurité encadrant le transfert et la conservation des données.

Après avoir examiné les catégories de données traitées et les destinataires, je vous rappelle que conformément au 3^{ème} alinéa de l'article 55, la présentation des résultats du traitement de données ne peut, en aucun cas, permettre l'identification directe ou indirecte des personnes concernées.

En application des articles 15 et 69 de la loi précitée et de la délibération n° 2009-674 du 26 novembre 2009 portant délégation d'attributions de la Commission nationale de l'informatique et des libertés à son président et à son vice-président délégué, j'autorise la mise en œuvre de ce traitement.

Je vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes salutations distinguées.



Marie-France MAZARS

Annexe 8. Tableau récapitulatif des éléments représentationnels relatifs au cancer colorectal évoqués par les participants de l'étude 2

Thème	Définitions	Exemple de citations
Les symptômes du cancer colorectal	Les symptômes souvent évoqués par les participants sont relatifs à ce qu'ils ont pu entendre dans leur vie quotidienne.	« alors des symptômes il y en a, pour moi, et c'est souvent ... quand le transit se fait plus bien, c'est-à-dire que soit les gens ont des diarrhées ou au contraire des constipations, voilà c'est quand le transit se fait plus bien qu'il y a les premiers symptômes flagrants. Je dis ce que je connais, ce que j'ai entendu hein » (FG6P1, femme, 61 ans).
La gravité du cancer colorectal	Le cancer colorectal semblait être considéré comme une maladie grave, et particulièrement à cause de la représentation sociale du cancer en lui-même.	« oui et puis quand vous apprenez que vous avez un cancer, ma sœur elle m'a dit ma vie elle s'arrête, quoi, c'est comment dire... on se dit ça y est, c'est la mort donc on se sent partir » (FG5P1, femme, 60 ans)
La notion de mort	La notion de mort était fortement associée au cancer, et donc favorable à l'émergence de la peur.	« ben maladie, oui, parce que moi c'est la première chose... c'est le mot cancer, quoi, ça fait peur » (FG4P2, homme, 62 ans)
Conséquences de l'apparition d'un cancer colorectal	Les participants ont discuté de l'implication des traitements contre le cancer colorectal et de leur impact sur la vie quotidienne. D'après eux, l'apparition d'un cancer entraîne des changements dans la vie quotidienne. Ils paraissaient penser que souffrir d'un cancer pourrait engendrer un bouleversement identitaire important, et éventuellement appauvrir leur vie sociale.	« on apprend qu'on a un cancer donc effectivement c'est une souffrance interne, intérieure, et on a besoin souvent d'être entouré et bien épaulé, ça c'est mon concept. Euh la peur du vide, oui, parce que je suppose que le jour où on apprend qu'on nous a détecté un cancer, on doit avoir un vide autour de soi... » (FG5P6, homme, 68 ans)
Conséquences de la mise en place de dispositifs médicaux	Les conséquences relatives à la mise en place de dispositifs médicaux semblaient être redoutées.	« le premier mot qui me venait à l'esprit c'était poche parce que malheureusement, tous ceux que j'ai connu autour de moi ont fini comme ça, soucis, parce qu'il y en a tellement qui vont avec ça, et autonomie parce qu'on perd pas mal d'autonomie aussi. Parce qu'il faut gérer tout le train de vie qui va avec » (FG6P2, femme, 52 ans)
Perte d'autonomie et souffrance engendrés par l'apparition d'un cancer colorectal	Une perte d'autonomie importante ainsi que la souffrance physique et morale ont été particulièrement évoquées. La particularité de la localisation a été mise en cause dans la crainte des conséquences.	« je me dit que ça doit être compliqué de... voilà je... et puis bon, la notion de... après ce qui m'est venu sur l'évacuation, enfin tout ce qui est lié, en fait, aussi à l'évacuation de... des odeurs. Ça doit être compliqué de vivre avec. J'imagine, hein, j'imagine, après je connais personne donc euh... Voilà, pour moi c'est ça. Comme je sais pas trop, en même temps, je suis peut-être pas assez informée, mais du coup j'imagine que ça doit être très compliqué. » (FG2P4, femme, 59 ans)
Possibilité de guérison	Bien qu'ils aient peur du cancer, les participants restaient tout de même assez optimistes quant aux possibilités de guérison.	« après, moi j'ai entendu dire, enfin je sais pas, mais que c'est quand même un des cancers qui se soignent très bien, que ça fait partie... c'est comme le cancer du sein, on dit que ça se guérit très bien. » (FG6P5, femme, 58 ans)

Formulaire de consentement

L'Université Paul Valéry Montpellier et Epidaure (pôle prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier), en partenariat avec Dépistages 34, vous sollicitent pour participer à une enquête visant à améliorer le dépistage du cancer colorectal en France. Cette étude se déroule sous forme d'entretiens de groupe de 4 à 8 personnes, réunies pour une discussion sur le cancer colorectal pour une durée comprise entre 1h30 et 2 heures. Les groupes seront animés par Alice Le Bonniec, doctorante en sciences humaines et sociales. Votre participation à l'étude ne requiert d'assister qu'à un seul groupe.

Si vous donnez votre accord, l'entretien sera enregistré et filmé pour nous permettre ensuite de traiter toutes les informations échangées lors de la discussion. Toutes les données vous concernant resteront confidentielles. Aucun élément permettant de vous identifier ne sera dévoilé.

Toutes les dispositions ont été prises pour respecter vos droits et votre protection conformément à la loi n°2004-806 du 9 Aout 2004 relative à la politique de santé publique (article 88).

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité de Protection des Personnes (référence : RO-2015/22) le 23 décembre 2015, du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé le 23 mars 2016 et a été envoyé à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Lorsque les données de l'étude auront été analysées, vous pourrez y avoir accès sur simple demande.

Je soussigné, (NOM, Prénom), donne mon accord pour participer à un groupe de discussion filmé sur le thème du cancer colorectal.

Fait à le | | | | / | | | | / | | | | | |

Nom et signature de l'intéressé(e)

Contact : Alice Le Bonniec
Epidaure, pôle prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier
208 avenue des Apothicaires – Parc Euromédecine- 34298 Montpellier
alice.le-bonniec@icm.unicancer.fr

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES DU SUD-OUEST ET OUTRE-MER 4

Agréé par arrêté ministériel en date du 31 mai 2012

Constitué selon l'arrêté n°2015-252 en date du 27 mai 2015, l'arrêté n°2015-432 en date du 6 août 2015 et l'arrêté n°2015-684 en date du 2 novembre 2015 de l'Agence Régionale de Santé du Limousin

Cabanis Haut – Centre Hospitalier Esquirol – 15 rue du Docteur Mardand - 87025 Limoges Cedex

☎ : 05.55.43.11.19 - 📠 : 05.55.43.10.27 - ✉ : cppsoom4@ch-esquirol-limoges.fr

A Limoges, le 11 mai 2017

Réf. du présent avis ou délibération sous le N° : **CPP17-010a / 2017-A00646-47**

Le Comité a été saisi le 9 mars 2017 d'une demande d'avis pour une recherche mentionnée au 3° de l'article L1121-1 du code de la santé publique.

Etude des déterminants psychosociaux de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal.

Le Comité a jugé ce dossier recevable le 16 mars 2017.

dont le promoteur est

Université Paul Valéry Montpellier III

Monsieur Patrick GILLI – Président de l'Université

Route de Mende

34199 MONTPELLIER CEDEX 5

dont l'investigateur est

Professeur Florence COUSSON-GELIE

Site Saint Charles – Laboratoire EPSYLON

Route de Mende

34199 MONTPELLIER CEDEX 5

Les membres du Comité, réunis en comité restreint, ont examiné les informations relatives à ce projet lors de la séance du 23 mars 2017 et ont suspendu le rendu de leur avis définitif jusqu'à l'obtention des informations complémentaires mineures demandées.

Ont participé à la délibération du 23 mars 2017

1^{er} collège

Madame Demiot (cat.1), Madame Postil (cat.1),

Mme Bahans (cat.1 – biostatisticien), Madame Bri

(cat.2), Monsieur Balestrat (cat.4)

2^{ème} collège

Monsieur Malauzat (cat.5), Madame

Leymarie (cat.6), Madame Magne (cat.7),

Madame Toumieux (cat.8), Monsieur

Houcaud (cat.9)

Rédactrice : Madame Courvaud, responsable administrative du Comité

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les membres participants.

Après avoir étudié, le 23 mars 2017, les documents suivants :

Courrier de demande d'avis daté et signé du 15 mars 2017.

Formulaire de demande d'avis daté et signé du 2 mars 2017.

Protocole - version 1 datée du 27 février 2017.

Résumé du protocole rédigé en français daté et comportant un numéro de version

Document d'information destiné aux personnes qui se prêtent à la recherche prévu à l'article L. 1122-1 du code de la santé publique, rédigé en français – version 1 datée du 27 février 2017

Questionnaire visant à améliorer la participation au dépistage du cancer colorectal

Liste des investigateurs - version 1 datée du 27 février 2017.

CV du Professeur COUSSON-GELIE signé et daté du 15 mars 2017.

CV de Madame LE BONNIEC signé et daté du 15 mars 2017.

Origine et nature des données nominatives recueillies, décrites dans le protocole

Les réponses apportées par le promoteur, reçues le 2 mai 2017 par mail, notifiées ci-dessous, ont été soumises aux rapporteurs et lors de la séance du 11 mai 2017.

Courier de réponse signé et daté du 2 mai 2017.

Protocole – version 2 datée du 2 mai 2017.

Document d'information destiné aux personnes qui se prêtent à la recherche prévu à l'article L. 1123-1 du code de la santé publique, rédigé en français – version 2 datée du 2 mai 2017.

Questionnaire visant à améliorer la participation au dépistage du cancer colorectal – version 1 datée du 2 mai 2017.

Ont participé à la délibération :

1^{er} collège

Madame Postil (cat.1), Madame Girard (cat.1),
Madame Bahans (cat.1), Monsieur Nicot (cat.2),
Madame de Vinzelles (cat.3), Monsieur Balestrat
(cat.4)

2^{ème} collège

Monsieur Malauzat (cat.5), Madame
Leymarie (cat.6), Madame Magrie (cat.7),
Monsieur Jouhannaud (cat.8), Monsieur
Frugier (cat.8), Madame Tournieux (cat.9),
Monsieur Floucaud (cat.9)

Ont assisté à titre de suppléants sans participation au vote

1^{er} collège

Monsieur Catalan (cat.1)

2^{ème} collège

Madame Colombet (cat.9)

Rédactrice : Madame Courivaud, responsable administrative du Comité

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré par les membres participants.

En conséquence, le Comité de Protection des Personnes du Sud-Ouest et Outre-Mer IV émet un

Avis favorable

Conformément à l'article R.1123-26 du code de la santé publique, le présent avis devient caduc si la recherche n'a pas débuté dans un délai de deux ans. Toutefois, sur justification produite avant l'expiration dudit délai, celui-ci peut être prorogé par le comité concerné.

Claire BAHANS
(Sandrine Girard)

CPB

P/ Le Vice-Président du Comité,
Docteur Dominique MALAUZAT.

MR-003 : Grille d'étude des risques

Responsable du traitement :

Nom, raison sociale : Université Paul Valéry Montpellier 3

Nom du responsable : Patrick GILLI, président de l'Université

Adresse complète : Route de Mende, 34199 Montpellier Cedex 5

Téléphone : 04 67 14 54 36

Mél : cil@univ-montp3.fr

Investigateur coordonnateur :

Nom, Prénom : Pr. Florence COUSSON-GELIE

Qualité : Professeur des Universités

Adresse complète : Site St Charles, Laboratoire EPSYLON, Route de Mende, 34199 Montpellier Cedex 5

Téléphone : 04 67 61 30 03

Mél : florence.cousson-gelie@univ-montp3.fr

Personne responsable de la mise en œuvre du traitement automatisé des données :

Nom, Prénom : Alice LE BONNIEC

Qualité : Doctorante en psychologie (sous la direction du Pr. Florence COUSSON-GELIE)

Adresse complète : Site St Charles, Laboratoire EPSYLON, Route de Mende, 34199 Montpellier Cedex 5

Téléphone : 06 18 02 93 98

Mél : alice.le-bonniec@univ-montp3.fr

Titre du projet :

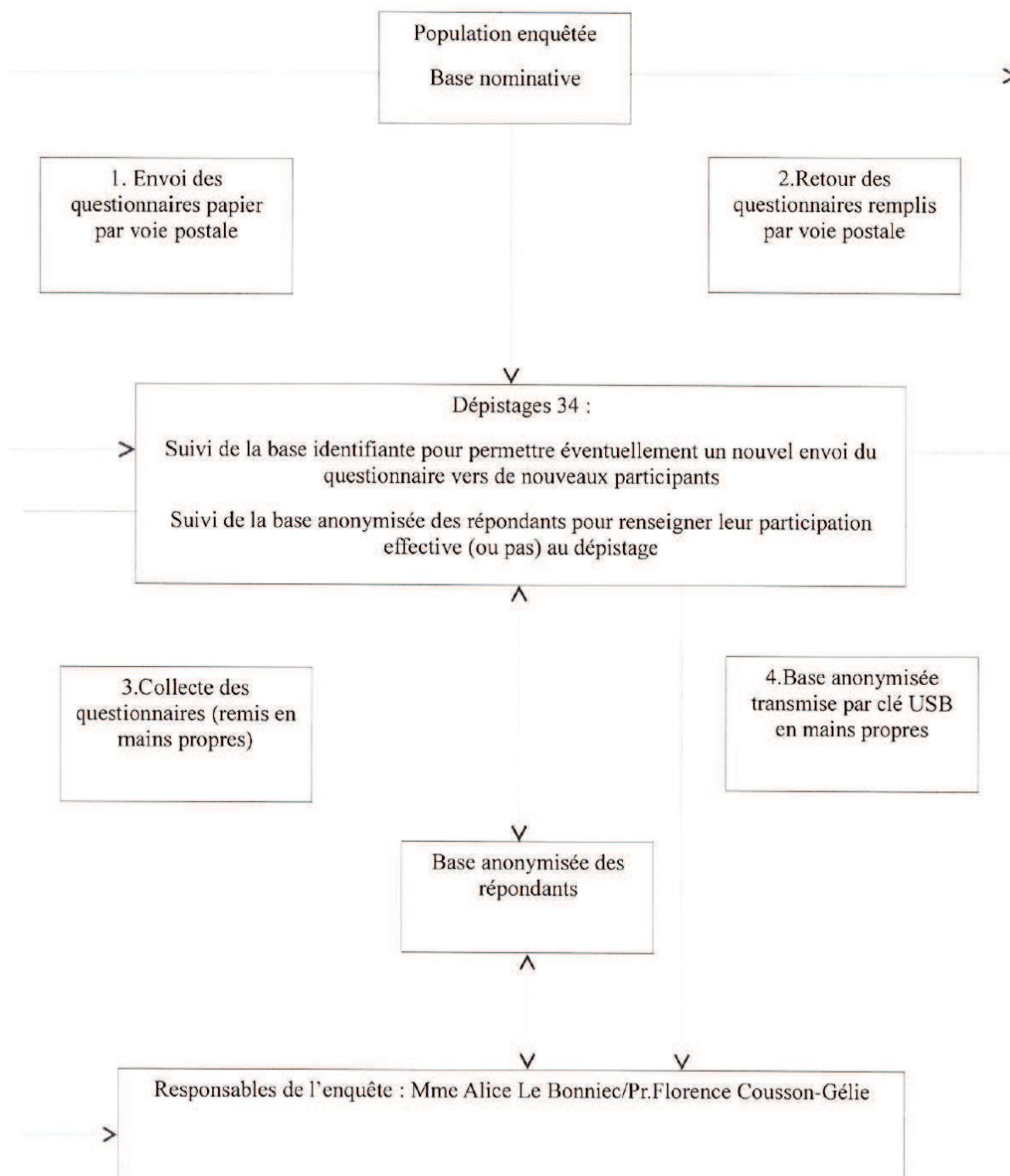
Étude des déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique

Résumé du projet :

Le projet vise à examiner les déterminants de l'adhésion de la population au dépistage organisé du cancer colorectal. La population d'étude sera la population ciblée par le dépistage organisé, sollicitée par Dépistages 34, la structure de dépistage de l'Hérault (population

générale entre cinquante et soixante-quatorze ans). Les questionnaires seront donc envoyés à un échantillon tiré au sort. Concernant les analyses statistiques, un modèle d'équation structurale sera effectué. A cet effet, 1000 questionnaires seront envoyés (plusieurs envois sont prévus en fonction du taux de réponse). A l'issue des analyses statistiques, le comportement de dépistage des participants (participation au dépistage ou non-participation) sera récolté via la base de données de Dépistages 34, tout en respectant leur anonymat.

Schéma fonctionnel du traitement détaillant les flux de données personnelles et leurs supports :



Violations potentielles des données du traitement	Impacts potentiels sur la vie privée des personnes concernées	Gravité	Menaces rendant possibles les violations de données	Vraisemblance	Justification
Accès illégitime aux données	Impact négligeable	Négligeable	-Vol ou perte de l'ordinateur contenant les données -Vol ou perte des questionnaires papiers avant leur destruction	Négligeable	Grâce au code d'anonymat les questionnaires sont anonymes donc il est impossible avec l'ordinateur ou les questionnaires papiers d'identifier le participant concerné.
Modification non désirée des données	Impact négligeable	Négligeable	-Piratage de l'ordinateur contenant les données	Négligeable	La modification des données n'aurait d'impact que sur la qualité de l'étude mais aucun impact sur les participants.
Disparition des données	Impact négligeable	Négligeable	-Vol ou destruction des questionnaires avant la saisie des données -Vol ou destruction de l'ordinateur contenant les données	Négligeable	La disparition des données n'aurait d'impact que sur la qualité de l'étude mais aucun impact sur les participants.

Fait à Montpellier le 3 juillet 2017

Le responsable du traitement,
Patrick GILLI



Annexe 12. Description des catégories d'items incluses dans le questionnaire

<u>Données sociodémographiques</u>	
Age Sexe Profession exercée dans le domaine de la santé	
<u>Variables issues de la TCP</u>	<u>Variables ajoutées à la TCP</u>
Attitudes Normes Contrôle perçu Intention Comportement (mesure postérieure à la passation du questionnaire)	Emotions Procrastination Déni Habitudes de santé Accessibilité Rôle du médecin généraliste Coping planning Action planning Proximité sociale
<u>Données de santé</u>	
Médecin généraliste	Avez-vous un médecin traitant ?
	Avez-vous déjà reçu une recommandation d'un professionnel de santé pour réaliser un test de dépistage du cancer colorectal ?
Antécédents de cancers	Avez-vous des antécédents personnels de cancer (tous types) ?
	Avez-vous des antécédents personnels de cancer ou d'adénome colorectal ?
	Avez-vous des antécédents familiaux de cancer (tous types) ?
	Avez-vous des antécédents familiaux de cancer ou d'adénome colorectal ?
	Etes-vous atteint de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique...) ?

Antécédents de dépistage	Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal ? Si oui : ⇒ Le(s)quel(s) : ☐ Hémo occulte ☐ Test immunologique ⇒ Avez-vous réalisé une coloscopie dans les cinq dernières années ? ☐ Oui (précisez pour quelle raison :)☐ Non ⇒ A quelle fréquence effectuez-vous votre test/ vos tests ? <i>Hémo occulte/ Test immunologique :</i> ☐ 1 ou 2 fois au total ☐ Tous les 5 ans ☐ Tous les 2 ou 3 ans ☐ Tous les ans ☐ Autre (précisez) : <i>Coloscopie :</i> ☐ Tous les 10 ans ☐ Tous les 5 ans ☐ Tous les 2 ou 3 ans ☐ Tous les ans ☐ Autre (précisez) : Avez-vous déjà réalisé une coloscopie suite à un test Hémo occulte/ Immunologique positif ?
Participation à d'autres dépistages	Avez-vous déjà réalisé des tests de dépistage pour d'autres types de cancers ? ⇒ Si oui, le(s)quel(s) : ☐ Cancer du sein (mammographie) ☐ Cancer de la prostate (PSA) ☐ Cancer du col de l'utérus (frottis) ☐ Autres (précisez) :
Connaissance de personnes malades	Connaissez – vous une ou plusieurs personne(s) atteinte(s) de cancer (tous types) ? Connaissez-vous une ou plusieurs personne(s) atteinte(s) d'un cancer colorectal ?

Annexe 13. Liste des items du questionnaire TCP par catégories

Items d'intention/intention comportementale :

1. J'ai l'intention de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux prochaines années
32. Je souhaite réaliser un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux prochaines années
45. Je vais faire un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux prochaines années

Items d'attitudes :

Instrumentales :

3. Je pense qu'il est inutile de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal si l'on n'a pas de symptômes
10. Si je réalise un test de dépistage, cela permettra de détecter un éventuel problème le plus tôt possible
15. Il est possible de guérir du cancer colorectal s'il est dépisté à temps grâce au test
30. Je pense que le nouveau test immunologique est fiable

Affectives :

7. Je n'aime pas penser au test de dépistage du cancer colorectal
18. Je pense que réaliser un test de dépistage du cancer colorectal est quelque chose de désagréable
34. Cela me dégoûte de devoir prélever moi-même un échantillon de mes selles pour réaliser le test de dépistage
43. J'appréhende les résultats de mon test de dépistage du cancer colorectal

Items de normes sociales :

Normes descriptives :

9. J'ai l'impression que la plupart des personnes de mon âge réalisent régulièrement un test de dépistage du cancer colorectal
25. Je pense que la majorité de mes proches de plus de cinquante ans réalisent régulièrement un test de dépistage du cancer colorectal

Normes injonctives :

- 22. Mon médecin généraliste m'a déjà recommandé(e) de me faire dépister pour le cancer colorectal
- 23. Si la structure de dépistage de ma région m'envoie un courrier d'invitation à me faire dépister, alors il faut que je le fasse
- 40. J'entends souvent parler du cancer colorectal dans les médias et cela m'encourage à me faire dépister

Items de contrôle comportemental perçu :

- 6. Je pense que le nouveau test immunologique est facile à réaliser
- 33. Dans ma vie quotidienne, je me sens capable d'aller chez mon médecin généraliste pour récupérer le kit de dépistage du cancer colorectal même si cela prend du temps
- 31. Je me sens capable de réaliser seule(e) le test de dépistage correctement
- 37. Dans ma vie quotidienne, je pense être capable de prendre le temps nécessaire pour réaliser un test de dépistage du cancer colorectal

Items d'émotions :

- 16. J'ai peur d'avoir un cancer colorectal
- 8. Je me sens particulièrement à risque pour ce cancer
- 12. Je trouve que le cancer colorectal est quelque chose de dégoûtant
- 28. Je trouve qu'il est embarrassant de parler du cancer colorectal avec mon entourage

Items relatifs à l'accessibilité :

- 5. J'ai l'impression d'être suffisamment informé(e) sur le dépistage du cancer colorectal
- 27. Cela m'ennuie de devoir aller chez mon médecin généraliste pour récupérer le kit de dépistage du cancer colorectal

Items relatifs au médecin généraliste :

- 14. Si mon médecin généraliste ne me parle pas du dépistage du cancer colorectal, c'est que je ne suis pas concerné(e)

44. Je pense que c'est le rôle de mon médecin généraliste de veiller à ce que je réalise le test de dépistage du cancer colorectal

Items de procrastination :

2. Lorsque je reçois mon invitation à me faire dépister pour le cancer colorectal, je remets souvent la réalisation de mon dépistage à plus tard

39. Lorsque je reçois mon invitation à me faire dépister pour le cancer colorectal, je fais en sorte de le réaliser rapidement

Items de déni/évitement :

11. Si j'avais un cancer colorectal, je préférerais ne pas le savoir

20. Je pense qu'il est préférable de ne pas chercher à savoir si j'ai un éventuel cancer colorectal

Items d'habitudes de santé :

4. De manière générale, j'essaie d'adopter des comportements visant à éviter l'apparition de maladies

35. De manière générale, je suis peu préoccupé(e) par la prévention de ma santé

Items de coping planning :

13. Pour mon prochain dépistage, je sais comment m'organiser si je n'ai pas le temps de le faire

21. Pour mon prochain dépistage, je sais comment me motiver si je n'ai plus envie de le faire

29. Pour mon prochain dépistage, je sais comment réagir si mes émotions me bloquent au moment de réaliser le test

Items d'action planning :

19. J'ai déjà prévu à quel moment je vais récupérer le kit de dépistage chez mon médecin généraliste pour mon prochain dépistage

41. J'ai déjà planifié quand je vais effectuer mon prochain dépistage

Items de proximité sociale :

24. Je me sens suffisamment proche de la personne qui compte le plus pour moi dans ma vie (conjoint, parent, ami) pour aborder avec elle tout ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal

17. Je me sens soutenu(e) par la personne qui compte le plus pour moi dans ma vie (conjoint, parent, ami) pour tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal

26. Je me sens suffisamment à l'aise avec mon médecin généraliste pour aborder avec lui tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal

36. Je me sens suffisamment à l'aise avec la personne qui compte le plus pour moi dans ma vie (conjoint, parent, ami) pour aborder avec elle tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal

38. Je me sens suffisamment proche de mon médecin généraliste pour aborder avec lui tout ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal

42. Je me sens soutenu(e) par mon médecin généraliste pour tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal

Annexe 14. Questionnaire utilisé dans l'étude 3

«SEXE» «NOM» «PRENOM»

«ADRESSE1»

«ADRESSE2»

«ADRESSE3»

«ADRESSE4»

«CP» «VILLE»

Madame, Monsieur,

Le laboratoire Epsilon de l'Université Paul Valéry de Montpellier et Epidaure (département prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier), en partenariat avec Dépistages 34, vous sollicitent pour participer à une enquête visant à améliorer la participation au dépistage du cancer colorectal, menée sous la direction du Pr Florence Cousson-Gélie.

Le dépistage du cancer colorectal est une problématique de santé publique prioritaire en France. Cette enquête vise donc à évaluer les représentations de la population envers ce dépistage, et a pour perspective d'améliorer la communication autour de ce dépistage afin d'augmenter les taux de participation.

Le remplissage de ce questionnaire prend environ quinze minutes.

Nous vous demandons de **répondre à toutes les questions, le plus spontanément possible et dans l'ordre** dans lequel elles vous sont posées.

Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, **seul votre avis personnel nous intéresse.**

Merci de conserver cette page et de nous renvoyer seulement les pages 1 à 8 de préférence avant le 20 mai 2017 en utilisant l'enveloppe T jointe à ce courrier.

Pr Florence Cousson-Gélie



Note d'information :

Vous avez été sélectionné aléatoirement par Dépistages 34 pour participer à cette étude. Votre participation est totalement libre. **Vos réponses sont strictement anonymes et confidentielles** et feront l'objet d'une analyse globale. Dépistages 34 veillera au bon déroulement de l'étude et au respect des principes déontologiques.

Les informations recueillies à partir de ce questionnaire feront l'objet d'un traitement informatique et statistique destiné à mieux comprendre les freins et les facilitateurs à la participation au dépistage du cancer colorectal. Ce traitement est mis en œuvre par le laboratoire Epsilon de l'Université Paul Valéry Montpellier 3 et Epidaure (département prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier), en partenariat avec Dépistages 34, sous la responsabilité du président de l'université Paul-Valéry Montpellier 3.

Les destinataires des données traitées sont les personnels de Dépistages 34 chargés de participer à la réalisation du panel des participants à l'étude, le Pr Florence Cousson-Gélie, en tant que responsable scientifique de l'étude et Mme Alice Le Bonniec, doctorante en charge de la réalisation de l'étude. Vous êtes libre de répondre ou de ne pas répondre à ce questionnaire, le refus de participer ne modifiera en rien la relation que vous avez ou que vous pourriez avoir avec Dépistages 34 ou Epidaure.

Contact : Alice Le Bonniec

alice.le-bonniec@icm.unicancer.fr / Tél : 04.67.61.30.18

Epidaure – Département de Prévention de l'ICM

Parc Euromédecine – Avenue des Apothicaires – 34298 Montpellier cedex 5

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à : Alice Le Bonniec, doctorante au laboratoire Epsilon par mail : alice.le-bonniec@icm.unicancer.fr ou par courrier postal : Epidaure – Département de Prévention de l'ICM, Parc Euromédecine – Avenue des Apothicaires – 34298 Montpellier cedex 5.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour commencer, merci de nous indiquer quelques informations sur vous :

Votre âge : Votre sexe : ☐ Femme ☐ Homme

Votre code postal :

Votre catégorie socioprofessionnelle :

- ☐ Agriculteur exploitant
☐ Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
☐ Cadre
☐ Profession Intermédiaire
☐ Profession libérale
☐ Employé
☐ Ouvrier

☐ Retraité (merci de préciser votre ancienne profession/ vos anciennes professions :)
☐ Sans Emploi

Vous exercez ou exerçiez une profession dans le domaine de la santé :

☐ Oui ☐ Non

Comment se déroule le dépistage organisé du cancer colorectal ?

Le dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place en 2008 en France. Depuis, les personnes âgées de 50 à 74 ans ne présentant pas de facteurs de risques particuliers reçoivent une invitation à se faire dépister tous les deux ans. La procédure de dépistage consiste à prélever soi-même un échantillon de selles, à domicile, à l'aide d'un kit de dépistage qui sera récupéré au préalable chez un médecin généraliste. Un nouveau test immunologique a remplacé le test Hémoccult II, utilisé dans le cadre du dépistage organisé jusqu'en mars 2015.

Si vous réalisez régulièrement des coloscopies, merci de ne pas répondre aux questions suivantes et de passer directement aux questions 46 à 59 à partir de la page numéro 7 (vous pouvez renvoyer le questionnaire vide de la question 1 à la question 45) car elles concernent le dépistage par test de recherche de sang dans les selles.

Votre perception du dépistage organisé du cancer colorectal :

Consigne : Entourez le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord avec les affirmations suivantes (de 1 = pas du tout d'accord jusqu'à 7 = tout à fait d'accord) :

1. J'ai l'intention de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux prochaines années :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

2. Lorsque je reçois mon invitation à me faire dépister pour le cancer colorectal, je remets souvent la réalisation de mon dépistage à plus tard :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

3. Je pense qu'il est inutile de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal si l'on n'a pas de symptômes de la maladie :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

4. De manière générale, j'essaie d'adopter des comportements visant à éviter l'apparition de maladies :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

5. J'ai l'impression d'être suffisamment informé(e) sur le dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

6. Je pense que le nouveau test immunologique est facile à réaliser :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

7. Je n'aime pas penser au test de dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

8. Je me sens particulièrement à risque pour ce cancer :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

9. J'ai l'impression que la plupart des personnes de mon âge réalisent régulièrement un test de dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

10. Si je réalise un test de dépistage, je pense que cela permettra de détecter un éventuel problème le plus tôt possible

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

11. Si j'avais un cancer colorectal, je préférerais ne pas le savoir :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

12. Je trouve que le cancer colorectal est quelque chose de dégoûtant :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

13. Pour mon prochain dépistage, je sais comment m'organiser si je manque de temps pour le faire :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

14. Si mon médecin généraliste ne me parle pas du dépistage du cancer colorectal, c'est que je ne suis pas concerné(e) :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

15. Il est possible de guérir du cancer colorectal s'il est dépisté à temps grâce au test :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

16. J'ai peur d'avoir un cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

17. Je me sens soutenu(e) par la personne qui compte le plus pour moi dans ma vie (conjoint, parent, ami) pour tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

18. Je pense que réaliser un test de dépistage du cancer colorectal est quelque chose de désagréable :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

19. J'ai déjà prévu à quel moment ou à quelle période je vais récupérer le kit de dépistage chez mon médecin généraliste pour mon prochain dépistage :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

20. Je pense qu'il est préférable de ne pas chercher à savoir si j'ai un éventuel cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

21. Pour mon prochain dépistage, je sais comment me motiver si je n'ai plus envie de le faire :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

22. Mon médecin généraliste m'a déjà recommandé de me faire dépister pour le cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

23. Si la structure de dépistage de ma région m'envoie un courrier d'invitation à me faire dépister, alors il faut que je le fasse :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

24. Je me sens suffisamment proche de la personne qui compte le plus pour moi dans ma vie (conjoint, parent, ami) pour aborder avec elle tout ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

25. Je pense que la majorité de mes proches de plus de cinquante ans réalisent régulièrement un test de dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

26. Je me sens suffisamment à l'aise avec mon médecin généraliste pour aborder avec lui tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

27. Cela m'ennuie de devoir aller chez mon médecin généraliste pour récupérer le kit de dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

28. Je trouve qu'il est embarrassant de parler du cancer colorectal avec mon entourage :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

29. Pour mon prochain dépistage, je sais comment réagir si mes émotions me bloquent au moment de réaliser le test :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

30. Je pense que le nouveau test immunologique est fiable pour détecter un cancer colorectal:

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

31. Je me sens capable de réaliser seule(e) le test de dépistage correctement :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

32. Je souhaite réaliser un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux prochaines années :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

33. Dans ma vie quotidienne, je me sens capable d'aller chez mon médecin généraliste pour récupérer le kit de dépistage du cancer colorectal même si cela prend du temps :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

34. Cela me dégoûte de devoir prélever moi-même un échantillon de mes selles pour réaliser le test de dépistage :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

35. De manière générale, je suis peu préoccupé(e) par la prévention de ma santé :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

36. Je me sens suffisamment à l'aise avec la personne qui compte le plus pour moi dans ma vie (conjoint, parent, ami) pour aborder avec elle tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

37. Dans ma vie quotidienne, je pense être capable de prendre le temps nécessaire pour réaliser un test de dépistage du cancer colorectal:

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

38. Je me sens suffisamment proche de mon médecin généraliste pour aborder avec lui tout ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

39. Lorsque je reçois mon invitation à me faire dépister pour le cancer colorectal, je fais en sorte de le réaliser rapidement :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

40. J'entends souvent parler du cancer colorectal dans les médias et cela m'encourage à me faire dépister :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

41. J'ai déjà planifié quand je vais effectuer mon prochain dépistage :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

42. Je me sens soutenu(e) par mon médecin généraliste pour tout ce qui concerne mon dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait

43. J'appréhende les résultats de mon test de dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

44. Je pense que c'est le rôle de mon médecin généraliste de veiller à ce que je réalise le test de dépistage du cancer colorectal :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

45. Je vais faire un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux prochaines années :

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

Pour finir, nous vous demandons de répondre à quelques données de santé :

46. Avez-vous un médecin traitant ? Oui ☐ Non ☐

47. Avez-vous déjà reçu une recommandation d'un professionnel de santé (médecin généraliste, spécialiste, pharmacien...) pour réaliser un test de dépistage du cancer colorectal ? Oui ☐ Non ☐

48. Avez-vous des antécédents personnels de cancer (tous types) ? Oui ☐ Non ☐

49. Avez-vous des antécédents personnels de cancer ou d'adénome colorectal ? Oui ☐ Non ☐

50. Avez-vous des antécédents familiaux (père, mère, enfants, sœur, frère, oncle, tante) de cancer (tous types) ? Oui ☐ Non ☐

51. Avez-vous des antécédents familiaux (père, mère, enfants, sœur, frère, oncle, tante) de cancer ou d'adénome colorectal ? Oui ☐ Non ☐

52. Etes-vous atteint de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique...) ? Oui ☐ Non ☐

53. Connaissez-vous une ou plusieurs personne(s) atteinte(s) de cancer (tous types) ? Oui ☐ Non ☐

54. Connaissez-vous une ou plusieurs personne(s) atteinte(s) d'un cancer colorectal ? Oui ☐ Non ☐

55. Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal ? Oui ☐ Non ☐

Si oui :

⇒ Le(s)quel(s) : ☐ Hémocult ☐ Test immunologique

⇒ Avez-vous réalisé une coloscopie dans les cinq dernières années ?

☐ Oui (précisez pour quelle raison :)

☐ Non

⇒ A quelle fréquence effectuez-vous votre test/ vos tests ?

Hémocult/ Test immunologique :

☐ Tous les 5 ans ☐ Tous les 2 ou 3 ans ☐ Tous les ans

☐ Autre (précisez) :

Coloscopie :

☐ Tous les 10 ans ☐ Tous les 5 ans ☐ Tous les 2 ou 3 ans

☐ Tous les ans ☐ Autre (précisez) :

56. Avez-vous déjà réalisé une coloscopie suite à un test Hémocult/ Immunologique positif ? Oui ☐ Non ☐

57. Quand a eu lieu votre dernier dépistage pour le cancer colorectal ?

(merci d'indiquer une date ou une approximation)

Votre dernier dépistage a été réalisé par :

☐ Test Hémocult ☐ Test immunologique ☐ Coloscopie

58. Avez-vous réalisé un test de dépistage Hémocult ou immunologique au cours des deux dernières années ? Oui ☐ Non ☐

Prévoyez-vous de vous faire dépister par test immunologique au cours du mois prochain ? Oui ☐ Non ☐

59. Avez-vous déjà réalisé des tests de dépistage pour d'autres types de cancers ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, le(s)quel(s) :

☐ Cancer du sein (mammographie) ☐ Cancer de la prostate (PSA)

☐ Cancer du col de l'utérus (frottis) ☐ Autres (précisez) :

Merci de votre participation !

Alice

LE BONNIEC

(née le 26 mai 1990)



✉ le.bonniec.a@gmail.com



Permis B

PhD STUDENT

FORMATION

Depuis 2014 **Préparation d'un doctorat en psychologie**

Supervision : Pr. Florence Cousson-Gélie et Pr. Marie Préau

Titre de la thèse : Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique

Affiliations : Laboratoire Epsilon (équipe EVOLVE), Université Paul Valéry Montpellier 3 ; Epidaure, Département Prévention de l'Institut du Cancer de Montpellier ; Laboratoire GRePS, Université Lumière Lyon 2

Financement de la thèse :

Site de Recherche intégrée sur le Cancer de Montpellier (SIRIC) : 2014-2015

Institut National contre le Cancer (INCa) : 2015-2017

(Contrat doctoral «Sciences Humaines et Sociales, Epidémiologie, Santé publique et cancer »)

Ligue Contre le Cancer : 2017 – 2018 (Bourse doctorale de 4^{ème} année)

2013/2014 **Master 2 Recherche Capacités Humaines et Conduites de Santé** (Mention Bien)

Mémoire réalisé sous la direction du Pr. F. Cousson-Gélie

Approches dynamiques, Université Paul Valéry, Montpellier

2012/2013 **Master 2 Professionnel de Psychologie Sociale Appliquée** (Mention Bien)

Mémoire réalisé sous la direction du Pr. M. Préau

Obtention du titre de psychologue - Université Lumière Lyon 2 (69)

2010/2011 **Diplôme de Licence en Psychologie** (Mention Bien), option professionnalisante de Formation aux métiers de l'enquête et des études
Université Lumière Lyon 2 (69)

2007/2008 **Diplôme du Baccalauréat** (section Littéraire, Mention AB)
Lycée Marcel Gimond Aubenas (07)

EXPÉRIENCES PROFESSIONNELLES

1) Activités d'enseignement

- 2017 « **Psychologie Sociale** », Université de Nîmes, Licence 2 (Responsable : Florence Dumas), 18h au total
- 2016 et 2018 « **Approfondissement en Psychologie Sociale** », Université de Montpellier 3, Licence 2 (Responsable : Emmanuelle Brigaud), 80 heures au total
- 2016 et 2017 « **Psychologie Sociale et environnementale** », Université de Nîmes, Licence 3 (Responsable : Elsa Causse), 40 heures au total
- 2015, 2016 et 2017 : « **Introduction à la Psychologie Sociale** », Université Paul Valéry Montpellier 3, Licence 1 (Responsable : Julien Vidal), 80 heures au total

2) Stages et emplois saisonniers

- 2014 **Stage de recherche, Epidaure (ICM, Montpellier)**
Réalisation d'une recherche sur les freins et facilitateurs au dépistage du cancer colorectal basée sur la Théorie du Comportement Planifié
- 2013 **Stage professionnel, Hospices Civils de Lyon**
Réalisation d'une étude sur la prévention de l'Accident Vasculaire Cérébral visant à mettre en place une campagne de sensibilisation (mise en place du protocole, passation de focus groups, analyse des données, préconisations)
- 2012/ 2013 **Emploi saisonnier de conseillère mutualiste, SMERRA (Lyon)**
Information, conseil et vente des produits de la SMERRA
- 2012 **Stage de master 1, laboratoire GRePS**
Passation d'entretiens et participation à l'analyse des données sur la thématique du sentiment d'insécurité (commanditaire : Mairie de Lyon)
- 2011 **Stage de licence, laboratoire GRePS**
Passation d'expérimentations et participation à l'analyse des données sur la thématique de la consommation de cannabis (commanditaire : INPES)
- 2011 **Stage en hôpital neurologique (Hôpital Pierre Wertheimer, 69)**
- 2010 **Stage en hôpitaux gériatriques (Les Vans et Joyeuse, 07)**
- 2009 **Stage en Unité d'Addictologie (Centre Hospitalier d'Alès, 30)**

PUBLICATIONS ET COMMUNICATIONS

1) Publications

- Le Bonniec A., Djoufelkit K., Cousson-Gélie F. (2015). Quels sont les facteurs psychosociaux déterminant la participation au dépistage du cancer colorectal ? Intérêt de la théorie du comportement planifié et du concept de coping. *Psycho-Oncologie*, 9, 108-114.
- Le Bonniec A., Haesebaert J., Derex L., Chatard S., Préau M., Schott AM. Why patients delay their first contact with health services after stroke? A qualitative focus group-based study. *PLoS ONE*, 2016,11(6):e0156933.
- Le Bonniec A., Haesebaert J., Préau M., Berthoux N., Schott AM. (2016). Etude qualitative des représentations de l'Accident Vasculaire Cérébral auprès du grand public : identification des freins et facilitateurs à l'appel aux services d'urgence. In *Évolutions sociales, innovations et politiques: Nouveaux enjeux en psychologie de la santé* (pp. 179–181). Paris: Edition des Archives Contemporaines.

2) Communications orales

- Le Bonniec A., Gourlan, M., Préau M., Cousson-Gélie F. Analysis of participation in colorectal cancer screening: contributions of health and social psychology. 6th SIRIC Montpellier Cancer Annual Meeting, Montpellier, 28th june 2018 (communication invitée).
- Le Bonniec A., Gourlan, M., Préau M., Cousson-Gélie F. Quels sont les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal ? Une étude basée sur la Théorie du Comportement Planifié. X^{ème} congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Metz, 13-15 juin 2018.
- Bulteel C., Le Bonniec A., Laffont I., Jonquet O., Jourdan C., Cousson-Gélie F., Gelis A. Facteurs influençant l'observance de l'appareillage par pression positive chez la personne lésée médullaire atteinte d'apnée du sommeil: résultats d'une étude qualitative. 32^{ème} congrès de la Société Française de Médecine Physique et Réadaptation, SOFMER, Nancy, 5-7 octobre 2017.
- Le Bonniec A., Préau M., Cousson-Gélie F. Le dépistage organisé du cancer colorectal perçu par les médecins généralistes. Congrès du réseau ONCO-LR, La Grande Motte, 28 septembre 2017 (communication invitée).
- Le Bonniec A., Mas, S., Préau M., Cousson-Gélie F. What are the psychosocial determinants of participation in colorectal cancer screening ? A french qualitative study. 19th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy, Berlin, 14-18 August 2017.
- Le Bonniec A., Préau M., Cousson-Gélie F. Quelles sont les représentations sociales du dépistage organisé du cancer colorectal ? Une étude qualitative. 13^{ème} Conférence Internationale sur les Représentations Sociales, Marseille, 14-17 septembre 2016.
- Le Bonniec A., Préau M., Cousson-Gélie F. Les déterminants psychosociaux de la participation au dépistage du cancer colorectal : projet de thèse et présentation des premiers résultats. Les Doctorales de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Genève, 15 – 17 juin 2015.

- Bauquier C., Le Bonniec A., Pannard M., Préau M. La prise en charge des facteurs de risque en oncologie : Enjeux éthiques et psychosociaux. *Séminaire Inter-Laboratoires, Université Lumière Lyon 2, Lyon, 28 et 29 mai 2015.*
- Le Bonniec A., Haesebaert J., Préau M., Berthoux N., Derex L., Schott AM. Etude qualitative des représentations de l'Accident Vasculaire Cérébral auprès du grand public : Identification des freins et des facilitateurs à l'appel au 15. *8^{ème} congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Liège, 15-17 décembre 2014.*

3) Communications affichées

- Le Bonniec A., Gurlan, M., Préau M., Cousson-Gélie F. *How to predict participation in colorectal cancer screening? The contribution of Theory of Planned Behaviour. 32nd Annual Conference of the EHPS, Health Psychology Across the Lifespan: Uniting Research, Practice and Policy. Galway, 21-25 August 2018.*
- Le Bonniec A., Mas, S., Préau M., Cousson-Gélie F. What are the obstacles and aids to participation in colorectal cancer screening? A qualitative study. *31st Annual Conference of the EHPS: Innovative ideas in Health Psychology, Padova, August 29-September 2nd 2017.*
- Mas S., Le Bonniec A., Gurlan M., Cousson-Gélie F. Why do patients fast during chemo? Patients' experience of and motivation for fasting during treatment. *19th World Congress of Psycho-Oncology and Psychosocial Academy, Berlin, 14-18 August 2017.*
- Le Bonniec A., Préau M., Cousson-Gélie F. Etude qualitative sur les freins et les facilitateurs à la participation au dépistage du cancer colorectal : quels sont les enjeux du changement de test ? *IX^{ème} Congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Lyon, du 14-16 décembre 2016. **Prix poster***
- Le Bonniec A., Préau M., Cousson-Gélie F. Quels sont les freins et les facilitateurs à la participation au dépistage organisé du cancer colorectal ? Une étude qualitative par focus groups. *12^{èmes} Journées du Cancéropôle Grand Sud-Ouest, La Grande Motte, 23 – 25 novembre 2016.*
- Porro, B., Le Bonniec, A., Michel, A., & Cousson-Gélie, F. (2016). Identification des principaux déterminants psychosociaux du maintien en emploi des femmes ayant un cancer du sein : une revue de la littérature. *12^{èmes} Journées du Cancéropôle Grand Sud-Ouest, Montpellier, 23 – 25 Novembre 2016.*
- Le Bonniec A., Préau M., Cousson-Gélie F. Que pensent les médecins généralistes du dépistage organisé du cancer colorectal et de l'arrivée du nouveau test immunologique ? Une étude qualitative. *11^{èmes} journées du Cancéropôle Grand Sud-Ouest, Talence, 5 et 6 novembre 2015.*
- Le Bonniec A., Préau M., Cousson-Gélie F. Représentations du dépistage organisé du cancer colorectal et enjeux de l'arrivée du nouveau test immunologique : le point de vue des médecins généralistes. *Les Oncorïales, Andrézieux-Bouthéon, 7 juillet 2015. **Prix poster***

AUTRES ACTIVITÉS DE RECHERCHE

- Collaboration avec un laboratoire de psychologie de la santé irlandais dans le cadre d'un projet de recherche entre le Groupe de Recherche en Psychologie Sociale (Lyon) et le Health Behaviour Change Research Group (HBCRG, Galway, Irlande). Visite de recherche prévue à Galway du 22 au 26 octobre 2018.
- Collaboration avec le centre Propara (Centre mutualiste neurologique, Montpellier) :
 - soutien méthodologique sur une recherche qualitative portant sur les facteurs influençant l'observance de l'appareillage pour l'apnée du sommeil chez le blessé médullaire (Clémence Bulteel, Dr. Anthony Gélis)
 - mise en place et réalisation d'une étude qualitative dans le cadre du projet EMMA : Equipe Mobile Mutualiste pour l'Autonomie (Dr. Anthony Gélis)
- Membre du comité d'organisation du 9^{ème} congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé, Lyon, 14-16 décembre 2016.
- Membre du comité d'organisation du séminaire « Approches pluridisciplinaires sur la santé » : Le dialogue avec le terrain comme source de renouvellement de la recherche en sciences sociales sur la santé, Lyon, 12 avril 2016.
- Actuellement secrétaire de l'association Oncolab (association à destination des jeunes chercheurs en cancérologie).

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Informatique : maîtrise de logiciels de bureautique (Word, Internet, Excel, Power Point), de statistiques (SPSS) et d'analyse de données qualitatives (NVivo, Alceste)
- Langues : Anglais (lu, écrit, parlé)

