



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études
en administration publique

Camille Ducrey

**Politique vaudoise de santé publique: Evaluation
des pratiques préventives des médecins de
famille engagés dans le programme cantonal
de dépistage du cancer colorectal**

Working paper de l'IDHEAP 1/2019
Unité Politiques locales et évaluation des politiques publiques

Camille Ducrey

**Politique vaudoise de santé publique :
Evaluation des pratiques préventives des
médecins de famille engagés dans le programme
cantonal de dépistage du cancer colorectal**

MEMOIRE DE MASTER EN POLITIQUE ET MANAGEMENT PUBLICS (PMP)

Sous la direction de la professeure Katia Horber-Papazian

et l'expertise du professeur Giuliano Bonoli

29 août 2018

UNIL

Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique

Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP)

Working paper 01/2019

Le texte intégral est disponible en ligne sur le dépôt institutionnel de l'UNIL :

<https://serval.unil.ch/>



UNIL | Université de Lausanne

IDHEAP

Institut de hautes études
en administration publique

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de mon mémoire.

Je souhaite remercier ma directrice de Mémoire, la Prof. Katia Horber Papazian pour le temps qu'elle a consacré à m'apporter les outils méthodologiques indispensables à la conduite de cette recherche. Son exigence m'a grandement stimulée. Je tiens à remercier Jacopo Klaus pour son aide lors de l'analyse des données ainsi que pour la révision du travail. L'enseignement de qualité dispensé par le Master « PMP » à l'IDHEAP a également su nourrir mes réflexions.

Je tiens à remercier sincèrement le Prof. Cornuz, directeur de la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, de m'avoir donné l'opportunité de réaliser un mémoire de stage dans un cadre idéal et propice à mes intérêts ainsi que pour son expertise et sa disponibilité.

Au Dr. Gouveia qui, en tant que superviseur direct et responsable sur le lieu de stage, s'est toujours montré à l'écoute et disponible lors de la réalisation de ce mémoire, ainsi que pour le soutien et l'aide qu'il m'a consacrés.

Je remercie également le Dr. Ducros ainsi que toute la Fondation Vaudoise pour le Dépistage du Cancer qui ont apporté leur support dans ce travail tant pour la révision de la présentation du cadre de l'étude que pour la prise en charge des envois du questionnaire.

Un remerciement tout particulier à Fabio Ramos Poroës qui s'est montré présent tout au long de ce travail et qui m'a fourni de précieux conseils.

Mes remerciements s'adressent aussi à tous les médecins de famille qui ont accepté de participer à cette étude à travers le sondage en ligne ou les entretiens semi-directifs.

J'exprime ma sincère gratitude envers toutes les personnes qui ont pris le temps de m'orienter et de me soutenir tout au long de ce travail.

Merci !

Table des matières

Résumé	6
Abstract.....	7
1. Introduction	8
1.1. Contexte socio-politique.....	9
1.1.1. Déterminants de la santé.....	9
1.1.2. Vieillissement de la population	10
1.1.3. Maladies non-transmissibles	11
1.1.4. Politiques mises en place.....	11
1.1.5. Prévention des maladies	12
1.2. Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal	13
1.2.1. Cancer colorectal	13
1.2.2. Dépistage du cancer colorectal	14
1.2.3. Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal	15
1.3. Le rôle des médecins de famille	21
1.3.1. Rôle pour la prévention	21
1.3.2. Rôle dans le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal	21
1.3.3. Décision partagée et aide à la décision.....	22
2. Questions de recherche et hypothèses	24
3. Méthode.....	26
3.1. Type d'étude	26
3.2. Participants	26
3.3. Collecte des données	26
3.3.1. Sondage	26
3.3.2. Entretiens semi-directifs.....	28
3.4. Analyse des données.....	29
3.4.1. Sondage	29
3.4.2. Entretiens semi-directifs.....	30
4. Résultats	31
4.1. Résultats du sondage en ligne.....	31
4.1.1. Population d'étude.....	31
4.1.2. Avis général sur le programme.....	32
4.1.3. Pratiques préventives pour le programme cantonal de dépistage du cancer colorectal	33
4.1.4. Obstacles et facteurs facilitateurs à l'information et à l'inclusion d'un patient au programme cantonal	34
4.1.5. Corrélations entre l'atteinte des objectifs du programme et les caractéristiques personnelles des médecins.....	35
4.2. Résultats des entretiens semi-directifs.....	39
4.2.1. Population d'étude.....	39
4.2.2. Convergence et divergence des idées	39
5. Discussion.....	44
5.1. Implication des résultats	44
5.1.1. Réponses aux questions d'évaluation et validation des hypothèses.....	44
5.1.2. Observations	46
5.2. Recommandations	47
5.3. Points forts et limites de l'étude	49
6. Conclusion.....	51
7. Bibliographie	52

8.	Annexes	61
8.1.	Annexe 1 : Critères de l’OMS pour un dépistage organisé	61
8.2.	Annexe 2 : Différence entre risque absolu et risque relatif	62
8.3.	Annexe 3 : Fiche de suivi coloscopie ou FIT	63
8.4.	Annexe 4 : Critères d’éligibilité et d’exclusion du programme cantonal de dépistage du cancer colorectal	64
8.5.	Annexe 5 : Aide à la décision, choix du type de dépistage	65
8.6.	Annexe 6 : Questionnaire du sondage en ligne	66
8.7.	Annexe 7 : Grille d’entretien	70
8.8.	Annexe 8 : Cahiers d’analyse de contenu des entretiens	72

Table des illustrations

Figure 1 :	Déterminants de la santé, Québec (Anctil et al., 2012).....	10
Figure 2 :	Pyramides des âges (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016)	11
Figure 3 :	Prévention et dépistage : évolution dans le temps (Uottawa, 2017).....	13
Figure 4 :	Temps de devancement (Guessous et al., 2010).....	15
Figure 5 :	Arbre des objectifs du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal (adapté de : Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer, 2015).....	18
Figure 6 :	Responsabilité des différents intervenants au programme (Auer, Selby, et al., 2015).....	19
Figure 7 :	Organigramme d’admission des réponses.....	27
Figure 8 :	Taux de patients informés de l'existence du programme par leur médecin de famille lors des 3 premières consultations.....	33
Figure 9 :	Proposition de méthode de dépistage.....	33
Figure 10 :	Obstacles à l'information et à l'inclusion au programme	34
Figure 11 :	Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction du test de dépistage qu'ils ont fait/feraient pour eux-mêmes	37
Figure 12 :	Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leurs années d'expérience	37
Figure 13 :	Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction du nombre de patients vus par mois	38
Figure 14 :	Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leur tranche d'âge.....	38
Figure 15 :	Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistages soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leur (non-) participation aux séances d'information concernant le programme	39

Table des tableaux

Tableau 1 : Variables mesurées par le sondage	28
Tableau 2 : Variables mesurées par les entretiens semi-directifs	28
Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de médecins de famille.....	31
Tableau 4 : Caractéristiques personnelles des médecins de famille.....	32
Tableau 5 : Classement des obstacles et facteurs facilitateurs	34
Tableau 6 : Tableau des corrélations entre l'objectif « information personnalisée – inclusion ou exclusion » et les caractéristiques des médecins.....	35
Tableau 7 : Tableau des corrélations entre l'objectif « orientation vers la coloscopie de dépistage ou prescription d'un FIT» et les caractéristiques des médecins	36
Tableau 8 : Caractéristiques des médecins interviewés	39
Tableau 9 : Thèmes abordés lors des entretiens semi-directifs concernant la prévention en général.....	40
Tableau 10 : Thèmes abordés lors des entretiens semi-directifs concernant la pratique préventive	41
Tableau 11 : Thèmes abordés lors des entretiens semi-directifs concernant le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal	42
Tableau 12 : Thèmes généraux abordés lors des entretiens semi-directifs.....	43

Résumé

Introduction : Trois années après la mise en place du programme de dépistage du cancer colorectal en 2015 dans le canton de Vaud, il convient de faire un état des lieux sur certains aspects du dispositif, principalement sur le rôle et la satisfaction des médecins de famille.

Objectifs : Comparer les pratiques préventives des médecins de famille engagés dans le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal avec les objectifs du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal « information personnalisée – inclusion ou exclusion » et « orientation vers la coloscopie de dépistage ou prescription d'un FIT », et soulever les facteurs expliquant la convergence ou la non-convergence entre les deux.

Méthode : Etude à méthodologie mixte utilisant des données quantitatives mesurées grâce à un sondage en ligne et des données qualitatives obtenues à travers des entretiens semi-directifs. Les participants sont les médecins de famille du canton de Vaud qui ont inclus au minimum un patient au programme vaudois de dépistage du cancer colorectal depuis 2015.

Résultats : Les pratiques préventives des médecins de famille engagés dans le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal sont convergentes avec les objectifs du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal. La majorité des médecins de famille participant à l'étude (68%) informe plus de 75% de leurs patients éligibles de l'existence du dépistage organisé. La majorité (65%) propose les deux méthodes de dépistage. Le manque de temps est le principal facteur soulevé qui favorise la non-information et la non-inclusion de certains patients. A contrario, la participation à des séances d'informations sur le programme est un facteur majeur favorisant la convergence entre les pratiques et les objectifs.

Principales observations : Nous avons pu observer que le médecin influence le choix de méthode de dépistage du patient. Parmi les facteurs qui influencent la préférence des médecins, nous pouvons mentionner l'âge, les années d'expérience, le nombre de patients vu par mois, le test de dépistage que les médecins de famille ont fait/feraient pour eux-mêmes et la (non-)participation à des séances d'information sur le programme. Selon les données quantitatives, un médecin de plus de 50 ans ou avec plus de 20 ans d'expérience propose plus facilement la coloscopie comme méthode de dépistage à défaut du FIT. Si le médecin voit moins de 300 patients par mois, il propose plus facilement les deux méthodes. De plus, un médecin de famille ayant participé à des séances d'information sera plus enclin à proposer les deux méthodes de dépistage. Fournir aux patients un choix éclairé des deux méthodes de dépistage proposées sur un pied d'égalité pourrait entraîner des taux de dépistage plus élevés.

Conclusion : La conclusion est que les médecins de famille considèrent leur rôle dans ce programme comme important et qu'ils remplissent les objectifs. Cependant, afin d'obtenir une information égalitaire et de gagner du temps, il serait opportun que les patients soient informés au préalable par des courriers postaux et des campagnes de communication à large échelle. De plus, une amélioration pourrait être envisagée quant à la neutralité de l'information afin de garantir un plus haut taux de participation pour le dépistage en instaurant des séances d'information et de formation régulières pour les médecins de famille.

Abstract

Introduction : Three years after the implementation of the colorectal cancer screening program in canton of Vaud in 2015, it is appropriate to investigate certain aspects of this procedure, primarily on the role and satisfaction of family physicians.

Objectives : To compare the preventive practices of family physicians involved in the colorectal cancer screening program with the objectives of the program, such as the "personalized information - inclusion or exclusion" and "referral to screening colonoscopy or FIT prescribing", and to raise the factors explaining the convergence or non-convergence between this two.

Method : A mixed methodology study using quantitative data measured through an online survey and qualitative data obtained through semi-directive interviews. Participants are family doctors from the canton of Vaud who have included at least one patient in the colorectal cancer screening program since 2015.

Results : The preventive practices of family physicians involved in the colorectal cancer screening program of the canton of Vaud are consistent with the objectives of the colorectal cancer screening program. The majority of physicians (68%) inform more than 75% of their eligible patients about the program and the majority offer both screening methods (65%). On one hand, lack of time was the main factor that explains why some patients were not informed and not included. On the other hand, participation in training sessions on the programme is a major factor that favours convergence between practices and objectives.

Main Observations : We were able to observe that the physicians influence the patient's choice of screening method. Factors that affect physicians' preference include age, years of experience, number of patients seen per month, the screening test they did/would do for themselves and the (non-)participation at some training and information session. According to quantitative data, a physician over 50 years of age or with more than 20 years of experience more easily offers colonoscopy as a screening method instead of a FIT test. If the doctor sees fewer than 300 patients per month, both methods are more often presented. Furthermore, a family physician who has attended information sessions will be more likely to offer both screening methods. Providing patients with an informed choice of the two screening methods offered on an equal basis could result in higher screening rates.

Conclusion : We can conclude that physicians take their role in this program seriously and are acting consistently with the objectives. However, in order to obtain equal information and to gain time, patients should be informed in advance by postal mail and large-scale communication campaign. In addition, an improvement in information neutrality could be considered to ensure a higher participation rate by introducing regular information and training sessions for family physicians.

1. Introduction

En octobre 2011, l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont conclu, grâce à des analyses approfondies, que les personnes vivant en Suisse bénéficiaient d'un système de santé satisfaisant (Colombo, Zurn, Organisation for Economic Co-operation and Development, & World Health Organization, 2011; Office fédéral de la santé publique (OFSP) & Office fédéral de l'intérieur (DFI), 2013). Cependant en 2018, le système de santé suisse doit faire face à de nouveaux défis. Premièrement, la complexité des déterminants de la santé devrait conduire le système de santé à ne plus se focaliser uniquement sur les soins d'urgence et le secteur hospitalier, mais à mettre l'accent sur le patient et prendre en compte ses besoins (Confédération Suisse & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016). Deuxièmement, le vieillissement de la population a un impact considérable sur le système de soins. En effet, à mesure de l'avancée en âge, le risque de polymorbidité s'accroît (Organisation mondiale de la santé Genève, 2015). Il est nécessaire d'accroître les capacités de la population âgée à autogérer les situations de polymorbidité chronique, avec le soutien des professionnels de santé. Un renforcement des compétences propres des patients est donc nécessaire (Office fédéral de la santé publique (OFSP) & Office fédéral de l'intérieur (DFI), 2013). Les perspectives d'augmentation des cas de maladies non-transmissibles déterminent actuellement des décisions concernant les prestations médicales, qui doivent davantage prendre en compte la prévention des maladies et les soins de longue durée pour les patients atteints de maladies chroniques (Confédération Suisse & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016). Tous ces défis nécessitent d'amplifier les efforts dans les domaines de la promotion de la santé ainsi que de la prévention des maladies. En dépit de ces constatations, le rapport du Conseil fédéral « Santé 2020 » publié en 2013 souligne le fait que la Suisse investit encore trop peu dans la prévention et le dépistage précoce des maladies. Un montant total de 77'754 millions de francs a été dépensé pour la santé en Suisse en 2015, dont seulement 2,4% ont été investis dans la prévention (Office fédéral de la statistique (OFS), 2018).

Dans cette étude, nous allons décrire plus en détail les défis soulevés ci-dessus afin de comprendre les enjeux dans lesquels la politique suisse en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies s'insère. Résultant de la politique suisse, nous allons énumérer quels sont les principaux champs d'action de la politique de santé publique vaudoise concernant la prévention. Suite à ceci, nous verrons que le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal est un important programme du canton de Vaud puisque ce dernier est pionnier en Suisse romande. Les justifications scientifiques et politiques du Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal seront ensuite précisées, ainsi que son déroulement. Puis, le rôle des médecins de famille dans le domaine de la prévention

et notamment en matière d'implication dans le programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal sera décrit. Cette introduction permettra de préciser les clés de compréhension de l'objectif de l'étude ainsi que les questions de recherche qui s'y rattachent. La méthode utilisée pour récolter les données sera expliquée pour ensuite présenter les résultats de ce travail. Finalement, une discussion permettra de faire ressortir les principaux enjeux et défis à relever pour le dispositif mis en œuvre avant d'apporter des conclusions à ce travail.

1.1. Contexte socio-politique

1.1.1. Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont des facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global (Anctil, Jobin, Pigeon, Émond, & Ministère de la santé et des services sociaux, 2012). La figure 1 ci-dessous montre que les déterminants de la santé sont regroupés en quatre catégories, à savoir les caractéristiques individuelles (compétences personnelles et sociales, habitudes de vie et comportements, caractéristiques sociales et économiques, entre autre), les milieux de vie (comme le milieu familial, le milieu scolaire ou le milieu du travail), les systèmes (par exemple le système d'éducation, le système de santé ou l'aménagement du territoire) et le contexte global (tel que le contexte politique, le contexte économique ou le contexte démographique). Le guide britannique établi par The Health Foundation (2018) précise que les personnes socialement défavorisées sont plus susceptibles d'être confrontées à des conditions de vie difficiles telles qu'un travail précaire ou un cadre de vie globalement insalubre, ce qui conduit à des problèmes de santé et un décès prématuré. Il apparaît ainsi que le système de santé d'un pays ne constitue pas à lui seul une garantie ou explication causale concernant l'état de santé global d'une population. Il apparaît donc primordial de renforcer les compétences individuelles en matière de santé dans tous les groupes de la population (Office fédéral de la santé publique (OFSP) & Office fédéral de l'intérieur (DFI), 2013).

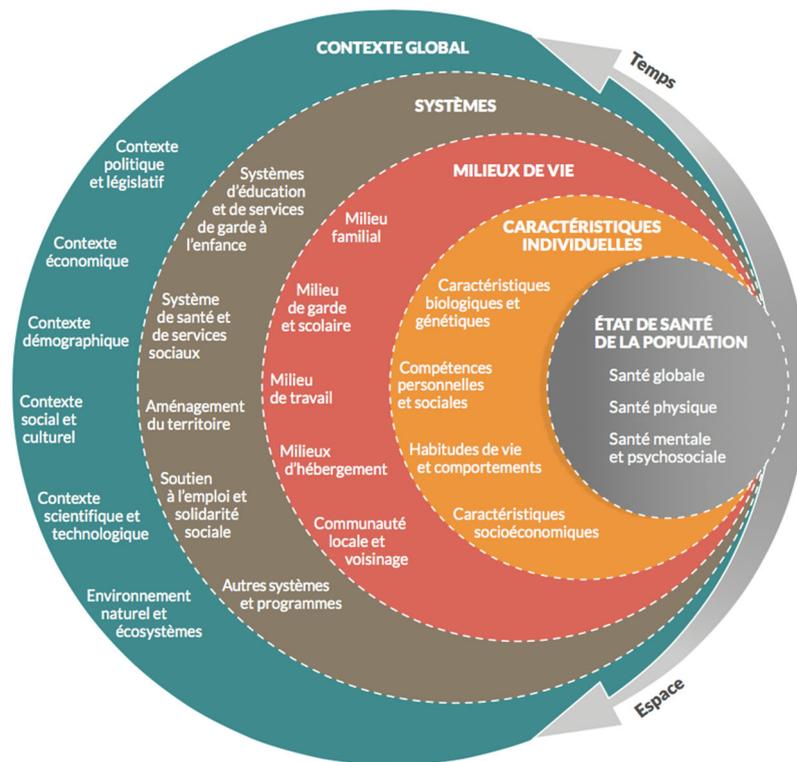


Figure 1 : Déterminants de la santé, Québec (Ancil et al., 2012)

1.1.2. Vieillesse de la population

La population suisse est actuellement confrontée à un processus de vieillissement démographique. La figure 2 ci-dessous objective une augmentation du nombre et de la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) ainsi qu'une diminution de la proportion des personnes jeunes (0-19 ans) au sein de la population totale. La part de personnes âgées dans la population totale est ainsi passée de moins de 10% (environ 200'000 pers.) en 1900 à 18% (1'495'000 pers.) en 2015. La proportion des jeunes dans la population totale a quant à elle chuté en passant de plus de 40% en 1900 à environ 20% en 2015 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016). La consommation médicale augmente généralement avec l'âge car la probabilité de recourir au système de santé et le volume de soins par patient sont plus élevés chez les personnes âgées (Vuilleumier, Pellegrini, & Jeanrenaud, 2007). L'avancée en âge amplifiant le risque de polymorbidité (Organisation mondiale de la santé Genève, 2015), une augmentation du nombre de personnes susceptibles de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé est à anticiper (Organisation mondiale de la santé Genève, 2015). La polymorbidité, également dénommée multimorbidité, est généralement définie comme la prévalence simultanée chez un même individu de deux maladies chroniques ou plus (Bopp & Holzer, 2012). Selon le bulletin de l'Observatoire suisse de la santé publié en 2013, la multimorbidité devrait augmenter fortement en Suisse du fait du vieillissement de la population (Moreau-Gruet, 2013). Ces perspectives déterminent des défis considérables pour notre système de santé qui ne se limitent pas à une amplification des ressources en potentiel de soins,

mais également à des mesures de renforcement de prévention primaire et de dépistage précoce de certaines affections (Confédération Suisse & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016; Office fédéral de la santé publique (OFSP) & Office fédéral de l'intérieur (DFI), 2013).

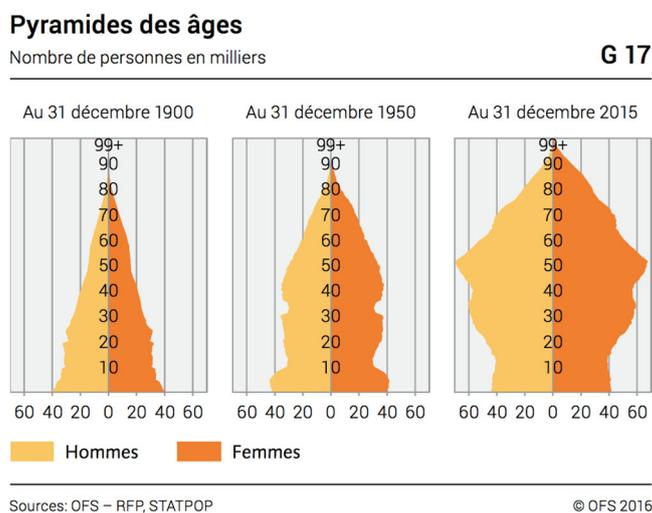


Figure 2 : Pyramides des âges (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016)

1.1.3. Maladies non-transmissibles

Les deux principales causes de décès à l'heure actuelle en Suisse sont les maladies cardiovasculaires (29,8% de tous les décès) et les cancers (29,3% de tous les décès) (Office fédéral de la statistique (OFS) & Office fédéral de l'intérieur (DFI), 2017). Ces maladies non-transmissibles (MNT), également dénommées maladies chroniques, ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles évoluent en général lentement et ceci sur une longue durée. Les quatre principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète. Ces affections sont la résultante d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, métaboliques (hypertension artérielle, surpoids, hyperglycémie et hyperlipidémie), environnementaux et comportementaux (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation, consommation excessive d'alcool) (Organisation mondiale de la santé Genève, 2018a). Ainsi une réduction de ces facteurs de risque à travers une politique de prévention et promotion de la santé efficace favorise un meilleur état de santé, permet de réduire le degré de sévérité de ces maladies, voire dans le meilleur des cas permet d'éviter leur survenue (Confédération Suisse & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016).

1.1.4. Politiques mises en place

C'est dans ce contexte que la Confédération, plus précisément l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mis en place une politique de lutte contre les maladies non transmissibles. Ses buts consistent, d'une part, à mieux informer la population et à

responsabiliser les individus ; d'autre part, à aménager des conditions de travail et de vie permettant un style de vie sain. Ces mesures s'inscrivent dans la stratégie globale « Santé2020 » du Conseil fédéral qui vise parmi ses objectifs principaux l'intensification de la promotion de la santé et de la prévention des maladies (Confédération Suisse & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016; Observatoire Suisse de la santé, 2017).

Au niveau cantonal, le Conseil d'Etat vaudois a mis un accent particulier sur la promotion de la santé et la prévention dans son dernier rapport sur la politique de santé publique en ayant pour champ d'action de développer la promotion de la santé au plus proche des personnes, en visant la prise en compte de l'entier des facteurs favorables à la santé dans le milieu de vie (Canton de Vaud, 2018b). Ainsi, une de ses cinq lignes directrices est d'amplifier les actions de prévention des maladies et de promotion de la santé (Canton de Vaud, 2018b). A l'heure actuelle, plusieurs programmes de prévention sont en place comme par exemple, Programme cantonal petite enfance, Programme cantonal diabète, Vieillesse et Santé ainsi que le Programme cantonal de dépistage du cancer colorectal qui est une initiative pionnière en Suisse romande et fera donc l'objet de ce travail de recherche (Canton de Vaud, 2018a).

1.1.5. Prévention des maladies

Avant de parler plus précisément du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal, il convient de définir la prévention. La prévention des maladies concerne les interventions ciblant des pathologies spécifiques (Gutzwiller & Paccaud, 2009). Elle nécessite une action forte pour réduire la pression qu'exercent les facteurs de risques comme le tabac, l'alcool, la mauvaise alimentation, l'insuffisance d'activités physiques, de mauvaises conditions de travail ou la dégradation de l'environnement (Conseil d'Etat du Canton de Vaud, 2012). Comme le met en évidence la figure 3, on distingue classiquement trois types de préventions. La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie. Elle vise à créer des cadres de vie propices à la santé, à améliorer les compétences en matière de santé et d'autres facteurs de protection, mais aussi à réduire les facteurs de risque. La prévention secondaire met l'accent sur le dépistage et l'intervention précoce en cas de risque concret et/ou premiers signes d'une maladie. Elle se concentre sur les groupes à risques (Confédération Suisse & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016). Dans cette étude, nous ne traiterons pas de la prévention tertiaire qui vise à réduire l'ampleur de l'évolution et les séquelles chez des personnes déjà atteintes d'une maladie chronique, et qui tend à améliorer la qualité de vie (Confédération Suisse & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, 2016).

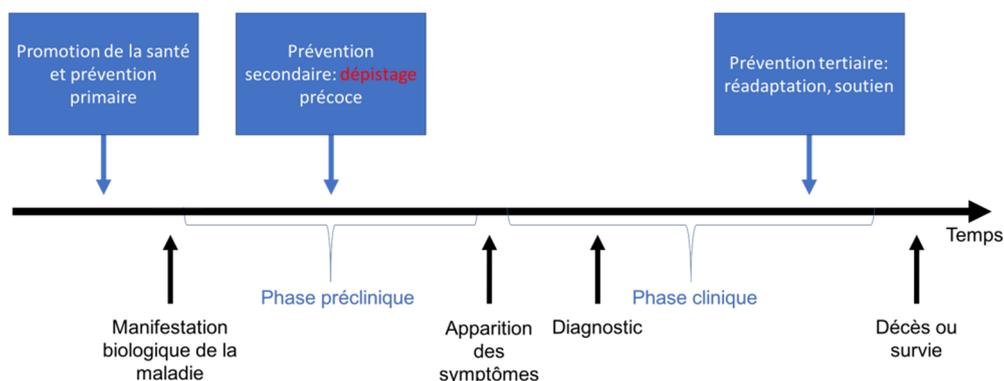


Figure 3 : Prévention et dépistage : évolution dans le temps (Ottawa, 2017)

1.2. Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

1.2.1. Cancer colorectal

Le cancer colorectal figure en Suisse parmi les cancers les plus meurtriers. Il est le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et le deuxième chez les femmes (Confédération Suisse, 2016). Entre 2008 et 2012, environ 2'300 nouveaux cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués en moyenne chaque année chez les hommes et 1'800 chez les femmes (Confédération Suisse, 2016). Il est important de noter que dans le canton de Vaud, 5% des hommes et 3% des femmes reçoivent un diagnostic de cancer colorectal avant 80 ans et qu'environ 2% des hommes et 1% des femmes en meurent avant 80 ans (Policlinique médicale universitaire Lausanne, 2015).

Divers facteurs de risque personnels interviennent dans la carcinogenèse colique, ceci de manière conjointe. Ceux-ci sont notamment : l'âge, le genre masculin, les antécédents familiaux de cancer colorectal (plus spécialement lors d'antécédents multiples ou de cas familiaux survenus à un âge inférieur à 60 ans), les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), un indice de masse corporelle élevé, un pourcentage de graisse abdominale supérieur à la moyenne, une taille corporelle supérieure à la moyenne ainsi que les troubles métaboliques tels que le diabète de type II. Le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, une consommation importante de viande rouge et de viande transformée, et le manque d'activité physique sont également à prendre en compte ainsi que l'exposition aux radiations ionisantes (Brenner, Kloor, & Pox, 2014; Confédération Suisse, 2016).

On estime actuellement que 15 à 30% des cancers colorectaux surviennent dans des contextes de syndromes héréditaires, ceci sur la base de cas identifiés dans la famille du premier et second degré (Confédération Suisse, 2016; Fearon, 2011; Taylor, Burt, Williams, Haug, & Cannon-Albright, 2010).

Trois quarts des cas de cancer colorectal surviennent toutefois chez des personnes exemptes de facteur de risque particulier (Bulliard, Levi, & Ducros, 2012). Ceci signifie que la grande majorité des cas de cancers colorectaux sont d'origine sporadique, touchant des personnes sans facteur de risque familial clairement identifié. Seulement 7% des cas surviennent avant 50 ans. Il s'agit ainsi d'une affection de révélation majoritairement tardive, l'âge moyen pour le diagnostic du cancer colorectal en Suisse étant de 70 ans (68 ans pour les hommes, et 71 ans chez les femmes) (Bruchez, Levi, & Bulliard, 2011; Konzelmann, Anchisi, Bettschart, Bulliard, & Chiolero, 2014).

1.2.2. Dépistage du cancer colorectal

Le principe d'une intervention telle que le dépistage du cancer est de détecter des éléments évocateurs d'une affection cancéreuse de stade débutant, ou encore à un stade précancéreux, chez des personnes ne présentant pas de symptôme clinique de l'affection. En cas d'anomalie, des examens plus approfondis doivent être entrepris (Confédération Suisse, 2016). Le cancer colorectal répond aux critères de décision définis par l'OMS pour la mise en place d'un programme de dépistage organisé (annexe 1) (Wilson, Jungner, & World Health Organization, 1970). Selon l'OMS et le rapport de 2015 sur le cancer en Suisse (Confédération Suisse, 2016), pour qu'un programme de dépistage soit efficace il faut qu'il réponde aux critères suivants : premièrement, le risque de maladie et de la morbidité doivent être assez élevés pour constituer un problème public. Deuxièmement, il faut qu'il existe une période asymptomatique rendant un traitement précoce possible et que les résultats de ce traitement à un stade précoce de la maladie soient supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé. Troisièmement, un test de dépistage peu coûteux et facilement réalisable doit prouver ou exclure la présence de la maladie avec une grande certitude. Finalement, les nuisances engendrées par l'examen doivent être aussi minimales que possible (Confédération Suisse, 2016).

Les bénéfices potentiels en termes de baisse de mortalité pour la population invitée dans le cadre d'un programme de dépistage du cancer colorectal peuvent être quantifiés de la manière suivante selon la fiche d'information concernant le dépistage du cancer colorectal de la Polyclinique médicale universitaire à Lausanne (Polyclinique médicale universitaire Lausanne, 2015) : « La pratique régulière d'un dépistage permet une réduction absolue de la mortalité par cancer colorectal de 1% avant l'âge de 80 ans ». On estime ainsi une réduction de 2 décès sur 100 personnes dépistées à 1 décès sur 100 personnes dépistées.

Cependant, réaliser un test de dépistage ne constitue pas une garantie absolue de bénéfice individuel, et peut générer des inconvénients. Ces derniers sont classiquement décrits de la manière suivante : premièrement, il peut y avoir un avancement d'identification d'une maladie sans modification du pronostic. On parle alors de temps de devancement sans

impact réel (figure 4) (Guessous, Cornuz, Gaspoz, & Paccaud, 2010). Deuxièmement, le test peut conduire à la détection de tumeurs indolentes, sans impact potentiel sur l'espérance de vie de la personne dépistée. Troisièmement, le test peut se révéler négatif alors que la personne est atteinte de la maladie (faux négatif) et à contrario se révéler positif sans confirmation de la maladie par les examens complémentaires (faux positif). (Organisation mondiale de la santé Genève, 2018b). De plus, les données statistiques peuvent donner une perception survalorisée du bénéfice réel d'une intervention telle que le dépistage en fonction de leur mode de présentation. Ce phénomène est particulièrement marqué lorsque le bénéfice est présenté uniquement en termes de réduction du risque relatif et donc de manière en apparence plus avantageuse qu'en réduction du risque absolu (annexe 2). Par exemple pour le dépistage du cancer colorectal, sans dépistage, 2 personnes sur 100 décéderont du cancer colorectal avant 80 ans en Suisse. Avec un dépistage, 1 personne sur 100 décédera de cancer colorectal. La diminution du risque absolu est donc de 1% et celle du risque relatif de 50% (Auer, Selby, Bulliard, et al., 2015).

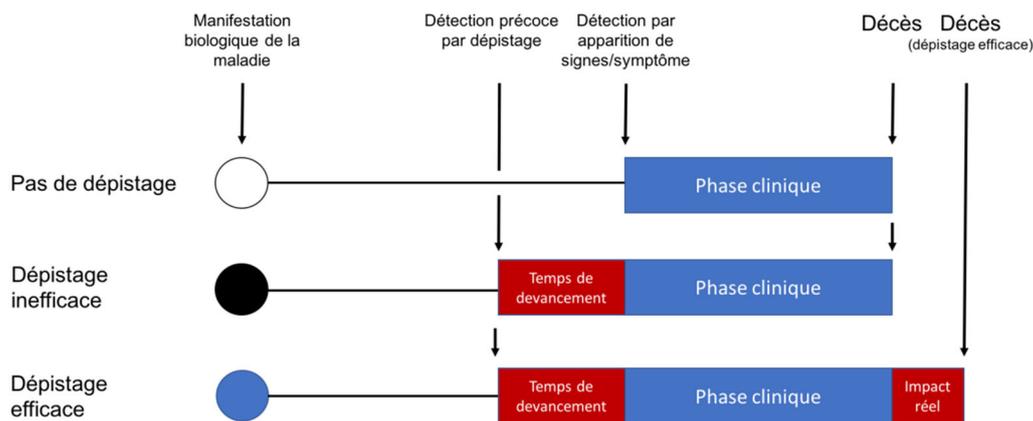


Figure 4 : Temps de devancement (Guessous et al., 2010)

1.2.3. Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

En prenant en compte tous les éléments précisés ci-dessus, le projet vaudois de dépistage organisé du cancer colorectal est issu de l'identification de cette affection parmi les priorités de santé de l'Etat de Vaud (Canton de Vaud, 2007, 2013; Conseil d'Etat du Canton de Vaud, 2012). Il a découlé de cette décision de politique de santé publique une phase d'étude d'un projet pilote de dépistage organisé du cancer colorectal, sous la conduite de la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer avec le soutien d'un comité de pilotage multidisciplinaire (Bulliard et al., 2012). Cette phase d'étude a abouti au dépôt courant 2013 auprès du Département fédéral de l'intérieur (DFI) d'un dossier de demande d'exemption de franchise des tests de dépistage de ce cancer, à savoir la coloscopie et la recherche de sang occulte dans les selles par test FIT (Fecal Immunochemical Testing), dans le cadre d'un programme cantonal vaudois de dépistage organisé et « population based ». En effet, l'article 64 de la LAMal précise que peuvent bénéficier d'une

suppression de franchise certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal (Ducros, Levi, Bulliard, Larequi, & Schenker, 2013). Il était assorti à cette demande un engagement à ce que le dispositif déployé réponde à des critères minimum EAE (prestations efficaces, appropriées et économiques). Les garanties requises tant en termes d'assurance qualité, sécurité, information de la population cible nécessitent l'engagement de tous les intervenants dans le respect de standards de qualité élevés envers la réalisation des tests de dépistage, une invitation systématique de la population cible et une possibilité de partage de la décision de la part de la population cible (Ducros et al., 2013). Le DFI a pris une décision favorable vis-à-vis de cette demande en 2014, soit un accord d'exemption de franchise pour les tests de dépistage du cancer colorectal réalisés dans le cadre du programme cantonal vaudois de dépistage organisé de cette maladie (Révision de l'OPAS en date du 16 mai 2014). A l'issue de cette décision, le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal a initié son déploiement en 2015.

La Fondation Vaudoise pour le Dépistage du Cancer (FVDC), institution privée à laquelle ont été confiées des missions de service public, assure l'organisation et la coordination opérationnelle de ce programme de dépistage sur mandat de l'Etat de Vaud en complément à des missions identiques concernant le dépistage du cancer du sein, implanté sur l'ensemble du canton dès 1999 (Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer, 2016). Cette institution est par ailleurs membre de Swiss Cancer Screening (Fédération Suisse des programmes de dépistage des cancers).

Le dispositif est conçu de telle manière que toute la population éligible, à savoir les hommes et les femmes résidant dans le canton de Vaud dans le groupe d'âge de 50 à 69 ans, ait l'opportunité de se faire dépister pour le cancer colorectal s'ils le désirent et de faciliter leur choix de test de dépistage (Auer, Selby, Cornuz, et al., 2015; Ducros et al., 2013). En plus du bénéfice en termes de baisse de mortalité explicité ci-dessus, il est important de souligner que la consultation d'inclusion du médecin de famille et les tests de dépistage sont pris en charge par l'assurance maladie de base avec exemption de la franchise. Il reste une quote-part de 10% à charge des personnes participant au programme de dépistage.

Deux méthodes de dépistage sont prises en compte dans le cadre du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal : un test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (test FIT) tous les deux ans (réinvitation automatique à 22 mois) ou une coloscopie optique tous les 10 ans (réinvitation automatique à 9,5 ans). La décision en faveur de l'une ou l'autre de ces options pour les personnes acceptant de réaliser un dépistage est laissé au libre choix de la population (Auer, Selby, Cornuz, et al., 2015; Ducros et al., 2013). Soulignons qu'une étude réalisée en Californie met en évidence

qu'offrir le choix entre la coloscopie et le test FIT augmente le taux de participation des personnes concernées au dépistage (Inadomi et al., 2012).

Sur la base de documents obtenus de la part de la FVDC (Ducros et al., 2013) et sur le site internet de la PMU, les objectifs principaux du programme ont pu être formulés et présentés dans l'arbre des objectifs ci-dessous (figure 5). L'objectif principal du programme politique cantonal est de réduire la mortalité due au cancer du côlon. Pour atteindre cet objectif, des objectifs spécifiques, intermédiaires et opérationnels ont été mis en place. Les objectifs spécifiques sont la garantie de l'équité, la garantie d'une information égalitaire de la population, la garantie de qualité, sécurité et régularité des tests, et la centralisation des résultats des tests (Ducros et al., 2013). Des objectifs intermédiaires ont également été mis en place tels que « financement du dispositif et des tests » ou « l'implication concertée des professionnels de la santé », à savoir pour notre étude celle des médecins de famille vaudois. Enfin, des objectifs opérationnels ont été fixés. En ce qui concerne les missions dévolues aux médecins de famille, ces derniers ont pour mission d'informer les personnes éligibles de l'existence du programme de dépistage et de les inclure ou de les exclure en fonction de critères médicaux de décision ou de préférence individuelle. Ils doivent notamment informer les patients des deux options de dépistage et les orienter soit vers la coloscopie de dépistage soit vers le test FIT. Les deux derniers objectifs opérationnels ne seront pas évalués dans ce travail, ils consistent au suivi des tests FIT positifs et au suivi des coloscopies en cas de complication. Ainsi, les flèches rouges de la figure ci-dessous représentent les objectifs qui concernent ce travail.

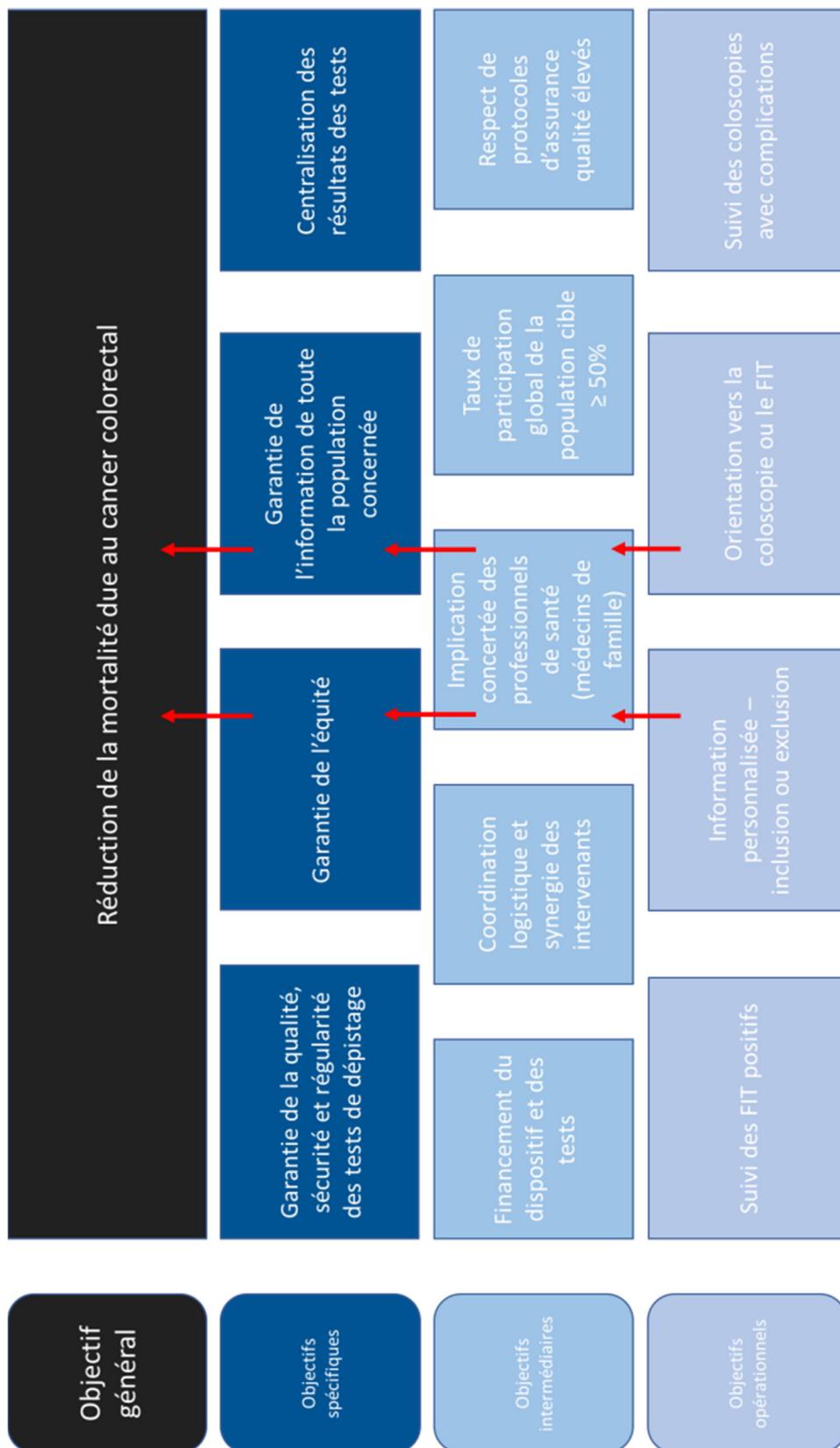


Figure 5 : Arbre des objectifs du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal (adapté de : Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer, 2015)

Début 2016, en phase initiale de déploiement du dispositif, l'information et l'inclusion des personnes éligibles au programme s'est restreinte à des initiatives du médecin traitant. Cette étape était mise en place afin de laisser au médecin de famille la possibilité de s'approprier les modalités de fonctionnement du programme de dépistage, tout en ayant la primauté d'en parler avec leur patientèle. Par la suite, comme le montre la figure 6, dès octobre 2016, afin d'atteindre plus largement la population cible, des lettres d'invitation accompagnées d'une brochure explicative sur le dépistage ont commencé à être transmises par voie postale de manière segmentée en fonction de l'âge aux hommes et femmes éligibles, en premier niveau aux personnes les plus âgées de la tranche d'âge 50-69 ans (Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer, 2016).

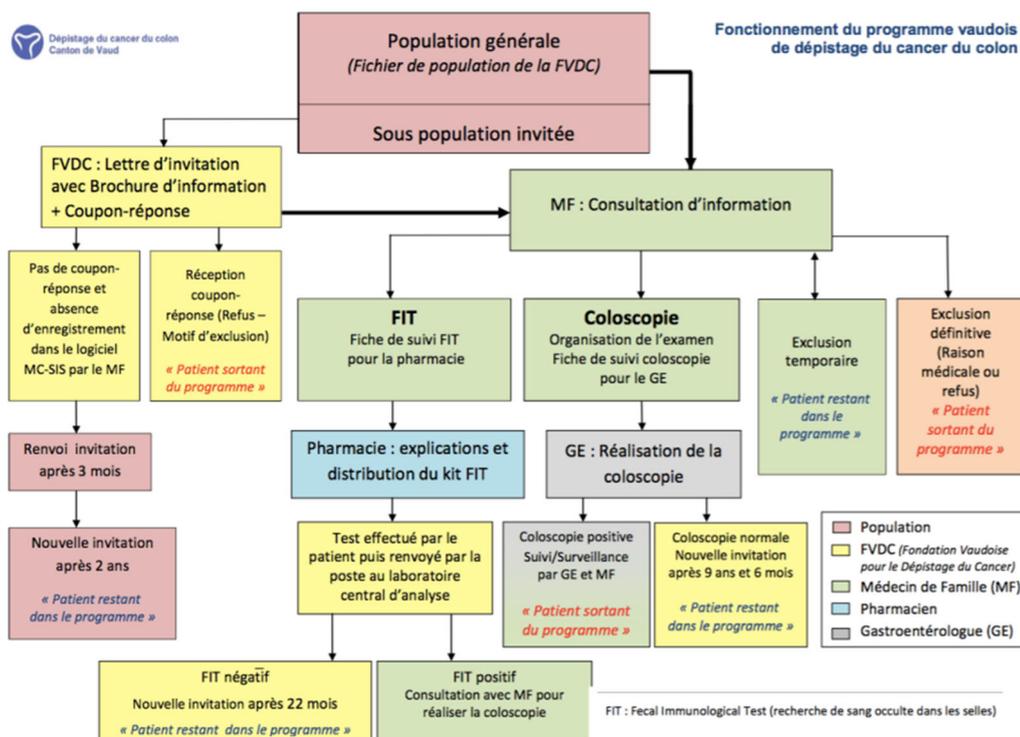


Figure 6 : Responsabilité des différents intervenants au programme (Auer, Selby, et al., 2015)

Concernant la consultation d'information et d'inclusion par le médecin de famille, celle-ci peut se réaliser soit après réception d'une invitation postale personnelle, soit de manière proactive par le médecin de famille lors d'une consultation pour un autre motif ou soit à la demande d'une personne éligible de manière volontaire (Auer, Selby, Cornuz, et al., 2015; Ducros et al., 2013). Suite aux explications du médecin de famille concernant le programme, les personnes doivent décider si elles désirent participer au programme. Elles doivent ensuite choisir la modalité d'investigation (FIT ou coloscopie) avec possibilité de changer de modalité à chaque participation (Selby et al., 2016). Une fois le choix effectué dans le cadre d'une décision partagée (terme explicité sous la section 1.3.3 de cette étude), le médecin de famille doit préciser le forfait à facturer par la FVDC. Deux

forfaits de consultation sont proposés, à savoir un forfait de consultation courte qui équivaut en moyenne à une consultation de 17,5 minutes et un forfait de consultation longue qui équivaut en moyenne à une consultation de 32,5 minutes. Ensuite, le médecin de famille doit éditer la fiche de suivi de FIT ou de coloscopie (annexe 3) et faire signer le consentement au patient. En cas de choix du test de recherche de sang occulte dans les selles, la fiche de suivi de FIT tient lieu d'ordonnance pour obtenir un kit FIT auprès d'une pharmacie partenaire au programme. En cas de choix de la coloscopie, le médecin de famille doit faxer la fiche de suivi de coloscopie à la FVDC avant de la remettre au patient concerné. Le médecin doit également fixer un rendez-vous avec un gastroentérologue partenaire au programme en indiquant « coloscopie dans le cadre du programme ». Ensuite, les gastroentérologues ont la responsabilité d'en assurer la réalisation, puis de présenter les recommandations de suivi en cas de détection de lésion (Policlinique médicale universitaire Lausanne & Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer, 2015). Les formulaires papiers vierges (annexe 3) envoyés par la FVDC aux médecins de famille sont également accessibles sous format électronique sur le logiciel accessible de manière sécurisée en ligne pour les médecins qui préfèrent l'option électronique. Dans ce cas, les documents sont automatiquement personnalisés et éditables à partir d'un document PDF.

Les personnes répondant aux critères de base (50-69 ans, résidence principale dans le canton de Vaud) peuvent cependant être exclues du programme temporairement ou définitivement par choix ou pour raison médicale. En effet, les personnes présentant un risque élevé ou très élevé de cancer colorectal comme par exemple des antécédents personnels, des antécédents familiaux de parenté de premier degré ou une maladie inflammatoire chronique intestinale sont exclues du programme. Si une personne a également déjà fait un test FIT il y a moins de deux ans ou une coloscopie il y a moins de 10 ans en dehors du programme, elle sera exclue temporairement du programme (annexe 4).

La population éligible du canton de Vaud se montait en 2017 à environ 180'000 personnes. Les coordonnées postales de la population cible ont été transmises à la FVDC par le registre cantonal des personnes. Au total en 2017, 33'541 personnes ont été invitées par voie postale à participer au programme, et 4'998 personnes ont été dépistées durant cette année-là, soit plus du double qu'en 2016 (3'599 personnes invitées et 2'439 personnes dépistées). Le nombre de tests de recherche de sang occulte dans les selles (FIT) analysable a été de 2'584 et 2'414 coloscopies de dépistage ont été réalisées. En complément, 119 coloscopies ont été réalisées suite à un FIT positif. Au total, il a été diagnostiqué 25 cancers colorectaux infiltrants dans le cadre du programme de dépistage à la suite des tests réalisés entre le 01.10.2015 et le 31.12.2017, suite à une coloscopie de dépistage ou à un test FIT (Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer, 2017).

1.3. Le rôle des médecins de famille

1.3.1. Rôle pour la prévention

La définition de la médecine générale et des missions du médecin généraliste (dénommé dans ce document médecin de famille) sont définies par l'organisation mondiale des médecins généralistes (WONCA Europe, 2002). Selon la WONCA, « la médecine générale a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ». L'activité professionnelle des médecins généralistes « comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative » (WONCA Europe, 2002). « Il est clairement reconnu par l'ensemble des acteurs de santé publique (praticiens, sociétés savantes, décideurs de santé publique...) que la prévention fait partie intégrante des missions des médecins de famille » (Cohidon & Senn, 2017). Selon l'étude d'Assendelft (2017), les médecins sont idéalement positionnés comme conseillers et motivateurs pour des questions de prévention. La médecine générale « est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée » (WONCA Europe, 2002). En 2012, 65,9% de la population Suisse a consulté au moins une fois son médecin de famille au cours des 12 derniers mois (Observatoire Suisse de la santé, 2012). De plus, grâce à des visites répétées, une relation de confiance s'installe entre le patient et le médecin, cette dernière étant primordiale pour aborder des thèmes de prévention (WONCA Europe, 2002). La médecine générale est donc considérée comme un cadre idéal pour la promotion de la santé et la prévention des maladies (McAvoy et al., 2001).

Afin d'implémenter au mieux les programmes de santé publique, le politique a besoin de la collaboration des acteurs de terrain. Il est largement reconnu qu'en plus d'avoir un rôle essentiel dans le domaine de la prévention primaire, les médecins de famille constituent des partenaires de première importance lorsqu'il s'agit de programmes de dépistage, plus précisément de dépistage du cancer colorectal (Triantafillidis, Vagianos, Gikas, Korontzi, & Papalois, 2017). Le dépistage et la prévention précoce sont des domaines qui peuvent être considérés comme particulièrement appropriés si l'on veut intégrer des éléments de santé publique en médecine de famille (Senn, Dafflon, Ronga, Cornuz, & Widmer, 2018). La participation active des médecins de famille permet d'augmenter la mise en œuvre réussie d'un programme de dépistage (Triantafillidis et al., 2017).

1.3.2. Rôle dans le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

Les médecins de famille vaudois ont un rôle important dans le bon fonctionnement du programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal. Ils sont les intermédiaires entre la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer (Centre de dépistage) et la population cible. Ils sont chargés de contrôler les critères d'inclusion et d'exclusion des personnes dans le programme (Auer, Selby, Bulliard, et al., 2015; Cornuz, Ducros,

Jotterand, & Rodondi, 2015). « Le médecin traitant joue un rôle important pour la promotion du dépistage du cancer colorectal et pour l'identification des personnes à risque accru, en particulier par une anamnèse familiale précise. Des critères cliniques validés permettent l'identification des personnes susceptibles de porter une prédisposition génétique au cancer colorectal. L'analyse des principaux gènes de prédisposition doit aujourd'hui être intégrée dans la prise en charge clinique de ces patients et de leurs familles » (Chappuis & Hutter, 2006). Le cahier des charges des médecins de famille participant au programme cantonal de dépistage du cancer colorectal précise leur rôle dans le dispositif : « Les médecins de famille ont la responsabilité de présenter les deux modalités de dépistage dans le contexte d'un entretien de décision partagée avec leur patientèle et d'inclure les personnes concernées dans le programme » (Cornuz et al., 2015). Certains auteurs précisent que les médecins de famille ont un rôle d'information, de soutien et d'intermédiaire pour faciliter l'intégration de la population cible au programme (Triantafyllidis et al., 2017). Pour résumer, le rôle des médecins de famille attendus par le programme sont une « information personnalisée – inclusion ou exclusion » et une « orientation vers la coloscopie de dépistage ou le test FIT ».

Sur les 512 médecins de famille enregistrés pour exercer dans le canton de Vaud en 2016 (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016), 443 avaient au moment de l'étude ratifié une convention avec la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer par laquelle ils ont confirmé leur engagement dans le respect de leur cahier des charges dédié (Cornuz et al., 2015). Cependant, tous les médecins ne disposent pas de la même information/formation envers le programme et ne participent pas de manière égale au bon fonctionnement du dispositif. Pour permettre aux médecins de famille de prendre connaissance du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal en amont de son déploiement, fin 2014, tous les médecins de famille autorisés à exercer dans le canton de Vaud ont été invités à participer à des séminaires organisés dans les perspectives du déploiement du nouveau programme de dépistage du cancer colorectal (Selby et al., 2016). Ceux qui n'ont pas assisté à l'un de ces séminaires ont reçu par la poste, à la fin février 2015, une invitation à assister à une séance supplémentaire, une copie papier des documents sur la décision partagée décrite ci-dessous et un questionnaire sur leurs pratiques de dépistage du cancer colorectal (Selby et al., 2016). Sur les 592 médecins de famille enregistrés pour exercer dans le canton de Vaud et invités à participer aux séances d'information en 2014, 133 (22%) ont assisté à un des séminaires. Les séances comportaient un volet de formation sur l'épidémiologie et l'histoire naturelle du cancer colorectal, le suivi des polypes et l'organisation du programme de dépistage.

1.3.3. Décision partagée et aide à la décision

Un des rôles du médecin de famille dans le cadre du programme du dépistage du cancer colorectal est de proposer toutes les possibilités de test de dépistage aux patients sur un

ped d'égalité, sans écarter la possibilité d'une décision de refus (Selby, Auer, & Cornuz, 2015). L'un des objectifs poursuivi est de tendre à ce que 100% de la population cible soit informée (Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer, 2015). La décision partagée, « shared decision making » en anglais, est un modèle de prise de décision partagée utilisé dans le contexte clinique, selon lequel le médecin transmet son savoir et le patient fait valoir ses préférences et valeurs (Cornuz, Junod, Pasche, & Guessous, 2010). Ils échangent activement des informations et examinent les différentes options de traitement dans le but de prendre ensuite une décision en partenariat (Gerber, Kraft, & Bosshard, 2014). Elle répond à une attente des citoyens qui désirent participer activement aux décisions portant sur leur santé (Cornuz et al., 2010). Selon une étude faite au Québec, il a été montré qu'une consultation concernant le dépistage était propice à la prise de décision partagée (Cornuz et al., 2010).

Dans l'étude de Buchman, Rozmovits, & Glazier (2016), les auteurs partent du principe que la promotion de dépistage des maladies et le choix de la méthode utilisée sont fortement influencés par les recommandations du médecin. Ainsi, pour permettre aux médecins de famille d'informer objectivement les patients des options qui s'offrent à eux et de faciliter la décision partagée, il est recommandé d'utiliser des aides à la décision (Gerber et al., 2014). Ces outils peuvent se présenter sous plusieurs formes comme par exemple sous forme de brochures ou de vidéos d'information, qui aident les patients à s'impliquer dans le processus de décision. Ils informent les patients sur les options de prise en charge, leurs résultats et les aident ainsi à clarifier leurs préférences personnelles (Cornuz et al., 2010). Ces outils permettent d'augmenter le degré de participation des patients dans la prise de décision et d'améliorer la perception appropriée des risques et bénéfices de l'intervention envisagée. Pour le programme vaudois du dépistage du cancer colorectal, il est conseillé d'utiliser un tableau des avantages et des inconvénients concernant les deux options offertes (FIT ou Coloscopie) (annexe 5) (Auer, Selby, Bulliard, et al., 2015).

2. Questions de recherche et hypothèses

Trois années après la mise en place du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal en 2015, il convient de faire un état des lieux sur certains aspects du dispositif. L'objectif général de cette étude est d'évaluer différents paramètres de l'implémentation du programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal dans la pratique des médecins de famille du canton de Vaud.

Dans un premier temps, le but de cette étude est d'évaluer les pratiques des médecins de famille du canton de Vaud dans le cadre du programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal et de les comparer avec les objectifs opérationnels du programme « information personnalisée – inclusion ou exclusion » et « orientation vers la coloscopie de dépistage ou prescription d'un FIT » (figure 5). En fonction de ce premier résultat, il conviendra de faire ressortir les facteurs qui favorisent la convergence ou la non-convergence des pratiques préventives des médecins de famille du canton de Vaud engagés dans le programme avec les objectifs opérationnels du programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal.

L'évaluation va donc tenter de répondre aux questions d'évaluation ci-dessous :

- Quelles sont les pratiques préventives des médecins de famille du canton de Vaud engagés pour le programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal ?
- Est-ce que les pratiques préventives des médecins de famille vaudois engagés dans le programme sont convergentes aux pratiques attendues dans le cadre du dispositif cantonal mis en place ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent la convergence ou la non-convergence des pratiques préventives des médecins de famille engagés pour le programme de dépistage du cancer colorectal avec les objectifs opérationnels du programme ?

Sur la base de la littérature (Aubin-Auger et al., 2008; Cohidon & Senn, 2017; Cornuz, Ghali, Di Carantonio, Pecoud, & Paccaud, 2000; Selby et al., 2016; Triantafillidis et al., 2017), diverses observations ont été faites et vont être testées dans le cas du canton de Vaud. Il a été possible de poser les hypothèses suivantes qui répondraient aux questions de recherches ci-dessus :

H1 : Le manque de temps dans l'agenda de consultation des médecins de famille est un facteur majeur favorisant la non-convergence des pratiques préventives des médecins de famille avec les objectifs opérationnels du programme.

Une étude réalisée en Europe a montré qu'il semble que, d'une manière générale, les médecins de famille ne suivent pas adéquatement les lignes directrices de dépistage du

cancer colorectal publiées jusqu'à présent en Europe. Un certain nombre de facteurs ont été identifiés comme des obstacles importants à l'application appropriée des lignes directrices sur le dépistage du cancer colorectal, notamment celui du manque de temps (Triantafyllidis et al., 2017). L'hypothèse est donc que le manque de temps favorise la non-convergences entre les pratiques préventives des médecins de famille du canton de Vaud concernant le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal et les objectifs opérationnels du programme mis en place dans le canton de Vaud. En effet, le temps à disposition est un facteur important pour des consultations d'information et de conseil et donc de prévention. Ce dernier est souvent cité comme principal obstacle à la prévention (Aubin-Auger et al., 2008; Cohidon & Senn, 2017; Cornuz et al., 2000).

H2 : Les médecins ayant suivi des formations et séances d'information sur le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal sont plus enclins à proposer les deux méthodes de dépistage (FIT et coloscopie).

Cette hypothèse a pour but de tester l'influence de formations sur les pratiques des médecins de famille du canton de Vaud concernant le dépistage du cancer colorectal. Cette dernière s'inscrit dans la continuité d'une étude réalisée en 2016 qui concluait qu'un séminaire de formation interactif augmente la proportion de médecins ayant l'intention de prescrire le test FIT et la coloscopie dans des proportions égales (Selby et al., 2016).

H3 : Les médecins de famille fumeurs, buvant plus de 3 verres d'alcool par jour, pratiquant une activité physique insuffisante (moins d'une fois par mois) et ayant une alimentation salée, sucrée et avec une quantité importante de matière grasse sont plus enclins à ne pas informer les patients éligibles de l'existence du programme.

Cette hypothèse se base sur une étude réalisée en 2000 concernant les attitudes des médecins à l'égard de la prévention en relation avec leurs habitudes de santé (Cornuz et al., 2000). Les résultats de cette étude montrent que les habitudes de santé personnelles des médecins permettent de prédire les attitudes négatives des médecins à l'égard de la prévention. Une consommation de plus de trois boissons alcoolisées par jour ainsi qu'un mode de vie sédentaire prédisent des attitudes négatives à l'égard de conseils préventifs en matière d'alcool et de tabagisme. Notre étude portant sur le dépistage du cancer colorectal, il semblait intéressant de rajouter la notion de l'alimentation en plus des variables évoquées dans l'étude, à savoir la consommation de tabac, d'alcool et l'activité physique.

3. Méthode

3.1. Type d'étude

Cette étude est une évaluation à méthodologie mixte d'une partie du programme de dépistage du cancer colorectal du canton de Vaud depuis 2015 jusqu'en 2018. Cette évaluation est concomitante (*in itinere*) car le programme est actuellement en cours. L'évaluation porte sur la mise en œuvre du programme plus précisément sur le déroulement de celui-ci, du point de vue des médecins de famille (Gutzwiller & Paccaud, 2009).

3.2. Participants

Les participants à l'étude sont les médecins de famille du canton de Vaud qui ont inclus au minimum un patient depuis 2015 dans le programme cantonal de dépistage du cancer colorectal. Selon la FVDC, 458 médecins de famille étaient engagés dans le programme au 31.12.2017 (Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer, 2017). La FVDC a créé une liste en mai 2018 en comptabilisant les médecins de famille qui s'étaient engagés formellement envers le programme depuis 2015 et pour lesquels une adresse courriel était disponible au moment de l'étude, à savoir 443 médecins.

3.3. Collecte des données

L'étude s'est déroulée en deux phases. Un sondage en ligne a été utilisé pour récolter des données quantitatives, qui ont été explicitées par une approche qualitative à travers des entretiens semi-directifs. On parle alors de design séquentiel explicatif (IUMSP, 2017). Une approche qualitative en complément à une approche quantitative permet de mieux comprendre le sens accordé par les professionnels de la santé à leurs modalités de pratique (IUMSP, 2017).

3.3.1. Sondage

La récolte de données quantitatives s'est faite à travers un sondage en ligne envoyé à l'ensemble des médecins de famille sélectionnés pour l'étude, à savoir 443 médecins de famille. Afin de vérifier que les médecins avaient inclus au minimum un patient au programme depuis 2015, ces derniers devaient confirmer cette affirmation en première page de l'enquête en ligne pour avoir accès aux questions suivantes. 239 médecins n'ont pas pris part au sondage et 27 réponses n'étaient pas complètes et donc non-admissibles. Le taux de réponse final a été de 40% avec un total de 177 réponses complètes (figure7).

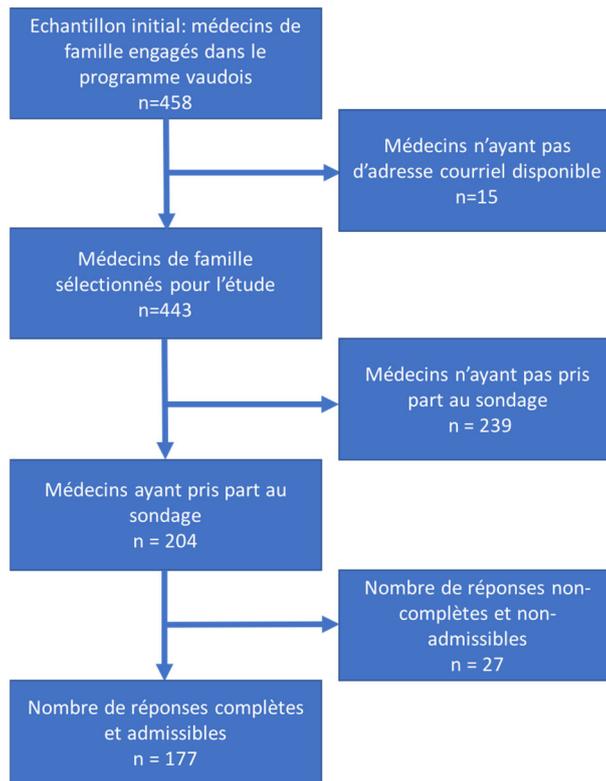


Figure 7 : Organigramme d'admission des réponses

Le sondage comptait 28 questions et a été créé sur le site surveygizmo.com (annexe 6). Le lien internet (<https://www.surveygizmo.com/s3/4343000/Programme-vaudois-de-dépistage-du-cancer-colorectal>) a été envoyé le 08 juin 2018 à l'adresse e-mail professionnelle des médecins de famille par l'intermédiaire de la FVDC avec un délai de vingt jours pour y répondre. Un e-mail de relance a été envoyé le 19 juin 2018. Les variables présentées dans le tableau 1 ont été mesurées à travers ce sondage anonyme. La première partie du sondage portait sur des questions liées au programme cantonal de dépistage du cancer colorectal telles qu'un avis général sur le programme, leur pratique concernant ce dernier ainsi que les principaux obstacles et facteurs facilitateurs à leur pratique. La deuxième partie du sondage portait sur des questions d'ordre personnel telles que leurs caractéristiques individuelles ainsi que des questions liées à leur hygiène de vie. La dernière question du sondage portait sur le fait de savoir si les médecins de famille étaient d'accord d'être recontactés pour un entretien. S'ils acceptaient, ils pouvaient donner leur adresse e-mail. Le nombre d'adresse e-mail fournie a été de 35. Le sondage a été clôturé le 29 juin 2018.

Tableau 1 : Variables mesurées par le sondage

Variables Programme dépistage	Variables Personnelles
Connaissance	Type de commune
Pertinence	Années d'expérience
Satisfaction générale	Taux d'activité
Participation à des séances d'information	Nombre de patients par mois
Satisfaction de la procédure d'inclusion	Sexe
Rôle	Age
Prise de décision	Choix de méthode de dépistage personnel
Information du programme aux patients éligibles	Activité physique
Nombre d'inclusion de patients au programme	Consommation d'alcool
Obstacles	Consommation de tabac
Facilitateurs	Alimentation
Proposition de méthode de dépistage	Contact pour entretien
Amélioration	

3.3.2. Entretiens semi-directifs

Les 35 médecins de famille ayant accepté le principe d'un entretien et fourni leur adresse e-mail lors du sondage en ligne ont été sollicités. Dix entretiens face à face ont réussi à être fixés durant le mois de juillet 2018. Les 25 médecins de famille restant n'ont pas été interviewés pour cause de non-réponse de leur part ou pour cause d'indisponibilité durant la période prévue à cet effet. Les entretiens semi-directifs d'une durée moyenne de 20 minutes au cabinet des médecins interviewés ont été menés grâce à une grille d'entretien (annexe 7). Les variables présentées dans le tableau 2 ci-dessous ont été mesurées. Premièrement, des questions d'ordre général sur la prévention ont été posées. Ensuite, une vignette a été utilisée afin d'évaluer les pratiques préventives des médecins de famille sur les critères d'information, inclusion, choix de méthode et utilisation d'outil d'aide à la décision. Il s'agissait pour la vignette d'un homme âgé de 55 ans qui se rendait chez son médecin traitant pour un mal de dos dû à l'arthrose. Ce patient fumait un paquet par jour et n'avait pas de risque élevé de cancer colorectal. Le médecin de famille devait donc dire si dans un premier temps, malgré le motif de mal de dos, il informait le patient de l'existence du programme. Ensuite, il expliquait comment il aborde la question du dépistage en précisant quelle méthode de dépistage il propose et avec quels outils. Ensuite, des questions sur leur avis par rapport au programme ont été posées. Finalement, une partie avec des informations diverses concernant un retour du sondage et les messages qu'ils souhaitaient faire passer a été abordée.

Tableau 2 : Variables mesurées par les entretiens semi-directifs

Variables Prévention	Variables Pratique	Variables Programme dépistage	Variables Autres
Définition	Information	Rôle	Sondage
Domaines de prévention	Inclusion	Facilitateurs	Messages au médecin
Responsabilité	Choix de méthode	Obstacles	Messages aux organisateurs
	Utilisation d'aide à la décision	Procédure d'inclusion	Autres

3.4. Analyse des données

Les données ont été analysées de manière anonyme et comparées avec les objectifs opérationnels du programme entre juillet et août 2018.

3.4.1. Sondage

Les données quantitatives du sondage ont été exportées de la plateforme surveygizmo.com au format Excel. Premièrement, des analyses descriptives ont été menées afin d'étudier les caractéristiques du public cible. Elles ont également permis de répondre à la question normative de cette étude à savoir est-ce que les pratiques des médecins de famille correspondent aux objectifs opérationnels du programme ainsi qu'à la question à orientation causale concernant les facteurs facilitateurs et les obstacles aux pratiques préventives. Des corrélations ont été faites afin de voir si les réponses aux questions se rapportant aux objectifs du programme pouvaient être influencées par des caractéristiques personnelles des médecins. Ces dernières ont été faites à l'aide du programme Excel. Les variables ont été comparées grâce au test statistique chi-carré (χ^2) qui est utilisé pour tester l'hypothèse nulle d'absence de relation entre deux variables catégorielles (SPSS 23, 2018). Cette formule statistique calcule la somme des différences entre effectifs réels et effectifs théoriques.

$$(1) \quad \chi^2 = \sum_{i,j} \frac{(n_{ij} - n^*_{ij})^2}{n^*_{ij}}$$

Où :

n_{ij} = l'effectif réel contenu dans une case du tableau de contingence repérée par la ligne i et la colonne j
 n^*_{ij} = l'effectif théorique contenu dans une case du tableau des fréquences théoriques repérée par la ligne i et la colonne j

Une différence statistique a été considérée comme significative si la p-value était inférieure à 0.05 (p-value < 0.05).

Le V de Cramer a également été calculé pour indiquer la force des relations significatives entre les deux variables corrélées. Plus V est proche de zéro, plus il y a indépendance entre les deux variables étudiées. Donc, plus V est proche de 1, plus la liaison entre les deux variables étudiées est forte. Ainsi, une corrélation avec une valeur de V de Cramer autour de 0.10 a été considérée comme une corrélation faible, autour d'une valeur de 0.30 comme une corrélation moyenne et au-dessus de 0.50 comme une corrélation forte. Ainsi le χ^2 nous indique s'il existe une liaison statistiquement significative entre deux variables et le V de Cramer nous indique si cette liaison est forte.

$$(2) \quad V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n \times (\text{Min}(l,c)-1)}}$$

Où

n = le nombre total d'observation

c = le nombre de colonne du tableau croisé dynamique

l = le nombre de ligne du tableau croisé dynamique

Pour pouvoir évaluer si les objectifs proposés par le programme ont été atteints ou non, un médecin informant 75% ou plus de ses patients éligibles lors des 3 premières consultations était considéré comme répondant aux objectifs du programme, également si ce dernier proposait les deux méthodes de dépistage à savoir la coloscopie et le test FIT que ce soit à l'aide d'un outil d'aide à la décision, sur un pied d'égalité ou tout en donnant sa préférence et ses expériences passées. Pour cette étude, les objectifs étaient considérés comme atteints si plus de la majorité, à savoir plus de 50%, des médecins de famille participant à l'étude répondaient aux critères ci-dessus. Ces options arbitraires de seuils statistiques ont été considérées comme réalistes pour les premières années du programme par le directeur de la FVDC sachant que leur mission était d'améliorer le niveau de connaissance sur les performances du FIT, donnant à ce nouveau test une perspective d'application à large échelle avec un bon niveau de confiance de la part des médecins de famille. Il est également important de noter que pour ne pas biaiser les corrélations, les réponses de type « autres », « ne souhaite pas répondre à cette question » et les champs vides n'ont pas été comptabilisés.

3.4.2. Entretiens semi-directifs

Pour la partie qualitative de cette étude, une analyse thématique a été utilisée. Les données qualitatives obtenues grâce aux entretiens semi-directifs ont été analysées de façon à faire ressortir les thèmes principaux et récurrents. Bien que ces derniers aient été présélectionnés grâce à la grille d'entretien (annexe 7), certains ont été plus récurrents que d'autres. Il a donc fallu créer une grille d'analyse de contenu pour chaque entretien (annexe 8) dans laquelle, sous chaque thème, les extraits ou citation de l'interview ont été rédigés. Les extraits ou citation se recoupant ont été regroupées en différentes catégories. Suite à cela, tous les cahiers d'analyse de contenu ont été rassemblés afin de comptabiliser le nombre de points de vue similaires.

4. Résultats

4.1. Résultats du sondage en ligne

4.1.1. Population d'étude

Le tableau ci-dessous (tableau 3) décrit les 177 médecins de famille ayant répondu de manière complète au sondage selon leurs caractéristiques socio-démographiques à savoir le type de commune dans laquelle ils exercent leur activité, leur ancienneté dans le métier, leur taux d'activité, le nombre de patients qu'ils voient par mois, leur sexe, leur tranche d'âge ainsi que leur (non-)participation à des séances d'information sur le programme. Des questions sur leur fréquence d'activité physique, leur consommation d'alcool, de tabac et leurs habitudes alimentaires ont également été posées (tableau 4). La majeure partie des médecins (53%) exerce en zone urbaine et 63% des médecins de famille ont moins de 20 années d'expériences. La majorité (93%) travaille à plus de 50% et 58% des médecins de famille sondés voient moins de 300 patients par mois. Il y a 100 hommes qui ont pris part au sondage. Ceci correspond à un taux de 57% contre 42% pour les femmes. 1% des répondants ont préféré laisser ce champ vide. Il y a eu plus ou moins le même taux de participation pour les 50 ans et plus que pour les moins de 50 ans avec un taux de 54% et 46% respectivement. La moitié de l'échantillon (50%) a suivi des séances d'informations concernant le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal.

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon de médecins de famille

Caractéristiques		Effectif (n=177)	Pourcentage (100%)
Niveau d'urbanité (selon OFS)	Urbain	94	53%
	Intermédiaire	56	32%
	Rural	26	15%
	Vide	1	0%
Ancienneté	Moins de 10 ans	69	39%
	Entre 10 et 20 ans	42	24%
	Plus de 20 ans	66	37%
Taux d'activité	100%	73	41%
	Entre 50% et 100%	92	52%
	50% ou moins	12	7%
Nombre de patients par mois	Moins de 300	103	58%
	Entre 300 et 600	71	40%
	Plus de 600	3	2%
Sexe	Hommes	100	57%
	Femmes	75	42%
	Vide	2	1%
Tranche d'âge	Moins de 50 ans	81	46%
	50 ans ou plus	96	54%
Participation à des séances d'information	Oui	88	50%
	Non	89	50%

Concernant l'hygiène de vie des médecins de famille, 80% font plus de 3 fois par mois au minimum 20 minutes d'activité physique. 139 sur 177 consomment de l'alcool

occasionnellement et 119 sur 177 sont non-fumeurs. La majorité (64%) des médecins de famille qualifient leur alimentation de cuisine variée avec des fruits et légumes.

Tableau 4 : Caractéristiques personnelles des médecins de famille

Caractéristiques	Effectif (n=177)	Pourcentage (100%)
Fréquence d'exercices physiques de 20 minutes	Moins d'une fois par mois	7%
	Entre 1 et 3 fois par mois	7%
	Plus de 3 fois par mois	80%
	Ne souhaite pas répondre à cette question	6%
Fréquence de consommation d'alcool	Jamais	9%
	Occasionnelle (moins d'un verre par jour)	79%
	Régulière (au moins deux verres par jour)	8%
	Ne souhaite pas répondre à cette question	4%
Statut de consommation de tabac	Non-fumeur	67%
	Ex-fumeur	15%
	Consommation occasionnelle	11%
	Consommation quotidienne	2%
	Ne souhaite pas répondre à cette question	5%
Groupe alimentaire	Cuisine variée et équilibrée, 5 fruits et légumes par jour, moins de 30% des apports énergétiques totaux provenant des graisses et moins de 10% des apports énergétiques totaux provenant de sucres libres	29%
	Cuisine variée avec des fruits et légumes	64%
	Cuisine salée, quantité important de matière grasse et sucrée	2%
	Ne souhaite pas répondre à cette question	5%
		9

4.1.2. Avis général sur le programme

La majorité des médecins de famille (84%) ont eu connaissance du programme par le biais de la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer (FVDC) ou la Policlinique médicale universitaire (PMU). De plus, 89% des médecins pensent que ce programme répond à un besoin de la société. 3/4 des médecins sont satisfaits de l'organisation générale du programme et 71% sont satisfaits de la procédure d'inclusion d'un patient au programme. 87% des médecins pensent jouer un rôle important ou très important dans la mise en œuvre, plus précisément dans le déroulement du programme. La grande majorité (93%) des médecins de famille ayant suivi une ou plusieurs séances d'informations (à savoir 50% de l'échantillon initial) est satisfaite des informations reçues lors de ces séances. Quant à la question à texte libre concernant l'amélioration dans la mise en œuvre du programme, les médecins de famille disent qu'il n'y a rien à améliorer à un taux de 20%. Il ressort cependant à hauteur de 19% que les patients devraient être mieux et plus informés au préalable par les courriers postaux et des campagnes de communication à large échelle. Ensuite, 14% des médecins de famille soulèvent que la disponibilité des gastroentérologues devrait être augmentée. Finalement avec un taux de réponse à 10%, la procédure d'inclusion devrait être moins compliquée et moins chronophage.

4.1.3. Pratiques préventives pour le programme cantonal de dépistage du cancer colorectal

La majorité des médecins (68%) informent 75% ou 100% de leurs patients éligibles de l'existence du programme dès les 3 premières consultations (figure 8). 26% des médecins ont inclus entre 1 et 5 patients au programme lors des six derniers mois et 70% des médecins en ont inclus plus de 5.

Taux de patients informés de l'existence du programme par leur médecin de famille lors des 3 premières consultations

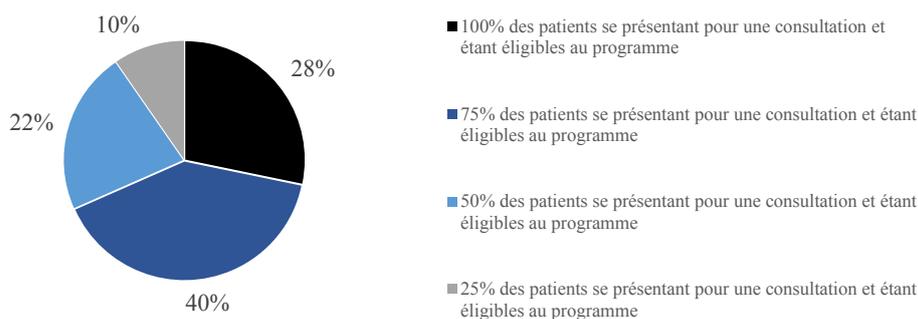


Figure 8 : Taux de patients informés de l'existence du programme par leur médecin de famille lors des 3 premières consultations

Quant à la question de la méthode de dépistage que proposent les médecins de famille, 20% des médecins prescrivent plutôt la coloscopie, 13% plutôt le test FIT, 35% les deux tout en indiquant leur préférence ou leurs expériences passées, 21% proposent les deux méthodes de dépistage sur un pied d'égalité et 9% proposent les deux en utilisant un outil d'aide à la décision (figure 9). Lorsque la question était de savoir comment les décisions concernant le dépistage du cancer colorectal sont prises dans la pratique des médecins de famille, la majorité des médecins de famille sondés (61%) rapportent qu'ils prennent les décisions avec le patient sur un pied d'égalité.

Proposition de méthode de dépistage

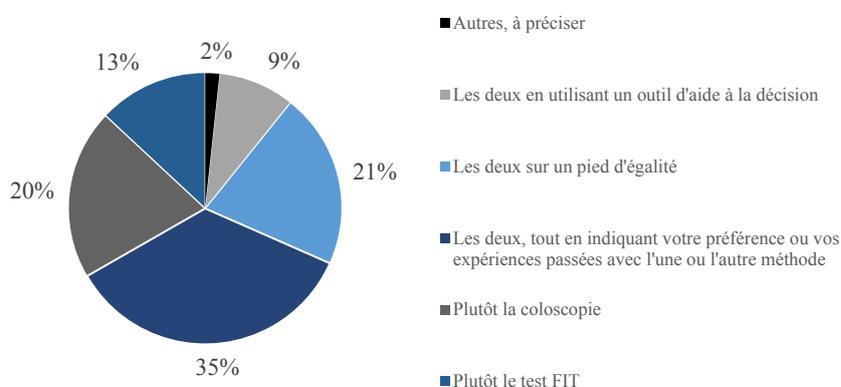


Figure 9 : Proposition de méthode de dépistage

4.1.4. Obstacles et facteurs facilitateurs à l'information et à l'inclusion d'un patient au programme cantonal

Une des questions du sondage était quels sont les 2 obstacles qui empêchent et retiennent le plus les médecins de famille d'informer et d'inclure des patients au programme. Comme le montre la figure 10, il en est ressorti que le principal facteur est le manque de temps. En deuxième position se trouve la procédure d'inclusion jugée complexe et chronophage, en troisième position le patient qui est déjà suivi par un gastroentérologue qui n'est pas inclus au programme et en quatrième position l'oubli.

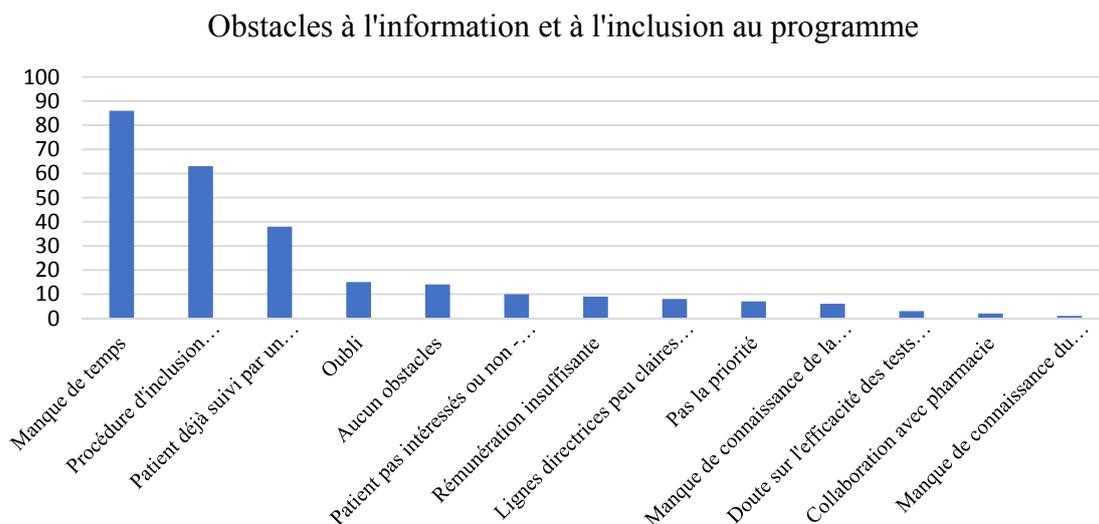


Figure 10 : Obstacles à l'information et à l'inclusion au programme

Une deuxième question était de savoir quels sont les facteurs qui facilitent le plus la discussion et/ou l'inclusion des patients éligibles au programme. Le principal facteur facilitateur est de disposer de plus de temps. En deuxième position, les médecins de famille souhaiteraient que les moyens mis à disposition pour l'inclusion soient mieux adaptés à leur pratique. En troisième position, les médecins de famille souhaiteraient être mieux payés pour ce genre de pratique et finalement, ils auraient besoin que les rôles soient mieux répartis entre les différentes parties prenantes du programme. Le tableau ci-dessous (tableau 5) montre le classement des 4 obstacles et des 4 facteurs facilitateurs les plus importants, le 1 correspondant au plus relevant.

Tableau 5 : Classement des obstacles et facteurs facilitateurs

Position	Obstacles	Facteurs facilitateurs
1	Manque de temps	Disposer de plus de temps
2	Procédure d'inclusion complexe et chronophage	Moyens destinés à l'inclusion mieux adaptés
3	Patient déjà suivi par un gastroentérologue qui n'est pas dans le programme	Meilleure rémunération
4	Oubli	Rôles mieux définis

4.1.5. Corrélations entre l'atteinte des objectifs du programme et les caractéristiques personnelles des médecins

Les tableaux 6 et 7 ci-dessous montrent s'il y a eu des corrélations entre les pratiques préventives des médecins de famille et les caractéristiques personnelles des médecins de famille. Le tableau 6 relate la corrélation entre l'objectif « information personnalisée – inclusion ou exclusion » et les caractéristiques des médecins. Aucune caractéristique n'a été significative.

Tableau 6 : Tableau des corrélations entre l'objectif « information personnalisée – inclusion ou exclusion » et les caractéristiques des médecins

Objectif du programme	« Information personnalisée – inclusion ou exclusion »		p-value
	Nombre de médecins informant plus de 75% des patients éligibles de l'existence du programme dès les 3 premières consultations	Nombre de médecins informant moins de 75% des patients éligibles de l'existence du programme dès les 3 premières consultations	
Caractéristiques des médecins			
Type de commune			
Urbain	105	46	0.41
Rural	16	10	
Années d'expérience			
Moins de 20 ans	78	33	0.48
Plus de 20 ans	43	23	
Taux d'activité			
Moins de 50%	7	5	0.44
Plus de 50%	114	51	
Nombre de patients vu par mois			
Moins de 300	70	33	0.89
Plus de 300	51	23	
Sexe			
Homme	72	28	0.26
Femme	48	27	
Âge			
Moins de 50 ans	58	23	0.39
Plus de 50 ans	63	33	
Choix de test pour leur propre dépistage			
Coloscopie	73	31	0.92
FIT	34	15	
Participation à des séances d'information			
Oui	64	24	0.21
Non	57	32	
Fréquence d'exercices physique par mois			
Moins de 3 fois	17	8	0.88
Plus de 3 fois	98	43	
Consommation d'alcool			
Jamais	11	5	0.96
Occasionnelle ou régulière	106	47	
Statut de consommation de tabac			
Non-fumeur	97	49	0.12
Fumeur actuel	19	4	
Groupe alimentaire			
Cuisine variée	114	50	0.40
Cuisine salée, quantité important de matière grasse et sucrée	2	2	

Le tableau 7 ci-dessous relate la corrélation entre l'objectif « orientation vers la coloscopie de dépistage ou prescription d'un FIT » et les caractéristiques personnelles des médecins de famille. Cinq caractéristiques ont eu une influence significative sur la méthode de dépistage que propose le médecin de famille au patient.

Tableau 7 : Tableau des corrélations entre l'objectif « orientation vers la coloscopie de dépistage ou prescription d'un FIT » et les caractéristiques des médecins

Objectif du programme Caractéristiques des médecins	« Orientation vers la coloscopie de dépistage ou prescription d'un FIT »			p-value	V de Cramer
	Nombre de médecins proposant les deux méthodes	Nombre de médecins proposant plutôt la coloscopie	Nombre de médecins proposant plutôt le test FIT		
Type de commune					
Urbain	100	32	19	0.77	
Rural	18	4	4		
Années d'expérience				<0.01 **	0.35
Moins de 20 ans	86	12	13		
Plus de 20 ans	29	24	10		
Taux d'activité				0.14	
Moins de 50%	11	1	0		
Plus de 50%	104	35	23		
Nombre de patients vu par mois				0.02 *	0.22
Moins de 300	75	14	12		
Plus de 300	40	22	11		
Sexe				0.38	
Homme	61	24	14		
Femme	52	12	9		
Âge				0.01 *	0.22
Moins de 50 ans	59	9	13		
Plus de 50 ans	56	27	10		
Choix de test pour leur propre dépistage				<0.01 **	0.46
Coloscopie	71	29	2		
FIT	33	2	14		
Participation à des séances d'information				0.02*	0.20
Oui	66	12	9		
Non	49	24	14		
Fréquence d'exercices physique par mois				0.10	
Moins de 3 fois	18	1	5		
Plus de 3 fois	92	30	17		
Consommation d'alcool				0.36	
Jamais	10	2	4		
Occasionnelle ou régulière	101	30	19		
Statut de consommation de tabac				0.65	
Non-fumeur	93	29	21		
Fumeur actuel	17	4	2		
Groupe alimentaire				0.35	
Cuisine variée	106	33	23		
Cuisine salée, quantité important de matière grasse et sucrée	4	0	0		

*= significatif <0.05

**= très significatif < 0.01

Les variables significatives indiquées dans le tableau grâce aux étoiles sont explicitées au travers des figures ci-dessous. Elles ont été classées en fonction du V de Cramer, la première corrélation significative étant celle qui a la plus grande valeur et donc la plus forte corrélation. Ainsi, la figure 11 montre le pourcentage de médecins proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction du test de dépistage qu'ils ont fait/feraient pour eux-mêmes. La corrélation entre ces deux variables est assez forte. Ceux qui ont fait/feraient une coloscopie proposent soit les deux

soit la coloscopie mais ne proposent quasiment jamais le FIT et inversement pour ceux qui ont fait/feraient le test FIT.

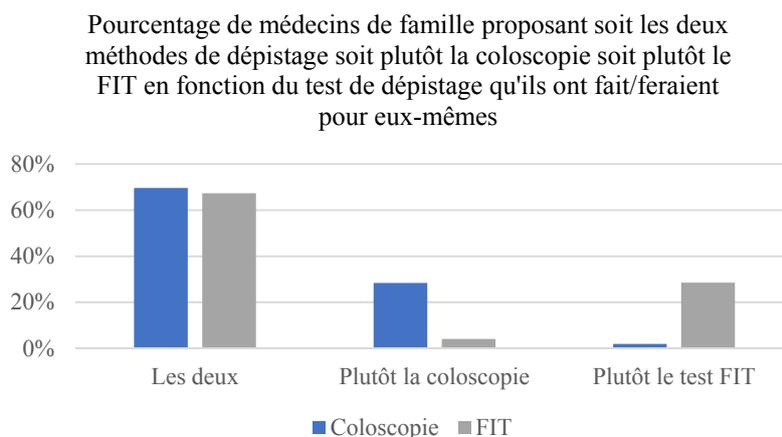


Figure 11 : Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction du test de dépistage qu'ils ont fait/feraient pour eux-mêmes

La figure 12 montre le pourcentage de médecins qui proposent soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction des années d'expérience en tant que médecin de famille. Il est possible de voir que ceux qui ont moins de 20 ans d'expérience sont proportionnellement plus nombreux à proposer les deux méthodes alors que ceux qui ont plus de 20 ans d'expérience proposent plus ou moins à même échelle soit les deux soit plutôt la coloscopie. De plus, il y a plus ou moins le même pourcentage de médecins avec moins de 20 ans d'expérience qui proposent soit plutôt la coloscopie soit plutôt le test FIT, tandis que parmi les médecins avec plus de 20 ans d'expérience il y en a beaucoup plus qui propose plutôt la coloscopie à défaut du test FIT.

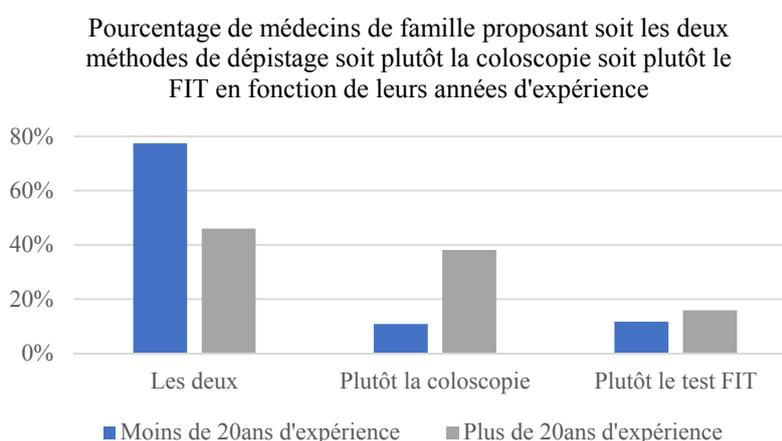


Figure 12 : Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leurs années d'expérience

La figure 13 montre le pourcentage de médecins proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction du nombre de patient vu par mois. Il ressort que ceux qui voient moins de 300 patients par mois sont plus nombreux à proposer les deux méthodes de dépistage.

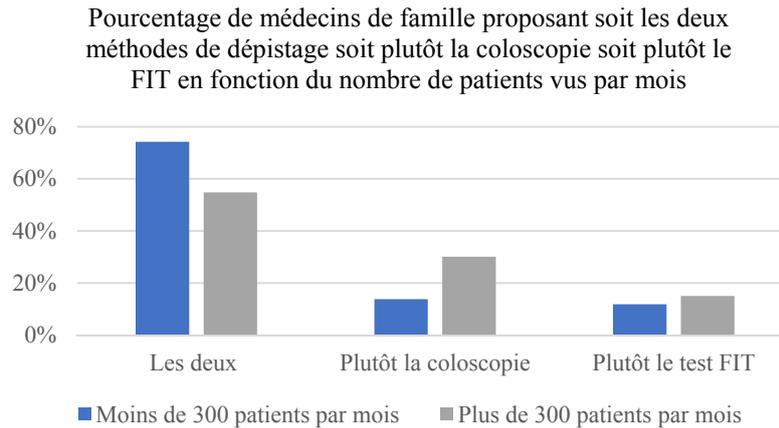


Figure 13 : Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction du nombre de patients vus par mois

La figure 14 montre le pourcentage de médecins proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de la tranche d'âge des médecins. Il ressort que les plus de 50 ans sont plus nombreux à prescrire plutôt la coloscopie contrairement à ceux de moins de 50 ans.

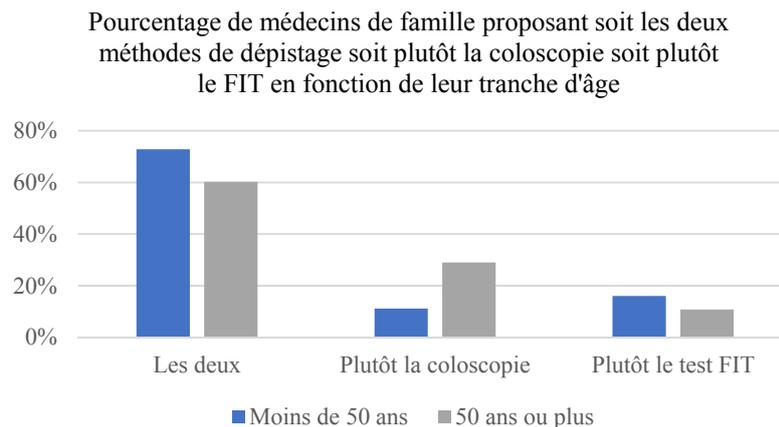


Figure 14 : Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leur tranche d'âge

La figure 15 montre le pourcentage de médecins proposant soit les deux méthodes de dépistage soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leur (non-) participation aux séances d'informations concernant le programme. Il ressort que les personnes qui ont suivi les formations sont plus nombreuses à proposer les deux méthodes de dépistages comparés aux médecins qui n'y ont pas pris part.

Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistages soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leur (non-) participation aux séances d'information concernant le programme

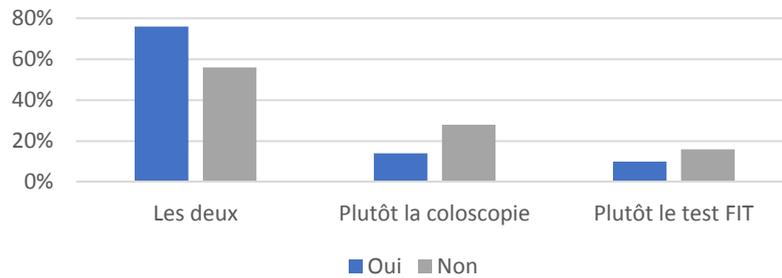


Figure 15 : Pourcentage de médecins de famille proposant soit les deux méthodes de dépistages soit plutôt la coloscopie soit plutôt le FIT en fonction de leur (non-) participation aux séances d'information concernant le programme

4.2. Résultats des entretiens semi-directifs

4.2.1. Population d'étude

Le tableau ci-dessous décrit différentes caractéristiques socio-démographiques des dix médecins qui ont pris part aux entretiens semi-directifs, à savoir le niveau d'urbanité dans lequel ils exercent leur fonction, leur ancienneté dans le métier, le nombre de patients qu'ils voient par mois, leur sexe et leur tranche d'âge. Les médecins interviewés ont été représentatifs en termes d'ancienneté dans le métier, de tranche d'âge et de nombre de patients vu par mois par rapport aux données obtenues lors du sondage en ligne.

Tableau 8 : Caractéristiques des médecins interviewés

Caractéristiques		Effectif (n=10)	Pourcentage (100%)	Pourcentage sondage (100%)
Niveau d'urbanité	Urbain	8	80%	53%
	Intermédiaire	2	20%	32%
	Rural	0	0%	15%
Ancienneté	Moins de 20 ans	7	70%	63%
	Plus de 20 ans	3	30%	37%
Nombre de patients par mois	Moins de 300	5	50%	58%
	Plus de 300	5	50%	42%
Sexe	Hommes	4	40%	57%
	Femmes	6	60%	42%
	Vide	0	0%	1%
Tranche d'âge	Moins de 50 ans	5	50%	46%
	50 ans ou plus	5	50%	54%

4.2.2. Convergence et divergence des idées

Les entretiens semi-directifs ont été structurés de la manière suivante : une première partie sur la prévention en générale a été abordée. Les thèmes discutés ont été relatés dans le tableau 9 ci-dessous. Pour démarrer l'entretien et introduire les médecins à la thématique, une première question concernant la définition de la prévention a été posée.

Ensuite, il a été question des domaines de prévention les plus importants à aborder lors d'une consultation, ainsi que les domaines de prévention les plus difficiles à aborder lors d'un entretien médical. Il est ressorti que les domaines les plus importants à aborder dépendaient des patients pour 4 médecins et que le domaine le plus difficile à aborder concernait la thématique de la sexualité pour 7 médecins interviewés sur 10. Finalement, il a été demandé à qui revenait la responsabilité de la prévention. Il en est ressorti que 6 médecins interviewés pensent que le médecin a une part de responsabilité et 7 médecins interviewés pensent que le patient a une part de responsabilité.

Tableau 9 : Thèmes abordés lors des entretiens semi-directifs concernant la prévention en général

Thèmes abordés	Effectif (n=10)	Pourcentage (100%)
Prévention en général		
Définition prévention		
En amont	4	40%
Suivi général	2	20%
Hygiène de vie	1	10%
Différent en fonction de l'âge	2	20%
Trop négligé	1	10%
Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s)		
Alimentaire	1	10%
Tabac	1	10%
Tabac et activité physique	1	10%
Alimentation, tabac, activité physique, dépendances	1	10%
Hygiène de vie	2	20%
Dépend du patient	4	40%
Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder		
Sexualité, MST, comportements à risque	7	70%
Dépendances	1	10%
Vaccin et tabac	1	10%
Aucun	1	10%
Responsabilité de la prévention		
Patient	1	10%
Médecin	2	20%
Santé publique	1	10%
Médecin et patient	4	40%
Patient et santé publique	2	20%

Pour évaluer les pratiques préventives des médecins de famille concernant le dépistage du cancer colorectal, une vignette a été utilisée, expliquée au point 3.3.2. Il est ressorti que lors de cette première consultation, la moitié, à savoir 5 médecins interviewés sur 10, informent le patient de l'existence du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal. Ensuite, lors d'un suivi, tous les médecins de famille interviewés disent aborder le thème du dépistage du cancer colorectal. Le médecin de famille informe le patient principalement sur les avantages du programme. Concernant la proposition de la méthode de dépistage, 6 médecins interviewés sur 10 parlent des deux méthodes, dont 2 qui influencent le patient à se tourner plutôt vers la coloscopie. Finalement, 3 médecins de famille ne proposent que la coloscopie. La grande majorité des médecins de famille interviewés (9 sur 10) n'utilisent pas une aide à la décision (tableau 10).

Tableau 10 : Thèmes abordés lors des entretiens semi-directifs concernant la pratique préventive

Thèmes abordés	Effectif (n=10)	Pourcentage (100%)
Pratique préventive		
Consultation générale		
Traitement du mal de dos	2	20%
Traitement du mal de dos + tabac	3	30%
Traitement du mal de dos + information du programme	2	20%
Traitement du mal de dos + tabac + information du programme	3	30%
Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal		
Informe sur les avantages	10	10%
Proposition de la méthode de dépistage		
Les deux	4	40%
Les deux en indiquant une préférence pour la coloscopie	2	20%
Plutôt coloscopie	3	30%
Plutôt le test FIT	1	10%
Aide à la décision		
Pas utilisée	9	90%
Utilisée	1	10%

Les médecins de famille ont également été questionnés sur le rôle qu'ils ont dans le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal (tableau 11). Tous les participants (10 sur 10) ont répondu que leur rôle était d'informer les patients de l'existence du programme. Le facteur qui facilite d'informer un patient pour 6 médecins de famille a été que les patients soient informés au préalable de l'existence de ce programme. Divers obstacles ont été soulevés comme par exemple la disponibilité des gastroentérologues pour deux d'entre eux ou également l'oubli pour également deux médecins de famille interviewés. Lors du sondage, il était ressorti que l'obstacle le plus important était le manque de temps. Concernant cette donnée, les médecins interviewés ont été partagés quant à savoir s'ils étaient d'accord ou non avec cette affirmation. 4 d'entre eux sont tout à fait d'accord alors que 4 d'entre eux ne le sont pas. Lors du sondage, il était également ressorti que le deuxième obstacle était que la procédure était complexe et chronophage. Concernant cette donnée, les médecins interviewés sont 5 à ne pas être d'accord. 2 d'entre eux soulignent que ce n'est pas complexe mais simplement chronophage. Ils soulignent que ce qui prend du temps dans la procédure c'est de devoir remplir toutes les fiches avec le patient et de devoir les transmettre à la FDVC ainsi qu'au gastroentérologue en cas de nécessité. 4 médecins interviewés pratiquent la procédure par papier, 4 par informatique et 2 sollicitent leurs assistantes médicales pour effectuer l'inclusion du patient au programme.

Tableau 11 : Thèmes abordés lors des entretiens semi-directifs concernant le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

Thèmes abordés	Effectif (n=10)	Pourcentage (100%)
Programme		
Rôle des médecins de famille		
Informé	10	100%
Facteurs facilitateurs		
Patients informés au préalable	6	60%
Procédure	1	10%
Un seul papier à signer	1	10%
Rapport de confiance	1	10%
Rien	1	10%
Obstacles		
Charge de travail, pas la priorité	1	10%
Manque de temps	1	10%
Procédure et disponibilité des gastroentérologues	1	10%
Disponibilité gastroentérologues	1	10%
Langues	1	10%
Code barre	1	10%
Oubli	2	20%
Rien	2	20%
Avis sur l'obstacle manque de temps		
Tout à fait d'accord	4	40%
Pas vraiment d'accord	2	20%
Pas d'accord	4	40%
Procédure		
Papier	4	40%
Informatique	4	40%
Assistants médicales	2	20%
Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage		
Tout à fait d'accord	2	20%
Pas vraiment d'accord	1	10%
Pas d'accord	5	50%
Seulement chronophage	2	20%

Finalement, il a été intéressant de se demander si le sondage en ligne avait suscité un intérêt nouveau concernant la thématique. L'effet a été positif pour 3 participants. « Je fais plus attention maintenant » a soulevé un médecin de famille interviewé. De plus, 7 médecins interviewés encouragent les autres médecins à participer au programme. Finalement, concernant le message que les médecins interviewés souhaitaient faire passer aux organisateurs, les avis énumérés faisaient appel à des problèmes soulevés lors du sondage mais vu la faible valeur statistique aucune tendance n'a pu être remarquée. Le même constat a été fait lorsqu'il leur a été demandé s'ils avaient encore quelque chose à rajouter (tableau 12).

Tableau 12 : Thèmes généraux abordés lors des entretiens semi-directifs

Thèmes abordés	Effectif (n=10)	Pourcentage (100%)
Autres		
Effet du sondage		
Rien	7	70%
Positif	3	30%
Message aux médecins		
Plus de participation	7	70%
Plus informer ses patients	1	10%
Rien	2	20%
Message aux organisateurs du programme		
Faciliter	1	10%
Faire plus de pub	1	10%
Garder la version papier et faire participer les assistantes médicales	1	10%
Plus de gastroentérologues et lignes directrices plus claires	1	10%
Invitation aléatoire des patients	1	10%
Plus de gastroentérologues	1	10%
Tout va bien	1	10%
Inclure les personnes avec une anamnèse familiale	1	10%
Plus de clarté	2	20%
Autre		
L'invitation échelonnée des patients pas clairs	1	10%
Besoin de lignes directrices plus claires	1	10%
FIT au cabinet	1	10%
Harmonisation de la purge et augmenter la disponibilité des gastroentérologues	1	10%
Est-ce que les gens ont le choix de leur gastroentérologue ?	1	10%
Rien	5	50%

5. Discussion

5.1. Implication des résultats

5.1.1. Réponses aux questions d'évaluation et validation des hypothèses

Les objectifs opérationnels du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal sont « information personnalisée – inclusion ou exclusion » et « orientation vers la coloscopie ou le test FIT » (figure 5). La présente étude indique que les pratiques préventives des médecins de famille engagés pour le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal sont convergentes avec les objectifs opérationnels du programme.

Une des pratiques préventives des médecins de famille engagés dans le programme est d'informer les patients éligibles. 68% des médecins de famille interrogés au sondage informent 75% à 100% de leurs patients éligibles de l'existence du programme. Ceci a également pu être observé lors des entretiens semi-directifs avec 5 médecins interviewés sur 10 qui informent le patient de l'existence du programme en première consultation et 10 médecins interviewés qui informent le patient lors d'un suivi. Nous pouvons conclure que l'objectif opérationnel du programme « information personnalisée – inclusion ou exclusion » est atteint. Pour comparaison, une étude en Europe montre que le dépistage du cancer colorectal a été recommandé par 65-95% des médecins de famille, ce qui est considéré comme satisfaisant (Mauri et al., 2006).

Une deuxième pratique préventive des médecins de famille engagés dans le programme est de proposer les deux méthodes de dépistage. Les deux tests sont proposés par 65% des médecins de famille sondés et par 6 médecins de famille interviewés sur 10. L'objectif « orientation vers la coloscopie ou le test FIT » est également atteint. De plus, la décision partagée semble être appliquée dans le processus d'information et d'inclusion d'un patient au programme puisque la majorité des médecins de famille questionnés lors du sondage (61%) prennent les décisions concernant le dépistage du cancer colorectal sur un pied d'égalité avec le patient.

Suite à la discussion de tous ces points, nous pouvons conclure qu'il y a convergence entre la planification et la réalisation. Les médecins de famille répondent aux recommandations du programme.

L'objectif intermédiaire du programme est une implication concertée des professionnels de santé. Pour notre étude, nous pouvons confirmer que les médecins de famille pensent que leur rôle est primordial pour le bon déroulement de ce programme. Il serait intéressant d'étudier plus en profondeur les interactions entre les différentes parties prenantes du programme.

Concernant l'objectif spécifique du programme qui tend à une garantie de l'information de toute la population concernée, il reste une minorité de médecins de famille (32%) qui informent moins de 75% de leurs patients éligibles. Ces patients pourtant éligibles au programme n'obtiennent donc aucune information concernant le programme de dépistage du cancer colorectal existant dans le canton de Vaud de la part de leurs médecins de famille. Le manque de temps est le principal facteur relevé lors du sondage expliquant la non-information et la non-inclusion de certains patients au programme. 50% des médecins de famille informant moins de 75% des patients éligibles de l'existence du programme ont cité le manque de temps comme principal obstacle à l'information et à l'inclusion d'un patient au programme. Ces résultats ont été nuancés lors des entretiens semi-directifs. 6 médecins interviewés ne sont pas vraiment d'accord ou pas d'accord avec cette affirmation. Les résultats obtenus lors des entretiens semi-directifs sont cependant à prendre avec précaution puisque les médecins interviewés étaient volontaires pour partager leur avis. Il est plausible de penser qu'ils aient un intérêt particulier pour la thématique. Ainsi, si l'on s'appuie sur les données quantitatives, la première hypothèse relevant le manque de temps comme principal facteur de non-convergence est validée.

Les médecins de famille qui ont suivi des séances d'informations sur le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal ont été significativement plus nombreux à proposer les deux méthodes de dépistage comparées aux médecins de famille n'ayant pas suivi de formations. Ainsi, les séances d'informations sont des facteurs favorisant la convergence entre les pratiques et les objectifs. La deuxième hypothèse de cette étude soutenant que les médecins de famille ayant suivi des séances d'information sur le programme sont plus enclins à proposer les deux méthodes de dépistage est validée.

De plus, concernant la troisième hypothèse, à savoir si les médecins de famille fumeurs, buvant plus de 3 verres d'alcool par jour, pratiquant une activité physique insuffisante (moins d'une fois par mois) et ayant une alimentation salée, sucrée et avec une quantité importante de matière grasse sont plus enclins à ne pas informer les patients éligibles de l'existence du programme, aucune corrélation significative n'a pu être relevée. Ainsi, nous concluons que l'hygiène de vie du médecin de famille n'influence pas ses pratiques préventives en matière de dépistage du cancer colorectal. La troisième hypothèse de cette étude n'est donc pas validée.

Selon les observations faites durant les entretiens semi-directifs, l'objectif spécifique du programme « garantie de l'équité » est généralement atteint. L'équité est définie par l'OMS comme une absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques (Organisation Mondiale de la Santé, 2018). Un des médecins interviewés a néanmoins mentionné le fait que certains patients, notamment

ceux avec un faible niveau d'éducation ne comprennent pas les formulations utilisées dans les communiqués officiels. Le médecin fait mention d'un langage parfois trop soutenu. Bien que le médecin apporte des explications plus claires, il est important que les documents soient adaptés et accessibles à toute la population.

5.1.2. Observations

Comme expliqué dans l'introduction (1.3.3), nous avons pu voir que lorsque l'on parle de dépistage il est important que le médecin de famille adopte un comportement de décision partagée. L'avis du médecin influence le choix d'un patient alors que ce dernier devrait avoir accès à de l'information neutre afin de faire un choix éclairé et non-biaisé. Nous avons pu remarquer que la majorité des médecins de famille questionnés, à savoir 68% lors du sondage et 6 médecins sur 10 lors des entretiens, proposent les tests en influençant le choix du patient. 20% des médecins de famille interrogés au sondage ne proposent que la coloscopie, 13% ne proposent que le test FIT et 35% des médecins proposent les deux tests en donnant leur préférence ou leurs expériences passées avec l'une ou l'autre méthode. Concernant les entretiens semi-directifs, 2 des médecins interviewés proposent les deux tests de dépistage en donnant une préférence à la coloscopie, 3 ne proposent que la coloscopie et 1 ne propose que le FIT.

De plus, dans le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal, il a été précisé qu'il était préférable de se référer à des outils d'aide à la décision afin de ne pas influencer le choix du patient. Seul 9% des médecins interrogés lors du sondage et 1 personne sur les 10 interviewées lors des entretiens semi-directifs utilisent un outil d'aide à la décision.

L'influence d'un médecin sur le choix du patient à se tourner plutôt vers l'une ou l'autre méthode de dépistage peut varier en fonction de certaines caractéristiques personnelles des médecins (4.1.5). Premièrement, le choix que le médecin a fait/ferait pour son propre dépistage est la variable qui a la plus forte influence sur la méthode de dépistage que propose le médecin. Il est ressorti que 94% des médecins de famille qui prescrivent plutôt la coloscopie ont eux-mêmes déjà effectué ce test ou désireraient l'effectuer à plus de 50 ans.

Deuxièmement, certaines différences liées à l'âge traduisent manifestement une évolution générationnelle. Les corrélations font ressortir que les médecins de plus de 50 ans et ceux qui ont plus de 20 ans d'expérience sont ceux qui prescrivent plus facilement la coloscopie à défaut du test FIT. L'explication soulevée lors des entretiens semi-directifs concernant ce choix de méthode est le sentiment d'une faible sensibilité du test de recherche dans les selles. Une étude réalisée à Toronto en Ontario a également soulevé qu'un groupe de médecin de l'échantillon favorisait fortement la coloscopie, croyant que la recherche de sang occulte dans les selles était une moins bonne méthode (Buchman et

al., 2016). Dans notre étude, un médecin de plus de 50 ans a dit : “ Je suis très coloscopie, je pense que c’est comme ça qu’on a été « élevés ». Avant, on avait que les gaïacs pour la recherche de sang dans les selles et eux ils étaient vraiment mauvais.” En effet, jusqu’en 2016, la recherche de sang dans les selles se faisait à l’aide du test au gaïac (Hemocult®), en anglais Guaiac Fecal Occult Blood Test (G-FOBT), qui avait une sensibilité de seulement 50% et n’était pas spécifique à l’hémoglobine humaine. A l’heure actuelle, la recherche de sang dans les selles se fait à travers le test immunologique (FIT) qui a une sensibilité entre 70% et 85% et qui est spécifique de l’hémoglobine humaine et d’un saignement colorectal. Le FIT est une analyse automatisée permettant une interprétation fiable et reproductible (Clinique de la Source, 2017; Song & Li, 2016). Une étude internationale a également montré que les taux de participation semblent être plus élevés dans les programmes de dépistage qui utilisent le FIT que dans ceux qui utilisent le G-FOBT. La plupart des pays européens dotés d’un programme de dépistage organisé utilisent actuellement le programme FIT (Navarro, Nicolas, Ferrandez, & Lanas, 2017).

Troisièmement, le nombre de patient que voit le médecin de famille par mois influence également la proposition de méthode de dépistage que fait le médecin au patient. Ceux qui voient moins de 300 patients par mois sont plus nombreux à proposer les deux méthodes de dépistage. Il est possible de penser que les médecins qui voient moins de patients ont plus de disponibilité à accorder à chacun d’entre eux ce qui leur permet d’expliquer les deux méthodes de dépistage de manière complète et ainsi de laisser le choix au patient. Il serait intéressant dans une étude plus approfondie d’expliquer cette différence en se renseignant sur la tarification de la consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal.

Finalement, comme explicité ci-dessus, les médecins de famille qui ont suivi des séances d’informations sur le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal ont été significativement plus nombreux à proposer les deux méthodes de dépistage. Ainsi, les séances d’informations permettent aux médecins de s’approprier les deux méthodes de dépistages et de les présenter aux patients.

5.2. Recommandations

Sur la base des résultats présentés et discutés dans ce rapport, quelques recommandations peuvent être formulées afin d’améliorer la qualité et l’efficacité du déroulement du programme vaudois pour le dépistage du cancer colorectal. La plupart des recommandations énoncées ci-dessous ont été formulées par les médecins de famille de cette étude ou se retrouvent dans des études réalisées préalablement.

Concernant le premier obstacle, à savoir le manque de temps, la majorité des médecins relèvent qu’il serait opportun que toutes les personnes éligibles soient informées au

préalable de l'existence du programme par un courrier postal ou une campagne de communication à large échelle. Cette recommandation, également soulevée lors d'une enquête sur le dépistage du cancer colorectal à Genève (Bulliard & Germann, 2016), permettrait d'informer toute la population et ainsi d'obtenir une information égalitaire. De plus, cette information est essentielle pour responsabiliser le patient puisqu'il est ressorti lors des entretiens semi-directifs que 7 médecins interviewés sur 10 pensent que la prévention est également du ressort du patient.

Le manque de temps est un problème général en médecine, plus précisément en prévention (Aubin-Auger et al., 2008; Cohidon & Senn, 2017; Cornuz et al., 2000). Cependant, une simplification de la procédure d'inclusion qui permettrait de diminuer le temps d'inclusion pourrait également constituer une réponse à la question. Le temps nécessaire pour réaliser les démarches d'inclusion pourrait être différent en fonction de l'option choisi entre version papier et version électronique. Il serait intéressant de savoir si les médecins de famille qui utilisent la version papier sont ceux qui trouvent la procédure d'inclusion chronophage versus les utilisateurs de la version électronique.

Une tendance a été constatée pour les médecins de famille à influencer le choix de méthode de dépistage du patient. Comme expliqué plus haut, les médecins de famille plus âgés avec plus d'années d'expériences ont tendance à proposer plus facilement la coloscopie à défaut du test FIT. Ceci a pour conséquence non-négligeable une surcharge de travail pour les gastroentérologues. Ainsi, comme beaucoup de médecins l'ont relevé durant cette étude, il y a un problème de disponibilités des gastroentérologues pour réaliser les coloscopies de dépistage. Face à ce problème deux solutions ont été proposées. Premièrement, certains proposent d'établir un score pour les patients à bas risque pour lesquels un test FIT serait suffisant et un score pour les patients à haut risque pour lesquels la coloscopie serait recommandée. Deuxièmement, il serait opportun d'instaurer des séances d'information régulières sur les avancées du programme. Ces séances permettraient aux médecins de famille de se mettre à jour concernant la méthode de dépistage du test FIT et seraient l'occasion d'informer les médecins de famille sur les outils d'aide à la décision et ainsi de leur permettre d'informer le patient de façon neutre.

L'oubli a également été cité à plusieurs reprises comme obstacle à l'information et à l'inclusion d'un patient au programme. Concernant cet obstacle, il serait opportun de mettre en place des systèmes de rappel. Les systèmes de rappel sont un élément essentiel d'un programme efficace exécuté par les médecins de famille. Il existe deux systèmes de rappel : l'un ciblant les médecins et l'autre ciblant les patients (Triantafillidis et al., 2017). L'utilisation d'une alerte dans les dossiers médicaux électroniques de soins primaires d'une personne est associée à une augmentation significative de l'adoption d'un programme organisé de dépistage du cancer colorectal chez les patients qui fréquentent

les centres de soins primaires (Guiriguet et al., 2016). De plus, l'invitation des médecins de famille aux séances proposées ci-dessus seraient également un bon système de rappel.

Finalement, un dépistage est par définition destiné à une population sans symptôme. Or, il est ressorti lors des entretiens que certains médecins ne parlent du programme de dépistage qu'aux patients se plaignant de symptômes digestifs. Comme l'a souligné un médecin de famille interviewé : « Ce qui agace les gastroentérologues, c'est qu'ils ont des patients qui viennent par le programme de dépistage mais qui ne sont en fait pas des patients qui devraient être dans le programme de dépistage, parce que soit ils n'ont pas l'âge soit ils ont des maladies et ils ont quand même été mis dans le système. Les médecins de famille n'ont donc pas fait le bon travail. » Ce témoignage fait évoquer le fait que certains médecins n'appliquent pas les bons critères d'inclusion. Il serait intéressant dans une prochaine étude d'évaluer si ce ressenti est confirmé et d'apporter les modifications nécessaires si tel est le cas.

5.3. Points forts et limites de l'étude

Le point fort de cette étude est le taux de réponse au sondage en ligne qui se monte à 40%, taux relativement élevé comparé à d'autres enquêtes similaires réalisées dans le canton de Genève (19,4%), Neuchâtel et Jura (29%) et Valais (36%) (Bulliard & Germann, 2016).

De plus, le sondage de cette étude a permis de rappeler l'existence du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal aux médecins de famille et a eu un effet positif pour 3 médecins de famille interviewés sur 10.

Cependant, quelques limites de cette étude doivent être signalées et en premier lieu la répartition entre zones rurales et urbaines qui pourrait impacter la représentativité des résultats. En effet, la zone rurale n'a pu être représentée qu'à hauteur de 15% lors du sondage et à 0% lors des entretiens semi-directifs. Ainsi, cette zone n'a pas pu être représentée de manière significative. Ceci soulève une question qu'il serait intéressant de développer dans une prochaine étude, à savoir s'il y a des différences de pratique entre les médecins de famille exerçant en cabinets ruraux et ceux exerçant en cabinets urbains.

Par ailleurs, la participation étant basée sur le volontariat, l'intérêt des médecins pour la prévention en termes de dépistage du cancer colorectal pourrait avoir constitué un élément moteur pour participer à l'enquête. Dans ce cas, certains résultats pourraient être surestimés. Cependant concernant ce biais de désirabilité, les médecins interviewés se sont montrés très directs et francs.

Enfin, nous avons décidé de nous concentrer sur les médecins ayant déjà inclus au minimum un patient dans le programme depuis 2015 puisque sur 512 médecins de famille répertoriés par l'OFS en 2016 dans le canton de Vaud (Office fédéral de la statistique (OFS), 2016), 443 ont déjà inclus au minimum un patient au programme depuis 2015. Il reste donc 69 médecins de famille qui ne sont pas engagés dans le programme, la raison de leur non-engagement pourrait faire l'objet d'une prochaine étude.

6. Conclusion

Cette étude a permis de faire un premier bilan concernant le rôle des médecins de famille dans le déroulement du programme de dépistage du cancer colorectal. De manière générale, il est rassurant de constater que les médecins de famille considèrent leur rôle dans le déroulement du programme cantonal comme important et qu'ils remplissent leurs missions attendues dans le cadre du dispositif cantonal mis en place. Dans l'ensemble, ils sont satisfaits de l'organisation de ce dernier. Cependant, afin de mieux remplir leur mission de prévention, les médecins auraient principalement besoin de disposer de plus de temps. Afin de gagner du temps, la principale recommandation serait que les patients soient informés au préalable de l'existence et du déroulement du programme par des courriers postaux ou une campagne à large échelle. De plus, la participation à des séances d'information sur le programme étant un facteur favorisant la convergence entre les objectifs et les pratiques, il serait intéressant d'en proposer plus régulièrement afin que les médecins de famille puissent se mettre à jour sur les méthodes de dépistage.

Une des observations les plus importantes de ce travail est que les médecins de famille influencent passablement le choix de méthode de dépistage du patient. Les séances d'information régulières seraient un bon moyen de continuer à former les médecins à l'utilisation d'aide à la décision ainsi qu'aux avantages des deux méthodes et seraient également un bon système de rappel pour les médecins de famille.

Cette étude constitue une première étape d'évaluation du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal. Celle-ci a permis de faire un état des lieux de la situation sur le rôle et les pratiques préventives des médecins de famille engagés pour ce programme. Une évaluation plus approfondie sur l'ensemble du programme est cependant nécessaire pour aller plus loin dans les interprétations et envisager des pistes d'amélioration plus précises. Il serait également intéressant de récolter des données concernant l'avis des patients par rapport à ce programme. Finalement, il serait opportun de réitérer l'étude dans quelques années afin de voir si des changements ont eu lieu. En effet, le canton de Vaud est en pleine réorganisation en ce qui concerne le domaine de la santé publique, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la médecine de famille. Un nouveau centre universitaire de médecine de famille et de santé publique devrait voir le jour en janvier 2019 et pourrait avoir un impact sur la prise de position des médecins de famille envers la prévention et plus particulièrement envers le dépistage du cancer colorectal (Balavoine, 2018).

7. Bibliographie

- Ancil, H., Jobin, L., Pigeon, M., Émond, A., & Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications. Consulté à l'adresse <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2103843>
- Assendelft, W. J. J. (2017). The physician and prevention: by all means deliberate extensively, but do make a decision. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 161(0), D2297.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann-Coblentz, L., Le Trung, T., Decorre, Y., Rousseau, M., ... Boutan- Laroze, A. (2008). Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter Hémobstacle : une étude qualitative. *exercer la revue française de médecine générale Volume 19 N° 80*, 19(80), 4-7.
- Auer, R., Selby, K., Bulliard, J., Nichita, C., Dorta, G., Ducros, C., & Cornuz, J. (2015). Programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal : information et décision partagée. *Revue Médicale Suisse*, 11(496), 2209-2215.
- Auer, R., Selby, K., Cornuz, J., Bulliard, J., Nichita, C., Dorta, G., & Ducros, C. (2015, janvier). *Formation programme vaudois de dépistage du cancer du colon - Présentation générale du programme*. Consulté à l'adresse <https://www.pmu-lausanne.ch/espace-professionnel/cancer-du-colon/formation>
- Balavoine, M. (2018). Avec «Alliance santé», Vaud se dote d'un centre universitaire de médecine générale et santé publique unique en Suisse. Interview de Jacques Cornuz. *Revue Médicale Suisse*, 4-7.

- Bopp, M., & Holzer, B. M. (2012). *Prävalenz von Multimorbidität in der Schweiz - Definitionen und Datenquellen*. Hans Huber. <https://doi.org/10.5167/uzh-69777>
- Brenner, H., Kloor, M., & Pox, C. P. (2014). Colorectal cancer. *The Lancet*, 383(9927), 1490-1502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61649-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61649-9)
- Bruchez, F., Levi, F., & Bulliard, J. (2011). Evolution de l'incidence des cancers et des polypes colorectaux dans le canton de Vaud entre 1983 et 2007. *Rev Med Suisse* 2011, 7, 2247-2251.
- Buchman, S., Rozmovits, L., & Glazier, R. H. (2016). Equity and practice issues in colorectal cancer screening Mixed-methods study. *Canadian Family Physician*, 62, 186-193.
- Bulliard, J., & Germann, S. (2016). *Enquête sur le dépistage du cancer colorectal auprès des médecins de premier recours genevois*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Division des maladies chroniques.
- Bulliard, J., Levi, F., & Ducros, C. (2012). Dépistage organisé du cancer colorectal : défis et enjeux pour un essai pilote en Suisse. *Revue Médicale Suisse* 2012, 8, 1464-1467.
- Canton de Vaud. (2007). *Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2008-2012 et Rapport du Conseil d'Etat sur la postulat Martinet intitulé « Davantage d'actions de prévention pour davantage d'années de vie en bonne santé »*. Consulté _____ à _____ l'adresse https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/cd/fichiers_pdf/RPS.pdf
- Canton de Vaud. (2013). *Rapport du Conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013-2017 et exposé des motifs et projet de décret sur le Plan stratégique du CHUV 2014 - 2018*. Consulté _____ à _____ l'adresse _____

http://www.publidoc.vd.ch/guestDownload/direct?path=/Company%20Home/VD/CHANC/SIEL/antilope/objet/CE/Communique%20de%20presse/2013/07/431546_Rapport%20politique%20sanitaire%202013-2017%20et%20plan%20strategique%20CHUV%202013-2018_20130704_1049553.pdf

Canton de Vaud. (2018a). Programmes de santé publique - VD.CH. Consulté 27 mars 2018, à l'adresse <https://www.vd.ch/themes/sante/organisation/programmes-de-sante-publique/>

Canton de Vaud. (2018b). *Rapport sur la politique de santé publique du canton de Vaud 2018-2022*.

Chappuis, P. O., & Hutter, P. (2006). Cancer colorectal : dépistage adapté au risque et rôle du médecin traitant dans la prévention de ce cancer. Consulté 15 mars 2018, à l'adresse <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-66/31408>

Clinique de la Source. (2017, août). Test FIT pour le dépistage du cancer colorectal.

Cohidon, C., & Senn, N. (2017). *Rapport d'étude sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : Prévention en médecine de famille en Suisse. Attitudes et pratiques des médecins* (Rapport d'étude). Lausanne. Consulté à l'adresse https://www.pmu-lausanne.ch/sites/default/files/files/pe-files-2018-01/ofsp_rap2_prevention_final-logo.pdf

Colombo, F., Zurn, P., Organisation for Economic Co-operation and Development, & World Health Organization (Éd.). (2011). *Switzerland 2011* (Rev. ed.). Paris: [Geneva]: OECD; World Health Organisation.

Confédération Suisse. (2016). *Le cancer en Suisse, rapport 2015. Etat des lieux et évolutions* (No. 14). Neuchâtel.

- Confédération Suisse, & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. (2016). Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024. Consulté à l'adresse <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
- Conseil d'Etat du Canton de Vaud. (2012). *Rapport du conseil d'Etat sur la politique sanitaire 2013 - 2017, Canton de Vaud*.
- Cornuz, J., Ducros, C., Jotterand, S., & Rodondi, P. (2015, juillet 24). Cahier des charges des médecins de famille participant au programme vaudois de dépistage du cancer colorectal. FVDC.
- Cornuz, J., Ghali, W. A., Di Carlantonio, D., Pecoud, A., & Paccaud, F. (2000). Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice*, *17*(6), 535-540.
- Cornuz, J., Junod, N., Pasche, O., & Guessous, I. (2010). Dépistage des cancers en pratique clinique : une place privilégiée pour le partage de la décision. *Revue Médicale Suisse*, (6), 1410-1414.
- Ducros, C., Levi, F., Bulliard, J., Larequi, T., & Schenker, L. (2013, novembre). Programme vaudois de dépistage organisé du cancer colorectal - Dossier de demande d'exemption de franchise. FVDC.
- Fearon, E. R. (2011). Molecular Genetics of Colorectal Cancer. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, *6*(1), 479-507. <https://doi.org/10.1146/annurev-pathol-011110-130235>
- Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer. (2015, janvier 20). Programme vaudois de dépistage du cancer du colon Questions/Réponses à l'attention des professionnels de santé 20.01.2015.

- Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer. (2016). *Rapport d'activité 2016*.
- Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer. (2017). *Rapport d'activité 2017*.
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2014). Décision partagée—Médecin et patient décident ensemble. *Bulletin des médecins suisses | Schweizerische Ärztezeitung | Bollettino dei medici svizzeri*, 95, 50.
- Guessous, I., Cornuz, J., Gaspoz, J.-M., & Paccaud, F. (2010). Dépistage : principes et méthodes. *Revue Médicale Suisse*, (6), 1390-1394.
- Guiriguet, C., Muñoz-Ortiz, L., Burón, A., Rivero, I., Grau, J., Vela-Vallespín, C., ... Castells, A. (2016). Alerts in electronic medical records to promote a colorectal cancer screening programme: a cluster randomised controlled trial in primary care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(648), e483-490.
<https://doi.org/10.3399/bjgp16X685657>
- Gutzwiller, F., & Paccaud, F. (2009). *Médecine sociale et préventive – Santé publique* (3ème).
- Inadomi, J. M., Vijan, S., Janz, N. K., Fagerlin, A., Thomas, J. P., Lin, Y. V., ... Hayward, R. A. (2012). Adherence to colorectal cancer screening: a randomized clinical trial of competing strategies. *Archives of Internal Medicine*, 172(7), 575-582.
<https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.332>
- IUMSP. (2017, juin). *Approche qualitative dans la recherche clinique*.
- Konzelmann, I., Anchisi, S., Bettschart, V., Bulliard, J., & Chiolerio, A. (2014). Epidémiologie et prise en charge du cancer colorectal : une étude de population en Valais. *Bulletin suisse du cancer* 2013, 4, 302-306.
- Mauri, D., Pentheroudakis, G., Milousis, A., Xilomenos, A., Panagouloupoulou, E., Bristianou, M., ... Pavlidis, N. (2006). Colorectal cancer screening awareness in

- European primary care. *Cancer Detection and Prevention*, 30(1), 75-82.
<https://doi.org/10.1016/j.cdp.2005.08.005>
- McAvoy, B. ., Donovan, R. J., Jalleh, G., Saunders, J. B., Wutzke, S. E., Lee, N., ...
Gache, P. (2001). General Practitioners, Prevention and Alcohol - a powerful
cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general
and early intervention for alcohol in particular: a 12-nation key informant and
general practitioner study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 8(2),
103-117. <https://doi.org/10.1080/096876301300101825>
- Moreau- Gruet, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin No. 4). Neuchâtel : Observatoire de la santé.
- Navarro, M., Nicolas, A., Ferrandez, A., & Lanas, A. (2017). Colorectal cancer
population screening programs worldwide in 2016: An update. *World Journal of
Gastroenterology*, 23(20), 3632-3642. <https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i20.3632>
- Observatoire Suisse de la santé. (2012). Consultations chez le médecin généraliste ou de
famille | OBSAN. Consulté 18 mars 2018, à l'adresse
[https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/consultations-chez-le-medecin-
generaliste-ou-de-famille](https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/consultations-chez-le-medecin-generaliste-ou-de-famille)
- Observatoire Suisse de la santé. (2017). *Les indicateurs « santé 2020 ». Actualisation
2017.*
- Office fédéral de la santé publique (OFSP), & Office fédéral de l'intérieur (DFI). (2013).
Politique de la santé : les priorités du Conseil fédéral. Bienne.
- Office fédéral de la statistique (OFS). (2016). Effectif et densité des médecins, des
médecins-dentistes et des pharmacies, par canton. Consulté à l'adresse

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/cabinets-medicaux.assetdetail.3342992.html>

Office fédéral de la statistique (OFS). (2018). *Santé, Statistique de poche 2017*. Neuchâtel.

Office fédéral de la statistique (OFS), & Office fédéral de l'intérieur (DFI). (2017). *La mortalité en Suisse et les principales causes de décès, en 2015*. Neuchâtel.

Organisation Mondiale de la Santé. (2018). OMS | Equité. Consulté 8 août 2018, à l'adresse <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>

Organisation mondiale de la santé Genève. (2015). OMS | Vieillesse et santé. Consulté 11 avril 2018, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>

Organisation mondiale de la santé Genève. (2018a). OMS | Maladies non transmissibles. Consulté 10 avril 2018, à l'adresse http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/fr/

Organisation mondiale de la santé Genève. (2018b, avril 15). Screening and early detection. Consulté 15 avril 2018, à l'adresse <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/policy/screening-and-early-detection>

Policlinique médicale universitaire Lausanne. (2015, janvier 12). Fiche d'information et d'aide à la décision pour le Programme vaudois de dépistage du cancer du colon.

Policlinique médicale universitaire Lausanne, & Fondation Vaudoise pour le dépistage du cancer. (2015). Comment inclure une personne dans le programme de dépistage? Consulté à l'adresse <https://www.pmu-lausanne.ch/espace-professionnel/cancer-du-colon/medecins-de-famille>

Selby, K., Auer, R., & Cornuz, J. (2015). *Formation programme vaudois de dépistage du cancer du colon - Deuxième partie*. Consulté à l'adresse <https://www.pmu->

lausanne.ch/sites/default/files/inline-files/pmu-programme-cancer-consultation.pdf

- Selby, K., Cornuz, J., Gachoud, D., Bulliard, J., Nichita, C., Dorta, G., ... Auer, R. (2016). Training primary care physicians to offer their patients faecal occult blood testing and colonoscopy for colorectal cancer screening on an equal basis: a pilot intervention with before–after and parallel group surveys. *BMJ open*, *6*(5), e011086.
- Senn, N., Dafflon, M., Ronga, A., Cornuz, J., & Widmer, D. (2018). Développement d'une vision populationnelle en médecine de famille : intérêts, ressources et défis. *Revue Médicale Suisse*, *(14)*, 759-761.
- Song, L.-L., & Li, Y.-M. (2016). Current noninvasive tests for colorectal cancer screening: An overview of colorectal cancer screening tests. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, *8*(11), 793-800.
<https://doi.org/10.4251/wjgo.v8.i11.793>
- SPSS 23. (2018). SPSS à l'UdeS - Test de Chi-2. Consulté 18 juillet 2018, à l'adresse <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/statistiques-inferentielles/test-de-chi-2.php>
- Taylor, D. P., Burt, R. W., Williams, M. S., Haug, P. J., & Cannon–Albright, L. A. (2010). Population-Based Family History–Specific Risks for Colorectal Cancer: A Constellation Approach. *Gastroenterology*, *138*(3), 877-885.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.11.044>
- The Health Foundation. (2018). *What makes us healthy? An introduction to the social determinants of health*.
- Triantafillidis, J. K., Vagianos, C., Gikas, A., Korontzi, M., & Papalois, A. (2017). Screening for colorectal cancer: the role of the primary care physician. *European*

Journal of Gastroenterology & Hepatology, 29(1), e1-e7.

<https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000759>

Uottawa. (2017). Histoire naturelle d'une maladie. Consulté 8 mai 2018, à l'adresse

https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Nat_hist_f.htm

Vuilleumier, M., Pellegrini, S., & Jeanrenaud, C. (2007). *Déterminants et évolution des coûts du système de santé en Suisse : revue de la littérature et projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel : BFS.

Wilson, J. M. G., Jungner, G., & World Health Organization. (1970). *Principes et pratique du dépistage des maladies*.

WONCA Europe. (2002). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. *Coordination rédactionnelle de la traduction en français : Prof D. Pestiaux, Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique*.

8. Annexes

8.1. Annexe 1 : Critères de l'OMS pour un dépistage organisé

(Wilson et al., 1970)

- La maladie étudiée doit présenter un problème majeur de santé publique.
- L'histoire naturelle de la maladie doit être connue
- Une technique diagnostique doit permettre de visualiser le stade précoce de la maladie
- Les résultats du traitement à un stade précoce de la maladie doivent être supérieurs à ceux obtenus à un stade avancé
- La sensibilité et la spécificité du test de dépistage doivent être optimales
- Le test de dépistage doit être acceptable pour la population
- Les moyens pour le diagnostic et le traitement des anomalies découvertes dans le cadre du dépistage doivent être acceptables
- Le test de dépistage doit pouvoir être répété à intervalle régulier si nécessaire
- Les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus
- Le coût économique d'un programme de dépistage doit être compensé par les bénéfices attendus

8.2. Annexe 2 : Différence entre risque absolu et risque relatif
(Auer, Selby, Bulliard, et al., 2015)

LE CHOIX DE FAIRE UN DÉPISTAGE: PRÉSENTATION EN FRÉQUENCE NATURELLE (figure 3)

Comme recommandé dans la littérature médicale, c'est la présentation en risques absolus qui a été privilégiée: sans dépistage, 2 personnes sur 100 décéderont de CCR avant 80 ans en Suisse. Avec un dépistage, 1 personne sur 100 décédera de CCR. La diminution du **risque (absolu)** est donc de **1%** et celle du **risque relatif de 50%**! La présentation en fréquences

FIG 3 Le choix de faire un dépistage: présentation sous forme de fréquences naturelles



8.3. Annexe 3 : Fiche de suivi coloscopie ou FIT (documents fournis par le directeur de la FVDC)



Fiche de suivi - Coloscopie	
A transmettre à votre gastroentérologue	
Si cette partie de la fiche n'est pas remplie entièrement, merci de la compléter	
NOM :	<small>Étiquette code barre patient si disponible (Fournie sur la lettre d'invitation)</small>
PRENOM :	
NOM DE JEUNE FILLE :	
ADRESSE :	
Date de naissance : ____/____/____	
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Assurance :	N° assuré :
Médecin de famille (Nom, Prénom, adresse):	
Gastroentérologue (Nom, Prénom, adresse):	
<small>(Fiche à transmettre au laboratoire de pathologie si besoin)</small>	

En signant : Je déclare avoir été informé.e de la manière dont est organisé le dépistage du cancer du côlon, en particulier de ses bénéfices et de ses limites. J'autorise les échanges d'informations entre mon médecin de famille et les médecins impliqués dans le programme de dépistage. Ces informations resteront confidentielles.	
Date :	Signature :

FVDC – Version avril 2018



Fiche de suivi - Test de sang occulte	
A glisser impérativement dans l'enveloppe T avec le test	
Si cette partie de la fiche n'est pas remplie entièrement, merci de la compléter	
NOM :	<small>Étiquette code barre patient si disponible (Fournie sur la lettre d'invitation)</small>
PRENOM :	
NOM DE JEUNE FILLE :	
ADRESSE :	
Date de naissance : ____/____/____	
Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	
Assurance :	N° assuré :
Médecin de famille (Nom, Prénom, adresse):	
Pharmacie :	<small>Étiquette code barre pharmacie</small>
IMPORTANT : Date de réalisation du test : ____/____/____	
	<small>Étiquette code barre test</small>
<small>Sur le tube du test : n'oubliez pas également de déposer une étiquette transmise avec la lettre d'invitation comportant votre nom, prénom, ou d'inscrire au stylo votre nom, prénom, date de naissance</small>	
En signant : Je déclare avoir été informé.e de la manière dont est organisé le dépistage du cancer du côlon, en particulier de ses bénéfices et de ses limites. J'autorise les échanges d'informations entre mon médecin de famille et les médecins impliqués dans le programme de dépistage. Ces informations resteront confidentielles.	
Date :	Signature :

FVDC – Version avril 2018

8.4. Annexe 4 : Critères d'éligibilité et d'exclusion du programme cantonal de dépistage du cancer colorectal

(Auer, Selby, Bulliard, et al., 2015)

TABLEAU 1	Critères d'éligibilité et d'exclusion du programme cantonal de dépistage du cancer
------------------	---

FIT: recherche immunologique de sang dans les selles; CCR: cancer colorectal.

*Pour les *populations à risque élevé ou très élevé*, la *coloscopie d'emblée* est recommandée. L'âge de début du dépistage ainsi que la fréquence dépendent de la maladie sous-jacente (à discuter avec le gastroentérologue).

**Coloscopie diagnostique nécessaire.

Critères d'éligibilité

- Personne à risque moyen de CCR et âgée de 50 à 69 ans
- Domiciliée dans le canton de Vaud

Critères d'exclusion (temporaires ou définitifs, selon contexte)

- **Risque élevé de CCR***:
 - Antécédents personnels: CCR *ou* polype (>1 cm, adénome villositaire ou tubulo-villositaire, dysplasie haut degré)
 - Antécédents familiaux (parenté de 1^{er} degré): CCR *ou* adénome <60 ans justifiant un contrôle endoscopique selon des intervalles de temps inférieurs à 10 ans
 - Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn
 - Autres: irradiation abdominale dans enfance (>30 Gy), acromégalie
- **Risque très élevé de CCR***:
 - Polyposose adénomateuse familiale (PAF)
 - Syndrome de Lynch (HNPCC), autre
- **Maladie intercurrente grave**
- **Symptômes digestifs récents évocateurs de CCR****
- **Rectorragie macroscopique****
- **Coloscopie ou FIT récent** (<10 ans pour coloscopie et <2 ans pour FIT)
- **Refus du patient**

8.5. Annexe 5 : Aide à la décision, choix du type de dépistage

(Auer, Selby, Bulliard, et al., 2015)

FIG 5		Choix du type de dépistage	
Tableau d'aide à la décision.			
2 options offertes:		Recherche de sang occulte dans les selles chaque 2 ans	ou
			
			Coloscopie de dépistage chaque 10 ans
Comment réaliser le test?	→ Prélèvement au domicile d'une très petite quantité de selles à l'aide d'un kit spécialement fourni → Envoi postal et analyse du prélèvement dans un laboratoire spécialisé		→ «Préparation au domicile»: régime alimentaire durant 48 heures et absorption d'une solution spéciale pour «nettoyer» son intestin la veille → Réalisation dans le cabinet d'un gastroentérologue ou en clinique/hôpital → Vous recevrez généralement un sédatif pour permettre un léger endormissement → L'examen dure habituellement 30-45 minutes, parfois davantage s'il faut enlever des polypes
Obtention des résultats	→ Retour des résultats par courrier à votre domicile et vers votre médecin		→ Résultat oral de votre examen le jour même, compte-rendu définitif par courrier à votre domicile et vers votre médecin
Remboursement du test	→ Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise Participation de 10% (quote-part, 4.60 CHF) à votre charge		→ Remboursement entre 50 et 69 ans par l'assurance de base avec exemption de franchise Participation de 10% (quote-part, entre 80 et 160 CHF) à votre charge
Rythme de réalisation	→ Tous les deux ans		→ Tous les dix ans
Quels sont les avantages?	→ Pas de préparation nécessaire → Facile à réaliser		→ Meilleur test pour détecter les polypes avant qu'ils n'évoluent en cancer → Les polypes sont directement enlevés pendant l'examen
Fiabilité pour détecter le cancer du côlon	→ Bonne si réalisation régulière, tous les 2 ans		→ Excellente, si la «préparation au domicile» est correctement réalisée
Quels sont les inconvénients?	→ Risque de résultat «faux négatif»: polypes et cancers ne saignent pas toujours. Il faut donc répéter le test tous les deux ans au minimum → Risque de résultat «faux positif»: un saignement digestif peut s'observer sans présence de polype ou cancer → En cas de test positif, il faudra réaliser systématiquement une coloscopie		→ Risque très faible de complication sévère (perforation de l'intestin ou saignement important): environ 2 cas sur 1 000 coloscopies → En cas d'administration d'un sédatif, vous ne pourrez pas conduire de véhicule durant 12 à 24 heures (effets des sédatifs)

8.6. Annexe 6 : Questionnaire du sondage en ligne

ETUDE SUR LE ROLE DES MEDECINS DE FAMILLE ENGAGES DANS LE PROGRAMME VAUDOIS DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Cette étude vise à évaluer l'implémentation du programme cantonal de dépistage du cancer colorectal sur la perspective des médecins généralistes, en analysant ses forces et faiblesses, ainsi que les éléments favorisant et barrières à la réalisation de ce dépistage en médecine de premier recours. Afin de faciliter votre pratique et d'améliorer le déroulement du programme, nous souhaiterions recueillir votre expérience.

La seule condition pour y participer est d'avoir inclus au minimum un patient dans le programme cantonal de dépistage du cancer colorectal depuis 2015.

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un travail de Master en Politique et Management Public à l'université de Lausanne, IDHEAP. Elle est coordonnée par l'étudiante Camille Ducrey et supervisée par le Prof. Cornuz, la Prof. Horber-Papazian et le Dr. Gouveia en collaboration avec le Dr. Ducros.

La participation à cette étude se fait sur base volontaire. Vous avez le droit de ne pas participer ou de stopper votre participation à n'importe quel moment, sans aucune justification. La participation à cette étude ne requiert aucune compétence spécifique. Nous souhaitons la participation d'un échantillon représentatif de médecins de famille ayant inclus au minimum un patient dans le programme depuis 2015. Les données sont traitées de manière anonyme et confidentielle.

Si vous souhaitez davantage d'information à propos de l'étude, vous pouvez nous contacter par mail : camille.ducrey@unil.ch.

1) J'ai inclus au minimum un patient dans le programme cantonale de dépistage du cancer colorectal depuis 2015. Après lecture des informations ci-dessus, je consens de manière volontaire à compléter ce questionnaire.

- J'accepte
 Je refuse

Page entry logic: This page will show when: #1 Question "J'ai inclus au minimum un patient dans le programme cantonale de dépistage du cancer colorectal depuis 2015. Après lecture des informations ci-dessus, je consens de manière volontaire à compléter ce questionnaire." is one of the following answers ("J'accepte")

Questions relatives au programme cantonal de dépistage du cancer colorectal

2) Par quel biais avez-vous eu connaissance du programme vaudois de dépistage du cancer colorectal ?

- Information par la Fondation vaudoise pour le dépistage du cancer (FVDC) ou la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU)
 Information par des collègues
 Information par des patients
 Autre, à préciser : _____*

3) Selon vous, est-ce que le programme répond à un besoin de la société en matière de santé ?

- Oui
 Partiellement, pourquoi? : _____*
 Non, pourquoi? : _____*
 Pas d'avis

4) Êtes-vous satisfait de l'organisation générale du programme?

- Oui
 Partiellement, pourquoi? : _____*
 Non, pourquoi? : _____*
 Pas d'avis

Logic: Show/hide trigger exists.

5) Avez-vous suivi des séances d'informations concernant le programme ?

- Oui
 Non

Logic: Hidden unless: #5 Question "Avez-vous suivi des séances d'informations concernant le programme?" is one of the following answers ("Oui")

6) Êtes-vous satisfait de l'information transmise lors de ces séances?

- Oui
 Partiellement, pourquoi? : _____*
 Non, pourquoi? : _____*

7) Êtes-vous satisfait de la procédure d'inclusion d'un patient au programme?

- Oui
- Partiellement, pourquoi? : _____ *
- Non, pourquoi? : _____ *
- Pas d'avis

8) Quel rôle pensez-vous jouer dans la mise en œuvre, plus précisément dans le déroulement du programme ?

- Très important
- Important
- Pas très important
- Inutile
- Autre, à préciser : _____ *

9) Comment les décisions concernant le dépistage du cancer colorectal sont-elles prises dans votre pratique ?

- Je prends moi-même les décisions
- Je prends moi-même les décisions en tenant compte de l'avis du patient
- Je prends la décision avec le patient sur un pied d'égalité
- Le patient prend la décision

10) En moyenne, à quel taux informez-vous vos patients éligibles* de l'existence du programme dès les 3 premières consultations ? (*patients résidants dans le canton de Vaud âgés de 50 à 69 ans)

- 100% des patients se présentant pour une consultation et étant éligibles au programme
- 75% des patients se présentant pour une consultation et étant éligibles au programme
- 50% des patients se présentant pour une consultation et étant éligibles au programme
- 25% des patients se présentant pour une consultation et étant éligibles au programme

11) Combien de patients avez-vous inclus au programme lors des six derniers mois ?

- 0
- 1
- Entre 1 et 5
- Plus de 5

12) Quels sont les 2 obstacles qui vous empêchent et retiennent le plus d'informer et d'inclure des patients au programme ?

- Manque de connaissance du programme

Manque de connaissance de la procédure d'inclusion d'un patient au programme

Procédure d'inclusion complexe/chronophage

Lignes directrices peu claires en matière de définition des rôles

Doute sur l'efficacité des tests proposés

Rémunération insuffisante pour ce travail

Manque de temps

Patient déjà suivi par un(e) gastroentérologue ne faisant pas partie de la liste du programme

Autre, à préciser : _____

13) Quels sont les 2 facteurs qui facilitent le plus la discussion et/ou l'inclusion des patients éligibles au programme ?

Disposer de plus de temps

Rôles mieux définis

Meilleure communication entre les différentes parties prenantes

Meilleure rémunération

Meilleure connaissance du programme

Meilleure connaissance de la procédure d'inclusion

Moyens destinés à l'inclusion mieux adaptés

Meilleure formation

Autre, à préciser : _____

14) Lorsque le patient décide de s'inscrire au programme et qu'il décide d'effectuer un test, est-ce que vous lui proposez :

Plutôt la coloscopie

Plutôt le test FIT

Les deux, tout en indiquant votre préférence ou vos expériences passées avec l'une ou l'autre méthode

Les deux sur un pied d'égalité

Les deux en utilisant un outil d'aide à la décision

Autres, à préciser : _____ *

15) Qu'est-ce qui selon vous pourrait être amélioré dans la mise en œuvre de ce programme ?*

Page entry logic: This page will show when: #1 Question "J'ai inclus au minimum un patient dans le programme cantonale de dépistage du cancer colorectal depuis 2015. Après lecture des informations ci-dessus, je consens de manière volontaire à compléter ce questionnaire." is one of the following answers ("J'accepte")

Questions personnelles

16) Dans quel type* de commune exercez-vous ?

* Critères selon

l'OFS : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.2543324.html>

Urbain (63% de la population résidente, 75% des emplois et 16% de la surface)

Intermédiaire (21% de la population résidente, 15% des emplois et 24% de la surface)

Rural (16% de la population résidente, 10% des emplois et 60% de la surface)

17) Depuis combien d'années exercez-vous ?

Moins de 10 ans

Entre 10 et 20 ans

Plus de 20 ans

18) Quel est votre taux d'activité ?

100%

Entre 50 % et 100%

50% ou moins

19) Combien de patients différents voyez-vous par mois ?

Moins de 300

Entre 300 et 600

Plus de 600

20) Etes-vous un homme ou une femme ?

Homme

Femme

Logic: Show/hide trigger exists.

21) A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

Moins de 50 ans

50 ans ou plus

Logic: Hidden unless: #21 Question "A quelle tranche d'âge appartenez-vous?" is one of the following answers ("Moins de 50 ans")

22) Lorsque vous aurez 50 ans et plus, ferez-vous un test de dépistage ?

Oui, la méthode que j'utiliserais est (Fit, Coloscopie ou Autres) : _____*

Non, je ne souhaiterais pas faire de test de dépistage pour le cancer colorectal

Logic: Hidden unless: #21 Question "A quelle tranche d'âge appartenez-vous?" is one of the following answers ("50 ans ou plus")

23) Avez-vous déjà fait un test de dépistage ?

Oui, la méthode que j'ai utilisé est (Fit, Coloscopie ou Autres) : _____*

Non, je n'ai pas encore fait de test, mais je souhaiterais faire un(e) (Fit, Coloscopie ou Autres) : _____*

Non, je ne souhaite pas faire de test de dépistage pour le cancer colorectal

24) Quelle est votre fréquence d'exercices physiques de 20 minutes minimum tels que la marche rapide, la course à pied ou le tennis ?

Moins d'une fois par mois

Entre 1 et 3 fois par mois

Plus de 3 fois par mois

Ne souhaite pas répondre à cette question

25) Quelle est votre fréquence de consommation d'alcool ?

Jamais

Occasionnelle (moins d'un verre par jour)

Régulière (au moins deux verres par jour)

Ne souhaite pas répondre à cette question

26) Quel est votre statut de consommation de tabac ?

Non-fumeur

Ex-fumeur

Consommation occasionnelle

Consommation quotidienne

Ne souhaite pas répondre à cette question

27) A quel groupe correspond votre alimentation ?

Cuisine variée et équilibrée, 5 fruits et légumes par jour, moins de 30% des apports énergétiques totaux provenant des graisses et moins de 10% des apports énergétiques totaux provenant de sucres libres

Cuisine variée avec des fruits et légumes

() Cuisine salée, quantité importante de matière grasse et sucrée

() Ne souhaite pas répondre à cette question

28) Seriez-vous d'accord d'être recontacté pour un entretien individuel d'une trentaine de minutes concernant le programme de dépistage du cancer colorectal ? Si oui, merci de noter votre adresse e-mail ci-dessous pour que nous puissions vous contacter. _____

Merci !

Merci pour votre participation à ce sondage.
Votre réponse est très importante pour nous.

8.7. Annexe 7 : Grille d'entretien

Introduction et présentation de la recherche

1. Remerciement : Je vous remercie d'avoir accepté de réaliser cet entretien ainsi que d'avoir pris part au sondage.
2. Objectifs de la recherche : Ces entretiens s'insèrent dans une recherche sur les pratiques préventives des médecins de famille du canton de Vaud engagés dans le programme vaudois de dépistage du cancer colorectal. Ils sont menés à la suite d'une première collecte de données quantitative qui s'est faite à travers un sondage en ligne dont vous avez également fait partie. Ces entretiens sont donc là pour éclaircir certains des résultats du sondage.
3. Demande d'enregistrement : avec votre accord, je souhaiterais enregistrer l'entretien. Ils seront naturellement détruits après analyse. Si vous souhaitez une copie de l'enregistrement, c'est possible. De même, si vous souhaitez une copie des résultats de l'étude.
4. Anonymat : nous garantissons bien sûr l'anonymat ; votre nom n'apparaîtra pas, de même que toute information qui permettrait de vous identifier, comme des noms de lieux ou autres.

Développement de l'entretien

Prévention :

5. Je vous propose, dans un premier temps, de me raconter ce qu'est la prévention et les activités préventives pour vous, d'une façon générale ?
➔ Pour creuser :
6. Selon vous, quel est le domaine de prévention le plus important à aborder lors d'une consultation ?
7. Quel est le domaine de prévention le plus difficile à aborder lors d'une consultation ?
8. Selon vous, à qui revient la responsabilité de la prévention ?

Pratique :

9. Je souhaiterais savoir s'il serait possible que l'on fasse une vignette ensemble ?
Un homme âgé de 55 ans qui vient pour une consultation de mal de dos :
 - Mal de dos dû à l'arthrose
 - Patient fumeur (1 paquet par jour)
 - Pas de risque élevé de cancer colorectal
10. Comment se déroule la consultation de manière générale dans son ensemble ?
➔ Abordez-vous la question du dépistage du cancer colorectal, si oui comment ?
11. Comment se déroule la consultation au moment d'aborder le thème de dépistage du cancer colorectal ?
12. Quelle est votre façon d'aborder le choix de la méthode de dépistage ?

- Si aide à la décision pas utilisée : que pensez-vous de ce tableau fournit par la PMU (Annexe 1) ?

Programme dépistage cancer colorectal :

13. J'aimerais aborder avec vous le rôle qu'ont les médecins de famille dans le programme de dépistage du cancer colorectal. Que pouvez-vous me dire à ce sujet ?

→ Pour creuser :

14. Qu'est-ce qui selon vous facilite les médecins d'être efficace dans le rôle que vous venez de me décrire ?

15. Qu'est-ce qui selon vous empêche les médecins d'être efficace dans le rôle que vous venez de me décrire ?

→ Pour creuser : Lors du sondage il est ressorti que ce qui empêchent ou retient le plus un médecin de discuter ou d'inclure un patient au programme est le manque de temps. Que pouvez-vous me dire là-dessus ?

16. Pouvez-vous me décrire brièvement la procédure d'inclusion d'un patient au programme, comment fonctionnez-vous?

→ Pour creuser : Lors du sondage il est ressorti qu'en deuxième position c'est la procédure d'inclusion trop complexe et chronophage qui empêche les médecins d'informer et d'inclure les patients au programme. Que pouvez-vous me dire là-dessus ?

Autre :

17. Est-ce que le sondage a suscité chez vous quelque chose de nouveau, un intérêt plus particulier envers la thématique, si oui en quoi ?

18. Si on vous demandait de donner un message aux autres médecins de famille concernant cette thématique, lequel serait-il ?

19. Si on vous demandait de donner un message aux organisateurs du programme concernant cette thématique, lequel serait-il ?

20. Nous arrivons au terme de l'entretien. Je n'ai plus de questions particulières à vous poser, mais peut-être qu'il y a d'autres aspects que vous auriez souhaité aborder, qui sont importants à vos yeux ?

8.8. Annexe 8 : Cahiers d'analyse de contenu des entretiens

Cahier d'analyse de contenu entretien n°1

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : En amont

« C'est d'éviter que les gens tombent malade. C'est mon but en tant que médecin que les gens viennent me voir pour pas tomber malade au lieu de venir me voir quand ils sont malades. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Alimentaire

« Le plus important c'est l'alimentaire et toutes les conséquences que ça peut avoir derrière. C'est également le plus facile à aborder. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : Sexualité

« Tout ce qui concerne sexualité, tous ces domaines là où le patient est pas forcément ouvert. »

- Responsabilité de la prévention : Médecin

« Au médecin traitant. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + tabac + information du programme

« C'est essentiellement son mal de dos qui vient en priorité. Parce qu'il vient pour ça. Et après j'aborderais quand même la question du tabac. Après le cancer colorectal pas forcément surtout si y'a pas d'antécédents. Après à 55 ans je lui demanderais s'il a déjà fait partie de la campagne de prévention. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informer

« D'abord je leur demande s'il y a des antécédents familiaux. Et ensuite, je leur explique, leur propose les deux possibilités. Soit c'est les tests soit c'est la coloscopie. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Plutôt coloscopie

« Sachant que personnellement j'axerais plus sur la coloscopie. C'est bien qu'ils fassent les tests colorectaux, après je ne suis pas sûr de la sensibilité de l'efficacité des tests. L'aspect visuel est pour moi plus important, de faire la coloscopie et de voir. Après c'est vrai c'est pas un geste anodin, ça c'est sûr mais ça reste quelque chose de relativement acceptable. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Je l'ai déjà vu. Je l'utilise pas toujours, après il est dans la tête. Mais il est bien fait. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Ben de sensibiliser les patients à la pathologie colorectal. Et d'éviter les pathologies trop tardives. »

- Facteurs facilitateurs : Patients informés au préalable
« Ce qui facilite c'est quand les patients reçoivent leur courrier. Ça les sensibilise déjà à ce niveau-là. Après c'est aussi à nous d'insister sur tout ce qui est préventif, alimentaire, tous ces domaines là en leur expliquant qu'on a fait des liens entre l'alimentation et les pathologies colorectal et l'hérédité. »

- Obstacles : Rien
« Aucune idée, ça je ne sais pas. Les autres je sais pas mais moi ça ne me retient pas. Moi je n'ai pas de retenu. »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Pas d'accord
« Pas ici en Suisse en tout cas. Il faut prendre le temps avant qu'il soit trop tard. Ça ne prend pas une heure à expliquer au patient en quoi ça consiste. Si on est rodé en 10 minutes on a fait le tour des intérêts du dépistage. »

- Procédure : Papier
« Ça dépend s'il reçoit le papier. S'il vient pour ça, je lui explique ce que c'est. Et ensuite on leur explique les avantages de l'un et de l'autre. Comme moi j'axe plus sur la coloscopie, je leur dis que de toute façon si on trouve du sang dans le FIT faudra faire la coloscopie alors ils comprennent très bien que c'est un gain de temps. Y'a quand même des personnes qui préfèrent le test FIT. Moi je ne rentre rien en informatique. Je fais tout sur papier. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Chronophage
« Ce qui prend du temps c'est d'envoyer le fax au programme. Parce que souvent le fax est occupé. Après si on peut le faire par informatique c'est encore mieux. Cette partie est chronophage. C'est une phase qui sert à rien. Tout le reste fonctionne bien. Tout ce qui est paiement est bien. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Rien
« Rien »

- Message aux médecins : Plus de participation
« Qu'ils axent à fond là-dessus. Ça permet d'éviter tout ce qui est cancer. »

- Message aux organisateurs du programme : Faciliter
« Simplifiez-vous la vie. »

- Autre : Invitation échelonnée des patients pas clairs
« Ils ont une façon bizarre d'inviter les gens. Je ne sais pas quels sont leurs critères de sélection. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°2

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : Hygiène de vie

« Prévention ça comprend activité physique, alimentation et puis des fois plus spécifiques en fonction du patient mais bon la plupart des gens savent qu'ils doivent manger 5 fruits et légumes par jour qu'ils doivent bien s'hydrater, qu'ils doivent faire une activité physique maintenant y'a plus personne qui dit qu'il ne sait pas ce qu'il doit faire pour être en bon état de santé. Nous on est là juste pour souligner, répéter et parfois être plus spécifique, les orienter d'un point de vue médicale. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Alimentation, tabac, activité physique et dépendances

« L'alimentation et le tabac sont plus importants, les dépendances et activité physique. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : Sexualité

« MST, sphère privée »

- Responsabilité de la prévention : Médecin

« Nous »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos

« Identifier les raisons de ses douleurs. Inciter à faire plus d'activité physique modérée et puis classiquement à aller nager et éventuellement faire des séances de renforcement musculaire. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informer

« Alors là on a reçu pas mal d'information. Je demande au niveau de l'anamnèse s'il y a des antécédents et si ce n'est pas le cas on dit justement qu'il y a la possibilité de faire le dépistage surtout s'il a des troubles digestifs. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Plutôt le test FIT

« Classiquement, si cela n'a pas déjà été fait, on fait une recherche de sang dans les selles, et puis si c'est positif on va aller plus loin. Si c'est négatif on va pas forcément faire une coloscopie mais on va surveiller. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Je l'ai déjà vu, mais je ne l'utilise pas forcément. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« On est en première ligne parce que les gastroentérologues ils voient des gens malades. »

- Facteurs facilitateurs : Patients informés au préalable

« Informer plus dans les médias, soit à la télé, à la radio, soit dans les journaux. Car surtout si c'est pris en charge les gens ont plus tendance à se faire dépister. »

- Obstacles : Charge de travail, pas la priorité

« Ce qui m'empêcherait moi c'est la charge de travail. Parce que ben dès fois on a du monde et les gens viennent pour x et pas forcément pour après voir pour y. Quand ils viennent avec les documents souvent ils viennent que pour ça mais dans le cadre d'une consultation je ne vais pas forcément l'aborder. »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Tout à fait d'accord

« Exact, parce qu'il faut vraiment prendre une consultation pour ça. Je pense que ce qui faudrait faire, c'est que quand un patient vient avec les documents voilà on facture la consultation TARMED mais il faudrait peut-être un incitatif financier supplémentaire pour qu'on génère plus de temps. »

- Procédure : Papier

« Je fais tout papier. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : D'accord

« J'ai reçu le formulaire que reçoivent le patient et j'avais eu toutes les peines du monde à comprendre qui fait quoi comment ça se passe, quelles pharmacies est incluses, ce n'était pas clair. Les patients disent qu'est-ce que je dois répondre. Certains ne comprennent pas ce que ça veut dire, déjà la formulation. Les solutions seraient par rapport au process de dire qu'ils y ont droit et puis quand on parle du cancer colon les gens ils sont pas informés de la problématique d'un point de vue épidémiologique. Si on parle du cancer du sein ou du poumon les gens sont tout de suite plus concernés. Je pense qu'il y a un effort qui doit être fait au niveau de la communication vraiment en amont pour éclairer les gens concernant cette problématique. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Positif

« Oui, je fais plus attention maintenant, c'est sûr. »

- Message aux médecins : Plus informer ses patients

« Trouver un moyen pour contacter tous ces patients qui sont dans la mature et qu'on n'arrive pas forcément à contacter. Les gens de 50 ans c'est déjà actif. »

- Message aux organisateurs du programme : Faire plus de pub

« Faites plus de pub dans les médias. Pourquoi pas organiser une journée du dépistage, travailler aussi avec les entreprises car la plupart des gens de 50 ans sont des gens actifs. »

- Autre : Rien

« Non, rien. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°3

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : Différent en fonction de l'âge

« Ben je regarde en fonction de l'âge, mais en gros c'est les risques cardiovasculaires, l'hypertension, s'ils ont du diabète et pis l'anamnèse familiale. Ça c'est le chapitre cardiovasculaire après il y a le chapitre oncologique où il y a le dépistage du cancer du côlon et celui du sein essentiellement. Il y a aussi tout ce qui est addiction, alcool, tabac, drogue, les conduites à risques. Après il y a aussi le carnet de vaccination et après peut-être l'activité physique, l'hygiène de vie. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Dépend du patient

« Ça dépend beaucoup du patient. S'il y a un patient qui a un profil plutôt cardiovasculaire ou si c'est un jeune qui fume beaucoup. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : Addictions + sexualité

« Celui des addictions et des MST, tout ce qui touche à la personne. Si elle n'est pas ouverte à nous en parler c'est ce qu'il y a de plus compliqué. »

- Responsabilité de la prévention : Médecin + patient

« D'une part aux soignants mais aussi aux patients car ils reçoivent des courriers, ils sont informés par les médias, on ne peut pas tout faire pour eux. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + informe du programme

« Ça dépend si je les prends en urgence ou pas, si j'ai 5 minutes ou une demi-heure. Ça dépend du temps à disposition et aussi le profil du patient parce qu'il y a des patients si j'ai du temps ils sont tout contents de parler du dépistage du cancer du côlon « je ne vous vois pas souvent, je vous rappelle qu'à votre âge faire ci, ça », je dirais aussi facteur de risque cardiovasculaire et je lui parlerais de ça (dépistage du cancer colorectal). »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informe

« Ça fait partie de mon screening. J'en parle. Je leur demande s'ils ont en déjà entendu parler autour d'eux, ce qui est très fréquent, il y a souvent eu des discussions de bistrot, avec des collègues. Après je demande s'ils ont déjà réfléchi pour eux-mêmes après je leur explique, je leur demande s'ils ont reçu un courrier. Et après s'ils sont ouverts je leur évoque les deux possibilités, la recherche de sang occulte, soit la coloscopie. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Les deux

« S'ils sont ouverts je leur évoque les deux possibilités, la recherche de sang occulte, soit la coloscopie. Je leur explique que ces examens sont hors franchise et après je leur explique les avantages et désavantages des deux systèmes. J'essaie d'être neutre mais après ils me demandent souvent qu'est-ce que vous en pensez. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Non je ne l'utilise pas mais je les informe de ça. Mais je ne leur donne pas le tableau, il est pas mal. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Ben d'informer je pense ça fait partie de la prévention. Moi je les informe, je leur dis qu'il existe actuellement deux programmes de dépistage mammographie et dépistage du cancer colon. Je les informe. Moi ça fait partie de ma check liste avec le patient. »

- Facteurs facilitateurs : Patients informés au préalable

« Si le patient est déjà informé c'est plus facile. S'il a reçu un courrier qu'il aurait lu, s'il a une idée précise de ce qu'il se veut. »

- Obstacles : Manque de temps

« Ça peut être par exemple le manque de temps après j'ai l'impression que la plupart du temps on peut trouver un petit moment. Si le patient n'est pas fâché. »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Pas vraiment d'accord

« Au final, je trouve que ça va, ça ne m'a pas prolongé mes consultations. Moi je ne trouve pas que ça prend énormément de temps. Ça dépend aussi du gastroentérologue, il y a qu'on doit imprimer les choses nous-même ça, ça prend peut-être un peu plus de temps y'en a d'autre où c'est eux qui envoient tout le courrier à la maison et ça c'est un gain de temps, j'apprécie. »

- Procédure : Papier

« Je fais tout papier sinon ça me prendrait trop de temps. Parce qu'en fait je demande tout aux assistantes médicales de faire. C'est pour ça que je ne perds pas trop de temps. Sinon je ne pense pas que je le ferais. Je refuse de le faire depuis mon ordinateur. Moi je ne fais que parler au patient et une fois qu'il est d'accord c'est mes assistantes médicales qui s'occupent du reste. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Pas vraiment d'accord

« Sur papier je trouve ça va pas mal. S'ils enlèvent la formule papier je suis pas sûr que je continuerais à le faire. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Rien

« Non, je ne crois pas. »

- Message aux médecins : Plus de participation

« J'encourage à participer parce que c'est quand même utile, dans un cas on a eu quelqu'un qui avait un cancer incitu et j'ai trouvé trop chouette parce que si on n'avait pas fait, ça aurait dégénéré. Ça a sauvé une vie donc dans ce sens-là je trouve c'est bien et très peu d'effet négatif. »

- Message aux organisateurs du programme : Garder version papier et faire participer les assistantes médicales

« Garder la version papier et voir si les assistantes médicales puissent faire quelque chose de pratique. Sinon je trouve ça se passe bien. On reçoit le retour, c'est assez rapide. »

- Autre : Lignes directrices plus claires

« Les listes d'attentes pour les coloscopies deviennent un peu longues. Ma question c'était est-ce qu'il faudrait faire plus de fit que de coloscopie. Parce que c'est vrai que j'arrive facilement à vendre une coloscopie à un patient. Si je suis décidé ils me suivent donc ça fait énormément de gens du coup je refais plus de FIT parce qu'il me semblait que le système était un peu dépassé. J'ai l'impression qu'on arrive facilement à convaincre pour la coloscopie. Comment ils voient ça, nous donner une ligne un peu plus claire, parce que pour moi la coloscopie c'est quand même le must. Mais là les délais me semblent un peu long alors je propose plutôt le FIT mais j'aimerais bien entendre peut-être une ligne un peu plus claire sur comment on doit faire. Comment intégrer tout ce monde parce que j'ai l'impression que le système devient dépassé. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°4

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : Différent en fonction de l'âge

« Alors activité physique, en général tabagisme pour qu'ils arrêtent, en fait c'est différent en fonction de l'âge. J'ai les jeunes je vais chercher le beanch breaking pour savoir s'ils s'alcoolisent le weekend, s'ils se mettent en danger et les MST. Sinon pour les autres c'est aussi l'alimentation, le sommeil. La coloscopie aussi, pour les femmes le contrôle gynécologique. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Tabac + activité physique

« J'adore faire l'arrêt du tabagisme et j'adore faire la promotion de l'activité physique. Leur dire du bien-être évoqué par l'activité physique et dire à ceux qui sont en surpoids qu'on peut être rond mais fit et pas forcément se focaliser sur le poids. C'est deux domaines ça marche bien. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : sexualité + comportements à risque

« Y'a plein de domaine difficile à aborder mais surtout en ce qui concerne la sexualité et les comportements à risque chez les jeunes car ils ne sont pas très à l'aise d'en parler, ni moi d'ailleurs. »

- Responsabilité de la prévention : Patient

« Aux patients avant tout et moi je suis là pour l'empowerment c'est à eux d'être conscient, on ne peut pas le faire pour tout le monde et on ne voit qu'une partie de la population. J'aime bien quand les gens arrivent et qu'ils disent qu'ils ont lu des choses. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + information du programme

« Si c'est un patient que je n'ai pas vu depuis longtemps, je vais vraiment traiter d'abord le mal de dos et après je vais dire mais à part ça. Ou de l'engager à revenir pour un check-up et dans le check-up y'a le dépistage. Mais tout patient en dessus de 50 maintenant c'est automatique grâce au programme de leur parler de la coloscopie. Une personne tabagique je dirais plutôt coloscopie plus que le FIT. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informe

« Plutôt en deuxième consultation pour faire un bilan complet. Je leur demande s'ils ont déjà entendu parler du programme de dépistage dans le canton de Vaud. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Les deux

« Un peu au feeling. D'abord pas les effrayer. C'est très patient dépendants. Un patient de 55 ans sportif, en bonne forme qui a pas d'antécédent franchement je me dis il a peu de facteur de risque je lui dis que jusqu'à 60ans le FIT doit suffire. Après le tabagique en surpoids qui mange trop de viande et bois du vin blanc je pense que la coloscopie est plus importante parce qu'il a plus de facteurs de risque. Donc c'est assez profil dépendant.

D'emblée je leur parle des deux méthodes et en fonction de leur réaction je rentre dans la discussion. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Non je ne l'utilise pas. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Primordial parce que ceux qui reçoivent les lettres y'en a pas beaucoup. J'ai l'impression que si nous on ne pose pas la question, si on les incite pas c'est un peu compliqué. »

- Facteurs facilitateurs : Patients informés au préalable

« Que le patient ait déjà eu une coloscopie que quelqu'un de son entourage ait déjà eu une coloscopie ou un cancer du côlon. Ça ça facilite. C'est l'information des patients sur la coloscopie de dépistage. La connaissance de l'entourage. »

- Obstacles : Langues

« Ce qui rend la chose vraiment difficile c'est les gens qui ne parlent pas français. C'est vraiment leur expliquer, des fois ils ont en fait déjà fait l'examen mais quand on a très peu de mot pour expliquer c'est compliqué. Est-ce que la documentation existe en plusieurs langues ? »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Tout à fait d'accord

« Tout à fait d'accord. C'est vraiment ça. En fait c'est tout ce qu'il y a autour quand on fait un check-up la coloscopie c'est une question sur 20. Avec ce TARMED ça devient de plus en plus compliqué. Pour faire un check-up complet 20 minutes c'est court. Alors souvent je leur dis de revenir et on discutera de ça plus en profondeur. Ce qui facilite c'est si les patients sont au courant, ça va plus vite. Une meilleure documentation plus compréhensible avec moins de texte et plus de tableau. »

- Procédure : Informatique

« Dès qu'on a parlé je fais d'emblée le papier, je me connecte je cherche le patient, je remplis les données avec la méthode de dépistage, j'imprime le document, j'enregistre dans le dossier. Je fais signer le document au patient et je leur explique qu'il faut qu'ils prennent ça lors de la coloscopie. Mais que le délai risque d'être assez long chez les gastroentérologues. Je le fais version informatique. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Pas d'accord

« Si internet marche franchement ça prend 4 minutes. C'est un coup à prendre. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Rien

« Non, pas forcément, d'être quand même conscient qu'on fait pas pareil pour tout le monde. »

- Message aux médecins : Plus de participation

« Que ce n'est pas très difficile d'inclure et que ça vaut la peine. »

- Message aux organisateurs du programme : Plus de gastroentérologue + guidelines

« Installer nous des gastroentérologues dans la région. Il faudrait des gastroentérologues attirés. Et est-ce que dans le programme on propose un arbre décisionnel pour tel patient on propose plus une méthode qu'une autre. Ça nous permettrait d'avoir une méthode plus reproductible à chaque fois. »

- Autre : Rien

« Non, rien. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°5

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : En amont

« Ben c'est des mesures qui permettent d'anticiper sur des maladies qui auraient un impact sur la vie des citoyens. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Dépend du patient

« Ça dépend de l'âge du patient. On va peut-être plus cibler pour les adolescents sur les addictions, comportements sexuels et les conduites à risque. Et sinon l'arrêt du tabac, contrôle du poids et le domaine cardiovasculaire. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : Aucun

« Je ne dirais pas, non, je crois on est assez bien outillé. Ça dépend des questions, si les patients se livrent spontanément. Je pense pour le cancer du côlon, ça a bien été médiatisé et les gens en parlent plus et ça fait boule de neige avec leurs voisins et famille. »

- Responsabilité de la prévention : Patient et Santé publique

« Santé publique en nous mandatant pour ça. Il y a aussi des journaux qui sont très bien fait pour ça maintenant qui abordent des sujets de prévention. Sinon la responsabilité est personnelle mais il doit être informé, nous on doit juste un peu faciliter. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + tabac + information du programme

« On va installer un petit message sur le tabac, on regarde à quel stade de dépendances ils sont. Pour le dos, on commence s'il y a quelque chose d'organique ou pas depuis quand il a mal au dos, s'il y a une histoire familiale et voir s'il peut investir au niveau conditionnement physique. S'il a 55 ans c'est un bon âge pour discuter d'autre chose en lui proposant un examen général avec des discussions préventives essentiellement. J'aborde le thème du dépistage du cancer colorectal s'ils viennent pour un check-up et qu'ils ont l'âge. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informe

« Ils ont tous plus ou moins entendu parler de la coloscopie, l'examen dans les selles c'est un peu moins fréquent. Mais ils connaissent en général quelqu'un qui a fait un examen. Mais c'est assez difficile d'aborder la question. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Les deux

« Il semble que le test de recherche de sang dans les selles soit suffisant et a un rendement un peu meilleur que la coloscopie avec le recul d'étude. Avant on partait pour la coloscopie d'emblée. Mais nous on est assez coloscopie parce que ça nous permet aussi de voir autre chose. On est un peu biaisé, c'est un biais cognitif. Mais si on veut être honnête on aurait pas besoin de la coloscopie pour tester ces éléments-là. Mais c'est peut-être plus rassurant pour les gens. Et si on passe à côté d'un polype qui saigne pas

forcément le jour du prélèvement moi je trouve c'est très limité techniquement comme ça. Donc une coloscopie est peut-être un examen un peu plus compliqué à faire. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Non je ne connais pas mais c'est ce qu'on résume quand on en parle. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Moi je me suis inscrit assez vite, je suis allé aux formations. Moi je n'ai pas de soucis avec ça, ça va beaucoup mieux que de faire une lettre complète aux collègues. La logistique suit bien. Y'a juste pour les étiquettes. Si on ne les a pas, on peut les avoir sur un autre site pour les patients qui n'ont pas été invités. Parce que moi j'inclus beaucoup de gens qui ont pas encore été invités. Notre rôle est primordial. »

- Facteurs facilitateurs : la procédure

« Moi je le trouve facile, les feuilles à remplir avec le patient elles sont vite envoyées. Je trouve que logistiquement ça suit, on est moins dans l'urgence. »

- Obstacles : code barre

« Moi je n'inscrivais pas les patients sur le lien direct informatique car ils avaient pas l'étiquette code barre. J'ai des collègues qui ont refusé de convoquer des patients parce qu'ils n'ont pas le code barre. Moi je sais comment le faire pour le chercher maintenant. Mais ça aurait été plutôt à la secrétaire du programme de dépistage à chercher les coordonnées complètes et faire suivre aux gastroentérologues. »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Pas d'accord

« C'est faux parce qu'il est inclus dans la consultation. Y'a un forfait de consultation exprès pour ça donc c'est ridicule de dire ça. De toute façon dans un check-up ça prend 5 minutes. »

- Procédure : Papier

« J'ai des feuilles d'inclusion, j'ai ma liste de patient avec les formulaires d'inscription qu'on remplit ensemble. Ce qui est juste un peu embêtant c'est mettre la signature du patient sur la première page déjà. Alors s'il n'y a pas l'étiquette le gastroentérologue les convoque pas. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Pas d'accord

« Pas du tout, ben non. Je ne sais pas comment ils font. Faut juste que le patient ait sa carte d'assurance, on peut même compléter avec l'assistante médicale. Moi je prévois des fois un rendez-vous que pour ça parce que c'est un forfait qui est hors LaMal. La partie du choix du gastroentérologue peut prendre du temps suivant la région. Si les gens ne savent pas vraiment où ils veulent aller, le médecin doit peut-être choisir quelqu'un pour eux qu'ils recommandent, en sachant que peut-être il y a de la place ou des délais assez long. Alors j'ai demandé à la fondation une liste des gastroentérologues qui participent, alors ça ils devraient la mettre à jour. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Rien

« Non, j'ai juste mis des notes par rapport aux étiquettes. »

- Message aux médecins : Plus de participation

« Pour inclure le programme certains ont peur un peu du côté administratif, au début c'est vrai j'ai mis du temps c'était compliqué parce qu'il fallait s'inscrire mais une fois que ça a démarré c'était facile. Donc ceux qui sont déjà inscrits pourrait conseiller les collègues.»

- Message aux organisateurs du programme : Invitation aléatoire des patients

« C'est que ça roule bien. Mais pour les invitations je ferais de l'aléatoire. »

- Autres : Fit au cabinet

« Je me suis dit le FIT on pourrait le faire au cabinet pourquoi ils doivent passer par le pharmacien. Comme ça ils ressortent avec leur FIT. Parce que déjà la pharmacie c'est pas confidentiel et on serait assez correct d'avoir les deux pendants, dire ben voilà : on peut commencer par un FIT si vous n'êtes pas sûr et ils repartiraient déjà avec un FIT. Et ils le ramènent ici, je trouve ça simplifierait. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°6

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : Suivi général

« Alors moi en général je fais les vaccins, les MST, tout ce qui est alcool, tabac, drogue activité physique, les yeux, les dents, la peau, je crois que c'est ça. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Dépend du patient

« Ça dépend qui j'ai en face de moi, je dirais volontiers le tabagisme mais si je vois que c'est une personne qui fait déjà de l'activité physique et qui ne consomme pas trop d'alcool je vais plutôt aller sur le vaccin et pour quelqu'un de plus âgé, 50 et plus je vais aller plus sur la coloscopie, la prostate et la mammographie. Ça dépend aussi du temps que j'ai car ça se fait en plus du motif de consultation. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : Vaccin et tabac

« Je trouve les vaccins ça reste parfois difficile, sinon tabac. »

- Responsabilité de la prévention : Patient et santé publique

« Ben pour moi c'est partagé. Je fais de la prévention opportuniste. Je n'ai pas énormément de gens qui viennent pour un check-up. C'est à dire que moi je le fais volontiers en consultation mais je trouve ça vaut la peine qu'il y ait aussi des campagnes d'information, que ce soit aussi par d'autres soignants, le patient lui-même et tout ce qui est média. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + tabac

« Bon je vais commencer par le dos et je vais vraiment essayer d'axé sur ce qui va aider pour le dos et sa santé global et ça va être tout ce qui est activité physique, et puis après je lui demanderais s'il est d'accord de parler du tabagisme. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informe

« Je lui demande s'il a déjà entendu parler, moi je dis coloscopie parce que les gens souvent ils ne comprennent pas sinon si je parle du cancer du côlon mais si on dit coloscopie ils disent « ah oui j'ai quelqu'un dans ma famille qui a fait ». Je demande ce qu'ils en pensent, quelles sont les barrières et savoir s'ils ont reçu des lettres. Et après y'en a qui tout de suite ils savent qu'ils veulent faire ça et s'ils ne sont pas extrêmement clair je leur dis qu'on en rediscutera une autre fois. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Les deux en indiquant une préférence pour la coloscopie

« Je leur dis que pour le dépistage cantonal y'a deux méthodes qui sont recommandées et que c'est un choix à faire et puis après je leur dis que y'a la coloscopie avec les avantages et désavantages ou alors il y a le FIT avec ses avantages et les désavantages. Après s'ils me demandent mon avis moi je propose plutôt la coloscopie. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Non je ne le montre pas en consultation. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Ce qui a été confusio-gène c'est que ça a commencé en même temps que les pharmacies qui ont proposé un test de recherche de sang dans les selles et du coup c'était pas clair pour le grand public. Et moi je fais plus d'inclusion que moi je propose que des gens qui viennent avec des lettres et donc c'est moi qui informe. »

- Facteurs facilitateurs : Un seul papier à signer

« Ce qui est bien c'est que y'a qu'un papier à signer. »

- Obstacles : Procédure et délai des gastroentérologues

« Le programme informatique prend du temps. En plus, c'est arrivé qu'il y ait une patiente qui n'était pas dans le programme. En plus comme on doit l'imprimer le signer et chercher à l'imprimante c'est pas optimal et après il faut scanner et après nous on fax. Après le gros souci c'est les délais nous on a des gastroentérologues c'est plus de 6 mois d'attentes.»

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Pas d'accord

« Je dirais en première consultation peut-être mais pas sur un suivi mais je pense que dans un cas de médecine générale on doit être capable de prendre le temps pour une fois l'aborder. »

- Procédure : Informatique

« Je fais sur la plateforme informatique. Et j'ai remarqué que les femmes qui ont déjà fait la mammographie ont déjà plein de données et ça, ça aide. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Pas d'accord

« Non moi je trouve que c'est mieux qu'une autre procédure qu'on avait avant. Non je ne trouve pas que c'est si compliqué mais voilà nous on est informatisé après si on doit tout faire à la main ça pourrait être laborieux. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Positif

« Justement le FIT j'en étais toujours aux 3 tests donc ça je l'ai appris. »

- Message aux médecins : Plus de participation

« Une fois qu'on s'y est mis et qu'on le fait régulièrement ça va bien mais c'est vrai qui on le fait une fois tous les 5 mois c'est laborieux. Il faut le faire régulièrement. »

- Message aux organisateurs du programme : Inclure les personnes avec une anamnèse familiale

« Si on pouvait aussi inclure des gens qui ont des anamnèses familiales parce que je trouve que ce n'est pas très juste parce qu'ils sont plus à risque. Je trouve y'a un peu une discrimination. »

- Autres : Harmonisation purge pour coloscopie + disponibilité gastro
« Ce qui serait pas mal c'est que les procédures pour la purge soient harmonisée pour qu'on puisse déjà expliquer aux patients. Et il faudrait que tous les gastroentérologues fassent partis du programme et voir ce qui pourrait être fait au niveau des délais. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°7

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : En amont

« C'est tous les conseils qu'on peut donner pour se maintenir en bonne santé. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : hygiène de vie

« C'est sûrement le domaine, je dirais, cardiovasculaire mais il y en a des tas d'autres, l'alimentation par exemple. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : MST

« Oui peut-être les MST, c'est toujours des trucs qu'on aborde moins facilement. »

- Responsabilité : Médecin et patient

« Moi je pense que théoriquement c'est toujours au patient mais je pense c'est les deux, on a aussi un rôle à jouer et leur faire penser à ça. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + tabac + information du programme

« En tout cas je propose, noter que je lui demande s'il l'a déjà fait et je l'informe en lui disant : « vous savez actuellement y'a un programme qui propose le dépistage ». Et je lui demande aussi biensûr s'il n'a jamais pensé à arrêter de fumer. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informe

« J'essaie de savoir s'il y a des facteurs de risque en faisant l'anamnèse et si y'a un parent par exemple je leur dis qu'il faudrait faire mais s'ils ont pas de symptôme je leur dis que ça serait bien un de ces jours mais je suis pas pour les pousser à tout prix. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Plutôt la coloscopie

« C'est vrai que je suis assez colo parce que je trouve ces FIT ce n'est pas top, je leur dis que y'a deux méthodes mais que si le FIT est positif, il faut de toute façon faire une colo et si le polype ne saigne pas on peut même pas analysé. Ouais je suis assez colo. Je pense que c'est comme ça qu'on a été élevé. Avant on avait que les gâïacs et eux ils étaient vraiment mauvais. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Non je ne l'utilise pas je suis vraiment colo. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Ben moi j'imagine que c'est de le proposer ce programme parce que les gens sont pas forcément au courant, y'en a pas beaucoup qui ont été invité par le programme. Donc je pense c'est d'en parler. »

- Facteurs facilitateurs : Rien

« Rien, je trouve que tout va bien. C'est comme les femmes quand elles vont chez le gynéco savoir si elles font la mammographie, ça fait partie du check. »

- Obstacles : Oubli
« Non si ce n'est l'oubli. Je suis assez ouverte et d'accord avec le programme. »
- Avis sur l'obstacle manque de temps : Tout à fait d'accord
« Oui c'est vrai que des fois c'est un peu ça. Il faut nous donner plus de temps, je pense qu'il faudrait être assez organisé pour faire dans la première consultation. Souvent je marque « colo ? » et comme ça j'y pense. »
- Procédure : informatique
« Je fais tout sur informatique, si je peux entrer, si je retrouve mon mot de passe c'est bon. »
- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Plutôt d'accord
« C'est juste des fois compliqué quand je trouve pas les gens dans le programme. Alors souvent je téléphone au programme. Sinon je pense que c'est chronophage parce qu'il faut que je me log que je retrouve mon mot de passe et c'est vrai que ça prend du temps. Mais compliqué c'est pas, un peu chronophage mais c'est assez simple. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Rien
« Non, rien. »
- Message aux médecins : Rien
« Je pense qu'on est tous un peu près pareil à tous le proposer. »
- Message aux organisateurs du programme : Plus de gastroentérologues
« Avoir plus de gastro dans la région pour prendre des rdv à moins de 6 mois. »
- Autres : choix du gastroentérologue
« Est-ce que les gens ont le choix du gastro ? ça, ça serait une question que j'ai. Sinon je trouve qu'il est bien fait, c'est simple c'est vrai que ça prend du temps mais c'est simple.»

Cahier d'analyse de contenu entretien n°8

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : Suivi général

« Tout le suivi général de la santé d'une personne qui nous est confié ça va de la vaccination à l'hygiène de vie. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Dépend du patient

« Non, je dirais qu'on ne va pas aborder l'hygiène de vie si on voit que c'est une personne qui mange sainement et qui fait du sport. On cible en fonction de ce qui est prioritaire. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : Sexualité et comportements à risque

« En médecine générale, c'est avec les adolescents, les comportements à risque, les problèmes de sexualité aussi. »

- Responsabilité de la prévention : Médecin et patient

« Moi je dirais que c'est une responsabilité partagée, de la personne et du médecin. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + tabac

« Ça dépend du temps que j'ai, si j'ai plus de temps que juste pour analyser son dos. Si j'ai du temps pour m'y intéresser, je vais peut-être aborder le truc de la fumée. Si c'est une première fois je pourrai pas faire le tour de tout, je revois la personne pour faire le statu et les examens complémentaire si nécessaire. Je trouve c'est bien de faire les choses en plusieurs temps, déjà pour asseoir une certaine confiance. Tout dépend du contexte. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informe

« Alors en général je trouve c'est assez aidant d'avoir le programme de dépistage qui est en cours parce que y'a quelque chose qui est pas stigmatisant c'est une information générale, on s'est rendu compte que c'est un cancer fréquent et qui évolue lentement et donc c'est important de le détecter précocement et on a des outils de dépistage et on a la possibilité que ce ne soit pas à la charge du patient et c'est recommandé à partir de 50 ans. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Plutôt la coloscopie

« Je suis plus à encourager les gens à faire d'emblée une coloscopie et pas forcément passer par la case de test FIT, parce que je me dis que du moment qu'ils font la réflexion de se soumettre à un dépistage quelque part on veut d'emblée avoir un moyen de dépistage le plus efficace possible. Bon ce que je sais pas c'est par exemple avec les FIT si quelqu'un voulait pas la coloscopie mais faire avec le FIT je ne sais pas comment ça fonctionne. »

- Aide à la décision : utilisée

« Oui oui je l'utilise, ça permet de gagner du temps. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Ben je ne sais pas, être des vis à vis médicaux, je ne pense pas que les gens peuvent aller eux-mêmes regarder ce qu'il en est sur internet. Ils sont invités à en parler aux médecins et du coup on est en première ligne. Mais il y a peu de patients qui sont invités jusqu'à maintenant. »

- Facteurs facilitateurs : Patient informé au préalable

« Ce qui facilite c'est d'avoir quelques fois la manœuvre pour ne pas être déstabilisé. De l'avoir quelque fois ce n'est pas si compliqué. Et si plus facile si les gens viennent avec la fiche. »

- Obstacles : Oubli

« Si je dois être proactive. Parce que je suis sûr qu'il y a plein de gens qui passent à la trappe. Il faudrait prendre sa liste de patient et cibler tous ses patients qui ont plus de 50 ans. »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Tout à fait d'accord

« Oui, mais le manque de temps ça c'est pour le dépistage en général pas seulement pour le cancer colorectal. Parce que souvent on est préoccupé pour quelque chose et souvent on n'a pas forcément le temps. »

- Procédure : Informatique

« Je fais sur l'informatique. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Pas d'accord

« Moi je ne trouve pas trop une fois qu'on l'a fait. Ça a été compliqué à l'installer mais une fois que s'est mis en place c'est assez bon. En tout cas pour moi. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Rien

« Pas vraiment. »

- Message aux médecins : Plus de participation

« De s'y mettre, d'oser s'y mettre, je dirais les difficultés informatiques elles sont au départ après ça va. C'est assez bien fait. »

- Message aux organisateurs du programme : Tout va bien

« On est dès fois réfractaires pour le changement et on doit vaincre notre peur. Au départ je disais aïe aïe, mais c'était ma crainte de perdre du temps et que ce soit compliqué mais au final si on fait, je trouve que les explications sont claires. »

- Autres : Rien

« C'était assez facile d'entrer dans le sujet du dépistage du cancer du côlon parce que j'étais assez convaincu. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°9

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : Trop négligé

« C'est que je trouve que c'est trop négligé et pas assez encouragé par le système de santé. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Hygiène de vie

« Ce qui est cardiovasculaire, hygiène de vie plus globalement. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : MST

« Les MST. »

- Responsabilité de la prévention : Médecin et patient

« A nous comme personnel soignant pour sensibiliser les gens, après la balle est dans leur camp. On peut soutenir et être à disposition. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos + tabac

« Donc ce qu'on aborde en dehors du mal de dos ben on aborde le problème de la cigarette. Faire une anamnèse familiale par système de digestif, une analyse alimentaire. Après s'il vient pour un mal de dos j'aborde pas forcément pour le dépistage du cancer colorectal. S'il vient pour un check-up j'aborde mais sinon pas. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informe

« Je vais voir ce que lui il sait du cancer colorectal, lui demander si dans la famille y'a des gens qui ont eu des cancers. Je vais lui faire part que c'est un des cancers les plus fréquents et pour lequel il existe un mode de dépistage qui est fiable. Sans qu'il y ait de faux positifs. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Les deux en indiquant une préférence pour la coloscopie

« On va dire que j'essaie dans toute la mesure du possible d'être neutre mais j'ai peut-être de la peine à cacher que si on veut voir quelque chose et avoir un meilleur degré de certitude évidemment on voit mieux avec une caméra. Après j'irais vers le FIT test chez quelqu'un qui a par exemple 80 ans. Si y'a des personnes qui sont réfractaires de la coloscopie je propose quand même le FIT test. L'un dans l'autre j'essaie d'être le plus neutre possible et j'essaie de pas montrer que si c'était pour moi je ferais une coloscopie. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Non je n'ai pas pensé à le reprendre mais ça serait une bonne idée. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Ben c'est d'essayer d'y penser le plus systématiquement possible et pas avoir trop de scrupule par rapport aux gastros. »

- Facteurs facilitateurs : Patients informés au préalable

« Alors je pense que malgré tout que les gens nous amènent le document ça nous rappelle. Je pense que c'est une bonne chose qu'ils reçoivent le document parce que moi je n'y pense pas toujours pourtant je prends beaucoup de temps avec les gens mais c'est vrai que je vais pas forcément y penser. Tandis que là les gens ils pensent à dire qu'ils veulent parler du cancer colon quand ils fixent le rendez-vous. Donc c'est bien d'envoyer les documents. »

- Obstacles : Disponibilité gastroentérologues

« Dès fois j'ose plus en parler trop fort non plus parce que des gastroentérologues, je les ai au bout du fil, ils ont un pied dans la tombe tellement ils en peuvent plus de faire des coloscopies de dépistage. Je me rends compte qu'on est pas réaliste avec ces coloscopies de dépistage. Ils arrivent plus à suivre les gastros. »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Pas vraiment d'accord

« Le temps faut le prévoir, donc oui et non, parce que si le patient prend un rendez-vous pour ça ce n'est pas du temps perdu faut simplement le prévoir. »

- Procédure : Papier

« Alors on a les documents papiers qui d'ailleurs vous pouvez demander à l'assistante médicale, c'est elle qui peste dessus pourtant elle est efficace. Y'a quelque chose qu'on a de la peine à structurer. Mais moi j'ai le joli rôle. Mais elle, elle y passe vingt minutes. »

- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Tout à fait d'accord

« Oui tout à fait d'accord. Mais pour moi ce n'est pas très clair, qui reçoit les documents de retour. Je ne sais pas si le patient a reçu la copie ou pas. De mon point de vue y'a un flou. Je ne sais pas où en sont les choses. C'est un peu dé-sécurisant. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Positif

« Non, juste sensibiliser aux documents qui sont bien faits. »

- Message aux médecins : Rien

« Non pas spécialement »

- Messages aux organisateurs du programme : manque de clarté

« Que c'est une bonne initiative, si on pouvait un peu simplifier je ne sais pas comment, y'a quelque chose qui manque de clarté. »

- Autre : Rien

« Non. »

Cahier d'analyse de contenu entretien n°10

Thème 1 : Prévention

- Définition prévention : En amont

« Je pense que probablement on en fait pas assez par manque de temps alors qu'il y aurait beaucoup de chose qu'on devrait prévenir, et le système ne valorise pas vraiment ça. Moi je parle beaucoup de prévention de stress au travail mais finalement agir en amont. J'ai un très haut taux de réussite de sevrage de tabac. »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus important(s) : Tabac

« Peut-être le tabac »

- Domaine(s) de prévention le(s) plus difficile(s) à aborder : Dépendances

« L'alcool, les autres dépendances »

- Responsabilité de la prévention : Santé publique

« Je pense que pour beaucoup de situation de prévention ça devrait être beaucoup plus politisé et scolarisé enfin les autorités sanitaires n'en font pas assez. »

Thème 2 : Pratique

- Consultation générale : Traitement du mal de dos

« Par la force des choses, ce n'est pas systématiquement qu'on va aborder les problèmes de prévention. Par contre c'est des choses que je fais pour des check-up. »

- Consultation axée sur le dépistage du cancer colorectal : Informer

« En fonction de l'âge du patient c'est différent. Mais je leur dis que dans votre âge ce qui est nécessaire en médecine préventive c'est le dépistage du cancer de la prostate et du cancer colorectal. »

- Proposition de la méthode de dépistage : Les deux

« Selon les recommandations, en identifiant le patient haut risque bas risque en expliquant le pour et le contre de chacun et en laissant finalement la personne décider. »

- Aide à la décision : Pas utilisée

« Non je ne l'utilise pas, j'utilise très peu les papiers, je parle. »

Thème 3 : Programme vaudois de dépistage du cancer colorectal

- Rôle des médecins de famille : Informer

« Je pense qu'on est le premier pare-feu, bien sûr y'a des campagnes mais au fond on est bien placé pour discuter de ça parce qu'il y a un rapport de confiance. Donc je pense qu'on a un rôle assez important. »

- Facteurs facilitateurs : Rapport de confiance

« Le rapport de confiance. »

- Obstacles : Rien

« Pas grand chose. »

- Avis sur l'obstacle manque de temps : Pas d'accord

« En 5 minutes on s'exprime clairement, ce n'est pas un problème. »

- Procédure : Assistante médicale
- « J'ai une médecin assistante qui fait par informatique, elle le fait très bien à ma place. »
- Avis sur l'obstacle de la procédure complexe et chronophage : Pas d'accord
- « On a à faire à des médecins un peu sclérosés et moi c'était mon principal argument mais pour ma collègue qui fait ça c'est très facile. »

Thème 4 : Autres

- Effet du sondage : Rien
- « Non, rien. »
- Message aux médecins : Plus de participation
- « Je pense que c'est de notre devoir de participer. »
- Message aux organisateurs du programme : Plus de clarté
- « Ce n'est pas très clair, y'a des patients qui viennent en disant qu'ils ont entendu parler du dépistage mais qui ont pas reçu l'invitation, et je sais pas au fond qu'est-ce qu'on dit aux gens : « attendez votre tour viendra ? » ou est-ce qu'on fait ça maintenant parce qu'on a décidé. Pour moi ce n'est pas clair. »
- Autre : Rien
- « Non, je n'ai rien à rajouter. »

L'IDHEAP en un coup d'oeil

Champ

L'IDHEAP, créé en 1981, se concentre sur l'étude de l'administration publique, un champ interdisciplinaire (en anglais Public Administration) visant à développer les connaissances scientifiques sur la conduite des affaires publiques et la direction des institutions qui en sont responsables. Ces connaissances s'appuient sur plusieurs disciplines des sciences humaines et sociales, comme le droit, l'économie, le management et la science politique, adaptées aux spécificités du secteur public et parapublic. L'IDHEAP est le seul institut universitaire suisse totalement dédié à cet important champ de la connaissance. Il est intégré dans la Faculté de droit, des sciences criminelles et d'administration publique de l'Université de Lausanne.

Vision

A l'interface entre théorie et pratique de l'administration publique, l'IDHEAP est le pôle national d'excellence contribuant à l'analyse des mutations du secteur public et à une meilleure gouvernance de l'Etat de droit à tous ses niveaux, en pleine coopération avec ses partenaires universitaires suisses et étrangers.

Mission

Au service de ses étudiants, du secteur public et de la société dans son ensemble, l'IDHEAP a une triple mission qui résulte de sa vision:

- Enseignement universitaire accrédité au niveau master et post-master, ainsi que formation continue de qualité des élus et cadres publics;
- Recherche fondamentale et appliquée en administration publique reconnue au niveau national et international, et valorisée dans le secteur public suisse;
- Expertise et conseil indépendants appréciés par les organismes publics mandataires et enrichissant l'enseignement et la recherche.