



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 11 octobre 2023 à Poitiers
Par Monsieur Maxime KEREDEL

Motivations et réticences des patients tabagiques chroniques au dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique à faible dose d'irradiation

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Docteur Étienne-Marie JUTANT
Monsieur le Docteur Édouard FIRMIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Kévin FOUET



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement
Le 11 octobre 2023 à Poitiers
Par Monsieur Maxime KEREDEL

**Motivations et réticences des patients tabagiques chroniques au dépistage
du cancer pulmonaire par scanner thoracique à faible dose d'irradiation**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE

Membres : Monsieur le Docteur Etienne-Marie JUTANT
Monsieur le Docteur Edouard FIRMIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Kévin FOUET

LISTE DES ENSEIGNANTS

Année universitaire 2023 – 2024

SECTION MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY Marion, santé publique – **Référente égalité-diversité**
- BINET Aurélien, chirurgie infantile
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biochimie et biologie moléculaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation – **Assesseur 2nd cycle**
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DONATINI Gianluca, chirurgie viscérale et digestive
- DROUOT Xavier, physiologie – **Assesseur recherche**
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie – **Assesseur 2nd cycle, stages hospitaliers**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Rodrigue, cardiologie
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUT Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (*en disponibilité*)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, médecine d'urgence
- NASR Nathalie, neurologie
- NEAU Jean-Philippe, neurologie – **Assesseur pédagogique médecine**
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie – **Doyen, Directeur de la section médecine**
- PELLERIN Luc, biologie cellulaire
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique

- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire – **Assesseur L.AS et 1^{er} cycle**
- PERRAUD CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- PUYADE Mathieu, médecine interne
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, gastro-entérologie, hépatologie – **Assesseur 3^e cycle**
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie – **Assesseur 1^{er} cycle**
- THILLE Arnaud, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BRUNET Kévin, parasitologie et mycologie
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie – **Référente relations internationales**
- EGLOFF Matthieu, histologie, embryologie et cytogénétique
- EVRARD Camille, cancérologie
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique (*en dispo 2 ans à/c du 31/07/2022*)
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (*absente jusqu'au 29/12/2023*)
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (*en mission 1 an à/c 01/11/2022*)
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne – **Assesseur 2nd cycle**
- MASSON REGNAULT Marie, dermato-vénéréologie
- PALAZZO Paola, neurologie (*en dispo 5 ans à/c du 01/07/2020*)
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- PIZZOFERRATO Anne-Cécile, gynécologie-obstétrique
- RANDRIAN Violaine, gastro-entérologie, hépatologie
- SAPANET Michel, médecine légale

- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire
- VALLEE Maxime, urologie

Maître de Conférences des universités de médecine générale

- MIGNOT Stéphanie

Professeur associé des universités des disciplines médicales

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

Professeur associé des universités des disciplines odontologiques

- FLORENTIN Franck, réhabilitation orale

Professeurs associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- AUDIER Pascal
- BIRAULT François
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Régis
- BONNET Christophe
- DU BREUILLAC Jean
- FORGEOT Raphaële
- JEDAT Vincent

Professeurs émérites

- BINDER Philippe, médecine générale (08/2028)
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie (08/2028)
- GIL Roger, neurologie (08/2026)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023) – renouvellement 3 ans demandé – en cours
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale (08/2025)
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire (08/2028)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2024)
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (30/11/2024)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2026)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie ; hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice

- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GILBERT-DUSSARDIER Brigitte, génétique
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- HERPIN Daniel, cardiologie (ex-émérite)
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

SECTION PHARMACIE

Professeurs des universités-praticiens hospitaliers

- DUPUIS Antoine, pharmacie clinique – **Assesseur pédagogique pharmacie**
- FOUCHER Johann, biostatistiques
- GREGOIRE Nicolas, pharmacologie et pharmacométrie
- MARCHAND Sandrine, pharmacologie, pharmacocinétique
- RAGOT Stéphanie, santé publique

Professeurs des universités

- BODET Charles, microbiologie
- CARATO Pascal, chimie thérapeutique
- FAUCONNEAU Bernard, toxicologie
- FAVOT-LAFORGE Laure, biologie cellulaire et moléculaire
- GUILLARD Jérôme, pharmacochimie
- IMBERT Christine, parasitologie et mycologie médicale
- OLIVIER Jean-Christophe, pharmacie galénique, biopharmacie et pharmacie industrielle – **réfèrent relations internationales**
- PAGE Guylène, biologie cellulaire, biothérapeutiques
- RABOUAN Sylvie, chimie physique, chimie analytique (**retraite au 01/12/2023**)
- SARROUILHE Denis, physiologie humaine – **Directeur de la section pharmacie**

Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers

- BARRA Anne, immuno-hématologie
- BINSON Guillaume, pharmacie clinique
- THEVENOT Sarah, hygiène, hydrologie et environnement

Maîtres de conférences

- BARRIER Laurence, biochimie générale et clinique
- BON Delphine, biophysique
- BRILLAUD Julien, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, microbiologie (HDR)
- CHAUZY Alexia, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGE Marie, chimie analytique
- DELAGE Jacques, biomathématiques, biophysique
- GIRARDOT Marion, biologie végétale et pharmacognosie
- INGRAND Sabrina, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, pharmacochimie (HDR)
- PAIN Stéphanie, toxicologie (HDR)
- PINET Caroline, physiologie, anatomie humaine
- RIOUX-BILAN Agnès, biochimie – **Référente CNAES – Responsable du dispositif COME'in – référente égalité-diversité**
- TEWES Frédéric, chimie et pharmacotechnie (HDR)
- THOREAU Vincent, biologie cellulaire et moléculaire
- WAHL Anne, phytothérapie, herborisation, aromathérapie

Maîtres de conférences associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwin, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- ARANZANA-CLIMENT Vincent, pharmacologie
- KAOUAH Zahyra, bactériologie
- MOLINA PENA Rodolfo, pharmacie galénique

Professeur émérite

- COUET William, pharmacie clinique (08/2028)

CENTRE DE FORMATION UNIVERSITAIRE EN ORTHOPHONIE (C.F.U.O.)

- GICQUEL Ludovic, PU-PH, **directeur du C.F.U.O.**
- VERON-DELOR Lauriane, maître de conférences en psychologie

ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS

- DEBAIL Didier, professeur certifié

CORRESPONDANTS HANDICAP

- Pr PERDRISOT Rémy, section médecine
- Dr RIOUX-BILAN Agnès, section pharmacie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Claude MEURICE, président du jury,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en remercie. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux et ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Etienne-Marie JUTANT,
Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Monsieur le Docteur Edouard FIRMIN,
Je te remercie grandement d'avoir accepté d'être présent pour ce jour spécial. Je te sais très attaché à la prévention, j'espère que ce travail pourra t'aider au quotidien avec tes patients.

A Monsieur le Docteur Kévin FOUET,
Merci à toi de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail. J'ai aimé travailler sur ce sujet qui me tient à coeur. Je te souhaite une belle année de vadrouille autour du monde avec la miss.

Aux vingt et un patients interrogés,
Merci de m'avoir accordé quelques minutes de votre temps pour la réalisation de ce travail.

A mes maîtres de stage en Niveau 1, Marielle, Sophie, Paul, et de SASPAS, Laurence, Andréa, Patrick, je vous remercie de m'avoir transmis votre passion pour la médecine générale et de m'avoir appris la réalité du terrain.

Aux différentes équipes médicales et paramédicales rencontrées tout au long de mon internat, les urgences et la médecine polyvalente à La Rochelle, la pédiatrie à Saintes, et la gériatrie à Rochefort. J'ai passé des stages formateurs qui me servent dans ma pratique quotidienne.

A mes amis,

Les vieux rennais, Bizuthor et Romiche, présents depuis le début de ce périple, Jérem, Thibault la boulish et Natacha (je vous souhaite une belle année de kiffance absolue en Nouvelle-Calédonie !), Coco... Merci pour ces années d'externat et ces bons moments passés ensemble.

A Maryne et Marion, les "p'tits culs" de la pédiatrie. Merci d'avoir rendu ce semestre Covid aussi fun malgré les circonstances. Mon jardin vous sera toujours ouvert.

A Chacha, merci pour cette belle amitié depuis les urgences.

Aux amis charentais, Yvan, Mathilde, chef Manu, ma demi-bretonne Chloé, Ouisky, Kévin, miss Maeva, coach Minh-Tam, Eléonore, Wahid, ... Vous avez été les meilleurs co-internes / amis sur lesquels on puisse tomber durant son internat.

A ma famille,

Papa, Maman, merci pour votre soutien infaillible depuis maintenant 12 ans. Vous m'avez accompagné dans les joies, les peurs, les craintes et encore aujourd'hui les délivrances des études de médecine, et je vous en suis énormément reconnaissant pour tout ça.

A mes 2 petites mamies, qui doivent être fières de là où elles sont. Je pense à vous et je vous embrasse.

A mes frères et soeur, Romain, poursuis ton entraînement, j'arrive te challenger l'été prochain ; Victor, mon traducteur trekking, opérationnel pour un nouveau tour ; Flavie, profite d'Oxford, ça sera une expérience enrichissante, et au besoin, on sera toujours présent.

Aux valeurs ajoutées, Lucie et Anaëlle, c'est pas parce que je suis devenu docteur que je vais vous laisser gagner aux jeux de société. Ne comptez pas la-dessus.

A Charlie, la boule de poil, présent depuis la P1 où tu me volais mes stabilos.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	10
1- Epidémiologie.....	10
2- Caractéristiques du cancer.....	10
3- Le dépistage du cancer pulmonaire.....	11
4- Recommandations en France.....	12
MATERIEL ET METHODE.....	14
1- Type et population d'étude.....	14
2- Critère de jugement principal.....	14
3- Critère de jugement secondaire.....	14
4- Critères d'inclusions.....	14
5- Critères d'exclusions.....	14
6- Mode de recrutement.....	15
7- Déroulement des entretiens.....	15
8- Recueil des données.....	15
9- Analyse des données.....	15
10-Considérations éthiques.....	16
10.1- Saisie et traitements des données.....	16
10.2- Commission d'éthique.....	16
RESULTATS.....	17
A- ENTRETIENS ET ECHANTILLON FINAL.....	17
1- Caractéristiques des entretiens.....	17
2- Caractéristiques des participants.....	17
B- LES MOTIVATIONS AU DEPISTAGE.....	18
1- Opinion générale.....	18
2- Une motivation au dépistage en lien avec la santé.....	19
2.1- Un besoin de réassurance.....	19
2.2- La présence de symptômes.....	19
3- Une motivation au dépistage en lien avec le tabac.....	20
3.1- Une motivation pour l'arrêt du tabac.....	20
3.2- Une motivation pour l'accompagnement dans le tabac.....	20
3.3- L'occasion d'une nouvelle sensibilisation sur le tabac.....	20
4- Une motivation par le cercle familial.....	21
5- La sensibilisation externe au dépistage.....	21
5.1- Le rôle du monde médical.....	21
5.2- Le rôle de la sécurité sociale.....	22
5.3- Le rôle des médias.....	23
5.4- Le rôle des témoignages.....	23
C- LES FREINS AU DEPISTAGE.....	24
1- Des freins liés au patient.....	24
1.1- La peur du résultat.....	24
1.2- Le déni du résultat.....	25
1.3- L'absence de symptômes.....	25
1.4- Par manque de temps.....	25

2- Des freins liés à l'examen.....	25
2.1- La disponibilité des examens.....	25
2.2- L'aspect technique de l'examen.....	25
2.3- L'aspect financier de l'examen.....	26
2.3.a. Le cout direct.....	26
2.3.b. Le cout indirect.....	26
2.4- L'irradiation de l'examen.....	26
3- Des freins liés au sevrage tabagique proposé.....	27
4- Un épuisement du monde médical.....	27
 D- CONSEQUENCES DU DEPISTAGE SUR LA CONSOMMATION TABAGIQUE.....	28
1- Un impact psychologique.....	28
2- Un impact en lien avec le résultat du scanner.....	29
2.1- Le permis de fumer.....	29
2.2- Une réaction en cas de lésion pulmonaire.....	29
2.3- Une indécision sur la réaction.....	30
2.4- Une absence d'impact.....	30
 DISCUSSION.....	31
A- FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	31
1- Les forces.....	31
2- Les faiblesses.....	31
 B- ANALYSE DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.....	32
1- Motivations et réticences.....	32
1.1- Motivations.....	32
1.2- Réticences.....	33
2- Impact sur la consommation tabagique.....	34
 CONCLUSION.....	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES.....	42
RESUME.....	46
SERMENT.....	47

LISTE DES ABBREVIATIONS :

STLD : Scanner Thoracique low-dose

HAS : Haute Autorité de Santé

InCa : Institut National du Cancer

IDE : Infirmière Diplômée d'État

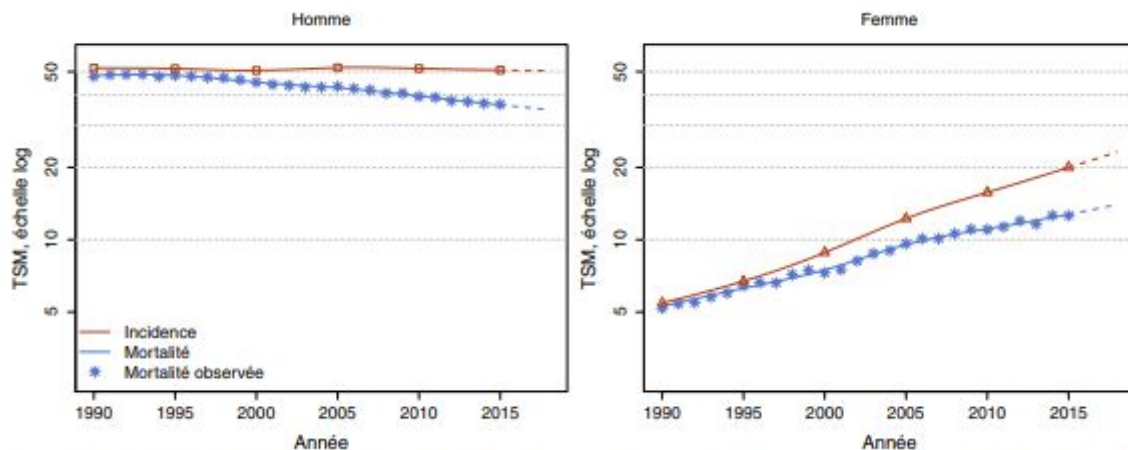
ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

INTRODUCTION

A- Epidémiologie

En France, le cancer du poumon est le 3ème cancer en terme d'incidence, tous sexes confondus avec 52 000 nouveaux cas en 2023. Il se positionne en 2ème position chez l'homme, derrière le cancer de la prostate, avec 33 000 nouveaux cas diagnostiqués en 2023, et en 3ème position chez la femme, derrière le cancer du sein et le cancer colorectal, avec 19 000 nouveaux cas en 2023 [1]. En revanche, il est la première cause de décès par cancer en France avec 33 100 décès en 2018 soit environ 20% des décès par cancer.

L'incidence du cancer du poumon est plus élevée chez les hommes, tous âges confondus, mais nous notons une forte augmentation du taux d'incidence chez la femme de + 4,3% par an, au cours des 2 dernières décennies (graphique 1) [1]. Cette hausse est essentiellement liée à l'augmentation de la consommation tabagique chez la femme, principal facteur de risque du cancer pulmonaire. [2]



Graphique 1 : Taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon en France de 1990 à 2018

Source : *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 - Tumeurs solides*

L'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez l'homme, 66 ans chez la femme et l'âge médian au moment du décès est respectivement de 69 ans et 68 ans. La survie nette standardisée à 5 ans pour les personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015 est de 20 % (18 % pour les hommes, 24 % pour les femmes) [1].

B- Caractéristiques du cancer

D'après l'étude française **KBP-2020** [3], la découverte du cancer broncho-pulmonaire se fait principalement lorsque le patient est symptomatique (environ 73%), de manière fortuite (24%) ou asymptomatique suite à une forte suspicion, ou un dépistage individuel opportuniste (4%).

Les travaux d'Addi et al [4] en 2022 ont montré que 31% des cancers pulmonaires non dépistés sont diagnostiqués au stade localisé (de 0 à IIB) contre 69% à des stades localement avancés et métastatiques (IIIA à IVB). Or, la survie d'un cancer diagnostiqué au stade IV est inférieure à 10% à 5 ans alors qu'elle est de plus de 50% pour les stades localisés opérables. [5]

C- Le dépistage du cancer pulmonaire

La mortalité imputable au cancer du poumon est donc en partie liée à un diagnostic tardif. L'intérêt du dépistage du cancer broncho-pulmonaire a été mise en évidence par plusieurs études observationnelles multicentriques de forte puissance et niveau de preuve élevé.

En 2011, l'étude américaine **NLST** (*National Lung Screening Trial*) [6] a montré une diminution significative de 20% de la mortalité du cancer du poumon chez les patients dépistés par scanner thoracique à faible dose, sans injection, versus la radiographie thoracique ($p = 0,004$). De plus, elle démontre une réduction de la mortalité toutes causes confondues de 6,7% ($p = 0,02$). Il s'agissait d'un essai randomisé avec un dépistage annuel par radiographie pulmonaire ou STLD, pendant 3 ans, incluant plus de 50 000 fumeurs âgés de 50 à 74 ans et ayant un tabagisme cumulé d'au moins 30 paquets-années, actif ou sevré depuis moins de 15 ans.

En Europe, l'étude néerlandais-belge **NELSON** (*Netherlands-Leuven Longkanker Screenings Onderzoek*) [7] a également montré une diminution significative de la mortalité par cancer du poumon à 10 ans de 24% avec un dépistage par STLD sur 3 ans, versus l'absence de dépistage. Il s'agissait d'un essai comparant le dépistage du cancer du poumon chez des patients fumant plus de 15 cigarettes/jour pendant plus de 25 ans, ou plus de 10 cigarettes/jour pendant plus de 30 ans, actifs ou sevrés depuis moins de 10 ans, avec un rythme de surveillance par STLD à T0, 1 an, 3 ans et 5 ans de façon optionnelle, versus les soins courants, sans dépistage.

Bien que les premiers résultats à 5 ans de l'essai italien **MILD** (*Multicentric Italian Lung Detection*) [8] n'aient pas montré de réduction de la mortalité dans le bras du dépistage par STLD, les résultats de **MILD** à long terme, à 10 ans [9], eux, sont en faveur d'une réduction significative de 39% de la mortalité par cancer du poumon à 10 ans, dans le bras de dépistage par STLD. Cet essai a également montré une diminution non significative de 20% de la mortalité globale.

L'étude française **DEPISCAN** [10] a comparé, annuellement initialement puis bisannuellement, le dépistage par STLD versus le dépistage par radiographie pulmonaire. Cette étude avait pour objectif de démontrer la faisabilité du dépistage par STLD et non pas de démontrer une réduction de mortalité du cancer bronchopulmonaire par ce dernier.

Un autre essai italien, **DANTE** (*Detection And screening of early lung cancer with Novel imaging TEchnology*) [11] [12] (dépistage par STLD versus visite annuelle, pendant 4 ans, avec radiographie pulmonaire et cytologie des expectorations à l'entrée), n'a pas objectivé d'efficacité du dépistage par STLD, probablement en raison de sa puissance statistique limitée.

D- Recommandations en France

Ce constat encourage à la mise en place d'un programme de dépistage du cancer du poumon et à la prévention tabagique.

Pourtant en France, à ce jour, il n'existe pas de dépistage organisé du cancer pulmonaire. En 2013, parmi les médecins généralistes, pneumologues et oncologues thoraciques, seulement un tiers recommandaient le dépistage du cancer du poumon dans la pratique quotidienne, dont 20 % des médecins généralistes. De plus, 94% de ces derniers utilisaient principalement la radiographie thoracique. [13] Or, d'après l'étude **PLCO** (*Prostate, Lung, Colorectal and Ovarien Cancer Screening*) [14] le dépistage du cancer pulmonaire par radiographie thoracique n'a pas montré de bénéfice significatif sur la mortalité de celui-ci.

En 2016, la Haute Autorité de Santé se prononçait en défaveur du dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique à faible dose d'irradiation, estimant que toutes les conditions pour une mise en application fiable et sûre n'étaient pas réunies, énonçant les arguments suivants [15, 16] :

- La maladie est difficilement détectable à un stade précoce à cause de sa rapidité d'évolution.
- L'examen de dépistage disponible n'est pas adapté. Le scanner thoracique, bien qu'à faible dose, reste un examen irradiant. La question du risque de cancers induits par les radiations se pose compte tenu du fait qu'il devra être répété et réalisé régulièrement dans le cadre du dépistage. De plus, cet examen génère trop de faux positifs (jusqu'à 90%).
- Les possibilités de traitements sont restreintes, même à un stade précoce de la maladie. Ils sont essentiellement chirurgicaux, lourds, et réalisables dans certains cas uniquement, selon l'état général du patient et les caractéristiques de la tumeur.
- Les personnes qui pourraient bénéficier d'un dépistage ne sont pas précisément identifiables. Il n'existe pas de repères précis (nombre de cigarettes fumées, ancienneté du tabagisme) permettant d'identifier avec exactitude les fumeurs les plus à risque de développer un cancer du poumon.
- La réduction de la mortalité grâce à ce dépistage n'est pas établie dans le contexte français.
- Les risques et inconvénients associés au dépistage par scanner thoracique sont nombreux, avec des complications parfois graves voire mortelles suite à l'exploration d'anomalies non cancéreuses identifiées au scanner. A l'inverse, les bénéfices très incertains.

Depuis cet avis de la HAS, les différentes études précédemment citées ont permis des méta-analyses de forte puissance et niveau de preuve élevé confirmant le bénéfice de la mise en place d'un programme de dépistage et notamment l'analyse groupée des 2 études italiennes **DANTE** et **MILD** [17], portant au total sur 6549 patients, qui a montré une réduction non significative de 11% de la mortalité toutes causes confondues, et une réduction non significative de 17% de la mortalité spécifique au cancer du poumon.

Le dépistage par scanner thoracique à faible dose est désormais recommandé par l'U.S Preventive Services Task Force aux Etats-Unis chez les patients fumeurs de plus de 20 paquets-années et de plus de 50 ans. [18]

Une étude de cohorte prospective française, **DEP KP 80** [19], en cours depuis 2016 dans le département de la Somme, a démontré la faisabilité d'un dépistage organisé du cancer broncho-pulmonaire par scanner à faible dose dans le contexte français. Celui-ci proposait trois STLD à 1 an d'intervalle chez les patients de 55 à 74 ans, fumeurs actifs ou ancien fumeurs < 15 ans, avec plus de 30 paquets-années de tabagisme. Après le deuxième tour de scanner, cette étude confirme encore la faisabilité et l'efficacité du dépistage du cancer du poumon dans le contexte français. [20]

Cependant, en janvier 2021, l'Académie de médecine française estime que le dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique à faible dose demeure non justifié, mais que cet examen pourrait contribuer à un bilan de santé chez les fumeurs et conduire vers des démarches d'arrêt du tabac [21]. Parallèlement, la HAS estime que l'état des connaissances est encore incomplet pour la mise en place d'un programme de dépistage organisé du cancer pulmonaire en France [22]. Malgré tout, elle incite désormais à la mise en place d'études en vie réelle et notamment d'un programme pilote par l'InCa permettant, avant le lancement d'un programme de dépistage organisé sur le territoire, de répondre à des questions de santé publique, éthiques et sociétales, de sécurité du programme de dépistage, d'impacts économiques et organisationnels et d'acceptabilité du dépistage par la population ciblée sur le sujet. [23]

En février 2021, l'Intergroupe francophone de cancérologie thoracique, la Société savante de pneumologie de langue française et la Société d'imagerie thoracique [24] ont émis des nouvelles recommandations sur le dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose, en se basant sur les critères des études **NLST** et **NELSON**.

La HAS, tout comme le groupe d'expert sus-mentionné souligne l'importance de la question de l'adhésion de la population éligible à ce programme de dépistage.

Par conséquent, dans cette étude, on cherchera dans un premier temps à définir les motivations et les réticences des patients à la réalisation d'un scanner thoracique à faible dose dans le cadre du dépistage du cancer broncho-pulmonaire, et dans un second temps, ses conséquences potentielles sur la consommation tabagique des patients.

MATERIEL ET METHODE

1- Type et population d'étude

Réalisation d'une étude qualitative, descriptive, menée par des entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de vingt et un patients, âgés de 50 à 74 ans révolus, habitant dans l'agglomération rochelaise, et fumeurs actifs.

2- Critère de jugement principal

Etude des motivations et des réticences au dépistage du cancer du poumon, par scanner thoracique à faible dose d'irradiation, chez des patients tabagiques actifs chroniques, de 50 à 74 ans.

3- Critère de jugement secondaire

Etude d'un impact potentiel sur la consommation tabagique au décours du dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose d'irradiation.

4- Critères d'inclusions

Nous avons repris les critères d'inclusions proposés par l'Intergroupe francophone de cancérologie thoracique, de la Société de pneumologie de langue française, et de la Société d'imagerie thoracique [24], qui étaient :

- patients hommes et femmes,
- de 50 à 74 ans révolus,
- tabagisme actif supérieur à 10 cigarettes par jour pendant plus de 30 ans, ou supérieur à 15 cigarettes par jour pendant plus de 25 ans,
- parlant français pour pouvoir soutenir un échange verbal,
- patients volontaires pour l'étude, avec un consentement libre et éclairé.

5- Critères d'exclusions

Les critères d'exclusions étaient :

- patients âgés de moins de 50 ans ou plus de 75 ans,
- patients non fumeurs ou sevrés. Pour notre étude, nous avons volontairement choisi d'exclure les patients sevrés au niveau tabagique afin de pouvoir explorer notre critère secondaire.
- patients fumeurs actifs avec une durée de tabagisme inférieure à 25 années, ou avec une consommation de moins de 10 cigarettes par jour,
- patients faisant déjà l'objet d'un dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique à faible dose,
- patients aux antécédents de cancer pulmonaire, en cours de suivi,
- non francophones.

6- Mode de recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé selon deux méthodes :

- Une **méthode directe**, lors de consultations de médecine générale avec l'enquêteur. Une consommation tabagique, sa fréquence et sa durée, étaient recherchées chez les patients compris dans l'âge cible. Un accord oral était alors sollicité pour la réalisation d'un entretien physique avec le patient dans un second temps.
- Une **méthode indirecte**, par affichage dans différentes salles d'attente de cabinets de médecine générale de l'agglomération de La Rochelle, annonçant qu'une étude ayant comme sujet le tabac était en cours, avec les critères d'inclusion de l'étude mentionnés. Les volontaires étaient libres de se manifester auprès de leur médecin traitant afin que le thésard puisse les recontacter et fixer un entretien physique avec eux.

7- Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés selon un guide d'entretien (annexe 1) :

1- Information orale et remise d'une fiche explicative de l'étude aux volontaires (annexe 2), rappelant les objectifs de l'étude, la possibilité de refus et de retrait de l'étude à tout moment, l'anonymisation des données dès l'inclusion et leurs confidentialités. Le consentement écrit, libre et éclairé des participants a été recueilli avant chaque début d'entretien (annexe 3).

2- Recueil des caractéristiques des patients : âge, fréquence et durée du tabagisme, participation aux différentes campagnes de dépistage (colon, sein et col de l'utérus).

3- Explication du principe du dépistage du cancer du poumon et de son déroulement.

4- Discussion sur les motivations et réticences au dépistage et l'éventuel impact sur la consommation, avec des questions ouvertes puis fermées selon les réponses des participants.

8- Recueil des données

Tous les entretiens se sont déroulés au domicile des patients.

Avec l'accord des patients, chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un appareil audio afin de pouvoir être retranscrit mot par mot via le logiciel Open Office, permettant de constituer des verbatims.

9- Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée par codage ouvert permettant de faire ressortir le maximum d'idées des verbatims, puis par codage axial des données, permettant de regrouper les thèmes et sous-thèmes récurrents des entretiens.

Une triangulation des données a été réalisée pour le codage, avec le Dr FOUET Kévin.

Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données.

10- Considérations éthiques

10.1- Saisie et traitements des données

L'ensemble des entretiens a été retranscrit de façon anonyme. L'anonymisation des données a été garantie par l'attribution d'un matricule à chaque participant (la lettre F pour « Femme » et la lettre H pour « Homme » suivi d'un numéro), selon l'ordre de retranscription.

Le consentement écrit de chaque participant a été recueilli.

Chaque enregistrement audio a été supprimé une fois l'entretien retranscrit.

Certains noms propres ont été remplacés par des données générales (ex : médecin traitant) permettant également l'anonymisation des entretiens.

10.2- Commission d'éthique

Cette étude a fait l'objet d'un avis favorable du comité d'éthique de La Rochelle le 25/05/2023.

RESULTATS

A- ENTRETIENS ET ECHANTILLON FINAL

1- Caractéristiques des entretiens

Vingt et un patients ont été recrutés pour l'étude.

Parmi ces vingt et un patients, dix-huit ont été recrutés à la suite d'une consultation de médecine générale avec le thésard. Deux patients ont été recrutés à la suite de l'affichage dans une salle d'attente d'un cabinet de médecine générale et une patiente à la suite d'un bouche à oreille de la part d'une participante ayant réalisé l'entretien.

Les entretiens se sont déroulés de Juin à Septembre 2023. Ils ont tous été réalisés au domicile des participants.

La durée moyenne des entretiens était de 23 minutes et 37 secondes (de 14 minutes à 33 minutes).

2- Caractéristiques des participants

Huit hommes et treize femmes ont participé à l'étude, ce qui correspond à un sex-ratio homme/femme de 0,61.

La moyenne d'âge des participants était de 58 ans et 9 mois (de 50 ans à 72 ans).

La consommation tabagique moyenne des participants était de 16 cigarettes par jour (de 10 cigarettes/jour à 25 cigarettes/jour) pour une durée du tabagisme moyen de 36 années (de 25 à 50 années de tabagisme).

Presque un tiers des participants a déjà été confronté au cancer bronchopulmonaire dans leur entourage.

Une grande majorité des volontaires participait aux campagnes de dépistage des cancers pris en charge par la sécurité sociale (colon pour les hommes, colon, sein et col de l'utérus pour les femmes). Trois personnes étaient réfractaires à ces dépistages (F4, F7, H4) et une partiellement (F9), réalisant le dépistage du sein mais pas celui du colon.

Les caractéristiques des participants sont présentes dans l'annexe 4.

B - LES MOTIVATIONS AU DEPISTAGE

1- Opinion générale

D'une façon générale, les participants à l'étude avaient plutôt une opinion positive quant à l'idée du dépistage du cancer du poumon (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9, F10, F11, F12, H1, H2, H3, H4, H6, H7, H8) :

- F4 : « *Je pense que d'une manière générale, pouvoir dépister une maladie à temps et optimiser la curabilité, et bah tant mieux, c'est bien.* »
- F10 : « *Bah c'est vachement bien. Si avec ce système, c'est plus performant, et qu'on peut diagnostiquer plus tôt le cancer, voilà, je trouve ça bien.* »
- H6 : « *Ha bah moi je serais pour ! Au plus tôt on le trouve, au plus tôt on peut le traiter surtout. C'est comme le cancer du colon. Si on le détecte, c'est bel et bien pour le traiter au plus vite.* »
- H8 : « *Oui, c'est une bonne solution pour peut-être aider les gens qui ont du mal à arrêter ou qui se posent la question "suis-je malade ou pas ? Est-ce que je vais développer un cancer ?" etc etc. On fait déjà des dépistages pour tout le reste donc pourquoi pas le dépistage des cancers du fumeur.* »

Cependant, nous notons que deux participants étaient plutôt réfractaires au dépistage : F7, H5

- F7 : « *Moi personnellement, ils peuvent m'envoyer un papier, j'irai pas... (rire)* »
- H5 : « *Ils peuvent dépister si ça les amuse, mais moi je ne le ferai pas...* »

Les entretiens ont permis d'isoler plusieurs motivations, internes ou externes (figure a) :

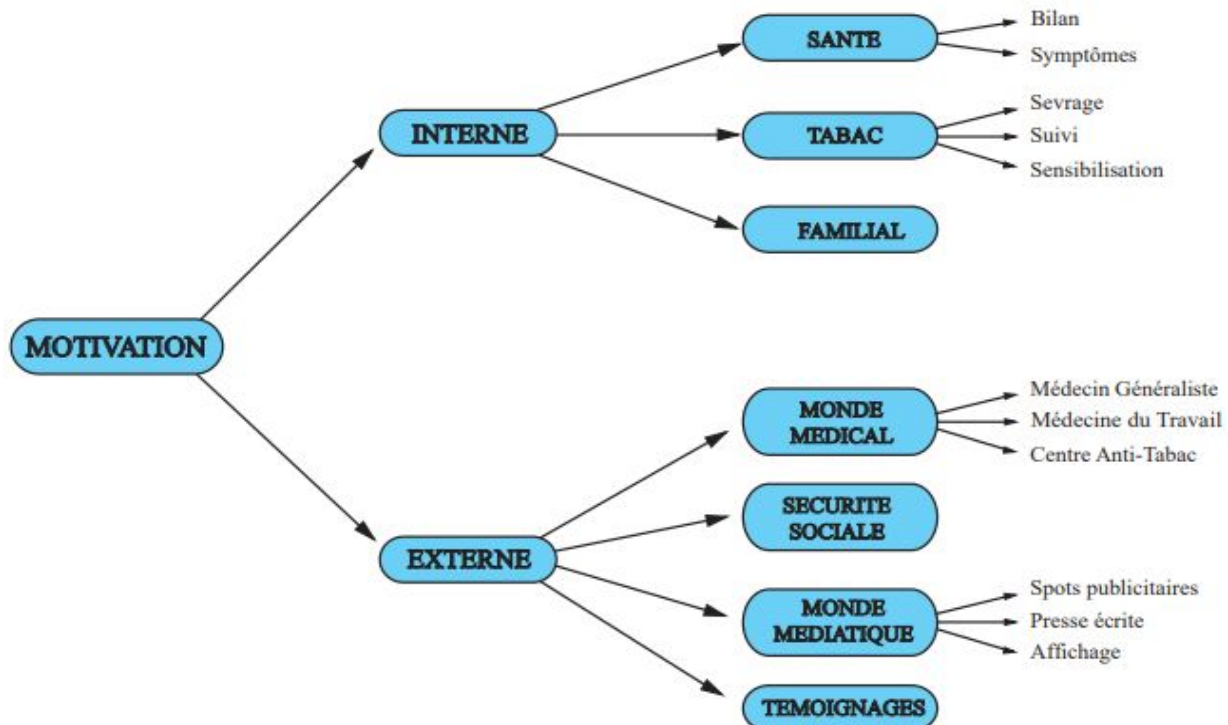
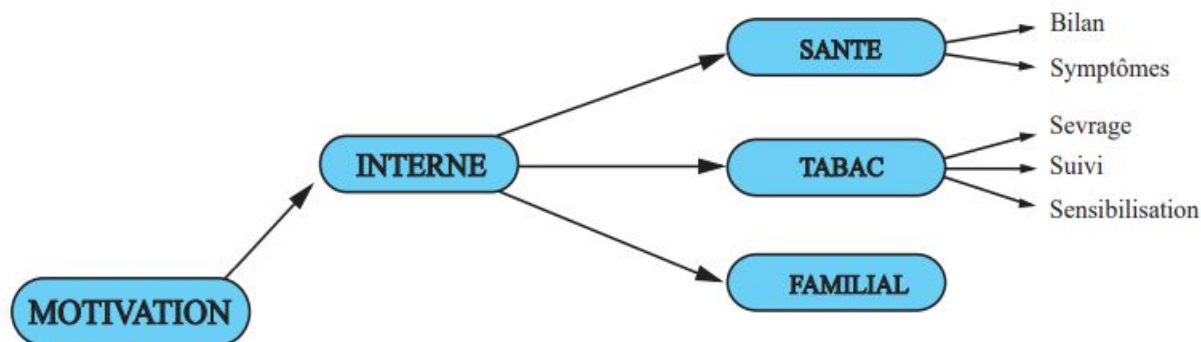


Figure a : Les motivations au dépistage

Concernant les motivations internes aux patients :



2- Une motivation au dépistage en lien avec la santé

2.1 – Un besoin de réassurance

En premier lieu, un grand nombre de participants voit en ce dépistage la possibilité de faire un point sur leur état de santé : F2, F3, F5, F8, F9, F12, H1, H2, H6, H7

- F5 : « *Ce qui me motiverait, oui, ça serait d'apprendre que j'ai quelque chose, pas trop tard...* »
- F8 : « *C'est un moment où je pense d'être rassurée sur l'état de mes poumons, parce que malgré le fait qu'on connaît le risque, y'a toujours quand même cette crainte.* »
- H7 : « *la motivation, c'est d'être rassuré, voir que tout va bien.* »

2.2 - La présence de symptômes

Pour certains participants, la motivation première pour réaliser ce dépistage serait liée à la présence de symptômes évocateurs : F4, F7, F8, F10

- F4 : « *Si je commence à avoir des signes de faiblesse, à être malade, des difficultés respiratoires etc, et mon médecin, justement, compte tenu de mes habitudes en général, notamment du fait que je suis fumeuse, me prescrit des examens pour voir ce que j'ai... Là, je vais les faire.* »
- F7 : « *Peut-être si vraiment j'étais vraiment malade...[...] la condition, c'est d'être malade. C'est d'avoir quelque chose qui va pas bien.* »
- F10 : « *Baaaaah c'est triste à dire mais si je toussais, si j'avais un état de santé qui le nécessiterait...* »

3- Une motivation au dépistage en lien avec le tabac

3.1 - Une motivation pour l'arrêt du tabac

Plusieurs patients évoquent spontanément l'idée d'un possible impact sur leur consommation tabagique s'ils venaient à rentrer dans un programme de dépistage du cancer broncho-pulmonaire : F1, F6, F8, F10, F11, H3, H4, H7, H8

- H4 : *« Moi ce que je souhaiterai, c'est arrêter de fumer. [...] peut-être que cet examen peut m'aider. »*
- H7 : *« Si je dois faire ce scanner, ça m'incitera à arrêter de fumer, ça me paraît normal, obligatoirement. Ce scanner, ça serait une motivation supplémentaire pour arrêter de fumer. »*
- H8 : *« Et bah si ça pouvait m'aider à arrêter de fumer... pourquoi pas hein... »*

3.2 - Une motivation pour un accompagnement dans le tabac

Plusieurs patients ont exprimé la motivation d'être accompagnés, d'avoir un suivi dans le sevrage au décours de l'examen : F1, F4, F6, F7, F8, F9, F10

- F1 : *« Je pense aussi qu'il ne faut pas que l'examen en lui-même. Derrière, il faut aussi quelqu'un qui peut vous aider à arrêter de fumer. [...] Il faut être suivi derrière. »*
- F4 : *« Il faut qu'on propose un réel accompagnement à côté. [...] On fait le dépistage et faut pas que ça s'arrête là. Il faut que derrière, il y ait un accompagnement. [...] »*
- F8 : *« Si on me propose l'examen, il faut aussi qu'on m'accompagne dans l'arrêt du tabac »*
- F9 : *« J'aimerais être aidée oue... Quelqu'un qui soit là derrière... Il faudrait qu'on nous propose l'accompagnement qui va avec. C'est ça dont j'ai besoin. [...] J'ai besoin de quelqu'un derrière qui me fasse un warning régulier. »*
- F10 : *« Je pense que j'aurai vraiment besoin d'un accompagnement et d'un suivi. C'est-à dire que si on me proposait un sevrage tabagique et que quelque part je ressentirais qu'il n'y a pas de contrôle derrière, je pense que je pourrais facilement rebasculer derrière... Il me faut de la présence derrière. »*

3.3 - L'occasion d'une nouvelle sensibilisation sur le tabac : F8

Une personne voyait en ce dépistage le moyen de refaire un point sur le tabac et ses dangers (F8) :

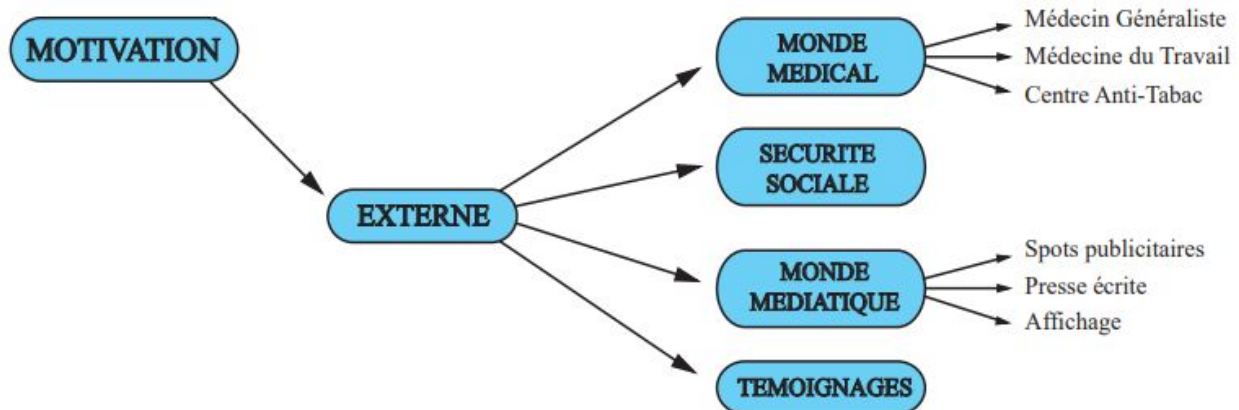
- F8 : *« ça serait l'occasion de refaire le point par rapport aux dangers du tabac... C'est vrai que ce dépistage, ça peut servir pour faire un point sur l'état de santé à un moment donné... ce qui est très bien ! Mais c'est vrai que l'accompagner après aussi d'une sensibilisation à l'arrêt du tabac avec un suivi important dans le sevrage, ça serait important. »*

4- Une motivation par le cercle familial (H6, F11)

Deux patients évoquaient l'aspect familial comme source de motivation :

- H6 : « *Ha bah, la principale motivation, c'est que j'ai une femme et une fille. Voila, c'est de ne pas laisser ni l'une ni l'autre toute seule.* »
- F11 : « *J'ai un petit fils qui est né et que j'ai envie de voir grandir...* » [...] « *Et y'a mon fils qui me répète toujours qu'il aimerait bien me voir arrêter de fumer parce qu'il n'est pas fumeur... C'est plus motivant comme ça que moi si je me le dit pour moi...* »

5- La sensibilisation externe au dépistage



5.1 - Le rôle du monde médical

Pour beaucoup de patients, ils seraient plus motivés à faire le dépistage si la démarche venait du médecin généraliste : F5, F6, F8, F9, F10, H1, H3, H4, H7, H8

- F8 : « *il faut que ça soit expliqué, il faut que ça soit au décours d'une consultation. [...] aller voir le médecin, en parler; nous dire que ça, ça existe, effectivement, que ça peut être entrepris, que c'est pas une obligation, voilà ce que ça peut permettre.* »
- F10 : « *Peut-être au décours d'une consultation avec le médecin traitant... "Vous fumez ? Oui je fume. Depuis quand ? Depuis 30 ans. Bon bah ça serait bien qu'on fasse un scanner des poumons"... Voilà, comme ça.* »
- H4 : « *Par le médecin, tout simplement. C'est lui qui connaît tout ça.* »
- H8 : « *C'est un sujet dont je parle assez fréquemment avec mon médecin traitant. Ça peut être fait en consultation banale, le proposer tout simplement, en discuter en consultation...* »

Certains participants seraient même demandeurs de consultations de prévention : F6, F8, F9, H4, H6, H7

- F6 : « *Moi je suis plutôt pour une consultation quasiment obligatoire tous les ans chez un médecin généraliste, qui fait le tour même si vous n'êtes pas malade. Et dans ce cadre-là, il peut y avoir une sensibilisation pour le patient. »*
- F8 : « *Je pense que ce sera bien à un moment de faire un bilan, une pause, voilà, avec son médecin traitant. De faire une consultation où on fait un bilan "pourquoi on reçoit ça de la sécu, pourquoi on nous sensibilise à ça" ; je pense que ça serait pas mal. »*
- H7 : « *Je trouve qu'une fois par an, ou tous les 2 ans, faudrait qu'on aille faire une consultation pour voir si tout est bon et si les gens sont bien au courant des différents dépistages qu'on peut faire. Ça serait l'occasion de parler de choses qu'on aborde pas forcément lors d'une consultation classique. »*

Un participant a noté le rôle que pourrait avoir la médecine du travail dans sa motivation à réaliser ce dépistage : H7

- H7 : « *Je pense que la meilleure des communications, faudrait qu'elle vienne des entreprises. Ça serait par une communication interne, médecine du travail tout ça. [...] Si la médecine du travail me le propose, j'irai sans problème. »*

Une participante s'intéresse au rôle que pourrait avoir les centres anti-tabac dans le dépistage du cancer broncho-pulmonaire : F1

- F1 : « *Ça pourrait être intéressant que les centres anti-tabac proposent ce dépistage. D'afficher dans les salles d'attente des centres anti-tabac. »*

5.2 - Le rôle de la sécurité sociale

Certains patients se sentiraient concernés s'ils recevaient une invitation au dépistage du cancer du poumon par la sécurité sociale, au même titre que celles reçues pour les dépistages du colon ou du sein : F1, F2, F9, F10, F11, H4, H7

- F1 : « *Ça peut aussi être le même système que les autres demandes, par invitation, ça serait bien. »*
- F10 : « *Je n'irai pas de moi-même... Il me faudrait un peu comme une "obligation" [...] Dès lors que j'ai un papier, une convocation, voilà c'est ça, une convocation. »*
- F11 : « *Peut-être que si je recevais la même chose [que l'invitation pour le dépistage cancer du colon et du sein], je saurai ce que j'ai à faire, je le ferais peut-être pas immédiatement, mais peut-être éventuellement oui, je le ferais plus facilement. [...] peut être que d'avoir un examen comme ça, qu'on reçoit, quelque chose qu'on a à faire parce qu'on fait ce qu'il faut pas, c'est-à-dire fumer, peut-être que oui, je serais plus sensibilisée à le faire dans ce contexte là. »*
- H7 : « *Je pense qu'une convocation serait tout aussi pertinente. J'irais plus facilement. »*

5.3- Le rôle des médias

Plusieurs participants ont notifié qu'ils pourraient être sensibles à ce dépistage si ce dernier était présenté dans les médias, télévisés ou écrits.

→ Par spots publicitaires, informations média : F1, F5

– F1 : « *On pourrait faire des campagnes de pub à la télé, comme on a pu le faire pour le colon ou le sein* »

– F5 : « *Par le médecin, ou les informations. Si je vois que c'est disponible, je pourrai en parler avec mon médecin traitant.* »

→ Par de la presse écrite, notamment journaux locaux : F3

– F3 : « *les prospectus, ou plutôt les édito qu'on peut retrouver dans les journaux mensuels des mairies . Au final, tout le monde lit ces journaux-là [...] il faudrait travailler avec les mairies pour ça.* »

→ Par des affichages : F1, H1

– H1 : « *des affichages nous incitant à faire ce dépistage. [...] J'en ai rien à foutre de voir les photos sur les paquets. Moi je préférerais voir qu'il y a un dépistage par exemple, ça pourrait m'inciter à le faire.* »

– F1 : « *Faire un affichage dans les salles d'attente pour ça, comme quoi il nous est possible de demander à notre médecin, vu qu'on est fumeur, de faire un dépistage du cancer.* »

5.4- Le rôle des témoignages

Enfin, certains patients auraient besoin de messages forts venant d'anciens malades, patients atteints et guéris, ou non, du cancer du poumon pour les inciter au dépistage : F2, F6, H2, H6

– F2 : « *Faut être personnel dans ce genre d'alerte. [...] Moi, il faudrait essayer de me convaincre... De me convaincre par la parole, par des exemples, par du contact avec des gens atteints du cancer du poumon... des témoignages... [...] Il me faut des choses concrètes comme les témoignages, des choses chocs.* »

– H2 : « *Pour que je percute, moi, il me faut du dur. Il faudrait que je sois confronté à des gens, des anciens fumeurs, qui ont eu des cancers, avec des grosses opérations... C'est là où ça va vraiment faire réfléchir la personne.* »

– H6 : « *Moi je suis un homme d'exemple, j'aime bien les exemples [...] C'est de dire "bon bah voilà cette personne réelle, qui vous dit : ça a été dépisté, j'ai fait un effort, je ne fume plus ou je ne fume presque plus, mais surtout, on a supprimé ce cancer qui avait été généré par ma consommation de tabac, et on l'a dépisté à temps et j'ai des espoirs de vivre, en tout cas qui ne viendront pas d'un cancer du poumon a priori.* »

C- LES FREINS AU DEPISTAGE

D'une manière générale, spontanément, une grande majorité des patients n'émet pas de freins majeurs à la réalisation du dépistage par scanner thoracique à faible dose d'irradiation (F1, F2, F3, F5, F8, F10, F12, H1, H2, H4, H6, H7, H8).

- F8 : « *Non, je vois pas ce qui pourrait m'empêcher de le faire...* »
- H7 : « *Je pense que tous les examens sont bons à prendre. Je n'ai pas de frein à ça, en fait.* »
- H8 : « *Bah euuuuh, honnêtement, rien... Je vois pas ce qui pourrait me freiner. Je n'ai pas d'appréhension sur les examens en général* »

Cependant, nous avons tout de même pu déceler certaines réticences (figure b) :

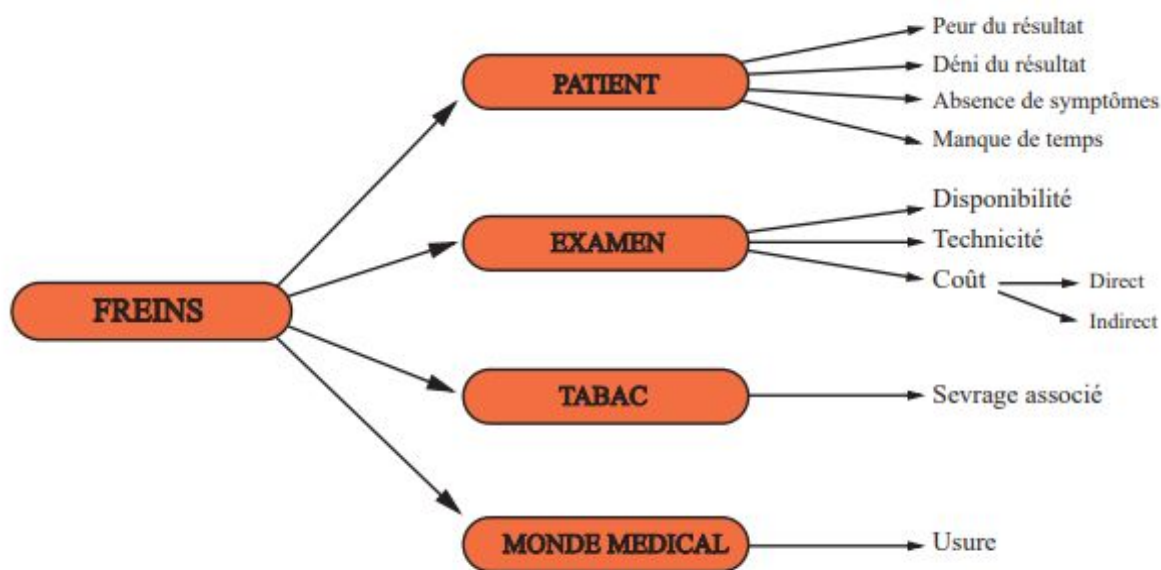


Figure b : Les réticences au dépistage

1- Des freins liés au patient

1.1 - La peur du résultat : F6, F7, F9, H3, H8

- F7 : « *Bah peut-être la peur de savoir... Peut-être la peur de savoir oui...* »
- F9 : « *La peur du résultat surtout... La peur de découvrir qu'on est malade, qu'on va mourir, alors que c'est de notre faute, qu'on avait pas qu'à fumer....* »
- H3 : « *Peut-être que la peur du résultat pourrait m'empêcher de le faire... Mais paaaaas... à 20%, pas plus... Ça serait la peur du résultat... ça fait une petite appréhension, de savoir si on l'a ou si on l'a pas...* »
- H8 : « *A la limite, ce qui pourrait me freiner, on va dire inconsciemment, la peur de savoir que je suis malade.* »

1.2 - Le déni du résultat : F4, F7, F11, H5

- F4 : « *C'est peut-être la politique de l'autruche : ne pas savoir.* »
- F11 : « *C'est peut-être parce que j'ai pas envie de savoir aussi, peut-être... peut être que j'ai pas envie de savoir comment est l'état de mes poumons actuellement, à quel niveau ils sont atteints...* »
- H5 : « *Peut-être parce que j'ai pas envie de savoir... ça c'est un côté que j'assume vraiment hein.* »

1.3 - L'absence de symptômes : F3, F4, F7

- F3 : « *En soit, je ne ferai pas un examen que vous allez m'imposer, alors que je vais bien.* »
- F4 : « *Je me sens bien, je ne me sens pas mal, et voila quoi. Tant que je vais bien, pas besoin de passer un examen.* »
- F7 : « *Je suis pas malade, donc dès l'instant ou je suis pas malade, je vais pas voir le médecin et je fais pas les différents tests. Tant qu'il n'y a pas de symptôme, on continue de vivre normalement.* »

1.d - Par manque de temps : F4

- F4 : « *Peut-être plus un manque de temps... je n'ai pas le temps...* »

2- Des freins liés à l'examen

2.1 - La disponibilité des examens : F1, F2, F3, F6, H5

- F1 : « *Si les examens sont trop longs, si on devait y passer toute une journée, car avec le travail c'est pas possible...* »
- F2 : « *Le délai pour avoir les examens, comme la mammographie pour le dépistage du cancer du sein par exemple, ça, ça peut être un problème oui.* »
- F6 : « *le frein, ça serait si il faut faire beaucoup de kilomètres pour aller faire ce scanner...* »
- H5 : « *on a du mal à prendre un rendez-vous* »

2.2 - L'aspect technique de l'examen : F5

- F5 : « *Je suis un peu claustro moi donc c'est compliqué, j'aime pas tout ça. Pourtant je ne suis pas enfermée, mais de voir des gros trucs sur moi, j'aime pas trop. Il me faudrait quelque chose pour me détendre avant les examens...* »

2.3 - L'aspect financier de l'examen

2.3.a. Le cout direct

Le **coût direct** de l'examen serait un frein à sa réalisation pour certains patients : (F1, F3, F4, F5, F12, H2, H3, H4, H6) :

- F3 : « *Si y'a un reste un charge, ça pourrait poser problème pour certains oui. »*
- F4 : « *Ça serait un frein pour moi... Je ne pourrais pas me le permettre. Il faut que ça soit gratuit. »*
- F12 : « *Si ça coûte cher... si ça coûtait très cher, oui, ça pourrait me bloquer. »*
- H3 : « *Ça peut être un frein... Oue si, un petit peu quand même. »*
- H6 : « *Ou si, le frein, ça serait le cout financier non pris en compte, parce qu'il y a déjà assez de choses non remboursées. »*

2.3.b. Le cout indirect

Le **coût indirect** de l'examen est également considéré comme un frein pour deux patientes (F3, F4) :

- F3 : « *Il faudrait que je puisse m'y rendre en dehors de mes horaires de travail, c'est à dire le samedi ou le dimanche. Parce que si j'y vais en semaine, en journée, qui c'est qui paye ma journée de travail ? Je suis obligé de poser une RTT pour pouvoir le faire, donc non, je ne le ferai pas. »*
- F4 : « *Ça reste une notion financière parce que du coup, je perds une journée de travail pour aller faire des examens. »*

2.d - L'irradiation de l'examen

A noter que l'irradiation de l'examen, notamment à faible dose, ne pose problème à aucune des personnes interrogées (F1, F2, F3, F5, F8, F9, F10, F12, H1, H2, H3, H4, H7, H8) :

- F3 : « *Si c'était un danger là vos radiations, on ne nous ferait peut-être pas autant de scanner en général, donc non, l'irradiation, je m'en fous, c'est rien. »*
- F8 : « *Le scanner, ça ne peut pas être pire que la cigarette. Je ne me sentirai pas en danger avec un scanner. »*
- H1 : « *c'est pas pire qu'un cancer »*

3 – Des freins liés au sevrage tabagique proposé

Une patiente considère qu'il ne faut pas que le sevrage tabagique soit une condition obligatoire au dépistage du cancer broncho-pulmonaire : F3

- F3 : « *J'entends bien qu'il faut arrêter de fumer, mais faut pas que ce soit une condition à ce dépistage. Il faut pas que vous nous disiez "Ok, vous allez faire le scanner ET ensuite vous verrez quelqu'un pour arrêter de fumer. Si vous m'obligez à faire quelque chose comme ça, personnellement, je n'irai pas...* »

4- Un épuisement du monde médical

Enfin, un patient décrivait un épuisement du monde médical et le fait d'être trop sollicité au niveau de sa santé : H5

- H5 : « *Je ne le ferai pas pour la simple et bonne raison que le peu de temps que j'ai de libre, avec mon diabète, je le passe régulièrement chez des spécialistes ou à l'hôpital. Donc ça me saoule maintenant... [...] Je trouve que l'on fait trop d'examens.* »

D- CONSÉQUENCES DU DEPISTAGE SUR LA CONSOMMATION TABAGIQUE

1- Un impact psychologique

Chez certains patients, la réalisation du dépistage serait synonyme d'une prise de conscience sur leur consommation tabagique et ses dangers (F1, F6, H3, H6, H7, H8) :

- F1 : « *Je pense que, du fait de faire ça, on prend plus conscience du danger... [...] Le fait de passer un examen, psychologiquement pour moi, c'est quand même important, parce que ça veut dire qu'à partir de cet âge-là, il y a vraiment des gros risques.* »
- H3 : « *Je pense que ça a une influence quand même... Déjà, le fait de faire ce pas là, même sans découvrir la finalité, je pense que oui, ça pourrait me motiver aussi, à arrêter. Je prendrai conscience que je suis un patient à risque oui.* »
- H6 : « *Ha bah pour moi, ça sera une prise de conscience, oui. [...] Que l'on trouve quelque chose ou que l'on ne trouve rien... On se pose quand même pas mal de questions. Quand un voit un radar sur la route, on freine... Puis quand on en voit 2, de radar, bah après pendant 100 km, on se tient peinard... C'est comme une alerte.* »

Pour d'autres, le scanner permettrait un déclic, un détonateur dans l'arrêt du tabac (F8, F9, F10, H3, H4, H8) :

- F8 : « *Je pense que cet examen peut être un levier pour arrêter de fumer.* »
- F9 : « *Je me dit que, quelque part, ça sera peut-être un bouton détonateur, et me dire "C'est bon, t'arrêtes". Et je me dis que, avoir ce résultat, ça peut me remettre les pieds sur terre et me dire d'arrêter de fumer.* »
- F10 : « *Et bah peut-être que... que ça me provoque un déclic... [...] si on découvre quelque chose, ça peut me faire un électrochoc oui.* »
- H8 : « *ça peut être aussi un déclencheur, comme un signal d'alarme pour vraiment prendre conscience qu'il faut arrêter le tabac. Si on trouve rien, bah c'est bien tant mieux. Peut-être que c'est le moment où je me dirais "la t'as rien, arrête maintenant" .* »

2- Un impact en lien avec le résultat du scanner

Plusieurs patients conditionnent l'impact sur leur consommation tabagique aux résultats du scanner :

- F4 : « *En étant honnête, ça dépendrait du résultat...* »
- F7 : « *Tout ça, ça va dépendre de ce qu'ils vont me trouver.* »

2.1 - Le permis de fumer

Pour un bon nombre de patients, l'absence de lésion sur le scanner de dépistage n'aurait pas d'impact sur la consommation tabagique (F2, F3, F5, F9, F12, H1, H2, H7) :

- F2 : « *Si vous n'avez pas une épée de Damoclès au-dessus de votre tête... Je ralentirais sûrement mais heu ça ne serait pas un facteur suffisant pour me faire arrêter.* »
- F12 : « *Bah si on trouve rien, je peux me dire "pourquoi je ne continuerais pas à fumer ?"* »
- H1 : « *si on fait un scanner et qu'on trouve rien, bah je fume... [...] Si y'a rien au scanner, je continuerai, oui c'est sûr.* »
- H2 : « *Honnêtement, si on voit rien au scanner, ça va rien changer pour moi, je vais continuer à fumer je pense. Si on découvre quelque chose de pas cancéreux, ça peut me faire réfléchir mais c'est pas ça qui va vraiment me piquer...* »

2.2 - Une réaction en cas de lésion pulmonaire

En revanche, en cas de lésion évocatrice de cancer au scanner, les patients sont unanimes sur le fait d'arrêter de fumer (F1, F2, F3, F4, F5, F7, F9, F12, H1, H2) :

- F7 : « *Il suffit d'avoir un cancer, c'est le cas de le dire, pour, je crois, faire le sevrage et arrêter complètement... Y'a pas photo là, faut arrêter.* »
- F10 : « *Mais si on découvre quelque chose, ça peut me faire un électrochoc oui. [...] Le vrai déclic [pour arrêter de fumer] serait qu'on trouve quelque chose.* »
- F12 : « *Si on trouve quelque chose par contre, ha bah j'arrête tout de suite.* »
- H1 : « *Par contre si on trouve un petit truc, ça va me calmer oui... [...] Mais c'est vrai qu'il faudrait qu'on me dise qu'il y a un truc et qu'il faut que tu te calmes un peu. Il me faudrait une sorte de "peur" oui. Oue c'est ça, je pense qu'il faut une certaine peur pour arrêter les choses, pour prendre conscience...* »
- H2 : « *Si on voit que c'est quelque chose qui peut être cancéreux, alors là, oui c'est clair, c'est pas pareil, ça va me faire flipper, me faire peur. La, je vais être obligé d'arrêter.* »

Par ailleurs, cette notion de peur et son impact sur la consommation tabagique des patients ont pu être retrouvés sur les différentes expériences de vie qu'ils ont pu avoir : F7, F8, H2, H3, H6, H7, H8

- H2 : « *mon ami d'enfance qui est décédé [d'un cancer du poumon], ça m'a fait réfléchir... Quelques jours après, je suis parti voir mon médecin traitant pour lui demander de passer des radios, pour vérifier si ça allait bien. [...] Après, avec le temps, on oublie un peu et les habitudes reviennent... Mais si j'avais constamment ce truc là, voyez...* »
- H3 : « *J'ai perdu un copain très proche du cancer du poumon il y a 2 mois. Ça a duré 6 mois, il a énormément souffert, il voulait pas qu'on le voit... ça m'a un petit peu... J'y ai pensé... et puis là, j'y pense plus. Sur le moment, ça m'a fait quelque chose mais c'est passé.* »
- H7 : « *le fait d'avoir eu un AVC récemment, ça vous faire prendre conscience des choses. Ça m'a permis d'arrêter du jour au lendemain, et sans aide, sans rien. Ça a tenu un an.* »

2.3 : Une indécision sur la réaction

Toutefois, certains patients ne pouvaient prendre position sur l'impact que le scanner aurait sur leur consommation tabagique (F1, F7, F10) :

- F1 : « *Je sais pas... Peut-être pas... Pas sûr en fait. Mais c'est pas pour ça que je fumerai plus. Mais est-ce que je fumerai moins ? Que peut-être...* »
- F7 : « *Bah je sais pas si j'arrêtera... J'en sais rien... On sait pas comment je vais réagir à ce moment-là. Ça peut être un déclic pour me dire qu'il faut que je trouve une solution pour que j'arrête, mais peut-être que non...* »
- F10 : « *Alors là, je peux pas vous dire, je sais pas, très honnêtement.* »

2.4 – Une absence d'impact

Enfin, pour un patient, la découverte d'une lésion cancéreuse ne remettrait pas en cause son tabagisme et son désir de fumer (H5):

- H5 : « *Non... Absolument pas... Tant que moi je considère ça comme une activité plaisir et détente... [...] Que l'on trouve quelque chose ou pas, c'est pareil, ça changerait rien, je continuerai...* »

DISCUSSION

A- FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1- Les forces

A notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative centrée sur les motivations et les réticences des patients au dépistage du cancer pulmonaire en France. Il s'agit d'un sujet d'actualité récent avec peu d'études françaises, ce qui en fait doublement une force.

Notre population de patients participant aux entretiens était diversifiée en terme de sexe, âge et consommation tabagique.

La méthode d'entretien, semi-dirigée, permettait la libre expression des sujets, ce qui nous a permis d'explorer un large champ de réponses possibles. Un recadrage de la discussion sur le thème principal a pu parfois être nécessaire.

La saturation des données a été obtenue lorsque, lors des deux derniers entretiens, aucune nouvelle information ne ressortait de la part des patients.

Un double codage a été réalisé avec triangulation des données.

Le sujet a été approuvé par le comité d'éthique de La Rochelle.

2- Les faiblesses

Dans notre étude, nous pouvons reconnaître un biais de sélection des participants. En effet, ces derniers ont été recrutés sur la base du volontariat et non par tirage au sort.

Nous pouvons également admettre un biais d'enquêteur, en lien avec l'intervieweur, devant son inexpérience dans le domaine lors des premiers entretiens, avec la possibilité de questions trop orientées pour les patients. Cependant, nous notons une amélioration et un ajustement de la technique d'entretien au fur et à mesure de l'étude.

Enfin, nous pouvons penser à un biais d'échantillon devant le faible nombre de participants, bien que d'après le livre de Paul Frappé [25] "Initiation à la recherche", les études qualitatives sont majoritairement composées de moins de 30 individus. Par ailleurs, nous retrouvons des tailles d'échantillons équivalentes dans d'autres études qualitatives évoquant le même sujet [26-28].

B- ANALYSE DES RÉSULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTÉRATURE

1- Motivations et réticences

1.1- Motivations

L'objectif principal de l'étude était de pouvoir identifier les motivations et les réticences des patients fumeurs actifs chroniques vis-à-vis du dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose d'irradiation.

D'une manière générale, nos patients se sont montrés intéressés vis à vis du dépistage du cancer pulmonaire, ce qui fait écho à l'étude de l'InCa [29] notifiant que 81,5 % des fumeurs étaient favorables à la mise en place d'un dépistage du cancer du poumon.

Dans notre enquête, nous avons pu mettre en évidence deux grandes sources de motivations internes au patient : un besoin de faire un bilan de santé pulmonaire, motivé ou non par la présence de symptômes évocateurs, et l'envie d'arrêter de fumer et d'être accompagné dans ce processus. Ces résultats sont en concordance avec ceux retrouvés dans les différentes études qualitatives américaines [26, 27] ou écossaise [30] sur les motivations au dépistage, ce qui conforte nos résultats.

Ces sources de motivations peuvent être utilisées par le médecin généraliste pour améliorer sa communication avec ses patients. En effet, d'après notre enquête, le médecin généraliste reste la première source de motivation externe au dépistage. Il est perçu comme celui qui connaît ses patients, notamment concernant les habitudes tabagiques et c'est également lui qui serait le plus à même de sensibiliser les patients au dépistage. Ce constat est notamment consolidé par les travaux de Sharma et al [31], stipulant que 80% des patients seraient réceptifs au dépistage du cancer pulmonaire si leur médecin le recommandait.

Pour un dépistage optimal, il nous paraît donc essentiel d'informer plus grandement les médecins généralistes sur cette pratique, avec des recommandations claires et précises. La connaissance de ce dépistage par scanner thoracique à faible dose et de ses modalités permettrait une augmentation de sa prescription [32]. En ce sens, la promotion de ce dépistage au cours des congrès de médecine générale permettrait de sensibiliser un nombre important de praticiens sur le sujet.

Concernant l'accompagnement dans l'arrêt du tabac au décours du dépistage, une des participantes proposait la mise en relation des centres anti-tabac avec le dépistage du cancer du poumon afin de maximiser les chances d'arrêt du tabac. Assurément, ces centres peuvent proposer un accompagnement dans l'arrêt du tabac, avec un suivi régulier, des conseils, voir des traitements contre l'addiction, ce qui pourrait ainsi augmenter le taux d'abandon du tabac comme le suggérait Fucito et al [33] en 2016. Dans le même domaine de l'accompagnement au sevrage tabagique évoqué par nos patients, le médecin généraliste, en plus d'être présent au quotidien et de divulguer un discours motivationnel au patient pourrait proposer l'aide d'infirmières spécialisées, notamment les IDE ASALEE en France, accueillie de manière positive par les patients fumeurs dans le cadre du sevrage tabagique [34].

Nous avons également pu isoler une autre source externe de motivation, provenant de la sécurité sociale. En effet, un tiers de nos patients se sentiraient concernés par le dépistage s'ils recevaient une invitation de la part de la sécurité sociale, comme c'est le cas dans le dépistage du cancer du sein et colon.

Or, on sait que les rendez-vous programmés permettent d'accroître la participation aux programmes de dépistage [35]. La sécurité sociale ne pouvant pas connaître le statut tabagique des fumeurs, il en revient aux médecins généralistes de promouvoir ce dépistage.

En revanche, une invitation, de la part de la sécurité sociale, à une consultation de prévention pourrait être réalisée, d'autant plus que les patients en sont demandeurs d'après notre étude. Dans ce but, le gouvernement français va proposer dès début octobre 2023 l'ouverture de consultations de prévention à différents âges clef de la vie, à 25, 45-50 et 60 ans [36]. Nous estimons que cette consultation est le lieu idéal pour les médecins généralistes pour informer les patients sur le sujet du cancer pulmonaire à condition, toujours, qu'eux même soient informés le plus précisément possible sur les modalités de ce dépistage.

Enfin, certains patients seraient sensibles à une information provenant des médias. Ces derniers offrent l'occasion d'une divulgation de l'information à grande échelle, permettant ainsi de sensibiliser un maximum de patients et notamment ceux qui ne voient pas leur médecin régulièrement. Comme énoncé dans nos verbatims, cela peut permettre d'amorcer une discussion sur le sujet avec le médecin généraliste.

L'utilisation des médias, comme les réseaux sociaux Facebook ou X (ex-Twitter) par exemple, a démontré son efficacité dans la promulgation et le recrutement des patients dans le dépistage des cancers. [37-39]

1.2 - Réticences

Concernant les réticences au dépistage, bien que la majorité des patients interrogés n'exprimait pas de freins majeurs au dépistage, nous avons pu mettre en évidence certaines défiances en lien avec le patient, comme la peur du résultat, le déni du résultat, l'absence de symptômes, ainsi que le manque de temps pour le réaliser.

Ces résultats sont également en accord avec les données de la littérature au niveau du cancer pulmonaire mais aussi du cancer du sein ou du colon [28, 30, 40-43]. Une personne exprimait également une réticence concernant une possible obligation de sevrage tabagique au décours du dépistage alors qu'une autre exprimait sa lassitude et son agacement vis-à-vis des examens complémentaires.

Des méfiances vis à vis du dépistage concernant la présence de faux positifs ainsi qu'une inquiétude sur la démarche à suivre post dépistage positif ont été notifiées dans la littérature [28] mais non retrouvées dans notre étude, possiblement lié à un biais d'explication de l'intervieweur sur le dépistage et son suivi lors de sa présentation aux patients.

Tout comme les motivations, connaître les différentes réticences des patients peut permettre aux médecins généralistes d'actionner des leviers motivationnels pour convaincre les patients du bénéfice du dépistage, notamment les plus sceptiques. Une formation adéquate et précise des médecins prescripteurs est donc indispensable afin d'exposer au mieux les modalités du dépistage aux patients. Elle favoriserait le contournement des réticences des patients et accentuerait la participation au dépistage du cancer pulmonaire. Une large campagne d'information des praticiens doit être entreprise en ce sens.

Nous avons également pu mettre en évidence des réticences vis-à-vis de l'examen en lui-même, que l'on retrouve aussi dans la littérature, notamment sur sa disponibilité [30], sa technique et son coût qu'il soit direct ou indirect [30] par perte de revenus pour passer l'examen, pour lesquelles le médecin généraliste ne pourra pas intervenir.

Afin de contrer ces réticences et optimiser la participation au dépistage, la mise en place de créneaux dédiés au dépistage du cancer pulmonaire dans des centres agréés, comme mis en place pour le cancer du sein avec la mammographie par exemple, pourrait être une solution pour optimiser la participation au dépistage.

De plus, l'utilisation de scanners mobiles itinérants pourrait également apporter une contribution positive à la prise en charge des patients [44]. Ce dispositif permettrait un dépistage efficace du cancer du poumon dans les populations mal desservies, les groupes ruraux isolés [45] ou les populations socio-économiquement bas [46].

Une politique gouvernementale adaptée pourrait donc contourner ces freins de disponibilité et élargir la participation au dépistage du cancer pulmonaire.

Concernant le coût direct de l'examen, actuellement non remboursé à 100% car non reconnu dans les recommandations officielles françaises, nous estimons, pour une meilleure participation de la population au dépistage, qu'il serait nécessaire qu'il soit pris en charge par la sécurité sociale afin de ne pas omettre les plus démunis. Cependant, nous pouvons tout de même se poser la question de l'acceptabilité de la société à prendre en charge le coût d'un dépistage d'une pathologie induite par un comportement évitable. En ce sens, le coût du dépistage pourrait être pris en charge indirectement par les fumeurs, en augmentant légèrement le prix du paquet de cigarettes de 0,10 euros [47]. L'augmentation du prix du paquet étant également une source de motivation à l'arrêt du tabac pour 43,6% des fumeurs, en 2018 [48].

Par ailleurs, nous pouvons également rappeler qu'aucun participant de notre étude n'a émis de réticence concernant l'irradiation de l'examen, ce qui corrobore les résultats de Roth et al. [27] pour lequel, une des motivations des patients au dépistage était le préjudice faible ou limité de l'examen et notamment de son irradiation à faible dose. L'irradiation de l'examen ne pose donc pas un problème pour le dépistage.

2- Impact sur la consommation tabagique

L'objectif secondaire de l'étude était d'étudier un retentissement hypothétique sur la consommation des sujets.

Notre enquête suggère que le dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique à faible dose pourrait aider au sevrage en provoquant une prise de conscience ou un déclic pour l'abandon du tabac chez certains patients. Cette analyse est d'ailleurs partagée par l'étude d'Ostroff et al. [49] dans l'*Early Lung Cancer Action Program* (ELCAP) où 74% des sujets ont convenu que leur participation au programme de dépistage avait accru leur motivation à arrêter de fumer. Cette espérance de déclic est principalement observée, dans notre étude, chez les patients ayant manifesté une volonté à l'arrêt du tabac comme motivation au dépistage. Ce constat nous incite à penser que le temps du dépistage pourrait être un moment propice à la motivation d'entreprendre un sevrage tabagique.

Cependant, d'après nos verbatims, et également rapporté par Schnoll et al [50], l'impact sur la consommation tabagique serait surtout en lien avec les résultats du scanner. Effectivement, plus de la moitié de nos sujets estiment qu'un résultat négatif au dépistage n'influencerait pas leur consommation tabagique et les conforterait dans leur intoxication, constituant un permis de fumer. Ce résultat concorde avec le travail d'Anderson et al [51] qui n'a pas constaté de diminution d'intoxication tabagique en cas de dépistage constamment négatif. Dans notre étude, ce profil de patients manifestait principalement un besoin de réassurance sur leur état pulmonaire comme motivation au dépistage.

Toutefois, la totalité de ces patients se sentirait dans l'obligation d'arrêter de fumer en cas de lésion pulmonaire à l'examen. Cette réaction à la lésion a notamment été décrite dans la littérature [52-53] et a également été évoqué à la suite d'antécédents personnels pour certains de nos sujets. Bien que non sensibles sur le moment à la modification de leur consommation tabagique en l'absence de lésion, un sevrage tabagique doit quand même être proposé aux patients. Ces patients étant au stade de pré-intention ou d'intention du cycle de Prochaska et Di Clemente [54], nous pensons que le dépistage du cancer pulmonaire, avec l'aide motivationnel des médecins généralistes, peut faire réfléchir ces patients et les emmener au stade d'intention ou de décision. En cas de découverte d'une lésion à un stade précoce du cancer pulmonaire, l'abandon du tabac doit être d'autant plus encouragé, car il limite l'apparition d'un deuxième cancer, améliore la survie et la qualité de vie des patients [55-56]

Les données de la littérature sont contradictoires sur l'impact réel du dépistage du cancer pulmonaire sur la consommation tabagique [57-58]. Le sevrage tabagique doit être une action complémentaire du dépistage du cancer pulmonaire car il demeure la première prévention du cancer pulmonaire [2]. L'arrêt du tabac doit être motivé quelque soit le résultat de l'examen et reste une priorité dans les mesures de prévention.

Nos résultats, bien que concordant dans l'ensemble avec la littérature en question, doivent être nuancés car il s'agit d'intention et non de pratiques observées. Il peut exister une différence entre ce qui est dit et ce qui est réellement fait. Il pourrait être intéressant d'évaluer, dans le contexte français, le taux de participation au dépistage ainsi que le taux d'abandon du tabac au décours. L'étude ILYAD, actuellement en cours au CHU de Lyon, a notamment pour objectif d'évaluer les facteurs de participation à un programme de dépistage local, moyennant certaines actions de prévention et de sensibilisation [59].

CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en lumière différentes motivations et réticences des patients fumeurs chroniques au dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique à faible dose d'irradiation sur lesquelles les médecins généralistes peuvent s'appuyer pour promouvoir le dépistage. Ils sont les premiers recours au soin et ont la confiance des patients. Afin d'optimiser le dépistage, il est donc primordial que les médecins généralistes reçoivent une information sur sa disponibilité et des recommandations claires et précises sur ses modalités et son suivi, afin de l'exposer au mieux aux patients et les motiver à cette pratique.

Le dépistage du cancer pulmonaire serait également un moment propice pour l'incitation au sevrage tabagique. Il pourrait provoquer un déclic chez certains fumeurs, les engageant dans la voie de l'arrêt du tabac. Quelque soit le résultat du dépistage, le sevrage tabagique, constituant la première prévention au cancer pulmonaire, doit être incité, et les patients accompagnés dans cette démarche.

Enfin, une politique gouvernementale favorisant le dépistage sur la disponibilité et le coût de l'examen, ainsi qu'une large campagne de sensibilisation de la population, par des moyens de communication variés semblent primordiales pour le succès d'un programme futur de dépistage du cancer pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le cancer du poumon - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-poumon>
2. Haute Autorité de Santé, Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac, Janvier 2015. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
3. Debieuvre D, Molinier O, Falchero L, Locher C, Templement-Grangerat D, Meyer N, et al. Lung cancer trends and tumor characteristic changes over 20 years (2000–2020): Results of three French consecutive nationwide prospective cohorts' studies. *Lancet Reg Health Eur*. 29 août 2022;22:100492.
4. Addi AA, Leleu O, Basille D, Lapôtre-Ledoux B, Auquier M, Ganry O, et al. Epidemiological impact of lung cancer screening by low dose CT scan in the French Department of the SOMME. *Respir Med Res*. mai 2022;81:100887.
5. Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, Rami-Porta R, Asamura H, Eberhardt WEE, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer. *J Thorac Oncol*. janv 2016;11(1):39-51.
6. National Lung Screening Trial Research Team, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *N Engl J Med*. 4 août 2011;365(5):395-409.
7. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med*. 6 févr 2020;382(6):503-13.
8. Annual or biennial CT screening versus observation in heavy smokers: 5-year results of the MILD trial - PubMed [Internet]. [cité 20 sept 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22465911/>
9. Pastorino U, Silva M, Sestini S, Sabia F, Boeri M, Cantarutti A, et al. Prolonged lung cancer screening reduced 10-year mortality in the MILD trial: new confirmation of lung cancer screening efficacy. *Ann Oncol*. juill 2019;30(7):1162-9.
10. Blanchon T, Bréchot JM, Grenier PA, Ferretti GR, Lemarié E, Milleron B, et al. Baseline results of the Depiscan study: a French randomized pilot trial of lung cancer screening comparing low dose CT scan (LDCT) and chest X-ray (CXR). *Lung Cancer*. oct 2007;58(1):50-8.
11. Infante M, Lutman FR, Cavuto S, Brambilla G, Chiesa G, Passera E, et al. Lung cancer screening with spiral CT: baseline results of the randomized DANTE trial. *Lung Cancer*. mars 2008;59(3):355-63.

12. Infante M, Cavuto S, Lutman FR, Passera E, Chiarenza M, Chiesa G, et al. Long-Term Follow-up Results of the DANTE Trial, a Randomized Study of Lung Cancer Screening with Spiral Computed Tomography. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 mai 2015;191(10):1166-75.
13. Couraud S, Girard N, Erpeldinger S, Gueyffier F, Devouassoux G, Llorca G, et al. Physicians' knowledge and practice of lung cancer screening: a cross-sectional survey comparing general practitioners, thoracic oncologists, and pulmonologists in France. *Clin Lung Cancer*. sept 2013;14(5):574-80.
14. Oken MM, Hocking WG, Kvale PA, Andriole GL, Buys SS, Church TR, et al. Screening by chest radiograph and lung cancer mortality: the Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian (PLCO) randomized trial. *JAMA*. 2 nov 2011;306(17):1865-73.
15. Haute Autorité de Santé. Pertinence du dépistage du cancer broncho-pulmonaire en France. Point de situation sur les données disponibles. Analyse critique des études contrôlées randomisées. 20 Janvier 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-05/rapport_depistage_cbp_.pdf
16. Haute Autorité de Santé. Cancer du poumon : conditions non réunies pour un dépistage chez les fumeurs. Mai 2016. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-05/questions_reponses-depistage_cancer_poumon_fumeurs.pdf
17. Infante M, Sestini S, Galeone C, Marchianò A, Lutman FR, Angeli E, et al. Lung cancer screening with low-dose spiral computed tomography: evidence from a pooled analysis of two Italian randomized trials. *Eur J Cancer Prev*. juill 2017;26(4):324-9.
18. US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, et al. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 9 mars 2021;325(10):962.
19. Leleu O, Basille D, Auquier M, Clarot C, Hoguet E, Pétigny V, et al. Lung Cancer Screening by Low-Dose CT Scan: Baseline Results of a French Prospective Study. *Clin Lung Cancer*. mars 2020;21(2):145-52.
20. Leleu O, Basille D, Auquier M, Clarot C, Hoguet E, Baud M, et al. Results of Second Round Lung Cancer Screening by Low-Dose CT scan - French Cohort Study (DEP-KP80). *Clin Lung Cancer*. janv 2022;23(1):e54-9.
21. Sancho-Garnier H, Villet R, Rouëssé J, Dubois G, Laredo JD, Triboulet JP. Rapport 21-02. Le dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique faible dose (STFD) reste non justifié, mais peut être utile pour un bilan de santé des fumeurs. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. mai 2021;205(5):441-7.
22. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3310940/fr/depistage-du-cancer-bronchopulmonaire-par-scanner-thoracique-faible-dose-sans-injection-actualisation-de-l-avis-de-2016

23. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Dépistage du cancer du poumon : la HAS recommande l'engagement d'un programme pilote. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312901/fr/depistage-du-cancer-du-poumon-la-has-recommande-l-engagement-d-un-programme-pilote
24. Couraud S, Ferretti G, Milleron B, Cortot A, Girard N, Gounant V, et al. Recommandations de l'Intergroupe francophone de cancérologie thoracique, de la Société de pneumologie de langue française, et de la Société d'imagerie thoracique sur le dépistage du cancer bronchopulmonaire par tomodensitométrie à faible dose d'irradiation. *Revue des Maladies Respiratoires*. mars 2021;38(3):310-25.
25. Bibliographie : Frappé P. Initiation à la recherche, 2e Edition, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. CNGE. 2018. 224 p
26. Carter-Harris L, Ceppa DP, Hanna N, Rawl SM. Lung cancer screening: what do long-term smokers know and believe? *Health Expect*. Févr 2017;20(1):59-68.
27. Roth JA, Carter-Harris L, Brandzel S, Buist DSM, Wernli KJ. A qualitative study exploring patient motivations for screening for lung cancer. *PLoS One*. 2018;13(7):e0196758.
28. Carter-Harris L, Brandzel S, Wernli KJ, Roth JA, Buist DSM. A qualitative study exploring why individuals opt out of lung cancer screening. *Fam Pract*. 1 avr 2017;34(2):239-44.
29. SPF. Baromètre Cancer 2021. Attitudes et comportements des Français face au cancer [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer>
30. Cavers D, Nelson M, Rostron J, Robb KA, Brown LR, Campbell C, et al. Optimizing the implementation of lung cancer screening in Scotland: Focus group participant perspectives in the LUNGSCOT study. *Health Expect*. déc 2022;25(6):3246-58.
31. Sharma A, Kasza K, Hyland A, Cummings KM, Bansal-Travers M, Fong GT, et al. Awareness and interest in lung cancer screening among current and former smokers: findings from the ITC United States Survey. *Cancer Causes Control*. juill 2019;30(7):733-45.
32. Raz DJ, Wu GX, Consunji M, Nelson RA, Kim H, Sun CL, et al. The Effect of Primary Care Physician Knowledge of Lung Cancer Screening Guidelines on Perceptions and Utilization of Low-Dose Computed Tomography. *Clin Lung Cancer*. janv 2018;19(1):51-7.
33. Fucito LM, Czabafy S, Hendricks PS, Kotsen C, Richardson D, Toll BA, et al. Pairing smoking-cessation services with lung cancer screening: A clinical guideline from the Association for the Treatment of Tobacco Use and Dependence and the Society for Research on Nicotine and Tobacco. *Cancer*. 15 avr 2016;122(8):1150-9.
34. Sorel M. Quel est le point de vue des patients sur le suivi par une infirmière ASALÉE dans le cadre du sevrage tabagique? 25 avr 2019;39.

35. Camilloni L, Ferroni E, Cendales BJ, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P, et al. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. *BMC Public Health*. 13 mai 2013;13:464.
36. nationale A. Assemblée nationale. [cité 21 sept 2023]. Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°274 - 16e législature. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0274_projet-loi
37. Koivogui A, Levi S, Finkler M, Lewkowicz S, Gombeaud T, Sabate JM, et al. Feasibility of encouraging participation in colorectal cancer screening campaigns by motivating people through the social network, Facebook. *Colorectal Dis*. oct 2020;22(10):1325-35.
38. Plackett R, Kaushal A, Kassianos AP, Cross A, Lewins D, Sheringham J, et al. Use of Social Media to Promote Cancer Screening and Early Diagnosis: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 9 nov 2020;22(11):e21582.
39. Carter-Harris L, Bartlett Ellis R, Warrick A, Rawl S. Beyond Traditional Newspaper Advertisement: Leveraging Facebook-Targeted Advertisement to Recruit Long-Term Smokers for Research. *J Med Internet Res*. 15 juin 2016;18(6):e117.
40. Smits SE, McCutchan GM, Hanson JA, Brain KE. Attitudes towards lung cancer screening in a population sample. *Health Expect*. déc 2018;21(6):1150-8.
41. Muñoz-Sanz JJ, Jiménez-Palomares M, Garrido-Ardila EM, Rodríguez-Mansilla J. Non-Participation in Breast Cancer Screening in Spain and Potential Application in the Present and Future: A Cross Sectional Study. *Cancers (Basel)*. 27 août 2021;13(17):4331.
42. Tomietto M, Soyer P, Heitz D, Fauconnier A, Huchon C. [Reluctances in organized breast cancer screenig in Yvelines]. *Gynecol Obstet Fertil*. nov 2014;42(11):761-5.
43. Varela A, Jandorf L, DuHamel K. Understanding Factors Related to Colorectal Cancer (CRC) Screening Among Urban Hispanics: Use of Focus Group Methodology. *J Cancer Educ*. mars 2010;25(1):70-5.
44. Dag N. Mobile computed tomography scanner in trailer: a field hospital experience. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. oct 2022;26(19):6953-7.
45. Raghavan D, Wheeler M, Doege D, Doty JD, Levy H, Dungan KA, et al. Initial Results from Mobile Low-Dose Computerized Tomographic Lung Cancer Screening Unit: Improved Outcomes for Underserved Populations. *Oncologist*. mai 2020;25(5):e777-81.
46. Balata H, Tonge J, Barber PV, Colligan D, Elton P, Evison M, et al. Attendees of Manchester's Lung Health Check pilot express a preference for community-based lung cancer screening. *Thorax*. déc 2019;74(12):1176-8.
47. Gendarme S, Perrot É, Reskot F, Bhoowabul V, Fourre G, Souquet PJ, et al. [Economic impact of lung cancer screening in France: A modeling study]. *Rev Mal Respir*. sept 2017;34(7):717-28.

48. SPF. Opinions vis-à-vis de l'augmentation des taxes sur le tabac et conséquences sur la motivation à l'arrêt. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2018 [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/opinions-vis-a-vis-de-l-augmentation-des-taxes-sur-le-tabac-et-consequences-sur-la-motivation-a-l-arret.-resultats-du-barometre-de-sante-publique-f>
49. Ostroff JS, Buckshee N, Mancuso CA, Yankelevitz DF, Henschke CI. Smoking cessation following CT screening for early detection of lung cancer. *Prev Med.* déc 2001;33(6):613-21.
50. Schnoll RA, Bradley P, Miller SM, Unger M, Babb J, Cornfeld M. Psychological issues related to the use of spiral CT for lung cancer early detection. *Lung Cancer.* mars 2003;39(3):315-25.
51. Anderson CM, Yip R, Henschke CI, Yankelevitz DF, Ostroff JS, Burns DM. Smoking cessation and relapse during a lung cancer screening program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* déc 2009;18(12):3476-83.
52. Townsend CO, Clark MM, Jett JR, Patten CA, Schroeder DR, Nirelli LM, et al. Relation between smoking cessation and receiving results from three annual spiral chest computed tomography scans for lung carcinoma screening. *Cancer.* 15 mai 2005;103(10):2154-62.
53. Clark MA, Gorelick JJ, Sicks JD, Park ER, Graham AL, Abrams DB, et al. The Relations Between False Positive and Negative Screens and Smoking Cessation and Relapse in the National Lung Screening Trial: Implications for Public Health. *Nicotine Tob Res.* janv 2016;18(1):17-24.
54. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 21 sept 2023]. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours
55. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *BMJ.* 21 janv 2010;340:b5569.
56. Gemine RE, Ghosal R, Collier G, Parry D, Campbell I, Davies G, et al. Longitudinal study to assess impact of smoking at diagnosis and quitting on 1-year survival for people with non-small cell lung cancer. *Lung Cancer.* mars 2019;129:1-7.
57. Pistelli F, Aquilini F, Falaschi F, Puliti D, Ocello C, Lopes Pegna A, et al. Smoking Cessation in the ITALUNG Lung Cancer Screening: What Does « Teachable Moment » Mean? *Nicotine Tob Res.* 24 août 2020;22(9):1484-91.
58. Ashraf H, Saghir Z, Dirksen A, Pedersen JH, Thomsen LH, Døssing M, et al. Smoking habits in the randomised Danish Lung Cancer Screening Trial with low-dose CT: final results after a 5-year screening programme. *Thorax.* juin 2014;69(6):574-9.
59. Dépistage organisé du cancer du poumon : une étude menée aux HCL | Actualité | Hospices Civils de Lyon - CHU de Lyon [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/depistage-organise-cancer-poumon-etude-menee-aux-hcl>

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

- Numéro d'anonymat :
- Âge :
- Sexe :
- Catégorie socio-professionnelle / Métier :
- Lieu d'habitat : ☐ Urbain ☐ Semi-rural ☐ Rural
- Médecin traitant :
- Nombre de cig/jour :
- Durée du tabagisme :

- Participation aux campagnes de dépistage : ☐ Colon ☐ Sein ☐ Col utérin
- Y'a-t-il des antécédants familiaux de cancer du poumon ? ☐ Oui ☐ Non

Explications cancer du poumon et dépistage

Concernant le cancer du poumon, il s'agit d'un cancer dont le facteur de risque principal est le tabac. Il survient le plus fréquemment chez les gros fumeurs. Il s'agit d'un cancer se manifestant par divers symptômes comme une toux chronique, une fatigue, un amaigrissement, des crachats de sang...

L'objectif du dépistage par scanner thoracique à faible dose est de repérer un cancer avant qu'il ne s'exprime cliniquement, à un stade localisé permettant un traitement curatif par chirurgie. En cas de découverte de nodules suspects, des examens complémentaires sont réalisés (fibroscopie / biopsies) et éventuellement une chirurgie peut être proposée.

Le dépistage consisterait à réaliser un scanner thoracique à faible dose d'irradiation, tous les 2 ans, (ou plus rapproché en cas d'anomalie) pendant 5 à 10 ans.

- > Qu'en pensez-vous ?
- > Quelles seraient vos motivations à réaliser ce dépistage ?
- > Comment pourriez-vous être sensibilisé à ce dépistage ?
- > Que pensez-vous d'une consultation spécialement dédiée aux différents dépistages ?
Sous quelles conditions ?
- > Quels pourraient être les freins, pour vous, à la réalisation de ce dépistage ?
→ Selon réponse du participant : L'irradiation de l'examen ? L'aspect financier ?
- > Quel pourrait-être l'impact de ce dépistage sur votre consommation ?
→ Selon réponse du participant : si absence / présence de lésion ?
- > Pour une prise en charge optimale, il faudra associer le dépistage au sevrage tabagique des patients. Qu'en pensez-vous ?
- > **Avez-vous d'autre(s) chose(s) à ajouter ?**

ANNEXE 2 : LETTRE D'INFORMATION POUR PARTICIPATION À UNE RECHERCHE

TITRE DE LA RECHERCHE : ETUDE DES MOTIVATIONS ET RETICENCES DES PATIENTS TABAGIQUES ACTIFS CHRONIQUES AU DEPISTAGE DU CANCER DU POU MON PAR SCANNER THORACIQUE A FAIBLE DOSE D'IRRADIATION

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de thèse de fin d'étude, je vous propose de participer à une étude de recherche clinique, supervisée par le Dr FOUET Kévin, médecin rattaché au Centre Hospitalier de La Rochelle. Cette lettre d'information détaille en quoi cette étude consiste.

Vous pourrez prendre le temps pour lire et comprendre ces informations, afin de comprendre la méthodologie de l'étude et pour réfléchir à votre participation.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

> Objectif principal : Evaluer les motivations et les réticences des patients tabagiques actifs au dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose.

> Objectif secondaire : Evaluer un retentissement hypothétique sur la consommation de tabac des participants.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

> Les participants volontaires auront signé un formulaire de consentement après avoir reçu une information claire, puis seront interrogés sous la forme d'entretien individuel avec l'enquêteur Maxime KEREBEL, suivant leurs disponibilités, dans un lieu neutre et calme.

> Un entretien individuel d'une durée de 15 à 30 minutes en moyenne sera réalisé avec les participants. Au cours de cet entretien, plusieurs questions seront posées concernant leur habitude de vie, notamment tabagique. L'entretien sera enregistré au niveau audio, avec l'accord des patients, afin de faciliter leur retranscription et la suite de l'étude. Les participants pourront refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Ils auront la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

> Les données seront d'abord retranscrites mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. L'analyse des données sera réalisée par l'enquêteur Maxime KEREBEL. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine générale de Maxime KEREBEL, et peuvent éventuellement être publiés. Un dossier concernant cette étude a été soumis au comité d'éthique de La Rochelle, qui a émis un avis favorable à sa réalisation le 25/05/2023.

RISQUES POTENTIELS : Aucun

FRAIS MÉDICAUX : Votre collaboration à ce protocole de recherche n'entraînera pas de participation financière de votre part.

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE
(Exemplaire participant)

NOM DE L'ETUDE : Evaluation des motivations et réticences des patients fumeurs actifs au dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose d'irradiation

Je soussigné(e)
domicilié(e) à confirme par la présente que j'ai reçu
suffisamment d'informations concernant cette étude de la part de Mr KEREBEL Maxime.

Je confirme en avoir compris le sens. Je suis conscient(e) que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela me porte préjudice.

Mes données personnelles seront anonymisées et traitées de manière strictement confidentielle, comme prévu dans la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données personnelles. Je comprends les raisons pour lesquelles ces données sont collectées, traitées et utilisées dans le cadre de cette étude.

J'accepte librement de participer à cette étude et de satisfaire aux conditions telles qu'elles sont décrites dans la feuille d'information attachée.

Fait à Le Signature participant(e) :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE
(Exemplaire enquêteur)

NOM DE L'ETUDE : Evaluation des motivations et réticences des patients fumeurs actifs au dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose d'irradiation

Je soussigné(e)
domicilié(e) à confirme par la présente que j'ai reçu
suffisamment d'informations concernant cette étude de la part de Mr KEREBEL Maxime.

Je confirme en avoir compris le sens. Je suis conscient(e) que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux mettre fin à tout moment à ma participation sans que cela me porte préjudice.

Mes données personnelles seront anonymisées et traitées de manière strictement confidentielle, comme prévu dans la loi modifiée du 2 août 2002 sur la protection des données personnelles. Je comprends les raisons pour lesquelles ces données sont collectées, traitées et utilisées dans le cadre de cette étude.

J'accepte librement de participer à cette étude et de satisfaire aux conditions telles qu'elles sont décrites dans la feuille d'information attachée.

Fait à Le Signature participant(e) :

ANNEXE 4 : Caractéristiques des participants

Entretien	Sexe	Âge (années)	Nombre de cigarette / jour moyen	Durée moyenne du tabagisme (années)	Antécédant familial de cancer pulmonaire	Participation aux campagnes de dépistage (sein, colon, col)	Durée de l'entretien (minutes)
F1	F	50	25	30	Non	Oui	18'00
F2	F	69	20	50	Non	Oui	33'50
F3	F	53	15	30	Non	Oui	21'00
F4	F	57	20	40	Non	Non	35'50
F5	F	72	15	30	Oui	Oui	22'15
F6	F	63	10	45	Non	Oui	15'00
F7	F	57	20	30	Non	Non	19'30
F8	F	54	10	30	Non	Oui	25'00
F9	F	54	20	30	Non	Oui (sein) et Non (colon)	36'45
F10	F	58	20	25	Non	Oui	18'40
F11	F	53	15	35	Oui	Oui	22'00
F12	F	64	10	45	Oui	Oui	24'00
F13	F	57	20	30	Non	Oui	16'00
H1	H	63	20	40	Oui	Oui	19'20
H2	H	50	15	35	Oui	Oui	27'00
H3	H	67	15	45	Oui	Oui	22'25
H4	H	70	15	50	Non	Non	23'20
H5	H	53	10	35	Oui	Oui	22'40
H6	H	68	25	40	Non	Oui	29'45
H7	H	51	15	35	Non	Oui	23'20
H8	H	52	15	35	Non	Oui	23'00
MOYENNE		58 ans 9 mois	16	36	/	/	23 min 37 sec

RESUME

Introduction : Le cancer du poumon est le 3ème cancer en terme d'incidence et la première cause de décès par cancer en France. Son dépistage par scanner thoracique à faible dose d'irradiation a prouvé son efficacité pour réduire la mortalité via les essais NLST et NELSON. Or, actuellement, il n'y a pas encore de dépistage organisé du cancer pulmonaire. Des études de faisabilité sont en cours, mais il manque des données comme les facteurs favorisant l'adhésion de la population pour ce dépistage.

Objectifs : L'objectif principal était de décrire les motivations et les réticences, au dépistage du cancer du poumon, par scanner thoracique à faible dose d'irradiation, des patients fumeurs actifs chroniques, de 50 à 74 ans. L'objectif secondaire était d'évaluer un hypothétique impact sur la consommation tabagique chez ces mêmes patients au décours du dépistage.

Matériel et méthode : Une étude qualitative, descriptive, menée par des entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de vingt et un patients, âgés de 50 à 74 ans révolus, fumeurs actifs, habitant dans l'agglomération rochelaise, de Juin 2023 à Septembre 2023. Une analyse thématique et descriptive des entretiens a été réalisée jusqu'à saturation des données puis triangulée

Résultat : Les motivations au dépistage peuvent être internes au patient, avec la nécessité d'un bilan de santé, l'envie de sevrage tabagique ; ou externes, influencées par les médecins, la sécurité sociale, les médias ou les autres patients via des témoignages.

Les réticences peuvent être liées au patient avec la peur du résultat, le déni du résultat, l'absence de symptômes évocateurs et le manque de temps, ou liées à l'examen en lui-même et notamment sa disponibilité, sa technicité et son coût. Des freins liés au sevrage associé au dépistage et à l'épuisement du monde médical ont également été rapportés.

Le dépistage du cancer du poumon pourrait permettre un déclic pour l'arrêt de la consommation chez certains patients, tout comme il pourrait en conforter d'autres dans leur intoxication en cas d'absence de lésion pulmonaire, constituant un permis de fumer. Cependant, la présence d'une lésion inciterait au sevrage tabagique pour la majorité des patients.

Conclusion : Les patients, dans la majorité, sont réceptifs à la mise en place d'un dépistage du cancer du poumon. Une information des médecins généralistes sur sa disponibilité, avec des recommandations claires et précises sur sa modalité et le suivi au décours, serait primordiale pour la réussite d'un tel programme, et permettrait d'écarter les réticences mineures des patients au dépistage. Une politique gouvernementale centrée sur la disponibilité de l'examen et son coût, ainsi qu'une large campagne de sensibilisation, devra également être réfléchie pour optimiser ce dépistage.

Mots-clés : Cancer pulmonaire – Dépistage – Médecine Générale – Santé publique



SERMENT

□⊕□⊕□

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

□⊕□⊕□

RESUME

Introduction : Le cancer du poumon est le 3ème cancer en terme d'incidence et la première cause de décès par cancer en France. Son dépistage par scanner thoracique à faible dose d'irradiation a prouvé son efficacité pour réduire la mortalité via les essais NLST et NELSON. Or, actuellement, il n'y a pas encore de dépistage organisé du cancer pulmonaire. Des études de faisabilité sont en cours, mais il manque des données comme les facteurs favorisant l'adhésion de la population pour ce dépistage.

Objectifs : L'objectif principal était de décrire les motivations et les réticences, au dépistage du cancer du poumon, par scanner thoracique à faible dose d'irradiation, des patients fumeurs actifs chroniques, de 50 à 74 ans. L'objectif secondaire était d'évaluer un hypothétique impact sur la consommation tabagique chez ces mêmes patients au décours du dépistage.

Matériel et méthode : Une étude qualitative, descriptive, menée par des entretiens semi-dirigés, réalisés auprès de vingt et un patients, âgés de 50 à 74 ans révolus, fumeurs actifs, habitant dans l'agglomération rochelaise, de Juin 2023 à Septembre 2023. Une analyse thématique et descriptive des entretiens a été réalisée jusqu'à saturation des données puis triangulée

Résultat : Les motivations au dépistage peuvent être internes au patient, avec la nécessité d'un bilan de santé, l'envie de sevrage tabagique ; ou externes, influencées par les médecins, la sécurité sociale, les médias ou les autres patients via des témoignages.

Les réticences peuvent être liées au patient avec la peur du résultat, le déni du résultat, l'absence de symptômes évocateurs et le manque de temps, ou liées à l'examen en lui-même et notamment sa disponibilité, sa technicité et son coût. Des freins liés au sevrage associé au dépistage et à l'épuisement du monde médical ont également été rapportés.

Le dépistage du cancer du poumon pourrait permettre un déclic pour l'arrêt de la consommation chez certains patients, tout comme il pourrait en conforter d'autres dans leur intoxication en cas d'absence de lésion pulmonaire, constituant un permis de fumer. Cependant, la présence d'une lésion inciterait au sevrage tabagique pour la majorité des patients.

Conclusion : Les patients, dans la majorité, sont réceptifs à la mise en place d'un dépistage du cancer du poumon. Une information des médecins généralistes sur sa disponibilité, avec des recommandations claires et précises sur sa modalité et le suivi au décours, serait primordiale pour la réussite d'un tel programme, et permettrait d'écarter les réticences mineures des patients au dépistage. Une politique gouvernementale centrée sur la disponibilité de l'examen et son coût, ainsi qu'une large campagne de sensibilisation, devra également être réfléchie pour optimiser ce dépistage.

Mots-clés : Cancer pulmonaire – Dépistage – Médecine Générale – Santé publique