

ÉCOLE DOCTORALE SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIÉTÉ

EA 2114 Psychologie des Âges de la Vie

THÈSE présentée par :

Morgiane BRIDOU

soutenue le : 11 juillet 2012

pour obtenir le grade de : **Docteur de l'université François - Rabelais**

Discipline/ Spécialité : Psychologie

**ETUDE DES PRINCIPAUX FREINS ET LEVIERS
PSYCHOLOGIQUES ENVERS L'EXAMEN DE
DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL**

Le rôle particulier de l'anxiété envers la santé
dans l'adoption de cette démarche

THÈSE dirigée par :

Madame AGUERRE Colette

Maître de Conférences, Université F. Rabelais de Tours

Monsieur RÉVEILLÈRE Christian

Professeur, Université F. Rabelais de Tours

RAPPORTEURS :

Madame COUSSON-GELIE Florence

Professeur, Université P. Valéry Montpellier 3

Monsieur GRAZIANI Pierluigi

Professeur, Université de Nîmes

JURY :

Madame AGUERRE Colette

Maître de Conférences, Université F. Rabelais de Tours

Madame CHRISTOPHE Véronique

Professeur, Université C. de Gaulle Lille 3

Madame COUSSON-GELIE Florence

Professeur, Université P. Valéry Montpellier 3

Monsieur GRAZIANI Pierluigi

Professeur, Université de Nîmes

Monsieur RÉVEILLÈRE Christian

Professeur, Université F. Rabelais de Tours

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Madame Colette AGUERRE pour la confiance qu'elle m'a accordée, le temps et la disponibilité qu'elle m'a octroyés sans compter durant toutes ces années, les nombreux conseils prodigués pour me remettre sur le droit chemin, et les discussions passionnantes que nous avons échangées... et que nous aurons encore, je l'espère. Vous avez su me transmettre le virus de la recherche, merci infiniment !

Je remercie très chaleureusement le Professeur Christian REVEILLERE qui m'a fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Il a eu la gentillesse de me témoigner son soutien et de m'apporter de précieux conseils et des corrections probablement longues et fastidieuses qui m'ont grandement aidée à conduire et finaliser ce travail.

Je remercie les Professeurs Véronique CHRISTOPHE, Florence COUSSON-GELIE et Pierluigi GRAZIANI de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger ce travail de thèse. C'est pour moi un grand plaisir de bénéficier de votre expertise dans les champs de la psychologie de la santé et de la psychopathologie.

Je remercie sincèrement le Professeur Jérôme VIGUIER, le Docteur Ken HAGUENOER, Monsieur Joël CHARTIER, Madame Florence ROBLIN, ainsi que l'ensemble de l'équipe du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers d'Indre-et-Loire pour m'avoir fait confiance et m'avoir consacré beaucoup de leur temps afin de m'aider à mener ce travail à son terme. J'ai vivement apprécié leur efficacité et leur disponibilité, ainsi que leur pragmatisme qui, je l'avoue, me fait parfois défaut.

Un immense merci à Monsieur Guillaume GIMENES, Mademoiselle Violaine KUBISZEWSKI, Madame Armel LE GALL, Mademoiselle Catherine POTARD et Monsieur Olivier SOREL pour m'avoir aidé très efficacement à réaliser cette étude. Merci pour votre professionnalisme, votre énergie, votre enthousiasme et votre amitié. Sans vous, cela aurait été très certainement beaucoup plus compliqué...

Je remercie tout particulièrement Madame Brigitte GEFFRAY pour ses conseils toujours avisés et ses idées lumineuses, dont je me dis parfois que j'aurais aimé y avoir songé plus tôt... Elle œuvre en coulisse pour apporter une aide pratique et un soutien colossal, tous deux très appréciés.

Merci à Mesdemoiselles Coralie COURCIER, Virginie GOESLIER, Marjorie PASSARD, et Marion ROSIER, étudiantes en Master 1 de psychologie, pour leur aide efficace dans la passation de certains questionnaires, permettant en cela la réalisation de ce travail.

Je remercie également l'ensemble des Doctorants et post-doctorants pour les moments de détente partagés et les fous rires spontanés qui éclatent parfois au bureau 415bis.

Je remercie Mesdames Brigitte CHAPET, Marie-Claude DEROUET, Catherine QUILLIO, Anne PHILIPPE, et Isabelle VANNIER pour leur soutien appuyé et très réconfortant durant ce long travail de thèse.

Merci également à tous les participants sans qui cette étude n'aurait de toute façon pas vu le jour. Merci pour le temps qu'ils ont généreusement accordé et leurs témoignages essentiels qu'ils ont partagés sur un thème pourtant délicat à aborder.

Un immense merci amplement mérité aux nombreux membres de ma famille pour leur patience immodérée face à mon anxiété chronique qui se traduit trop souvent par l'expression de doutes et d'incertitudes multiples et variés, leurs encouragements répétés empreints d'une foi inébranlable et désarmante en mes capacités, leur soutien tacite dont je prends conscience chaque jour, et leur amour inconditionnel qu'ils savent m'exprimer à leur manière. Je vous aime toutes et tous très fort.

Merci à l'Institut National du Cancer (INCa) pour avoir soutenu financièrement ce travail qui s'inscrit dans le cadre d'une recherche scientifique se rapportant aux freins et aux leviers psychologiques envers l'examen de dépistage du cancer colorectal (étude *EF SPEED CANCOL*), coordonnée par Colette Aguerre et retenue lors de l'appel à projet 2010 « *Recherche en sciences humaines et sociales, santé publique et épidémiologie* ».

RESUME

En 2005, 37413 nouveaux cas de cancer colorectal (CCR) étaient recensés en France, un chiffre qui le propulse au troisième rang des cancers les plus fréquents et au second rang des décès par cancer (Bouvier, Chauvenet, Jooste, & Faivre, 2010). Nonobstant ces faits alarmants, le CCR se traite relativement bien grâce à des techniques thérapeutiques toujours plus performantes, avec un taux de réussite avoisinant les 100% lorsqu'il est diagnostiqué à un stade précoce. Fort de ce constat, un programme national de dépistage organisé du CCR a été mis en place afin de diagnostiquer la maladie avant l'apparition de signes avant-coureurs. Ce programme propose aux individus ayant un risque moyen de développer un CCR de participer à un test de dépistage spécifique (Hemoccult-II[®]) tous les 2 ans à partir de 50 ans. Il est aujourd'hui clairement établi que le dépistage de masse par ce type de test réduit notablement la mortalité relative au CCR (Hewitson & al., 2007). Toutefois, le taux de participation actuel (34%) reste encore en deçà des normes recommandées (Institut National du Cancer, 2009). Dès lors, il apparaît nécessaire de mieux comprendre ce qui motive ou, au contraire, freine les individus à s'investir activement dans une démarche de dépistage visant à détecter précocement un CCR. Deux études consécutives ont été menées avec pour objectif d'explorer et comprendre les principaux freins et leviers psychologiques à la démarche de dépistage du CCR par Hemoccult-II[®].

Une étude qualitative, basée sur la conduite de 7 *focus groups* non mixtes, a été menée auprès de 69 individus âgés de 50 à 74 ans. À cette occasion, trois principaux thèmes ont été évoqués avec les participants : les *connaissances et croyances envers le dépistage du CCR*, les *leviers au dépistage du CCR*, et les *freins au dépistage du CCR*. Tous les groupes ont été animés par deux psychologues, enregistrés et retranscrits dans leur intégralité, et traités avec un logiciel d'analyse de données qualitatives. Les analyses factorielles des correspondances effectuées à partir du corpus ainsi obtenu ont mis en évidence l'existence de trois dimensions principales pour chacun des thèmes précités. Les leviers au dépistage du CCR étaient la *communication sur le dépistage du CCR*, la *simplicité perçue du test Hemoccult-II[®]*, et la *perception du risque encouru*. L'*incertitude relative à la fiabilité du test Hemoccult-II[®]*, l'*anxiété envers la santé*, et l'*embarras* ont émergé comme principaux freins au dépistage du CCR. Des analyses en tri-croisé ont également permis de dégager des différences de contenu dans le discours des hommes et celui des femmes.

Une étude quantitative a ensuite été menée auprès de 674 individus âgés de 50 à 74 ans ayant rempli une batterie de questionnaires évaluant : *la méticulosité* (Facette Ordre du Neo-Personality Inventory-Revised ; Rolland & Petot, 1994), *la procrastination décisionnelle* (Echelle de Procrastination Décisionnelle du Melbourne Decision Making Questionnaire ; Bailly & Ilharragorry-Devaux, 2011), *l'évitement expérientiel* (Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II ; Monestès, Villatte, Mouras, Loas, & Bond, 2009), *les connaissances envers le dépistage du CCR* (issues de l'étude exploratoire), *les freins et leviers envers le dépistage du CCR* (issus de l'étude exploratoire), *la perception du risque personnel encouru envers le CCR* (Echelle Comparative du Risque Perçu ; Weinstein, 1983), *l'anxiété envers la santé* (Questionnaire d'Anxiété envers la Santé ; Bridou & Aguerre, 2012), et *les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant* (scénarios construits pour les besoins de l'étude). Des analyses comparatives ont mis en évidence des différences significatives entre les individus ayant déjà réalisé le test Hemocult-II[®] (compliance) et ceux ne l'ayant encore jamais réalisé (non compliance). Les individus compliance ont de *meilleures connaissances concernant le test Hemocult-II[®]*, *surestiment davantage les leviers envers le test Hemocult-II[®]*, *sont plus anxieux envers la santé*, et *mobilisent davantage de stratégies d'ajustement de type vigilant* que les individus non compliance. Enfin, des analyses de régression logistique binaire ont mis en évidence que les principaux prédicteurs de la participation au dépistage du CCR sont : *le degré de connaissances envers le dépistage du CCR*, *la surestimation des leviers au test Hemocult-II[®]*, *la dimension peur de la maladie*, et *les stratégies d'ajustement de type vigilant*.

Ce travail suggère que certains facteurs psychologiques jouent un rôle important dans la participation au dépistage du CCR par Hemocult-II[®]. Nous espérons que ces données aideront les organisations de santé publique à concevoir des campagnes de communication en tenant compte des aspects psychologiques impliqués dans la démarche de participation au dépistage du CCR.

MOTS-CLEFS :

Dépistage du cancer colorectal ; Hemocult-II[®] ; Déterminants psychologiques ; Anxiété envers la santé.

ABSTRACT

In 2005, 37413 new cases of colorectal cancer (CRC) were diagnosed in France, which propels it in the third rank of the most frequent cancers and in the second rank of the deaths by cancer (Bouvier, Chauvenet, Jooste, & Faivre, 2010). In spite of these alarming facts, the CRC is relatively well treated thanks to therapeutic techniques always more successful, with a rate of success bordering the 100% when it is diagnosed at an early stage. Thus, a national program of organized CRC screening was set up to diagnose the disease before first symptoms. This program proposes to people with an average risk of developing a CRC to participate in a specific screening test (Hemoccult-II[®]) every 2 years from 50 years. It is clearly established today that this type of screening reduce the mortality rate relative to CRC (Hewitson & al., 2007). However, the current rate of participation (34%) still stays below recommended norms (Institut National du Cancer, 2009). So, it seems necessary to better understand what motivates or inhibits people to participate in the screening test in order to detect prematurely a CRC. The aim of two consecutive studies was to investigate and to understand main psychological barriers to and facilitators of participation in the Hemoccult-II[®] CRC screening test.

A qualitative study, based on 7 single-sex *focus groups*, was led with 69 people from 50 to 74 years old. Three main sub-topics were evoked with the participants : *Knowledge and beliefs about CRC screening* ; *Facilitating factors for CRC screening using Hemoccult-II[®]* ; *Obstacles to carrying out CRC screening using Hemoccult-II[®]*. All groups were conducted by two psychologists, recorded, transcribed verbatim, and analyzed using qualitative data analysis software. Correspondence factor analyses identified three dimensions for each topic. The main psychological facilitators of CRC screening were : *Information about CRC screening*, *Perceived simplicity of using Hemoccult-II[®]*, and *Perception of risk*. *Uncertainty about the reliability of Hemoccult-II[®]*, *Health anxiety*, and *Embarrassment* emerged as the main barriers to CRC screening. Cross-sectional analyses identified the differences between the views expressed by women and men. Women appeared more embarrassed about Hemoccult-II[®] and men seemed to be more worried about CRC.

Then, a quantitative study was led with 674 people from 50 to 74 years old having completed some questionnaires to evaluate : *meticulousness* (Order facet of Neo-Personality Inventory-Revised ; Rolland & Petot, 1994), *decisional procrastination* (Decisional

Procrastination Scale of Melbourne Decision Making Questionnaire ; Bailly & Ilharragorry-Devaux, 2011), *experiential avoidance* (Acceptance and Action Questionnaire-II ; Monestès, Villatte, Mouras, Loas, & Bond, 2009), *knowledge about CRC screening* (stemming from the exploratory study), *barriers to and facilitators of CRC screening* (stemming from the exploratory study), *CRC personal risk perception* (Perceived Risk Comparative Scale ; Weinstein, 1983), *health anxiety* (Health Anxiety Questionnaire ; Bridou & Aguerre, 2012), and *blunting and monitoring coping strategies* (constructed scenarios for the study). Results emphasize significant differences between people having already used the Hemocult-II[®] test (*compliant*s) and those having never used it (*not compliant*s). Compliant people have *better knowledge about Hemocult-II[®] test, overestimate facilitators of Hemocult-II[®] test, are more health anxious, and use more monitoring coping strategies* than not compliant people. Finally, binary logit regression analyses highlight main determinants of participation in CRC screening : *knowledge about CRC screening, overestimation of facilitators of Hemocult-II[®] test, fear of disease, and monitoring coping strategies.*

This preliminary study suggests that psychological factors play an important role in CRC screening by Hemocult-II[®]. This finding may help health organizations to conceive better awareness campaigns to promote CRC screening in order to reduce the related mortality rate by taking into account psychological determinants such as health anxiety.

KEYWORDS :

Colorectal cancer screening ; Hemocult-II[®] ; Psychological factors ; Health anxiety.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| Remerciements | 2 |
| Résumé | 4 |
| Abstract | 6 |
| Table des matières | 8 |
| Liste des annexes | 19 |
| Liste des tableaux | 21 |
| Liste des figures | 24 |
| Introduction générale | 27 |
| I. Argumentaire à l'élaboration de ce travail | 28 |
| II. Problématique et hypothèses générales | 29 |

PARTIE 1:

Exploration des principaux freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal: une étude qualitative basée sur la méthodologie des focus groups

| | |
|---|----|
| <u>Chapitre 1:</u> Contexte et aspects situationnels du dépistage organisé du cancer colorectal | 36 |
| Le dépistage organisé du cancer colorectal : contexte et aspects situationnels | 37 |
| I. Le cancer colorectal : pathogénie, symptomatologie, épidémiologie et traitements | 37 |
| 1. L'anatomie du gros intestin | 37 |
| 2. Les polypes colorectaux | 38 |
| 3. Le développement du cancer colorectal | 38 |
| 4. Les symptômes du cancer colorectal | 39 |
| 5. Les facteurs de risque du cancer colorectal | 40 |
| 5.1. Les personnes à risque très élevé de cancer colorectal | 40 |
| 5.2. Les personnes à risque élevé de cancer colorectal | 40 |
| 5.3. Les personnes à risque accru de cancer colorectal | 40 |
| 5.4. Les personnes à risque moyen de cancer colorectal | 41 |
| 6. La prévalence du cancer colorectal en France | 41 |
| 7. Les traitements du cancer colorectal | 41 |
| 7.1. L'exérèse chirurgicale | 42 |
| 7.2. La chimiothérapie | 42 |

| | |
|---|----|
| 7.3. La radiothérapie | 42 |
| 7.4. Les thérapies ciblées | 42 |
| II. Le dépistage organisé du cancer colorectal | 43 |
| 1. L'objectif du dépistage organisé du cancer colorectal..... | 43 |
| 2. Les examens de dépistage du cancer colorectal | 43 |
| 2.1. La coloscopie | 43 |
| 2.2. La rectosigmoïdoscopie | 44 |
| 2.3. La recherche de sang occulte dans les selles (FOBT)..... | 44 |
| 2.3.1. Les tests au gâïac type Hemoccult-II [®] (gFOBT) | 44 |
| 2.3.2. Les tests immunologiques type Magstream [®] , OC Sensor [®] et FOB Gold [®] (iFOBT)..... | 45 |
| 3. Les taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal en Europe et en France..... | 46 |
| <u>Chapitre 2: Etude qualitative exploratoire des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal, basée sur la méthodologie des focus groups</u> | 48 |
| Introduction..... | 49 |
| I. La méthode des focus groups | 49 |
| 1. Définition des focus groups | 49 |
| 2. La méthodologie des focus groups..... | 51 |
| 3. Intérêts et limites de la méthode des focus groups..... | 52 |
| 3.1. Avantages de la technique des focus groups..... | 52 |
| 3.2. Inconvénients de la technique des focus groups | 53 |
| II. Les obstacles envers le dépistage du cancer colorectal | 54 |
| 1. Les freins socio-économiques | 54 |
| 2. La méconnaissance du cancer colorectal et les croyances erronées associées..... | 55 |
| 3. La méconnaissance des tests de dépistage du cancer colorectal et les croyances erronées associées..... | 57 |
| 4. Les relations médecins-patients et le dépistage du cancer colorectal | 58 |
| 5. Les contraintes liées à la procédure du test Hemoccult-II [®] | 59 |
| 6. L'embarras et le dégoût liés à la réalisation du test Hemoccult-II [®] | 60 |
| 7. La peur du cancer | 60 |
| 8. Le fatalisme..... | 61 |
| III. Les leviers envers le dépistage du cancer colorectal | 62 |
| 1. Les informations et connaissances sur le cancer colorectal et ses méthodes de dépistage..... | 62 |

| | |
|--|----|
| 2. Les relations médecins-patients et le dépistage du cancer colorectal | 64 |
| 3. Les leviers liés à la procédure du test Hemoccult-II® | 65 |
| 4. L'espoir | 66 |
| 5. Les autres facteurs motivationnels | 66 |
| IV. Le regard des soignants sur les représentations de leurs patients envers le dépistage du cancer colorectal | 67 |
| 1. La prévention : un des rôles du médecin traitant ?..... | 67 |
| 2. La prescription des tests de dépistage | 68 |
| 3. Les obstacles des patients envers le dépistage perçus par les médecins | 69 |
| 4. Les suggestions d'amélioration..... | 70 |
| V. Objectifs et hypothèses de l'étude qualitative exploratoire des déterminants psychologiques au dépistage du cancer colorectal | 71 |
| Méthode | 72 |
| I. Participants | 72 |
| II. Matériel..... | 74 |
| III. Procédure..... | 76 |
| IV. Préparation du corpus de données | 77 |
| V. Analyse des données..... | 78 |
| Résultats | 79 |
| I. Description générale du corpus de données | 79 |
| II. Les connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® | 80 |
| 1. Analyse lexicale | 80 |
| 2. Analyse hiérarchique descendante et analyse factorielle | 81 |
| 3. Analyse en tri-croisé | 84 |
| III. Les leviers intervenant dans la démarche de participer au test de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® | 85 |
| 1. Analyse lexicale | 85 |
| 2. Analyse hiérarchique descendante et analyse factorielle | 86 |
| 3. Analyse en tri-croisé | 89 |
| IV. Les freins intervenant dans la démarche de participation au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® | 91 |

| | |
|--|-----|
| 1. Analyse lexicale | 91 |
| 2. Analyse hiérarchique descendante et analyse factorielle | 92 |
| 3. Analyse en tri-croisé | 95 |
| Discussion..... | 97 |
| I. Les connaissances et croyances générales envers les tests de dépistage du cancer colorectal.. | 97 |
| 1. Les avantages de la coloscopie sur le test Hemocult-II® | 97 |
| 2. Le dépistage associé au principe de prévention | 98 |
| 3. La procédure du test Hemocult-II® | 99 |
| 4. Les croyances spécifiques des femmes sur le dépistage du cancer colorectal | 100 |
| 5. Les croyances spécifiques des hommes sur le dépistage du cancer colorectal | 100 |
| II. Les leviers intervenant dans la démarche de réalisation du test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II® | 102 |
| 1. L'importance de la communication sur le test Hemocult-II® | 102 |
| 2. La simplicité de la procédure Hémocult-II® | 103 |
| 3. Les antécédents personnels et/ou familiaux de cancer..... | 104 |
| 4. Les leviers spécifiques des femmes envers la démarche de dépistage du cancer colorectal..... | 105 |
| 5. Les leviers spécifiques des hommes envers la démarche de dépistage du cancer colorectal | 105 |
| III. Les freins intervenant dans la démarche de participation au test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II® | 106 |
| 1. Le manque de fiabilité perçu du test Hemocult-II® | 106 |
| 2. Le coût économique et financier du test Hemocult-II® | 107 |
| 3. L'anxiété envers la santé..... | 108 |
| 4. Les freins spécifiques des femmes envers la démarche de dépistage du cancer colorectal..... | 109 |
| 5. Les freins spécifiques des hommes envers la démarche de dépistage du cancer colorectal | 110 |
| Conclusion | 112 |

PARTIE 2:

Le Questionnaire d'Anxiété envers la Santé: adaptation française et étude des propriétés psychométriques auprès d'une population adulte

| | |
|--|-----|
| Introduction..... | 116 |
| I. De la notion d'anxiété générale au concept heuristique d'anxiété envers la santé..... | 116 |
| 1. L'anxiété générale..... | 116 |
| 2. L'anxiété et la santé somatique | 117 |

| | |
|---|-----|
| 2.1. L'anxiété : un trait pathogène ?..... | 118 |
| 2.1.1. L'hypothèse psychoneuro-immunologique (voie directe)..... | 118 |
| 2.1.2. L'hypothèse comportementale (voie indirecte)..... | 119 |
| 2.2. L'anxiété : une réaction aux pathologies somatiques ?..... | 120 |
| 3. Intérêt et utilité de la distinction entre les concepts d'anxiété générale et d'anxiété envers la santé..... | 121 |
| II. Nature et prévalence de l'anxiété envers la santé..... | 122 |
| 1. Définition de l'anxiété envers la santé..... | 122 |
| 1.1. Particularités de la dimension perceptive de l'anxiété envers la santé..... | 122 |
| 1.2. Particularités de la dimension cognitive de l'anxiété envers la santé..... | 123 |
| 1.3. Particularités de la dimension émotionnelle de l'anxiété envers la santé..... | 124 |
| 2. Prévalence de l'anxiété envers la santé..... | 126 |
| 3. Structure latente du concept d'anxiété envers la santé..... | 127 |
| 3.1. L'absence d'anxiété envers la santé..... | 127 |
| 3.2. L'anxiété modérée envers la santé..... | 128 |
| 3.3. Les formes pathologiques d'anxiété envers la santé..... | 129 |
| 3.3.1. L'hypocondrie..... | 129 |
| 3.3.2. La phobie spécifique de la maladie (ou nosophobie)..... | 130 |
| 3.3.3. Le trouble délirant de type somatique..... | 131 |
| III. Déterminants de l'anxiété envers la santé..... | 132 |
| 1. Le processus d'apparition de l'anxiété envers la santé..... | 132 |
| 2. Les répercussions comportementales de l'anxiété envers la santé..... | 134 |
| 2.1. L'évitement des stimuli relatifs à la santé et/ou la maladie..... | 134 |
| 2.2. La recherche effrénée de stimuli rassurants et l'adoption de comportements apaisants.. | 134 |
| IV. Comment repérer l'anxiété envers la santé et quantifier sa sévérité ?..... | 137 |
| V. Objectifs de l'étude d'adaptation française et de validation du <i>Questionnaire d'Anxiété envers la Santé</i> | 143 |
| Méthode..... | 146 |
| I. Participants..... | 146 |
| II. Matériel..... | 146 |
| 1. L'anxiété envers la santé..... | 146 |
| 2. L'amplification somatosensorielle..... | 147 |

| | |
|--|-----|
| 3. La peur des sensations physiques..... | 147 |
| 4. Les inquiétudes envers la santé et la maladie..... | 148 |
| 5. Les croyances envers la santé et la maladie | 148 |
| 6. l’anxiété générale | 149 |
| III. Procédure | 149 |
| IV. Analyse des données..... | 150 |
| Résultats | 151 |
| I. Analyses descriptives | 151 |
| II. Structure factorielle du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé..... | 153 |
| 1. Analyse factorielle en composantes principales..... | 153 |
| 2. Analyse factorielle confirmatoire..... | 157 |
| 2.1. Le modèle unifactoriel de Wolfradt et Härter | 157 |
| 2.2. Le modèle à trois facteurs de Vasilescu | 157 |
| 2.3. Le modèle à quatre facteurs de Lucock et Morley | 157 |
| 3. Corrélations entre les différents facteurs du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé.. | 158 |
| III. Critères de fidélité du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé..... | 159 |
| 1. Consistance interne | 159 |
| 2. Fidélité test-retest..... | 159 |
| IV. Critères de validité du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé | 160 |
| 1. Validité de construit du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé..... | 160 |
| 1.1. Validité convergente | 160 |
| 1.2. Validité divergente | 161 |
| 2. Validité de critère..... | 162 |
| Discussion..... | 163 |
| I. Analyses descriptives | 163 |
| II. Structure factorielle du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé..... | 164 |
| III. Critères de fidélité du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé..... | 167 |
| 1. Consistance interne du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé..... | 167 |
| 2. Fidélité test-retest du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé | 167 |
| IV. Critères de validité du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé | 168 |
| 1. Validité de construit du Questionnaire d’Anxiété envers la Santé..... | 168 |
| 1.1. Validité convergente..... | 168 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 1.2. Validité discriminante | 169 |
| 2. Validité de critère | 169 |
| Conclusion | 171 |

PARTIE 3:

Evaluation d'un modèle explicatif de l'adoption d'une démarche de dépistage du cancer colorectal centré sur le rôle de l'anxiété envers la santé

| | |
|--|-----|
| Introduction..... | 174 |
| I. Le rôle des facteurs socio-économiques dans la participation au dépistage du cancer colorectal. | 175 |
| 1. Le genre..... | 175 |
| 2. L'âge | 175 |
| 3. La situation familiale..... | 176 |
| 4. Le niveau d'éducation | 176 |
| 5. La situation financière..... | 176 |
| 6. Le milieu de vie..... | 177 |
| 7. L'appartenance ethnique | 177 |
| II. Le rôle des facteurs biologiques dans la participation au dépistage du cancer colorectal | 178 |
| 1. L'état de santé somatique..... | 178 |
| 2. Les facteurs de risque du cancer colorectal..... | 178 |
| 3. La participation aux autres dépistages du cancer | 179 |
| III. Le rôle des obstacles liés à la procédure Hemocult-II® dans la participation au dépistage | 180 |
| 1. Le manque de disponibilité | 180 |
| 2. La douleur et l'inconfort ressenti | 180 |
| 3. Les régimes alimentaires préparatifs..... | 180 |
| 4. La complexité des étapes de réalisation du test..... | 181 |
| IV. Le rôle des facteurs communicationnels dans la participation au dépistage du cancer colorectal.... | 181 |
| 1. Les recommandations du médecin traitant..... | 181 |
| 2. La communication sur le dépistage du cancer colorectal..... | 183 |
| V. Le rôle des croyances, représentations et des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal dans la participation au dépistage | 184 |
| 1. Le Modèle des Croyances envers la Santé | 185 |
| 2. Les théories centrées sur l'intention comportementale..... | 186 |
| 2.1. La Théorie de la Motivation à la Protection..... | 186 |

| | |
|---|-----|
| 2.2. La Théorie de l'Action Planifiée | 188 |
| 3. Les théories des stades des comportements de santé | 191 |
| 3.1. Le Modèle Transthéorique du Changement | 191 |
| 3.2. Le Modèle des Stades d'Adoption des Comportements Préventifs | 192 |
| 3.3. La Théorie du Processus du Comportement de Santé..... | 195 |
| 4. Les théories relatives aux représentations de la maladie | 198 |
| 4.1. La Théorie de l'Autorégulation des Comportements de Santé | 198 |
| 4.2. Le Modèle des Attitudes envers les Symptômes et la Maladie..... | 200 |
| VI. Le rôle des facteurs émotionnels dans la participation au dépistage du cancer colorectal | 203 |
| 1. L'embarras et la gêne | 204 |
| 2. La dépressivité | 205 |
| 3. La peur du cancer | 206 |
| 3.1. La cancérophobie « ordinaire »..... | 206 |
| 3.2. Le cancer et ses retentissements anxieux | 207 |
| 3.3. La peur de la récurrence | 208 |
| 3.4. Les inquiétudes liées à la situation de dépistage du cancer | 208 |
| VII. Le rôle des facteurs d'ajustement dans la participation au dépistage du cancer colorectal | 211 |
| 1. La procrastination et l'évitement (« Blunting »)..... | 213 |
| 2. L'hypervigilance (« Monitoring ») | 214 |
| VIII. Objectifs de l'étude d'évaluation du modèle explicatif théorique de l'adoption de la démarche de dépistage du cancer colorectal..... | 215 |
| Méthode | 217 |
| I. Participants | 217 |
| II. Matériel..... | 219 |
| 1. Les facteurs de personnalité | 219 |
| 1.1. la méticulosité | 219 |
| 1.2. La procrastination décisionnelle | 220 |
| 1.3. L'évitement expérientiel..... | 220 |
| 2. Les facteurs cognitifs et émotionnels | 221 |
| 2.1. Les connaissances envers le test de dépistage Hémocult-II® | 221 |
| 2.2. Les leviers et freins perçus au dépistage du cancer colorectal | 222 |
| 2.3. Le risque perçu envers le cancer colorectal..... | 222 |

| | |
|--|-----|
| 2.4. Les inquiétudes envers le cancer | 223 |
| 2.5. L'anxiété envers la santé | 223 |
| 3. Les stratégies d'ajustement face aux situations stressantes liées à la santé | 224 |
| 4. Le comportement de réalisation du test Hemocult-II® | 224 |
| III. Procédure | 225 |
| IV. Hypothèses..... | 225 |
| 1. Hypothèses comparatives..... | 225 |
| 1.1. Hypothèses relatives aux facteurs sociodémographiques | 225 |
| 1.2. Hypothèses relatives aux facteurs de personnalité..... | 227 |
| 1.3. Hypothèses relatives aux facteurs cognitifs | 227 |
| 1.4. Hypothèses relatives aux facteurs émotionnels..... | 228 |
| 1.5. Hypothèse relative aux stratégies de coping | 228 |
| 2. Hypothèse explicatives..... | 229 |
| 2.1. Impact des facteurs sociodémographiques sur les facteurs cognitifs et émotionnels | 232 |
| 2.2. Impact des facteurs de personnalité sur les facteurs cognitifs et émotionnels | 236 |
| 2.3. Impact des facteurs sociodémographiques sur les stratégies d'ajustement..... | 238 |
| 2.4. Impact des facteurs de personnalité sur les stratégies d'ajustement | 239 |
| 2.5. Impact des facteurs cognitifs et émotionnels sur les stratégies d'ajustement | 239 |
| 2.6. Impact des facteurs sociodémographiques sur la participation au dépistage du cancer colorectal... | 240 |
| 2.7. Impact des facteurs de personnalité sur la participation au dépistage du cancer colorectal ... | 241 |
| 2.8. Impact des facteurs cognitifs et émotionnels sur la participation au dépistage du cancer colorectal..... | 241 |
| 2.9. Impact des stratégies d'ajustement sur la participation au dépistage du cancer colorectal | 242 |
| V. Analyses des données | 243 |
| Résultats | 244 |
| I. Analyses descriptives | 244 |
| II. Analyses comparatives | 246 |
| 1. Existe-t-il des différences sociodémographiques entre les individus <i>compliant</i> s et <i>non compliant</i> s ?.. | 246 |
| 2. Existe-t-il des différences psychologiques entre les individus <i>compliant</i> s et <i>non compliant</i> s ? | 248 |
| 3. Existe-t-il des différences de perception des leviers et des freins envers le test Hemocult-II® entre les individus <i>compliant</i> s et <i>non compliant</i> s ?..... | 250 |

| | |
|--|-----|
| 4. Existe-t-il des différences de domaines d'inquiétudes envers le cancer entre les individus <i>compliant</i> s et <i>non compliant</i> s ?..... | 256 |
| III. Analyses corrélationnelles..... | 258 |
| IV. Analyses explicatives..... | 261 |
| 1. Effet des facteurs sociodémographiques sur les facteurs cognitivo-émotionnels..... | 261 |
| 2. Effet des facteurs de personnalité sur les facteurs cognitifs et émotionnels..... | 265 |
| 3. Effet des facteurs sociodémographiques sur les stratégies d'ajustement..... | 269 |
| 4. Effet des facteurs de personnalité sur les stratégies d'ajustement..... | 269 |
| 5. Effet des facteurs cognitifs et émotionnels sur les stratégies d'ajustement..... | 270 |
| 6. Effet des différentes variables étudiées sur la participation au dépistage du cancer colorectal..... | 270 |
| 6.1. Effet des facteurs sociodémographiques sur la participation au dépistage du cancer colorectal..... | 271 |
| 6.2. Effet des facteurs de personnalité sur la participation au dépistage du cancer colorectal..... | 272 |
| 6.3. Effet des facteurs cognitifs et émotionnels sur la participation au dépistage du cancer colorectal..... | 272 |
| 6.4. Effet des stratégies d'ajustement sur la participation au dépistage du cancer colorectal..... | 273 |
| 7. Existe-t-il des effets médiateurs dans ce modèle ?..... | 275 |
| Discussion..... | 278 |
| I. Analyse descriptive des leviers et freins perçus envers le dépistage du cancer colorectal..... | 278 |
| II. Analyses comparatives..... | 281 |
| 1. Existe-t-il des différences sociodémographiques entre les individus <i>compliant</i> s et <i>non compliant</i> s au dépistage du cancer colorectal ?..... | 281 |
| 2. Existe-t-il des différences entre les hommes et les femmes quant aux facteurs psychologiques étudiés ?..... | 282 |
| 3. Existe-t-il des différences psychologiques entre les individus <i>compliant</i> s et <i>non compliant</i> s au dépistage du cancer colorectal ?..... | 284 |
| 3.1. Les facteurs de personnalité..... | 284 |
| 3.2. Les connaissances et les croyances relatives aux freins et leviers envers le dépistage du cancer colorectal..... | 286 |
| 3.3. Les inquiétudes envers le cancer, l'anxiété envers la santé et les stratégies d'ajustement..... | 288 |
| III. Analyses explicatives..... | 290 |
| 1. Quels facteurs sociodémographiques prédisent les facteurs cognitifs et émotionnels ?..... | 290 |
| 2. Quels facteurs de personnalité prédisent les facteurs cognitifs et émotionnels ?..... | 292 |

| | |
|--|-----|
| 3. Quels facteurs sociaux et psychologiques prédisent la participation au dépistage du cancer colorectal ? | 293 |
| 3.1. L'impact des facteurs sociodémographiques sur la participation au dépistage du cancer colorectal..... | 293 |
| 3.2. L'impact des facteur psychologiques sur la participation au dépistage du cancer colorectal | 295 |
| Conclusion | 297 |
| Conclusion générale..... | 300 |
| Références bibliographiques..... | 305 |
| Curriculum vitae | 356 |
| Annexes | 360 |

LISTE DES ANNEXES

| | |
|--|-----|
| Annexe 1 : Article dans la Nouvelle République du 30.10.2010. | 361 |
| Annexe 2 : Grille d'entretien des focus groups. | 362 |
| Annexe 3 : Fiche de renseignements des participants aux focus groups. | 367 |
| Annexe 4 : Mode d'emploi du test Hemocult-II®. | 368 |
| Annexe 5 : Effectif des formes réduites du corpus de données qualitatives obtenu avec les focus groups... .. | 370 |
| Annexe 6 : Effectif des formes réduites pour la thématique des connaissances et croyances envers le dépistage. | 373 |
| Annexe 7 : Analyse hiérarchique descendante effectuée sur la thématique des connaissances et croyances envers le dépistage. | 374 |
| Annexe 8 : Analyse en tri-croisé effectuée sur la thématique des connaissances et croyances envers le dépistage. | 375 |
| Annexe 9 : Effectif des formes réduites pour la thématique des leviers envers le dépistage. | 376 |
| Annexe 10 : Analyse hiérarchique descendante effectuée sur la thématique des leviers envers le dépistage. | 377 |
| Annexe 11 : Analyse en tri-croisé effectuée sur la thématique des leviers envers le dépistage. | 378 |
| Annexe 12 : Effectif des formes réduites pour la thématique des freins envers le dépistage... .. | 379 |
| Annexe 13 : Analyse hiérarchique descendante pour la thématique des freins envers le dépistage. | 381 |
| Annexe 14 : Analyse en tri-croisé sur la thématique des freins envers le dépistage. | 382 |
| Annexe 15 : Questionnaire d'Anxiété envers la Santé. | 383 |
| Annexe 16 : Echelle d'Amplification Somatosensorielle. | 384 |
| Annexe 17 : Questionnaire des Sensations Physiques. | 385 |
| Annexe 18 : Pourquoi S'Inquiéter envers la Santé ? | 386 |
| Annexe 19 : Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé. | 387 |
| Annexe 20 : Inventaire d'Anxiété Trait-Etat forme Y-A. | 388 |
| Annexe 21 : Inventaire d'Anxiété Trait-Etat forme Y-B. | 389 |
| Annexe 22 : Facette « Ordre » du Neo-Personality Inventory-R. | 390 |
| Annexe 23 : Echelle de Procrastination Décisionnelle. | 391 |
| Annexe 24 : Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II. | 392 |
| Annexe 25 : Echelle des Connaissances envers le test Hemocult-II®. | 393 |
| Annexe 26 : Inventaire des Leviers envers le test de Dépistage du Cancer Colorectal par Hemocult-II®. .. | 394 |
| Annexe 27 : Inventaire des Freins envers le test de Dépistage du Cancer Colorectal par Hemocult-II® | 395 |
| Annexe 28 : Echelle Comparative de Risque Perçu envers le Cancer Colorectal. | 396 |

| | |
|--|-----|
| Annexe 29 : Echelle des Domaines d’Inquiétudes envers le Cancer..... | 397 |
| Annexe 30 : Les Stratégies de Coping envers la Santé. | 398 |
| Annexe 31 : Comportement de Réalisation du test Hemocult-II®..... | 399 |
| Annexe 32 : Courrier d’invitation à participer au questionnaire en ligne pour l’étude quantitative des freins et leviers psychologiques à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II® | 400 |

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|-----|
| Tableau 1: Les caractéristiques sociodémographiques des participants aux focus groups..... | 73 |
| Tableau 2: Les participations antérieures au test Hemocult-II [®] associées à l'intention de réaliser ce test à l'avenir..... | 74 |
| Tableau 3: Les principaux thèmes et questions abordés lors des focus groups..... | 75 |
| Tableau 4: Description générale du corpus de données..... | 79 |
| Tableau 5: Description générale du corpus relatif aux connaissances et croyances générales sur le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 80 |
| Tableau 6: Exemples de contenus verbaux en fonction des classes pour le corpus relatif aux connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal..... | 83 |
| Tableau 7: Exemples de contenu de l'analyse en tri-croisé pour le corpus des connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 84 |
| Tableau 8: Description du corpus relatif aux leviers intervenant dans la démarche de participation au test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 85 |
| Tableau 9: Exemples de contenus verbaux en fonction des classes pour le corpus relatif aux leviers de la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 88 |
| Tableau 10: Exemples de contenu de l'analyse en tri-croisé effectuée sur la thématique des leviers envers la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 90 |
| Tableau 11: Description générale du corpus relatif aux freins intervenant dans la démarche de participation au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 91 |
| Tableau 12: Exemples de contenus verbaux en fonction des classes pour la thématique des freins à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 94 |
| Tableau 13: Exemples de contenus verbaux de l'analyse en tri-croisé effectuée sur la thématique des freins au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II [®] | 96 |
| Tableau 14: Inventaire et spécificités psychométriques des outils auto-administrés évaluant une (ou plusieurs) facette(s) de l'anxiété envers la santé..... | 139 |
| Tableau 15: Statistiques descriptives des participants aux différents questionnaires..... | 152 |
| Tableau 16: Comparaison des moyennes de scores obtenus entre les hommes et les femmes, puis entre les sujets « jeunes » et « âgés » aux différents questionnaires..... | 152 |

| | |
|---|-----|
| Tableau 17: Structure factorielle du Questionnaire d'Anxiété envers la Santé..... | 156 |
| Tableau 18: Indices d'ajustement pour chacun des modèles théoriques éprouvés..... | 158 |
| Tableau 19: Matrice de corrélations entre les différents facteurs du Questionnaire d'Anxiété envers la Santé..... | 159 |
| Tableau 20: Coefficients de corrélation entre les scores obtenus au QAS et à l'EAS, au QSP, au PSI-S..... | 161 |
| Tableau 21: Coefficients de corrélations entre le QAS et le QCRS. | 161 |
| Tableau 22 : Coefficients de corrélation entre les scores obtenus au QAS et au STAI..... | 161 |
| Tableau 23: Les caractéristiques sociodémographiques des participants. | 218 |
| Tableau 24: Effectifs des réponses relatives à la participation au test Hemocult-II®. | 218 |
| Tableau 25: Moyennes et écarts types des scores obtenus aux différents instruments utilisés..... | 244 |
| Tableau 26: Comparaison des effectifs observés et théoriques des modalités des variables sociodémographiques entre les individus "compliance" et "non compliance". | 247 |
| Tableau 27: Comparaison des effectifs observés et théoriques des modalités de la variable situation familiale entre les individus "compliance" et "non compliance" selon leur genre. | 247 |
| Tableau 28: Comparaison des moyennes de scores obtenus aux différents instruments utilisés entre les hommes et les femmes d'une part, puis entre les individus ayant déjà réalisé le test Hemocult-II® et ceux ne l'ayant jamais réalisé, d'autre part. | 249 |
| Tableau 29: Comparaison des moyennes des scores obtenus aux facteurs de personnalité entre les individus compliance et non compliance en fonction du genre..... | 249 |
| Tableau 30: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes..... | 252 |
| Tableau 31: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes..... | 252 |
| Tableau 32: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliance et non compliance..... | 253 |
| Tableau 33: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliance et non compliance..... | 253 |
| Tableau 34 : Comparaison des moyennes de scores obtenus aux différents types d'inquiétudes envers le cancer entre les hommes et les femmes d'une part, puis entre les | |

| | |
|--|-----|
| individus ayant déjà réalisé le test Hemocult-II [®] et ceux ne l'ayant jamais réalisé, d'autre part. | 257 |
| Tableau 35: Coefficients de corrélations entre les facteurs cognitifs et émotionnels. | 260 |
| Tableau 36: Résultats des analyses de variance entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs cognitifs et émotionnels. | 263 |
| Tableau 37: Résultats des analyses de variance entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs cognitifs et émotionnels (suite). | 264 |
| Tableau 38: Résultats des analyses de régression multiples réalisées entre les facteurs de personnalité et les facteurs cognitifs et émotionnels. | 267 |
| Tableau 39: Résultat de l'analyse de variance entre les facteurs sociodémographiques et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant. | 269 |
| Tableau 40: Résultats de l'analyse de régression multiple entre les facteurs de personnalité et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant. | 269 |
| Tableau 41: Résultats de l'analyse de régression multiples entre les facteurs cognitifs et émotionnels et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant. | 270 |
| Tableau 42: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les facteurs sociodémographiques et la participation au dépistage du cancer colorectal. | 271 |
| Tableau 43: Indices de spécification de l'ajustement du modèle. | 271 |
| Tableau 44: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les facteurs de personnalité et la participation au dépistage du cancer colorectal. | 272 |
| Tableau 45: Indices de spécification de l'ajustement au modèle. | 272 |
| Tableau 46: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les facteurs cognitivo-émotionnels et la participation au dépistage du cancer colorectal. | 273 |
| Tableau 47: Indices de spécification d'ajustement du modèle. | 273 |
| Tableau 48: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les stratégies de coping et la participation au dépistage du cancer colorectal. | 273 |
| Tableau 49: Indices de spécification d'ajustement du modèle. | 273 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|-----|
| Figure 1: Anatomie du tube digestif..... | 37 |
| Figure 2: Taux de participation INSEE par département au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal en 2009-2010..... | 47 |
| Figure 3: Typologie des techniques de recherche qualitative. | 50 |
| Figure 4: Répartition des U.C.E. par classe. | 82 |
| Figure 5: Nombre de mots analysés par classe. | 82 |
| Figure 6: Analyse factorielle en correspondance pour le corpus relatif aux connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® | 82 |
| Figure 7: Répartition des U.C.E. par classe. | 87 |
| Figure 8: Nombres de mots analysés par classe..... | 87 |
| Figure 9: Analyse factorielle en correspondance effectuée sur la thématique des leviers à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® | 87 |
| Figure 10: Répartition des U.C.E. par classe. | 93 |
| Figure 11: Nombre des mots analysés par classe..... | 93 |
| Figure 12: Analyse factorielle en correspondance effectuée sur la thématique des freins à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® | 93 |
| Figure 13: Le rôle de l'anxiété dans la survenue de pathologies somatiques selon les hypothèses psychoneuro-immunologique et comportementale..... | 118 |
| Figure 14: Hypothèse curvilinéaire du modèle sociocognitif de la santé centré sur le traitement de l'information..... | 119 |
| Figure 15: Les retentissements émotionnels des maladies somatiques graves et/ou chroniques. ... | 120 |
| Figure 16: Modélisation structurale du concept d'anxiété envers la santé..... | 127 |
| Figure 17: Schéma du processus d'apparition et de maintien de l'anxiété envers la santé.... | 133 |
| Figure 18: Tracé des valeurs propres. | 155 |
| Figure 19: Degré d'anxiété envers la santé selon le degré d'amplification somatosensorielle. | 162 |
| Figure 20: Importance de la relation médecin-patient dans la compliance au dépistage du cancer colorectal | 182 |
| Figure 21: Le Modèle des Croyances envers la Santé | 185 |
| Figure 22: La Théorie de la Motivation à la Protection..... | 187 |
| Figure 23: Théorie de l'Action Planifiée. | 189 |

| | |
|--|-----|
| Figure 24: Le Modèle Transthéorique du Changement. | 191 |
| Figure 25: Le Modèle des Stades d'Adoption de Comportements Préventifs..... | 193 |
| Figure 26: La Théorie des Processus du Comportement de Santé..... | 196 |
| Figure 27: La Théorie de l'Autorégulation des Comportements de Santé | 199 |
| Figure 28: Le Modèle des Attitudes et Symptômes envers la Maladie..... | 201 |
| Figure 29: Equation symbolisant la formation des représentations mentales relatives à la maladie .. | 202 |
| Figure 30: Le Modèle du Processus Cognitif et Social d'intégration des Informations Sanitaires..... | 212 |
| Figure 31: Modélisation des hypothèses générales de l'étude quantitative des freins et leviers psychologiques envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®. | 230 |
| Figure 32: Modélisation des hypothèses opérationnelles de l'étude quantitative des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®. | 231 |
| Figure 33: Fréquence des leviers au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®. | 245 |
| Figure 34: Fréquence des freins au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®. | 245 |
| Figure 35: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes (en pourcentage). | 254 |
| Figure 36: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes (en pourcentage). | 254 |
| Figure 37: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliants et non compliants (en pourcentage). | 255 |
| Figure 38: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliants et non compliants (en pourcentage). | 255 |
| Figure 39: Impact des facteurs sociodémographiques sur les facteurs cognitifs et émotionnels..... | 262 |
| Figure 40: Impact des prédicteurs de personnalité sur les modérateurs..... | 268 |
| Figure 41: Impact des différentes variables étudiées sur la participation au dépistage du cancer colorectal. | 274 |
| Figure 42: Analyse de médiation entre l'âge et la participation au dépistage du cancer colorectal par le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal..... | 275 |
| Figure 43: Analyse de médiation entre les stratégies d'ajustement de type vigilant et la participation au dépistage du cancer colorectal par la peur de la maladie..... | 276 |
| Figure 44: Schéma récapitulatif des principaux résultats de l'étude des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®. | 277 |



**ETUDE DES PRINCIPAUX FREINS ET LEVIERS
PSYCHOLOGIQUES ENVERS L'EXAMEN DE
DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL :**

*Le rôle particulier de l'anxiété envers la
santé dans l'adoption de cette démarche*

INTRODUCTION GÉNÉRALE

I. ARGUMENTAIRE A L'ELABORATION DE CE TRAVAIL

Dans la plupart des pays industrialisés, un constat surprenant basé sur des études épidémiologiques sérieuses tend à émerger depuis plusieurs décennies. La santé somatique dépendrait aussi bien des avancées médicales majeures et des innovations technologiques indéniables permettant de traiter avec succès bon nombre de pathologies somatiques chroniques (Lindau, Laumann, Levinson, & Waite, 2003), que de l'adoption de modes de vie plus sains et de pratiques préventives efficaces (Proper, Singh, van Mechelen, & Chinapaw, 2011 ; Shatenstein & Ghadirian, 1998). Ainsi, les individus eux-mêmes et le contexte environnemental dans lequel ils évoluent jouent un rôle essentiel dans la progression de la longévité et de la qualité de vie (Jen, Jones, & Johnston, 2009). Dès lors, l'éducation et la promotion de comportements salutogènes deviennent des enjeux primordiaux de santé publique (Eckman, et al., 2011 ; Woolf, Johnson, Phillips, & Philipsen, 2007).

L'intérêt particulier pour le cancer colorectal émane d'une part de son incidence avec plus de 37000 nouveaux cas recensés chaque année, et d'autre part, de sa gravité illustrée par un taux de mortalité avoisinant les 17000 décès par an en France (Bouvier, 2009). En outre, la prévalence du cancer colorectal n'a cessé d'augmenter depuis 30 ans avec une hausse de 50% environ pouvant être attribuée directement au vieillissement de la population pour deux tiers et aux facteurs comportementaux et environnementaux pour le tiers restant (Remontet, et al., 2003). Tout cela explique l'engouement actuel des chercheurs pour cette thématique comme en témoignent le nombre croissant de revues scientifiques de qualité portant exclusivement sur ces questions¹ et les multiples études centrées précisément sur la compréhension et l'évaluation de l'impact des pratiques préventives sur la carcinogénèse (Cottet, Bonithon-Kopp, & Faivre, 2004). Les résultats de ces études mettent par exemple en avant le rôle primordial de l'alimentation et de l'activité physique dans la survenue du cancer colorectal. Consommer plus souvent des légumes (choux, navets, légumes verts, etc...), des produits laitiers pour leurs apports en calcium, des poissons gras riches en vitamine D, et pratiquer régulièrement une activité physique auraient un effet protecteur limitant la croissance des adénomes souvent incriminés dans le développement du cancer colorectal (Bjelke, 1974 ; Garland, et al., 1985 ; Macquart-Moulin, Riboli, Cornee, Kaaks, & Berthezene, 1987 ; Thune

¹ Citons par exemple les revues *Nutrition & Cancer*, *Cancer Detection & Prevention*, *Cancer Epidemiology*, *Cancer Causes and Control*, ou encore *Cancer Prevention Control*.

& Lund, 1996 ; Tuyns, Kaaks, & Haelterman, 1988). À l'inverse, les effets néfastes d'une alimentation trop riche en sucres et de la consommation d'alcool sont aujourd'hui clairement établis (Boutron-Ruault, Senesse, Meance, Belghiti, & Faivre, 2001 ; Giovannucci, 1995 ; Longnecker, Orza, Adams, Vioque, & Chalmers, 1990).

Toutes ces données relatives à la prévention sont certes essentielles mais elles ne sont pas d'un grand secours lorsque la maladie s'est déjà déclarée. D'où l'importance de rappeler les progrès médicaux notables qui ont été faits ces dernières années avec un perfectionnement des traitements du cancer colorectal qui permettent de plus en plus souvent d'obtenir des cas de rémission complète ou partielle, ainsi qu'une prise en charge globale qui améliore considérablement la qualité de vie des patients en atténuant leurs symptômes désagréables et/ou douloureux, en les soutenant psychologiquement tout au long de la maladie et en favorisant leur récupération par le biais d'un retour progressif aux activités quotidiennes (Institut National du Cancer, 2010). Néanmoins, il est aujourd'hui bien établi que des interventions thérapeutiques précoces dès les premiers stades de la maladie sont nécessaires pour maximiser leur efficacité et éviter des dommages irréversibles (Institut National du Cancer, 2009). Pour cela, il faut bien entendu pouvoir établir un diagnostic avant la perception des premiers signes et symptômes qui apparaissent généralement lorsque la maladie est à un stade déjà avancé. Or, il existe des examens et tests de dépistage du cancer colorectal permettant justement de détecter précocement des polypes et/ou des tumeurs, proposés de manière systématique aux individus les plus exposés au risque de développer la maladie. Nonobstant les efforts mis en œuvre depuis une décennie pour sensibiliser la population concernée à ce type de pratiques, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal reste faible en France (Institut de Veille Sanitaire, 2011).

II. PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES GENERALES

Nous avons vu précédemment que le cancer colorectal reste aujourd'hui une cause majeure de mortalité en France, comme dans d'autres pays occidentaux, et ce malgré les efforts considérables et les moyens gigantesques mis en œuvre par les chercheurs et les pouvoirs publics pour améliorer la détection précoce de la maladie via des tests de dépistage de plus en plus efficaces d'une part, et la prise en charge thérapeutique avec des traitements toujours plus performants d'autre part (Bouvier, 2009 ; Bouvier, Chauvenet, Jooste, & Faivre, 2010). Grâce aux recherches menées dans ce domaine, il est aujourd'hui

clairement établi que le dépistage de masse par un test de recherche de sang occulte dans les selles réduit notablement la morbidité et la mortalité relative au cancer du côlon (Hewitson & al., 2007). Fort de ce constat, un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place en France pour proposer, aux individus ayant un risque moyen de développer un cancer colorectal, l'accès gratuit à un test de dépistage par Hemoccult-II® à réaliser tous les deux ans. Ce programme a été lancé en 2002 dans 22 départements (dont l'Indre-et-Loire) et étendu à tous les départements français à partir de 2008 (Blay, Eisinger, Rixe, Calazel-Benque, Morere, Cals, Coscas, Dolbeault, Namer, Serin, Roussel, Pivot, 2008; Viguier, 2009). Afin de sensibiliser le plus grand nombre à cette question de santé publique, des campagnes nationales visant à promouvoir le recours au dépistage² ont vu le jour et ont permis d'augmenter significativement le taux de participation entre 2005 et 2010. Toutefois, force est de constater que le taux de participation actuel (34.0%) reste encore en deçà des normes recommandées (soit 45% ou plus de la population concernée ; Institut National du Cancer, 2009³). Dès lors, il paraît nécessaire de mieux comprendre ce qui motive ou, au contraire, freine les individus à s'investir activement dans une démarche de dépistage visant à détecter précocement un cancer colorectal.

De multiples études, pour la plupart anglo-saxonnes, ont spécifiquement porté sur cette question depuis une quinzaine d'années. Plusieurs raisons ont été avancées afin d'expliquer le fait que les individus réalisent ou non un test de dépistage du cancer colorectal, nous aurons l'occasion de nous y attarder très largement dans la suite de ce travail (Craven, 2001 ; Evans & al., 2005 ; Goulard, Boussac-Zarebska, Duport, & Bloch, 2009 ; Vernon, 1997). Certaines sont d'ordre sociodémographique et économique, d'autres plutôt pratiques et liées à la procédure du test elle-même. Pour exemple, les données de la littérature⁴ indiquent que les hommes, les personnes âgées de moins de 60 ans ou plus de 70 ans, les individus célibataires, ceux ayant un faible niveau d'éducation et/ou appartenant à une catégorie sociale défavorisée avec des revenus peu élevés participent moins que les autres au dépistage du

² Pour exemple, citons la campagne « *Mars Bleu* », qui se déroule chaque année au mois de mars sous l'égide de l'Institut National du Cancer. Le mois du cancer colorectal est ainsi l'occasion de présenter des spots publicitaires pédagogiques et d'organiser des manifestations diversifiées visant à promouvoir le dépistage.

³ Les données citées ici seront développées par la suite.

cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®] (Goulard & al., 2009 ; Pernet Dejardin, Morlais, Bouvier, & Launoy, 2010 ; Tubeuf , 2009 ; Vernon, 1997). Quant aux raisons pratiques évoquées pour ne pas participer au dépistage, il s'agit plutôt du manque de disponibilité, de l'éloignement des lieux de soins, des difficultés à se procurer le test et de la complexité des étapes à suivre pour l'effectuer (Vernon, 1997).

Malgré le nombre grandissant de publications ayant trait à cette question, peu d'études s'intéressent spécifiquement aux déterminants psychologiques pouvant jouer un rôle dans le processus de prise de décision qui conduit les individus à réaliser ou non un test de dépistage du cancer colorectal et les données disponibles demeurent insuffisantes. Or, l'étude des attitudes, croyances, représentations et émotions des individus face au dépistage du cancer colorectal est particulièrement importante pour comprendre et expliquer leurs comportements en matière de santé en général et de prévention du cancer en particulier. Malgré cela, le *sentiment de vulnérabilité face à la maladie* ou encore le *sentiment d'auto-efficacité* relatif à ses propres capacités de réaliser un test de dépistage ont été mis en évidence (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Klein & Weinstein, 1997). Dans cette optique, quelques études ont montré que la *minimisation des risques encourus* et le *sentiment de ne pas être personnellement concerné* sont autant de croyances qui retardent la décision de participer au test de dépistage (Blay & al., 2008).

Mais, les études actuelles les plus prometteuses se polarisent sur le rôle des émotions négatives qui contribueraient à déterminer les comportements envers les dépistages des cancers. Ces études s'appuient sur le fait que le cancer demeure une des maladies somatiques les plus redoutées dans les pays occidentaux (Murray & McMillan, 1993). Ainsi, la *peur du cancer* a bien été mise en avant à plusieurs reprises mais son rôle exact reste indéterminé à ce jour (Hay et al., 2006). Certains estiment en effet que les phénomènes anxieux liés au cancer motivent les individus à réaliser un test de dépistage pour se rassurer quant à leur état de santé et dissiper en quelque sorte leur malaise (Lindhom, Berglund, Kewenter, & Haglind, 1997) ; tandis que d'autres pensent que les inquiétudes envers le cancer inhibent toute démarche de dépistage par crainte d'avoir potentiellement à se confronter à l'annonce parfois dévastatrice sur le plan psychologique de l'existence d'une maladie ignorée jusqu'alors (Consedine, Magai, Krivoshekova, Ryzewicz, & Neuget, 2004). En outre, il paraît de nos jours encore très difficile de savoir si les inquiétudes spécifiques au cancer inhibent ou motive le dépistage du cancer, en particulier la recherche de sang dans les selles (Consedine, Magai, Krivoshekova,

Ryzewicz, & Neuget, 2004; Hay & al., 2005, 2006). Le rôle de l'anxiété spécifique à la santé dans le cadre du processus qui amène ou non à se faire dépister a encore plus rarement été examiné (Miles & Wardle, 2006; Rimes, Salkovskis, Jones, & Lucassen, 2006). Une forte anxiété spécifique à la santé pourrait par exemple, prédisposer à oblitérer des conseils médicaux promouvant le dépistage du cancer en général (Aguerre Michel, Réveillère, Birmelé, & Laroche, 2008 ; Bridou & Aguerre, 2010 ; Hay & al., 2005) et du cancer colorectal en particulier (Miles & Wardle, 2006; Hoffman-Goetz, Meissner, & Thomson, 2009). Nous pensons que le concept novateur et heuristique d'*anxiété envers la santé*, que nous décrivons en détail, peut ainsi nous aider à déterminer plus finement l'impact de certains facteurs émotionnels sur la participation au dépistage du cancer colorectal (Miles & Wardle, 2006 ; Rimes, Salkovskis, Jones, & Lucassen, 2006).

Plus récemment, les chercheurs ont commencé à étudier de près l'embarras, émotion qui se caractérise par un sentiment de gêne et de honte à évoquer avec autrui des sujets relatifs aux zones corporelles intimes et/ou érogènes ; ou encore à se soumettre à des examens médicaux faisant intervenir ces mêmes zones. Ce vécu émotionnel aversif pourrait décourager certains individus à adopter bon nombre de comportements de santé comme le dépistage du cancer colorectal. Les patients peuvent par exemple éprouver quelques réticences à discuter avec leur médecin de ce sujet, et en conséquence, peuvent être peu enclins à faire un dépistage du cancer colorectal (Beeker, Kraft, Southwell, & Jorgensen, 2000 ; Brenes & Paskett, 2000 ; Consedine & al., 2004 ; Janz, Wren, Schottenfeld, & Guire, 2003 ; Janz & al., 2003).

Quoi qu'il en soit, les données scientifiques sur le rôle des facteurs psychologiques dans les comportements de dépistage sont encore insuffisantes. Ainsi, notre projet de recherche (étude *EF SPEED CANCOL*) a donc été élaboré dans le but d'identifier plus précisément les déterminants psychologiques expliquant l'adoption d'une démarche de dépistage du cancer colorectal. Ce projet a notamment reçu le soutien financier de l'Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projet 2010 « *Recherche en sciences humaines et sociales, santé publique et épidémiologie* ».

L'objectif général de ce travail de recherche est donc d'explorer et comprendre les principaux freins et leviers psychologiques à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] chez les français de 50 ans et plus présentant un risque moyen de développer cette maladie. Nous émettons l'hypothèse générale que la combinaison de certains traits de personnalité (embarras, procrastination décisionnelle, évitement expérientiel),

associés à des connaissances parcellaires et croyances erronées envers le cancer colorectal et son dépistage (vulnérabilité et risque cancéreux perçus par exemple), contribuent à générer un malaise psychologique (anxiété envers la santé) à la perspective de procéder à un dépistage du cancer colorectal. Ce malaise est notamment géré par le recours à des stratégies d'adaptation (évitement), qui entravent la participation au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®]. Afin de tester nos hypothèses, nous avons réalisé trois études distinctes présentées successivement au sein des trois parties composant ce travail de thèse.

1) Dans la première partie de ce travail intitulée « *Exploration des principaux freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal : une étude qualitative basée sur la méthodologie des focus groups* », nous exposerons succinctement quelques aspects contextuels et situationnels ayant trait au dépistage organisé du cancer colorectal en France (Chapitre 1). Nous y développerons des éléments de connaissances concernant l'étiologie, la symptomatologie, l'épidémiologie, et la prévalence du cancer colorectal ainsi qu'un tour d'horizon des thérapeutiques éventuellement proposées pour le traiter. Nous y évoquerons également le dispositif français de dépistage organisé du cancer colorectal. Puis, nous présenterons également notre étude qualitative à visée exploratoire, basée sur la méthodologie des *focus groups* (Chapitre 2). Cette étude a été menée dans un premier temps dans le but de mettre en évidence les principales attitudes, représentations, croyances, émotions et stratégies adaptatives envers le cancer colorectal et son dépistage par Hemoccult-II[®]. Cette étude a également été l'occasion d'examiner les freins et leviers motivationnels à la réalisation de la démarche de dépistage du cancer colorectal.

2) Dans la seconde partie intitulée « *Le Questionnaire d'Anxiété envers la Santé : adaptation française et étude des propriétés psychométriques auprès d'une population adulte* », après une revue de littérature centrée sur les apports du concept novateur d'anxiété envers la santé, nous présenterons une étude de validation du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé (Health Anxiety Questionnaire ; Lucock & Morley, 1996)*, réalisée auprès d'une population adulte francophone. Cette étude a explicitement été menée dans le but de disposer d'un instrument d'évaluation fiable favorisant la réalisation de recherches ultérieures portant sur la compréhension du rôle de l'anxiété envers la santé dans l'adoption de mesures préventives et/ou salutogènes. Cette étude a notamment permis par la suite de pouvoir évaluer cette dimension lors de notre troisième étude visant à tester notre modèle explicatif des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®].

3) Dans la troisième partie intitulée « *Evaluation d'un modèle explicatif de l'adoption d'une démarche de dépistage du cancer colorectal centré sur le rôle de l'anxiété envers la santé* », après une revue de la littérature explicitant les données actuellement disponibles sur les différents facteurs impliqués dans la prise de décision de participer ou non à un test de dépistage du cancer colorectal, nous présenterons une étude visant à mettre à l'épreuve notre modèle explicatif théorique, dont l'objectif est d'expliquer le rôle de certains déterminants psychologiques sur la participation au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®.

Nous espérons que les résultats de nos investigations aideront à concevoir des interventions ciblées basées sur une meilleure compréhension du fonctionnement des individus afin de renforcer l'adhésion au dépistage du cancer colorectal pour réduire le taux de mortalité largement imputable aux diagnostics tardifs de cette maladie.

PARTIE 1

Exploration des principaux freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal : une étude qualitative basée sur la méthodologie des focus groups

CHAPITRE 1

Contexte et aspects situationnels du dépistage organisé du cancer colorectal

LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL :

CONTEXTE ET ASPECTS SITUATIONNELS

I. LE CANCER COLORECTAL : PATHOGENIE, SYMPTOMATOLOGIE, EPIDEMIOLOGIE ET TRAITEMENTS

1. L'ANATOMIE DU GROS INTESTIN

Situés dans l'abdomen entre l'intestin grêle et le canal anal, le côlon et le rectum forment le gros intestin (Sobotta, 2010). Le côlon se subdivise en quatre segments distincts : le côlon droit, le côlon transverse, le côlon gauche et le côlon sigmoïde. Les parois du côlon et du rectum sont constituées de quatre couches histologiques superposées: la muqueuse (couche la plus interne), la sous-muqueuse, la musculuse, et la couche séreuse (couche externe). Les rôles du côlon et du rectum dans le tube digestif sont respectivement de solidifier les matières fécales et de les stocker avant leur évacuation de l'organisme.

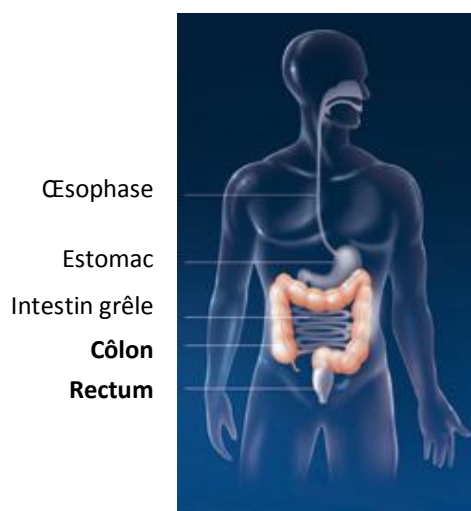


Figure 1: Anatomie du tube digestif (source *CANCER Info*⁵).

⁵ Institut National du Cancer (2009, novembre). *Cancer du côlon*. Consulté le 1 août 2011, sur *CANCER Info* : <http://www.e-cancer.fr/les-cancers/cancers-du-colon/le-colon>.

2. LES POLYPES COLORECTAUX

Le polype colorectal, relativement fréquent, désigne une tumeur⁶ de petite dimension, de nature bénigne ou maligne, faisant saillie dans la lumière du côlon ou du rectum (Molinier, 2007). Il existe quatre variétés histologiques de polypes colorectaux bénins (les polypes adénomateux, les polypes hyperplasiques, les polypes juvéniles, et les pseudo-polypes inflammatoires), mais seuls les polypes adénomateux peuvent évoluer en cancers.

Les polypes adénomateux⁷ résultent de la prolifération des cellules des glandes de Lieberkühn⁸ et peuvent être de trois types : l'adénome tubuleux (75%), l'adénome tubulovilleux (20%), et l'adénome villositaire (5%). La prévalence des adénomes est élevée. Elle augmente avec l'âge à partir de 40 ans et atteint 30% des individus âgés de 65 ans.

3. LE DEVELOPPEMENT DU CANCER COLORECTAL

Les cancers du côlon et/ou du rectum se développent en raison d'une prolifération anarchique de certaines cellules, le plus souvent situées au niveau de la muqueuse (Molinier, 2007). Cette dérégulation du cycle cellulaire s'explique à la fois par l'apparition d'une lésion majeure de l'ADN cellulaire et par un dysfonctionnement du processus d'apoptose⁹, qui engendrent conjointement l'apparition de tumeurs malignes. Celles-ci envahissent progressivement les tissus organiques environnants et, à terme, les détruisent, nuisant ainsi à leur bon fonctionnement.

Un cancer peut se développer indifféremment dans toute partie du côlon ou du rectum (Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2008). Cependant, il survient dans la partie sigmoïde du côlon dans plus de 50% des cas. Le risque de cancer croît avec le nombre des adénomes, leur taille (> 1 cm) et la proportion du contingent villositaire. Environ 10% des

⁶ Excroissance cellulaire plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne).

⁷ Les polypes adénomateux sont aussi appelés *adénomes* ou encore *polyadénomes*.

⁸ Situées dans la muqueuse du côlon ou du rectum, les glandes de Lieberkühn sécrètent le suc intestinal servant à transporter les nutriments.

⁹ L'apoptose est le phénomène de mort cellulaire programmée qui permet de maintenir l'homéostasie tissulaire en régulant le développement cellulaire par élimination des cellules parvenues au terme du cycle cellulaire.

adénomes atteignent la taille de 1 cm et un quart d'entre eux évoluent vers un cancer dans un délai de 10 à 20 ans.

Il existe quatre stades évolutifs du cancer colorectal (Aparicio, 2011) :

- ◆ **Stade 0** : La tumeur reste superficielle et n'envahit pas encore la couche sous-muqueuse.
- ◆ **Stade I** : La tumeur commence à envahir la couche sous-muqueuse ou la couche musculuse de la paroi du côlon ou du rectum.
- ◆ **Stade II** : Plusieurs couches de la paroi du côlon ou du rectum sont envahies par les cellules cancéreuses.
- ◆ **Stade III** : Les cellules cancéreuses envahissent les ganglions lymphatiques proches de la tumeur.
- ◆ **Stade IV** : Des métastases se propagent au-delà du côlon ou du rectum, vers des emplacements ou des organes éloignés, généralement le foie ou les poumons.

4. LES SYMPTOMES DU CANCER COLORECTAL

Les prémices des cancers du côlon et du rectum sont généralement asymptomatiques et peuvent évoluer quelques temps sans signes perceptibles (Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer, 2008). Toutefois, certains symptômes, en se manifestant, peuvent conduire les médecins à évoquer la présence éventuelle de ces types de cancer et justifient le recours à un test de dépistage spécifique. Selon la Société Nationale Française de Gastroentérologie (1999), les symptômes les plus courants sont des douleurs abdominales d'apparition récente ; des troubles du transit intestinal d'apparition récente ou la modification récente de troubles anciens du transit intestinal ; une anémie ferriprive¹⁰ ; un méléna¹¹ ou des rectorragies¹² associées ou non à un syndrome rectal¹³ ; une tumeur abdominale ou un foie métastatique ; et une occlusion ou perforation intestinale.

¹⁰ L'anémie ferriprive se caractérise par une diminution du nombre de globules rouges du sang et/ou de leur teneur en hémoglobine survenant en raison d'une carence en fer.

¹¹ Le méléna est l'évacuation de selles de couleurs très foncées, contenant du sang digéré.

¹² La rectorragie est une émission abondante de sang par l'anus.

¹³ Le syndrome rectal se caractérise par de faux besoins impérieux et fréquents avec émission de glaires sanglantes afécales.

5. LES FACTEURS DE RISQUE DU CANCER COLORECTAL

5.1. LES PERSONNES A RISQUE TRES ELEVE DE CANCER COLORECTAL

Il existe des mutations génétiques prédisposant au cancer colorectal (Molinier, 2007). Les personnes atteintes de Polypose Adénomateuse Familiale (PAF)¹⁴ ou du syndrome de Lynch (ou HNPCC)¹⁵ sont particulièrement exposées au risque de développer un cancer colorectal.

5.2. LES PERSONNES A RISQUE ELEVE DE CANCER COLORECTAL

Les individus ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou d'adénome, des antécédents de polypes, une maladie inflammatoire chronique des intestins (maladie de Crohn¹⁶, rectocolite ulcéro-hémorragique¹⁷) présentent un risque élevé de développer un cancer colorectal.

5.3. LES PERSONNES A RISQUE ACCRU DE CANCER COLORECTAL

Certains facteurs liés au mode de vie peuvent accroître le risque moyen de développer un cancer colorectal. Les individus fumeurs, obèses (avec un Indice de Masse Corporelle supérieur ou égal à 30), ou atteints d'un diabète de type II ont davantage de risque de développer un cancer colorectal comparativement aux individus à risque moyen de cancer colorectal.

¹⁴ La PAF est une maladie génétique qui se manifeste par la formation de plusieurs centaines de polypes dans le côlon dès l'adolescence. Le risque d'avoir un cancer est quasi systématique si aucun traitement préventif n'est apporté (source Institut National du Cancer, 2009).

¹⁵ Le syndrome de Lynch est dû à plusieurs types d'anomalies génétiques, qui se manifestent par la survenue de cancers du côlon ou du rectum ou d'autres organes (source Institut National du Cancer, 2009).

¹⁶ La maladie de Crohn est une affection inflammatoire chronique de cause inconnue qui peut atteindre tous les segments du tube digestif, mais le plus souvent l'iléon et le côlon (atteinte iléo-caecale), et à un moindre degré la région de l'anus (source Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 2009).

¹⁷ La rectocolite hémorragique est une maladie inflammatoire chronique du côlon, atteignant constamment le rectum et s'étendant de manière continue plus ou moins haut vers le cæcum, respectant le grêle (source Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 2009).

5.4. LES PERSONNES A RISQUE MOYEN DE CANCER COLORECTAL

Les individus hommes et femmes âgés de 50 ans ou plus, sans facteur de prédisposition connu, sont considérés comme des individus à risque moyen de développer un cancer colorectal. Ce sont les individus ciblés par le dépistage de masse organisé du cancer colorectal par Hemocult-II^{®18}.

6. LA PREVALENCE DU CANCER COLORECTAL EN FRANCE

En 2005, 37413 nouveaux cas de cancer colorectal étaient recensés en France dont 19913 hommes et 17500 femmes (Bouvier, 2009 ; Bouvier, Chauvenet, Jooste, & Faivre, 2010). Le cancer colorectal représente 53,8% des cancers digestifs chez l'homme et 68,5% chez la femme. Son incidence le situe au troisième rang des cancers les plus fréquents après les cancers de la prostate et du sein (Bouvier, 2009). La survie moyenne à 5 ans est d'environ 56%.

En 2005, 16865 décès étaient directement imputables au cancer colorectal. Le cancer colorectal se classe donc au second rang des décès par cancer en France. Il représente à lui seul 11,6% des décès par cancer (Bouvier, 2009). Néanmoins, le taux de mortalité diminue régulièrement : moins 36% entre les cohortes 1910 et 1950, et ce malgré une incidence en constante augmentation (Belot, et al., 2008). Cette baisse de mortalité a été largement attribuée à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique.

7. LES TRAITEMENTS DU CANCER COLORECTAL

Le choix des thérapies envisagées dans la prise en charge des cancers du côlon et du rectum dépend en grande partie du stade de développement de la maladie au moment où le diagnostic a été posé (Institut National du Cancer, 2010). Sont également considérés la localisation précise de la tumeur et l'état général du patient. L'âge du patient n'est généralement pas un critère intervenant dans la prise de décision des traitements engagés.

¹⁸ Ce point est développé page 43.

7.1. L'EXERÈSE CHIRURGICALE

L'exérèse est une opération chirurgicale qui consiste à retirer une tumeur, une partie ou l'intégralité d'un organe. Cette technique thérapeutique peut être réalisée aux stades 0 et I de la maladie ou associée à des traitements adjuvants aux stades II, III et IV.

7.2. LA CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie est un traitement médicamenteux administré par perfusion ou voie orale visant à éliminer les cellules cancéreuses de l'organisme. La chimiothérapie a une action généralisée qui peut altérer également les cellules saines. Elle est souvent utilisée en traitement adjuvant aux techniques chirurgicales aux stades II, III et IV de la maladie.

7.3. LA RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie est un traitement locorégional basé sur une irradiation (rayons X ou absorption d'une substance radioactive) destinée à détruire les cellules cancéreuses afin de réduire le risque de récurrence dans un organe donné. Ce traitement n'est utilisé que dans certains cas de cancers du rectum dans la mesure où le cancer du côlon se propage davantage dans l'organisme.

7.4. LES THÉRAPIES CIBLÉES

Les thérapies ciblées sont des traitements médicamenteux ayant une action localisée basés sur les anticorps monoclonaux¹⁹. Ils agissent à la fois sur les agents angiogènes²⁰ et sur les facteurs de croissance qui stimulent la division cellulaire des cellules cancéreuses. Cette technique est utilisée en traitement adjuvant aux techniques chirurgicales et chimiothérapeutiques au stade IV de la maladie.

Malgré des techniques thérapeutiques toujours plus performantes, il demeure un nombre trop importants de cancers colorectaux diagnostiqués à un stade avancé de la maladie, plus complexes et hasardeux à traiter. Ce constat est à l'origine de la mise en place d'un système de dépistage organisé du cancer colorectal visant à détecter la maladie à un stade précoce afin d'améliorer notablement le taux de survie des individus qui en sont affectés.

¹⁹ Les anticorps monoclonaux sont des protéines synthétisées par le système immunitaire dont les rôles sont de repérer et neutraliser les antigènes (ici, les cellules cancéreuses).

II. LE DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

1. L'OBJECTIF DU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

Une politique de dépistage organisé peut être mise en place dès lors que la pathologie ciblée est fréquente et concerne une partie non négligeable de la population avec un taux de mortalité relativement important. Actuellement, seuls 50% des cancers colorectaux sont considérés comme guéris. Or, un diagnostic intervenant à un stade précoce de la maladie permet d'obtenir un taux de guérison avoisinant les 100% avec la technique de l'exérèse chirurgicale des adénomes. Ainsi, la détection précoce des adénomes permet d'améliorer considérablement la prise en charge thérapeutique du cancer colorectal et par voie de conséquence le taux de survie associé (Faivre, Lepage, & Dancourt, 2009).

2. LES EXAMENS DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

2.1. LA COLOSCOPIE

La coloscopie est un examen basé sur une exploration visuelle du rectum et du côlon avec un endoscope²¹ souple introduit par l'anus, après absorption la veille de l'examen d'un liquide de nettoyage du côlon²². Réalisée sous anesthésie générale, la coloscopie permet de réaliser des biopsies et d'effectuer l'exérèse de la plupart des polypes observés. Il existe un risque de complications essentiellement liées à une hémorragie et/ou à l'éventuelle perforation du côlon lors de la réalisation de cet examen, mais ce risque reste faible (Ponchon, 2009). La coloscopie doit être réalisée tous les dix ans. Elle est indiquée chez les individus ayant un risque très élevé ou élevé de développer un cancer colorectal et chez les individus dont le test de recherche de sang occulte dans les selles s'est révélé positif. La coloscopie n'est pas éligible comme technique de dépistage de masse des individus à risque moyen de développer un cancer colorectal en raison de son coût, du nombre de professionnels impliqués dans sa réalisation et de son caractère invasif.

²⁰ Les agents angiogènes sont des substances nécessaires à la synthèse des vaisseaux sanguins tumoraux.

²¹ L'endoscope est un instrument composé d'un tube optique muni d'un système d'éclairage, que l'on introduit dans les cavités naturelles du corps afin de les examiner.

²² Il s'agit du polyéthylène glycol.

2.2. LA RECTOSIGMOÏDOSCOPIE

La rectosigmoïdoscopie est un examen permettant d'explorer visuellement les parois du rectum (rectoscopie), du côlon sigmoïde (sigmoïdoscopie) et de la partie basse du côlon gauche, qui se pratique sans anesthésie avec un coloscope court²³, après administration de deux lavements consécutifs. Moins contraignant que la coloscopie, cet examen est indiqué pour la surveillance des maladies inflammatoires chroniques intestinales, pour la surveillance des sujets asymptomatiques à risque très élevé ou élevé de cancer colorectal, ou encore pour la surveillance endoscopique après exérèse d'un ou plusieurs adénomes colorectaux.

2.3. LA RECHERCHE DE SANG OCCULTE DANS LES SELLES (FOBT²⁴)

2.3.1. Les tests au gaïac type Hemoccult-II[®] (gFOBT)

Le test Hemoccult-II[®] est un test de recherche de sang occulte dans les selles. Ce test est constitué d'un papier réactif imprégné de résine de gaïac²⁵ qui détecte l'activité peroxydase de l'hème. Cette technique de dépistage s'adresse prioritairement aux individus ayant un risque moyen de développer un cancer colorectal (Serra, Goulard, Duport, & Bloch, 2008). Les médecins préconisent la réalisation du test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans entre 50 et 74 ans²⁶.

La procédure du test Hemoccult-II[®] consiste à prélever à l'aide d'une spatule deux petits échantillons de selles sur trois selles consécutives, et à les déposer sur une plaquette. Celle-ci est ensuite adressée par courrier postal à un centre spécialisé dans la lecture et l'analyse de ces tests. Si le test est positif, une coloscopie doit être réalisée afin de découvrir l'origine du saignement.

L'utilisation de ce test permettrait de réduire de 15 à 20% le taux de mortalité par cancer colorectal (Faivre, Lepage, & Dancourt, 2009). Ce test a été choisi dans la politique de

²³Le coloscope court est un tube flexible de 60 centimètres de long muni d'un système optique.

²⁴Fecal Occult Blood Test

²⁵ Substance issue du gaïac, arbre de la famille des zygophyllacées au bois dur, compact et résineux, à fleurs bleues ornementales et feuilles persistantes, que l'on trouve en Amérique centrale et aux Antilles. Il est aussi appelé « *Bois de vie* » pour ses vertus médicinales connues.

²⁶ Direction générale de la santé (2006). *Cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal*. Consulté le 2 août 2011 sur : http://ile-de-france.sante-gouv.fr/img/pdf/cahier_des_charges.pdf.

dépistage organisé de nombreux pays européens (dont la France) et aux Etats-Unis en raison de son efficacité démontrée par de nombreuses études (Faivre, et al., 2004 ; Hewitson, Glasziou, Irwig, Tower, & Watson, 2007), de la simplicité et l'innocuité de sa procédure et de son faible coût (Launoy, 2009). En dépit de ces résultats, l'utilisation du test Hemocult-II[®] comme test de dépistage de masse fait l'objet de controverses en France. En effet, malgré une spécificité jugée excellente (98%) et une valeur prédictive satisfaisante (40% pour un cancer ou un adénome), la sensibilité du test Hemocult-II[®] n'est que de 50 à 60% dans la détection des cancers colorectaux et de l'ordre de 20 à 30% dans la détection des adénomes à haut risque (Faivre, Lepage, & Dancourt, 2009 ; Launoy, 2009).

2.3.2. Les tests immunologiques type Magstream[®], OC Sensor[®] et FOB Gold[®] (iFOBT)

Les tests immunologiques sont basés sur la révélation spécifique de la présence d'hémoglobine humaine par l'utilisation des anticorps monoclonaux ou polyclonaux dirigés contre des protéines du sang (Launoy, 2009). Certains auteurs pensent que ce type de test serait plus performant, plus sensible et plus fiable que les tests au gaïac, le rendant plus efficace dans le dépistage du cancer colorectal (Guittet, et al., 2006 ; Hundt, Haug, & Brenner, 2009 ; Launoy, 2009). Cependant, les tests immunologiques occasionnent un coût légèrement plus élevé, critère important dans le cadre d'un dépistage de masse (Guittet, et al., 2006 ; Hundt, et al., 2009 ; Launoy, 2009). Nonobstant ce fait, le remplacement des tests au gaïac par les tests immunologiques fait actuellement l'objet de nombreuses discussions visant à déterminer les conditions optimales d'utilisation de ces derniers²⁷ (Haute Autorité de Santé, 2008²⁸ ; Institut National du Cancer, 2011).

Si le programme de dépistage organisé du cancer colorectal adopte ce type de test en France, gageons que cela n'aura que peu d'incidence sur les freins et leviers psychologiques à l'œuvre dans la prise de décision de recourir ou non au test de dépistage dans la mesure où le principe et la procédure sont quasiment identiques pour l'utilisateur. Néanmoins, ce type de test

²⁷ Ils s'intéressent par exemple au seuil de positivité le plus approprié, aux modalités de conservation des kits (températures adéquates et délais d'acheminement), et au nombre de prélèvements nécessaires.

²⁸ Haute Autorité de Santé, Service évaluation économique et santé publique (2008, décembre). *Rapport d'orientation. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France*. Consulté le 2 août 2011 sur : <http://www.has-sante.fr>.

étant plébiscité par une grande partie du corps médical en raison d'études faisant état de sa plus grande efficacité pour détecter des cancers, les croyances relatives au manque de fiabilité du test pourraient en être diminuées et la confiance des individus envers les tests immunologiques majorée (Cole, Young, Esterman, Cadd, & Morcom, 2003 ; Federici, Giorgi Rossi, Bartolozzi, Farchi, Borgia, & Guasticchi, 2005).

3. LES TAUX DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL EN EUROPE ET EN FRANCE

Le référentiel européen²⁹ préconise un taux de participation de la population cible au dépistage organisé du cancer colorectal supérieur ou égal à 45%. Il s'agit d'un objectif minimal acceptable, sachant que le taux souhaitable est plutôt de 65%.

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal varie énormément d'un pays à l'autre en Europe. Il est en règle générale plus élevé dans les pays du nord de l'Europe que dans les pays du sud. Pour exemple, le taux de participation est de 55.3% en Ecosse (Steele, et al., 2009), de 31.2% en Espagne (Garcia, et al., 2011), et de 18.7% en Italie (Lisi, Hassan, & Crespi, 2010). Les différences des mesures sanitaires adoptées ne suffisent probablement pas à expliquer de telles variations, tant la diversité culturelle est importante.

En France, le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal datant de 2009-2010 est de 34.0% (Figure 2 ; Institut de Veille Sanitaire, 2011), 31,4% chez les hommes et 36,5% chez les femmes. En Indre-et-Loire (département pilote³⁰), le taux de participation en 2009-2010 est de 45,9%. Chez les hommes, le taux de participation est de 41,7% et chez les femmes de 49,8%.

²⁹ Recommandations européennes relatives au dépistage du cancer colorectal parues dans l'ouvrage *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*, issu de la collaboration entre les organisations suivantes: European Commission ; Directorate-General for Health and Consumers; EAHC-Executive Agency for Health and Consumers et World Health Organization.

³⁰ Les départements pilotes du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal ont débuté avant 2007 et ont actuellement terminé leur deuxième campagne de dépistage.

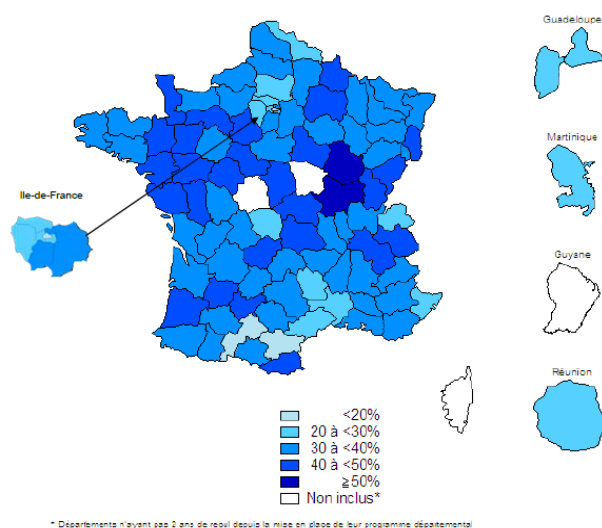


Figure 2: Taux de participation INSEE par département au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal en 2009-2010 (Source Institut de Veille Sanitaire, 2011).

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction générale de ce travail, le taux de participation actuel au dépistage du cancer colorectal en France (34.0%) reste donc encore en deçà des normes européennes recommandées (soit 45% ou plus de la population concernée ; Institut National du Cancer, 2009³¹), et ce malgré de nombreuses campagnes de santé publique incitant la population concernée à s'investir pleinement dans cette démarche. Dès lors, il paraît nécessaire de mieux comprendre ce qui motive ou, au contraire, freine les individus à s'investir activement dans une démarche de dépistage visant à détecter précocement un cancer colorectal.

Dans le second chapitre de cette première partie, nous présentons notre étude qualitative à visée exploratoire, basée sur la méthodologie des *focus groups*, visant à mettre en évidence les principales attitudes, représentations, croyances, émotions et stratégies adaptatives envers le cancer colorectal et son dépistage par Hemoccult-II®. Cette étude a permis d'explorer les principaux freins et leviers psychologiques à la démarche de dépistage du cancer colorectal afin de construire un modèle théorique évalué lors de la troisième étude présentée dans ce travail (Partie 3).

³¹ Les données citées ici seront développées par la suite.

CHAPITRE 2

Etude qualitative exploratoire des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal, basée sur la méthodologie des focus groups

INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous présentons et discutons les résultats de notre étude qualitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® auprès d'une population francophone en âge de se faire dépister.

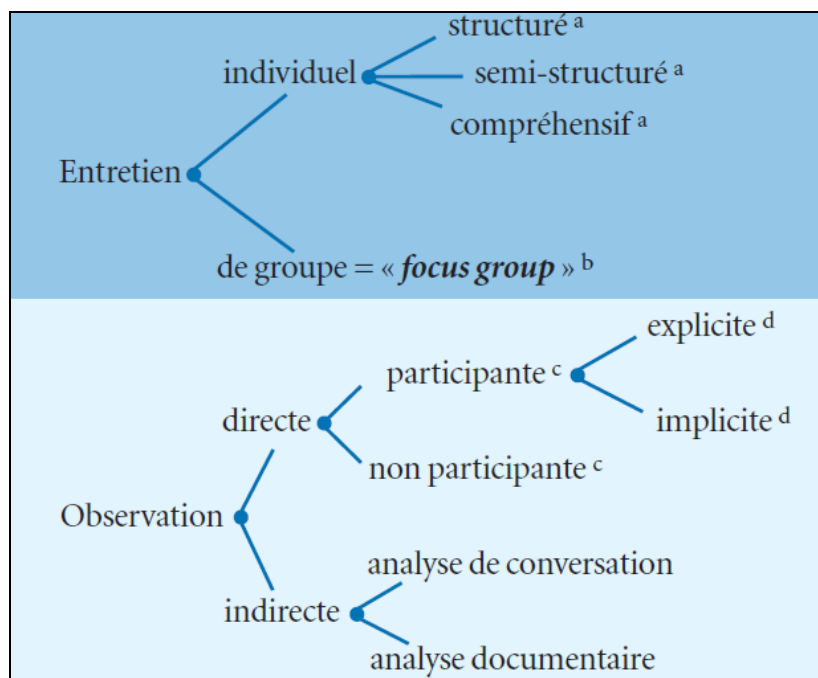
L'approche qualitative a été utilisée dans de nombreuses études exploratoires, le plus souvent anglo-saxonnes, visant à repérer les principaux obstacles et facilitateurs à la démarche de dépistage du cancer colorectal, aux travers notamment de la méthode des *focus groups*. Nous décrivons ci-après cette méthode particulière de recueil de données, méconnue et encore peu usitée en France dans les recherches en psychologie.

I. LA METHODE DES FOCUS GROUPS

1. DEFINITION DES FOCUS GROUPS

Le *focus group*³² s'inscrit parmi les méthodes de recherche qualitative (Figure 3) visant à collecter des données en groupe sur un thème préalablement défini par le chercheur (Kitzinger, Markova, & Kalampalikis, 2004 ; Morgan, 1996). Basé sur la technique de l'entretien semi-directif, le *focus group* repose avant tout sur l'observation de la dynamique et des interactions à l'intérieur du groupe (Morgan, 1996). Il ne s'agit pas simplement de recueillir des informations émanant de différents participants de manière simultanée, mais bien de faire émerger la discussion interindividuelle sur un sujet ciblé (Kitzinger, 1994 ; Kitzinger, 1995 ; Kitzinger, et al., 2004). Ainsi, la méthode du *focus group* se distingue des autres procédures de recherche qualitative qui font intervenir des participants en groupe mais n'autorisent pas nécessairement leur interaction directe (Frey & Fontana, 1993 ; Morgan, 1996).

³² *Focus group* = focalisation du groupe (Kitzinger, Markova, & Kalampalikis, 2004). Le groupe se focalise sur un thème ou une activité (visionner un film, écouter un message, etc...) et interagit pour faire émerger des informations.



- a) L'entretien structuré repose sur l'utilisation d'un questionnaire structuré administré par l'enquêteur ; l'entretien semi-structuré comporte des questions ouvertes ; l'entretien compréhensif aborde seulement un ou deux sujets, mais de façon plus approfondie.
- b) Le focus group est habituellement considéré comme une technique d'entretien semi-structuré.
- c) L'observation directe est dite « participante » lorsque le chercheur s'intègre dans la vie quotidienne du groupe étudié, « non participante » lorsqu'il adopte une position d'observateur externe.
- d) L'observation participante est dite « explicite » ou « implicite » selon que le groupe étudié est informé ou non du fait que l'observateur participant est aussi chercheur.

Figure 3: Typologie des techniques de recherche qualitative (d'après Moreau, Dedienne, Letrilliart, Le Goaziou, Labarère, & Terra, 2004).

À l'origine, la méthode des *focus groups* a été développée par Merton et Kendall (1946) sous le terme de *focused interview*, pour évaluer les effets de la communication de masse à travers certains programmes télévisés et radiophoniques sur la population américaine dans un contexte d'après-guerre (Merton & Kendall, 1946 ; Merton, Fiske, & Kendall, 1990). Les *focus groups* ont été utilisés par la suite pour explorer les opinions et motivations des consommateurs lors d'études de marketing, avant d'être réinvestis par la recherche en Sciences Humaines et Sociales (Kitzinger, et al., 2004). Aujourd'hui, il s'agit d'une méthode très souvent utilisée dans les pays anglo-saxons pour mieux comprendre les attitudes, les opinions et croyances des populations envers les recommandations sanitaires ainsi que leurs comportements de santé, en témoignent les nombreuses études reposant sur cette méthodologie qui fleurissent régulièrement sur ces thématiques (Kitzinger, 1995 ; Kitzinger, et al., 2004).

2. LA METHODOLOGIE DES FOCUS GROUPS

Les éléments méthodologiques cités dans ce paragraphe ne constituent pas des critères à respecter de manière absolue mais simplement des indications et suggestions permettant de mener à bien des *focus groups* (Morgan, 1996).

Le nombre de groupes, le plus souvent entre 4 et 15, varie selon les objectifs de l'étude et les ressources disponibles (Kitzinger, 1995 ; Kitzinger, et al., 2004). L'explication de ce postulat réside dans le fait que les données recueillies sont rapidement saturées et que peu d'informations supplémentaires émerge au-delà d'un certain nombre de groupes (Morgan, 1996). Le nombre de participants par groupe est directement déterminé par les chercheurs, mais se compose idéalement de 6 à 12 personnes (Britten, 1995 ; Morgan, 1996 ; Slocum, 2006). Ces auteurs préconisent de mener des groupes homogènes dans lesquels les participants partagent certains critères sociodémographiques pouvant avoir un impact sur le thème abordé (âge, sexe, situation familiale, lieu de vie, etc...), afin de faciliter les interactions entre les participants d'une part, et de comparer les données obtenues en fonction de ces critères d'autre part. Cependant, il est important de multiplier le nombre de groupes pour obtenir les différentes combinaisons possibles des variables considérées (Morgan, 1996). À titre d'exemple, si l'on s'intéresse aux catégories « *genre* » et « *milieu de vie* » pour recueillir des données sur un thème prédéfini, il sera alors nécessaire de mener à la fois des groupes de femmes vivant en milieu rural, des groupes de femmes vivant en milieu urbain, des groupes d'hommes vivant en milieu rural, et des groupes d'hommes vivant en milieu urbain.

Le recrutement des individus se fait avec les techniques d'échantillonnage habituelles et peut être favorisé en proposant une indemnisation quelconque aux participants (Kitzinger, et al., 2004 ; Mays & Pope, 1995 ; Slocum, 2006). Même s'il n'existe pas de contre-indication formelle à ce que les participants se connaissent entre eux, dans le cas des groupes préexistants à une étude (une association par exemple), il est préférable que chacun soit étranger aux autres pour encourager l'émergence de discours diversifiés (Kitzinger, et al., 2004).

Le cadre est essentiel car il permet de renforcer ou non les interactions dans le groupe (Kitzinger, 1995 ; Kitzinger, et al., 2004). Les groupes doivent se tenir autant que possible dans une ambiance détendue et chaleureuse (Kitzinger, 1995 ; Slocum, 2006). Les sessions, d'une durée de 1 à 2 heures, ont lieu dans une pièce confortable avec une disposition

circulaire (Slocum, 2006). Des rafraîchissements sont généralement proposés aux participants (Kitzinger, 1995).

La préparation des *focus groups* est importante. L'objectif de l'étude doit être préalablement défini de manière minutieuse (Slocum, 2006). Une grille d'entretien composée de quelques questions ouvertes et relances claires est construite avant la tenue des sessions (Britten, 1995 ; Slocum, 2006). Pour harmoniser les groupes, le déroulement des sessions doit être standardisé mais suffisamment flexible pour s'adapter au processus naturel de discussion dans un groupe (Slocum, 2006). Le chercheur adopte une posture active dont le rôle est d'animer la discussion au sein du groupe pour recueillir des informations précises (Morgan, 1996). Au terme des sessions, le chercheur résume l'ensemble des principaux points et opinions exprimés par les participants (Slocum, 2006).

Les groupes doivent être enregistrés et retranscrits dans leur intégralité en dissociant les discours des participants des commentaires et questions des animateurs, et en éliminant les propos considérés comme étant « hors sujet » (Britten, 1995 ; Kitzinger, et al., 2004 ; Mays & Pope, 1995 ; Moreau, Dedianne, Letrilliart, Le Goaziou, Labarère, & Terra, 2004). La méthode d'analyse des *focus groups* est sensiblement la même que pour les autres approches qualitatives (Kitzinger, 1995 ; Mays & Pope, 1995). Les discours sont découpés, classés en sous-thèmes, dénombrés et comparés entre eux, parfois à l'aide de logiciels de statistiques textuelles (Kitzinger, 1995 ; Mays & Pope, 1995 ; Moreau, et al., 2004). Enfin, les données sont décrites, synthétisées et interprétées prudemment au regard des objectifs de l'étude (Mays & Pope, 1995 ; Moreau, et al., 2004).

3. INTERETS ET LIMITES DE LA METHODE DES FOCUS GROUPS

3.1. AVANTAGES DE LA TECHNIQUE DES FOCUS GROUPS

La méthode des *focus groups* permet de recueillir des données riches, claires et originales sur les connaissances et expériences des participants concernant des thèmes variés (Britten, 1995 ; Kitzinger, 1995). Cette méthode présente des avantages utiles pour la recherche dans le champ de la santé, notamment en s'appuyant sur la dynamique de groupe propice aux échanges (Britten, 1995 ; Moreau, et al., 2004 ; Morgan, 1996 ; Pope, van Royen, & Baker, 2002 ; Kitzinger, 1995).

Elle vise à étudier la variété des opinions, attitudes, représentations, préoccupations et croyances sur un même thème et permet d'explorer et clarifier des points de vue difficilement

accessibles en individuel, notamment auprès de personnes illétrées et/ou réticentes à participer seules à un entretien (Moreau, et al., 2004 ; Kitzinger, 1995 ; Slocum, 2006). Cette technique met en évidence les valeurs et normes culturelles d'un groupe, et met en perspective des différences entre des groupes d'individus (Moreau, et al., 2004 ; Kitzinger, 1995). Le travail de groupe peut utilement faciliter les discussions sur les sujets qualifiés de sensibles et faire émerger des croyances, opinions ou idées novatrices, irrationnelles et/ou controversées (Moreau, et al., 2004 ; Kitzinger, 1995).

La méthode des *focus groups* peut avantageusement se combiner aux techniques quantitatives (O'Brien, 1993). La majorité des études utilisent les *focus groups* à visée exploratoire pour générer des idées créatrices, en vue de construire dans un second temps des questionnaires destinés à recueillir des données à partir d'un échantillon plus large d'individus (Morgan, 1996 ; Slocum, 2006).

3.2. INCONVENIENTS DE LA TECHNIQUE DES FOCUS GROUPS

Les *focus groups* peuvent poser des problèmes d'ordre éthique. En effet, la confidentialité, respectée scrupuleusement par les chercheurs, ne peut être totalement garantie de la part des autres participants, même si ce point est explicitement abordé lors des sessions. Le risque que des opinions minoritaires soient dévoilées en dehors des groupes et que leurs auteurs en soient stigmatisés n'est pas nul. En somme, la confidentialité des opinions des participants ne peut être assurée parfaitement, surtout dans les sessions où les participants se connaissent et où des conflits peuvent apparaître (Barbour & Kitzinger, 1999 ; Kitzinger, et al., 2004).

En outre, il existe un risque de domination de la part de certains participants « *leaders* », susceptibles d'imposer leurs opinions aux autres et de monopoliser la parole (Moreau, et al., 2004). De fait, certains participants plutôt inhibés ou introvertis peuvent avoir des réticences à s'exprimer, privant le chercheur de données potentiellement intéressantes (Moreau, et al., 2004).

Par ailleurs, l'échantillonnage des *focus groups* n'a pas d'exigence de représentativité exemplaire de la population cible de l'étude, ce qui simplifie cette méthode de recherche (Moreau, et al., 2004), mais complique l'interprétation et la généralisation des résultats (Mays & Pope, 1995 ; Moreau, et al., 2004).

Enfin, cette technique est relativement chronophage car l'analyse des données textuelles est longue et fastidieuse (Moreau, et al., 2004), même si celle-ci peut être nettement facilitée par le recours à des logiciels d'analyse qualitative de plus en plus perfectionnés.

Nous examinons ci-après en détail la littérature existante concernant les apports des études qualitatives, basées sur la méthode des *focus groups*, menées dans le but de repérer les opinions, représentations et attitudes des individus envers le dépistage du cancer colorectal.

II. LES OBSTACLES ENVERS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1. LES FREINS SOCIO-ECONOMIQUES

Les individus participant aux études qualitatives dont l'objectif principal est de repérer les obstacles au dépistage du cancer colorectal citent fréquemment leur manque de disponibilité et de temps pour se motiver, obtenir le kit de dépistage et réaliser le test (Garcia, Borràs, & Diaz-Milà, 2011 ; Goldsmith & Chiaro, 2008 ; Jones, Devers, & Kuzel, 2010 ; Varela, Jandorf, & DuHamel, 2010). Ainsi, certains individus se sentent tiraillés entre des exigences qui leur paraissent à première vue contradictoires, celles qui les pousse à prioriser leur quotidien et leurs activités professionnelles d'une part, et celles qui les incite à prendre soin de leur santé en participant régulièrement à des examens de dépistage d'autre part (Varela, et al., 2010).

Par ailleurs, le coût du dépistage peut être un frein important pour les individus ne disposant pas d'une mutuelle de santé et/ou des revenus suffisamment élevés³³ (Coronado, Farias, Thompson, Godina, & Oderkirk, 2006 ; Fyffe, Hudson, Fagan, & Brown, 2008 ; Goel, Gray, Chart, Fitch, Saibil, & Zdanowicz, 2004 ; Goldsmith & Chiaro, 2008 ; Goodman, Ogdie, Kanamori, Canar, & O'Malley, 2006 ; Natale-Pereira, Marks, Vega, Mouzon, Hudson, & Salas-Lopez, 2008 ; O'Malley, Beaton, Yabroff, Abramson, & Mandelblatt, 2004 ; Varela, et al., 2010).

Les difficultés de transport et la désertification médicale sont également invoquées par les participants de ces études pour expliquer le trop faible taux de participation au dépistage

³³ À ce titre, il est important de préciser que la grande majorité des études évoquées ici ne sont pas des études françaises. Les systèmes de santé des différents pays sont difficilement comparables, ce qui rend périlleuse toute tentative de généralisation des résultats.

(Goldsmith & Chiaro, 2008), avec notamment pour eux l'impression désagréable et amère de l'existence d'inégalités sociales face à l'accès au dépistage (Campo, Askelson, Routsong, Graaf, Losch, & Smith, 2008 ; Holmes-Rovner, Williams, Hoppough, Quillan, Butler, & Given, 2002 ; Varela, et al., 2010).

2. LA MECONNAISSANCE DU CANCER COLORECTAL ET LES CROYANCES ERRONEES ASSOCIEES

Les informations et connaissances envers le cancer colorectal sont manifestement rudimentaires, parcellaires, voire inexistantes chez la majorité des individus ayant participé aux études mentionnées (Bauerle Bass, Gordon, Burt Ruzek, Wolak, Ward, Paranjape, Lin, Meyer, Ruggieri, 2011 ; Beeker, Kraft, Southwell, & Jorgensen, 2000 ; Brouse, Basch, Wolf, Schmukler, Neugut, & Shea, 2003 ; Coronado, et al., 2006; Harris, Treloar, & Byles, 1998 ; Holt, Shipp, Eloubeidi, Clay, Smith-Janias, Janias, Britt, Norena, Fouad, 2009 ; Jones, et al., 2010 ; Natale-Pereira, et al., 2008 ; Rawl, Menon, Champion, Foster, & Sugg Skinner, 2000 ; Varela, et al., 2010 ; Weitzman, Zapka, Estabrook, & Goins, 2001). Ces derniers posent de nombreuses questions à l'occasion des *focus groups* et cherchent véritablement à se renseigner, ce qui révèle un déficit important d'informations sur cette maladie (Greiner, Born, Nollen, & Ahluwalia, 2005). Cette ignorance manifeste vis-à-vis du cancer colorectal et de ses risques potentiels est en partie responsable d'un défaut de dépistage (Varela, et al., 2010).

Plus précisément, les individus manquent d'informations sur la prévalence du cancer colorectal, les traitements existants, les chances de succès des thérapies engagées, et le taux de survie moyen (Jones, et al., 2010). De la sorte, d'aucuns considèrent que le cancer colorectal ne doit pas être une maladie sérieuse car, dans le cas contraire, ils en auraient davantage été informés (Beeker, et al., 2000 ; Goldsmith & Chiaro, 2008). Pour expliquer ce constat, certains affirment que le cancer colorectal serait moins médiatisé que d'autres cancers, comme le cancer du sein ou du poumon (Holt, et al., 2009). Les femmes sont d'ailleurs généralement plus préoccupées par les cancers féminins qui retiennent davantage leur attention (Friedemann-Sanchez, Griffin, & Partin, 2006). Quant aux hommes, ils sont généralement moins informés que les femmes sur ce sujet (O'Malley, et al., 2004). Cependant, en majorité, les participants pensent que le cancer colorectal est pire que les autres formes de cancer dans la mesure où il se développerait plus rapidement, générerait plus facilement des métastases, serait plus douloureux, aurait de sérieux impacts sur la qualité de vie (O'Sullivan

& Orbell, 2004), et serait responsable d'un taux de mortalité plus important (Beeker, et al., 2000 ; Katz, et al., 2009).

Selon les participants aux *focus groups*, de nombreuses incertitudes planent également sur les facteurs de risque qui amplifient la probabilité de survenue d'un cancer colorectal (Holt, et al., 2009). Ils citent pêle-mêle et sans grande conviction certains facteurs non nécessairement spécifiques du cancer colorectal, comme une trop forte exposition à certains produits chimiques jugés dangereux, la pollution de l'air, les événements stressants de la vie quotidienne, l'abus d'alcool, et la consommation de tabac (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Beeker, et al., 2000 ; Coronado, et al., 2006 ; O'Sullivan & Orbell, 2004). Certains signalent tout de même des facteurs de risque plus caractéristiques du cancer colorectal tels qu'une alimentation peu équilibrée (riche en protéines animales, farineux et graisses), des troubles digestifs et gastriques (des ulcères, des brûlures d'estomac, des coliques récurrentes, une constipation persistante, ou des épisodes diarrhéiques fréquents) et une hérédité peu avantageuse (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Beeker, et al., 2000 ; Coronado, et al., 2006 ; Goodman, et al., 2006 ; O'Sullivan & Orbell, 2004 ; Weitzman, et al., 2001).

De même, les participants aux *focus groups* hésitent lorsqu'il s'agit de désigner un groupe de personnes dont les risques de développer un cancer colorectal seraient particulièrement élevés (Katz, et al., 2009). Pour certains, le cancer colorectal concernerait plutôt les hommes (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Royak-Schaler, et al., 2004) et pour d'autres, les femmes seraient plus touchées par ce type de cancer (Beeker, et al., 2000 ; Friedemann-Sanchez, et al., 2006). Le fait que le cancer colorectal affecte chacun des deux sexes n'est que rarement mentionné (Beeker, et al., 2000). Ceci n'est pas anodin puisque le fait de ne pas se sentir vulnérable freine la réalisation d'un test de dépistage chez les individus doutant d'être personnellement concernés par cette démarche, surtout s'ils se considèrent en bonne santé (Brouse, et al., 2003 ; Natale-Pereira, et al., 2008 ; Varela, et al., 2010), s'ils sont asymptomatiques (Tessaro, Mangone, Parkar, & Pawar, 2006 ; Weitzman, et al., 2001), s'ils ont le sentiment d'être encore jeune (Beeker, et al., 2000 ; Busch, 2003 ; Goel, et al., 2004), et/ou s'ils n'ont pas d'antécédents personnels et/ou familiaux de cancer colorectal (Garcia, et al., 2011).

La notion de prévention de la maladie paraît plutôt vague et renvoie aussi bien au recours à des « *check-ups* » réguliers, à un diagnostic précoce, à une alimentation équilibrée (c'est-à-dire riche en fibres, en fruits et légumes, et pauvre en graisses et sucres), à une pratique assidue d'exercices physiques, à une réduction notable des sources de stress, à une

prise de vitamines régulière, à un nettoyage du côlon fréquent (Beeker, et al., 2000 ; Coronado, et al., 2006), et à l'utilisation de remèdes dits « *de bonne femme* » (Natale-Pereira, et al., 2008).

En revanche, les individus semblent mieux connaître les symptômes du cancer colorectal, à savoir un changement dans les habitudes intestinales, du sang dans les selles, ou une fatigue chronique (Coronado, et al., 2006). Néanmoins, il persiste de manière générale une méconnaissance du fait que le cancer colorectal puisse se développer en l'absence de symptômes perceptibles (Busch, 2003 ; Coronado, et al., 2006 ; Goodman, et al., 2006), et parfois même que son traitement est plus efficace s'il est diagnostiqué précocement (Beeker, et al., 2000). Les principales sources d'informations identifiées sont les brochures et posters dans les salles d'attente des lieux de soins, les articles et entrefilets dans la presse et magazines populaires, les spots publicitaires à la télévision, et les discussions avec des proches atteints de cancer colorectal (Katz, Heiner, Reiter, van Putten, Murray, McDougale, Cegala, Post, David, Slater, & Paskett, 2009). La plupart des informations proviennent donc de matériaux imprimés dont le manque d'efficacité pour inciter la population à se faire dépister est reconnu (Holt, et al., 2009).

3. LA MECONNAISSANCE DES TESTS DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ET LES CROYANCES ERRONEES ASSOCIEES

Les individus prétendent ne pas obtenir suffisamment d'informations sur les tests de dépistage du cancer colorectal, et notamment sur leurs principaux avantages et inconvénients (Jones, et al., 2010 ; Tessaro, Mangone, Parkar, & Pawar, 2006). Certains confondent le dépistage du cancer colorectal et celui du cancer de la prostate (Beeker, et al., 2000). D'autres encore semblent ignorer qu'il est nécessaire de se faire dépister régulièrement, estimant qu'une seule fois doit suffire (Beeker, et al., 2000 ; Weitzman, et al., 2001). Beaucoup se plaignent d'avoir à réaliser trop de tests et examens différents s'ils veulent suivre l'ensemble des recommandations sanitaires qui abondent avec l'avancée en âge (Beeker, et al., 2000).

Plus précisément, il persiste une méconnaissance marquée du test Hemoccult-II^{®34}, malgré des campagnes nationales récurrentes (Garcia, et al., 2011 ; Tessaro, et al., 2006). Le

³⁴ En Espagne, un programme pilote organisant le dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®] a été introduit en 2000 en Catalogne et étendu pour la population rurale en 2007. Or, l'étude de Garcia, et al. (2011) a débuté en 2006.

test de recherche de sang occulte dans les selles suscite de nombreuses interrogations et de fortes réticences (Bauerle Bass, et al., 2011), qui expliquent fort probablement le fait qu'il s'agisse du test le moins fréquemment réalisé (Friedemann-Sanchez, et al., 2006). Ce dernier suscite une grande méfiance avec une remise en cause de sa fiabilité, au regard du fait que seuls les examens pratiqués par des médecins garantiraient une certaine crédibilité d'une part (Beeker, et al., 2000 ; Coronado, et al., 2006), et que la sensibilité de ce test est parfois remise en question par le corps médical lui-même d'autre part (Goel, et al., 2004 ; Goodman, et al., 2006 ; Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009 ; Rawl, et al., 2000). En outre, les participants expriment une préférence manifeste pour les méthodes de dépistage jugées plus approfondies et complètes comme la coloscopie par exemple, et ce en dépit de leur caractère invasif (Greiner, et al., 2005). Ainsi, quelques individus bien informés placent leurs espoirs dans l'arrivée de nouveaux tests, tels que la coloscopie virtuelle, qui supplanteraient selon eux le test de recherche de sang occulte dans les selles (Jones, et al., 2010).

4. LES RELATIONS MEDECINS-PATIENTS ET LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les individus insistent sur l'inconsistance des recommandations des médecins au sujet du dépistage du cancer colorectal (Busch, 2003 ; Holt, et al., 2009 ; Rawl, et al., 2000 ; Tessaro, et al., 2006 ; Weitzman, et al., 2001), avec notamment un manque de conseils clairs et directs sur ce thème (Stermer, Hodgson, Kavalier, Watts, & Jones, 2004), un défaut d'insistance de la part des médecins sur les arguments rationnels en faveur du dépistage, et une dépersonnalisation due à un raisonnement trop généraliste (Jones, et al., 2010). En outre, le dépistage du cancer colorectal n'est pas évident à aborder avec les médecins, surtout si la relation est jugée de mauvaise qualité (Dubé, et al., 2005 ; Fyffe, et al., 2008). Malgré leurs réticences à en parler, beaucoup prétendent qu'ils se soumettraient au test s'il leur était spécialement recommandé par leur médecin traitant (Goodman, et al., 2006), surtout les individus ayant un lieu de contrôle plutôt externe concernant les situations de santé (Weitzman, et al., 2001).

Les femmes ont parfois l'impression que les médecins sont plus attentifs à la santé des hommes qu'à la leur (Tessaro, et al., 2006). Quant à eux, les hommes insistent sur la frustration induite par le sentiment de ne pas être écouté du fait de la brièveté de la consultation médicale, d'où leur préférence affichée pour les médecins femmes qui passeraient plus de temps avec leurs patients (Dubé, Fuller, Rosen, Fagan, & O'Donnell,

2005). Les hommes apprécient peu l'emploi d'un jargon trop médical qui servirait selon eux à masquer les informations relatives aux aspects déplaisants du dépistage ; et sont généralement d'accords pour dire qu'ils ont des réticences à parler des questions de santé avec un médecin (Dubé, et al., 2005). Par ailleurs, certains individus évoquent une méfiance à l'égard du système de santé en général (Garcia, et al., 2011). Les pouvoirs publiques en charge de la santé ne seraient pas préoccupés par les besoins des usagers³⁵, mais plutôt par les profits financiers (Greiner, et al., 2005). Les participants estiment que bien souvent ils doivent demeurer vigilants pour rester en bonne santé car les médecins seraient impliqués dans des conflits d'intérêts, qui les inciteraient à s'enrichir aux dépens de leurs patients (Fyffe, et al., 2008 ; Greiner, et al., 2005 ; Jones, et al., 2010).

5. LES CONTRAINTES LIEES A LA PROCEDURE DU TEST HEMOCULT-II®

Le test Hemocult-II® serait source de nombreuses contraintes (restrictions alimentaires³⁶, manipulation des selles, perte de temps) pour relativement peu de bénéfices perçus au final (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Clavarino, et al., 2004 ; Friedemann-Sanchez, et al., 2006).

Ce test est bien souvent jugé complexe à réaliser (Beeker, et al., 2000 ; Varela, et al., 2010). Certains insistent sur le manque de clarté de la procédure et la confusion dans les instructions associée aux différentes variantes émanant de la multiplication des versions des tests (Brouse, et al., 2003 ; Friedemann-Sanchez, et al., 2006 ; Goel, et al., 2004 ; Jones, et al., 2010). Les hommes seraient plus confus concernant la procédure que les femmes (Goodman, et al., 2006). Tout cela génère des doutes chez les individus quant à leur capacité à réaliser le test de manière suffisamment correcte pour qu'il puisse être analysé (Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009). Ce faible sentiment d'auto-efficacité explique que, même les individus compliants, avouent réaliser le test après un délai plus ou moins long de réflexion (Clavarino, et al., 2004).

³⁵ Il s'agit ici d'une population afro-américaine.

³⁶ Le test Hemocult a l'inconvénient de réagir avec toute peroxydase présente dans les selles, y compris celles d'origine alimentaire. L'éviction de certains aliments (viande rouge saignante ou brocolis par exemple) au moment de la réalisation des 3 tests devrait donc être théoriquement recommandée car elle permettrait d'éviter un certain nombre de faux positifs (Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace (ADECA)).

6. L'EMBARRAS ET LE DEGOUT LIES A LA REALISATION DU TEST HEMOCCULT-II®

Le test de recherche de sang occulte dans les selles est fréquemment qualifié de « *répugnant* », « *dégoûtant* » et « *malsain* » (Clavarino, et al., 2004 ; Friedemann-Sanchez, et al., 2006 ; Jones, et al., 2010), notamment en raison du dégoût et de la gêne inspirés par la manipulation, la collecte et l'entreposage des selles (Jones, et al., 2010 ; O'Sullivan & Orbell, 2004). L'embarras et la gêne ressentis lors de la réalisation de ce test sont de surcroît souvent invoqués pour expliquer le refus du dépistage (Busch, 2003 ; Coronado, et al., 2006 ; Goel, et al., 2004 ; Goldsmith & Chiaro, 2008 ; Holt, et al., 2009 ; Katz, et al., 2009 ; Rawl, et al., 2000 ; Varela, et al., 2010). Les participants ressentent de la gêne à adresser un échantillon de leurs matières fécales par voie postale (Friedemann-Sanchez, et al., 2006 ; Katz, et al., 2009). Les hommes expriment également leur difficulté à obtenir l'intimité nécessaire à la collecte des selles (Friedemann-Sanchez, et al., 2006).

De la sorte, le dépistage du cancer colorectal n'est pas un thème facile à aborder et reste encore tabou³⁷, notamment avec les proches, du fait de la honte et de l'embarras occasionnés par l'évocation des fonctions intestinales (Beeker, et al., 2000), sentiments négatifs tout particulièrement prégnants chez les individus pour lesquels les liens et soutiens sociaux sont distendus (Brouse, et al., 2003 ; Jones, et al., 2010). Certains vont même jusqu'à dénoncer le négativisme dont fait preuve leur entourage envers les tests de dépistage du cancer colorectal pour justifier de leur refus de les réaliser (Varela, et al., 2010).

7. LA PEUR DU CANCER

La peur du cancer, considéré comme l'une des pathologies les plus anxiogènes par les participants, est régulièrement évoquée dans les études (Katz, et al., 2009 ; Varela, et al., 2010). La peur de découvrir un cancer en se faisant dépister est un thème récurrent chez les participants. La plupart redoute un test positif, synonyme pour eux d'une sentence de mort (Beeker, et al., 2000 ; Busch, 2003 ; Brouse, et al., 2003 ; Coronado, et al., 2006 ; Goel, et al., 2004 ; Goldsmith & Chiaro, 2008 ; Goodman, et al., 2006 ; Greiner, et al., 2005 ; Harris, et al., 1998 ; Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009 ; Natale-Pereira, et al., 2008 ; Tessaro, et al., 2006 ; Varela, et al., 2010 ; Weitzman, et al., 2001). L'inquiétude réside en partie dans le fait

³⁷ À noter pour nuancer ce propos la facilité affichée des individus à parler ouvertement de ce thème lors des focus groups (y compris dans des groupes mixtes).

de découvrir un cancer par hasard, à l'occasion d'une visite chez le médecin motivée par un autre problème (Coronado, et al., 2006). Les individus adoptent alors une stratégie d'évitement, motivée à la fois par le sentiment qu'il est parfois préférable de ne pas savoir (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Jones, et al., 2010), et de se croire en bonne santé (Greiner, et al., 2005 ; Natale-Pereira, et al., 2008).

Les participants expriment également la peur des examens médicaux quels qu'ils soient (Jones, et al., 2010) : des procédures elles-mêmes, de se retrouver dans une situation inconfortable et/ou douloureuse, et de subir des complications³⁸ (Feeley, 2007 ; Fyffe, et al., 2008 ; Greiner, et al., 2005 ; Katz, et al., 2009). Les individus évoquent aussi la peur des traitements du cancer colorectal tels que la chimiothérapie ; et de leurs retentissements sur la qualité de vie, comme la stomie³⁹ par exemple (Holmes-Rovner, et al., 2002). Certains parlent de la peur d'être malade et de devenir un « *fardeau* » pour leurs proches en termes économiques, physiques et psychologiques (Jones, et al., 2010 ; Varela, et al., 2010).

Enfin, les individus évoquent le fait de prioriser la prise en charge d'autres problèmes de santé (en particulier des maladies chroniques telles que le diabète) qui occultent les inquiétudes envers la survenue potentielle d'autres pathologies, rendant secondaire toute démarche de dépistage (Busch, 2003 ; Garcia, et al., 2011 ; Jones, et al., 2010 ; Natale-Pereira, et al., 2008 ; O'Malley, et al., 2004).

8. LE FATALISME

Le fatalisme explique en partie le fait que certains individus rechignent à réaliser un test de dépistage du cancer colorectal (Holt, et al., 2009 ; Jones, et al., 2010 ; Weitzman, et al., 2001). En effet, à un âge avancé, certains considèrent qu'il devient inutile de se faire dépister car le cancer serait perçu alors comme « *un passage obligé* » (Beeker, et al., 2000 ; Holt, et al., 2009). L'idée selon laquelle il serait inutile de lutter contre le cancer car rien ni personne

³⁸ Il s'agit d'une peur particulièrement exprimée pour la coloscopie lors de laquelle il existe un risque de perforation du côlon.

³⁹ La stomie est une petite ouverture, temporaire ou permanente, créée lors d'une opération chirurgicale pour évacuer les selles lorsqu'elles ne peuvent plus l'être par les voies naturelles. L'intestin est relié au ventre et les selles sont recueillies dans une poche spéciale, collée autour de la stomie. Le terme d'anus artificiel est parfois utilisé (Source INCa).

ne peut l'enrayer est de manière générale très répandue (Coronado, et al., 2006 ; Greiner, et al., 2005). La mort serait donc une issue inévitable et il serait ainsi préférable de s'en remettre à une entité supérieure plutôt qu'au système de santé (Coronado, et al., 2006 ; Greiner, et al., 2005). Par ailleurs, les traitements du cancer sont perçus eux-mêmes comme dangereux avec l'idée qu'ils aggraveraient le cancer et favoriseraient sa récurrence (Coronado, et al., 2006).

En résumé, les principaux obstacles identifiés par les personnes ayant participé à ces études font intervenir à la fois des facteurs socio-économiques (le manque de disponibilité, le coût élevé du dépistage), des facteurs communicationnels (le manque d'informations sur le cancer colorectal et sur les méthodes de dépistage existantes, le manque de communication avec l'entourage et les soignants sur cette question), des facteurs cognitifs (la complexité perçue de la réalisation du test de dépistage, les croyances dysfonctionnelles alimentant le sentiment de ne pas être personnellement concerné(e) par le cancer colorectal, le fatalisme), et des facteurs émotionnels (l'embarras et le dégoût liés à la procédure spécifique du test de dépistage du cancer colorectal, la peur du cancer).

III. LES LEVIERS ENVERS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Outre les obstacles à la démarche de dépistage du cancer colorectal, les chercheurs se sont intéressés aux facteurs favorisant l'engagement dans ce type de démarche et aux suggestions des participants visant à améliorer la communication autour du dépistage pour inciter les individus à y participer. Les données présentées ci-après peuvent apparaître contradictoires avec les propos tenus précédemment. Cela tient au fait que des divergences existent selon les études qui identifient certains facteurs tantôt comme des freins et tantôt comme des leviers.

1. LES INFORMATIONS ET CONNAISSANCES SUR LE CANCER COLORECTAL ET SES METHODES DE DEPISTAGE

La plupart des personnes interrogées dans les études sont convaincues de l'intérêt du dépistage du cancer en général. Les personnes les mieux informées sont généralement celles qui ont déjà réalisé le test au moins une fois (Bauerle Bass, et al., 2011). Les femmes sont généralement mieux informées sur les objectifs du dépistage (Holmes-Rovner, et al., 2002), présentent plus de facilités à évoquer le dépistage du cancer colorectal avec autrui (Beeker, et al., 2000), et sont plus souvent instigatrices auprès de leurs proches des pratiques de dépistage (Holt, et al., 2009), ce qui leur fait dire sur une note humoristique qu'elles devraient être

embauchées pour intervenir dans les campagnes publicitaires visant à promouvoir le dépistage (Goodman, et al., 2006). Les hommes préfèrent quant à eux s'informer par le biais de brochures et se disent le plus souvent incités à réaliser des tests de dépistage sous l'impulsion de leurs épouses (Goodman, et al., 2006). En règle générale, les participants se disent plus motivés à faire le test de dépistage du cancer colorectal s'ils se sentent soutenus et encouragés par leur famille sur cette voie (Varela, et al., 2010).

Les individus préfèrent des informations claires sur un mode plutôt traditionnel pour les conseiller et les guider dans le choix de faire le test de dépistage du cancer colorectal (Steckelberg, Kasper, Redegeld, & Mühlhauser, 2004). Ils ne souhaitent pas être accablés d'informations trop précises, notamment sur les critères de sensibilité, qui pourraient dévaluer ou minimiser à leurs yeux l'efficacité des tests de dépistage, en favorisant un état de dissonance cognitive, peu approprié au processus de prise de décision (Steckelberg, et al., 2004). Ils réclament également davantage de détails sur le fonctionnement du côlon, les mesures de prévention du cancer, les facteurs de risque du cancer, la prévalence du cancer colorectal, les symptômes et signes avant-coureurs du cancer colorectal (notamment pour savoir quand consulter un médecin), l'objectif du dépistage, les avantages et inconvénients des différents tests de dépistage, la procédure du test de recherche de sang occulte dans les selles, la fréquence de réalisation des tests, le coût du dépistage, les traitements du cancer colorectal (y compris les alternatives à la médecine traditionnelle), et les conséquences du cancer colorectal sur la qualité de vie (Davis, Armstrong, Dignan, Norling, & Redmond, 2006 ; Garcia, et al., 2011 ; Jepson, Hewison, Thompson, & Weller, 2007 ; O'Malley, et al., 2004).

Afin d'accroître la participation au dépistage du cancer colorectal, les individus interrogés proposent d'améliorer l'accès de la population aux informations concernant ce dépistage (Garcia, et al., 2011 ; Varela, et al., 2010). Il serait nécessaire à ce titre de simplifier ces informations jugées trop complexes. La plupart estime que la communication médiatique occupe une place importante dans la prise de décision de se faire dépister (Beeker, et al., 2000 ; Ruffin, Creswell, Jimbo, & Fetters, 2009). Afin d'innover dans ce domaine, les personnes suggèrent l'utilisation d'autobus (« *wellness vans* ») destinés à promouvoir le message du dépistage du cancer colorectal en se déplaçant dans les villes et villages, à la manière des unités mobiles de don du sang ; le recours au « *bouche-à-oreille* » en diffusant des informations dans les clubs et associations de séniors, dans les lieux de culte ou les épiceries de quartier ; d'impliquer des personnes dites influentes comme les célébrités dans

les campagnes télévisées, ou encore de réaliser des films à portée éducative (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Holt, et al., 2009 ; Katz, et al., 2009).

2. LES RELATIONS MEDECINS-PATIENTS ET LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les individus se sentent particulièrement motivés par l'implication et les recommandations de leur médecin traitant (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Feeley, Cooper, Foels, & Mahoney, 2009; Francois, Elysée, Shah, & Gany, 2009 ; Garcia, et al., 2011 ; Goel, et al., 2004 ; Katz, James, Pignone, Hudson, Jackson, Oates, Campbell, 2004 ; Nguyen, Vo, Doan, & McPhee, 2006 ; O'Malley, et al., 2004 ; Ruffin, et al., 2009 ; Weitzman, et al., 2001), personne la plus influente et digne de confiance dans la prise de décision de faire le test (Feeley, 2007 ; Jones, et al., 2010 ; Varela, et al., 2010). Si le médecin ne fournit pas d'informations spontanément sur le dépistage du cancer colorectal ou si celles-ci sont parcellaires ou biaisées, les individus sont d'office moins enclins à réaliser le test (Beeker, et al., 2000).

Les prises en charge personnalisées avec une approche globale et respectueuse de l'individu permettent d'établir un lien de confiance avec les soignants, essentiel à toute démarche préventive (O'Malley, et al., 2004 ; Varela, et al., 2010). Dès lors, les participants proposent de perfectionner la formation des médecins traitants pour les aider à conseiller leurs patients sur les bénéfices du dépistage et les risques encourus (Garcia, et al., 2011). Pour améliorer la compliance des patients lorsque le test leur est proposé, les médecins ne devraient pas simplement se reposer sur les brochures explicatives, mais devraient au contraire aborder la question de la peur de la douleur, contester les scénarios catastrophistes en insistant sur la non dangerosité des tests ; discuter et comparer les avantages et inconvénients de l'ensemble des tests pour aider les patients à faire leur choix en toute transparence ; et expliquer en détail toute la procédure pour éviter les mauvaises surprises (Goldsmith & Chiaro, 2008). Certains participants préféreraient également que les médecins adoptent une attitude de fermeté pour faire pression sur leurs patients, mais en gardant un message porteur d'espoir (Holt, et al., 2009).

Les participants indiquent qu'ils préféreraient recevoir un courrier d'invitation personnalisé de la part de leur médecin traitant sur un format bref, clair, et facile à comprendre. L'envoi direct du kit FOBT après une première communication permettrait de favoriser le dépistage (Tinmouth, Ritvo, McGregor, Claus, Pasut, Myers, Guglietti, Paszat,

Hilsden, Rabeneck, 2011). Certains souhaiteraient être contactés par téléphone pour recevoir une explication concernant les résultats des tests qui, selon eux, sont difficilement interprétables (Garcia, et al., 2011). Conscients du peu de temps dont les médecins disposent pour tout cela, les participants suggèrent de pouvoir rencontrer un autre soignant ayant un temps dédié sur ces questions (Goldsmith & Chiaro, 2008).

3. LES LEVIERS LIÉS À LA PROCÉDURE DU TEST HEMOCCULT-II®

Le test de recherche de sang occulte dans les selles est plutôt bien accepté dans l'ensemble (O'Sullivan & Orbell, 2004 ; Ruffin, et al., 2009 ; Woodrow, Watson, Rozmovits, Parker, & Austoker, 2008). Ses avantages résident essentiellement dans le fait qu'il se réalise dans l'intimité du domicile et qu'il n'est ni douloureux ni invasif, contrairement à la coloscopie (Friedemann-Sanchez, et al., 2006 ; Goel, et al., 2004 ; O'Malley, et al., 2004 ; Ruffin, et al., 2009). Ce test serait par ailleurs plébiscité par les personnes pour qui l'accessibilité des lieux de soins est un critère dans la prise de décision de se faire dépister (O'Malley, et al., 2004). Certains individus sont également rassurés par le faible intervalle de temps entre deux tests⁴⁰, qui permet de vérifier son état de santé plus régulièrement (Ruffin, et al., 2009).

Les participants expriment une préférence pour les tests les plus simples et commodes, critères de choix importants lorsqu'ils comparent les différents tests (Feeley, 2007 ; Ruffin, et al., 2009). La discrétion de la distribution des invitations au dépistage par courrier est généralement appréciée (Clavarino, et al., 2004). Les instructions du test de recherche de sang occulte dans les selles serait somme toute assez simples à comprendre et à suivre sans nécessairement avoir à faire appel au médecin traitant, même si les discussions autour des instructions avec le conjoint sont monnaie courante (Clavarino, et al., 2004). Les hommes sont sensibles au fait que ce test puisse se réaliser en dehors des heures de travail (Friedemann-Sanchez, et al., 2006). Les femmes seraient quant à elles soulagées par l'envoi postal des kits, qui évite l'embarras lié à leur manipulation dans un lieu de soin publique (Friedemann-Sanchez, et al., 2006).

⁴⁰ Un intervalle de deux ans est recommandé entre deux tests de recherche de sang occulte dans les selles contre cinq ans pour la coloscopie.

4. L'ESPOIR

Les participants des *focus groups* citent l'espoir comme facteur motivationnel pour le dépistage du cancer colorectal (Greiner, et al., 2005). Ils placent beaucoup d'espoir dans la prévention du cancer et l'existence de traitements spécifiques de plus en plus efficaces (Varela, et al., 2010). En effet, le dépistage précoce est perçu positivement en raison du fait qu'il facilite le traitement et la prise en charge, et améliore la qualité de vie et les chances de guérison (Jones, et al., 2010). La plupart des individus exprime le souhait de vivre le plus longtemps possible en bonne santé, notamment pour profiter pleinement de leur famille (Ruffin, et al., 2009 ; Varela, et al., 2010).

5. LES AUTRES FACTEURS MOTIVATIONNELS

Les individus s'orientent plus facilement vers le dépistage lorsqu'ils ressentent des douleurs et/ou symptômes inhabituels (Feeley, 2007 ; Ruffin, et al., 2009 ; Varela, et al., 2010) ; lorsqu'ils avancent en âge (Ruffin, et al., 2009) ; lorsqu'ils connaissent le taux de prévalence du cancer colorectal dans la population générale (Ruffin, et al., 2009) ; ou lorsqu'ils ont des antécédents personnels de cancer (Varela, et al., 2010). Les participants des *focus groups* mentionnent également les expériences antérieures de dépistage (Weitzman, et al., 2001) et les expériences positives avec le système de santé comme facteurs facilitant la participation au dépistage du cancer (Garcia, et al., 2011).

Les parents proches de patients atteints d'un cancer colorectal se sentent généralement plus vulnérables envers le cancer colorectal (Feeley, et al., 2009 ; Harris, et al., 1998 ; Ruffin, et al., 2009). La réalisation d'un test de dépistage est alors motivée principalement par la découverte à un stade précoce d'une éventuelle tumeur qui amoindrit les risques d'une mort prématurée, évitant les inquiétudes et ruminations relatives à la perspective d'avoir un cancer colorectal (Rawl, et al., 2000). Être rassuré, pour soi-même et/ou son entourage, et avoir « *l'esprit tranquille*⁴¹ » suite au résultat négatif du test sont des critères importants pour inciter les individus à se soumettre à un test de dépistage (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Clavarino, et al., 2004 ; Rawl, et al., 2000 ; Varela, et al., 2010).

En résumé, les principaux leviers identifiés par les personnes ayant participées à ces études font intervenir à la fois des facteurs biomédicaux (les antécédents familiaux de cancer colorectal), des facteurs liés à la procédure du test de dépistage (la réalisation du test dans

⁴¹ Peace of mind.

l'intimité du domicile, le caractère indolore et bénin de la procédure du test), des facteurs communicationnels (le fait de bénéficier d'informations sur le cancer colorectal et sur les méthodes de dépistage existantes, les recommandations personnalisées de la part du médecin traitant), des facteurs cognitifs (la simplicité perçue de la réalisation du test de dépistage, l'espoir de guérison associée à une prise en charge précoce).

IV. LE REGARD DES SOIGNANTS SUR LES REPRESENTATIONS DE LEURS PATIENTS ENVERS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les médecins imaginent que leurs patients sont peu empressés à réaliser le test de recherche de sang occulte dans les selles (Goodman, et al., 2006 ; O'Malley, et al., 2004). Cette croyance est en partie responsable du fait que les médecins rechignent à proposer ce test, persuadés de devoir essuyer un refus.

1. LA PREVENTION : UN DES ROLES DU MEDECIN TRAITANT ?

Les médecins estiment généralement que la prévention fait partie de leurs attributions, leur rôle étant à la fois explicatif et incitatif (Aubin-Auger, Mercier, Baumann-Coblentz, Le Trung, Decorre, Rousseau, Lamy, Gayel, Boutan-Laroze, 2008). Néanmoins, le dépistage organisé est vécu comme une tâche supplémentaire (Aubin-Auger, et al., 2008) et non prioritaire (Feeley, 2007), alors que le principal obstacle cité par les médecins est le manque de temps pour aborder ce sujet lors de la consultation (Aubin-Auger, et al., 2008 ; Fairfield, Chen, Colditz, Emmons, & Fletcher, 2004 ; Feeley, 2007 ; Feeley, et al., 2009). Par conséquent, les médecins se sentent tiraillés entre cette exigence de prévention et la nécessité de prendre en charge en priorité les pathologies aiguës infectieuses (Aubin-Auger, et al., 2008 ; Goodman, et al., 2006), d'autant qu'ils ne sont pas intéressés financièrement par la prévention (Fairfield, et al., 2004; Feeley, 2007). Les choix sont difficiles à faire et les médecins finissent par prioriser leur action selon l'importance qu'ils accordent à telle ou telle pathologie. À ce titre, les médecins femmes réalisent qu'elles s'investissent davantage dans le dépistage des cancers féminins tandis que les médecins hommes se focalisent plutôt sur le dépistage des cancers masculins. Ainsi, les médecins avouent que le dépistage du cancer colorectal, mixte, échoue bien souvent au second plan de leurs préoccupations (Aubin-Auger,

et al., 2008). Les médecins envisagent cette pathologie tardivement, lorsque leurs patients manifestent des symptômes en rapport (Feeley, et al., 2009 ; Goodman, et al., 2006).

Les médecins se disent assiégés par les alertes informatiques et les recommandations ministérielles de toutes sortes relatives à l'importance de mieux détecter et prendre en charge de nombreuses pathologies et problèmes de santé publique, qui ne peuvent tous être pris en compte (Aubin-Auger, et al., 2008). Paradoxalement, les médecins se plaignent du peu d'informations de qualité dont ils disposent car les recommandations des organismes de santé internationaux ne seraient pas assez concises et deviendraient inutilisables pour la pratique quotidienne de la médecine, en accord avec le précepte bien connu : « *trop d'informations tuent l'information* » (Goel, et al., 2004). Ainsi, ils décrivent peu la procédure du test de recherche de sang occulte dans les selles à leurs patients arguant du fait que la brochure explicative est suffisamment claire (Goel, et al., 2004). Pour contourner cet obstacle, certains médecins évoquent rapidement le sujet pour susciter l'intérêt de leur patient, et les invitent ensuite à se renseigner davantage et à aborder eux-mêmes ce point lors d'une prochaine consultation (Aubin-Auger, et al., 2008).

2. LA PRESCRIPTION DES TESTS DE DEPISTAGE

Lorsqu'ils prescrivent un test de dépistage, les médecins s'appuieraient sur des critères plus ou moins objectifs allant des antécédents familiaux, de l'âge et la demande du patient, de leurs propres connaissances sur la prévalence de la maladie et l'intérêt du test, du coût du test, des recommandations sanitaires, et de leur expérience (Goel, et al., 2004). Ils disent éprouver en règle générale des difficultés à déterminer le type de test le plus bénéfique pour un patient donné (Feeley, 2007). Les médecins rechigneraient à prescrire des tests de dépistage, en particulier la coloscopie, en raison du manque d'infrastructure pour les réaliser et l'engorgement qui résulterait d'un dépistage massif (Goodman, et al., 2006 ; Ingrand, et al., 2009). Concernant le dépistage des parents proches (acendants et descendants) de patients atteints de cancer colorectal, les médecins s'inquiètent de la culpabilisation du patient index, de la difficulté d'informer les proches et de s'assurer qu'ils ont eu accès au dépistage (Ingrand, et al., 2009).

Relativement peu de médecins disent prescrire d'eux-mêmes un test de dépistage du cancer colorectal et beaucoup semblent sceptiques quant aux bénéfices réels apportés par ce test (Goel, et al., 2004 ; Goodman, et al., 2006 ; Ingrand, Dujoncquoy, Beauchant, Letard, Migeot, & Ingrand, 2009). Les médecins prescrivent peu de tests de dépistage du cancer

colorectal aux patients avec qui ils entretiennent une relation complexe ou de mauvaise qualité, ou encore aux patients qui nécessitent plus de temps de consultation pour diverses raisons (Lewis, Griffith, Pignone, & Golin, 2009). Par exemple, on note moins de prescriptions chez les patients vieillissants ; chez les patients souffrant d'une pathologie chronique, d'un trouble psychiatrique ou d'un retard mental ; chez les patients qui refusent le test ou sont non compliant, méfiants et/ou suspicieux (Guerra, Schwartz, Armstrong, Brown, Hughes Halbert, & Shea, 2007).

En revanche, les médecins prescrivent plus facilement des tests de dépistage du cancer colorectal lorsqu'ils ont eux-mêmes des antécédents de cancer colorectal et sont plus sensibilisés, c'est-à-dire lorsque la demande émane du patient ou d'un confrère, lorsque les patients se situent dans une tranche d'âge allant de 50 à 59 ans, lorsque ce sont des femmes (car il serait plus simple de discuter avec elles), lorsque les patients sont en bonne santé ou médicalement stables, lorsqu'ils ont des antécédents familiaux de cancer, et lorsqu'ils sont anxieux (Guerra, et al., 2007). Les médecins prescrivent aussi plus facilement un test de dépistage lorsqu'ils incluent la démarche préventive dans leur routine de travail, lors des visites annuelles (appréhendées différemment), lorsqu'ils reçoivent des rappels électroniques, lors des campagnes d'éducation visant le grand public, lorsqu'ils ont des kits de recherche de sang occulte dans les selles dans la salle de consultation, lorsqu'ils reçoivent des incitations provenant des assureurs (Guerra, et al., 2007).

3. LES OBSTACLES DES PATIENTS ENVERS LE DEPISTAGE PERÇUS PAR LES MEDECINS

Lorsque les médecins sont interrogés sur les obstacles de leurs patients quant au test de dépistage du cancer colorectal, ils évoquent prioritairement le coût du dépistage (Bajracharya, 2007 ; Goodman, et al., 2006), le manque de temps (Bajracharya, 2007), et les problèmes de logistique et d'infrastructures (Feeley, 2007). Les patients ne seraient pas motivés selon les médecins à réaliser un test de dépistage en l'absence de symptômes perceptibles (Feeley, 2007), et par manque de connaissance (Bajracharya, 2007). De plus, ils estiment que leurs patients sont gênés par le dépistage du cancer colorectal dans la mesure où cela concerne une partie du corps « *dégradante* » (Kelly, Phillips, Jenkins, Norling, White, Jenkins, Armstrong, Petrik, Steinkuhl, Washington, Dignan, 2007), et sont répugnés par les procédures (Bajracharya, 2007). Le manque de soutien social des patients est aussi parfois mis en cause (Bajracharya, 2007). Ils indiquent également que leurs patients ont peur des tests de dépistage

(Bajracharya, 2007 ; Feeley, 2007), et se réfugieraient dans le déni et l'évitement (Bajracharya, 2007).

4. LES SUGGESTIONS D'AMELIORATION

Les médecins considèrent qu'il est possible d'améliorer leur manière de communiquer sur le dépistage du cancer colorectal par le biais de *l'éducation thérapeutique* (Fairfield, et al., 2004 ; Feeley, et al., 2009; Kelly, et al., 2007 ; Menon, Szalacha, Belue, Rugen, Martin, & Kinney, 2008), en instaurant une alliance thérapeutique de qualité (Kelly, et al., 2007 ; Ingrand, et al., 2009 ; Walsh, 2010). Il s'agirait de souligner à plusieurs reprises l'importance d'une détection précoce, d'utiliser son expérience personnelle comme modèle, de décrire le test comme une procédure de routine, de donner des conseils pratiques, de s'assurer que la démarche est bien comprise, de tenir des propos rassurants, et d'avoir recours à l'humour (Feeley, 2007 ; Walsh, 2010). Néanmoins, les médecins demeurent en partie pessimistes sur leurs capacités à mettre en œuvre des stratégies motivationnelles pour changer les opinions de leurs patients, difficiles à convaincre et résistants (Fairfield, et al., 2004 ; Feeley, et al., 2009).

En résumé, les principaux obstacles identifiés par les médecins font intervenir le manque de temps à consacrer aux mesures de prévention, la multiplication des tâches dévolues aux médecins traitant, le manque perçu de directives précises encadrant la prescription des tests de dépistage du cancer colorectal, la méfiance vis-à-vis de l'efficacité des tests de dépistage dans la détection de tumeurs cancéreuses, et les représentations négatives supposées des patients à l'égard des tests de dépistage. À l'inverse, les principaux leviers identifiés par les médecins sont le fait d'instaurer une bonne alliance thérapeutique avec les patients afin de développer un climat de confiance propice aux échanges sur la thématique du dépistage du cancer colorectal, le fait d'être eux-mêmes convaincus de la pertinence de réaliser un test de dépistage, le fait d'être sollicités régulièrement par les instances de santé publique à évoquer avec les patients ces questions, le fait d'intégrer les démarches préventives dans une routine de travail, et le fait de disposer du matériel approprié.

V. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE DES DETERMINANTS PSYCHOLOGIQUES AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les multiples références d'études qualitatives évoquées dans les paragraphes précédents, menées pour mieux comprendre ce qui freine et/ou motive les individus d'origines culturelles diverses à y participer, indiquent que le dépistage du cancer colorectal est un thème porteur à l'heure actuelle, probablement en raison du besoin d'évaluer l'efficacité des mesures de dépistage organisé établies dans plusieurs pays occidentaux. De manière surprenante, nous ne disposons pas en France de telles données alors que le dépistage organisé du cancer colorectal a été initié en 2002 dans quelques départements pilotes et généralisé à tout le territoire à partir de 2008.

L'objectif principal de cette étude qualitative est donc d'explorer les opinions, attitudes, croyances, émotions et stratégies adaptatives d'un échantillon de la population française envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Plus précisément, nous cherchons à mieux comprendre les facteurs venant faire obstacle à la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] d'une part, et les facteurs motivationnels à cette démarche de dépistage d'autre part.

À partir des données issues de la littérature évoquée précédemment, nous émettons l'hypothèse que les individus rechignent à se faire dépister s'ils ne disposent pas d'informations suffisantes concernant le test de dépistage du cancer colorectal ; s'ils se sentent gênés et/ou embarrassés par la procédure du test ; s'ils ont un niveau élevé d'anxiété envers la santé ; s'ils ont un faible sentiment de vulnérabilité envers le cancer colorectal ; s'ils n'évoquent pas le sujet avec leur entourage ; s'ils n'ont pas confiance en leur médecin traitant ; s'ils considèrent que le test est particulièrement contraignant.

Nous émettons l'hypothèse que les individus se soumettent plus facilement au dépistage du cancer colorectal s'ils ont des connaissances suffisantes en matière de dépistage du cancer colorectal ; s'ils se sentent à l'aise avec la procédure du test ; s'ils ont un niveau modéré d'anxiété envers la santé ; s'ils ont des antécédents familiaux et/ou personnels de cancer ; s'ils évoquent facilement le sujet avec leur entourage ; s'ils ont confiance en leur médecin traitant.

METHODE

I. PARTICIPANTS

Sept *focus groups* ont été menés auprès de 69 personnes ayant préalablement accepté de participer à l'étude qualitative des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®]. Les participants devaient répondre aux trois critères d'inclusion suivants : a) âge supérieur ou égal à 50 ans ; b) pas d'antécédents personnels de cancer colorectal ; c) maîtrise et bonne compréhension de la langue française aussi bien à l'oral qu'à l'écrit.

Les participants ont été recrutés par le biais d'un article paru dans le quotidien *La Nouvelle République* (édition de l'Indre-et-Loire)⁴² daté du 30 octobre 2010 (Annexe 1) dans lequel il était spécifié que nous recherchions des volontaires pour participer à des réunions de groupe lors desquelles ces derniers seraient sollicités pour évoquer et exprimer leurs opinions personnelles relatives au dépistage du cancer colorectal. Dans cet article, il était également précisé que les participants recevraient en dédommagement une somme de 40 euros⁴³. Les personnes intéressées étaient ensuite invitées à contacter la coordinatrice de l'étude par téléphone ou par courriel.

Les volontaires, soit 38 femmes et 31 hommes, ont été répartis de manière aléatoire en sept groupes non mixtes d'une dizaine de personnes chacun (4 groupes de femmes et 3 groupes d'hommes au total). Afin de faciliter la participation des personnes exerçant une activité professionnelle, tous les groupes se sont déroulés en soirée entre 18 et 20 heures. Tous les participants étaient volontaires et ont donné explicitement leur consentement pour participer à l'étude.

⁴² La Nouvelle République est un quotidien régional français basé à Tours (Indre-et-Loire) et diffusé à la fois en région Centre et en région Poitou-Charentes. Nous faisons référence ici à un article intitulé « *Cancer colo-rectal : qui participera à l'étude ?* » de Brigitte Barnéoud (journaliste) paru dans la rubrique « Santé » de l'édition de l'Indre-et-Loire de la Nouvelle République.

⁴³ Ce dédommagement a été possible grâce au soutien financier de notre projet par l'Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre de l'appel à projet 2010 « *Recherche en sciences humaines et sociales, santé publique et épidémiologie* ».

La moyenne d'âge des participants était de 60,71 ans (écart-type de 6.16). L'âge moyen des femmes de cette étude, compris entre 50 et 72 ans, était de 59,47 ans (écart-type de 5,60). L'âge moyen des hommes de cette étude, compris entre 51 et 74 ans, était de 62,22 ans (écart-type de 6,56). Une analyse comparative n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les moyennes d'âge des hommes et des femmes [t(1,68)=1.9479 , NS].

Chez les femmes, 36 personnes vivaient en milieu urbain (soit 94,74% de l'effectif) et 2 personnes en milieu rural (soit 5,26% de l'effectif) tandis que, chez les hommes, 29 personnes vivaient en milieu urbain (soit 93,55% de l'effectif) et 2 personnes en milieu rural (soit 6,45% de l'effectif).

Par ailleurs, 31 femmes n'avaient pas d'antécédent personnel de cancer (soit 81,58% de l'effectif) et 7 femmes présentaient des antécédents personnels de cancer (soit 18,42% de l'effectif), dont un cancer de l'utérus, un cancer de la gorge, un cancer de la langue, un mélanome malin, un cancer du sein, un lymphocytome et un cancer non spécifié. De plus, 12 femmes n'avaient pas d'antécédent familial de cancer (soit 31,58% de l'effectif) et 26 femmes ont rapporté des antécédents familiaux de cancer (soit 68,42% de l'effectif). Parmi les hommes, 28 d'entre eux n'avaient pas d'antécédent personnel de cancer (soit 90,32% de l'effectif) et 3 d'entre eux ont déclaré des antécédents personnels de cancer (soit 9,68% de l'effectif) dont une maladie de Hodgkin, un cancer de la prostate et un séminome⁴⁴. En outre, 17 hommes n'avaient pas d'antécédent familial de cancer (soit 54,84% de l'effectif) et 14 hommes avaient des antécédents familiaux de cancer (soit 45,16% de l'effectif).

Le tableau 1 récapitule ci-après les caractéristiques sociodémographiques des participants aux *focus groups*.

Tableau 1: Les caractéristiques sociodémographiques des participants aux *focus groups*.

| | Age | Milieu de vie | | Antécédents personnels de cancer | | Antécédents familiaux de cancer | |
|--------|-----------------|---------------|------------|----------------------------------|----------|---------------------------------|----------|
| | Moy. (éc.-type) | Urbain n | Rural n | Oui n | Non n | Oui n | Non n |
| Femmes | 59.47 (5.60) | 36 | 2 | 7 | 31 | 26 | 12 |
| Hommes | 62.22 (6.56) | 29 | 2 | 3 | 28 | 14 | 17 |
| Total | 60.71 (6.16) | 65 | 4 | 10 | 59 | 40 | 29 |

⁴⁴ Le séminome est un cancer du testicule.

Interrogée sur leurs éventuelles participations antérieures au test Hemocult-II® (Tableau 2), la majorité des participants ont déclaré l'avoir réalisé au moins une fois auparavant (91.2%) et quelques-uns n'ont jamais effectué cette démarche (8.8%). Pour 31 femmes ayant déjà réalisé le test, le résultat s'est avéré négatif contre deux personnes dont le test s'est révélé positif. Pour 26 hommes ayant déjà réalisé le test, le résultat s'est avéré négatif contre quatre hommes dont le test s'est révélé positif. À l'avenir, les participants ayant déjà réalisé le test Hemocult-II® au moins une fois avaient en majorité l'intention de le refaire (86.9%). Chez ceux n'ayant jamais réalisé le test Hemocult-II®, autant avaient l'intention de le faire (4.3%) que de ne pas le faire (4.3%).

Tableau 2: *Les participations antérieures au test Hemocult-II® associées à l'intention de réaliser ce test à l'avenir.*

| | | Participations antérieures au test Hemocult-II® | | | | |
|---|-----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| | | Oui | | Non | | |
| | | Femmes n (% total) | Hommes n (% total) | Femmes n (% total) | Hommes n (% total) | |
| Intention de participer au test Hemocult-II® | Oui | Femmes | 31 (44.9%) | | 2 (2.9%) | |
| | | Hommes | | 29 (42.0%) | | 1 (1.4%) |
| | Non | Femmes | 2 (2.9%) | | 3 (4.3%) | |
| | | Hommes | | 1 (1.4%) | | 0 |

II. MATERIEL

La conduite des *focus groups* a nécessité l'élaboration minutieuse d'une grille d'entretien à l'usage des animateurs (Annexe 2). Cette grille précise en détail le déroulement type des entretiens (accueil, présentation des animateurs et des participants, rappel de l'objectif principal, consigne, règles déontologiques, modalités techniques, et fin des entretiens), ainsi que les différents thèmes prédéterminés à aborder sous la forme de questions et/ou relances (Tableau 3).

Tableau 3: Les principaux thèmes et questions abordés lors des focus groups.

| Thèmes abordés | Principales questions en rapport |
|---|--|
| Connaissances et croyances envers le dépistage du cancer colorectal | <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qu'une méthode de dépistage ? À quoi cela sert-il de se faire dépister ? • Qu'est-ce que le cancer colorectal ? • Que connaissez-vous des méthodes de dépistage du cancer colorectal ? |
| Leviers à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II® | <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui pourrait vous pousser à faire un test de dépistage du cancer colorectal ? • Qu'est-ce qui vous a poussé à faire un test de dépistage du cancer colorectal ? |
| Freins à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II® | <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de faire un test de dépistage du cancer colorectal ? • Qu'est-ce qui vous a empêché de faire un test de dépistage du cancer colorectal ? |

Les sept *focus groups* se sont déroulés dans une salle de réunion du laboratoire EA 2114 « Psychologie des Âges de la Vie » de l'Université François Rabelais de Tours, équipée d'un ordinateur et d'un vidéoprojecteur. Les tables étaient disposées en arc de cercle afin que tous les participants puissent se voir et interagir entre eux. Une fiche de renseignements (Annexe 4), un stylo, et un gobelet étaient disposés devant chaque place avant l'arrivée des participants. Lors des réunions, des rafraîchissements étaient proposés et mis à la disposition des participants. Chaque participant a reçu la somme de 40 euros en espèce à l'issue des réunions et devait signer en retour une attestation de versement.

Les propos tenus ont été enregistrés dans leur intégralité à l'aide d'un dictaphone numérique (Sony IC Recorder ICD-UX200). Le consentement éclairé des participants était bien entendu requis avant de démarrer les enregistrements. Pendant les groupes, des supports ont été utilisés afin de favoriser l'expression des opinions des participants. À cette fin, un film d'une durée de 30 secondes faisant la promotion du dépistage du cancer colorectal⁴⁵ était visionné et commenté par les participants. De plus, un mode d'emploi du test Hemocult-II® (Annexe 3) était distribué et examiné par les participants dans le but de faciliter les échanges sur le sujet.

⁴⁵ Il s'agit d'un spot publicitaire intitulé « *Le voyage intérieur* » pour une campagne télévisée promulguant le dépistage du cancer colorectal, diffusée initialement du 13 septembre au 14 octobre 2008 et rediffusée du 1^{er} au 21 mars 2010. Ce film de 30 secondes évoque un voyage à l'intérieur du corps humain aboutissant à la visualisation d'un polype, représenté ici de manière sympathique et dédramatisée, associé au message suivant : « *Et pourtant le plus souvent, s'il [le cancer colorectal] est dépisté à temps, il n'est pas méchant* ».

III. PROCEDURE

Après réalisation de la grille d'entretien, quatre psychologues ont été recrutés pour animer les entretiens de groupe. Ils ont reçu une formation spécifique à l'animation et l'analyse des *focus groups*⁴⁶ pour préparer au mieux leurs interventions. Afin d'éviter toute gêne relative à une mixité des sexes dans les groupes susceptible d'entraver la libre expression des participants sur un sujet délicat, les groupes de femmes étaient menés par deux animatrices (une psychologue et une doctorante en psychologie), et deux animateurs (un docteur en psychologie et un doctorant en psychologie) étaient chargés d'animer les groupes d'hommes.

Les participants étaient invités par téléphone à se présenter à l'un des sept *focus groups* organisés à l'Université de Tours. À cette occasion, il leur était réprécisé que les entretiens avaient lieu en groupe et étaient enregistrés. Les groupes ont eu lieu pour les femmes les 19, 22, 29 novembre 2010 et le 3 décembre 2010 ; pour les hommes les 15, 22, 29 novembre 2010.

Après l'accueil des participants autour d'une collation, les animateurs se présentaient et rappelaient l'objectif de la réunion. Ils s'assuraient du consentement des participants quant à l'enregistrement et démarraient le dictaphone. Ils invitaient ensuite les participants à se présenter brièvement à tour de rôle avant de leur signifier quelques règles à suivre (respect des opinions de chacun, respect de l'anonymat, etc...). Les thèmes étaient ensuite abordés successivement et chacun était encouragé à s'exprimer librement. À la fin des sessions, les animateurs faisaient un rapide résumé de la réunion, recueillaient les avis et remarques de chacun, proposaient aux participants de remplir la fiche de renseignement et l'attestation de versement, distribuaient la somme convenue et remerciaient les participants. Les animateurs établissaient après chaque groupe un compte-rendu écrit.

⁴⁶ Formation intitulée « *Animer et analyser un groupe projectif* » dispensée par Pascal Vogel (formateur de l'organisme de formation *Connaissance Network*) le 03 septembre 2010 à l'Université François Rabelais de Tours. Le terme *groupe projectif* est la traduction française littérale du terme anglo-saxon *focus group*.

IV. PREPARATION DU CORPUS⁴⁷ DE DONNEES

Les sept *focus groups* ont été enregistrés dans leur intégralité à l'aide d'un dictaphone numérique. Les fichiers audionumériques ont ensuite été retranscrits mots à mots par une transcriptrice professionnelle.

Un fichier global, constitué de l'ensemble des verbatims⁴⁸, a été créé en distinguant les déclarations obtenues dans les groupes de femmes de celles obtenues dans les groupes d'hommes à l'aide de lignes étoilées⁴⁹. Ce fichier a ensuite été enregistré au format Texte⁵⁰.

Un découpage des verbatims a ensuite été utilisé pour distinguer les déclarations des individus en fonction de leur appartenance à 3 sous-thèmes prédéterminés répartis dans 3 fichiers distincts :

- ◆ *Les connaissances et croyances envers le dépistage du cancer colorectal ;*
- ◆ *Les leviers envers la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] ;*
- ◆ *Les freins envers la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].*

Afin de ne conserver que les parties signifiantes des discours des participants, les interventions ne contenant que des acquiescements ou des négations (« *Oui* », « *Non* », « *Je suis d'accord* », etc...) n'ont pas été prises en compte dans les analyses. Les interventions des animateurs ne figurent pas non plus dans le corpus de données et n'ont pas été analysées.

⁴⁷ Le corpus est l'ensemble du texte à analyser.

⁴⁸ Le verbatim est un compte-rendu écrit fournissant l'intégralité d'une déclaration orale.

⁴⁹ Les lignes étoilées permettent de séparer et reconnaître les énoncés naturels du corpus sur la base de variables spécifiques (ici le sexe des participants dont les modalités sont représentées par « **** *Sexe_f » pour le sexe féminin, ou par « **** *Sexe_m » pour le sexe masculin). Cela permet de différencier les discours appartenant à des modalités différentes d'une même variable pour effectuer notamment des analyses en tri-croisé.

⁵⁰ Le logiciel Alceste 2010 nécessite un enregistrement des fichiers à analysés sous format Texte (.txt).

V. ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été traitées et analysées avec le logiciel d'analyses de données textuelles ALCESTE⁵¹ 2010. Des analyses lexicales ont été menées dans le but de repérer et comptabiliser les différentes *formes*⁵² significatives du corpus. Des analyses de contenu ont permis de découper le corpus en *unités de contexte*⁵³. Des analyses hiérarchiques descendantes et des analyses factorielles des correspondances ont été réalisées pour classifier les unités de contexte. Enfin, des analyses en tri-croisé ont été utilisées pour mettre en évidence des différences au niveau du contenu des discours des femmes et celui des hommes.

⁵¹ ALCESTE est un logiciel d'Analyse de Données Textuelles appartenant à la catégorie des CAQDAS (Computer Aided Qualitative Data Analysis Systems).

⁵² Dans la terminologie utilisée par ALCESTE, le terme « *forme* » renvoie à un mot. Il s'agit de l'unité de base.

⁵³ Les unités de contexte sont des extraits de phrase ou de texte.

RESULTATS

I. DESCRIPTION GENERALE DU CORPUS DE DONNEES

Le corpus complet renferme un nombre total de 40511 formes dont 3309 formes distinctes. L'effectif moyen d'une forme est 12 et l'effectif maximum est 1376. Le nombre des Hapax⁵⁴ est 1612. Le nombre d'unités de contexte initiales⁵⁵ (U.C.I) est de 1662 et le nombre d'unités de contexte élémentaires⁵⁶ est de 2076, sachant que 20 occurrences permettent de définir une unité de contexte élémentaire (U.C.E). Le nombre moyen de mots analysés par U.C.E. est de 4,49. Le Tableau 4 présente ces différents résultats. Le dictionnaire des formes réduites⁵⁷ ainsi que leur effectif est présenté Annexe 5.

Tableau 4: Description générale du corpus de données.

| | |
|--|-------|
| <i>Nombre total de formes contenues dans le corpus</i> | 40511 |
| <i>Nombre de formes distinctes</i> | 3309 |
| <i>Effectif moyen d'une forme</i> | 12 |
| <i>Effectif maximum d'une forme</i> | 1376 |
| <i>Nombre des Hapax</i> | 1612 |
| <i>Nombre d'unités de contexte initiales</i> | 1662 |
| <i>Nombre d'unités de contexte élémentaires</i> | 2076 |
| <i>Nombre d'occurrences pour définir une unité de contexte élémentaire</i> | 20 |
| <i>Nombre moyen de mots analysés par unité de contexte élémentaire</i> | 4,49 |

⁵⁴ Les Hapax sont les formes présentes une seule fois dans le corpus.

⁵⁵ Les U.C.I. sont les divisions naturelles du corpus déterminées par le chercheur. Ici, les U.C.I. correspondent aux différentes interventions signifiantes des participants, introduites par des lignes étoilées.

⁵⁶ Les U.C.E. sont composées de plusieurs Segments de Texte Calibrés (S.T.C., il s'agit d'un segment de texte de longueur inférieure à 240 caractères et se terminant par une ponctuation) consécutifs. Les U.C.E. sont les unités statistiques de base du logiciel Alceste, l'objectif étant d'obtenir un classement des U.C.E. en fonction de la distribution du vocabulaire. NB : les fins de segments de texte ont ici été signalées par le signe « \$ ».

⁵⁷ Les formes réduites sont les formes d'origine transformées par Alceste pour approcher le signifiant d'un mot (par exemple, une même racine).

II. LES CONNAISSANCES ET CROYANCES GENERALES ENVERS LE TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II[®]

1. ANALYSE LEXICALE

Le corpus complet des verbatims traitant des connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] renferme un nombre total de 9535 formes dont 1429 formes distinctes. L'effectif moyen d'une forme est 7 et l'effectif maximum est 318. Le nombre des Hapax est 780. Le nombre d'U.C.I. est de 502 et le nombre d'U.C.E. est de 576. Le nombre moyen de mots analysés par U.C.E. est de 3,07. Le Tableau 5 présente ces différents résultats. Les formes réduites et leur effectif sont présentées Annexe 6.

Tableau 5: Description générale du corpus relatif aux connaissances et croyances générales sur le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].

| | |
|--|------|
| <i>Nombre total de formes contenues dans le corpus</i> | 9535 |
| <i>Nombre de formes distinctes</i> | 1429 |
| <i>Effectif moyen d'une forme</i> | 7 |
| <i>Effectif maximum d'une forme</i> | 318 |
| <i>Nombre des Hapax</i> | 780 |
| <i>Nombre d'unités de contexte initiales</i> | 502 |
| <i>Nombre d'unités de contexte élémentaires</i> | 576 |
| <i>Nombre d'occurrences pour définir une unité de contexte élémentaire</i> | 20 |
| <i>Nombre moyen de mots analysés par unité de contexte élémentaire</i> | 3,07 |

2. ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE ET ANALYSE FACTORIELLE

Ces analyses ont permis de mettre en évidence la structure factorielle du corpus des verbatims traitant des connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Rappelons que le nombre minimum d'U.C.E. nécessaires pour retenir une classe est de 73 et le pourcentage d'U.C.E. classées est de 67% (Annexe 7).

La structure factorielle a révélé l'existence de trois classes stables. La classe 1 rassemble 146 U.C.E., soit 38% du total des U.C.E. classées avec 32 mots analysés. Elle se réfère aux contenus vantant *les avantages de la coloscopie comparativement au test Hemocult-II[®]* (meilleure fiabilité, ablation des éventuels polypes, procédure passive). La classe 2 se compose de 134 U.C.E., soit 34% du total des U.C.E. classées avec 29 mots analysés. Elle rassemble les interventions *associant le terme dépistage au principe de prévention*, c'est-à-dire à la recherche précoce des signes d'une maladie dans le but de la traiter avec une meilleure efficacité. Enfin, la classe 3 associe 109 U.C.E., soit 28% du total des U.C.E. classées avec 28 mots analysés. Elle réunit les contenus expliquant la *procédure à suivre pour effectuer le test Hemocult-II[®]*.

Les figures 4 et 5 illustrent respectivement la répartition des U.C.E. classées par classe et le nombre de mots analysés par classe pour la thématique des connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. La figure 6 illustre le résultat de l'analyse factorielle en correspondance. Le tableau 6 présente des exemples de contenus verbaux pour chacune des trois classes mentionnées ci-avant.

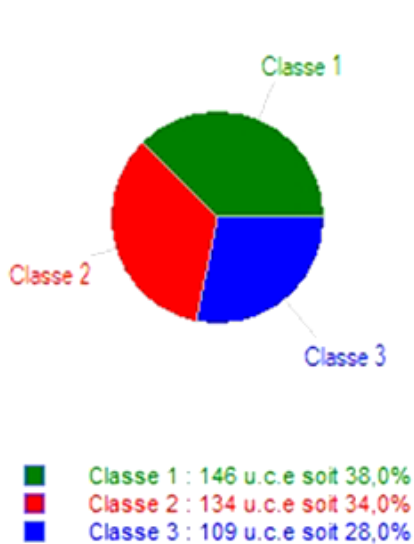


Figure 4: Répartition des U.C.E. par classe.

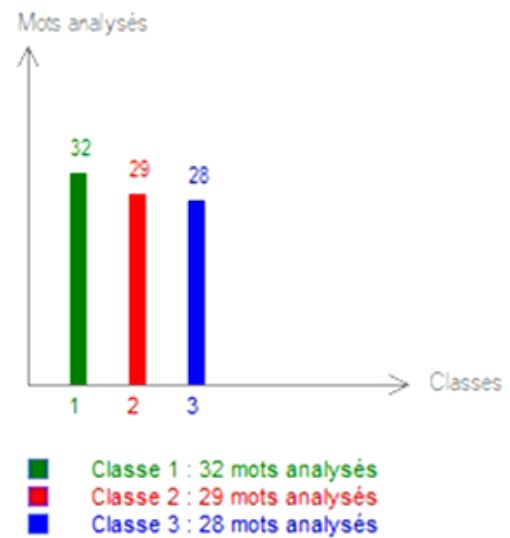


Figure 5: Nombre de mots analysés par classe.

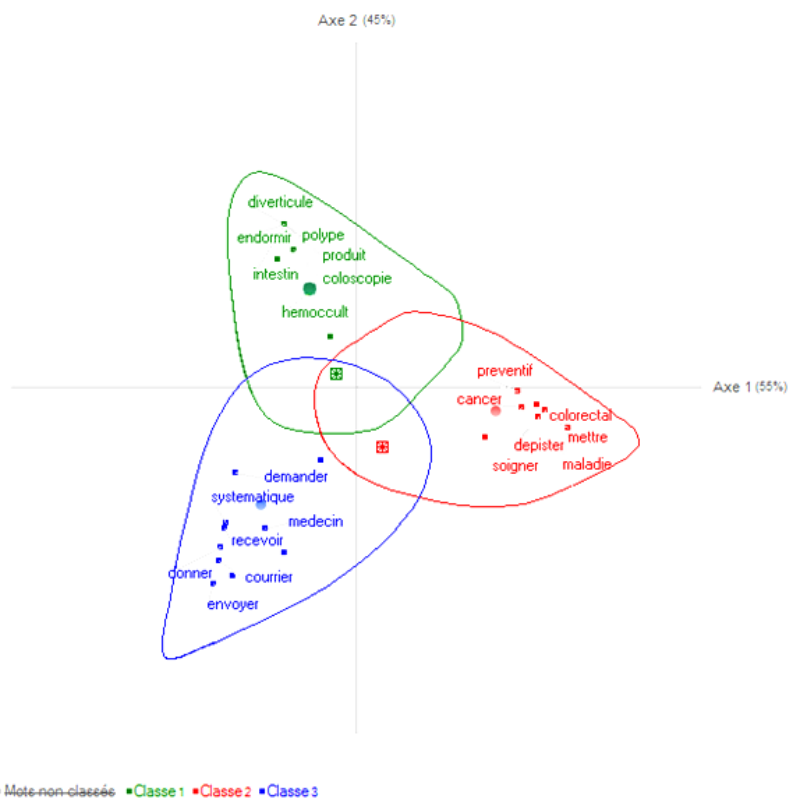


Figure 6: Analyse factorielle en correspondance pour le corpus relatif aux connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

Tableau 6: Exemples de contenus verbaux en fonction des classes pour le corpus relatif aux connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal.

| Classe 1 : Les avantages de la coloscopie sur le test Hemocult-II [®] |
|--|
| <p>uce n 436 Khi2 = 6 (uci n 406 : *Sexe_m *K_1) Lorsque l'on reçoit l'invitation à faire le test Hemocult, on nous dit que, si l'on a fait une coloscopie dans les 5 ans qui précèdent, on n'est pas obligé de faire le test Hemocult. Donc, je pense que la coloscopie a d'autres valeurs supérieures.</p> <p>uce n 491 Khi2 = 6 (uci n 436 : *Sexe_m *K_1) Il semblerait que la coloscopie soit beaucoup plus fiable puisque, ensuite, le centre anti-cancéreux nous dispense pendant 5 ans du test Hemocult.</p> <p>uce n 236 Khi2 = 3 (uci n 218 : *Sexe_f *K_1) Ils vous l'enlèvent d'office, et ça vous le voyez qu'avec une coloscopie. Moi, je trouve que la coloscopie est quand même plus approfondie.</p> <p>uce n 235 Khi2 = 1 (uci n 218 : *Sexe_f *K_1) Ce qui est bien aussi, par exemple, une coloscopie, quelque fois vous avez un polype, on ne le voit pas avec ce test-là, vous le voyez avec une coloscopie.</p> |
| Classe 2 : Le terme dépistage associé au principe de prévention |
| <p>uce n 281 Khi2 = 18 (uci n 260 : *Sexe_m *K_2) Oui, c'est ce que je pense. Il vaut mieux prévenir que guérir. Je crois que c'est la formule. Ça coûte certainement moins cher de dépister dès le départ et de le soigner en amont que d'avoir à traiter une maladie qui va s'être installée depuis longtemps et la lourdeur du traitement à y apporter.</p> <p>uce n 274 Khi2 = 13 (uci n 253 : *Sexe_m *K_2) Moi, je mettrais un terme générique derrière dépistage : le terme préventif.</p> <p>uce n 460 Khi2 = 13 (uci n 421 : *Sexe_m *K_2) La recherche d'un symptôme possible, d'une maladie déterminée.</p> <p>uce n 286 Khi2 = 9 (uci n 265 : *Sexe_m *K_2) Dépister ou faire de la prévention avant. On peut soigner plus tôt que des fois, d'attendre la fin, ça peut être trop tard.</p> <p>uce n 5 Khi2 = 7 (uci n 4 : *Sexe_f *K_2) Moi, j'associe le dépistage à de la prévention.</p> <p>uce n 373 Khi2 = 7 (uci n 346 : *Sexe_m *K_2) Prévention et recherche.</p> |
| Classe 3 : La procédure du test Hemocult-II [®] |
| <p>uce n 405 Khi2 = 19 (uci n 376 : *Sexe_m *K_3) Oui, il faut obligatoirement aller voir le médecin traitant mais avec le courrier parce qu'il a besoin des codes-barres pour l'étiquette.</p> <p>uce n 159 Khi2 = 8 (uci n 144 : *Sexe_f *K_3) Pour moi, ce n'est pas sur 3 jours. C'est 3 prélèvements sur 5 jours.</p> <p>uce n 160 Khi2 = 8 (uci n 145 : *Sexe_f *K_3) Et il faut qu'il soit envoyé dans les 7 jours je crois au total.</p> <p>uce n 561 Khi2 = 7 (uci n 492 : *Sexe_m *K_3) Moi, c'est ce qui m'est arrivé. J'ai reçu le kit directement parce que je ne répondais pas. Mais si, derrière il y a un suivi.</p> <p>uce n 566 Khi2 = 7 (uci n 496 : *Sexe_m *K_3) Alors, quand on ne le fait pas, je ne sais pas s'il y a un retour auprès du médecin référent. Je ne crois pas.</p> <p>uce n 180 Khi2 = 6 (uci n 164 : *Sexe_f *K_3) Oui, maintenant on nous envoie un avis en disant : «ça fait deux ans que vous l'avez passé, demandez à votre médecin traitant ».</p> |

3. ANALYSE EN TRI-CROISE

Une analyse en tri-croisé a été réalisée pour différencier les contenus des discours de la thématique des connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] en fonction du sexe des participants (Annexe 8). Les femmes soulignent particulièrement le fait que la coloscopie s'effectue actuellement sous anesthésie, que celle-ci soit générale ou locale. Elles citent davantage que les hommes le terme examen et insistent plus fréquemment sur la nécessité de dépister la maladie le plus tôt possible. Il s'avère que les hommes, quant à eux, utilisent plus fréquemment le terme de prévention que les femmes et insistent davantage sur la procédure du test Hemoccult-II[®] qui nécessite de se rendre chez son médecin traitant. Le tableau 7 présente des exemples de contenus de l'analyse en tri-croisé effectuée en fonction du sexe des participants.

Tableau 7: Exemples de contenu de l'analyse en tri-croisé pour le corpus des connaissances et croyances générales envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®].

| Classe 1 : Sexe féminin |
|---|
| uce n 28 Khi2 = 36 (uci n 25 : *Sexe_f *K_1) C'est des anesthésies assez légères. |
| uce n 249 Khi2 = 36 (uci n 229 : *Sexe_f *K_1) C'est une anesthésie de 20 minutes mais une anesthésie totale. |
| uce n 84 Khi2 = 17 (uci n 77 : *Sexe_f *K_1) Pour découvrir le plus vite possible s'il y a quelque chose. |
| uce n 85 Khi2 = 11 (uci n 78 : *Sexe_f *K_1) Pour découvrir le plus vite possible s'il y a un problème ou un truc comme ça, pour le soigner assez vite. |
| uce n 93 Khi2 = 11 (uci n 86 : *Sexe_f *K_1) Le plus tôt possible dans la découverte de la maladie en fait. |
| Classe 1 : Sexe masculin |
| uce n 364 Khi2 = 13 (uci n 337 : *Sexe_m *K_2) Il envoie d'abord le courrier pour demander si on veut le test, il me semble. |
| uce n 277 Khi2 = 7 (uci n 256 : *Sexe_m *K_2) Tout dépistage formule passive de prévention. |
| uce n 302 Khi2 = 7 (uci n 279 : *Sexe_m *K_2) Il faut aller au docteur pour aller le chercher. |
| uce n 304 Khi2 = 7 (uci n 281 : *Sexe_m *K_2) Donc, c'est une précaution à mon avis. Comme cela, ça vous oblige à rencontrer le médecin, ce qui est peut-être pas mauvais. |
| uce n 317 Khi2 = 7 (uci n 292 : *Sexe_m *K_2) Pas engageant mais enfin il faut aller au docteur. |
| uce n 344 Khi2 = 7 (uci n 318 : *Sexe_m *K_2) S'il faut passer par 15 préventions et bien on passera par 15 préventions. |
| uce n 316 Khi2 = 6 (uci n 291 : *Sexe_m *K_2) Après, j'en ai parlé au toubib pour qu'il soit au courant. Je l'ai pris chez le pharmacien et je l'ai envoyé au labo. |

Principaux résultats à retenir sur les représentations relatives au dépistage :

- Avantages perçus de la coloscopie sur le test Hemocult-II® ;
- Association du terme dépistage au principe de prévention ;
- Connaissances parcellaires de la procédure à suivre pour réaliser le test Hemocult-II® ;
- Usage préférentiel du terme examen chez les femmes pour évoquer le dépistage ;
- Usage préférentiel du terme prévention chez les hommes pour évoquer le dépistage.

III. LES LEVIERS INTERVENANT DANS LA DEMARCHE DE PARTICIPER AU TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II®

1. ANALYSE LEXICALE

Le corpus relatif aux facteurs facilitant la démarche de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II® renferme un nombre total de 14757 formes dont 1875 formes distinctes. L'effectif moyen d'une forme est 8 et l'effectif maximum est 482. Le nombre des Hapax est 997. Le nombre d'U.C.I. est de 512 et le nombre d'U.C.E. est de 685. Le nombre moyen de mots analysés par U.C.E. est de 4,17. Le Tableau 8 présente ces différents résultats. Les formes réduites et leur effectif sont présentées Annexe 9.

Tableau 8: Description du corpus relatif aux leviers intervenant dans la démarche de participation au test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

| | |
|--|--------------|
| <i>Nombre total de formes contenues dans le corpus</i> | 14757 |
| <i>Nombre de formes distinctes</i> | 1875 |
| <i>Effectif moyen d'une forme</i> | 8 |
| <i>Effectif maximum d'une forme</i> | 482 |
| <i>Nombre des Hapax</i> | 997 |
| <i>Nombre d'unités de contexte initiales</i> | 512 |
| <i>Nombre d'unités de contexte élémentaires</i> | 685 |
| <i>Nombre d'occurrences pour définir une unité de contexte élémentaire</i> | 20 |
| <i>Nombre moyen de mots analysés par unité de contexte élémentaire</i> | 4,17 |

2. ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE ET ANALYSE FACTORIELLE

Ces analyses ont permis de mettre en évidence la structure factorielle du corpus des verbatims traitant des leviers facilitant la démarche de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®. Le nombre minimum d'U.C.E. nécessaires pour retenir une classe est de 86 et le pourcentage d'U.C.E. classées est de 72% (Annexe10).

La structure factorielle a révélé l'existence de trois classes stables. La classe 1 rassemble 141 U.C.E., soit 29% du total des U.C.E. classées avec 34 mots analysés. Elle se réfère aux contenus soulignant *l'importance de la communication liée au dépistage en général, et au test Hemocult-II® en particulier* pour inciter les individus à participer au dépistage. La classe 2 se compose de 155 U.C.E., soit 32% du total des U.C.E. classées avec 26 mots analysés. Elle rassemble les interventions insistant sur *la simplicité de la procédure du test Hemocult-II®*. Enfin, la classe 3 associe 194 U.C.E., soit 39% du total des U.C.E. classées avec 35 mots analysés. Elle réunit les contenus signalant *l'impact essentiel des antécédents personnels et/ou familiaux de cancer* dans la prise de conscience de l'importance de se faire dépister.

Les figures 7 et 8 illustrent respectivement la répartition des U.C.E. classées par classe et le nombre de mots analysés par classe pour la thématique des leviers envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®. La figure 9 illustre le résultat de l'analyse factorielle en correspondance. Le tableau 9 présente des exemples de contenus verbaux pour chacune des 3 classes mentionnées ci-avant.

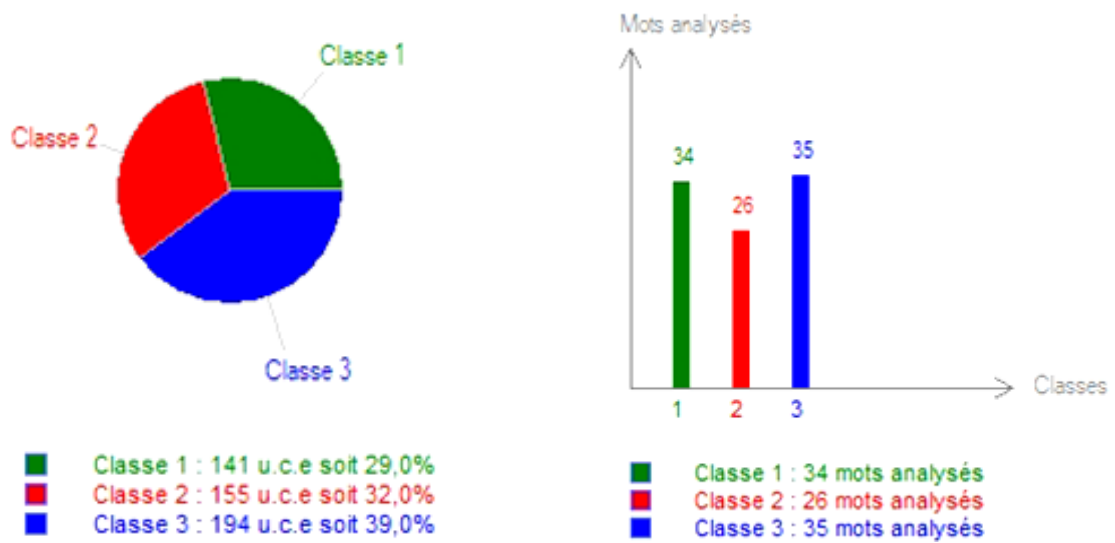


Figure 7: Répartition des U.C.E. par classe. **Figure 8:** Nombres de mots analysés par classe.

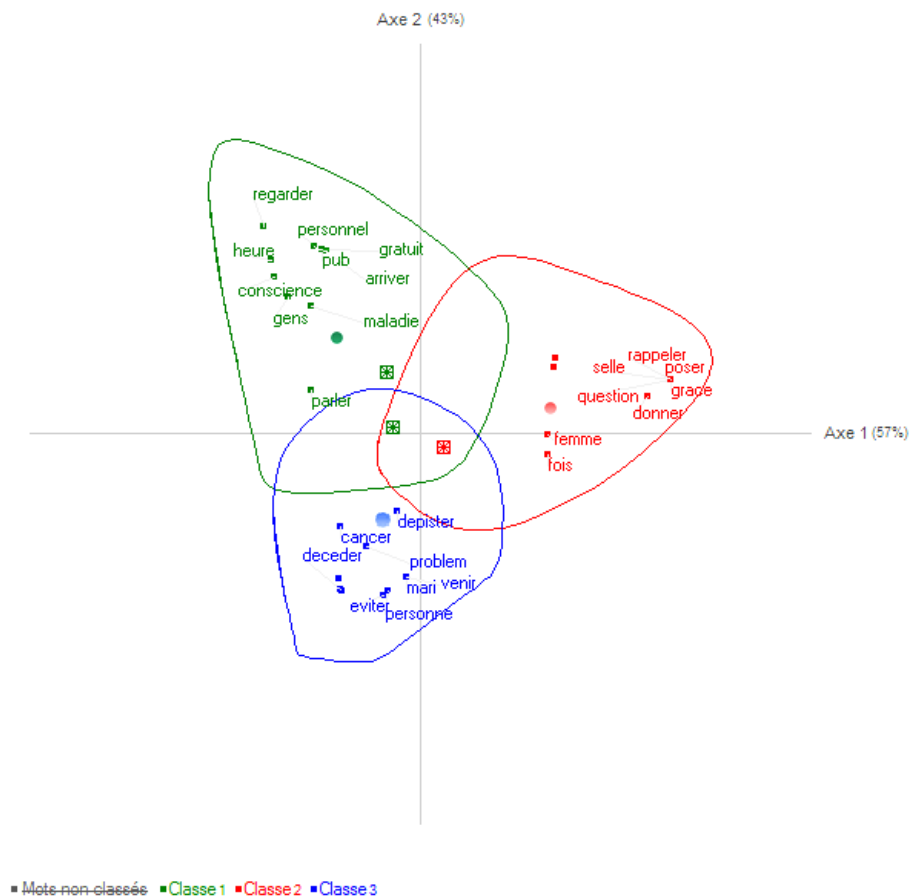


Figure 9: Analyse factorielle en correspondance effectuée sur la thématique des leviers à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

Tableau 9: Exemples de contenus verbaux en fonction des classes pour le corpus relatif aux leviers de la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

Classe 1 : La communication sur le test Hemocult-II®

uce n 535 Khi2 = 16 (uci n 412 : *Sexe_m *K_1)

Maintenant les gens parlent. Ceux qui ont eu un cancer, ceux qui ont peur d'en avoir un, etc... peuvent apporter un témoignage.

uce n 51 Khi2 = 9 (uci n 37 : *Sexe_f *K_1)

Moi, j'en ai parlé à mon généraliste, bien sûr, qui m'a encouragée à le faire. Et puis autrement non, dans mon entourage j'en n'ai pas parlé, ça me concerne.

uce n 291 Khi2 = 9 (uci n 232 : *Sexe_f *K_1)

Je remercie les gens qui m'ont peut-être fait grandir du côté du cancer.

uce n 184 Khi2 = 8 (uci n 157 : *Sexe_f *K_1)

Parce que, en général, quand on regarde la télé, les pubs influencent beaucoup, pour dédramatiser justement ce test-là.

uce n 681 Khi2 = 6 (uci n 509 : *Sexe_m *K_1)

Je pense qu'avec la communication par le biais des médias, il y aura un changement de comportement dans la population des jeunes qui vont arriver.

Classe 2 : La simplicité de la procédure du test Hemocult-II®

uce n 456 Khi2 = 1 (uci n 358 : *Sexe_m *K_2)

Non, je n'ai pas trouvé l'application de ce test particulièrement difficile. Il est vrai que étant retraité, on a moins de contraintes que chez les jeunes qui travaillent.

uce n 335 Khi2 = 1 (uci n 266 : *Sexe_f *K_2)

Attendez, il y a des choses beaucoup plus casse pied à mon point de vue.

uce n 97 Khi2 = 1 (uci n 76 : *Sexe_f *K_2)

Je crois que l'on s'habitue à faire tout cela maintenant.

uce n 239 Khi2 = 9 (uci n 201 : *Sexe_f *K_2)

Ils donnent des espèces de petits papiers que l'on déroule et que l'on pose sur le siège [des toilettes].

uce n 321 Khi2 = 13 (uci n 252 : *Sexe_f *K_2)

Mais alors vous avez un carton et sur le petit carton on rappelle encore. C'est rappelé bien des fois, c'est bien expliqué quand même.

uce n 336 Khi2 = 13 (uci n 267 : *Sexe_f *K_2)

Vous mettez la bouteille d'eau de javel, une petite cuvette et puis après vous désinfectez.

Classe 3 : Les antécédents personnels et/ou familiaux de cancer

uce n 608 Khi2 = 19 (uci n 457 : *Sexe_m *K_3)

L'épouse d'un ami, vendredi à Amboise, elle avait 56 ans. Elle a eu un cancer. Au départ, c'était rien du tout au sein. ils ont analysé, ils ont fait de la radiologie.

uce n 222 Khi2 = 15 (uci n 188 : *Sexe_f *K_3)

Oui, parce que moi j'ai une amie et collègue à qui on a découvert comme cela par Hemocult et donc elle a été prise en charge tout de suite.

uce n 190 Khi2 = 12 (uci n 162 : *Sexe_f *K_3)

Disons qu'aujourd'hui, il change complètement d'avis parce que sa maman vient d'être opérée d'un cancer du sein, donc on a dû l'amputer du sein et voilà.

uce n 591 Khi2 = 12 (uci n 447 : *Sexe_m *K_3)

Oui, c'est une amie, une collègue de travail, qui a été victime de ce cancer et qui nous a dit dans le cadre de ce dépistage et des autres, il faut les faire si on peut éviter.

uce n 656 Khi2 = 12 (uci n 490 : *Sexe_m *K_3)

Oui, en disant si vous avez un cancer du côlon, voilà ce qui se passe après.

3. ANALYSE EN TRI-CROISE

Une analyse en tri-croisé a été réalisée pour différencier les contenus des discours de la thématique des leviers envers le test de dépistage du cancer colorectal en fonction du sexe des participants (Annexe 11). Les femmes se disent plus influencées par les conseils de leur médecin traitant. Elles témoignent également du fait qu'elles interviennent régulièrement auprès de leur mari pour les exhorter à faire le test Hemoccult-II[®]. Les hommes accentuent leur propos sur le rôle essentiel d'une prise de conscience personnelle des risques encourus et d'une nécessaire responsabilisation quant à leur état de santé. En outre, ils révèlent l'impact non négligeable qu'opèrent sur eux les incitations répétées à faire le test émanant de leur entourage et en particulier de leur épouse, confirmant le rôle incitatif attribué aux femmes. Le tableau 10 présente des exemples de contenus verbaux de l'analyse en tri-croisé des leviers envers le test de dépistage du cancer colorectal.

Principaux résultats à retenir sur les leviers au dépistage :

- **Importance de la communication sur le dépistage du cancer colorectal ;**
- **Simplicité perçue de la procédure du test Hemoccult-II[®] ;**
- **Impact des antécédents familiaux de cancer colorectal ;**
- **Influence des conseils du médecin traitant chez les femmes ;**
- **Influence des incitations des conjointes chez les hommes.**

Tableau 10: Exemples de contenu de l'analyse en tri-croisé effectuée sur la thématique des leviers envers la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

| Classe 1 : Sexe féminin |
|---|
| <p>uce n 75 Khi2 = 14 (uci n 57 : *Sexe_f *K_1) Moi, mon médecin traitant me rappelle à chaque fois pour ça. Il me dit : « c'est bientôt votre dépistage ! ».</p> <p>uce n 79 Khi2 = 9 (uci n 61 : *Sexe_f *K_1) Ça dépend du médecin.</p> <p>uce n 314 Khi2 = 9 (uci n 247 : *Sexe_f *K_1) Mais si c'est le médecin qui lui en parle ce sera mieux pour elle.</p> <p>uce n 299 Khi2 = 6 (uci n 237 : *Sexe_f *K_1) Moi, j'ai été motivée par des problèmes de fonctionnement. Mon médecin m'a conseillé de faire cela si bien que j'ai encouragé mon mari à le faire également et mon médecin nous a dit : « continuez à le faire parce que moi je viens d'être déclaré positif et heureusement que je l'ai fait ! ».</p> <p>uce n 26 Khi2 = 4 (uci n 23 : *Sexe_f *K_1) Ça dépend du médecin aussi qui fait effectivement la relation que l'on a avec le médecin et ça c'est énorme.</p> <p>uce n 37 Khi2 = 4 (uci n 30 : *Sexe_f *K_1) Moi, j'en ai parlé avec mon mari dès que... mais au début il m'a dit : « ça va servir à quoi ce truc-là? ». Alors, je lui ai expliqué parce que mon médecin m'avait bien expliqué et je l'ai persuadé quelques temps après de faire la même chose et maintenant c'est parti.</p> |
| Classe 2 : Sexe masculin |
| <p>uce n 434 Khi2 = 27 (uci n 339 : *Sexe_m *K_2) Des gens qui malheureusement sont atteints du cancer et, quelque part aussi c'est une prise de conscience.</p> <p>uce n 488 Khi2 = 25 (uci n 380 : *Sexe_m *K_2) Souvent c'est le rôle de maman qui porte des soins à toute la famille.</p> <p>uce n 435 Khi2 = 13 (uci n 340 : *Sexe_m *K_2) Directement ou indirectement. Malheureusement la maladie touche tout le monde et je crois que c'est important aussi de prendre conscience. Alors après, c'est chacun vis-à-vis de soi-même et de son capital santé.</p> <p>uce n 484 Khi2 = 10 (uci n 377 : *Sexe_m *K_2) Il me semble que les femmes sont naturellement plus portées à s'intéresser, à se soucier de la santé présente ou future de leur famille, c'est-à-dire les enfants, le conjoint.</p> <p>uce n 432 Khi2 = 8 (uci n 339 : *Sexe_m *K_2) On peut toujours attendre, on peut toujours se dire : « J'ai 50 ans et trois mois, je reçois le papier et je vais attendre 54 ou 55 ans ou 56 ans parce que je ne suis pas concerné. ». Je crois qu'il y a une certaine prise de conscience.</p> <p>uce n 487 Khi2 = 8 (uci n 379 : *Sexe_m *K_2) Il me semble que c'est un rôle plus féminin, plus maternel.</p> <p>uce n 417 Khi2 = 6 (uci n 331 : *Sexe_m *K_2) Moi, on l'a reçu en couple et mon épouse qui m'a incité à le faire plus que moi je voulais le faire.</p> <p>uce n 400 Khi2 = 5 (uci n 319 : *Sexe_m *K_2) Oui, je voulais ajouter une petite réflexion. Lorsqu'on accepte un dépistage, qui est souvent facultatif, volontaire, il s'accompagne d'une prise de conscience d'un risque et dès lors, je pense que l'on est sur le chemin d'une prévention plus active qu'un simple dépistage.</p> |

IV. LES FREINS INTERVENANT DANS LA DEMARCHE DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II[®]

1. ANALYSE LEXICALE

Le corpus relatif aux facteurs contrariant la réalisation de la démarche du test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] renferme un nombre total de 13153 formes dont 1703 formes distinctes. L'effectif moyen d'une forme est 8 et l'effectif maximum est 443. Le nombre des Hapax est 881. Le nombre d'U.C.I. est de 492 et le nombre d'U.C.E. est de 633. Le nombre moyen de mots analysés par U.C.E. est de 3,84. Le Tableau 11 présente ces différents résultats. Les formes réduites et leur effectif sont présentées Annexe 12.

Tableau 11: Description générale du corpus relatif aux freins intervenant dans la démarche de participation au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].

| | |
|--|-------|
| <i>Nombre total de formes contenues dans le corpus</i> | 13153 |
| <i>Nombre de formes distinctes</i> | 1703 |
| <i>Effectif moyen d'une forme</i> | 8 |
| <i>Effectif maximum d'une forme</i> | 443 |
| <i>Nombre des Hapax</i> | 881 |
| <i>Nombre d'unités de contexte initiales</i> | 492 |
| <i>Nombre d'unités de contexte élémentaires</i> | 633 |
| <i>Nombre d'occurrences pour définir une unité de contexte élémentaire</i> | 20 |
| <i>Nombre moyen de mots analysés par unité de contexte élémentaire</i> | 3.84 |

2. ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE ET ANALYSE FACTORIELLE

Ces analyses ont permis de mettre en évidence la structure factorielle du corpus des verbatims traitant des freins entravant la démarche de réalisation du test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Le nombre minimum d'U.C.E. nécessaires pour retenir une classe est de 80 et le pourcentage d'U.C.E. classées est de 80% (Annexe 13).

La structure factorielle a révélé l'existence de trois classes stables. La classe 1 rassemble 101 U.C.E., soit 20% du total des U.C.E. classées avec 28 mots analysés. Elle se réfère aux contenus révélant *l'incertitude des individus concernant la fiabilité du test Hemocult-II[®]*. La classe 2 se compose de 231 U.C.E., soit 46% du total des U.C.E. classées avec 41 mots analysés. Elle se réfère aux interventions basées sur *le coût économique et financier du test Hemocult-II[®]*, à savoir le coût d'une visite chez le médecin traitant pour récupérer le test. Enfin, la classe 3 associe 173 U.C.E., soit 34% du total des U.C.E. classées avec 34 mots analysés. Elle réunit les contenus évoquant *l'anxiété envers la santé*, plus précisément la peur de découvrir une maladie potentiellement source de souffrance et de désagréments divers par le biais du test Hemocult-II[®].

Les figures 10 et 11 illustrent respectivement la répartition des U.C.E. classées par classe et le nombre de mots analysés par classe pour la thématique des leviers envers le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. La figure 12 illustre le résultat de l'analyse factorielle en correspondance. Le tableau 12 présente des exemples de contenus verbaux pour chacune des 3 classes mentionnées ci-avant.

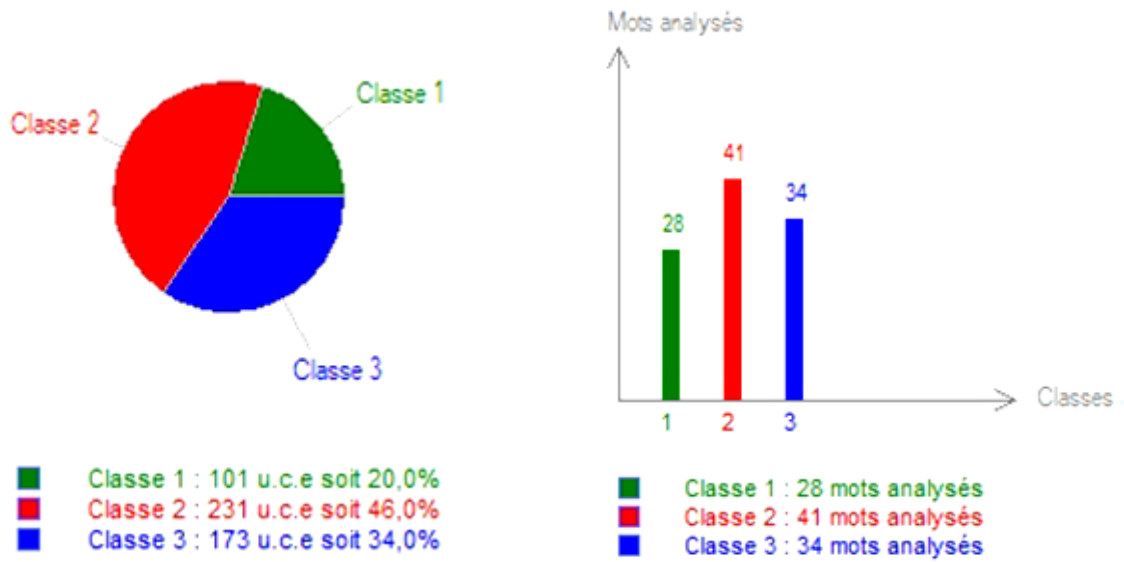


Figure 10: Répartition des U.C.E. par classe. **Figure 11:** Nombre des mots analysés par classe.

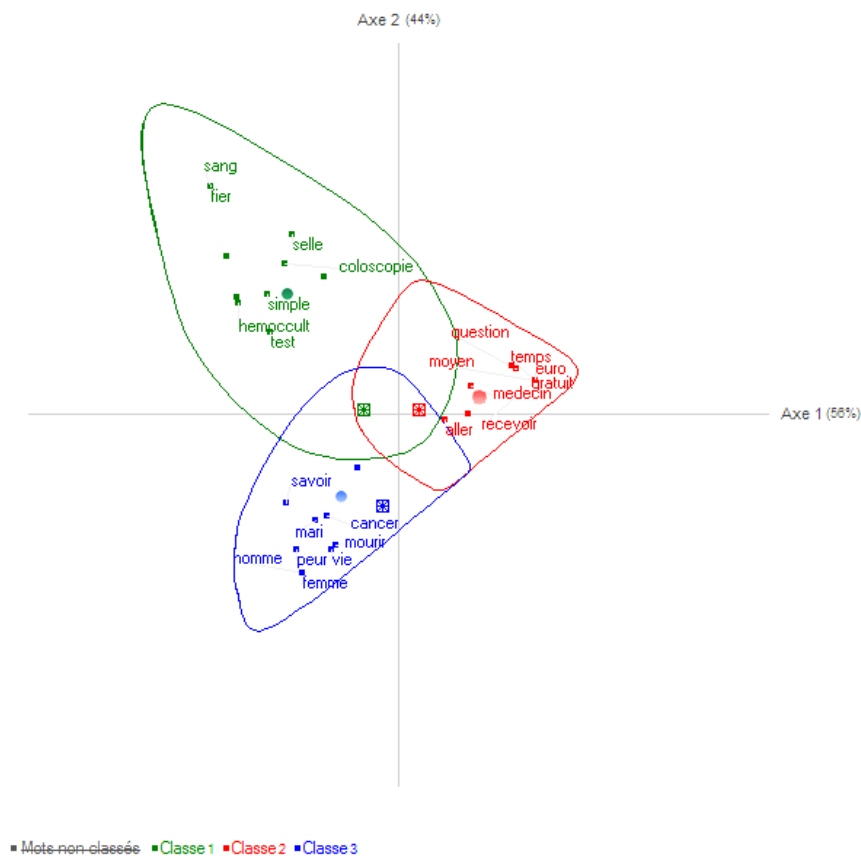


Figure 12: Analyse factorielle en correspondance effectuée sur la thématique des freins à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®.

Tableau 12: Exemples de contenus verbaux en fonction des classes pour la thématique des freins à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®.

| Classe 1 : Le manque de fiabilité présumé du test Hemoccult-II® |
|---|
| <p>uce n 391 Khi2 = 21 (uci n 319 : *Sexe_m *K_1) Parce que l'Hemoccult, on l'a bien dit ce n'est pas tout à fait fiable mais la coloscopie ce serait idéal.</p> <p>uce n 545 Khi2 = 13 (uci n 430 : *Sexe_m *K_1) C'est ce que je disais en préambule, j'ai ouïe dire que le test Hemoccult II, celui que moi je connais depuis une dizaine d'années, il est légèrement mis en doute sur la fiabilité du résultat.</p> <p>uce n 93 Khi2 = 10 (uci n 73 : *Sexe_f *K_1) Je me dis à quel degré c'est fiable ou pas, donc c'est vrai qu'il m'est arrivé de faire une coloscopie parce que j'étais un peu ennuyée. Je l'ai fait parce que je n'étais pas tout à fait sûre du test.</p> |
| Classe 2 : Le coût économique et financier du test Hemoccult-II® |
| <p>uce n 457 Khi2 = 14 (uci n 377 : *Sexe_m *K_2) C'est-à-dire que ces 22 euros il les reçoit. C'est à la charge de la sécurité sociale. On peut raisonner plus en termes de coût collectif que de coût individuel.</p> <p>uce n 399 Khi2 = 12 (uci n 327 : *Sexe_m *K_2) Comme tous les médecins à l'heure actuelle, la visite c'est 22 euros. S'il perd sur le quart d'heure 5 minutes pour coller des étiquettes, il n'aime pas des masses.</p> <p>uce n 351 Khi2 = 9 (uci n 290 : *Sexe_f *K_2) Oui, beaucoup de gens n'ont pas de mutuelle. Je ne vous dis pas ce que vous devez donner au médecin quand vous n'avez pas de mutuelle.</p> <p>uce n 76 Khi2 = 8 (uci n 59 : *Sexe_f *K_2) Donc, il vaut mieux attendre, ne pas répondre. Comme ça, on reçoit l'enveloppe et on n'a pas besoin d'aller chez le médecin.</p> |
| Classe 3 : L'anxiété envers la santé |
| <p>uce n 478 Khi2 = 13 (uci n 394 : *Sexe_m *K_3) La peur de mourir, je ne pense pas. La peur d'avoir un cancer, d'être obligé de s'investir dans des soins un peu lourd, oui.</p> <p>uce n 483 Khi2 = 13 (uci n 396 : *Sexe_m *K_3) Ça aussi ça fait partie de la vie humaine : la peur de mourir, quelle que soit sa philosophie, je ne parle pas à titre personnel, c'est mon sentiment.</p> <p>uce n 228 Khi2 = 11 (uci n 185 : *Sexe_f *K_3) Beaucoup d'hommes refusent de voir la vérité en face, je pense. Beaucoup d'hommes ont peur de la maladie, est-ce que ce n'est pas le cas ?</p> <p>uce n 489 Khi2 = 11 (uci n 399 : *Sexe_m *K_3) Moi, je pense que c'est un peu de la peur de souffrir, parce que moi j'ai vu mes parents qui sont décédés d'un cancer chacun.</p> <p>uce n 192 Khi2 = 9 (uci n 154 : *Sexe_f *K_3) Ça fait un peu peur. Moi, ça me fait peur. Toutes formes de cancer.</p> <p>uce n 55 Khi2 = 3 (uci n 41 : *Sexe_f *K_3) Moi, j'ai aussi très peur d'être dans les 3% et qu'on me le dise. Je préférerais qu'on ne me le dise pas et qu'on me soigne.</p> |

3. ANALYSE EN TRI-CROISE

Une analyse en tri-croisé a été réalisée pour différencier les contenus des discours de la thématique des freins envers le test de dépistage du cancer colorectal en fonction du sexe des participants (Annexe 14). Les femmes insistent davantage sur la gêne et/ou l'embarras à réaliser le test Hemoccult-II[®]. Elles se disent rebutées particulièrement par la manipulation des selles, l'envoi par courrier à un laboratoire, et l'analyse des selles par un inconnu. Enfin, selon elles, la procédure du test Hemoccult-II[®] serait particulièrement délicate chez les personnes se plaignant de problèmes de constipation. Les hommes évoquent davantage la crainte de découvrir la maladie pour expliquer leur peu d'enthousiasme à faire le test Hemoccult-II[®]. De plus, ils insistent plutôt sur le manque de communication existant à propos du cancer colorectal et de son dépistage. Ils mettent en cause leur manque d'habitude quant aux pratiques de dépistage alors que, selon eux, les femmes auraient une culture du dépistage favorisée par la pratique de plusieurs examens exclusivement féminins (les mammographies⁵⁸ et les frottis cervico-utérins⁵⁹). Par ailleurs, le fait de recueillir 3 selles consécutives découragerait les hommes à s'engager dans cette démarche. Un autre frein est lié au sentiment que les hommes ont d'être moins concernés à 50 ans qu'à 60 ans par le dépistage du cancer colorectal. Selon eux, l'avancée en âge irait de pair avec l'accroissement des risques encourus. Enfin, les hommes citent davantage que les femmes le coût de la consultation chez le médecin traitant comme frein au dépistage par le test Hemoccult-II[®]. Le tableau 13 présente des exemples de contenus verbaux de cette analyse en tri-croisé.

Principaux résultats à retenir sur les freins au dépistage :

- **Incertitude sur la fiabilité du test Hemoccult-II[®] ;**
- **Coût économique du test Hemoccult-II[®] ;**
- **Anxiété envers la santé ;**
- **Importance de la gêne et de l'embarras chez les femmes ;**
- **Importance de la peur de découvrir une tumeur à l'occasion de la réalisation du test Hemoccult-II[®] chez les hommes.**

⁵⁸Examen de dépistage du cancer du sein préconisé entre 50 et 74 ans.

⁵⁹ Examen de dépistage du cancer du col de l'utérus préconisé entre 25 et 65 ans.

Tableau 13: Exemples de contenus verbaux de l'analyse en tri-croisé effectuée sur la thématique des freins au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

| Classe 1 : Sexe féminin | |
|---|--|
| uce n 113 Khi2 = 7 (uci n 89 : *Sexe_f*K_1) | Oui, c'est un test qui n'est pas marrant à faire. |
| uce n 177 Khi2 = 6 (uci n 141 : *Sexe_f*K_1) | Pour résumer, c'est un peu chiant à faire. |
| uce n 244 Khi2 = 3 (uci n 198 : *Sexe_f*K_1) | Moi, je suis un peu pareille, je prends des médicaments pour la constipation et ça c'est un problème. |
| uce n 260 Khi2 = 2 (uci n 214 : *Sexe_f*K_1) | Moi, ce qui me gênait terriblement, c'était pour la personne qui allait le recevoir. |
| uce n 119 Khi2 = 1 (uci n 94 : *Sexe_f*K_1) | Il y a pleins de choses quand même qui font que c'est un peu contraignant. |
| uce n 132 Khi2 = 1 (uci n 104 : *Sexe_f*K_1) | Là on est tout seul, tout seul dans ses toilettes, en se disant il y a l'attente, on n'est pas très bien encadrée, on ne sait pas trop, on lit... |
| uce n 262 Khi2 = 1 (uci n 216 : *Sexe_f*K_1) | Et qu'une autre personne, excusez-moi l'expression, allait renifler dans mes affaires... J'étais terriblement embarrassée par rapport à la personne qui allait recevoir mon envoi. |
| uce n 264 Khi2 = 1 (uci n 218 : *Sexe_f*K_1) | Les gens sont un petit peu gênés par le test parce qu'ils savent que des personnes vont être confrontées à leur selles. |
| Classe 2 : Sexe masculin | |
| uce n 362 Khi2 = 26 (uci n 301 : *Sexe_m*K_2) | Peur du nom, du dépistage du cancer? Rien que le mot cancer peut évoquer certaines craintes. |
| uce n 461 Khi2 = 23 (uci n 379 : *Sexe_m*K_2) | Ce qui est certain en matière de communication, on parle beaucoup de cancer du sein pour la femme, on en entend souvent parler, on entend pratiquement jamais parler du cancer colorectal chez l'homme. |
| uce n 377 Khi2 = 16 (uci n 310 : *Sexe_m*K_2) | Cancer du sein et autant pour le colorectal on sent qu'il n'y a pas la même communication en adéquation. Je pense qu'au-delà du médecin référent qui doit être aussi acteur par rapport à la prévention, il devrait y avoir une communication appropriée pour rappeler les enjeux par rapport à cela. |
| uce n 366 Khi2 = 8 (uci n 305 : *Sexe_m*K_2) | La crainte... |
| uce n 364 Khi2 = 6 (uci n 303 : *Sexe_m*K_2) | Pire qu'une prise de conscience, une crainte exacerbée empêche. On entend tellement des personnes dire : « non le dépistage, non... Il me semble que je me porte bien donc, pas de dépistage pour moi. ». |
| uce n 446 Khi2 = 3 (uci n 367 : *Sexe_m*K_2) | Ils ne peuvent pas dire cancer : c'est choquant. |
| uce n 463 Khi2 = 3 (uci n 381 : *Sexe_m*K_2) | Je pense qu'il y a la différence d'âge qui fait, qu'à 51 ans, on se sent moins concerné. |
| uce n 378 Khi2 = 0 (uci n 310 : *Sexe_m*K_2) | Et c'est vrai que, lorsque l'on a 51 ou 52 ans, des fois on peut se dire : « je ne suis pas affecté parce que je me considère encore relativement jeune. ». Mais je pense que c'est un point important. |

DISCUSSION

De nombreuses études qualitatives utilisant la méthode des focus groups ont été menées, notamment aux Etats-Unis, auprès de populations diverses pour comprendre les obstacles des individus envers le test de dépistage du cancer colorectal (Bastani, Gallardo, & Maxwell, 2001 ; Bauerle Bass, et al., 2011 ; Brouse, et al., 2003 ; Busch, 2003 ; Coronado, et al., 2006 ; Davis, et al., 2006 ; Francois, et al., 2009 ; Fyffe, et al., 2008 ; Garcia, et al., 2011 ; Goodman, et al., 2006 ; Greiner, et al., 2005 ; Harris, et al., 1998 ; Katz, et al., 2004 ; Kelly, et al., 2007 ; Natale-Pereira, et al., 2008 ; Nguyen, et al., 2006 ; Royak-Schaler, et al., 2004 ; Ruffin, et al., 2009 ; Tessaro, et al., 2006 ; Varela, et al., 2010 ; Walsh, et al., 2004). Il n'existe pas d'étude de ce type en France à notre connaissance, à l'exception de deux études qui se sont intéressées aux freins et leviers au dépistage du cancer colorectal du côté des médecins généralistes et spécialistes (Aubin-Auger, et al., 2008 ; Ingrand, et al., 2009) et une étude menée auprès de populations précaires (Ben-Amar, 2010). Notre étude qualitative vise donc à mieux cerner les freins et leviers à la démarche de dépistage du cancer colorectal auprès d'une population française en âge de participer au dépistage.

I. LES CONNAISSANCES ET CROYANCES GENERALES ENVERS LES TESTS DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1. LES AVANTAGES DE LA COLOSCOPIE SUR LE TEST HEMOCCULT-II®

L'idée selon laquelle la coloscopie serait un examen plus sûr que le test Hemocult-II® pour dépister un cancer colorectal a émergé dans l'ensemble des groupes organisés pour cette étude (« *Moi, je trouve que la coloscopie est quand même **plus approfondie*** »). La coloscopie serait, pour les participants, synonyme d'une meilleure fiabilité dans la mesure où elle permettrait de détecter plus efficacement l'existence de tumeurs cancéreuses que le test de recherche de sang occulte dans les selles (« *Il semblerait que la coloscopie soit **beaucoup plus fiable** puisque, ensuite, le centre anti-cancéreux nous dispense pendant 5 ans du test Hemocult* »). Après la réalisation du test Hemocult-II®, une incertitude tendrait à persister sur l'existence ou non d'un cancer colorectal du fait de la possibilité de résultats faussement négatifs. Greiner, et al. (2005) ont rapporté des attitudes positives similaires envers la coloscopie, jugée plus approfondie et complète par un échantillon de la population afro-

américaine vivant en milieu urbain. Malgré une procédure invasive, contraignante et embarrassante, les individus plébiscitent la coloscopie pour sa fiabilité, comparativement au test de recherche de sang occulte dans les selles dont la sensibilité fait actuellement débat (Goel, et al., 2004 ; Goodman, et al., 2006 ; Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009 ; Rawl, et al., 2000).

De plus, la coloscopie permettrait une ablation des éventuels polypes pendant l'examen (« *Ils vous l'enlèvent d'office, et ça vous le voyez qu'avec une coloscopie* »), tandis que, si le résultat du test Hemoccult-II[®] est positif, alors il est nécessaire d'effectuer une coloscopie pour vérification. Les participants estiment qu'il s'agit d'une perte de temps dans la mesure où cela requiert deux procédures différentes au lieu d'une seule. Par ailleurs, la coloscopie est une procédure passive pour le patient car elle est effectuée par un gastroentérologue, rompu à cette pratique, sous anesthésie (« *C'est une anesthésie générale et puis on s'endort, on se réveille, c'est fait* »). En revanche, le test Hemoccult-II[®] est réalisé par les individus eux-mêmes qui acquièrent un rôle actif, avec la crainte de ne pas effectuer la procédure correctement, rendant par là-même le test invalide (« *Surtout bien le faire, bien lire tout ce qu'il faut faire* »). Ce constat est notamment souligné par Coronado, et al. (2006) qui estiment que les individus ne peuvent avoir confiance envers un test médical qui ne serait pratiqué par un médecin ayant une bonne maîtrise de la procédure, comme cela semble être le cas pour la coloscopie. Les individus doutent de posséder les capacités requises pour réaliser de façon optimale du test de recherche de sang occulte dans les selles pour que le résultat des analyses soit suffisamment fiable (Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009).

2. LE DEPISTAGE ASSOCIE AU PRINCIPE DE PREVENTION

Les interventions des participants apportent de nombreux éclaircissements sur leur compréhension de la notion de dépistage. Ils définissent de manière générale le terme de dépistage comme un moyen de rechercher et découvrir les signes d'une pathologie donnée (« *La recherche d'un symptôme possible, d'une maladie déterminée* »). L'ensemble des participants reconnaît l'intérêt de cette méthode préventive sur la meilleure efficacité des traitements éventuellement nécessaires, l'amélioration de la qualité de vie, et la baisse du coût de la prise en charge (« *Il vaut mieux prévenir que guérir. Je crois que c'est la formule. Ça coûte certainement moins cher de dépister dès le départ et de le soigner en amont que d'avoir à traiter une maladie qui va s'être installée depuis longtemps et la lourdeur du traitement à y apporter* »).

En outre, les participants insistent particulièrement sur la détection précoce du cancer qui éviterait, selon eux, son développement anarchique et démesuré, une prise en charge tardive et difficile, et une issue potentiellement funeste (« *Dépister ou faire de la prévention avant. On peut soigner plus tôt que des fois, d'attendre la fin, ça peut être trop tard* »). Ce résultat semble congruent avec le fait que les individus, qu'ils se soumettent ou non au dépistage, qu'ils remettent en question ou non la fiabilité et l'efficacité du dépistage, comprennent relativement bien l'intérêt du principe de dépistage précoce de la maladie (Bauerle Bass, et al., 2011).

3. LA PROCEDURE DU TEST HEMOCCULT-II®

Dans la mesure où la grande majorité des participants de cette étude ont déjà réalisé le test Hemoccult-II® au moins une fois auparavant, ils semblent avoir des connaissances relativement précises quant à la procédure. Néanmoins, quelques incertitudes et désaccords apparaissent, probablement dus au fait que les participants ont parfois réalisé différentes versions du test Hemoccult-II® et que les procédures elles-mêmes se sont affinées et améliorées au cours du temps⁶⁰. Les participants hésitent par exemple sur la manière de se procurer le test Hemoccult-II® (« *Il faut **obligatoirement aller voir le médecin** traitant mais avec le courrier parce qu'il a besoin des codes-barres pour l'étiquette* » ; « *J'ai reçu le kit **directement** car je ne répondais pas* » ; « *Vous n'êtes pas obligé d'aller voir le médecin, vous pouvez **demander au pharmacien** de vous en donner un* »), sur le nombre de prélèvements de selles à effectuer et sur le délai maximal d'envoi du kit (« *On fait ça **sur deux jours ou trois jours*** » ; « *Il faut que ce soit les **trois jours consécutifs*** » ; « *Sur **5 jours**. Elle m'a donné un délai supplémentaire* » ; « *Et il faut qu'il soit envoyé **dans les 7 jours** je crois au total* »), et sur l'existence d'un suivi médical (« *Je ne sais pas s'il y a un **retour auprès du médecin référent**. Je ne crois pas* » ; « *Mais si, **derrière il y a un suivi*** » ; « *La première fois que j'ai reçu la lettre, il m'avait donné cela et après **il n'a pas demandé de nouvelles** et ne m'a pas incité à le faire* »). Plusieurs auteurs ont relevé des confusions similaires quant aux instructions fournies avec le kit de recherche de sang occulte dans les selles (Brouse, et al., 2003 ; Friedemann-Sanchez, et al., 2006 ; Goel, et al., 2004 ; Jones, et al., 2010).

⁶⁰ Le dépistage organisé du cancer colorectal a été initié en 2002 en France.

4. LES CROYANCES SPECIFIQUES DES FEMMES SUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les femmes semblent particulièrement sensibles à la procédure de la coloscopie qui se fait actuellement sous anesthésie générale ou locale. Pour certaines, cet élément est apprécié car cela inhibe la douleur et la souffrance induites par cet acte médical (« *Il paraît que c'est douloureux, si l'on n'est pas endormie* »). Par ailleurs, l'anesthésie évite la gêne ressentie par la nudité de certaines parties du corps et la posture disgracieuse adoptée pendant l'examen (« *J'étais endormie, je préfère* »). Pour d'autres, l'anesthésie constitue un obstacle compte tenu des risques qu'elle comporte (« *C'est l'horreur, et puis l'anesthésie derrière...* »). Elles s'inquiètent plus précisément de l'hospitalisation ou des risques de perforation du côlon (« *De perforer le côlon ou autre parce que endormi, ils ne peuvent pas s'en rendre compte* »).

Les femmes utilisent plus volontiers le terme « **examen** » que les hommes pour décrire les tests de dépistage du cancer colorectal. Ce terme, associé ici au champ médical, renvoie à une observation attentive et approfondie de ce qui se passe à l'intérieur du corps, mais aussi aux investigations cliniques et techniques effectuées par des professionnels de santé pour apprécier l'état de santé d'une personne. Les femmes sont probablement rassurées par la connotation sérieuse attribuée au terme d'« **examen** » qui accentuerait la fiabilité de la procédure (« *De toute façon, c'est l'examen le plus complet qui existe* » ; « *Ils font l'examen de tout le côlon* » ; « *C'est un examen à faire tous les 2 ans par prélèvements fécaux* »).

Enfin, les femmes insistent plus fréquemment que les hommes sur l'importance de détecter la maladie précocement pour la soigner efficacement (« *Pour découvrir le plus vite possible s'il y a quelque chose* » ; « *Le plus tôt possible dans la découverte de la maladie en fait* » ; « *Pour découvrir le plus vite possible s'il y a un problème ou un truc comme ça, pour le soigner assez vite* »).

5. LES CROYANCES SPECIFIQUES DES HOMMES SUR LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les hommes sont davantage prolixes sur la procédure du test Hemoccult-II[®]. Ils sont plus pragmatiques dans leur manière de présenter le déroulement de la réalisation du test. Ils expriment bien souvent le regret de devoir se rendre chez leur médecin traitant pour obtenir le kit de dépistage (« *Pas engageant, mais enfin il faut aller au docteur* » ; « *Moi, j'y vais régulièrement tous les 6 mois mais quand même...* »). La grande majorité va jusqu'à

chercher à se soustraire à cette étape par de multiples stratégies (« *Moi la première fois que je l'ai fait, je suis **allé chez un pharmacien** qui m'a donné le test sans voir le médecin* » ; « *Vous payez, vous êtes remboursé après, mais vous n'êtes pas obligé d'aller voir le médecin* » ; « *Je l'ai **pris chez le pharmacien et je l'ai envoyé au labo**, après j'en ai parlé au toubib pour qu'il soit au courant...* ») ; Tandis que d'autres font contre mauvaise fortune bon cœur (« *Donc c'est une précaution à mon avis, comme cela **ça vous oblige à rencontrer le médecin, ce qui est peut-être pas mauvais**...* »). Selon Dubé, et al. (2005), les hommes avouent facilement leurs réticences à consulter un médecin et s'entretenir avec lui de certains sujets délicats et sensibles concernant les parties intimes du corps. Pour les hommes, le dépistage du cancer colorectal fait partie des thèmes les plus difficiles à aborder avec un médecin (Dubé, et al., 2005 ; Fyffe, et al., 2008).

Enfin, les hommes ont recours plus souvent au terme de « **prévention** » que les femmes (« *Moi, je mettrais un terme générique derrière dépistage, le **terme préventif*** »). La « **prévention** » se définit comme l'ensemble des mesures prophylactiques, visant à se prémunir contre certains risques et maladies somatiques. Les hommes tendent à préférer le terme « **prévention** » au terme dépistage, tant ils considèrent que l'aspect préventif du test les préserve des mauvaises surprises en leur octroyant une plus grande latitude pour agir en amont pour empêcher la survenue de la maladie, tandis que l'action de dépister suggère que la maladie est potentiellement présente et que l'on cherche simplement à la détecter. Les hommes attribuent une connotation plus fataliste au terme dépistage alors que le terme « **prévention** » suscite l'espoir de ne jamais être concerné par la maladie (« *C'est l'aspect peut-être psychologique du terme. **Préventif à la limite il est nuancé et il est linéaire. Dépistage, on est plus sur un côté douteux** » ; « *Autant j'aime bien le terme de **prévention**, autant le terme de **dépistage me gêne**. Ce n'est pas qu'il me gêne, mais quand on parle de **dépistage du cancer, c'est qu'on suppose qu'il est là et qu'il s'agit de le dépister*** »). Selon O'Keefe & Jensen (2006 ; 2009), les individus préfèrent le terme de « **prévention** » à celui de « **détection** » lorsqu'ils évoquent les mesures de dépistage des cancers dans la mesure où la « **détection** » soulignerait de manière brutale le risque personnel encouru et serait très largement pour eux synonyme d'incertitude, parfois difficile à gérer.*

II. LES LEVIERS INTERVENANT DANS LA DEMARCHE DE REALISATION DU TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II[®]

1. L'IMPORTANCE DE LA COMMUNICATION SUR LE TEST HEMOCCULT-II[®]

Les participants expriment toute l'importance qu'ils accordent à la communication centrée sur le dépistage pour inciter les individus à y participer régulièrement. Tout d'abord, les participants soulignent que les efforts de communication pour transmettre des informations sur le cancer colorectal et le dépistage semblent avoir portés leurs fruits, d'une part parce qu'aujourd'hui le sujet serait moins tabou et difficile à évoquer avec autrui (« *Maintenant les gens parlent. Ceux qui ont eu un cancer, ceux qui ont peur d'en avoir un peuvent apporter un témoignage* » ; « *Ce sera un peu pareil parce que les gens ils regarderont ou ils ne regarderont pas, mais ça peut amener à en parler* » ; « *Moi, j'en ai parlé à mon généraliste qui m'a encouragée à le faire* »), et d'autre part parce que les professionnels de santé auraient réussi à mettre en place les supports médiatiques nécessaires pour éduquer la population sur ce sujet (« *Parce que, en général, quand on regarde la télé, les pubs influencent beaucoup, pour dédramatiser justement ce test-là* » ; « *Je pense qu'avec la communication par le biais des médias, il y aura un changement de comportement dans la population des jeunes qui vont arriver* »). La plupart des études citées précédemment soulignent au contraire le manque d'informations et de communication sur les tests de dépistage du cancer colorectal (Jones, et al., 2010 ; Tessaro, et al., 2006), et les difficultés ressenties par les individus à évoquer avec autrui le thème du dépistage du cancer colorectal (Beeker, et al., 2000). Les résultats de notre étude tendraient à indiquer que la communication sur ce sujet est plus aisée en France, peut-être en raison de valeurs culturelles particulières et/ou des efforts importants faits par les organismes de santé publique pour véhiculer le message⁶¹. Néanmoins, il semble que les personnes les mieux informées sont généralement celles qui ont déjà réalisé le test au moins une fois (Bauerle Bass, et al., 2011), ce qui est justement le cas de la majorité des participants de cette étude.

⁶¹ Nous évoquons ici par exemple les éditions annuelles de « *Mars Bleu* », mois de mobilisation contre le cancer colorectal lors duquel de nombreuses manifestations sont organisées pour sensibiliser l'opinion aux risques de cette maladie et inciter la population à se faire dépister.

2. LA SIMPLICITÉ DE LA PROCÉDURE HEMOCCULT-II®

Les participants estiment de manière générale que la réalisation du test Hemocult-II® est assez simple et ne pose pas de problème particulier (« *Non, je n'ai pas trouvé l'application de ce test particulièrement difficile* » ; « *J'ai trouvé que c'était simple, on suit les instructions, un carton par jour, 3 jours et après mettre dans la petite pochette* »), du moins comparativement à d'autres procédures médicales du même acabit (« *Attendez, il y a des choses beaucoup plus casse pied à mon point de vue* » ; « *Je peux vous dire que c'est beaucoup moins désagréable qu'une mammographie* »). Pour les participants, même si les débuts peuvent être laborieux, il s'agit de s'adapter à cette nouvelle procédure et de faire en sorte qu'elle devienne usuelle (« *Je crois que l'on s'habitue à faire tout cela maintenant* » ; « *La première fois on patauge et puis après ça y est, au bout de deux ans on a l'habitude* » ; « *Le plus difficile c'est le premier jour parce que l'on n'a pas ses repères encore et après une fois que l'on a compris comment il fallait faire, on se débrouille* »). Ce résultat rejoint ceux de Feeley (2007) et Ruffin, et al. (2009) qui montrent que le test Hemocult-II® est considéré comme commode et plutôt simple à utiliser. Encore une fois, le fait d'avoir déjà réalisé le test permet probablement de dédramatiser la situation qui devient alors plus accessible (Bauerle Bass, et al., 2011). Les instructions paraissent claires et suffisamment compréhensibles (« *Mais alors vous avez un carton et sur le petit carton on rappelle encore. C'est rappelé bien des fois, c'est bien expliqué quand même* »). Le matériel du kit semble adapté et bien accepté (« *Ils donnent des espèces de petits papiers que l'on déroule et que l'on pose sur le siège [des toilettes]* »). Quelques-uns développent leurs techniques personnelles pour réaliser le test de manière très pragmatique (« *Vous mettez la bouteille d'eau de javel, une petite cuvette et puis après vous désinfectez* » ; « *Vous le repliez et vous le descendez dans la cuvette. C'est du papier. Ils disent qu'il faut attendre un petit moment de façon à ce que le papier se dégrade pas mal pour ne pas risquer de boucher les WC* »). Dans une étude menée en Australie, Clavarino, et al. (2004) mettent en évidence que les instructions du test de recherche de sang occulte dans les selles serait assez simples à comprendre et à suivre sans aide extérieure, même si les conseils du conjoint sont toujours les bienvenus, du moins en ce qui concerne la réalisation pratique du test.

3. LES ANTECEDENTS PERSONNELS ET/OU FAMILIAUX DE CANCER

Il n'est pas rare aujourd'hui de connaître, dans son entourage plus ou moins proche, une ou plusieurs personnes atteintes d'un cancer quel qu'il soit, tant la prévalence des pathologies cancéreuses est importante dans les pays occidentaux. Le fait de connaître quelqu'un souffrant de cancer, ou d'avoir soi-même fait l'expérience du cancer (colorectal ou non), personnifie la maladie et fait prendre conscience de l'impact délétère du cancer à la fois sur la vie quotidienne et sur l'espérance de vie (« *Oui, en disant si vous avez **un cancer du côlon, voilà ce qui se passe après** » ; « *L'épouse d'un ami, vendredi à Amboise, **elle avait 56 ans. Elle a eu un cancer** » ; « *Disons qu'aujourd'hui, il change complètement d'avis parce que sa maman vient d'être opérée d'un cancer du sein, donc on a dû l'amputer du sein et voilà* » ; « *Parce que j'ai vu mon père décéder d'un cancer du côlon. J'ai une **grand-mère maternelle, cancer du sein ; une cousine, tumeur au cerveau. Je ne sais pas si on peut considérer cela comme cancer mais ça c'est des choses qui m'ont marqué*** »). Ce type d'expériences modifient le regard porté sur le dépistage et sur les comportements de santé en général, en leur conférant un caractère sécurisant susceptible d'éloigner les risques potentiels (« *Oui, parce que moi j'ai une amie et collègue à qui **on a découvert comme cela par Hemocult et donc elle a été prise en charge tout de suite** » ; « *Oui, c'est une amie, une collègue de travail, qui a été victime de ce cancer et qui **nous a dit dans le cadre de ce dépistage et des autres, il faut les faire si on peut éviter** » ; « *Un des deux amis, il y a pas mal de temps, il doit y avoir 6 ans à peu près, et bien il allait bien et **il l'a fait à cause de son âge, quoi et ils ont dépisté tout de suite*** »). Il est bien connu que les individus se sentent davantage concernés par le dépistage du cancer colorectal lorsqu'ils connaissent une personne atteinte par cette maladie, et lorsqu'ils ont des antécédents personnels et/ou familiaux de cancer (Feeley, 2007 ; Feeley, et al., 2009 ; Ruffin, et al., 2009 ; Varela, et al., 2010). La réalisation d'un test de dépistage est alors motivée principalement par la découverte à un stade précoce d'une éventuelle tumeur qui amoindrit les risques d'une mort prématurée, évitant les inquiétudes et ruminations relatives à la perspective d'avoir un cancer colorectal (Rawl, et al., 2000).****

4. LES LEVIERS SPECIFIQUES DES FEMMES ENVERS LA DEMARCHE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les femmes seraient plus attentives aux conseils de leur médecin traitant et se laisseraient plus facilement influencées (« *Mais si c'est le médecin qui lui en parle, ce sera mieux pour elle*»). Elles semblent également avoir des contacts plus réguliers et de meilleure qualité avec leur médecin. Elles leur font plus facilement confiance, ce qui peut expliquer qu'elles se rangent davantage à leurs arguments que les hommes (« *Moi, mon médecin traitant me rappelle à chaque fois pour ça. Il me dit : « c'est bientôt votre dépistage » ; « Ça dépend du médecin aussi qui fait effectivement la relation que l'on a avec le médecin et ça c'est énorme »*»). Ce résultat est congruent avec l'étude de Holmes-Rovner, et al. (2002) dans laquelle les auteurs signalent que les femmes sont généralement mieux informées sur les objectifs du dépistage car elles en discutent plus facilement avec leur médecin traitant.

Les femmes témoignent également du fait qu'elles interviennent régulièrement auprès de leur mari pour les exhorter à faire le test Hemocult-II[®], incarnant fièrement un rôle protecteur vis-à-vis des membres de leur foyer. Elles n'hésitent pas à revenir à la charge régulièrement auprès de leur conjoint pour venir à bout de leurs réticences et les inciter tant bien que mal à faire le test (« *Moi j'ai mon mari, quand on a reçu cette convocation par le médecin, je lui ai dit : « tu vas le faire? » » ; « Mon médecin m'a conseillé de faire cela si bien que j'ai encouragé mon mari à le faire également » ; « Moi, j'en ai parlé avec mon mari dès que... mais au début il m'a dit : « ça va servir à quoi ce truc-là? ». Alors, je lui ai expliqué parce que mon médecin m'avait bien expliqué et je l'ai persuadé quelques temps après de faire la même chose et maintenant c'est parti »*). Quelle que soit l'origine culturelle des participants aux études, les femmes présentent plus de facilités à évoquer le dépistage du cancer colorectal avec autrui (Beeker, et al., 2000), et sont plus souvent instigatrices auprès de leurs proches des pratiques de dépistage (Holt, et al., 2009).

5. LES LEVIERS SPECIFIQUES DES HOMMES ENVERS LA DEMARCHE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les propos des hommes semblent confirmer le rôle incitatif de leur épouse dans la prise de décision de se soumettre au test de dépistage du cancer colorectal. Ils avalisent le fait que les incitations répétées de leur conjointe les poussent bon gré mal gré à se faire dépister (« *Moi, on l'a reçu en couple et mon épouse qui m'a incité à le faire plus que moi je voulais*

le faire » ; « Tout à l'heure je parlais de **mon épouse qui m'a poussé** ». Les hommes confèrent aux femmes un rôle maternel, censé prendre soin de la famille dans son ensemble (« **Il me semble que les femmes sont naturellement plus portées à s'intéresser, à se soucier de la santé présente ou future de leur famille, c'est-à-dire les enfants, le conjoint** » ; « **Souvent c'est le rôle de maman qui porte des soins à toute la famille** » ; « **Il me semble que c'est un rôle plus féminin, plus maternel** »). Ainsi, les femmes pourraient être utilement mises à contribution pour diffuser l'information (« **Ce serait peut-être plus par les femmes qu'il faudrait faire passer le message...** »), comme le suggèrent également Holt, et al. (2009).

Les hommes accentuent leur propos sur le rôle essentiel d'une prise de conscience de leur vulnérabilité et d'une nécessaire responsabilisation quant à leur état de santé (« **Malheureusement la maladie touche tout le monde et je crois que c'est important aussi de prendre conscience. Alors après, c'est chacun vis-à-vis de soi-même et de son capital santé. Mais je pense que c'est important** » ; « **On peut toujours attendre, on peut toujours se dire : « J'ai 50 ans et trois mois, je reçois le papier et je vais attendre 54 ou 55 ans ou 56 ans parce que je ne suis pas concerné** » ; « **Je crois qu'il y a une certaine prise de conscience** »).

III. LES FREINS INTERVENANT DANS LA DEMARCHE DE PARTICIPATION AU TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II[®]

1. LE MANQUE DE FIABILITE PERÇU DU TEST HEMOCCULT-II[®]

Les différentes interventions révèlent l'incertitude et la méfiance des individus envers la fiabilité du test Hemocult-II[®] (« **Parce que l'Hemocult, on l'a bien dit ce n'est pas tout à fait fiable** » ; « **C'est ce que je disais en préambule, j'ai ouïe dire que le test Hemocult II, celui que moi je connais depuis une dizaine d'années, il est légèrement mis en doute sur la fiabilité du résultat** »). Les participants s'étonnent du manque de sensibilité du test de recherche de sang occulte dans les selles, qui alimente la suspicion sur le caractère incertain des résultats de ce type de test et véhicule l'idée qu'il est inutile de le réaliser alors qu'il existe des examens plus efficaces (« **Moi je connais des gens de mon âge qui ont arrêté, qui n'ont pas été jusqu'à la fin du test** » ; « **Je me dis à quel degré c'est fiable ou pas, donc c'est vrai qu'il m'est arrivé de faire une coloscopie parce que j'étais un peu ennuyée** »). En effet, un

résultat faussement positif génère des inquiétudes transitoires mais désagréables tandis qu'un test faussement négatif fait courir des risques importants aux individus qui se considèrent à tort bien portants (« *Ça veut pas dire que dans les 97 il y en a pas encore un certain nombre chez qui on n'a pas trouvé* » ; « *Par contre, à propos du test, moi j'ai dû en avoir 2 négatifs et 1 positif, ce qui m'a beaucoup surpris et qui m'a un peu alarmé* » ; « *Mais ceci dit, ils peuvent trouver du sang sans que ce soit positif* » ; « *Le toubib m'a dit : « on vous fait un deuxième test parce que le premier on n'est pas tout à fait sûrs »* »). Ce résultat est à mettre en parallèle avec les études qui remettent spécialement en cause les tests au gâiac (du type Hemocult®) en raison de leur manque de sensibilité, et encensent les tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles⁶². Ces études semblent avoir un certain retentissement dans la population générale qui ressent la méfiance de certains médecins vis-à-vis du test Hemocult-II® (Goel, et al., 2004 ; Goodman, et al., 2006 ; Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009 ; Rawl, et al., 2000).

2. LE COUT ECONOMIQUE ET FINANCIER DU TEST HEMOCCULT-II®

En France, le test de dépistage du cancer colorectal est totalement remboursé par la Sécurité Sociale à partir de 50 ans. Cependant, la procédure permettant d'obtenir le kit de dépistage nécessite, pour certains, de se rendre chez leur médecin traitant dont la consultation est bien entendu payante. Les personnes ayant une mutuelle de santé sont généralement remboursées du prix de la consultation, à l'exception de 1 euro restant à leur charge. À l'inverse, les individus qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé, par choix ou par nécessité, ne sont remboursés que de la partie prise en charge par la Sécurité Sociale, soit 70% du prix de la consultation. Les participants peuvent se sentir concernés à titre personnel ou par solidarité et compassion envers les personnes qui hésiteraient à se faire dépister ou se feraient dépister tardivement (pour recevoir le kit à domicile sans passer par le médecin), mettant potentiellement en péril leur santé pour de viles considérations financières (« *La personne qui n'a pas les moyens d'aller chez le médecin, et bien qu'est-ce qu'elle fait?* » ; « *Oui, beaucoup de gens n'ont pas de mutuelle. Je ne vous dis pas ce que vous devez donner au médecin quand vous n'avez pas de mutuelle* » ; « *Donc, il vaut mieux attendre, ne pas*

⁶² Pour plus d'informations, consulter le paragraphe présentant les différents examens de dépistage du cancer colorectal dans l'introduction générale (p. 43).

répondre. Comme ça, on reçoit l'enveloppe et on n'a pas besoin d'aller chez le médecin » ; « Au niveau social, ceux qui sont mal placés, ils vont difficilement chez le médecin »).

Les individus se sentent également concernés par le déficit largement médiatisé de la Sécurité Sociale et s'inquiètent des conséquences économiques potentiellement désastreuses que pourraient avoir le dépistage de masse sur ce déficit (« *C'est-à-dire que ces 22 euros il les reçoit. C'est à la charge de la sécurité sociale. On peut raisonner plus en termes de coût collectif que de coût individuel* » ; « *Sur le fait que l'on ne le paye pas, si le médecin se fait payer, on le paye collectivement* »), et de la remise en question du système de santé tel qu'ils le connaissent (« *Est-ce qu'ils auront les moyens pour continuer à faire ce genre de prévention ?* »). Ce résultat n'est pas étonnant en regard des multiples études ayant mis en évidence les freins économiques à la démarche de dépistage (Coronado, et al., 2006 ; Fyffe, et al., 2008 ; Goel, et al., 2004 ; Goldsmith & Chiaro, 2008 ; Goodman, et al., 2006 ; Natale-Pereira, et al., 2008 ; O'Malley, et al., 2004 ; Varela, et al., 2010). Cependant, compte-tenu de la gratuité du test en France et du système français de remboursement des soins de santé, nous ne nous attendions pas à ce que ce critère occupe une place si importante et constitue un obstacle si grand pour les participants.

3. L'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ

Un degré élevé d'anxiété envers la santé semble bien, comme nous le supposions au départ, jouer un rôle clef dans le refus de participation au dépistage du cancer colorectal. Plus précisément, les participants évoquent la peur de découvrir un cancer colorectal à l'occasion de la réalisation du test Hemoccult-II® (« *Je pense que ne pas le faire, c'est la peur de savoir* » ; « *Moi, je guette la boîte aux lettres tous les jours. J'avoue que je suis quelqu'un d'angoissé. Là je me déclenche un stress, mais après à partir du moment où j'ai posté mon test* » ; « *Moi, j'ai aussi très peur d'être dans les 3% et qu'on me le dise. Je préférerais qu'on ne me le dise pas et qu'on me soigne* »). Les hommes évoquent davantage que les femmes la crainte de découvrir la maladie pour expliquer leur peu d'enthousiasme à faire le test Hemoccult-II® (« *Peur du nom, du dépistage du cancer? Rien que le mot cancer peut évoquer certaines craintes* » ; « *Pire qu'une prise de conscience, une crainte exacerbée empêche* »). Ils expriment également la peur du cancer, une des maladies les plus anxiogènes, dont la simple évocation du nom, au-delà de ses conséquences, peut générer des inquiétudes marquées (« *Le mot cancer, ça fait peur* » ; « *Ça fait un peu peur. Moi, ça me fait peur. Toutes formes de cancer* » ; « *Beaucoup d'hommes ont peur de la maladie, est-ce que ce*

n'est pas le cas ? »). En outre, les participants citent également la crainte des répercussions du cancer, susceptible de générer une certaine souffrance et des désagréments importants (« *La peur d'avoir un cancer, d'être obligé de s'investir dans des soins un peu lourd, oui* » ; « *Moi, je pense que c'est un peu de la peur de souffrir* ». Enfin, nous observons les réticences des participants à aborder la question de la peur de mourir (« *C'est vrai que la peur de mourir, ce n'est pas une préoccupation* » ; « *la peur de mourir, je ne pense pas* »). Quelques personnes protestent face à la négation de la peur de mourir et parlent de cette crainte, parfois sous forme de provocation (« *Ça aussi ça fait partie de la vie humaine : la peur de mourir, quelle que soit sa philosophie, je ne parle pas à titre personnel, c'est mon sentiment* » ; « *C'est culturel, la peur de mourir dans notre culture judéo-chrétienne. Elle existe, donc je pense que cette peur de mourir il faut toujours la voir* »). La peur du cancer, considéré comme l'une des pathologies les plus anxiogènes par les participants, est régulièrement évoquée dans les études (Katz, et al., 2009 ; Varela, et al., 2010). La peur de découvrir un cancer en se faisant dépister est un thème récurrent chez les participants de nombreuses études (Beeker, et al., 2000 ; Busch, 2003 ; Brouse, et al., 2003 ; Coronado, et al., 2006 ; Goel, et al., 2004 ; Goldsmith & Chiaro, 2008 ; Goodman, et al., 2006 ; Greiner, et al., 2005 ; Harris, et al., 1998 ; Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009 ; Natale-Pereira, et al., 2008 ; Tessaro, et al., 2006 ; Varela, et al., 2010 ; Weitzman, et al., 2001). Il nous paraît toutefois essentiel de mieux cerner les craintes qui sont à l'œuvre chez les individus lorsqu'ils sont invités à réaliser un test de dépistage du cancer colorectal. Nous supposons que le concept d'anxiété envers la santé sera à même de nous aider à mieux comprendre ce phénomène⁶³.

4. LES FREINS SPECIFIQUES DES FEMMES ENVERS LA DEMARCHE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les femmes insistent davantage sur la gêne et/ou l'embarras à réaliser le test Hemocult-II[®] que les hommes. Selon elles, ce test serait encore tabou ce qui expliquerait que certains rechignent à le réaliser. Beaucoup se sentent rebutées par la manipulation des selles ou l'entreposage du kit (« *Le pire ce n'est pas le prélèvement, c'est trouver la chose, ce n'est pas génial* » ; « *Vous savez ce n'est pas un truc que l'on va garder par plaisir* »). D'autres encore expriment leur gêne de devoir adresser le kit au laboratoire par voie postale, en sachant

⁶³ Ce point fera l'objet d'une attention particulière lors de l'étude quantitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal menée par nos soins et présentée dans la troisième partie de ce manuscrit.

que ce kit contient des échantillons de leurs selles, et de les faire analyser par un parfait inconnu dont elles n'envient pas le métier (« *Moi, ce qui me gênait terriblement, c'était pour la personne qui allait le recevoir* » ; « *Et qu'une autre personne, excusez-moi l'expression, allait renifler dans mes affaires...* » ; « *J'étais terriblement embarrassée par rapport à la personne qui allait recevoir mon envoi* » ; « *Les gens sont un petit peu gênés par le test parce qu'ils savent que des personnes vont être confrontées à leur selles* »). Plusieurs études ont également établies que le test de recherche de sang occulte dans les selles est fréquemment qualifié de « répugnant », « dégoûtant » et « malsain » (Clavarino, et al., 2004 ; Friedemann-Sanchez, et al., 2006 ; Jones, et al., 2010), notamment en raison du dégoût et de la gêne inspirés par la manipulation, la collecte et l'entreposage des selles (Jones, et al., 2010 ; O'Sullivan & Orbell, 2004).

Certaines insistent sur le caractère laborieux de la procédure de ce test (« *Oui, c'est un test qui n'est pas marrant à faire* » ; « *Pour résumer, c'est un peu chiant à faire* » ; « *Il y a pleins de choses quand même qui font que c'est un peu contraignant* »), surtout pour les plus perfectionnistes qui souhaitent le réaliser le mieux possible (« *Surtout bien le faire, bien lire tout ce qu'il faut faire...* » ; « *On n'est pas très bien encadrée, on ne sait pas trop, on lit...* »). Plusieurs auteurs ont signalé les réserves des participants quant aux contraintes perçues liées au test Hemoccult-II[®] qui freinent véritablement certaines personnes dans l'accomplissement du test (Bauerle Bass, et al., 2011 ; Clavarino, et al., 2004 ; Friedemann-Sanchez, et al., 2006).

Enfin, les femmes se plaignent plus souvent d'être sujettes à des problèmes intestinaux de type constipation, ce qui leur complique la tâche, les amenant parfois à différer la réalisation du test de recherche de sang occulte dans les selles (« *Je prends des médicaments pour la constipation et ça c'est un problème* » « *Il y a quand même des problèmes techniques, si on est constipée* » ; « *Concrètement, moi ça me pose des problèmes parce que je suis extrêmement constipée donc je ne vais pas aux toilettes tous les jours, ni tous les deux jours, enfin bref, donc ça me pose des problèmes* »).

5. LES FREINS SPECIFIQUES DES HOMMES ENVERS LA DEMARCHE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Enfin, les hommes insistent plutôt sur le manque de communication existant spécifiquement à propos du cancer colorectal, comparativement à d'autres types de cancers plus médiatisés ou mieux connus du grand public (« *Ce qui est certain en matière de*

communication, on parle beaucoup de cancer du sein pour la femme, on en entend souvent parler, on entend pratiquement jamais parler du cancer colorectal chez l'homme » ; « Cancer du sein et autant pour le colorectal on sent qu'il n'y a pas la même communication en adéquation. Je pense qu'au-delà du médecin référent qui doit être aussi acteur par rapport à la prévention, il devrait y avoir une communication appropriée pour rappeler les enjeux par rapport à cela »). Ils mettent en cause leur manque d'habitude quant aux pratiques de dépistage alors que, selon eux, les femmes auraient une « culture du dépistage » favorisée par la pratique de plusieurs examens exclusivement féminins (les mammographies et les frottis cervico-utérins). Dans leur étude, Holt, et al. (2009) ont également relevé chez certains hommes ce sentiment d'une moindre médiatisation du cancer colorectal comparativement à d'autres cancers, notamment les cancers féminins (seins et col de l'utérus). Ils perçoivent cela plutôt comme une injustice, considérant que leur santé suscite moins d'intérêt que celle des femmes.

CONCLUSION

Cette étude qualitative visait à explorer à la fois les principaux obstacles et les facteurs motivant la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal auprès d'un échantillon de la population française. Les principaux résultats obtenus mettent en évidence un certain nombre de croyances et attitudes envers le dépistage du cancer colorectal, et corroborent bon nombre de données provenant d'études similaires menées auprès d'autres populations anglo-saxonnes.

Globalement, la notion de dépistage semble relativement bien comprise et intégrée par les participants, qui soulignent à cet égard les efforts de communication déployés pour éduquer le grand public, mettre en perspective l'importance du dépistage et inciter les personnes concernées à se faire dépister. Les individus sont généralement convaincus de l'intérêt du dépistage en regard des bénéfices incontestables qu'il peut apporter par la découverte précoce de tumeurs cancéreuses tels qu'une meilleure prise en charge et un taux de survie plus élevé. Les antécédents personnels et/ou familiaux de cancer, tous types confondus, sont fort probablement impliqués dans la considération portée au dépistage, comme le suggèrent les propos tenus par les personnes que nous avons interrogées. Le dépistage permettrait ainsi d'éviter de faire à nouveau directement ou indirectement l'expérience désagréable de la maladie, de la douleur et éventuellement de la mort. Notons en outre que les femmes sont manifestement plus sensibles que les hommes aux messages médiatiques et conseils du médecin traitant prônant la détection précoce de la maladie, ce qui peut expliquer pourquoi elles s'investissent davantage dans la démarche de dépistage, tant pour elle-même que pour leurs proches. Les hommes semblent d'ailleurs confirmer le rôle prédominant des femmes qui les encouragent ostensiblement à réaliser un test de dépistage du cancer colorectal, sans pour autant négliger leur prise de conscience personnelle quant à leur vulnérabilité somatique et leurs responsabilités envers leur propre état de santé.

Nonobstant ce fait, le test Hemoccult-II[®] ne fait indubitablement pas l'unanimité chez les participants en raison des nombreux questionnements qui persistent quant à son manque de fiabilité. Beaucoup ont le sentiment d'effectuer un test « *au rabais* » qui ne saurait remplacer définitivement la réalisation d'une coloscopie, jugée nettement plus efficace pour détecter les polypes et tumeurs cancéreuses. Le test Hemoccult-II[®] est également décrié en raison de la confusion qui règne autour de la manière de se le procurer (visite chez le médecin traitant), de

son coût (consultation médicale, déficit de la sécurité Sociale), de sa procédure (simple mais contraignante) et de l'absence perçue de suivi médical. Le test Hemocult-II[®] apparaît d'autre part gênant à réaliser selon les participants, malgré la diminution affichée des tabous s'y rapportant. Par ailleurs, la peur de se voir attribuer un diagnostic de cancer à l'occasion d'un banal examen médical est un obstacle réel à la démarche de dépistage du cancer colorectal. Les individus semblent davantage craindre l'annonce d'un cancer colorectal que la maladie elle-même, pourtant détentrice d'un caractère effrayant, et remettent de ce fait à plus tard la réalisation du test.

Cette étude n'est pas exempte de biais méthodologiques limitant la généralisation de ses résultats, qui doivent bien entendu être interprétés avec les précautions d'usage. En premier lieu, le recrutement des participants aux *focus groups* n'a pas permis d'obtenir un échantillon parfaitement représentatif de la population cible du dépistage du cancer colorectal. En effet, les participants sont tous des lecteurs d'un quotidien régional particulier ayant fait paraître un article stipulant par erreur que les expérimentateurs étaient à la recherche de personnes ayant déjà participé au dépistage. De plus, il est regrettable de ne pas disposer d'informations précises quant à la situation familiale des participants, tant il est clair qu'elle joue un rôle dans la décision de se faire dépister ou non.

Par ailleurs, la participation aux *focus groups* attire généralement les personnes les plus affirmées, promptes à exprimer leur avis en public. En outre, la méthodologie des *focus groups* est telle que les individus peuvent subir les influences des autres participants, se sentant possiblement obligés de se conformer aux normes sociales en vigueur dans le groupe. La taille limitée de l'échantillon, habituelle pour ce type d'étude, est également un obstacle potentiel à la généralisation des résultats.

Concernant l'interprétation des données, il est nécessaire d'examiner avec prudence les résultats obtenus aux analyses en tri-croisé dans cette étude. En effet, ces résultats doivent être rapportés à la situation même de *focus group* qui suppose une interaction entre les participants. Lorsqu'un terme est employé par un des participants, il est facilement repris par les autres. Il est par conséquent difficile d'être assuré des véritables différences de genre quant à l'utilisation de tel ou tel terme, même si ce biais est relativement minimisé par la multiplication du nombre de groupes.

Nonobstant ces critiques, cette étude préliminaire à visée exploratoire a permis d'obtenir des données riches et détaillées sur un sujet encore peu étudié en France. Cette étude

est, à notre connaissance, la première du genre auprès d'une population française générale et a donné lieu à l'élaboration d'un article soumis à la revue *Journal of Cancer Education*⁶⁴.

Disposer d'un outil francophone validé permettant d'évaluer l'anxiété envers la santé nous apparaît particulièrement utile au vu de l'importance de l'anxiété envers le dépistage du cancer colorectal, suggérée par les résultats obtenus à l'étude qualitative des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Dans la partie suivante, nous présentons les résultats d'une étude de validation auprès d'une population francophone de notre traduction du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé (Health Anxiety Questionnaire ; Lucock & Morley, 1996)*. Le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* sera par la suite utilisé lors de l'étude quantitative menée auprès d'un échantillon plus vaste et représentatif de la population invitée à participer au dépistage organisé du cancer colorectal visant à étayer les premiers résultats de notre étude qualitative.

⁶⁴ Cf p.356.

PARTIE 2

***Le Questionnaire d'Anxiété envers la Santé :
adaptation française et étude des propriétés
psychométriques auprès d'une population adulte***

INTRODUCTION

Avant de développer plus précisément notre démarche de validation du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*, nous présentons ci-après les bases théoriques propres au concept novateur et heuristique d'anxiété envers la santé.

I. DE LA NOTION D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALE AU CONCEPT HEURISTIQUE D'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ

1. L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALE

L'anxiété est une réaction émotionnelle se traduisant à la fois par : 1) un état de tension et/ou de malaise interne généré par l'intuition de la survenue imminente ou à venir d'un danger bien défini ou, au contraire, indéterminé ; 2) l'anticipation craintive et désorganisée de ce danger et de ses éventuelles conséquences ; et 3) le sentiment d'être impuissant(e) dans la gestion de ce danger (American Psychiatric Association, 2000).

Cet état s'accompagne le plus souvent d'une hyperactivité du système nerveux végétatif⁶⁵ (SNV), responsable de manifestations physiologiques plus ou moins prononcées telles qu'une augmentation du rythme cardiaque, une hyperventilation, des tremblements, une sudation abondante, ou encore une érubescence (Thayer, Friedman, & Borkovec, 1996).

Dans le meilleur des cas, l'anxiété s'avère adaptative en induisant une mobilisation des ressources cognitives et physiques nécessaires pour affronter ou éviter avec plus ou moins de succès la ou les situations transitoires pressenties comme potentiellement risquées. Néanmoins, il arrive que l'anxiété devienne pathologique si : 1) celle-ci est manifestement excessive et/ou disproportionnée en regard de la situation l'ayant déclenchée ; 2) elle persiste malgré la résolution et/ou l'interruption de la situation redoutée ; 3) elle est délétère et prive durablement l'individu de ses capacités physiques et/ou mentales, perturbant ainsi son fonctionnement habituel ; 4) elle est source d'une souffrance cliniquement significative et trouble notablement la vie personnelle, familiale, sociale, et/ou professionnelle de l'individu.

⁶⁵ Lors d'une émotion anxieuse, le système nerveux parasympathique, dont le rôle est de ralentir les fonctions de l'organisme pour accroître les ressources métaboliques en période de calme et/ou repos, n'est pas

Quoi qu'il en soit, l'anxiété est une émotion courante et banale de la vie quotidienne, susceptible d'apparaître face à des situations diverses et variées, mais essentiellement celles qui comportent une part d'imprévu (faire un discours de manière inopinée, par exemple), de nouveauté (maîtriser le fonctionnement d'une machine récente et complexe au travail, par exemple), d'incertitude (subir une intervention chirurgicale délicate, par exemple), ou un enjeu vécu comme déterminant (réussir ses examens universitaires, par exemple). Certaines sphères de vie sont particulièrement propices à occasionner ce type de situations potentiellement anxiogènes tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou encore la santé (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994).

2. L'ANXIÉTÉ ET LA SANTÉ SOMATIQUE

La maladie somatique se trouve en bonne position, après les problèmes professionnels et les difficultés financières, parmi les causes inspirant le plus d'anxiété (Craske, Rapee, Jackel, & Barlow, 1989), et ce à une époque valorisant le bien-être physique, la beauté du corps et la santé en général (Bruchon-Schweitzer, 1990). Prendre soin de soi et se prémunir contre la maladie devient de plus en plus l'objet de préoccupations constantes.

Aujourd'hui, les refus de la maladie, de toute souffrance physique subséquente, et/ou d'une mort prématurée sont prédominants. À titre d'exemple, remarquons que le contrôle de la douleur et une bonne qualité de vie des malades sont devenus des priorités à l'hôpital depuis quelques années. Par ailleurs, les recherches biomédicales consacrées à la découverte de nouveaux traitements pour lutter contre certaines maladies graves (cancers, maladie d'Alzheimer, VIH⁶⁶, etc...) suscitent généralement beaucoup d'espoir et de dons financiers. Cette tendance générale à rejeter la maladie et à valoriser des modes de vie plus sains s'observe de plus en plus au quotidien. Par exemple, citons l'intérêt accru pour les produits biologiques censés être bien meilleurs pour la santé et représentant une véritable manne économique à l'heure actuelle. Notons enfin la place grandissante accordée aux sujets relatifs à la santé dans les différents médias (revues en kiosque, magazines télévisés, sites Internet entièrement consacrés à la santé, etc...).

Cette focalisation presque permanente sur la santé génère probablement de nouvelles angoisses et préoccupations, surtout chez des individus déjà soucieux en règle générale. Les

activé. Ainsi, il ne freine pas le système nerveux sympathique dont le rôle est de mobiliser au maximum les ressources énergétiques pour faire face à une situation potentiellement dangereuse.

⁶⁶ Virus de l'Immunodéficience Humaine, encore appelé couramment sida.

liens entre anxiété et maladie somatique ont donc été très largement documentés dans la littérature scientifique internationale, notamment grâce à l'essor de la psychologie de la santé ces trente dernières années. Dans ce contexte, deux axes de recherche principaux ont émergé pour investiguer les liens ténus entre anxiété et maladie somatique.

2.1. L'ANXIÉTÉ : UN TRAIT PATHOGÈNE ?

Le premier axe de recherche postule que l'anxiété peut être assimilée à un trait pathogène car elle participerait, à l'instar d'autres facteurs biopsychosociaux, à la survenue de certaines pathologies somatiques telles que l'asthme, les allergies, les migraines ou les ulcères (Friedman & Booth-Kewley, 1987). Afin de soutenir ce postulat, deux hypothèses sont évoquées (Figure 13).

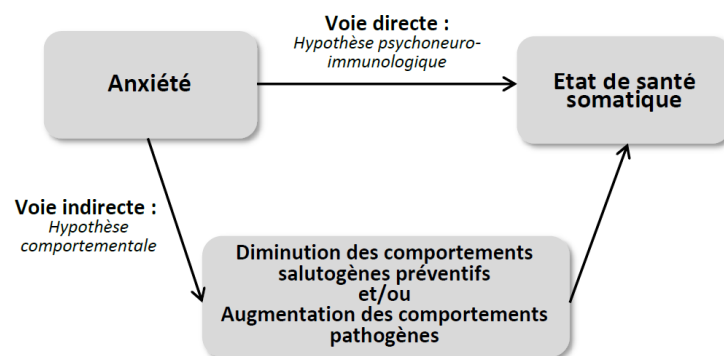


Figure 13: Le rôle de l'anxiété dans la survenue de pathologies somatiques selon les hypothèses psychoneuro-immunologique et comportementale (d'après Ogden, 2008).

2.1.1. L'hypothèse psychoneuro-immunologique (voie directe)

Certains facteurs psychologiques (tels que le stress ou l'anxiété) contribueraient à induire des modifications et/ou changements au sein du système immunitaire, ce qui engendrerait une plus grande vulnérabilité face aux maladies somatiques avec des retentissements subséquents sur l'état de santé et la qualité de vie (Cohen & Rodriguez, 1995 ; Friedman & Booth-Kewley, 1987 ; Rabin, 2007). De nombreuses études ont mis en évidence une corrélation entre des niveaux élevés d'anxiété et des modifications de paramètres immunitaires comme l'activité des cellules NK⁶⁷, et les taux de cortisol⁶⁸ et de TNF- α ⁶⁹ (Bell et al., 1993 ; Borella, et al., 1999 ; Brown et al., 1996 ; Chandrashekar, et al., 2007 ; Koga, et

⁶⁷ Les cellules NK (Natural Killers) sont des lymphocytes dont le rôle est de lyser les cellules malades.

⁶⁸ Le cortisol est une hormone corticosurrénale qui intervient dans de nombreux métabolismes.

⁶⁹ Le facteur TNF- α (Tumor Necrosis Factor-alpha) est une cytokine impliquée dans l'inflammation systémique et dans la réaction de phase aiguë.

al., 2001). À titre d'exemple, l'anxiété pourrait intervenir dans la manière dont les personnes répondent à certains vaccins viraux et bactériens (Glaser, 2007) ; participer à réactiver des virus à l'état latent⁷⁰ (Glaser, 2007) ; et être associée à un risque cardiovasculaire accru (Kemeny, 2007). Nonobstant le fait que ces études apportent une contribution non dénuée d'intérêt à l'impact de l'anxiété sur l'état de santé somatique, il n'en reste pas moins que certains résultats semblent encore très contrastés et/ou contestés et doivent ainsi être examinés avec prudence.

2.1.2. L'hypothèse comportementale (voie indirecte)

L'approche sociocognitive de la santé centrée sur le traitement de l'information (*Cognitive-Social Health Information Processing model, C-SHIP* ; Miller, Hurley, & Shoda, 1996) défend une hypothèse curvilinéaire ou en « U inversé » (Figure 14). Cette hypothèse stipule qu'un degré modéré d'anxiété favoriserait l'engagement dans des comportements de santé préventifs (activité physique régulière, alimentation équilibrée, autopalpations des seins dans le cadre du dépistage du cancer du sein, par exemple), aidant ainsi à réduire l'occurrence ou la sévérité de certaines maladies somatiques. À l'inverse, des niveaux trop faibles ou trop élevés d'anxiété seraient associés à une négation des risques sanitaires encourus ou à une minimisation de leur importance par le biais d'un évitement cognitif. Ce dernier conduit à différer ou abandonner l'engagement dans des comportements dits salutogènes, voire faire perdurer ou adopter des comportements clairement pathogènes soit par goût ou habitude (exposition au soleil, consommation d'aliments gras ou sucrés, par exemple) soit dans le but plus ou moins explicite de gérer tant bien que mal une anxiété trop importante (consommation d'alcool ou de tabac, par exemple), ce qui génère potentiellement des répercussions néfastes sur l'état de santé somatique (Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000).

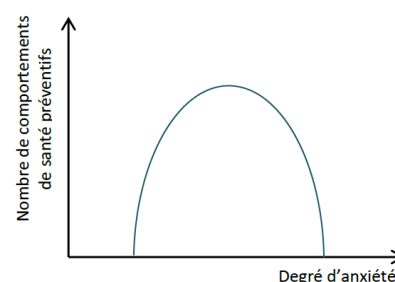


Figure 14: *Hypothèse curvilinéaire du modèle sociocognitif de la santé centré sur le traitement de l'information.*

⁷⁰ Les virus Epstein-Barr, herpès, et cytomegalovirus, par exemple.

2.2. L'ANXIÉTÉ : UNE RÉACTION AUX PATHOLOGIES SOMATIQUES ?

Le second axe de recherche centré sur les liens entre anxiété et maladie somatique (Figure 15) est basé sur l'étude des retentissements émotionnels, notamment anxieux, des maladies somatiques graves et/ou chroniques (Sharpe & Curran, 2006). La plupart de ces maladies (cancers, VIH, douleur chronique, insuffisance rénale, par exemple) génère bien souvent une détresse psychologique plus ou moins marquée (Balderson & Towell, 2003 ; Kissane, Grabsch, Love, Clarke, Bloch, & Smith, 2004 ; Saarni, et al., 2006), contribuant ainsi à aggraver l'impact et le ressenti de la pathologie somatique (Prince, et al., 2007). Des niveaux élevés d'anxiété s'observent chez les individus faisant face à des maladies graves et/ou chroniques telles que le cancer ou l'infarctus du myocarde (Bjerkeset, Nordahl, Mykletun, Holmen, & Dahl, 2005 ; Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001 ; Dudokdewit, Tibben, Duivenvoorden, Niermeijer, Passchier, & Trijsburg, 1998 ; Griffin & Rabkin, 1998 ; Van Elderen, Maes, & Dusseldorp, 1999). Les individus atteints de pathologies somatiques graves tendent à se focaliser sur des préoccupations liées aux conséquences éventuelles de leur état de santé surtout s'ils ont le sentiment de ne pas pouvoir contrôler l'issue de la maladie, augmentant ainsi leur niveau d'anxiété (Endler, Kocovski, & Macrodimitris, 2001).

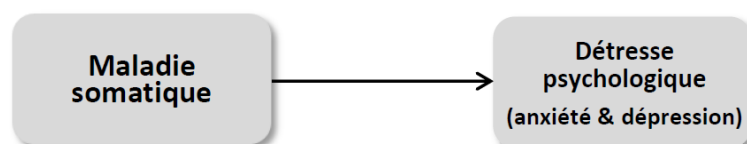


Figure 15: *Les retentissements émotionnels des maladies somatiques graves et/ou chroniques.*

Malgré le nombre considérable d'études portant sur les liens entre anxiété et santé somatique, il semble toujours difficile d'appréhender et d'explicitier précisément certaines manifestations de détresse émotionnelle dans les champs de la santé et de la maladie somatique en invoquant simplement l'existence d'une propension forte à l'anxiété et/ou à la dépression. Il paraît donc nécessaire « *d'augmenter la résolution du microscope* » en passant de l'étude d'entités théoriques générales (*l'anxiété*) à des concepts plus spécifiques (*l'anxiété envers la santé*), à même d'affiner notre compréhension des possibles retentissements psychologiques des souffrances somatiques.

3. INTERET ET UTILITE DE LA DISTINCTION ENTRE LES CONCEPTS D'ANXIETE GENERALE ET D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

Promouvoir l'usage d'un nouveau concept, évoquant une forme d'anxiété très spécifique (*l'anxiété envers la santé*), peut sembler surprenant de prime abord, mais ses apports cliniques indéniables le justifient pleinement. Citons à titre d'exemple les conclusions tirées de plusieurs études indiquant que l'anxiété envers la santé serait une entité distincte de l'anxiété générale (Fulton, Marcus, & Merkey, 2011). L'anxiété générale et l'anxiété envers la santé seraient bel et bien inter-corrélées mais joueraient un rôle très différent dans l'ajustement des individus à la douleur chronique. En effet, seule l'anxiété envers la santé expliquerait à long terme la détresse et l'affectivité négative des patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques et non l'anxiété générale (Hadjistavropoulos, Asmundson, & Kowalyk, 2004). De plus, un niveau élevé d'anxiété envers la santé n'est pas nécessairement associé à un degré élevé d'anxiété générale, ce qui tend à montrer qu'elles sont de nature différente (Fulton, Marcus, & Merkey, 2011 ; Kehler & Hadjistavropoulos, 2009). Par ailleurs, l'anxiété envers la santé est liée à un recours aux stratégies de coping centrées sur le problème et aux préoccupations émotionnelles importantes chez des patients atteints de sclérose en plaques, contrairement à l'anxiété générale (Kehler & Hadjistavropoulos, 2009).

Outre ces différences structurales entre l'anxiété envers la santé et l'anxiété générale, il existe de multiples réalités cliniques qui ne satisfont pas scrupuleusement aux critères diagnostiques très rigoureux des grandes classifications internationales (DSM-IV, American Psychiatric Association, 2000 ; CIM-10, Organisation Mondiale de la Santé, 1993). Entre de simples inquiétudes relatives à l'état de santé somme toute assez normales et l'hypocondrie, se démarquent des formes plus modérées qui ne sont pas représentées dans les approches catégorielles, mais génèrent pourtant de grandes souffrances avec des répercussions fâcheuses tant sur la santé que le bien-être des individus (absentéisme au travail, comorbidités psychiatriques, relations sociales réduites, etc...) (Hadjistavropoulos & Lawrence, 2007). Le concept protéiforme d'anxiété envers la santé s'inscrit résolument dans une approche pluridimensionnelle de la question en rendant compte de cette diversité clinique (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2010 ; Noyes, 2006 ; Noyes, Happel, & Yagla, 1999). En pleine expansion dans les pays anglo-saxons, en témoignent les nombreuses publications s'y référant à ce jour, le concept d'anxiété envers la santé est encore trop peu connu et usité en France (Bridou & Aguerre, 2011).

II. NATURE ET PREVALENCE DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1. DEFINITION DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

L'anxiété envers la santé se définit par la crainte d'être atteint d'une maladie grave et/ou chronique (comme le cancer, par exemple), ou par la peur de contracter ou de développer une telle maladie (Taylor, 2004), basées sur une interprétation erronée des symptômes et sensations somatiques perçus (Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos, & Owens, 2004). L'anxiété envers la santé est donc un concept pluridimensionnel faisant intervenir des déterminants perceptifs, cognitifs et émotionnels (Salkovskis & Warwick, 2001).

1.1. PARTICULARITES DE LA DIMENSION PERCEPTIVE DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

Le niveau d'éveil *physiologique* face aux sensations corporelles inhabituelles, désagréables, et/ou douloureuses serait légèrement amplifié chez les individus anxieux envers la santé (Barsky, 2001). En outre, ces derniers auraient un *seuil de tolérance* abaissé face à ce type de sensations (Barsky, Geringer, & Wool, 1988 ; Muramatsu, et al., 2002). À titre d'exemple, la fréquence cardiaque des individus anxieux envers la santé est plus élevée et leur température cutanée plus basse lors d'un test d'immersion de la main dans de l'eau froide⁷¹ comparativement aux individus du groupe contrôle (Gramling, Clawson, & McDonald, 1996). De plus, ils endurent ce test moins longtemps et insistent davantage sur son aspect déplaisant, ce qui conduit les auteurs de cette étude à considérer que l'anxiété envers la santé est médiatisée par des différences objectives de réactivité physiologique (Gramling et al., 1996).

Cependant, si les individus anxieux envers la santé se sentent eux-mêmes plus sensibles aux stimuli aversifs, d'autres études viennent contredire l'hypothèse selon laquelle leur habileté à percevoir des sensations extéroceptives et/ou l'activité du système nerveux autonome serait plus précise et fiable (Marcus, Gurley, Marchi, & Bauer, 2007). Par exemple, les individus anxieux envers la santé ne sont pas plus performants que les autres lorsqu'il

⁷¹ Il s'agit d'une technique expérimentale connue sous le nom de « *cold pressor task* », utilisée pour induire des sensations nociceptives chez les humains (Mitchell, MacDonald, & Brodie, 2004). Le test s'effectue en plongeant la main des sujets dans de l'eau très froide, perçue alors comme un stresser physiologique.

s'agit de discriminer deux stimuli tactiles⁷² (Haenen, Schmidt, Schoenmakers, & van de Hout, 1997). Il ne semble pas exister non plus de différence notable entre les individus anxieux envers la santé et les autres quant à leur capacité à détecter leur rythme cardiaque (Barsky, Brener, Coeytaux, & Cleary, 1995). Ainsi, l'anxiété envers la santé ne serait pas liée à une sensibilité somatique particulièrement aiguë comme cela l'était précédemment supposé (Barsky et al., 1995 ; Mailloux & Brener, 2002), mais à une réactivité émotionnelle exerçant une influence négative sur le processus de somatisation via un style cognitif biaisé qui génère de multiples plaintes somatiques (Aronson, Barrett, & Quigley, 2006 ; Nakao, Barsky, Nishikitani, Yano, & Murata, 2007).

1.2. PARTICULARITES DE LA DIMENSION COGNITIVE DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

L'*attention sélective*⁷³ centrée sur les stimuli intéroceptifs, proprioceptifs, extéroceptifs et environnementaux liés de près ou de loin à la maladie est un facteur crucial de la dimension cognitive de l'anxiété envers la santé (Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos, & Owens, 2004). Il est d'ailleurs important de noter à ce titre que les catégories de stimuli fortement chargés en émotions⁷⁴ qui ne se réfèrent pas à la maladie ne focalisent pas autant l'attention des individus anxieux envers la santé (Owens, Asmundson, Hadjistavropoulos, & Owens, 2004). En outre, ces derniers ne retiennent que les aspects les plus menaçants de ces stimuli (les effets secondaires désagréables d'un vaccin, par exemple), au détriment des plus rassurants (la protection de ce vaccin contre la maladie, par exemple). Par ce biais d'*abstraction sélective*⁷⁵, ils se privent d'informations potentiellement pertinentes ce qui les conduit à interpréter les situations dans leur ensemble de manière erronée et/ou irrationnelle (Fulton, Marcus, & Merkey, 2011).

⁷² Il s'agit d'une tâche de discrimination sensorielle appelée « *two-point discrimination task* » dans laquelle les sujets reçoivent des stimulations tactiles (deux piqûres sur le bras, par exemple) dont ils doivent déterminer la distance d'écartement (Moberg, 1990).

⁷³ L'attention sélective est proche du concept d'hypervigilance.

⁷⁴ Il s'agit ici de mots relatifs à des émotions généralement connotées négativement (violence, danger, haine, etc...) ou positivement (excitation, passion, tendresse, etc...) présentés lors d'un *test de Stroop* (Golden, Marsella, & Golden, 1975 ; Stroop, 1935).

⁷⁵ Le biais cognitif d'abstraction sélective consiste à se focaliser sur un détail négatif qui occulte tous les autres aspects d'une situation, que ceux-ci soient neutres ou positifs.

Ce mode de fonctionnement nourrit par la suite un certain nombre de croyances automatiques et irrationnelles reliées à la santé, telles que le *catastrophisme*⁷⁶ (« Je ressens des palpitations dans ma poitrine, donc je vais probablement faire un infarctus »), la *pensée dichotomique*⁷⁷ (« Être en bonne santé, c'est n'avoir aucun symptôme »), la *sur-généralisation*⁷⁸ (« Je suis tombé malade la dernière fois que je suis allé à la piscine. Je n'y retournerai pas »), les *inférences arbitraires*⁷⁹ (« Je ne perçois pas d'amélioration, c'est un signe évident que ce traitement est inefficace »), le *lieu de contrôle interne* (« Je dépends entièrement des médecins pour rester en bonne santé »), et le *cynisme* (« Même si je suis ces recommandations médicales à la lettre, je tomberai probablement malade. Alors, à quoi bon ? »), susceptibles d'entretenir la conviction de leur propre vulnérabilité face à la maladie (Fulton, Marcus, & Merkey, 2011 ; Marcus, Gurley, Marchi, & Bauer, 2007).

1.3. PARTICULARITES DE LA DIMENSION EMOTIONNELLE DE L'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ

Présenter séparément les dimensions cognitives et émotionnelles de l'anxiété envers la santé peut sembler artificiel à première vue tant elles sont étroitement reliées entre elles. Nonobstant le fait que ces deux dimensions interviennent généralement de concert, il n'en reste pas moins qu'elles ont chacune leurs spécificités sur lesquelles il est intéressant de s'attarder quelque peu.

La *sensibilité à l'anxiété*⁸⁰ est une caractéristique que l'on retrouve généralement dans le trouble panique (Reiss, 1991 ; Reiss & McNally, 1985). Plus précisément, la sensibilité à l'anxiété recouvre la peur des sensations somatiques liées aux manifestations physiologiques de l'anxiété (hyperventilation, augmentation du rythme cardiaque, par exemple). En d'autres

⁷⁶ Le catastrophisme se réfère à la tendance à accorder une importance disproportionnée au moindre événement négatif.

⁷⁷ La pensée dichotomique consiste à porter un jugement très contrasté et sans nuance sur un événement ou une situation. Il s'agit de la pensée en « *tout ou rien* ».

⁷⁸ La sur-généralisation renvoie à l'élaboration suite à un événement négatif passé de convictions solides qui sous-tendent les comportements futurs.

⁷⁹ L'inférence arbitraire illustre le fait d'aboutir à une conclusion en l'absence de preuve objective.

⁸⁰ Il s'agit du concept d' « *anxiety sensitivity* » (Reiss & McNally, 1985). En français, nous utilisons le terme « *sensibilité* » qui a deux significations différentes illustrées en langue anglaise par deux expressions distinctes : « *sensibility* » (qui se rapprocherait du terme « esthésie » correspondant à l'aptitude à percevoir des sensations), et « *sensitivity* » (qui s'apparente au terme « émotivité » relatif à la capacité de ressentir des émotions et d'y réagir).

termes, il s'agit de la peur d'avoir peur, basée sur la croyance que les sensations perçues dans ce type de contexte sont nécessairement dangereuses et ont des conséquences somatiques, psychologiques ou sociales potentiellement dramatiques (Lefaivre, Watt, Stewart, & Wright, 2006 ; Stewart, Taylor, & Baker, 1997 ; Watt, Stewart, & Cox, 1998). Tout comme dans le trouble panique, la sensibilité à l'anxiété serait un facteur vulnérabilisant propice à l'émergence de l'anxiété envers la santé par un processus d'anticipation sur le long terme des éventuelles conséquences néfastes des sensations perçues (Abramowitz, Olatunji, & Deacon, 2007 ; Lees, Mogg, & Bradley, 2005 ; Otto, Demopulos, McLean, Pollack, & Fava, 1998 ; Otto, Pollack, Sachs, & Rosenbaum, 1992 ; Stewart & Watt, 2000 ; Wheaton, Berman, & Abramowitz, 2010).

Lorsqu'elle est activée par un ou plusieurs éléments contextuels tels que la perception d'un symptôme évocateur d'une maladie suscitant un intérêt marqué dans les médias, l'anxiété envers la santé s'accompagne d'une détresse émotionnelle se manifestant par un état anxio-dépressif et une irritabilité plus ou moins importante (Barsky, Wyshak, & Klerman, 1986 ; Witthöft, Rist, & Bailer, 2008). De par leur caractère désagréable, ces manifestations émotionnelles peuvent troubler les individus qui les éprouvent, même si elles ne sont que transitoires. Ces derniers vont alors possiblement avoir recours à l'*évitement expérientiel*⁸¹ qui rend compte à la fois de la difficulté de garder à l'esprit des vécus psychiques pénibles, et des efforts subséquents mis en place pour les contrôler, les altérer, ou les supprimer (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). L'évitement expérientiel serait donc impliqué dans le processus d'anxiété envers la santé (Wheaton, Berman, & Abramowitz, 2010). Tout se passe comme si, lorsqu'un individu tente de contrôler ses interprétations catastrophistes des sensations somatiques inattendues, il crée une *interférence ou intrusion émotionnelle* qui épuise les ressources cognitives attentionnelles, ce qui explique que les individus anxieux envers la santé ont des difficultés à se concentrer sur d'autres sujets lorsqu'ils se font du souci face à une menace relative à la santé (Lecci & Cohen, 2002 ; Martinez & Belloch, 2004). Par ailleurs, l'échec de la tentative de contrôle des expériences mentales négatives réactive paradoxalement les pensées et émotions relatives aux inquiétudes envers la maladie, ce qui contribue grandement à alimenter ce processus (Wheaton, Berman, & Abramowitz, 2010).

⁸¹ Il s'agit ici du concept « *experiential avoidance* » issu des théories sous-jacentes aux Thérapies d'Acceptation et d'Engagement qui découlent de la troisième vague des Thérapies Cognitives et Comportementales (Hayes, 2004).

2. PREVALENCE DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

Il est difficile de se faire une idée précise de la prévalence de l'anxiété envers la santé tant les études épidémiologiques y faisant référence sont rares et leurs conclusions quelque peu divergentes. S'affranchir d'un certain nombre de biais méthodologiques inhérents à ce type d'études est certes une gageure, mais il n'en demeure pas moins que les informations qui en découlent sont précieuses.

Une étude menée auprès d'une population allemande non clinique estime que 14% des 1575 personnes interrogées présenteraient une anxiété envers la santé modérée, environ 6% souffriraient d'une forme sévère d'anxiété envers la santé, et 0,4% répondraient entièrement aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) définissant l'hypocondrie (Beichhardt & Hiller, 2007). Par ailleurs, la fréquence des formes modérées d'anxiété envers la santé serait légèrement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Les femmes se distinguent surtout par un nombre accru et une plus grande sévérité des inquiétudes liées à la maladie, et par une recherche plus assidue de réassurance. La tendance à se focaliser préférentiellement sur les signes et symptômes corporels s'observe en revanche aussi bien chez les hommes que chez les femmes (MacSwain, Sherry, Stewart, Watt, Hadjistavropoulos, & Graham, 2009). De surcroît, l'anxiété envers la santé tendrait à augmenter avec l'âge. De ce fait, les individus adopteraient davantage d'habitudes de vie saines et rechercheraient de plus en plus à se rassurer de leurs inquiétudes concernant leur état de santé en vieillissant, sans que cela prenne nécessairement une allure pathologique (Beichhardt & Hiller, 2007).

Selon des études récentes, menées auprès de populations cliniques⁸², la prévalence des formes modérées à sévères d'anxiété envers la santé serait de 19,9% (Tyrer, et al., 2011), et celle de l'hypocondrie avérée varierait de 0,26% à 8,5% (Creed & Barsky, 2004). Les taux précités, relativement conséquents et fort probablement quelque peu surestimés, s'expliquent en partie par le fait que certains patients interrogés se savent atteints d'une pathologie somatique plus ou moins sérieuse et nourrissent un certain nombre d'inquiétudes envers leur santé qui paraissent plutôt appropriées dans ce contexte (Alberts, Sharpe, Kehler, & Hadjistavropoulos, 2011 ; Tang, Salkovskis, Poplavskaya, Wright, Hanna, & Hester, 2007). Nonobstant ce fait, notons qu'il existe de grandes disparités entre les études pouvant être

⁸² Il s'agit ici de patients atteints de pathologies diverses consultants dans des services hospitaliers de cardiologie, de gastro-entérologie, de neurologie, de pneumologie, d'endocrinologie, de gynécologie et de rhumatologie.

attribuées à l'hétérogénéité des lieux de recueil des données (services de médecine générale versus services spécialisés), à la variété des méthodologies employées (questionnaires versus entretiens) et à l'utilisation de deux classifications internationales différentes (DSM-IV-TR versus CIM-10).

3. STRUCTURE LATENTE DU CONCEPT D'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ

Les conceptualisations actuelles issues des théories cognitivo-comportementales modélisent l'anxiété envers la santé selon une structure dimensionnelle continue avec une palette de nuances cliniques variées allant des formes d'anxiété les plus modérées aux plus sévères (Ferguson, 2009 ; Longley, Broman-Fulks, Calamari, Noyes, Wade, & Orlando, 2010 ; Marcus, Gurley, Marchi, & Bauer, 2007 ; Williams, 2004). Toutefois, cette conception de la nature structurale de l'anxiété envers la santé tend à être affinée par du catégoriel dans une étude récente dont les résultats indiquent une structure taxonomique en deux classes distinctes aux profils rigoureusement différents (Figure 16 ; Asmundson, Taylor, Carleton, Weeks, & Hadjistavropoulos, 2011). Plus précisément, la population se répartirait entre : 1) une minorité de personnes non anxieuses envers la santé (cf paragraphe 2.1), et 2) une majorité d'individus dont le degré d'anxiété envers la santé est relativement élevé, se plaçant sur un continuum entre des formes modérées et pathologiques telles que l'hypocondrie, la nosophobie, ou le trouble délirant de type somatique (cf paragraphe 2.2 et 2.3).

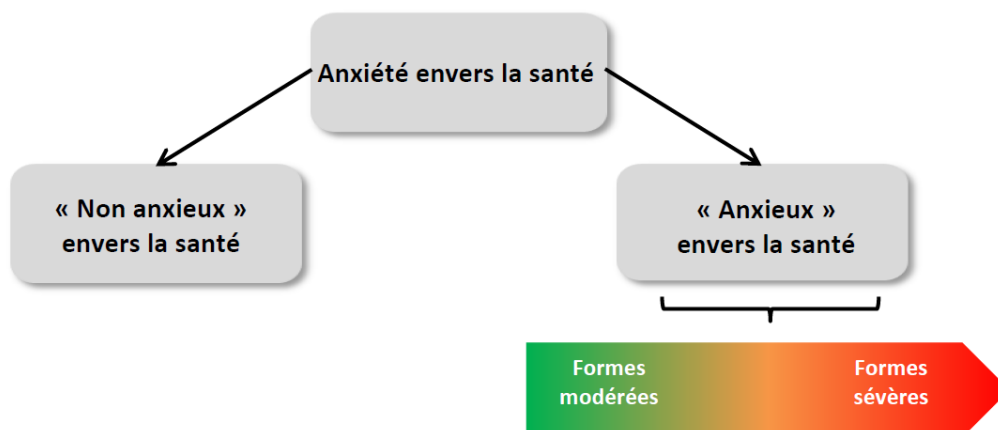


Figure 16: *Modélisation structurale du concept d'anxiété envers la santé.*

3.1. L'ABSENCE D'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ

Il existerait une faible frange de la population qui se distinguerait par une absence totale ou partielle d'anxiété envers la santé. Ces individus se caractériseraient par un manque particulièrement marqué de focalisation attentionnelle sur les indices corporels et signes

physiologiques potentiellement évocateurs d'une maladie somatique quelconque. Ainsi, ils ignoreraient, de manière plus ou moins volontaire, les changements physiques que d'autres considèreraient comme une menace pour l'intégrité corporelle. Lorsque ces individus ne peuvent occulter la présence de symptômes en raison de leur importance, ils ont recours de manière quasi-systématique à une minimisation des manifestations somatiques perçues leur conférant ainsi un caractère bénin, à une rationalisation de leur origine et à une négation de leur possible interférence sur la vie quotidienne.

Ce mode de fonctionnement peut parfois paraître hasardeux voire périlleux lorsque l'intégrité corporelle est véritablement menacée par une pathologie somatique sérieuse. En effet, dans ce cas particulier, les individus non anxieux envers la santé tendent à différer trop longtemps ou à refuser purement et simplement l'adoption de mesures sanitaires pourtant nécessaires et salvatrices (consulter un médecin ou prendre un traitement, par exemple), et prennent le risque plus ou moins sciemment de laisser évoluer une maladie dont l'aggravation pourrait avoir des conséquences irrémédiables (Aguerre, Michel, Réveillère, Birmelé, & Laroche, 2008 ; Taylor & Asmundson, 2004).

Même si les individus non anxieux envers la santé constituent une classe à part entière dans la taxonomie du concept d'anxiété envers la santé proposée par Asmundson et al. (2011), force est tout de même de constater qu'ils sont relativement peu nombreux comparativement aux autres formes détaillées ci-après.

3.2. L'ANXIETE MODEREE ENVERS LA SANTE

Lorsqu'elle est d'intensité faible à modérée, l'anxiété envers la santé se traduit par des craintes pondérées et mesurées vis-à-vis de son état de santé. Elle se déclenche souvent dans des circonstances précises (Deale, 2007), telles que la détection d'une modification corporelle (une grosseur nouvellement apparue, par exemple), la sur-médiatisation d'une maladie donnée (la grippe H1N1, par exemple) et/ou l'attente de résultats d'un examen médical déterminant (le dépistage du sida, par exemple). Dans ces conditions, elle s'avère habituellement constructive puisqu'elle incite à consulter des médecins et/ou à prendre soin de sa santé (Asmundson, Abramowitz, Richter, & Whedon, 2010). Elle tend d'ailleurs généralement à diminuer voire disparaître après une visite médicale rassurante et/ou une disparition des symptômes physiques.

Ces craintes transitoires peuvent être tout à fait justifiées et légitimes et ne revêtent pas nécessairement un caractère pathologique. Rappelons qu'il est absolument normal d'éprouver ce type d'émotions alarmantes ou de ruminer des pensées négatives et/ou désagréables de

manière épisodique face à certaines situations où la santé et l'intégrité corporelle sont mises en péril. Néanmoins, il arrive que l'anxiété envers la santé tende à devenir pathologique lorsqu'elle est source d'une souffrance marquée générée par des pensées intrusives contre lesquelles le sujet lutte par des comportements excessifs et inappropriés (« *shopping médical* »⁸³, palpations et explorations compulsives du corps, par exemple), et lorsqu'elle paralyse le recours à des mesures sanitaires adaptées (évitement des hôpitaux et/ou des mesures de prévention, par exemple) (Asmundson, Taylor, & Cox, 2001 ; Taylor, 2004).

3.3. LES FORMES PATHOLOGIQUES D'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ

3.3.1. L'hypocondrie

L'*hypocondrie*, une des formes les plus sévères et persistantes d'anxiété envers la santé, est définie par le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) comme « *une préoccupation obsédante centrée sur la crainte d'être atteint d'une maladie grave et fondée sur l'interprétation erronée de symptômes ou sensations physiques. La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant révélant l'absence d'une pathologie organique connue* ». Le sujet hypocondriaque entretient la conviction d'être actuellement malade, il a peur de contracter une maladie dans l'avenir et d'être exposé à des stimuli potentiellement pathogènes. Il est constamment préoccupé par des pensées et images mentales dont la maladie et la mort sont les thèmes principaux.

Les critères diagnostiques des grandes classifications internationales pour l'hypocondrie font aujourd'hui l'objet de discussions et de réflexions nosographiques prolifiques. Plus particulièrement, des critiques ont été émises quant à l'appartenance de l'hypocondrie aux « *troubles somatoformes* » dans la classification proposée par le DSM-IV sur la base de similitudes phénoménologiques et de comorbidités avec les « *troubles anxieux* » (Longley, Calamari, Wu, & Wade, 2010 ; Noyes, 1999). En effet, le trouble d'anxiété généralisée (TAG) présente un taux de comorbidité très élevé avec l'hypocondrie⁸⁴ (Barsky, Whyshak, & Klerman, 1990). De plus, les modes de fonctionnement des sujets hypocondriaques et des individus souffrant de TAG sont similaires. L'inquiétude est centrale

⁸³ Le « *shopping médical* » représente la tendance à consulter différents médecins afin de s'assurer de la pertinence et de la véracité de leur discours et diagnostics. Compte-tenu de conseils et avis légèrement divergents ou contradictoires, les individus ne peuvent être rassurés et multiplient de ce fait les consultations médicales.

⁸⁴ Taux de comorbidité entre le trouble d'anxiété généralisé et l'hypocondrie de 31% à 71,4% selon les études.

dans ces deux troubles et se perpétuerait par l'intervention de croyances erronées, quoiqu'elles se focalisent préférentiellement sur le thème de la maladie dans l'hypocondrie. Les comorbidités entre l'hypocondrie et le trouble panique sont également très élevées⁸⁵. La notion de perception de menace (mort, vieillissement, vulnérabilité aux maladies), plus proche du trouble panique que des troubles de somatisation, est prédominante dans l'hypocondrie.

Par ailleurs, la comorbidité entre l'hypocondrie et le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) oscillerait entre 3,8 et 10% (Barsky, 1992 ; Brakoulias, et al., 2011 ; Fallon, Qureshi, Laje, & Klein, 2000 ; Lochner & Stein, 2010). Les pensées intrusives ayant pour thème la maladie se rapprochent des obsessions puisqu'elles sont récurrentes, persistantes, inappropriées et anxiogènes (Langlois & Ladouceur, 2004). De surcroît, Barsky (1992) a remarqué des similitudes entre certains comportements des personnes hypocondriaques (recherche de réassurance, palpations du corps ritualisées, etc...) et les rituels compulsifs appartenant aux TOC. Comme les compulsions, ces comportements sont irrépressibles, excessifs et résultent de préoccupations anxieuses. La différence réside dans le fait que les rituels compulsifs n'ont pas nécessairement de lien étroit avec les préoccupations anxieuses sous-jacentes (les rituels consistant à compter, par exemple), contrairement à l'hypocondrie où les comportements ritualisés dérivent directement d'inquiétudes centrées sur la maladie.

3.3.2. La phobie spécifique de la maladie (ou nosophobie)

Moins bien connues et étudiées que l'hypocondrie, d'autres formes pathologiques d'anxiété envers la santé existent bel et bien. La *phobie spécifique de la maladie* (encore appelée *nosophobie*) correspond à une détresse, une appréhension et un évitement des situations susceptibles, pour la personne, de provoquer la maladie tant redoutée chez elle (American Psychiatric Association, 2000 ; Bianchi, 1971). La peur de ces individus se focalise préférentiellement sur quelques maladies précises, avec des différences phénoménologiques entre les phobies de maladies aiguës (*cardiophobie*⁸⁶, par exemple) ou de maladies chroniques (*cancérophobie*⁸⁷, par exemple). Dans le premier cas, les individus interprètent des sensations inhabituelles comme des menaces avec un risque imminent et sérieux pour la survie, induisant des crises de panique et provoquant des comportements d'évitement massifs ; dans le second cas, en revanche, les individus ne réagissent

⁸⁵ Le taux de comorbidité entre le trouble d'anxiété généralisé et l'hypocondrie varierait de 13% à 51% selon les études.

⁸⁶ La cardiophobie est la phobie des troubles cardiaques.

⁸⁷ La cancérophobie est la phobie des cancers (pour une revue de littérature, Bridou & Aguerre, 2010).

généralement pas de manière aussi spectaculaire aux signes et symptômes corporels qu'ils ressentent, mais leurs obsessions relatives à la maladie sont plus insidieuses et tenaces (Orlemans & Van den Bergh, 1997).

La différence entre la nosophobie et l'hypocondrie réside essentiellement dans le fait que les individus phobiques sont terrorisés par la possibilité de contracter une maladie, mais ne sont pas forcément convaincus d'être déjà malades (Malis, Hartz, Carney Doebbeling, & Noyes, 2002). De surcroît, ils se focalisent plutôt sur le risque de menaces immédiates, tandis que les hypocondriaques redoutent davantage les conséquences de la maladie au long cours (Fava, et al., 1995). Contrairement aux personnes hypocondriaques, ils ne se présentent pas avec des symptômes disparates, mais le plus souvent avec les symptômes somatiques que l'on retrouve fréquemment dans les troubles anxieux tels que des palpitations, des nausées, ou des paresthésies⁸⁸ (Malis, Hartz, Carney Doebbeling, & Noyes, 2002 ; Orlemans & Van den Bergh, 1997). Par ailleurs, les individus phobiques ont recours aux stratégies d'évitement (des stimuli extéroceptifs⁸⁹ et intéroceptifs⁹⁰), à l'inverse des personnes hypocondriaques qui se lancent préférentiellement dans une quête éperdue et incessante de réassurance (Fava & Grandi, 1991). Enfin, ils sont généralement conscients du caractère déraisonnable de leurs peurs et peuvent répondre positivement aux informations rassurantes émanant de leurs médecins (Noyes, Carney, & Langbehn, 2004).

3.3.3. Le trouble délirant de type somatique

Le *trouble délirant de type somatique* correspond à des idées délirantes non bizarres ayant pour contenu la conviction d'être atteint d'une imperfection physique ou d'une affection médicale générale (American Psychiatric Association, 2000). Parmi les illusions somatiques les plus courantes, on retrouve la peur que le corps soit infesté de parasites ou la peur qu'un organe ne fonctionne pas correctement. Les illusions somatiques diffèrent davantage d'un point de vue quantitatif que qualitatif des croyances émises par les personnes hypocondriaques (Taylor, 2004). Le trouble délirant de type somatique se distinguerait de l'hypocondrie en terme de degré d'adhésion aux pensées anxiogènes.

⁸⁸ La paresthésie est un trouble de la sensibilité se traduisant par la perception de sensations anormales (fourmillements, picotements, ou brûlures).

⁸⁹ Ce sont les stimuli en provenance de l'environnement extérieur potentiellement vecteurs de maladie comme les microbes présents dans l'air.

⁹⁰ Ce sont les stimuli internes au corps humain comme des palpitations, par exemple.

III. DETERMINANTS DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1. LE PROCESSUS D'APPARITION DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

L'anxiété envers la santé est d'étiologie complexe, combinant fort probablement plusieurs facteurs vulnérabilisants comme une prédisposition génétique et/ou des expériences négatives passées (maladies infantiles graves, maladie chronique chez un proche, abus sexuels, etc...) (Noyes, 1999 ; Noyes, Stuart, Langbehn, Happel, Longley, & Yagla, 2002 ; Watt, Stewart, & Cox, 1998 ; Watt & Stewart, 2000). En outre, des événements de vie stressants (décès d'un proche suite à une maladie grave, une épidémie, par exemple) précipiteraient son apparition (Deale, 2007).

Selon le Modèle Interpersonnel d'Anxiété envers la Santé (*Interpersonal Model of Health Anxiety, IMHA*), l'anxiété envers la santé serait en partie l'expression inadaptée d'un mode d'attachement « *non secure* » (Noyes, et al., 2003). Les personnes anxieuses envers leur santé auraient été préférentiellement exposées durant leur enfance à un style parental particulier (attitude surprotectrice des parents ou maltraitance). Les attitudes et comportements envers la santé qui s'ensuivent à l'âge adulte seraient à ce titre des tentatives pour apaiser les effets d'un mode d'attachement « *non secure* » en sollicitant l'aide et les soins de professionnels de santé (recherche de réassurance, par exemple). L'échec de ces tentatives réside dans le fait que les réactions plutôt hostiles des personnes consultées viennent confirmer et exacerber les sentiments de rejet des personnes anxieuses envers leur santé.

L'anxiété pathologique envers la santé dérive principalement d'une propension à percevoir de manière déformée et majorée l'ensemble des sensations et signes corporels ressentis quotidiennement (Barsky, 2001), même les plus insignifiants et courants (tremblements, démangeaisons, par exemple). Cette tendance dénommée « *amplification somatosensorielle* » (Barsky, 1992), amène à repérer préférentiellement parmi toutes ces sensations et signes physiques, les plus rares et occasionnels (paresthésie, par exemple) et/ou les plus alarmants, car potentiellement attribuables à des causes dangereuses (une tachycardie par exemple). S'ensuit tout un processus d'interprétation négative et menaçante de ces sensations, consistant ici à attribuer des conséquences horribles et disproportionnées à des sensations et/ou modifications corporelles mineures (« *J'ai palpé une petite boule dans mon sein, je vais certainement mourir d'un cancer* » ou encore « *Je ressens une douleur dans la poitrine, c'est probablement le signe d'une maladie cardiaque très grave* »). Ce biais

perceptivo-cognitif serait propice à l'apparition d'une peur d'avoir à l'instant présent ou de contracter à l'avenir une grave maladie a fortiori chronique et/ou létale (Langlois, Gosselin, Brunelle, Drouin, & Ladouceur, 2007 ; Langlois & Ladouceur, 2004). La figure 17 modélise ce processus d'apparition et de maintien de l'anxiété pathologique envers la santé (Salkovskis & Warwick, 2001).

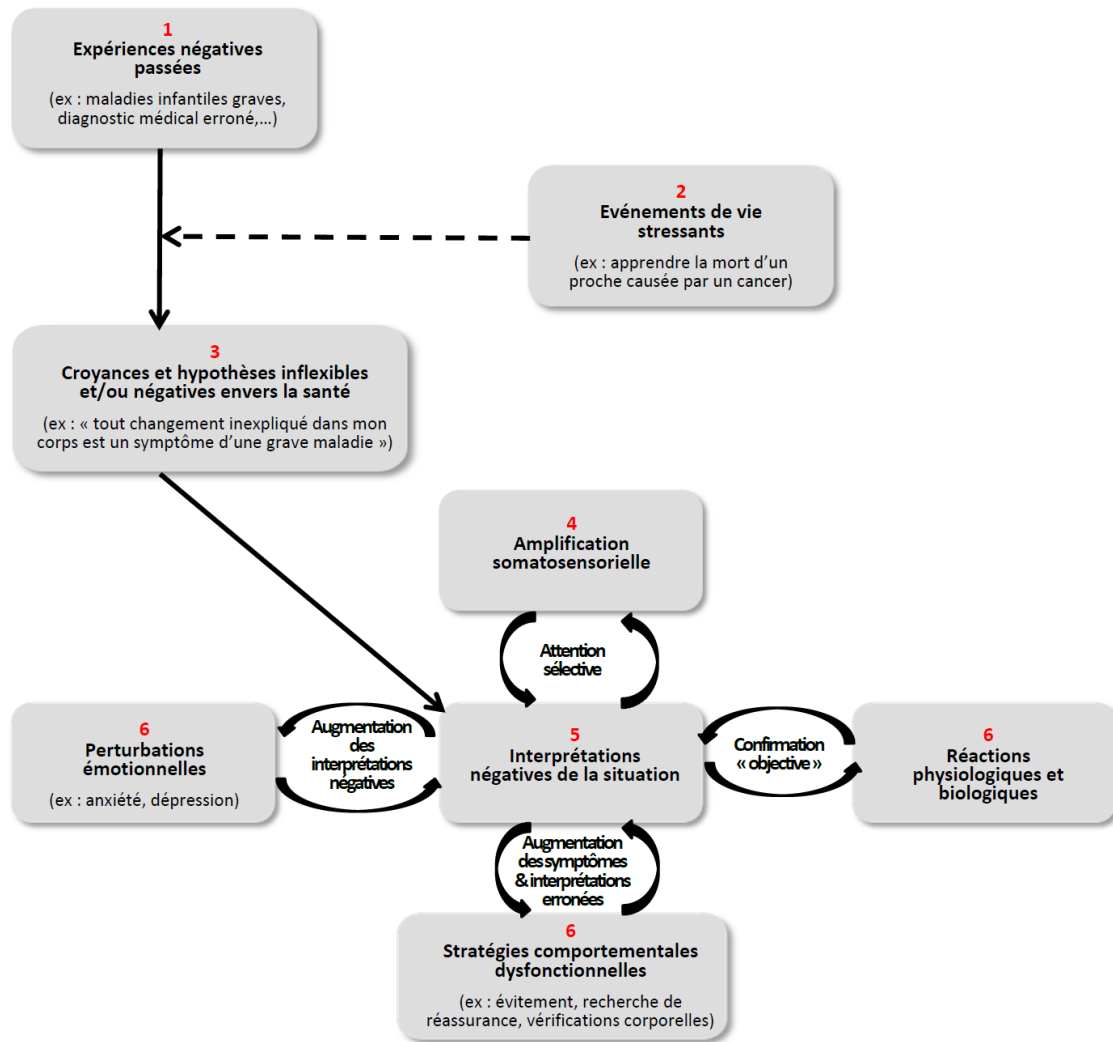


Figure 17: Schéma du processus d'apparition et de maintien de l'anxiété envers la santé (d'après Salkovskis et Warwick, 2001).

2. LES REPERCUSSIONS COMPORTEMENTALES DE L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

2.1. L'EVITEMENT DES STIMULI RELATIFS A LA SANTE ET/OU LA MALADIE

Le recours à des stratégies d'évitement est légion chez les personnes sujettes à ce type de craintes (Hadjistavropoulos, Craig, & Hadjistavropoulos, 1998). Elles renâclent notamment à visiter des personnes malades de peur de contracter une infection, à s'exposer à différentes sources d'informations susceptibles de générer de nouvelles inquiétudes (émissions TV consacrées à la santé, forums spécifiques sur Internet, par exemple), à se rendre dans certains hôpitaux ou lieux de soins potentiellement vecteurs de maladies nosocomiales, et/ou à faire certains examens médicaux pour ne pas avoir à affronter de mauvaises nouvelles. De la même manière, les images mentales et les pensées impliquant du matériel déroutant et/ou craint (se voir très malade et mourant, par exemple) sont soigneusement évitées (*évitement cognitif*) en les substituant à des dialogues internes aux contenus censés être apaisants (Marcus, Gurley, Marchi, & Bauer, 2007). Utilisés massivement et trop fréquemment, ces stratégies évitantes peuvent parfois mener à un défaut de soins qui dans certains cas, peut être assimilé à une conduite à risque (Aguerre, Michel, Réveillère, Birmelé, & Laroche, 2008). À titre d'exemple, un dépistage systématique existe en France pour les femmes présentant un risque moyen de développer un cancer du sein, permettant de détecter précocement les tumeurs cancéreuses dans le but de mettre en place rapidement les traitements les plus efficaces. Néanmoins, force est de constater que de nombreux cancers du sein sont encore diagnostiqués à un stade avancé suite à un dépistage tardif ou à une absence de dépistage, remettant ainsi le pronostic vital en question. Une des hypothèses avancées pour expliquer cet état de fait suppose que certaines femmes évitent de faire des mammographies tant la peur d'avoir à affronter un cancer et ses conséquences éventuelles est forte.

2.2. LA RECHERCHE EFFRENEE DE STIMULI RASSURANTS ET L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS APAISANTS

Si les comportements d'évitement posent problème, il en va de même dans une autre mesure pour la quête éperdue de réassurance, foncièrement impossible à assouvir totalement (Abramowitz & Moore, 2007). Les individus anxieux pour leur santé s'évertuent en vain à

rechercher toute information qui pourrait apaiser leurs craintes durablement. Dans cette optique, ils sollicitent sans relâche l'aide des professionnels de soins (médecins, spécialistes en tous genres) et/ou ils se soumettent trop régulièrement à de nombreux examens médicaux, dont certains peuvent être intrusifs ou dangereux (des scanners périodiques entraînent un risque d'exposition répétée aux radiations, par exemple) (Asmundson & Taylor, 2007 ; Conroy, Smyth, Siriwardena, & Fernandes, 1999). Outre le phénomène d'engorgement des lieux de soins et de consultations auquel ce comportement contribue grandement, on note également une lassitude ainsi qu'une incompréhension chez les médecins qui, décontenancés, ne savent pas toujours comment réagir face à ces demandes répétées, à tel point qu'ils en perdent parfois patience. Soit ils accèdent aux désirs de leur patient, se rendant complices et renforçant sans le vouloir ses inquiétudes ; soit ils jettent l'éponge et le condamnent à se diriger encore et toujours vers d'autres confrères, voire des psychologues ou des psychiatres s'ils estiment que le cas ne relève pas de leurs compétences. Dans tous les cas de figure, les patients ne peuvent être satisfaits tant ils ne peuvent être rassurés à long terme.

Depuis quelques années, la démocratisation de l'utilisation d'Internet donne accès au grand public à une multitude de sites⁹¹ proposant un nombre incalculable d'informations plus ou moins fiables traitant de la santé au sens large. Le réseau Internet est donc devenu une des sources majeures d'informations de santé pour les personnes qui souhaitent acquérir des connaissances supplémentaires sur une pathologie donnée suite à une consultation médicale, échanger avec d'autres sur les maladies et éventuellement obtenir une forme de soutien, ou encore établir pour soi-même des diagnostics médicaux (Dutta-Bergman, 2004). La facilité et la rapidité d'obtention des informations par Internet s'avèrent fort utiles à de multiples égards, ce qui peut expliquer qu'une large majorité des usagers y a recours pour se renseigner sur les

⁹¹ À titre d'exemple, les internautes ont accès à des sites officiels de grandes organisations (www.sante.gouv.fr (Ministère de la Santé), www.who.int/fr (Organisation Mondiale de la Santé), www.inpes.sante.fr (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), www.has-sante.fr (Haute Autorité de Santé)); des sites réalisés par des professionnels de santé (www.bonjour-docteur.com, www.docteurinfo.com, www.docteurlic.com) ; des sites gérés par des entreprises commerciales (www.e-sante.fr, www.doctissimo.fr) ; des sites de magazines de vulgarisation réalisés par des journalistes (www.topsante.com, www.santemagazine.fr) ; des sites d'associations de patients (www.amoc-asso.com (malades cardiaques), www.spondylarthrite.org (malades spondylarthritiques), www.tribucancer.org (malades cancéreux)); et des blogs proposés par des anonymes (www.danger-sante.org, www.blog-sante.info). En outre, il existe de nombreux forums au sein desquels les internautes peuvent échanger sur les questions sanitaires, entre eux ou avec des professionnels de santé.

questions de santé (Muse, McManus, Leung, Meghreblian, & Williams, 2011). Tout cela contribue à l'émergence d'un nouveau phénomène encore très peu étudié, la *cybercondrie*⁹². En effet, les individus anxieux envers la santé tendent à consulter plus fréquemment et plus longuement des sites relatifs à la santé que les individus non anxieux (Haviland, Pincus, & Dial, 2003 ; Lemire, Paré, Sicotte, & Harvey, 2008 ; Muse, McManus, Leung, Meghreblian, & Williams, 2011). Or, cela alimente et renforce très largement les inquiétudes de ces individus dans la mesure où : 1) la recherche répétée et compulsive d'informations dont l'objectif est de prime abord de se rassurer conduit inévitablement à faire émerger des renseignements potentiellement menaçants et donc anxiogènes au final (Taylor & Asmundson, 2004) ; 2) les méthodes de recherche généralement employées par les internautes font intervenir des moteurs de recherche généralistes⁹³ dont le mode de fonctionnement fait émerger préférentiellement les maladies rares et/ou sérieuses (donc préoccupantes) plutôt que les plus probables et communes d'un point de vue statistique, lorsque les mots-clés utilisés portent sur des symptômes aspécifiques comme une asthénie ou des algies diffuses, par exemple (White & Horvitz, 2009) ; et 3) les informations disponibles sur Internet ne sont pas toujours vérifiées et mises à jour, augmentant le risque de confusion possible face à des renseignements potentiellement contradictoires, erronés ou obsolètes (White & Horvitz, 2009).

Enfin, il faut citer également les comportements très fréquents d'autopalpations et d'explorations du corps utilisés pour réduire des inquiétudes importunes relatives à l'intégrité corporelle (Taylor & Asmundson, 2004), nonobstant le fait qu'il soit vivement recommandé par les médecins, via différentes campagnes de santé publique, de procéder à intervalles réguliers à une surveillance corporelle « *rapprochée* » (vérification des seins et des grains de beauté, par exemple). Mais, les individus excessivement anxieux sont enclins à procéder à des investigations et des vérifications interminables prenant une allure compulsive. Ces dernières tendent in fine à alimenter leurs inquiétudes en les amenant à redécouvrir indéfiniment des changements corporels mineurs et/ou de minimes anomalies somatiques dont la dangerosité est bien souvent surestimée. À terme, ils perdent progressivement confiance en leur propre

⁹² Il s'agit ici du phénomène de « *cyberchondria* » dans les pays anglo-saxons qui renvoie à l'escalade démesurée des inquiétudes relatives à la santé, basée sur la recherche répétée et l'examen attentif d'informations provenant de la littérature disponible sur Internet (White & Horvitz, 2009).

⁹³ Les moteurs de recherche généralistes sont des logiciels de type « *Google* », « *Alltheweb* », « *Altavista* », ou encore « *Metacrawler* » permettant de consulter d'immenses bases de données.

jugement et peuvent finir par épuiser leur entourage en les sollicitant sans arrêt pour obtenir un avis extérieur permettant de juger du bien-fondé ou non de leurs craintes. Cette manière maladroite de gérer des angoisses renforce bien entendu la tendance initiale à se focaliser sur les sensations et changements somatiques, enfermant ces individus anxieux dans un mode de fonctionnement fermé source de souffrance.

L'anxiété pathologique envers la santé se traduit par des inquiétudes insupportables et incessantes contre lesquelles le sujet lutte en mobilisant les stratégies explicitées ci-dessus. Celles-ci paraissent généralement efficaces dans un premier temps mais s'avèrent contre-productives au final, dans la mesure où elles ne font que renforcer l'anxiété et ont des conséquences indésirables. Au vu de ces considérations, il semble donc primordial de mieux savoir repérer l'anxiété envers la santé.

IV. COMMENT REPERER L'ANXIETE ENVERS LA SANTE ET QUANTIFIER SA SEVERITE ?

Mener un entretien minutieux s'avère nécessaire pour obtenir des informations plus précises et complètes sur le fonctionnement individuel de la personne, rendant compte de l'ensemble du processus qui conduit à l'anxiété envers la santé et de ses implications. À cette occasion, doivent être explorés de manière exhaustive la nature et la fréquence des inquiétudes relatives à la santé, les pensées et croyances en rapport, les facteurs déclencheurs (toutes situations propices à l'émergence des craintes liées à la santé), les conséquences sur la vie quotidienne et les stratégies d'ajustement mises en place pour lutter contre une anxiété trop forte (Warwick, 2004). De plus, il est judicieux d'effectuer un examen attentif du parcours de soins suivi par la personne incluant la fréquence et la nature des consultations médicales, les examens médicaux et interventions réalisés, les prescriptions et les prises éventuelles de traitements médicamenteux (Stewart & Watt, 2001).

Par ailleurs, il est possible de quantifier la sévérité des manifestations de l'anxiété envers la santé en administrant des questionnaires et/ou échelles spécifiques, dont certains sont présentés dans le tableau 14. Deux types d'instruments existent ; certains évaluent une dimension globale faisant explicitement référence à l'anxiété envers la santé et d'autres en ciblent une facette déterminée (amplification somatosensorielle, recherche de réassurance, évitement cognitif, etc...). À notre connaissance, nous ne bénéficions pas à ce jour de version française validée de la plupart de ces questionnaires et échelles. Afin d'y remédier, des études de validation des versions françaises du *Health Anxiety Questionnaire* (Lucock & Morley,

1996)⁹⁴, du *Health Anxiety Inventory* (Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002) et de la *Somatosensory Amplification Scale* (Barsky, Whyshak, & Klerman, 1990) sont actuellement menées par nos soins. Nous espérons disposer dans un futur proche d'outils valides essentiels pour faciliter le repérage clinique des formes sévères d'anxiété envers la santé ainsi que pour stimuler les recherches francophones dans ce domaine.

⁹⁴ Cette étude est présentée dans cette partie.

Tableau 14: Inventaire et spécificités psychométriques des outils auto-administrés évaluant une (ou plusieurs) facette(s) de l'anxiété envers la santé.

| Outils d'auto-évaluation | Nombre d'items | Dimension(s) évaluée(s) | Critères de validité des versions originales |
|--|----------------|--|---|
| Evaluation globale de l'anxiété envers la santé et/ou de l'hypocondrie | | | |
| Whiteley Index (WI) Pilowsky, 1967 | 14 items | 1) Préoccupations corporelles. 2) Nosophobie. 3) Obsession d'être atteint d'une maladie. | -Consistance interne : $\alpha = .76$ pour l'ensemble des items du questionnaire. -Fidélité test-retest : $r = .90$. (Speckens, et al., 1996). |
| Illness Behaviour Questionnaire (IBQ) Pilowsky, et al., 1979 | 62 items | 1) Obsession d'être atteint d'une maladie. 2) Inquiétudes envers la santé. 3) Etat affectif général. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .79 ; .78 ; \text{et } .80$. (Pilowsky & Spence, 1994; Prior & Bond, 2010). |
| Illness Attitudes Scale (IAS) Kellner, et al., 1987 Kellner, 1987 | 29 items | 1) Inquiétudes envers la santé. 2) Inquiétudes envers la douleur. 3) Habitudes sanitaires. 4) Croyances hypocondriaques. 8) Expérience des traitements. | 5) Thanatophobie. 6) Nosophobie. 7) Préoccupations / corps. 9) Conséquences des symptômes. |
| Health Anxiety Questionnaire (HAQ) Lucock & Morley, 1996 | 21 items | 1) Inquiétudes et préoccupations liées à la santé. 2) Peur de la maladie et de la mort. 3) Recherche de réassurance. 4) Répercussions sur la vie quotidienne. | -Consistance interne : $\alpha = .92$ pour l'ensemble des items du questionnaire. -Fidélité test-retest : (à 6 semaines) $r = .87$. |
| Health Attitude Survey (HAS) Noyes, et al., 1999 | 27 items | 1) Insatisfaction envers la prise en charge médicale. 2) Frustration envers la santé. 3) Shopping médical. 4) Inquiétudes excessives envers la santé. 5) Détresse psychologique. 6) Communication discordante avec les soignants. | -Non renseignés par les auteurs. |
| Health Anxiety Inventory (HAI) Salkovskis, et al., 2002 | 64 items | 1) Anxiété envers la santé. | -Consistance interne : $\alpha = .95$. -Fidélité test-retest : (à 22 jours) $r = .76$. |

| Outils d'auto-évaluation | Nombre d'items | Dimension(s) évaluée(s) | Critères de validité des versions originales |
|---|----------------|--|---|
| Short Health Anxiety Inventory (SHAI) Salkovskis, et al., 2002 ⁹⁵ | 18 items | 1) Anxiété envers la santé. | -Consistance interne : $\alpha = .89$. |
| Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT) Longley, Watson, & Noyes, 2005 | 31 items | 1) Dimension cognitive : sentiment d'être incompris(e). 2) Dimension comportementale : recherche de réassurance. 3) Dimension perceptive : amplification somatosensorielle. 4) Dimension affective : inquiétudes envers la santé. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .87 ; .86 ; .86$; et $.80$. -Fidélité test-retest : (à 8 semaines) $r = .75 ; .78 ; .75$; et $.76$. |
| Evaluation de la dimension perceptivo-émotionnelle de l'anxiété envers la santé et/ou de l'hypocondrie | | | |
| Symptom Distress Scale (SDS) McCorkle & Young, 1978 | 15 items | 1) Détresse émotionnelle liée à la perception de symptômes physiques. | -Consistance interne : $\alpha = .82$. |
| Body Sensations Questionnaire (BSQ) Chambless, et al., 1984 | 18 items | 1) Anxiété liée aux sensations physiques du système nerveux autonome. | -Consistance interne : $\alpha = .87$. -Fidélité test-retest : (à 4 semaines) $r = .67$. |
| Anxiety Sensitivity Index (ASI) Reiss, et al., 1986 | 16 items | 1) Sensibilité à l'anxiété, c'est-à-dire la peur des réactions physiques liées à l'anxiété. | Consistance interne : $\alpha = .87$. (Schmidt & Mallott, 2006). |
| Somatosensory Amplification Scale (SAS) Barsky, et al., 1990 | 10 items | 1) Tendance à percevoir les sensations corporelles déplaisantes mais peu symptomatiques d'une maladie donnée, comme particulièrement intenses, nocives et perturbantes. | -Consistance interne : $\alpha = .82$. -Fidélité test-retest : $r = .79$. |
| Body Vigilance Scale (BVS) Schmitdt, et al., 1997 | 4 items | 1) Tendance à focaliser son attention sur les sensations corporelles intéroceptives. | -Consistance interne : $\alpha = .82$. |

⁹⁵ Il s'agit de la version courte du Health Anxiety Inventory présentée au sein du même article.

| Outils d'auto-évaluation | Nombre d'items | Dimension(s) évaluée(s) | Critères de validité des versions originales |
|--|----------------|---|---|
| Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R) Taylor & Cox, 1998 | 36 items | 1) Peur des symptômes respiratoires. 2) Peur des réactions anxieuses observables en public. 3) Peur des symptômes cardiovasculaires. 4) Peur de la perte de contrôle cognitif. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .91; .86; .88; \text{ et } .89$. |
| Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3) Taylor, et al., 2007 | 18 items | 1) Peur des réactions anxieuses observables en public. 2) Peur des symptômes physiques. 3) Peur de la perte de contrôle cognitif. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .79; .84; \text{ et } .79$. |
| Evaluation de la dimension cognitivo-émotionnelle de l'anxiété envers la santé et/ou de l'hypocondrie | | | |
| Health Perceptions Questionnaire (HPQ) Ware, 1976 | 36 items | 1) Antécédents de santé. 2) Etat de santé actuel. 3) Attentes / la santé future. 4) Vulnérabilité / la maladie. 5) Inquiétudes / la santé. 6) Orientation de la maladie. 7) Rejet du rôle de malade. 8) Attitude / les médecins. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .91; .73; .71; .75; .60; .59; .59; \text{ et } .67$. -Fidélité test-retest : (à 6 semaines) $r = .86; .78; .73; .76; .65; .72; .66; \text{ et } .59$. |
| Illness Worry Scale (IWS) Robbins, et al., 1990 | 12 items | 1) Inquiétudes envers la maladie. 2) Conviction d'être malade sans être reconnu comme tel. 3) Hypersensibilité à la douleur 4) Vulnérabilité à la maladie. | -Consistance interne : $\alpha = .68$ pour l'ensemble des items du questionnaire. |
| Symptom Interpretation Questionnaire (SIQ) Robbins & Kirmayer, 1991 | 39 items | Attributions causales des symptômes physiques : 1) Causes psychologiques. 2) Causes somatiques. 3) Interprétations normatives. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .88; .73; \text{ et } .79$. (Aronson, 2006). |
| Illness/Injury Sensitivity Index (ISI) Taylor, 1993 | 11 items | 1) Peur des maladies. 2) Peur des blessures. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .86; \text{ et } .84$. |

| Outils d'auto-évaluation | Nombre d'items | Dimension(s) évaluée(s) | Critères de validité des versions originales |
|---|----------------|--|--|
| <i>Illness Perception Questionnaire (IPQ)</i> Weinman, et al., 1996 | 80 items | 1) Conséquences des symptômes et/ou de la maladie. 2) Lieu de contrôle envers la maladie et les traitements. 3) Durée de la maladie. 4) Représentation émotionnelle. 5) Cohérence de la maladie. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .88 ; .69 ; .68 ; .82 ; \text{et } .55$. (Broadbent, et al., 2006 ; Moss-Morris, et al., 2002). |
| <i>Cognitions About Body and Health Questionnaire (CABAH)</i> Rief, et al., 1998 | 68 items | 1) Interprétations catastrophistes des symptômes somatiques. 2) Perception des sensations intéroceptives. 3) Sensation de faiblesse corporelle. 4) Intolérance envers les symptômes somatiques. 5) Habitudes de santé. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .88 ; .70 ; .80 ; .67 ; \text{et } .68$. |
| <i>Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS)</i> Pelletier, et al., 2002 | 19 items | 1) Pensée magique envers la survenue de la maladie. 2) Représentation de la bonne santé. 3) Représentation des conséquences graves et tragiques de la maladie. 4) Sentiment de responsabilité envers la maladie. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .69 ; .66 ; .70 ; .73 ; \text{et } .64$. -Fidélité test-retest : (à 3 semaines) $r = .70$. |
| <i>Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé (PSI-S)</i> Pelletier, et al., 2002 | 13 items | 1) Utilité de s'inquiéter à propos de la maladie. 2) Pensée magique concernant le rôle des inquiétudes dans l'occurrence de la maladie. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .90 ; \text{et } .79$. -Fidélité test-retest : (à 3 semaines) $r = .71$. |
| Evaluation de la dimension comportementale de l'anxiété envers la santé et/ou de l'hypocondrie | | | |
| <i>Reassurance Questionnaire (RQ)</i> Speckens, et al., 2000 | 8 items | 1) Sentiment de réassurance éprouvé après un apport d'information de la part d'un médecin. | -Consistance interne : $\alpha = .79$. |
| <i>Questionnaire d'Evitement Cognitif (QEC)</i> Gosselin, et al., 2002 | 25 items | 1) Suppression de pensées. 2) Evitement des stimuli déclenchant des pensées pénibles. 3) Distraction. 4) Transformation d'images en pensées verbales. 5) Substitution de pensées. | -Consistance interne : respectivement, $\alpha = .90 ; .90 ; .89 ; .84 ; \text{et } .71$. -Fidélité test-retest : (à 4 semaines) $r = .81$. |

V. OBJECTIFS DE L'ETUDE D'ADAPTATION FRANÇAISE ET DE VALIDATION DU *QUESTIONNAIRE D'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ*

Comme nous l'avons vu précédemment, l'anxiété envers la santé évoque une forme d'anxiété très spécifique relative à la peur de souffrir d'une maladie grave sans le savoir et/ou de contracter une telle maladie par mégarde (Asmundson, Taylor et Cox, 2001). Ce concept recouvre une multitude de réalités cliniques riches et variées dans une perspective dimensionnelle, allant de simples inquiétudes relatives à l'état de santé (normales, contextuelles et transitoires) jusqu'à des conduites hypocondriaques (pathologiques, indépendantes du contexte et chroniques), en passant par des formes plus modérées dont les conséquences sur la santé et le bien-être s'avèrent néanmoins sérieuses (Bridou & Aguerre, 2010). Le concept d'anxiété envers la santé est encore trop peu connu et usité en France, ce qui explique probablement l'absence d'instruments de mesure francophones standardisés permettant de l'évaluer spécifiquement dans une perspective quantitative. Disposer d'un questionnaire d'anxiété envers la santé présente deux intérêts majeurs pour la pratique clinique et la recherche fondamentale.

D'une part, les formes modérées à sévères d'anxiété envers la santé peuvent éventuellement être mieux prises en charge afin d'en limiter les répercussions néfastes, si elles sont soigneusement détectées et identifiées. Aujourd'hui, plusieurs études portant sur l'efficacité des thérapies comportementales et cognitives appliquées à la prise en charge de l'anxiété envers la santé et de l'hypocondrie présentent notamment des résultats fort encourageants (Basquin, Richoux, & Lejoyeux, 2008 ; Clark, et al., 1998 ; Martinez & Botella, 2005 ; McKay & Bouman, 2008 ; Nakao, Shinozaki, Ahern, & Barsky, 2011 ; Seivewright, Green, Salkvoskis, Barrett, Nur, & Tyrer, 2008 ; Sorensen, Buemann, Birket-Smith, Salkovskis, Albertsen, & Strange, 2005 ; Taylor & Asmundson, 2005 ; Taylor, Asmundson, & Coons, 2005 ; Udo, Reddy, & Appleton, 2011 ; Walker, Vincent, Furer, Cox, & Kjernisted, 1999). Compte-tenu des liens très étroits unissant l'hypocondrie et les troubles anxieux⁹⁶, les techniques cognitivo-comportementales utilisées pour traiter l'anxiété envers la santé sont directement issues et inspirées de méthodes bien connues pour prendre en charge avec succès le trouble panique ou encore le trouble obsessionnel-compulsif. Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont notamment recours à des techniques d'*exposition*

⁹⁶ Cf le paragraphe sur l'hypocondrie p.129.

*intéroceptive*⁹⁷ (Visser & Bouman, 2001 ; Walker & Furer, 2008), de *questionnement socratique* ou de *confrontation empirique*⁹⁸ (Barsky & Ahern, 2004 ; Taylor & Asmundson, 2004), de *distanciation*⁹⁹ (Barsky & Ahern, 2004 ; Taylor & Asmundson, 2004), et des exercices de *méditation en pleine conscience*¹⁰⁰ (Lovas & Barsky, 2010 ; Williams, McManus, Muse, Williams, & Mark, 2011). Contrairement à une prise en charge classique basée uniquement sur des réassurances systématiques et sur la transmission de certaines informations et connaissances médicales prodiguée par un médecin somaticien (Verschuur, Spinhoven, & Rosendaal, 2008), les techniques comportementales et cognitives apportent une amélioration notable, avec un maintien des bénéfices à un an au moins, objectivée par une réduction du nombre de plaintes somatiques, du nombre de consultations médicales, et par une diminution significative des scores aux échelles évaluant l'anxiété envers la santé (Hedman, Ljotsson, Andersson, Rück, Andersson, & Lindfors, 2010 ; Sorensen, Birket-Smith, Wattar, Buemann, & Salkovskis, 2011).

D'autre part, le développement d'un questionnaire francophone visant à évaluer l'anxiété envers la santé s'avère nécessaire pour stimuler la recherche française dans ce domaine et mener des études empiriques essentielles à une meilleure compréhension de ce phénomène. Comme évoqué précédemment, il existe aujourd'hui de nombreux questionnaires anglo-saxons visant à repérer l'anxiété envers la santé. Certains se concentrent sur une caractéristique particulière de l'anxiété envers la santé (l'amplification somatosensorielle, la recherche de réassurance, par exemple), et d'autres tentent de rendre compte de l'ensemble de ce concept pluridimensionnel d'anxiété. Parmi eux, le *Health Anxiety Questionnaire* a été

⁹⁷ L'exposition intéroceptive est basée sur l'induction de sensations corporelles bénignes mais redoutées et définies par le patient comme dangereuses, afin de l'habituer à ressentir de telles sensations et à réfuter ses croyances dysfonctionnelles en rapport. Le thérapeute invitera par exemple le patient à hyperventiler pendant une minute pour déclencher chez lui une sensation de vertige tout à fait anodine.

⁹⁸ Il s'agit ici de méthodes de restructuration cognitive permettant de guider le patient vers une évaluation plus objective de ces croyances erronées et de la probabilité de l'occurrence des événements redoutés. Le thérapeute et le patient examineront ensemble les preuves ou arguments soutenant et réfutant les croyances, à l'aide de la technique de résolution de problème du « *pour ou contre* », par exemple.

⁹⁹ La distanciation des croyances et pensées automatiques dysfonctionnelles est également utilisée pour apprendre aux patients à mobiliser des arguments allant à l'encontre de leurs croyances erronées et à trouver plus facilement des alternatives plausibles et adaptées. Le thérapeute pourra par exemple inciter son patient à participer à des jeux de rôles avec la technique dite de « *l'avocat du diable* ».

¹⁰⁰ La méditation en pleine conscience (ou « *mindfulness* ») fait intervenir des exercices centrés sur la respiration, le balayage corporel, et les mouvements en pleine conscience qui tendent à développer l'habileté à se décentrer de ses pensées alarmantes et de ses inquiétudes les plus tenaces (Kabat-Zinn, 2003).

développé pour introduire un instrument d'évaluation fiable et valide permettant, en l'absence de pathologie somatique avérée ou en cas de retentissement émotionnel jugé excessif d'une maladie somatique, d'identifier la nature et la sévérité des inquiétudes relatives à la santé et la maladie, tout en les différenciant d'une anxiété diffuse et générale (Lucock & Morley, 1996). Ce questionnaire se distingue de ces prédécesseurs (*Illness Behaviour Questionnaire*, Pilowsky & Spence, 1994 ; *Illness Attitude Scale*, Kellner, 1987) qui ne se réfèrent pas au modèle cognitif et comportemental de l'anxiété envers la santé (Salkovskis & Warwick, 2001). En outre, ces deux questionnaires ont été développés à partir de populations psychiatriques, ce qui rend difficile toute tentative de généralisation à une population générale non-clinique. Par ailleurs, le *Health Anxiety Questionnaire* est un instrument auto-administré qui présente l'avantage d'être relativement simple et rapide d'utilisation, favorisant son intégration dans des protocoles de recherche.

À l'heure actuelle, il existe des versions allemande (Wolfradt & Härter, 2004), italienne (Melli, Coradeschi, & Smurra, 2007), et roumaine (Vasilescu, 2009) du *Health Anxiety Questionnaire*, mais nous ne disposons pas encore à notre connaissance d'une version francophone valide de ce questionnaire. L'objectif de cette partie est donc de présenter une étude portant sur notre adaptation du *Health Anxiety Questionnaire* en langue française et sur l'examen de ses propriétés psychométriques auprès d'un échantillon d'adultes francophones. Plus particulièrement, la structure factorielle, la consistance interne, la fidélité test-retest, et des critères de validité du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* seront explorés dans cette partie.

METHODE

I. PARTICIPANTS

L'étude de validation du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* a été menée auprès d'un échantillon de la population générale composé de 1165 individus âgés de 18 à 74 ans (moyenne d'âge de 44,89 ans et écart type de 13,39), dont 697 femmes (moyenne d'âge de 44,46 ans et écart type de 13,58) et 468 hommes (moyenne d'âge de 45,52 ans et écart type de 13,09).

Les participants ont été rencontrés dans différents lieux de recueil de données : 1) des étudiant(e)s de l'Université de Tours en psychologie, en médecine, et en soins infirmiers ; 2) des patients pris en charge pour une lombalgie chronique au Centre de Réadaptation et de Médecine Physique de Coubert (Seine-et-Marne) ; 3) des membres du personnel administratif du Conseil Général de la région Centre ; 4) des membres du personnel administratif et soignant du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours (Indre-et-Loire) ; 5) des soignants et des résidents de lieux d'hébergement pour personnes âgées de la région Centre ; et 6) des salariés de diverses entreprises de la région Centre.

II. MATERIEL

1. L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

L'anxiété envers la santé a été évaluée avec le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* (QAS ; Annexe 15), traduction et adaptation française élaborée par nos soins¹⁰¹ du *Health Anxiety Questionnaire* (HAQ ; Lucock & Morley, 1996).

Le HAQ a été élaboré pour remédier aux critiques des chercheurs portant sur le manque de sensibilité de la *Illness Attitudes Scale* (Kellner, Abbott, Winslow, & Pathak, 1987) et du *Illness Behaviour Questionnaire* (Pilowsky, 1967 ; Pilowsky, Chapman, & Bonica, 1979), dans l'évaluation des divers tableaux cliniques de l'anxiété envers la santé observés dans la population générale, en particulier les formes légères à modérées.

Le HAQ évalue quatre dimensions distinctes : 1) les inquiétudes et préoccupations liées à la santé ; 2) la peur de la maladie et de la mort ; 3) la recherche de réassurance ; et 4) les répercussions sur la vie quotidienne. Dans sa version originale, il présente une bonne

¹⁰¹ La procédure est décrite en détail p.149.

consistance interne (alpha de Cronbach = .92) et une fidélité test-retest satisfaisante à six semaines ($r = .87$).

Le *Questionnaire d'Anxiété envers la santé* est un auto-questionnaire de 21 items, évalués sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *Jamais* », à « *La plupart du temps* ». Le score total, qui oscille entre 21 et 105, met en évidence le degré d'anxiété relative à la maladie et aux sensations corporelles.

2. L'AMPLIFICATION SOMATOSENSORIELLE

L'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle (EAS ; Annexe 16)* permet de mesurer la tendance à expérimenter des sensations somatiques comme étant particulièrement intenses, dangereuses et dérangeantes. Elaborée à l'origine par Barsky, Whyshak et Klerman (1990), la *Somatosensory Amplification Scale (SAS)* a été traduite et validée en français par nos soins¹⁰².

La consistance interne (alpha de Cronbach = .82) et la fiabilité test-retest ($r = .79$) de la SAS sont satisfaisantes (Speckens, Spinhoven, Sloekers, Bolk, & van Hemert, 1996). Quant à la version française de cette échelle, elle possède une consistance interne équivalente à la version originale (alpha de Cronbach = .81).

L'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle* est une échelle auto-administrée de 10 items, évalués sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *Pas du tout* », à « *Enormément* ». Le score total, qui oscille entre 0 et 40, reflète le degré d'amplification des sensations somatiques ressenties par un sujet.

3. LA PEUR DES SENSATIONS PHYSIQUES

La peur des sensations somatiques a été évaluée à l'aide du *Questionnaire sur les Sensations Physiques (QSP ; Annexe 17)*. Il s'agit de l'adaptation française du *Body Sensations Questionnaire (BSQ ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984)*, traduite par Marchand et Lalonde (1985)¹⁰³ et validée par Stephenson, Marchand, & Lavallée (1998).

Le BSQ évalue le degré d'anxiété générée par la perception de 17 sensations physiologiques communément décrites lors des attaques de panique (palpitations cardiaques,

¹⁰² Bridou, M., & Aguerre, C. (2011). A validation study of the French form of the Somatosensory Amplification Scale in a nonclinical sample. *Soumis à la revue Psychological Reports*.

¹⁰³ Traduction française du *Body Sensations Questionnaire* réalisée par Marchand, A., & Lalonde, J. (1985). *Module de thérapie comportementale*. Hôpital Louis H. Lafontaine, Montréal, Québec, Canada. Extrait de Gosselin, P. (1999). *Spécificité et manipulation de l'intolérance à l'incertitude* (mémoire de maîtrise non publié), Université Laval, Québec, Canada.

transpiration, hyperventilation, etc...). Il est couramment utilisé pour estimer la sévérité du diagnostic d'agoraphobie.

Le *BSQ* est un auto-questionnaire de 17 items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *Cette sensation ne m'effraie pas du tout* » à « *Cette sensation m'effraie énormément* ». Le *BSQ* présente une très bonne consistance interne (alpha de Cronbach = .87), et une fidélité test-retest modérée à un mois d'intervalle ($r = .67$). Le score total, compris entre 17 et 85, met en évidence le degré de perturbations des individus face aux sensations physiques perçues.

4. LES INQUIETUDES ENVERS LA SANTE ET LA MALADIE

Le questionnaire *Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé ? (PSI-S ; Annexe 18)* évalue les inquiétudes relatives à la santé et la maladie (Pelletier, Gosselin, Langlois et Ladouceur, 2002). Le *PSI-S* a été élaboré à partir des concepts généraux provenant du questionnaire *Pourquoi S'Inquiéter ? (PSI)* qui cible tout particulièrement les croyances portant sur des inquiétudes diverses émises par des individus souffrant d'un Trouble d'Anxiété Généralisée (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994).

Pelletier et al. (2002) ont mis en évidence deux dimensions principales : 1) les croyances se rapportant à l'utilité de s'inquiéter de sa santé ; et 2) la pensée magique qui instrumentalise les inquiétudes sur la santé. Ce questionnaire permet également d'évaluer une dimension globale. Les auteurs ont vérifié la cohérence interne de ce questionnaire (alpha de Cronbach = .90) et la fidélité test-retest ($r = .71$).

Le *PSI-S* propose 13 items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *Pas du tout correspondant* » à « *Extrêmement correspondant* ». Le score total témoigne du degré d'inquiétudes, compris entre 0 et 52, que les sujets manifestent à l'égard de leur santé.

5. LES CROYANCES ENVERS LA SANTE ET LA MALADIE

Le *Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé (QCRS, Annexe 19)* permet d'évaluer les croyances erronées et/ou dysfonctionnelles face à la santé. Ce questionnaire a été développé et validé sur une population canadienne francophone par Pelletier, Gosselin, Langlois et Ladouceur (2002).

La structure factorielle du *QCRS* en cinq dimensions met en évidence les croyances relatives à : 1) la pensée magique¹⁰⁴ liée au déclenchement de la maladie ; 2) les

¹⁰⁴ Ce sont des croyances selon lesquelles le simple fait de voir des informations sur la maladie ou y penser peut suffire à la contracter.

représentations de la santé ; 3) les représentations des conséquences potentiellement graves et tragiques de la maladie ; 4) le sentiment de responsabilité face à la maladie ; et 5) le sentiment de vulnérabilité face à la maladie. Ce questionnaire permet également d'évaluer une dimension globale. Les auteurs ont également calculé la cohérence interne de ce questionnaire (alpha de Cronbach = .80), ainsi que la fidélité test-retest ($r = .70$).

Le *QCRS* comporte 19 items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *Pas du tout correspondant* » à « *Extrêmement correspondant* ». Le score total, compris entre 0 et 76, illustre la force des croyances reliées à la santé.

6. L'ANXIETE GENERALE

L'anxiété-état et l'anxiété-trait ont été évaluées avec l'*Inventaire d'Anxiété Trait-Etat* (Annexe 20), adaptation française du *State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Forme Y* ; Spielberger, 1983 ; Bruchon-Schweitzer & Paulhan, 1993).

Ce questionnaire a pour originalité de proposer deux échelles pouvant être administrées de manière indépendante, l'une mesurant l'anxiété actuelle au moment de la passation (anxiété-état ; Forme Y-A) et l'autre évaluant le tempérament anxieux habituel du sujet (anxiété-trait ; Forme Y-B). Selon Spielberger (1983), la consistance interne de la *STAI* est excellente (alpha de Cronbach supérieur à .90). Par ailleurs, la fidélité test-retest de la forme Y-B serait meilleure que celle de la forme Y-A (Spielberger, 1983).

La *STAI* est constituée de 40 items sur une échelle de type Likert en quatre points. La cotation des items 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16, 19 est inversée. Le score total à chaque échelle, compris entre 0 et 60, met en évidence le degré d'anxiété des individus.

III. PROCEDURE

Dans un premier temps, les items du *Health Anxiety Questionnaire* (Lucock & Morley, 1996) ont été traduits en français indépendamment par un enseignant-chercheur en psychologie et une doctorante en psychologie. L'objectif était de rendre compte au mieux du contenu des items, de l'intitulé de la consigne, et des modalités d'administration de la version anglophone initiale (Hambleton, 2005). Les deux versions françaises ainsi obtenues ont été comparées dans le but d'établir un consensus avec le souci constant de conserver un vocabulaire accessible au plus grand nombre et des structures grammaticales les plus simples possibles. Enfin, la méthode de la *traduction inversée*¹⁰⁵ a été utilisée pour s'assurer de la

¹⁰⁵ Il s'agit de la méthode « *backward translation* » (Hambleton, 2005).

justesse de la traduction française comparativement à la version originale du questionnaire (Vallerand, 1989). Une traductrice professionnelle a donc traduit la version française en anglais afin de vérifier sa concordance avec la version initiale de Lucock & Morley (1996).

Par la suite, plusieurs études successives ont été menées sur quatre ans impliquant des lieux de recueil de données différents afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible de la population adulte francophone. Les participants étaient inclus dans l'étude sur la base du volontariat. L'anonymat et la confidentialité des réponses étaient explicitement assurés et l'objectif de l'étude était succinctement décrit. Les participants devaient remplir à domicile une batterie de questionnaires différente selon les études. Dans la première étude, les participants ont rempli uniquement le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*. Dans la seconde, ils ont rempli le *QAS* et l'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle*. Dans la troisième, ils ont rempli le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* et le *Questionnaire des Croyances envers la Santé*. Enfin, dans la dernière étude, ils ont rempli le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*, le *Questionnaire sur les Sensations Physiques*, le *Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé*, et l'*Inventaire d'Anxiété Trait-Etat*.

IV. ANALYSE DES DONNEES

L'ensemble des données a été analysé avec les logiciels STATISTICA[®] version 9.1 et SPSS[®] STATISTICS version 20.

Des tests t de Student ont été effectués afin de comparer les moyennes de scores obtenus entre les hommes et les femmes aux différents questionnaires ainsi qu'entre les sujets jeunes et âgés. Une analyse factorielle en composantes principales a été réalisée pour mettre en évidence la structure factorielle sous-jacente du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* auprès d'un échantillon de la population française. Une analyse factorielle confirmatoire a été menée afin d'identifier le modèle factoriel théorique issu de la littérature présentant le meilleur ajustement sur un échantillon de la population française.

En outre, des coefficients alpha de Cronbach ont été calculés pour rendre compte de la consistance interne du *QAS* et de ses dimensions. Des coefficients de corrélations de Bravais Pearson ont été également calculés afin de vérifier la fidélité test-retest et les validités convergente et discriminante du *QAS*. Enfin, une analyse de variance a été effectuée pour rendre compte de la validité de critère du *QAS*.

RESULTATS

I. ANALYSES DESCRIPTIVES

Les moyennes et les écarts types obtenus par les participants aux différents questionnaires sont présentés dans le tableau 15. Des tests t de Student ont été effectués afin de comparer les moyennes des scores obtenus entre les hommes et les femmes aux différents questionnaires utilisés dans cette étude (Tableau 16). Les résultats révèlent une différence significative entre les moyennes des hommes et des femmes obtenues au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* [$t(1162) = 3,87$; $p < .001$], ainsi que sur toutes les dimensions de ce questionnaire. Les scores moyens obtenus au *QAS* sont significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, une différence significative existe entre les moyennes des hommes et des femmes à la dimension « *Représentations des conséquences de la maladie* » du *Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé* [$t(179) = 2,07$; $p < .05$] et au *Questionnaire des Sensations Physiques* [$t(46) = 2,54$; $p < .001$]. Les femmes obtiennent un score moyen significativement plus élevé que celui des hommes sur ces questionnaires. En revanche, aucune différence significative n'a été décelée entre les moyennes des hommes et des femmes à l'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle*, au *Pourquoi s'Inquiéter face à la Santé*, et à l'*Inventaire d'Anxiété Trait-Etat*.

En outre, des tests t de Student ont été effectués afin de comparer les moyennes des scores obtenus entre les sujets « jeunes » (âge compris entre 18 et 40 ans) et « âgés » (âge compris entre 50 et 74 ans) aux différents questionnaires utilisés dans cette étude (Tableau 16). Les résultats révèlent une différence significative entre les moyennes des sujets jeunes et âgés obtenues au *QAS* [$t(1162) = 2,35$; $p < .05$]. Les scores moyens obtenus au *QAS* sont significativement plus élevés chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes. De plus, des différences significatives existent entre les moyennes des sujets jeunes et âgés aux dimensions « *Recherche de réassurance* » ([$t(1162) = 2,69$; $p < .05$]) et « *Inquiétudes et préoccupations relatives aux sensations somatiques* » ([$t(1162) = 3,42$; $p < .001$]) du *QAS*, ainsi qu'aux dimensions « *Conséquences de la maladie* » ([$t(179) = 3,81$; $p < .001$]) et « *Vulnérabilité face à la maladie* » ([$t(179) = 3,95$; $p < .001$]), et à l'ensemble du *QCRS* [$t(179) = 2,17$; $p < .05$]. Les sujets âgés obtiennent un score moyen significativement plus élevé que celui des sujets jeunes sur ces dimensions. En revanche, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les moyennes des sujets jeunes et âgés à l'*Echelle d'Amplification*

Somatosensorielle, au Questionnaire des Sensations Physiques, au Pourquoi s'Inquiéter face à la Santé, et à l'Inventaire d'Anxiété Trait-Etat.

Tableau 15: *Statistiques descriptives des participants aux différents questionnaires.*

| | Effectif | Moyenne | Ecart type |
|---|----------|---------|------------|
| Questionnaire d'Anxiété envers la Santé | 1165 | 47,86 | 13,09 |
| Peur de la maladie et de la mort | - | 16,83 | 5,79 |
| Retentissement sur le quotidien | - | 5,68 | 2,47 |
| Recherche de réassurance | - | 9,41 | 3,23 |
| Inquiétudes relatives aux sensations somatiques | - | 15,95 | 4,56 |
| Echelle d'Amplification Somatosensorielle | 126 | 21,83 | 5,27 |
| Questionnaire des Sensations Physiques | 48 | 33,83 | 8,95 |
| Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé ? | 48 | 21,85 | 7,22 |
| Utilité des inquiétudes | - | 15,29 | 5,82 |
| Pensée magique | - | 6,56 | 2,28 |
| Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé | 181 | 35,23 | 8,98 |
| Pensée magique | - | 5,06 | 1,84 |
| Représentations de la santé | - | 7,21 | 3,02 |
| Conséquences de la maladie | - | 8,28 | 3,11 |
| Responsabilité face à la maladie | - | 9,31 | 3,37 |
| Vulnérabilité face à la maladie | - | 5,59 | 2,38 |
| Inventaire d'Anxiété-Etat | 48 | 44,73 | 8,99 |
| Inventaire d'Anxiété-Trait | 48 | 46,39 | 4,39 |

Tableau 16: *Comparaison des moyennes de scores obtenus entre les hommes et les femmes, puis entre les sujets « jeunes » et « âgés » aux différents questionnaires.*

| | Sexe | | | Age | | |
|--|--------|--------|--------|-------|--------|--------|
| | Femmes | Hommes | t | Agés | Jeunes | t |
| Questionnaire d'Anxiété envers la Santé | 49,35 | 46,25 | 3,87** | 48,95 | 47,09 | 2,35* |
| Peur de la maladie et de la mort | 17,46 | 16,16 | 3,68** | 17,18 | 16,65 | 1,52 |
| Retentissement sur le quotidien | 5,84 | 5,40 | 2,91* | 5,61 | 5,73 | -0,83 |
| Recherche de réassurance | 9,65 | 9,15 | 2,54* | 9,68 | 9,12 | 2,69* |
| Inquiétudes liées aux sensations somatiques | 16,40 | 15,53 | 3,11* | 16,48 | 15,54 | 3,42** |
| Echelle d'Amplification Somatosensorielle | 22,27 | 21,30 | 1,04 | 22,54 | 21,67 | 0,73 |
| Questionnaire des Sensations Physiques | 36,03 | 29,44 | 2,54** | 34,64 | 33,15 | 0,57 |
| Pourquoi S'Inquiéter face à la Santé ? | 22,56 | 20,44 | 0,96 | 23,27 | 20,65 | 1,26 |
| Utilité des inquiétudes | 16,16 | 13,56 | 1,47 | 16,50 | 14,27 | 1,33 |
| Pensée magique | 6,41 | 6,87 | -0,67 | 6,77 | 6,38 | 0,58 |
| Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé | 35,65 | 34,49 | 0,83 | 37,24 | 34,21 | 2,17* |
| Pensée magique | 5,12 | 4,95 | 0,58 | 4,91 | 5,14 | -0,82 |
| Représentations de la santé | 7,40 | 6,88 | 1,12 | 7,56 | 7,02 | 1,15 |
| Conséquences de la maladie | 8,63 | 7,66 | 2,07* | 9,41 | 7,66 | 3,81** |
| Responsabilité face à la maladie | 9,29 | 9,36 | -0,14 | 9,37 | 9,28 | 0,16 |
| Vulnérabilité face à la maladie | 5,51 | 5,73 | -0,60 | 6,50 | 5,10 | 3,95** |
| Inventaire d'Anxiété-Etat | 45,09 | 44,00 | 0,39 | 47,00 | 42,81 | 1,64 |
| Inventaire d'Anxiété-Trait | 46,88 | 45,44 | 1,07 | 45,91 | 46,81 | -0,70 |

Note : Seuils de significativité *p<.05 ; **p<.001.

II. STRUCTURE FACTORIELLE DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

L'ensemble des données obtenues au QAS a été divisé en deux parties équivalentes afin de réaliser les analyses factorielles exploratoires et confirmatoires. Plus précisément, l'analyse factorielle exploratoire a été réalisée avec un échantillon de 555 individus âgés de 18 à 74 ans (moyenne d'âge de 45,07 ans; écart type de 13,27), dont 324 femmes (moyenne d'âge de 45,10 ans et écart type de 13,29) et 231 hommes (moyenne d'âge de 45,01 ans et écart type de 13,27). Une analyse comparative n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les moyennes d'âge des hommes et des femmes [$t(553) = -0,08$; $p = .93$, NS]. L'analyse factorielle confirmatoire a été réalisée avec un échantillon de 562 individus âgés de 18 à 74 ans (moyenne d'âge de 46,07 ans; écart type de 12,64), dont 341 femmes (moyenne d'âge de 45,10 ans et écart type de 13,17) et 221 hommes (moyenne d'âge de 47,57 ans et écart type de 11,65). Une analyse comparative a mis en évidence une différence significative entre les moyennes d'âge des hommes et des femmes [$t(560) = -2,27$; $p < .05$]. Les hommes sont en moyenne légèrement plus âgés que les femmes dans cet échantillon.

1. ANALYSE FACTORIELLE EN COMPOSANTES PRINCIPALES

L'analyse factorielle en composantes principales est notamment utilisée pour identifier la structure des relations entre plusieurs variables inter-corrélées dans le but de les combiner en grandes dimensions (Hill & Lewicki, 2007).

Dans un premier temps, une mesure d'adéquation de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin¹⁰⁶ (KMO) a été effectuée afin de déterminer si une analyse factorielle était susceptible d'être réalisée à partir des données obtenues dans le cadre de cette étude. Un indice KMO compris entre .5 et 1 indique généralement que les items partagent suffisamment de variance pour qu'une analyse factorielle soit appropriée. La valeur de l'indice KMO était de .92 pour les données de cette étude. En outre, la significativité du test de sphéricité de Bartlett [$\chi^2(210) = 6035,81$; $p < .001$] a confirmé qu'une analyse factorielle en composantes principales pouvait être effectuée sur la base des données obtenues auprès des participants de cette étude.

¹⁰⁶ Il s'agit ici d'évaluer l'importance des coefficients de corrélation observés comparativement à celle des coefficients de corrélations partielles.

Dans un second temps, une analyse factorielle en composantes principales avec rotation orthogonale Varimax a été réalisée afin d'identifier la structure factorielle du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*. Le nombre de composantes a été déterminé en examinant : 1) les valeurs propres¹⁰⁷ des différents facteurs extraits de l'analyse en tenant compte du critère de Kaiser¹⁰⁸ (1960) ; 2) le test d'accumulation de variance de Cattell¹⁰⁹ (Cattell, 1966) ; 3) le pourcentage de variance expliquée par chaque composante ; et 4) l'interprétabilité¹¹⁰ de la solution factorielle obtenue. Le recours à ces différents critères s'est imposé pour pallier au caractère arbitraire du processus d'extraction des composantes de l'analyse (Hayton, Allen, & Scarpello, 2004). En effet, il semble important de considérer plusieurs critères car certains inciteraient à faire retenir trop de facteurs¹¹¹, tandis que d'autres pas suffisamment¹¹² (Costello & Osborne, 2005 ; Wood, Tataryn, & Gorsuch, 1996). Les valeurs propres des composantes, le tracé des valeurs propres (Figure 18), le pourcentage total de variance expliquée, et la signification des composantes extraites convergent vers une structure factorielle en quatre dimensions distinctes (Tableau 17).

La composante 1 (items 3, 10, 14, 15, 19, 20, et 21) réfère à la dimension émotionnelle de l'anxiété envers la santé, c'est-à-dire à la peur de la maladie et de la mort. La composante 2 (items 16, 17, 18) renvoie au retentissement potentiellement néfaste de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne. La composante 3 (items 8, 9, 11, 12, 13) regroupe les items relatifs à la dimension comportementale de l'anxiété envers la santé, à savoir aux comportements de recherche de réassurance. La composante 4 (items 1, 2, 4, 5, 6, 7) se rapporte à la dimension perceptivo-cognitive de l'anxiété envers la santé, c'est-à-dire aux inquiétudes et préoccupations relatives aux sensations corporelles et/ou physiologiques perçues évoquant une maladie somatique. L'ensemble de la solution factorielle représente 62,11% de la variance.

¹⁰⁷ Eigenvalues.

¹⁰⁸ Le critère de Kaiser (1960) propose de ne retenir que les composantes dont la valeur propre est supérieure à 1.

¹⁰⁹ Le *test d'accumulation de variance de Cattell* (aussi appelé *test du coude de Cattell* ou *scree test*) est une méthode graphique basée sur le tracé des valeurs propres des différentes composantes. Ce critère propose d'arrêter l'extraction des composantes au point d'inflexion de la courbe, c'est-à-dire lorsque celle-ci s'effondre brusquement.

¹¹⁰ Il s'agit d'examiner les différentes solutions factorielles et de choisir celle qui a le plus de sens au regard des concepts étudiés.

¹¹¹ Le critère de Kaiser, par exemple.

¹¹² Le test de Cattell, par exemple.

Les indices de communalité¹¹³ des items, compris entre .44 et .81, indiquent que la variance de chaque item est bien représentée par la solution factorielle à quatre dimensions (Tableau 17). En effet, les indices de communalité permettent de vérifier que les items sont bel et bien reliés aux autres items d'un même facteur et/ou qu'il n'existe pas d'autre facteur non exploré (Hill & Lewicki, 2007). Ils sont considérés comme élevés lorsqu'ils sont supérieurs ou égaux à .8 ; comme modérés lorsqu'ils se situent entre .40 et .70 ; et comme insuffisants en-deçà de .40 (Costello & Osborne, 2005). En outre, les saturations factorielles des items sur leurs dimensions respectives, oscillant entre .47 et .86, sont présentées au sein du tableau 17. Il est généralement recommandé de ne conserver que les items dont le poids factoriel est égal ou supérieur à .32 (Tabachnick & Fidell, 2001). Cependant, quatre items (items 2, 3, 9, et 10) saturaient deux facteurs différents. Ils ont malgré tout été conservés car ils étaient suffisamment interprétables au sein de leur dimension principale.

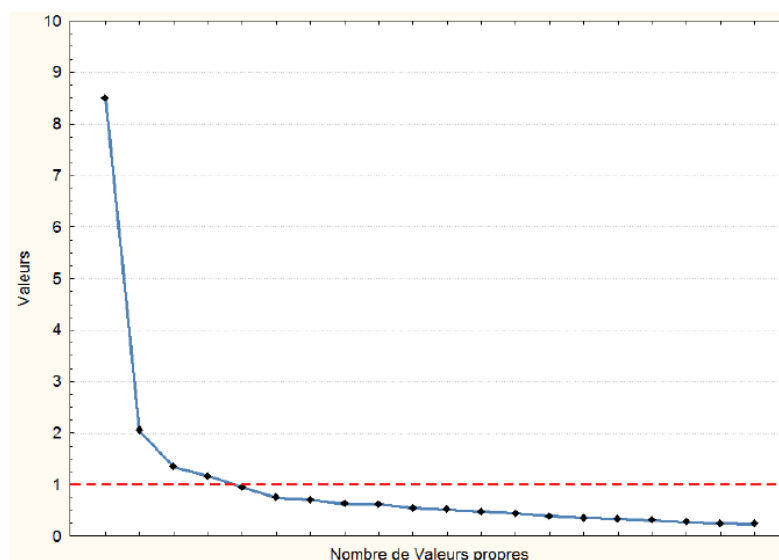


Figure 18: *Tracé des valeurs propres.*

¹¹³ La communalité est la proportion de variance d'un item particulier partagée avec les autres items d'un facteur commun.

Tableau 17: Structure factorielle du Questionnaire d'Anxiété envers la Santé.

| Items | Composantes | | | | Communalités |
|---|-------------|------|--------|--------|--------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 19. Avez-vous peur d'avoir un cancer? | 0,78 | | | | 0,73 |
| 15. Avez-vous peur de mourir bientôt? | 0,75 | | | | 0,63 |
| 20. Avez-vous peur d'avoir une maladie cardiaque? | 0,73 | | | | 0,60 |
| 21. Avez-vous peur d'avoir une autre maladie grave? | 0,70 | | | | 0,67 |
| 14. Les informations qui vous rappellent la mort (comme des funérailles, les rubriques nécrologiques) vous effraient-elles? | 0,67 | | | | 0,51 |
| 3. Penser à une maladie grave vous effraie-t-il? | 0,63 | | | (0,50) | 0,64 |
| 10. Lorsque vous entendez parler de la maladie ou de la mort de quelqu'un que vous connaissez, avez-vous alors tendance à vous préoccuper davantage de votre état de santé? | 0,49 | | (0,44) | | 0,55 |
| 17. Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de vous concentrer sur ce que vous êtes en train de faire? | | 0,86 | | | 0,81 |
| 18. Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de vous amuser? | | 0,84 | | | 0,77 |
| 16. Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de travailler durant les 6 derniers mois? | | 0,77 | | | 0,62 |
| 13. Avez-vous tendance à étudier les symptômes de certaines maladies pour voir si vous pourriez souffrir de l'une d'elles? | | | 0,75 | | 0,66 |
| 12. Lorsque vous ressentez des sensations corporelles déplaisantes, avez-vous tendance à questionner votre entourage (amis, famille) à ce propos? | | | 0,73 | | 0,44 |
| 8. Examinez-vous parfois votre corps pour vérifier si quelque chose ne va pas. | | | 0,58 | | 0,52 |
| 11. Lorsque vous lisez ou entendez quelque chose au sujet d'une maladie à la TV ou à la radio, pensez-vous avoir cette maladie ou présenter certains de ces symptômes? | | | 0,57 | | 0,52 |
| 9. Lorsque vous vous levez le matin, trouvez-vous que vous commencez très tôt à vous préoccuper de votre santé? | | | 0,47 | (0,42) | 0,50 |
| 5. Lorsque vous percevez une sensation corporelle déplaisante, cela vous tracasse-t-il? | | | | 0,75 | 0,67 |
| 4. Lorsque vous percevez une sensation corporelle déplaisante, éprouvez-vous des difficultés à penser à autre chose? | | | | 0,72 | 0,66 |
| 6. Lorsque vous ressentez une douleur physique, inquiétez-vous du fait qu'elle puisse résulter d'une maladie grave? | | | | 0,72 | 0,63 |
| 7. Trouvez-vous difficile de ne pas laisser vos préoccupations sur votre santé envahir votre esprit? | | | | 0,65 | 0,62 |
| 1. Etes-vous inquiet(ète) au sujet de votre santé? | | | | 0,64 | 0,57 |
| 2. Etes-vous préoccupé(e) par le fait que vous puissiez contracter une maladie grave dans le futur? | (0,56) | | | 0,58 | 0,66 |
| Valeurs propres | 8,49 | 2,05 | 1,34 | 1,56 | |
| Pourcentage de variance expliquée | 40,43 | 9,76 | 6,40 | 5,52 | |

Note : Composante 1 : Peur de la maladie et de la mort ; Composante 2 : Retentissement de l'anxiété envers la santé sur le quotidien ; Composante 3 : Comportements de recherche de réassurance ; Composante 4 : Inquiétudes et préoccupations liées à la perception de sensations corporelles et/ou physiologiques évoquant une maladie somatique.

2. ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

Une analyse factorielle confirmatoire a été réalisée afin de comparer les structures factorielles du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* obtenues à partir de plusieurs échantillons d'individus de nationalités et cultures différentes. L'objectif était d'identifier la structure factorielle correspondant au meilleur modèle dans l'échantillon de la population française de cette étude. Plusieurs indicateurs d'adéquation des modèles testés ont été retenus pour cette analyse : 1) le rapport du chi-carré sur le nombre de degrés de liberté correspondant (χ^2/ddl) ; 2) le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) ; 3) le *Goodness of Fit Index* (GFI) ; 4) l'*Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI). Plus précisément, un χ^2 significatif indique que les différences entre la matrice observée et la matrice reproduite ne sont pas imputables à des erreurs d'échantillonnage. En outre, une valeur χ^2/ddl inférieure à 3 signifie habituellement que les données s'ajustent bien au modèle théorique proposé (Jöreskog & Sörbom, 1993). Par ailleurs, un modèle présente un ajustement satisfaisant si le RMSEA est inférieur à .08 (Hu & Bentler, 1999), et si le GFI et l'AGFI sont supérieurs à .9 (Tabachnik & Fidell, 2001). Les modèles testés, issus de la littérature, sont présentés dans les paragraphes suivants.

2.1. LE MODELE UNIFACTORIEL DE WOLFRADT ET HÄRTER

Le modèle de Wolfradt et Härter (2004) est basé sur une solution unifactorielle composée de l'ensemble des items du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*.

2.2. LE MODELE A TROIS FACTEURS DE VASILESCU

Le modèle de Vasilescu (2009) propose une solution factorielle en trois dimensions. La première composante renvoie à la « *Peur de la maladie et de la mort* » et regroupe les items 3, 6, 10, 11, 14, 15, 16, 17, et 18. La seconde composante correspond aux items 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 19, 20, et 21, et rend compte des « *Préoccupations et inquiétudes relatives à la santé et leur interférence avec la vie quotidienne* ». Enfin, la troisième composante relative aux « *Comportements de recherche de réassurance* », est composée des items 5, 12, et 13.

2.3. LE MODELE A QUATRE FACTEURS DE LUCOCK ET MORLEY

Le modèle initial de Lucock et Morley (1996) repose sur une solution factorielle en quatre composantes, dont les trois dimensions théoriques de l'anxiété envers la santé, à savoir les dimensions émotionnelle, perceptivo-cognitive, et comportementale (Salkovskis & Warwick, 1986 ; Warwick, 1989). La première composante, regroupant les items 3, 10, 14,

15, 19, 20, et 21, renvoie à la « *Peur de la maladie et de la mort* ». La seconde composante correspond au « *Retentissement de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne* », et inclue les items 16, 17, et 18. La troisième composante regroupe les items 8, 9, 11, 12, et 13, relatifs aux « *Comportements de recherche de réassurance* ». La dernière composante se rapporte aux « *Inquiétudes et préoccupations relatives à la maladie* » et se compose des items 1, 2, 4, 5, 6, et 7.

Aucun des trois modèles testés ne satisfait véritablement les critères d'ajustement pris en compte dans cette analyse factorielle confirmatoire (Tableau 18). Cependant, le modèle à quatre facteurs de Lucock et Morley (1996) semble obtenir de meilleurs indices d'adéquation comparativement aux deux autres ($\chi^2/\text{ddl} = 8,98$; RMSEA = .121 ; GFI = .772 ; AGFI = .721).

Tableau 18: Indices d'ajustement pour chacun des modèles théoriques éprouvés.

| Modèles testés | χ^2 | ddl | χ^2/ddl | RMSEA | GFI | AGFI |
|--|-----------|-----|---------------------|-------|------|------|
| Modèle à 1 facteur (Wolfradt & Härter, 2004) | 1824,10** | 189 | 9,65 | .134 | .738 | .680 |
| Modèle à 3 facteurs (Vasilescu, 2009) | 2061,23** | 168 | 12,27 | .160 | .685 | .611 |
| Modèle à 4 facteurs (Lucock & Morley, 1996) | 1698,03** | 189 | 8,98 | .121 | .772 | .721 |

Note: χ^2/ddl = rapport de la valeur du chi-carré sur le degré de liberté correspondant; **RMSEA** = *Root Mean Square Error of Approximation*; **GFI** = *Goodness of Fit Index*; **AGFI** = *Adjusted Goodness of Fit Index*.

**Seuil de significativité $p < .001$.

3. CORRELATIONS ENTRE LES DIFFERENTS FACTEURS DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

La matrice de corrélations entre les moyennes des scores obtenus aux dimensions « *Peur de la maladie et de la mort* », « *Retentissement de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne* », « *Comportements de recherche de réassurance* », « *Inquiétudes et préoccupations relatives aux sensations somatiques* », et au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* est présentée dans le tableau 19. Tous les coefficients de corrélation, compris entre .27 et .89, sont significatifs au seuil $p < .001$, indiquant que toutes les dimensions précitées sont corrélées entre elles.

Tableau 19: Matrice de corrélations entre les différents facteurs du Questionnaire d'Anxiété envers la Santé.

| | QAS | QAS-1 | QAS-2 | QAS-3 | QAS-4 |
|-------|------|--------|--------|--------|--------|
| QAS | 1,00 | 0,88** | 0,53** | 0,81** | 0,89** |
| QAS-1 | | 1,00 | 0,27** | 0,61** | 0,70** |
| QAS-2 | | | 1,00 | 0,36** | 0,38** |
| QAS-3 | | | | 1,00 | 0,65** |
| QAS-4 | | | | | 1,00 |

Note : Les corrélations ** sont significatives à $p < .001$.

QAS : Questionnaire d'Anxiété envers la Santé ; QAS-1 : Sous-échelle Peur de la maladie et de la mort du QAS ; QAS-2 : Sous-échelle Retentissement sur le quotidien du QAS ; QAS-3 : Sous-échelle Recherche de réassurance du QAS ; QAS-4 : Sous-échelle Préoccupations envers les sensations somatiques.

III. CRITERES DE FIDELITE DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1. CONSISTANCE INTERNE

La consistance interne du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* et de ses quatre sous-échelles a été évaluée pour rendre compte du critère de fidélité de cet instrument de mesure. Rappelons que le coefficient alpha de Cronbach doit être égal ou supérieur à .60 pour garantir une homogénéité suffisante du questionnaire. Le coefficient alpha de Cronbach obtenu pour l'ensemble des items du questionnaire est égal à .92. Les coefficients alpha de Cronbach pour les dimensions « *Peur de la maladie et de la mort* », « *Retentissement de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne* », « *Recherche de réassurance* », et « *Préoccupations relatives aux sensations somatiques* » sont respectivement de .88, .82, .76, et .87.

2. FIDELITE TEST-RETEST

La fidélité test-retest du Questionnaire d'Anxiété envers la Santé a été calculée sur un intervalle de six semaines. Le coefficient de corrélation de Pearson est modéré mais significatif ($r = .69, p < .05$). Les coefficients de corrélation de Pearson sont de .62 pour la dimension émotionnelle, de .54 pour le retentissement de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne, de .56 pour la dimension comportementale, et de .54 pour la dimension perceptivo-cognitive.

IV. CRITERES DE VALIDITE DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1. VALIDITE DE CONSTRUIT DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1.1. VALIDITE CONVERGENTE

Afin de vérifier la validité convergente du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*, des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés entre les scores obtenus au *QAS* et ceux obtenus à une batterie de questionnaires évaluant chacun une dimension différente de l'anxiété envers la santé : l'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle* (dimension perceptivo-émotionnelle), au *Questionnaire sur les Sensations Physiques* (dimension perceptivo-émotionnelle), au *Pourquoi S'Inquiéter envers la Santé* (dimension émotionnelle), et au *Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé* (dimension cognitive). Les résultats, présentés dans les tableaux 20 et 21, indiquent l'existence de corrélations significatives entre le *QAS* et tous les questionnaires pré-cités, à l'exception de la sous-échelle « *Représentation de la santé* » du *QCRS*, dont les items font explicitement référence à la croyance selon laquelle être et/ou se sentir en bonne santé découle nécessairement du fait de ne manifester aucun symptôme physique. La sous-échelle « *Peur de la maladie et de la mort* » du *QAS* corrèle significativement avec tous les questionnaires mentionnés ci-dessus, sauf avec les dimensions « *Représentation de la santé* », « *Représentation des conséquences de la maladie* », et « *Sentiment de vulnérabilité face à la maladie* » du *QCRS*. La sous-échelle « *Retentissement sur le quotidien* » du *QAS* corrèle significativement avec l'*EAS* et le *QCRS*. La sous-échelle « *Recherche de réassurance* » du *QAS* corrèle significativement avec tous les questionnaires mentionnés ci-dessus, à l'exception du *QSP* et des dimensions « *Représentation de la santé* », et « *Représentation des conséquences de la maladie* » du *QCRS*. Enfin, la sous-échelle « *Préoccupations envers la maladie* » du *QAS* corrèle significativement avec tous les questionnaires mentionnés ci-dessus, sauf avec les dimensions « *Utilité des inquiétudes* » et « *Pensée magique* » du *PSI-S*, et les sous-échelles « *Représentation de la santé* », et « *Représentation des conséquences de la maladie* » du *QCRS*.

Tableau 20: Coefficients de corrélation entre les scores obtenus au QAS et à l'EAS, au QSP, au PSI-S.

| | EAS | QSP | PSI-S | PSI-1 | PSI-2 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| QAS | 0,42** | 0,55** | 0,53** | 0,48** | 0,44* |
| Peur de la maladie et de la mort | 0,34** | 0,59** | 0,43* | 0,40* | 0,35* |
| Retentissement sur le quotidien | 0,31** | 0,24 | 0,28 | 0,27 | 0,19 |
| Recherche de réassurance | 0,36** | 0,27 | 0,58** | 0,54** | 0,48** |
| Préoccupations liées aux sensations | 0,30** | 0,37* | 0,29* | 0,25 | 0,27 |

Note : Seuils de significativité * $p < .05$; ** $p < .001$.

EAS : Echelle d'Amplification Somatosensorielle ; QSP : Questionnaire sur les Sensations Physiques ;

PSI-S : Pourquoi S'inquiéter face à la Santé ? ; PSI-1 : Sous-échelle Utilité des inquiétudes du PSI-S ;

PSI-2 : Sous-échelle Pensée magique du PSI-S.

Tableau 21: Coefficients de corrélations entre le QAS et le QCRS.

| | QCRS | QCRS-1 | QCRS-2 | QCRS-3 | QCRS-4 | QCRS-5 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| QAS | 0,32** | 0,39** | 0,08 | 0,30** | 0,15* | 0,20* |
| Peur de la maladie et de la mort | 0,24* | 0,23* | 0,032 | 0,30** | 0,13 | 0,12 |
| Retentissement sur le quotidien | 0,26** | 0,31** | 0,12 | 0,16* | 0,18* | 0,13 |
| Recherche de réassurance | 0,26** | 0,41** | 0,03 | 0,21* | 0,14 | 0,18* |
| Préoccupations liées aux sensations | 0,29** | 0,37** | 0,10 | 0,24* | 0,09 | 0,23* |

Note : Seuils de significativité * $p < .05$; ** $p < .001$.

QCRS : Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé ; QCRS-1 : Sous-échelle Pensée magique du

QCRS ; QCRS-2 : Sous-échelle Représentation de la santé du QCRS ; QCRS-3 : Sous-échelle

Conséquences de la maladie du QCRS ; QCRS-4 : Sous-échelle Responsabilité face à la maladie du

QCRS ; QCRS-5 : Sous-échelle Vulnérabilité face à la maladie du QCRS.

1.2. VALIDITE DIVERGENTE

Des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés entre les scores obtenus au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* et ceux obtenus à l'*Inventaire d'Anxiété Trait-Etat* qui évalue l'anxiété générale (Tableau 22). Les résultats indiquent des corrélations modérées mais significatives entre le QAS ($r = .34$, $p < .05$), la sous-échelle « *Retentissement sur le quotidien* » ($r = .34$, $p < .05$), la dimension « *Recherche de réassurance* » ($r = .32$, $p < .05$) et l'anxiété-état. En revanche, aucune corrélation significative n'a été mise en évidence entre l'anxiété envers la santé et l'anxiété-trait.

Tableau 22 : Coefficients de corrélation entre les scores obtenus au QAS et au STAI.

| | Anxiété-état | Anxiété-trait |
|-------------------------------------|--------------|---------------|
| Anxiété envers la santé | 0,34* | 0,15 |
| Peur de la maladie et de la mort | 0,23 | 0,20 |
| Retentissement sur le quotidien | 0,34* | -0,02 |
| Recherche de réassurance | 0,32* | 0,03 |
| Préoccupations liées aux sensations | 0,20 | 0,14 |

Note : Seuils de significativité * $p < .05$; ** $p < .001$.

2. VALIDITE DE CRITERE

Une analyse de variance a été effectuée afin d'identifier l'existence d'une différence significative entre les moyennes des scores obtenus au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* par les individus ayant une forte propension à détecter et amplifier les sensations physiques (individus ayant obtenu un score à l'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle* égal ou supérieur au 80^{ème} percentile), ceux ayant une tendance modérée à l'amplification somatosensorielle (individus ayant obtenu un score à l'*EAS* se situant entre le 40^{ème} et 60^{ème} percentile), et ceux dont cette tendance est relativement faible (individus ayant obtenu un score à l'*EAS* inférieur ou égal au 20^{ème} percentile). Cette analyse indique une différence significative entre les trois groupes quant à leur moyenne au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* [F (2, 84) = 9,82, p<.001] (Figure 19). En effet, la moyenne des scores obtenus au *QAS* par les individus tendant fortement à amplifier les sensations physiques (Moyenne = 52,88 ; Ecart type = 12,24) s'avère significativement plus importante que celle des individus amplifiant modérément les sensations physiques (Moyenne = 44,00 ; Ecart type = 9,16), qui est elle-même plus importante que celle des individus qui amplifient peu ou pas du tout les sensations somatiques (Moyenne = 40,43 ; Ecart type = 10,58).

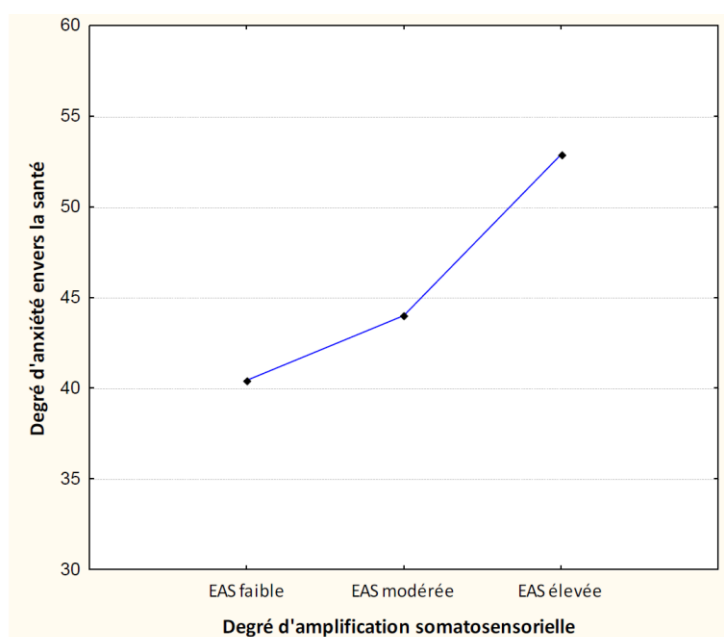


Figure 19: Degré d'anxiété envers la santé selon le degré d'amplification somatosensorielle.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de présenter une adaptation francophone du *Health Anxiety Questionnaire* (Lucock & Morley, 1996) et d'explorer ses propriétés psychométriques auprès d'une population adulte. Plus précisément, la structure factorielle, la consistance interne, la fidélité test-retest, et la validité de construit du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* ont été spécifiquement étudiées.

I. ANALYSES DESCRIPTIVES

La moyenne des scores obtenus au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* par les participants de cette étude (moyenne = 47,86 ans) est relativement élevée pour une population non diagnostiquée comme hypocondriaque au regard des résultats provenant d'études similaires. En effet, la moyenne des scores obtenus au *Health Anxiety Questionnaire* oscille entre 36,48 et 42,90 selon les études pour une population non clinique (Lucock & Morley, 1996 ; Vasilescu, 2009). En outre, la moyenne des scores obtenus à ce questionnaire par des individus hypocondriaques est nettement supérieure et varie de 56,09 à 76,51 selon ces mêmes études (Lucock & Morley, 1996 ; Vasilescu, 2009). Ceci suggère que les préoccupations relatives à la santé sont légèrement plus importantes dans cet échantillon de la population française.

Par ailleurs, les femmes tendent à obtenir des scores supérieurs à ceux des hommes au *QAS* comme à l'ensemble de ses sous-échelles. Ce résultat est congruent avec les données épidémiologiques disponibles dans la littérature portant sur l'anxiété envers la santé. Les formes modérées d'anxiété envers la santé sont plus fréquentes chez les femmes, compte tenu du fait qu'elles entretiennent davantage d'inquiétudes relatives à la maladie que les hommes (Beichhardt & Hiller, 2007). En revanche, celles-ci ne semblent pas se différencier des hommes en ce qui concerne la propension à adhérer à un certain nombre de croyances erronées envers la santé en général et la maladie en particulier (Pelletier, Gosselin, Langlois, & Ladouceur, 2002). En outre, elles ne tendent pas à amplifier davantage leurs sensations somatiques et physiologiques comparativement aux hommes (MacSwain, et al., 2009).

Notons également que les sujets plus âgés obtiennent des scores significativement plus élevés en moyenne que les sujets plus jeunes au *QAS*. Ce résultat ne semble pas surprenant dans la mesure où l'anxiété envers la santé tend le plus souvent à augmenter avec l'âge. En vieillissant, les individus sont moins confiants envers leur état de santé car ils prennent

progressivement conscience des désagréments induits par les changements corporels liés à l'âge. Inquiets, les individus vieillissants se rassurent en adoptant davantage de comportements salutogènes et en consultant plus régulièrement leur médecin (Beichhardt & Hiller, 2007).

II. STRUCTURE FACTORIELLE DU QUESTIONNAIRE D'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ

Quatre dimensions ont été extraites de l'analyse factorielle en composantes principales réalisée à partir des données obtenues au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*.

La première composante renvoie à la **dimension émotionnelle de l'anxiété envers la santé**. Elle fait explicitement référence à la peur et la souffrance ressenties face à des stimuli évoquant la possibilité d'avoir ou de contracter une maladie somatique grave qui pourrait causer une mort prématurée et douloureuse (« *Avez-vous peur d'avoir un cancer?* » ; « *Avez-vous peur de mourir bientôt?* », ou encore « *Penser à une maladie grave vous effraie-t-il?* », par exemple). La simple confrontation à des images, des discussions ou des pensées relatives aux maladies déclenche une détresse plus ou moins marquée nuisant au fonctionnement habituel.

La seconde composante correspond au **retentissement potentiellement néfaste de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne**, en particulier pour les formes modérées à sévères (« *Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de vous concentrer sur ce que vous êtes en train de faire?* », « *Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de vous amuser?* », « *Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de travailler durant les 6 derniers mois?* », par exemple). Les inquiétudes répétées envers les symptômes et sensations physiques relatifs à la maladie génèrent parfois un manque de concentration et un ralentissement psychomoteur pouvant perturber les activités professionnelles, sociales, familiales et de loisirs. Lorsqu'elles sont démesurées, les ruminations liées à la maladie occasionnent une perte de temps considérable et des troubles du sommeil, notamment des difficultés d'endormissement responsables d'une fatigue importante. Tout cela contribue à entretenir un sentiment d'insécurité ayant un impact déterminant sur une diminution de l'estime de soi, ce qui peut expliquer en partie l'existence de comorbidités telles que des troubles de l'humeur associés (dépression, irritabilité, par exemple).

La troisième composante fait référence à la **dimension comportementale de l'anxiété envers la santé**, et en particulier aux comportements de recherche de réassurance (« *Avez-vous tendance à étudier les symptômes de certaines maladies pour voir si vous pourriez*

souffrir de l'une d'elles? », « Lorsque vous ressentez des sensations corporelles déplaisantes, avez-vous tendance à questionner votre entourage (amis, famille) à ce propos? », ou encore « Examinez-vous parfois votre corps pour vérifier si quelque chose ne va pas. », par exemple). Les individus anxieux envers la santé désirent vivement maîtriser durablement les inquiétudes relatives à la maladie qui les préoccupent au plus haut point. Une des stratégies les plus fréquemment usitées consiste à quérir des informations, des avis et des conseils de soignants ou de proches quant à ses propres symptômes et plaintes somatiques. Ceci génère à terme une certaine forme de dépendance vis-à-vis de l'entourage au sens large, qui peut rapidement devenir source d'agacement et de rejet conduisant dans le pire des cas à un isolement social. Pour lutter contre cette détresse générale et se rassurer, les individus anxieux envers la santé peuvent également avoir recours à toute sorte de traitements médicamenteux censés améliorer leur état de santé si le besoin s'en faisait ressentir. Ils développent en outre des comportements d'auto-observation ou d'autopalpations permettant d'anticiper d'éventuels problèmes de santé afin d'y réagir au plus vite.

La quatrième composante se rapporte à la **dimension perceptivo-cognitive de l'anxiété envers la santé**, c'est-à-dire aux inquiétudes relatives aux sensations corporelles et/ou physiologiques évoquant l'existence d'une maladie somatique potentiellement sérieuse (*« Lorsque vous percevez une sensation corporelle déplaisante, cela vous tracasse-t-il? », « Lorsque vous percevez une sensation corporelle déplaisante, éprouvez-vous des difficultés à penser à autre chose? », « Lorsque vous ressentez une douleur physique, inquiétez-vous du fait qu'elle puisse résulter d'une maladie grave? », par exemple*). Plus précisément, la perception de sensations et changements corporels mineurs peut être amplifiée à l'excès. Ces sensations sont alors interprétées à tort comme les symptômes d'une maladie grave à considérer avec sérieux, et devient subséquent source de préoccupations éprouvantes et tenaces.

Cette solution factorielle explique 62,11% de la variance totale et rejoint très étroitement celle proposée par Lucock et Morley (1996) dans leur article présentant le développement du *Health Anxiety Questionnaire*. À cette occasion, quatre dimensions ont été mises en évidence (*« Retentissement avec la vie », « Peur de la maladie et de la mort », « Inquiétudes et préoccupations relatives à la santé », et « Comportements de recherche de réassurance »*), expliquant 59,6% de la variance. Plus récemment, l'adaptation italienne du *Health Anxiety Questionnaire* propose une structure factorielle très similaire en quatre dimensions principales (*« Peur de la maladie et de la mort », « Retentissement sur les*

activités quotidiennes », « *Inquiétudes relatives à l'état de santé* » et « *Besoin de réassurance* »), expliquant 58,4% de la variance totale (Melli, Coradeschi, & Smurra, 2007).

Ces résultats plaident largement en faveur du *Modèle d'apparition et de maintien de l'anxiété pathologique envers la santé* de Salkovskis et Warwick (2001)¹¹⁴. Ce modèle d'inspiration cognitivo-comportementale stipule que l'anxiété envers la santé est un phénomène pluridimensionnel déclenché par l'émergence d'interprétations erronées et catastrophistes suite à la perception majorée de sensations perçues comme nocives en dépit de leur caractère inoffensif (Barsky, 2001). Autrement dit, l'anxiété envers la santé dériverait en partie d'un biais perceptivo-cognitif qui étaye l'existence supposée d'une menace générant des craintes et inquiétudes centrées sur la maladie. Les individus développent alors des comportements de recherche de réassurance visant à lutter plus ou moins efficacement contre des émotions intenses et pénibles alimentées par la peur de contracter une maladie grave et d'en mourir.

La dimension portant sur les conséquences d'une forte anxiété envers la santé (deuxième composante) n'est pas explicitement mentionnée dans le modèle précédent. Cependant, elle permettrait avantageusement de discriminer les individus présentant une anxiété envers la santé modérée, temporaire et contextuelle, de ceux souffrant véritablement d'une anxiété envers la santé sévère, voire d'une hypocondrie avérée. Selon Lucock et Morley (1996), la frontière entre une anxiété envers la santé somme toute normale et une anxiété envers la santé pathologique réside justement dans le degré d'interférence de ce trouble anxieux avec le fonctionnement habituel et les activités quotidiennes.

Tous ces éléments semblent soutenir la structure factorielle en quatre composantes mise en évidence dans cette étude, mais les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire visant à comparer les structures factorielles issues de la littérature sont quant à eux partiellement décevants. En effet, il s'agissait d'examiner les critères d'ajustement de trois modèles théoriques distincts : 1) le modèle de Wolfradt et Härter (2004) basé sur une solution unifactorielle composée de l'ensemble des items du *QAS* ; 2) le modèle de Vasilescu (2009) proposant une solution factorielle en trois dimensions (« *Peur de la maladie et de la mort* », « *Préoccupations et inquiétudes relatives à la santé et leur interférence avec la vie quotidienne* », et « *Comportements de recherche de réassurance* ») ; 3) le modèle original de Lucock et Morley (1996) en quatre composantes (« *Peur de la maladie et de la mort* », « *Retentissement de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne* », « *Comportements de*

¹¹⁴ Le modèle de Salkovskis et Warwick (2001) est présenté en détail p.133.

recherche de réassurance », « *Inquiétudes et préoccupations relatives à la maladie* »). Or, aucun des trois modèles testés ne présente de critères d'ajustement adéquats. Pour nuancer ces résultats insatisfaisants, il est important de remarquer que le modèle en quatre facteurs de Lucock et Morley (1996) obtient tout de même de meilleurs indices d'adéquation comparativement au modèle unifactoriel (Wolfradt & Härter, 2004) et au modèle en trois dimensions (Vasilescu 2009).

III. CRITERES DE FIDELITE DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1. CONSISTANCE INTERNE DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

La consistance interne du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* (α de Cronbach = .92) est excellente et témoigne d'une fidélité satisfaisante de cet instrument d'évaluation. Ce résultat est identique à celui obtenu par Lucock et Morley (1996) dans leur étude présentant les propriétés psychométriques du *Health Anxiety Questionnaire*. Il est également comparable à celui obtenu avec la version italienne (α de Cronbach = .91) de ce questionnaire (Melli, Coradeschi, & Smurra, 2007). La consistance interne des dimensions « *Peur de la maladie et de la mort* » (α de Cronbach = .88), « *Retentissement de l'anxiété envers la santé sur la vie quotidienne* » (α de Cronbach = .82), « *Recherche de réassurance* » (α de Cronbach = .76), et « *Préoccupations relatives aux sensations somatiques* » (α de Cronbach = .87) sont quant à eux satisfaisants. Ce résultat contribue à supporter la pertinence de la structure en quatre facteurs du *QAS*.

2. FIDELITE TEST-RETEST DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

La fidélité test-retest du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* est modérée ($r = .69$, $p < .05$) et indique que cet outil présente une stabilité temporelle satisfaisante à six semaines d'intervalle. Quant à la version originale du *HAQ*, les résultats sont plus contrastés et dépendent des populations étudiées (Lucock et Morley, 1996). La fidélité test-retest est meilleure chez les patients souffrant de trouble anxieux ($r = .95$), que chez les étudiantes infirmières ($r = .53$) et les patients consultant pour réaliser une endoscopie ($r = .52$). Ce résultat s'expliquerait selon les auteurs par des conditions très différentes de passation entre les populations. En effet, l'intervalle entre les deux passations était relativement court pour les

patients souffrant de trouble anxieux. Par ailleurs, la première passation auprès des étudiantes infirmières s'est déroulée en début de cursus, période pendant laquelle elles seraient plus sensibles aux informations relatives à la maladie, alors que la seconde passation a eu lieu plus tard lorsqu'elles bénéficiaient de davantage d'expérience dans leur domaine. Enfin, les patients atteints d'un trouble gastrique ont reçu des informations rassurantes et un traitement approprié dans l'intervalle entre les deux passations, limitant ainsi leurs inquiétudes somme toute liées au contexte.

IV. CRITERES DE VALIDITE DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1. VALIDITE DE CONSTRUIT DU QUESTIONNAIRE D'ANXIETE ENVERS LA SANTE

1.1. VALIDITE CONVERGENTE

La validité convergente du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* a été étudiée en examinant les corrélations entre les scores obtenus à ce questionnaire et les scores obtenus à des questionnaires et échelles évaluant chacun une dimension de l'anxiété envers la santé : l'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle* (dimension perceptivo-cognitive), le *Questionnaire sur les Sensations Physiques* (dimension perceptivo-émotionnelle), le *Pourquoi S'inquiéter face à la Santé* (dimension émotionnelle) et le *Questionnaire des Croyances Reliées à la Santé* (dimension cognitive). Comme nous le supposions, l'anxiété envers la santé est bien corrélée à l'amplification somatosensorielle, à la peur des sensations physiques, ainsi qu'aux inquiétudes et croyances dysfonctionnelles relatives à la maladie somatique. Ce résultat non surprenant s'explique par le fait que l'anxiété envers la santé est un concept protéiforme faisant intervenir des dimensions perceptives, émotionnelles, cognitives et comportementales, dont chacune peut-être évaluée séparément (Salkovskis & Warwick, 2001). En revanche, la sous-échelle « *Représentation de la santé* » du *QCRS*, correspondant à la croyance selon laquelle être et/ou se sentir en bonne santé découle nécessairement du fait de ne manifester aucun symptôme physique, n'est pas corrélée significativement à l'anxiété envers la santé. Ce résultat doit être interprété prudemment dans la mesure où l'échantillon des participants de cette étude était composé en grande partie

d'étudiants de disciplines reliées à la santé¹¹⁵ et des professionnels soignants, dont la représentation de la santé diffère fort probablement de celle d'une population moins spécialisée dans ce domaine.

1.2. VALIDITE DISCRIMINANTE

La validité discriminante du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* a été étudiée en examinant les corrélations entre les scores obtenus à ce questionnaire et à l'*Inventaire d'Anxiété Trait-Etat* évaluant l'anxiété générale, un concept théoriquement éloigné. D'une part, l'anxiété envers la santé est significativement corrélée à l'anxiété-état. Notons à ce titre que, dans ses formes modérées, l'anxiété envers la santé est bien souvent contextuelle et transitoire, puisqu'elle dérive généralement d'un événement en rapport avec la maladie (la participation à un test de dépistage, la maladie d'un proche, par exemple), et/ou de la perception de symptômes inhabituels et désagréables (Deale, 2007). Elle se rapproche en cela de l'anxiété-état qui se caractérise par l'anticipation anxieuse visant à s'ajuster plus ou moins efficacement à des situations et/ou événements certes vécus comme menaçants, mais momentanés ou épisodiques (Bruchon-Schweitzer, 2002).

D'autre part, aucune corrélation significative n'a pu être mise en évidence entre l'anxiété envers la santé et l'anxiété-trait. Ce résultat vient étayer la position défendue par de nombreux chercheurs à l'heure actuelle selon laquelle l'anxiété envers la santé serait un concept bien distinct de celui de l'anxiété-trait, notamment en vertu du fait qu'une forte anxiété envers la santé n'est pas nécessairement associée à une forte anxiété-trait (Fulton, Marcus, & Merkey, 2011 ; Kehler & Hadjistavropoulos, 2009). L'anxiété-trait et l'anxiété envers la santé seraient des concepts relativement proches mais joueraient un rôle très différent dans l'ajustement des individus aux situations liées à la souffrance physique et/ou à la maladie somatique (Hadjistavropoulos, Asmundson, & Kowalyk, 2004).

2. VALIDITE DE CRITERE

La validité de critère a été étudiée en examinant la relation concourante entre les scores obtenus à l'*Echelle d'Amplification Somatosensorielle* et ceux obtenus au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*. Une analyse de variance a mis en évidence un effet de l'*amplification somatosensorielle* sur l'*anxiété envers la santé*. Rappelons que le concept d'*amplification somatosensorielle* renvoie à la tendance à focaliser une grande partie de son attention sur les moindres changements physiologiques et sur les sensations corporelles ou

¹¹⁵ Rappelons qu'il s'agissait d'étudiants en psychologie, en médecine, et en soins infirmiers.

viscérales insolites et/ou inhabituelles, perçus comme anormalement intenses et interprétés comme les signes indubitables de l'existence d'une pathologie somatique grave (Barsky, 1992 ; Barsky, 2001). Ce concept est particulièrement utile dans la compréhension du processus conduisant à l'apparition et au maintien de l'anxiété envers la santé (Salkovskis & Warwick, 2001). En effet, plus les individus tendent à amplifier les sensations somatiques, et plus ils obtiennent des scores importants au *QAS*. L'anxiété envers la santé dépendrait bel et bien en partie de la tendance à l'*amplification somatosensorielle*.

CONCLUSION

L'étude de validation de l'adaptation francophone du *Health Anxiety Questionnaire* (Lucock & Morley, 1996) auprès d'une population adulte avait pour objectifs principaux : 1) de développer un nouvel outil pour pallier l'absence d'instruments de mesure francophones standardisés permettant d'évaluer spécifiquement le concept d'anxiété envers la santé ; et 2) d'en vérifier les propriétés psychométriques afin de disposer d'un questionnaire suffisamment fiable pour être utilisé à la fois dans le cadre de la pratique clinique de terrain et de la recherche fondamentale. Nous espérons que le fait de disposer d'un nouveau questionnaire évaluant l'anxiété envers la santé permettra de mieux repérer et prendre en charge les formes modérées à sévères d'anxiété envers la santé par le biais de nouvelles techniques psychothérapeutiques prometteuses, et de dynamiser la recherche francophone dans les domaines de la psychopathologie et de la psychologie de la santé.

Le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* bénéficie de propriétés psychométriques globalement très satisfaisantes qui témoignent de la qualité de cet instrument dans l'évaluation du concept d'anxiété envers la santé. La structure factorielle du *QAS* en quatre composantes présente l'avantage de considérer distinctement les dimensions de l'anxiété envers la santé (perceptivo-cognitive, émotionnelle et comportementale) telles qu'elles apparaissent dans le modèle consensuel de Salkovskis et Warwick (2001). Il aide en outre à discriminer les formes normales et pathologiques d'anxiété envers la santé, par l'examen de ses retentissements dans la vie quotidienne, et ainsi de rendre compte de la richesse de la palette clinique de ce concept allant de simples inquiétudes relatives à l'état de santé jusqu'à l'hypocondrie avérée, en passant par des formes plus modérées dont les conséquences sur la santé et le bien-être s'avèrent néanmoins sérieuses (Bridou & Aguerre, 2010).

La consistance interne excellente du *QAS* atteste de l'homogénéité et de la fiabilité de cet instrument de mesure. En outre, la fidélité test-retest modérée du *QAS* confirme tout de même sa relative stabilité au cours du temps, ce qui alloue aux chercheurs et aux praticiens une marge de manœuvre intéressante pour comparer les scores des individus à différents temps de mesure. Les critères de validité indiquent assurément que le *QAS* évalue bien le concept d'anxiété envers la santé tout en se démarquant d'autres outils mesurant des concepts un peu plus éloignés, tels que l'anxiété-trait. En outre, le *QAS* est un questionnaire rapide d'utilisation (21 items) et aisément intelligible, ce qui facilite son intégration dans de nombreux protocoles de recherche.

Ce travail n'est bien entendu pas exempt de limites. En premier lieu, l'échantillon des participants était constitué d'un certain nombre d'individus exerçant dans le milieu médical au sens large. Cet aspect n'est pas anodin dans la mesure où leur conception de la maladie et leur rapport à la santé ne sont probablement pas représentatifs de ceux de la population générale. Par ailleurs, les résultats médiocres de l'analyse factorielle confirmatoire incitent à une grande prudence dans leur interprétation. Des études plus approfondies seront nécessaires pour asseoir définitivement la structure factorielle du *QAS*. En outre, il est regrettable de ne pas avoir utilisé d'échelle évaluant la recherche de réassurance afin de vérifier la validité convergente de la dimension comportementale de l'anxiété envers la santé avec le *QAS*. Mais, il n'existe pas encore à notre connaissance d'échelle francophone évaluant cette dimension.

Enfin, il serait judicieux de vérifier les propriétés psychométriques du *QAS* auprès d'une population clinique souffrant de formes sévères d'anxiété envers la santé telles que l'hypocondrie et d'étudier sa sensibilité aux prises en charge psychothérapeutiques de ces troubles. Il serait également intéressant de comparer les propriétés du *QAS* avec celles d'autres questionnaires plus récents évaluant spécifiquement l'anxiété envers la santé, comme le *Health Anxiety Inventory* (Salkovskis, Rimes, Warwick, & Clark, 2002) ou le *Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits* (Longley, Watson, & Noyes, 2005), qui ne sont pas encore disponibles en langue française, alors qu'ils sont plébiscités dans de nombreuses recherches pour leurs qualités psychométriques très utiles à l'étude des phénomènes anxieux dans le champ de la santé.

Quoi qu'il en soit, nous disposons aujourd'hui d'un questionnaire relativement fiable et valide pour évaluer l'anxiété envers la santé dans le cadre de protocoles de recherche en psychopathologie et psychologie de la santé. Rappelons que l'objectif de l'étude qualitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II^{®116}, était justement d'explorer les facteurs jouant un rôle incitatif ou, au contraire, entravant dans la prise de décision de participer ou non à un test de dépistage du cancer colorectal. À cette occasion, le concept d'anxiété envers la santé apparaissait essentiel dans la compréhension de ce phénomène et sa contribution méritait d'être précisée davantage. Ainsi, l'adaptation et l'étude des propriétés psychométriques du *QAS* ont permis de l'intégrer dans le protocole de la troisième étude d'évaluation d'un modèle théorique explicatif de l'adoption d'une démarche de dépistage du cancer colorectal centré sur le rôle de l'anxiété envers la santé¹¹⁷.

¹¹⁶ Cette étude est présentée dans la première partie (p.48).

¹¹⁷ Cette étude est présentée dans la Partie 3 ci-après.

PARTIE 3

*Evaluation d'un modèle explicatif de
l'adoption d'une démarche de dépistage du
cancer colorectal centré sur le rôle de
l'anxiété envers la santé*

INTRODUCTION

Dans la partie introductive, nous évoquons le fait que le cancer colorectal est depuis plusieurs années la deuxième cause de mortalité par cancer en France (Bouvier, 2009). Nous constatons également que bon nombre de patients atteints de cancer colorectal pourraient être sauvés si leur maladie était diagnostiquée à temps, leur permettant de bénéficier d'un traitement d'autant plus efficient qu'il est administré précocement (Faivre, Lepage, & Dancourt, 2009). Or, il s'avère que des examens de dépistage visant à détecter spécifiquement ce type de cancer¹¹⁸ existent bel et bien et leur efficacité a été démontrée à plus d'un titre (Faivre, Lepage, & Dancourt, 2009). Parmi eux, rappelons que le test Hemocult-II^{®119} est proposé en France de manière systématique à tous les individus asymptomatiques et exempts d'antécédents personnels et/ou familiaux de ce type de cancer. Pratiqué au domicile par le sujet lui-même, il permet de déceler d'infimes traces de sang occulte dans les selles.

Force est toutefois de constater que, malgré des campagnes de sensibilisation énergiques et bien menées vantant à la population concernée les mérites de ce type de test, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal en France peine à franchir la barre symbolique des 45% préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé (Institut de Veille Sanitaire, 2011). Ainsi, pouvoir identifier les facteurs démographiques, économiques, biologiques, sociaux et psychologiques jouant un rôle dans l'adhésion à la démarche de dépistage du cancer colorectal est devenu un enjeu de santé publique considérable.

De ce fait, les données concernant les facteurs économiques et les caractéristiques sociodémographiques contribuant à expliquer le faible taux de participation au dépistage du cancer colorectal, observé à l'échelle internationale, abondent véritablement dans la littérature scientifique portant spécifiquement sur cette question. En conséquence, une synthèse nécessairement non exhaustive de ces travaux foisonnants est proposée dans les paragraphes suivants, suivie d'une revue présentant l'état actuel des connaissances plus générales sur les comportements de santé en psycho-oncologie et psychologie de la santé visant à apporter un éclairage sur les processus psychologiques potentiellement impliqués dans la prise de décision de participer au dépistage du cancer colorectal et à alimenter nos hypothèses pour l'étude quantitative des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal.

¹¹⁸ Les tests de dépistage du cancer colorectal sont présentés en détail p.43.

¹¹⁹ Le test Hemocult-II[®] est présenté en détail p.44.

I. LE ROLE DES FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES DANS LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1. LE GENRE

Les femmes seraient, de manière générale, plus enclines à participer au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] que les hommes, notamment en raison du fait qu'elles développeraient une « *culture* » du dépistage plus importante suite aux sollicitations régulières concernant les dépistages des cancers du sein¹²⁰ et du col de l'utérus¹²¹. Les femmes seraient par voie de conséquence davantage sensibilisées et mieux informées sur ces questions de santé somatique (Deutekom, Van Rijn, Dekker, Blaauwgeers, Stronks, Fockens, & Essink-Bot, 2009 ; Evans, Brotherstone, Miles, & Wardle, 2005 ; Garcia, Borràs, Diaz-Milà, Espinàs, Binefa, Fernández, Farré, Pla, Cardona, & Moreno, 2011 ; Institut de Veille Sanitaire, 2011 ; Weller, Coleman, Robertson, Butler, Melia, Campbell, Parker, Patnick, & Moss, 2007).

2. L'AGE

La participation au dépistage du cancer colorectal augmenterait notablement avec l'âge car les individus plus âgés se sentiraient davantage concernés par la maladie et s'investiraient tout particulièrement dans des mesures prophylactiques et de dépistage. De plus, ces individus sont généralement retraités et peuvent ainsi accorder plus de temps à la réalisation d'un test de dépistage que les individus exerçant une activité professionnelle (Hamilton, Lancashire, Sharp, Peters, Cheng, & Marshall, 2009).

Pour nuancer ce propos, il semblerait que les individus très âgés participent moins au dépistage du cancer colorectal dans la mesure où 1) le dépistage organisé concerne les individus de 50 à 74 ans et non au-delà ; 2) les médecins généralistes se focalisent préférentiellement sur les autres problèmes de santé de cette population souvent fragile sur le plan somatique ; et 3) les personnes très âgées rechigneraient à se soumettre à un test de dépistage tant elles estimeraient que, compte tenu de leur âge, les bénéfices attendus seraient nettement en-deçà des désagréments subis (Vernon, 1997).

¹²⁰ Pour dépister le cancer du sein, les femmes sont incitées à effectuer une mammographie tous les deux ans entre 50 et 74 ans.

¹²¹ Pour dépister le cancer du col de l'utérus, les femmes sont encouragées à effectuer un frottis cervico-utérin tous les trois ans entre 25 et 65 ans.

3. LA SITUATION FAMILIALE

Le statut marital semble favoriser la participation au dépistage du cancer colorectal (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008). Les individus vivant en couple seraient motivés à se soumettre à ce type de mesure sanitaire par souci d'anticiper l'occurrence d'une éventuelle maladie grave qui pourrait fortement impacter leur vie conjugale (inquiétudes des conjoints, projets de vie en suspens, difficultés financières, etc...). Par ailleurs, les individus dont les conjoints participent déjà activement au dépistage du cancer colorectal seraient davantage sensibilisés à cette question, ce qui pourrait expliquer en partie le fait qu'ils sont plus nombreux que les célibataires à s'y soumettre.

4. LE NIVEAU D'EDUCATION

La participation au dépistage du cancer colorectal augmenterait avec le niveau d'éducation (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Frederiksen, Jorgensen, Brasso, & Holten, 2010 ; Garcia, et al., 2011 ; Janz, Lakhani, Vijan, Hawley, Chung, & Katz, 2007 ; Jepson, Clegg, Forbes, Lewis, Sowden, & Kleijnen, 2000 ; Pornet, Dejardin, Morlais, Bouvier, & Launoy, 2010 ; Vernon, 1997). En effet, de faibles habiletés langagières (en lecture notamment) nuiraient à l'accès et à la compréhension des informations de santé¹²², et seraient associées à une méconnaissance manifeste des tests de dépistage du cancer colorectal et, par voie de conséquence, à un taux de dépistage plus faible (Miller, Brownlee, McCoy, & Pignone, 2007).

5. LA SITUATION FINANCIERE

Dans les pays où il existe un programme de dépistage organisé du cancer colorectal, le test Hemocult-II[®] est généralement accessible gratuitement. Cependant, les individus doivent avancer les frais d'une consultation médicale afin de le récupérer, ce qui pour certains s'avère parfois difficile. En outre, une partie du coût de la visite médicale demeure à la charge des individus ne disposant pas d'une assurance de santé. Ainsi, le coût réel de la démarche de dépistage serait une barrière importante pour les individus ayant de faibles revenus ou une situation financière précaire (Ben-Amar, 2010¹²³ ; Etzioni, et al., 2004 ; Goulard, Boussac-

¹²² *Health literacy* : informations sanitaires permettant de prendre des décisions éclairées en matière de santé.

¹²³ Ben-Amar, I. (8-9 avril 2010). Freins et leviers au dépistage des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus auprès des populations vulnérables en région Centre. 6èmes Journées de la prévention de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Paris, France.

Zarebska, Duport, & Bloch, 2009 ; Pernet, Dejardin, Morlais, Bouvier, & Launoy, 2010). Les individus rechignent également à se faire dépister s'ils estiment que leur situation financière ne leur permettrait pas de supporter le coût d'un éventuel traitement si l'examen se révélait positif (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008). Quoi qu'il en soit, plus les revenus augmentent et plus les individus réalisent le test de dépistage du cancer colorectal (Vernon, 1997).

6. LE MILIEU DE VIE

Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] serait fonction de la localisation géographique du lieu de vie des individus. La participation au dépistage serait plus importante chez les habitants des zones géographiques les plus peuplées et/ou les plus socialement favorisées (Ward, Javanparast, Ah Matt, Martini, & Tsourtos, 2010). Le taux de participation serait équivalent entre les individus vivant en milieu rural et ceux vivant en milieu urbain. La différence résiderait plutôt dans la proximité et l'accessibilité des infrastructures de santé (Baicker, Chandra, Skinner, & Wennberg, 2004 ; Onega, Duell, Shi, Wang, Demidenko, & Goodman, 2008).

7. L'APPARTENANCE ETHNIQUE

Les différences interculturelles de comportement de dépistage ont fait l'objet de très nombreuses études anglo-saxonnes, notamment en Amérique du Nord. Aux Etats-Unis, les individus de type caucasien se soumettraient davantage au dépistage du cancer colorectal que ceux appartenant aux minorités ethniques (Bastani, Gallardo, & Maxwell, 2001 ; Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Etzioni, et al., 2004 ; Honda & Sheinfeld Gorin, 2005 ; Purnell, et al., 2010 ; Stacy, Torrence, & Mitchell, 2008 ; Teng, Friedman, & Green, 2006 ; Walsh, Kaplan, Nguyen, Gilden-Gorin, McPhee, & Perez-Stable, 2004). Ces derniers prêteraient moins attention aux courriers explicatifs les incitant à se faire dépister (Siddiqui, et al., 2011). Par ailleurs, les gastroentérologues restent peu nombreux dans les quartiers défavorisés ou les régions limitrophes des pays de l'Amérique du Sud, dans lesquels vivent une majorité d'individus issus des minorités ethniques aux Etats-Unis, ce qui ne facilite pas la communication sur le dépistage du cancer colorectal (Semrad, Tancredi, Baldwin, Green, & Fenton, 2011).

II. LE ROLE DES FACTEURS BIOLOGIQUES DANS LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1. L'ETAT DE SANTE SOMATIQUE

Les individus s'orienteraient davantage vers la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal s'ils souffrent d'une limitation fonctionnelle (difficulté à maintenir une position statique prolongée, difficulté à porter des charges, par exemple) liée à une maladie chronique et/ou à des symptômes somatiques (arthrose, maladie coronarienne, par exemple), probablement car leur santé fragile les conduit à consulter très régulièrement leur médecin traitant et, par voie de conséquence, à être plus sensibilisés aux pratiques de dépistage (Deshpande, McQueen, & Coups, 2011 ; Heflin, Oddone, Pieper, Burchett, & Cohen, 2002).

2. LES FACTEURS DE RISQUE DU CANCER COLORECTAL

En 1998, une Conférence de Consensus¹²⁴ a établi les recommandations ayant trait au dépistage du cancer colorectal. Rappelons que les individus ayant un risque moyen de développer un cancer colorectal sont encouragés à réaliser un examen de recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans à partir de 50 ans.

Les personnes ayant un risque élevé de développer un cancer colorectal, selon les critères mentionnés ci-dessus, participent généralement davantage au dépistage que les personnes ayant un risque moyen (Felsen, Piasecki, Ferrante, Ohman-Strickland, & Crabtree, 2011 ; Kinney, Choi, DeVellis, Kobetz, Millikan, & Sandler, 2000 ; Kinney, Hicken, Simonsen, Venne, Lowstuter, Balzotti, & Burt, 2007 ; Manne, Markowitz, Winawer, Meropol, Haller, Rakowski, Babb, & Jandorf, 2002). Les explications avancées par les chercheurs font état d'une connaissance accrue du cancer colorectal et d'une perception des risques appropriée chez les personnes ayant un risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal. Ces personnes seraient également plus promptes à évoquer le sujet du cancer colorectal et de son dépistage avec des proches et/ou des professionnels de santé.

À l'inverse, les personnes ayant un risque accru (tabagisme, obésité et diabète de type II) participeraient moins au dépistage que les individus à risque moyen et élevé (Cokkinides, Chao, Smith, & Thun, 2003 ; Felsen, et al., 2011 ; Ferrante, Ohman-Strickland, Hudson,

¹²⁴ La Conférence de Consensus sur la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers du côlon, organisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), s'est déroulée les 29 et 30 janvier 1998 à Paris (source Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, 2001).

Hahn, Scott, & Crabtree, 2006 ; Mitchell, Padwal, Chuck, & Klarenbach, 2008 ; Rosen & Schneider, 2004 ; Zhao, Ford, Ahluwalia, Li, & Mokdad, 2009). Les raisons invoquées pour expliquer ces résultats sont, d'une part, la gêne et l'inconfort ressentis (notamment pour les personnes obèses) et, d'autre part, un manque d'adhésion aux comportements de santé en général (les fumeurs, par exemple). Par ailleurs, les médecins centreraient prioritairement leurs conseils sur les affections chroniques dont souffrent leurs patients (dans le cas du diabète, par exemple) et négligeraient les recommandations liées au dépistage du cancer colorectal. Plus généralement, les individus sans antécédents familial de cancer colorectal se feraient moins dépister tant ils ont le sentiment de ne pas être personnellement concernés par ce type de cancer (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Wardle, et al., 2000).

3. LA PARTICIPATION AUX AUTRES DEPISTAGES DU CANCER

Les individus ayant réalisé antérieurement un test de dépistage pour un autre type de cancer ont davantage l'intention de se faire dépister pour le cancer colorectal et s'engagent plus facilement dans l'accomplissement d'un test Hemoccult-II[®] (Gregory, Wilson, Duncan, Turnbull, Cole, & Young, 2011).

La majorité des hommes se soumettant régulièrement au dépistage de la prostate réalise plus facilement un dépistage pour le cancer colorectal (Red, et al., 2010). Néanmoins, un tiers des hommes effectue un dépistage du cancer de la prostate sans se faire dépister pour le cancer colorectal (Wong & Coups, 2011). En effet, le dépistage du cancer colorectal demande un plus grand investissement en temps et un effort plus important¹²⁵ de la part du patient. Les femmes, quant à elles, réaliseraient davantage un examen de dépistage du cancer colorectal si ce dernier a été présenté et expliqué lors d'une consultation pour une mammographie¹²⁶ (Shike, et al., 2011).

¹²⁵ Le dépistage de la prostate peut se faire par une simple prise de sang.

¹²⁶ La mammographie est un examen permettant de diagnostiquer un cancer du sein qui consiste à réaliser une radiographie des deux seins.

III. LE ROLE DES OBSTACLES LIES A LA PROCEDURE HEMOCCULT-II[®] DANS LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE

1. LE MANQUE DE DISPONIBILITE

Les individus prétextent bien souvent un manque de temps et/ou de disponibilité pour expliquer le fait qu'ils ne réalisent pas le test de dépistage du cancer colorectal (Stacy, et al., 2008). Rappelons que la procédure du test Hemocult-II[®] nécessite de prélever des échantillons de trois selles consécutives. Or, les individus exerçant une activité professionnelle éprouvent parfois des difficultés notables à conjuguer cette contrainte matérielle avec leurs horaires de présence au travail. Certains considèrent par exemple que, pour mener à bien ce test dans des conditions suffisamment confortables, il est inévitable de prendre quelques jours de congés.

2. LA DOULEUR ET L'INCONFORT RESSENTI

La procédure Hemocult-II[®] n'est ni invasive ni douloureuse contrairement à la coloscopie. Néanmoins, certains individus se plaignent de l'inconfort ressenti lors de la réalisation de ce test, en particulier les personnes présentant un surpoids ou ayant des difficultés à se déplacer, pour qui il est difficile de se mouvoir dans des lieux exigus ou étroits comme peuvent l'être les sanitaires (Cohen, et al., 2008 ; Stacy, et al., 2008 ; Ferrante, et al., 2006 ; Heo, Allison, & Fontaine, 2004).

3. LES REGIMES ALIMENTAIRES PREPARATIFS

Le test Hemocult-II[®] a l'inconvénient de réagir avec toute peroxydase présente dans les selles. Or, la consommation d'aliments naturellement riches en peroxydase¹²⁷ avant la réalisation de ce test peut entraîner un résultat faussement positif. Il est donc théoriquement recommandé de ne pas consommer ce type d'aliments au moment de la réalisation du test. Nonobstant ce fait, il n'est généralement pas spécifié dans le mode d'emploi accompagnant le test Hemocult-II[®] qu'il est préférable de faire un régime alimentaire restrictif avant de le réaliser car ce type de contrainte diminue notablement le taux de participation au dépistage (Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace (ADECA) ; Stacy, Torrence, & Mitchell, 2008).

¹²⁷ Par exemple, on retrouve des peroxydases dans la viande rouge saignante, les navets, les brocolis, les choux-fleurs, le raifort, et les aliments riches en vitamine C.

4. LA COMPLEXITE DES ETAPES DE REALISATION DU TEST

En dépit d'un mode d'emploi très détaillé (Annexe 4), les individus peuvent renoncer à effectuer le test Hemoccult-II[®] s'ils se sentent découragés par les étapes successives parfois jugées complexes à réaliser, en particulier par ceux ayant des difficultés de compréhension (Stacy, Torrence, & Mitchell, 2008). Par exemple, certains ne parviennent pas à placer correctement les étiquettes autocollantes permettant d'identifier les plaquettes et/ou peuvent éprouver quelques difficultés dans le maniement de ces plaquettes.

Par ailleurs, certains individus réalisent tout de même le test, mais sans tenir compte de toutes les mises en garde spécifiées dans le mode d'emploi (recueil des selles sans ajout de liquide exogène (eau, urines ou détergents) ; prélèvement d'échantillons de la taille « *d'une lentille ou d'un grain de riz* » ; recueil de trois prélèvements de selles successifs ; conservation de la plaquette dans un endroit sec ; etc...). Or, si ces précautions ne sont pas respectées, le test peut s'avérer incomplet ou illisible lors de l'analyse des échantillons de selles en laboratoire, ce qui nécessite de le réaliser à nouveau. Ce type d'expérience peut paraître désagréable et motiver des refus ultérieurs deux ans après lorsqu'il s'agira de réitérer le test.

IV. LE ROLE DES FACTEURS COMMUNICATIONNELS DANS LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1. LES RECOMMANDATIONS DU MEDECIN TRAITANT

Certains auteurs n'hésitent pas à affirmer que le seul déterminant permettant réellement de prédire la compliance des individus envers le dépistage du cancer colorectal serait les recommandations des médecins traitants (Bejes & Marel, 1992). Rappelons que les informations médicales délivrées doivent poursuivre un double objectif : 1) sensibiliser les patients à l'existence des risques oncologiques encourus ; et 2) les convaincre de l'intérêt du dépistage précoce du cancer colorectal en les laissant libres de décider de façon éclairée de ce qui leur semble approprié pour eux.

Dans leur écrasante majorité, les individus ayant effectué le test Hemoccult-II[®] ont attendu les suggestions de leur médecin traitant pour le réaliser (Fitzgibbon, et al., 2007 ; Gilbert & Kanarek, 2005; Janz, Wren, Schottenfeld, & Guire, 2003; Khankari, et al., 2007 ; Lafata, Divine, Moon, & Williams, 2006; Miller, Brownlee, McCoy, & Pignone, 2007). Une grande partie de ce processus est basée sur la qualité de la relation que le médecin entretient

avec son patient (Figure 20 ; Feeley, 2007). Forts du rapport de confiance instauré bien souvent depuis de longues années, les médecins traitant ont recours à des méthodes de persuasion verbale pour accroître la compliance de leur patient quant au dépistage du cancer colorectal (Feeley, 2007). Ils mobilisent des stratégies vicariantes, narrant parfois leurs expériences personnelles sur le sujet censées convaincre leurs patients du bien-fondé de leurs arguments (Feeley, 2007). Néanmoins, si les médecins adoptent un style insistant dans leur présentation du test réitérant les mêmes conseils à l'occasion de différentes consultations, leurs patients adhèrent peu à leur discours et réalisent moins le test (Khankari, et al., 2007).

Dans ce cadre, il est primordial que les médecins s'adaptent au mieux aux attentes et besoins informationnels de leurs patients dans la mesure où certains se contentent de quelques informations utiles et pertinentes leur permettant de juger eux-mêmes du bien-fondé du dépistage et de choisir de le réaliser ou non (lieu de contrôle interne) ; tandis que d'autres, préfèrent laisser toute latitude à leur médecin traitant pour décider de la pertinence et de la nécessité pour eux de s'engager dans une telle entreprise (lieu de contrôle externe).

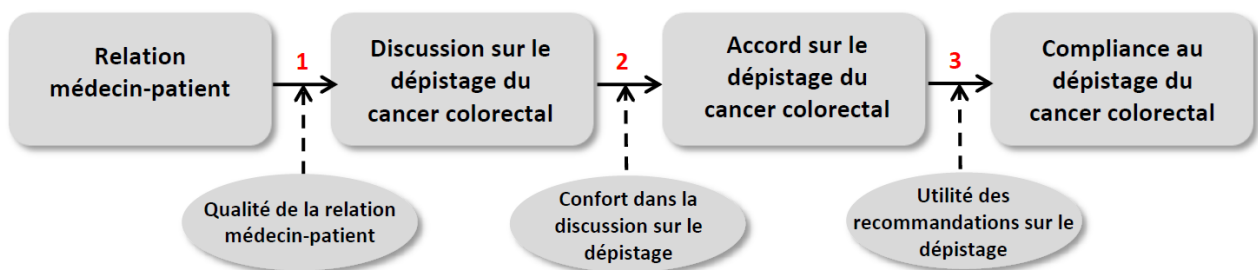


Figure 20: *Importance de la relation médecin-patient dans la compliance au dépistage du cancer colorectal (adaptation de Feeley, 2007).*

Nonobstant le fait que les conseils prodigués par les médecins apparaissent primordiaux aux yeux de leurs patients pour réaliser ou non un test de dépistage, les connaissances des médecins en matière de dépistage du cancer colorectal seraient largement insuffisantes quels que soient leur degré d'expérience professionnelle (Gennarelli, Jandorf, Cromwell, Valdimarsdottir, Redd, & Itzkowitz, 2005). Or, si les médecins ne sont pas eux-mêmes accoutumés à ce type de procédure, il est difficile d'imaginer qu'ils puissent conseiller clairement leurs patients à ce sujet. En outre, la durée nécessairement restreinte des consultations médicales entrave l'initiation de discussions sérieuses visant à la fois à rassurer et conseiller les patients (Feeley, 2007).

2. LA COMMUNICATION SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Si surprenant que cela puisse paraître, de nombreux individus en âge de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal prétendent n'en avoir encore jamais entendu parler auparavant (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Ford, Coups, & Hay, 2006 ; Greisinger, Hawley, Bettencourt, Perz, & Vernon, 2006 ; Hay, Coups, & Ford, 2006). Or, le manque de connaissances envers le dépistage explique en partie le défaut de participation à ce type de mesures prophylactiques (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Weinberg, et al., 2009). Ce constat étonnant a motivé les chercheurs à mener des études élaborées en vue d'estimer l'efficacité de diverses sources d'informations et méthodes de communication sur la promotion du dépistage du cancer colorectal auprès de la population cible.

Une des méthodes les plus opérantes consiste à adresser des messages d'avertissement ou de rappel sous la forme de courriers ou appels téléphoniques personnalisés, invitant les individus concernés à effectuer un test de dépistage du cancer colorectal et les informant succinctement de la démarche à suivre (Baron, et al., 2008 ; Coughlin, et al., 2006 ; Stone, et al., 2002).

La communication médiatique de masse (spots télévisuels, interventions à la radio, et articles dans la presse écrite, etc...) est régulièrement utilisée car elle permet de diffuser au plus grand nombre des informations à visée éducative et/ou motivationnelle sur le dépistage du cancer colorectal. Les données issues de la littérature sont peu concluantes quant à l'efficacité de ce type de mesure à long terme sur l'augmentation du taux de dépistage de la population ciblée (Baron, et al., 2008). En revanche, des interventions sporadiques avec le concours de célébrités ont un effet positif mais temporaire sur la réalisation de la démarche de dépistage (Cram, et al., 2003).

Par ailleurs, la communication par le biais des médias simples (brochures, prospectus, affiches de salles d'attente, etc...) aurait un impact plus important sur l'amélioration du taux de dépistage que la communication médiatique de masse, car elle distille des informations plus précises et détaillées sur les différents tests existants et leurs procédures (Baron, et al., 2008 ; Coughlin, et al., 2006). Toutefois, ce type de matériel de prévention est loin d'être adapté à tous les individus. Les brochures sont par exemple peu lisibles et compréhensibles par les personnes ayant un faible niveau d'éducation (Friedman & Hoffman-Goetz, 2006 ; Friedman & Hoffman-Goetz, 2007 ; Kaphingst, Zafini, & Emmons, 2006).

Les individus se disent très largement influencés par les connaissances concernant le dépistage du cancer colorectal détenues par leurs collègues de travail et/ou amis (Tilley, et al., 1999), qui tendent à partager plutôt les désagréments subis lors de la réalisation du test au détriment d'informations plus neutres (Feeley, 2007). Or, ce type d'expériences négatives n'incitent pas les individus à réaliser pour eux-mêmes un test de dépistage. À l'inverse, les conjoints sont généralement instigateurs des pratiques de dépistage, comme nous l'avons mis en évidence dans la première étude (première partie)¹²⁸, en tempérant les informations négatives parfois glanées dans d'autres contextes (Feeley, 2007).

V. LE ROLE DES CROYANCES, REPRESENTATIONS ET DES CONNAISSANCES ENVERS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL DANS LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE

Les modèles explicités ci-après ont été très largement répandus dans le domaine de la psychologie de la santé ces trente dernières années et ont servi de cadre de référence à bon nombre d'études visant notamment à mieux comprendre l'impact des représentations et croyances sur la prise de décision d'adopter des comportements protecteurs sur le plan de la santé somatique. Basés sur le constat que les principales causes de mortalité dans les pays industrialisés sont essentiellement imputables à certains comportements nocifs (consommation de tabac ou d'alcool, alimentation trop riche en graisse, inactivité physique, etc...) mais potentiellement modifiables à l'échelle individuelle, ces modèles s'appuient sur l'idée que le recours à des *comportements dits « de santé »*¹²⁹ est le produit d'un choix délibéré qui dépend en partie de processus faisant intervenir des facteurs cognitifs qu'ils tentent de mieux discerner et détailler (Conner & Norman, 2005). Nous pensons que ces modèles peuvent contribuer à éclairer le rôle des processus cognitifs (tels que les *attitudes et croyances envers la santé*, les *représentations de la menace somatique*, et les *connaissances relatives à la maladie*) dans la participation à des mesures prophylactiques et de dépistage des cancers, et plus particulièrement du cancer colorectal.

¹²⁸ Cf p.105.

¹²⁹ Les comportements de santé (« *health behaviors* ») recouvrent toutes les activités supposées saines, réalisées dans le but de prévenir ou détecter précocement des maladies somatiques, ou encore d'améliorer la santé et le bien-être des individus (Gochman, 1997 ; Kasl & Cobb, 1966). Ces comportements sont associés à une meilleure qualité de vie et un une plus grande espérance de vie (Conner & Norman, 2005).

1. LE MODELE DES CROYANCES ENVERS LA SANTE

Le Modèle des Croyances envers la Santé (*Health Belief Model, HBM* ; Rosenstock, 1974 ; Figure 21) stipule que l'adoption de comportements de santé préventifs est à la fois fonction du degré de prise de conscience des dangers somatiques encourus (*vulnérabilité perçue face à la maladie, et degré de gravité associé à la maladie*), et des possibilités d'action envisageables (*ensemble des freins associés à l'adoption du comportement, bénéfices potentiels attendus après l'adoption du comportement, et motivations intrinsèques à optimiser sa santé*). En résumé, la probabilité qu'un individu réalise un test de dépistage du cancer colorectal augmenterait : 1) s'il pense qu'il risque fortement de développer ce type de cancer ; 2) s'il considère que le cancer colorectal est une pathologie somatique très sérieuse aux conséquences relativement graves ; 3) si les bénéfices attendus de la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal (découverte précoce d'une éventuelle tumeur avant que les dégâts ne soient irréversibles, prise en charge thérapeutique plus efficace, etc...) rapportés aux barrières estimées (coût financier, indisponibilité, procédure désagréable, etc...) lui semblent favorables à la réalisation de ce test ; et 4) s'il juge qu'il est primordial de prendre soin de sa santé en mettant en œuvre les recommandations des grandes instances sanitaires et médicales.

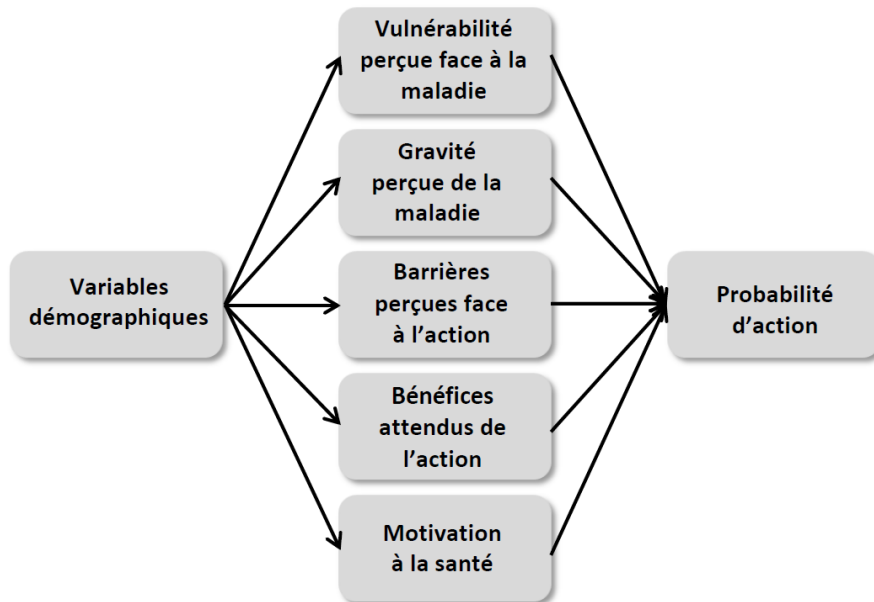


Figure 21: *Le Modèle des Croyances envers la Santé (Rosenstock, 1974).*

La perception de la menace, réelle ou potentielle, et des moyens d'y faire face est en partie révélatrice des croyances générales relatives à la santé et la maladie auxquelles les individus adhèrent, qui dépendent elles-mêmes très étroitement des expériences et des événements de vie ayant un lien de signification proche (un proche atteint par un cancer

colorectal, des antécédents personnels de polypes, par exemple). Ces croyances, plus ou moins ancrées, s'avèrent dysfonctionnelles sur le plan psychologique lorsqu'elles sont foncièrement irréalistes (peu conformes à la réalité) et quasiment irrévocables (catégoriques et hermétiques aux critiques). Ainsi, dans ce modèle, la *perception des risques cancéreux personnellement encourus* est centrale tant le fait de se croire en bonne santé rendrait dérisoire aux yeux des individus cultivant cette croyance toute démarche à visée préventive.

Le Modèle des Croyances envers la Santé a été très utilisé afin de mieux comprendre les processus conduisant à adopter de nombreux comportements de santé, et notamment les comportements d'observance des recommandations médicales en matière de dépistage du cancer colorectal dont les principaux prédicteurs seraient une *minorisation des obstacles perçus* (Gregory, Wilson, Duncan, Turnbull, Cole, & Young, 2011 ; Klein, 2002 ; Palmer, et al., 2007), une *majoration des bénéfices attendus* (Cyr, Dunnagan, & Haynes, 2010 ; Gregory, Wilson, Duncan, Turnbull, Cole, & Young, 2011 ; Palmer, et al., 2007), et un *sentiment de vulnérabilité élevé face à la maladie* (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Davis, et al., 2001 ; Etzioni, et al., 2004 ; Klein, 2002 ; Palmer, et al., 2007 ; Salz, Brewer, Sandler, Weiner, Martin, & Weinberger, 2009).

Malgré l'attention toute particulière dont ce modèle a fait l'objet dans la littérature portant sur le rôle des croyances et représentations dans la prise de décision de réaliser un test de dépistage du cancer, il a également été critiqué notamment en raison de l'absence de considération du *sentiment d'auto-efficacité* et de l'*intention comportementale* dont les théories suivantes ont mis en évidence toute l'importance.

2. LES THEORIES CENTREES SUR L'INTENTION COMPORTEMENTALE

2.1. LA THEORIE DE LA MOTIVATION A LA PROTECTION

La Théorie de la Motivation à la Protection (*Protection Motivation Theory, PMT* ; Robberson & Rogers, 1988 ; Rogers, 1983) a été développée pour compléter le modèle précédent (Figure 22). Outre les dimensions présentées dans le Modèle des Croyances envers la Santé, cette théorie met en évidence l'importance de la prise en compte dans l'évaluation cognitive de la menace sanitaire potentielle : 1) des attentes de résultats positifs qui résulteraient de l'adoption du comportement (*efficacité attendue de la réponse comportementale*) ; et 2) de la croyance en sa propre capacité à réaliser le comportement de santé (*sentiment d'auto-efficacité*). Selon cette théorie, les croyances pré-citées seraient

propices à générer un embryon d'*intention*¹³⁰, point de départ supposé à la réalisation effective du comportement.

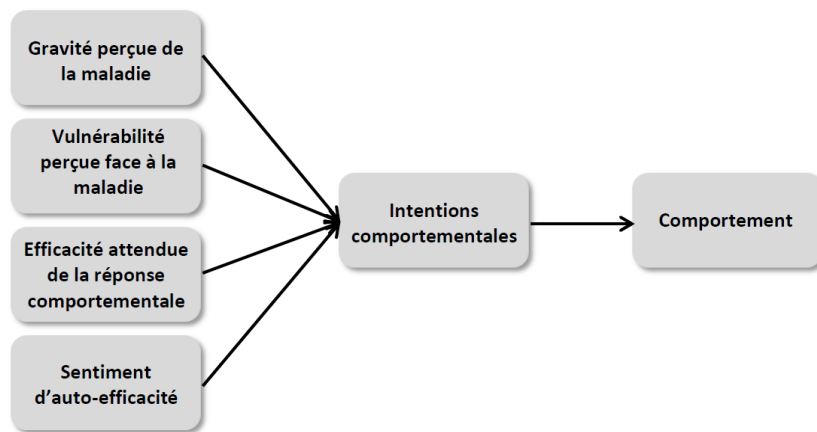


Figure 22: La Théorie de la Motivation à la Protection (d'après Ogden, 2008).

Le *sentiment d'auto-efficacité* se rapporte à la conviction de sa propre capacité à accomplir avec succès un comportement, dont la réalisation est conditionnée à l'espoir de l'avènement de conséquences positives et avantageuses dans une situation donnée (Bandura, 1977 ; 2004). Il se nourrit des réussites personnelles et des succès antérieurs obtenus dans une situation donnée, mais aussi des expériences vicariantes dans lesquelles d'autres personnes ont joué le rôle de modèles et de sources d'inspiration. Un *sentiment d'auto-efficacité élevé* favoriserait l'émergence d'objectifs réalistes plus ambitieux, un engagement plus ferme envers ces objectifs, l'attente de résultats positifs aux actions envisagées, une minimisation des efforts requis ainsi qu'une persévérance dans la mise en œuvre des actions dont les études portant sur le Modèle des Croyances envers la Santé ont souligné l'importance primordiale dans la démarche d'adoption de comportements de santé peu attractifs et/ou rassurants. Tout cela requiert la certitude de posséder une certaine forme de maîtrise sur les événements et sur soi-même (*lieu de contrôle interne* ; Wallston & Wallston, 1982).

Concernant plus précisément le domaine de la maladie, le concept d'auto-efficacité renvoie au sentiment d'être capable de cultiver un état d'esprit serein permettant le recours et la mise en place de comportements protecteurs et/ou adaptatifs envers la santé. Il est généralement admis que les modes de vie (habitudes alimentaires, par exemple) contribuent en partie à impacter l'état de santé des individus tout comme les avancées médicales actuelles. Or, les individus possèdent une part de responsabilité dans les habitudes et comportements qu'ils adoptent au quotidien, d'où l'accent porté de plus en plus sur les programmes

¹³⁰ L'*intention comportementale* est définie comme un plan d'action élaboré pour atteindre un objectif préalablement déterminé (Ajzen & Madden, 1986).

d'éducation thérapeutique en vogue aujourd'hui dans la prise en charge d'un certain nombre de maladies chroniques ainsi qu'en matière de prévention des risques sanitaires, qui s'appuient justement sur l'accroissement du sentiment d'auto-efficacité des individus.

Des auteurs se sont référés à la Théorie de la Motivation à la Protection pour tenter d'expliquer les déterminants psychosociaux des comportements préventifs en matière de santé. Leurs résultats semblent indiquer qu'une plus *grande vulnérabilité perçue* face à la maladie, de *fortes croyances dans l'efficacité des méthodes de dépistage* pour diagnostiquer la maladie, et un *fort sentiment d'auto-efficacité* à s'engager dans une démarche de dépistage sont reliées à l'expression de solides intentions de réaliser un test de dépistage du cancer de la prostate (Lamonde, 2001), du cancer de la peau (Azzarello, 2006), du cancer du col de l'utérus (Orbell & Sheeran, 1998), et du cancer colorectal (Klein, 2002). Pour ce dernier type de cancer, les attentes relatives à l'efficacité du test spécifique de dépistage résident dans la qualité de sa sensibilité et de sa fiabilité pour détecter précocement des polypes. Quant au sentiment d'auto-efficacité, il est essentiellement renforcé dans ce contexte par les expériences vicariantes (membres de la famille ou amis ayant déjà réalisé le test auparavant), dans la mesure où peu d'individus à risque moyen de développer un cancer colorectal ont participé au moins une fois au dépistage, se forgeant par là-même une expérience personnelle de réussite (Klabunde, Frame, Meadow, Jones, Nadel, & Vernon, 2003). Egalement basée sur l'idée que l'intention explique en grande partie le recours à un comportement donné, la théorie suivante explore des facteurs cognitifs différents pour expliquer l'élaboration d'une intention comportementale.

2.2. LA THEORIE DE L'ACTION PLANIFIEE

La Théorie de l'Action Planifiée (*Theory of Planned Behavior, TPB* ; Ajzen, 1991) proroge la Théorie de l'Action Raisonnée (*Theory of Reasoned Action, TRA* ; Ajzen & Fishbein, 1980 ; Fishbein & Ajzen, 1975) qui suppose que les attitudes des individus, prémices à l'adoption de comportements, se forment à partir d'une argumentation logique et rationnelle basée sur l'intégration plus ou moins exhaustive des informations et connaissances disponibles sur un sujet donné. La Théorie de l'Action Planifiée, tout comme la Théorie de l'Action Raisonnée, a pour dimension centrale l'*intention comportementale* déterminée à partir d'une mosaïque d'attitudes et croyances (*attitude envers le comportement*, et *norme subjective*) agencées pour influencer la réalisation du comportement (Figure 23). La Théorie de l'Action Planifiée rajoute, en sus de l'*attitude envers le comportement* et la *norme*

subjective, la notion de *contrôle comportemental perçu* comme prédicteur motivationnel du comportement.

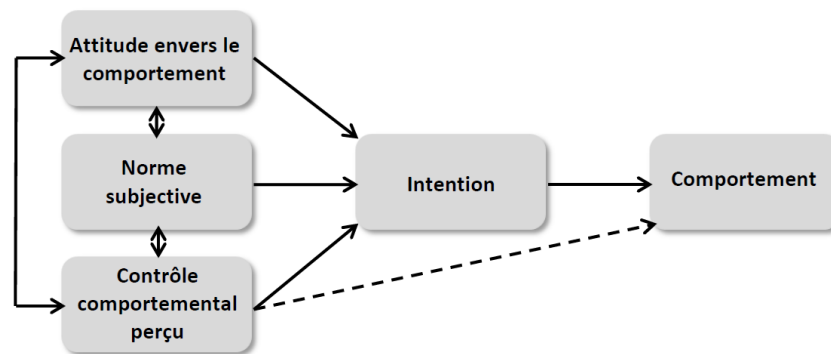


Figure 23: *Théorie de l'Action Planifiée (Ajzen, 1991).*

Selon Ajzen (1991), l'*attitude envers le comportement* renvoie à la prise en compte de l'ensemble des croyances visant à évaluer la pertinence de l'adoption d'un comportement en fonction du poids accordé aux conséquences positives et négatives qu'il peut entraîner. La *norme subjective* correspond quant à elle à la pression sociale perçue qui pousse un individu à accomplir un comportement largement plébiscité par autrui. Elle conduit les individus à se conformer aux attentes et attitudes de leurs proches envers un comportement donné. Le *contrôle comportemental perçu* se réfère à la perception que la personne entretient vis-à-vis de ses propres capacités à réaliser ou non un comportement en considérant attentivement les expériences passées ainsi que les obstacles et leviers au comportement. Ce dernier concept rejoint la notion de *sentiment d'auto-efficacité*, notamment en ce qui concerne la confiance que l'individu développe envers ses propres compétences à réaliser un comportement ou une tâche. De manière générale, plus les attitudes et croyances envers un comportement sont positives, plus la norme subjective est favorable à l'adoption du comportement, plus le contrôle comportemental perçu est élevé, et plus l'intention de réaliser ce comportement est forte, augmentant par là-même les chances de le voir se réaliser (Ajzen, 1991).

Les Théories de l'Action Raisonnée et de l'Action Planifiée ont fait toutes deux l'objet d'investigations empiriques poussées afin de mieux comprendre le processus conduisant les individus à s'investir ou non dans une démarche de dépistage des cancers. Une méta-analyse récente s'est notamment intéressée au rôle de l'intention comportementale sur le degré de compliance des femmes envers les programmes de dépistage des cancers (Cooke & French, 2008). Les croyances et attitudes positives envers le dépistage des cancers sont très largement corrélées à l'élaboration d'une intention de réaliser un test de dépistage (Cooke & French, 2008). Les relations entre les normes subjectives ainsi que le contrôle comportemental perçu et l'intention de se faire dépister sont quant à elles bien plus modérées (Cooke & French,

2008). En outre, médiée par le type d'examen, le coût du dépistage, et le mode d'invitation à se faire dépister, l'intention de participer à un test de dépistage du cancer n'est corrélée que modérément à la réalisation effective de ce test (Cooke & French, 2008). Chez les hommes, les attitudes et croyances positives envers le dépistage du cancer colorectal, la norme subjective¹³¹, la norme descriptive¹³² et le contrôle comportemental perçu prédisent l'intention de réaliser un test de dépistage (O'Sullivan, McGee, & Keegan, 2008; Sieverding, Matteredne, & Ciccarello, 2010), surtout pour ceux ayant un risque moyen de développer ce type de cancer (DeVellis, Blalock, & Sandler, 1990). De plus, l'intention comportementale prédit bel et bien dans ce cas l'adoption du comportement de dépistage (Sieverding, Matteredne, & Ciccarello, 2010).

Nonobstant l'ensemble de ces résultats qui semblent accréditer en partie la Théorie de la Protection à la Motivation, la Théorie de l'Action Raisonnée, et la Théorie de l'Action Planifiée, l'intention exprimée de recourir à un test de dépistage du cancer ne prédit pas nécessairement la réalisation proprement dite du test (Orbell & Sheeran, 1998). Les déterminants de l'intention de réaliser un test seraient différents de ceux impliqués dans la démarche comportementale elle-même (Herbert, Launoy, & Gignoux, 1997). En effet, les expériences antérieures de dépistage du cancer, une majoration des bénéfices attendus, un lieu de contrôle externe (l'intervention de la chance ou du hasard), une forte vulnérabilité perçue, et des connaissances solides concernant le cancer colorectal seraient prédicteurs de l'intention de s'engager dans une démarche de dépistage du cancer colorectal, mais pas nécessairement de la participation effective au dépistage (Gregory, Wilson, Duncan, Turnbull, Cole, & Young, 2011). Il semble donc que l'intention reste un élément nécessaire mais insuffisant à expliquer à lui seul l'occurrence d'un comportement (Sheeran, 2002). Par ailleurs, il paraît difficile de comprendre le véritable rôle de l'intention car celle-ci est considérée tantôt comme un élément à part entière du processus causal, et tantôt comme le principal indicateur de la décision de réaliser le comportement (Mc Clelland, Koestner, & Weinberger, 1989). Enfin, certains auteurs reprochent à ces théories de ne pas considérer les éléments temporels susceptibles de rendre compte de la dynamique inhérente à la prise de décision de réaliser un comportement (Ogden, 2008). Ainsi, les théories suivantes se focalisent tout particulièrement sur l'ensemble du processus à l'œuvre entre la formulation explicite d'une intention et l'adoption d'un nouveau comportement.

¹³¹ Il s'agit ici des attentes des personnes proches relatives à la réalisation du test de dépistage.

¹³² Il s'agit ici de la perception de la manière de se comporter envers le dépistage des hommes avec lesquels les sujets peuvent établir une comparaison.

3. LES THEORIES DES STADES DES COMPORTEMENTS DE SANTE

3.1. LE MODELE TRANSTHEORIQUE DU CHANGEMENT

Le Modèle Transthéorique du Changement (*Transtheoretical Model of Change, TMC* ; Prochaska & DiClemente, 1983 ; Prochaska & DiClemente, 1985) suggère que les individus expérimenteraient les stades suivants lorsqu'ils entrent dans une démarche de changement de comportement (Figure 24) : 1) Le *stade précontemplatif* correspond à une phase où l'individu serait totalement réfractaire au changement car il n'aurait aucunement conscience du caractère inadapté de son comportement actuel et des conséquences futures possibles pour lui et/ou pour son entourage ; 2) Le *stade contemplatif* nécessite l'acceptation de l'existence d'un problème ou d'un dilemme (abandonner ou non un comportement posant problème, acquérir ou non un comportement préventif). En revanche, il n'y a pas à ce stade de velléité de résoudre le problème clairement établie, ni de recherche effective de solutions éventuelles ; 3) Le *stade de préparation* suppose une certaine détermination. À ce stade, l'objectif principal va être d'établir un plan d'action afin d'initier le changement souhaité en tenant compte des éventuels conseils prodigués ; 4) Le *stade de l'action* induit que l'individu se sente véritablement prêt à abandonner le comportement qui lui pose problème. Une forte motivation s'avère à ce stade indispensable pour mobiliser ses ressources adaptatives et déployer un maximum d'efforts en vue d'adopter de nouvelles habitudes comportementales ; et 5) Le *stade du maintien* consiste à modifier de manière tangible le comportement posant problème. Arrivé à ce stade, l'individu risquerait toutefois de reprendre ses vieilles habitudes comportementales, autrement dit de « rechuter ». Ses apprentissages comportementaux, encore très fragiles, nécessiteraient par conséquent d'être régulièrement consolidés.

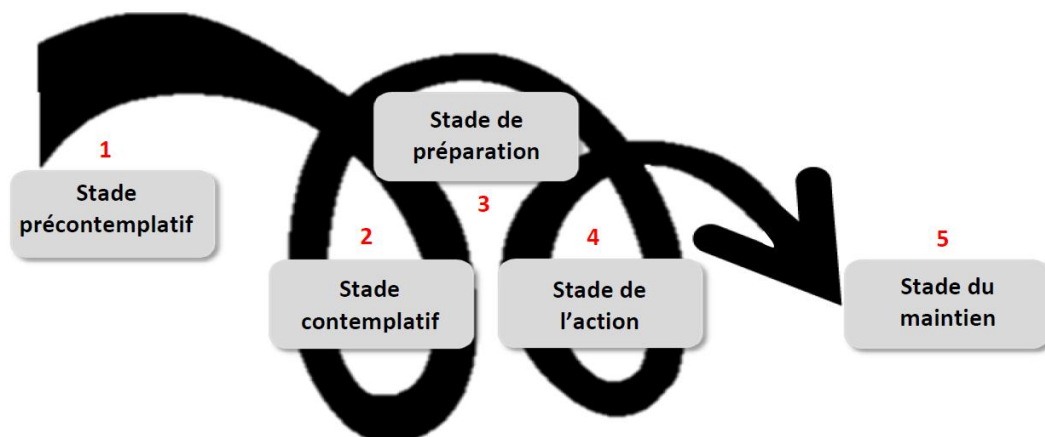


Figure 24: Le Modèle Transthéorique du Changement (Prochaska & DiClemente, 1985).

Malgré l'engouement suscité par cette théorie dans le domaine de la psychologie de la santé, relativement peu de recherches utilisant ses concepts ont été menées spécifiquement sur le dépistage des cancers. Les résultats d'une étude tendent cependant à montrer que les individus précontemplatifs et contemplatifs ont une propension à sous-estimer leur propre risque de développer un cancer colorectal, rendant superflue toute démarche de dépistage spécifique (Brenes & Paskett, 2000). En outre, ils nourrissent davantage de croyances négatives envers le dépistage du cancer colorectal (« *Il est inutile de se faire dépister, si on se sent bien* » ; « *Si un cancer du côlon était détecté avec le dépistage, il ne pourrait de toute façon pas être soigné* ») et perçoivent bien plus de barrières à sa réalisation (« *Le dépistage prend trop de temps* » ; « *Le test de dépistage est embarrassante et inconfortable* ») que les individus parvenus aux stades d'action et de maintien (Brenes & Paskett, 2000).

Une des principales critiques adressées à ce modèle réside dans le fait que le *stade précontemplatif* ne permettrait pas de rendre compte précisément de l'ensemble des attitudes individuelles présentes lors de cette phase, dans la mesure où il renvoie à la fois aux personnes n'ayant jamais pensé à la possibilité de changer leur comportement ni éprouver un quelconque désir de ce type mais intéressées plus ou moins par le sujet ; et d'autres qui assument véritablement leur souhait de ne pas amorcer de changement et leur désintérêt manifeste pour cette question (Weinstein & Sandman, 1992). En outre, le *stade contemplatif* n'illustrerait pas suffisamment l'existence d'un large panel d'individus qui pourraient soit persister dans une ambivalence et être encore indécis quant à la mise en œuvre d'un comportement, soit avoir déjà pris une décision mûrement réfléchie et richement argumentée sans pour autant être certain de la manière de s'y prendre pour mettre en place les actions envisagées (Weinstein & Sandman, 1992). Le modèle suivant a donc été élaboré pour répondre plus précisément à ces différents points.

3.2. LE MODELE DES STADES D'ADOPTION DES COMPORTEMENTS PREVENTIFS

Très largement inspiré du Modèle Transthéorique du Changement, le Modèle des Stades d'Adoption des Comportements Préventifs (*Precaution Adoption Process Model, PAPM* ; Weinstein & Sandman, 1992) postule que le processus conduisant à l'adoption d'une nouvelle mesure sanitaire est un mouvement continu faisant intervenir différents patterns comportementaux déterminés par des caractéristiques cognitives et émotionnelles distinctes (Figure 25).

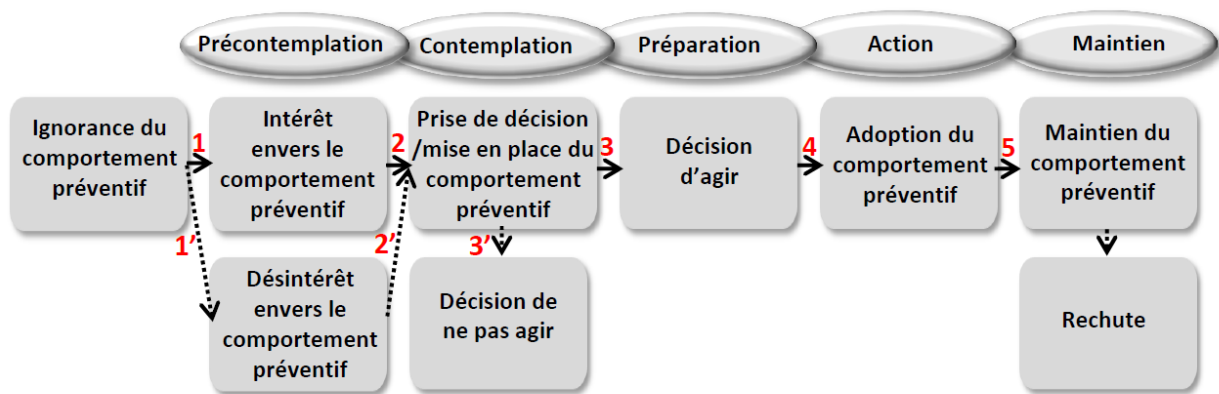


Figure 25: *Le Modèle des Stades d'Adoption de Comportements Préventifs*

(d'après Weinstein & Sandman, 1992).

Selon ce modèle, les individus passeraient par les étapes suivantes : 1) Le premier stade de ce modèle correspond à une méconnaissance totale de l'existence d'une situation dite « problème » et une absence manifeste de conscience du caractère préjudiciable du comportement actuel sur l'état de santé ultérieur ou encore de la possibilité d'adopter un nouveau comportement préventif. Ce stade n'existe pas en tant que tel dans le Modèle Transthéorique du Changement ; 2) Le second stade est déterminé par la prise de conscience par l'individu de la situation dite « problème » avec naissance ou non d'un intérêt personnel pour cette situation mais sans réelle implication de sa part ; 3) Le troisième stade évoque le processus de prise de décision qui mène l'individu à faire le choix de s'engager ou non dans un comportement dont l'objectif serait de résoudre la situation « problème » ; 4) Le quatrième stade rend compte du fait que l'individu a pris une décision en faveur de la mise en œuvre d'un plan d'action visant à adopter un nouveau comportement ou, au contraire, a choisi de ne pas s'engager dans un changement de comportement ; 5) Si l'individu a choisi de mettre en place le nouveau comportement, le cinquième stade est celui de l'action où l'individu applique sa stratégie de changement ; 6) Enfin, le dernier stade renvoie au maintien du comportement à long terme.

Le Modèle des Stades d'Adoption des Comportements Préventifs a été testé dans le cadre du dépistage du cancer colorectal afin d'investiguer l'évolution de la perception des risques personnels encourus et des attitudes fatalistes face au cancer selon les stades suivants (Ferrer, Hall, Portnoy, Ling, Han, & Klein, 2011) :

1. Méconnaissance de la menace potentielle que fait peser le cancer colorectal sur les individus à risque moyen de développer cette maladie.

2. Conscience de la menace possible pour soi du cancer colorectal, mais absence de réflexion relative à la possibilité d'initier un comportement de réalisation d'un test de dépistage spécifique.
3. Processus de prise de décision relative à l'adoption ou non d'un comportement de dépistage du cancer colorectal.
4. Décision de réaliser un test de dépistage du cancer colorectal.
5. Réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal.
6. Maintien du comportement en réalisant un test de dépistage du cancer colorectal aux intervalles de temps recommandés, c'est-à-dire tous les deux ans.
7. Décision de ne pas réaliser un test de dépistage du cancer colorectal.

La perception du risque personnel encouru (*vulnérabilité perçue*) face au cancer colorectal augmenterait progressivement à partir des premiers stades pour atteindre son apogée lorsque l'individu a fermement l'intention de participer au test de dépistage du cancer colorectal. À l'inverse, les croyances fatalistes diminueraient au fur et à mesure que l'individu passe d'un stade à l'autre, favorisant le recours au dépistage. Le *fatalisme* recouvre les croyances et représentations soulignant un fort sentiment d'impuissance concernant la santé en général, avec la conviction que les maladies échappent totalement au contrôle de l'être humain (Straughan & Seow, 1998). Ce type de croyance implique la certitude que les événements sont prédestinés et qu'il est donc préférable de s'en remettre à la chance ou à une entité supérieure pour espérer conserver une bonne santé le plus longtemps possible. Cette idée se manifeste parfois par le recours à des expressions verbales somme toute assez courantes telles que « *rien ni personne ne possède le pouvoir d'empêcher l'occurrence de la maladie* », « *quoique l'on fasse, si on doit tomber malade, alors on tombera malade* », ou encore « *de toute façon, il faudra bien mourir de quelque chose* » (Straughan & Seow, 1998). Les croyances fatalistes envers le cancer entravent habituellement l'engagement dans des comportements préventifs et de dépistage (Han, Moser, & Klein, 2006). En effet, ce type de croyances serait tout particulièrement rémanentes chez les individus ayant une forte aversion pour les situations d'incertitude ou de doute. Le fatalisme serait dès lors une manière d'esquiver les processus de prise de décision vécus comme pénibles et sources de stress, puisqu'il est inutile de s'astreindre à faire un choix dont la finalité sera nécessairement défavorable (Han, Moser, & Klein, 2006). Or, il n'est pas possible de prédire avec certitude le développement d'un cancer et son évolution. Dès lors, avoir à décider de la pertinence de réaliser un test de dépistage deviendrait superflu pour les individus ayant une propension au fatalisme.

L'influence de l'*optimisme irréaliste* sur l'adoption de comportements sanitaires préventifs pourrait être tout aussi néfaste que le *fatalisme*, tout simplement parce que le fait de considérer que les événements négatifs (comme développer un cancer, par exemple) ne concernent principalement que les autres individus pourrait conduire à minimiser son propre sentiment de vulnérabilité face à ce type d'événements (Klein & Helweg-Larsen, 2002 ; Klein & Weinstein, 1997). La menace encourue est certes rarement évaluée à sa juste valeur (Aguerre, Michel, Réveillère, Birmelé, & Laroche, 2008). De manière somme toute peu surprenante, les risques oncologiques ont en effet tendance à être minorés lorsqu'ils sont autoévalués, et sont plutôt enclins à être majorés lorsqu'ils concernent l'état de santé d'autrui. Cette forme d'*optimisme irréaliste* revêt indubitablement un caractère défensif, en évitant aux individus d'être frontalement exposés à des pensées déplaisantes (s'imaginer gravement malade, par exemple). Elle peut autrement dit amener à éluder certaines facettes de la réalité difficilement concevables (probabilité accrue d'avoir un cancer en vieillissant et de devoir suivre un traitement pour le soigner, par exemple), mais qu'il vaudrait pourtant mieux prendre pleinement en considération pour pouvoir composer avec de façon pragmatique et pérenne. Un cas de figure sensiblement différent est celui des personnes présentant des symptômes vaguement évocateurs d'un cancer colorectal. Ces dernières se livrent généralement à leur « normalisation », en essayant de les imputer à des causes moins préoccupantes, ce qui peut parfois les conduire à ne pas en parler à leur médecin (Smith, Pope, & Botha, 2005). A fortiori, le fait d'être asymptomatique et/ou de ne pas se sentir du tout concerné par le cancer rend peu conscient de la nécessité de faire un test de dépistage (Blay, et al., 2008).

Si détaillé que soit ce modèle, il ne permettrait pas de comprendre comment s'intègre les connaissances et informations de santé dans ce processus, plus spécifiquement dans la formation des intentions, contrairement à la théorie suivante.

3.3. LA THEORIE DU PROCESSUS DU COMPORTEMENT DE SANTE

La Théorie du Processus du Comportement de Santé (*Health Action Process Approach, HAPA* ; Schwarzer, 1992 ; 2008) est élaborée en un processus temporel en deux étapes successives, suggérant une distinction implicite entre des processus motivationnels prélués à la formulation d'une intention, et des processus volitifs intervenant entre l'intention exprimée et l'adoption du comportement de santé ciblé (Figure 26). Lors de la phase motivationnelle, la *perception du risque personnel encouru*, les *attentes d'efficacité du comportement*, et le *sentiment d'auto-efficacité* contribueraient de concert pour faire émerger une intention. Une fois celle-ci bel et bien formulée, la phase volitive se centre sur

l'édification d'un *plan d'action* constitué d'objectifs concrets et détaillés visant à initier et maintenir un nouveau comportement de santé. Les déterminants de cette phase regrouperaient la capacité de *se représenter mentalement* la séquence des actions à mettre en place pour réaliser le comportement, ainsi que le *sentiment d'auto-efficacité*.

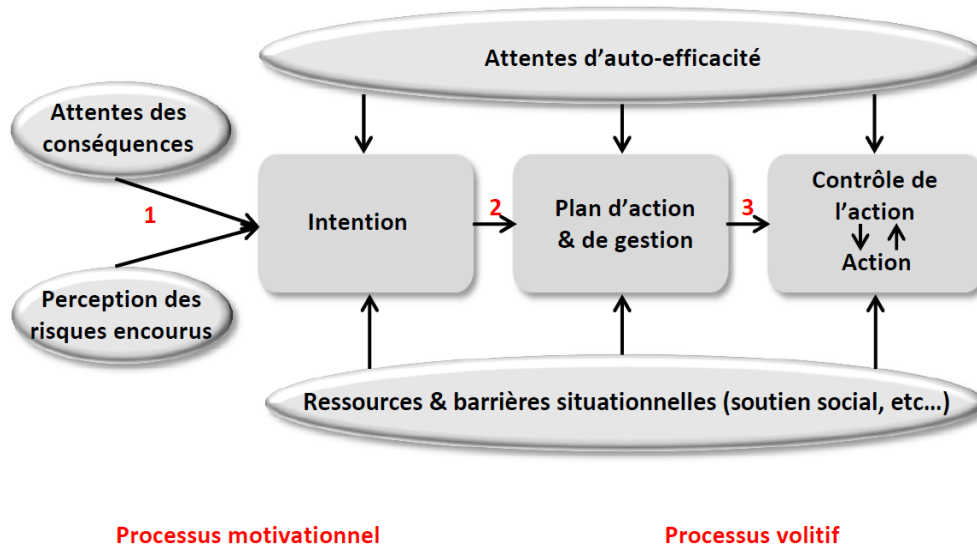


Figure 26: La Théorie des Processus du Comportement de Santé (Schwarzer, 1992 ; 2008).

Un des principaux apports de cette théorie comparativement aux modèles précédents est l'ajout du concept d'auto-efficacité à l'ensemble du processus, en le spécifiant toutefois en fonction des deux phases précitées (Marlatt, Baer, & Quigley, 1995). Lors de la phase motivationnelle, le sentiment d'auto-efficacité s'ancrerait idéalement sur la conviction de l'existence de solides ressources personnelles sur lesquelles s'appuyer pour atteindre les objectifs fixés, et sur la confiance en sa propre capacité à faire des choix adaptés et appropriés à la situation vécue. Lorsque ce *sentiment d'auto-efficacité proactif (preaction self-efficacy)* est élevé, il tendrait à prédire la formulation d'une intention et, dans le cas contraire, il induirait une propension à la *procrastination* alimentée par l'accumulation de doutes quant à sa capacité effective d'initier le comportement ciblé. Lors de la phase volitive, le sentiment d'auto-efficacité se focaliserait plutôt sur une certitude de sa propre capacité à s'ajuster aux obstacles potentiels et à réaliser un certain nombre d'efforts pour que l'adoption du comportement soit bel et bien un succès. Lorsque ce *sentiment d'auto-efficacité d'ajustement (coping self-efficacy)* est élevé, il tend à prédire l'adoption effective du comportement.

Par ailleurs, cette théorie introduit la notion de *plan d'action* qui induit le développement de scénarios et/ou stratégies réalistes et concrets s'appuyant sur une représentation mentale des tenants et aboutissants de la situation. Le plan d'action favoriserait grandement les changements de comportement en matière de santé surtout si la séquence

d'actions envisagées inclue des paramètres situationnels et contextuels précis (Leventhal, Singer, & Jones, 1965).

Quelques études adossées à cette théorie se sont intéressées à l'adoption de mesures prophylactiques dans le cadre du cancer. Le *sentiment d'auto-efficacité* apparaît comme le meilleur prédicteur de la formulation d'une intention et d'un plan d'action dans l'adoption de pratiques d'autopalpation des seins (Luszczynska & Schwarzer, 2003) et d'examen des testicules (Barling & Lehmann, 1999) pour dépister d'éventuelles tumeurs. De surcroît, l'*édification d'un plan d'action* semble le mieux augurer de l'adoption effective de tels comportements (Luszczynska & Schwarzer, 2003).

Des critiques ont également été émises à l'encontre de cette théorie. Selon Velicer & Prochaska (2008), le Modèle Transthéorique du changement en cinq étapes serait meilleur pour expliquer l'adoption d'un nouveau comportement que les deux étapes de la théorie élaborée par Schwarzer. En effet, il existerait une évolution concernant le poids des arguments favorables et défavorables à l'adoption du comportement tout au long du processus en stades, ce dont ne pourrait rendre compte en détail un modèle en seulement deux étapes (Hall & Rossi, 2008). Les inconvénients au changement seraient prédominants lors de la phase précontemplative. Lors de la phase contemplative, les arguments pour et contre le changement auraient un poids équivalent, reflétant l'ambivalence de ce stade. Enfin, les avantages devancent les inconvénients dès le stade de préparation et leur importance croît aux stades suivants (Hall & Rossi, 2008).

Selon Leventhal (2008), cette théorie achoppe également lorsqu'il s'agit d'évaluer et manipuler les variables pour comprendre le processus sous-jacent à l'avènement d'un comportement de santé. En effet, la théorie initiée par Schwarzer (1992) se heurterait à un biais méthodologique, en tentant à la fois de décrire et d'expliquer ce qui conduit ou non à l'adoption d'un comportement de santé. Par ailleurs, cette théorie présente le processus motivationnel comme un phénomène passif, à l'inverse des phénomènes volitifs. Or, lorsqu'un individu s'expose volontairement aux arguments en faveur de l'adoption d'un nouveau comportement, cela implique l'intervention d'une dimension perceptivo-cognitive active faisant intervenir a minima des processus attentionnels et de traitement de l'information. De surcroît, il n'est pas fait mention dans cette théorie de l'importance des attentes de bénéfices lors de la phase volitive, contrairement à la phase motivationnelle. Ceci est étonnant dans la mesure où l'individu tend à mettre en place un plan d'action s'il estime que cela s'avèrera indubitablement positif par la suite. Examinons les propositions de cet auteur dans la théorie suivante.

4. LES THEORIES RELATIVES AUX REPRESENTATIONS DE LA MALADIE

4.1. LA THEORIE DE L'AUTOREGULATION DES COMPORTEMENTS DE SANTE

La Théorie de l'Autorégulation des Comportements de Santé (*Self-Regulation Theory, SRT*; Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001 ; Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980) postule que l'individu a une propension à résoudre activement des problèmes en se formulant des représentations cognitives multidimensionnelles de la maladie, un plan d'action pour gérer la menace, et en parallèle un plan indépendant pour gérer les réactions émotionnelles de la menace de la maladie. Cette théorie réfère à la fois aux processus motivationnels, volitifs et actifs prédisant l'adoption de comportements de santé et confère un rôle prépondérant aux stratégies d'ajustement mobilisées pour gérer les menaces potentielles pesant sur la santé (Leventhal, Rabin, Leventhal, & Burns, 2001).

La survenue de symptômes somatiques inhabituels, douloureux et/ou alarmants serait appréhendée de la même manière que toute situation complexe et/ou stressante, en ayant recours à la méthode de résolution de problème, et ce afin de restaurer l'équilibre homéostatique initial perçu comme la norme corporelle. Selon les auteurs de cette théorie, tout se passerait comme si un individu remarquait chez lui la présence d'un nouveau symptôme (des douleurs intestinales, par exemple). Cette observation fonctionnerait comme un signal d'alarme suffisamment déstabilisant pour le motiver à en rechercher une signification et à se forger des représentations multidimensionnelles sur la nature supposée (un cancer colorectal), l'origine hypothétique (un polype), les conséquences possibles (des métastases), la temporalité envisagée (maladie chronique) et les traitements éventuels (chirurgie) de ce symptôme. Ces représentations lui permettraient de considérer les différentes stratégies d'ajustement possibles visant un retour « à la normale », et de choisir celle lui paraissant la plus appropriée à mettre en œuvre (réaliser un test de dépistage, par exemple). Enfin, cet individu évaluerait l'efficacité de son comportement sur la disparition du symptôme et, au besoin, l'ajusterait (Figure 27).

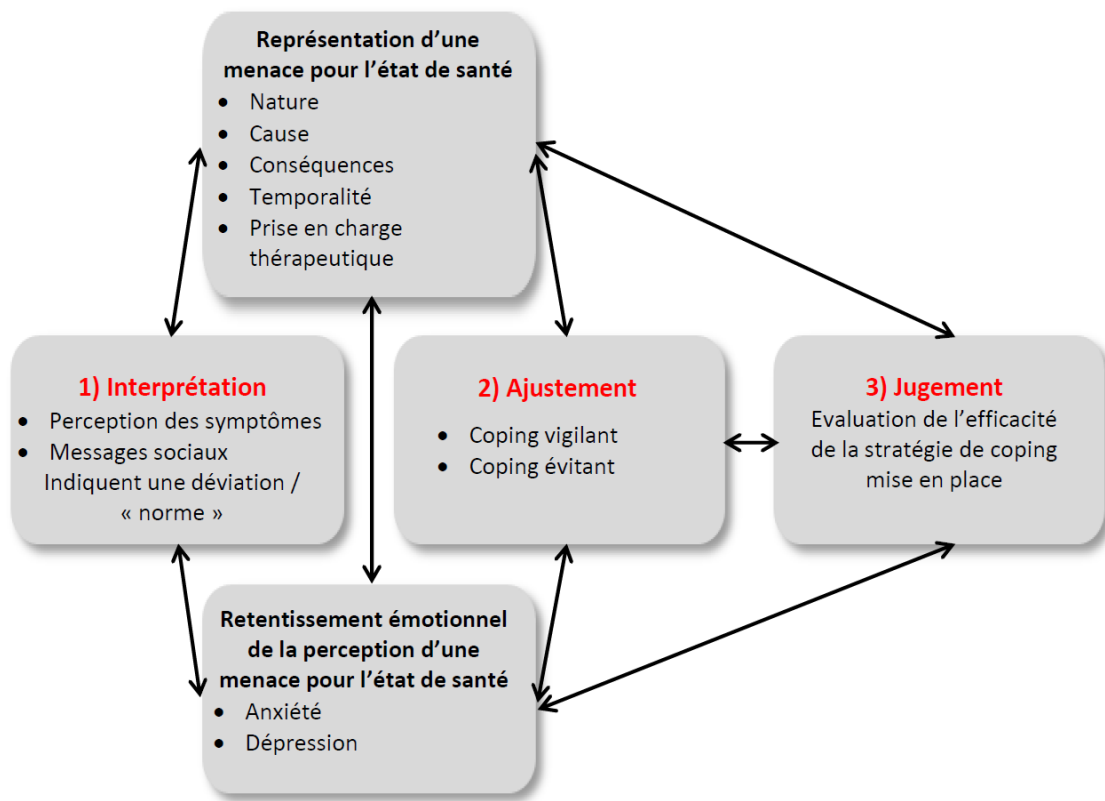


Figure 27: *La Théorie de l'Autorégulation des Comportements de Santé* (d'après Ogden, 2008).

Cette théorie a émergé lors du passage de l'ancien modèle biomédical paternaliste dans lequel le médecin détenait tout pouvoir décisionnel quant à la santé de ses patients, au modèle biopsychosocial autonomiste imposant au médecin la nécessité d'informer son patient afin qu'il puisse prendre les décisions nécessaires sur les questions de santé le concernant, et ce en toute connaissance de cause (Rimer, Briss, Zeller, Chan, & Woolf, 2004). Il s'agit pour les patients de passer d'un *lieu de contrôle plutôt externe* où seuls les médecins ont un rôle prépondérant, à un *lieu de contrôle plutôt interne* où ils sont partie prenante des décisions prises, leur conférant une forme de maîtrise de leur état de santé (Wallston & Wallston, 1982).

Dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, les individus doivent par exemple recueillir et sopeser les informations relatives aux avantages et inconvénients de se faire dépister en tenant compte du risque personnel encouru à développer la maladie, puis comparer les différents tests existants afin de déterminer lequel semble le plus approprié avant d'établir un plan d'action pour le réaliser (Pignone, Bucholtz, & Harris, 1999 ; Woolf, 2000). Se forger une représentation rationnelle du dépistage du cancer colorectal nécessite alors d'avoir bien compris tous ses enjeux, à savoir les bénéfices attendus, les contraintes à dépasser, les limites et incertitudes à accepter, et les alternatives à sopeser, et d'être familier avec le raisonnement probabiliste plutôt complexe à appréhender (Edwards, Evans, Hood, & Elwyn, 2006 ;

Sheridan, Harris, & Woolf, 2004). Ceci explique en partie le fait que les individus sont généralement soulagés de partager le processus de prise de décision avec leurs médecins (Gattellari, Butow, & Tattersall, 2001). Lorsque les individus peuvent réaliser ce processus avec l'aide d'un médecin, leurs représentations du cancer colorectal sont adaptées, leur perception de leur risque personnel encouru est appropriée et leur participation au test de dépistage augmente (Dolan & Frisina, 2002 ; Pignone, Harris, & Kinsinger, 2000 ; Wolf & Schorling, 2000), même si l'impact de la prise de décision sur le dépistage reste modeste (Dolan & Frisina, 2002 ; Wolf & Schorling, 2000).

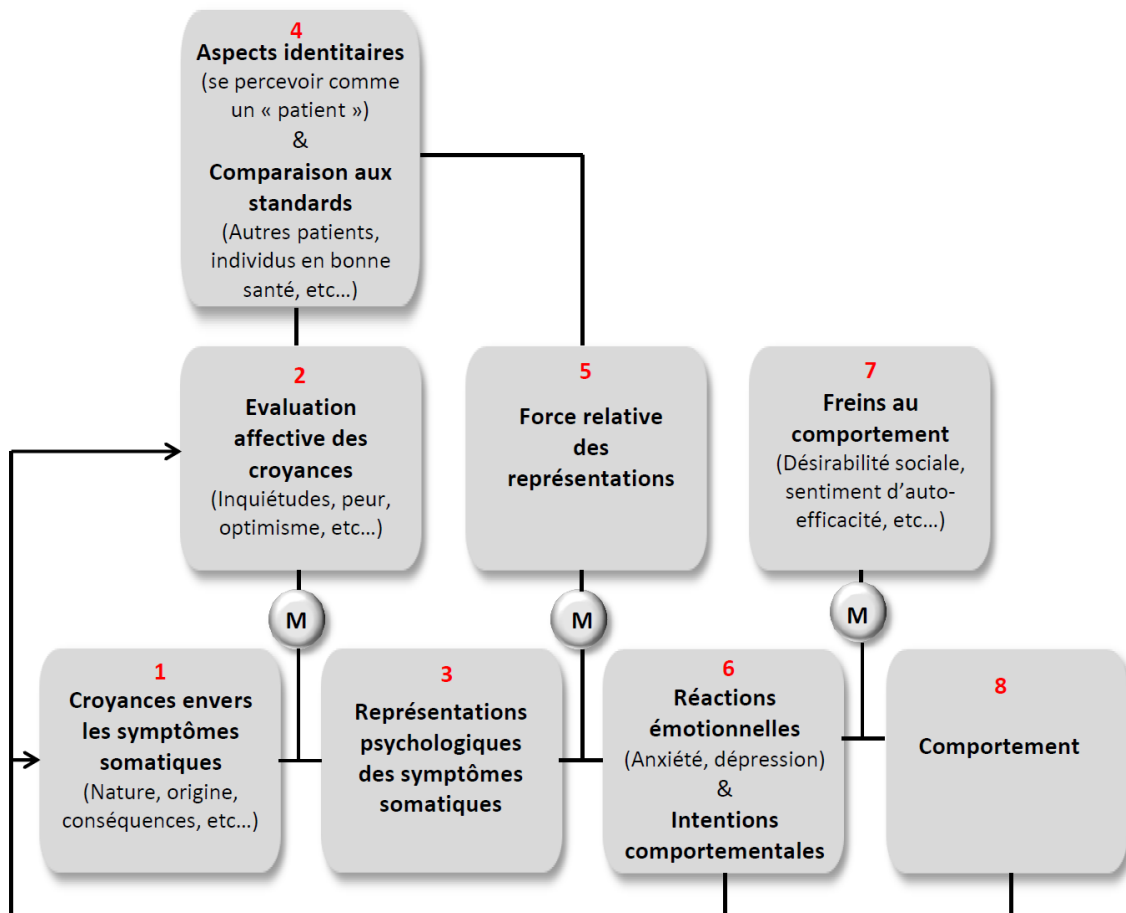
La littérature a souligné à de multiples reprises la pertinence de la Théorie de l'Autorégulation des Comportements de Santé quant à l'importance de considérer la multidimensionnalité des croyances subjectives liées à la santé et la maladie (nature, causes, conséquences, temporalité, et prise en charge) dans la genèse des représentations mentales de la maladie qui expliquent en partie les manifestations comportementales en matière de santé. Néanmoins, cette théorie semble incomplète tant elle peine à rendre compte de certains cas de figure illustrés par le fait que les dimensions cognitives interagissant pour élaborer les représentations mentales peuvent différer en terme d'évaluation affective (Petersen, van den Berg, Janssens, & Van den Bergh, 2011). Par exemple, un individu peut avoir des croyances menaçantes sur les conséquences potentielles du cancer colorectal (la souffrance induite, la perte d'autonomie, etc..), mais peut également entretenir la conviction rassurante que ce qu'il considère être la cause principale de cette maladie ne le concerne pas (consommation excessive de viande rouge, par exemple). Partant de là, les représentations de cet individu quant au cancer colorectal forgées à partir de ces croyances aux valences émotionnelles contradictoires ne l'inciteront peut-être pas à réaliser un test de dépistage du cancer colorectal. Le modèle suivant se penche justement sur les interactions entre les dimensions cognitives et affectives des croyances, points de départ du processus qui mènerait à l'adoption d'un comportement salutogène.

4.2. LE MODELE DES ATTITUDES ENVERS LES SYMPTOMES ET LA MALADIE

La théorie précédente ainsi que la Théorie de l'Action Planifiée ont été en partie reprises et très largement complétées par le Modèle des Attitudes¹³³ envers les Symptômes et la Maladie (*Symptom and Illness Attitude Model, SIAM* ; Petersen, van den Berg, Janssens, &

¹³³ Dans ce modèle, les « attitudes » renvoient à l'association tenue entre des croyances relatives à un objet précis et à l'évaluation affective de ces croyances (Olson & Fazio, 2009).

Van den Bergh, 2011 ; Figure 28) qui suppose que le processus complexe de formation des représentations mentales relatives à la santé somatique tend à expliquer les réactions affectives et intentions comportementales en rapport, elles-mêmes responsables de l'adoption de comportements salutogènes. Pour ce faire, ce modèle intègre et combine les différentes théories basées sur 1) les éléments cognitifs et affectifs intervenant dans la formation des représentations mentales des maladies somatiques ; 2) leur organisation et interaction ; et 3) la nature de leur relations avec l'humeur et/ou le comportement.



M = effet modérateur.

Figure 28: *Le Modèle des Attitudes et Symptômes envers la Maladie (Petersen, et al., 2011).*

Ce modèle s'appuie tout particulièrement sur l'importance de l'interaction des croyances et affects dans la formation des représentations mentales. Plus précisément, les représentations mentales dériveraient d'une opération mentale qui consisterait à additionner les produits des poids accordés aux croyances relatives à la maladie avec leurs valences affectives (Figure 29). Les croyances particulièrement ancrées associées à une forte valence

émotionnelle (positive ou négative) génèreraient les représentations mentales les plus propices à alimenter des intentions comportementales.

Par ailleurs, la valence affective attribuée aux croyances dépendrait en grande partie de certains aspects identitaires et sociaux. Les individus éprouveraient le besoin de se comparer à des standards sociaux de référence afin de construire leur concept de soi et évaluer leurs opinions envers leur perception de leur état somatique. Les effets de la comparaison sociale sur les attitudes relatives à la maladie ont été démontrés dans le cancer (Buunk & Gibbons, 1997 ; Suls, Martin, & Wheeler, 2002). Les individus anxieux tendraient par exemple à se comparer avec d'autres individus dont les situations sont moins favorables, ce qui les rassure quelque peu et réduit leur détresse émotionnelle (Gibbons & Gerrard, 1991). Ceci peut parfois avoir un impact délétère dans l'engagement dans des mesures prophylactiques en raison d'un optimisme irréaliste induit (Klein & Weinstein, 1997). À l'inverse, des exemples plus favorables peuvent encourager les individus à adopter des mesures préventives si leur sentiment d'auto-efficacité est élevé (Lockwood & Kunda, 1997).

$$A_O = \sum_{i=1}^n p_i v_i$$

A = Représentation
O = Objet
n = Nombre de dimensions
i = Dimension
p = Force de la croyance attribuée à la dimension envers l'objet
v = Valence émotionnelle attribuée à la dimension envers l'objet

Figure 29: Equation symbolisant la formation des représentations mentales relatives à la maladie (Petersen, et al., 2011).

Prenons par exemple le cas d'un individu qui considèrerait la consommation excessive de viande rouge comme étant une des causes principales du cancer colorectal (poids modéré), ce qui ne serait pas associé chez lui à une inquiétude particulière dans la mesure où il estimerait n'en consommer que rarement (valence émotionnelle modérée). Dans le même temps, cet individu imaginerait que le cancer colorectal génère beaucoup de souffrance sans qu'il existe pour autant de traitement réellement efficace (poids élevé), augmentant par là-même ses craintes en rapport (valence émotionnelle négative élevée). La somme de ces dimensions induirait une représentation du cancer colorectal plutôt négative qui aurait potentiellement un impact sur sa prise de décision de réaliser un test de dépistage.

Ce modèle attribue un rôle prédominant aux représentations mentales dans la mesure où celles-ci seraient la source de la formation des intentions, points de départ supposés à l'adoption d'un comportement salutogène. Nonobstant ce fait, les représentations mentales ne suffisent pas à elles seules à expliquer l'avènement d'un comportement car les obstacles perçus (peur de conséquences négatives, sentiment d'auto-efficacité trop faible) jouent le rôle

de variables modératrices entre les intentions comportementales et l'adoption du comportement.

Cette théorie a le mérite d'intégrer pleinement la dimension émotionnelle, souvent absente des modèles précédents et dont les auteurs supposent qu'elle intervient en parallèle de la dimension cognitive dans le processus qui conduit à l'adoption d'un comportement de santé (Leventhal, Leventhal, & Cameron, 2001). Or, il est peu probable que les dimensions affective et cognitive fonctionnent indépendamment l'une de l'autre (Olson & Fazio, 2009). Il s'agirait plutôt d'une interaction ténue dont la finalité forge les représentations mentales relatives à la santé et la maladie (Brown, 2004 ; Janssens, Verleden, De Peuter, Van Diest, & Van den Bergh, 2009). Par exemple, le concept de vulnérabilité perçue face au risque de développer un cancer colorectal renvoie à la fois à une perception cognitive du problème (estimation cognitive du risque encouru) mais aussi à un ressenti émotionnel (craintes induites) qui s'entretiennent mutuellement (Lipkus, et al., 2005). Lorsque les corrélations entre les niveaux de perception du risque encouru et les inquiétudes sont élevées, cela stimulerait la manifestation d'un schéma de pensée cohérent qui favoriserait l'engagement dans une démarche de dépistage (Hay, McCaul, & Magnan, 2006).

VI. LE ROLE DES FACTEURS EMOTIONNELS DANS LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les facteurs émotionnels ont fort probablement un rôle essentiel dans le processus d'adoption de la démarche de dépistage du cancer colorectal, malgré les rares études les mentionnant de manière approfondie. Cela étant, il paraît difficile de se positionner en répondant à la question pourtant primordiale visant à déterminer la nature exacte de leur rôle, tant les résultats expérimentaux sont contradictoires. En effet, les facteurs émotionnels sont tantôt présentés comme des « *alliés* » permettant d'accroître notablement la motivation de certains à réaliser un test de dépistage du cancer, et tantôt comme des « *freins* » conduisant d'autres individus à éviter de s'engager dans une démarche de dépistage. Nous avons vu précédemment que certaines croyances (le fait de se croire invulnérable, le fait de croire qu'il n'y a pas d'espoir) interfèrent avec la réalisation d'un dépistage du cancer. Or, des états émotionnels positifs tendraient à favoriser ce type de croyance en empêchant l'activation de schémas de maladie, inconsistants avec des affects positifs. À l'inverse, les émotions négatives telles que la gêne ou la peur, plus consistants avec ce type de schéma, pourraient augmenter leur accessibilité par l'augmentation de la perception des sensations en rapport (Main, Moss-Morris, Booth, Kaptein, & Kolbe, 2003 ; Rietveld & van Beest, 2006).

1. L'EMBARRAS ET LA GENE

Le cancer colorectal se développe dans le gros intestin, organe dont la principale fonction¹³⁴, quoique nécessaire suscite parfois gêne et dégoût, et ce d'autant qu'il se situe dans une partie intime du corps rarement évoquée en raison de son caractère encore « tabou » de nos jours (Pucheu, 2008). La gêne ressentie face à certains symptômes se rapportant spécifiquement au fonctionnement de cet organe (tels que des mouvements intestinaux intempestifs, une constipation, et/ou la présence de sang dans les selles) entrave généralement leur évocation à autrui, et en particulier aux soignants (Beeker, Kraft, Southwell, & Jorgensen, 2000). De ce fait, s'entretenir avec son médecin sur le sujet particulier du cancer colorectal et de son dépistage peut parfois prendre une tournure extrêmement embarrassante (Brenes & Paskett, 2000 ; Janz, Wren, Schottenfeld, & Guire, 2003). Ainsi, ce type d'éprouvés freinerait notablement le recours au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] tant ce test est parfois vécu comme embarrassant et inconfortable (El-Nachef, et al., 2010 ; Javanparast, et al., 2010 ; Jones, et al., 2010 ; Madlensky, Esplen, & Goel, 2004 ; Rossi, et al., 2005). En effet, en dépit de sa facilité d'utilisation apparente, le test Hemoccult-II[®] peut grandement incommoder certaines personnes dont les principales récriminations se centrent sur le dégoût occasionné par la manipulation des selles et la honte induite par l'envoi de la plaquette au laboratoire en vue d'analyse (Bowel Cancer Screening Pilot Monitoring and Evaluation Steering Committee, 2005).

Toutefois, le test Hemoccult-II[®] serait un des examens de dépistage du cancer colorectal parmi les moins embarrassants contrairement à la coloscopie (Hol, et al., 2010). En effet, les résultats de certaines études nous confortent dans l'idée que ce sont tout particulièrement les procédures médicales nécessitant le dévoilement de certaines parties intimes du corps et leur examen minutieux qui occasionnent le plus de gêne et d'inconfort chez les patients (Smith, Pope, & Botha, 2005). Le malaise ressenti peut résulter d'une prise de conscience relativement abrupte et brutale du caractère trivial et incongru de la situation d'auscultation, ou encore, de sa possible connotation sexuelle lorsque les symptômes rapportés concernent une région du corps particulièrement sensible et/ou érogène, a fortiori si elle requiert un examen médical approfondi (Smith, Pope, & Botha, 2005). L'embarras est même la raison la plus importante qui explique le choix d'un gastroentérologue du même sexe lorsque cela est possible (Airey, et al., 1999 ; Honda & Sheinfeld Gorin, 2005 ; Menees, Inadomi, Korsness, & Elta, 2005 ; Nicholson & Korman, 2005 ; Terdiman, 2006).

¹³⁴ Rappelons que la fonction du gros intestin est de solidifier et stocker les selles.

2. LA DEPRESSIVITE

Selon la théorie cognitive de la dépression, les individus déprimés ont intégrés suite à des expériences et/ou événements de vie passés un certain nombre de *schémas*¹³⁵ de pensée négatifs qui impactent leur système cognitif de traitement de l'information lorsqu'ils sont activés dans les situations de la vie quotidienne (Beck, 1987 ; Beck, 2008). Plus précisément, les individus déprimés tendent à surexploiter un certain nombre de distorsions cognitives négatives issues de ces schémas, en repérant et traitant préférentiellement dans leur environnement les informations connotées plutôt négativement (*biais d'attention sélective*, *biais de sur-généralisation*, par exemple), tout en bloquant l'accès aux informations, événements et souvenirs positifs (Beck A. , 1987 ; Beck, 2008 ; Mathews & MacLeod, 2005).

De nombreuses études ont mis en évidence l'impact délétère des symptômes dépressifs sur la manière de prendre soin de sa santé et gérer les maladies (Chapman, Perry, & Strine, 2005 ; Prince, *et al.*, 2007). Les biais d'interprétation négatifs sont en effet associés à une utilisation accrue et dysfonctionnelle du système de santé (Bijl & Ravelli, 2000 ; Fantini, Pedinielli, & Manouvrier, 2007 ; Huang, *et al.*, 2000). Par exemple, un individu déprimé pourrait développer certaines distorsions cognitives susceptibles d'entraver l'adoption de mesures préventives telles que la participation à un test de dépistage du cancer colorectal : l'abstraction sélective (retenir préférentiellement dans une campagne d'information sur le dépistage du cancer colorectal le taux de morbidité causé par le cancer colorectal plutôt que le taux de réussite des traitements suite à un diagnostic précoce, par exemple), la sur-généralisation (prendre pour exemple un cas étiqueté « faux négatif » pour justifier de l'inutilité perçue du dépistage du cancer colorectal, par exemple), de personnalisation (penser avoir si peu de chance dans la vie que le test de dépistage du cancer colorectal révélera nécessairement une tumeur, par exemple).

Les études portant sur le rôle de la dépression sur le recours au dépistage du cancer colorectal ont produit des résultats contrastés que certains auteurs attribuent majoritairement à des différences méthodologiques. Selon Peytremann-Bridevaux, Voellinger, & Santos-Eggimann (2008), les individus déprimés participeraient davantage au dépistage du cancer colorectal en raison d'une utilisation massive du système de soins par le biais de consultations

¹³⁵ Les *schémas cognitifs* sont des représentations abstraites et latentes de l'ensemble des connaissances et expériences compulsées antérieurement dont l'objectif est de faciliter dans une perspective économique toutes les étapes du traitement de l'information (filtrage, sélection, organisation, encodage, et récupération) afin d'optimiser les stratégies d'ajustement face à une situation donnée (Hautekeete, 2004).

médicales plus fréquentes qui favorisent l'accès à ce type de mesures préventives. En outre, ils se plaignent plus régulièrement que les patients non-déprimés de symptômes gastrointestinaux qui poussent les médecins à leur prescrire plus facilement la réalisation d'une endoscopie (Garakani, et al., 2003). À l'inverse, le taux de dépistage du cancer colorectal serait significativement plus faible chez les individus déprimés lorsque la fréquence des consultations médicales est contrôlée (Kodl, et al., 2010). Ainsi, si les individus déprimés participent davantage au dépistage du cancer colorectal, ce serait en vertu d'opportunités plus fréquentes.

3. LA PEUR DU CANCER

En tant que terme générique recouvrant diverses pathologies, le cancer reste encore souvent synonyme de maladie incontrôlable, incurable et mortelle auprès du grand public (Beck, Gautier, Guilbert, & Peretti-Watel, 2009 ; Moulin, 2005). Il symbolise l'échec de la « *toute-puissance* » supposée de la médecine, en dépit des nettes avancées thérapeutiques de cette discipline ayant permis d'accroître notablement la durée de l'espérance de vie des patients qui souffrent de certaines maladies cancéreuses¹³⁶ (Beck, Gautier, Guilbert, & Peretti-Watel, 2009 ; Moulin, 2005). Pour beaucoup, le cancer représente la maladie la plus grave, loin devant d'autres pathologies somatiques (sida, maladies cardiovasculaires, par exemple) aux pronostics tout aussi hasardeux en termes de morbidité (Beck, Gautier, Guilbert, & Peretti-Watel, 2009). À ce titre, le cancer suscite bien des craintes tant il incarne dans l'imaginaire collectif la souffrance, la douleur et la déchéance d'une mort lente et inéluctable, ravivant ce faisant des sentiments d'angoisse plus ou moins faciles à vivre et à gérer (Bridou & Aguerre, 2010 ; Institut National du Cancer, 2009 ; Kirscht, Haefner, Kegeles, & Rosenstock, 1966 ; Moulin, 2005). Quoiqu'il en soit, la *peur du cancer* est un concept protéiforme incluant différentes réactions émotionnelles face à la menace réelle ou potentielle que peut représenter le cancer (Bridou & Aguerre, 2010).

3.1. LA CANCEROPHOBIE « ORDINAIRE »

Apparu dans les années 1940, le terme *cancérophobie* désigne spécifiquement une forme de peur névrotique du cancer, se caractérisant par des préoccupations liées à la possibilité de développer une maladie cancéreuse faisant l'objet de ruminations anxieuses en

¹³⁶ Il existe de fortes disparités dans les progrès thérapeutiques obtenus selon les différentes formes de cancer.

dépité de l'absence d'éléments médicaux alarmants, et pouvant entraîner des conséquences¹³⁷ tant insidieuses que néfastes pour les individus qui en souffrent (Hay, Buckley, & Ostroff, 2005 ; Hay, McCaul, & Magnan, 2006). La *cancérophobie* est donc considérée comme une forme particulière d'inquiétude présentant des spécificités affectives qui peuvent entrer en ligne de compte dans la manière dont les risques cancéreux sont gérés (Leventhal, 1970), et doit être distinguée de la notion cognitive de *surestimation du risque cancéreux personnel encouru* même si leurs liens sont ténus (Hay & al., 2005, 2006 ; McCaul & Tulloch, 1999). En effet, tandis que la notion de risque perçue favorise les velléités de prendre soin de sa santé, l'anxiété liée au cancer peut conduire à adopter des comportements d'évitement à visée contraphobique lorsqu'elle est massive, chronique et/ou difficilement gérable (McCaul & Tulloch, 1999). Elle découragerait par exemple l'usage du dépistage préventif et amène à adopter des comportements à risque favorisant la carcinogénèse (tabagisme, par exemple) (Aguerre, Michel, Réveillère, Birmelé, & Laroche, 2008). Il ne s'agirait donc pas ici d'un état anxieux circonstanciel, modéré et transitoire, revêtant une visée adaptative, mais plutôt d'un fond anxieux, source d'une détresse psychologique et contreproductif, qui témoigne vraisemblablement d'un mode de fonctionnement psychologique relativement plus ancien et généralisé. Nous faisons allusion à l'existence éventuelle d'une anxiété envers la santé¹³⁸ qui se caractérise par des préoccupations portant sur les maladies graves et autres dangers susceptibles de détériorer la santé (Miles & Wardle, 2006 ; Rimes, Salkovskis, Jones, & Lucassen, 2006).

3.2. LE CANCER ET SES RETENTISSEMENTS ANXIEUX

Très largement répandue chez les individus cancéreux, l'*anxiété relative au cancer* désigne un vécu émotionnel pénible souvent réactionnel à une situation particulière (l'annonce du diagnostic de cancer, choisir entre deux options thérapeutiques, par exemple) et caractérisé par des inquiétudes en lien avec des peurs bien identifiées (la croissance tumorale, les effets secondaires indésirables de la chimiothérapie, par exemple), ou plus diffuses et centrées sur la maladie dans sa globalité (Bridou & Aguerre, 2010). Malgré des données contradictoires possiblement dues à une discordance entre le discours rapporté par les patients cancéreux et leur éprouvés émotionnels difficilement accessibles par le biais des instruments de mesure classiques (Gérat-Muller, Andronikof, Cousson-Gélie, Grondin, & Doron, 2011),

¹³⁷ Renforcement de troubles anxieux généralisés, attaques de panique, ou encore tentatives de suicide, par exemple.

¹³⁸ Cf deuxième partie pour une revue de littérature sur le concept d'anxiété envers la santé.

bon nombre de patients cancéreux souffrent bel et bien de préoccupations récurrentes et intrusives concernant notamment l'évolution de leur maladie qui génèrent de l'anxiété (Whitaker, Brewin, & Watson, 2008 ; Whitaker, Brewin, & Watson, Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer patients., 2009). Le degré d'anxiété des patients cancéreux dépend à la fois de facteurs médicaux et contextuels (rejet des effets secondaires des traitements, attitude méfiante face à la chimiothérapie et/ou la radiothérapie, par exemple), psychologiques (représentations menaçantes de la maladie, dégradation de l'image corporelle), et sociaux (faible soutien social perçu, dysfonctionnement sexuel) (Lim, Devi, & Ang, 2011). Notons qu'une forte anxiété conduit les patients atteints de cancer rectal à se focaliser sur les symptômes physiques et physiologiques évoquant possiblement une évolution négative de leur maladie et à adhérer aux hypothèses les plus catastrophistes en rapport, qui se traduisent elles-mêmes par de multiples plaintes somatiques et un mal-être général (Ristvedt & Trinkaus, 2009). Ce constat est loin d'être anodin puisque le fait d'être fortement anxieux et de déployer d'importants efforts cognitifs pour tenter d'occulter durablement les préoccupations liées à la maladie a également un impact indéniable sur l'état de fatigue, ce qui semble contribuer en partie à une minimisation de l'efficacité des thérapeutiques engagées (Lim, Devi, & Ang, 2011 ; Whitaker, Brewin, & Watson, 2009).

3.3. LA PEUR DE LA RECIDIVE

Chez les individus en rémission¹³⁹ de cancer, il s'agit davantage d'une anxiété anticipatoire caractérisée par des appréhensions et des inquiétudes centrées sur des scénarios catastrophiques hypothétiques, résultant d'un profond sentiment d'incertitude et d'imprévisibilité face à l'avenir, associé à l'impression de vivre constamment avec une « *épée de Damoclès* » suspendue au-dessus de la tête (Deimling, Bowman, Sterns, Wagner, & Kahana, 2006 ; Simard, 2008).

3.4. LES INQUIETUDES LIEES A LA SITUATION DE DEPISTAGE DU CANCER

Si le cancer est la maladie somatique la plus redoutée, il n'est pas étonnant de constater que le dépistage du cancer est largement perçu comme une situation fortement

¹³⁹ Les patients cancéreux sont considérés en rémission lorsqu'il existe une diminution (rémission partielle) ou une disparition des cellules cancéreuses dans l'organisme (rémission complète). Ils sont considérés comme « guéris » lorsque la durée de la rémission est jugée suffisante (cinq ans en moyenne selon les différents types de cancer).

anxiogène, et ce particulièrement pour le dépistage du cancer colorectal. Plus précisément, les tests de dépistage du cancer colorectal génèreraient davantage de stress et d'anxiété que toute autre mesure de dépistage du cancer (INCa, 2009). Le degré d'anxiété est à son paroxysme : 1) au moment de la réception d'un courrier d'invitation incitant à la réalisation du test Hemocult-II[®] pour les individus à risque moyen de développer un cancer colorectal, ou encore suite aux conseils du médecin traitant à effectuer une coloscopie à l'occasion d'une consultation médicale pour les individus ayant des antécédents familiaux de ce type de cancer ; 2) tout au long du processus de prise de décision conduisant à se soumettre ou non à un test de dépistage du cancer colorectal ; et 3) lors de la période d'attente des résultats après la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal (Orbell, Hagger, Brown, & Tidy, 2004). Quoi qu'il en soit, les craintes semblent se focaliser essentiellement sur l'issue attendue du processus, le dépistage du cancer colorectal au travers de la coloscopie étant considéré par certains comme un moyen imparable de détecter des polypes cancéreux, alors même qu'aucune technique thérapeutique proposée par la suite ne puisse garantir avec certitude une complète guérison (Feeley, 2007 ; McCaul & Tulloch, 1999 ; Stacy, Torrence, & Mitchell, 2008).

Tout cela explique fort probablement que, lors de l'anticipation cognitive de la procédure du test, un état émotionnel anxieux puisse jouer effectivement un rôle dans la prise de décision de s'impliquer dans une démarche de dépistage du cancer quelle qu'elle soit (McCaul & Tulloch, 1999). C'est pourquoi de nombreuses études se sont penchées sur la question de l'impact des phénomènes anxieux sur la démarche de dépistage du cancer colorectal. Certaines données issues de la littérature suggèrent par exemple que les invitations à réaliser un test Hemocult-II[®] envoyées aux individus à risque moyen de développer un cancer colorectal dans les pays ayant mis en place un programme de dépistage organisé et systématique pour ce type de cancer sont sources d'inquiétudes majeures pour certains d'entre eux, sans que ces perturbations émotionnelles ne découragent outre mesure l'adoption de cette mesure sanitaire (Lindhom, Berglund, Kewenter, & Haglind, 1997). Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait que l'information sur les risques cancéreux encourus accroît la prise de conscience de la nécessité de procéder à un test de dépistage du cancer colorectal, tout en éclipsant de trop fortes angoisses (Miles & Wardle, 2006). La plupart du temps, les inquiétudes sont en effet transitoires, y compris lorsque les résultats du test révèlent l'existence d'un polype (Shaw, Abrams, & Marteau, 1999 ; Wardle, et al., 2003). L'attente

semble en effet plus anxiogène qu'un résultat positif¹⁴⁰, en particulier pour les individus ayant une forte propension à tolérer difficilement l'incertitude et qui ne peuvent supporter de rester dans l'expectative, se trouvant infiniment soulagés d'obtenir une réponse quelle qu'elle soit (Shaw, Abrams, & Marteau, 1999). Néanmoins, il est aussi important de noter qu'une frange plus ou moins grande de la population peut souffrir d'inquiétudes pathologiques liées au cancer et que ces préoccupations spécifiques peuvent parfois entraver la démarche de dépistage elle-même, voire perdurer pendant des mois après la réalisation effective du test, quand bien même celui-ci n'aurait rien révélé d'anormal (Consedine, Magai, Krivoshekova, Ryzewicz, & Neuget, 2004).

Ainsi, quatre hypothèses théoriques principales ont été avancées pour expliquer l'impact des préoccupations cancéreuses sur l'adhésion au dépistage du cancer :

- ◆ ***De fortes préoccupations cancéreuses faciliteraient l'adoption des mesures de dépistage du cancer*** : les personnes relativement préoccupées par le fait de développer un cancer seraient plus enclines à se faire dépister, comme d'ailleurs à recourir à d'autres comportements de santé (Liu, Fleck, Goldfarb, Green, & Porter, 2011 ; Wardle, et al., 2000 ; Williamson, 1996) ;
- ◆ ***De fortes préoccupations cancéreuses inhiberaient le recours aux tests de dépistage du cancer*** : Les inquiétudes spécifiques au cancer peuvent décourager l'adoption des mesures sanitaires préventives telles qu'un dépistage du cancer. Ainsi, la peur d'être confronté à un résultat positif et la crainte de devoir supporter les effets secondaires de traitements largement perçus comme éprouvants freineraient la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal (El-Nachef, et al., 2010 ; Manne, et al., 2003 ; Vernon, Myers, & Tilley, 1997) ;
- ◆ ***Un niveau modéré de préoccupations cancéreuses, ni trop élevé ni trop bas, encouragerait l'adhésion au test de dépistage du cancer*** : Une anxiété envers le cancer modérée favoriserait l'engagement dans des comportements de santé préventifs en raison de l'état d'activation physiologique optimal qu'elle entraîne (état préparatoire à l'action), tandis qu'un niveau trop faible d'éveil physiologique pourrait conduire à nier les risques encourus et une excitation physiologique trop importante favoriser le recours à des évitements phobiques (Janis & Feshbach, 1953). Plus spécifiquement, une récente méta-analyse suggère que des inquiétudes modérées en

¹⁴⁰ Rappelons qu'un résultat positif à un test de dépistage du cancer colorectal renvoie à l'existence probable d'un ou plusieurs polypes, que ceux-ci soient cancéreux ou non.

rapport avec le cancer peuvent encourager le recours aux méthodes de dépistage (Hay, McCaul, & Magnan, 2006) ;

- ♦ *Les préoccupations cancéreuses encourageraient le recours au dépistage du cancer, en fonction de la présence de facteurs modérateurs, tels que les stratégies d'ajustement au stress mobilisées* : Il existerait deux principaux styles d'ajustement¹⁴¹ aux informations et situations médicales menaçantes permettant de composer avec l'anxiété issue de la prise en compte du risque cancéreux encouru. Il s'agit du *style de faire face au stress vigilant*, d'une part et du *style de faire face au stress évitant*, d'autre part. Or, l'adoption d'une mesure de dépistage du cancer dépendrait du style d'ajustement mobilisé (Miller, et al., 1999). En effet, les personnes « *vigilantes* »¹⁴² ont une propension à rechercher des informations médicales, tandis que les personnes « *évitanes* »¹⁴³ tendent à les oblitérer (Miller, et al., 1999). Partant de là, les « *vigilants* » sont plus enclins à croire qu'ils risquent de développer une maladie comme le cancer et à s'en alarmer, ce qui peut encourager l'adhésion au dépistage du cancer, alors que les « *évitanes* » vont plutôt chercher à détourner leur attention et à minimiser le caractère menaçant des informations médicales dont ils disposent, en rechignant par exemple à recourir à des mesures de dépistage (Rimes, Salkovskis, Jones, & Lucassen, 2006). Nous développons davantage ce point dans le paragraphe suivant.

VII. LE ROLE DES FACTEURS D'AJUSTEMENT DANS LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Le Modèle du Processus Cognitif et Social d'intégration des Informations Sanitaires dans l'initiation et le maintien des comportements de santé préventifs (*Cognitive-Social Health Information Processing Model, C-SHIP*; Miller, Hurley, & Shoda, 1996 ; Miller & Diefenbach, 1998) a pour objectif de compiler les données pertinentes issues des sciences cognitives et sociales pour mieux comprendre la structure dynamique des relations entre les facteurs cognitifs impliqués dans l'encodage et le traitement des informations sanitaires et les stratégies d'ajustement aux facteurs émotionnels qui contribuent à la prise de décision de

¹⁴¹ Il s'agit ici des stratégies d'ajustement au stress, encore appelées dans la littérature « *stratégies de coping* ».

¹⁴² Encore appelées « *Monitors* » dans la littérature.

¹⁴³ Encore appelées « *Blunters* » dans la littérature.

s'orienter ou non vers un comportement salutogène, comme le dépistage du cancer colorectal par exemple (Figure 30).

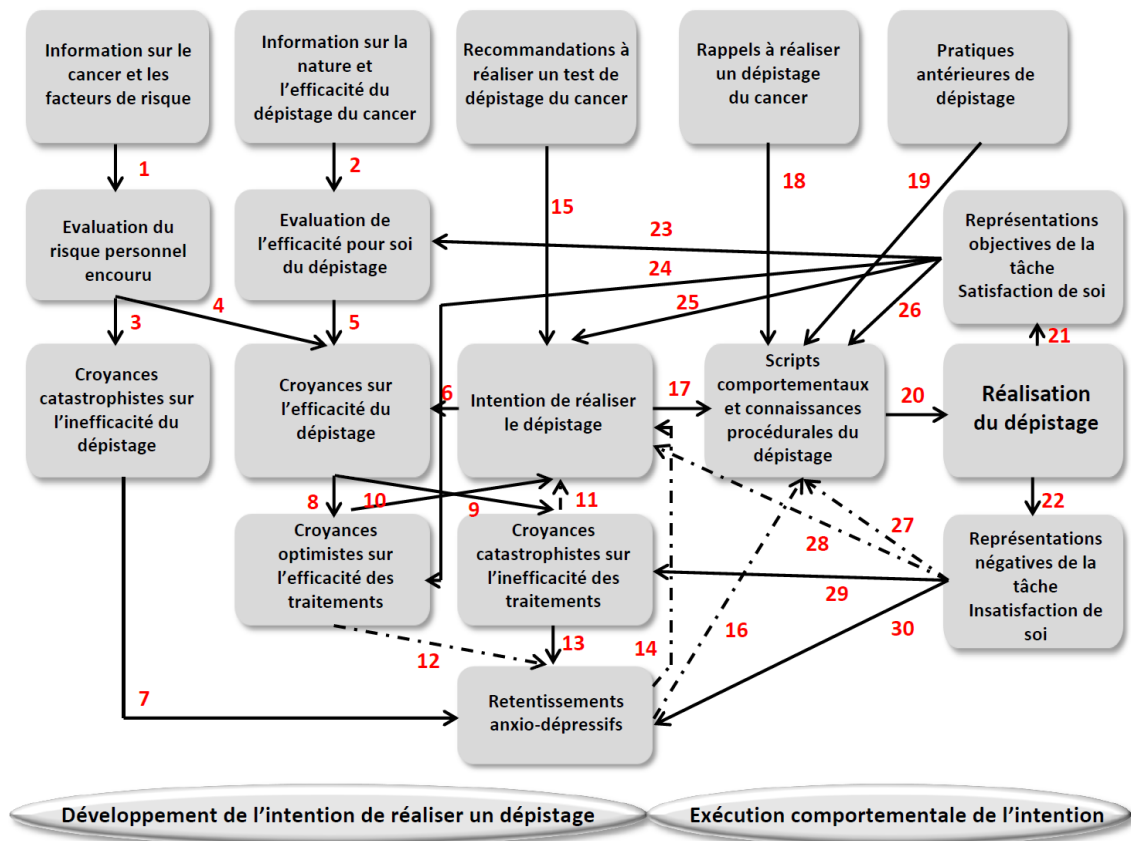


Figure 30: Le Modèle du Processus Cognitif et Social d'intégration des Informations Sanitaires (Miller et al., 1996).

Ce modèle insiste sur le type et l'organisation des facteurs cognitifs (aussi appelés *unités cognitives*¹⁴⁴) activés lors du traitement des informations relatives à la santé (Mischel & Shoda, 1995). Ceux-ci regroupent les *stratégies d'encodage des informations sanitaires* (« *monitoring*¹⁴⁵ » ou « *blunting*¹⁴⁶ », par exemple), et les *représentations mentales du champ des informations sanitaires* (les croyances, les attentes, les affects, les objectifs, et les valeurs). Ce modèle s'intéresse notamment à l'impact de la nature et la qualité des informations distillées au grand public (informations menaçantes ou rassurantes) sur l'adhésion des individus concernés aux mesures préventives et de dépistage des cancers en augmentant leurs connaissances tout en minimisant la détresse associée à ces messages. Selon

¹⁴⁴ Cognitive-affective units.

¹⁴⁵ Confrontation.

¹⁴⁶ Evitement.

les conditions d'informations, différentes stratégies d'ajustement des individus concernés se dégagent. Lorsqu'ils font face à une information potentiellement menaçante vis-à-vis de la santé, les individus tendent à l'organiser en termes de gains potentiels (éviter une issue redoutable comme découvrir une tumeur à un stade avancé de la maladie) ou de pertes potentielles (augmenter le risque d'une issue redoutable comme découvrir une tumeur à un stade avancé de la maladie). Selon cette approche, l'adhésion des individus serait encouragée lorsque le message est négatif comme des pertes potentielles. Cependant, des études montrent que des messages négatifs ne sont pas constamment associés à une augmentation de l'adhésion aux recommandations sanitaires en matière de dépistage des cancers. Une des explications proposées suggère que la nature du message interagit avec les traits dispositionnels des individus concernés. En somme, lorsque les individus font face à des informations sur le cancer et/ou le dépistage (émission de télévision, par exemple), ils diffèrent dans leur manière d'activer un réseau interconnecté de cognitions et affects jouant un rôle indéniable dans l'adoption finale du comportement. Certains ont une propension à repérer et prêter attention aux informations relatives à la santé quelles qu'elles soient, et éprouvent le besoin de se renseigner toujours davantage (« *high monitors* » ou « *low blunters* ») ; tandis que d'autres tendent à éviter de se confronter à ce type d'informations et peuvent paraître détachés ou peu concernés à leur égard (« *high blunters* » ou « *low monitors* »).

1. LA PROCRASTINATION ET L'ÉVITEMENT (« **BLUNTING** »)

La procrastination reflète un échec de la capacité d'auto-régulation se traduisant par un style comportemental caractérisé par un retard de l'initiation et/ou de la réalisation d'une tâche donnée (Ferrari, 1991 ; Ferrari, 2001 ; Ferrari & Tice, 2000). Elle est souvent associée à la mobilisation de stratégies d'ajustement de type évitant qui retardent une prise de décision¹⁴⁷ et/ou la mise en oeuvre effective d'un comportement afin de réduire, du moins temporairement, une anxiété trop forte liée à un sentiment d'auto-efficacité particulièrement mésestimé (Milgram & Tenne, 2000 ; Sirois & Pychyl, 2002 ; Van Eerde, 2000).

Dans le domaine de la santé, les individus ayant une forte propension à procrastiner ont rarement l'intention de s'engager dans l'adoption de comportements salutogènes (arrêter de fumer, consommer des aliments moins gras, etc...), retardant leur mise en oeuvre même lorsque ceux-ci s'avèrent pourtant nécessaires au maintien d'un bon état de santé, et ce en raison d'une faible confiance en leur propres capacités (Sirois, 2004 ; Sirois, 2007 ; Sirois,

¹⁴⁷ Dans le cas de la *procrastination décisionnelle* (Effert & Ferrari, 1989).

Melia-Gordon, & Pychyl, 2003). En outre, la procrastination est en partie responsable d'une durée rallongée entre la prise de conscience de l'existence d'un nouveau symptôme somatique évoquant une maladie quelconque et le recours à une consultation médicale en vue d'obtenir un traitement spécifique (Andersen, Cacioppo, & Roberts, 1995 ; Sirois, Melia-Gordon, & Pychyl, 2003). Elle est ici conceptualisée comme un processus nuisant à la fois à l'évaluation objective de la dangerosité potentielle du symptôme ainsi qu'à la prise de décision de consulter un professionnel de santé et/ou de se soumettre à des examens ciblés. Plus spécifiquement, la propension à la procrastination et à l'évitement est un motif parfois invoqué pour expliquer le retard et/ou le refus pur et simple d'accomplir la démarche de dépistage du cancer colorectal (Worthley, et al., 2006).

2. L'HYPERVIGILANCE (« MONITORING »)

Les individus hypervigilants portent spécifiquement attention aux indices médicaux menaçants, tels que l'apparition d'un nouveau symptôme somatique ou encore la focalisation médiatique sur une maladie épidémique (Miller, et al., 1999). Ce mode de fonctionnement particulier entretient généralement de nombreuses croyances pessimistes et catastrophistes centrées sur la certitude que l'état de santé somatique est nécessairement issu d'un équilibre très fragile qu'il est nécessaire de protéger en restant très prudent et attentif aux informations négatives qui génèreraient des perturbations émotionnelles en rapport mais faciliteraient parfois le recours aux comportements salutogènes (Miller, et al., 1996). Quatre profils cognitifs (« *active copers* »¹⁴⁸, « *adaptive monitors* »¹⁴⁹, « *resigned pessimists* »¹⁵⁰, et « *classic (distressed) monitors* »¹⁵¹) ont pu être dégagés chez des femmes ayant des antécédents familiaux de cancers ovariens, à qui étaient présentées des informations concernant l'ovariectomie prophylactique (Hurley, 1998). Les styles attentionnels « monitoring » et pessimistes prédisent l'intention de subir ce type de technique chirurgicale (Fang, Miller, Daly, & Hurley, 2002 ; Hurley, 1998 ; Miller, Mischel, & O'Leary, 1996). Par ailleurs, un lieu de contrôle plutôt interne permettrait de mobiliser des stratégies vigilantes qui encourageraient l'adoption de changements comportementaux après réception d'un test anormal de recherche de sang occulte dans les selles (Hagger & Orbell, 2006; Orbell, O'Sullivan, Parker, Steele, Campbell, & Weller, 2008).

¹⁴⁸ Individus ayant un style de coping proactif.

¹⁴⁹ Individus ayant un style de recherche active d'information.

¹⁵⁰ Individus ayant un style pessimiste.

¹⁵¹ Individus ayant un style vigilant.

VIII. OBJECTIFS DE L'ETUDE D'EVALUATION DU MODELE EXPLICATIF THEORIQUE DE L'ADOPTION DE LA DEMARCHE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Comme nous l'avons très largement illustré dans l'introduction de cette partie, la littérature internationale foisonne d'études empiriques dont l'objectif principal est de préciser la nature des facteurs biopsychosociaux impliqués dans l'initiation d'une démarche de dépistage du cancer colorectal. Tout ceci dénote un réel engouement pour cette question qui répond bien entendu aux sollicitations répétées des grandes instances sanitaires et des pouvoirs publics dont les recommandations ne cessent de préconiser la démocratisation et la généralisation du recours au dépistage du cancer colorectal afin de mieux lutter contre des taux de morbidité induits spécifiquement par cette maladie encore trop élevés.

Certains des facteurs étudiés à l'occasion des recherches menées dans ce domaine semblent faire plus ou moins l'objet d'un consensus à l'heure actuelle. Par exemple, la participation au dépistage du cancer colorectal est généralement plus importante pour les individus : 1) de sexe féminin ; 2) âgés de 60 à 70 ans ; 3) vivant en couple ; 4) ayant un niveau d'éducation élevé ; 5) ayant une situation financière confortable ; 6) ayant un risque élevé de développer un cancer colorectal ; 7) participant déjà à d'autres mesures de dépistage des cancers ; 8) ayant établi une relation de confiance avec leur médecin traitant ; 9) ayant un sentiment de vulnérabilité élevé face au cancer colorectal ; 10) ayant un sentiment d'auto-efficacité élevé en règle générale ; 11) ayant un lieu de contrôle plutôt interne vis-à-vis de la santé ; 12) peu embarrassés par les mesures de dépistage ; 13) adoptant préférentiellement des stratégies d'ajustement vigilantes face aux menaces sanitaires.

À l'inverse, le rôle d'autres facteurs se révèle parfois difficile à cerner et mériterait probablement d'être mieux précisé, en dépit de l'intérêt manifeste pour ces facteurs dans les études. Nous pensons par exemple à la complexité du rôle de l'anxiété sur la participation au dépistage, tantôt présentée comme un allié et tantôt comme un frein. En outre, les études précitées tendent plutôt à décrire les raisons motivant et/ou entravant les individus à participer au dépistage du cancer colorectal, et s'attardent très peu à expliquer et modéliser le processus qui conduit à adopter ce type de mesure.

Forts de ces constats, nous avons conduit une première étude qualitative à visée exploratoire des freins et leviers psychologiques à la démarche de dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®], exposée en détail au sein de la première partie de ce travail. Celle-ci avait été menée explicitement afin d'explorer en première intention les opinions,

attitudes et croyances d'un échantillon de la population française envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® en vue de réaliser par la suite une étude portant plus précisément sur certains aspects psychologiques de la question auprès d'un échantillon plus vaste. Les résultats de cette première étude ont permis de mettre en évidence un certain nombre de thèmes et dimensions très probablement impliqués dans la prise de décision d'initier ou non une démarche de dépistage du cancer colorectal. Ainsi, le fait de détenir de solides connaissances sur le dépistage du cancer colorectal favoriserait l'adoption d'une telle démarche, tandis qu'une anxiété massive et une sensation de gêne ou d'embarras semblent plutôt la freiner. Cette étude préliminaire a donc contribué à dégager des données riches et détaillées sur un sujet encore peu étudié en France. Toutefois, celles-ci restent à confirmer par le biais d'une méthodologie quantitative.

Une deuxième étude, détaillée dans la seconde partie de ce travail, a également permis d'adapter et valider en langue française le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* dans le but de disposer d'un instrument d'évaluation fiable du concept d'anxiété envers la santé, fort probablement impliqué dans le processus d'élaboration de l'intention d'adopter ou non une démarche de participation au dépistage du cancer colorectal.

L'objectif de cette troisième étude, présentée dans cette partie, est d'expliquer l'adhésion au dépistage du cancer colorectal proposé à des personnes asymptomatiques de plus de 50 ans présentant un risque moyen de développer cette maladie, en précisant le rôle des déterminants psychologiques supposés au sein d'un modèle théorique intégratif. Plus spécifiquement, nous nous intéresserons ici aux mécanismes par lesquels certains freins et leviers cognitifs, émotionnels et comportementaux peuvent conditionner, du moins en partie, l'adhésion à la procédure de dépistage Hemoccult-II®. Dans ce but, nous avons construit un modèle théorique intégratif faisant intervenir des facteurs sociodémographiques, de personnalité (méticulosité, procrastination décisionnelle, évitement expérientiel), cognitifs (connaissances et croyances envers le dépistage du cancer colorectal, estimation du risque personnel encouru), émotionnels (anxiété envers la santé), et adaptatifs (évitement et hypervigilance), permettant de rendre compte du phénomène complexe de prise de décision de participer à un test de dépistage du cancer colorectal. Par la suite, nous avons testé ce modèle afin de mettre en évidence les déterminants psychologiques de la participation au dépistage du cancer colorectal.

METHODE

I. PARTICIPANTS

L'étude quantitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal a été menée auprès d'un échantillon de 674 individus âgés de 50 à 74 ans (moyenne d'âge de 52,62 ans et écart-type de 2,97), dont 391 femmes (moyenne d'âge de 52,36 ans et écart-type de 2,75) et 283 hommes (moyenne d'âge de 52,98 ans et écart-type de 3,23), vivant dans le département de l'Indre-et-Loire en région Centre (France). Ces individus ont tous reçus une invitation à faire (ou refaire¹⁵²) le test Hemocult-II® six mois avant d'être inclus dans l'étude. Ils ne devaient pas avoir d'antécédents personnels de cancer pour participer à l'étude.

Lors de leur participation à l'étude, 80,86% des individus inclus vivaient en couple et 56,17% habitaient en milieu urbain. Par ailleurs, 58,01% des participants avaient un niveau d'études équivalent ou supérieur au baccalauréat et 81,30% d'entre eux exerçaient une activité professionnelle. En outre, 65,16% des participants avaient des revenus mensuels nets moyens supérieurs à 2000 euros. La grande majorité des individus inclus dans l'étude disposait d'une mutuelle de santé (soit 98,37%). Les principales caractéristiques sociodémographiques des participants sont décrites dans le tableau 23.

Interrogés sur leurs éventuelles participations antérieures au test Hemocult-II® (Tableau 24), la majorité des participants ont déclaré l'avoir réalisé au moins une fois auparavant (soit 86,94%). Parmi eux, la plupart avait réalisé le test Hemocult-II® moins d'un mois après avoir reçu le courrier d'invitation à le faire (soit 69,45%). À l'avenir, les participants ayant déjà réalisé le test Hemocult-II® au moins une fois¹⁵³ avaient dans leur écrasante majorité l'intention de le refaire (soit 97,27%). Chez ceux n'ayant jamais réalisé le test Hemocult-II® auparavant¹⁵⁴, beaucoup avaient l'intention de participer au dépistage organisé par la suite (soit 77,27%).

¹⁵² Selon les cas, les individus avaient reçus une première invitation à réaliser le test Hemocult-II® à l'âge de 50 ans. Pour les individus ayant réalisé ce test auparavant, ils recevaient une invitation à le refaire deux ans après. Concernant les individus n'ayant jamais réalisé le test suite à la première invitation, ils recevaient une relance.

¹⁵³ Pour faciliter la lecture de ce travail, les individus ayant déjà réalisé au moins une fois le test Hemocult-II® auparavant seront désignés par la suite sous le terme d'individus « *compliant* ».

¹⁵⁴ Les individus n'ayant encore jamais réalisé le test Hemocult-II® seront désignés par la suite sous le terme d'individus « *non compliant* ».

Tableau 23: Les caractéristiques sociodémographiques des participants.

| | Femmes (n) | Hommes (n) | Total (n) |
|---|-----------------------|---------------|--------------|
| Niveau d'études | | | |
| Aucun diplôme | 7 | 9 | 16 |
| Certificat d'études | 44 | 37 | 81 |
| Brevet d'Etudes du Premier Cycle (BEPC) | 103 | 83 | 186 |
| Baccalauréat | 84 | 60 | 144 |
| Baccalauréat + 2 ans (BTS, DUT, DEUG) | 69 | 50 | 119 |
| Baccalauréat + 3 ou 4 ans (Licence, Maîtrise) | 55 | 23 | 78 |
| Baccalauréat ≥ 5 ans (DESS, DEA, Doctorat) | 29 | 21 | 50 |
| Situation professionnelle | | | |
| Agriculteur exploitant | 3 | 0 | 3 |
| Artisan, commerçant, chef d'entreprise | 11 | 10 | 21 |
| Cadre, profession intellectuelle supérieure | 79 | 105 | 184 |
| Employé(e) | 206 | 79 | 285 |
| Ouvrier(ière) | 13 | 42 | 55 |
| Retraité(e) | 35 | 36 | 71 |
| Sans activité professionnelle | 27 | 4 | 31 |
| En recherche d'emploi | 17 | 7 | 24 |
| Revenu mensuel net moyen (item facultatif) | | | |
| | 8 réponses manquantes | | |
| Moins de 1000 euros | 16 | 5 | 21 |
| De 1000 à 1500 euros | 61 | 24 | 85 |
| De 1500 à 2000 euros | 79 | 47 | 126 |
| De 2000 à 4000 euros | 178 | 152 | 330 |
| Au-delà de 4000 euros | 48 | 56 | 104 |
| Milieu de vie | | | |
| | 1 réponse manquante | | |
| Rural | 176 | 119 | 295 |
| Urbain | 216 | 162 | 378 |
| Situation familiale | | | |
| Marié(e), vivant en couple | 293 | 252 | 545 |
| Séparé(e), divorcé(e) | 56 | 26 | 82 |
| Célibataire | 33 | 8 | 41 |
| Veuf(ve) | 12 | 2 | 14 |

Tableau 24: Effectifs des réponses relatives à la participation au test Hemocult-II®.

| | Femmes (n) | Hommes (n) | Total (n) | |
|---|----------------|---------------|--------------|-----|
| Réalisation du test Hemocult-II® | | | | |
| Oui | 338 | 248 | 586 | |
| Non | 53 | 35 | 88 | |
| Délai de réalisation après réception du courrier d'invitation (« compliants » seulement) | | | | |
| Immédiat | 18 | 15 | 33 | |
| Dans la semaine | 82 | 66 | 148 | |
| Dans le mois | 130 | 96 | 226 | |
| Dans les 3 mois | 87 | 60 | 147 | |
| Dans les 6 mois | 26 | 12 | 38 | |
| Intention de réalisation future du test Hemocult-II® | | | | |
| Oui | Compliants | 332 | 238 | 570 |
| | Non compliants | 42 | 26 | 68 |
| Non | Compliants | 0 | 1 | 1 |
| | Non compliants | 11 | 9 | 20 |
| Indéterminée | 6 | 9 | 15 | |

II. MATERIEL

1. LES FACTEURS DE PERSONNALITE

1.1. LA METICULOSITE

L'échelle utilisée pour évaluer la méticulosité dans cette étude est la facette Ordre (Annexe 22) de la dimension Conscience de l'échelle *NEO-Personality Inventory-Revised* (NEO-PI-R, Costa & Mc Crae, 1992 ; version française de Rolland & Petot, 1998).

Le NEO-PI-R a été construit selon une approche lexicale¹⁵⁵ sur le modèle du Big Five (Mc Crae & John, 1992). Considéré comme universel par certains auteurs (Ahadi, et al, 1993 ; Costa & Mc Crae, 1997 ; Digman, 1990), ce modèle stipule que la personnalité se décompose en cinq facteurs : 1) *Extraversion* (approche enthousiaste de l'environnement, sociabilité, vivacité, et recherche de sensations) versus *Introversi*on (timidité, réserve, et tranquillité) ; 2) *Agréabilité* (comportement prosocial, altruisme, confiance, et sympathie) versus *Antagonisme* (Indifférence, méfiance, agressivité, et intransigeance) ; 3) *Conscience* (goût de l'ordre, responsabilité, persévérance, fiabilité, et discipline) versus *Impulsivité* (nonchalance et hédonisme) ; 4) *Névrosisme* (affectivité négative, anxiété, tendance dysphorique, et irritabilité) versus *Stabilité émotionnelle* (calme et résistance au stress) ; 5) *Ouverture d'esprit* (adaptation à la nouveauté, curiosité intellectuelle, originalité, et sensibilité artistique) versus *Conformisme* (imitation, respect des conventions et des traditions) (John et Srivastava, 1999 ; John, Naumann, & Soto, 2008). Chaque facteur comprend lui-même six facettes. Les facettes de la dimension Conscience sont : C1 : *Compétence* ; C2 : *Ordre* ; C3 : *Sens du devoir* ; C4 : *Recherche de réussite* ; C5 : *Autodiscipline* ; C6 : *Délibération*.

Le NEO-PI-R est la version révisée du NEO-PI (Costa & Mc Crae, 1985) comprenant 240 items en auto-évaluation. La consistance interne de l'adaptation française du NEO-PI-R est satisfaisante avec des coefficients alpha de Cronbach qui s'étendent de .83 à .90 pour les dimensions (Rolland & Petot, 1998). Le coefficient alpha de Cronbach de la facette Ordre est de .77 (Rolland, Parker, & Stumpf, 1998 ; Marshall & al., 2005). La facette Ordre est évaluée par 8 items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *Pas du tout d'accord* » à « *Tout à fait d'accord* ». La cotation des items 1, 3, 5, 7, et 8 est inversée. Les scores varient de 8 à 40. Plus les scores sont élevés, et plus les individus sont méticuleux.

¹⁵⁵ Approche basée sur le recueil des descripteurs couramment utilisés pour qualifier le comportement humain dans le but de définir un certain nombre de traits de personnalité.

1.2. LA PROCRASTINATION DECISIONNELLE

La procrastination décisionnelle a été évaluée avec l'échelle de procrastination décisionnelle (Annexe 23) du *Melbourne Decision Making Questionnaire* (MDMQ, Mann, 1982 ; Mann et al., 1997 ; version française de Bailly et Iharragorry-Devaux, 2011).

Le MDMQ est issu du modèle du conflit décisionnel (Janis et Mann, 1977), stipulant que le processus de prise de décision est le plus souvent conflictuel et anxiogène dans la mesure où l'individu se trouve dans l'obligation de faire un choix entre différentes options possibles, ce qui implique nécessairement le renoncement aux conséquences positives des alternatives délaissées et l'acceptation des répercussions négatives des alternatives adoptées. Il existerait différents styles décisionnels déterminés par le degré de conscience des risques associés à l'alternative sélectionnée, le degré d'espérance de trouver une meilleure alternative, et l'estimation du temps restant avant de devoir prendre une décision.

Le MDMQ comporte 22 items répartis en quatre styles décisionnels : 1) **la vigilance** (prendre une décision en recherchant attentivement les informations pertinentes, en assimilant ces informations, en recherchant les alternatives possibles et en comparant ces alternatives entre elles) ; 2) **le transfert de responsabilité** (déplacer la responsabilité du choix sur un autre individu de confiance) ; 3) **la procrastination décisionnelle** (remettre à plus tard le processus de prise de décision) ; et 4) **l'hypervigilance** (prendre une décision dans l'urgence sans avoir pu évaluer les différentes alternatives possibles).

La consistance interne de la version française du MDMQ est satisfaisante avec des coefficients Alpha de Cronbach de .83 (*Vigilance*), .77 (*Transfert de responsabilité*), .77 (*Procrastination décisionnelle*), et .74 (*Hypervigilance*). L'échelle de procrastination décisionnelle comporte 5 items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *Pas vrai pour moi* » à « *Vrai pour moi* ». Les scores varient de 5 à 25. Plus les scores sont élevés, et plus les individus tendent à remettre à plus tard leurs prises de décision.

1.3. L'EVITEMENT EXPERIENTIEL

L'évitement expérientiel est évalué avec le *Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II* (AAQ-II ; Bond et al. (2001) ; version française de Monestès et al., 2009). Cet auto-questionnaire évalue à la fois le degré de **flexibilité psychologique** et l'**évitement des émotions négatives** (Annexe 24). L'évitement émotionnel correspond à « *la volonté de ne pas rester en contact avec des expériences privées particulières (sensations corporelles, émotions, pensées, souvenirs) et d'agir afin de modifier la forme et la fréquence de ces expériences ou des contextes qui les occasionnent* » (Hayes et al., 1996). Plus précisément, il s'agit de la

tentative d'effacer purement et simplement de son esprit les expériences mentales désagréables, pénibles ou douloureuses. Vouée à l'échec, cette tentative aboutit à l'augmentation de la fréquence et de l'intensité de ce type d'expériences mentales par la restriction des répertoires comportementaux occasionnée par la mobilisation rigide d'une seule stratégie.

La version française du AAQ-II présente une bonne cohérence interne (Alpha de Cronbach de .76 pour les patients, et .82 pour les étudiants). Ce questionnaire est composé de 10 items sur une échelle de type Likert en sept points allant de « *Jamais vrai* » à « *Toujours vrai* ». La cotation des items 2, 3, 4, 5, 7, 8, et 9 est inversée. Le score total (variant de 10 à 70) s'apprécie de manière négative, c'est-à-dire qu'un score bas est synonyme d'une tendance à l'évitement expérientiel plus prononcée.

2. LES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS

2.1. LES CONNAISSANCES ENVERS LE TEST DE DEPISTAGE

HEMOCCULT-II[®]

L'*Echelle des Connaissances envers le test Hemoccult-II[®]* (ECH) est constituée de 13 items élaborés par nos soins en fonction de données obtenues lors de la première étude exploratoire d'une part, et de données issues de la littérature existant sur ce thème, d'autre part (Annexe 25). Les items proposent des affirmations relatives à l'objectif (« *Le test Hemoccult-II[®] vise à repérer la présence éventuelle de sang dans les selles* »), la population concernée (« *Le test Hemoccult-II[®] est proposé aux personnes de plus de 50 ans* »), et la procédure du test Hemoccult-II[®] (« *Le test Hemoccult-II[®] nécessite de prélever des échantillons de selles* »). Une analyse factorielle en composantes principales a mis en évidence une structure unidimensionnelle, expliquant environ 15% de la variance. La consistance interne de l'ECH est relativement faible avec un coefficient alpha de Cronbach de .44.

Certaines des affirmations proposées dans cette échelle sont parfaitement exactes (items 1, 2, 3, 4, 13) et d'autres erronées (items 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12). Les sujets doivent se positionner en se prononçant sur la véracité des affirmations proposées en cochant les cases « *Vrai* » ou « *Faux* » selon les cas. Lorsque les items sont correctement évalués comme vrais ou faux, un point est alors attribué. Le score global varie de 0 à 13 et rend compte de la qualité et de la fiabilité des connaissances envers le test de dépistage du cancer colorectal Hemoccult-II[®].

2.2. LES LEVIERS ET FREINS PERÇUS AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

L'*Inventaire des Leviers et Freins Perçus envers le test Hemocult-II[®]* (ILFPH) a été créé par nos soins avec une série de 38 items issus des résultats obtenus lors de la première étude exploratoire et des données issues de la littérature sur ce thème (Annexe 26 et 27). Les items proposent une liste de leviers et freins potentiels au dépistage du cancer colorectal, relatifs à différents domaines : 1) *socio-économiques* (disponibilité, coût du test, par exemple) ; 2) *communicationnels* (relation avec le médecin traitant, perception des campagnes de santé publique, par exemple) ; 3) *liés à la méthode de dépistage Hemocult-II[®]* (clarté de la notice, fiabilité du test, par exemple) ; et 4) *intrinsèques* (sentiment d'être concerné(e), degré de confiance, par exemple). Une analyse factorielle en composantes principales a mis en évidence deux dimensions, expliquant environ 16% de la variance : 1) *les leviers perçus envers le test Hemocult-II[®]* (18 items, alpha de Cronbach de .75) ; et 2) *les freins perçus envers le test Hemocult-II[®]* (20 items, alpha de Cronbach de .30). Le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle est de .60.

Afin d'identifier les leviers perçus, les individus doivent cocher dans la liste les items qui ont été (ou pourraient) être déterminants dans la prise de décision *de réaliser* le dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II[®]. De plus, dans le but d'identifier les freins perçus, ils doivent également cocher les items qui ont été (ou pourraient) être déterminants dans la prise de décision *de ne pas réaliser* ou de reporter le dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II[®]. Lorsqu'un item est coché, un point est attribué, sachant que les items correspondant aux freins sont inversés. Les scores globaux oscillent entre -20 et 18. Plus le score est important, et plus les individus surestiment l'importance des leviers et minimisent celle des freins envers le test Hemocult-II[®].

2.3. LE RISQUE PERÇU ENVERS LE CANCER COLORECTAL

La perception du risque personnel encouru face au cancer colorectal a été évaluée par l'*Echelle Comparative de Risque Perçu* (ECRP), traduite et adaptée en français par Colette Aguerre¹⁵⁶ (Annexe 28), à partir des *Comparative Risk Judgments Scales* élaborées par Weinstein (1983). Les individus doivent répondre sur une échelle numérique en sept points allant de « 0 = très inférieure au risque moyen » ; à « 6 = très supérieure au risque moyen ».

¹⁵⁶ Travail non publié à ce jour.

Plus le score est élevé, et plus les individus estiment que leur risque de développer un cancer colorectal est particulièrement important.

2.4. LES INQUIETUDES ENVERS LE CANCER

L'*Echelle des Domaines d'Inquiétudes envers le Cancer* (EDIC) a été élaborée par nos soins à partir des données issues de la littérature (Annexe 29). Il s'agit d'une série de 17 items visant à préciser les domaines d'inquiétudes des individus relatifs au cancer en général et au cancer colorectal en particulier. Une analyse factorielle a mis en évidence trois dimensions principales, expliquant 58% de la variance : 1) *Les inquiétudes relatives aux symptômes du cancer et les traitements proposés* (items 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, et 17 ; alpha de Cronbach de .87) ; 2) *Les inquiétudes liées au cancer et à la mort* (items 1, 2, 3, 4, 15, et 16 ; alpha de Cronbach de .86) ; et 3) *Les inquiétudes liées aux répercussions relationnelles et financières* (items 10, 12, et 13 ; alpha de Cronbach de .60). Le coefficient alpha de Cronbach de l'échelle est de .90. Les individus doivent répondre sur une échelle numérique en 11 points allant de « 0 = pas du tout » à « 10 = tout à fait ». Les scores varient de 0 à 170. Plus les scores sont élevés, et plus les individus se disent inquiets envers le cancer.

2.5. L'ANXIETE ENVERS LA SANTE

L'anxiété envers la santé a été évaluée avec le *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* (QAS, Annexe 15), traduction et adaptation française élaborée par nos soins¹⁵⁷ du *Health Anxiety Questionnaire* (HAQ ; Lucock & Morley, 1996).

Le HAQ a été élaboré pour remédier aux critiques des chercheurs portant sur le manque de sensibilité des questionnaires *Illness Attitudes Scale* (Kellner, Abbott, Winslow, & Pathak, 1987) et *Illness Behaviour Questionnaire* (Pilowsky, 1967) dans l'évaluation des divers tableaux cliniques de l'anxiété envers la santé observés dans la population générale non clinique, en particulier les formes légères à modérées.

Le QAS est un auto-questionnaire évaluant quatre dimensions distinctes : 1) *la peur de la maladie et de la mort* ; 2) *les répercussions sur la vie quotidienne* ; 3) *les inquiétudes envers les sensations physiques* ; et 4) *la recherche de réassurance*. Le QAS présente une bonne consistance interne (Alpha de Cronbach = .92). Il comporte 21 items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « Jamais » à « La plupart du temps ». Les scores varient de 21 à 105. Plus les scores sont élevés, et plus les individus sont anxieux envers la santé.

¹⁵⁷ Ce point est développé dans la seconde partie.

3. LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT FACE AUX SITUATIONS STRESSANTES

LIEES A LA SANTE

Afin d'évaluer le recours des individus aux stratégies de coping de type vigilant ou évitant, habituellement mobilisées pour s'adapter à certaines situations stressantes en rapport avec la santé somatique (Boerner, 2004 ; DeGroot, Boeke, Bonke, & Passchier, 1997 ; Kelly, Shedlosky-Shoemaker, Porter, DeSimone, & Andrykowski, 2011 ; Miller, Fang, Diefenbach, & Bales, 2001 ; Miller, Knowles, Schnoll, & Buzaglo, 2002 ; Miller, Mischel, O'Leary, & Mills, 1996 ; van Zuuren, 1994 ; van Zuuren & Dooper, 1999 ; Warburton, Fishman, & Perry, 1997), cinq scénarios fictifs ont été construits à partir de situations ordinaires liées à la santé et la maladie (Annexe 30). Les individus doivent imaginer la réaction qu'ils tendraient à adopter face aux scénarios présentés, en choisissant parmi deux propositions celle qui leur conviendrait le mieux. Pour chaque scénario, les individus se voient proposer une stratégie de type évitant ou une stratégie de type vigilant. Les items relatifs aux stratégies de type évitant sont inversés. Les scores oscillent de -5 (maximum de stratégies de type évitant) à 5 (maximum de stratégies de type vigilant). Si les individus choisissent une majorité de stratégies de type vigilant, ils ont un style plutôt vigilant. En revanche, s'ils cochent préférentiellement les stratégies de type évitant, ils ont un style plutôt évitant.

4. LE COMPORTEMENT DE REALISATION DU TEST HEMOCCULT-II®

Le comportement de réalisation du test *Hemoccult-II*® a été évalué à l'aide d'un item (Annexe 31), avec un choix dichotomique (« *Oui* » ou « *Non* »). Les individus ayant répondu par l'affirmative à cette question devaient ensuite se prononcer sur deux items les interrogeant sur : 1) **le délai de réalisation du test**, après la réception du premier courrier d'invitation du Centre de Coordination du Dépistage des Cancers d'Indre-et-Loire, sur une échelle de fréquence en cinq points allant de « *Le jour même* » à « *Dans les 6 mois* » (c'est-à-dire avant la réception du courrier de relance) ; 2) **leur intention de réaliser à nouveau le test *Hemoccult-II*® deux ans après**, en répondant par « *Oui* », « *Non* », ou « *Ne sais pas encore* ». Les individus ayant répondu par la négative à la question portant sur la réalisation du test *Hemoccult-II*® devaient, quant à eux, s'exprimer sur leur intention de réaliser à l'avenir le test *Hemoccult-II*® pour la première fois, en répondant par « *Oui* », « *Non* », ou « *Ne sais pas encore* ». Ceux qui avaient l'intention de réaliser le test *Hemoccult-II*® devaient estimer le délai auquel ils pensaient le réaliser sur une échelle de fréquence en cinq points allant de « *Le jour même* » à « *Dans les 6 mois* ».

III. PROCEDURE

Un échantillonnage de la population cible de l'étude a été effectué sur la base de données du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers d'Indre-et-Loire. 5000 individus ont reçu une invitation par courrier (Annexe 32) à remplir un questionnaire mis en ligne sur le site Internet du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers de l'Indre-et-Loire¹⁵⁸. Le courrier d'invitation précisait quelques renseignements sur l'étude et les modalités de participation avec un mode d'emploi permettant de faciliter la connexion au questionnaire. Un code personnel était en outre attribué à chaque participant afin de s'assurer que seuls les individus invités à se connecter au questionnaire puissent le faire. L'anonymat des participants et la confidentialité des réponses étaient assurés par le fait que le logiciel¹⁵⁹ utilisé pour mettre en ligne le questionnaire ne permettait pas au final de faire apparaître les codes personnels des participants sur le fichier des réponses, protégeant ainsi leur identité. L'étude a de plus été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Pour accroître le taux de réponses au questionnaire, il était également spécifié dans le courrier d'invitation que dix participants seraient tirés au sort et recevraient un chèque cadeau d'une valeur de 100 euros sous contrôle d'huissier. Au total, 836 individus ont répondu au questionnaire, mais seulement 674 individus l'ont rempli dans sa totalité (soit 13,48% des individus invités à remplir le questionnaire).

IV. HYPOTHESES

1. HYPOTHESES COMPARATIVES

Nous émettons l'hypothèse générale qu'il existe des différences concernant certaines caractéristiques sociodémographiques et psychologiques entre les individus « *compliant* » et « *non compliant* » envers le dépistage du cancer colorectal.

1.1. HYPOTHESES RELATIVES AUX FACTEURS

SOCIODEMOGRAPHIQUES

1) Les individus *compliant* sont plus âgés que les individus *non compliant*. L'âge moyen des individus *compliant* est significativement plus élevé que celui des individus *non compliant*.

¹⁵⁸ www.ccdc37.fr

¹⁵⁹ Il s'agit ici du logiciel *Limesurvey* permettant la création et la mise en ligne de questionnaires.

- 2) Les individus *compliant*s sont plus souvent de sexe féminin comparativement aux individus *non compliant*s. L'effectif observé des femmes est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *non compliant*s. L'effectif observé des hommes est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *non compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *compliant*s.
- 3) Les individus *compliant*s ont un niveau d'études plus élevé que les individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus ayant un niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *non compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *compliant*s.
- 4) Les individus *compliant*s sont plus souvent retraités ou sans activité professionnelle comparativement aux individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus retraités ou sans activité professionnelle est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus exerçant une activité professionnelle est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *non compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *compliant*s.
- 5) Les individus *compliant*s ont des revenus plus élevés que les individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus ayant des revenus supérieurs à 2000 euros est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus ayant des revenus inférieurs ou égal à 2000 euros est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *non compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *compliant*s.
- 6) Les individus *compliant*s vivent plus souvent en couple comparativement aux individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus vivant en couple est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus célibataires est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *non compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *compliant*s.

7) Les individus *compliant*s vivent plus souvent en milieu urbain comparativement aux individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus vivant en milieu urbain est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *non compliant*s. L'effectif observé des individus vivant en milieu rural est significativement plus élevé que l'effectif théorique dans le groupe des individus *non compliant*s et plus faible dans le groupe des individus *compliant*s.

1.2. HYPOTHESES RELATIVES AUX FACTEURS DE PERSONNALITE

1) Les individus *compliant*s sont plus méticuleux que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores plus élevés à l'échelle évaluant la méticulosité que les individus *non compliant*s.

2) Les individus *non compliant*s tendent à procrastiner davantage lorsqu'ils doivent prendre des décisions en matière de santé que les individus *compliant*s. Les individus *non compliant*s obtiennent des scores plus élevés à l'échelle évaluant la procrastination décisionnelle que les individus *compliant*s.

3) Les individus *non compliant*s tendent à éviter davantage les expériences psychologiques négatives que les individus *non compliant*s. Les individus *non compliant*s obtiennent des scores moins élevés au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel que les individus *compliant*s.

1.3. HYPOTHESES RELATIVES AUX FACTEURS COGNITIFS

1) Les individus *compliant*s ont davantage de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores plus élevés à l'échelle évaluant le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal que les individus *non compliant*s.

2) Les individus *compliant*s tendent davantage à surestimer les leviers et à minimiser les freins, lorsqu'ils évaluent leur capacité à réaliser le test de dépistage du cancer colorectal, comparativement aux individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores plus élevés à l'échelle évaluant l'estimation des leviers et freins au dépistage du cancer colorectal que les individus *non compliant*s.

3) Les individus *compliant*s tendent à évaluer plus objectivement leur propre risque de développer un cancer colorectal que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores plus élevés à l'échelle évaluant le risque perçu de développer un cancer colorectal que les individus *non compliant*s.

1.4. HYPOTHESES RELATIVES AUX FACTEURS EMOTIONNELS

- 1) Les individus *compliant*s sont moins anxieux envers la santé que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores moins élevés au questionnaire évaluant l'anxiété envers la santé que les individus *non compliant*s.
- 2) Les individus *compliant*s ont moins peur de la maladie que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores moins élevés à la sous-échelle évaluant la peur de la maladie que les individus *non compliant*s.
- 3) Les individus *compliant*s ont moins de retentissement de leur anxiété envers la santé que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores moins élevés à la sous-échelle évaluant les retentissements de l'anxiété envers la santé que les individus *non compliant*s.
- 4) Les individus *compliant*s ont davantage d'inquiétudes envers les sensations physiques que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores plus élevés à la sous-échelle évaluant les inquiétudes envers les sensations physiques que les individus *non compliant*s.
- 5) Les individus *compliant*s mobilisent davantage de comportements de recherche de réassurance que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores plus élevés à la sous-échelle évaluant les comportements de recherche de réassurance que les individus *non compliant*s.
- 6) Les individus *compliant*s sont moins inquiets envers le cancer que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores moins élevés à l'échelle évaluant les inquiétudes envers le cancer que les individus *non compliant*s.

1.5. HYPOTHESE RELATIVE AUX STRATEGIES DE COPING

Les individus *compliant*s mobilisent davantage de stratégies de coping de type vigilant face aux situations de stress liées à la santé que les individus *non compliant*s. Les individus *compliant*s obtiennent des scores plus élevés au questionnaire évaluant les stratégies de coping face aux situations de santé que les individus *non compliant*s.

2. HYPOTHESE EXPLICATIVES

De manière générale, nous émettons l'hypothèse que des traits de personnalité, alliés à certaines caractéristiques sociodémographiques, et modérés par des états cognitivo-émotionnels conduisent à adopter des stratégies d'ajustement, aboutissant à la prise de décision de participer ou non au dépistage Hemocult-II[®] (Figure 31).

Plus précisément, nous supposons que des traits de personnalité particulièrement prononcés (scores élevés de méticulosité), alliés à certaines caractéristiques sociodémographiques (individus plus âgés, de sexe féminin, vivant en couple, habitant en milieu urbain, retraités avec un niveau d'étude et des revenus élevés), et modérés par des états cognitivo-émotionnels (bonnes connaissances envers le dépistage du cancer colorectal, minimisation des freins et surestimation des leviers envers le dépistage du cancer colorectal, évaluation objective du risque personnel encouru envers le cancer colorectal, inquiétudes modérées envers le cancer et scores d'anxiété envers la santé modérés) conduisent à adopter des stratégies d'ajustement vigilantes lors d'une sollicitation par courrier à participer à un test de dépistage, aboutissant à une participation au dépistage Hemocult-II[®].

À l'inverse, nous supposons que des traits de personnalité particulièrement prononcés (scores élevés de procrastination décisionnelle et d'évitement expérientiel), alliés à certaines caractéristiques sociodémographiques (individus plus jeunes, de sexe masculin, célibataires, vivant en milieu rural, exerçant une activité professionnelle avec un faible niveau d'étude et de faibles revenus), et modérés par des états cognitivo-émotionnels (faibles connaissances envers le dépistage du cancer colorectal, surestimation des freins et minimisation des leviers envers le dépistage du cancer colorectal, surestimation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal, fortes inquiétudes envers le cancer et scores d'anxiété envers la santé élevés) conduisent à adopter des stratégies d'ajustement évitantes lors d'une sollicitation par courrier à participer à un test de dépistage, aboutissant à un défaut de participation au dépistage Hemocult-II[®].

La figure 31 présente une modélisation de ces hypothèses générales et la figure 32 présente une modélisation des hypothèses opérationnelles.

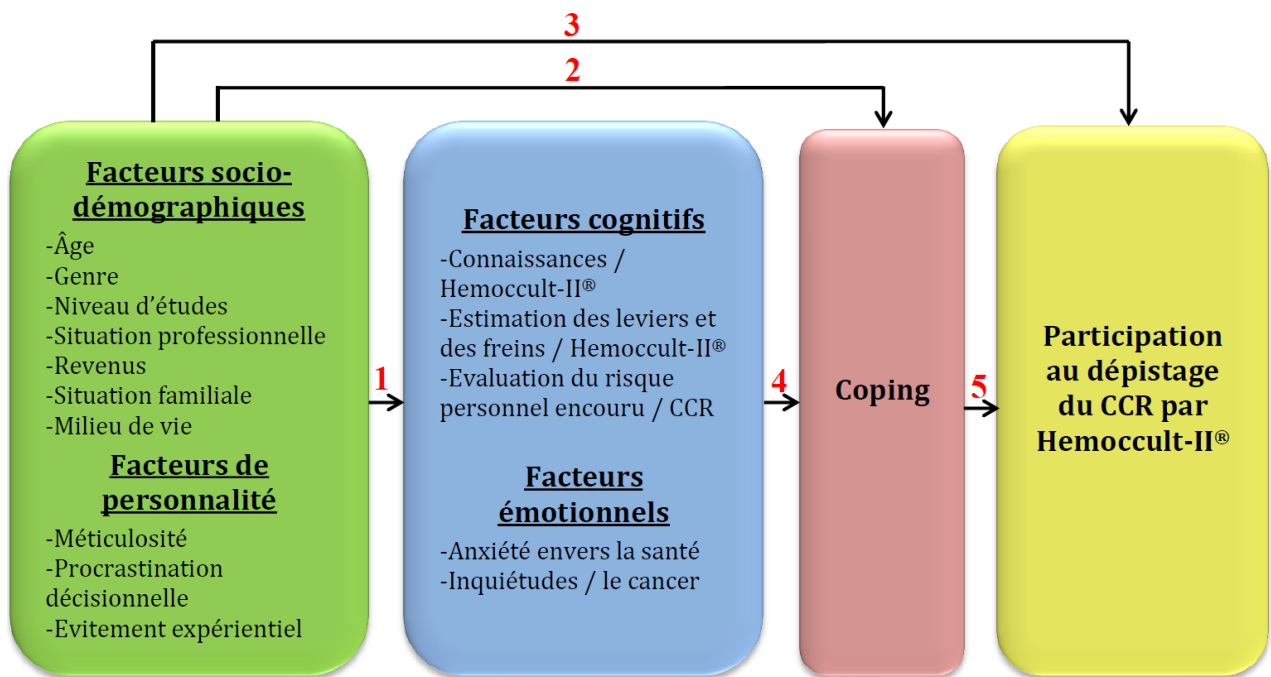


Figure 31: *Modélisation des hypothèses générales de l'étude quantitative des freins et leviers psychologiques envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.*

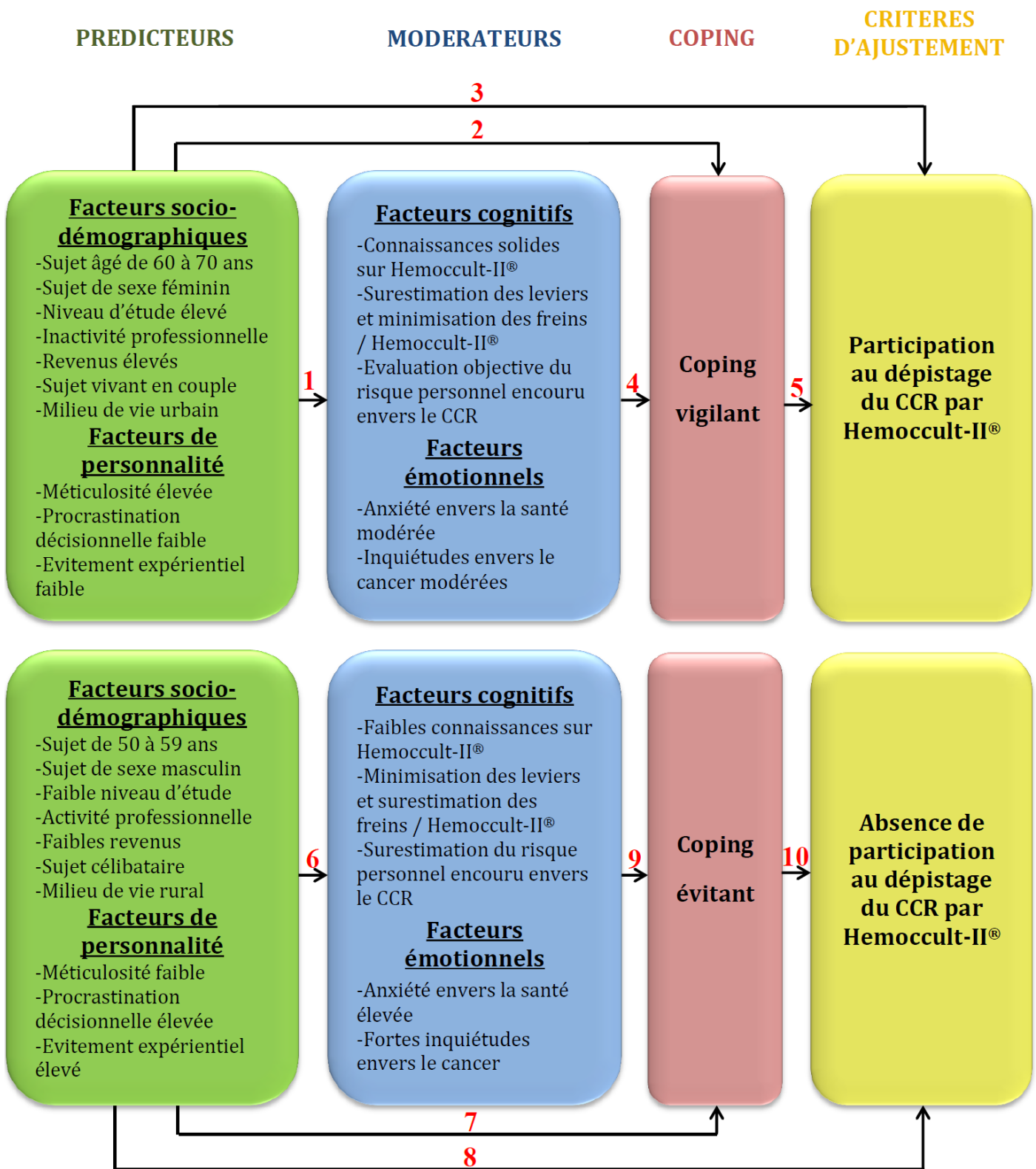


Figure 32: Modélisation des hypothèses opérationnelles de l'étude quantitative des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

2.1. IMPACT DES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES SUR LES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS

- a.** 1) L'âge a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Plus les individus sont âgés et plus ils obtiennent une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].
- 2) L'âge a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Plus les individus sont âgés, plus ils citent de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®], et moins ils citent de freins à cette même procédure.
- 3) L'âge a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Plus les individus sont âgés et plus ils obtiennent un score élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.
- 4) L'âge a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Plus les individus sont âgés et plus ils obtiennent un score élevé à l'échelle des inquiétudes envers le cancer.
- 5) L'âge a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Plus les individus sont âgés et plus ils obtiennent un score élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé.
- b.** 1) Le genre a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Les femmes tendent à obtenir une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Les hommes tendent à obtenir une minorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].
- 2) Le genre a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Les femmes tendent à citer plus de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®], et moins de freins à cette même procédure. Les hommes tendent à citer moins de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®], et plus de freins à cette même procédure.
- 3) Le genre a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Les femmes tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal. Les hommes tendent à obtenir un score moins élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.
- 4) Le genre a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Les femmes tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle des inquiétudes envers le cancer. Les hommes tendent à obtenir un score moins élevé à l'échelle des inquiétudes envers le cancer.

- 5) Le genre a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Les femmes tendent à obtenir un score plus élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé. Les hommes tendent à obtenir un score moins élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé.
- c.** 1) Le niveau d'études a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Plus les individus ont un niveau d'études élevé et plus ils obtiennent une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].
- 2) Le niveau d'études a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un niveau d'études élevé, plus ils citent de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®], et moins ils citent de freins à cette même procédure.
- 3) Le niveau d'études a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Plus les individus ont un niveau d'études élevé et plus ils obtiennent un score élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.
- 4) Le niveau d'études a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Plus les individus ont un niveau d'études élevé et plus ils obtiennent un faible score à l'échelle des inquiétudes envers le cancer.
- 5) Le niveau d'études a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Plus les individus ont un niveau d'études élevé et plus ils obtiennent un faible score au questionnaire d'anxiété envers la santé.
- d.** 1) La situation professionnelle a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Les retraités tendent à obtenir une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Les individus exerçant une activité professionnelle tendent à obtenir une minorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].
- 2) La situation professionnelle a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Les retraités tendent à citer plus de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®], et moins de freins à cette même procédure. Les individus exerçant une activité professionnelle tendent à citer moins de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®], et plus de freins à cette même procédure.
- 3) La situation professionnelle a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Les retraités tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle de

risque perçu envers le cancer colorectal. Les individus exerçant une activité professionnelle tendent à obtenir un score plus faible à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.

4) La situation professionnelle a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Les retraités tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle des inquiétudes envers le cancer. Les individus exerçant une activité professionnelle tendent à obtenir un score plus faible à l'échelle des inquiétudes envers le cancer.

5) La situation professionnelle a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Les retraités tendent à obtenir un score plus élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé. Les individus exerçant une activité professionnelle tendent à obtenir un score plus faible au questionnaire d'anxiété envers la santé.

e. 1) Le niveau de revenus a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Plus les individus bénéficient de revenus élevés et plus ils obtiennent une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].

2) Le niveau de revenus a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Plus les individus bénéficient de revenus élevés, plus ils citent de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®], et moins ils citent de freins à cette même procédure.

3) Le niveau de revenus a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Plus les individus bénéficient de revenus élevés et plus ils obtiennent un score élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.

4) Le niveau de revenus a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Plus les individus bénéficient de revenus élevés et plus ils obtiennent un score faible à l'échelle des inquiétudes envers le cancer.

5) Le niveau de revenus a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Plus les individus bénéficient de revenus élevés et plus ils obtiennent un score faible au questionnaire d'anxiété envers la santé.

f. 1) La situation familiale a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Les individus vivant en couple tendent à obtenir une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Les individus célibataires tendent à obtenir une minorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].

- 2) La situation familiale a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Les individus vivant en couple tendent à citer plus de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®], et moins de freins à cette même procédure. Les individus célibataires tendent à citer moins de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®], et plus de freins à cette même procédure.
 - 3) La situation familiale a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Les individus vivant en couple tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal. Les individus célibataires tendent à obtenir un score plus faible à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.
 - 4) La situation familiale a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Les individus vivant en couple tendent à obtenir un score plus faible à l'échelle des inquiétudes envers le cancer. Les individus célibataires tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle des inquiétudes envers le cancer.
 - 5) La situation familiale a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Les individus vivant en couple tendent à obtenir un score plus faible au questionnaire d'anxiété envers la santé. Les individus célibataires tendent à obtenir un score plus élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé.
- g.** 1) Le milieu de vie a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®]. Les individus vivant en milieu urbain tendent à obtenir une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®]. Les individus vivant en milieu rural tendent à obtenir une minorité de réponses valides à l'échelle des connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®].
- 2) Le milieu de vie a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Les individus vivant en milieu urbain tendent à citer plus de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®], et moins de freins à cette même procédure. Les individus vivant en milieu rural tendent à citer moins de leviers envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®], et plus de freins à cette même procédure.
 - 3) Le milieu de vie a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Les individus vivant en milieu urbain tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal. Les individus vivant en milieu

rural tendent à obtenir un score plus faible à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.

4) Le milieu de vie a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Les individus vivant en milieu urbain tendent à obtenir un score plus faible à l'échelle des inquiétudes envers le cancer. Les individus vivant en milieu rural tendent à obtenir un score plus élevé à l'échelle des inquiétudes envers le cancer.

5) Le milieu de vie a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Les individus vivant en milieu urbain tendent à obtenir un score plus faible au questionnaire d'anxiété envers la santé. Les individus vivant en milieu rural tendent à obtenir un score plus élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé.

2.2. IMPACT DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS

- a.** 1) La méticulosité a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la méticulosité et plus ils obtiennent une majorité de réponses valides à l'échelle des connaissances sur le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®].
- 2) La méticulosité a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la méticulosité et plus ils citent davantage de leviers au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] que de freins à cette même procédure.
- 3) La méticulosité a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la méticulosité et plus ils obtiennent un score élevé à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.
- 4) La méticulosité a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la méticulosité et plus ils obtiennent un faible score à l'échelle d'inquiétudes envers le cancer.
- 5) La méticulosité a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la méticulosité et plus ils obtiennent un faible score au questionnaire d'anxiété envers la santé.
- b.** 1) La procrastination décisionnelle a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle de procrastination décisionnelle et plus ils obtiennent une minorité de réponses

valides à l'échelle des connaissances sur le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®.

2) La procrastination décisionnelle a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle de procrastination décisionnelle et plus ils citent davantage de freins au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® que de leviers à cette même procédure.

3) La procrastination décisionnelle a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle de procrastination décisionnelle et plus ils obtiennent un faible score à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.

4) La procrastination décisionnelle a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle de procrastination décisionnelle et plus ils obtiennent un score élevé à l'échelle d'inquiétudes envers le cancer.

5) La procrastination décisionnelle a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle de procrastination décisionnelle et plus ils obtiennent un score élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé.

c. 1) L'évitement expérientiel a un impact sur le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®. Moins les individus ont un score élevé au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel et plus ils obtiennent une minorité de réponses valides à l'échelle de connaissances sur le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®.

2) L'évitement expérientiel a un impact sur l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal. Moins les individus ont un score élevé au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel et plus ils citent davantage de freins au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® que de leviers à cette même procédure.

3) L'évitement expérientiel a un impact sur l'évaluation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal. Moins les individus ont un score élevé au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel et plus ils obtiennent un faible score à l'échelle de risque perçu envers le cancer colorectal.

4) L'évitement expérientiel a un impact sur le degré d'inquiétudes relatives au cancer. Moins les individus ont un score élevé au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel et plus ils obtiennent un score élevé à l'échelle d'inquiétudes envers le cancer.

5) L'évitement expérientiel a un impact sur le degré d'anxiété envers la santé. Moins les individus ont un score élevé au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel et plus ils obtiennent un score élevé au questionnaire d'anxiété envers la santé.

2.3. IMPACT DES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES SUR LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

1) L'âge a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus sont âgés et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

2) Le genre a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les femmes tendent à mobiliser préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les hommes tendent à mobiliser préférentiellement des stratégies d'ajustement de type évitant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

3) Le niveau d'études a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un niveau d'études élevé et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

4) La situation professionnelle a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les individus retraités tendent à mobiliser préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les individus exerçant une activité professionnelle tendent à mobiliser préférentiellement des stratégies d'ajustement de type évitant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

5) Le niveau de revenus a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus bénéficient de revenus élevés et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

6) La situation familiale a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les individus vivant en couple tendent à mobiliser préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les individus célibataires tendent à mobiliser

préférentiellement des stratégies d'ajustement de type évitant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

7) Le milieu de vie a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les individus vivant en milieu urbain tendent à mobiliser préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Les individus vivant en milieu rural tendent à mobiliser préférentiellement des stratégies d'ajustement de type évitant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

2.4. IMPACT DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

1) La méticulosité a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la méticulosité et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

2) La procrastination décisionnelle a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle de procrastination décisionnelle et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type évitant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

3) L'évitement expérientiel a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

2.5. IMPACT DES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS SUR LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

1) Le niveau de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

2) L'estimation des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les leviers et

freins envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

3) L'estimation du risque perçu envers le cancer colorectal a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la perception du risque personnel encouru envers le cancer colorectal par Hemoccult-II® et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type vigilant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

4) Le degré d'inquiétudes envers le cancer a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les inquiétudes envers le cancer et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type évitant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

5) Le degré d'anxiété envers la santé a un impact sur les styles d'ajustement envers la situation de dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® et plus ils mobilisent préférentiellement des stratégies d'ajustement de type évitant envers la situation de dépistage du cancer colorectal.

2.6. IMPACT DES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1) L'âge a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus sont âgés et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II®.

2) Le genre a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Les femmes tendent à participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II®. Les hommes tendent à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II®.

3) Le niveau d'études a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un niveau d'études élevé et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II®.

4) La situation professionnelle a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Les retraités et les individus n'exerçant pas d'activité professionnelle tendent à participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II®. Les individus

n'exerçant pas d'activité professionnelle tendent à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

5) Le niveau de revenus a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus bénéficient de revenus élevés et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

6) La situation familiale a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Les individus vivant en couple tendent à participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®]. Les individus célibataires tendent à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

7) Le milieu de vie a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Les individus vivant en milieu urbain tendent à participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®]. Les individus vivant en milieu rural tendent à ne pas participer au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

2.7. IMPACT DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1) La méticulosité a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la méticulosité et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

2) La procrastination décisionnelle a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle de procrastination décisionnelle et moins ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

3) L'évitement expérientiel a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

2.8. IMPACT DES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1) Le niveau de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemoccult-II[®].

- 2) L'estimation des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II[®].
- 3) L'estimation du risque perçu envers le cancer colorectal a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant la perception du risque personnel encouru envers le cancer colorectal par Hemocult-II[®] et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II[®].
- 4) Le degré d'inquiétudes envers le cancer a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les inquiétudes envers le cancer et moins ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II[®].
- 5) Le degré d'anxiété envers la santé a un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus ont un score élevé à l'échelle évaluant les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] et moins ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II[®].

2.9. IMPACT DES STRATEGIES D'AJUSTEMENT SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les styles d'ajustement aux situations stressantes liées à la santé ont un impact sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Plus les individus obtiennent un score élevé à l'échelle des stratégies de coping et plus ils participent au dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II[®].

V. ANALYSES DES DONNEES

L'ensemble des données a été analysé avec les logiciels STATISTICA[®] version 10 et SPSS[®] STATISTICS version 20.

Des tests χ^2 d'indépendance de Pearson ont été effectués pour comparer les effectifs des variables sociodémographiques entre les individus *compliant*s et *non compliant*s envers le dépistage du cancer colorectal. Des tests t de Student ont été réalisés afin de comparer les moyennes de scores obtenus entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les individus *compliant*s et *non compliant*s au dépistage du cancer colorectal aux différents outils d'évaluation utilisés dans cette étude.

Des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés afin de mettre en évidence les liens potentiels entre les facteurs cognitifs et émotionnels étudiés. Des analyses de variance, des analyses de régression multiples, et des analyses de régression logistique binaire ont été menées afin de tester les hypothèses explicatives de cette étude.

RESULTATS

I. ANALYSES DESCRIPTIVES

Le tableau 25 présente les moyennes et écarts types obtenus par les participants aux différents questionnaires et échelles utilisés dans cette étude. Quant à elles, les figures 33 et 34 illustrent respectivement les fréquences des différents leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] invoqués par les participants de l'étude. Remarquons que le nombre de leviers cités (moyenne = 7,11 ; écart-type = 3,24) est significativement plus élevé que le nombre de freins (moyenne = 1,92 ; écart-type = 1,53) [$t(673)=40,45$; $p<.001$]. Les leviers envers le dépistage du cancer colorectal les plus cités par l'ensemble des participants sont : 1) le souhait de rester en bonne santé (n=562, soit 83,38%) ; 2) le fait de réaliser le test Hemocult-II[®] à domicile (n=530, soit 78,63%) ; 3) l'efficacité perçue du test Hemocult-II[®] (n=505, soit 74,93%) ; et 4) le fait d'être convaincu(e) par les campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal (n=503, soit 74,63%). Les principaux freins au dépistage du cancer colorectal les plus souvent cités sont : 1) le fait de devoir consulter son médecin traitant pour obtenir un kit de dépistage (n=152, soit 22,55%) ; 2) la peur de découvrir un cancer à l'occasion de la réalisation du test Hemocult-II[®] (n=140, soit 20,77%) ; 3) le sentiment que le matériel proposé dans le kit de dépistage n'est pas adapté à la réalisation du test dans de bonnes conditions (n=109, soit 16,17%) ; 4) le manque de clarté du courrier d'invitation à réaliser le test Hemocult-II[®] (n=102, soit 15,13%) ; et 5) le fait d'être constipé(e) (n=101, soit 14,98%).

Tableau 25: Moyennes et écarts types des scores obtenus aux différents instruments utilisés.

| Outils d'évaluation | Moyenne | Ecart type |
|---|---------|------------|
| Facette « Ordre » du Neo-Personality Inventory Revised | 28,23 | 4,50 |
| Questionnaire de Procrastination Décisionnelle | 9,16 | 3,77 |
| Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II | 47,41 | 9,36 |
| Echelle des Connaissances envers le test Hemocult-II [®] | 11,17 | 1,51 |
| Inventaire des Leviers et Freins Perçus envers le test Hemocult-II [®] | 5,18 | 3,32 |
| Leviers Perçus envers le test Hemocult-II [®] | 7,11 | 3,24 |
| Freins Perçus envers le test Hemocult-II [®] | -1,92 | 1,53 |
| Echelle du Risque Perçu envers le cancer colorectal | 3,14 | 1,08 |
| Inventaire des Inquiétudes envers le Cancer | 111,61 | 25,01 |
| Questionnaire d'Anxiété envers la santé | 45,63 | 11,66 |
| Peur de la maladie et de la mort | 15,15 | 4,94 |
| Retentissement sur la vie quotidienne | 5,60 | 2,50 |
| Comportements de recherche de réassurance | 6,34 | 2,19 |
| Inquiétudes envers les sensations corporelles | 18,55 | 4,96 |
| Echelle des Stratégies Vigilantes et Evitantes face à la Santé | 2,31 | 1,90 |
| Coping vigilant face à la santé | 3,67 | 0,95 |
| Coping évitant face à la santé | -1,36 | 0,95 |

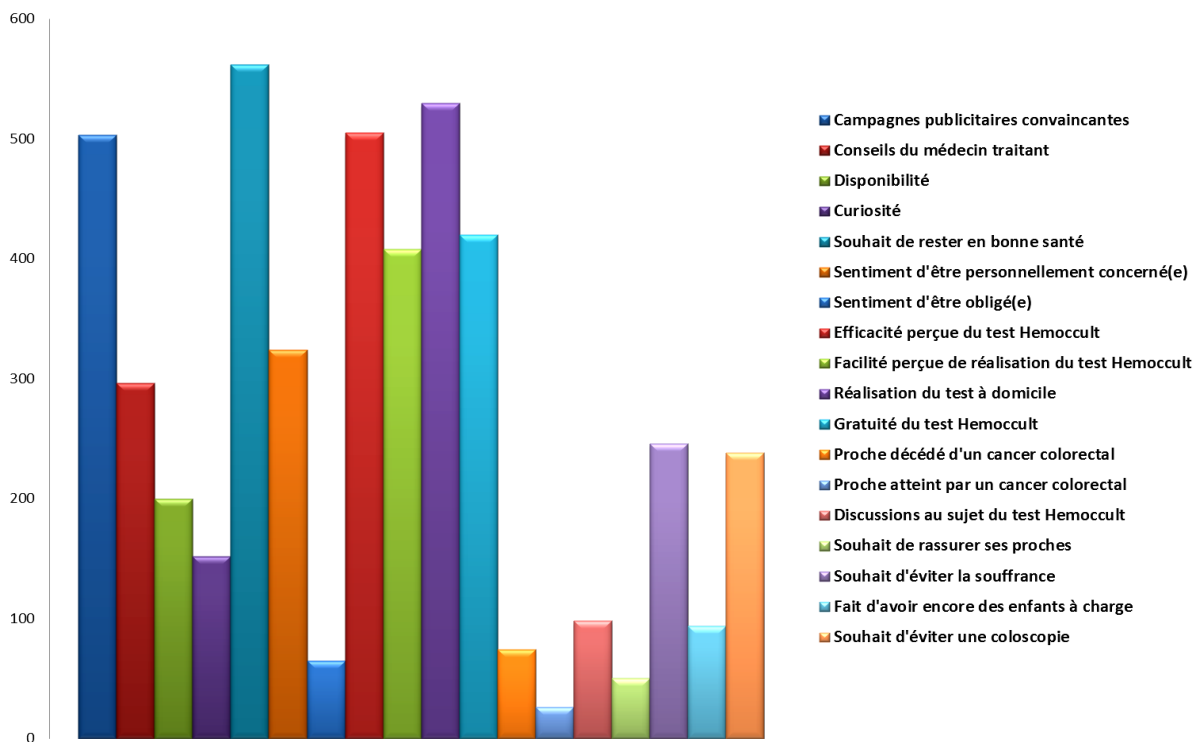


Figure 33: Fréquence des leviers au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®.

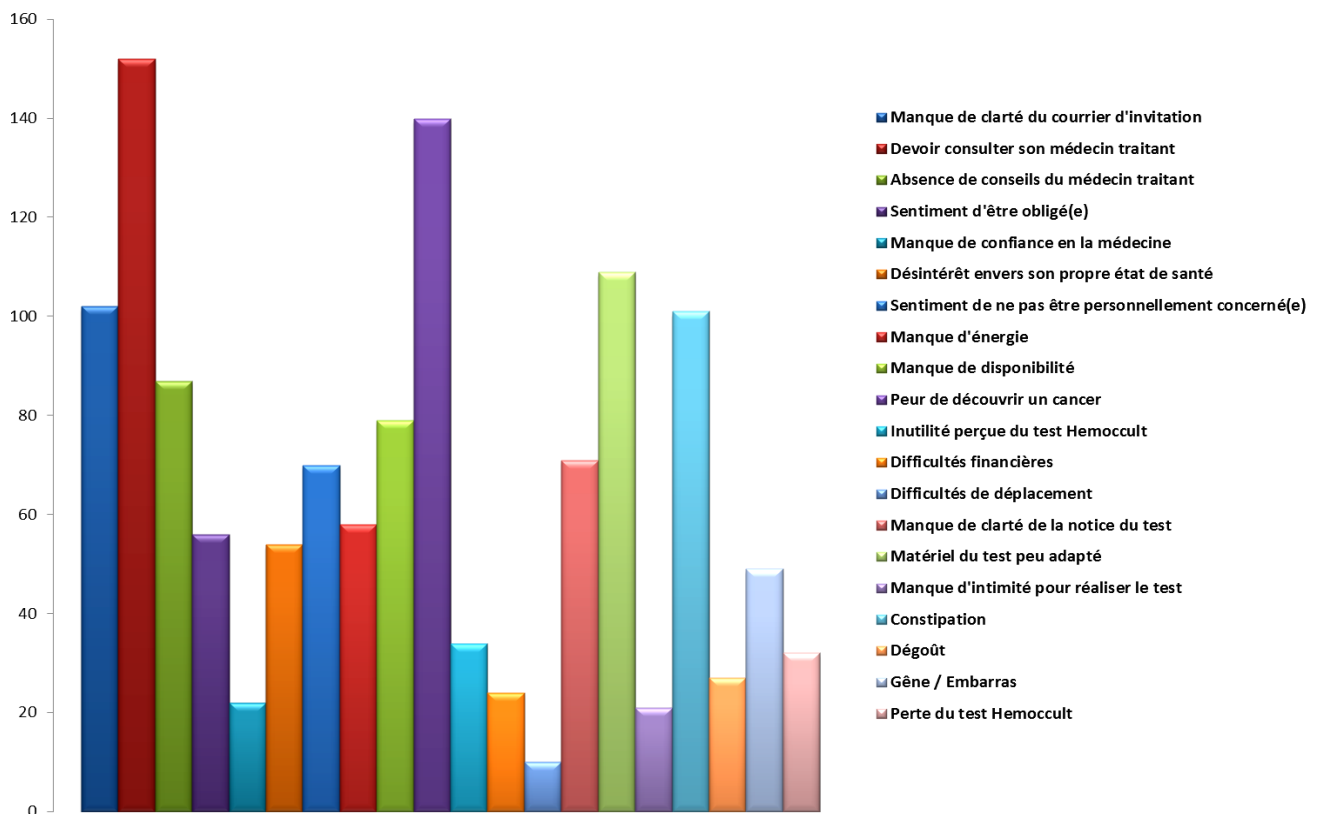


Figure 34: Fréquence des freins au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II®.

II. ANALYSES COMPARATIVES

1. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES SOCIODEMOGRAPHIQUES ENTRE LES INDIVIDUS *COMPLIANTS* ET *NON COMPLIANTS* ?

Des tests χ^2 d'indépendance de Pearson ont été effectués afin de comparer les fréquences des modalités des différentes variables sociodémographiques entre les individus *compliers* et *non compliers* envers le dépistage du cancer colorectal (Tableau 26). Les résultats révèlent une différence significative entre les individus *compliers* et *non compliers* sur les modalités relatives à la variable *Âge* (Test de Fisher : .01 ; $p < .05$)¹⁶⁰, avec un coefficient de corrélation V de Cramer significatif ($V = 0,09$; $p < .05$). Ainsi, les individus *compliers* sont généralement plus âgés que les individus *non compliers*.

Les résultats mettent également en évidence une différence significative entre les individus *compliers* et *non compliers* sur les modalités relatives à la variable *Situation professionnelle* [$\chi^2(2)=8,63$; $p < .05$], avec un coefficient de corrélation V de Cramer significatif ($V = 0,11$; $p < .05$). Les individus *compliers* au dépistage du cancer colorectal sont plus souvent retraités ou, dans une moindre mesure, exercent plus fréquemment une activité professionnelle que les individus *non compliers*. À l'inverse, les individus sans activité professionnelle et/ou en recherche d'emploi participent moins au test de dépistage du cancer colorectal. En outre, il existe une différence significative entre les individus *compliers* et *non compliers* sur les modalités relatives à la variable *Revenus* [$\chi^2(1)=4,22$; $p < .05$], avec un coefficient de corrélation V de Cramer significatif ($V = 0,08$; $p < .05$). Il s'avère que les individus *compliers* bénéficient de plus hauts revenus que les individus *non compliers*.

Les résultats ne révèlent en revanche aucune différence significative entre les individus *compliers* et *non compliers* sur les modalités relatives à la variable *Situation familiale* [$\chi^2(1)=0,93$; NS]. Néanmoins, lorsque la variable genre est contrôlée (Tableau 27), il s'avère que les hommes *compliers* vivent davantage en couple que les hommes *non compliers* (Test de Fisher : .006 ; $p < .05$)¹⁵², avec un coefficient de corrélation V de Cramer significatif ($V = 0,18$; $p < .05$). Enfin, aucune différence n'a pu être observée entre les individus *compliers* et *non compliers* en ce qui concerne leur genre, leur niveau d'études, leur situation familiale et leur milieu de vie.

¹⁶⁰ Un test de Fisher a été utilisé ici car une des cellules possédait un effectif théorique inférieur à 5, rendant impossible la réalisation d'un test de χ^2 d'indépendance de Pearson.

Tableau 26: Comparaison des effectifs observés et théoriques des modalités des variables sociodémographiques entre les individus "compliance" et "non compliance".

| Variables démographiques | Total (n) | Compliance (n) | | Non compliance (n) | | χ^2 |
|----------------------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------|
| | | Effectif observé | Effectif théorique | Effectif observé | Effectif théorique | |
| Âge | | | | | | |
| De 50 à 59 ans | 637 | 549 | 553,8 | 88 | 83,2 | p=.01*^a |
| > à 60 ans | 37 | 37 | 32,2 | 0 | 4,8 | |
| Genre | | | | | | |
| Femmes | 391 | 338 | 339,9 | 53 | 51,1 | 0,20 |
| Hommes | 283 | 248 | 246,1 | 35 | 36,9 | |
| Niveau d'études | | | | | | |
| Elevé (> Baccalauréat) | 247 | 208 | 214,7 | 39 | 32,2 | 2,57 |
| Faible (≤ Baccalauréat) | 427 | 378 | 371,2 | 49 | 55,7 | |
| Situation professionnelle | | | | | | |
| Actifs occupés | 548 | 475 | 476,5 | 73 | 71,5 | 8,63* |
| Actifs sans emploi | 55 | 43 | 47,8 | 12 | 7,2 | |
| Retraités | 71 | 68 | 61,7 | 3 | 9,3 | |
| Revenus | | | | | | |
| Elevé (> 2000 euros) | 570 | 380 | 371,6 | 190 | 198,4 | 4,22* |
| Faible (≤ 2000 euros) | 85 | 47 | 55,4 | 38 | 29,6 | |
| Situation familiale | | | | | | |
| Vie maritale | 539 | 472 | 468,6 | 67 | 70,3 | 0,93 |
| Célibat | 135 | 114 | 117,3 | 21 | 17,6 | |
| Milieu de vie | | | | | | |
| Rural | 295 | 259 | 256,7 | 36 | 38,3 | 1,10 |
| Urbain | 378 | 326 | 328,9 | 52 | 49,1 | |

Note : Seuil de significativité *p<.05.

^a Un test de Fisher a été utilisé ici car une des cellules possédait un effectif théorique inférieur à 5, rendant impossible la réalisation d'un test de χ^2 d'indépendance de Pearson.

Tableau 27: Comparaison des effectifs observés et théoriques des modalités de la variable situation familiale entre les individus "compliance" et "non compliance" selon leur genre.

| Variables démographiques | Total (n) | Compliance (n) | | Non compliance (n) | | χ^2 | |
|----------------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|----------|----------------------------|
| | | Effectif observé | Effectif théorique | Effectif observé | Effectif théorique | | |
| Situation familiale | | | | | | | |
| Femmes | Vie maritale | 292 | 250 | 252,4 | 42 | 39,6 | 0,68 |
| | Célibat | 99 | 88 | 85,6 | 11 | 13,4 | |
| Hommes | Vie maritale | 247 | 222 | 216,5 | 25 | 30,5 | p=.006*^a |
| | Célibat | 36 | 26 | 31,5 | 10 | 4,5 | |

Note : Seuil de significativité *p<.05.

^a Un test de Fisher a été utilisé ici car une des cellules possédait un effectif théorique inférieur à 5, rendant impossible la réalisation d'un test de χ^2 d'indépendance de Pearson.

2. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES PSYCHOLOGIQUES ENTRE LES INDIVIDUS COMPLIANTS ET NON COMPLIANTS ?

Des tests t de Student ont été effectués afin de comparer les moyennes des scores obtenus entre les hommes et les femmes aux différents instruments utilisés dans cette étude (Tableau 28). Les résultats révèlent une différence significative entre les moyennes des hommes et des femmes obtenues à la *facette Ordre du Neo-Personality Inventory-R* [t(672)=2,36 ; p<.05], à l'*Echelle des Connaissances envers le test Hemocult-II®* [t(672)=2,07 ; p<.05], à l'*Inventaire des Inquiétudes envers le Cancer* [t(672)=3,05 ; p<.05], au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé* [t(672)=2,29 ; p<.05], et sur les dimensions *Retentissement sur la vie quotidienne* [t(672)=2,17 ; p<.05] et *Recherche de réassurance* [t(672)=3,22 ; p<.05]. Les scores moyens obtenus à ces différents outils sont significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, une différence significative existe entre les moyennes des hommes et des femmes au *Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II* [t(672)=-5,33 ; p<.001]. Les hommes obtiennent un score moyen significativement plus élevé que celui des femmes sur ce questionnaire.

En outre, des tests t de Student ont été effectués afin de comparer les moyennes des scores obtenus aux différents instruments utilisés dans cette étude entre les individus *compliance* et *non compliance* (Tableau 28). Les résultats indiquent une différence significative entre les moyennes des sujets *compliance* et *non compliance* obtenues à l'*Echelle des Connaissances envers le test Hemocult-II®* [t(672)=4,77 ; p<.001], à l'*Inventaire des Leviers Perçus envers le test Hemocult-II®* [t(672)=4,27 ; p<.001], à l'*Inventaire des Inquiétudes envers le Cancer* [t(672)=2,75 ; p<.05], au *Questionnaire d'Anxiété envers la santé* [t(672)=2,46 ; p<.05], à ses dimensions *Peur de la maladie* [t(672)=2,74 ; p<.05] et *Inquiétudes face aux sensations* [t(672)=2,39 ; p<.05], à l'*Echelle des Stratégies Vigilantes et Évitant face à la Santé* [t(672)=2,07 ; p<.05], et à ses dimensions *Stratégies vigilantes* [t(672)=2,00 ; p<.05] et *Stratégies évitantes* [t(672)=2,12 ; p<.05]. Les scores moyens obtenus à ces questionnaires sont significativement plus élevés chez les sujets *compliance* que les sujets *non compliance*, à l'exception de la dimension *Stratégies évitantes* pour laquelle les sujets *non compliance* obtiennent des scores plus importants.

En contrôlant le sexe des participants (Tableau 29), les femmes *compliance* obtiennent des scores moyens significativement plus élevés à l'échelle de méticulosité que les femmes *non compliance* [t(389)=2,85 ; p<.05]. Par ailleurs, les hommes *compliance* obtiennent des scores plus faibles au questionnaire d'acceptation que les hommes *non compliance* [t(281)=-1,98 ; p<.05].

Tableau 28: Comparaison des moyennes de scores obtenus aux différents instruments utilisés entre les hommes et les femmes d'une part, puis entre les individus ayant déjà réalisé le test Hemoccult-II® et ceux ne l'ayant jamais réalisé, d'autre part.

| | Sexe | | | Réalisation du test Hemoccult-II® | | |
|--|--------|--------|---------|-----------------------------------|--------|--------|
| | Femmes | Hommes | t | Oui | Non | t |
| Facette « Ordre » du Neo-Personality Inventory Revised | 28,58 | 27,75 | 2,36* | 28,33 | 27,57 | 1,48 |
| Questionnaire de procrastination décisionnelle | 9,01 | 9,37 | -1,22 | 9,16 | 9,16 | 0,00 |
| Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II | 45,81 | 49,63 | -5,33** | 47,35 | 47,86 | -0,48 |
| Echelle des Connaissances envers le test Hemoccult-II® | 11,27 | 11,03 | 2,07* | 11,27 | 10,46 | 4,77** |
| Inventaire des Leviers et Freins Perçus envers le test Hemoccult-II® | 5,19 | 5,17 | -0,08 | 5,42 | 3,61 | 4,82** |
| Leviers Perçus | 7,15 | 7,07 | 0,32 | 7,31 | 5,75 | 4,27** |
| Freins Perçus | -1,88 | -1,98 | 0,86 | 1,89 | 2,14 | -1,38 |
| Echelle du Risque Perçu envers le cancer colorectal | 3,20 | 3,05 | 1,83 | 3,15 | 3,02 | 1,05 |
| Inventaire des Inquiétudes envers le Cancer | 114,09 | 108,18 | 3,05* | 112,63 | 104,81 | 2,75* |
| Questionnaire d'Anxiété envers la santé | 46,51 | 44,43 | 2,29* | 46,06 | 42,79 | 2,46* |
| Peur de la maladie et de la mort | 15,41 | 14,78 | 1,64 | 15,35 | 13,81 | 2,74* |
| Retentissement sur la vie quotidienne | 5,78 | 5,35 | 2,17* | 5,63 | 5,42 | 0,72 |
| Comportements de recherche de réassurance | 6,57 | 6,02 | 3,22* | 6,36 | 6,19 | 0,66 |
| Inquiétudes envers les sensations corporelles | 18,75 | 18,27 | 1,23 | 18,72 | 17,37 | 2,39* |
| Echelle des Stratégies Vigilantes et Evitantes face à la Santé | 2,43 | 2,22 | 1,41 | 2,37 | 1,92 | 2,07* |
| Stratégies vigilantes face à la santé | 3,62 | 3,73 | -1,52 | 3,70 | 3,46 | 2,12* |
| Stratégies évitantes face à la santé | -1,40 | -1,30 | -1,29 | -1,33 | -1,54 | 2,00* |

Note : Seuils de significativité *p<.05 ; **p<.001.

Tableau 29: Comparaison des moyennes des scores obtenus aux facteurs de personnalité entre les individus compliants et non compliants en fonction du genre.

| | Sexe | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------|-------|-----------------------------------|-------|--------|
| | Femmes | | | Hommes | | |
| | Réalisation du test Hemoccult-II® | | t | Réalisation du test Hemoccult-II® | | t |
| Oui | Non | Oui | | Non | | |
| Facette « Ordre » du Neo-Personality Inventory Revised | 28,83 | 26,94 | 2,85* | 27,64 | 28,51 | -1,09 |
| Questionnaire de procrastination décisionnelle | 8,89 | 9,77 | -1,60 | 9,53 | 8,23 | 1,91 |
| Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II | 45,95 | 44,92 | 0,73 | 49,25 | 52,31 | -1,98* |

Note : Seuils de significativité *p<.05.

3. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES DE PERCEPTION DES LEVIERS ET DES FREINS ENVERS LE TEST HEMOCCULT-II® ENTRE LES INDIVIDUS COMPLIANTS ET NON COMPLIANTS ?

Des tests χ^2 d'indépendance ont été effectués afin de comparer les fréquences des différents leviers et freins au dépistage du cancer colorectal entre les hommes et les femmes (Tableaux 30 et 31). Les femmes citent davantage que les hommes les leviers suivants : 1) *le fait de se sentir obligé de réaliser le test de dépistage* [$\chi^2(1)=6,03$; $p<.05$] ; et 2) *le fait d'avoir des proches ayant soufferts d'un cancer colorectal auparavant* [$\chi^2(1)=7,64$; $p<.05$]. Quant à eux, les hommes citent davantage que les femmes *l'importance de rassurer leurs proches* [$\chi^2(1)=10,74$; $p<.05$] comme levier au dépistage du cancer colorectal (Figure 35).

Par ailleurs, les femmes citent davantage que les hommes *le fait d'être constipé(e)* [$\chi^2(1)=12,87$; $p<.001$] comme frein au dépistage du cancer colorectal. Quant à eux, les hommes citent davantage que les femmes les freins suivants : 1) *le fait de se sentir obligé de réaliser le test de dépistage* [$\chi^2(1)=8,80$; $p<.05$] ; et 2) *le manque de confiance à l'encontre du système de santé* [$\chi^2(1)=6,40$; $p<.05$] (Figure 36).

Enfin, des tests χ^2 d'indépendance ont été réalisés afin de comparer les fréquences des leviers et freins au dépistage du cancer colorectal entre les individus *compliance* et *non compliance* (Tableaux 32 et 33). Les individus *compliance* citent davantage que les individus *non compliance* les leviers suivants : 1) *les campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal* [$\chi^2(1)=24,07$; $p<.001$] ; 2) *la disponibilité pour réaliser le test de dépistage* [$\chi^2(1)=6,40$; $p<.05$] ; 3) *la curiosité relative au test de dépistage* [$\chi^2(1)=5,85$; $p<.05$] ; 4) *le fait de vouloir rester en bonne santé* [$\chi^2(1)=14,45$; $p<.05$] ; 5) *le sentiment d'être personnellement concerné(e) par le cancer colorectal* [$\chi^2(1)=5,56$; $p<.05$] ; 6) *le sentiment que le test de dépistage est efficace* [$\chi^2(1)=19,95$; $p<.001$] ; 7) *la facilité de réalisation du test de dépistage* [$\chi^2(1)=5,77$; $p<.05$] ; 8) *le fait de réaliser le test de dépistage à son domicile* [$\chi^2(1)=23,01$; $p<.001$] ; 9) *la gratuité du test de dépistage* [$\chi^2(1)=6,54$; $p<.05$] ; et 10) *le fait de vouloir éviter une souffrance induite par un éventuel cancer colorectal* [$\chi^2(1)=5,77$; $p<.05$]. Quant à eux, les individus *non compliance* citent davantage que les individus *compliance* *le fait d'avoir des proches ayant soufferts d'un cancer colorectal auparavant* [$\chi^2(1)=5,37$; $p<.05$] comme levier au dépistage (Figure 37).

De plus, les individus *non compliance* citent davantage que les individus *compliance* les freins suivants : 1) *le fait de se sentir obligé de réaliser le test de dépistage* [$\chi^2(1)=5,67$; $p<.05$] ; 2) *un manque de confiance dans la médecine* [$\chi^2(1)=4,05$; $p<.05$] ; 3) *le sentiment de*

ne pas être personnellement concerné(e) par le cancer colorectal [$\chi^2(1)=4,82$; $p<.05$] ; 4) *un manque d'énergie pour réaliser le test de dépistage* [$\chi^2(1)=18,07$; $p<.001$] ; 5) *un manque de disponibilité pour réaliser le test de dépistage* [$\chi^2(1)=14,42$; $p<.001$] ; et 6) *le dégoût de la procédure du test de dépistage* [$\chi^2(1)=6,80$; $p<.05$]. Quant à eux, les individus *compliance* citent davantage que les individus *non compliance* les freins suivants : 1) *le manque de clarté du courrier d'invitation à réaliser le test de dépistage* [$\chi^2(1)=5,45$; $p<.05$] ; et 2) *la peur de découvrir une maladie grave* [$\chi^2(1)=6,84$; $p<.05$] (Figure 38).

Tableau 30: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes.

| Leviers perçus au dépistage du cancer colorectal | Total (%) | Femmes (%) | Hommes (%) | χ^2 |
|--|-----------|------------|------------|----------|
| Campagnes publicitaires convaincantes | 74,63 | 43,32 | 31,31 | 0,001 |
| Conseils du médecin traitant | 43,92 | 24,04 | 19,88 | 2,33 |
| Disponibilité | 29,68 | 17,51 | 12,17 | 0,11 |
| Curiosité | 22,55 | 12,76 | 9,79 | 0,16 |
| Rester en bonne santé | 83,38 | 48,37 | 35,01 | 0,00 |
| Sentiment d'être concerné | 48,07 | 26,26 | 21,81 | 2,93 |
| Sentiment d'être obligé | 9,64 | 6,97 | 2,67 | 6,03* |
| Efficacité du test | 74,93 | 44,51 | 30,42 | 1,61 |
| Facilité du test | 60,53 | 34,27 | 26,26 | 0,82 |
| Réalisation à domicile | 78,64 | 46,59 | 32,05 | 1,55 |
| Gratuité du test | 62,32 | 36,5 | 25,82 | 0,14 |
| Antécédents familiaux de CCR | 10,98 | 8,01 | 2,97 | 7,64* |
| Proche souffrant actuellement du CCR | 3,86 | 2,67 | 1,19 | 1,40 |
| Discussions sur le CCR | 14,54 | 8,01 | 6,53 | 0,40 |
| Rassurer un proche | 7,42 | 2,67 | 4,75 | 10,74* |
| Eviter des souffrances éventuelles | 36,49 | 20,47 | 16,02 | 0,58 |
| Fait d'avoir des enfants à charge | 13,94 | 6,97 | 6,97 | 2,88 |
| Eviter la coloscopie | 35,31 | 20,47 | 14,84 | 0,00 |

Tableau 31: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes.

| Freins perçus au dépistage du cancer colorectal | Total (%) | Femmes (%) | Hommes (%) | χ^2 |
|---|-----------|------------|------------|----------|
| Courrier d'invitation peu clair | 15,14 | 7,57 | 7,57 | 3,17 |
| Consultation médicale | 22,56 | 13,95 | 8,61 | 1,18 |
| Absence de conseils du médecin | 12,9 | 6,97 | 5,93 | 0,65 |
| Sentiment d'être obligé | 8,3 | 3,26 | 5,04 | 8,80* |
| Manque de confiance en la médecine | 3,27 | 1,04 | 2,23 | 6,40* |
| Manque d'intérêt pour son état de santé | 8,01 | 3,71 | 4,3 | 3,31 |
| Sentiment d'être peu concerné | 10,38 | 5,34 | 5,04 | 1,39 |
| Manque d'énergie | 8,61 | 5,64 | 2,97 | 1,47 |
| Manque de disponibilité | 11,72 | 7,42 | 4,3 | 1,02 |
| Peur de découvrir un CCR | 20,77 | 10,98 | 9,79 | 1,93 |
| Peu convaincu de l'utilité du test | 5,04 | 2,37 | 2,67 | 1,76 |
| Difficultés financières | 3,56 | 1,93 | 1,63 | 0,15 |
| Difficultés de déplacement | 1,49 | 1,04 | 0,45 | 0,60 |
| Notice du test peu claire | 10,53 | 6,08 | 4,45 | 0,002 |
| Matériel fourni peu pratique | 16,17 | 8,9 | 7,27 | 0,47 |
| Manque d'intimité | 3,12 | 2,08 | 1,04 | 0,67 |
| Constipation | 14,99 | 11,13 | 3,86 | 12,87** |
| Dégoût | 4,01 | 1,78 | 2,23 | 2,12 |
| Gêne/honte | 7,27 | 4,75 | 2,52 | 1,15 |

Tableau 32: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliants et non compliants.

| Leviers perçus au dépistage du cancer colorectal | Total (%) | Compliants (%) | Non compliants (%) | χ^2 |
|--|-----------|----------------|--------------------|----------|
| Campagnes publicitaires convaincantes | 131,23 | 77,82 | 53,41 | 24,07** |
| Conseils du médecin traitant | 85,28 | 44,37 | 40,91 | 0,37 |
| Disponibilité | 49,58 | 31,4 | 18,18 | 6,40* |
| Curiosité | 36,56 | 24,06 | 12,5 | 5,85* |
| Rester en bonne santé | 154,81 | 85,49 | 69,32 | 14,45* |
| Sentiment d'être concerné | 86,19 | 49,83 | 36,36 | 5,56* |
| Sentiment d'être obligé | 21,72 | 9,22 | 12,5 | 0,95 |
| Efficacité du test | 133,5 | 77,82 | 55,68 | 19,95** |
| Facilité du test | 111,15 | 62,29 | 48,86 | 5,77* |
| Réalisation à domicile | 140,66 | 81,57 | 59,09 | 23,01** |
| Gratuité du test | 114,16 | 64,16 | 50 | 6,54* |
| Antécédents familiaux de CCR | 28,08 | 9,9 | 18,18 | 5,37* |
| Proche souffrant actuellement du CCR | 7,33 | 3,92 | 3,41 | 0,05 |
| Discussions sur le CCR | 24,45 | 15,36 | 9,09 | 2,42 |
| Rassurer un proche | 15,29 | 7,34 | 7,95 | 0,04 |
| Eviter des souffrances éventuelles | 63,23 | 38,23 | 25 | 5,77* |
| Fait d'avoir des enfants à charge | 28,59 | 13,82 | 14,77 | 0,06 |
| Eviter la coloscopie | 74,41 | 34,64 | 39,77 | 0,88 |

Tableau 33: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliants et non compliants.

| Freins Leviers perçus au dépistage du cancer colorectal | Total (%) | Compliants (%) | Non compliants (%) | χ^2 |
|---|-----------|----------------|--------------------|----------|
| Courrier d'invitation peu clair | 23,2 | 16,38 | 6,82 | 5,45* |
| Consultation médicale | 51,05 | 21,5 | 29,55 | 2,83 |
| Absence de conseils du médecin | 23,54 | 13,31 | 10,23 | 0,65 |
| Sentiment d'être obligé | 23,08 | 7,17 | 15,91 | 7,67* |
| Manque de confiance en la médecine | 9,55 | 2,73 | 6,82 | 4,05* |
| Manque d'intérêt pour son état de santé | 15,97 | 8,02 | 7,95 | 0,00 |
| Sentiment d'être peu concerné | 26,44 | 9,39 | 17,05 | 4,82* |
| Manque d'énergie | 27,28 | 6,83 | 20,45 | 18,07** |
| Manque de disponibilité | 33,8 | 9,9 | 23,9 | 14,42** |
| Peur de découvrir un CCR | 32,58 | 22,35 | 10,23 | 6,84* |
| Peu convaincu de l'utilité du test | 13,53 | 4,44 | 9,09 | 3,46 |
| Difficultés financières | 6,02 | 3,75 | 2,27 | 0,49 |
| Difficultés de déplacement | 3,64 | 1,37 | 2,27 | 0,43 |
| Notice du test peu claire | 16,94 | 11,26 | 5,68 | 2,53 |
| Matériel fourni peu pratique | 28,25 | 16,89 | 11,36 | 1,73 |
| Manque d'intimité | 5,51 | 3,24 | 2,27 | 0,24 |
| Constipation | 25,93 | 15,7 | 10,23 | 1,80 |
| Dégoût | 12,33 | 3,24 | 9,09 | 6,80* |
| Gêne/honte | 17,06 | 6,83 | 10,23 | 1,31 |

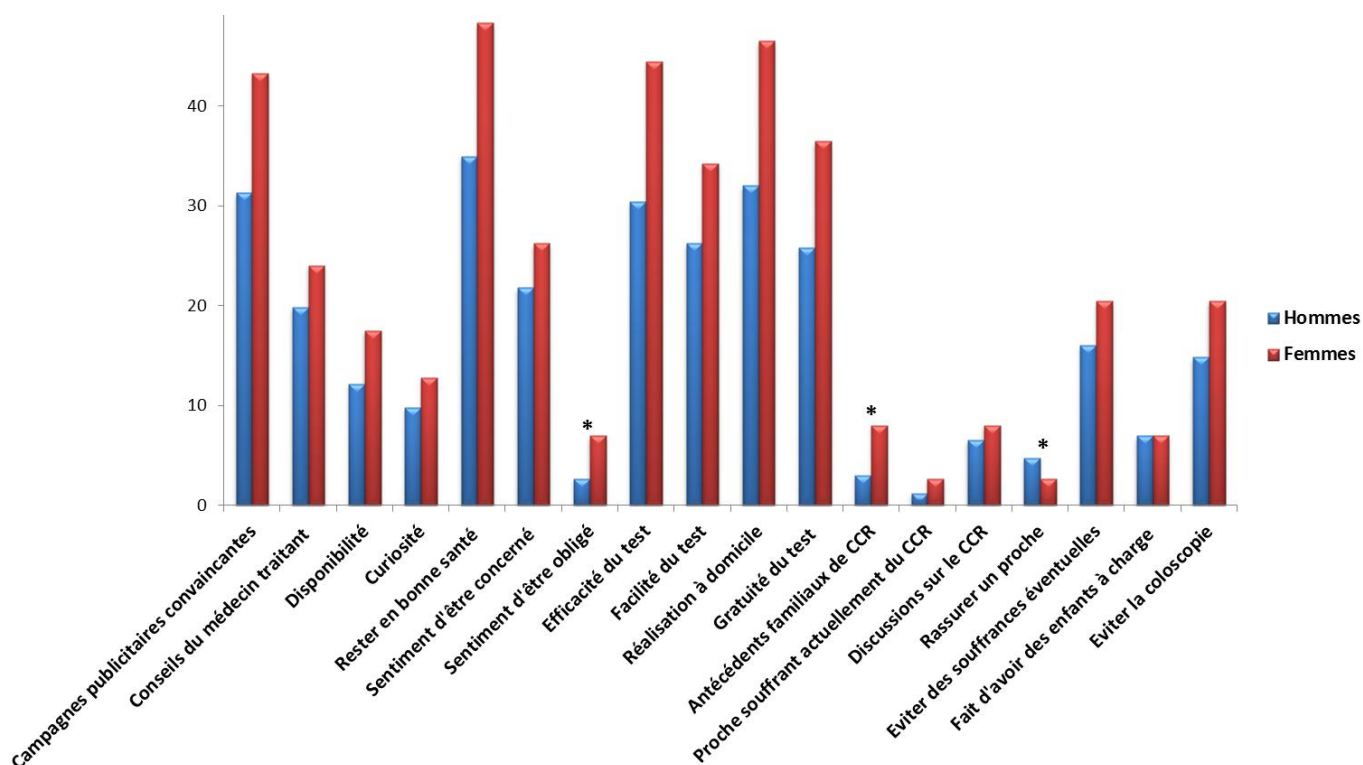


Figure 35: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes (en pourcentage).

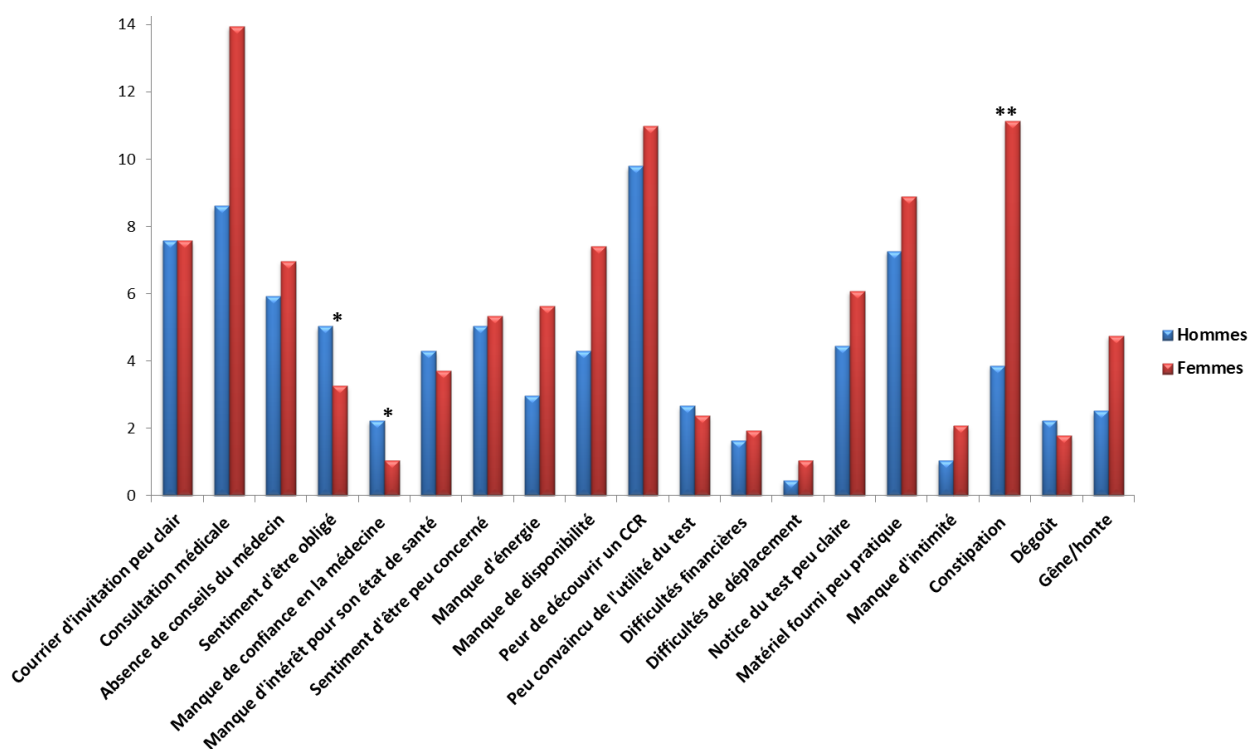


Figure 36: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les femmes et les hommes (en pourcentage).

Note : Seuil de significativité * $p < .05$; ** $p < .001$

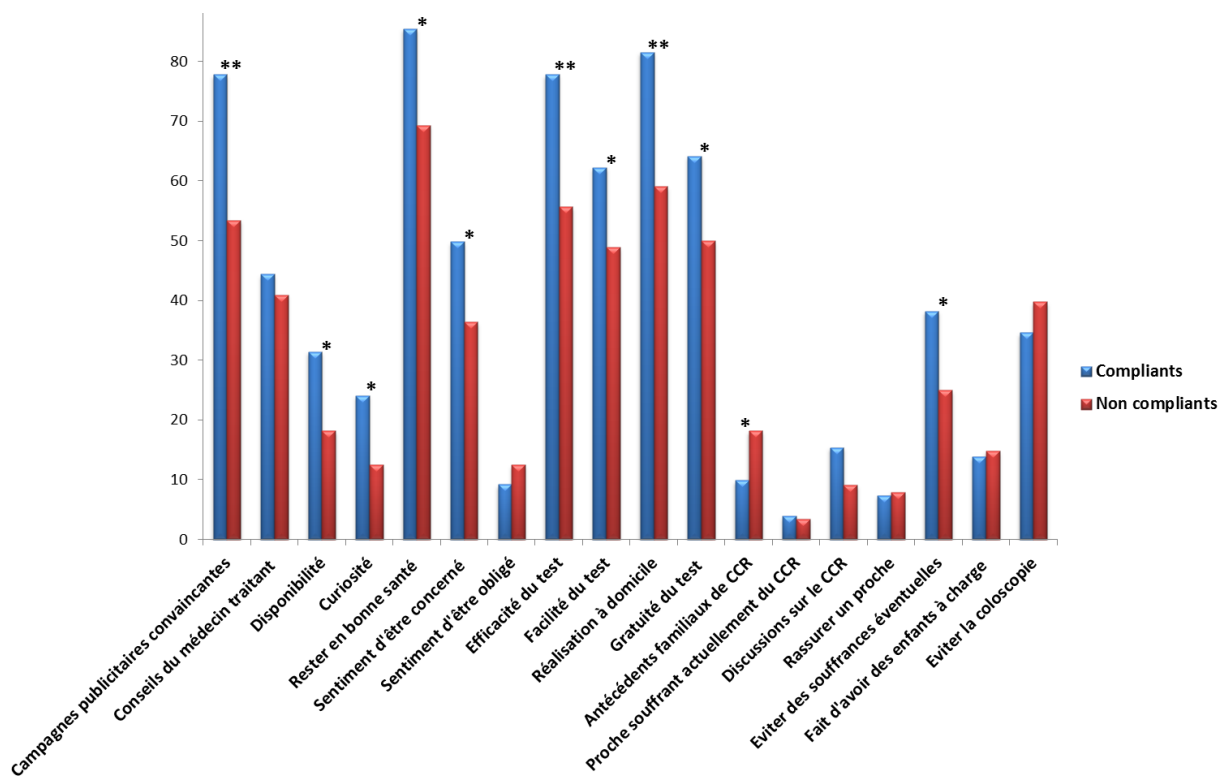


Figure 37: Comparaison des fréquences des leviers au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliants et non compliants (en pourcentage).

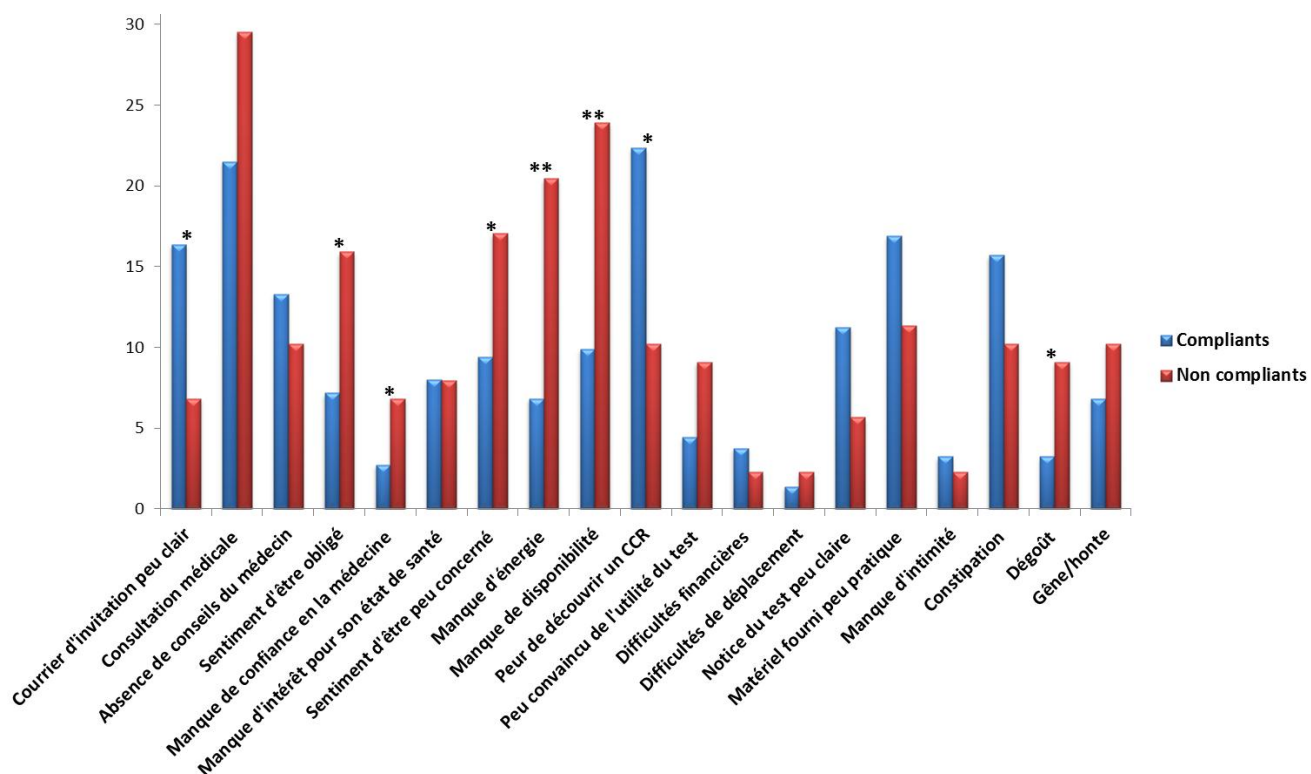


Figure 38: Comparaison des fréquences des freins au dépistage du cancer colorectal entre les individus compliants et non compliants (en pourcentage).

Note : Seuil de significativité *p<.05 ; **p<.001

4. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES DE DOMAINES D'INQUIETUDES ENVERS LE CANCER ENTRE LES INDIVIDUS *COMPLIANTS* ET *NON COMPLIANTS* ?

Des tests t de Student ont été effectués afin de comparer les moyennes des scores obtenus aux différents types d'inquiétudes étudiées entre les femmes et les hommes au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® (Tableau 34). Les résultats indiquent une différence significative entre les moyennes des scores obtenus par les femmes et les hommes aux items évoquant : 1) *les effets secondaires des traitements* [t(672)=2,81 ; p<.05] ; 2) *la douleur* [t(672)=2,25 ; p<.05] ; 3) *les changements d'apparence physique* [t(672)=3,11 ; p<.05] ; 4) *les relations avec les soignants* [t(672)=4,00 ; p<.001] ; 5) *la fatigue* [t(672)=4,79 ; p<.001] ; 6) *la peur de l'aggravation de la maladie* [t(672)=3,09 ; p<.05] ; 7) *la peur de la récurrence de la maladie* [t(672)=4,62 ; p<.001] ; et 8) *la déprime* [t(672)=2,70 ; p<.05]. Les scores moyens obtenus à ces items sont significativement plus élevés chez les femmes que les hommes. Aucune différence significative n'a pu être observée aux autres items entre les femmes et les hommes.

En outre, des tests t de Student ont été effectués afin de comparer les moyennes des scores obtenus aux différents types d'inquiétudes étudiées entre les individus *compliant*s et *non compliant*s au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II® (Tableau 34). Les résultats indiquent une différence significative entre les moyennes des scores obtenus par les sujets *compliant*s et *non compliant*s aux items évoquant : 1) *les effets secondaires des traitements* [t(672)=2,10 ; p<.05] ; 2) *la douleur* [t(672)=2,90 ; p<.05] ; 3) *la peur de l'aggravation de la maladie* [t(672)=3,05 ; p<.05] ; et 4) *la peur de la récurrence de la maladie* [t(672)=2,11 ; p<.05]. Les scores moyens obtenus à ces items sont significativement plus élevés chez les sujets *compliant*s que les sujets *non compliant*s envers le test Hemoccult-II®. Aucune différence significative n'a pu être observée aux autres items entre les individus *compliant*s et *non compliant*s.

Tableau 34 : Comparaison des moyennes de scores obtenus aux différents types d'inquiétudes envers le cancer entre les hommes et les femmes d'une part, puis entre les individus ayant déjà réalisé le test Hemocult-II® et ceux ne l'ayant jamais réalisé, d'autre part.

| | Sexe | | | Réalisation du test Hemocult-II® | | |
|--|--------|--------|--------|----------------------------------|------|-------|
| | Femmes | Hommes | t | Oui | Non | t |
| La maladie elle-même | 6,87 | 6,82 | 0,31 | 6,90 | 6,50 | 1,46 |
| La peur de mourir | 6,85 | 6,53 | 1,42 | 6,79 | 6,20 | 1,80 |
| Les effets secondaires des traitements | 7,70 | 7,26 | 2,81* | 7,58 | 7,09 | 2,10* |
| Les opérations chirurgicales nécessaires | 6,81 | 6,58 | 1,21 | 6,73 | 6,57 | 0,62 |
| Les symptômes physiques | 7,21 | 7,00 | 1,31 | 7,17 | 6,78 | 1,68 |
| La douleur | 7,67 | 7,30 | 2,25* | 7,61 | 6,90 | 2,90* |
| Les changements d'apparence physique | 6,88 | 6,31 | 3,11* | 6,68 | 6,35 | 1,21 |
| Les relations familiales | 4,92 | 4,92 | 0,01 | 4,98 | 1,51 | 1,51 |
| L'impossibilité de travailler | 6,88 | 6,80 | 0,45 | 6,90 | 6,45 | 1,72 |
| Les relations avec les soignants | 3,91 | 3,20 | 4,00** | 3,62 | 3,54 | 0,29 |
| La situation financière | 5,64 | 5,39 | 1,25 | 5,56 | 5,33 | 0,80 |
| La fatigue | 7,42 | 6,65 | 4,79** | 7,13 | 6,91 | 0,92 |
| La peur de l'aggravation de la maladie | 8,17 | 7,66 | 3,09* | 8,05 | 7,32 | 3,05* |
| La peur de la récurrence de la maladie | 7,92 | 7,17 | 4,62** | 7,67 | 7,16 | 2,11* |
| La déprime | 7,10 | 6,60 | 2,70* | 6,93 | 6,65 | 1,01 |

Note : Seuils de significativité *p<.05 ; **p<.001.

III. ANALYSES CORRELATIONNELLES

Des coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés entre les facteurs de personnalité, cognitifs, les stratégies d'ajustement et les facteurs émotionnels étudiés (Tableau 35). L'*anxiété envers la santé* est **corrélée positivement** avec la *perception du risque personnel encouru* envers le cancer colorectal ($r=0,34$; $p<.001$), le *souhait d'éviter la souffrance* induite par un cancer colorectal ($r=0,19$; $p<.001$), l'*espoir de rester en bonne santé* ($r=0,17$; $p<.001$), le *sentiment d'être concerné(e)* par le cancer colorectal ($r=0,16$; $p<.001$), la *procrastination décisionnelle* ($r=0,15$; $p<.001$), le *sentiment d'être obligé(e)* de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal ($r=0,10$; $p<.05$), le *sentiment de confiance en la fiabilité* du test de dépistage ($r=0,10$; $p<.05$), le *sentiment de curiosité* envers le test de dépistage ($r=0,10$; $p<.05$), le *besoin de rassurer ses proches* ($r=0,09$; $p<.05$) ; et **négativement** avec l'*acceptation expérientielle*¹⁶¹ ($r=-0,44$; $p<.001$), la *peur de découvrir un cancer* ($r=-0,13$; $p<.001$), le *sentiment de ne pas être concerné(e)* par le cancer colorectal ($r=-0,09$; $p<.05$), et le *sentiment de gêne/embarras* envers le test de dépistage du cancer colorectal ($r=-0,08$; $p<.05$).

La *peur de la maladie* est **corrélée positivement** avec la *perception du risque personnel encouru* envers le cancer colorectal ($r=0,31$; $p<.001$), le *souhait d'éviter la souffrance* induite par un cancer colorectal ($r=0,16$; $p<.001$), l'*espoir de rester en bonne santé* ($r=0,15$; $p<.001$), le *sentiment d'être concerné(e)* par le cancer colorectal ($r=0,15$; $p<.001$), la *procrastination décisionnelle* ($r=0,14$; $p<.001$), le *besoin de rassurer ses proches* ($r=0,11$; $p<.05$), le *sentiment d'être obligé(e)* de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal ($r=0,10$; $p<.05$), le *sentiment de confiance en la fiabilité* du test de dépistage ($r=0,10$; $p<.05$), le *sentiment de curiosité* envers le test de dépistage ($r=0,10$; $p<.05$), le *sentiment de manquer de disponibilité* pour réaliser le test ($r=0,09$; $p<.05$) ; et **négativement** avec l'*évitement expérientiel* ($r=-0,39$; $p<.001$), la *peur de découvrir un cancer* ($r=-0,15$; $p<.001$), les *connaissances envers le dépistage du cancer colorectal* ($r=-0,09$; $p<.05$), le *sentiment de dégoût* envers le test de dépistage du cancer colorectal ($r=-0,08$; $p<.05$), et le *sentiment de gêne/embarras* face au test de dépistage du cancer colorectal ($r=-0,08$; $p<.05$).

Le *retentissement de l'anxiété sur la vie quotidienne* est **corrélée positivement** avec la *perception du risque personnel encouru* envers le cancer colorectal ($r=0,20$; $p<.05$), la

¹⁶¹ Rappelons que le score total du *Questionnaire d'Acceptation et d'Action-II* s'apprécie de manière négative, c'est-à-dire qu'un score bas est synonyme d'une tendance à l'évitement expérientiel plus prononcée et un score élevé correspond à une propension à accepter les expériences mentales.

procrastination décisionnelle ($r=0,13$; $p<.001$), le *sentiment d'être disponible* pour réaliser le test de dépistage ($r=0,10$; $p<.05$), le *sentiment de curiosité* envers le test de dépistage du cancer colorectal ($r=0,09$; $p<.05$), le *souhait d'éviter la souffrance* induite par un cancer colorectal ($r=0,08$; $p<.05$) ; et **négativement** avec l'*acceptation expérientielle* ($r=-0,33$; $p<.001$). La *recherche de réassurance* est **corrélée positivement** avec la *perception du risque personnel encouru* envers le cancer colorectal ($r=0,17$; $p<.001$), l'*espoir de rester en bonne santé* ($r=0,16$; $p<.001$), le *souhait d'éviter la souffrance* induite par un cancer colorectal ($r=0,12$; $p<.05$), le *sentiment d'être concerné(e)* par le cancer colorectal ($r=0,09$; $p<.05$), la *méticulosité* ($r=0,08$; $p<.05$), la *procrastination décisionnelle* ($r=0,08$; $p<.05$) ; et **négativement** avec l'*acceptation expérientielle* ($r=-0,22$; $p<.001$).

Les *inquiétudes liées aux sensations corporelles* sont **corrélées positivement** avec la *perception du risque personnel encouru* envers le cancer colorectal ($r=0,30$; $p<.001$), l'*espoir de rester en bonne santé* ($r=0,19$; $p<.001$), le *souhait d'éviter la souffrance* induite par un cancer colorectal ($r=0,19$; $p<.001$), le *sentiment d'être concerné(e)* par le cancer colorectal ($r=0,15$; $p<.001$), la *procrastination décisionnelle* ($r=0,12$; $p<.05$), le *sentiment d'être obligé(e)* de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal ($r=0,11$; $p<.05$), le *besoin de rassurer ses proches* ($r=0,11$; $p<.05$), le *sentiment de confiance en la fiabilité* du test de dépistage ($r=0,10$; $p<.05$) ; et **négativement** avec l'*acceptation expérientielle* ($r=-0,38$; $p<.001$), la *peur de découvrir un cancer* ($r=-0,13$; $p<.05$), le *sentiment de ne pas être concerné(e)* par le cancer colorectal ($r=-0,09$; $p<.05$).

Les *inquiétudes envers le cancer* sont **corrélées positivement** avec le *souhait d'éviter la souffrance* induite par un cancer colorectal ($r=0,29$; $p<.001$), la *perception du risque personnel encouru* envers le cancer colorectal ($r=0,25$; $p<.001$), l'*espoir de rester en bonne santé* ($r=0,19$; $p<.001$), le *sentiment de curiosité* envers le test de dépistage ($r=0,19$; $p<.001$), le *sentiment de confiance en la fiabilité* du test de dépistage ($r=0,16$; $p<.001$), le *sentiment d'être obligé(e)* de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal ($r=0,15$; $p<.001$), le *besoin de rassurer ses proches* ($r=0,14$; $p<.001$), le *sentiment d'être disponible* pour réaliser le test de dépistage du cancer colorectal ($r=0,14$; $p<.001$), le *sentiment d'être concerné(e)* par le cancer colorectal ($r=0,14$; $p<.001$), le *souhait d'éviter la coloscopie* ($r=0,10$; $p<.05$), la *méticulosité* ($r=0,08$; $p<.05$) ; et **négativement** avec l'*acceptation expérientielle* ($r=-0,23$; $p<.001$), la *peur de découvrir un cancer* ($r=-0,15$; $p<.001$), et le *sentiment de gêne/embarras* ($r=-0,10$; $p<.05$).

Tableau 35: Coefficients de corrélations entre les facteurs cognitifs et émotionnels.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Méticulosité | 0,01 | -0,01 | -0,05 | 0,02 | 0,08* | 0,08* |
| Procrastination décisionnelle | 0,15** | 0,14** | 0,13** | 0,12* | 0,08* | 0,00 |
| Evitement expérientiel | -0,44** | -0,39** | -0,33** | -0,38** | -0,22** | -0,23** |
| Connaissances / le dépistage | -0,05 | -0,09* | -0,00 | -0,01 | -0,01 | -0,03 |
| Leviers envers le dépistage | | | | | | |
| Campagnes de sensibilisation | 0,04 | 0,04 | 0,03 | 0,03 | 0,02 | 0,05 |
| Conseils du médecin traitant | 0,06 | 0,06 | 0,02 | 0,06 | 0,02 | 0,03 |
| Sentiment d'être disponible | 0,06 | 0,06 | 0,10* | 0,04 | -0,01 | 0,14** |
| Curiosité / le test de dépistage | 0,10* | 0,10* | 0,09* | 0,07 | 0,04 | 0,19** |
| Souhait de rester en bonne santé | 0,17** | 0,15** | -0,03 | 0,19** | 0,16** | 0,19** |
| Sentiment d'être concerné(e) | 0,16** | 0,15** | 0,07 | 0,15** | 0,09* | 0,14** |
| Sentiment d'être obligé(e) | 0,10* | 0,10* | 0,04 | 0,11* | 0,03 | 0,15** |
| Sentiment de fiabilité du test | 0,10* | 0,10* | 0,04 | 0,10* | 0,06 | 0,16** |
| Sentiment de simplicité du test | 0,004 | 0,00 | 0,01 | 0,02 | -0,04 | 0,06 |
| Besoin de rassurer ses proches | 0,09* | 0,11* | -0,02 | 0,11* | 0,03 | 0,14** |
| Souhait d'éviter la souffrance | 0,19** | 0,16** | 0,08* | 0,19** | 0,12* | 0,29** |
| Souhait d'éviter la coloscopie | 0,05 | 0,04 | 0,003 | 0,07 | 0,03 | 0,10* |
| Freins envers le dépistage | | | | | | |
| Manque de clarté de l'invitation | -0,03 | -0,003 | -0,05 | -0,04 | -0,01 | -0,04 |
| Manque de conseils du médecin | -0,03 | -0,02 | -0,02 | -0,02 | -0,03 | -0,02 |
| Sentiment d'être obligé(e) | 0,06 | 0,04 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,02 |
| Manque de confiance / médecine | 0,03 | 0,04 | 0,06 | 0,02 | -0,02 | -0,02 |
| Manque d'intérêt envers le test | 0,03 | 0,04 | -0,02 | 0,05 | 0,01 | 0,06 |
| Sentiment de ne pas être concerné(e) | -0,09* | -0,06 | -0,05 | -0,09* | -0,07 | -0,06 |
| Sentiment de manquer d'énergie | -0,03 | 0,004 | -0,05 | -0,06 | 0,02 | 0,02 |
| Sentiment de manquer de disponibilité | 0,06 | 0,09* | 0,02 | 0,03 | 0,01 | 0,08 |
| Peur de découvrir un cancer | -0,13** | -0,15** | -0,007 | -0,13** | -0,05 | -0,15** |
| Sentiment que le test est inutile | 0,02 | 0,003 | -0,002 | 0,02 | 0,02 | 0,05 |
| Sentiment de manquer d'intimité | 0,03 | 0,02 | -0,01 | 0,02 | 0,06 | -0,003 |
| Dégout | -0,06 | -0,08* | 0,03 | -0,06 | -0,04 | -0,07 |
| Gêne / Embarras | -0,08* | -0,08* | -0,02 | -0,06 | -0,07 | -0,10* |
| Perception du risque personnel encouru | 0,34** | 0,31** | 0,20** | 0,30** | 0,17** | 0,25** |
| Stratégies d'ajustement | | | | | | |
| Coping vigilant | -0,03 | -0,04 | 0,02 | -0,01 | -0,06 | -0,07 |
| Coping évitant | 0,03 | 0,04 | -0,03 | 0,02 | 0,06 | 0,06 |

Note : 1=Anxiété envers la santé ; 2=Peur de la maladie ; 3=Retentissement de l'anxiété sur la vie quotidienne ; 4=Inquiétudes envers les sensations corporelles ; 5=Recherche de réassurance ; 6=Inquiétudes envers le cancer.

Seuil de significativité : *p<.05 ; **p<.001.

IV. ANALYSES EXPLICATIVES

1. EFFET DES FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES SUR LES FACTEURS COGNITIVO-EMOTIONNELS

Des analyses de variance ont été effectuées afin de tester les relations existant entre les variables sociodémographiques et les facteurs cognitifs et émotionnels (Tableaux 36 et 37). L'âge [F(13,660)=1,82 ; p<.05], le *genre des individus* [F(1,672)=4,29 ; p<.05], le *niveau d'études* [F(6,667)=3,89 ; p<.001], la *situation professionnelle* [F(7,666)=6,52 ; p<.001], les *revenus* [F(4,669)=5,56 ; p<.001], et la *situation familiale* [F(3,670)=2,31 ; p<.05] prédisent le degré de connaissances envers le test de dépistage du cancer colorectal. Le fait d'être plus âgé, d'être une femme, d'avoir un niveau d'études élevé, d'exercer une activité professionnelle dans le secteur tertiaire ou d'être retraité, de bénéficier de revenus plus élevés et de vivre en couple prédit un degré de connaissances plus important sur le dépistage du cancer colorectal.

Le *niveau d'études* des individus [F(6,667)=4,63 ; p<.001], la *situation professionnelle* [F(7,666)=2,14 ; p<.05], et les *revenus* [F(4,669)=2,13 ; p<.05] prédisent l'estimation des leviers et freins au dépistage du cancer colorectal. Un niveau d'études plus bas, le fait d'être retraité, et le fait de bénéficier de revenus plus élevés prédisent une surestimation des leviers associée à une minimisation des freins au dépistage du cancer colorectal.

Le *genre des individus* [F(1,672)=5,25 ; p<.05] prédit le degré d'anxiété envers la santé. Le fait d'être une femme prédit un degré plus élevé d'anxiété envers la santé. Le *niveau d'études* [F(6,667)=2,25 ; p<.05] prédit le degré de la dimension *Peur de la maladie* de l'anxiété envers la santé. Un niveau d'études plus bas prédit des scores plus élevés à la dimension *Peur de la maladie* de l'anxiété envers la santé. Le *genre des individus* [F(1,672)=4,73 ; p<.05] et la *situation professionnelle* [F(7,666)=2,20 ; p<.05] prédisent le degré de la dimension *Retentissement sur la vie quotidienne* de l'anxiété envers la santé. Etre une femme et ne pas exercer d'activité professionnelle prédisent des scores plus élevés à la dimension *Retentissement sur la vie quotidienne* de l'anxiété envers la santé. Le *genre des individus* [F(1,672)=10,35 ; p<.05] prédit le degré de la dimension *Recherche de réassurance* de l'anxiété envers la santé. Le fait d'être une femme prédit un score plus élevé à la dimension *Recherche de réassurance* de l'anxiété envers la santé.

Le *genre des individus* [F(1,672)=9,29 ; p<.05], le *niveau d'études* [F(6,667)=3,07 ; p<.05], la *situation professionnelle* [F(7,666)=3,43 ; p<.05], les *revenus* [F(4,669)=3,72 ;

$p < .001$], et le *milieu de vie* [$F(1,672)=3,82$; $p < .05$] prédisent le degré d'inquiétudes envers le cancer colorectal. Le fait d'être une femme, d'avoir un niveau d'études plus bas, de ne pas ou plus exercer d'activité professionnelle, d'avoir de plus faibles revenus, et de vivre en milieu rural prédit de plus fortes inquiétudes envers le cancer colorectal.

Une synthèse de ces principaux résultats est présentée au sein de la figure 39.

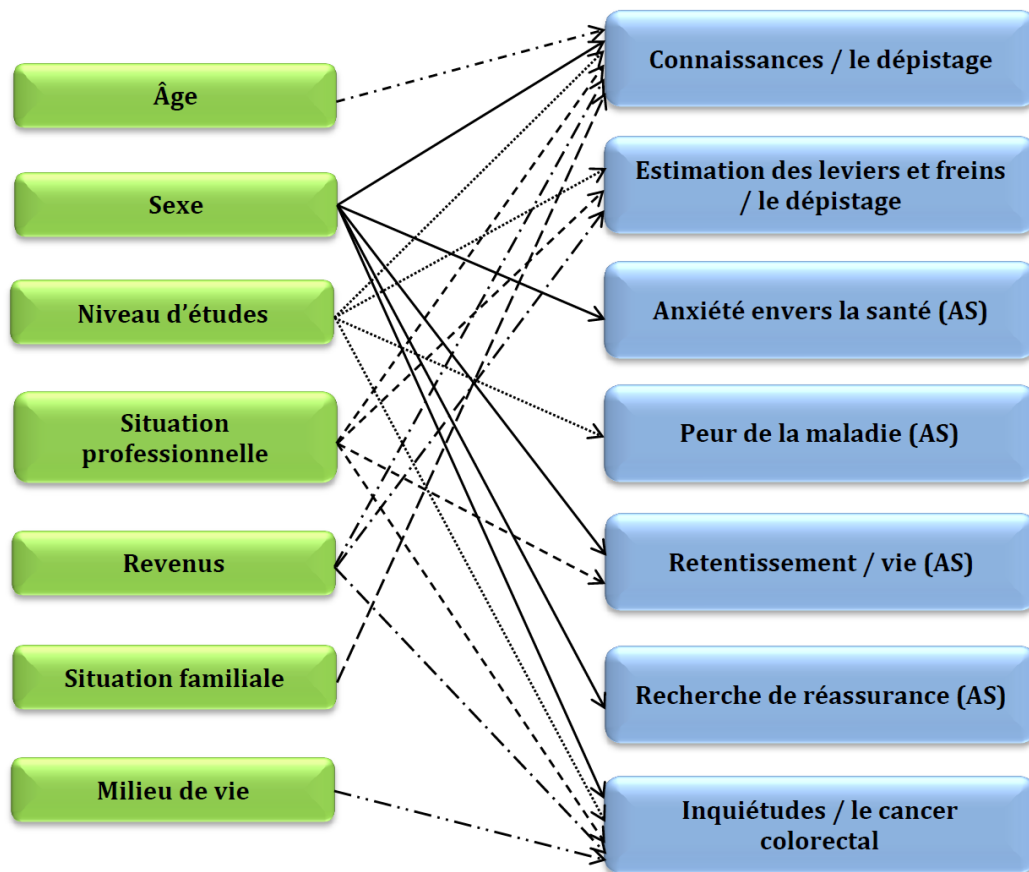


Figure 39: Impact des facteurs sociodémographiques sur les facteurs cognitifs et émotionnels.

Tableau 36: Résultats des analyses de variance entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs cognitifs et émotionnels.

| | SC | ddl | CM | F |
|--|---------|-----|--------|--------|
| Connaissances envers le dépistage du cancer colorectal | | | | |
| Âge | 52,80 | 13 | 4,06 | 1,82* |
| Sexe | 9,68 | 1 | 9,68 | 4,29* |
| Niveau d'études | 51,51 | 6 | 8,59 | 3,89** |
| Situation professionnelle | 97,83 | 7 | 13,98 | 6,52** |
| Revenus | 95,65 | 4 | 11,96 | 5,56** |
| Situation familiale | 25,88 | 3 | 5,18 | 2,31* |
| Milieu de vie | 4,90 | 1 | 1,63 | 0,72 |
| Estimation des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal | | | | |
| Âge | 109,206 | 13 | 8,40 | 0,76 |
| Sexe | 0,08 | 1 | 0,08 | 0,007 |
| Niveau d'études | 297,56 | 6 | 49,59 | 4,63** |
| Situation professionnelle | 163,67 | 7 | 23,38 | 2,14* |
| Revenus | 186,27 | 4 | 23,28 | 2,13* |
| Situation familiale | 84,35 | 3 | 16,87 | 1,53 |
| Milieu de vie | 82,52 | 1 | 27,51 | 2,50 |
| Perception du risque encouru envers le cancer colorectal | | | | |
| Âge | 16,59 | 13 | 1,28 | 1,10 |
| Sexe | 3,87 | 1 | 3,87 | 3,35 |
| Niveau d'études | 4,36 | 6 | 0,73 | 0,62 |
| Situation professionnelle | 5,39 | 7 | 0,77 | 0,66 |
| Revenus | 7,27 | 4 | 0,91 | 0,78 |
| Situation familiale | 7,69 | 3 | 1,54 | 1,33 |
| Milieu de vie | 3,83 | 1 | 1,28 | 1,10 |
| Anxiété envers la santé (AS) | | | | |
| Âge | 1185,61 | 13 | 91,20 | 0,67 |
| Sexe | 709 | 1 | 709 | 5,25* |
| Niveau d'études | 1570,2 | 6 | 261,7 | 1,94 |
| Situation professionnelle | 1304,3 | 7 | 186,3 | 1,37 |
| Revenus | 1142,5 | 4 | 142,81 | 1,05 |
| Situation familiale | 560,27 | 3 | 112,05 | 0,82 |
| Milieu de vie | 1056,7 | 1 | 352,23 | 2,61 |
| Peur de la maladie (AS) | | | | |
| Âge | 126,80 | 13 | 9,75 | 0,39 |
| Sexe | 65,3 | 1 | 65,3 | 2,68 |
| Niveau d'études | 326,14 | 6 | 54,36 | 2,25* |
| Situation professionnelle | 268,26 | 7 | 38,32 | 1,58 |
| Revenus | 286,17 | 4 | 35,77 | 1,47 |
| Situation familiale | 137,01 | 3 | 27,40 | 1,12 |
| Milieu de vie | 122,67 | 1 | 40,89 | 1,68 |

Note : SC=Somme des carrés ; ddl=Degré de liberté ; CM=carrés moyens ; F=test F de Snedecor. Seuils de significativité *p<.05 ; **p<.001.

Tableau 37: Résultats des analyses de variance entre les facteurs sociodémographiques et les facteurs cognitifs et émotionnels (suite).

| | SC | ddl | CM | F |
|---|----------|-----|--------|--------|
| Retentissement sur la vie quotidienne (AS) | | | | |
| Âge | 67,40 | 13 | 5,18 | 0,82 |
| Sexe | 29,53 | 1 | 29,53 | 4,73* |
| Niveau d'études | 21,13 | 6 | 3,52 | 0,56 |
| Situation professionnelle | 95,76 | 7 | 13,68 | 2,20* |
| Revenus | 127,92 | 4 | 15,99 | 2,59 |
| Situation familiale | 41,16 | 3 | 8,23 | 1,31 |
| Milieu de vie | 40,83 | 1 | 13,61 | 2,18 |
| Inquiétudes envers les sensations physiques (AS) | | | | |
| Âge | 288,04 | 13 | 22,16 | 0,90 |
| Sexe | 37,4 | 1 | 37,4 | 1,52 |
| Niveau d'études | 231,9 | 6 | 38,6 | 1,58 |
| Situation professionnelle | 138,20 | 7 | 19,74 | 0,801 |
| Revenus | 101,12 | 4 | 12,64 | 0,51 |
| Situation familiale | 94,21 | 3 | 18,84 | 0,76 |
| Milieu de vie | 162,94 | 1 | 54,31 | 2,22 |
| Recherche de réassurance (AS) | | | | |
| Âge | 39,14 | 13 | 3,01 | 0,62 |
| Sexe | 49,0 | 1 | 49,05 | 10,35* |
| Niveau d'études | 43,42 | 6 | 7,24 | 1,53 |
| Situation professionnelle | 45,06 | 7 | 6,44 | 1,34 |
| Revenus | 21,80 | 4 | 2,72 | 0,56 |
| Situation familiale | 13,23 | 3 | 2,65 | 0,55 |
| Milieu de vie | 8,34 | 1 | 2,78 | 0,58 |
| Inquiétudes envers le cancer colorectal | | | | |
| Âge | 10406,62 | 13 | 800,51 | 1,29 |
| Sexe | 5743 | 1 | 5743 | 9,29* |
| Niveau d'études | 11331 | 6 | 1889 | 3,07* |
| Situation professionnelle | 14664 | 7 | 2095 | 3,43* |
| Revenus | 18050 | 4 | 2256,3 | 3,72** |
| Situation familiale | 5956,2 | 3 | 1191,2 | 1,92 |
| Milieu de vie | 7090,7 | 1 | 2363,6 | 3,82* |

Note : SC=Somme des carrés ; ddl=Degré de liberté ; CM=carrés moyens ; F=test F de Snedecor.
Seuils de significativité *p<.05 ; **p<.001.

2. EFFET DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal (Tableau 38). Les coefficients de régression des facteurs de personnalité étudiés ici ne sont pas significatifs. Le pourcentage de variation du degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal expliqué par ce modèle est très faible ($R^2 = 0,005$) et non significatif [$F(3,670)=1,21$; NS]. La méticulosité, la procrastination décisionnelle, et l'évitement expérientiel ne prédisent pas le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie l'estimation des leviers et des freins envers le dépistage du cancer colorectal (Tableau 38). Le coefficient de régression de la méticulosité est significatif [$t(670)=2,20$; $p<.05$]. Le pourcentage de variation de l'estimation des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal expliqué par ce modèle est très faible ($R^2 = 0,012$) mais significatif [$F(3,670)=2,68$; $p<.05$]. La méticulosité prédit l'estimation des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie la perception du risque personnel encouru envers le cancer colorectal (Tableau 38). Les coefficients de régression de la procrastination décisionnelle et de l'évitement expérientiel sont significatifs (respectivement [$t(670)=-2,72$; $p<.05$], et [$t(670)=-6,02$; $p<.001$]). Le pourcentage de variation de l'estimation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal expliqué par ce modèle est très faible ($R^2 = 0,05$) mais significatif [$F(3,670)=12,35$; $p<.001$]. L'absence de procrastination décisionnelle et l'évitement expérientiel prédisent l'estimation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie le degré d'anxiété envers la santé (Tableau 38). Le coefficient de régression de l'évitement expérientiel est significatif [$t(670)=-11,93$; $p<.001$]. Le pourcentage de variation de l'anxiété envers la santé expliqué par ce modèle est modéré ($R^2 = 0,20$) et significatif [$F(3,670)=54,81$; $p<.001$]. L'évitement expérientiel prédit le degré d'anxiété envers la santé.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie le degré de peur de la maladie (Tableau 38). Le

coefficient de régression de l'évitement expérientiel est significatif [$t(670)=-10,29$; $p<.001$]. Le pourcentage de variation de la peur de la maladie expliqué par ce modèle est modéré ($R^2 = 0,15$) et significatif [$F(3,670)=40,96$; $p<.001$]. L'évitement expérientiel prédit le degré de peur de la maladie.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie le degré de retentissement de l'anxiété envers la santé (Tableau 38). Le coefficient de régression de l'évitement expérientiel est significatif [$t(670)=-8,33$; $p<.001$]. Le pourcentage de variation du retentissement de l'anxiété envers la santé expliqué par ce modèle est modéré ($R^2 = 0,11$) et significatif [$F(3,670)=27,4$; $p<.001$]. L'évitement expérientiel prédit le degré de retentissement de l'anxiété envers la santé.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie le degré d'inquiétudes envers les sensations physiques (Tableau 38). Le coefficient de régression de l'évitement expérientiel est significatif [$t(670)=-10,18$; $p<.001$]. Le pourcentage de variation des inquiétudes envers les sensations physiques expliqué par ce modèle est modéré ($R^2 = 0,15$) et significatif [$F(3,670)=39,10$; $p<.001$]. L'évitement expérientiel prédit le degré d'inquiétudes envers les sensations physiques.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie le degré de recherche de réassurance (Tableau 38). Les coefficients de régression de la méticulosité et de l'évitement expérientiel sont significatifs (respectivement [$t(670)=2,71$; $p<.05$], et [$t(670)=-5,51$; $p<.001$]). Le pourcentage de variation de la recherche de réassurance expliqué par ce modèle est très faible ($R^2 = 0,06$) mais significatif [$F(3,670)=14,04$; $p<.001$]. La méticulosité et l'évitement expérientiel prédisent le degré de recherche de réassurance.

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie le degré d'inquiétudes envers le cancer colorectal (Tableau 38). Les coefficients de régression de la méticulosité et de l'évitement expérientiel sont significatifs (respectivement [$t(670)=2,22$; $p<.05$], et [$t(670)=-6,66$; $p<.001$]). Le pourcentage de variation des inquiétudes envers le cancer colorectal expliqué par ce modèle est très faible ($R^2 = 0,07$) mais significatif [$F(3,670)=16,43$; $p<.001$]. La méticulosité et l'évitement expérientiel prédisent le degré d'inquiétudes envers le cancer colorectal.

Une synthèse de ces principaux résultats est présentée au sein de la figure 40.

Tableau 38: Résultats des analyses de régression multiples réalisées entre les facteurs de personnalité et les facteurs cognitifs et émotionnels.

| | R ² | β | ES | t |
|---|----------------|------|------|----------|
| Connaissances / dépistage | .005 | | | |
| Méticulosité | | .01 | .013 | .62 |
| Procrastination décisionnelle | | -.02 | .017 | -1,49 |
| Evitement expérientiel | | .001 | .007 | .04 |
| Estimation des leviers et freins / dépistage | .012 | | | |
| Méticulosité | | .06 | .029 | 2,20* |
| Procrastination décisionnelle | | .05 | .037 | 1,48 |
| Evitement expérientiel | | -.01 | .015 | -1,05 |
| Risque perçu / cancer colorectal | .05 | | | |
| Méticulosité | | .003 | .009 | .28 |
| Procrastination décisionnelle | | -.03 | .012 | -2,72* |
| Evitement expérientiel | | -.03 | .005 | -6,02** |
| Anxiété envers la santé (AS) | .20 | | | |
| Méticulosité | | .13 | .093 | 1,39 |
| Procrastination décisionnelle | | .06 | .117 | 0,49 |
| Evitement expérientiel | | -.55 | .046 | -11,93** |
| Peur de la maladie (AS) | .15 | | | |
| Méticulosité | | .03 | .04 | 0,66 |
| Procrastination décisionnelle | | .02 | .051 | 0,49 |
| Evitement expérientiel | | -.20 | .20 | -10,29** |
| Retentissement sur la vie quotidienne (AS) | .11 | | | |
| Méticulosité | | -.01 | .021 | -0,41 |
| Procrastination décisionnelle | | .01 | .026 | 0,40 |
| Evitement expérientiel | | -.09 | .010 | -8,33** |
| Inquiétudes / sensations physiques (AS) | .15 | | | |
| Méticulosité | | .06 | .041 | 1,47 |
| Procrastination décisionnelle | | .004 | .051 | 0,08 |
| Evitement expérientiel | | -.20 | .020 | -10,18** |
| Recherche de réassurance (AS) | .06 | | | |
| Méticulosité | | .05 | .019 | 2,71* |
| Procrastination décisionnelle | | .02 | .024 | 0,74 |
| Evitement expérientiel | | -.05 | .009 | -5,51** |
| Inquiétudes / cancer colorectal | .07 | | | |
| Méticulosité | | .47 | .214 | 2,22* |
| Procrastination décisionnelle | | -.43 | .27 | -1,60 |
| Evitement expérientiel | | -.70 | .106 | -6,66** |

Note : R² = Coefficient de corrélation multiple ; β = Coefficient de régression ; ES = Erreur Standard.
 Seuil de significativité : *p<.05.

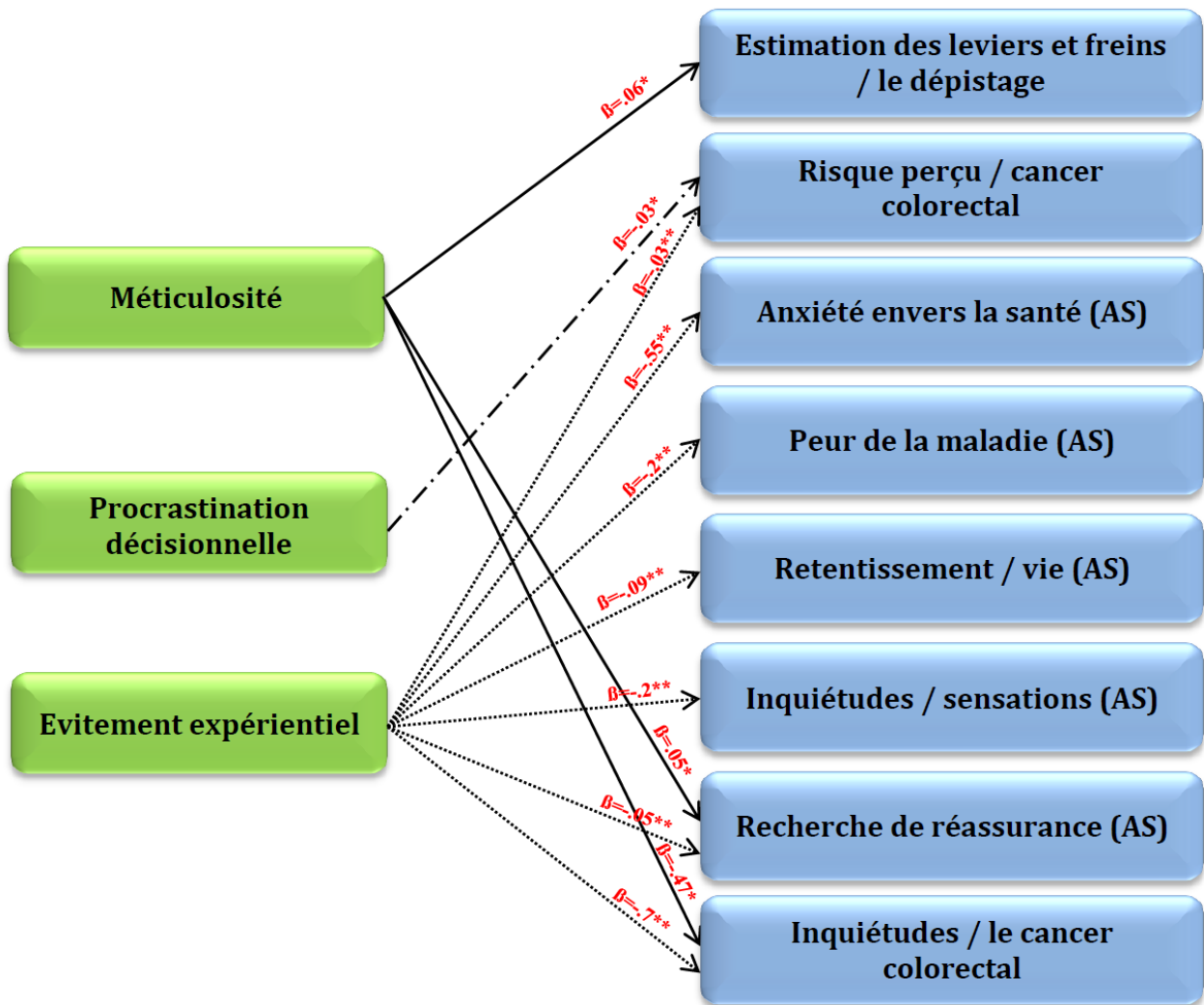


Figure 40: *Impact des prédicteurs de personnalité sur les modérateurs.*

3. EFFET DES FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES SUR LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

Une analyse de variance a été effectuée afin de tester les relations existant entre les variables sociodémographiques et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant (Tableau 39). Aucun des facteurs sociodémographiques ne prédit la mobilisation des stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant face aux situations stressantes relatives à la santé en général.

Tableau 39: Résultat de l'analyse de variance entre les facteurs sociodémographiques et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant.

| | Somme des carrés | ddl | Carrés moyens | F | p |
|--|------------------|-----|---------------|------|-----|
| Stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant | | | | | |
| Sexe | 7,143 | 1 | 7,143 | 1,98 | .16 |
| Niveau d'études | 10,73 | 6 | 1,79 | 0,49 | .81 |
| Situation professionnelle | 19,93 | 7 | 2,85 | 0,79 | .60 |
| Salaire | 39,67 | 8 | 4,96 | 1,38 | .20 |
| Situation familiale | 19,06 | 5 | 3,81 | 1,06 | .38 |
| Milieu de vie | 12,15 | 3 | 4,05 | 1,12 | .34 |

Note : SC=Somme des carrés ; ddl=Degré de liberté ; CM=carrés moyens ; F=test F de Snedecor.

Seuils de significativité *p<.05 ; **p<.001.

4. EFFET DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs de personnalité qui expliquent en partie la nature des stratégies d'ajustement mobilisées face aux situations de santé stressantes (Tableau 40). Les coefficients de régression des facteurs de personnalité étudiés ici ne sont pas significatifs. Le pourcentage de variation des stratégies de coping envers le dépistage du cancer colorectal expliqué par ce modèle est très faible ($R^2 = 0,002$) et non significatif [$F(3, 670)=0,37$; NS]. Les facteurs de personnalité étudiés ici ne prédisent pas la nature des stratégies d'ajustement face aux situations de santé stressantes.

Tableau 40: Résultats de l'analyse de régression multiple entre les facteurs de personnalité et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant.

| | R^2 | β | ES | t |
|--------------------------------|-------|---------|------|-------|
| Stratégies d'ajustement | .002 | | | |
| Méticulosité | | .009 | .017 | 0,55 |
| Procrastination décisionnelle | | -.01 | .021 | -0,73 |
| Evitement expérientiel | | -.001 | .008 | -0,13 |

Note : R^2 = Coefficient de corrélation multiple ; β = Coefficient de régression ; ES = Erreur Standard.

Seuil de significativité : *p<.05.

5. EFFET DES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS SUR LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

Une analyse de régression multiple a été réalisée afin de spécifier les facteurs cognitifs et émotionnels qui expliquent en partie le degré des stratégies d'ajustement mobilisées face aux situations stressantes en matière de santé (Tableau 41). Les coefficients de régression des facteurs cognitifs et émotionnels étudiés ici ne sont pas significatifs. Le pourcentage de variation des stratégies d'ajustement envers le dépistage du cancer colorectal expliqué par ce modèle est très faible ($R^2 = 0,014$) et non significatif [$F(8,665)=1,170$; NS]. Les facteurs cognitifs et émotionnels étudiés ici ne prédisent pas les stratégies d'ajustement face aux situations stressantes en matière de santé.

Tableau 41: Résultats de l'analyse de régression multiples entre les facteurs cognitifs et émotionnels et les stratégies d'ajustement de type vigilant et évitant.

| | R ² | β | ES | t |
|----------------------------------|----------------|------|------|-------|
| Stratégies d'ajustement | .014 | | | |
| Connaissances / le dépistage | | .05 | .049 | 1.07 |
| Estimation des leviers et freins | | .01 | .023 | .46 |
| Risque perçu / cancer colorectal | | -.09 | .073 | -1.21 |
| Peur de la maladie (AS) | | .01 | .022 | .64 |
| Retentissement / vie (AS) | | -.03 | .032 | -.83 |
| Inquiétudes / sensations (AS) | | -.02 | .023 | -.92 |
| Recherche de réassurance (AS) | | .06 | .041 | 1.50 |
| Inquiétudes / cancer colorectal | | .005 | .004 | 1.51 |

Note : R^2 = Coefficient de corrélation multiple ; β = Coefficient de régression ; ES = Erreur Standard.
Seuil de significativité : * $p < .05$.

6. EFFET DES DIFFERENTES VARIABLES ETUDIEES SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Une analyse de régression logistique binaire a été effectuée pour évaluer l'effet des différentes variables étudiées sur la participation au dépistage du cancer colorectal. Le recours à la méthode de régression logistique est notamment préconisé lorsque la variable dépendante à expliquer est une variable qualitative binaire (Preux, Odermatt, Perna, Marin, & Vergnenègre, 2005). Dans notre modèle, la variable dépendante à expliquer est la participation au dépistage du cancer colorectal ayant une modalité dichotomique : d'une part, la non complianc e au dépistage du cancer colorectal ; et d'autre part, la complianc e au dépistage du cancer colorectal. Cette méthode permet notamment de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle (Katz, 1999).

Plusieurs critères sont à prendre en compte pour interpréter les résultats d'une analyse de régression logistique binaire (Kinnear & Gray, 2005). Dans un premier temps, il est nécessaire de réaliser un test de Hosmer-Lemeshow permettant de spécifier la qualité de l'ajustement du modèle : plus le χ^2 est élevé, et meilleure est la qualité de l'ajustement du modèle. Par ailleurs, il est important de considérer les indices suivants : 1) -2log dont les faibles valeurs indique que le modèle s'ajuste bien aux données ; et 2) le R² de Nagelkerke permettant d'expliquer le pourcentage de variance de la variable dépendante binaire expliquée par les variables retenues dans le modèle. Dans un second temps, un test de Wald est pratiqué afin de vérifier l'interprétabilité des *odds ratio* (coefficients de régression).

6.1. EFFET DES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Une analyse de régression logistique ascendante a mis en évidence un modèle en deux étapes dans lequel l'âge (OR=0,38 ; 95% IC=1,24-1,72) et les revenus (OR=0,23 ; 95% IC=1,20-1,85) prédisent la participation au dépistage du cancer colorectal (Tableau 42). Ce modèle explique 12% de la variance de la participation au dépistage du cancer colorectal. Le χ^2 est plus élevé à chaque étape et le -2log diminue également à chaque étape, ce qui semble indiquer que le modèle est amélioré par l'introduction d'une nouvelle variable (Tableau 43).

Tableau 42: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les facteurs sociodémographiques et la participation au dépistage du cancer colorectal.

| Variables indépendantes | OR | ES | Wald | ddl | p | 95% IC |
|---------------------------|-------|-------|-------|-----|--------|-----------|
| Âge | 0,38 | 0,082 | 21,34 | 1 | .000** | 1,24-1,72 |
| Sexe | 0,23 | 0,25 | 0,84 | 1 | .36 | 0,77-2,08 |
| Niveau d'études | -0,17 | 0,09 | 3,45 | 1 | .06 | 0,71-1,01 |
| Situation professionnelle | -0,04 | 0,09 | 0,20 | 1 | .65 | 0,80-1,14 |
| Revenus | 0,40 | 0,11 | 13,19 | 1 | .000** | 1,20-1,85 |
| Situation familiale | 0,12 | 0,17 | 0,49 | 1 | .48 | 0,80-1,58 |
| Milieu de vie | -0,15 | 0,24 | 0,38 | 1 | .54 | 0,53-1,39 |

Note : OR = Odds ratio ; ES = Erreur standard ; Wald = Indice du test de Wald ; ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité ; 95% Intervalle de confiance.

Seuil de significativité : **p<.001.

Tableau 43: Indices de spécification de l'ajustement du modèle.

| Modèle | χ^2 | ddl | p | 2log vraisemblance | R ² de Nagelkerke |
|---------|----------|-----|--------|--------------------|------------------------------|
| Etape 1 | 37,15 | 1 | .000** | 485,14 | .10 |
| Etape 2 | 47,05 | 2 | .000** | 475,25 | .12 |

Note : ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité.

Seuil de significativité : **p<.001.

6.2. EFFET DES FACTEURS DE PERSONNALITE SUR LA

PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Une analyse de régression logistique ascendante n'a pas pu mettre en évidence de modèle permettant de prédire la participation au dépistage du cancer colorectal par les facteurs de personnalités testés dans cette étude (Tableaux 44 et 45).

Tableau 44: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les facteurs de personnalité et la participation au dépistage du cancer colorectal.

| Variabiles indépendantes | OR | ES | Wald | ddl | p | 95% IC |
|-------------------------------|-------|------|------|-----|-----|-----------|
| Méticulosité | 0,04 | 0,03 | 2,34 | 1 | .13 | 0,99-1,10 |
| Procrastination décisionnelle | 0,01 | 0,03 | 0,04 | 1 | .85 | 0,94-1,07 |
| Evitement expérientiel | -0,01 | 0,01 | 0,27 | 1 | .60 | 0,97-1,02 |

Note : OR = Odds ratio ; ES = Erreur standard ; Wald = Indice du test de Wald ; ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité ; 95% Intervalle de confiance.

Tableau 45: Indices de spécification de l'ajustement au modèle.

| Modèle | χ^2 | ddl | p | 2log vraisemblance | R ² de Nagelkerke |
|---------|----------|-----|-----|--------------------|------------------------------|
| Etape 1 | 2,61 | 3 | .45 | 519,68 | .01 |

Note : ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité.

6.3. EFFET DES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS SUR LA

PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Une analyse de régression logistique ascendante a mis en évidence un modèle en trois étapes dans lequel *l'estimation des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal* (OR=0,16 ; 95% IC=1,09-1,27), *les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal* (OR = 0,36 ; 95% IC=1,23-1,66), et *la peur de la maladie* (OR = 0,07 ; 95% IC=1,01-1,12) prédisent la participation au dépistage du cancer colorectal (Tableau 46). Ce modèle explique 13% de la variance de la participation au dépistage du cancer colorectal. Le χ^2 est plus élevé à chaque étape et le -2log diminue également à chaque étape, ce qui semble indiquer que le modèle est amélioré par l'introduction d'une nouvelle variable (Tableau 47).

Tableau 46: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les facteurs cognitivo-émotionnels et la participation au dépistage du cancer colorectal.

| Variabiles indépendantes | OR | ES | Wald | ddl | p | 95% IC |
|--|-------|------|-------|-----|--------|-----------|
| Connaissances / dépistage | 0,36 | 0,08 | 22,02 | 1 | .000** | 1,23-1,66 |
| Estimation des leviers et freins / dépistage | 0,16 | 0,04 | 17,18 | 1 | .000** | 1,09-1,27 |
| Risque perçu / cancer colorectal | -0,03 | 0,12 | 0,08 | 1 | .77 | 0,77-1,21 |
| Anxiété envers la santé | -0,08 | 0,07 | 1,47 | 1 | .22 | 0,81-1,05 |
| Peur de la maladie | 0,07 | 0,03 | 6,21 | 1 | .01* | 1,01-1,12 |
| Retentissement / vie | 0,08 | 0,09 | 0,86 | 1 | .35 | 0,91-1,29 |
| Inquiétudes / sensations | 0,09 | 0,09 | 1,12 | 1 | .29 | 0,92-1,30 |
| Recherche de réassurance | 0,03 | 0,05 | 0,44 | 1 | .50 | 0,93-1,15 |
| Inquiétudes / cancer | 0,00 | 0,00 | 0,44 | 1 | .51 | 0,99-1,01 |

Note : OR = Odds ratio ; ES = Erreur standard ; Wald = Indice du test de Wald ; ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité ; 95% Intervalle de confiance.

Seuil de significativité : **p<.001.

Tableau 47: Indices de spécification d'ajustement du modèle.

| Modèle | χ^2 | ddl | p | 2log vraisemblance | R ² de Nagelkerke |
|---------|----------|-----|--------|--------------------|------------------------------|
| Etape 1 | 23,56 | 1 | .000** | 498,73 | .06 |
| Etape 2 | 43,92 | 2 | .000** | 478,37 | .12 |
| Etape 3 | 50,54 | 3 | .000** | 471,75 | .13 |

Note : ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité.

Seuil de significativité : **p<.001.

6.4. EFFET DES STRATEGIES D'AJUSTEMENT SUR LA

PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL.

Une analyse de régression logistique binaire n'a pas pu mettre en évidence de modèle permettant de prédire la participation au dépistage du cancer colorectal par les facteurs de personnalités testés dans cette étude (Tableaux 48 et 49).

Tableau 48: Résultats de l'analyse de régression logistique binaire entre les stratégies de coping et la participation au dépistage du cancer colorectal.

| Variable indépendante | OR | ES | Wald | ddl | p | 95% IC |
|-------------------------|------|------|------|-----|-----|-----------|
| Stratégies d'ajustement | 0,12 | 0,06 | 4,23 | 1 | .04 | 1,01-1,27 |

Note : OR = Odds ratio ; ES = Erreur standard ; Wald = Indice du test de Wald ; ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité ; 95% Intervalle de confiance.

Tableau 49: Indices de spécification d'ajustement du modèle.

| Modèle | χ^2 | ddl | p | 2log vraisemblance | R ² de Nagelkerke |
|---------|----------|-----|------|--------------------|------------------------------|
| Etape 1 | 4,18 | 1 | .04* | 518,11 | .01 |

Note : ddl = Degré de liberté ; p = seuil de significativité.

Une synthèse de ces principaux résultats est présentée au sein de la figure 41.

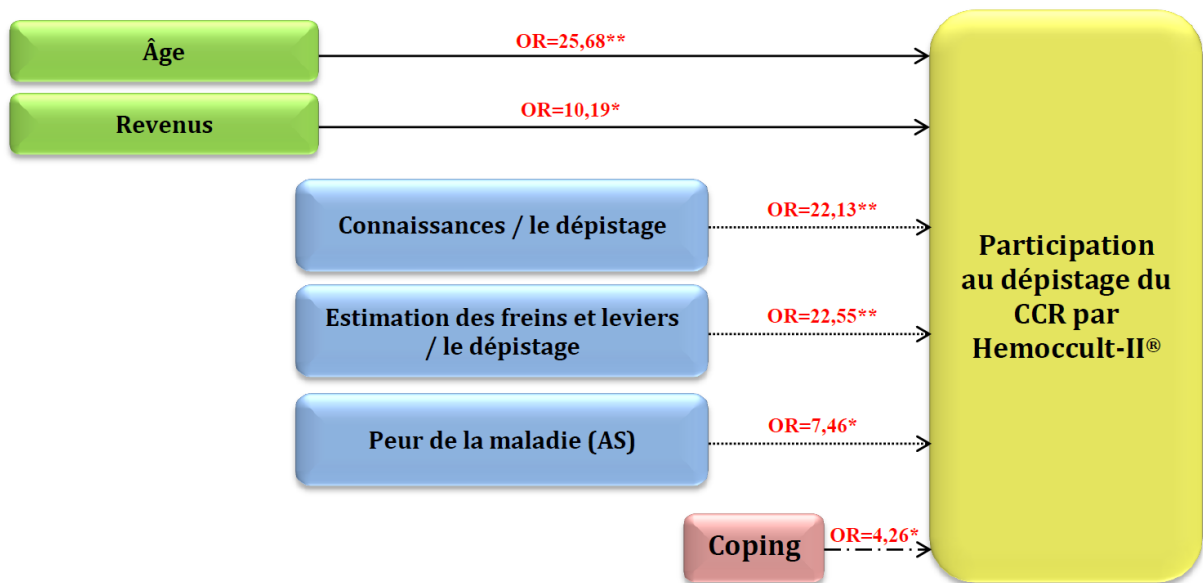


Figure 41: *Impact des différentes variables étudiées sur la participation au dépistage du cancer colorectal.*

7. EXISTE-T-IL DES EFFETS MEDIEATEURS DANS CE MODELE ?

La figure 44 présente une synthèse des résultats des différentes analyses multivariées.

Peu d'effets médiateurs ont pu être mis en évidence au travers des différentes analyses effectuées. En effet, pour qu'un effet de médiation puisse être démontré, il existe différentes méthodes statistiques (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West, & Sheets, 2002). Selon l'*approche par étapes causales*¹⁶² (Baron & Kenny, 1986 ; Judd & Kenny, 1981), il est nécessaire : 1) que la variable prédictive soit associée à la variable dépendante¹⁶³ ; 2) que la variable prédictive soit associée à la variable médiatrice supposée, elle-même associée à la variable dépendante ; et 3) que la variable prédictive n'ait plus aucun effet significatif (médiation complète) ou une diminution de l'effet significatif (médiation partielle) sur la variable dépendante, et ce après contrôle de la variable médiatrice.

Dans notre modèle, la relation entre l'âge et la participation au dépistage du cancer colorectal, médiée par les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal correspondait avec ces critères (Figure 42). L'âge a un effet significatif direct ($c=0,022$) sur la participation au dépistage du cancer colorectal [$t(670)=5,16$; $p<.001$]. L'âge a un effet significatif direct ($a=0,024$) sur les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal [$t(670)=1,82$; $p<.05$]. Le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal a un effet significatif direct ($b=0,041$) sur la participation au dépistage du cancer colorectal [$t(670)=4,78$; $p<.001$]. L'âge a un effet significatif diminué ($c'=0,021$) sur la participation au dépistage du cancer colorectal [$t(670)=5,16$; $p<.001$], après contrôle de la variable connaissances envers le dépistage du cancer colorectal.

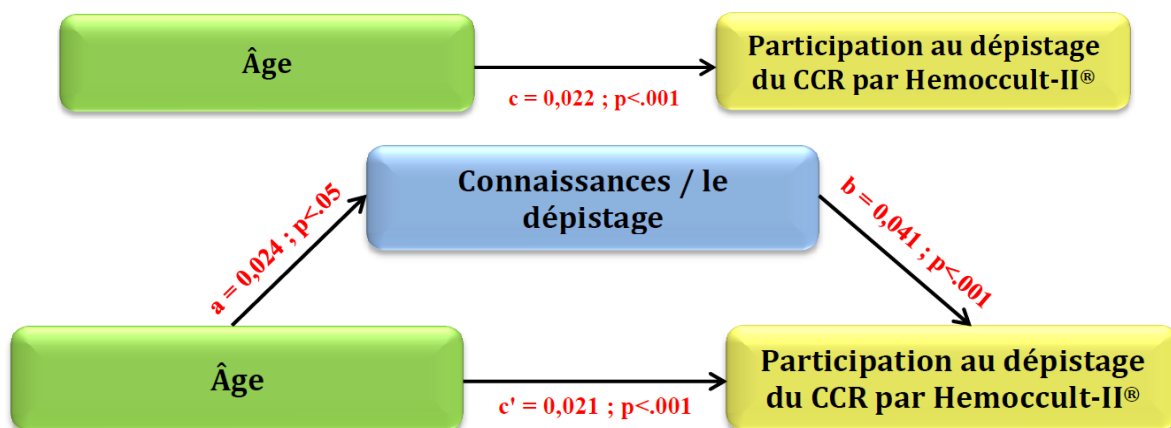


Figure 42: Analyse de médiation entre l'âge et la participation au dépistage du cancer colorectal par le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal.

¹⁶² « Causal steps approach »

Enfin, un effet médiateur de la Peur de la maladie a pu être mis en évidence entre les stratégies d'ajustement de type vigilant et la participation au dépistage du cancer colorectal (Figure 43). Le *coping vigilant* a un effet significatif direct ($c=0,07$) sur la *participation au dépistage du cancer colorectal* [$t(670)=1,84$; $p<.10$]. Le *coping vigilant* a un effet significatif direct ($a=0,08$) sur la *Peur de la maladie* [$t(670)=2,10$; $p<.05$]. La *Peur de la maladie* a un effet significatif direct ($b=0,10$) sur la *participation au dépistage du cancer colorectal* [$t(670)=2,74$; $p<.05$]. Le *coping vigilant* n'a plus aucun effet significatif ($c'=0,06$) sur la *participation au dépistage du cancer colorectal* [$t(670)=1,63$; NS], après contrôle de la variable *Peur de la maladie*.

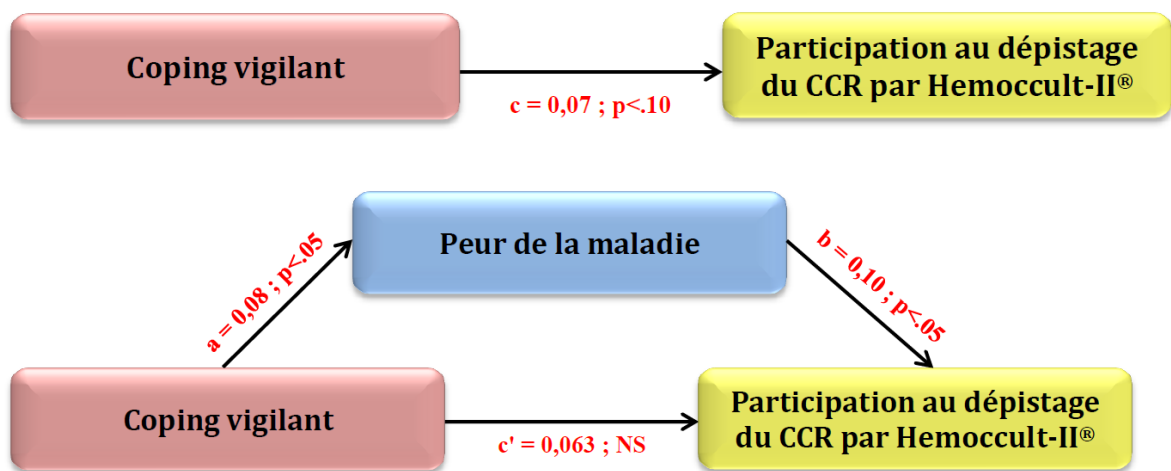


Figure 43: Analyse de médiation entre les stratégies d'ajustement de type vigilant et la participation au dépistage du cancer colorectal par la peur de la maladie.

¹⁶³ Ce postulat tend à être actuellement remis en question (Hayes, 2009 ; Zhao, Lynch, & Chen, 2010).

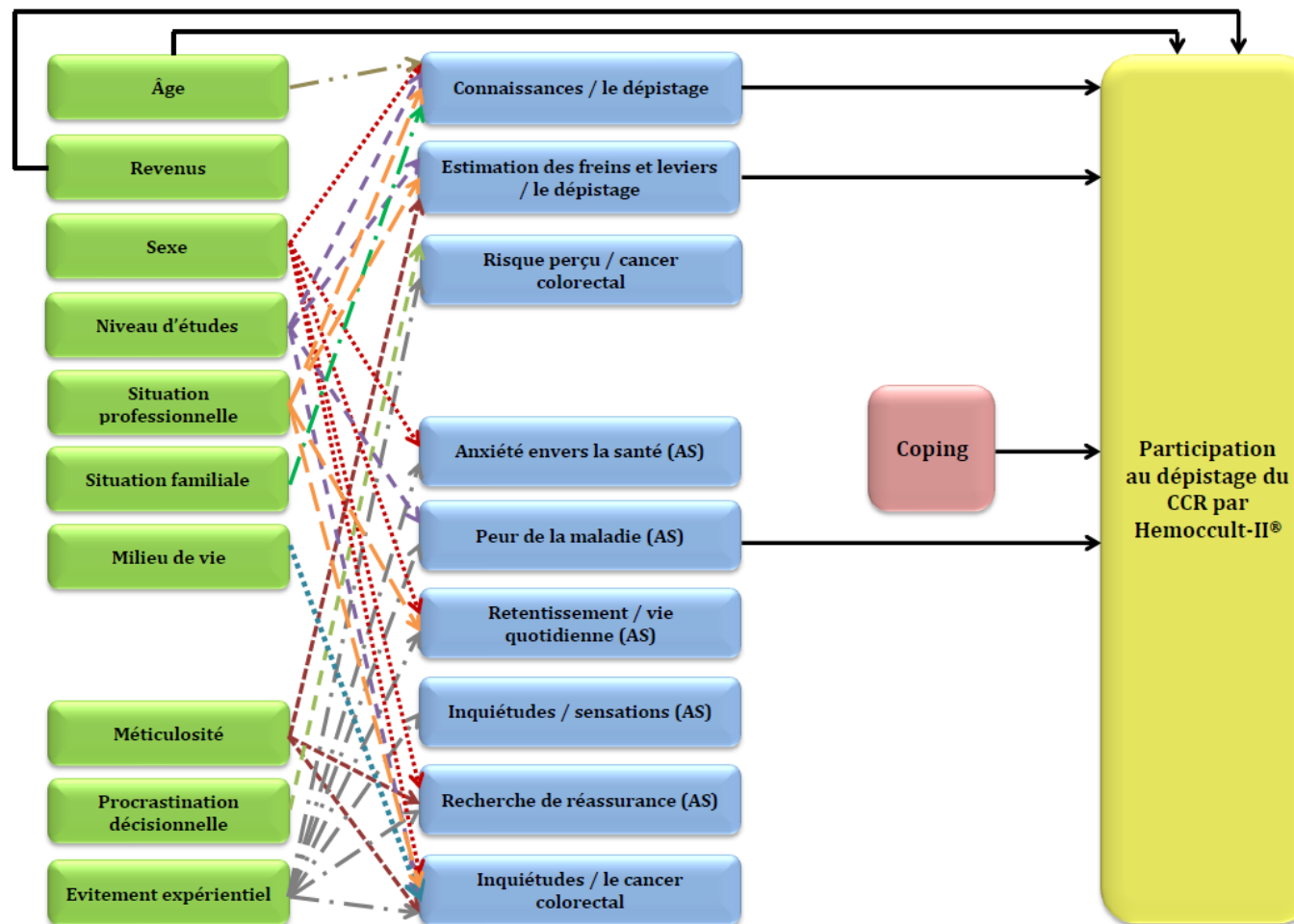


Figure 44: Schéma récapitulatif des principaux résultats de l'étude des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

DISCUSSION

L'objectif de cette étude quantitative des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®] était de déterminer et d'expliquer l'implication de certains facteurs sociodémographiques et psychologiques dans l'initiation de la démarche de participation au dépistage du cancer colorectal par Hemoccult-II[®], habituellement proposé aux individus âgés de 50 ans et plus, présentant un risque moyen de développer cette maladie. Nous discutons ci-après les principaux résultats obtenus dans cette étude.

I. ANALYSE DESCRIPTIVE DES LEVIERS ET FREINS PERÇUS ENVERS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Dans un premier temps, l'étude des fréquences d'évocation par les participants des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal proposés indique que le nombre de leviers cités était en moyenne bien plus élevé que le nombre de freins. Ce constat s'expliquerait en partie par le fait que l'échantillon de la population étudiée était constitué en grande majorité d'individus ayant déjà participé au moins une fois au test de dépistage du cancer colorectal, se forgeant par là-même leur propre opinion objectivée par la confrontation et le dépassement des éventuels obstacles perçus à la réalisation effective du test. Tout cela génère fort probablement chez eux un sentiment d'auto-efficacité plus élevé relatif à la participation au test de dépistage et une confiance plus importante dans leur capacité à surmonter les difficultés en rapport, qui conduisent à banaliser les aspects déroutants liés pour beaucoup au caractère inconnu de la procédure (Bandura, 2004 ; Lev & Rutgers, 1997). En outre, les individus ayant déjà réalisé le test de dépistage auparavant sont généralement convaincus de sa fiabilité dans la détection des tumeurs cancéreuses, d'une part, et de l'intérêt du diagnostic précoce dans l'optimisation des thérapeutiques proposées, d'autre part ; les incitant à entretenir une opinion plus favorable envers le test (Bauerle Bass, et al., 2011). Par ailleurs, il est possible que les participants de cette étude ne se soient pas véritablement sentis concernés par les freins proposés dans le questionnaire. D'autres phénomènes non explorés ici pourraient peut-être intervenir comme obstacles à la participation au dépistage du cancer colorectal comme la préférence pour d'autres techniques de dépistage jugées plus fiables (la coloscopie, par exemple), ou encore le rejet du « *surdiagnostic* » conduisant à traiter de manière abusive avec des dispositifs thérapeutiques lourds des lésions minuscules qui

n'évolueraient peut-être jamais en cancer au nom du principe de précaution (Hoffman & Walter, 2009).

Certains des leviers plébiscités par les participants de cette étude tendent à confirmer les résultats de recherches similaires, y compris ceux de l'étude qualitative des freins et leviers envers le dépistage du cancer colorectal rapportée dans la première partie. Plus précisément, les participants citent très souvent le *souhait de rester en bonne santé* comme facilitateur de la démarche de réaliser le test de dépistage. Il s'agit en somme de la volonté de mettre en œuvre un comportement de dépistage afin de se prémunir contre une maladie potentiellement létale dont l'évolution larvée réduit notablement le taux de réussite des traitements et l'espoir de guérison associé. L'espoir de « *passer entre les mailles du filet* » joue donc probablement un rôle déterminant dans l'adoption de ce type de démarche de dépistage, comme l'ont mis en évidence plusieurs études (Greiner, Born, Nollen, & Ahluwalia, 2005 ; Varela, Jandorf, & DuHamel, 2010). Par ailleurs, de nombreux participants apprécient également la possibilité de *réaliser le test à leur domicile*, limitant les contraintes liées à un manque de disponibilité (prise de rendez-vous, horaires de consultations peu compatibles avec une activité professionnelle, par exemple), et d'intimité (gêne ressentie face aux soignants, par exemple) qui entravent parfois la réalisation de certains examens médicaux (Friedemann-Sanchez, Griffin, & Partin, 2006 ; Goel, et al., 2004 ; O'Malley, Beaton, Yabroff, Abramson, & Mandelblatt, 2004 ; Ruffin, Creswell, Jimbo, & Fetters, 2009). De plus, le fait d'*être persuadé de l'efficacité du test de dépistage* dans la détection d'un cancer constitue un levier prédominant tant il est fréquemment invoqué par les participants. Ceci n'est pas étonnant dans la mesure où les individus sceptiques quant à la fiabilité du test tendent à ne pas le réaliser (Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009). Ces constats légitiment un peu plus le passage progressif¹⁶⁴ aux tests immunologiques dont les performances cliniques¹⁶⁵ relatives à la détection des cancers semblent meilleures que celles des tests au gâïac. La plus grande confiance accordée par les médecins à ce type de test sera probablement un élément moteur qui alimentera sans doute un sentiment de fiabilité du test, essentiel à l'adoption de cette pratique. Enfin, les participants se sentent influencés par les *campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal*. Si elles sont en effet essentielles à

¹⁶⁴ Prévus dans le Plan cancer 2009-2013 (mesure 16.3), la migration vers l'utilisation des tests immunologiques en remplacement des tests au gâïac sur l'ensemble du territoire français est programmée dans les années qui viennent, comme le préconise la Haute Autorité de Santé (2008).

¹⁶⁵ Les tests immunologiques permettraient de détecter 1,2 à 1,3 fois plus de cancers colorectaux et 1,5 à 2 fois plus d'adénomes avancés que les tests au gâïac.

l'accroissement du taux de dépistage de la population concernée tant elles permettent de véhiculer des informations sanitaires au plus grand nombre, il n'en demeure pas moins qu'elles ont un impact mitigé et transitoire (Baron, et al., 2008 ; Coughlin, et al., 2006). En effet, ce type de campagnes peuvent parfois banaliser à outrance l'importance de se faire dépister par le biais de messages pédagogiques lénifiants, ou au contraire, susciter des craintes excessives par l'utilisation d'un ton quelque peu dramatique.

Le frein le plus fréquemment cité par les participants de cette étude est le *sentiment d'être obligé(e) de consulter son médecin traitant* pour obtenir un test de dépistage. Ce frein avait déjà émergé dans le discours des participants des focus groups menés à l'occasion de l'étude qualitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal. Les raisons susceptibles d'expliquer l'importance de ce frein sont probablement : 1) la gêne ressentie à l'évocation de certaines parties intimes du corps et l'évitement subséquent de cette thématique dans les entretiens avec son médecin traitant ; 2) le sentiment frustrant de perte de temps ressenti par les individus exerçant une activité professionnelle, qui estiment sans doute qu'il n'est ni urgent ni nécessaire de consulter un médecin uniquement pour obtenir un kit de dépistage ; et 3) le coût d'une consultation médicale supportée plus ou moins en partie par des individus vivant parfois dans des situations financières précaires. En outre, le *sentiment que le matériel du kit de dépistage n'est pas suffisamment bien adapté* et le fait de *souffrir de constipation* peuvent entraver cette démarche en nuisant sans doute au sentiment d'auto-efficacité nécessaire à sa réalisation, de par l'accroissement de la perception de la complexité de la procédure (Beeker, Kraft, Southwell, & Jorgensen, 2000 ; Varela, Jandorf, & DuHamel, 2010). De même, le *courrier d'invitation à participer au test de dépistage manquerait de clarté* pour certains. L'absence de personnalisation des courriers joue fort probablement un rôle dans ce phénomène, notamment auprès des individus qui n'ont pas le sentiment d'être personnellement concernés par le cancer colorectal (Baron, et al., 2008 ; Coughlin, et al., 2006 ; Stone, et al., 2002 ; Tinmouth, et al., 2011). Par ailleurs, la *peur de découvrir quelque chose de grave* à l'occasion de la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal est un des freins invoqués le plus fréquemment par les participants. De nombreuses études ont précédemment mis en évidence cet obstacle qui illustre la croyance largement partagée dans différentes cultures qu'il est parfois préférable de ne pas savoir plutôt que de se soucier et de s'inquiéter de l'existence d'un cancer qui peut à lui seul susciter un sentiment d'impuissance désagréable et désarmant (Beeker, Kraft, Southwell, & Jorgensen, 2000 ; Brouse, et al., 2003 ; Busch, 2003 ; Goldsmith & Chiaro, 2008). En revanche, il est surprenant que les *sentiments de gêne* (n=49, soit 7,27% de l'échantillon) et *de dégoût* (n=27, soit 4% de l'échantillon)

n'aient été que si peu invoqués en tant qu'obstacles au dépistage du cancer colorectal. Nous nous attendions en effet à ce type de frein très souvent cités dans la littérature (Beeker, Kraft, Southwell, & Jorgensen, 2000 ; Clavarino, et al., 2004 ; Holt, et al., 2009 ; Katz, et al., 2009 ; Varela, Jandorf, & DuHamel, 2010). Il est vrai que la méthodologie utilisée dans cette étude, qui ne nécessitait aucun contact direct entre les expérimentateurs et les participants, peut contribuer à expliquer ce résultat inattendu.

II. ANALYSES COMPARATIVES

1. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES SOCIODEMOGRAPHIQUES ENTRE LES INDIVIDUS *COMPLIANTS* ET *NON COMPLIANTS* AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ?

Les individus *compliant*s au dépistage du cancer colorectal semblent généralement plus âgés que les individus *non compliant*s. Ce résultat semble rejoindre étroitement les données issues de la littérature qui indiquent l'existence d'un lien ténu entre l'avancée en âge et la participation au dépistage du cancer colorectal (Cokkinides, Chao, Smith, Vernon, & Thun, 2003 ; Ramji, Cotterchio, Manno, Rabeneck, & Gallinger, 2005), dans la mesure où le sentiment d'être personnellement concerné(e) par la maladie s'accroît en vieillissant, au même titre que le sentiment de vulnérabilité face au cancer (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Woolf, 2000). Ce résultat est fort probablement lié également au statut socioprofessionnel des individus âgés de plus de 60 ans, retraités pour la plupart. Or, les individus retraités participent davantage au dépistage du cancer colorectal. Ces derniers seraient en effet plus disponibles d'une part, et plus attentifs à prendre soin de leur état de santé physique, d'autre part (Hamilton, Lancashire, Sharp, Peters, Cheng, & Marshall, 2009).

Par ailleurs, les individus *compliant*s au dépistage du cancer colorectal exercent plus souvent une activité professionnelle comparativement aux individus *non compliant*s. Il ne s'agirait donc pas ici véritablement d'un simple problème de disponibilité temporelle mais plutôt de disponibilité cognitive et émotionnelle, notamment pour les personnes dont l'absence d'activité professionnelle serait une situation subie. Par exemple, être au chômage est bien souvent source d'inquiétudes et ruminations mentales multiples qui peuvent se centrer sur la difficulté de retrouver du travail après 50 ans, les éventuels embarras financiers en découlant, ou encore les problèmes familiaux induits possiblement par l'instabilité de cette situation. Ces soucis actuels peuvent revêtir un caractère pressant, contribuant à occulter l'importance et la nécessité de pratiques préventives en matière de santé qui visent à se

prémunir contre l'évolution délétère d'une hypothétique maladie dont les effets néfastes ne se feraient ressentir que dans un futur plus ou moins éloigné (Dickson, Ciesla, & Reilly, 2011).

Comme nous le supposions au départ, il s'avère que les individus *compliant*s au dépistage du cancer colorectal tendent à bénéficier de revenus plus confortables que les individus *non compliant*s. Ce résultat est congruent avec les données de la littérature dans ce domaine (Etzioni, et al., 2004 ; Goulard, Boussac-Zarebska, Duport, & Bloch, 2009 ; Pernet, Dejardin, Morlais, Bouvier, & Launoy, 2010). Malgré la gratuité du test Hemocult-II[®], des disparités persistent dans l'accès au dépistage, notamment pour les personnes ayant des revenus modestes et/ou dont la situation financière est précaire. Ces dernières tendraient à limiter les dépenses de santé jugées superflues, estimant qu'il est inutile de consulter un médecin pour d'autres raisons que des maladies sérieuses qui mettent directement en péril l'intégrité corporelle et la survie de l'individu (Ben-Amar, 2010 ; Gast & Peak, 2011). En outre, elles ne sont pas forcément les mieux informées de l'existence même des examens de dépistage ainsi que de leur intérêt, et nécessitent de ce fait un accompagnement plus appuyé et personnalisé de la part des soignants en général (Ben-Amar, 2010).

Par ailleurs, aucune différence concernant la situation familiale n'était observée entre les individus *compliant*s et *non compliant*s dans un premier temps. Néanmoins, il s'avère que les *hommes compliant*s vivent davantage en couple que les hommes *non compliant*s. Ce résultat rejoint les données préliminaires obtenues lors de l'étude qualitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal. Les hommes participeraient davantage au dépistage du cancer colorectal lorsqu'ils sont incités régulièrement à le faire par leurs conjointes. Celles-ci tendent à échanger davantage sur ce thème avec leurs conjoints et vantent les mérites de ce type de pratique auprès d'eux afin de les exhorter à le réaliser (Beeker, et al., 2000 ; Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Holt, et al., 2009). Quant aux hommes célibataires, ils ne bénéficieraient pas de ces « interventions personnalisées », ce qui se traduirait par une participation plus faible au test de dépistage.

2. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES QUANT AUX FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ETUDIES ?

Dans cette étude, les femmes obtiennent des scores de méticulosité plus élevés en moyenne que les hommes. D'autres auteurs ont déjà observé ce type de résultat auparavant (Goodwin & Gotlib, 2004). Or, ceci n'est pas anodin dans la mesure où le trait de personnalité méticuleux aurait une incidence sur la longévité des individus (Kern & Friedman, 2008), car il est associé à l'engagement dans de nombreux comportements de santé, tels que la dialyse

(Christensen & Smith, 1995), la pratique d'exercice physique (Bogg & Roberts, 2004), et le dépistage du cancer du col de l'utérus (Hill & Gick, 2011).

En outre, les femmes ont recours plus fréquemment que les hommes à l'évitement expérientiel pour faire face au malaise psychologique issu de la confrontation à des vécus cognitivo-émotionnels désagréables et/ou pénibles, comme cela a déjà été mis en évidence (Karekla & Panayiotou, 2011). Or, l'évitement expérientiel pourrait avoir des conséquences bénéfiques sur la santé somatique des individus en contribuant à limiter les répercussions anxieuses générées par des situations perçues comme menaçantes pour l'intégrité corporelle, facilitant ainsi l'adoption de mesures préventives et de comportements salutogènes (Miller, O'Hea, Lerner, Moon, & Foran-Tuller, 2011). Néanmoins, l'évitement expérientiel pourrait également occulter la nécessité de s'engager vers ce type de mesures, jugées secondaires si elles ne sont pas motivées par l'appréciation objective du risque personnel encouru.

De plus, les femmes possèdent des connaissances plus solides envers le dépistage du cancer colorectal que les hommes, ce qui n'est pas très étonnant si l'on considère qu'elles sont généralement mieux informées d'un point de vue général de l'existence et de l'intérêt de la démarche de dépistage des cancers (Holmes-Rovner, et al., 2002), puisqu'elles échangent plus facilement sur ces thématiques avec leur entourage et leur médecin (Beeker, et al., 2000). Il est également intéressant de constater que le sentiment d'être obligé de réaliser le test de dépistage du cancer colorectal intervient tantôt comme un levier chez les femmes et tantôt comme un frein chez les hommes. L'impression d'être contrainte de réaliser le test renverrait les femmes à leur sens des responsabilités (prendre soin de sa santé pour mieux prendre soin des autres, par exemple), et s'accorderait avec un lieu de contrôle plutôt externe qui stimulerait leur ouverture face aux discours imposant la nécessité de participer au dépistage. Quant à eux, les hommes apprécieraient peu les sollicitations répétées allant dans le sens de la participation au dépistage, d'autant qu'ils seraient de manière générale plus sceptiques que les femmes envers le système de santé, ce qui les conduirait à adopter en réaction une attitude plus réfractaire (Gast & Peak, 2011).

Par ailleurs, les femmes nourrissent davantage d'inquiétudes envers le cancer et sont plus anxieuses envers la santé en général que les hommes, ce qui les conduit plus fréquemment à adopter des comportements salutogènes afin de se rassurer quant à leur état de santé et de se prémunir contre la maladie. Plus précisément, elles redoutent davantage certains symptômes imputables à la fois à la maladie et aux traitements que les hommes. Par exemple, elles craignent particulièrement les effets secondaires de certains traitements (chimiothérapie, radiothérapie, etc...) qui peuvent avoir un retentissement en termes de douleur, de gêne, de

fatigue, et de changement d'apparence physique (amaigrissement, perte de cheveux, cicatrice, etc...). En outre, elles s'inquiètent davantage que les hommes de l'impact que pourrait avoir la maladie sur leur santé psychique, notamment des troubles de l'humeur souvent associés aux maladies chroniques, à la dégradation physique et à la perte d'espoir. Enfin, elles se soucient plus souvent de l'évolution de la maladie et/ou de la récurrence toujours possible en période de rémission. Ces résultats sont dans l'ensemble congruents avec la littérature qui met en évidence une prévalence plus importante des formes modérées d'anxiété envers la santé chez les femmes, se traduisant par des ruminations anxieuses liées à la maladie plus fréquentes (MacSwain, Sherry, Stewart, Watt, Hadjistavropoulos, & Graham, 2009).

3. EXISTE-T-IL DES DIFFERENCES PSYCHOLOGIQUES ENTRE LES INDIVIDUS *COMPLIANTS* ET *NON COMPLIANTS* AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ?

3.1. LES FACTEURS DE PERSONNALITE

Nous émettions précédemment l'hypothèse que le trait de personnalité méticuleux, illustré par un caractère minutieux, organisé et pointilleux, serait plus prononcé chez les individus *compliantes* au dépistage du cancer colorectal. En effet, la réalisation du test Hemocult-II[®] nécessite un minimum d'organisation et d'application, ne serait-ce que pour coller les différentes étiquettes d'identification aux bons emplacements sur la plaquette, recueillir les selles sans qu'elles n'entrent en contact avec un liquide quelconque, ou encore être attentif à la taille des prélèvements des selles. Toutefois, aucune différence significative n'a pu être établie entre les individus *compliantes* et *non compliantes* quant à leurs scores obtenus à l'échelle de méticulosité. En revanche, après contrôle du genre des individus, il s'est avéré que les femmes *compliantes* envers le dépistage du cancer colorectal obtenaient un score moyen plus élevé à l'échelle de méticulosité que les femmes *non compliantes*. Or, les individus très méticuleux tendent à être moins anxieux envers la santé (Ferguson, 2004), dans la mesure où ils prennent nettement moins de risques avec leur santé (Booth-Kewley & Vickers, 1994 ; Hampson, Andrews, Barckley, Lichtenstein, & Lee, 2000), en adoptant plus facilement des comportements salutogènes, comme les pratiques de dépistage du cancer par exemple (Hill & Gick, 2011). Ceci suggère que la méticulosité chez les femmes limiterait l'impact de leurs inquiétudes envers la santé, en les amenant à adopter plus aisément des mesures préventives visant à entretenir leur « *capital santé* ».

Nous pensions également que les individus *non compliant*s envers le dépistage du cancer colorectal obtiendraient des scores moyens plus élevés à l'échelle de procrastination décisionnelle que les individus *compliant*s. Cependant, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence dans cet échantillon. Ce résultat paraît surprenant de prime abord d'autant que, selon certains auteurs, la procrastination serait une des raisons principales qui expliquerait l'absence de participation au dépistage du cancer colorectal (Dent, Bartrop, Goulston, & Chapuis, 1983 ; Dolan, et al., 2004 ; Farrands, Hardcastle, Chamberlain, & Moss, 1984 ; Rutten, Nelson, & Meissner, 2004). Toutefois, dans cette étude, nous nous intéressons plus spécifiquement à la procrastination décisionnelle qui illustre l'impossibilité de résoudre l'ambivalence conflictuelle entre plusieurs choix possibles, ayant chacun leurs avantages et inconvénients, entravant de ce fait le processus final de prise de décision. À l'inverse, les études précédemment citées se sont focalisées sur la procrastination en tant que style comportemental s'apparentant davantage à une stratégie d'ajustement de type évitant, ce qui pourrait expliquer ces résultats quelque peu divergents.

Enfin, nous émettions l'hypothèse que l'évitement expérientiel, c'est-à-dire la tendance à éviter les cognitions et émotions désagréables susceptibles de générer un malaise psychologique, serait plus prononcé chez les individus *non compliant*s au dépistage du cancer colorectal. En effet, participer à un test de dépistage Hemoccult-II[®] suppose de pouvoir accepter de faire face à un résultat potentiellement positif qui rend compte d'une suspicion de la présence de polypes et/ou tumeurs cancéreuses. Ceci revient à accepter, avec un degré d'anxiété modéré, le risque de se confronter à l'annonce éventuelle d'un cancer. Toutefois, aucune différence significative n'a pu être établie entre les individus *compliant*s et *non compliant*s quant à leurs scores obtenus au questionnaire évaluant l'évitement expérientiel. En revanche, après contrôle du genre des individus, il s'est avéré que les hommes *compliant*s envers le dépistage du cancer colorectal ont une propension plus forte à éviter les pensées et émotions négatives que les hommes *non compliant*s. Ce résultat inattendu pourrait s'expliquer par le fait que les hommes *non compliant*s accepteraient plus facilement le malaise psychologique généré par la peur de développer un cancer colorectal sans avoir besoin de se rassurer outre mesure par la réalisation d'un test de dépistage ; tandis que les individus *compliant*s éprouveraient des difficultés à gérer ce malaise car ils mobiliseraient préférentiellement des stratégies basées sur l'évitement expérientiel, inefficaces au long cours, qui les conduiraient par conséquent à participer au dépistage afin de rétablir une sorte de « *stabilité émotionnelle* ». Cette hypothèse est congruente avec les résultats d'une étude indiquant que les individus anxieux envers la santé sont plus prompts à recourir à l'évitement

expérientiel que les individus non anxieux, afin de lutter contre des pensées catastrophistes et de fortes inquiétudes envers les sensations corporelles et les maladies (Wheaton, Berman, & Abramowitz, 2010). Une autre hypothèse postule que les hommes *non compliants* ne parviendraient pas à gérer efficacement leur anxiété spécifique au cancer en raison d'une faible propension à l'évitement expérientiel, ce qui paralyserait leur prise de décision de participer au dépistage. À l'inverse, les hommes *compliants* domineraient leur anxiété en mobilisant des stratégies d'évitement expérientiel, leur permettant de s'investir plus facilement dans une démarche de dépistage. Cette hypothèse paraît plus probable compte tenu de résultats similaires émanant d'une étude dans laquelle il a été démontré que la manière de réguler son anxiété, par le biais de l'évitement expérientiel, améliore le taux de participation au dépistage du cancer du sein (Miller, O'Hea, Lerner, Moon, & Foran-Tuller, 2011).

3.2. LES CONNAISSANCES ET LES CROYANCES RELATIVES AUX FREINS ET LEVIERS ENVERS LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Les individus *compliants* envers le test de dépistage du cancer colorectal semblent globalement posséder de meilleures connaissances envers le dépistage du cancer colorectal que les individus *non compliants*. Plus précisément, les individus *compliants* se différencient particulièrement des individus *non compliants* sur des connaissances relatives à la procédure (« *Le test Hemoccult-II[®] nécessite de prélever ses selles* ») et à la visée (« *Le test Hemoccult-II[®] vise à repérer la présence éventuelle de sang dans les selles* ») du test, essentielles à la compréhension et à la réalisation de cette pratique de dépistage. Par ailleurs, les individus *compliants* discriminent davantage le test Hemoccult-II[®] d'autres techniques diagnostiques (le toucher rectal, par exemple) eu égard à leurs objectifs distincts. Ces résultats ne sont pas étonnants dans la mesure où de nombreuses études ont mis en évidence le fait que plus les individus détiennent des connaissances fiables et précises envers les tests de dépistage du cancer colorectal, et plus ils sont en mesure de juger de l'intérêt de ces derniers et du bien-fondé de les réaliser (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Weinberg, et al., 2009). Nonobstant ce fait, les individus *compliants* se trompent davantage que les individus *non compliants* sur l'item relatif à la fiabilité du test Hemoccult-II[®], qu'ils tendent à surestimer (« *Le test Hemoccult-II[®] donne un résultat fiable à 100%* »). Cette croyance est certes erronée, mais elle souligne le fait que les individus *compliants* vouent une confiance absolue en l'efficacité du test Hemoccult-II[®], ce qui favorise bien entendu leur engagement dans cette pratique de dépistage, tandis que les individus *non compliants* sont plus sceptiques,

comme l'ont montré plusieurs autres études (Goel, et al., 2004 ; Goodman, et al., 2006 ; Jones, et al., 2010 ; Katz, et al., 2009 ; Rawl, et al., 2000).

Outre des connaissances plus fiables envers le dépistage du cancer colorectal, les individus *compliant*s tendent davantage à surestimer les leviers et minimiser les obstacles à la réalisation du test Hemoccult-II[®] que les individus *non compliant*s. Selon eux, les raisons qui facilitent la prise de décision d'adopter cette mesure de dépistage résident dans : 1) *la généralisation des campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal* dont la qualité peuvent amplifier la portée et l'efficacité des messages préventifs ; 2) *le sentiment d'être disponible* et de disposer de suffisamment de temps pour réaliser le test dans de bonnes conditions ; 3) *la curiosité envers le test de dépistage* et le désir de se rendre compte par soi-même de ce dont il s'agit ; 4) *l'espoir de rester en bonne santé* en œuvrant pour détecter des anomalies à temps ; 5) *le sentiment d'être personnellement concerné(e) par le cancer colorectal* et, par voie de conséquence, par son dépistage ; 6) *la certitude que le test de dépistage est efficace* dans la détection de cancers et donc relativement fiable ; 7) *la simplicité perçue de réalisation du test de dépistage* qui maximise le sentiment d'auto-efficacité en ses propres capacités à réaliser le test ; 8) *le fait de réaliser le test de dépistage à son domicile* et donc de s'affranchir des contraintes liées aux examens médicaux réalisés dans des lieux de soins ; 9) *la gratuité du test de dépistage* qui facilite son accès au plus grand nombre, y compris les moins favorisés ; et 10) *le sentiment d'agir pour éviter de souffrir* des suites d'un cancer colorectal diagnostiqué et traité à un stade avancé. En outre, les obstacles de ces individus sont : 1) *le manque de clarté du courrier d'invitation* à réaliser le test de dépistage et, en particulier, l'absence de personnalisation qui limite le sentiment d'être soi-même concerné(e) ; et 2) *la peur de découvrir une maladie grave* susceptible de paralyser l'engagement dans cette démarche par l'évitement de la confrontation à des émotions anxieuses désagréables. Il est intéressant de constater ici que la *peur de découvrir une maladie grave* interviendrait comme un obstacle de la réalisation du test de dépistage chez les individus *compliant*s. Ce résultat rejoint les données issues de la précédente étude qualitative qui faisait ressortir une croyance répandue chez les individus *compliant*s selon laquelle les individus *non compliant*s ne réalisent pas le test car ils ont potentiellement peur d'apprendre à cette occasion qu'ils souffrent d'un cancer. Or, il apparaît que ce frein est nettement moins fréquent chez les individus *non compliant*s qui tendent plutôt à mettre en avant : 1) *un manque de confiance envers la médecine en général* qui justifie l'adoption d'une attitude récalcitrante envers le test de dépistage ; 2) *le sentiment de ne pas être personnellement concerné(e) par le cancer colorectal* et donc par son dépistage ; 3) *un manque d'énergie et de*

disponibilité pour réaliser le test de dépistage ; et 4) *le dégoût* que leur inspire la procédure du test de dépistage. Certains de ces résultats s'accordent avec les données de la littérature qui met en évidence l'importance d'une *minorisation des obstacles perçus à la réalisation du test de dépistage* (Gregory, Wilson, Duncan, Turnbull, Cole, & Young, 2011 ; Klein, 2002 ; Palmer, et al., 2007), une *majoration des bénéfices attendus suite à la réalisation du test* (Cooke & French, 2008 ; Cyr, Dunnagan, & Haynes, 2010 ; Gregory, Wilson, Duncan, Turnbull, Cole, & Young, 2011 ; Palmer, et al., 2007), et un *sentiment de vulnérabilité élevé face au cancer colorectal* (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Davis, et al., 2001 ; Etzioni, et al., 2004 ; Klein, 2002 ; Palmer, et al., 2007 ; Salz, Brewer, Sandler, Weiner, Martin, & Weinberger, 2009) pour expliquer la participation au dépistage. En revanche, une *minimisation du risque personnel encouru face au cancer colorectal*, et la *surestimation des obstacles à la réalisation du test de dépistage* entravent la participation au dépistage (Brenes & Paskett, 2000).

3.3. LES INQUIETUDES ENVERS LE CANCER, L'ANXIETE ENVERS LA SANTE ET LES STRATEGIES D'AJUSTEMENT

Les individus *compliant*s nourrissent davantage d'inquiétudes relatives au cancer que les individus *non compliant*s. En premier lieu, ces inquiétudes se centrent tout particulièrement sur les *effets secondaires des éventuels traitements* rendus nécessaires par la découverte de la maladie. En somme, si la maladie est diagnostiquée à un stade précoce, les traitements envisagés sont plus efficaces (chirurgie, par exemple) et rendent caduques le besoin de thérapeutiques plus difficiles à supporter dans l'imaginaire collectif (chimiothérapie et radiothérapie, par exemple) en raison de leurs possibles effets secondaires (nausées et vomissements, chute de cheveux, allodynies, réactions allergiques, etc...), d'où un intérêt bien intégré par les individus *compliant*s de recourir plus tôt au dépistage. Dans un même ordre d'idée, ces derniers redoutent également *la douleur occasionnée par le cancer colorectal*, un des symptômes les plus redoutés du cancer (Brown, Constance, Bédard, & Purden, 2011 ; O'Connor, et al., 2012 ; Wang, et al., 2011), et ce en raison de ses répercussions majeures en termes de limitation des activités quotidiennes et augmentation de la détresse émotionnelle (Zaza & Baine, 2002). Plus la maladie est diagnostiquée à temps, et moins la souffrance occasionnée par ce type de pathologie sera importante. En effet, le cancer colorectal est asymptotique aux stades précoces, les douleurs abdominales apparaissent le plus souvent avec l'évolution et l'aggravation de la maladie, elles-mêmes particulièrement

redoutées, ce qui peut justifier auprès des individus *compliant*s de l'intérêt de se faire dépister avant qu'il ne soit trop tard.

Les individus *compliant*s obtiennent également des scores d'anxiété envers la santé significativement plus importants en moyenne que les individus *non compliant*s, surtout en ce qui concerne la dimension *Peur de la maladie et de la mort*. Il est intéressant de remarquer encore une fois que l'étude qualitative préliminaire mettait en avant l'idée selon laquelle l'anxiété envers la santé était un frein à la réalisation du dépistage. Ces résultats peuvent paraître divergents dans un premier temps, néanmoins il ne s'agirait pas exactement du même phénomène. Il semble que *la crainte de découvrir un cancer* à l'occasion de la réalisation d'un test de dépistage et la *peur de la maladie* proprement dite n'aient pas les mêmes conséquences sur la participation au dépistage. *La crainte de découvrir un cancer* interviendrait comme un obstacle car il s'agirait d'une forme d'anxiété-état s'exprimant tout particulièrement dans des situations liées au dépistage (prise de décision de réaliser le test de dépistage, attente des résultats, etc...). Eviter de penser au test de dépistage revient donc à se dérober purement et simplement à ce type d'inquiétudes, même si ce n'est que temporaire et si cela comporte des risques sanitaires (Aguerre, Michel, Réveillère, Birmelé, & Laroche, 2008). À l'inverse, la *peur de la maladie et de la mort* s'appréhende davantage comme une forme d'anxiété-trait susceptible de se réactiver à tout moment, de manière plus ou moins prononcée, sans que les évitements cognitif et/ou expérientiel ne puissent l'apaiser totalement (Asmundson, Taylor, Carleton, Weeks, & Hadjistavropoulos, 2011). Ainsi, ces peurs spécifiques favorisent probablement l'adoption de comportements salutogènes dans une tentative active de recherche de réassurance.

Par ailleurs, les individus *compliant*s obtiennent également des scores plus élevés que les individus *non compliant*s à la dimension *Inquiétudes envers les sensations corporelles* de l'anxiété envers la santé. Rappelons que cette dimension renvoie à une distorsion perceptivo-cognitive basée sur une hypervigilance centrée sur la perception majorée des sensations corporelles ordinaires (Barsky, 2001), et sur une interprétation négative et catastrophiste de ces dernières comme les symptômes incontestables d'une maladie donnée (Marcus, Gurley, Marchi, & Bauer, 2007). Ainsi, les individus *compliant*s auraient une propension plus marquée à l'amplification somatosensorielle, ce qui les conduirait à mobiliser des stratégies de coping plutôt vigilantes dans le domaine de la santé et à se tourner plus facilement vers la pratique des examens de dépistage, censés rassurer leurs inquiétudes relatives à l'existence d'une maladie quelconque.

Pour faire face au malaise psychologique causé par des situations jugées menaçantes et/ou inédites liées à la santé somatique, les individus *compliant*s mobilisent plus souvent des stratégies d'ajustement de type vigilant que les individus *non compliant*s. Dans le même temps, les individus *non compliant*s ont davantage recours aux stratégies d'ajustement évitantes. Ce résultat attendu accrédite le modèle théorique du processus cognitif et social d'intégration des informations sanitaires élaboré par Miller, *et al.* (1996) et le modèle cognitivo-comportemental de l'anxiété envers la santé (Salkovskis & Warwick, 2001). D'une part, l'anxiété envers la santé peut en effet se traduire par un style comportemental hypervigilant face aux multiples signaux corporels et/ou environnementaux menaçants susceptibles de déstabiliser le fragile équilibre de l'homéostasie du corps humain (Miller, *et al.*, 1999), afin d'y réagir activement par le biais de comportements de santé perçus comme protecteurs tels que le dépistage (Fang, Miller, Daly, & Hurley, 2002 ; Hurley, 1998 ; Miller, Mischel, & O'Leary, 1996). D'autre part, l'anxiété envers la santé peut, au contraire, susciter des réactions de fuite en avant marquées par l'évitement de ce type de signaux dans le but de ne pas se confronter à la détresse émotionnelle qu'ils impliquent, retardant par là-même une prise de décision et/ou la mise en œuvre effective d'un comportement de santé tel que le dépistage (Worthley, *et al.*, 2006).

III. ANALYSES EXPLICATIVES

1. QUELS FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES PREDISENT LES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS ?

Certaines caractéristiques sociodémographiques prédisent le degré de connaissances concernant le dépistage du cancer colorectal. Plus précisément, le degré de connaissances envers le dépistage du cancer colorectal dépend à la fois de l'âge, du genre, du niveau d'études, de la situation professionnelle, des revenus, et de la situation familiale des individus. Les individus plus âgés, de sexe féminin, vivant en couple, avec un niveau d'études élevé, retraités, et bénéficiant de revenus confortables ont de meilleures connaissances envers le dépistage du cancer colorectal. Ceci n'est pas étonnant compte tenu du fait que ces individus abordent plus facilement cette thématique avec autrui, notamment les soignants et les proches, leur permettant d'acquérir plus facilement des connaissances solides envers le dépistage du cancer colorectal (Holmes-Rovner, *et al.*, 2002). En outre, ils se documenteraient plus souvent sur ces questions de santé et seraient plus sensibilisés aux campagnes de santé publique du fait d'un intérêt accru pour leur état de santé et un accès facilité aux médias écrits dont

l'impact est particulièrement important (Davis, et al., 2001 ; Dolan, et al., 2004 ; Vernon, 1997).

Par ailleurs, l'estimation des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal est fonction du niveau d'études, de la situation professionnelle, et des revenus des individus. Contrairement aux hypothèses initiales, un *faible niveau d'études* prédit une surestimation des leviers associée à une minimisation des freins au dépistage du cancer colorectal. Il est possible que ces individus soient moins critiques et sceptiques envers le système de santé et le dépistage, en raison d'une information parcellaire sur la fiabilité des tests de dépistage dans la mesure où ils possèdent de moins bonnes connaissances sur ces sujets (Jones, Devers, & Kuzel, 2010). Ils tendent donc à faire confiance à ce type de mesure de dépistage et à être plus ouverts aux campagnes de sensibilisation qui stimulent leur curiosité et suscitent des échanges et discussions avec leur entourage, deux leviers particulièrement importants pour eux. En outre, le fait d'être retraité prédit également une majoration des leviers au détriment des freins envers le dépistage. Ce résultat s'explique surtout par le fait qu'ils citent en moyenne moins de freins que les autres puisqu'ils ont plus souvent une expérience personnelle antérieure relative aux tests de dépistage. Ils ont donc, pour la plupart, déjà surmonté avec succès certains des obstacles évoqués, développant ainsi un sentiment d'auto-efficacité plus élevé.

Le fait d'être une femme prédit un degré élevé d'anxiété envers la santé, les dimensions *Retentissement sur la vie quotidienne* et *Recherche de réassurance* de l'anxiété envers la santé, et de plus fortes inquiétudes envers le cancer, ce qui n'est pas étonnant en regard du fait que ce type d'inquiétudes sont plus prévalentes chez les femmes que chez les hommes de manière générale (MacSwain, et al., 2009). De plus, un statut socio-économique fragile (un faible niveau d'études, une situation professionnelle précaire, et des revenus modestes) prédit un score élevé sur les dimensions *Peur de la maladie* et *Retentissement sur la vie quotidienne* de l'anxiété envers la santé et de plus fortes inquiétudes envers le cancer. De manière générale, les connaissances et le niveau d'informations sur les questions de santé¹⁶⁶ au sens large des individus ayant un statut socio-économique fragile sont plus limitées en raison de difficultés à y accéder, à les comprendre, et à les intégrer à leur mode de vie de manière à prévenir la maladie et maintenir un bon état de santé (Gazmararian, Williams, Peel, & Baker, 2003 ; Hoffman-Goetz, Meissner, & Thomson, 2009). Or, ne disposer que d'informations vagues, parcellaires et/ou erronées sur la santé alimente la peur des maladies chroniques et/ou graves comme le cancer, en renforçant un sentiment

¹⁶⁶ Il s'agit du concept de « *Health literacy* ».

d'impuissance dans ses propres capacités à y faire face avec succès (Hoffman-Goetz, Meissner, & Thomson, 2009 ; Pier, et al., 2008).

2. QUELS FACTEURS DE PERSONNALITE PREDISENT LES FACTEURS COGNITIFS ET EMOTIONNELS ?

La méticulosité prédit l'estimation des leviers et freins envers le dépistage du cancer colorectal. Les individus plus méticuleux surestiment les leviers et minimisent les freins envers le dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Il est probable que la méticulosité soit associée ici à un sentiment d'auto-efficacité élevé qui favorise une minimisation de la perception des efforts requis pour réaliser une tâche donnée, alimentée par un fort sentiment de maîtrise de ses propres actions, et renforcée par l'attente de réussites (Bandura, 2004). Les individus très méticuleux seraient généralement plus minutieux et organisés, ce qui leur faciliterait la mise en place préalable de plans d'action permettant de se rassurer en palliant à toute éventualité. Ceci tend à la fois à renforcer le sentiment d'auto-efficacité et à se préparer en vue de surmonter plus facilement la survenue d'obstacles éventuels, paraissant ainsi moins infranchissables. Le lien entre méticulosité et minimisation des freins relatifs à certains comportements de santé, modéré par un fort sentiment d'auto-efficacité a déjà été mis en évidence dans le cadre de l'adoption d'une activité physique régulière pour lutter contre l'hypertension artérielle par exemple (Martin, et al., 2008).

En outre, l'absence de procrastination décisionnelle prédit l'estimation du risque personnel encouru envers le cancer colorectal et la recherche de réassurance suite aux émotions anxieuses. La facilité avec laquelle les individus prennent des décisions semble objectiver leur perception du risque personnel encouru face au cancer colorectal. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes ayant une forte propension à la procrastination décisionnelle tendent plutôt à transférer la responsabilité des prises de décision à autrui, de préférence des personnes de confiance, dénotant un lieu de contrôle plutôt externe (Bailly, 2011). Or, un lieu de contrôle interne favoriserait une perception objective des risques encourus, surtout si l'issue est jugée maîtrisable facilitant l'engagement dans un certain nombre de comportements de santé ; tandis qu'un lieu de contrôle externe tendrait à minimiser le risque personnel encouru et à limiter les actions préventives (Rowe, 2004).

L'évitement expérientiel prédit l'estimation du risque personnel encouru et le degré d'anxiété envers la santé. Ce résultat est congruent avec les données de la littérature qui mettent en avant le rôle de l'évitement expérientiel dans le développement et le maintien de certains troubles mentaux, et notamment ceux qui ont une forte composante anxieuse (Hayes,

Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). L'évitement expérientiel correspond au refus de maintenir le contact avec des pensées catastrophistes intrusives et indésirables, des émotions troublantes, des sensations corporelles douloureuses et/ou désagréables qui créent un sentiment de malaise psychologique (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). Ce rejet rigide et inflexible des expériences mentales négatives conduit à des tentatives désespérées et cognitivement coûteuses visant à les contrôler à tout prix et à y échapper (Hayes & Gifford, 1997 ; (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). La suppression des expériences mentales négatives a le mérite dans un premier temps de réduire notablement l'impression de malaise, mais le fait de lutter coûte que coûte contre ses vécus internes a pour conséquence de les renforcer durablement (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006 ; Wegner, Schneider, Knutson, & McMahon, 1991). Dans le cadre de l'anxiété envers la santé, lorsqu'un individu est confronté à des situations telles que la perception de sensations corporelles inattendues et/ou préoccupantes, ou encore à une invitation à un test de dépistage du cancer, il peut se sentir tourmenté par des pensées menaçantes en rapport et des émotions anxieuses désagréables. Les efforts cognitifs et la vigilance mis en œuvre pour les éviter, les contrôler et/ou y résister les renforcent paradoxalement, amplifiant leur degré d'anxiété envers la santé (Hayes & Strosahl, 2004; Wheaton, Berman, & Abramowitz, 2010). Tout cela a parfois des conséquences directes sur l'adoption de comportements de santé, puisque pour pallier cette anxiété envers la santé croissante, certains individus pourraient se tourner vers des mesures préventives censées les rassurer plus efficacement que l'évitement expérientiel (Miller, O'Hea, Lerner, Moon, & Foran-Tuller, 2011).

3. QUELS FACTEURS SOCIAUX ET PSYCHOLOGIQUES PREDISENT LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ?

3.1. L'IMPACT DES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

À partir de 60 ans, les individus semblent participer davantage au dépistage organisé du cancer colorectal, tandis que la participation des individus âgés de 50 à 59 ans est plus aléatoire. L'avancée en âge a un impact réel sur la participation au dépistage du cancer colorectal (Cokkinides, Chao, Smith, Vernon, & Thun, 2003 ; Ramji, Cotterchio, Manno, Rabeneck, & Gallinger, 2005), dans la mesure où ces individus possèdent généralement de meilleures connaissances envers le dépistage du cancer colorectal qui les sensibilise à l'intérêt pour eux de réaliser le test Hemoccult-II®. Par ailleurs, le niveau de revenus influence la

participation au dépistage du cancer colorectal. Outre des difficultés financières qui peuvent expliquer que certains renoncent à certains soins médicaux (Etzioni, et al., 2004 ; Goulard, Boussac-Zarebska, Duport, & Bloch, 2009 ; Pernet, Dejardin, Morlais, Bouvier, & Launoy, 2010), il est probable que les individus bénéficiant de faibles revenus se préoccupent davantage des problèmes du quotidien laissant au second plan des mesures parfois jugées superflues tant la notion de prévention n'est pas véritablement comprise par l'ensemble de la population (Gast & Peak, 2011).

En revanche, les femmes ne semblent pas plus enclines à participer au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] que les hommes dans cet échantillon, contrairement aux données de la littérature existante (Deutekom, Van Rijn, Dekker, Blaauwgeers, Stronks, Fockens, & Essink-Bot, 2009 ; Evans, Brotherstone, Miles, & Wardle, 2005 ; Garcia, Borràs, Diaz-Milà, Espinàs, Binefa, Fernández, Farré, Pla, Cardona, & Moreno, 2011 ; Weller, Coleman, Robertson, Butler, Melia, Campbell, Parker, Patnick, & Moss, 2007). De plus, la participation au dépistage du cancer colorectal n'augmente pas avec le niveau d'éducation, contrairement à ce que l'on peut remarquer dans d'autres études (Berkowitz, Hawkins, Peipins, White, & Nadel, 2008 ; Frederiksen, Jorgensen, Brasso, & Holten, 2010 ; Garcia, et al., 2011 ; Janz, Lakhani, Vijan, Hawley, Chung, & Katz, 2007 ; Jepson, Clegg, Forbes, Lewis, Sowden, & Kleijnen, 2000 ; Pernet, Dejardin, Morlais, Bouvier, & Launoy, 2010 ; Vernon, 1997). Il est vrai que tous les participants de cette étude avaient fort probablement des compétences langagières suffisantes, leur garantissant un bon niveau de compréhension du langage écrit, pour pouvoir remplir le questionnaire sur Internet. Or, les études mettant en avant des différences de niveau d'éducation dans la participation au dépistage du cancer colorectal étaient, quant à elles, basées sur des entretiens oraux qui permettent d'avoir accès à une frange de la population dont le niveau de compréhension du langage écrit est limité (Miller, Brownlee, McCoy, & Pignone, 2007). Enfin, la localisation géographique du lieu d'habitation des participants ne semble pas impacter ici le taux de participation au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] ; résultat congruent avec les études rapportant que la différence entre les individus réside plutôt dans la proximité et l'accessibilité des infrastructures de santé que dans l'environnement rural ou urbain (Baicker, Chandra, Skinner, & Wennberg, 2004 ; Onega, Duell, Shi, Wang, Demidenko, & Goodman, 2008).

3.2. L'IMPACT DES FACTEUR PSYCHOLOGIQUES SUR LA PARTICIPATION AU DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Aucun des trois facteurs de personnalité étudiés dans cette étude ne prédit directement la participation au dépistage du cancer colorectal. Concernant la méticulosité, nous nous attendions à ce que la méticulosité favorise la participation au dépistage du cancer colorectal dans la mesure où la réalisation du test Hemocult-II[®] nécessite de faire preuve d'un minimum d'organisation et de minutie. Nous émettions également l'hypothèse que la procrastination décisionnelle ferait retarder la prise de décision de s'engager vers ce type de démarche et nuirait à la participation au dépistage du cancer colorectal dans la mesure où les personnes ayant des scores importants à l'échelle de procrastination sont celles qui ont une tendance à la rumination plutôt qu'à l'élaboration de plans d'action (Kulh, 1985). Nous supposons enfin que l'évitement expérientiel aurait un effet néfaste sur la participation au dépistage du cancer colorectal par l'évitement d'un questionnement personnel envers le sentiment de vulnérabilité induit par la réception d'un courrier d'invitation précisant la nature du risque encouru envers le cancer colorectal. Les résultats ne permettent de confirmer aucune de ces hypothèses.

De manière peu surprenante, les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal et les leviers perçus envers le test Hemocult-II[®] prédisent bel et bien la participation au dépistage du cancer colorectal, comme cela a déjà été mis en évidence dans la littérature (Maxwell, Bastani, Crespi, Danao, & Cayetano, 2011). Il est fort probable que le renforcement du sentiment d'auto-efficacité induit par des connaissances solides amplifie la perception des leviers, susceptibles de maximiser un sentiment de maîtrise de la situation qui contribue à majorer la motivation de s'engager dans une démarche de dépistage du cancer colorectal, élément essentiel à la réalisation effective du test Hemocult-II[®].

Enfin la mobilisation préférentielle de stratégies d'ajustement de type vigilant, modérée par la peur de la maladie, dimension émotionnelle de l'anxiété envers la santé prédit également la participation au dépistage du cancer colorectal. Il n'est pas rare que des situations inattendues et/ou nouvelles en matière de santé (tests génétiques, tests de dépistage, etc...) génèrent une détresse émotionnelle, sous la forme d'un état anxieux réactionnel (Audrain, et al., 1997). Par exemple, la situation d'invitation à participer à un test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®] peut générer des inquiétudes, par la prise de conscience soudaine de l'augmentation du risque personnel encouru face au cancer colorectal à partir d'un certain âge. Chez les individus ayant en règle générale une propension à recourir à des stratégies d'ajustement de type vigilant face à ce type de situations, l'anxiété tend à

augmenter notablement durant ces périodes d'incertitude (Miller, Hurley, & Shoda, 1996 ; Tercyak, et al., 2001). Or, il est bien établi aujourd'hui que l'anxiété envers la santé, même modérée, favorise l'adoption de comportements de recherche de réassurance, paraissant fort adaptés dans la plupart des cas puisqu'ils incitent à consulter des médecins et à effectuer des examens médicaux comme le test de dépistage du cancer colorectal (Conroy, Smyth, Siriwardena, & Fernandes, 1999).

CONCLUSION

L'étude d'évaluation de notre modèle explicatif de l'adoption d'une démarche de dépistage du cancer colorectal centré sur le rôle de l'anxiété envers la santé visait à explorer et expliquer le rôle de certains facteurs sociaux et psychologiques sur la participation au dépistage du cancer colorectal. L'objectif était d'apporter un éclairage sur les raisons particulières incitant à adopter ou, au contraire, délaissier une pratique préventive dont l'impact sur la diminution du taux de mortalité associé au cancer colorectal est clairement établi.

Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal dépend en partie de facteurs sociodémographiques. Les individus plus âgés et issus d'un milieu socioprofessionnel favorisé seraient plus impliqués dans la participation au dépistage du cancer colorectal tant ils ont à la fois davantage le sentiment d'être concernés par la maladie et d'être capables de réaliser le test Hemoccult-II[®] en franchissant avec succès les obstacles éventuels. En outre, le statut marital semble impacter la participation au dépistage du cancer colorectal chez les hommes. Les hommes célibataires réaliseraient moins fréquemment un test de dépistage du cancer colorectal que les hommes vivant en couple, très influencés en cela par les conseils et sollicitations de leurs conjointes.

Outre ces facteurs sociodémographiques, des déterminants cognitifs et émotionnels contribuent au processus de prise de décision de participer au dépistage du cancer colorectal. Parmi eux, le sentiment d'être personnellement concerné(e) par cette maladie paraît décisif. Les individus persuadés de courir un risque particulier face au cancer colorectal réalisent plus facilement un test de dépistage. À l'inverse, les individus estimant que cette maladie affecte préférentiellement d'autres catégories de personnes (en raison d'antécédents familiaux, ou de modes de vie jugés malsains, par exemple) participent moins au dépistage du cancer colorectal. Le sentiment d'être concerné(e) par le cancer colorectal est lié à la peur de la maladie, forme d'anxiété dispositionnelle envers la santé, elle-même en partie responsable de l'engagement dans une démarche de dépistage du cancer colorectal. En revanche, la peur de découvrir une tumeur cancéreuse à l'occasion de la réalisation du test (anxiété-état situationnelle) entraverait quant à elle l'adhésion à cette démarche. Par ailleurs, la confiance absolue en l'efficacité du test de dépistage incite véritablement à y participer, tandis que le scepticisme relatif à la fiabilité du test alimente des réticences qui entravent l'adoption de ce type de pratiques. Par ailleurs, certains leviers (réalisation à domicile, simplicité de la

procédure) semblent favoriser un sentiment d'auto-efficacité, propice à l'émergence d'une intention de s'engager dans une démarche de dépistage.

Un certain nombre de critiques peuvent être apportées à ce travail. En premier lieu, il s'agit ici d'une étude transversale visant à différencier les individus *compliant*s envers le test de dépistage du cancer colorectal des individus *non compliant*s, sur la base de caractéristiques psychologiques évaluées à l'aide d'instruments auto-rapportés. Nous nous heurtons ici à un biais de sélection majeur. L'échantillonnage de cette étude n'est fort probablement pas représentatif de la population cible visée, à savoir les individus de 50 à 74 ans ayant un risque moyen de développer un cancer colorectal, puisque la taille des effectifs entre les groupes d'individus *compliant*s et *non compliant*s était très différente. En effet, il est très difficile de mobiliser des individus *non compliant*s qui, par définition, ne se sentent pas véritablement concernés par le dépistage du cancer colorectal, et a fortiori par les études s'y rapportant. De plus, la population des individus *non compliant*s ne semble pas homogène à proprement parler puisqu'elle recouvre différents cas de figure. Les individus *non compliant*s peuvent être soit de simples « retardataires » ayant fermement l'intention de réaliser un test de dépistage à l'avenir dans un délai plus ou moins long (77,27% du groupe dans notre étude), soit des individus véritablement réticents qui refusent bel et bien de réaliser un test de dépistage, quelles qu'en soient les raisons. Il serait donc probablement judicieux de réaliser une étude longitudinale qui permettrait de rendre compte plus finement des éventuelles disparités existant entre les individus *compliant*s, *retardataires* et *non compliant*s quant aux déterminants psychologiques à même d'expliquer le processus de prise de décision de participer ou non à un test de dépistage du cancer colorectal.

Par ailleurs, la grande majorité des participants de l'étude avait obtenu un score modéré au *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*. Or, il est fort possible que l'influence d'une forte anxiété envers la santé sur la participation au dépistage du cancer colorectal se distingue de celle d'une anxiété envers la santé faible à modérée. Des individus très anxieux envers la santé pourraient davantage recourir à des comportements d'évitement phobique, tandis que les individus modérément anxieux cherchent plutôt à se rassurer par l'adoption de comportements de santé tels que le dépistage du cancer colorectal. En outre, il s'avère que la procrastination est le style décisionnel le moins usité chez les français (Bailly, 2011). Il serait donc intéressant de tester d'autres styles décisionnels, plus à même de contribuer à expliquer l'adhésion au dépistage du cancer colorectal.

D'un point de vue méthodologique, il est regrettable que certaines variables (les connaissances envers le dépistage du cancer colorectal, les leviers et freins envers le dépistage

du cancer colorectal, ou encore les inquiétudes spécifiques au cancer) aient été évaluées à l'aide d'échelles non validées en raison du manque d'instruments spécifiques à cette thématique. Il est donc nécessaire de rester prudent quant à la généralisation des résultats obtenus. En outre, de faibles effets significatifs ont souvent été observés, et peuvent être attribués à l'ampleur du modèle testé et à la taille de l'échantillon. En effet, la valeur d'une analyse statistique multivariée diminue lorsque la taille du modèle est importante (Herzog, Boomsma, & Reinecke, 2007). Cette limite est en partie compensée par la taille de l'échantillon de cette étude.

Nonobstant ces critiques, cette étude a permis de recueillir des données riches et détaillées sur un sujet encore peu étudié en France. Les résultats obtenus peuvent nous guider vers quelques pistes d'amélioration des campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal. Des efforts appuyés pour inciter les personnes les plus vulnérables à se faire dépister ont déjà été envisagés. Il s'agit de mesures ciblées telles que la formation des médecins traitant à l'entretien motivationnel adapté au dépistage organisé des cancers auprès de populations vulnérables, ou encore la création et la diffusion de kits de communication adaptés aux populations vulnérables pour améliorer leur compréhension du dépistage du cancer (Ben-Amar, 2010 ; Friedman & Borum, 2007 ; Khankari, et al., 2007). Néanmoins, il serait intéressant de personnaliser davantage les courriers d'invitation à participer au dépistage afin que les individus vivant seuls, et ne bénéficiant pas des conseils de leurs proches, puissent recevoir des informations plus précises sur le test et sur l'importance pour eux d'y participer. Ces courriers pourraient présenter des témoignages émanant d'autres individus dans le but de favoriser la mise en œuvre d'un processus d'identification. Dans les campagnes de prévention, l'accent pourrait être idéalement mis sur la description de la maladie plutôt que sur l'intérêt thérapeutique de la détection précoce d'une tumeur. En effet, cela alimenterait plutôt la peur de la maladie, levier important de la participation au dépistage, que la peur de découvrir un cancer, susceptible d'entraver la réalisation d'un test de dépistage. Il pourrait également être intéressant de stimuler la curiosité des individus plutôt que de transmettre des informations trop précises sur la fiabilité des tests, propices à générer des sentiments de doute qui freinent la participation au dépistage.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le cancer colorectal figure en bonne place parmi les pathologies somatiques les plus fréquentes (Bouvier, Chauvenet, Jooste, & Faivre, 2010). Avec une incidence en hausse constante depuis une trentaine d'années, il représente à lui seul 15% de l'ensemble des cas de cancer en France. Dans le même temps, le taux de mortalité du cancer colorectal a chuté de 21%, grâce notamment à l'amélioration de la détection précoce de la maladie. En effet, diagnostiqué à temps lorsque la tumeur est encore superficielle, le taux de survie à cinq ans est de 94% environ (Institut National du Cancer, 2010). En France, ce constat a motivé la mise en place d'un programme national de dépistage organisé du cancer colorectal en 2008, qui propose aux individus ayant un risque moyen de développer un cancer colorectal de participer à un test de dépistage spécifique tous les 2 ans de 50 à 74 ans. Malgré des arguments très persuasifs issus d'études sérieuses entérinant l'efficacité de cette pratique sur la réduction de la mortalité relative au cancer colorectal (Hewitson & al., 2007), le taux de participation actuel en France est de l'ordre de 34%, bien en-dessous des normes préconisées en Europe (Institut National du Cancer, 2009). Mieux comprendre les causes de ce phénomène est donc devenu un enjeu majeur de santé publique non seulement en France mais dans la plupart des pays industrialisés, comme en témoigne le nombre considérable de publications internationales s'y rapportant à ce jour (Vernon, 1997, Goulard & al., 2009). Notre problématique, présentée dans l'introduction générale, s'inscrit résolument dans la même ligne des travaux cherchant à explorer les déterminants de la participation au dépistage du cancer colorectal. L'objectif était de mettre en évidence le rôle de facteurs psychologiques, pouvant intervenir comme des freins ou des leviers à l'engagement dans la démarche de dépistage du cancer colorectal.

Décrite dans la première partie, l'étude qualitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal visait à explorer à la fois les principaux obstacles et les facteurs motivant la réalisation d'un test de dépistage du cancer colorectal auprès d'un échantillon de la population française interrogé avec la méthodologie du *focus group*. Les principaux résultats obtenus ont fait ressortir comme leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal : 1) l'importance de la compréhension des informations relatives au cancer colorectal et à son dépistage, véhiculées par les campagnes de sensibilisation centrées sur ce problème ; 2) la nécessité de se fier en toute confiance à l'efficacité des tests de dépistage dans la détection de tumeurs cancéreuses ; 3) l'utilité de prendre conscience pour soi du risque encouru face au cancer colorectal au travers d'expériences et témoignages d'autres individus plus ou moins proches ayant soufferts de cette maladie ; et 4) le besoin de recevoir des conseils de la part de son médecin traitant et/ou de proches. Cette étude a également été l'occasion de préciser

certain freins à la participation au cancer colorectal tels que : 1) les doutes et le scepticisme à l'égard de la fiabilité des tests de dépistage ; 2) le sentiment d'être livré à soi-même en l'absence de suivi médical ; 3) l'embarras et la gêne occasionnés par une procédure peu engageante ; et 4) la peur de découvrir un cancer suite à la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal. Ce dernier point, largement abordé dans les entretiens de groupe, nous semblait essentiel, justifiant ainsi de la réalisation d'une étude de validation d'un questionnaire spécifique, mieux à même d'évaluer plus finement les phénomènes anxieux relatifs à la santé somatique que les instruments classiques mesurant l'anxiété-trait.

La seconde partie était donc consacrée à l'étude de validation de l'adaptation francophone du *Health Anxiety Questionnaire* (Lucock & Morley, 1996) auprès d'une population adulte. L'objectif était de développer un outil standardisé et valide permettant d'évaluer spécifiquement le concept d'anxiété envers la santé. Nous avons décrit tout au long de cette seconde partie les propriétés psychométriques du *Questionnaire d'Anxiété envers la Santé*, à savoir : 1) une structure factorielle soulignant l'aspect pluridimensionnel du concept d'anxiété envers la santé (Salkovskis & Warwick, 2001) ; 2) une sensibilité permettant de discriminer les formes normales et pathologiques d'anxiété envers la santé, par l'évaluation de ses éventuels retentissements dans la vie quotidienne ; 3) une consistance interne excellente assurant de l'homogénéité et de la fiabilité de ce questionnaire ; et 4) des critères de validité affirmant la spécificité de l'anxiété envers la santé comme entité distincte de l'anxiété-trait. L'ensemble de ces résultats nous permet de disposer d'un questionnaire fiable, valide, rapide et simple d'utilisation pour évaluer l'anxiété envers la santé dans le cadre de protocoles de recherche en psychologie de la santé, tels que celui de l'étude quantitative des freins et leviers au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II®.

Enfin, la troisième partie rapportait les principaux résultats de l'étude d'évaluation d'un modèle explicatif de l'adoption d'une démarche de dépistage du cancer colorectal centré sur le rôle de l'anxiété envers la santé visant plus précisément à déterminer le rôle de certains facteurs psychologiques dans l'adhésion à la participation au dépistage du cancer colorectal. Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est en partie fonction : 1) du sentiment d'être personnellement concerné(e) par le cancer colorectal ; 2) de la peur de la maladie (dimension de l'anxiété envers la santé) ; 3) de la confiance inébranlable en l'efficacité du test de dépistage dans la détection de tumeurs cancéreuses ; et 4) du sentiment d'auto-efficacité majoré par la perception de la simplicité de la procédure du test. En revanche, la participation au dépistage du cancer colorectal est entravée par : 1) le sentiment de ne pas être concerné(e) par cette maladie ; 2) la peur de découvrir un cancer en réalisant un

test de dépistage ; et 3) les doutes liés à la perception du manque de fiabilité du test de dépistage.

À notre connaissance, ce travail est un des premiers en France ciblant les facteurs psychologiques impliqués dans la participation au dépistage du cancer colorectal. Ceci est surprenant tant la littérature internationale portant sur les facteurs psychologiques d'adhésion au dépistage du cancer du sein (Andersen, Smith, Meischke, Bowen, & Urban, 2003 ; Consedine, Magai, Krivoshekova, Ryzewicz, & Neugut, 2004), du col de l'utérus (Blomberg, Ternstedt, Tornberg, & Tishelman, 2008), ou encore du cancer de la prostate (Consedine, Morgenstern, Kudadjie-Gyamfi, Magai, & Neugut, 2006) est foisonnante. Parmi les déterminants psychologiques de l'adoption de ces mesures de dépistage, certaines variables cognitives (les croyances et attitudes envers l'efficacité du dépistage, la perception du risque personnel encouru, les connaissances envers le cancer et le dépistage, ou l'optimisme irréaliste), socio-émotionnelles (le soutien social, la peur de la maladie, la dépression, ou l'embarras envers la procédure), et d'ajustement (les stratégies de coping de type vigilant et évitant) ont été très étudiées (Ackerson & Preston, 2009 ; Magai, Consedine, Neugut, & Hershman, 2007). Néanmoins, les études concernant le dépistage d'autres cancers, ou les tests génétiques d'autres maladies somatiques sont encore très rares (Croyle, Achilles, & Lerman, 1997). Par exemple, nous disposons encore de très peu d'informations sur l'adhésion aux comportements de santé préventifs liés au cancer de la peau (Kasparian, McLoone, & Meiser, 2009). Il est donc primordial de conduire de nouvelles recherches pour combler ce manque.

Par ailleurs, il serait pertinent d'investiguer plus avant l'impact psychologique de la participation aux dépistages des cancers, notamment en cas d'annonce de mauvais résultats faisant craindre pour l'intégrité corporelle. À ce titre, les phénomènes anxieux propres à ces cas particuliers mériteraient assurément d'être précisés plus finement. L'exemple de la mammographie permet d'illustrer ces propos. Un niveau d'anxiété élevé est parfois observé suite à la réception d'une invitation à pratiquer une mammographie, mais elle décline généralement après l'annonce de résultats rassurants (Aro, Pilvikki-Absetz, van Elderen, van der Ploeg, & van der Kamp, 2000 ; Austoker & Ong, 1994 ; McNoe, Richardson, & Elwood, 1996). Néanmoins, il existe un véritable impact psychologique du dépistage lorsque les résultats sont faussement positifs (Absetz, Aro, & Sutton, 2003), dont les conséquences sont parfois désastreuses en décourageant définitivement l'adoption d'un suivi à long terme (Brett & Austoker, 2001 ; Lampic, Thurfjell, & Sjoden, 2003), mais que l'on ne peut cerner et appréhender de manière approfondie sans outils d'évaluation qui ne soient pas génériques (Brett, Bankhead, Henderson, Watson, & Austoker, 2005). En cela, de nouveaux instruments

spécifiques, tels que la *Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer* (MAX-PC ; Roth, et al., 2003), le *Breast Cancer Anxiety Questionnaire* (BCAQ ; Kash & Jacobsen, 1995) ou plus récemment la *Defensive Information Processing Scale to Colorectal Cancer Screening* (DIPS-CCS ; McQueen, Vernon, & Swank, 2012), devraient à l'avenir être élaborés ou adaptés en langue française. Tout cela ouvre bel et bien des perspectives de recherches dans un domaine encore trop peu exploré.

Enfin, au vu des principaux résultats de ce travail, il semble que le concept d'anxiété envers la santé occupe une place importante dans la compréhension de la participation au dépistage du cancer colorectal. À ce titre, il paraît relativement essentiel de considérer ce phénomène plus avant et d'élaborer des projets de recherche visant à établir un lien entre l'anxiété envers la santé et l'adoption de certains comportements ayant des impacts notoires sur l'état de santé somatique des personnes qui les mobilisent. Par exemple, la consommation de tabac, dont on sait qu'elle joue un rôle important dans l'apparition de certains cancers, est parfois mobilisée par certaines personnes comme une stratégie adaptative visant à lutter contre des degrés d'anxiété générale élevés (Shahab & West, 2012). En dépit du fait que ce comportement permettrait à certaines personnes d'appréhender de manière plus apaisée les événements stressants de la vie quotidienne, il peut entraîner des cognitions culpabilisantes en raison de son caractère nocif bien connu sur la santé somatique et induire une autre forme d'anxiété centrée plus spécifiquement sur les maladies en rapport. Dès lors, il pourrait être pertinent d'examiner plus finement ce phénomène à l'aide du concept d'anxiété envers la santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abramowitz, I., Olatunji, B., & Deacon, B. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy, 38*, 86-89.
- Abramowitz, J., & Moore, E. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behaviour and Research Therapy, 45*, 413-424.
- Abramowitz, J., Taylor, S., & McKay, D. (2010). Hypochondriasis and severe health anxiety. Dans D. McKay, J. Abramowitz, & S. Taylor, *Cognitive-behavioral therapy for refractory cases: Turning failure into success*. (pp. 327-346). Washington, DC: American Psychological Association.
- Absetz, P., Aro, A., & Sutton, S. (2003). Experience with breast cancer pre-screening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. *Psycho-Oncology, 12*, 305-318.
- Ackerson, K., & Preston, S. (2009). A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 65*(6), 1130-1140.
- Aguerre, C., Michel, G., Réveillère, C., Birmelé, B., & Laroche, F. (2008). Conduites à risques et santé somatique: déterminants psychologiques et perspectives cliniques. *Annales Médico-Psychologiques, 166*, 121-126.
- Ahadi, S., Rothbart, M., & Ye, R. (1993). Children's temperament in the US and China: Similarities and differences. *European Journal of Personality, 7*(5), 359-377.
- Airey, C., Brewster, S., Erens, B., Lilley, S., Pickering, K., & Pitson, L. (1999). *National surveys of NHS patients. General practice 1998*. London, UK: NHS Executive.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Madden, T. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology, 22*, 453-474.
- Alberts, N., Sharpe, D., Kehler, M., & Hadjistavropoulos, H. (2011). Health anxiety: comparison of the latent structure in medical and non-medical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 612-614.
- Andersen, B., Cacioppo, J., & Roberts, D. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology, 34*, 33-52.

- Andersen, M., Smith, R., Meischke, H., Bowen, D., & Urban, N. (2003). Breast cancer worry and mammography use by women with and without a family history in a population-based sample. *Cancer Epidemiology & Biomarkers Prevention*, *12*, 314-320.
- Aro, A., Pilvikki-Absetz, S., van Elderen, T., van der Ploeg, E., & van der Kamp, L. (2000). False-positive findings in mammography screening induces short-term distress, breast cancer-specific concern prevails longer. *European Journal of Cancer*, *36*, 1089-1097.
- Aronson, K. (2006). The reliability and validity of the Symptom Interpretation Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*, 807-811.
- Aronson, K., Barrett, L., & Quigley, K. (2006). Emotional reactivity and the overreport of somatic symptoms: somatic sensitivity or negative reporting style? *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 521-530.
- Asmundson, G., & Taylor, S. (2007). Health anxiety and its disorders. Dans M. Hersen, & J. Rosqvist, *Handbook of assessment, conceptualization, and treatment* (pp. 701-727). New York: Wiley.
- Asmundson, G., Abramowitz, J., Richter, A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, *12*, 306-312.
- Asmundson, G., Taylor, S., & Cox, B. (2001). *Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. New York: Wiley.
- Asmundson, G., Taylor, S., Carleton, R., Weeks, J., & Hadjistavropoulos, H. (2011). Should health anxiety be carved at the joint? A look at the health anxiety construct using Factor Mixture Modeling in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, DOI:10.1016/j.janxdis.2011.11.009.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition)*. Washington, DC: Authors.
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann-Coblentz, Le Trung, T., Decorre, Y., Rousseau, M., . . . Boutan-Laroze, A. (2008). Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *Hemobstacle: une étude qualitative. Exercer*, *19*(80), 4-7.
- Audrain, J., Schwartz, M., Lerman, C., Hughes, C., Peshkin, B., & Biesecker, B. (1997). Psychological distress in women seeking genetic counseling for breast-ovarian cancer risk: The contributions of personality and appraisal. *Annals of Behavioral Medicine*, *19*, 370-377.

- Austoker, J., & Ong, G. (1994). Written information needs of women who are recalled for further investigation of breast screening: Results of a multicentre study. *Journal of Medical Screening, 1*, 238-244.
- Azzarello, L. (2006). Psychological factors associated with skin cancer detection behaviors in individuals with a family history of melanoma. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering.*, 66(7B), 3937.
- Baicker, K., Chandra, A., Skinner, J., & Wennberg, J. (2004). Who you are and where you live: hox race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs, Suppl Web Exclusives*, 33-44.
- Bailly, N., & Iharragorry-Devau, M.-L. (2011). Adaptation et validation en langue française d'une échelle de prise de décision. *Canadian Journal of Behavioural Science, 43*(3), 143-149.
- Bajracharya, S. (2007). An assessment of the perceived barriers and strategies to promoting early detection of colorectal cancer: a practitioners' perspective. *International Quality of Community Health Education, 26*(1), 23-44.
- Balderson, N., & Towell, T. (2003). The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *British Journal of Health Psychology, 8*, 125-134.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior, 31*, 143-164.
- Barbour, R., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research: politics, theory and practice*. London: Sage.
- Barling, N., & Lehmann, M. (1999). Young men's awareness, attitudes and practice of testicular self-examination: A Health Action Process Approach. *Psychology, Health & Medicine, 4*(3), 255-263.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological reserach: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Baron, R., Rimer, B., Breslow, R., Coates, R., Kerner, J., Melillo, S., . . . Briss, P. (2008). Client-directed interventions to increase community demand for breast, cervical, and colorectal cancer screening: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 35*(1S), 34-55.

- Barsky, A. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.
- Barsky, A. (1992). Hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 791-801.
- Barsky, A. (2001). Somatosensory amplification and hypochondriasis. Dans V. Starcevic, & D. Lipsitt, *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady*. (pp. 223-248). New York: Oxford University Press.
- Barsky, A. (2001). The patient with hypochondriasis. *New England Journal of Medicine*, 345, 1395-1399.
- Barsky, A., & Ahern, D. (2004). Cognitive Behavior Therapy for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 291, 1464-1470.
- Barsky, A., Brener, J., Coeytaux, R., & Cleary, P. (1995). Accurate awareness of heartbeat in hypochondriacal and non-hypochondriacal patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(4), 489-497.
- Barsky, A., Geringer, E., & Wool, C. (1988). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Barsky, A., Whyshak, G., & Klerman, G. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship with hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.
- Barsky, A., Wyshak, G., & Klerman, G. (1986). Hypochondriasis: An evaluation of the DSM-III criteria in medical outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 43, 493-500.
- Basquin, A., Richoux, C., & Lejoyeux, M. (2008). Psychothérapies cognitivo-comportementales de l'hypocondrie. *Annales Médico-Psychologiques*, 166, 238-245.
- Bastani, R., Gallardo, N., & Maxwell, A. (2001). Barriers to colorectal cancer screening among ethnically diverse and average risk individuals. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(3/4), 65-84.
- Bauerle Bass, S., Gordon, T., Burt Ruzek, S., Wolak, C., Ward, S., Paranjape, A., . . . Ruggieri, D. (2011). Perceptions of colorectal cancer screening in urban African American clinic patients: Differences by gender and screening status. *Journal of Cancer Education*, 26, 121-128.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-38.
- Beck, A. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.

- Beck, F., Gautier, A., Guilbert, P., & Peretti-Watel, P. (2009). Représentations et attitudes du public vis-à-vis du cancer. *Médecine/Sciences*, 25(5), 529-533.
- Beeker, C., Kraft, J., Southwell, B., & Jorgensen, C. (2000). Colorectal cancer screening in older men and women qualitative research findings and implications for interventions. *Journal of Community Health*, 25(3), 263-278.
- Beichhardt, G., & Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the german population. *British Journal of Health Psychology*, 12, 511-523.
- Bejes, C., & Marel, M. (1992). Attempting the improbable: offering colorectal cancer screening to all appropriate patients. *Family Practice Research Journal*, 12, 83-90.
- Bell, J., Adler, M., Greenstein, J., & Liu-Chen, L. (1993). Identification and characterization of I125 arginine vasopressin binding sites on human peripheral blood mononuclear cells. *Life Sciences*, 52, 95-105.
- Belot A, G. P.-F. (2008). Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 56(3), 159-175.
- Berkowitz, Z., Hawkins, N., Peipins, L., White, M., & Nadel, M. (2008). Beliefs, risk perceptions, and gaps in knowledge as barriers to colorectal cancer screening in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 307-314.
- Bianchi, G. (1971). Origins of disease phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 241-257.
- Bijl, R., & Ravelli, A. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Public Health*, 90, 602-607.
- Birkenfeld, S., & Niv, Y. (2006). Survey of primary physicians' knowledge of colorectal cancer screening. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 40(1), 64-67.
- Bjelke, E. (1974). Epidemiologic studies of cancer of the stomach, colon, and rectum with special emphasis on the role of diet. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 31, 1-235.
- Bjerkeset, O., Nordahl, H., Mykletun, A., Holmen, J., & Dahl, A. (2005). Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 153-161.
- Blay, J.-Y., Eisinger, F., Rixe, O., Calazel-Benque, A., Morere, J.-F., Cals, L., . . . Pivot, X. (2008). Le programme Edifice: analyse des pratiques de dépistage du cancer en France. *Bulletin du Cancer*, 95(11), 1067-1073.

- Blomberg, K., Ternstedt, B., Tornberg, S., & Tishelman, C. (2008). How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? *Psycho-Oncology*, *17*(6), 561-569.
- Boerner, L. (2004). The psychological and behavioral impact of screening for ovarian cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *65*, 2614.
- Bogg, T., & Roberts, B. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, *130*, 887-919.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Genole, N., Orcutt, H., . . . Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, DOI:10.1016/j.beth.2011.03.007.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, *62*, 281-298.
- Borella, P., Bargellini, A., Rovesti, S., Pinelli, M., Vivoli, R., Solfrini, V., & Vivoli, G. (1999). Emotional stability, anxiety, and natural killer activity under examination stress. *Psychoneuroendocrinology*, *24*, 613-627.
- Boutron-Ruault, M., Senesse, P., Meance, S., Belghiti, C., & Faivre, J. (2001). Energy intake, body mass index, physical activity, and the colorectal adenoma-carcinoma sequence. *Nutrition and Cancer*, *39*, 50-57.
- Bouvier, A.-M. (2009). Epidémiologie descriptive du cancer colorectal en France. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, *2-3*, 14-16.
- Bouvier, A.-M., Chauvenet, M., Jooste, V., & Faivre, J. (2010). Le poids du cancer colorectal en France en 2005 : estimation de sa prévalence et du nombre de patients nécessitant des soins. *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire*, *12*, 105-108.
- Bowel Cancer Screening Pilot Monitoring and Evaluation Steering Committee. (2005). *Australia's bowel cancer screening pilot and beyond: Final evaluation report*. Barton: Healthcare Management Advisors Pty Ltd.
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Sammut, P., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., & Hannan, A. (2011). Obsessive-compulsive spectrum disorders: A comorbidity and family history perspective. *Australasian Psychiatry*, *19*(2), 151-155.
- Brenes, G., & Paskett, E. (2000). Predictors of stage of adoption for colorectal cancer screening. *Preventive Medicine*, *31*(4), 410-416.

- Brett, J., & Austoker, J. (2001). Women who are recalled for further investigation for breast screening: Psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. *Journal of Public Health Medicine, 23*(4), 292-300.
- Brett, J., Bankhead, C., Henderson, B., Watson, E., & Austoker, J. (2005). The psychological impact of mammographic screening. A systematic review. *Psycho-Oncology, 14*, 917-938.
- Bridou, M., & Aguerre, C. (2010). Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer: revue de question des apports de l'approche cognitivo-comportementale. *Psycho-Oncologie, 4*(Suppl 1), S26-S32.
- Bridou, M., & Aguerre, C. (2011). L'anxiété envers la santé: définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Annales Médico-Psychologiques*, DOI :10.1016/j.amp.2010.11.017.
- Britten, N. (1995). Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ, 311*, 251-253.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 631-637.
- Brouse, C., Basch, C., Wolf, R., Schmukler, C., Neugut, A., & Shea, S. (2003). Barriers to colorectal cancer screening with fecal occult blood testing in a predominantly minority urban population: a qualitative study. *American Journal of Public Health, 93*(8), 1268-1271.
- Brown, C., Constance, K., Bédard, D., & Purden, M. (2011). Colorectal surgery patients' pain status, activities, satisfaction, and beliefs about pain and pain management. *Pain Management Nursing*, DOI: 10.1016/j.pmn.2010.12.002.
- Brown, L., Tomarken, A., Orth, D., Loosen, P., Kalin, N., & Davidson, R. (1996). Individual differences in repressive-defensiveness predict basal salivary cortisol levels. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 362-371.
- Brown, R. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: An integrative conceptual model. *Psychological Bulletin, 130*, 793-812.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.

- Bruchon-Schweitzer, M., & Paulhan, I. (1993). *Adaptation française de l'Inventaire d'Anxiété Trait-Etat. Forme Y (STAI Y)*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Busch, S. (2003). Elderly African American women's knowledge and belief about colorectal cancer. *Association of Black Nursing Faculty Journal*, 14(5), 99-103.
- Buunk, B., & Gibbons, F. (1997). *Health, coping, and well-being. Perspectives from social comparison theory*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Campo, S., Askelson, N., Routsong, T., Graaf, L., Losch, M., & Smith, H. (2008). The Green Acres Effect: The need for a new colorectal cancer screening campaign tailored to rural audiences. *Health Education & Behavior*, 35(6), 749-762.
- Cattell, R. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Chambless, D., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the Body sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chandrashekara, S., Jayashree, K., V. H., Vadiraj, H., Ramesh, M., Shobha, A., . . . Vikram, Y. (2007). Effects of anxiety on TNF-alpha levels during psychological stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 65-69.
- Chapman, D., Perry, G., & Strine, T. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventive Chronic Disease*, 2, 1-10.
- Christensen, A., & Smith, T. (1995). Personality and patient adherence: Correlates of the five-factor model in renal dialysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 305-313.
- Clark, D., Salkovskis, P., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., . . . Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis: A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Clavarino, A., Janda, M., Hughes, K., Del Mar, C., Tong, S., Stanton, W., . . . Newman, B. (2004). The view from two sides: A qualitative study of community and medical perspectives on screening for colorectal cancer using FOBT. *Preventive Medicine*, 39, 482-490.
- Cohen, S., & Rodriguez, M. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14, 374-380.
- Cohen, S., Palmieri, R., Nyante, S., Koralek, D., Kim, S., Bradshaw, P., & Olshan, A. (2008). Obesity and screening for breast, cervical, and colorectal cancer in women. *Cancer*, 112(9), 1892-1904.

- Cokkinides, V., Chao, A., Smith, R. V., & Thun, M. (2003). Correlates of underutilization of colorectal cancer screening among US adults, age 50 years and older. *Preventive Medicine, 36*(1), 85-91.
- Cole, S., Young, G., Esterman, A., Cadd, B., & Morcom, J. (2003). A randomised trial of the impact of new faecal haemoglobin test technologies on population participation in screening for colorectal cancer. *Journal of Medical Screening, 10*, 117-122.
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. New York: Open University Press.
- Conroy, R., Smyth, O., Siriwardena, R., & Fernandes, P. (1999). Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(1), 45-50.
- Consedine, N., Magai, C., Krivoshekova, Y., Ryzewicz, L., & Neugut, A. (2004). Fear, anxiety, worry, and breast cancer screening behavior: A critical review. *Cancer, Epidemiology, Biomarkers, & Prevention, 13*(4), 501-510.
- Consedine, N., Morgenstern, A., Kudadjie-Gyamfi, E., Magai, C., & Neugut, A. (2006). Prostate cancer screening behavior in men from seven ethnic groups: The fear factor. *Cancer Epidemiology & Biomarkers Prevention, 15*, 228-237.
- Cooke, R., & French, D. (2008). How well do the Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behaviour predict intentions and attendance at screening programmes? A meta-analysis. *Psychology & Health, 23*, 745-765.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Social constraints, cognitive processing and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 706-711.
- Coronado, G., Farias, A., Thompson, B., Godina, R., & Oderkirk, W. (2006). Attitudes and beliefs about colorectal cancer among mexican americans in communities along the US-Mexico border. *Ethnicity & Disease, 16*, 421-427.
- Costa, P. J., & McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., & McCrae, R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: the NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4*(1), 5-13.

- Costa, P., & McCrae, R. (1997). Stability and change in personality assessment: the Revised NEO-Personality Inventory in the year 2000. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 86-94.
- Costa, P., McCrae, R., & Rolland, J. (1998). *NEO-PI-R. Inventaire de Personnalité Révisé. Adaptation française*. Paris: ECPA.
- Costello, A., & Osborne, J. (2005). Best practices in Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Cottet, V., Bonithon-Kopp, C., & Faivre, J. (2004). Prévention primaire des cancers du tube digestif. *EMC-Chirurgie*, 1, 32-46.
- Coughlin, S., Costanza, M., Fernandez, M., Glanz, K., Lee, J., Smith, S., . . . Blumenthal, D. (2006). CDC-Funded intervention research aimed at promoting colorectal cancer screening in communities. *Cancer*, 107(5), 1196-1204.
- Cram, P., Fendrick, A., Inadomi, J., Cowen, M., Carpenter, D., & Vijan, S. (2003). The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening: The Katie Couric effect. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1601-1605.
- Craske, M., Rapee, R., Jackel, L., & Barlow, D. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397-402.
- Craven, O. (2001). Screening for colorectal cancer using the Faecal Occult Blood Test: a critical literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 5(4), 234-243.
- Creed, F., & Barsky, A. (2004). A systematic review of the epidemiology of somatization disorder and hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 391-408.
- Croyle, R., Achilles, J., & Lerman, C. (1997). Psychologic aspects of cancer genetic testing: A research update for clinicians. *Cancer*, 80(3), 569-575.
- Cyr, A., Dunnagan, T., & Haynes, G. (2010). Efficacy of the Health Belief Model for predicting intention to pursue genetic testing for colorectal cancer. *Journal of Genetic Counselling*, 19, 174-186.
- Davis, R., Armstrong, D., Dignan, M., Norling, G., & Redmond, J. (2006). Evaluation of Educational Materials on colorectal cancer screening in Appalachian Kentucky. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), 1-8.
- Davis, T., Dolan, N., Ferreira, M., Tomori, C., Green, K., Sipler, A., & Bennett, C. (2001). The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer Investigation*, 19(2), 193-200.

- Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, *6*, 240-246.
- DeGroot, K., Boeke, S., Bonke, B., & Passchier, J. (1997). A reevaluation of the adaptiveness of avoidant and vigilant coping with surgery. *Psychology & Health*, *12*(5), 711-717.
- Deimling, G., Bowman, K., Sterns, S., Wagner, L., & Kahana, B. (2006). Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *15*, 306-320.
- Dent, O., Bartrop, R., Goulston, K., & Chapuis, P. (1983). Participation in faecal occult blood screening for colorectal cancer. *Social Science & Medicine*, *17*(1), 17-23.
- Deshpande, A., McQueen, A., & Coups, E. (2011). Different effects of multiple health status indicators on breast and colorectal cancer screening in a nationally representative US sample. *Cancer Epidemiology*, DOI:10.1016/j.canep.2011.10.001.
- Deutekom, M., Van Rijn, A., Dekker, E., Blaauwgeers, H., Stronks, K., Fockens, P., & Essink-Bot, M. (2009). Uptake of faecal occult blood test colorectal cancer screening by different ethnic groups in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, *19*, 400-402.
- DeVellis, B., Blalock, S., & Sandler, R. (1990). Predicting participation in cancer screening: The role of perceived behavioral control. *Journal of Applied Social Psychology*, *20*, 639-660.
- Dickson, K., Ciesla, J., & Reilly, L. (2011). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. *Behavior Therapy*, DOI: 10.1016/j.beth.2011.11.002.
- Digman, J. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, *41*, 417-440.
- Dolan, J., & Frisina, S. (2002). Randomized controlled trial of a patient decision aid for colorectal cancer screening. *Medical Decision Making*, *22*, 125-139.
- Dolan, N., Ferreira, M., Davis, T., Fitzgibbon, M., Rademaker, A., Liu, D., . . . Bennett, C. (2004). Colorectal cancer screening knowledge, attitudes, and beliefs among veterans: Does literacy make a difference? *Journal of Clinical Oncology*, *22*(13), 2617-2622.
- Dubé, C., Fuller, B., Rosen, R., Fagan, M., & O'Donnell, J. (2005). Men's experiences of physical exams and cancer screening tests: A qualitative study. *Preventive Medicine*, *40*, 628-635.
- Dudokdewit, A., Tibben, A., Duivenvoorden, H., Niermeijer, M., Passchier, J., & Trijsburg, R. (1998). Distress in individuals facing predictive DNA testing for autosomal

- dominant late-onset disorders: comparing questionnaire results with in-depth interviews Rotterdam/Leiden Genetics Workgroup. *American Journal of Medical Genetics*, 75(1), 62-74.
- Dutta-Bergman, M. (2004). Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among Internet health information seekers: Population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 6(2), e15.
- Eckman, M., Wise, R., Leonard, A., Dixon, E., Burrows, C., Khan, F., & Warm, E. (2011). Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases. *Patient Education and Counseling*, DOI: 10.1016/j.pec.2011.07.020.
- Edwards, A., Evans, R., Hood, K., & Elwyn, G. (2006). Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD001865), 1-56.
- Effert, B., & Ferrari, J. (1989). Decisional procrastination: Examining personality correlates. *Journal of Social Behavior & Personality*, 4(1), 151-161.
- El-Nachef, N., Thomas, J., Lin, Y.-V., Munoz, R., Lau, C., Somsouk, M., & Inadomi, J. (2010). Attitudes and beliefs that act as barriers to intent to screen for colorectal cancer. *Gastroenterology*, 138(5), S189.
- Endler, N., Kocovski, N., & Macrodimitris, S. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30, 617-625.
- Etzioni, D., Ponce, N., Babey, S., Spencer, B., Brown, E., Ko, C., . . . Klabunde, C. (2004). A population-based study of colorectal cancer test use: Results from 2001 California Health interview survey. *Cancer*, 101(11), 2523-2532.
- Evans, R., Brotherstone, H., Miles, A., & Wardle, J. (2005). Gender differences in early detection of cancer. *Journal of Men's Health & Gender*, 2(2), 209-217.
- Fairfield, K., Chen, W., Colditz, G., Emmons, K., & Fletcher, S. (2004). Colon cancer risk counseling by health-care providers: perceived barriers and response to an internet-based cancer risk appraisal instrument. *Journal of Cancer Education*, 19(2), 95-97.
- Faivre, J., Dancourt, V., Lejeune, C., Tazi, M., Lamour, J., Gerard, D., . . . Bonithon-Kopp, C. (2004). Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*, 126, 1674-1680.
- Faivre, J., Lepage, C., & Dancourt, V. (2009). Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2-3, 17-19.

- Fallon, B., Qureshi, A., Laje, G., & Klein, B. (2000). Hypochondriasis and its relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 605-616.
- Fang, C., Miller, S., Daly, M., & Hurley, K. (2002). The influence of attentional style and risk perceptions on intentions to undergo prophylactic oophorectomy among first-degree relatives. *Psychology and Health*, 17(3), 365-376.
- Fantini, C., Pedinielli, J.-L., & Manouvrier, S. (2007). Etude de la vulnérabilité psychologique des sujets inscrits à un dépistage génétique des cancers colorectaux héréditaires. *L'Encéphale*, 33(2), 117-123.
- Farrands, P., Hardcastle, J., Chamberlain, J., & Moss, S. (1984). Factors affecting compliance with screening for colorectal cancer. *Journal of Public Health*, 6(1), 12-19.
- Fava, G., & Grandi, S. (1991). Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 114-119.
- Fava, G., Freyberger, H., Beck, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 63, 1-8.
- Federici, A., Giorgi Rossi, P., Bartolozzi, F., Farchi, S., Borgia, P., & Guasticchi, G. (2005). The immunochemical faecal occult blood test leads to higher compliance than the guaiac for colorectal cancer screening programmes: a cluster randomized trial. *Journal of Medical Screening*, 12, 83-88.
- Feeley, T. (2007, Novembre 15). Discussing colorectal cancer screening in primary care: Identifying barriers and facilitators for patients and providers. Chicago, USA: Paper presented at the annual meeting of the NCA 93rd Annual Convention.
- Feeley, T., Cooper, J., Foels, T., & Mahoney, M. (2009). Efficacy expectations for colorectal cancer screening in primary care: identifying barriers and facilitators for patients and clinicians. *Journal of Health Communication*, 24(4), 304-315.
- Felsen, C., Piasecki, A., Ferrante, J., Ohman-Strickland, P., & Crabtree, B. (2011). Colorectal cancer screening among primary care patients: Does risk affect screening behavior? *Journal of Community Health*, DOI:10.1007/s10900-010-9348-0.
- Ferguson, E. (2004). Personality as a predictor of hypochondriacal concerns: Results from two longitudinal studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 307-312.
- Ferguson, E. (2009). A taxometric analysis of health anxiety. *Psychological Medicine*, 39, 277-285.

- Ferrante, J., Ohman-Strickland, P., Hudson, S., Hahn, K., Scott, J., & Crabtree, B. (2006). Colorectal cancer screening among obese versus non-obese patients in primary care practices. *Cancer Detection & Prevention, 30*(5), 459-465.
- Ferrari, J. (1991). Compulsive procrastination: some self-reported characteristics. *Psychological Reports, 68*(2), 455-458.
- Ferrari, J. (2001). Procrastination as self-regulation failure of performance: effects of cognitive load, self-awareness, and time limits on "working best under pressure". *European Journal of Personality, 15*, 391-406.
- Ferrari, J., & Tice, D. (2000). Procrastination as a self-handicap for men and women: a task-avoidance strategy in a laboratory setting. *Journal of Research in Personality, 34*, 73-83.
- Ferrari, J., Johnson, J., & McCown, W. (1995). *Procrastination and task avoidance: Theory, research and treatment*. New York: Plenum Press.
- Ferrer, R., Hall, K., Portnoy, D., Ling, B., Han, P., & Klein, W. (2011). Relationships among health perceptions vary depending on stage of readiness for colorectal cancer screening. *Health Psychology, 30*(5), 525-535.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior*. New York: Wiley.
- Fitzgibbon, M., Ferreira, M., Dolan, N., Davis, T., Rademaker, A., Wolf, M., . . . Bennett, C. (2007). Process evaluation in an intervention designed to improve rates of colorectal cancer screening in a VA medical center. *Health Promotion Practice, 8*(3), 273-281.
- Ford, J., Coups, E., & Hay, J. (2006). Knowledge of colon cancer screening in a national probability sample in the United States. *Journal of Health Communication: International Perspectives, 11*(S001), 19-35.
- Francois, F., Elysée, G., Shah, S., & Gany, F. (2009). Colon cancer knowledge and attitudes in an immigrant Haitian community. *Journal of Immigrant Minority Health, 11*, 319-325.
- Frederiksen, B., Jorgensen, T., Brasso, K., & Holten, I.O. (2010). Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *British Journal of Cancer, 9*, 1496-1501.
- Freeston, M., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences, 17*, 791-802.
- Frey, J., & Fontana, A. (1993). The group interview in social research. Dans D. Morgan, *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. (pp. 20-34). Newbury Park, CA: Sage.

- Friedemann-Sanchez, G., Griffin, J., & Partin, M. (2006). Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs. *Health Expectations, 10*, 148-160.
- Friedman, D., & Hoffman-Goetz, L. (2006). A systematic review of readability and comprehension instruments used for print and web-based cancer information. *Health Education & Behavior, 33*, 352-373.
- Friedman, D., & Hoffman-Goetz, L. (2007). An exploratory study of older adults' comprehension of printed cancer information: Is readability a key factor? *Journal of Health Communication, 12*(5), 423-437.
- Friedman, H., & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": a meta-analytic view of the construct. *American Psychologist, 42*, 539-555.
- Friedman, M., & Borum, M. (2007). Colorectal cancer screening of African Americans by internal medicine resident physicians can be improved with focused educational efforts. *Journal of the National Medical Association, 99*(9), 1010-1012.
- Fulton, J., Marcus, D., & Merkey, T. (2011). Irrational health beliefs and health anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 67*(6), 527-538.
- Fyffe, D., Hudson, S., Fagan, J., & Brown, D. (2008). Knowledge and barriers related to prostate and colorectal cancer prevention in underserved black men. *Journal of the National Medical Association, 100*(10), 1161-1167.
- Garakani, A., Win, T., Virk, S., Gupta, S., Kaplan, D., & Masand, P. (2003). Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *American Journal of Therapeutics, 10*, 61-67.
- Garcia, M., Borràs, J., Diaz-Milà, N., Espinàs, J., Binefa, G., Fernández, E., . . . Moreno, V. (2011). Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. *Preventive Medicine, 1-12*.
- Garland, C., Shekelle, R., Barrett-Connor, E., Criqui, M., Rossof, A., & Paul, O. (1985). Dietary vitamin D and calcium and risk of colorectal cancer: a 19-year prospective study in men. *The Lancet, 1*, 307-309.
- Gast, J., & Peak, T. (2011). "It used to be that if it weren't broken and bleeding profusely, I would never go to the doctor": Men, masculinity, and health. *American Journal of Men's Health, 5*, 318-331.
- Gattellari, M., Butow, P., & Tattersall, M. (2001). Sharing decisions in cancer care. *Social Science and Medicine, 52*, 1865-1878.

- Gazmararian, J., Williams, M., Peel, J., & Baker, D. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education Counseling, 51*, 267-275.
- Gennarelli, M., Jandorf, L., Cromwell, C., Valdimarsdottir, H., Redd, W., & Itzkowitz, S. (2005). Barriers to colorectal cancer screening: Inadequate knowledge by physicians. *The Mount Sinai Journal of Medicine, 72*, 36-44.
- Gérat-Muller, V., Andronikof, A., Cousson-Gélie, F., Grondin, O., & Doron, J. (2011). Vécu du cancer du sein entre discours et éprouvé: Dynamiques psychiques chez des femmes atteintes d'un cancer du sein: anxiété et dépression entre sentiments et émotions. *Psycho-Oncologie, 5*(4), 219-226.
- Gibbons, F., & Gerrard, M. (1991). Downward comparison and coping with threat. Dans B. Buunk, & F. Gibbons, *Social comparison: Contemporary theory and research*. (pp. 317-346). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gilbert, A., & Kanarek, N. (2005). Colorectal cancer screening: physician recommendation is influential advice to Marylanders. *Preventive Medicine, 41*, 367-379.
- Giovannucci, E. (1995). Insulin and colon cancer. *Cancer Causes and Control, 6*, 164-179.
- Glaser, R. (2007). Stress and immunity. Dans R. Ader, *Psychoneuroimmunology (Fourth edition), Volume 2* (pp. 705-708). Burlington, San Diego, London: Elsevier Academic Press.
- Gochman, D. (1997). *Handbook of health behavior research*. New York: Plenum.
- Goel, V., Gray, R., Chart, P., Fitch, M., Saibil, F., & Zdanowicz, Y. (2004). Perspectives on colorectal cancer screening: a focus group study. *Health Expectations, 7*, 51-60.
- Golden, C., Marsella, A., & Golden, E. (1975). Cognitive relationships of resistance to interfere. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 432.
- Goldsmith, G., & Chiaro, C. (2008). Colorectal cancer screening: How to help patients comply. *The Journal of Family Practice, 57*(7), 2-7.
- Goodman, M., Ogdie, A., Kanamori, M., Canar, J., & O'Malley, A. (2006). Barriers and facilitators of colorectal cancer screening among mid-atlantic Latinos: Focus group findings. *Etnicity & Disease, 16*, 255-261.
- Goodwin, R., & Gotlib, I. (2004). Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research, 126*, 135-142.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M., Ladouceur, R., Dugas, M., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12*(1), 24-37.

- Goulard, H., Boussac-Zarebska, M., Ancelle-Park, R., & Bloch, J. (2008). French colorectal cancer screening pilot program: results of the first round. *Journal of Medical Screening, 215*, 143-148.
- Goulard, H., Boussac-Zarebska, M., Duport, N., & Bloch, J. (2009). Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal: étude FADO-colorectal. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2-3*, 25-29.
- Gramling, S., Clawson, E., & McDonald, B. (1996). Perceptual and cognitive abnormality model of hypochondriasis: amplification and physiological reactivity in women. *Psychosomatic Medicine, 58*, 423-431.
- Gregory, T., Wilson, C., Duncan, A., Turnbull, D., Cole, S., & Young, G. (2011). Demographic, social cognitive and social ecological predictors of intention and participation in screening for colorectal cancer. *BMC Public Health, 11*(38), DOI: 10.1186/1471-2458-11-38.
- Greiner, K., Born, W., Nollen, N., & Ahluwalia, J. (2005). Knowledge and perceptions of colorectal cancer screening among urban african americans. *Journal of General Internal Medicine, 20*, 977-983.
- Greisinger, A., Hawley, S., Bettencourt, J., Perz, C., & Vernon, S. (2006). Primary care patients' understanding of colorectal cancer screening. *Cancer Detection & Prevention, 30*, 67-74.
- Griffin, K., & Rabkin, J. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social & Clinical Psychology, 17*(4), 407-424.
- Guerra, C., Schwartz, J., Armstrong, K., Brown, J., Hughes Halbert, C., & Shea, J. (2007). Barriers of and facilitators to physician recommendation of colorectal cancer screening. *Journal of General Internal Medicine, 22*(12), 1681-1688.
- Guittet, L., Bouvier, V., Mariotte, N., Vallée, J.-P., Arsene, D., Boutreux, S., . . . Launoy, G. (2006). Dépister le cancer colorectal: avec quel test ? : Une étude comparative test gâïac vs. test immunologique en population générale. *Médecine, 2*(12), 472-477.
- Hadjistavropoulos, H., & Lawrence, B. (2007). Does anxiety about health influence eating patterns and shape-related body checking among females? *Personality and Individual Differences, 43*, 319-328.
- Hadjistavropoulos, H., Asmundson, G., & Kowalyk, K. (2004). Measures of anxiety: Is there a difference in their ability to predict functioning at three-month follow-up among pain patients? *European Journal of Pain, 8*, 1-11.

- Hadjistavropoulos, H., Craig, K., & Hadjistavropoulos, T. (1998). Cognitive and behavioural responses to illness information: the role of health anxiety. *Behaviour and Research Therapy*, *36*, 149-164.
- Haenen, M., Schmidt, A., Schoenmakers, M., & van de Hout, M. (1997). Tactual sensitivity in hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *66*, 128-132.
- Hagger, M., & Orbell, S. (2006). Illness representations and emotion in people with abnormal screening results. *Psychology and Health*, *21*(2), 183-209.
- Hall, K., & Rossi, J. (2008). Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. *Preventive Medicine*, *46*, 266-274.
- Hambleton, R. (2005). Issues, designs and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. Dans R. Hambleton, P. Merenda, & C. Spielberger, *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. (pp. 3-38). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hamilton, W., Lancashire, R., Sharp, D., Peters, T., Cheng, K., & Marshall, T. (2009). The risk of colorectal cancer with symptoms at different ages and between the sexes: a case-control study. *BMC Medicine*, *7*, 17-26.
- Hampson, S., Andrews, J., Barckley, M., Lichtenstein, E., & Lee, M. (2000). Conscientiousness, perceived risk, and risk-reduction behaviors: a preliminary study. *Health Psychology*, *19*, 496-500.
- Han, P., Moser, R., & Klein, W. (2006). Perceived ambiguity about cancer prevention recommendations: Relationship to perceptions of cancer preventability, risk, and worry. *Journal of Health Communication*, *11*, 51-69.
- Harris, M., Treloar, C., & Byles, J. (1998). Colorectal cancer screening: discussions with first degree relatives. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *22*(7), 826-828.
- Haute Autorité de Santé. (2008). *Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France*. Saint Denis La Plaine: Auteur.
- Hautekeete, M. (2004). Principes généraux des thérapies cognitives. Dans B. Samuel-Lajeunesse, C. Mirabel-Sarron, L. Vera, & F. e. Mehran, *Manuel de thérapie comportementale et cognitive* (pp. 25-60). Paris: Dunod.
- Haviland, M., Pincus, H., & Dial, T. (2003). Datapoints: type of illness and use of the Internet for health information. *Psychiatric Services*, *54*(9), 1198.

- Hay, J., Buckley, T., & Ostroff, J. (2005). The role of cancer worry in cancer screening: a theoretical and empirical review of the literature. *Psycho-Oncology*, *14*, 517-534.
- Hay, J., Coups, E., & Ford, J. (2006). Predictors of perceived risk for colon cancer in a national probability sample in the United States. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, *11*(S001), 71-92.
- Hay, J., McCaul, K., & Magnan, R. (2006). Does worry about breast cancer predict screening behaviours? A meta-analysis of the prospective evidence. *Preventive Medicine*, *42*(6), 401-408.
- Hayes, A. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millenium. *Communication Monographs*, *76*(4), 408-420.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, *35*, 639-665.
- Hayes, S., & Gifford, E. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules and the nature of verbal events. *Psychological Science*, *8*, 170-173.
- Hayes, S., & Strosahl, K. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Verlag.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(6), 1152-1168.
- Hayton, J., Allen, D., & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in Exploratory Factor Analysis: a tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*, *7*, 191-205.
- Hedman, E., Ljotsson, B., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G., & Lindefors, N. (2010). Effectiveness and cost offset analysis of group CBT for hypochondriasis delivered in a psychiatric setting: An open trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *39*(4), 239-250.
- Heflin, M., Oddone, E., Pieper, C., Burchett, B., & Cohen, H. (2002). The effect of comorbid illness on receipt of cancer screening by older people. *Journal of American Geriatric Society*, *50*(10), 1651-1658.
- Heo, M., Allison, D., & Fontaine, K. (2004). Overweight, obesity, and colorectal cancer screening: disparity between men and women. *BMC Public Health*, *4*, 53.
- Herbert, C., Launoy, G., & Gignoux, M. (1997). Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *European Journal of Cancer Prevention*, *6*(1), 44-52.

- Herzog, W., Boomsma, A., & Reinecke, S. (2007). The model-size effect on traditional and modified tests of covariance structures. *Structural Equation Modeling*, 14(3), 361-390.
- Hewitson, P., Glasziou, P., Irwig, L., Tower, B., & Watson, E. (2007). Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 24(1), CD001216.
- Hill, E., & Gick, M. (2011). The big five and cervical screening barriers: Evidence for the influence of conscientiousness, extraversion and openness. *Personality and Individual Differences*, 50, 662-667.
- Hill, T., & Lewicki, P. (2007). *Statistics: Methods and applications*. Tulsa, OK: StatSoft.
- Hillen, M., Onderwater, A., Van Zwieten, M., De Haes, H., & Smets, E. (2011). Disentangling cancer patients' trust in their oncologist: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, DOI: 10.1002/pon.1910.
- Hoffman, R., & Walter, L. (2009). Colorectal cancer screening in the Elderly: The need for informed decision making. *Journal of General Internal Medicine*, 24(12), 1336-1337.
- Hoffman-Goetz, L., Meissner, H., & Thomson, M. (2009). Literacy and cancer anxiety as predictors of health status: an exploratory study. *Journal of Cancer Education*, 24(3), 218-224.
- Hol, L., de Jonge, V., van Leerdam, M., van Ballegooijen, M., Looman, C., van Vuuren, A., . . . Kuipers, E. (2010). Screening for colorectal cancer: Comparison of perceived test burden of guaiac-based faecal occult blood test, faecal immunochemical test and flexible sigmoidoscopy. *European Journal of Cancer*, 46, 2059-2066.
- Holmes-Rovner, M., Williams, G., Hoppough, S., Quillan, L., Butler, R., & Given, C. (2002). Colorectal cancer screening barriers in persons with low income. *Cancer Practice*, 10(5), 240-247.
- Holt, C., Shipp, M., Eloubeidi, M., Clay, K., Smith-Janias, M., Janias, M. B., . . . Fouad, M. (2009). Use of focus group data to develop recommendations for demographically segmented colorectal cancer educational strategies. *Health Education Research*, 24(5), 876-889.
- Honda, K., & Sheinfeld Gorin, S. (2005). Modeling pathways to affective barriers on colorectal cancer screening among Japanese Americans. *Journal of Behavioural Medicine*, 28(2), 115-124.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Fit indices in covariance structure modelling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.

- Huang, B., Cornoni-Huntley, J., Hays, J., Huntley, R., Galanos, A., & Blazer, D. (2000). Impact of depressive symptoms on hospitalization risk in community-dwelling older persons. *Journal of American Geriatric Society*, 48, 1279-1284.
- Hundt, S., Haug, U., & Brenner, H. (2009). Comparative evaluation of Immunochemical Fecal Occult Blood Test for colorectal adenoma detection. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 162-169.
- Hurley, K. (1998). A cognitive-social analysis of levels of interest in prophylactic surgery in women with a family history of ovarian cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and Engineering*, 59 (3-B), 1385.
- Ingrand, I., Dujoncquoy, S., Beauchant, M., Letard, J.-C., Migeot, V., & Ingrand, P. (2009). General practitioner and specialist views on colonoscopic screening of first-degree relatives of colorectal cancer patients. *Cancer Epidemiology*, 33, 223-230.
- Institut National du Cancer. (2009). *La situation du cancer en France en 2009. Collection Rapports et synthèses*. Boulogne-Billancourt: Auteur.
- Institut National du Cancer. (2010). *Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France*. Boulogne-Billancourt: Auteur.
- Institut National du Cancer. (2010). *Les traitements du cancer du côlon, collection Guides de référence Cancer info*. Paris: Auteur.
- Institut National du Cancer. (2011). *Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage*. Boulogne-Billancourt: Auteur.
- Janis, I., & Feshbach, S. (1953). Fear arousing communications. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48, 78-92.
- Janis, I., & Mann, L. (1977). *Decision Making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press.
- Janssens, T., Verleden, G., De Peuter, S., Van Diest, I., & Van den Bergh, O. (2009). Inaccurate perception of asthma symptoms: A cognitive-affective framework and implications for asthma treatment. *Clinical Psychology Review*, 29, 317-327.
- Janz, N., Lakhani, I., Vijan, S., Hawley, S., Chung, L., & Katz, S. (2007). Determinants of colorectal cancer screening use, attempts, and non-use. *Preventive Medicine*, 44, 452-458.
- Janz, N., Wren, P., Schottenfeld, D., & Guire, K. (2003). Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. *Preventive Medicine*, 37, 627-634.

- Javanparast, S., Ward, P., Young, G., Wilson, C., Carter, S., Misan, G., . . . Ah Matt, M. (2010). How equitable are colorectal cancer screening programs which include FOBTs? A review of qualitative and quantitative studies. *Preventive Medicine, 50*, 165-172.
- Jen, M., Jones, K., & Johnston, R. (2009). Compositional and contextual approaches to the study of health behaviour and outcomes: Using multi-level modelling to evaluate Wilkinson's income inequality hypothesis. *Health & Place, 15*, 198-203.
- Jepson, R., Clegg, A., Forbes, C., Lewis, R., Sowden, A., & Kleijnen, J. (2000). The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. *Health Technology Assessment, 4*(14), 1-133.
- Jepson, R., Hewison, J., Thompson, A., & Weller, D. (2007). Patient perspectives on information and choice in cancer screening: A qualitative study in the UK. *Social Science & Medicine, 65*, 890-899.
- John, O., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement and theoretical perspectives. Dans L. Pervin, & O. John, *Handbook of personality: Theory and research*. (pp. 102-138). New York: Guilford.
- John, O., Neumann, N., & Soto, C. (2008). Paradigm shift to the Big-Five trait taxonomy: History, measurement and conceptual issues. Dans L. Pervin, & O. John, *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 114-158). New York: Guilford Press.
- Jones, R., Devers, K., & Kuzel, A. W. (2010). Patient-reported barriers to colorectal cancer screening: A mixed-methods analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 38*(5), 508-516.
- Jones, R., Woolf, S., Cunningham, T., Johnson, R., Krist, A., Rothemich, S., & Vernon, S. (2010). The relative importance of patient-reported barriers to colorectal cancer screening. *American Journal of Preventive Medicine, 38*(5), 499-507.
- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software.
- Judd, C., & Kenny, D. (1981). Process analysis: estimating mediation in treatment evaluations. *Evaluation Review, 5*, 602-619.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science and Practice, 10*, 144-156.
- Kaiser, H. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement, 20*, 141-151.

- Kaphingst, K., Zanfini, C., & Emmons, K. (2006). Accessibility of web sites containing colorectal cancer information to adults with limited literacy (United States). *Cancer Causes Control, 17*, 147-151.
- Karekla, M., & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: Unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*, 163-170.
- Kash, K., & Jacobsen, P. (1995). *Development of an instrument to measure breast cancer anxiety*. Houston: American Society of Preventive Oncology.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J., & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1301-1320.
- Kasl, S., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health, 12*, 246-266.
- Kasparian, N., McLoone, J., & Meiser, B. (2009). Skin cancer-related prevention and screening behaviors: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 406-428.
- Katz, M., Heaner, S., Reiter, P., van Putten, J., Murray, L., McDougale, L., . . . Paskett, E. (2009). Development of an educational video to improve patient knowledge and communication with their healthcare providers about colorectal cancer screening. *American Journal of Health Education, 40*(4), 220-228.
- Katz, M., James, A., Pignone, M., Hudson, M., Jackson, E., Oates, V., & Campbell, M. (2004). Colorectal cancer screening among African American church members: A qualitative and quantitative study of patient-provider communication. *BMC Public Health, 4*, 1-8.
- Kaufman, J., & Dunlap, W. (2000). Determining the number of factors to retain: A program for parallel analysis. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers, 32*, 389-395.
- Kehler, M., & Hadjistavropoulos, H. (2009). Is health anxiety a significant problem for individuals with multiple sclerosis? *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 150-161.
- Kellner, R. (1987). *Abridged manual of the Illness Attitude Scale*. University of New Mexico: Unpublished manual.
- Kellner, R., Abbott, P., Winslow, W., & Pathak, D. (1987). Fears, beliefs, and attitudes in DSM-III hypochondriasis. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 175*, 20-25.

- Kelly, K., Phillips, C., Jenkins, C., Norling, G., White, C., Jenkins, T., . . . Dignan, M. (2007). Physician and staff perceptions of barriers to colorectal cancer screening in Appalachian Kentucky. *Cancer Control, 14*(2), 167-175.
- Kelly, K., Shedlosky-Shoemaker, R., Porter, K., DeSimone, P., & Andrykowski, M. (2011). Cancer recurrence worry, risk perception, and informational-coping styles among Appalachian cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology, 29*(1), 1-18.
- Kemeny, M. (2007). Emotions and the immune system. Dans R. Ader, *psychoneuroimmunology (Fourth edition), Volume 1* (pp. 619-629). Burlington, San Diego, London: Elsevier Academic Press.
- Kern, M., & Friedman, H. (2008). Do conscientious individuals live longer? A quantitative review. *Health Psychology, 27*, 505-512.
- Khankari, K., Eder, M., Osborn, C., Makoul, G., Clayman, M., Skripkauskas, S., . . . Wolf, M. (2007). Improving colorectal cancer screening among the medically underserved: A pilot study within a federally qualified health center. *Journal of General Internal Medicine, 22*(10), 1410-1414.
- Kinnear, P., & Gray, C. (2005). *SPSS facile appliqué à la psychologie et aux sciences sociales*. Bruxelles: De Boeck.
- Kinney, A., Choi, Y., DeVellis, B., Kobetz, E., Millikan, R., & Sandler, R. (2000). Interest in genetic testing among first-degree relatives of colorectal cancer patients. *American Journal of Preventive Medicine, 18*(3), 249-252.
- Kinney, A., Hicken, B., Simonsen, S., Venne, V., Lowstuter, K., Balzotti, J., & Burt, R. (2007). Colorectal cancer surveillance behaviors among members of typical and attenuated FAP families. *American Journal of Gastroenterology, 102*, 153-162.
- Kirscht, J., Haefner, D., Kegeles, S., & Rosenstock, I. (1966). A national study of health beliefs. *Journal of Health and Human Behavior, 7*, 248-254.
- Kissane, D., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D., Bloch, S., & Smith, G. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(5), 320-326.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness, 16*(1), 103-121.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal, 311*, 299-302.
- Kitzinger, J., Markova, I., & Kalampalikis, N. (2004). Qu'est-ce que les focus groups? *Bulletin de Psychologie, 471*(57), 237-243.

- Klabunde, C., Frame, P., Meadow, A., Jones, E., Nadel, M., & Vernon, S. (2003). A national survey of primary care physicians' colorectal cancer screening recommendations and practices. *Preventive Medicine, 36*(3), 352-362.
- Klein, C., & Helweg-Larsen, M. (2002). Perceived control and the optimistic bias: A meta-analytic review. *Psychology & Health, 17*, 437-446.
- Klein, D. (2002). Using the Health Belief Model as a framework for predicting adherence to colorectal cancer screening: A study of women undergoing routine mammography. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering., 63*(5B), 2589.
- Klein, W., & Weinstein, N. (1997). Social comparison and unrealistic optimism about personal risk. Dans B. Buunk, & F. Gibbons, *Health, coping, and well being. Perspectives from social comparison theory.* (pp. 25-61). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kodl, M., Powell, A., Noorbaloochi, S., Grill, J., Bangerter, A., & Partin, M. (2010). Mental health, frequency of healthcare visits, and colorectal cancer screening. *Medical Care, 48*(10), 934-939.
- Koeltz, B. (2006). *Comment ne pas tout remettre au lendemain.* Paris: Odile Jacob.
- Koga, C., Itoh, K., Aoki, M., Suefuji, Y., Yoshida, M., Asosina, S., . . . Kameyama, T. (2001). Anxiety and pain suppress the natural killer cell activity in oral surgery outpatients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics, 91*, 654-658.
- Kulh, J. (1985). Volitional mediators of cognition-behavior consistency: Self-regulatory processes and action versus state orientation. Dans J. Kulh, & J. Beckmann, *Action control: From cognition to behavior.* (pp. 101-128). New York: Springer-Verlag.
- Lafata, J., Divine, G., Moon, C., & Williams, K. (2006). Patient-physician colorectal cancer screening discussions and screening use. *American Journal of Preventive Medicine, 31*, 202-209.
- Lamonde, L. (2001). Application of Protection Motivation Theory to the study of prostate cancer screening. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering., 61*(8B), 4412.
- Lampic, C., Thurfjell, E., & Sjoden, P. (2003). The influence of a false-positive mammogram on a woman's subsequent behaviour for detecting breast cancer. *European Journal of Cancer, 39*, 1730-1737.
- Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Adaptation of a GAD treatment for hypochondriasis. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 393-404.

- Langlois, F., Gosselin, P., Brunelle, C., Drouin, M., & Ladouceur, R. (2007). Les variables cognitives impliquées dans l'inquiétude face à la maladie. *Canadian Journal of Behavioural Science, 39*, 174-183.
- Langlois, F., Pelletier, O., Ladouceur, R., & Brassard Lapointe, M. (2005). Les processus cognitifs de l'anxiété à l'égard de la santé. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, 10*, 11-17.
- Launoy, G. (2009). L'intérêt des tests immunologiques à lecture automatisée dans la recherche de sang dans les selles. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2-3*, 30-32.
- Lecci, L., & Cohen, D. (2002). Perceptual consequences of an illness-concern induction and its relation to hypochondriacal tendencies. *Health Psychology, 21*, 147-156.
- Lees, A., Mogg, K., & Bradley, B. (2005). Health anxiety, anxiety sensitivity, and attentional bias for pictorial and linguistic health threat cues. *Cognition and Emotion, 19*, 453-462.
- Lefavre, M.-J., Watt, M., Stewart, S., & Wright, K. (2006). Implicit associations between anxiety-related symptoms and catastrophic consequences in high anxiety sensitive individuals. *Cognition and Emotion, 20*, 295-308.
- Lemire, M., Paré, G., Sicotte, C., & Harvey, C. (2008). Determinants of Internet use as a preferred source of information on personal health. *International Journal of Medical Informatics, 77*(11), 723-734.
- Lev, E., & Rutgers, U. (1997). Bandura's theory of self-efficacy: Applications to oncology. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 11*(1), 21-37.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. Dans L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology*. (pp. 110-186). San Diego (CA): Academic Press.
- Leventhal, H. (2008). Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), 51-65.
- Leventhal, H., Leventhal, E., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. Dans A. Baum, T. Revenson, & J. Singer, *Handbook of health psychology*. (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. Dans S. Rachman, *Contributions to Medical Psychology, Vol.2*. (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

- Leventhal, H., Rabin, C., Leventhal, E., & Burns, E. (2001). Health risk behaviors and aging. Dans J. Birren, & K. Schaie, *Handbook of psychology and aging*. (pp. 186-241). London: Academic Press.
- Leventhal, H., Singer, R., & Jones, S. (1965). Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 20-29.
- Lewis, C., Griffith, J., Pignone, M., & Golin, C. (2009). Physicians' decisions about continuing or stopping colon cancer screening in the elderly: A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 24(7), 816-821.
- Lim, C., Devi, M., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9, 215-235.
- Lindau, S., Laumann, E., Levinson, W., & Waite, L. (2003). Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: The interactive biopsychosocial model. *Perspectives Biology Medecine*, 46(3), 74-86.
- Lindhom, E., Berglund, B., Kewenter, J., & Haglund, E. (1997). Worry associated with screening for colorectal carcinomas. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 32(3), 238-245.
- Lipkus, I., Sugg Skinner, C., Dement, J., Pompeii, L., Moser, B., Samsa, G., & Ransohoff, D. (2005). Increasing colorectal cancer screening among individuals in the carpentry trade: Test of risk communication interventions. *Preventive Medicine*, 40(5), 489-501.
- Lisi, D., Hassan, C., & Crespi, M. (2010). Participation in colorectal cancer screening with FOBT and colonoscopy: An Italian, multicentre, randomized population study. *Digestive & Liver Disease*, 42, 371-376.
- Liu, C., Fleck, T., Goldfarb, J., Green, C., & Porter, E. (2011). Attitudes to colorectal cancer screening after reading the prevention information. *Journal of Cancer Education*, DOI 10.1007/s13187-011-0210-6.
- Lochner, C., & Stein, D. (2010). Obsessive-compulsive spectrum disorders in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Psychopathology*, 43(6), 389-396.
- Lockwood, P., & Kunda, Z. (1997). Superstars and me: Predicting the impact of role models on the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 91-103.
- Longley, S., Broman-Fulks, J., Calamari, J., Noyes, R., Wade, M., & Orlando, C. (2010). A taxometric study of hypochondriasis symptoms. *Behavior Therapy*, 41, 505-514.

- Longley, S., Calamari, J., Wu, K., & Wade, M. (2010). Anxiety as a context for understanding associations between hypochondriasis, obsessive-compulsive, and panic attack symptoms. *Behavior Therapy, 41*, 461-474.
- Longley, S., Watson, D., & Noyes, R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT). *Psychological Assessment, 17*, 3-14.
- Longnecker, M., Orza, M., Adams, M., Vioque, J., & Chalmers, T. (1990). A meta-analysis of alcoholic beverage consumption in relation to risk of colorectal cancer. *Cancer Causes and Control, 1*, 59-68.
- Lovas, D., & Barsky, A. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(8), 931-935.
- Lucock, M., & Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology, 1*, 137-150.
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology & Health, 18*(1), 93-108.
- Luszczynska, A., Goc, G., Scholz, U., Kowalska, M., & Knoll, N. (2011). Enhancing intentions to attend cervical cancer screening with a stage-matched intervention. *British Journal of Health Psychology, 16*(1), 33-46.
- MacKinnon, D., Lockwood, C., Hoffman, J., West, S., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological Methods, 7*(1), 83-118.
- Macquart-Moulin, G., Riboli, E., Cornee, J., Kaaks, R., & Berthezene, P. (1987). Colorectal polyps and diet: a case-control study in Marseille. *International Journal of Cancer, 11*, 189-204.
- MacSwain, K., Sherry, S., Stewart, S., Watt, M., Hadjistavropoulos, H., & Graham, A. (2009). Gender differences in health anxiety: an investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences, 47*, 938-943.
- Madlensky, L., Espen, M., & Goel, V. (2004). Reasons given by relatives of colorectal cancer patients for not undergoing screening. *Preventive Medicine, 39*, 643-648.
- Magai, C., Consedine, N., Neugut, A., & Hershman, D. (2007). Common psychosocial factors underlying breast cancer screening and breast cancer treatment adherence: A conceptual review and synthesis. *Journal of Women's Health, 16*(1), 11-23.

- Mailloux, J., & Brener, J. (2002). Somatosensory amplification and its relationship to heartbeat detection ability. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 353-357.
- Main, J., Moss-Morris, R., Booth, R., Kaptein, A., & Kolbe, J. (2003). The use of reliever medication in asthma: The role of negative mood and symptom reports. *Journal of Asthma*, *40*(4), 357-365.
- Malis, R., Hartz, A., Carney Doebbeling, C., & Noyes, R. (2002). Specific phobia of illness in the community. *General Hospital Psychiatry*, *24*, 135-139.
- Mann, L. (1982). *Decision Making Questionnaire: Unpublished scales*. Flinders University of South Australia.
- Mann, L., Burnett, P., Radford, M., & Ford, S. (1997). The Melbourne Decision Making Questionnaire. An instrument for measuring patterns for coping with decisional conflict. *Journal of Behavioral Decision Making*, *10*, 1-19.
- Manne, S., Markowitz, A., Winawer, S., Guillem, J., Meropol, N., Haller, D., . . . Duncan, T. (2003). Understanding intention to undergo colonoscopy among intermediate-risk siblings of colorectal cancer patients: a test of a mediational model. *Preventive Medicine*, *36*, 71-84.
- Manne, S., Markowitz, A., Winawer, S., Meropol, N., Haller, D., Rakowski, W., . . . Jandorf, L. (2002). Correlates of Colorectal Cancer Screening Compliance and Stage of Adoption Among Siblings of Individuals With Early Onset Colorectal Cancer. *Health Psychology*, *21*(1), 3-15.
- Marcus, D., Gurley, J., Marchi, M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, *27*, 127-139.
- Marlatt, G., Baer, J., & Quigley, L. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. Dans A. Bandura, *Self-efficacy in changing societies*. (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Marshall, M., De Fruyt, F., Rolland, J., & Bagby, R. (2005). Socially Desirable Responding and the Factorial Stability of the NEO PI-R. *Psychological Assessment*, *17*(3), 379-384.
- Martin, M., Person, S., Kratt, P., Prayor-Patterson, H., Kim, Y., Salas, M., & Pisu, M. (2008). Relationship of health behavior theories with self-efficacy among insufficiently active hypertensive African-American women. *Patient Education Counseling*, *72*(1), 137-145.

- Martinez, M., & Belloch, A. (2004). Efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la hipocondria en los sesgos atencionales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(2), 299-311.
- Martinez, M., & Botella, C. (2005). An exploratory study of the efficacy of a cognitive-behavioral treatment for hypochondriasis using different measures of change. *Psychotherapy Research, 15*, 392-408.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 167-195.
- Maxwell, A., Bastani, R., Crespi, C., Danao, L., & Cayetano, R. (2011). Behavioral mediators of colorectal cancer screening in a randomized controlled intervention trial. *Preventive Medicine, 52*, 167-173.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Qualitative Research: Rigour and qualitative research. *British Medical Journal, 311*, 109.
- McClelland, D., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review, 96*(4), 690-702.
- McCaul, K., & Tulloch, H. (1999). Cancer screening decisions. *Journal of the National Cancer Institute Monographs, 25*, 52-58.
- McCorkle, R., & Young, K. (1978). Development of a Symptom Distress Scale. *Cancer Nursing, 1*(5), 373-378.
- McCrae, R., & John, O. (1992). An introduction to the five-factor model applications. *Journal of Personality, 60*, 175-215.
- McKay, D., & Bouman, T. (2008). Enhancing cognitive-behavioral therapy for monosymptomatic hypochondriasis with motivational interviewing: three case illustrations. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(2), 154-166.
- McNoe, B., Richardson, A., & Elwood, J. (1996). Factors affecting participation in mammography screening. *New Zealand Medical Journal, 109*, 359-361.
- McQueen, A., Vernon, S., & Swank, P. (2012). Construct definition and scale development for defensive information processing: An application to colorectal cancer screening. *Health Psychology*, DOI: 10.1037/a0027311.
- Melli, G., Coradeschi, D., & Smurra, R. (2007). La versione italiana dell'Health Anxiety Questionnaire: Attendibilità e struttura fattoriale. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 13*(1), 37-48.

- Menees, S., Inadomi, J., Korsness, S., & Elta, G. (2005). Women patients' preference for women physicians is a barrier to colon cancer screening. *Gastrointestinal Endoscopy*, 62(2), 219-223.
- Menon, U., Szalacha, L., Belue, R., Rugen, K., Martin, K., & Kinney, A. (2008). Interactive, culturally sensitive education on colorectal cancer screening. *Medical Care*, 46(9), 44-50.
- Merton, R., & Kendall, P. (1946). The focused interview. *American Journal of Sociology*, 51, 541-557.
- Merton, R., Fiske, M., & Kendall, P. (1990). *The Focused Interview*. New York: Free Press, 2nd ed.
- Miles, A., & Wardle, J. (2006). Adverse psychological outcomes in colorectal cancer screening: Does health anxiety play a role? *Behaviour, Research & Therapy*, 44(8), 1117-1127.
- Milgram, N., & Tenne, R. (2000). Personality correlates of decisional task avoidant procrastination. *European Journal of Personality*, 14(2), 141-156.
- Miller, D., Brownlee, C., McCoy, T., & Pignone, M. (2007). The effect of health literacy on knowledge and receipt of colorectal cancer screening: a survey study. *BMC Family Practice*, 8(16), 1-7.
- Miller, S. M., Knowles, J. C., Schnoll, R. A., & Buzaglo, J. S. (2002). A cognitive-affective analysis of cancer behavior in the elderly: Are you as healthy as you feel? Dans K. Schaie, H. Leventhal, & S. L. Willis, *Effective health behavior in older adults*. (pp. 65-103). New York: Springer Publishing Co.
- Miller, S. M., Mischel, W., O'Leary, A., & Mills, M. (1996). From human papilloma virus (HPV) to cervical cancer: Psychosocial processes in infection, detection, and control. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(4), 219-228.
- Miller, S., & Diefenbach, M. (1998). The Cognitive-Social Health Information Processing (C-SHIP) model: A theoretical framework for research in behavioral oncology. Dans D. Krantz, & A. Baum, *Technology and methods in behavioral medicine*. (pp. 219-244). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Miller, S., Buzaglo, J., Simms, S., Green, V., Bales, C., Mangan, C., & Sedlacek, T. (1999). Monitoring styles in women at risk for cervical cancer: Implications for the framing of health-relevant messages. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 27-34.
- Miller, S., Fang, C., Diefenbach, M., & Bales, C. (2001). Tailoring psychosocial interventions to the individual's health information-processing style: The influence of monitoring

- versus blunting in cancer risk and disease. Dans A. Baum, & B. Andersen, *Psychosocial interventions for cancer*. (pp. 343-362). Washington, DC: American Psychological Association.
- Miller, S., Hurley, K., & Shoda, Y. (1996). Applying cognitive-social theory to health-protective behaviour: breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, 119, 70-94.
- Miller, S., Mischel, W., & O'Leary, A. (1996). From human papilloma virus (HPV) to cervical cancer: Psychosocial processes in infection, detection, and control. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(4), 219-228.
- Miller, S., O'Hea, E., Lerner, J., Moon, S., & Foran-Tuller, K. (2011). The relationship between breast cancer anxiety and mammography: Experiential avoidance as a moderator. *Behavioral Medicine*, 37(4), 113-118.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structures. *Psychological Review*, 102, 246-268.
- Mitchell, L., MacDonald, R., & Brodie, E. (2004). Temperature and the Cold Pressor Test. *The Journal of Pain*, 5(4), 233-238.
- Mitchell, R., Padwal, R., Chuck, A., & Klarenbach, S. (2008). Cancer screening among the overweight and obese in Canada. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 127-132.
- Moberg, E. (1990). Two-point discrimination test. A valuable part of hand surgical rehabilitation, e.g. in tetraplegia. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 22, 127-134.
- Molinier, A. (2007). *Pathologie médicale et pratique infirmière. Volume 2*. Rueil-Malmaison: Wolters Luwer France.
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology*, 59, 301-308.
- Moreau, A., Dedianne, M.-C., Letrilliart, L., Le Goaziou, M.-F., Labarère, J., & Terra, J.-L. (2004). S'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien-Médecine générale*, 18(645), 382-384.
- Morgan, D. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17, 1-16.

- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et cancer. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 4, 261-267.
- Muramatsu, K., Miyaoka, H., Muramatsu, Y., Fuse, K., Yoshimine, F., Kamijima, K., . . . Sakurai, K. (2002). The amplification of somatic symptoms in upper respiratory tract infections. *General Hospital Psychiatry*, 24, 172-175.
- Murray, M., & McMillan, C. (1993). Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 32(1), 87-100.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. (2011). Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*, DOI:10.1016/j.janxdis.2011.11.005.
- Nakao, M., Barsky, A., Nishikitani, M., Yano, E., & Murata, K. (2007). Somatosensory amplification and its relationship to somatosensory, auditory, and visual evoked and event-related potentials (P300). *Neurosciences Letters*, 415, 185-189.
- Nakao, M., Shinozaki, Y., Ahern, D., & Barsky, A. (2011). Anxiety as a predictor of improvements in somatic symptoms and health anxiety associated with cognitive-behavioral intervention in hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(3), 151-158.
- Natale-Pereira, A., Marks, J., Vega, M., Mouzon, D., Hudson, S., & Salas-Lopez, D. (2008). Barriers and facilitators for colorectal cancer screening practices in the Latino community: perspectives from community leaders. *Cancer Control*, 15(2), 157-165.
- Nguyen, B., Vo, P., Doan, H., & McPhee, S. (2006). Using focus groups to develop interventions to promote colorectal cancer screening among Vietnamese Americans. *Journal of Cancer Education*, 21(2), 80-83.
- Nicholson, F., & Korman, M. (2005). Acceptance of flexible sigmoidoscopy and colonoscopy for screening and surveillance in colorectal cancer prevention. *Journal of Medical Screening*, 12(2), 89-95.
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 21, 8-17.
- Noyes, R. (2006). Distinguishing between hypochondriasis and somatization disorder: a review of the existing literature. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 75, 270-281.
- Noyes, R., Carney, C., & Langbehn, D. (2004). Specific phobia of illness: Search for a new subtype. *Anxiety Disorders*, 18, 531-545.

- Noyes, R., Happel, R., & Yagla, S. (1999). Correlates of hypochondriasis in a nonclinical population. *Psychosomatics*, *40*, 461-469.
- Noyes, R., Langbehn, D., Happel, R., Sieren, L., & Muller, B. (1999). Health Attitude Survey. A scale for assessing somatizing patients. *Psychosomatics*, *40*, 470-478.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D., Happel, R., Longley, S., & Yagla, S. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, *43*, 282-289.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D., Happel, R., Longley, S., Muller, B., & Yagla, S. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 292-300.
- O'Brien, K. (1993). Improving survey questionnaires through focus groups. Dans D. Morgan, *Successful focus groups: advancing the state of the art*. (pp. 105-118). London: Sage.
- O'Connor, M., Weir, J., Butcher, I., Kleiboer, A., Murray, G., Sharma, N., . . . Sharpe, M. (2012). Pain in patients attending a specialist cancer service: Prevalence and association with emotional distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, *43*(1), 29-38.
- Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*. Bruxelles: De Boeck Université.
- O'Keefe, D., & Jensen, J. (2006). The advantages of compliance or the disadvantages of noncompliance? A meta-analytic review of the relative persuasive effectiveness of gain-framed and loss-framed messages. Dans C. Beck, *Communication yearbook 30* (pp. 1-72). Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
- O'Keefe, D., & Jensen, J. (2009). The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors: A meta-analytic review. *Journal of Communication*, *59*, 296-316.
- Olson, M., & Fazio, R. (2009). Implicit and explicit measures of attitudes: The perspective of the MODE model. Dans R. Petty, R. Fazio, & P. Brinol, *Attitudes: Insights from the new implicit measures*. (pp. 19-63). New York: Psychology Press.
- O'Malley, A., Beaton, E., Yabroff, K., Abramson, R., & Mandelblatt, J. (2004). Patient and provider barriers to colorectal cancer screening in the primary care safety-net. *Preventive Medicine*, *39*, 56-63.
- Onega, T., Duell, E., Shi, X., Wang, D., Demidenko, E., & Goodman, D. (2008). Geographic access to cancer care in the US. *Cancer*, *112*(4), 909-918.
- Orbell, S., & Sheeran, P. (1998). "Inclined abstainers": A problem for predicting health-related behaviour. *British Journal of Social Psychology*, *37*(2), 151-165.

- Orbell, S., Hagger, M., Brown, V., & Tidy, J. (2004). Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy following an abnormal cervical screening result. *British Journal of Health Psychology, 9*, 533-556.
- Orbell, S., O'Sullivan, I., Parker, R., Steele, B., Campbell, C., & Weller, D. (2008). Illness representations and coping following an abnormal colorectal cancer screening result. *Social Science & Medicine, 67*(9), 1465-1474.
- Orlemans, H., & Van den Bergh, O. (1997). *Phobies intéroceptives et phobies de maladies*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *CIM-X. Classification internationale des troubles mentaux et du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*. Genève: Auteur.
- O'Sullivan, B., McGee, H., & Keegan, O. (2008). Comparing solutions to the "expectancy-value muddle" in the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology, 13*, 789-802.
- O'Sullivan, I., & Orbell, S. (2004). Self-sampling in screening to reduce mortality from colorectal cancer: a qualitative exploration of the decision to complete a faecal occult blood test (FOBT). *Journal of Medical Screening, 11*(1), 16-22.
- Otto, M., Demopulos, C., McLean, N., Pollack, M., & Fava, M. (1998). Additional findings on the association between anxiety sensitivity and hypochondriacal concerns: examination of patients with major depression. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(3), 225-232.
- Otto, M., Pollack, M., Sachs, G., & Rosenbaum, J. (1992). Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 93-104.
- Owens, K., Asmundson, G., Hadjistavropoulos, T., & Owens, T. (2004). Attentional bias toward illness threat in individuals with elevated health anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 28*(1), 57-66.
- Palmer, R., Emmons, K., Fletcher, R., Lobb, R., Miroshnik, I., Kemp, J., & Bauer, M. (2007). Familial risk and colorectal cancer screening health beliefs and attitudes in an insured population. *Preventive Medicine, 45*, 336-341.
- Pelletier, O., Gosselin, P., Langlois, F., & Ladouceur, R. (2002). Evaluation des croyances reliées à la santé: Etude des propriétés psychométriques de deux nouveaux instruments évaluant les croyances présentes dans l'hypocondrie auprès d'une population non clinique. *L'Encéphale, 28*, 298-309.

- Petersen, S., van den Berg, R., Janssens, T., & Van den Bergh, O. (2011). Illness and symptom perception: A theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology Review, 31*, 428-439.
- Peytremann-Bridevaux, I., Voellinger, R., & Santos-Eggimann, B. (2008). Healthcare and preventive services utilization of elderly Europeans with depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 247-252.
- Pier, C., Shandley, K., Fisher, J., Burnstein, F., Nelson, M., & Piterman, L. (2008). Identifying the health and mental health information needs of people with coronary heart disease, with and without depression. *Medical Journal of Australia, 188*, 142-144.
- Pignone, M., Bucholtz, D., & Harris, R. (1999). Patient preferences for colon cancer screening. *Journal of General Internal Medicine, 14*, 432-437.
- Pignone, M., Harris, R., & Kinsinger, L. (2000). Videotape-based decision aid for colon cancer screening. A randomized, controlled trial. *Annals of Internal Medicine, 133*, 761-769.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry, 113*, 89-93.
- Pilowsky, I., & Spence, N. (1994). *Manual for the Illness Behavior Questionnaire*. University of Adelaide: Unpublished Manual.
- Pilowsky, I., Chapman, R., & Bonica, J. (1979). The development of a screening method for abnormal illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research, 23*, 203-207.
- Ponchon, T. (2009). Complications de la coloscopie : synthèse des connaissances en vue de l'évaluation du dépistage organisé. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2-3*, 29-30.
- Pope, C., van Royen, P., & Baker, R. (2002). Qualitative methods in research on healthcare quality. *Quality & Safety Health Care, 11*, 148-152.
- Pornet, C., De Jardin, O., Morlais, F., Bouvier, V., & Launoy, G. (2010). Socioeconomic determinants for compliance to colorectal cancer screening: A multilevel analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health, 64*, 318-324.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet, 370*, 859-877.
- Prior, K., & Bond, M. (2010). New dimensions of abnormal illness behaviour derived from the Illness Behaviour Questionnaire. *Psychology & Health, 25*(10), 1209-1227.

- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1985). Toward a comprehensive model of change. Dans W. Miller, & N. Heather, *Treating addictive behaviors*. (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Proper, K., Singh, A., van Mechelen, W., & Chinapaw, M. (2011). Sedentary behaviors and health outcomes among adults: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine, 40*(2), 174-182.
- Pucheu, S. (2008). Le cancer colorectal, un cancer qu'il faut sortir de l'ombre. *Psycho-Oncologie, 2*, 121-123.
- Purnell, J., Katz, M., Andersen, B., Palesh, O., Figueroa-Moseley, C., Jean-Pierre, P., & Bennett, N. (2010). Social and cultural factors are related to perceived colorectal cancer screening benefits and intentions in African Americans. *Journal of Behavioral Medicine, 33*, 24-34.
- Rabin, B. (2007). Stress: a system of the whole. Dans R. Ader, *Psychoneuroimmunology (Fourth edition), Volume 2* (pp. 709-722). Burlington, San Diego, London: Elsevier Academic Press.
- Ramji, F., Cotterchio, M., Manno, M., Rabeneck, L., & Gallinger, S. (2005). Association between subject factors and colorectal cancer screening participation in Ontario, Canada. *Cancer Detection and Prevention, 29*, 221-226.
- Rawl, S., Menon, U., Champion, V., Foster, J., & Sugg Skinner, C. (2000). Colorectal cancer screening beliefs: focus groups with first-degree relatives. *Cancer Practice, 8*(1), 32-37.
- Red, S., Kassan, E., Williams, R., Penek, S., Lynch, J., Ahaghotu, C., & Taylor, K. (2010). Underuse of colorectal cancer screening among men screened for prostate cancer: a teachable moment? *Cancer, 116*(20), 4703-4710.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review, 11*, 141-153.
- Reiss, S., & McNally, R. (1985). Expectancy model of fear. Dans S. Reiss, & R. Bootzin, *Theoretical issues in behavior therapy*. (pp. 107-121). New York: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R., Gursky, D., & McNally, R. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research & Therapy, 24*, 1-8.

- Remontet, L., Esteve, J., Bouvier, A., Grosclaude, P., Launoy, G., Menegoz, F., . . . Faivre, J. (2003). Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. *Revue Epidémiologique de Santé Publique*, *51*, 3-30.
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 587-595.
- Rietveld, S., & van Beest, I. (2006). Rollercoaster asthma: When positive emotional stress interferes with dyspnea perception. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 977-987.
- Rimer, B., Briss, P., Zeller, P., Chan, E., & Woolf, S. (2004). Informed decision making: What is its role in cancer screening? *Cancer*, *101*(5S), 1214-1228.
- Rimes, K., Salkovskis, P., Jones, L., & Lucassen, A. (2006). Applying a cognitive model of health anxiety in a cancer genetics service. *Health Psychology*, *25*(2), 171-180.
- Ristvedt, S., & Trinkaus, K. (2009). Trait anxiety as an independent predictor of poor health-related quality of life and post-traumatic stress symptoms in rectal cancer. *British Journal of Health Psychology*, *14*, 701-715.
- Robberson, M., & Rogers, R. (1988). Beyond fear appeals: Negative and positive persuasive appeals to health and self-esteem. *Journal of Applied and Social Psychology*, *277*-287.
- Robbins, J., & Kirmayer, L. (1991). Attributions of common somatic symptoms. *Psychological Medicine*, *21*(4), 1029-1045.
- Rogers, R. (1983). Cognitive and physiological processes in attitude change. A revised theory of protection motivation. Dans J. Cacioppo, & R. Petty, *Social Psychophysiology* (pp. 153-176). New York: Guilford Press.
- Rolland, J., & Petot, J. (1994). *Questionnaire de Personnalité NEO-PI-R (traduction française provisoire)*. Université Paris X-Nanterre: Unpublished Manuscript.
- Rolland, J., Parker, W., & Stumpf, H. (1998). A psychometric examination of the French translations of the NEO-PI-R and NEO-FFI. *Journal of Personality Assessment*, *71*(2), 269-291.
- Rosen, A., & Schneider, E. (2004). Colorectal cancer screening disparities related to obesity and gender. *Journal of General Internal Medicine*, *19*(4), 332-338.
- Rosenstock, I. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlates. *Health Education Monographs*, *2*, 336-353.
- Rossi, P., Federici, A., Bartolozzi, F., Farchi, S., Borgia, P., & Guasticchi, G. (2005). Understanding non-compliance to colorectal cancer screening: a case control study, nested in a randomized trial. *BMC Public Health*, *5*, 139-149.

- Roth, A., Rosenfeld, B., Kornblith, A., Gibson, C., Scher, H., Curley-Smart, T., . . . Breitbart, W. (2003). The Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer: Validation of a new scale to measure anxiety in men with prostate cancer. *Cancer, 97*, 2910-2918.
- Rowe, J. (2004). Health locus of control expectancies and perceived risk for breast cancer in women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering., 65*(1B), 451.
- Royak-Schaler, R., Blocker, D., Yali, A., Bynoe, M., Briant, K., & Smith, S. (2004). Breast and colorectal cancer risk communication approaches with low-income African-American and Hispanic women: Implications for healthcare providers. *Journal of the National Medical Association, 96*(5), 598-608.
- Ruffin, M., Creswell, J., Jimbo, M., & Fetters, M. (2009). Factors influencing choices for colorectal cancer screening among previously unscreened African and Caucasians Americans: findings from a triangulation mixed methods investigation. *Journal of Community Health, 34*, 79-89.
- Rutten, L., Nelson, D., & Meissner, H. (2004). Examination of population-wide trends in barriers to cancer screening from a diffusion of innovation perspective (1987-2000). *Preventive Medicine, 38*, 258-268.
- Saarni, S., Härkänen, T., Sintonen, H., Suvisaari, J., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Quality of Life Research, 15*, 1403-1414.
- Saleem, J., Militello, L., Arbuckle, N., Flanagan, M., Haggstrom, D., Linder, J., & Doebbeling, B. (2009, Novembre 14-18). Provider perceptions of colorectal cancer screening decision support at three benchmark institutions. 558-562. San Francisco, USA.
- Salkovskis, P., & Warwick, H. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy, 24*(5), 597-602.
- Salkovskis, P., & Warwick, H. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: a cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. Dans V. Starcevic, & D. Lipsitt, *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 202-222). New York: Oxford University Press.

- Salkovskis, P., Rimes, K., Warwick, H., & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, *32*, 843-853.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, *55*(1), 110-121.
- Salz, T., Brewer, N., Sandler, R., Weiner, B., Martin, C., & Weinberger, M. (2009). Association of health beliefs and colonoscopy use among survivors of colorectal cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, *3*, 193-201.
- Schmidt, N., & Mallott, M. (2006). Evaluating anxiety sensitivity and other fundamental sensitivities predicting anxiety symptoms and fearful responding to a biological challenge. *Behaviour Research & Therapy*, *44*, 1681-1688.
- Schmidt, N., Lerew, D., & Trakowski, J. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(2), 214-220.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. Dans R. Schwarzer, *Self-efficacy: Thought control of action*. (pp. 217-243). Washington, DC: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, *57*(1), 1-29.
- Seivewright, H., Green, J., Salkvoskis, P., Barrett, B., Nur, U., & Tyrer, P. (2008). Cognitive-behavioural therapy for health anxiety in a genitourinary medicine clinic: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *193*, 332-337.
- Semrad, T., Tancredi, D., Baldwin, L.-M., Green, P., & Fenton, J. (2011). Geographic variation of racial/ethnic disparities in colorectal cancer testing among Medicare enrollees. *Cancer*, *117*(5), 1080-1088.
- Serra, D., Goulard, H., Dupont, N., & Bloch, J. (2008). Pratique du test de détection de sang occulte dans les selles (Hemoccult[®]) dans la population française, Enquête décennale santé Insee, France 2002-2003. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, *1*, 1-4.
- Shahab, L., & West, R. (2012). Differences in happiness between smokers, ex-smokers and never smokers: Cross-sectional findings from a national household survey. *Drug and Alcohol Dependence*, *121*, 38-44.
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, *62*, 1153-1166.

- Shatenstein, B., & Ghadirian, P. (1998). Influences on diet, health behaviours and their outcomes in select ethnocultural and religious groups. *Nutrition, 14*(2), 223-230.
- Shaw, C., Abrams, K., & Marteau, T. (1999). Psychological impact of predicting individuals' risks of illness: A systematic review. *Social Science & Medicine, 49*, 1571-1598.
- Sheeran, P. (2002). Intentional behavior relations: A conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology, 12*, 1-36.
- Sheridan, S., Harris, R., & Woolf, S. (2004). Shared decision making about screening and chemoprevention. A suggested approach from the US Preventive Services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine, 26*, 56-66.
- Shike, M., Schattner, M., Genao, A., Grant, W., Burke, M., Zauber, A., . . . Cuyjet, V. (2011). Expanding colorectal cancer screening among minority women. *Cancer, 117*(1), 70-76.
- Siddiqui, A., Sifri, R., Hyslop, T., Andrel, J., Rosenthal, M., Vernon, S., . . . Myers, R. (2011). Race and response to colon cancer screening interventions. *Preventive Medicine*, DOI: 10.1016/j.ypmed.2011.01.005.
- Sieverding, M., Mattered, U., & Ciccarello, L. (2010). What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended Theory of Planned Behavior. *Health Psychology, 29*(1), 72-81.
- Simard, S. (2008). Vers une conceptualisation multidimensionnelle de la peur de la récurrence du cancer: évaluation, nature des pensées intrusives et comorbidité psychiatrique. Thèse de doctorat en psychologie. (U. Laval, Éd.) Québec, Canada.
- Sirois, F. (2004). Procrastination and intentions to perform health behaviors: The role of self-efficacy and the consideration of future consequences. *Personality and Individual Differences, 37*, 115-128.
- Sirois, F. (2007). "I'll look after my health, later": A replication and extension of the procrastination-health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences, 43*, 15-26.
- Sirois, F., & Pychyl, T. (2002, August). Academic procrastination: Costs to health and well-being. *110th Annual Convention of the American Psychological Association*. Chicago.
- Sirois, F., Melia-Gordon, M., & Pychyl, T. (2003). "I'll look after my health, later": an investigation of procrastination and health. *Personality and Individual Differences, 35*, 1167-1184.

- Slocum, N. (2006). Focus groupe. Dans N. Slocum, J. Elliott, Heesterbeek, & C. Lukensmeyer, *Méthodes participatives: Un guide pour l'utilisateur*. (pp. 117-127). Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.
- Smith, L., Pope, C., & Botha, J. (2005). Patients' help-seeking experiences and delay in cancer presentation: a qualitative synthesis. *Lancet*, 366, 825-831.
- Sobotta, J. (2010). *Atlas d'anatomie humaine Tome 2 Tronc, viscères, membre inférieure* (éd. 5ème). Cachan: Editions Médicales Internationales.
- Sorensen, P., Birket-Smith, M., Wattar, U., Buemann, I., & Salkovskis, P. (2011). A randomized clinical trial of cognitive behavioural therapy versus short-term psychodynamic psychotherapy versus no intervention for patients with hypochondriasis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 41(2), 431-441.
- Sorensen, P., Buemann, I., Birket-Smith, M., Salkovskis, P., Albertsen, M., & Strange, S. (2005). Outcome of Cognitive-Behavioural Treatment for health anxiety (hypochondriasis) in a routine clinical setting. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 165-175.
- Speckens, A., Spinhoven, P., Sloekers, P., Bolk, J., & van Hemert, A. (1996). A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scale, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(1), 95-104.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stacy, R., Torrence, W., & Mitchell, C. (2008). Perceptions of knowledge, beliefs, and barriers to colorectal cancer screening. *Journal of Cancer Education*, 23, 238-240.
- Steckelberg, A., Kasper, J., Redegeld, M., & Mühlhauser, I. (2004). Risk information: barrier to informed choice? A focus group study. *Social and Preventive Medicine*, 49(6), 375-380.
- Steele, R. M., Libby, G., Black, R., Morton, C., Birrell, J., Mowat, N., . . . Fraser, C. (2009). Results from the first three rounds of the Scottish demonstration pilot of FOBT screening for colorectal cancer. *Gut: An International Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 58, 530-535.
- Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1998). Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française. *L'Encéphale*, 24(5), 415-425.

- Stermer, T., Hodgson, S., Kavalier, F., Watts, S., & Jones, R. (2004). Patients' and professionals' opinions of services for people at an increased risk of colorectal cancer: An exploratory qualitative study. *Familial Cancer, 3*, 49-53.
- Stewart, S., & Watt, M. (2000). Illness Attitude Scale dimensions and their associations with anxiety-related constructs in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 83-99.
- Stewart, S., & Watt, M. (2001). Assessment of health anxiety. Dans G. Asmundson, S. Taylor, & B. Cox, *Health anxiety: clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions* (pp. 95-131). New York: Wiley.
- Stewart, S., Taylor, S., & Baker, J. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 11*, 179-200.
- Stone, E., Morton, S., Hulscher, M., Maglione, M., Roth, E., Grimshaw, J., . . . Shekelle, P. (2002). Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: A meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 136*, 614-651.
- Straughan, P., & Seow, A. (1998). Fatalism reconceptualized: A concept to predict health screening behavior. *Journal of Gender, Culture, and Health, 3*, 85-100.
- Stroop, J. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology, 18*(6), 643-662.
- Suls, J., Martin, R., & Wheeler, L. (2002). Social comparison: Why, with whom and with what effect? *Current Directions in Psychological Science, 11*, 159-163.
- Tabachnik, B., & Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics (4th. ed)*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tang, N., Salkovskis, P., Poplavskaya, E., Wright, K., Hanna, M., & Hester, J. (2007). Increased use of safety-seeking behaviors in chronic back pain patients with high health anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2821-2835.
- Taylor, S. (1993). The structure of fundamental fears. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry, 24*, 289-299.
- Taylor, S. (2004). Understanding and treating health anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 112-123.
- Taylor, S., & Asmundson, G. (2004). *Treating Health Anxiety: a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Taylor, S., & Asmundson, G. C. (2005). Current directions in the treatment of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 285-304.

- Taylor, S., & Cox, B. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(5), 463-483.
- Taylor, S., Asmundson, G., & Coons, M. (2005). Current directions in the treatment of hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 285-304.
- Taylor, S., Zvolensky, M., Cox, B., Deacon, B., Heimberg, R., Ledley, D., . . . Cardenas, S. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment, 19*, 176-188.
- Teng, E., Friedman, L., & Green, C. (2006). Determinants of colorectal cancer screening behaviour among Chinese Americans. *Psycho-Oncology, 15*, 374-381.
- Tercyak, K., Lerman, C., Peshkin, B., Hughes, C., Main, D., Isaacs, C., & Schwartz, M. (2001). Effects of coping style and BRCA1 and BRCA2 test results on anxiety among women participating in genetic counseling and testing for breast and ovarian cancer risk. *Health Psychology, 20*(3), 217-222.
- Terdiman, J. (2006). Embarrassment is a major barrier to colon cancer prevention, especially among women: a call to action. *Gastroenterology, 130*(4), 1364-1365.
- Tessaro, I., Mangone, C., Parkar, I., & Pawar, V. (2006). Knowledge, barriers, and predictors of colorectal cancer screening in an Appalachian Church population. *Preventing Chronic Disease, 3*(4), 1-11.
- Thayer, J., Friedman, B., & Borkovec, T. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry, 39*, 255-266.
- Thune, I., & Lund, E. (1996). Physical activity and risk of colorectal cancer in men and women. *British Journal of Cancer, 73*, 1134-1140.
- Tilley, B., Vernon, S., Myers, R., Glanz, K., Lu, M., Hirst, K., & Kristal, A. (1999). The next step trial: Impact of a worksite colorectal cancer screening promotion program. *Preventive Medicine, 28*, 276-283.
- Tinmouth, J., Ritvo, P., McGregor, E., Claus, D., Pasut, G., Myers, R., . . . Rabeneck, L. (2011). A qualitative evaluation of strategies to increase colorectal cancer screening uptake. *Canadian Family Physician, 57*, 7-15.
- Tubeuf, S. (2009). Les inégalités de santé selon le revenu en France en 2004: Décomposition et explications. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 57*(5), 319-328.
- Tuyns, A., Kaaks, R., & Haelterman, M. (1988). Colorectal cancer and the consumption of foods: a case-control study in Belgium. *Nutrition and Cancer, 11*, 189-204.

- Tyrer, P., Cooper, S., Crawford, M., Dupont, S., Green, J., Murphy, D., . . . Tyrer, H. (2011). Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. *Journal of Psychosomatic Research, 71*, 392-394.
- Udo, I., Reddy, J., & Appleton, M. (2011). Internet-based CBT for severe health anxiety. *British Journal of Psychiatry, 199*(3), 250-251.
- Vallerand, R. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne, 30*(4), 662-680.
- van Eerde, W. (2000). Procrastination: Self-regulation in initiating aversive goals. *Applied Psychology: An International Review, 49*(3), 372-389.
- van Elderen, T., Maes, S., & Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 47*(2), 175-183.
- van Zuuren, F. (1994). Cognitive confrontation and avoidance during a naturalistic medical stressor. *European Journal of Personality, 8*(5), 371-384.
- van Zuuren, F., & Dooper, R. (1999). Coping style and self-reported health promotion and disease detection behaviour. *British Journal of Health Psychology, 4*(1), 81-89.
- Varela, A., Jandorf, L., & DuHamel, K. (2010). Understanding factors related to colorectal cancer (CRC) screening among urban Hispanics: use of focus group methodology. *Journal of Cancer Education, 25*(1), 70-75.
- Vasilescu, A. (2009). Reliability, validity and psychometric properties of the romanian translation of the Health Anxiety Questionnaire. *Infomedica, 147*, 18-23.
- Velicer, W., & Prochaska, J. (2008). Stage and non-stage theories of behavior and behavior change: A comment on Schwarzer. *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), 75-83.
- Vernon, S. (1997). Participation in colorectal cancer screening: a review. *Journal of the National Cancer Institute, 89*(9), 1406-1422.
- Vernon, S., Myers, R., & Tilley, B. (1997). Development and validation of an instrument to measure factors related to colorectal cancer screening adherence. *Cancer, Epidemiology, Biomarkers, & Prevention, 6*, 825-832.
- Verschuur, M., Spinhoven, P., & Rosendaal, F. (2008). Offering a medical examination following disaster exposure does not result in long-lasting reassurance about health complaints. *General Hospital Psychiatry, 30*(3), 200-207.
- Viguié, J. (2009). L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2-3*, 19-21.

- Visser, S., & Bouman, T. (2001). The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention versus cognitive therapy. *Behaviour and Research Therapy*, 39, 423-442.
- Walker, J., & Furer, P. (2008). Interoceptive exposure in the treatment of health anxiety and hypochondriasis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 366-378.
- Walker, J., Vincent, N., Furer, P., Cox, B., & Kjernisted, K. (1999). Treatment preference in hypochondriasis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 251-258.
- Wallston, K., & Wallston, B. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. Dans G. Sanders, & J. Suls, *Social psychology of health and illness* (pp. 65-98). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Walsh, J. (2010). Physicians' approaches to recommending colorectal cancer screening: A qualitative study. *Journal of Cancer Education*, 25(3), 385-390.
- Walsh, J., Kaplan, C., Nguyen, B., Gilden-Gorin, G., McPhee, S., & Perez-Stable, E. (2004). Barriers to colorectal cancer screening in Latino and Vietnamese Americans. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2), 156-166.
- Wang, H.-L., Kroenke, K., Wu, J., Tu, W., Theobald, D., & Rawl, S. (2011). Cancer-related pain and disability: A longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 813-821.
- Warburton, L., Fishman, B., & Perry, S. (1997). Coping with the possibility of testing HIV-positive. *Personality and Individual Differences*, 22(4), 459-464.
- Ward, P., Javanparast, S., Ah Matt, M., Martini, A., & Tsourtos, G. (2010). Equity of colorectal cancer screening: cross-sectional analysis of National Bowel Cancer Screening Program data for South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(1), 61-65.
- Wardle, J., Sutton, S., Williamson, S., Taylor, T., McCaffery, K., Cuzick, J., . . . Atkin, W. (2000). Psychosocial influences on older adults' interest in participating in bowel cancer screening. *Preventive Medicine*, 31, 323-334.
- Wardle, J., Williamson, S., Sutton, S., Biran, A., McCaffery, K., Cuzick, J., & Atkin, W. (2003). Psychological impact of colorectal cancer screening. *Health Psychology*, 22, 54-59.
- Ware, J. (1976). Scales for measuring health perceptions. *Health Services Research*, 11, 396-414.
- Warwick, H. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(6), 705-711.
- Warwick, H. (2004). Treatment of health anxiety. *Psychiatry*, 3, 80-83.

- Watt, M., & Stewart, S. (2000). Anxiety sensitivity mediates the relationships between childhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 107-118.
- Watt, M., Stewart, S., & Cox, B. (1998). A retrospective study of the learning history origins of anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 505-525.
- Wegner, D., Schneider, D., Knutson, B., & McMahon, S. (1991). Polluting the stream of consciousness: The effect of thought suppression of the mind's environment. *Cognitive Therapy and Research, 15*, 141-151.
- Weinberg, D., Miller, S., Rodoletz, M., Egleston, B., Fleisher, L., Buzaglo, J., . . . Bieber, E. (2009). Colorectal cancer knowledge is not associated with screening compliance or intention. *Journal of Cancer Education, 24*, 225-232.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychology & Health, 11*, 431-445.
- Weinstein, N. (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology, 2*(1), 11-20.
- Weinstein, N., & Sandman, P. (1992). A Model of the Precaution Adoption Process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology, 11*(3), 170-180.
- Weitzman, E., Zapka, J., Estabrook, B., & Goins, K. (2001). Risk and reluctance: understanding impediments to colorectal cancer screening. *Preventive Medicine, 32*, 502-513.
- Weller, D., Coleman, D., Robertson, R., Butler, P., Melia, J., Campbell, C., . . . Moss, S. (2007). The UK colorectal cancer screening pilot: results of the second round of screening in England. *British Journal of Cancer, 97*, 1601-1605.
- Wheaton, M., Berman, N., & Abramowitz, J. (2010). The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 24*(3), 229-239.
- Whitaker, K., Brewin, C., & Watson, M. (2008). Intrusive cognitions and anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 509-517.
- Whitaker, K., Brewin, C., & Watson, M. (2009). Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer patients. *Psycho-Oncology, 18*(11), 1147-1155.
- White, R., & Horvitz, E. (2009). Cyberchondria: studies of the escalation of medical concerns in Web search. *ACM Transactions on Information Systems, 27*, 1-37.

- Williams, M., McManus, F., Muse, K., Williams, J., & Mark, G. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology, 50*(4), 379-397.
- Williams, P. (2004). The psychopathology of self-assessed health: a cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. *Cognitive Therapy and Research, 28*, 629-644.
- Williamson, K. (1996). Persuading women over age 50 to get repeat mammograms: A field test of Protection Motivation Theory. *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences.*, 52(12A), 4862.
- Withhöft, M., Rist, F., & Bailer, J. (2008). Enhanced early emotional intrusion effects and proportional habituation of threat response for symptom and illness words in college students with elevated health anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 818-842.
- Wolf, A., & Schorling, J. (2000). Does informed consent alter elderly patients' preferences for colorectal cancer screening? Results of a randomized trial. *Journal of General Internal Medicine, 15*, 24-30.
- Wolfradt, U., & Härter, M. (2004). Untersuchungen mit einer deutschsprachigen Version des Health Anxiety Questionnaire (HAQ) an verschiedenen Stichproben. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 52*(1), 15-30.
- Wong, Y.-N., & Coups, E. (2011). Correlates of colorectal cancer screening adherence among men who have been screened for prostate cancer. *Journal of Cancer Education*, DOI:10.1007/s13187-011-0194-2.
- Wood, J., Tataryn, D., & Gorsuch, R. (1996). Effects of under- and overextraction on principal axis factor analysis with varimax rotation. *Psychological Methods, 1*, 354-365.
- Woodrow, C., Watson, E., Rozmovits, L., Parker, R., & Austoker, J. (2008). Public perceptions of communicating information about bowel cancer screening. *Health Expectations, 11*(1), 16-25.
- Woolf, S. (2000). The best screening test for colorectal cancer - a personal choice. *New England Journal of Medicine, 343*, 1641-1643.
- Woolf, S., Johnson, R., Phillips, R., & Philipsen, M. (2007). Giving everyone the health of the educated: An examination of whether social change save more lives than medical advances. *American Journal of Public Health, 97*(4), 679-683.

- Worthley, D., Cole, S., Esterman, A., Mehaffey, S., Roosa, N., Smith, A., . . . Young, G. (2006). Screening for colorectal cancer by faecal occult blood test: why people choose to refuse. *Internal Medicine Journal*, 36, 607-610.
- Zaza, C., & Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: A critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(5), 526-542.
- Zhao, G., Ford, E., Ahluwalia, I., Li, C., & Mokdad, A. (2009). Prevalence and trends of receipt of cancer screenings among US women with diagnosed diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 24(2), 270-275.
- Zhao, X., Lynch, J., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206.

Documents sur Internet :

- Aparicio, T. (2011, juillet 20). *Thésaurus National de Cancérologie Digestive - Cancer du côlon*. Consulté le 10 octobre 2011, sur Société Nationale Française de Gastro-Entérologie: <http://www.snfge.org/data/moduledocument/publication/5/1218.htm>
- Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace (ADECA). (s.d.). *Pourquoi n'y a-t-il pas de restriction alimentaire recommandée avant la réalisation d'un test Hemocult dans la campagne de dépistage ADECA68?* Consulté le 26 Mars 2011, sur Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace (ADECA): http://www.adeca68.fr/faq/toutes_les_questions/restriction_alimentaire/hemocult_et_restriction_alimentaire.226.html
- Haute Autorité de Santé & Institut National du Cancer. (2008, février 1). *Guide affection longue durée - Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique - Cancer colorectal*. Consulté le 10 octobre, 2011, sur : http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_colon_version_web.pdf
- Institut National du Cancer. (2009, Décembre 11). *Les facteurs de risque du cancer colorectal*. Consulté le 7 Mars, 2011, sur CANCER INFO: <http://www.e-cancer.fr/les-cancers/cancers-du-colon/les-facteurs-de-risque>
- Institut de Veille Sanitaire. (2011, février 28). *Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal*. Consulté le 12 mars, 2011, sur Institut de Veille sanitaire: http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/
- Institut National du Cancer. (2009, novembre 24). *Cancer du côlon*. Consulté le 1 août, 2011, sur CANCER INFO: <http://www.e-cancer.fr/les-cancers/cancers-du-colon/le-colon>

Institut National du Cancer. (2009, Novembre 27). *Cancer du côlon - Les tumeurs bénignes*. Consulté le 7 Mars, 2011, sur CANCER INFO: <http://www.e-cancer.fr/les-cancers/cancers-du-colon/differents-types-tumeurs-colorectales/les-tumeurs-begnines-du-colon>

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. (2001). *Conférence de Consensus - Prévention, Dépistage et Prise en charge des Cancers du Côlon 1998*. Consulté le 7 Mars, 2011, sur Société Nationale Française de Gastro-Entérologie: <http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0c-conferences-consensus/cc-colon-1998/cc-colon-1998.htm#q2>

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie. (2009, Avril 30). *Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique - Item 118 - Abrégés Connaissances et pratique*. Consulté le 7 Mars, 2011, sur Université Médicale Virtuelle Francophone: http://www.snfge.asso.fr/05-Interne-Chercheurs/0B-internes-etudiants/abrege/PDF/CDU_8_item_118.pdf

CURRICULUM VITAE

ARTICLES

Articles publiés ou sous presse (revues indexées comportant un comité de lecture) :

- Bridou, M., & Aguerre, C. (sous presse). L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *Annales Médico-Psychologiques* (DOI : 10.1016/j.amp.2010.11.017).
- Bridou, M., Aguerre, C., Réveillère, C., Haguenoer, K., & Viguié, J. (2011). Facteurs psychologiques d'adhésion au dépistage du cancer colorectal par le test Hemocult-II®. *Psycho-Oncologie*, 5(1), 25-33.
- Bridou, M., & Aguerre, C. (2010). Spécificités, déterminants et impacts de l'anxiété liée au cancer : revue de question des apports de l'approche cognitivo-comportementale. *Psycho-Oncologie*, 4(Suppl 1), S26-S32.

Articles soumis (revues indexées comportant un comité de lecture) :

- Bridou, M., Aguerre, C., Gimenes, G., Kubiszewski, V., Le Gall, A., Potard, C., Sorel, O., & Réveillère, C. Psychological Barriers and Facilitators of Colorectal Cancer Screening in a French Population (soumis à la revue *Journal of Cancer Education*).
- Bridou, M., & Aguerre, C. Spécificités de la prise en charge cognitivo-comportementale des formes pathologiques de l'anxiété envers la santé (soumis à la revue *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*).
- Bridou, M., & Aguerre, C. Validity of the French form of the Somatosensory Amplification Scale in a non-clinical sample (soumis à la revue *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*).
- Bridou, M., & Aguerre, C. Symptomatologie prémenstruelle, somatisation et anhédonie physique (soumis à la revue *L'Encéphale*).
- Aguerre, C., Bridou, M., Laroche, F., Csillik, A., & Jensen, M. Spécificités de l'entretien motivationnel dans le cadre d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique (soumis à la revue *Evolution Psychiatrique*).

COMMUNICATIONS

Communications présentées ou acceptées dans des congrès internationaux :

- Communications orales :

Aguerre, C., Bridou, M., Gonzales, S., Naudet, C., & Dauvel, C. (2009). Prévalence, nature et impact de l'ergomanie chez les personnes fibromyalgiques. *V^{ème} Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*, Rennes, France, 24-26 juin 2009.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2009). Facettes de l'anxiété envers la santé et croyances spécifiques s'y rapportant. *V^{ème} Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*, Rennes, France, 24-26 juin 2009.

- Communications affichées :

Aguerre, C., Bridou, M., Le Gall, A., Morel-Fatio, M., & Vannier, I. (2012). Preliminary analysis of the psychometric properties of the French version of Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ). *42nd annual European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Congress*, Genève, Suisse, 29 août – 1 septembre 2012.

Aguerre, C., Bridou, M., Sorel, O., Jammet, L., & Vannier I. (2012). Therapeutic effects of a behavioral-cognitive group therapy for chronic pain patients: preliminary results of a French pilot study. *42nd annual European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Congress*, Genève, Suisse, 29 août – 1 septembre 2012.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2012). A validation study of the French form of the Health Anxiety Questionnaire. *26th European Health Psychology Society Conference*, Prague, République Tchèque, 21-25 août 2012.

Bridou, M., Aguerre, C., Gimenes, G., Kubiszewski, V., Le Gall, A., Potard, C., Sorel, O., & Réveillère, C. (2012). Psychological barriers and facilitators of colorectal cancer screening by Hemoccult-II[®]: a French focus group study. *26th European Health Psychology Society Conference*, Prague, République Tchèque, 21-25 août 2012.

Aguerre, C., Bridou, M., Sorel, O., Vannier, I. (2012). Effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for chronic patients: preliminary results of a French pilot study. *26th European Health Psychology Society Conference*, Prague, République Tchèque, 21-25 août 2012.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2008). Examen de la structure factorielle et de la validité de la version française de la SomatoSensory Amplification Scale de Barsky. *XIII^{ème} Congrès de l'Association Francophone de Formation et de Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (A.F.FOR.THE.C.C.)*, Luxembourg, 3-5 juillet 2008.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2007). Dimension psychologique du trouble prémenstruel. *IV^{ème} Congrès International de Psychologie de la Santé de Langue Française*, Toulouse, France, 20-22 juin 2007.

Communications présentées ou acceptées dans des congrès nationaux :

- Communications orales :

Aguerre, C., Bridou, M., Sorel, O., & Vannier, I. (2012). Visées et spécificités d'une prise en charge cognitivo-comportementale de la douleur chronique intégrant des préceptes de la psychologie positive : présentation du programme « Atelier Bien-être et Coping envers la Douleur chronique » (ABCD). *V^{ème} Entretiens Francophones de la Psychologie*, Boulogne-Billancourt, 19-21 avril 2012.

Bridou, M. (2012). Etude qualitative des freins et leviers psychologiques au dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. *IV^{èmes} Journées Doctorales en Psychologie de la Santé*, Boulogne-Billancourt, 13 janvier 2012.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2011). Etude des bienfaits d'un Atelier psycho-éducatif Bien-être et Coping envers la Douleur (ABCD). *VII^{ème} journée des membres de la Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur de la région Centre*, Tours, 20 mai 2011.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2010). Mieux repérer et prendre en charge l'anxiété envers la santé. *III^{èmes} Entretiens Francophones de la Psychologie*, Paris, 22-24 avril 2010.

Bridou, M., & Aguerre, C. (2008). Qualités psychométriques de la version française de l'échelle d'amplification somatosensorielle de Barsky. *Congrès de la Société Française de Psychologie*, Bordeaux, 10-12 Septembre 2008.

ANNEXES

Cancer colo-rectal : qui participera à l'étude ?

Quels sont les freins psychologiques au dépistage du cancer colo-rectal ? Pour répondre à cette question, une étude va être lancée en Indre-et-Loire. Financée par l'Inca (Institut national du cancer), en lien avec le Centre des dépistages des cancers basé au CHU Trousseau, elle sera menée par une doctorante du département de psychologie, à la faculté des Tanneurs.

« D'ici début décembre, nous avons besoin de trouver 80 personnes, 40 hommes et 40 femmes de 50 ans et plus qui ont participé à ce dépistage, proposé en Indre-et-Loire à

toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans. Huit groupes non mixtes seront créés et chaque participant devra répondre à un questionnaire. Il faudra compter une heure et demi pour cette réunion. Un dédommagement de 40 € sera proposé », explique Morgiane Bridou qui mènera cette étude avec quatre animateurs spécialement recrutés.

Si vous êtes intéressé, vous pouvez prendre contact avec elle par courriel: morgiane.bridou@etu.univ-tour.fr ou par téléphone : 06. [REDACTED].

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN DES FOCUS GROUPS.

Accueil et présentation :

Bonjour messieurs (mesdames),

Merci d'avoir accepté de vous présenter pour participer à cette réunion. Nous allons vous en préciser les modalités dans un instant.

Mais d'abord nous allons nous présenter. Je suis, chargé(e) d'étude dans le cadre du projet EF-SPEED pour l'Institut national du Cancer. Je vais co-animer aujourd'hui cette réunion en collaboration avec mon (ma) collègue qui se chargera également de prendre des notes.

Nous allons faire un tour de table afin que chacun puisse se présenter. Nous vous demanderons simplement vos prénoms et vos activités professionnelles, afin de respecter l'anonymat de chacun.

Cette réunion a pour objectif de collecter un certain nombre d'informations sur les opinions des français quant au test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult-II[®]. Il ne s'agit en aucun cas de tenter de vous convaincre d'une quelconque manière de l'intérêt ou du désintérêt à faire ce test. Nous n'avons strictement rien à vendre et aucun intérêt particulier envers le dépistage du cancer colorectal.

J'attire votre attention également sur le fait que nous ne sommes pas médecins. Par conséquent, nous ne serons pas à même de vous conseiller ou de vous apporter un complément d'informations médicales sur ce test.

Nous souhaitons simplement recueillir vos avis personnels quels qu'ils soient. Il n'y a donc pas de bonne ou de mauvaise réponse. Chacun peut donc s'exprimer librement.

L'anonymat et la confidentialité de vos opinions sont assurés. La réunion est enregistrée pour les besoins de l'étude, mais les enregistrements ne seront en aucun diffusés à d'autres fins. Une fois analysés, ils seront détruits selon les directives de la CNIL.

Je vous demanderai simplement de respecter scrupuleusement les règles suivantes :

1) Je vous invite à respecter les opinions des autres participants, à ne pas faire de commentaires désagréables à l'égard des autres participants par exemple ;

2) Je vous prie également de parler fort et distinctement lorsque vous prenez la parole. Essayez de ne pas vous couper la parole entre vous afin que la discussion se déroule le mieux possible ;

3) Concernant le dédommagement financier pour vous remercier de votre participation, nous vous remettrons à la fin de la réunion 40 euros et vous demanderons simplement de signer un reçu.

Avez-vous des questions sur le déroulement de la réunion avant que l'on commence ?

Nous allons maintenant vous poser quelques questions pour que vous puissiez intervenir sur le sujet qui nous intéresse aujourd'hui. Encore une fois, n'hésitez pas à prendre la parole et à exprimer vos opinions personnelles.

Il est nécessaire que les participants soient tous au clair avec les 3 notions suivantes : le dépistage, le cancer colorectal, le test Hemocult-II®. En cas de questions, vous trouverez ci-après les réponses courtes à apporter. Si d'autres questions plus précises émergent, rappelez aux participants que vous n'êtes pas médecins et donc pas assez compétents dans ce domaine pour répondre. Puis invitez-les à consulter leur médecin traitant ou le Centre de Coordination des Dépistages des Cancers d'Indre-et-Loire (www.ccdc37.fr ou 02.47.47.98.92).

Qu'est-ce que le dépistage ?

Technique médicale permettant de détecter très tôt des maladies telles que certains cancers, avant même l'apparition de symptômes visibles. Cela facilite la mise en place de traitements plus efficaces lorsqu'ils sont administrés à des stades précoces de la maladie. Un diagnostic précoce des maladies augmente les chances de guérison.

Qu'est-ce que le cancer colorectal ?

Il s'agit d'un cancer qui se développe sur le côlon (la plus grande partie du gros intestin) et/ou le rectum (partie terminale du gros intestin qui s'étend jusqu'à l'anus). Cette partie du corps joue un rôle dans la digestion et dans la formation et l'élimination des matières fécales. Il s'agit du 3^{ème} cancer le plus fréquent (37000 nouveaux cas par an) et concerne aussi bien les hommes que les femmes.

Qu'est-ce que le test Hemocult-II® ?

Le test Hemocult II est une technique utilisée pour dépister précocement le cancer colorectal. Il permet de mettre en évidence la présence de sang invisible à l'œil nu dans les selles. Ce test est réalisé à domicile à l'aide d'un kit. Il s'agit de prélever des échantillons de selles (à 3 reprises), de les déposer sur une plaquette, et d'envoyer celle-ci par La Poste à un laboratoire pour analyse.

Cette technique est différente de la coloscopie qui permet également de dépister précocement le cancer colorectal, mais qui consiste en un examen visuel du côlon par un tube souple équipé d'une caméra miniature. Cet examen est fait par un gastro-entérologue.

Thèmes à aborder :

1. Selon vous, qu'est-ce qu'une méthode de dépistage ?

A quoi cela sert-il de se faire dépister ?

=> Recueillir les réponses et préciser si besoin avec la définition précédente.

2. Qu'est-ce que le cancer colorectal ?

=> Recueillir les réponses et préciser si besoin avec la définition précédente.

3. A propos du dépistage organisé du cancer colorectal.

| Questions : | Relances : |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Que connaissez-vous des méthodes de dépistage du cancer colorectal ? | <ul style="list-style-type: none">▪ Avez-vous remarqué la campagne visant à promouvoir le recours au dépistage du cancer colorectal ? Recueillir les réponses puis regarder le spot TV. Qu'en pensez-vous ?▪ Selon vous, quels sont les examens utilisés permettant de dépister le cancer colorectal ? Recueillir les réponses et préciser si besoin avec les définitions des tests Hemocult II et coloscopie.▪ Que pensez-vous de ces tests ?▪ Que connaissez-vous du test Hemocult IIR ?▪ Selon vous, comment se déroule le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult II ? Recueillir les réponses puis regarder le mode d'emploi du test. Qu'en pensez-vous ?▪ Selon vous, le test Hemocult IIR est-il efficace pour dépister un cancer colorectal ? |

4. Leviers à la démarche de dépistage du cancer colorectal.

| Questions : | Relances : |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Qu'est-ce qui pourrait vous pousser à faire un test de dépistage du cancer colorectal ?▪ Qu'est-ce qui vous | <ul style="list-style-type: none">▪ Selon vous, la prise de décision de faire le test peut-elle être facilitée par la peur d'avoir un cancer ou la peur de souffrir ? En quoi ?▪ Selon vous, la prise de décision de faire le test peut-elle être facilitée par le sentiment d'être soi-même concerné(e) par le cancer colorectal ? En quoi ?▪ Que pensez-vous du rôle de l'entourage proche sur la prise de décision de faire le test ? |

| | |
|--|--|
| <p>a poussé à faire un test de dépistage du cancer colorectal ? Variante pour ceux ayant déjà fait le test.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que pensez-vous du rôle du médecin traitant sur la prise de décision de faire le test ? ▪ Que pensez-vous du rôle des campagnes publicitaires sur la prise de décision de faire le test ? ▪ Que pensez-vous de l'aspect pratique de la procédure du test Hemocult IIR (temps, notice facile, matériel, test à domicile) ? (cf modes d'emploi du test) ▪ Que pensez-vous de l'aspect financier de la procédure du test Hemocult IIR ? (tarif de la consultation chez le médecin traitant) |
| <p>5. Freins à la démarche de dépistage du cancer colorectal.</p> | |
| <p>Questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qu'est-ce qui pourrait vous empêcher de faire un test de dépistage du cancer colorectal ? ▪ Qu'est-ce qui vous a empêché de faire un test de dépistage du cancer colorectal ? | <p>Relances :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selon vous, la prise de décision de faire le test peut-elle être empêchée par la peur d'avoir un cancer ou la peur de souffrir ? En quoi ? ▪ Selon vous, la prise de décision de faire le test peut-elle être empêchée par le sentiment d'être soi-même peu concerné(e) par le cancer colorectal ? En quoi ? ▪ Que pensez-vous du rôle de l'entourage proche sur la prise de décision de faire le test ? ▪ Que pensez-vous du rôle du médecin traitant sur la prise de décision de faire le test ? ▪ Que pensez-vous du rôle des campagnes publicitaires sur la prise de décision de faire le test ? ▪ Que pensez-vous de l'aspect pratique de la procédure du test Hemocult IIR (temps, matériel, notice difficile) ? (cf modes d'emploi du test) ▪ Vous sentez-vous gêné(e) ou dégoûté(e) par la procédure du test Hemocult IIR ? Cela peut-il vous empêcher de faire le test ? ▪ Que pensez-vous de l'aspect financier de la procédure du test Hemocult IIR ? (tarif de la consultation chez le médecin traitant) |

Fin du groupe :

Faire un résumé rapide des principales notions abordées pendant la réunion et des principales opinions exprimées.

Avez-vous quelque chose à rajouter ?

Y a-t-il un autre point que vous auriez souhaité aborder ?

Qu'avez-vous pensé de la réunion d'aujourd'hui ?

Comment s'est passée la réunion pour vous ?

Je tiens une nouvelle fois à vous remercier pour votre participation à cette réunion. Votre présence nous a été très utile et précieuse. Nous restons bien entendu à votre disposition pour toute question relative à l'étude.

Avant de nous quitter, nous vous invitons à partager une petite collation et nous allons procéder au dédommagement financier.

ANNEXE 3 : FICHE DE RENSEIGNEMENTS DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS.

Merci de nous indiquer les quelques renseignements suivants :

- **Date :** /..... /2010
- **Vos initiales :**
- **Votre âge :**
- **Votre sexe :** Féminin Masculin
- **Votre ville :**
- **Avez-vous des antécédents personnels de cancer ?**

Si OUI : De quel(s) cancer(s) s'agit-il ?.....

- **Avez-vous des antécédents familiaux de cancer ?**

Si OUI : De quel(s) cancer(s) s'agit-il ?.....

Quel(s) membre(s) de votre famille est(sont) ou étai(en)t concerné(s) ?.....

- **Avez-vous déjà fait le test de dépistage du cancer colorectal par Hemocult II® ?**

Si OUI :

Combien de fois avez-vous fait ce test jusqu'à maintenant ?

Le(s) résultat(s) de ce test étai(en)t-il(s) ?

Positif Négatif

Avez-vous l'intention de refaire ce test lorsque vous y serez invité(e) à nouveau ?

Oui Non

Avez-vous effectué une ou plusieurs coloscopie(s) ?

Oui Non

Si NON :

Combien de fois avez-vous été invité(e) à faire ce test jusqu'à maintenant ?.....

Avez-vous l'intention de faire ce test dans les 6 mois à venir ?

Oui Non

Avez-vous effectué une ou plusieurs coloscopie(s) ?

Oui Non

ANNEXE 4 : MODE D'EMPLOI DU TEST HEMOCCULT-II®.



TEST DE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES



MODE D'EMPLOI

ATTENTION : Il est IMPÉRATIF d'identifier le test sur l'arrière de la plaquette (vignette 3) et sur la pochette de protection plastifiée (vignette 13). Les tests non identifiés ne pourront pas être analysés par les laboratoires.



Rassemblez la lettre d'invitation, les étiquettes autocollantes, la pochette de test, la feuille d'identification et l'enveloppe T.



Ouvrez la pochette de test. Elle contient une pochette plastique, une plaquette avec trois volets, six bâtonnets et du papier pour recueillir les selles.



Identifiez la plaquette : Collez une étiquette sur la face arrière de la plaquette ou complétez les informations demandées.



Utilisez le papier fourni pour le recueil des selles (matières fécales). Placez-le sur la cuvette en le coinçant sous la lunette.



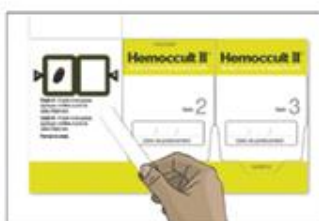
Attention : Pour garantir l'efficacité du test, la selle ne doit pas entrer en contact avec un liquide (eau, urine, javel).



Vous pouvez aussi utiliser un récipient propre et sec : sac plastique, cuvette, papier journal, etc.



Avec un bâtonnet, prélevez un petit échantillon de selle de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz.

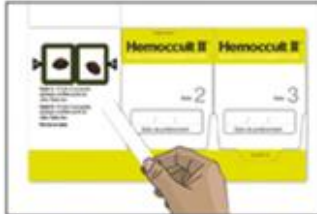


Soulevez la languette nommée « selle 1 » et déposez l'échantillon sur le cadre A de la plaquette.



Avec un autre bâtonnet, prélevez un deuxième échantillon de même taille à un autre endroit de la même selle.

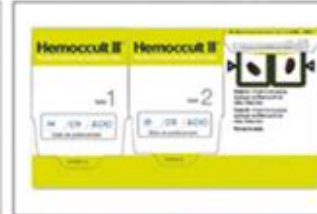
Retrouvez le mode d'emploi animé sur le site www.e-cancer.fr, rubrique dépistage.



Appliquez cet échantillon sur le cadre B, sous la même languette.



Refermez le volet, indiquez la date de prélèvement et posez la plaquette dans un endroit sec. Cette opération est à réaliser sur trois selles successives.



Chaque prélèvement doit être réalisé avec un nouveau bâtonnet. Si vous allez à la selle en oubliant d'effectuer un prélèvement, vous pouvez faire le prélèvement sur la selle suivante.



Collez une étiquette ou inscrivez vos coordonnées sur la pochette de protection plastifiée. Attention, un délai de 10 jours maximum doit être respecté entre le premier prélèvement et l'envoi du test.



Remplissez la fiche d'identification jointe.



Avant de mettre votre plaquette dans la pochette de protection, vérifiez que vous avez bien collé l'étiquette.



Placez la pochette fermée et la feuille d'identification dans l'enveloppe T.



Postez l'enveloppe sans affranchir.

RÉSULTAT NÉGATIF (97% DES CAS)

Cela signifie qu'aucun saignement n'a été détecté dans les selles.

Il arrive que certains polypes ou cancers ne soient pas détectés par le test s'ils ne saignent pas au moment des prélèvements.

Vous serez invité(e) à renouveler le test dans deux ans.

Dans l'intervalle, si des troubles digestifs apparaissent (présence de sang dans les selles, modification soudaine du transit, douleurs abdominales persistantes), consultez votre médecin.

RÉSULTAT POSITIF (3% DES CAS)

Cela ne signifie pas que vous avez un cancer mais que du sang a été détecté dans vos selles.

Pour en identifier l'origine, votre médecin vous prescrira une coloscopie réalisée par un gastroentérologue.

**ANNEXE 5 : EFFECTIF DES FORMES REDUITES DU CORPUS DE DONNEES
QUALITATIVES OBTENU AVEC LES FOCUS GROUPS.**

| Forme réduite | Effectif | Forme réduite | Effectif |
|---------------|----------|---------------|----------|
| faire | 450 | famille | 21 |
| fait | 321 | justement | 21 |
| aller | 282 | recherche | 21 |
| médecin | 197 | façon | 20 |
| cancer | 191 | santé | 20 |
| an | 186 | guérir | 20 |
| voir | 172 | simple | 20 |
| test | 154 | regarder | 20 |
| dépister | 122 | prise | 19 |
| gens | 114 | facile | 19 |
| peur | 92 | décéder | 19 |
| coloscopie | 92 | inciter | 19 |
| parler | 91 | envelopper | 19 |
| dire | 87 | hui | 18 |
| chose | 86 | fiable | 18 |
| hemocult | 86 | mourir | 18 |
| petit | 81 | normal | 18 |
| fois | 80 | partie | 18 |
| jour | 72 | aujourd | 18 |
| problème | 67 | gratuit | 18 |
| préventif | 67 | positif | 18 |
| trouver | 63 | rentrer | 18 |
| premier | 58 | revenir | 18 |
| prendre | 58 | traiter | 18 |
| recevoir | 56 | entendre | 18 |
| selle | 54 | régulier | 18 |
| femme | 52 | sécurité | 18 |
| temps | 52 | concerner | 18 |
| maladie | 52 | forcément | 18 |
| examen | 50 | jeune | 17 |
| demander | 50 | moyen | 17 |
| age | 49 | payer | 17 |
| reçu | 49 | rester | 17 |
| passer | 49 | commencer | 17 |
| vrai | 48 | anesthésier | 17 |
| donner | 46 | monde | 16 |
| sang | 45 | chance | 16 |

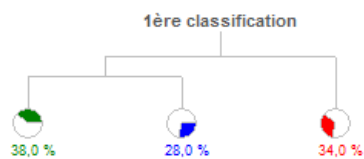
| Forme réduite | Effectif | Forme réduite | Effectif |
|---------------|----------|---------------|----------|
| mettre | 45 | eviter | 16 |
| penser | 45 | habitude | 16 |
| heure | 41 | papier | 16 |
| arriver | 41 | négatif | 16 |
| soigner | 41 | obligé | 16 |
| courrier | 41 | agréable | 16 |
| coût | 38 | détecter | 16 |
| personne | 36 | permettre | 16 |
| question | 35 | code | 15 |
| important | 34 | euro | 15 |
| pub | 32 | parle | 15 |
| passe | 31 | barre | 15 |
| homme | 29 | essayer | 15 |
| envoyer | 29 | exister | 15 |
| possible | 29 | dépendre | 15 |
| truc | 28 | plaquette | 15 |
| côlon | 28 | diverticule | 15 |
| polype | 28 | fin | 14 |
| ami | 27 | seul | 14 |
| suite | 27 | envoi | 14 |
| venir | 27 | tabou | 14 |
| pareil | 27 | accord | 14 |
| cas | 26 | précis | 14 |
| savoir | 26 | sentir | 14 |
| suivre | 26 | analyse | 14 |
| intestin | 26 | changer | 14 |
| proposer | 26 | attentif | 14 |
| mari | 25 | démarche | 14 |
| sein | 25 | pratique | 14 |
| poser | 25 | systématique | 14 |
| enfant | 25 | avis | 13 |
| moment | 25 | mère | 13 |
| niveau | 25 | bonne | 13 |
| colorectal | 25 | connu | 13 |
| vie | 24 | sensible | 13 |
| cher | 24 | cuvette | 13 |
| social | 24 | dernier | 13 |
| deuxième | 24 | ecouter | 13 |
| connaître | 24 | evident | 13 |
| différent | 24 | pharmacie | 13 |

| Forme réduite | Effectif | Forme réduite | Effectif |
|---------------|----------|---------------|----------|
| risque | 23 | pousser | 13 |
| vraiment | 23 | efficace | 13 |
| mammographie | 23 | importer | 13 |
| année | 22 | prévenir | 13 |
| attendre | 22 | difficile | 13 |
| résultat | 22 | etiquette | 13 |
| personnel | 22 | généraliste | 13 |
| côté | 21 | rembourser | 13 |
| mois | 21 | prélèvement | 13 |
| médical | 21 | | |

**ANNEXE 6 : EFFECTIF DES FORMES REDUITES POUR LA THEMATIQUE DES
CONNAISSANCES ET CROYANCES ENVERS LE DEPISTAGE.**

| Forme réduite | Effectif | Forme réduite | Effectif |
|---------------|----------|---------------|----------|
| fait | 84 | dire | 11 |
| faire | 84 | gens | 11 |
| an | 66 | parler | 11 |
| coloscopie | 55 | endormir | 11 |
| dépister | 54 | intestin | 11 |
| test | 48 | vrai | 10 |
| aller | 48 | penser | 10 |
| médecin | 45 | détecter | 10 |
| Hemoccult | 44 | trouver | 9 |
| voir | 40 | deuxième | 9 |
| cancer | 36 | possible | 9 |
| jour | 29 | pub | 8 |
| préventif | 26 | côlon | 8 |
| maladie | 23 | heure | 8 |
| petit | 22 | mettre | 8 |
| selle | 21 | arriver | 8 |
| courrier | 21 | cabinet | 8 |
| fois | 18 | négatif | 8 |
| temps | 18 | produit | 8 |
| recevoir | 17 | justement | 8 |
| chose | 16 | permettre | 8 |
| premier | 16 | colorectal | 8 |
| sang | 15 | systématique | 8 |
| examen | 15 | âge | 7 |
| polype | 15 | cher | 7 |
| cas | 14 | envoi | 7 |
| passer | 14 | venir | 7 |
| recherche | 14 | compte | 7 |
| donner | 13 | suivre | 7 |
| envoyer | 13 | tracer | 7 |
| prendre | 13 | musique | 7 |
| soigner | 13 | positif | 7 |
| demander | 13 | problème | 7 |
| anesthésier | 13 | personne | 7 |
| reçu | 12 | question | 7 |
| passer | 12 | référent | 7 |
| diverticule | 12 | différent | 7 |

ANNEXE 7 : ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE EFFECTUEE SUR LA THEMATIQUE DES CONNAISSANCES ET CROYANCES ENVERS LE DEPISTAGE.

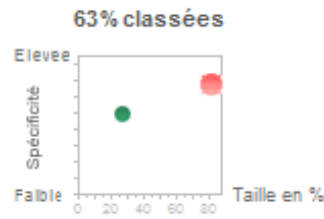


| Classe 1 | | |
|-------------|-----|------|
| Forme | kh2 | Eff. |
| coloscopie | 80 | 48 |
| hemocult | 22 | 28 |
| polype | 21 | 14 |
| fait | 17 | 47 |
| gens | 15 | 10 |
| intestin | 15 | 11 |
| passee | 12 | 10 |
| positif | 12 | 7 |
| diverticule | 12 | 12 |
| produit | 10 | 8 |
| endormir | 10 | 7 |
| an | 9 | 35 |
| examen | 9 | 9 |
| negatif | 9 | 7 |
| trouver | 9 | 7 |
| hui | 8 | 5 |
| annee | 8 | 5 |
| aujourd | 8 | 5 |
| faire | 7 | 41 |
| operer | 7 | 4 |
| cabinet | 7 | 7 |
| musique | 7 | 6 |
| passer | 6 | 8 |
| manger | 5 | 3 |
| enlever | 5 | 4 |
| perforer | 5 | 3 |
| permettre | 5 | 6 |
| Variable | kh2 | Eff. |
| *sexe_m | 4 | 70 |

| Classe 3 | | |
|-----------|-----|------|
| Forme | kh2 | Eff. |
| medecin | 54 | 33 |
| jour | 44 | 21 |
| courrier | 38 | 17 |
| envoyer | 32 | 12 |
| recevoir | 21 | 11 |
| donner | 20 | 9 |
| recu | 14 | 9 |
| mois | 13 | 5 |
| barre | 13 | 5 |
| docteur | 13 | 5 |
| aller | 12 | 25 |
| demander | 11 | 9 |
| code | 10 | 4 |
| retour | 10 | 4 |
| pharmac | 10 | 4 |
| obliger | 9 | 5 |
| traiter | 9 | 5 |
| referent | 9 | 6 |
| preleveme | 9 | 5 |
| systemati | 9 | 5 |
| lettre | 8 | 4 |
| repondre | 8 | 4 |
| plaquette | 8 | 5 |
| enveloppe | 8 | 3 |
| envoi | 5 | 4 |
| suivre | 5 | 4 |
| question | 5 | 4 |
| Variable | kh2 | Eff. |
| *Sexe_m | 4 | 27 |

| Classe 2 | | |
|------------|-----|------|
| Forme | kh2 | Eff. |
| depister | 63 | 45 |
| cancer | 38 | 29 |
| maladie | 28 | 17 |
| soigner | 18 | 11 |
| preventif | 18 | 16 |
| possible | 16 | 8 |
| colorectal | 16 | 8 |
| mettre | 14 | 8 |
| vrai | 12 | 9 |
| attendre | 12 | 6 |
| cout | 10 | 5 |
| guerir | 10 | 5 |
| pareil | 10 | 5 |
| risque | 10 | 5 |
| chose | 9 | 11 |
| prendre | 9 | 9 |
| symptom | 8 | 4 |
| recherche | 7 | 8 |
| cher | 6 | 6 |
| terme | 6 | 5 |
| depart | 6 | 3 |
| parler | 6 | 7 |
| mechant | 6 | 3 |
| detecter | 6 | 7 |
| forcement | 6 | 3 |
| gentil | 5 | 4 |
| niveau | 5 | 4 |
| Variable | kh2 | Eff. |
| *Sexe_m | 5 | 33 |

**ANNEXE 8 : ANALYSE EN TRI-CROISE EFFECTUEE SUR LA THEMATIQUE DES
CONNAISSANCES ET CROYANCES ENVERS LE DEPISTAGE.**



Classe 1

| Présence | khi2 |
|-------------|------|
| *Sexe_f | 385 |
| ils | 6 |
| autre | 5 |
| aussi | 4 |
| il-y-a | 4 |
| anesthésier | 4 |
| eu | 3 |
| qui | 3 |
| plus | 3 |
| avant | 3 |
| examen | 3 |
| endormir | 3 |
| parce-qu | 3 |
| possible | 3 |
| peu | 2 |
| tot | 2 |
| dire | 2 |
| quelqu | 2 |

| Absence | khi2 |
|-----------|------|
| pharmac | -15 |
| preventif | -14 |
| obliger | -12 |
| terme | -9 |
| mechant | -9 |
| temps | -8 |

Classe 2

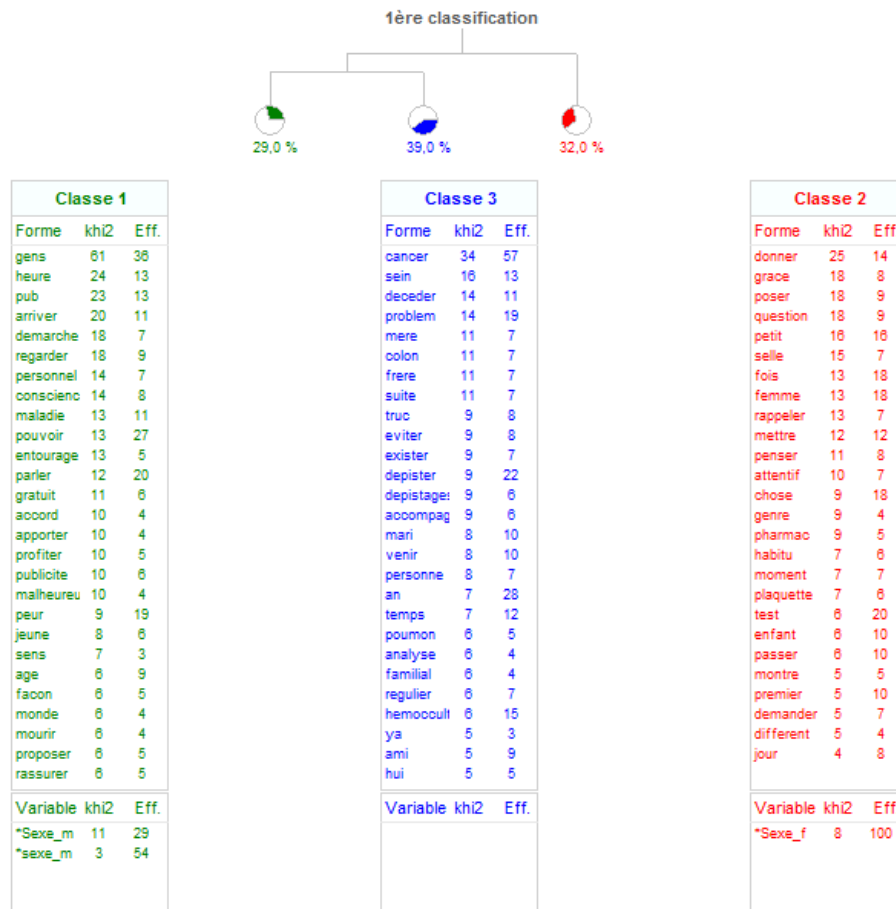
| Présence | khi2 |
|-----------|------|
| *Sexe_m | 385 |
| pharmac | 15 |
| preventif | 14 |
| obliger | 12 |
| il | 9 |
| terme | 9 |
| mechant | 9 |
| bien | 8 |
| temps | 8 |
| sur | 7 |
| medecin | 7 |
| test | 6 |
| S | 5 |
| passer | 5 |
| risque | 5 |
| docteur | 5 |
| nous | 4 |
| aller | 4 |
| donner | 4 |
| demander | 4 |
| depister | 4 |

| Absence | khi2 |
|-------------|------|
| anesthésier | -4 |
| examen | -3 |
| endormir | -3 |
| possible | -3 |

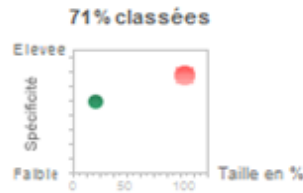
**ANNEXE 9 : EFFECTIF DES FORMES REDUITES POUR LA THEMATIQUE DES LEVIERS
ENVERS LE DEPISTAGE.**

| Forme réduite | Effectif | Forme réduite | Effectif |
|---------------|----------|---------------|----------|
| faire | 201 | cher | 15 |
| fait | 122 | examen | 15 |
| aller | 104 | pareil | 15 |
| cancer | 79 | arriver | 15 |
| médecin | 65 | sein | 14 |
| voir | 58 | heure | 14 |
| an | 54 | suivre | 14 |
| gens | 54 | jour | 13 |
| test | 46 | mari | 13 |
| dépister | 41 | vrai | 13 |
| peur | 40 | venir | 13 |
| parler | 35 | penser | 13 |
| dire | 34 | inciter | 13 |
| chose | 34 | soigner | 13 |
| fois | 29 | possible | 13 |
| trouver | 29 | coloscopie | 13 |
| femme | 27 | mammographie | 13 |
| préventif | 26 | reçu | 12 |
| petit | 25 | sang | 12 |
| prendre | 25 | santé | 12 |
| Hemocult | 25 | chance | 12 |
| problème | 24 | décéder | 12 |
| coût | 22 | personnel | 12 |
| passer | 20 | prise | 11 |
| recevoir | 20 | moment | 11 |
| age | 19 | niveau | 11 |
| premier | 19 | demander | 11 |
| enfant | 18 | proposer | 11 |
| important | 18 | côté | 10 |
| temps | 17 | mois | 10 |
| mettre | 17 | truc | 10 |
| pub | 16 | homme | 10 |
| donner | 16 | habitude | 10 |
| famille | 16 | rassurer | 10 |
| maladie | 16 | concerner | 10 |
| ami | 15 | | |

ANNEXE 10 : ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE EFFECTUEE SUR LA THEMATIQUE DES LEVIERS ENVERS LE DEPISTAGE.



ANNEXE 11 : ANALYSE EN TRI-CROISE EFFECTUEE SUR LA THEMATIQUE DES LEVIERS ENVERS LE DEPISTAGE.



Classe 1

| Présence | khi2 |
|------------|------|
| *Sexe_f | 488 |
| moi | 5 |
| cela | 5 |
| fois | 5 |
| hemocult | 5 |
| lui | 4 |
| j | 3 |
| il | 3 |
| tu | 3 |
| mari | 3 |
| medecin | 3 |
| ai | 2 |
| vous | 2 |
| cette | 2 |
| enfin | 2 |
| etait | 2 |
| parce-qu | 2 |
| maintenant | 2 |

| Absence | khi2 |
|------------|------|
| conscience | -22 |
| part | -14 |
| malheureus | -14 |
| vie | -13 |
| pub | -9 |
| role | -9 |

Classe 2

| Présence | khi2 |
|------------|------|
| *Sexe_m | 488 |
| conscience | 22 |
| part | 14 |
| certain | 14 |
| a-partir-d | 14 |
| malheureus | 14 |
| vie | 13 |
| ou | 12 |
| pub | 9 |
| role | 9 |
| tout | 9 |
| bonne | 9 |
| epoux | 9 |
| chacun | 9 |
| simple | 9 |
| atteint | 9 |
| qui | 8 |
| age | 7 |
| heure | 6 |
| moyen | 6 |
| sante | 6 |

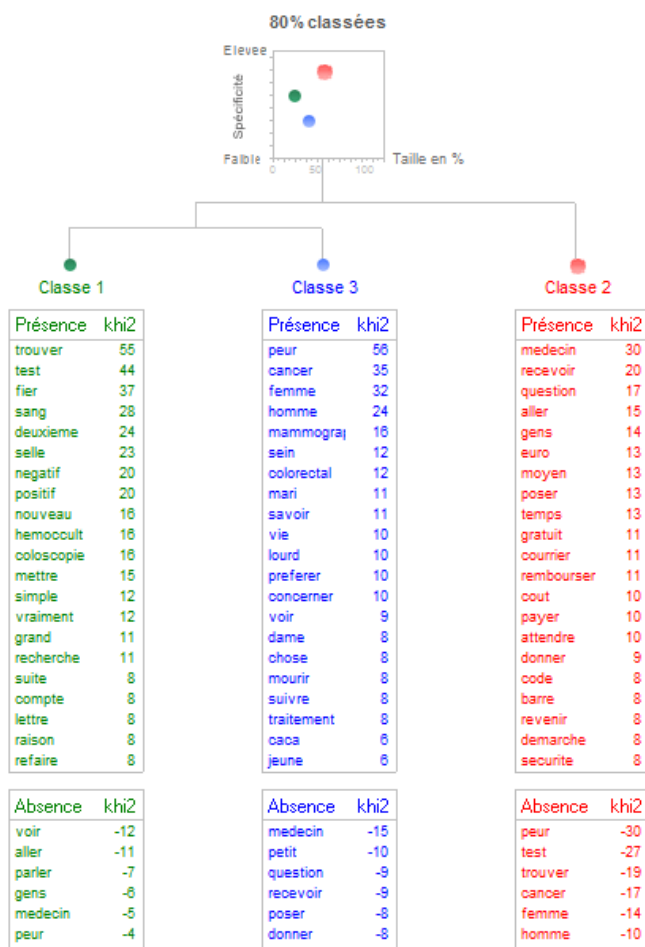
| Absence | khi2 |
|----------|------|
| fois | -5 |
| hemocult | -5 |
| mari | -3 |
| medecin | -3 |

**ANNEXE 12 : EFFECTIF DES FORMES REDUITES POUR LA THEMATIQUE DES FREINS
ENVERS LE DEPISTAGE.**

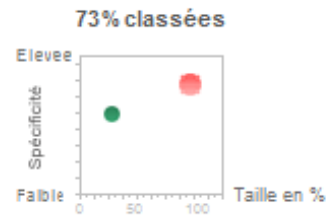
| Forme réduite | Effectif | Forme réduite | Effectif |
|---------------|----------|---------------|----------|
| faire | 138 | mari | 12 |
| aller | 121 | heure | 12 |
| fait | 100 | payer | 12 |
| médecin | 84 | coût | 11 |
| voir | 62 | moyen | 11 |
| test | 51 | facile | 11 |
| gens | 49 | passer | 11 |
| peur | 47 | social | 11 |
| an | 44 | soigner | 11 |
| cancer | 44 | Hemocult | 11 |
| parler | 38 | important | 11 |
| dire | 33 | coloscopie | 11 |
| chose | 32 | sang | 10 |
| fois | 31 | façon | 10 |
| problème | 31 | moment | 10 |
| petit | 27 | papier | 10 |
| trouver | 24 | envoyer | 10 |
| demander | 23 | gratuit | 10 |
| vrai | 22 | maladie | 10 |
| dépister | 22 | résultat | 10 |
| reçu | 20 | préventif | 10 |
| personne | 20 | mammographie | 10 |
| age | 19 | vie | 9 |
| jour | 19 | côté | 9 |
| premier | 19 | passe | 9 |
| question | 19 | gynéco | 9 |
| penser | 18 | simple | 9 |
| femme | 17 | essayer | 9 |
| mettre | 17 | courrier | 9 |
| prendre | 17 | entendre | 9 |
| truc | 16 | proposer | 9 |
| homme | 16 | etiquette | 9 |
| selle | 16 | rembourser | 9 |
| examen | 16 | code | 8 |
| recevoir | 16 | seul | 8 |
| poser | 15 | barre | 8 |
| temps | 15 | médical | 8 |
| donner | 15 | mourir | 8 |
| savoir | 13 | attendre | 8 |

| Forme réduite | Effectif | Forme réduite | Effectif |
|---------------|----------|---------------|----------|
| arriver | 13 | sécurité | 8 |
| euro | 12 | vraiment | 8 |
| fiable | 12 | envelopper | 8 |

ANNEXE 13 : ANALYSE HIERARCHIQUE DESCENDANTE POUR LA THEMATIQUE DES FREINS ENVERS LE DEPISTAGE.



ANNEXE 14 : ANALYSE EN TRI-CROISE SUR LA THEMATIQUE DES FREINS ENVERS LE DEPISTAGE.



Classe 1

| Présence | khi2 |
|----------|------|
| *Sexe_f | 484 |
| faire | 10 |
| vous | 9 |
| me | 8 |
| je | 5 |
| moi | 5 |
| oui | 5 |
| y | 4 |
| pas | 4 |
| dire | 4 |
| test | 4 |
| aller | 4 |
| problem | 4 |
| parce-qu | 4 |
| et | 3 |
| ma | 3 |
| bon | 3 |
| leur | 3 |
| mari | 3 |
| puis | 3 |
| sont | 3 |

| Absence | khi2 |
|-----------|------|
| cancer | -14 |
| crainte | -14 |
| communic | -14 |
| femme | -10 |
| payer | -10 |
| concerner | -10 |

Classe 2

| Présence | khi2 |
|------------|------|
| *Sexe_m | 484 |
| cancer | 14 |
| crainte | 14 |
| communic | 14 |
| femme | 10 |
| payer | 10 |
| concerner | 10 |
| cote | 7 |
| **** | 6 |
| sein | 6 |
| aspect | 6 |
| depister | 6 |
| plusieurs | 6 |
| colorectal | 6 |
| ete | 5 |
| vie | 4 |
| moins | 4 |
| suite | 4 |
| different | 4 |
| mot | 3 |
| son | 3 |

| Absence | khi2 |
|---------|------|
| faire | -10 |
| test | -4 |
| aller | -4 |
| problem | -4 |
| mari | -3 |
| moyen | -3 |

ANNEXE 15 : QUESTIONNAIRE D'ANXIÉTÉ ENVERS LA SANTÉ.

Ce questionnaire vise à évaluer votre attitude générale envers la santé. Lisez chaque proposition et indiquez la réponse qui vous correspond le mieux parmi les 5 proposées.

1=Jamais; 2=Rarement; 3=Parfois; 4=Souvent; 5=La plupart du temps.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Etes-vous inquiet(ète) au sujet de votre santé? | | | | | |
| 2. Etes-vous préoccupé(e) par le fait que vous puissiez contracter une maladie grave dans le futur? | | | | | |
| 3. Penser à une maladie grave vous effraie-t-il? | | | | | |
| 4. Lorsque vous percevez une sensation corporelle déplaisante, éprouvez-vous des difficultés à penser à autre chose? | | | | | |
| 5. Etes-vous inquiet(ète) au sujet de votre santé? | | | | | |
| 6. Lorsque vous percevez une sensation corporelle déplaisante, cela vous tracasse-t-il? | | | | | |
| 7. Lorsque vous ressentez une douleur physique, inquiétez-vous du fait qu'elle puisse résulter d'une maladie grave? | | | | | |
| 8. Trouvez-vous difficile de ne pas laisser vos préoccupations sur votre santé envahir votre esprit? | | | | | |
| 9. Examinez-vous parfois votre corps pour vérifier si quelque chose ne va pas. | | | | | |
| 10. Lorsque vous vous levez le matin, trouvez-vous que vous commencez très tôt à vous préoccuper de votre santé? | | | | | |
| 11. Lorsque vous entendez parler de la maladie ou de la mort de quelqu'un que vous connaissez, avez-vous alors tendance à vous préoccuper davantage de votre état de santé? | | | | | |
| 12. Lorsque vous lisez ou entendez quelque chose au sujet d'une maladie à la TV ou à la radio, pensez-vous avoir cette maladie ou présenter certains de ces symptômes? | | | | | |
| 13. Lorsque vous ressentez des sensations corporelles déplaisantes, avez-vous tendance à questionner votre entourage (amis, famille) à ce propos? | | | | | |
| 14. Avez-vous tendance à étudier les symptômes de certaines maladies pour voir si vous pourriez souffrir de l'une d'elles? | | | | | |
| 15. Les informations qui vous rappellent la mort (comme des funérailles, les rubriques nécrologiques) vous effraient-elles? | | | | | |
| 16. Avez-vous peur de mourir bientôt? | | | | | |
| 17. Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de travailler durant les 6 derniers mois? | | | | | |
| 18. Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de vous concentrer sur ce que vous êtes en train de faire? | | | | | |
| 19. Est-il déjà arrivé que des symptômes physiques vous empêchent de vous amuser? | | | | | |
| 20. Avez-vous peur d'avoir un cancer? | | | | | |
| 21. Avez-vous peur d'avoir une maladie cardiaque? | | | | | |
| 22. Avez-vous peur d'avoir une autre maladie grave? | | | | | |

ANNEXE 16 : ECHELLE D'AMPLIFICATION SOMATOSENSORIELLE.

Pour répondre à ce questionnaire, nous vous demandons de bien vouloir lire attentivement chaque énoncé et de choisir les réponses qui vous décrivent le mieux. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse, répondez rapidement et sincèrement à toutes les questions.

1=Pas du tout; 2=Un peu; 3=Modérément; 4=Beaucoup; 5=Enormément.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Je ne peux pas supporter la fumée, le brouillard ou les polluants dans les airs. | | | | | |
| 2. Je suis souvent conscient(e) de diverses choses qui se passent dans mon corps. | | | | | |
| 3. Quand je me fais un bleu, il met du temps à disparaître. | | | | | |
| 4. Je peux parfois ressentir le sang couler dans mes veines. | | | | | |
| 5. Des bruits soudains et violents me dérangent vraiment. | | | | | |
| 6. Je peux parfois ressentir mon pouls ou mes pulsations cardiaques dans mes oreilles. | | | | | |
| 7. Je déteste avoir trop chaud ou avoir trop froid. | | | | | |
| 8. Je suis capable de ressentir très vite les contractions de faim de mon estomac. | | | | | |
| 9. Même quelque chose de microscopique, comme une piqûre d'insecte ou une petite écharde, me dérange vraiment. | | | | | |
| 10. Je ne peux pas endurer la douleur. | | | | | |

ANNEXE 17 : QUESTIONNAIRE DES SENSATIONS PHYSIQUES.

A) Ce questionnaire regroupe certaines sensations qui peuvent apparaître lorsque vous êtes nerveux(se) ou effrayé(e). Évaluez le degré de peur suscitée par chacune des sensations que vous avez déjà ressenties. Utilisez l'échelle suivante :

1= Cette sensation ne m'effraie pas du tout ; 2= Cette sensation m'effraie un peu ;
3= Cette sensation m'effraie moyennement ; 4= Cette sensation m'effraie beaucoup
5 = Cette sensation m'effraie énormément

1. ___ Palpitations cardiaques.
2. ___ Serrement ou sensation de lourdeur dans la poitrine.
3. ___ Engourdissement dans les bras ou les jambes.
4. ___ Picotement au bout des doigts.
5. ___ Engourdissement dans une autre partie du corps.
6. ___ Souffle court.
7. ___ Étourdissement.
8. ___ Vision embrouillée.
9. ___ Nausée (mal de cœur).
10. ___ Avoir des papillons dans l'estomac ou avoir l'estomac à l'envers.
11. ___ Impression d'avoir un noeud dans l'estomac.
12. ___ Avoir une boule dans la gorge.
13. ___ Avoir les jambes molles.
14. ___ Transpirer.
15. ___ Avoir la gorge sèche.
16. ___ Se sentir désorienté(e) et confus(e).
17. ___ Se sentir détaché(e) ou déconnecté(e) de son corps; impression d'être « à moitié la ».
18. Autres sensations (décrivez-les et évaluez-les) :

.....

B) Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffres correspondant aux sensations les plus pénibles pour vous.

ANNEXE 18 : POURQUOI S'INQUIETER ENVERS LA SANTE ?

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants vous correspond :

1= Pas du tout correspondant ; 2= Un peu correspondant ; 3= Assez correspondant ;

4= Très correspondant ; 5= Extrêmement correspondant.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. En m'inquiétant, je peux trouver un meilleur moyen de prévenir la maladie. | | | | | |
| 2. Le fait de m'inquiéter me motive à consulter plus rapidement. | | | | | |
| 3. Je serai mieux préparé(e) à accepter la maladie si elle survient puisque je m'en suis déjà inquiété(e). | | | | | |
| 4. Le simple fait de m'inquiéter éloigne la maladie et l'empêche d'apparaître dans mon entourage. | | | | | |
| 5. Si je m'inquiète face à la maladie, j'ai plus de chance de trouver le meilleur traitement. | | | | | |
| 6. Le simple fait de m'inquiéter aide à diminuer le risque de contracter une maladie. | | | | | |
| 7. Le fait de m'inquiéter me motive à être plus fidèle au traitement. | | | | | |
| 8. Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une personne responsable de ma santé. | | | | | |
| 9. Le fait de m'inquiéter maintenant fera en sorte que je serai moins triste s'il m'arrivait de tomber malade. | | | | | |
| 10. Le simple fait de m'inquiéter empêche la maladie de survenir chez moi. | | | | | |
| 11. Le fait de m'inquiéter me pousse à consulter et donc à avoir un meilleur suivi médical. | | | | | |
| 12. Le fait de m'inquiéter me permet de détecter rapidement les symptômes d'une maladie et ainsi prévenir les maladies. | | | | | |
| 13. Le fait que je m'inquiète pour ma santé prouve que je fais tout ce qui est en mon pouvoir pour la garder. | | | | | |

ANNEXE 19 : QUESTIONNAIRE DES CROYANCES RELIEES A LA SANTE

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants vous correspond :

1= Pas du tout correspondant ; 2= Un peu correspondant ; 3= Assez correspondant ;

4= Très correspondant ; 5= Extrêmement correspondant.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Même si je prends soin de moi, c'est facile de tomber malade. | | | | | |
| 2. Si j'entends parler d'une maladie (par les médias ou un ami), celle-ci peut se déclencher chez moi. | | | | | |
| 3. Etre en bonne santé, c'est n'avoir aucun trouble physique. | | | | | |
| 4. Je suis plus prédisposé(e) à la maladie que la majorité des gens. | | | | | |
| 5. Le simple fait de voir quelqu'un atteint d'une maladie est suffisant pour me rendre malade aussi. | | | | | |
| 6. Il est toujours possible de prévenir l'apparition de la maladie. | | | | | |
| 7. La maladie laisse toujours des séquelles. | | | | | |
| 8. C'est de ma faute si les maladies m'atteignent. | | | | | |
| 9. Toutes les maladies entraînent des conséquences graves. | | | | | |
| 10. Si je prends bien soin de moi, je peux éviter toutes les maladies. | | | | | |
| 11. Etre en bonne santé, c'est n'avoir aucun symptôme. | | | | | |
| 12. N'importe quelle maladie peut entraîner la mort si elle perdure trop longtemps. | | | | | |
| 13. Le simple fait de penser à la maladie peut la déclencher. | | | | | |
| 14. En prenant beaucoup de précautions, il est possible d'éviter tous les problèmes de santé. | | | | | |
| 15. Mon corps est vulnérable face à la plupart des maladies. | | | | | |
| 16. Si la maladie n'est pas traitée rapidement, les conséquences deviennent désastreuses. | | | | | |
| 17. Le simple fait de lire ou me renseigner sur la maladie dans des livres peut faire apparaître cette dernière chez moi. | | | | | |
| 18. Etre en bonne santé, c'est n'avoir aucun inconfort. | | | | | |
| 19. J'ai le sentiment d'être entièrement responsable des maladies qui m'affectent. | | | | | |

ANNEXE 20 : INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ TRAIT-ÉTAT FORME Y-A.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les quatre points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

| | Non | Plutôt non | Plutôt oui | Oui |
|---|-----|------------|------------|-----|
| 1. Je me sens calme. | | | | |
| 2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté. | | | | |
| 3. Je suis tendu(e), crispé(e). | | | | |
| 4. Je me sens surmené(e). | | | | |
| 5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau. | | | | |
| 6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e). | | | | |
| 7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment. | | | | |
| 8. Je me sens content(e). | | | | |
| 9. Je me sens effrayé(e). | | | | |
| 10. Je me sens à mon aise. | | | | |
| 11. Je sens que j'ai confiance en moi. | | | | |
| 12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable. | | | | |
| 13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur). | | | | |
| 14. Je me sens indécis(e). | | | | |
| 15. Je suis décontracté(e), détendu(e). | | | | |
| 16. Je suis satisfait(e). | | | | |
| 17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse). | | | | |
| 18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e). | | | | |
| 19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e). | | | | |
| 20. Je me sens de bonne humeur, aimable. | | | | |

ANNEXE 21 : INVENTAIRE D'ANXIÉTÉ TRAIT-ÉTAT FORME Y-B.

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis marquez d'une croix, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez généralement. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels.

| | Presque jamais | Parfois | Souvent | Presque toujours |
|---|----------------|---------|---------|------------------|
| 1. Je me sens de bonne humeur, aimable. | | | | |
| 2. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité (e). | | | | |
| 3. Je me sens content(e) de moi. | | | | |
| 4. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être. | | | | |
| 5. J'ai un sentiment d'échec. | | | | |
| 6. Je me sens reposé(e). | | | | |
| 7. J'ai tout mon sang-froid. | | | | |
| 8. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à un tel point que je ne peux plus les surmonter. | | | | |
| 9. Je m'inquiète à propos de choses sans importance. | | | | |
| 10. Je suis heureux(se). | | | | |
| 11. J'ai des pensées qui me perturbent. | | | | |
| 12. Je manque de confiance en moi. | | | | |
| 13. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté. | | | | |
| 14. Je prends facilement des décisions. | | | | |
| 15. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur. | | | | |
| 16. Je suis satisfait(e). | | | | |
| 17. Des idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent. | | | | |
| 18. Je prends les déceptions tellement à coeur que je les oublie difficilement. | | | | |
| 19. Je suis une personne posée, solide, stable. | | | | |
| 20. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis. | | | | |

ANNEXE 22 : FACETTE « ORDRE » DU NEO-PERSONALITY INVENTORY-R.

Cochez la case qui correspond le mieux à l'opinion que vous vous faites de vous-même.
1=Pas du tout d'accord; 2=Pas d'accord; 3=Neutre; 4=D'accord; 5=Tout à fait d'accord.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je préfère me garder des possibilités de choix plutôt que tout planifier à l'avance. | | | | | |
| 2. Je maintiens mes affaires nettes et propres. | | | | | |
| 3. Je ne suis pas quelqu'un de très méthodique. | | | | | |
| 4. J'aime bien garder chaque chose à sa place, comme cela je sais exactement où elle est. | | | | | |
| 5. Il me semble que je ne serai jamais capable de m'organiser. | | | | | |
| 6. J'ai tendance à être quelque peu méticuleux(se) et exigeant(e). | | | | | |
| 7. Je ne suis pas un(e) maniaque du nettoyage. | | | | | |
| 8. Je passe beaucoup de temps à chercher des choses que j'ai mal rangées. | | | | | |

ANNEXE 23 : ECHELLE DE PROCRASTINATION DECISIONNELLE.

Indiquez jusqu'à quel point les phrases suivantes vous correspondent en général.

1=Pas du tout correspondant; 2=Un peu correspondant; 3=Assez correspondant; 4=Très correspondant; 5=Extrêmement correspondant.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je perds beaucoup de temps à me décider sur des sujets mineurs. | | | | | |
| 2. Même après avoir pris une décision, je repousse le passage à l'action. | | | | | |
| 3. Je ne prends pas de décision si ce n'est pas indispensable. | | | | | |
| 4. Je reporte les prises de décision jusqu'à ce qu'il soit trop tard. | | | | | |
| 5. Je repousse les prises de décision. | | | | | |

ANNEXE 24 : QUESTIONNAIRE D'ACCEPTATION ET D'ACTION-II.

Voici une liste d'affirmations. Veuillez cocher le chiffre qui vous correspond le mieux.

1=Jamais vrai; 2=Très rarement vrai; 3=Rarement vrai; 4=Parfois vrai; 5=Souvent vrai; 6=Presque toujours vrai; 7=Toujours vrai.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Si j'ai un souvenir désagréable, je le laisse venir. | | | | | | | |
| 2. Mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de le faire. | | | | | | | |
| 3. J'ai peur de mes émotions. | | | | | | | |
| 4. J'ai peur de ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions. | | | | | | | |
| 5. Mes souvenirs douloureux m'empêchent de m'épanouir dans la vie. | | | | | | | |
| 6. J'ai le contrôle de ma vie. | | | | | | | |
| 7. Les émotions sont une source de problèmes dans ma vie. | | | | | | | |
| 8. J'ai l'impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi. | | | | | | | |
| 9. Mes soucis m'empêchent de réussir. | | | | | | | |
| 10. Mes pensées et mes émotions ne m'empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux. | | | | | | | |

ANNEXE 25 : ECHELLE DES CONNAISSANCES ENVERS LE TEST HEMOCCULT-II®.

Selon vous, les affirmations suivantes sont-elles **VRAIES** ou **FAUSSES**?

| | Vrai | Faux |
|--|------|------|
| 1. Le test Hemocult-II® vise à dépister certains cancers colorectaux. | | |
| 2. Le test Hemocult-II® nécessite de prélever des échantillons de selles. | | |
| 3. Le test Hemocult-II® vise à repérer la présence éventuelle de sang dans les selles. | | |
| 4. Le test Hemocult-II® est proposé aux personnes de plus de 50 ans. | | |
| 5. Le test Hemocult-II® est uniquement proposé aux hommes. | | |
| 6. Le test Hemocult-II® est uniquement proposé aux personnes ayant des antécédents familiaux de cancers colorectaux. | | |
| 7. Le test Hemocult-II® donne instantanément un résultat, une fois réalisé. | | |
| 8. Le test Hemocult-II® doit être remis au médecin traitant, une fois réalisé. | | |
| 9. Le test Hemocult-II® n'a pas besoin d'être refait ultérieurement (une fois suffit). | | |
| 10. Le test Hemocult-II® donne un résultat fiable à 100%. | | |
| 11. Le test Hemocult-II® évite de devoir faire faire un toucher rectal. | | |
| 12. Le test Hemocult-II® évite de devoir faire faire une coloscopie. | | |
| 13. Le test Hemocult-II® n'est pas douloureux. | | |

ANNEXE 26 : INVENTAIRE DES LEVIERS ENVERS LE TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II®.

Quelle(s) raison(s) vous ont poussé à faire le test Hemoccult-II® OU pourraient vous pousser à le faire?

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent :

| | Levier |
|--|--------|
| 1. Lettre d'invitation et/ou campagnes publicitaires convaincantes à faire le test | |
| 2. Suivi des conseils prodigués par mon médecin traitant | |
| 3. Dispose du temps nécessaire pour faire le test | |
| 4. Curiosité, envie de savoir | |
| 5. Souhait de rester en bonne santé | |
| 6. Sentiment d'être concerné(e) par le cancer colorectal | |
| 7. Sentiment d'être obligé(e) de faire le test | |
| 8. Mesure de dépistage jugée efficace | |
| 9. Test paraissant facile à réaliser | |
| 10. Test pouvant être réalisé au domicile | |
| 11. Gratuité du test | |
| 12. Antécédents familiaux de cancer colorectal | |
| 13. Proche souffrant actuellement d'un cancer colorectal | |
| 14. Discussions à ce sujet avec des proches/amis/forums Internet | |
| 15. Souhait de faire plaisir à un proche/ami ou de le rassurer | |
| 16. Souhait d'éviter de possibles souffrances | |
| 17. Fait d'avoir des enfants à charge | |
| 18. Souhait d'éviter d'avoir à faire une coloscopie | |

ANNEXE 27 : INVENTAIRE DES FREINS ENVERS LE TEST DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II®.

Quelle(s) raison(s) vous ont empêché de faire le test Hemoccult-II® OU auraient pu vous empêcher de le faire?

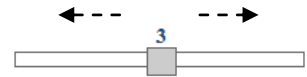
Choisissez toutes les réponses qui conviennent :

| | Frein |
|---|--------------------------|
| 1. Manque de clarté de la lettre d'invitation à faire le test | <input type="checkbox"/> |
| 2. Nécessité de devoir aller consulter mon médecin traitant | <input type="checkbox"/> |
| 3. Absence de conseils de la part de mon médecin traitant | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sentiment agaçant d'être obligé(e) de faire le test | <input type="checkbox"/> |
| 5. Manque de confiance en la médecine traditionnelle | <input type="checkbox"/> |
| 6. Manque d'intérêt personnel pour mon état de santé | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sentiment d'être peu concerné(e) par le cancer colorectal | <input type="checkbox"/> |
| 8. Manque d'énergie pour faire le test | <input type="checkbox"/> |
| 9. Manque de temps disponible pour faire le test | <input type="checkbox"/> |
| 10. Peur que l'on découvre quelque chose de grave | <input type="checkbox"/> |
| 11. Moyennement convaincu(e) de l'utilité du test | <input type="checkbox"/> |
| 12. Difficultés financières | <input type="checkbox"/> |
| 13. Difficultés à me déplacer | <input type="checkbox"/> |
| 14. Notice du test peu claire | <input type="checkbox"/> |
| 15. Matériel fourni peu pratique | <input type="checkbox"/> |
| 16. Toilettes inconfortables et/ou manquant d'intimité | <input type="checkbox"/> |
| 17. Constipation | <input type="checkbox"/> |
| 18. Sentiment de me souiller/dégoût | <input type="checkbox"/> |
| 19. Gêne/honte à faire le test | <input type="checkbox"/> |
| 20. Peur que mes selles soient perdues ou égarées | <input type="checkbox"/> |

ANNEXE 28 : ECHELLE COMPARATIVE DE RISQUE PERÇU ENVERS LE CANCER COLORECTAL.

Selon vous, comparativement aux autres personnes de votre âge et du même sexe que vous, la probabilité que vous ayez un jour un cancer colorectal est:
Veuillez placer le curseur sur l'étiquette souhaitée.

0=très inférieure au risque moyen; 3=équivalente au risque moyen; 6=très supérieure au risque moyen



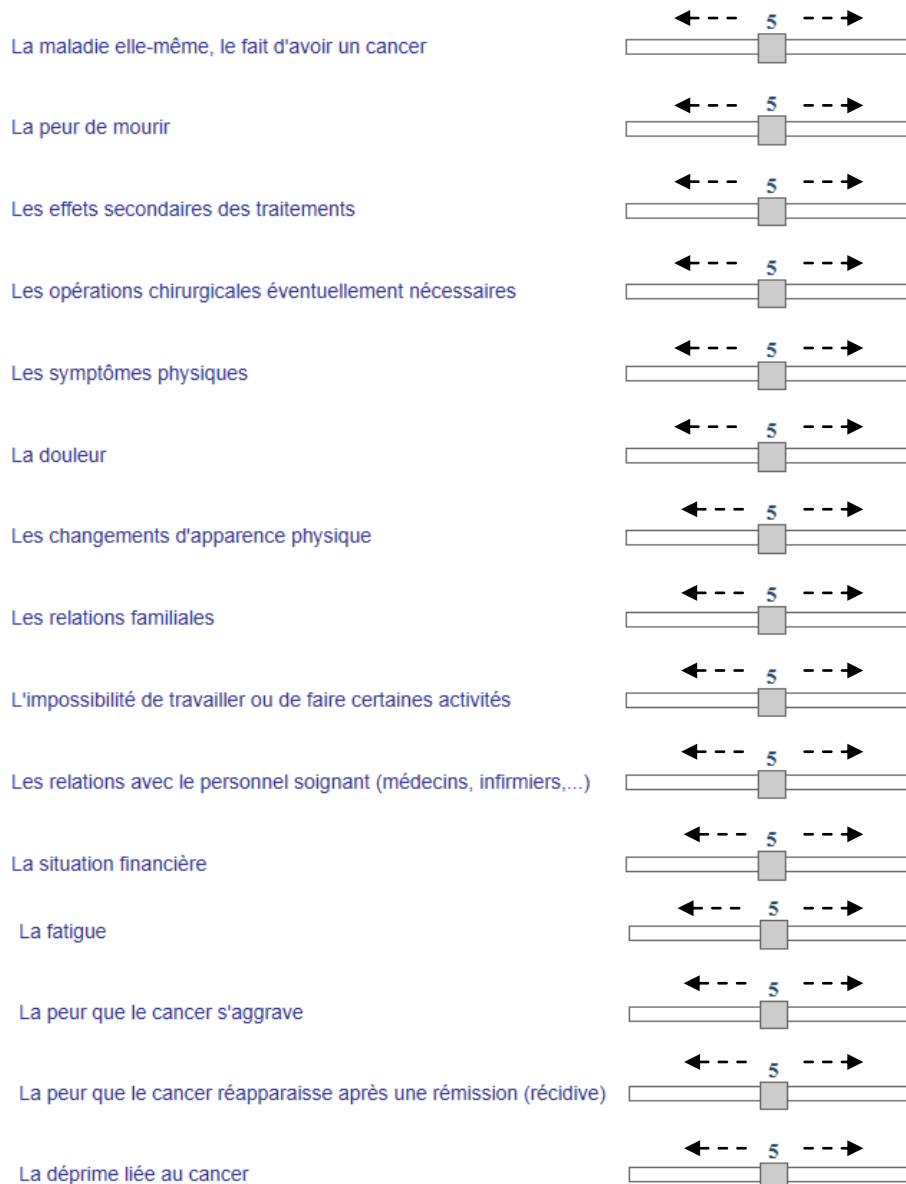
ANNEXE 29 : ECHELLE DES DOMAINES D'INQUIETUDES ENVERS LE CANCER.

Etes-vous inquiet(ète) par la perspective de développer un jour un cancer colorectal?
Veuillez placer le curseur sur l'étiquette souhaitée.



Lorsque vous pensez au cancer, redoutez-vous?
Veuillez placer le curseur sur l'étiquette souhaitée.

0=Pas du tout; 10=Tout à fait



ANNEXE 30 : LES STRATEGIES DE COPING ENVERS LA SANTE.

Essayez d'imaginer que vous êtes dans une des situations suivantes. Indiquez quelle stratégie vous choisissez préférentiellement d'adopter parmi les 2 proposées en cochant celle qui vous correspond le mieux.

| Situations | Stratégies | |
|---|--|--|
| <p>Imaginez que vous devez faire une prise de sang. Un(e) infirmier(ière) vous pique avec une seringue pour prélever votre sang.</p> | <p>Vous préférez regarder toute la procédure de la prise de sang (aiguille qui s'enfonce dans la peau, ponction de sang, etc...).</p> | <p>Vous préférez regarder ailleurs pendant toute la procédure de la prise de sang.</p> |
| <p>Imaginez que vous devez vous faire enlever des dents de sagesse. Vous avez le choix entre une anesthésie générale et une anesthésie locale.</p> | <p>Vous préférez bénéficier d'une anesthésie générale.</p> | <p>Vous préférez bénéficier d'une anesthésie locale.</p> |
| <p>Imaginez que vous souffrez de douleurs chroniques. Vous pouvez les soulager en prenant des antalgiques qui peuvent détériorer votre état de santé physique à plus ou moins long terme.</p> | <p>Vous préférez prendre des antalgiques même si vous savez qu'ils peuvent détériorer votre état de santé à plus ou moins long terme.</p> | <p>Vous préférez ne pas prendre des antalgiques sachant qu'ils peuvent détériorer votre état de santé à plus ou moins long terme.</p> |
| <p>Imaginez que vous vous plaignez depuis un petit moment de maux de tête et d'étourdissements. Vous allez chez votre médecin. Celui-ci se montre très préoccupé par vos plaintes et se demande si vous n'avez pas un grave problème de santé.</p> | <p>Vous préférez questionner votre médecin afin d'en savoir davantage sur l'existence probable de ce grave problème de santé.</p> | <p>Vous préférez ne pas questionner votre médecin afin de ne plus l'entendre parler de l'existence probable de ce grave problème de santé.</p> |
| <p>Imaginez que plusieurs membres de votre famille ont souffert ou souffrent actuellement d'un type particulier de cancer. Vous avez entendu parler d'un test génétique qui permet de savoir avec plus ou moins de certitude dans quelle mesure vous risquez vous aussi de développer un jour ou l'autre ce type particulier de cancer.</p> | <p>Vous préférez faire ce test génétique pour savoir dans quelle mesure vous risquez de développer ce type de cancer particulier un jour ou l'autre.</p> | <p>Vous préférez ne pas faire ce test génétique, ne souhaitez pas savoir dans quelle mesure vous risquez de développer ce type de cancer particulier un jour ou l'autre.</p> |

ANNEXE 31 : COMPORTEMENT DE REALISATION DU TEST HEMOCCULT-II®.

| Avez-vous déjà fait le test Hemocult II? ® | | | |
|---|-----------------------------|--|---------------------|
| Oui | | Non | |
| Après avoir reçu notre invitation, au bout de combien de temps environ avez-vous fait le test Hemocult-II® ? | Le jour même | Avez-vous le sentiment de pouvoir réaliser facilement le test Hemocult II® ? | Oui |
| | La semaine suivante | | Non |
| | Dans le mois | | |
| | Dans les 3 mois | | |
| | Dans les 6 mois | | |
| Comment avez-vous trouvé le test Hemocult-II® ? | Facile/simple à faire | Avez-vous l'intention de faire le test Hemocult II® ? | Oui |
| | Difficile/compliqué à faire | | Non |
| | Oui | | Ne sais pas encore |
| Avez-vous l'intention de refaire le test Hemocult II® dans 2 ans? | Non | Après avoir reçu notre invitation, dans combien de temps environ pensez-vous faire le test Hemocult II® ? | Le jour même |
| | Ne sais pas encore | | La semaine suivante |
| | | | Dans le mois |
| | | | Dans les 3 mois |
| | | | Dans les 6 mois |

ANNEXE 32 : COURRIER D'INVITATION A PARTICIPER AU QUESTIONNAIRE EN LIGNE POUR L'ETUDE QUANTITATIVE DES FREINS ET LEVIERS PSYCHOLOGIQUES A LA DEMARCHE DE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL PAR HEMOCCULT-II®.



ENSEMBLE CONTRE
le cancer.

Centre de Coordination
des Dépistages des Cancers
CHRU de Tours
37044 Tours Cedex 9
Tél : 02 47 47 98 92
Fax : 02 47 47 98 93
depistage37@chu-tours.fr
www.ccdc37.fr



Mademoiselle

37000 TOURS

Tours, le 18 juillet 2011

Mademoiselle,

Vous avez reçu il y a quelques temps une invitation pour réaliser un test de dépistage du cancer colorectal (Hemoccult II®).

Nous menons actuellement, en partenariat avec l'Université de Tours, une enquête (EF-SPEED) afin de mieux connaître votre opinion sur ce test de dépistage, et plus globalement pour mieux cerner votre rapport à la santé et à la maladie.

Pour participer à cette étude (sans obligation), nous vous invitons à répondre à un questionnaire mis en ligne sur notre site Internet à l'adresse suivante : www.ccdc37.fr. Voici votre code personnel afin de pouvoir accéder au questionnaire : 21

Afin de vous remercier de votre participation, un tirage au sort sera réalisé le 15/09/2011 parmi les 500 premiers participants. Vous pourrez peut-être gagner l'une des 10 cartes cadeau Kadéos d'une valeur de 100€ chacune. Alors n'attendez plus, participez !

Pour toute question relative à cette étude, n'hésitez pas à nous contacter au 02.47.47.98.92.

Vous remerciant par avance de votre aide, nous vous prions d'agréer, Mademoiselle, nos plus respectueuses salutations.

Les coordonnateurs de l'étude,
Dr Ken HAGUENOER & Morgiane BRIDOU

(TSVP →)

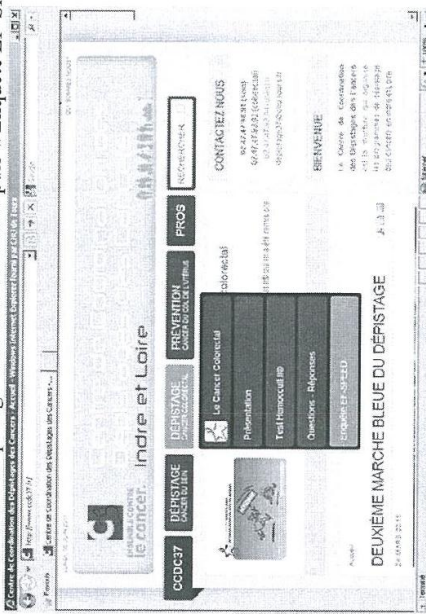
Les données de ce questionnaire resteront strictement confidentielles et seront uniquement utilisées dans le cadre de cette étude. Bon d'achat valable dans une trentaine d'enseignes (La Fnac, Conforama, Truffaut, La redoute, Go Sport, AM PM, Printemps, Printemps Voyage, Relais Chateaux,...). Plus d'information sur www.kadeos.fr



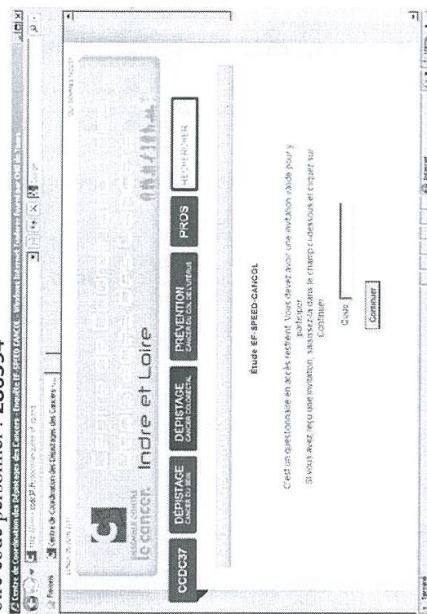
Conformément à la loi française " Informatique et libertés " n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de modification, de rectification et de suppression des informations nominatives vous concernant. Ce droit peut être exercé auprès de votre caisse d'assurance maladie d'affiliation.

Comment participer à cette enquête ?

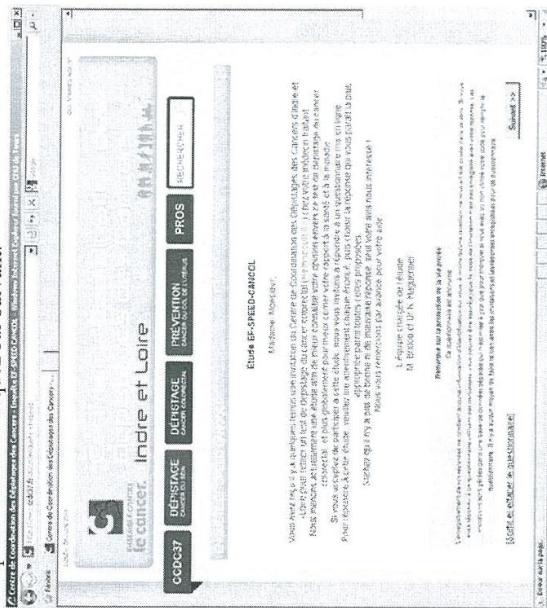
- 1 Allez sur notre site Internet www.ccd37.fr
- 2 Cliquez sur le Menu « Dépistage Cancer Colorectal » puis « Enquête EF-SPEED »



- 3 Entrez votre code personnel : 280594



- 4 Accédez au questionnaire et cliquez sur suivant.



- 5 Lisez attentivement chaque question. Répondez puis cliquez sur suivant. Il faut environ 30 à 40 minutes pour répondre à l'ensemble des questions.

Résumé

L'objectif de ce travail est d'explorer et comprendre les principaux freins et leviers psychologiques à la démarche de dépistage du cancer colorectal (CCR) par Hemoccult-II[®]. Plus particulièrement, nous cherchons à préciser le rôle spécifique du concept d'*anxiété envers la santé* dans le processus qui conduit à prendre la décision de participer au dépistage du CCR.

Une étude qualitative exploratoire basée sur la méthodologie des *focus groups*, suivie d'une étude quantitative ont été menées auprès d'individus âgés de 50 à 74 ans, ayant un risque moyen de développer un CCR. Les individus *ayant déjà participé au dépistage* ont de meilleures connaissances concernant le test Hemoccult-II[®], surestiment davantage les leviers envers le test Hemoccult-II[®], sont plus anxieux envers la santé, et mobilisent davantage de stratégies d'ajustement de type vigilant que les individus *n'ayant jamais participé au dépistage*. Les principaux prédicteurs de la participation au dépistage du CCR sont le degré de connaissances envers le dépistage du CCR, la surestimation des leviers au test Hemoccult-II[®], la peur de la maladie et les stratégies d'ajustement de type vigilant.

Ces résultats suggèrent que certains facteurs psychologiques, dont l'anxiété envers la santé, jouent un rôle essentiel dans la participation au dépistage du CCR par Hemoccult-II[®].

Abstract

The aim of this study is to investigate and to understand the main psychological barriers to and facilitators of colorectal cancer screening (CRC) by Hemoccult-II[®]. More specifically, we try to clarify the specific role of the concept of *health anxiety* in the decision making process which influences participation in CRC screening.

An exploratory qualitative study, based on the methodology of *focus groups*, followed by a forward-looking quantitative study were led with people from 50 to 74 years old, with an average risk of developing a CRC. People *having already participated to CRC screening* have better knowledge about the Hemoccult-II[®] test, overestimate facilitators of the Hemoccult-II[®] test, are more anxious about health, and use more monitoring coping strategies than individuals *having never participated to CRC screening*. Main predictors of the participation to CRC screening are knowledge about CRC screening, overestimation of facilitators of Hemoccult-II[®] test, fear of disease and monitoring coping strategies.

Results suggest that psychological factors, including health anxiety, play an important role in the participation in CRC screening by Hemoccult-II[®].