

**IMPACT D'UNE CAPSULE-VIDEO EXPLICATIVE SUR LA
PREPARATION COLIQUE AVANT COLOSCOPIE : ROLE DE LA
LITTERATIE EN SANTE ET DES CONSTRUITS COGNITIFS –
ANALYSE INTERMEDIAIRE D'UN ESSAI CONTROLE
RANDOMISE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
LIEGE**

Mémoire présenté par **Marie JADOUL**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

**IMPACT D'UNE CAPSULE-VIDEO EXPLICATIVE SUR LA
PREPARATION COLIQUE AVANT COLOSCOPIE : ROLE DE LA
LITTERATIE EN SANTE ET DES CONSTRUITS COGNITIFS –
ANALYSE INTERMEDIAIRE D'UN ESSAI CONTROLE
RANDOMISE AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE
LIEGE**

Mémoire présenté par **Marie JADOUL**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

Promoteur : Jean-Philippe Loly

(Co- promotrice : Anne-Sophie Wéry)

Nombre de mots : 6788

Remerciement

Je souhaite tout d'abord remercier Jean-Philippe Loly, pour la confiance qu'il m'a accordée et pour son soutien tout au long de ce travail. Le fait qu'il ait cru en moi m'a donné envie de me dépasser, de voir plus grand et nourrit de nombreuses ambitions pour la suite.

Je remercie également Anne-Sophie Wéry, qui m'a fait le plaisir de participer à un si beau projet. Sans être soignante, elle a su comprendre l'essence même du soin : s'adapter au patient et le rendre acteur de sa santé. Merci pour son accompagnement, sa confiance et toutes ces longues heures passées à construire nos scripts au fil de nos réunions Teams.

Je remercie aussi Laurence Seidel, pour ses précieux conseils et son immense travail dans la réalisation des analyses statistiques.

Je remercie l'ensemble des gastroentérologues du service pour leur aide dans le recrutement des patients, sans laquelle ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci également aux infirmiers et aux secrétaires de l'hôpital de jour et du service d'endoscopie pour leur aide dans la distribution et la récolte des questionnaires, malgré une charge de travail parfois intense. D'ailleurs, merci à tous mes collègues et à mes chefs, pour leur compréhension, leur écoute et leur adaptation durant ces années de master. Concilier études, travail et vie personnelle n'a pas toujours été simple, et leur bienveillance a rendu ce parcours possible.

Je remercie enfin mes proches pour leur soutien, et plus particulièrement mon mari, qui a toujours cru en moi, qui voit pour moi toujours plus grand et qui m'a accompagnée durant ces trois années difficiles et semées d'embûches. Merci d'avoir été là dans les moments de doute comme dans les petites victoires. Finalement, demain est arrivé, et nous avons encore tant de beaux projets à partager.

Et puis, il y a toi, ma fille. J'espère qu'un jour tu comprendras ce que j'aurais aimé te transmettre en reprenant des études : rien ne te sera jamais impossible. En tant que femme, travailleuse, carriériste ou non, maman ou non, féministe (je l'espère), tu auras le droit de choisir la vie qui te ressemble. Tout concilier ne signifie pas sacrifier une partie de soi, mais construire un avenir dont on puisse être fière. Crois en toi et ose toujours voir grand.

Engagement de non-plagiat



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom Jadoul Marie
Matricule étudiant : S2302339

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 22/07/2026

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Marie Jadoul".

Annexe 7 du règlement des mémoires du MSSP

L'intelligence artificielle (IA) a été utilisée comme aide à la rédaction, exclusivement pour la correction orthographique, grammaticale, syntaxique, l'amélioration de la fluidité de certains passages et la création de certaines figures. Son utilisation n'a pas concerné l'analyse des données, l'interprétation des résultats, les choix méthodologiques ni les conclusions de ce travail.

Table des matières

Préambule.....	11
1. Introduction.....	12
1.1 Contexte	12
1.2 Revue de la littérature.....	14
1.3 Approche théorique : Modèle conceptuel de Kaylin MacAnally (37)	16
1.4 Question de recherche	17
1.5 Objectifs	18
1.5.1 Objectif général	18
1.5.2 Objectifs secondaires.....	18
1.5.3 Hypothèses.....	18
2. Matériel et méthodes	19
2.1 Type d'étude	19
2.2 Caractéristiques de la population étudiée	19
2.3 Méthode d'échantillonnage et échantillon	19
2.4 Paramètres étudiés	20
2.5 Outils de collecte des données	20
2.6 Organisation et planification de la collecte des données	21
2.7 Traitement des données.....	23
2.8 Méthodes d'analyse	23
2.9 Aspects réglementaires et éthiques.....	24
3. Résultats.....	24
3.1 Catégorisation de l'échantillon	24
3.2 Statistiques descriptives globales	25
3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients	25
3.2.2 Caractéristiques de la préparation colique et de l'endoscopie	26
3.2.3 Effet de l'intervention sur les déterminants cognitifs	27
3.2.4 Évaluation de la capsule-vidéo dans le groupe intervention	29
3.3 Étude de la qualité de la préparation.....	29

3.4	Étude du taux de détection d'adénome (ADR)	31
4.	<i>Discussion</i>	33
4.1	Principaux résultats	33
4.2	Qualité globale de la préparation colique et de la coloscopie au C.H.U de Liège	33
4.3	Effet des capsules-vidéos sur la préparation colique	34
4.4	Littératie en santé et construits cognitifs	35
4.5	Effet sur la détection d'adénomes et les performances endoscopiques.....	37
4.6	Facteurs associés à la qualité de la préparation	38
4.7	Forces et limites	38
4.8	Perspectives et implications cliniques	39
5.	<i>Conclusion</i>	40
6.	<i>Références bibliographiques</i>	41
7.	<i>Annexes</i>	47
7.1	Fiche d'information et d'accès aux capsules-vidéos explicatives	47
7.2	Questionnaire à destination des patients	48
7.3	Construction et évaluation du questionnaire élaboré pour l'étude	57
7.4	Analyses statistiques détaillées	58

Résumé

Contexte : Une préparation colique (PC) inadéquate diminue la qualité de la coloscopie et peut compromettre le dépistage du cancer colorectal (CCR). Les capsules-vidéos constituent une stratégie éducative prometteuse pour améliorer la compréhension des consignes de préparation. Cette étude visait à évaluer leur impact sur la qualité de la PC, tout en explorant le rôle de la littératie en santé (LS) et des construits cognitifs.

Méthode : Cette analyse intermédiaire d'un essai contrôlé randomisé monocentrique porte sur les 313 premiers patients inclus au C.H.U. de Liège. Les participants ont été répartis entre un groupe recevant les consignes habituelles et un groupe bénéficiant, en complément, de capsules-vidéos explicatives. La qualité de la PC a été évaluée à l'aide du Boston Bowel Preparation Scale (BBPS). La LS, les construits cognitifs, l'expérience patient et les performances endoscopiques ont également été étudiés.

Résultats : Une PC adéquate ($\text{BBPS} \geq 7$) a été observée chez 93,2 % des patients, sans différence significative entre les groupes. Aucun effet des capsules-vidéos n'a été mis en évidence sur la qualité de la PC, le taux de détection d'adénomes (ADR), la LS ou les construits cognitifs. La prise de médicaments susceptibles d'altérer la PC était le seul facteur indépendamment associé à une diminution des chances d'obtenir une préparation adéquate. Les patients ont néanmoins jugé les capsules-vidéos globalement claires, suggérant un potentiel d'amélioration de leur contenu.

Conclusion : Dans cette analyse intermédiaire, l'ajout de capsules-vidéos aux consignes standard n'a pas amélioré la qualité de la PC, probablement en raison d'un effet plafond lié au niveau élevé de préparation observé. L'analyse finale permettra de confirmer ces résultats et d'évaluer plus précisément l'influence de la LS et des construits cognitifs afin d'optimiser les interventions éducatives destinées aux patients.

Mots-clés : cancer colorectal ; préparation colique ; coloscopie ; capsules-vidéos ; littératie en santé ; construits cognitifs ; essai contrôlé randomisé.

Abstract

Background: Inadequate bowel preparation (BP) reduces colonoscopy quality and may compromise colorectal cancer (CRC) screening. Explanatory video capsules have emerged as a promising strategy to improve patients' understanding of bowel preparation instructions. This study aimed to evaluate their impact on BP quality while exploring the role of health literacy (HL) and cognitive constructs.

Methods: This interim analysis included the first 313 participants enrolled in a single-centre randomized controlled trial conducted at Liège University Hospital (Belgium). Patients were randomly assigned to receive either standard written instructions alone or standard instructions supplemented with educational video capsules. BP quality was assessed using the Boston Bowel Preparation Scale (BBPS). Health literacy, cognitive constructs, patient experience and endoscopic outcomes were also evaluated.

Results: Adequate bowel preparation ($\text{BBPS} \geq 7$) was achieved in 93,2 % of patients, with no significant difference between groups. The educational video capsules had no significant effect on BP quality, adenoma detection rate (ADR), health literacy or cognitive constructs. The use of medications known to impair bowel preparation was the only independent predictor of inadequate preparation. Nevertheless, participants rated the video capsules as clear overall, suggesting that their content could be further optimized.

Conclusions: In this interim analysis, adding educational video capsules to standard instructions did not improve bowel preparation quality, probably because of a ceiling effect related to the already high quality of preparation observed. The final analysis of the complete cohort will clarify the impact of the intervention and further investigate the role of health literacy and cognitive constructs in optimizing patient education.

Keywords: colorectal cancer; bowel preparation; colonoscopy; educational video capsules; health literacy; cognitive constructs; randomized controlled trial.

Liste des figures

Figure 1. Séquence adénome–carcinome dans la progression du cancer colorectal. Reproduit de Gharib et Robichaud. (2024) (4), sous licence CC BY 4.0.(https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)	12
Figure 2. Échelle de préparation colique de Boston (BBPS). Adapté de Kim et al. (2014) (17) , sous licence Creative Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike 3.0 Unported. Modifications : traduction et adaptation graphique.	14
Figure 3. Modèle théorique de Mac Anally adapté au contexte de la présente étude(37–39)	17
Figure 4. Chronologie des principales étapes de l'étude	22
Figure 5. Déroulement de l'étude et des étapes de collecte des données	23
Figure 6. Diagramme de flux des participants de l'étude.....	25
Figure 7. Comparaison des niveaux de littératie en santé selon l'HLS-EU-Q16 entre les deux groupes	28
Figure 8. Évaluation de la capsule-vidéo dans le groupe intervention.....	29
Figure 9. Comparaison de la qualité de la préparation colique entre les groupes.....	30
Figure 10. Forest plot des odds ratio (OR) et de leurs intervalles de confiance à 95% issus de l'analyse univariée des facteurs associés à une préparation colique adéquate.....	30
Figure 11. Comparaison de l'ADR entre les groupes	31
Figure 12. Comparaison de l'ADR en fonction de l'âge	32
Figure 13. Critères de qualité de la coloscopie selon l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (2017) (13)	34

Liste des tableaux

Tableau 1. Données recueillies dans le cadre de l'étude	20
Tableau 2. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre les deux groupes	26
Tableau 3. Comparaison des résultats de la préparation colique et de l'endoscopie entre les deux groupes	27
Tableau 4. Comparaison des déterminants cognitifs entre les groupes.....	28

Tableau 5. Modèles de régression logistique multivariée d'une PC adéquate en fonction des paramètres socio-démographiques et cliniques et des sous-scores de questionnaires dont la p-value est <0.10 en univarié (N = 309 - AUC = 0.580)..... 31

Tableau 6. Modèles de régression logistique multivarié de l'ADR en fonction des paramètres sociodémographiques et cliniques, de la PC et du temps d'examen dont la p-value est <0.10 en univarié (N=313) 32

Liste des abréviations

ADR (Adenoma Detection Rate)	Taux de détection des adénomes
BBPS (Boston Bowel Preparation Scale)	Échelle d'évaluation de la préparation colique de Boston
CCR	Cancer colorectal
C.H.U	Centre Hospitalier Universitaire
ECR	Essai contrôlé randomisé
ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy)	Société européenne de l'endoscopie digestive
FIT	Test immunochimique fécal quantitatif
GESQ (Gastrointestinal Endoscopy Satisfaction Questionnaire)	Questionnaire de satisfaction en endoscopie digestive
HLS-EU-Q16 (Health Literacy Survey European Questionnaire – 16 items)	Questionnaire européen de mesure de la littératie en santé (16 items)
IA	Intelligence artificielle
IC	Intervalle de confiance
LS	Littératie en santé
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OR (Odds Ratio)	Rapport de cotes
PC	Préparation colique
PEG	Polyéthylène glycol

Préambule

Ce travail s'inscrit à la croisée de plusieurs thématiques qui occupent une place centrale dans la pratique infirmière. La prévention, notamment à travers le dépistage organisé du cancer colorectal, constitue un enjeu majeur de santé publique auquel les infirmiers contribuent par l'information et l'accompagnement des patients. La littérature en santé représente également un domaine essentiel, dans lequel les infirmiers jouent un rôle privilégié en adaptant leur communication aux besoins et aux capacités de compréhension de chacun. Enfin, bien que l'éducation thérapeutique du patient ne soit pas abordée spécifiquement dans ce mémoire, elle constitue le fondement de la démarche poursuivie. En effet, cette étude vise à développer une intervention éducative simple, susceptible d'améliorer les connaissances et les comportements des patients. Elle souligne également l'intérêt de considérer, aux côtés des programmes d'éducation thérapeutique plus structurés ou prolongés, des interventions brèves, parfois réalisées en une seule rencontre, dont les bénéfices peuvent s'inscrire durablement dans le parcours de soins.

En tant que future infirmière de pratique avancée, la réalisation de ce travail m'a également permis de m'inscrire dans une démarche de recherche et de participer à un projet visant à questionner et améliorer les pratiques de soins. L'intérêt pour la recherche et l'amélioration continue des pratiques m'a toujours animée et constitue une dimension que je souhaite continuer à développer dans ma future pratique professionnelle.

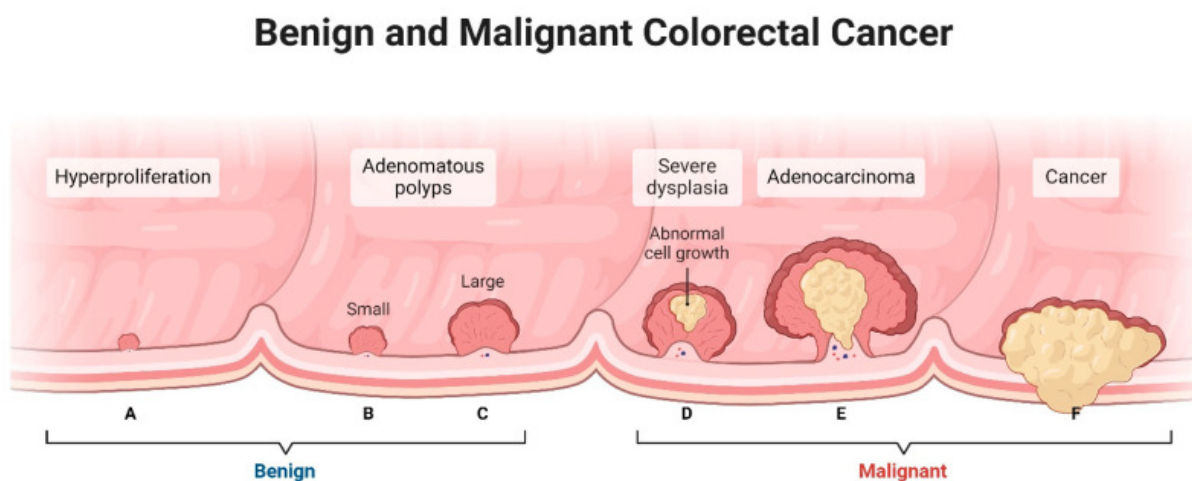
1. Introduction

1.1 Contexte

Avec 7 837 nouveaux cas diagnostiqués en 2023, le cancer colorectal (CCR) est le 3^e cancer le plus fréquent en Belgique, tout sexe confondu. Il est la seconde cause de décès par cancer avec 2 419 décès en Belgique en 2021 (1). Il est diagnostiqué en moyenne à 70 ans pour les hommes et 72 ans pour les femmes et, malgré une incidence en progression chez le sujet jeune (2), est majoritairement diagnostiqué après 50 ans (1).

Le CCR se développe progressivement à partir de lésions précancéreuses de la muqueuse colique, principalement les polypes adénomateux. Au cours de plusieurs années, ces lésions peuvent évoluer vers un adénocarcinome invasif selon la séquence adénome-carcinome (Figure 1) (3).

Figure 1. Séquence adénome–carcinome dans la progression du cancer colorectal. Reproduit de Gharib et Robichaud. (2024) (4), sous licence CC BY 4.0. (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)



La coloscopie détecte et résèque ces lésions précocement, interrompant ainsi cette évolution (5). Dans ce contexte, un dépistage du CCR a été proposé dans de multiples pays et a démontré son efficacité en termes de diminution de la mortalité et de l'incidence de la maladie (6). De plus, une détection précoce d'un adénocarcinome par coloscopie permet d'atteindre un taux de survie relative à cinq ans estimé à 70,5 %. Cependant, cette maladie est encore trop souvent diagnostiquée à un stade avancé (1).

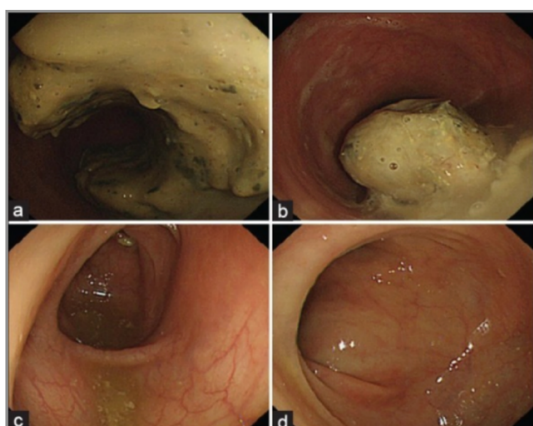
Le dépistage du CCR est donc un enjeu de santé publique majeur. Le Conseil de l'Union Européenne recommande le dépistage organisé du CCR grâce au test immunochimique fécal

quantitatif (FIT), pour les personnes âgées de 50 à 74 ans, qui détecte la présence de sang occulte dans les selles. Celle-ci peut signaler un cancer ou une lésion précancéreuse. Si le test s'avère positif, ou si le patient fait partie d'une population à risque en raison d'antécédents familiaux, il est nécessaire de procéder à une coloscopie afin d'identifier un polype adénomateux, ou une lésion cancéreuse responsable du saignement (5). La coloscopie occupe une place centrale dans le dépistage du CCR puisqu'elle est à la fois diagnostique et thérapeutique (7). Contrairement aux principaux autres dépistages oncologiques, qui nécessitent généralement un examen complémentaire après un test positif, elle détecte et traite les lésions au cours d'une seule procédure (8).

Une préparation colique (PC) est essentielle pour une coloscopie optimale : elle permet d'obtenir une visualisation complète de la muqueuse colique, indispensable à la détection des lésions colorectales, notamment les adénomes. La PC est un critère de qualité car elle réduit également les risques liés à la coloscopie et le temps de procédure, maximise les chances d'intubation caecale, et augmente le taux de détection de polypes adénomateux (*Adenome Detection Rate*, ADR) (9). L'ADR constitue un indicateur majeur de qualité des coloscopies de dépistage et est inversement corrélé au risque de cancer du côlon d'intervalle entre deux coloscopies de dépistage et à la mortalité globale du patient (10). Une PC inadéquate est associée à une diminution significative de l'ADR (11,12).

La qualité de la PC est classiquement objectivée par le score de Boston (Boston Bowel Preparation Scale, BBPS) : une échelle sur 9 points validée (3 points par segment) évaluant la préparation à la coloscopie (13). Plus le score est élevé, plus le colon est évalué comme propre par le gastroentérologue (Figure 2). L'objectif des sociétés savantes en endoscopie est d'obtenir un score supérieur ou égal à 7 sur 9, chez 90 % des patients qui réalisent une coloscopie (14). La PC consiste en deux étapes. La première nécessite de suivre un régime sans résidu durant plusieurs jours et la deuxième consiste à ingérer des liquides mélangés à un laxatif puissant, dont le goût, la quantité et les effets peuvent être difficilement supportés par le patient. Si les recommandations européennes et américaines d'endoscopie digestive privilégient avant tout l'efficacité de la PC, puis sa tolérance (9,15), le choix de celle-ci doit également tenir compte de l'expérience du patient, notamment de son acceptabilité, du goût, des effets indésirables ressentis et de la capacité à suivre l'ensemble du protocole (16).

Figure 2. Échelle de préparation colique de Boston (BBPS). Adapté de Kim et al. (2014) (17), sous licence Creative Commons Attribution-Noncommercial-Share Alike 3.0 Unported. Modifications : traduction et adaptation graphique.



F1 : Échelle de préparation intestinale de Boston. (a) Score de segment 0 : segment de côlon non préparé, la muqueuse n'étant pas visible en raison de la présence de matières solides non éliminables. (b) Score de segment 1 : une partie de la muqueuse du segment de côlon est visible, mais d'autres zones sont mal visualisées en raison de colorations, de résidus de selles et/ou de liquide opaque. (c) Score de segment 2 : légères colorations résiduelles, petits fragments de selles et/ou liquide opaque, mais la muqueuse du segment de côlon est bien visible. (d) Score de segment 3 : la totalité de la muqueuse du segment de côlon est bien visible, sans coloration résiduelle, petits fragments de selles ni liquide opaque.

A ce jour, environ 20 à 25 % des coloscopies sont réalisées avec une PC inadéquate, ce qui peut conduire à la reprogrammation de l'examen et entraîner un retard de prise en charge pour le patient et des coûts pour le système de santé (9,18). Au Royaume-Uni, en 2002, une étude quantitative prospective, menée sur 200 coloscopies ambulatoires consécutives, a mis en évidence que les coûts liés à ces reprogrammations représentaient jusqu'à 20 % de dépenses supplémentaires (19). La qualité de la PC dépend de nombreux facteurs liés au patient, au protocole de préparation et à la compréhension des consignes. Une meilleure connaissance de ces déterminants est indispensable pour développer des interventions visant à optimiser cette préparation (20).

1.2 Revue de la littérature

Les facteurs influençant la qualité de la PC peuvent être classés en facteurs non modifiables et modifiables. Les premiers identifient les patients à risque, tandis que les seconds constituent des cibles d'intervention.

Parmi les facteurs non modifiables figurent certaines caractéristiques démographiques, telles que l'âge avancé, le sexe masculin ou un faible niveau d'éducation, mais également plusieurs comorbidités susceptibles d'altérer la motricité intestinale ou la capacité du patient à suivre les recommandations, notamment la constipation, le diabète, la cirrhose, des troubles psychiatriques ou des antécédents de chirurgie abdominale. La prise de certains médicaments ralentissant le transit intestinal, tels que les opioïdes ou les antidépresseurs tricycliques, constitue également un facteur de risque de préparation inadéquate (21).

Les facteurs modifiables les plus fortement associés à une PC inadéquate concernent principalement l'adhésion au protocole de préparation. Une prise incomplète de la solution laxative, le non-respect des recommandations alimentaires, l'absence de préparation fractionnée et le délai allongé entre la fin de la préparation et la coloscopie augmentent significativement le risque de préparation inadéquate (21,22).

L'adhésion au protocole de préparation est l'un des principaux déterminants modifiables de la qualité de la PC. Elle dépend de la compréhension des consignes médicales, de leur clarté ainsi que de la manière dont elles sont transmises au patient (15). L'amélioration de ces différents aspects représente un levier d'action privilégié pour optimiser la qualité de la PC. Les instructions de préparation intestinale délivrées par les professionnels de santé doivent être claires et complètes, mais peuvent malgré tout être insuffisantes. Un décalage important a ainsi été observé entre la perception des professionnels et celle des patients : alors que 96 % des médecins estiment avoir fourni les informations appropriées, seuls 55 % des patients étaient conscients du risque d'échec de la coloscopie en cas de PC insuffisante (23).

Il a été démontré que les instructions renforcées améliorent significativement la qualité de la PC en favorisant l'adhésion aux consignes, ce qui contribue à optimiser la qualité de l'examen tout en réduisant le recours à des coloscopies répétées et les coûts qui y sont associés (24,25). Différents outils ont prouvé leur efficacité : consultations, brochures, livrets, animations, supports visuels. Il est nécessaire qu'ils soient standardisés, validés et adaptés aux patients (9,25).

Parmi ces différents outils, le support vidéo constitue un outil prometteur. En combinant des informations visuelles et auditives, il facilite la compréhension des informations médicales, favorise l'engagement des patients et rend les notions complexes plus accessibles. Par rapport aux supports écrits, le support vidéo réduit la charge cognitive, renforce l'attention, améliore la compréhension et favorise la mémorisation des informations (26,27). Dans le contexte de la PC, l'utilisation de vidéos explicatives est associée à une amélioration significative de la qualité de la préparation par rapport aux consignes standards (28–30).

L'efficacité de ces interventions renforcées ne dépend toutefois pas uniquement du support utilisé. Elle repose également sur la capacité du patient à comprendre et à utiliser ces informations, cette capacité est définie par le concept de littératie en santé (LS) (31). La LS

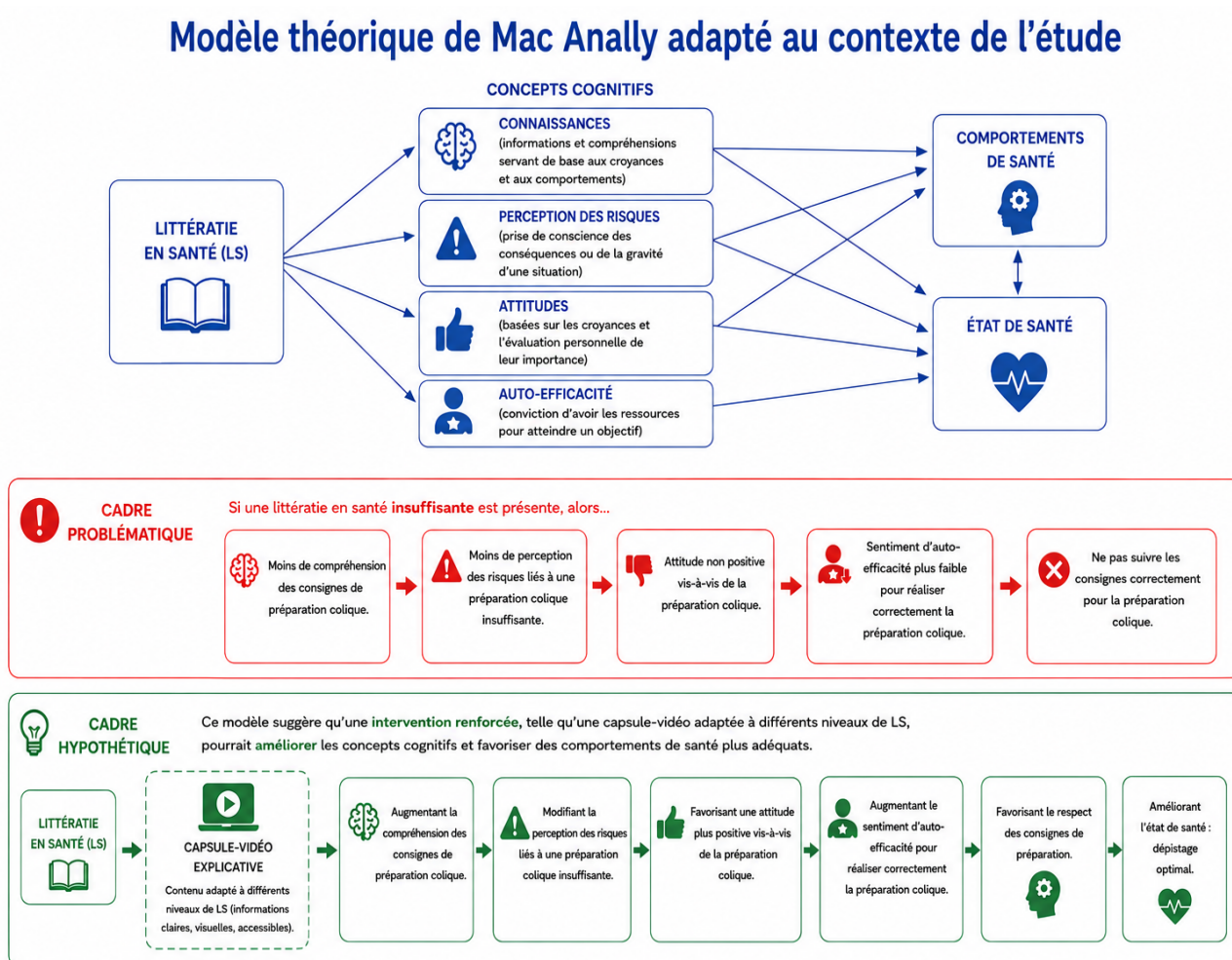
désigne la capacité d'une personne à accéder à l'information de santé, à la comprendre, à l'évaluer et à l'utiliser pour maintenir ou améliorer sa santé et sa qualité de vie. En Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) estime que 30 à 45 % de la population présente un niveau faible de LS, ce qui peut entraîner des difficultés à comprendre les informations médicales, à suivre des traitements ou à prendre des décisions de santé éclairées (32). La LS est reconnue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme un levier essentiel pour améliorer les comportements de santé et réduire les inégalités d'accès aux soins (32–34).

La compréhension de l'influence de la LS sur les comportements individuels, tels que l'adhésion aux consignes médicales et leur compréhension, peut être éclairée par les théories de la cognition sociale. Ces approches identifient un ensemble de construits psychologiques qui permettent d'expliquer et de comprendre pourquoi et comment une personne adopte (ou non) un comportement de santé (35,36).

1.3 Approche théorique : Modèle conceptuel de Kaylin MacAnally (37)

Parmi les modèles conceptuels issus de ces théories, celui proposé par MacAnally et al. a été retenu comme cadre théorique de cette étude. Il met en évidence le rôle médiateur des cognitions sociales dans la relation entre la LS et les comportements de santé. Les principaux déterminants cognitifs décrits par ce modèle sont les connaissances, la perception des risques, les attitudes et le sentiment d'auto-efficacité. Selon ce modèle, la LS n'influence pas directement les comportements de santé. Son effet est principalement médié par ces différents concepts cognitifs. Une meilleure LS favorise l'acquisition de connaissances, influence la perception des risques et les attitudes, et renforce le sentiment d'auto-efficacité. Ces différents mécanismes contribuent ensuite à l'adoption de comportements de santé plus favorables, susceptibles d'améliorer les résultats de santé (37). Dans le contexte de la PC, ce modèle suggère qu'une intervention renforcée, telle qu'une capsule-vidéo adaptée à différents niveaux de LS, pourrait améliorer l'adhésion au protocole de préparation. Le modèle théorique de MacAnally et al. et son adaptation au contexte de la présente étude, comprenant le cadre problématique et les hypothèses formulées, sont présentés à la Figure 3.

Figure 3. Modèle théorique de Mac Anally adapté au contexte de la présente étude(37–39)



1.4 Question de recherche

Au sein du service d'endoscopie du Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U) de Liège, l'amélioration de la qualité de la PC constitue un axe d'amélioration des pratiques. Face au constat de PC insuffisantes chez certains patients, des capsules-vidéos explicatives ont été développées afin de compléter les consignes standards écrites et orales (Annexe 7.1). La question de recherche, formulée selon la méthode PICO, est la suivante : « Chez les patients devant réaliser une coloscopie au C.H.U de Liège (P), l'ajout de capsules-vidéos explicatives et accessibles à différents niveaux de littératie en santé, aux consignes standards de préparation (I), comparativement aux consignes standards seules (C), permet-il d'améliorer la qualité de la préparation colique, et par conséquent le taux de détection des adénomes (O) ? »

1.5 Objectifs

1.5.1 Objectif général

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'effet de capsules-vidéos explicatives, en complément des consignes standards, sur la qualité de la PC chez les patients devant réaliser une coloscopie au C.H.U de Liège.

1.5.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Déterminer le taux de PC inadéquates initiales au sein du service d'endoscopie du C.H.U de Liège ;
- Explorer les relations entre le niveau de LS, les cognitions sociales (connaissances, perception des risques, attitude et sentiment d'auto-efficacité) et la qualité de la PC.
- Comparer l'ADR entre les deux groupes.

1.5.3 Hypothèses

L'étude repose sur les hypothèses suivantes :

- H1 : Les patients ayant bénéficié des capsules-vidéos présenteront une meilleure qualité de PC que ceux ayant reçu les consignes standards seules ;
- H2a : Un niveau plus élevé de LS et des cognitions sociales plus favorables seront associés à une meilleure qualité de PC ;
- H2b : Chez les patients ayant une faible littératie, les capsules-vidéos améliorent les cognitions sociales, ce qui réduit l'écart de qualité de préparation avec les patients ayant une littératie plus élevée ;
- H3 : L'ADR sera supérieur chez les patients ayant bénéficié des capsules-vidéos que chez ceux ayant reçu les consignes standards seules.

2. Matériel et méthodes

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé (ECR) prospectif, quantitatif, mené au sein du service d'endoscopie du C.H.U de Liège. Les patients sont répartis aléatoirement en deux groupes :

- Un groupe intervention recevant, en complément des consignes standards, des capsules-vidéos explicatives ;
- Un groupe contrôle recevant uniquement les consignes standards écrites et orales.

2.2 Caractéristiques de la population étudiée

La population étudiée comprenait des patients adultes devant réaliser une coloscopie au C.H.U de Liège. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Âge ≥ 18 ans ;
- Maîtrise du français ;
- Être capable de donner un consentement libre et éclairé ;
- PC à base de polyéthylène glycol (PEG) 3350 (Plenvu®).

Les critères d'exclusion sont :

- Impossibilité de visionner les capsules-vidéos (déficience visuelle sévère non corrigée, troubles cognitifs majeurs ou indisponibilité du support) ;
- Coloscopie urgente.

2.3 Méthode d'échantillonnage et échantillon

Les participants sont recrutés selon une méthode d'échantillonnage non probabiliste de convenance parmi l'ensemble des patients ambulatoires répondant aux critères d'éligibilité. Après inclusion, ils sont répartis aléatoirement dans l'un des deux groupes de l'étude. La randomisation a été réalisée par blocs de taille 10, selon une séquence aléatoire générée sous Microsoft Excel par la statisticienne du service de gastroentérologie. Cette méthode vise à maintenir un équilibre des effectifs entre les deux groupes tout au long du recrutement. L'étude principale prévoit l'inclusion de 2 490 patients (1 245 par groupe). La taille d'échantillon a été estimée à l'aide d'un calcul de puissance fondé sur un test Z bilatéral

comparant deux proportions indépendantes, avec un risque α de 5 % et une puissance de 80 %, permettant de détecter une différence de 4 % du taux de PC adéquates entre les groupes. Ce mémoire présente une analyse intermédiaire portant sur les 313 premiers patients inclus (12,6 % de l'effectif total).

2.4 Paramètres étudiés

Les variables recueillies dans cette étude sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Données recueillies dans le cadre de l'étude

Catégorie	Variables recueillies
Intervention	Groupe d'étude (capsule-vidéo/contrôle)
Caractéristiques socio-démographiques	Âge, sexe, IMC, niveau d'études, profession
Données cliniques	Comorbidités (diabète, insuffisance rénale, constipation chronique, maladie de Parkinson, chirurgie abdominale antérieure, assuétudes, médicaments influençant la PC), antécédents de coloscopie et score BBPS antérieur, indication de la coloscopie
Préparation colique et qualité de celle-ci	Type de préparation (fractionnée ou non), médication supplémentaire, délai entre la prise de la préparation et la coloscopie, score BBPS (préparation adéquate (≥ 7) ou inadéquate (<7))
Données liées à la procédure et résultats endoscopiques	Horaire de l'examen, gastroentérologue, détection de polypes, ADR, adénome avancé, adénome festonné, CCR, intubation cæcale, temps de retrait, durée totale de l'examen, complications, délai avant la prochaine coloscopie
Littératie en santé	Score HLS-EU-Q16, littératie perçue, confiance envers les professionnels, canaux d'information
Construits cognitifs	Connaissances, attitudes, perceptions des risques, obstacles perçus et auto-efficacité
Expérience patient	Anxiété, satisfaction
Évaluation de la capsule-vidéo (pour le groupe intervention)	Visualisation, clarté, impact perçu, accessibilité, satisfaction

2.5 Outils de collecte des données

Les données provenaient de deux sources :

- Le dossier médical informatisé recueillant les caractéristiques cliniques et les résultats de la coloscopie ;

- Un questionnaire auto-administré élaboré pour cette étude.

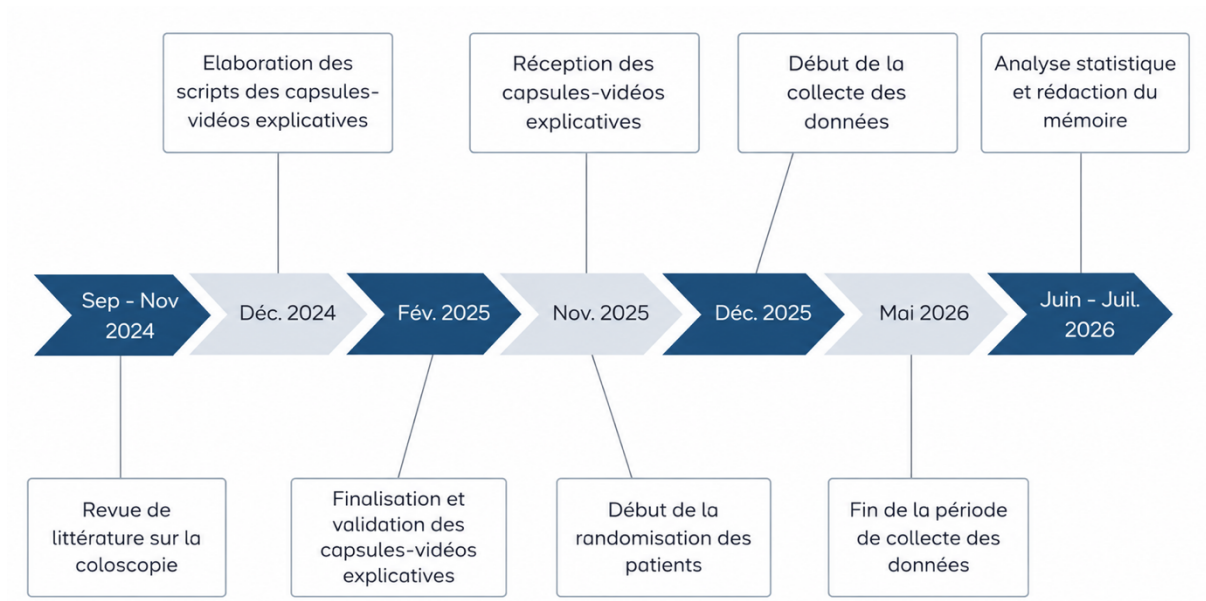
Le niveau de LS est évalué à l'aide du Health Literacy Survey European Questionnaire (HLS-EU-Q16), version courte validée du HLS-EU-Q47. Cet outil comporte 16 items évaluant la capacité des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser des informations en santé dans le domaine de soins, de la prévention et de la promotion de la santé. Le score varie de 0 à 16 ; un score de 0 à 8 correspond à une littératie insuffisante, de 9 à 12 à une littératie problématique et de 13 à 16 une littératie suffisante (40).

En l'absence de questionnaires validés évaluant l'ensemble des concepts étudiés dans le contexte spécifique de la PC, des indices composites ont été développés pour cette étude. Leur construction s'est appuyée sur une revue de la littérature et sur des questionnaires validés évaluant chacun de ces concepts, qui ont ensuite été adaptés au contexte de l'étude. Ce choix a permis d'évaluer l'ensemble des concepts (connaissances, perception des risques, attitudes, auto-efficacité, obstacles perçus, anxiété, satisfaction et évaluation des capsules-vidéos) au moyen d'un questionnaire concis, limitant la charge de réponse des participants. La cohérence interne de chaque indice composite a été évaluée à l'aide de l'alpha de Cronbach. La description des questionnaires, de la construction des indices composites, calcul des scores et de la cohérence interne sont disponibles aux Annexes 7.2 et 7.3.

2.6 Organisation et planification de la collecte des données

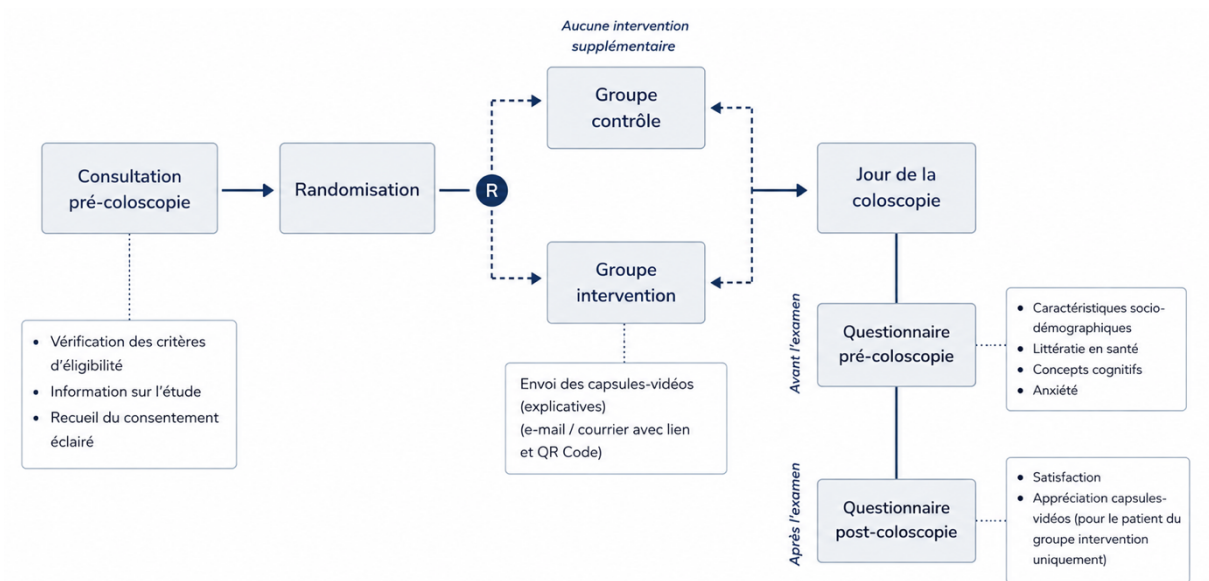
Une revue de la littérature réalisée entre septembre et novembre 2024 a permis de concevoir le contenu scientifique des capsules-vidéos. Les scripts ont ensuite été élaborés, puis les capsules produites et validées permettant le début de l'étude. La collecte des données s'est déroulée de décembre 2025 à mai 2026. Les analyses présentées dans ce mémoire portent sur les données recueillies durant cette période, bien que la randomisation des patients soit toujours en cours au moment de la rédaction du mémoire. La chronologie des différentes étapes de l'étude est présentée à la Figure 4.

Figure 4. Chronologie des principales étapes de l'étude



Les patients étaient recrutés lors de la consultation pré-coloscopie par le gastroentérologue. Après vérification des critères d'éligibilité et obtention du consentement éclairé, ils étaient randomisés dans le groupe contrôle ou intervention. Les participants du groupe contrôle bénéficient de la prise en charge habituelle, tandis que ceux du groupe intervention recevaient, en complément, un accès aux capsules-vidéos via un lien et un code QR transmis par courrier électronique et postal. Le jour de la coloscopie, les participants complétaient un questionnaire en deux temps : une première partie avant l'examen, puis une seconde après la coloscopie portant sur leur satisfaction. Les patients du groupe intervention répondaient également à des questions évaluant les capsules-vidéos. Les questionnaires identifiés par un code de randomisation, étaient recueillis par l'investigatrice pour l'encodage des données. Le déroulement global de l'étude est présenté à la Figure 5.

Figure 5. Déroulement de l'étude et des étapes de collecte des données



2.7 Traitement des données

Les données issues des questionnaires papier ont été encodées dans une base de données électronique par l'investigatrice. Les données cliniques et celles relatives à l'examen endoscopique ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des participants et intégrées à cette base de données. Chaque participant s'est vu attribuer un code d'identification unique, garantissant la pseudonymisation des données. La correspondance entre le code d'identification et l'identité des participants était conservée dans un fichier de randomisation distinct, stocké sur un serveur sécurisé et accessible uniquement à l'investigatrice. La base de données pseudonymisée a été partagée exclusivement avec la statisticienne chargée des analyses. Un contrôle de qualité des données a ensuite été réalisé afin de vérifier l'exactitude de l'encodage. Les erreurs de saisie ou incohérence identifiées ont été vérifiées à partir des questionnaires originaux et des dossiers médicaux.

2.8 Méthodes d'analyse

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS (version 9.4) par la statisticienne du service de gastroentérologie du C.H.U de Liège.

Les variables quantitatives sont décrites par leur moyenne $\pm$ écart-type (SD) ou leur médiane, premier et troisième quartiles (Q1-Q3) selon leur distribution. Les variables qualitatives sont décrites par leurs fréquences et leurs pourcentages. Les comparaisons entre les groupes ont

été réalisées à l'aide du test t de Student pour les variables quantitatives suivant une distribution normale, du test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives ne suivant pas une distribution normale, et du test du χ^2 pour les variables qualitatives. Les facteurs associés à une PC adéquate et à l'ADR ont été étudiés à l'aide de modèles de régression logistique. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratios (OR) accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %). Lorsque cela était nécessaire, une correction de Firth a été appliquée afin de limiter les biais liés aux petits effectifs ou aux événements rares. Des analyses univariées ont d'abord été réalisées. Les variables présentant une valeur de p inférieure à 0,10 en analyse univariée ont ensuite été incluses dans un modèle multivarié selon une procédure de sélection pas à pas (*stepwise*).

La cohérence interne des différents scores des questionnaires a été évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach (Annexe 7.3)

Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

2.9 Aspects réglementaires et éthiques

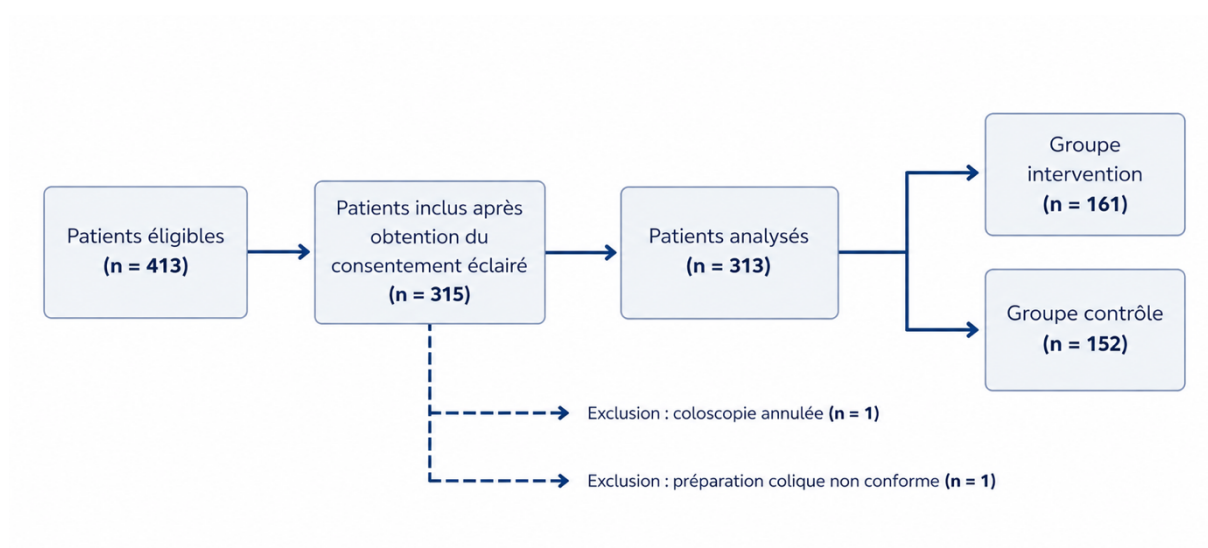
Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire du C.H.U de Liège (référence : 2025/391) le 16 septembre 2025. Tous les participants ont reçu une information écrite et orale sur l'étude et ont signé un consentement éclairé avant leur inclusion. Les données ont été pseudonymisées conformément aux exigences en matière de protection des données à caractère personnel.

3. Résultats

3.1 Catégorisation de l'échantillon

Parmi les 413 patients évalués pour l'éligibilité, 315 ont été inclus dans l'étude après obtention du consentement éclairé. Deux patients ont ensuite été exclus de l'analyse : un en raison de l'annulation de la coloscopie et un en raison d'une PC non conforme au protocole. Au total, 313 patients ont été inclus dans l'analyse : 161 (51,4 %) dans le groupe intervention et 152 (48,6 %) dans le groupe contrôle. Le processus de sélection et d'inclusion des participants est présenté à la Figure 6.

Figure 6. Diagramme de flux des participants de l'étude



3.2 Statistiques descriptives globales

Afin de faciliter la lecture, seuls les résultats les plus pertinents au regard des objectifs de l'étude sont présentés dans ce chapitre. Les analyses statistiques détaillées sont présentées en Annexe 7.4.

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients

Les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et les indications de coloscopie étaient similaires entre les groupes. L'âge moyen des participants était de 58 ans, 51,7 % étaient des hommes et l'IMC moyen était de 26,8 kg/m². Plus de la moitié des patients (57,9 %) possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur. Les principales indications de coloscopie étaient le dépistage (54,3 %), les antécédents familiaux de CCR (9,3 %) et les modifications du transit (6,4 %). Les comorbidités susceptibles d'influencer la qualité de la PC étaient réparties de manière équilibrée entre les deux groupes. Près de la moitié des patients (46,2 %) avaient déjà bénéficié d'une coloscopie, avec un score BBPS moyen était de 7.8 ± 1.1. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients sont représentées dans le Tableau 2.

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et cliniques entre les deux groupes

Variable	Tous (N=313)		Groupe intervention (N=161)		Groupe contrôle (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Age (années), moyenne $\pm$ SD	313	58.4 $\pm$ 11.1	161	59.1 $\pm$ 11.1	152	57.6 $\pm$ 11.1	0.24
BMI (kg/m ²), moyenne $\pm$ SD	297	26.8 $\pm$ 4.71	154	26.7 $\pm$ 4.89	143	27.0 $\pm$ 4.52	0.55
Sexe	313		161		152		0.60
Homme		162 (51.8)		81 (50.3)		81 (53.3)	
Femme		151 (48.2)		80 (49.7)		71 (46.7)	
Niveau d'éducation	280		146		134		0.88
Pas de diplôme		12 (4.3)		6 (4.1)		6 (4.5)	
Diplôme d'études secondaires		106 (37.9)		58 (39.7)		48 (35.8)	
Diplôme d'études supérieures de type court		100 (35.7)		52 (35.6)		48 (35.8)	
Diplôme universitaire		62 (22.1)		30 (20.5)		32 (23.9)	
Diabète	313	71 (22.7)	161	39 (24.2)	152	32 (21.1)	0.50
Constipation chronique	312	44 (14.1)	160	26 (16.3)	152	18 (11.8)	0.26
Médicaments influençant la qualité de la préparation intestinale	313	27 (8.6)	161	12 (7.5)	152	15 (9.9)	0.45
Score de Boston de la coloscopie précédente, moyenne $\pm$ SD	115	7.84 $\pm$ 1.10	63	7.81 $\pm$ 1.12	52	7.88 $\pm$ 1.08	0.72
Motif de la coloscopie : dépistage	313	170 (54.3)	161	83 (51.6)	152	87 (57.2)	0.88
Préparation colique fractionnée	313	232 (74.1)	161	115 (71.4)	152	117 (77.0)	0.26
Médication complémentaire à la préparation	313	120 (38.3)		66 (41.0)	152	54 (35.5)	0.32

3.2.2 Caractéristiques de la préparation colique et de l'endoscopie

Les modalités de PC ainsi que les caractéristiques de la procédure étaient comparables entre les deux groupes (Tableau 3). Une préparation fractionnée était utilisée chez 74,1 % des patients et aucune médication complémentaire n'est donnée dans 61,7 % des cas.

Le score moyen de PC selon le BBPS était de 8.3 ± 1.1 . Une PC adéquate (BBPS ≥ 7) était obtenue chez 93,2 % des patients, sans différence entre les groupes (92,5 % vs 94,0 %, $p = 0.60$).

Le délai médian entre la fin de la prise de la préparation et la coloscopie était de 8 heures (IQR : 7-10), le taux d'intubation caecale de 97,4 % et l'ADR de 43,8 %. Trois CCR (1,0 %) et une complication ont été observés. Aucun de ces paramètres ne différait entre les groupes.

Tableau 3. Comparaison des résultats de la préparation colique et de l'endoscopie entre les deux groupes

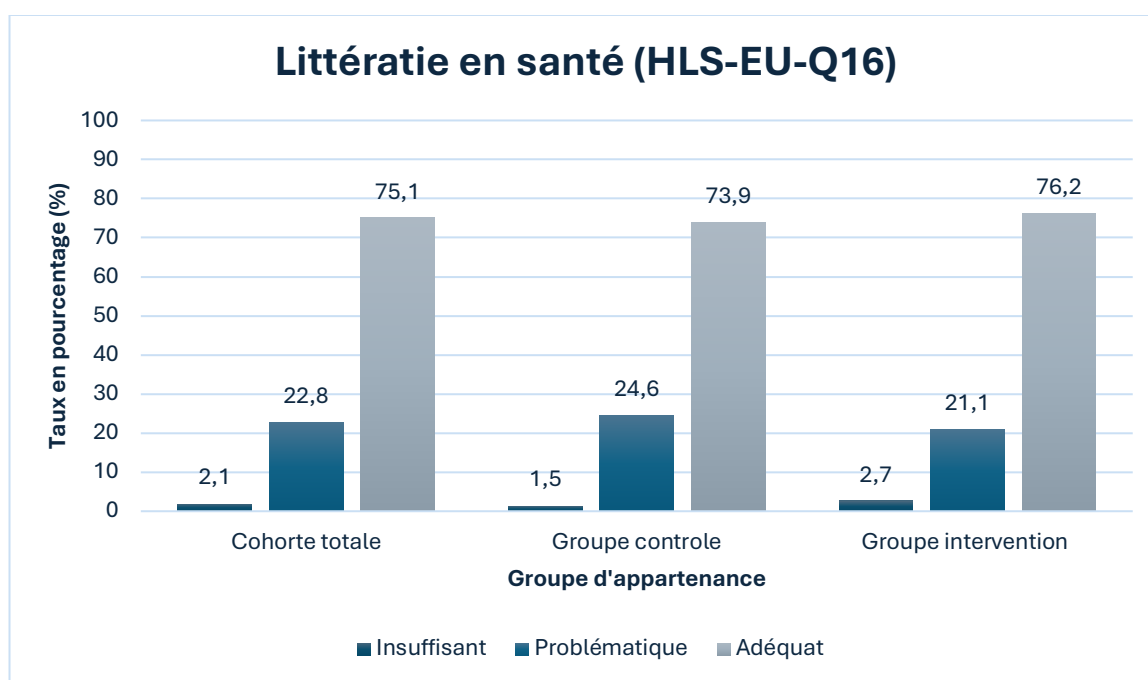
Variable	Tous (N=313)		Groupe intervention (N=161)		Groupe contrôle (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Préparation colique fractionnée	313	232 (74.1)	161	115 (71.4)	152	117 (77.0)	0.26
Médication complémentaire à la préparation	313	20 (38.3)		66 (41.0)	152	54 (35.5)	0.32
Score de Boston	310		160		150		0.60
Préparation inadéquate (<7)		21 (6.8)		12 (7.5)		9 (6.0)	
Préparation adéquate (≥ 7)		289 (93.2)		148 (92.5)		141 (94.0)	
Temps entre la fin de la prise de préparation intestinale et l'introduction du coloscope en heures, médiane [Q1-Q3]	311	8.00 [7.00 - 10.0]	160	8.00 [7.00 - 10.0]	151	8.00 [7.00 - 10.0]	0.25
Intubation caecale	313	305 (97.4)	161	156 (96.9)	152	149 (98.0)	0.53
Détection de polype	312	169 (54.2)	160	80 (50.0)	152	89 (58.6)	0.13
Taux de détection d'adénome (ADR)	304	133 (43.8)	159	68 (42.8)	145	65 (44.8)	0.72
Temps intubation caecale (min), médiane [Q1-Q3]	285	5.00[3.00-7.00]	149	5.00[3.00-7.00]	136	5.00[3.00-7.00]	0.24
Temps retrait (min), médiane [Q1-Q3]	285	10.0[8.00-12.0]	149	10.0[8.00-12.0]	136	10.0[8.00-12.0]	0.37
Temps total examen (min), médiane [Q1-Q3]	289	15.0[12.0-18.0]	151	15.0[12.0-18.0]	136	14.5[12.0-17.0]	0.086

3.2.3 Effet de l'intervention sur les déterminants cognitifs

Le taux de complétion du questionnaire était de 89,8 %, sans différence entre les groupes (91,3 % vs 88,2 % ; $p = 0.36$). Les scores de LS, de cognition sociale, d'anxiété et de satisfaction étaient comparables entre les groupes.

Une LS adéquate (HLS-EU-Q16) a été observée chez 75,1 % des participants, sans différence entre les groupes (Figure 7).

Figure 7. Comparaison des niveaux de littératie en santé selon l'HLS-EU-Q16 entre les deux groupes



Les scores moyens d'auto-efficacité, d'attitude, de perception des risques, de connaissances et d'obstacles perçus ne différaient pas entre les groupes. De même, aucune différence n'était observée concernant l'anxiété pré-procédure ou la satisfaction après la coloscopie (Tableau 4).

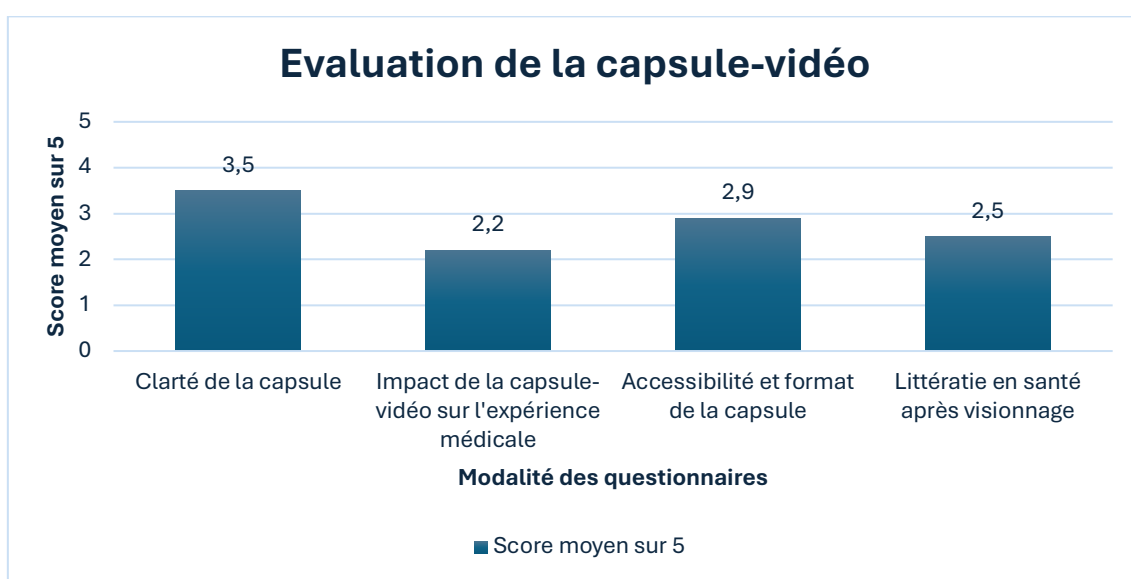
Tableau 4. Comparaison des déterminants cognitifs entre les groupes

Variable	Tous (N=313)		Groupe intervention (N=161)		Groupe contrôle (N=152)		P-value
	N	Moyenne $\pm$ SD	N	Moyenne $\pm$ SD	N	Moyenne $\pm$ SD	
Littératie en santé perçue par les participants	281	5.68 $\pm$ 0.63	147	5.70 $\pm$ 0.59	134	5.65 $\pm$ 0.68	0.49
Insuffisant (Nombre - %)		0 (0.0)		0 (0.0)		0 (0.0)	0.27
Limité (Nombre - %)		4 (1.4)		1 (0.7)		3 (2.3)	
Suffisant (Nombre - %)		275 (98.6)		145 (99.3)		130 (97.7)	
Auto-efficacité (/100)	278	89.5 $\pm$ 9.57	145	89.5 $\pm$ 9.85	133	89.6 $\pm$ 9.30	0.88
Attitude face à la coloscopie (/5)	280	4.16 $\pm$ 0.58	146	4.15 $\pm$ 0.58	134	4.16 $\pm$ 0.57	0.83
Perception des risques liés à la coloscopie (/5)	277	3.45 $\pm$ 0.54	146	3.44 $\pm$ 0.55	131	3.47 $\pm$ 0.53	0.68
Nombre d'obstacles perçus (/5)	279	1.29 $\pm$ 0.72	145	1.32 $\pm$ 0.72	134	1.25 $\pm$ 0.73	0.37
Connaissances liée à la coloscopie (/5)	279	4.84 $\pm$ 0.44	145	4.84 $\pm$ 0.45	134	4.83 $\pm$ 0.44	0.86
Anxiété (/10)	279	3.09 $\pm$ 2.35	145	3.20 $\pm$ 2.33	134	2.97 $\pm$ 2.39	0.41
Satisfaction (/5)	267	4.92 $\pm$ 0.32	137	4.93 $\pm$ 0.25	130	4.91 $\pm$ 0.39	0.71

3.2.4 Évaluation de la capsule-vidéo dans le groupe intervention

Parmi les patients du groupe intervention, 69,6 % ont déclaré avoir visionné les capsules-vidéos. Les scores moyens obtenus sur un total de 4 (Figure 8), lors de l'évaluation des capsules-vidéos dans le groupe intervention, nous indiquent que la clarté obtient le score moyen le plus élevé (3.5 ± 0.8) devant l'accessibilité et le format (2.9 ± 0.6), la LS perçue après visionnage (2.5 ± 1.4) et l'impact sur l'expérience médicale (2.2 ± 1.6).

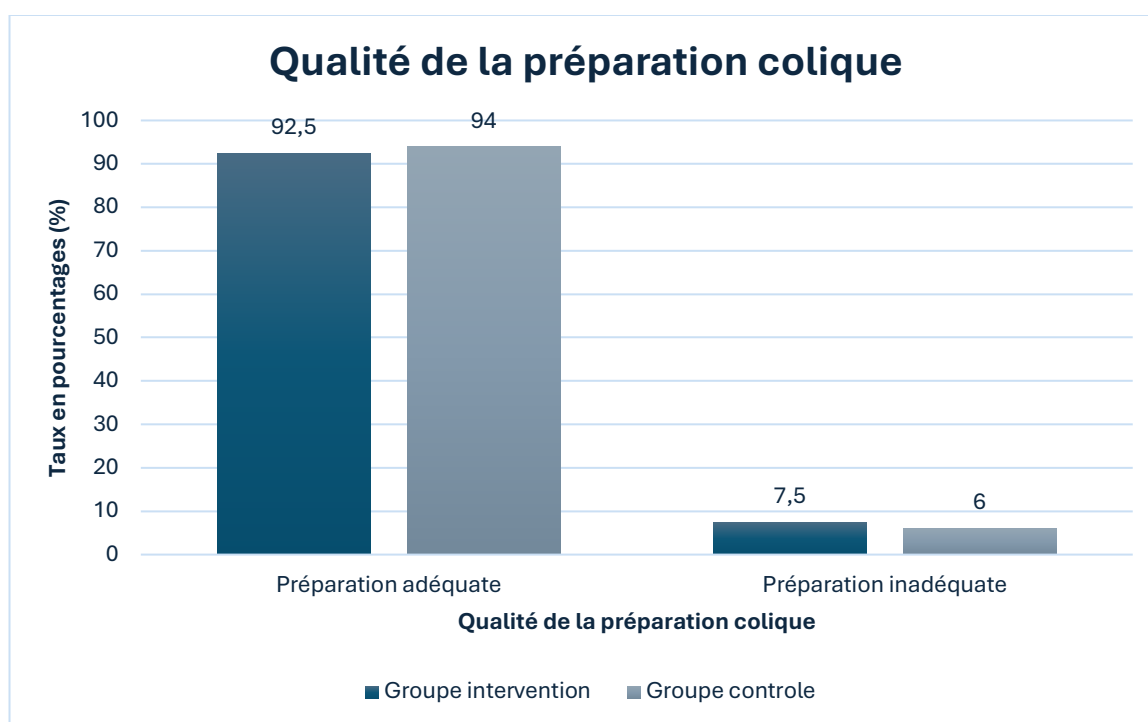
Figure 8. Évaluation de la capsule-vidéo dans le groupe intervention



3.3 Étude de la qualité de la préparation

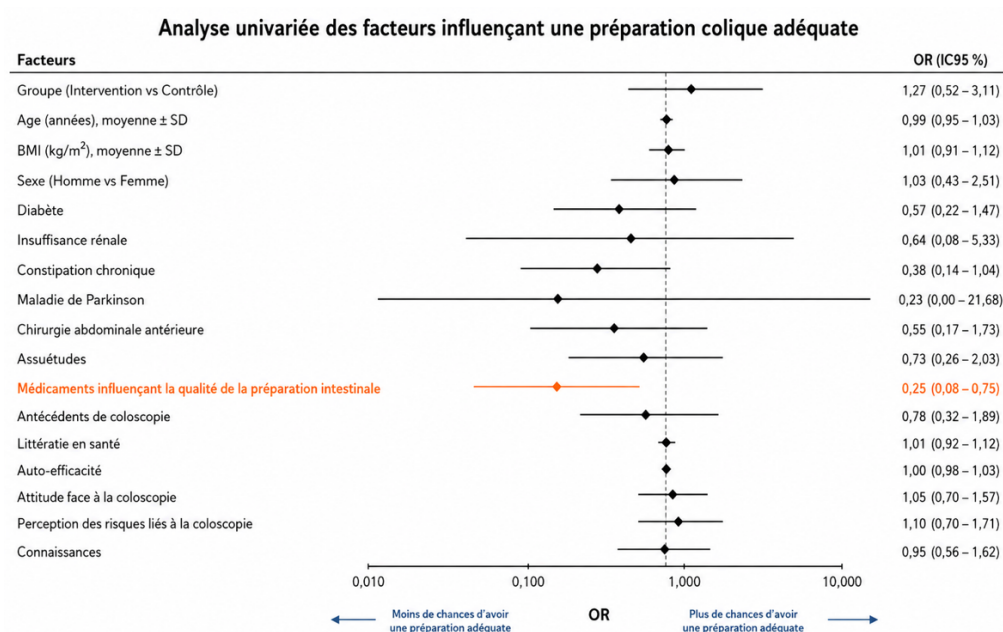
Une PC adéquate (BBPS ≥ 7) était obtenue chez 93,2 % des patients. La proportion de préparations adéquates ne différait pas entre le groupe intervention et le groupe contrôle (92,5 % vs 94,0 %, $p = 0.60$) (Figure 9).

Figure 9. Comparaison de la qualité de la préparation colique entre les groupes



En analyse univariée, seule la prise de médicaments susceptibles d'altérer la PC était associée à une diminution significative de la probabilité d'obtenir une PC adéquate (OR=0.25 ; p=0.014). La constipation chronique tend également à diminuer les chances de bonne préparation (OR=0.38 ; p=0.059) mais pas de manière significative. Les principales variables étudiées sont représentées à la Figure 10.

Figure 10. Forest plot des odds ratio (OR) et de leurs intervalles de confiance à 95% issus de l'analyse univariée des facteurs associés à une préparation colique adéquate



En analyse multivariée, l'association avec la prise de médicaments persistait (OR=0.23 ; p=0.0098), tandis que l'intervention n'avait pas d'effet significatif (p = 0.50) (Tableau 5).

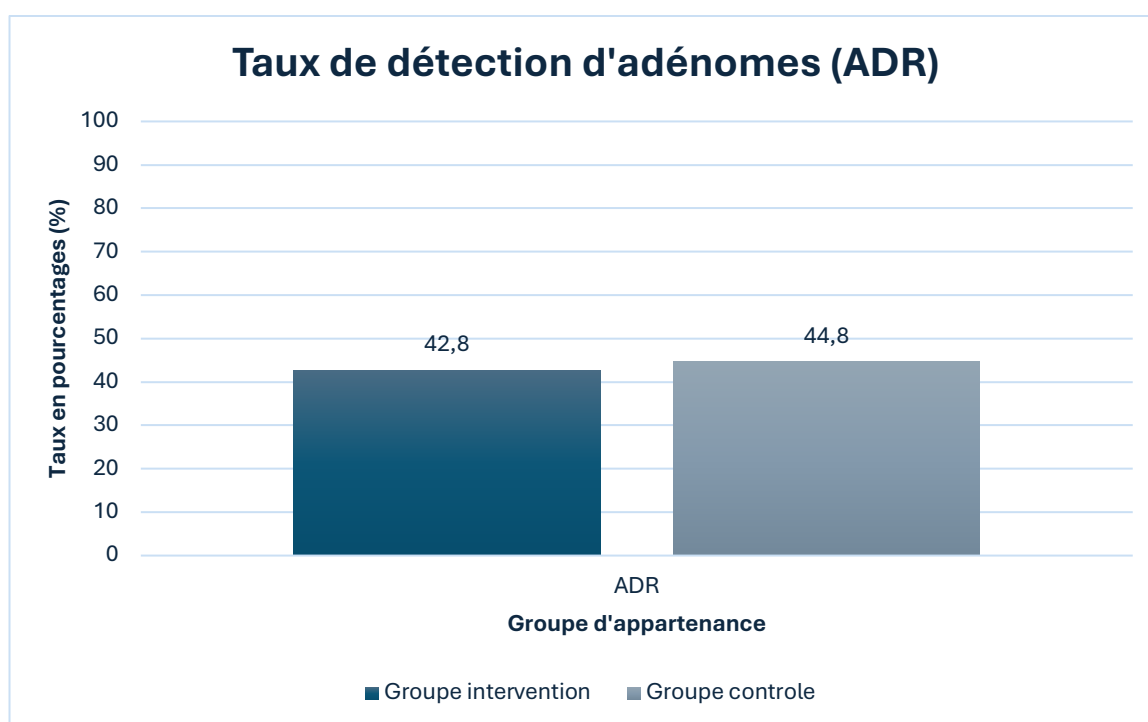
Tableau 5. Modèles de régression logistique multivariée d'une PC adéquate en fonction des paramètres socio-démographiques et cliniques et des sous-scores de questionnaires dont la p-value est <0.10 en univarié (N = 309 - AUC = 0.580)

Variable	Régression logistique			
	OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Groupe contrôle vs groupe intervention	1.364	0.549	3.385	0.50
Médicaments influençant la qualité de la préparation intestinale Oui vs. Non	0.232	0.077	0.703	0.0098

3.4 Étude du taux de détection d'adénome (ADR)

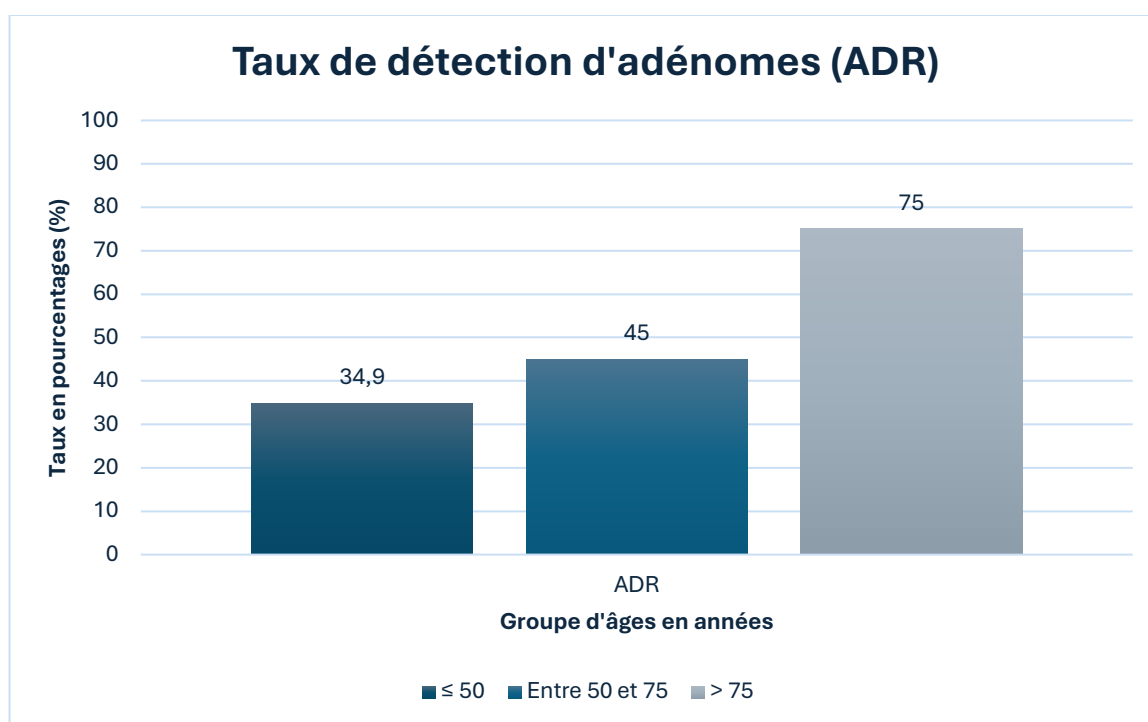
L'ADR était de 43,8 % et atteignait 47,7 % chez les patients de 50 ans ou plus examinés dans le cadre d'un dépistage ou après un test FIT positif. L'ADR ne différait pas entre les groupes (42,8 % vs 44,8 % ; p = 0.72) (Figure 11).

Figure 11. Comparaison de l'ADR entre les groupes



La proportion d'ADR est significativement plus élevée chez les plus de 75 ans (75 %) que chez les moins de 50 ans (34,9 %) (OR=5.6, IC95% : 1.04-30.1) (Figure 12).

Figure 12. Comparaison de l'ADR en fonction de l'âge



Parmi les paramètres endoscopiques, seul le temps de retrait et la durée totale d'examen étaient significativement associés à l'ADR (OR=1.22, $p<0.0001$ et $p=1.07$, $p=0.0004$).

En analyse multivariée (Tableau 6), l'âge, le sexe masculin et un temps de retrait plus long restaient indépendamment associés à un ADR plus élevé, tandis qu'aucun paramètre lié à la PC ni l'intervention n'étaient associés à l'ADR.

Tableau 6. Modèles de régression logistique multivarié de l'ADR en fonction des paramètres sociodémographiques et cliniques, de la PC et du temps d'examen dont la p -value est <0.10 en univarié (N=313)

Variable	Régression logistique			
	OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Modèle sans temps d'endoscopie (N = 302, AUC = 0.662)				
Âge (années), moyenne $\pm$ SD	1.034	1.011	1.058	0.0042
Sexe (Femme vs Homme)	0.439	0.272	0.708	0.0007
Modèle avec temps d'endoscopie (N = 275, AUC = 0.760)				
Âge (années), moyenne $\pm$ SD	1.042	1.014	1.071	0.0033
Sexe (Femme vs Homme)	0.423	0.247	0.726	0.0018
Temps de retrait (min)	1.255	1.145	1.376	<0.0001

4. Discussion

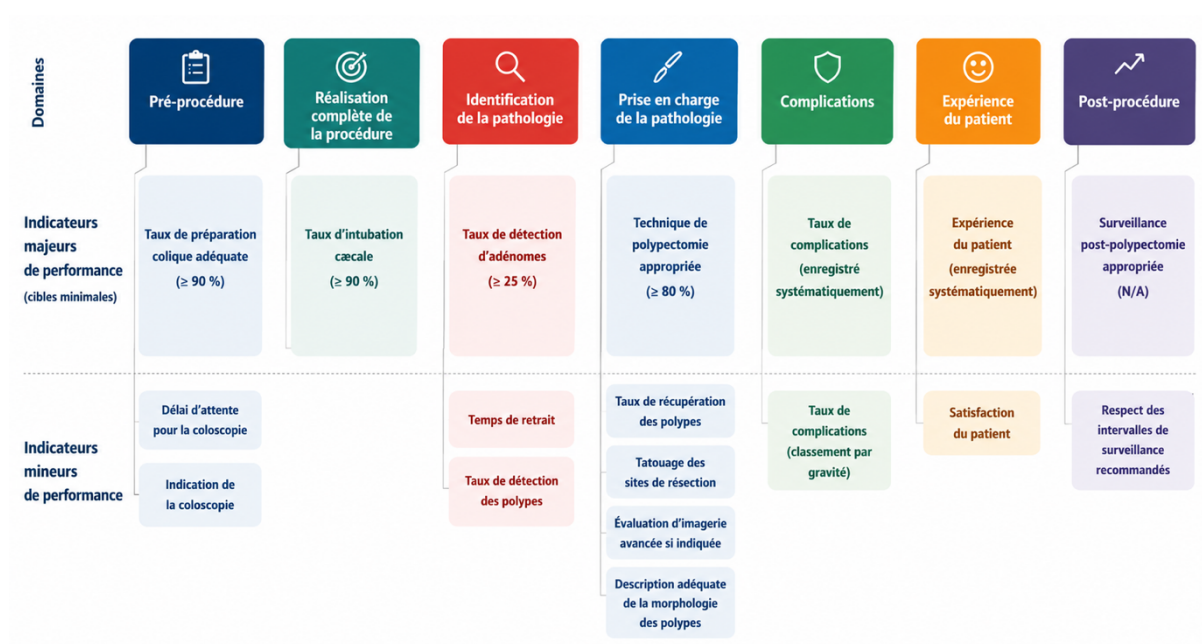
4.1 Principaux résultats

Cette analyse intermédiaire n'a pas mis en évidence d'effet des capsules-vidéos sur la qualité de la PC, l'ADR, la LS ou les construits cognitifs. En revanche, la prise de médicaments influençant le transit intestinal était associée à une diminution des chances d'obtenir une PC adéquate.

4.2 Qualité globale de la préparation colique et de la coloscopie au C.H.U de Liège

Les principaux indicateurs de qualité recommandé par l'ESGE (Figure 13) étaient atteints, voire dépassés, au sein du service d'endoscopie du C.H.U de Liège. Le taux de PC adéquates, l'ADR, le taux d'intubation caecale et le temps de retrait étaient conformes aux recommandations européennes, traduisant une qualité globale élevée des coloscopies réalisées. En revanche, le délai médian entre la dernière prise de la préparation et la coloscopie était de 8 heures (IQR : 7–10), soit supérieur au délai recommandé de 2 à 5 heures. Une seule complication, un hémopéritoine post-intervention, a été rapportée. L'expérience des patients était excellente, avec un score moyen de satisfaction élevé. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car ils reposent sur un échantillon de 313 patients, alors que le service réalise environ 6 000 coloscopies par an.

Figure 13. Critères de qualité de la coloscopie selon l'European Society of Gastrointestinal Endoscopy (2017) (13)



4.3 Effet des capsules-vidéos sur la préparation colique

Tous les patients ont reçu une PC à base de PEG 3350 (Plenvu®), afin de limiter les biais liés à l'utilisation des différentes PC. Ce choix est cohérent avec les recommandations des sociétés savantes, qui valident les préparations à base de PEG de faible volume administrées en dose fractionnée pour la PC de routine (9,14,41).

Contrairement à notre hypothèse, l'ajout des capsules-vidéos n'a pas permis d'améliorer la qualité de la PC. L'absence d'effet des capsules-vidéos s'explique probablement par un effet plafond. La qualité initiale de la PC était déjà élevée (93,2 %) dans une population bénéficiant d'une prise en charge optimisée comprenant une consultation dédiée, des consignes standardisées et une PC majoritairement administrée en dose fractionnée.

Bien qu'une méta-analyse en réseau ait montré un bénéfice global des capsules-vidéos, les auteurs rapportent un niveau de preuve faible à modéré en raison de l'importante hétérogénéité des études incluses (42).

Nos résultats concordent avec ceux d'un ECR français récent, dans lequel aucune amélioration significative de la qualité de la PC n'a été observée après l'ajout d'une capsule-vidéo, malgré une meilleure compréhension des patients. Les auteurs attribuent également la qualité initiale

élevée de la PC (43). A l'inverse, les études ayant montré un bénéfice des capsules-vidéos rapportaient généralement une qualité initiale de préparation plus faible. Ainsi, un ECR britannique a mis en évidence une amélioration significative des préparations adéquates (86,1 % vs 79,1 %), tandis qu'un autre ECR, asiatique, rapportait une augmentation de 70 % à 90 % après une vidéo suivie d'une reformulation des consignes par un infirmier (30).

Cette différence pourrait également s'expliquer par les caractéristiques de la population étudiée. En effet, près de 85 % des participants d'un ECR réalisé auprès d'une population urbaine défavorisée avaient un niveau d'études secondaires ou inférieur (44). A l'inverse, plus de la moitié des participants de notre étude (57,9 %) étaient titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Ce niveau d'éducation plus élevé pourrait avoir favorisé une meilleure compréhension des consignes dès les informations standards, réduisant le bénéfice potentiel apporté par l'intervention.

De plus, bien que les capsules-vidéos aient été jugées claires, les scores plus modérés concernant leur impact, leur accessibilité et l'amélioration perçue de la LS suggèrent que leur contenu pourrait encore être optimisé afin de mieux répondre aux besoins des patients. Une cohorte plus importante permettra également d'évaluer leur intérêt chez les patients réalisant une première coloscopie, population susceptible d'en tirer un bénéfice plus important en l'absence d'expérience préalable de l'examen (29).

L'ensemble de ces observations laisse penser que l'efficacité d'une capsule-vidéo dépend en partie du contexte dans lequel elle est mise en œuvre et des caractéristiques de la population ciblée.

4.4 Littératie en santé et construits cognitifs

Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes concernant la LS et les construits cognitifs. Les participants présentaient globalement un niveau élevé de LS ainsi que des scores élevés pour l'ensemble des construits cognitifs évalués.

Le niveau élevé de LS observé dans notre étude n'est pas surprenant au regard des caractéristiques de la population incluse. En effet, 61,6 % des participants réalisaient une coloscopie dans le cadre du dépistage du CCR, qu'il s'agisse d'un dépistage primaire ou d'une

coloscopie réalisée après un FIT positif. Or, plusieurs études ont montré qu'une LS plus élevée est associée à une plus grande participation aux programmes de dépistage du CCR, ainsi qu'à une meilleure compréhension des bénéfices et des modalités du dépistage. Cette sélection d'une population déjà engagée dans une démarche préventive, associée au niveau d'éducation relativement élevé des participants, reconnu comme étant positivement associé à la LS (45), ainsi qu'à une prise en charge standardisée, a probablement contribué aux scores élevés observés dans les deux groupes. Comme dans de nombreuses études évaluant la LS, seuls les participants maîtrisant la langue dans laquelle les questionnaires étaient administrés ont été inclus, ce qui exclut les personnes susceptibles de présenter des difficultés de compréhension liées à la langue et potentiellement une LS plus faible (46).

Par ailleurs, le score de LS n'était pas associé à la qualité de la PC dans notre étude. Dans un contexte où les patients bénéficient d'une information standardisée et d'un accompagnement adapté, un niveau de littératie plus faible ne se traduit donc pas nécessairement par une PC de moindre qualité. Cette observation est cohérente avec les données suggérant que les interventions visuelles, telles que les capsules-vidéos, améliorent la compréhension des informations de santé par rapport aux consignes écrites, sans apporter de bénéfice supplémentaire lorsque les patients bénéficient déjà d'une discussion orale avec un médecin (51). L'efficacité de cette information dépend toutefois également de la qualité de la communication du professionnel de santé et de sa capacité à adapter son discours au patient (52).

Les construits cognitifs évalués demeurent néanmoins des déterminants reconnus des comportements de santé. Dans notre étude, les participants présentaient des scores élevés pour les différents construits cognitifs évalués, notamment l'auto-efficacité, les attitudes, les connaissances et la perception des risques liés à la coloscopie, sans différence entre les groupes. Ces résultats suggèrent que l'ensemble de la population dispose déjà de ressources cognitives favorables à une PC adéquate. Le cadre conceptuel utilisé pour cette étude montre que les construits cognitifs jouent un rôle dans la relation entre la LS et l'adoption de comportements favorables à la santé (37). Par ailleurs, une revue systématique a montré que les interventions en LS améliorent non seulement la littératie, mais également plusieurs de ces construits cognitifs et conduisent, dans la majorité des études, à une amélioration des comportements de santé. Cette même revue souligne toutefois que peu d'interventions

reposent sur un cadre théorique explicite. Dans cette perspective, notre étude se distingue par l'utilisation d'un modèle conceptuel pour guider le choix des construits cognitifs évalués, explorant les mécanismes susceptibles d'intervenir entre une intervention éducative et le comportement des patients (47).

Enfin, l'homogénéité de notre population, associée à des niveaux globalement élevés de LS et des construits cognitifs, ainsi que la taille relativement limitée, ont pu réduire la capacité de l'étude à mettre en évidence des différences significatives entre les groupes.

4.5 Effet sur la détection d'adénomes et les performances endoscopiques

Le sexe masculin, l'âge, le temps de retrait et la durée totale de l'examen étaient significativement associés à la détection d'au moins un adénome. L'association avec le sexe masculin et l'âge est cohérente avec une récente méta-analyse européenne ayant montré que ces deux facteurs sont indépendamment associés à un ADR plus élevé, au point de proposer des seuils d'ADR adaptés selon le profil des patients (48).

Par ailleurs, le temps de retrait était également associé à l'ADR. Une étude prospective multicentrique récente a montré que chaque minute supplémentaire de retrait augmentait de 6 % la probabilité de détecter un adénome (49). Dans notre étude, le temps médian de retrait était déjà de 10 minutes, suggérant une inspection colique réalisée dans des conditions de qualité. Cette association reflète probablement à la fois une inspection plus minutieuse de la muqueuse et l'allongement du temps d'examen induit par la caractérisation et la résection des lésions détectées (50).

L'absence de différence d'ADR entre les groupes est cohérente avec les performances observées dans notre cohorte. En effet, 93,2 % des patients présentaient une PC adéquate, et plusieurs études ont montré qu'une préparation adéquate permet un ADR comparable à celui obtenu avec une préparation excellente, cette dernière n'apportant pas de bénéfice supplémentaire. Dans ce contexte, l'intervention disposait probablement d'une marge d'amélioration limitée pour augmenter davantage l'ADR (51).

Le taux et le temps d'intubation caecale étaient comparables dans les deux groupes. Ce résultat est cohérent avec la littérature, qui montre qu'une amélioration de la PC n'augmente

pas nécessairement le taux d'intubation caecale lorsque celui-ci est déjà conforme aux standards de qualité, tout en pouvant réduire le temps d'intubation (43,52).

4.6 Facteurs associés à la qualité de la préparation

Dans notre étude, la prise de médicaments susceptibles d'altérer la PC était le seul facteur significativement associé à une diminution des chances d'obtenir une préparation adéquate, tandis que la constipation chronique présentait une tendance similaire sans atteindre le seuil de significativité. Ces résultats sont cohérents avec la littérature qui identifie la constipation, l'utilisation d'opioïdes et d'antidépresseurs comme des facteurs de risque de PC inadéquate. D'autres facteurs de risque sont identifiés comme le sexe masculin, l'âge avancé, le diabète ou certaines comorbidités (21,53). L'absence d'association avec ces facteurs dans notre étude pourrait s'expliquer par la taille relativement limitée de l'échantillon, la faible fréquence de certaines caractéristiques au sein de la population étudiée et le taux élevé de préparations adéquates, limitant ainsi la mise en évidence d'autres facteurs de risque.

4.7 Forces et limites

Cette étude présente plusieurs points forts. A notre connaissance, elle fait partie des premiers ECR européens évaluant l'effet de capsules-vidéos sur la PC tout en explorant les mécanismes sous-jacents à travers la LS et les construits cognitifs. Elle s'appuie sur un protocole standardisé, une analyse fondée sur un cadre théorique et l'évaluation simultanée d'indicateurs cliniques, endoscopiques et psychosociaux, offrant une approche originale et multidimensionnelle.

Cette étude présente néanmoins certaines limites. Tout d'abord, cette analyse intermédiaire n'a pas atteint l'effectif prévu lors du calcul de puissance, ce qui a probablement limité la capacité à mettre en évidence des différences entre les groupes, en particulier dans un contexte où la qualité de la PC était déjà très élevée. Ensuite, un biais de sélection ne peut être exclu, certains patients jugés plus complexes ou moins susceptibles de compléter les questionnaire n'ayant pas été inclus. De plus, le caractère monocentrique de cette étude peut limiter la généralisation des résultats à d'autres établissements présentant des organisations ou des populations différentes. En effet, la population étudiée, majoritairement engagée dans une démarche de dépistage et présentant un niveau d'éducation relativement élevé, pourrait limiter la généralisation des résultats à des populations plus vulnérables ou présentant une

plus faible LS. Par ailleurs, le faible nombre de participants présentant une LS non adéquate n'a pas permis d'explorer de manière robuste l'hypothèse d'un effet différentiel des capsules-vidéos selon le niveau de LS. Enfin, la cohérence interne de certains indices composites des questionnaires s'est révélée faible, ce qui a pu limiter la fiabilité de la mesure de certains construits évalués.

L'analyse finale permettra de confirmer ces résultats avec une puissance statistique plus importante et d'évaluer plus précisément le rôle de la LS et des construits cognitifs.

4.8 Perspectives et implications cliniques

Bien que cette analyse intermédiaire n'ait pas montré de bénéfice des capsules-vidéos sur la qualité de la PC, plusieurs perspectives peuvent être envisagées. Les retours qualitatifs des patients sur les capsules-vidéos, encore non exploités dans ce travail, identifieront les leviers d'amélioration, comme par exemple sur la clarté des explications relatives au régime alimentaire. L'intégration d'un quiz de compréhension ou d'un assistant conversationnel basé sur l'IA pourrait renforcer leur efficacité. Les facteurs de risque de préparation inadéquate identifiés ouvrent également la voie au développement d'interventions ciblées chez les patients les plus à risque, comme une consultation infirmière dédiée. Sur le plan de la recherche, il serait intéressant d'évaluer cette intervention dans des populations plus vulnérables, notamment présentant une faible LS, souvent sous-représentées dans les essais cliniques. Afin de limiter les difficultés liées à la complétion des questionnaires, ces études pourraient s'appuyer davantage sur des critères cliniques objectifs, tels que la qualité de la PC et les performances endoscopiques.

5. Conclusion

Cette analyse intermédiaire suggère que l'ajout de capsules-vidéos aux consignes habituelles n'améliore pas significativement la qualité de la PC dans une population présentant déjà un niveau élevé de préparation adéquate. Au-delà de cette absence d'effet, ce travail met en évidence l'intérêt d'une approche intégrant les dimensions éducatives et cognitives afin de mieux comprendre les comportements des patients face à la PC. Les résultats de l'étude complète permettront de confirmer ces observations, d'explorer plus précisément le rôle de la LS et des construits cognitifs, et d'optimiser les interventions destinées aux patients.

6. Références bibliographiques

Les références bibliographiques et le référencement a été réalisé avec le logiciel Zotero.

1. Belgian Cancer Registry. Belgian Cancer Registry [Internet]. Brussels; 2025. Disponible sur: https://kankerregister.org/sites/default/files/2025/2025_BE_CFS2023_CRC_V2_1.pdf
2. Spaander MCW, Zauber AG, Syngal S, Blaser MJ, Sung JJ, You YN, et al. Young-onset colorectal cancer. Nat Rev Dis Primer. 27 avr 2023;9(1):21. doi:10.1038/s41572-023-00432-7 PubMed PMID: 37105987; PubMed Central PMCID: PMC10589420.
3. Markowitz SD, Bertagnolli MM. Molecular Origins of Cancer. N Engl J Med. 17 déc 2009;361(25):2449-60. doi:10.1056/NEJMra0804588 PubMed PMID: 20018966; PubMed Central PMCID: PMC2843693.
4. Gharib E, Robichaud GA. From Crypts to Cancer: A Holistic Perspective on Colorectal Carcinogenesis and Therapeutic Strategies. Int J Mol Sci. 30 août 2024;25(17):9463. doi:10.3390/ijms25179463 PubMed PMID: 39273409; PubMed Central PMCID: PMC11395697.
5. Indicateurs – évaluation du dépistage du cancer colorectal 2020-2023 – Wallonie | Belgian Cancer Registry [Internet]. [cité 3 juill 2026]. Disponible sur: <https://kankerregister.org/fr/publicaties/indicateurs-evaluation-du-depistage-du-cancer-colorectal-2020-2023-wallonie>
6. Gupta S. Screening for colorectal cancer. Hematol Oncol Clin North Am. juin 2022;36(3):393-414. doi:10.1016/j.hoc.2022.02.001 PubMed PMID: 35501176; PubMed Central PMCID: PMC9167799.
7. Ovid [Internet]. [cité 30 juin 2026]. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer... : American Journal of Gastroenterology. Disponible sur: <https://www.ovid.com/jnls/ajg/fulltext/10.14309/ajg.0000000000001122~acg-clinical-guidelines-colorectal-cancer-screening-2021> doi:10.14309/ajg.0000000000001122
8. ACS Cancer Prevention and Early Detection Guidelines [Internet]. [cité 5 août 2026]. Disponible sur: <https://www.cancer.org/health-care-professionals/american-cancer-society-prevention-early-detection-guidelines/overview/acs-screening-guidelines.html>
9. Johnson DA, Barkun AN, Cohen LB, Dominitz JA, Kaltenbach T, Martel M, et al. Optimizing adequacy of bowel cleansing for colonoscopy: recommendations from the US multi-society task force on colorectal cancer. Gastroenterology. oct 2014;147(4):903-24. doi:10.1053/j.gastro.2014.07.002 PubMed PMID: 25239068.
10. Les cancers d'intervalle après coloscopie. FMC-HGE [Internet]. [cité 3 juill 2026]. Disponible sur: <https://www.fmcgastro.org/texte-postu/postu-2015-paris/les-cancers-dintervalle-apres-coloscopie/>
11. Clark BT, Rustagi T, Laine L. What level of bowel prep quality requires early repeat colonoscopy: systematic review and meta-analysis of the impact of preparation quality on

- adenoma detection rate. *Am J Gastroenterol.* nov 2014;109(11):1714-23; quiz 1724. doi:10.1038/ajg.2014.232 PubMed PMID: 25135006; PubMed Central PMCID: PMC4423726.
12. Sulz MC, Kröger A, Prakash M, Manser CN, Heinrich H, Misselwitz B. Meta-Analysis of the Effect of Bowel Preparation on Adenoma Detection: Early Adenomas Affected Stronger than Advanced Adenomas. *PloS One.* 2016;11(6):e0154149. doi:10.1371/journal.pone.0154149 PubMed PMID: 27257916; PubMed Central PMCID: PMC4892520.
 13. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, Fix OK, Jacobson BC. The Boston Bowel Preparation Scale: A valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointest Endosc.* mars 2009;69(3 Pt 2):620-5. doi:10.1016/j.gie.2008.05.057 PubMed PMID: 19136102; PubMed Central PMCID: PMC2763922.
 14. Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M, Bretthauer M, Rees CJ, Dekker E, et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy.* avr 2017;49(4):378-97. doi:10.1055/s-0043-103411
 15. Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, Chilton A, Rutter M, Dumonceau JM, et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Endoscopy.* sept 2012;44(10):957-68. doi:10.1055/s-0032-1325686
 16. Ahmad A, Marshall S, Bassett P, Thiruvilangam K, Dhillon A, Saunders BP. Evaluation of bowel preparation regimens for colonoscopy including a novel low volume regimen (Plenvu): CLEANSE study. *BMJ Open Gastroenterol.* 21 mars 2023;10(1):e001070. doi:10.1136/bmjgast-2022-001070 PubMed PMID: 36944438; PubMed Central PMCID: PMC10032399.
 17. Park YI, Kim YS, Park WW, Kwon SO, Park KS, Kwak CH, et al. A Korean experience of the use of Boston Bowel Preparation Scale: A Valid and Reliable Instrument for Colonoscopy-Oriented Research. *Saudi J Gastroenterol Off J Saudi Gastroenterol Assoc.* 2014;20(4):219-24. doi:10.4103/1319-3767.136950 PubMed PMID: 25038207; PubMed Central PMCID: PMC4131304.
 18. Murphy D, Jenks M, McCool R, Wood H, Young V, Amlani B. A systematic review and cost analysis of repeat colonoscopies due to inadequate bowel cleansing in five European countries. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2 nov 2019;19(6):701-9. doi:10.1080/14737167.2019.1597709 PubMed PMID: 30938201.
 19. Lebwohl B, Neugut AI. Post-Colonoscopy Recommendations After Inadequate Bowel Preparation: All in the Timing. *Dig Dis Sci.* août 2013;58(8):2135-7. doi:10.1007/s10620-013-2758-y PubMed PMID: 23817926; PubMed Central PMCID: PMC3755877.
 20. Basch CH, Hillyer GC, Basch CE, Lebwohl B, Neugut AI. Characteristics Associated with Suboptimal Bowel Preparation Prior to Colonoscopy: Results of a National Survey. *Int J Prev Med.* févr 2014;5(2):233-7. PubMed PMID: 24627753; PubMed Central PMCID: PMC3950749.

21. Beran A, Aboursheid T, Ali AH, Albunni H, Mohamed MF, Vargas A, et al. Risk Factors for Inadequate Bowel Preparation in Colonoscopy: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 1 déc 2024;119(12):2389-97. doi:10.14309/ajg.0000000000003073 PubMed PMID: 39225554.
22. Feng L, Guan J, Dong R, Zhao K, Zhang M, Xia S, et al. Risk factors for inadequate bowel preparation before colonoscopy: A meta-analysis. *J Evid-Based Med.* 2024;17(2):341-50. doi:10.1111/jebm.12607
23. Hautefeuille G, Lapuelle J, Chaussade S, Ponchon T, Molard BR, Coulom P, et al. Factors related to bowel cleansing failure before colonoscopy: Results of the PACOME study [Internet]. doi:10.1177/2050640613518200
24. Guo X, Yang Z, Zhao L, Leung F, Luo H, Kang X, et al. Enhanced instructions improve the quality of bowel preparation for colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointest Endosc.* janv 2017;85(1):90-97.e6. doi:10.1016/j.gie.2016.05.012 PubMed PMID: 27189659.
25. Chang CW, Shih SC, Wang HY, Chu CH, Wang TE, Hung CY, et al. Meta-analysis: The effect of patient education on bowel preparation for colonoscopy. *Endosc Int Open.* déc 2015;3(6):E646-52. doi:10.1055/s-0034-1392365 PubMed PMID: 26716129; PubMed Central PMCID: PMC4683152.
26. Ferguson LA. Implementing a Video Education Program to Improve Health Literacy. *J Nurse Pract.* 1 sept 2012;8(8):e17-22. doi:10.1016/j.nurpra.2012.07.025
27. Morgado M, Botelho J, Machado V, Mendes JJ, Adesope O, Proença L. Full title: Video-based approaches in health education: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 10 oct 2024;14(1):23651. doi:10.1038/s41598-024-73671-7 PubMed PMID: 39384592; PubMed Central PMCID: PMC11464794.
28. Ye Z, Chen J, Xuan Z, Gao M, Yang H. Educational video improves bowel preparation in patients undergoing colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med.* mai 2020;9(3):671-80. doi:10.21037/apm.2020.03.33 PubMed PMID: 32312062.
29. Archer T, Corfe B, Dear K, Cole A, Foley S, Andreyev HJN, et al. Can an educational video improve the adequacy of bowel preparation for patients undergoing their first colonoscopy? Results of the EBOPS RCT. *Endosc Int Open.* mars 2024;12(03):E402-12. doi:10.1055/a-2262-4023
30. Liu C, Song X, Hao H. Educational Video Followed by Retelling Bowel Preparation Process to Improve Colonoscopy Bowel Preparation Quality: A Prospective Nursing Intervention Study. *Med Sci Monit.* 30 août 2018;24:6029-37. doi:10.12659/MSM.909572 PubMed PMID: 30158512.
31. Davis TC, Hancock J, Morris J, Branim P, Seth A, Rademaker A, et al. Impact of Health Literacy-directed Colonoscopy Bowel Preparation Instruction Sheet. *Am J Health Behav.* 1 mai 2017;41(3):301-8. doi:10.5993/AJHB.41.3.9 PubMed PMID: 28376974; PubMed Central PMCID: PMC8590586.

32. Adriaenssens J, Rondia K, Van den Broucke S, Kohn L. Health literacy: What lessons can be learned from the experiences and policies of different countries? *Int J Health Plann Manage.* mars 2022;37(2):886-901. doi:10.1002/hpm.3382 PubMed PMID: 34758155.
33. Jakab Z, Tsouros AD. Health 2020 - Achieving Health and Development in Today's Europe. *Cent Eur J Public Health.* 1 juin 2014;22(2):133-8.
34. Cultures & Santé asbl. Littératie en santé. Bruxelles, Belgique: Cultures & Santé asbl; déc 2024. p. 53 pages.
35. McMillan B, Conner M. Health cognition assessment. In: Baum A, McManus C, Weinman J, Wallston K, West R, Newman S, et al., éditeurs. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* [Internet]. 2^e éd. Cambridge: Cambridge University Press; 2007 [cité 20 juill 2026]. p. 260-6. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/books/cambridge-handbook-of-psychology-health-and-medicine/health-cognition-assessment/B2B49AD615D3813B140568DF46347F00> doi:10.1017/CBO9780511543579.057
36. Schwarzer R. El Modelo Procesual de Acción en Salud como un marco de referencia teórico para entender el cambio de conducta. *Actual En Psicol.* 5 déc 2016;30(121):119-30. doi:10.15517/ap.v30i121.23458
37. McAnally K, Hagger MS. Health literacy, social cognition constructs, and health behaviors and outcomes: A meta-analysis. *Health Psychol.* 2023;42(4):213-34. doi:10.1037/hea0001266
38. Fisher GN, Tarquinio C, Dodeler V. Les bases de la psychologie de la santé : concepts, applications et perspectives. 3e édition. Malakoff, France; 2020.
39. Lecomte J. Auto-efficacité : Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie. 3e édition. Louvain-La-Neuve.
40. Pelikan J, Ganahl K, Van den Broucke S, Sorensen K. Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). [Internet]. 2019 [cité 20 juill 2026]. Disponible sur: <https://hdl.handle.net/2078.5/222172>
41. Moryoussef F, Briau B. Préparation pour la Coloscopie Adaptation des recommandations de l'ESGE 2019.
42. Tian X, Yi LJ, Han Y, Chen H, Liu XL, Chen WQ, et al. Comparative Effectiveness of Enhanced Patient Instructions for Bowel Preparation Before Colonoscopy: Network Meta-analysis of 23 Randomized Controlled Trials. *J Med Internet Res.* 25 oct 2021;23(10):e19915. doi:10.2196/19915 PubMed PMID: 34694227; PubMed Central PMCID: PMC8576559.
43. Vidon M, Wang X, Costes L, Rosa I, Garioud A, Roux J, et al. Impact of an educational video on the quality of bowel preparation prior to colonoscopy: a randomized controlled study. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* août 2026;50(7):102860. doi:10.1016/j.clinre.2026.102860

44. Ovid [Internet]. [cité 19 juill 2026]. Educational Colonoscopy Video Enhances Bowel... : Journal of Clinical Gastroenterology. Disponible sur: <https://www.ovid.com/jnls/jcge/fulltext/10.1097/mcg.0000000000000893~educational-colonoscopy-video-enhances-bowel-preparation> doi:10.1097/MCG.0000000000000893
45. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int.* 1 oct 2019;34(5):e1-17. doi:10.1093/heapro/day062 PubMed PMID: 30107564.
46. Bindhu S, Nattam A, Xu C, Vithala T, Grant T, Dariotis JK, et al. Roles of Health Literacy in Relation to Social Determinants of Health and Recommendations for Informatics-Based Interventions: Systematic Review. *Online J Public Health Inform.* 20 mars 2024;16:e50898. doi:10.2196/50898 PubMed PMID: 38506914; PubMed Central PMCID: PMC10993137.
47. Walters R, Leslie SJ, Polson R, Cusack T, Gorely T. Establishing the efficacy of interventions to improve health literacy and health behaviours: a systematic review. *BMC Public Health.* 30 juin 2020;20(1):1040. doi:10.1186/s12889-020-08991-0
48. Fernandes C, Estevinho M, Marques Cruz M, Frazzoni L, Rodrigues PP, Fuccio L, et al. Adenoma detection rate by colonoscopy in real-world population-based studies: a systematic review and meta-analysis. *Endoscopy.* janv 2025;57(1):49-61. doi:10.1055/a-2382-5795 PubMed PMID: 39227020.
49. Desai M, Rex DK, Bohm ME, Davitkov P, DeWitt JM, Fischer M, et al. Impact of withdrawal time on adenoma detection rate: results from a prospective multicenter trial. *Gastrointest Endosc.* 1 mars 2023;97(3):537-543.e2. doi:10.1016/j.gie.2022.09.031
50. Barclay RL, Vicari JJ, Doughty AS, Johanson JF, Greenlaw RL. Colonoscopic Withdrawal Times and Adenoma Detection during Screening Colonoscopy. *N Engl J Med.* 14 déc 2006;355(24):2533-41. doi:10.1056/NEJMoa055498
51. Clark BT, Rustagi T, Laine L. What Level of Bowel Prep Quality Requires Early Repeat Colonoscopy: Systematic Review and Meta-Analysis of the Impact of Preparation Quality on Adenoma Detection Rate. *Am J Gastroenterol.* nov 2014;109(11):1714-24. doi:10.1038/ajg.2014.232 PubMed PMID: 25135006; PubMed Central PMCID: PMC4423726.
52. Causada-Calo NS, Gonzalez-Moreno EI, Bishay K, Shorr R, Dube C, Heitman SJ, et al. Educational interventions are associated with improvements in colonoscopy quality indicators: a systematic review and meta-analysis. *Endosc Int Open.* oct 2020;8(10):E1321-31. doi:10.1055/a-1221-4922 PubMed PMID: 33015334; PubMed Central PMCID: PMC7508648.
53. Mahmood S, Farooqui SM, Madhoun MF. Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* août 2018;30(8):819-26. doi:10.1097/MEG.0000000000001175 PubMed PMID: 29847488.

54. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 10 oct 2013;13:948. doi:10.1186/1471-2458-13-948 PubMed PMID: 24112855; PubMed Central PMCID: PMC4016258.
55. Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Van den Broucke S, Mancini J, Rigal L, et al. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PLoS ONE*. 6 déc 2018;13(12):e0208091. doi:10.1371/journal.pone.0208091 PubMed PMID: 30521552; PubMed Central PMCID: PMC6283623.
56. Bandura A, Bandura A. GUIDE FOR CONSTRUCTING SELF-EFFICACY SCALES.
57. Petras BA, Edita K, Andrius P. The Theoretical Aspects of Attitude Formation Factors and Their Impact on Health Behaviour. *Manag Organ Syst Res*. 2020;83(1):15-36.
58. Kim HY, Shin SH, Lee EH. Effects of Health Belief, Knowledge, and Attitude toward COVID-19 on Prevention Behavior in Health College Students. *Int J Environ Res Public Health*. 8 févr 2022;19(3):1898. doi:10.3390/ijerph19031898 PubMed PMID: 35162919; PubMed Central PMCID: PMC8834839.
59. Theunissen. Understanding factors affecting postoperative quality of life: [Internet]. maastricht university; 2017 [cité 20 juill 2026]. Disponible sur: [https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/en/publications/understanding-factors-affecting-postoperative-quality-of-life\(7e453f40-5fd8-49f5-bea1-b0692f4598e5\).html](https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/en/publications/understanding-factors-affecting-postoperative-quality-of-life(7e453f40-5fd8-49f5-bea1-b0692f4598e5).html) doi:10.26481/dis.20170607mt
60. BURTEA D, DIMITRIU A, MALOȘ A, CHERCIU I, SĂFTOIU A. Assessment of the Quality of Outpatient Endoscopic Procedures by Using a Patient Satisfaction Questionnaire. *Curr Health Sci J*. 2019;45(1):52-8. doi:10.12865/CHSJ.45.01.07 PubMed PMID: 31297263; PubMed Central PMCID: PMC6592669.

7. Annexes

7.1 Fiche d'information et d'accès aux capsules-vidéos explicatives



COMPRENDRE LA COLOSCOPIE ET BIEN S'Y PRÉPARER

Des vidéos simples et claires pour mieux comprendre chaque étape

Ce document vous donne accès à une série de courtes vidéos d'information sur la **coloscopie**. Elles ont pour but de vous accompagner avant, pendant et après l'examen.

Ces vidéos **complètent** les **explications** données par l'équipe médicale. Elles ne remplacent pas la consultation.

Elles font partie d'une **étude** menée par notre équipe afin de mieux comprendre leurs effets sur la préparation et le ressenti des patients. Votre participation contribue à faire progresser et améliorer l'information médicale destinée à tous.



LES VIDÉOS, LEUR CONTENU ET COMMENT Y ACCÉDER

Pour accéder à toutes les vidéos, scannez le QR code ou suivez le lien: www.cestquoidoc.be/coloscopie

⚠ Veuillez indiquer l'URL complète et exacte, cette page n'est accessible que par son lien direct.

1. Informations générales sur la coloscopie

Pourquoi l'examen est proposé, son intérêt médical et comment il se déroule dans les grandes lignes.

2. Préparation intestinale: régime sans résidu

Les aliments conseillés et ceux à éviter les jours précédant l'examen, avec des exemples concrets.

3. Préparation intestinale: comment prendre la préparation colique (Plenvu)

Le mode d'emploi détaillé pour bien suivre la préparation intestinale, étape par étape. Le "Plenvu" vous a été recommandé par votre médecin

4. Déroulement de la coloscopie

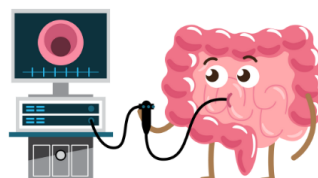
Ce qui se passe le jour J, depuis l'accueil jusqu'à la salle d'examen, pour savoir à quoi vous attendre.

5. Après la coloscopie

Les suites normales, les conseils et les situations qui nécessitent un avis médical.

6. Les risques liés à l'examen

Les risques potentiels liés à la coloscopie



7.2 Questionnaire à destination des patients

Questionnaire à destination des patients

Nous vous remercions de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Vos réponses sont très importantes pour nous aider à mieux comprendre votre expérience et à améliorer la qualité des soins.

Nous vous invitons à répondre avec sincérité et honnêteté. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, seule votre opinion compte. Toutes vos réponses resteront strictement confidentielles et anonymes.

Votre participation est volontaire et vous pouvez choisir de ne pas répondre à certaines questions si vous le souhaitez. N'hésitez pas à demander de l'aide si un point vous semble difficile à comprendre.

Merci beaucoup pour votre collaboration.

Vous pouvez remplir cette partie avec vos ressentis et impressions avant la coloscopie.

Section 1 : Informations générales

1.1 Âge

- ☐ Moins de 25 ans
- ☐ 25-39 ans
- ☐ 40-54 ans
- ☐ 55-60 ans
- ☐ 60 ans et plus

1.2 Genre

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin
- ☐ Autre

1.3 Niveau d'éducation

- ☐ Pas de diplôme
- ☐ Diplôme d'école secondaire
- ☐ Diplôme d'études supérieures de type court
- ☐ Diplôme d'études supérieures universitaires

1.4 Profession

- ☐ Professionnel ou future professionnel de la santé
- ☐ Étudiant
- ☐ Employé
- ☐ Ouvrier
- ☐ Indépendant
- ☐ Autre: _____

Section 2 : Littératie en santé

Indiquez, sur une échelle de très facile à très difficile, dans quelle mesure il est facile pour vous de...

	très facile	facile	difficile	très difficile
... trouver des informations sur les traitements des maladies qui vous concernent ?	☐	☐	☐	☐
... savoir où obtenir l'aide d'un professionnel quand vous êtes malade ? (Par ex. médecin, infirmier, pharmacien ou psychologue)	☐	☐	☐	☐
... comprendre ce qu'un médecin vous dit ?	☐	☐	☐	☐
... comprendre les consignes de votre médecin ou pharmacie sur la manière de prendre vos médicaments ?	☐	☐	☐	☐
... savoir quand il serait utile d'avoir l'avis d'un autre médecin ?	☐	☐	☐	☐
... utiliser les informations que le médecin vous donne pour prendre des décisions concernant votre maladie ?	☐	☐	☐	☐
... suivre les consignes de votre médecin ou pharmacien ?	☐	☐	☐	☐
... trouver des informations sur comment faire en cas de problèmes psychologiques ? (Par ex. stress, dépression ou anxiété)	☐	☐	☐	☐
... comprendre les mises en gardes concernant l'impact sur la santé de certains comportements comme fumer, ne pas faire assez d'exercice et boire trop ?	☐	☐	☐	☐
... comprendre les informations sur les dépistages et examens recommandés ? (Par ex. dépistage du cancer colorectal, test de glycémie)	☐	☐	☐	☐
... évaluer la fiabilité des informations disponibles dans les médias sur ce qui est dangereux pour la santé ? (Par ex. journaux, télévision ou internet)	☐	☐	☐	☐
... savoir comment vous protéger des maladies à partir des informations disponibles dans les médias ? (Par ex. journaux, télévision ou internet)	☐	☐	☐	☐
... vous renseigner sur les activités bénéfiques pour votre santé et votre bien être ? (Par ex. relaxation, exercice physique, yoga)	☐	☐	☐	☐
... comprendre les conseils de votre famille ou de vos amis en matière de santé ?	☐	☐	☐	☐
... comprendre les informations disponibles dans les médias pour être en meilleure santé ?	☐	☐	☐	☐
... identifier quels sont les comportements de votre vie de tous les jours qui ont un impact sur votre santé ?	☐	☐	☐	☐

Section 2bis : Littératie en santé

2.1 Sur une échelle de 1 à 4, comment évalueriez-vous votre compréhension des informations liées à la coloscopie que vous avez reçues ?

- ☐ 1 – Très faible
- ☐ 2 – Faible
- ☐ 3 – Bonne
- ☐ 4 – Très bonne

2.2 Sur une échelle de 1 à 4, comment évalueriez-vous la qualité des instructions concernant la préparation pour la coloscopie ?

- 1 – Très faible
- 2 – Moyenne
- 3 – Bonne
- 4 – Excellente

2.3 Sur une échelle de 1 à 4, comment évaluez-vous votre capacité à comprendre les instructions concernant la préparation à la coloscopie ?

- 1 – Pas du tout capable
- 2 – Peu capable
- 3 – Assez capable
- 4 – Tout à fait capable

2.4 Sur une échelle de 1 à 4, comment évaluez-vous votre capacité à expliquer les instructions concernant la préparation pour la coloscopie si vous deviez les expliquer à un proche ?

- 1 – Pas du tout capable
- 2 – Peu capable
- 3 – Assez capable
- 4 – Tout à fait capable

2.5 Avez-vous confiance dans les informations que vous recevez des professionnels de santé pour prendre des décisions concernant votre santé ?

- Oui, complètement
- Oui, mais j'ai des doutes
- Non, je préfère chercher d'autres sources d'informations

2.6 Quels sont vos canaux préférés pour vous informer sur la santé ? Cochez tout ce qui s'applique

- Entourage (famille, amis)
- Télévision
- Presse écrite
- Sites internet spécialisés et fiables avec du contenu scientifique
- Forums de discussion
- Réseaux sociaux (YouTube, TikTok, etc.)
- Médecins et professionnels de santé
- Presse spécialisée
- Internet (Google, etc.)
- Intelligence artificielle (Chat GPT, Gemini, etc.)

Section 3 : Auto-efficacité

3.1 Pour les affirmations suivantes, indiquez votre niveau de confiance (c'est-à-dire, à quel point pensez-vous pouvoir réellement le faire, même en cas de difficultés) en inscrivant un nombre de 0 à 100 selon l'échelle ci-dessous :

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

0 = Pas du tout certain de pouvoir le faire

50 = Assez certain de pouvoir le faire

100 = Tout à fait certain de pouvoir le faire

Affirmations	Niveau de 0 à 100
Exemple : Je me sens capable de remplir ce questionnaire	80
Je me sens capable de bien comprendre les consignes de préparation colique, même si elles sont complexes.	
Je peux suivre le régime sans résidu prescrit quelques jours avant l'examen, même si cela me frustre.	
Je me sens capable de boire toute la solution laxative, même si le goût est désagréable.	
Je peux continuer de boire la solution, même si elle me donne des nausées ou des crampes	
Je me sens capable d'organiser ma journée, pour respecter les heures précises de la solution	
Je me sens capable de contacter le personnel médical si quelque chose ne me semble pas clair	

Section 4 : Attitudes

Merci d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes concernant la préparation à la coloscopie. (1 = Pas du tout d'accord / 5 = Tout à fait d'accord)

4.1 La préparation est essentielle pour que la coloscopie soit efficace

1 2 3 4 5

4.2 Une mauvaise préparation peut fausser les résultats de l'examen

1 2 3 4 5

4.3 L'idée de boire la préparation m'a mis mal à l'aise

1 2 3 4 5

4.4 Je me suis senti stressé à l'idée de devoir boire la solution

1 2 3 4 5

4.5 Je me suis senti prêt à suivre toutes les étapes de la préparation, même si cela est contraignant

1 2 3 4 5

4.6 J'ai tout mis en œuvre pour que ma préparation soit optimale

1 2 3 4 5

Section 5 : Perceptions des risques

5.1 Selon vous, quelle est la probabilité, de 0 (= très faible) à 10 (= très élevée), que votre coloscopie soit moins efficace si vous ne préparez pas correctement votre intestin ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.2 Selon vous, quelle est la probabilité, de 0 (= très faible) à 10 (= très élevée), que le médecin doive refaire l'examen en raison d'une mauvaise préparation ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.3 Sur une échelle de 1 à 5, à quel point pensez-vous que cela pourrait avoir un impact sur la détection de problèmes intestinaux (comme les polypes) ?

- ☐ 1 – Pas du tout grave
- ☐ 2 – Peu grave
- ☐ 3 – Moyennement grave
- ☐ 4 – Assez grave
- ☐ 5 – Extrêmement grave

5.4 Sur une échelle de 1 à 5, pensez-vous que les conséquences d'une mauvaise préparation pourraient affecter votre santé à long terme ?

- ☐ 1 – Pas du tout
- ☐ 2 – Un peu
- ☐ 3 – Moyennement
- ☐ 4 – Assez
- ☐ 5 – Très

5.5 Sur une échelle de 1 à 5, à quel point pensez-vous être susceptible d'avoir une mauvaise préparation ?

- ☐ 1 – Pas du tout susceptible
- ☐ 2 – Un peu susceptible
- ☐ 3 – Moyennement susceptible
- ☐ 4 – Assez susceptible
- ☐ 5 – Très susceptible

5.6 Avez-vous déjà eu des difficultés à suivre une préparation similaire par le passé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

5.7 Quels obstacles pensiez-vous pouvoir rencontrer pour bien préparer la coloscopie ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Difficulté à jeûner
- ☐ Goût du produit
- ☐ Effets secondaires
- ☐ Contraintes horaires
- ☐ Autres : _____

Section 6 : Connaissances

Merci de répondre aux questions suivantes en cochant la bonne réponse.

6.1 Quel est le but principal de la coloscopie ?

- ☐ Traiter les douleurs abdominales
- ☐ Visualiser l'intérieur du côlon pour détecter les anomalies
- ☐ Nettoyer le côlon
- ☐ Je ne sais pas

6.2 Pourquoi est-il important de bien préparer son côlon avant la coloscopie ?

- ☐ Pour que la procédure soit plus rapide
- ☐ Pour que le médecin puisse voir l'intérieur du côlon
- ☐ Pour éviter d'avoir faim le jour de la coloscopie
- ☐ Ce n'est pas important

6.3 Quel est le type d'aliment à éviter au moins 3 jours avant la coloscopie ?

- Les viandes blanches
- Les fruits et légumes crus
- Les produits laitiers
- Les boissons sucrées

6.4 Quand doit-on commencer la prise du laxatif prescrit ?

- Le jour de la coloscopie, avant l'examen
- La veille de l'examen, selon les consignes données
- Une semaine avant

6.5 Que faire en cas de doute sur les consignes de préparation ?

- Ne pas s'en préoccuper
- Contacter le service de gastro-entérologie ou le médecin
- Demander à un proche ce qu'il a fait
- Faire au mieux sans s'inquiéter

Section 7 : Anxiété

7.1 Les questions suivantes visent à évaluer votre appréhension liée à la coloscopie que vous allez subir. Veuillez remplir le questionnaire en fonction de ce que vous ressentez actuellement.

Entourez le chiffre qui décrit le mieux votre réponse.

- J'ai peur de passer une coloscopie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur
- J'ai peur de l'anesthésie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur
- J'ai peur d'avoir mal avant ou après la coloscopie
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur
- J'ai peur des effets secondaires désagréables liés à la coloscopie (par exemple, ballonnements)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur
- J'ai peur que la coloscopie détecte quelque chose de grave
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur
- J'ai peur que l'examen ne se passe pas bien (mauvaise préparation, douleurs, etc.)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur
- J'ai peur de ne pas bien récupérer après la coloscopie (fatigue, gêne, troubles digestifs)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur
- J'ai peur que la procédure prenne plus de temps ou soit plus difficile que prévu
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Pas du tout peur Très peur

Vous pouvez remplir cette partie avec vos ressentis et impressions après la coloscopie.

Section 8 : Satisfaction

8.1 Sur une échelle de 1 à 5, indiquez votre niveau de satisfaction après la coloscopie, en répondant de 1 (= Pas du tout satisfait) à 5 (=Très satisfait)

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| - Les informations reçues pendant l'examen étaient claires et compréhensibles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - Le personnel a été à l'écoute de vos questions et de vos préoccupations | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - Le personnel paramédical s'est montré respectueux et disponible | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - La gestion de la douleur ou de l'inconfort pendant l'examen était adéquate | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - J'ai été traité avec respect et dignité durant la procédure | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| - Vous recommanderiez cet établissement ou cette procédure à un proche | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Section 9 : Capsules vidéos

Si vous avez eu accès à des capsules-vidéos, merci de répondre aux questions suivantes. Si ce n'est pas le cas, laissez les champs libres, le questionnaire s'arrête ici.

Section 9.1 : Compréhension et clarté

9.1.1 Sur une échelle de 1 à 4, comment évaluez-vous la clarté des informations présentées dans la capsule ?

- ☐ 1 – Très faible
- ☐ 2 – Moyenne
- ☐ 3 – Élevée
- ☐ 4 – Très élevée

9.1.2 Sur une échelle de 1 à 4, la capsule-vidéo vous a-t-elle aidé à mieux comprendre l'examen médical ?

- ☐ 1 – Pas du tout
- ☐ 2 – Modérément
- ☐ 3 – Beaucoup
- ☐ 4 – Énormément

9.1.3 Pensez-vous que la capsule était adaptée pour quelqu'un sans connaissances médicales ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

9.1.4 Après avoir visionné ces capsules, sur une échelle de 1 à 4, quel est votre niveau de confiance dans l'information présentée ?

- ☐ 1 – Très faible
- ☐ 2 – Moyenne
- ☐ 3 – Élevé
- ☐ 4 – Très élevé

Section 9.2 : Impact sur votre expérience médicale

9.2.1 Sur une échelle de 1 à 4, la capsule-vidéo vous a-t-elle aidé à vous sentir plus confiant lors de vos échanges avec les soignants ?

- ☐ 1 – Pas du tout
- ☐ 2 – Un peu
- ☐ 3 – Beaucoup
- ☐ 4 – Extrêmement

9.2.2 Sur une échelle de 1 à 4, la capsule-vidéo vous a-t-elle aidé à poser des questions pertinentes à votre médecin ou professionnel de santé ?

- ☐ 1 – Pas du tout
- ☐ 2 – Un peu
- ☐ 3 – Beaucoup
- ☐ 4 – Extrêmement

9.2.3 Sur une échelle de 1 à 4, la capsule-vidéo vous a-t-elle aidé à réduire votre anxiété concernant l'examen médical ?

- ☐ 1 – Pas du tout
- ☐ 2 – Un peu
- ☐ 3 – Beaucoup
- ☐ 4 – Extrêmement

9.2.4 Sur une échelle de 1 à 4, la capsule-vidéo vous a-t-elle aidé à avoir un meilleur sentiment de contrôle ou une meilleure implication dans votre parcours de soin ?

- ☐ 1 – Pas du tout
- ☐ 2 – Un peu
- ☐ 3 – Beaucoup
- ☐ 4 – Extrêmement

Section 9.3 : Accessibilité et format

9.3.1 Sur une échelle de 1 à 4, comment évaluez-vous la durée de la capsule-vidéo ?

- ☐ 1 – Trop courte ou trop longue
- ☐ 2 – Peu adaptée
- ☐ 3 – Plutôt adaptée
- ☐ 4 – Parfaitement adaptée

9.3.2 Sur une échelle de 1 à 4, comment évaluez-vous le format visuel (avatars, animations, etc.) ?

- ☐ 1 – Peu attrayant ou distrayant
- ☐ 2 – Moyennement engageant
- ☐ 3 – Visuellement pertinent
- ☐ 4 – Très attractif et facilitant la compréhension

9.3.3 Sur une échelle de 1 à 4, comment évaluez-vous la facilité d'accès à la capsule-vidéo ?

- ☐ 1 – Très difficile d'accès
- ☐ 2 – Peu pratique
- ☐ 3 – Assez accessible
- ☐ 4 – Accès très facile et fluide

9.3.4 Préférez-vous un autre format pour ce type d'information ? (Par exemple : brochure, consultation en direct, etc.)

- ☐ Oui : _____

- Non

Section 9.4 : Littératie en santé et perspective

9.4.1 Sur une échelle de 1 à 4, pensez-vous être mieux informé sur le sujet abordé après avoir visionné la capsule-vidéo ?

- 1 – Pas du tout
- 2 – Modérément
- 3 – Beaucoup
- 4 – Énormément

9.4.2 Sur une échelle de 1 à 4, pensez-vous pouvoir mieux expliquer votre situation à votre entourage après avoir visionné la capsule-vidéo ?

- 1 – Pas du tout
- 2 – Modérément
- 3 – Beaucoup
- 4 – Énormément

9.4.3 Seriez-vous intéressé à utiliser ces capsules pour expliquer à votre entourage votre état de santé ou votre traitement médical ?

- Oui
- Non
- Peut-être

9.4.4 Sur une échelle de 1 à 4, pensez-vous que ces capsules-vidéos sont une solution pertinente pour améliorer votre capacité à comprendre les informations médicales et prendre des décisions éclairées pour votre santé ?

- 1 – Pas du tout
- 2 – Modérément
- 3 – Beaucoup
- 4 – Énormément

Section 9.5 : Retours qualitatifs

9.5.1 Quels aspects de la capsule-vidéo avez-vous trouvés les plus utiles ? (Réponse libre)

.....

9.5.2 Y a-t-il des informations ou des sujets que vous auriez souhaité voir inclus ? (Réponse libre)

.....

9.5.3 Avez-vous des suggestions pour améliorer ce type de vidéo éducative ? (Réponse libre)

.....

7.3 Construction et évaluation du questionnaire élaboré pour l'étude

Concept	Construction	Type d'échelle	Calcul du score	α de Cronbach
LS perçue	Comprend trois dimensions (littératie	Items à quatre	Score global construit	0.69
Confiance et canaux	perçue, confiance dans la recherche d'information et utilisation des canaux d'information) (54,55)	modalités de réponse, recodés de manière dichotomique (0/1) Choix multiples	selon un principe inspiré du HLS-EU-Q16, permettant d'identifier trois niveaux (insuffisant, limité et suffisant)	0.14
Auto-efficacité	Élaboré selon les recommandations de Bandura pour la construction d'échelles d'auto-efficacité spécifiques au comportement (56)	Score 0 à 100	Moyenne	0.70
Attitudes	Élaboré à partir de la littérature en psychologie sociale, évaluant les dimensions cognitive, affective et comportementale des attitudes (57)	Échelle de Likert (1 à 5)	Moyenne	0.57
Perception des risques	Élaboré à partir des construits du Health Belief Model (HBM) (susceptibilité, gravité, bénéfices et barrières perçus) (58)	Score de 0 à 10 Échelle de Likert (1 à 5) Choix multiples	Moyenne	0.43
Obstacles perçus				-0.50
Connaissances	Élaboré à partir des recommandations et de la littérature relatives à la préparation colique	Choix multiples	Somme	0.23
Anxiété	Inspiré du questionnaire validé : Surgical Fear Questionnaire (59)	Score de 0 à 10	Moyenne	0.93
Satisfaction	Inspiré du Gastrointestinal Endoscopy Satisfaction Questionnaire (GESQ) (60)	Échelle de Likert (1 à 5)	Moyenne	0.90
Évaluation de la capsule-vidéo	Porte sur la clarté, L'impact, L'accessibilité et la LS liée la capsule-vidéo	Échelle de Likert (1 à 4)	Moyenne	0.56 0.87 0.48 0.64

L'alpha de Cronbach évalue la cohérence interne d'une échelle, c'est-à-dire le degré auquel ses items mesurent une même variable. Une valeur < 0,50 est considérée comme inacceptable, 0,50–0,69 comme faible à limite, 0,70–0,89 comme acceptable à bonne et 0,90–0,95 comme très bonne ; au-delà de 0,95, une redondance entre les items peut être suspectée. Pour le questionnaire, une cohérence au moins acceptable est observée pour l'auto-efficacité, l'anxiété, la satisfaction et l'impact de la vidéo. Elle est faible à limite pour la littératie en santé perçue, l'attitude face à la coloscopie, la clarté de la capsule et la littératie en santé liée à la vidéo, et insuffisante pour les autres scores.

7.4 Analyses statistiques détaillées

7.4.1 Statistiques descriptives globales

Table 1.1 Caractéristiques sociodémographiques (N=313)

Variable	N	Moyenne $\pm$ SD	Médiane [Q1-Q3]	Min-Max
		Nombre (%)		
Age (années)	313	58.4 $\pm$ 11.1	59.0 [53.0 - 67.0]	19.0 - 77.0
BMI (kg/m ²)	297	26.8 $\pm$ 4.71	26.0 [23.6 - 30.0]	13.2 - 41.9
Sexe	313			
Homme		162 (51.8)		
Femme		151 (48.2)		
Niveau d'éducation	280			
Pas de diplôme		12 (4.3)		
Diplôme d'études secondaires		106 (37.9)		
Diplôme d'études supérieures de type cou		100 (35.7)		
Diplôme universitaire		62 (22.1)		
Profession	280			
(Futur) Professionnel de la santé		27 (9.6)		
Étudiant		5 (1.8)		
Employé		97 (34.6)		
Ouvrier		30 (10.7)		
Indépendant		33 (11.8)		
Retraité		57 (20.4)		
Autre		31 (11.1)		

Table 1.2. Caractéristiques cliniques (N=313)

Variable	N	Moyenne $\pm$ SD	Médiane [Q1-Q3]	Min-Max
		Nombre (%)		
Diabète	313			
Non		242 (77.3)		
Oui		71 (22.7)		
Insuffisance rénale	313			
Non		302 (96.5)		
Oui		11 (3.5)		
Constipation chronique	312			
Non		268 (85.9)		
Oui		44 (14.1)		
Maladie de Parkinson	313			
Non		312 (99.7)		
Oui		1 (0.3)		
Chirurgie abdominale antérieure	313			
Non		274 (87.5)		
Oui		39 (12.5)		
Assuétudes (tabac, drogues, alcool)	209			
Non		151 (72.2)		
Oui		58 (27.8)		
Médicaments influençant la qualité de la préparation intestinale	313			
Non		286 (91.4)		

Variable	N	Moyenne $\pm$ SD	Médiane [Q1-Q3]	Min-Max
		Nombre (%)		
Oui		27 (8.6)		
Antécédents de coloscopie	312			
Non		168 (53.8)		
Oui		144 (46.2)		
Score de Boston de la coloscopie précédente	115	7.84 $\pm$ 1.10	8.00 [7.00 - 9.00]	3.00 - 9.00
3		1 (0.9)		
4		1 (0.9)		
5		1 (0.9)		
6		11 (9.6)		
7		15 (13.0)		
8		55 (47.8)		
9		31 (27.0)		
Motif de la coloscopie	313			
Dépistage (comprenant la première coloscopie et les suivis)		170 (54.3)		
Test IFOBT positif		23 (7.3)		
Rectorragies		14 (4.5)		
Perte de poids		3 (1.0)		
Anémie		7 (2.2)		
Modification du transit		20 (6.4)		
Douleurs abdominales		13 (4.2)		
Suspicion ou suivi de maladies inflammatoires de l'intestin		15 (4.8)		
Antécédent familial de cancer du colon		29 (9.3)		
Antécédent personnel de cancer du colon		8 (2.6)		
Pathologie associée nécessitant une surveillance accrue		5 (1.6)		
Imagerie suspecte		3 (1.0)		
Bilan post diverticulite		3 (1.0)		

Table 1.3. Caractéristiques de la préparation intestinale (N=313)

Variable	N	Moyenne $\pm$ SD	Médiane [Q1-Q3]	Min-Max
		Nombre (%)		
Fractionnement de la préparation intestinale	313			
Split dose		232 (74.1)		
Single dose		81 (25.9)		
Médication complémentaire à la préparation	313			
Non		193 (61.7)		
Oui		120 (38.3)		
Score de Boston (qualité de la préparation intestinale)	310	8.33 $\pm$ 1.13	9.00 [8.00 - 9.00]	3.00 - 9.00
3		4 (1.3)		
5		10 (3.2)		
6		7 (2.3)		
7		21 (6.8)		
8		81 (26.1)		
9		187 (60.3)		
Score de Boston	310			
< 7		21 (6.8)		
$\geq$ 7		289 (93.2)		

Table 1.4 Caractéristiques liées à la procédure (N=313)

Variable	N	Moyenne $\pm$ SD Nombre (%)	Médiane [Q1-Q3]	Min-Max
Temps entre la fin de la prise de préparation intestinale et l'introduction du coloscope en heures	311	8.50 $\pm$ 2.46	8.00 [7.00 - 10.0]	2.00 - 14.0
Horaire de l'examen	313			
Matin		124 (39.6)		
Après-midi		189 (60.4)		

Table 1.5 Caractéristiques des résultats endoscopiques (N=313)

Variable	N	Moyenne $\pm$ SD Nombre (%)	Médiane [Q1-Q3]	Min-Max
Intubation caecale	313			
Non		8 (2.6)		
Oui		305 (97.4)		
Temps intubation caecale (min)	285	5.71 $\pm$ 4.01	5.00 [3.00 - 7.00]	1.00 - 30.0
Temps retrait (min)	285	10.9 $\pm$ 6.35	10.0 [8.00 - 12.0]	3.00 - 71.0
Temps total examen (min)	289	16.6 $\pm$ 8.48	15.0 [12.0 - 18.0]	0.00 - 74.0
Détection de polype	312			
Non		143 (45.8)		
Oui		169 (54.2)		
Nombre de polypes détectés	312	1.54 $\pm$ 2.94	1.00 [0.00 - 2.00]	0.00 - 32.0
Anapath > Adénome festonné	312			
Non		275 (88.1)		
Oui		29 (9.3)		
Résultat non disponible / Ne sait pas		8 (2.6)		
Anapath > Nombre de polypes festonnés détectés	29	1.52 $\pm$ 0.95	1.00 [1.00 - 2.00]	1.00 - 4.00
Anapath > Adénome festonné en dysplasie	29			
Non		28 (96.6)		
Oui		1 (3.4)		
Anapath > Adénome	312			
Non		188 (60.3)		
Oui		116 (37.2)		
Résultat non disponible / Ne sait pas		8 (2.6)		
Nombre d'adénomes détectés	116	2.45 $\pm$ 2.82	2.00 [1.00 - 3.00]	1.00 - 24.0
ADR = Festonné / Adénome1	304			
Non		171 (56.3)		
Oui		133 (43.8)		
Adénome avancé détecté	133			
Non		94 (70.7)		
Oui		39 (29.3)		
Adénome > 1 cm	132			
Non		100 (75.8)		

Variable	N	Moyenne $\pm$ SD Nombre (%)	Médiane [Q1-Q3]	Min-Max
Oui		32 (24.2)		
Composante villeuse	132			
Non		123 (93.2)		
Oui		9 (6.8)		
Dysplasie de haut grade	132			
Non		126 (95.5)		
Oui		6 (4.5)		
Plus de 5 polypes	132			
Non		120 (90.9)		
Oui		12 (9.1)		
Cancer colorectal détecté	310			
Non		307 (99.0)		
Oui		3 (1.0)		
Complications éventuelles	312			
Non		311 (99.7)		
Oui		1 (0.3)		
Délai recommandé pour la prochaine coloscopie (années)	265	5.35 $\pm$ 2.60	5.00 [3.00 - 7.00]	1.00 - 10.0

7.4.2 Comparaison des caractéristiques des patients et de l'endoscopie entre les deux groupes

Table 2.1 Comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre les deux groupes (N=313)

Variable	Tous (N=313)		VCP (N=161)		Pas de VCP (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Age (années), moyenne $\pm$ SD	313	58.4 $\pm$ 11.1	161	59.1 $\pm$ 11.1	152	57.6 $\pm$ 11.1	0.24
BMI (kg/m ²), moyenne $\pm$ SD	297	26.8 $\pm$ 4.71	154	26.7 $\pm$ 4.89	143	27.0 $\pm$ 4.52	0.55
Sexe	313		161		152		0.60
Homme		162 (51.8)		81 (50.3)		81 (53.3)	
Femme		151 (48.2)		80 (49.7)		71 (46.7)	
Niveau d'éducation	280		146		134		0.88
Pas de diplôme		12 (4.3)		6 (4.1)		6 (4.5)	
Diplôme d'études secondaires		106 (37.9)		58 (39.7)		48 (35.8)	
Diplôme d'études supérieures de type court		100 (35.7)		52 (35.6)		48 (35.8)	
Diplôme universitaire		62 (22.1)		30 (20.5)		32 (23.9)	
Profession	280		147		133		0.20
(Futur) Professionnel de la santé		27 (9.6)		15 (10.2)		12 (9.0)	
Étudiant		5 (1.8)		1 (0.7)		4 (3.0)	
Employé		97 (34.6)		52 (35.4)		45 (33.8)	
Ouvrier		30 (10.7)		16 (10.9)		14 (10.5)	
Indépendant		33 (11.8)		12 (8.2)		21 (15.8)	
Retraité		57 (20.4)		36 (24.5)		21 (15.8)	
Autre		31 (11.1)		15 (10.2)		16 (12.0)	

Table 2.2 Comparaison des caractéristiques cliniques entre les deux groupes (N=313)

Variable	Tous (N=313)		VCP (N=161)		Pas de VCP (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Diabète	313		161		152		0.50
Non		242 (77.3)		122 (75.8)		120 (78.9)	
Oui		71 (22.7)		39 (24.2)		32 (21.1)	
Insuffisance rénale	313		161		152		0.41
Non		302 (96.5)		154 (95.7)		148 (97.4)	
Oui		11 (3.5)		7 (4.3)		4 (2.6)	
Constipation chronique	312		160		152		0.26
Non		268 (85.9)		134 (83.8)		134 (88.2)	
Oui		44 (14.1)		26 (16.3)		18 (11.8)	
Maladie de Parkinson	313		161		152		0.33
Non		312 (99.7)		160 (99.4)		152 (100.0)	
Oui		1 (0.3)		1 (0.6)		0 (0.0)	
Chirurgie abdominale antérieure	313		161		152		0.038
Non		274 (87.5)		147 (91.3)		127 (83.6)	
Oui		39 (12.5)		14 (8.7)		25 (16.4)	
Assuétudes (tabac, drogues, alcool)	209		112		97		0.74
Non		151 (72.2)		82 (73.2)		69 (71.1)	
Oui		58 (27.8)		30 (26.8)		28 (28.9)	
Médicaments influençant la qualité de la préparation intestinale	313		161		152		0.45
Non		286 (91.4)		149 (92.5)		137 (90.1)	
Oui		27 (8.6)		12 (7.5)		15 (9.9)	
Antécédents de coloscopie	312		161		151		0.45
Non		168 (53.8)		90 (55.9)		78 (51.7)	
Oui		144 (46.2)		71 (44.1)		73 (48.3)	
Score de Boston de la coloscopie précédente (3-9), moyenne $\pm$ SD	115	7.84 $\pm$ 1.10	63	7.81 $\pm$ 1.12	52	7.88 $\pm$ 1.08	0.72
Motif de la coloscopie	313		161		152		0.88
Dépistage (comprenant la première coloscopie et les suivis)		170 (54.3)		83 (51.6)		87 (57.2)	
Test IFOBT positif		23 (7.3)		12 (7.5)		11 (7.2)	
Rectorragies		14 (4.5)		7 (4.3)		7 (4.6)	

Variable	Tous (N=313)		VCP (N=161)		Pas de VCP (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Perte de poids		3 (1.0)		2 (1.2)		1 (0.7)	
Anémie		7 (2.2)		4 (2.5)		3 (2.0)	
Modification du transit		20 (6.4)		9 (5.6)		11 (7.2)	
Douleurs abdominales		13 (4.2)		10 (6.2)		3 (2.0)	
Suspicion ou suivi de maladies inflammatoires de l'intestin		15 (4.8)		7 (4.3)		8 (5.3)	
Antécédent familial de cancer du colon		29 (9.3)		17 (10.6)		12 (7.9)	
Antécédent personnel de cancer du colon		8 (2.6)		5 (3.1)		3 (2.0)	
Pathologie associée nécessitant une surveillance accrue		5 (1.6)		2 (1.2)		3 (2.0)	
Imagerie suspecte		3 (1.0)		1 (0.6)		2 (1.3)	
Bilan post diverticulite		3 (1.0)		2 (1.2)		1 (0.7)	

Table 2.1 Comparaison des caractéristiques de la préparation intestinale entre les deux groupes (N=313)

Variable	Tous (N=313)		VCP (N=161)		Pas de VCP (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Fractionnement de la préparation intestinale	313		161		152		0.26
Split dose		232 (74.1)		115 (71.4)		117 (77.0)	
Single dose		81 (25.9)		46 (28.6)		35 (23.0)	
Médication complémentaire à la préparation	313		161		152		0.32
Non		193 (61.7)		95 (59.0)		98 (64.5)	
Oui		120 (38.3)		66 (41.0)		54 (35.5)	
Score de Boston (qualité de la préparation intestinale) (3-9), moyenne ± SD	310	8.33 ± 1.13	160	8.31 ± 1.16	150	8.35 ± 1.09	0.71
Score de Boston	310		160		150		0.60
< 7		21 (6.8)		12 (7.5)		9 (6.0)	
≥ 7		289 (93.2)		148 (92.5)		141 (94.0)	

Table 2.4 Comparaison des caractéristiques liées à la procédure entre les deux groupes (N=313)

Variable	Tous (N=313)		VCP (N=161)		Pas de VCP (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Temps entre la fin de la prise de préparation intestinale et l'introduction du coloscope en heures, médiane [Q1-Q3]	311	8.00 [7.00 - 10.0]	160	8.00 [7.00 - 10.0]	151	8.00 [7.00 - 10.0]	0.25
Horaire de l'examen	313		161		152		0.61
Matin		124 (39.6)		66 (41.0)		58 (38.2)	
Après-midi		189 (60.4)		95 (59.0)		94 (61.8)	

Table 2.5 Comparaison des caractéristiques des résultats endoscopiques entre les deux groupes (N=313)

Variable	Tous (N=313)		VCP (N=161)		Pas de VCP (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Intubation caecale	313		161		152		0.53
Non		8 (2.6)		5 (3.1)		3 (2.0)	
Oui		305 (97.4)		156 (96.9)		149 (98.0)	
Temps intubation caecale (min), médiane [Q1-Q3]	285	5.00 [3.00 - 7.00]	149	5.00 [3.00 - 7.00]	136	5.00 [3.00 - 7.00]	0.24
Temps retrait (min) , médiane [Q1-Q3]	285	10.0 [8.00 - 12.0]	149	10.0 [8.00 - 12.0]	136	10.0 [8.00 - 12.0]	0.37
Temps total examen (min) , médiane [Q1-Q3]	289	15.0 [12.0 - 18.0]	151	15.0 [12.0 - 20.0]	138	14.5 [12.0 - 17.0]	<u>0.086</u>
Détection de polype	312		160		152		0.13
Non		143 (45.8)		80 (50.0)		63 (41.4)	
Oui		169 (54.2)		80 (50.0)		89 (58.6)	
Nombre de polypes détectés, médiane [Q1-Q3]	312	1.00 [0.00 - 2.00]	160	0.50 [0.00 - 2.00]	152	1.00 [0.00 - 2.00]	0.15
Anapath > Adénome festonné	312		160		152		<u>0.076</u>
Non		275 (88.1)		145 (90.6)		130 (85.5)	
Oui		29 (9.3)		14 (8.8)		15 (9.9)	
Résultat non disponible / Ne sait pas		8 (2.6)		1 (0.6)		7 (4.6)	
Anapath > Nombre de polypes festonnés détectés, médiane [Q1-Q3]	29	1.00 [1.00 - 2.00]	14	1.00 [1.00 - 1.00]	15	1.00 [1.00 - 3.00]	0.14
Anapath > Adénome festonné en dysplasie	29		14		15		0.33
Non		28 (96.6)		14 (100.0)		14 (93.3)	
Oui		1 (3.4)		0 (0.0)		1 (6.7)	
Anapath > Adénome	312		160		152		<u>0.083</u>

Variable	Tous (N=313)		VCP (N=161)		Pas de VCP (N=152)		P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	
Non		188 (60.3)		99 (61.9)		89 (58.6)	
Oui		116 (37.2)		60 (37.5)		56 (36.8)	
Résultat non disponible / Ne sait pas		8 (2.6)		1 (0.6)		7 (4.6)	
Nombre d'adénomes détectés, médiane [Q1-Q3]	116	2.00 [1.00 - 3.00]	60	1.00 [1.00 - 3.00]	56	2.00 [1.00 - 3.00]	0.63
ADR = Festonné / Adénome	304		159		145		0.72
Non		171 (56.3)		91 (57.2)		80 (55.2)	
Oui		133 (43.8)		68 (42.8)		65 (44.8)	
Adénome avancé détecté	133		68		65		0.43
Non		94 (70.7)		46 (67.6)		48 (73.8)	
Oui		39 (29.3)		22 (32.4)		17 (26.2)	
Adénome > 1 cm	132		67		65		0.48
Non		100 (75.8)		49 (73.1)		51 (78.5)	
Oui		32 (24.2)		18 (26.9)		14 (21.5)	
Composante villeuse	132		67		65		0.77
Non		123 (93.2)		62 (92.5)		61 (93.8)	
Oui		9 (6.8)		5 (7.5)		4 (6.2)	
Dysplasie de haut grade	132		67		65		0.42
Non		126 (95.5)		63 (94.0)		63 (96.9)	
Oui		6 (4.5)		4 (6.0)		2 (3.1)	
Plus de 5 polypes	132		67		65		0.96
Non		120 (90.9)		61 (91.0)		59 (90.8)	
Oui		12 (9.1)		6 (9.0)		6 (9.2)	
Cancer colorectal détecté	310		160		150		0.52
Non		307 (99.0)		159 (99.4)		148 (98.7)	
Oui		3 (1.0)		1 (0.6)		2 (1.3)	
Complications éventuelles	312		160		152		0.30
Non		311 (99.7)		160 (100.0)		151 (99.3)	
Oui		1 (0.3)		0 (0.0)		1 (0.7)	
Délai recommandé pour la prochaine coloscopie (années) , médiane [Q1-Q3]	265	5.00 [3.00 - 7.00]	138	5.00 [3.00 - 7.00]	127	5.00 [3.00 - 7.00]	0.46

7.4.3 Étude de la qualité de la préparation

Table 3.1 Modèles de régression logistique univariés d'une bonne qualité de préparation (Boston ≥ 7) en fonction des paramètres sociodémographiques et cliniques et des scores basés sur le questionnaire (N=313)

Variable	Boston < 7 (N=21)		Boston ≥ 7 (N=289)		N	Régression logistique			
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)		OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Groupe									
Groupe	21		289		310	.	.	.	0.60
Avec vidéo		12 (57.1)		148 (51.2)	.	1.000	.	.	
Sans vidéo		9 (42.9)		141 (48.8)	.	1.270	0.519	3.107	
Caractéristiques sociodémographiques									
Age (années), moyenne $\pm$ SD	21	59.8 $\pm$ 8.20	289	58.2 $\pm$ 11.3	310	0.987	0.946	1.029	0.53
BMI (kg/m ²), moyenne $\pm$ SD	19	26.6 $\pm$ 4.82	275	26.8 $\pm$ 4.71	294	1.011	0.914	1.117	0.84
Sexe	21		289		310	.	.	.	0.94
Homme		11 (52.4)		149 (51.6)	.	1.000	.	.	
Femme		10 (47.6)		140 (48.4)	.	1.034	0.426	2.509	
Niveau d'éducation	19		258		277	.	.	.	0.60
Pas de diplôme		2 (10.5)		10 (3.9)	.	1.000	.	.	
Diplôme d'études secondaires		6 (31.6)		98 (38.0)	.	3.267	0.581	18.381	
Diplôme d'études supérieures de type court		7 (36.8)		92 (35.7)	.	2.629	0.479	14.412	
Diplôme universitaire		4 (21.1)		58 (22.5)	.	2.900	0.467	17.993	
Profession	19		258		277	.	.	.	0.89
(Futur) Professionnel de la santé		1 (5.3)		26 (10.1)	.	1.000	.	.	
Étudiant		0 (0.0)		5 (1.9)	.	0.622	0.017	22.463	
Employé		6 (31.6)		90 (34.9)	.	0.788	0.123	5.045	
Ouvrier		3 (15.8)		27 (10.5)	.	0.445	0.059	3.356	
Indépendant		4 (21.1)		29 (11.2)	.	0.371	0.053	2.620	
Retraité		3 (15.8)		52 (20.2)	.	0.849	0.115	6.271	
Autre		2 (10.5)		29 (11.2)	.	0.668	0.080	5.607	
Caractéristiques cliniques									
Diabète	21		289		310	.	.	.	0.24
Non		14 (66.7)		225 (77.9)	.	1.000	.	.	
Oui		7 (33.3)		64 (22.1)	.	0.569	0.220	1.469	

Variable	Boston < 7 (N=21)		Boston ≥ 7 (N=289)		Régression logistique				P-value
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	OR	Lim inf	Lim sup	
Insuffisance rénale	21		289		310	.	.	.	0.68
Non		20 (95.2)		280 (96.9)	.	1.000	.	.	
Oui		1 (4.8)		9 (3.1)	.	0.643	0.078	5.330	
Constipation chronique	21		288		309	.	.	.	<u>0.059</u>
Non		15 (71.4)		250 (86.8)	.	1.000	.	.	
Oui		6 (28.6)		38 (13.2)	.	0.380	0.139	1.039	
Maladie de Parkinson	21		289		310	.	.	.	0.52
Non		21 (100.0)		288 (99.7)	.	1.000	.	.	
Oui		0 (0.0)		1 (0.3)	.	0.226	0.002	21.678	
Chirurgie abdominale antérieure	21		289		310	.	.	.	0.30
Non		17 (81.0)		256 (88.6)	.	1.000	.	.	
Oui		4 (19.0)		33 (11.4)	.	0.548	0.174	1.727	
Assuétudes (tabac, drogues, alcool)	18		188		206	.	.	.	0.54
Non		12 (66.7)		138 (73.4)	.	1.000	.	.	
Oui		6 (33.3)		50 (26.6)	.	0.725	0.258	2.033	
Médicaments influençant la qualité de la préparation intestinale	21		289		310	.	.	.	0.014
Non		16 (76.2)		268 (92.7)	.	1.000	.	.	
Oui		5 (23.8)		21 (7.3)	.	0.251	0.084	0.752	
Antécédents de coloscopie	21		288		309	.	.	.	0.58
Non		10 (47.6)		155 (53.8)	.	1.000	.	.	
Oui		11 (52.4)		133 (46.2)	.	0.780	0.321	1.894	
Score de Boston (qualité de la préparation intestinale) de la coloscopie précédente (3-9)	9	7.33 ± 1.80	106	7.89 ± 1.02	115	1.443	0.868	2.399	0.16
Questionnaires									
Littératie en santé selon HLS-EU-Q16 (LITT_GLOB, 0-16)	147	14.0 ± 2.41	134	14.1 ± 2.42	281	1.011	0.918	1.115	0.82
Littératie en santé perçue par les participants , confiance et fiabilité (LITT_INFO, 0-6)	146	5.70 ± 0.59	133	5.65 ± 0.68	279	0.877	0.604	1.273	0.49
a) Littératie en santé perçue par les participants (LITT_PERC, 0-4)	147	3.86 ± 0.44	133	3.85 ± 0.47	280	0.952	0.568	1.596	0.85
b) Confiance dans les informations reçues des professionnels de santé (LITT_CONFIANCE, 0-1)	19		257		276	.	.	.	0.77
Non		2 (10.5)		33 (12.8)	.	1.000	.	.	
Oui		17 (89.5)		224 (87.2)	.	0.799	0.176	3.615	
c) Fiabilité des canaux d'information sur sa santé (LITT_CAN, 0-1)	19		258		277	.	.	.	0.90

Variable	Boston < 7 (N=21)		Boston ≥ 7 (N=289)		N	Régression logistique			
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)		OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Non		1 (5.3)		12 (4.7)	.	1.000	.	.	
Oui		18 (94.7)		246 (95.3)	.	1.139	0.140	9.258	
Auto-efficacité (AEQ, 0-100)	145	89.5 ± 9.85	133	89.6 ± 9.30	278	1.002	0.978	1.027	0.88
Attitude face à la coloscopie (ATT, 1-5)	146	4.15 ± 0.58	134	4.16 ± 0.57	280	1.047	0.697	1.572	0.82
Perception des risques liés à la coloscopie (RISQUE_PERC, 1-5)	146	3.44 ± 0.55	131	3.47 ± 0.53	277	1.096	0.704	1.706	0.68
Nombre d'obstacles perçus (OBST, 0-5)	145	1.32 ± 0.72	134	1.25 ± 0.73	279	0.860	0.620	1.194	0.37
Connaissance liée à la coloscopie (CON, 0-5)	145	4.84 ± 0.45	134	4.83 ± 0.44	279	0.954	0.561	1.620	0.86
Anxiété (ANXIETE, 0-10)	145	3.20 ± 2.33	134	2.97 ± 2.39	279	0.958	0.867	1.059	0.41
Satisfaction (SATIS, 0-5)	137	4.93 ± 0.25	130	4.91 ± 0.39	267	0.864	0.404	1.849	0.71

Table 3.2 Modèles de régression logistique multivarié d'une bonne qualité de préparation (Boston ≥ 7) en fonction des paramètres sociodémographiques et cliniques et des scores basés sur le questionnaire dont la p-value est <0.10 en univarié (N=309 – AUC = 0.580)

Variable	Régression logistique			
	OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Groupe Sans vidéo vs. Avec vidéo	1.364	0.549	3.385	0.50
Médicaments influençant la qualité de la préparation intestinale Oui vs. Non	0.232	0.077	0.703	0.0098

7.4.4 Étude du taux de détection d'adénomes

Table 4.1 Modèles de régression logistique univariés de la détection d'adénome (ADR) en fonction des paramètres sociodémographiques et cliniques, de la préparation intestinale et du temps d'examen (N=313)

Variable	Pas d'ADR (N=171)		ADR (N=133)		N	Régression logistique			
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)		OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Groupe									
Groupe	171		133		304	.	.	.	0.72
Avec vidéo		91 (53.2)		68 (51.1)	.	1.000	.	.	
Sans vidéo		80 (46.8)		65 (48.9)	.	1.087	0.691	1.712	
Caractéristiques sociodémographiques									
Age (années), moyenne $\pm$ SD	171	56.4 $\pm$ 11.5	133	60.9 $\pm$ 10.2	304	1.040	1.017	1.063	0.0006
Age (années) (catégories)	171		133		304	.	.	.	<u>0.088</u>
≤ 50		41 (24.0)		22 (16.5)	.	1.000	.	.	
]50-75]		128 (74.9)		105 (78.9)	.	1.529	0.857	2.727	
> 75		2 (1.2)		6 (4.5)	.	5.591	1.040	30.061	
BMI (kg/m ²), moyenne $\pm$ SD	160	26.6 $\pm$ 4.73	128	27.3 $\pm$ 4.75	288	1.032	0.982	1.084	0.21
Sexe	171		133		304	.	.	.	0.0003
Homme		73 (42.7)		85 (63.9)	.	1.000	.	.	
Femme		98 (57.3)		48 (36.1)	.	0.421	0.264	0.670	
Niveau d'éducation	154		118		272	.	.	.	0.51
Pas de diplôme		5 (3.2)		6 (5.1)	.	1.000	.	.	
Diplôme d'études secondaires		63 (40.9)		41 (34.7)	.	0.542	0.155	1.893	
Diplôme d'études supérieures de type court		56 (36.4)		41 (34.7)	.	0.610	0.174	2.137	
Diplôme universitaire		30 (19.5)		30 (25.4)	.	0.833	0.229	3.028	
Profession	155		117		272	.	.	.	0.20
(Futur) Professionnel de la santé		17 (11.0)		9 (7.7)	.	1.000	.	.	
Étudiant		4 (2.6)		0 (0.0)	.	0.205	0.007	5.917	
Employé		49 (31.6)		47 (40.2)	.	1.768	0.719	4.343	
Ouvrier		20 (12.9)		10 (8.5)	.	0.944	0.313	2.847	
Indépendant		22 (14.2)		10 (8.5)	.	0.860	0.287	2.572	
Retraité		26 (16.8)		30 (25.6)	.	2.120	0.811	5.543	
Autre		17 (11.0)		11 (9.4)	.	1.211	0.401	3.655	

	Pas d'ADR (N=171)		ADR (N=133)			Régression logistique			
Variable	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Caractéristiques cliniques									
Diabète	171		133		304	.	.	.	0.71
Non		133 (77.8)		101 (75.9)	.	1.000	.	.	
Oui		38 (22.2)		32 (24.1)	.	1.109	0.648	1.897	
Insuffisance rénale	171		133		304	.	.	.	0.38
Non		164 (95.9)		130 (97.7)	.	1.000	.	.	
Oui		7 (4.1)		3 (2.3)	.	0.541	0.137	2.132	
Constipation chronique	171		132		303	.	.	.	0.060
Non		141 (82.5)		119 (90.2)	.	1.000	.	.	
Oui		30 (17.5)		13 (9.8)	.	0.514	0.256	1.029	
Maladie de Parkinson	171		133		304	.	.	.	0.70
Non		170 (99.4)		133 (100.0)	.	1.000	.	.	
Oui		1 (0.6)		0 (0.0)	.	0.413	0.004	39.753	
Chirurgie abdominale antérieure	171		133		304	.	.	.	0.053
Non		144 (84.2)		122 (91.7)	.	1.000	.	.	
Oui		27 (15.8)		11 (8.3)	.	0.481	0.229	1.010	
Assuétudes (tabac, drogues, alcool)	110		93		203	.	.	.	0.094
Non		85 (77.3)		62 (66.7)	.	1.000	.	.	
Oui		25 (22.7)		31 (33.3)	.	1.700	0.914	3.161	
Médicaments influençant la qualité de la préparation intestinale	171		133		304	.	.	.	0.46
Non		154 (90.1)		123 (92.5)	.	1.000	.	.	
Oui		17 (9.9)		10 (7.5)	.	0.736	0.326	1.666	
Antécédents de coloscopie	171		132		303	.	.	.	0.084
Non		100 (58.5)		64 (48.5)	.	1.000	.	.	
Oui		71 (41.5)		68 (51.5)	.	1.496	0.947	2.364	
Score de Boston (qualité de la préparation intestinale) de la coloscopie précédente (3-9)	59	8.03 ± 0.98	53	7.60 ± 1.20	112	0.686	0.473	0.993	0.046
Préparation intestinale									
Fractionnement de la préparation intestinale	171		133		304	.	.	.	0.18
Split dose		122 (71.3)		104 (78.2)	.	1.000	.	.	
Single dose		49 (28.7)		29 (21.8)	.	0.694	0.409	1.178	

Variable	Pas d'ADR (N=171)		ADR (N=133)		Régression logistique				
	N	Nombre (%)	N	Nombre (%)	N	OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Médication complémentaire à la préparation	171		133		304	.	.	.	0.17
Non		111 (64.9)		76 (57.1)	.	1.000	.	.	
Oui		60 (35.1)		57 (42.9)	.	1.387	0.871	2.210	
Score de Boston (qualité de la préparation intestinale) (3-9)	170	8.30 ± 1.21	131	8.37 ± 1.01	301	1.055	0.859	1.296	0.61
Score de Boston	170		131		301	.	.	.	0.74
< 7		12 (7.1)		8 (6.1)	.	1.000	.	.	
≥ 7		158 (92.9)		123 (93.9)	.	1.168	0.463	2.945	
Procédure									
Temps entre la fin de la prise de préparation intestinale et l'introduction du coloscope en heures	170	8.00 [6.00 ; 10.0]	132	8.00 [7.00 ; 10.0]	302	1.017	0.927	1.115	0.72
Endoscopie									
Intubation caecale	171		133		304	.	.	.	0.11
Non		7 (4.1)		1 (0.8)	.	1.000	.	.	
Oui		164 (95.9)		132 (99.2)	.	5.628	0.684	46.277	
Temps intubation caecale (min)	157	5.00 [3.00 ; 7.00]	120	5.00 [3.00 ; 7.00]	277	1.022	0.964	1.084	0.46
Temps retrait (min)	157	9.00 [8.00 ; 10.0]	120	10.0 [9.00 ; 14.0]	277	1.224	1.124	1.332	<.0001
Temps total examen (min)	160	14.0 [11.0 ; 17.0]	121	15.0 [13.0 ; 21.0]	281	1.066	1.029	1.105	0.0004

Table 4.2 Modèles de régression logistique multivarié de la détection d'adénome (ADR) en fonction des paramètres sociodémographiques et cliniques, de la préparation intestinale et du temps d'examen dont la p-value est <0.10 en univarié (N=313)

Variable	Régression logistique			
	OR	Lim inf	Lim sup	P-value
Modèle sans temps endoscopie (N = 302, AUC = 0.662)				
Age (années), moyenne ± SD	1.034	1.011	1.058	0.0042
Sexe (Femme vs. Homme)	0.439	0.272	0.708	0.0007
Modèle avec temps d'endoscopie (N = 275, AUC = 0.760)				
Age (années), moyenne ± SD	1.042	1.014	1.071	0.0033
Sexe (Femme vs. Homme)	0.423	0.247	0.726	0.0018
Temps retrait (min)	1.255	1.145	1.376	<.0001