



EHESP



**Master2 Pilotage des Politiques et
Actions en Santé Publique**

Promotion : **2011- 2012**

Date du Jury : **04 juillet 2012**

**Identification des freins liés au faible taux de participation au
dépistage organisé du cancer colorectal dans le département des
Côtes d'Armor : point de vue de médecins généralistes.**

Billy KABEYA MBOSO

Remerciements

À Monsieur Olivier GRIMAUD pour sa pédagogie, sa disponibilité,... Avec toute ma gratitude.

Mes sincères remerciements à Monsieur Alain JOUDAIN Responsable du Master2 PPASP pour sa disponibilité et son soutien moral.

Mes remerciements à Madame Régine MAFFEI pour tout ce qu'elle fait.

À Monsieur Michel GIBON, Président de l'ADEC Armor, Monsieur Jean-François MEYER et Madame Marie-pierre LE GOFF pour m'avoir permis de passer mon stage à l'ADEC Armor.

Je tiens à remercier tout particulièrement Drs Gaëlle SALIOU et André FRETIGNE, médecins coordonnateurs de l'ADEC Armor pour toute leur disponibilité et pour tout ce que j'ai appris en travaillant avec eux.

Je remercie vivement tout le personnel de l'ADEC Armor avec qui, j'ai travaillé dans une ambiance très agréable et très conviviale. Merci pour votre gentillesse.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir en entretien et ont apporté leur contribution à mes recherches.

Je dédie ce travail à :

Mon père pour ses encouragements et ses conseils éclairés. Pour avoir gardé ma petite famille pour me permettre d'avancer dans mon projet. Voilà ton cadeau d'anniversaire.

Mes frères et sœurs : Christian, Liévin, Lysthon, Gretha, Arlette et Glodi, merci pour tout ce que vous faites pour moi.

Ma femme Nicole, je t'avais dit que je l'aurai avant mes 40ans,... aujourd'hui, je l'ai eu. Je te promets que cette fois-ci, on sera ensemble, je ne te laisserai plus. Merci pour ta patience.

À Graciella ma fille, ton sourire et ta joie de vivre m'ont toujours accompagné.

À tous mes amis, merci pour vos encouragements.

Sommaire

Introduction	1
Partie 1 : Le Cancer colorectal : dépistage et état des lieux	3
1. Cancer colorectal, un véritable enjeu de santé publique.	3
1.2 Le cancer colorectal semble être le résultat d'un ensemble complexe des facteurs de risques	6
2. Le dépistage	7
2.1 Prévention et dépistage du cancer colorectal	7
2.2 En France, la généralisation du dépistage a été un long procédé.....	8
2.3 Des lois fixent le rôle du Département dans le dépistage de masse et les arrêtés ministériels précisent les modalités du dispositif.....	9
2.4 Les recommandations pour le plan cancer 2009-2013	10
2.5 Il coexiste deux sortes de protocole de dépistages du cancer colorectal: individuel et organisé	10
2.6 L'organisation du dépistage organisé dans le territoire Français se fait à trois niveaux : national, régional et départemental	12
2.7 Les médecins traitants occupent un rôle indispensable dans le dépistage de masse.	13
Partie 2 États des lieux du dépistage du cancer colorectal	15
2.1 La participation nationale au dépistage organisé du cancer colorectal est disparate	15
2.1.1 La définition du taux de participation	15
2.1.2 La participation nationale des personnes cibles reste inférieure aux recommandations européennes de 45 %	17
2.2. Les mesures et les outils de sensibilisation existants stimulent les personnes cibles à réaliser le dépistage.....	18
2.2.1. Informations et communications auprès du grand public se déploient tant au niveau collectif (national et local) qu'individuel.	18
2.2.2 L'implication et la formation des professionnels de santé restent incontournables pour inciter les populations à participer au dépistage organisé.....	20
2.3 Les données de littérature répertorient les obstacles au dépistage organisé du cancer colorectal.....	21
2.4 Le contexte global des cancers en Bretagne et des Côtes d'Armor est comparable	21
2.4.1 En Bretagne, l'incidence du cancer colorectal avoisine celle de toute la France pour les deux sexes	22

2.4.2 Mortalité par cancer colorectal en Bretagne est sensiblement identique à ce qui s'observe en France	22
Partie 3 Objectif et méthodologie de l'étude	25
3.1 Objectif	25
3.2 Modalités de l'étude	25
3.3 Méthodologie.....	26
3.3.1 Le processus de l'enquête	26
3.3.2 Entretien avec les médecins généralistes	26
3.3.3 Comment avons-nous choisi les médecins généralistes ?	26
Partie 4 Résultat de l'étude et recueil.....	29
4.1 Positionnement des médecins généralistes par rapport au dépistage organisé	29
4.2 Point de vue des médecins généralistes sur les taux faibles de participation	31
4.3 Les freins et difficultés rencontrés par les médecins et les patients	31
Partie 5 Perspectives	37
5.1 Les limites de notre étude	37
5.2 Les pistes d'actions en direction des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers etc.)	38
5.3 Les pistes d'actions en direction de la population cible.....	39
5.4 Les éléments à considérer pour une communication adaptée	40
5.5 Pour la structure de gestion AdecArmor	41
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	45
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : Grille d'entretien des médecins généralistes	II
Annexe 2 Participation au DO du CCR 2010 – 2011	III
Annexe 3 : Tableaux des actions à mener.....	IV
Annexe 4 : Plaquettes test Hemocult®II	IX

Liste des sigles utilisés

AdecAmor : Association pour le dépistage des cancers en Côtes d'Armor

ARS : Agence régionale de Santé

BEH : Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

CCR : Cancer Colorectal

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DAM : Délégué d'Assurance Maladie

DGS : Direction Générale de la Santé

DO : Dépistage Organisé

DI : Dépistage Individuel

FADO : Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal

HAS : Haute Autorité de Santé

HNPPC : Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer

INCa : Institut National du Cancer

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire régionale de santé

PAF : Polypose Adénomateuse Familiale

PSVO : Prévention Santé en Val d'Oise

RCH : Rectocolite Hémorragique

SG : Structure de Gestion

SNFGE : Société Nationale Française de Gastroentérologie

VPP : Valeur Prédictive Positive

Introduction

La France fait partie des pays où le cancer colorectal est le plus répandu. Avec une incidence de 40 500 nouveaux cas estimés en 2011, il représente le 3ème cancer le plus fréquent, après celui du sein et de la prostate, et le 2ème cancer en terme de mortalité avec environ 17 400 décès annuels, derrière le cancer du poumon¹.

Depuis les années 80, l'incidence en France a augmenté de près de 50% et on estime qu'un français sur vingt cinq sera atteint d'un cancer colorectal au cours de son existence mais sur cette même période le taux de létalité a baissé. Ceci peut s'expliquer par les progrès thérapeutiques mais aussi par le caractère plus précoce du diagnostic².

En 2010-2011, les structures de gestions ont invité près de 17 millions de personnes de 50 à 74 ans à se faire dépister. Malgré cela, la participation nationale au dépistage organisé reste toujours bas (32,1 %), en deçà du taux d'efficience Européen (45 %)³ c'est-à-dire un taux qu'il faut atteindre pour espérer améliorer la morbidité et la mortalité dans le dépistage de masse. La participation est plus élevée chez les femmes (36,5 %) que chez les hommes (31,4 %). Sur tout le territoire Français, la problématique de la participation au dépistage organisé est inégale selon les régions. Le taux de participation au dépistage le plus élevé est enregistré pour la Bourgogne (51,8 %) et le plus faible pour la Corse (8,3%). En Bretagne, le département des Côtes d'Armor avec 32,6%, est au dessous de ce qu'il faudrait atteindre dans un dépistage de masse organisé⁴.

Pour vaincre les freins et faire décoller les chiffres, le dépistage organisé du cancer colorectal doit s'ancrer dans les habitudes des personnes cibles ainsi que dans la pratique des médecins traitants.

Ce travail s'appuie sur une revue de la littérature concernant ce thème et une enquête empirique menée à Saint Briec. Nous avons réalisé une série d'entretiens semi-directifs entre les mois d'Avril et de Mai 2012 avec des médecins généralistes conventionnés libéraux de la ville de Saint Briec afin de mesurer leur rôle et implication dans le dépistage organisé auprès de leur patientèle ainsi que d'identifier les difficultés rencontrées lorsqu'il faut parler de dépistage. Nous avons également procédé à l'interview d'un représentant des usagers œuvrant dans la « ligue contre le cancer ».

Au cours de mon stage à l'AdecArmor, j'ai réalisé une étude sur la faible participation au dépistage du cancer colorectal. L'objectif principal de cette recherche était de connaître et de comprendre les raisons qui expliquent un faible taux de participation dans le

¹ Données INVS 2009

² Bismuth M. 2011, *la consultation de délivrance du test Hemocult dans le cadre du dépistage organisé : étude qualitative*, THESE, Paris Diderot

³ INVS 2011.

⁴ INCa 2011

département des Côtes d'Armor afin de mieux cibler les actions de sensibilisation des personnes cibles et des professionnels de santé et proposer des axes de réflexion.

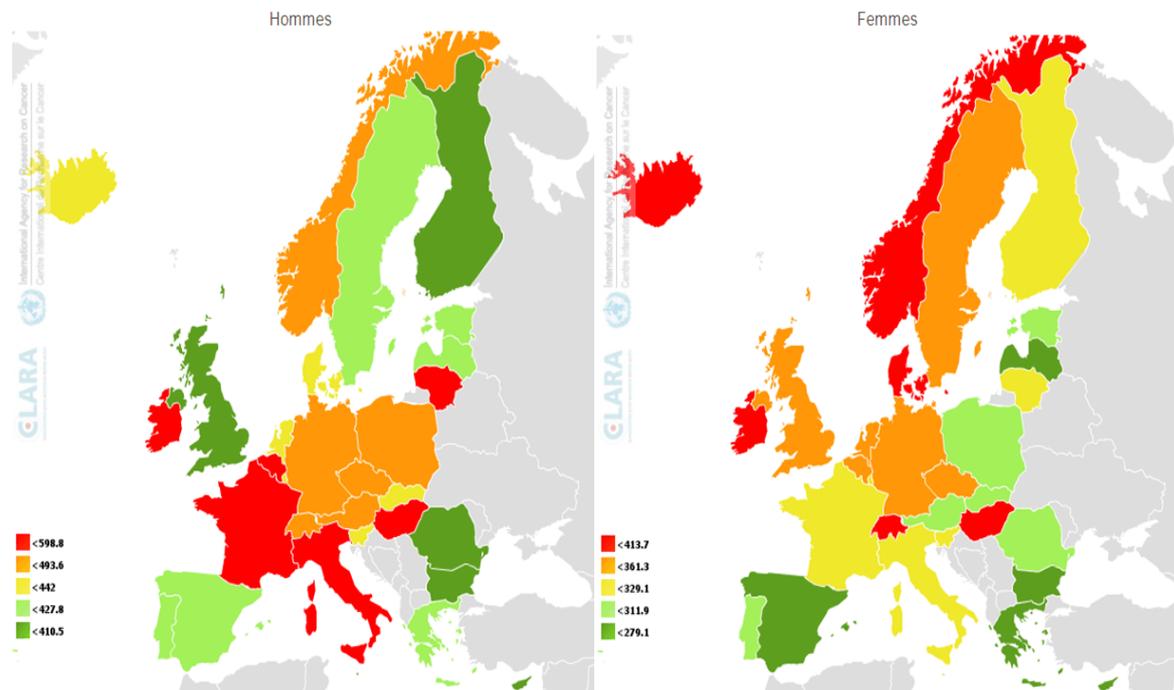
Tout d'abord, nous ferons aux premier et deuxième points sur le rappel du cancer colorectal, son dépistage et l'état des lieux de l'existant dans toute la France et dans le département des Côtes d'Armor. Ensuite nous décrivons l'objectif et la problématique de notre étude. La quatrième partie sera consacrée au résultat de l'étude et recueil. Enfin, nous dégagerons les perspectives ou les axes de réflexions permettant d'aboutir aux résultats attendus en réponse à notre problématique avant de conclure.

Partie 1 : Le Cancer colorectal : dépistage et état des lieux

1. Cancer colorectal, un véritable enjeu de santé publique.

En 2008, 450 000 nouveaux cas de cancer colorectal ont été signalés en Europe, ainsi que 232 000 décès. Environ 65 % de tous les nouveaux cas ont été observés dans des pays à revenu élevé⁵. En France, il est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme, après les cancers du poumon et de la prostate, et le deuxième cancer le plus fréquent chez la femme, après le celui du sein. Le cancer colorectal est rare avant 50 ans puis son incidence augmente rapidement, plus vite chez l'homme que chez la femme. L'âge moyen lors du diagnostic est de 70 ans.

Carte1 : Taux standardisés d'incidence (par rapport à la population européenne), tous cancers sauf les cancers de la peau non mélanomes en Europe en 2008



Source: Commission Européenne (DG SANCO, 2007); CIRC (projets ECN et Eunice, 2007)

Ce cancer est en augmentation de 52% au cours des vingt dernières années. La majorité de nouveaux cas estimés en 2011 (71% chez les hommes et 95% chez les femmes) surviennent chez les personnes âgées de 50 ans et plus. D'après les estimations de l'Institut National du cancer, dans les prochaines années, le nombre de cancers colorectaux devrait augmenter dans les prochaines années pour atteindre 45 000 nouveaux cas annuels en 2020.

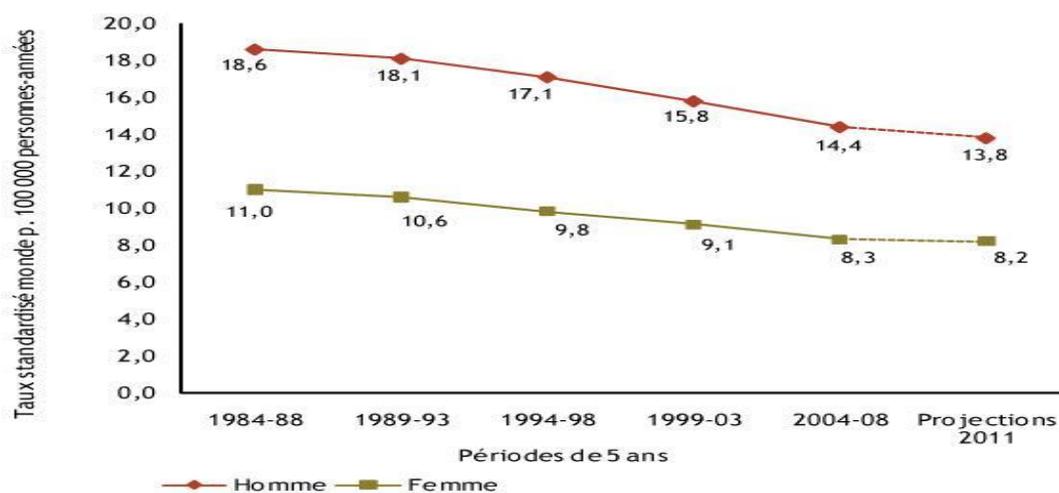
⁵ OMS 2008

La France fait partie des pays dans lesquels le risque de cancer colorectal est élevé, tout comme les autres pays d'Europe de l'Ouest, les USA, l'Australie et, plus récemment, le Japon. Ce cancer est beaucoup plus rare en Amérique du sud, en Asie et surtout en Afrique⁶.

Il est guérissable et sa survie relative, c'est-à-dire celle qui ne prend en compte que les décès par cancer, est de 56% à 5 ans⁷. La survie est liée au stade de sa découverte : 77% de survie à 5 ans lorsque le cancer est à un stade précoce, mais elle passe à 35% lorsque le cancer est à un stade plus avancé ; lorsqu'on intervient sur un cancer à un stade I, c'est-à-dire, très précoce, on guérit 90% de ces cancers. Malheureusement, aujourd'hui, seulement un cancer sur dix des cancers colorectaux est découvert à ce stade I.

La mortalité imputable au cancer colorectal est en baisse depuis les années 1990 : de 20,36 décès pour 100 000 habitants en 1995, à 18,86 décès pour 100 000 habitants en 2009(OMS 2009).

Graph 1: Taux de mortalité (standardisé monde) par cancer colorectal en France



Valeur en pointillée : dernière projection disponible

Sources : InVS/Inserm 2011, HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm 2011 Traitement : INCa 2011

Chez l'homme, le taux de mortalité (standardisé monde) par cancer colorectal a diminué entre les périodes 1984-88 et 2004-08, passant de 18,6 à 14,4 pour 100 000, soit une baisse de - 23 %. La baisse s'est particulièrement accélérée lors de la deuxième décennie entre 1994-98 et 2004-08 (- 16 % contre - 8 % entre 1984-88 et 1994-98)⁸. Chez la femme, le taux de mortalité (standardisé monde) a également baissé, passant de

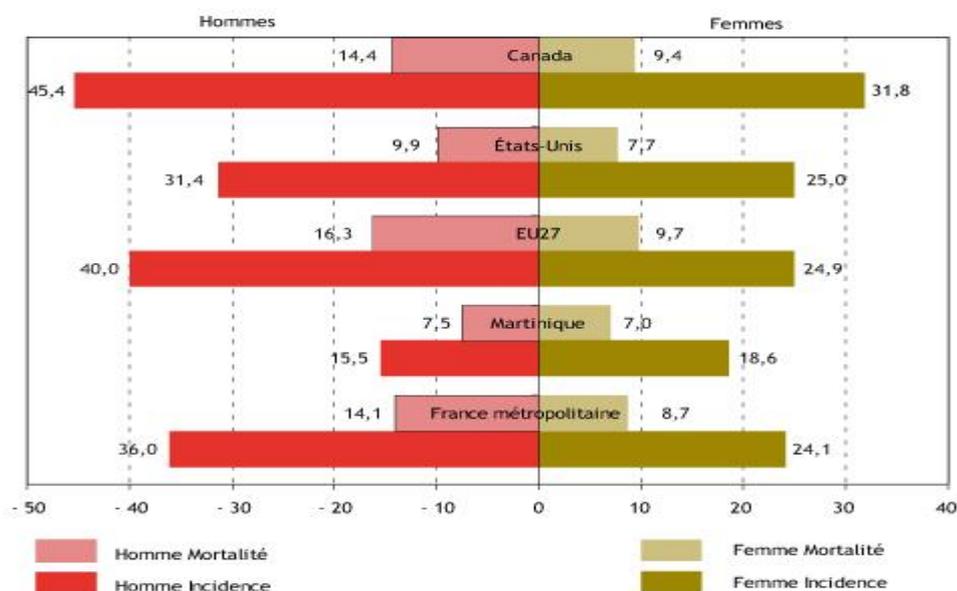
⁶ INCa2012

⁷ Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau FRANCIM, Éd Springer, 2007.

⁸ InVS. Mortalité observée par cancer en France métropolitaine entre 1984 et 2008

11,0 à 8,3 pour 100 000 entre les périodes 1984-88 et 2004-08, soit une baisse de - 25 %⁹.

Graphe2 : Comparaison de la mortalité et de l'incidence estimée (taux standardisé monde) du cancer colorectal entre le Canada, les États-Unis, la Martinique, la France métropolitaine en 2008



Source: GLOBOCAN 2008 Traitement : INCa 2010

Dans les pays, tels que les États-Unis ou le Canada, une partie de la baisse de la mortalité par cancer colorectal est attribuée à la diminution de l'incidence depuis le milieu des années 80. Cette tendance est actuellement constatée en France. Si le taux de participation évolue dans le sens positif, la diminution de la morbi-mortalité s'observera dans le futur¹⁰. Aux États-Unis, il a été constaté une baisse de l'incidence et de la mortalité par cancer colorectal. Cette baisse est essentiellement expliquée par l'ancienneté des pratiques de dépistage permettant de détecter et de réséquer à un stade précoce cancers et polypes précancéreux. Dans une moindre mesure, cette baisse est attribuée aux progrès thérapeutiques et à la réduction des facteurs de risque (obésité, surpoids, sédentarité, alcool).¹¹

⁹ HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm. Projection d'incidence et de mortalité par cancer en France en 2011

¹⁰ Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. (2008). *Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005*. Rev Epidemiol Santé Publique. 2008; 56 (3): 159-75

¹¹ Edwards BK, Ward E, Kohler BA, Ehemann C, Zauber AG, Anderson RN et al. *Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening and treatment) to reduce future rates*. Cancer 2010; 116(3):544-73.

1.2 Le cancer colorectal semble être le résultat d'un ensemble complexe des facteurs de risques

Malgré les progrès de la médecine qui ont permis de mieux connaître les mécanismes de développement des cancers, les causes du cancer colorectal ne sont pas parfaitement connues; néanmoins, un certain nombre de facteurs de risque peuvent augmenter la probabilité d'être atteint de cette maladie. Le risque augmente avec l'âge, en présence d'antécédents familiaux de cancer colorectal, ou chez les femmes ayant des antécédents de cancer du sein, des ovaires ou de l'utérus.

La plupart des cancers semblent être le résultat d'un ensemble complexe de facteurs comme l'hérédité, les choix de vie ou l'exposition à des substances cancérigènes. Le cancer colorectal semble également être associé à un régime alimentaire riche en matières grasses et en calories mais faible en fibres alimentaires, et à la colite ulcéreuse (maladie caractérisée par une inflammation de la muqueuse du côlon). La présence de polypes intestinaux est un autre facteur de risque fréquent. En l'absence de traitement, ils peuvent à la longue devenir cancéreux.

Mode de vie : la comparaison de l'incidence du cancer colorectal dans les différentes régions du monde suggère que la sédentarité, l'excès de calories ingérées et peut-être aussi un régime trop riche en viande rouge et en charcuteries, pourraient augmenter le risque de cancer¹².

Trois niveaux de risque sont définis pour développer un cancer colorectal : moyen, élevé ou très élevé. À chaque niveau correspondent des recommandations de suivi adaptées¹³.

- Le risque moyen qui concerne les sujets sans antécédent familial ou personnel de cancer colorectal, ou avec un seul parent du premier degré atteint à plus de 60 ans.
- Le risque élevé concerne les sujets dans les antécédents desquels on trouve un cancer rectocolique, un polype adénomateux de plus de 1 cm de diamètre, les sujets ayant un antécédent familial au premier degré (père, mère, frère sœur) qui ont eu un cancer colorectal avant 60 ans ou deux parents du premier degré quel que soit leur âge, les individus atteints de rectocolite hémorragique ou de maladie de Cröhn. Les personnes concernées ont un risque 1,5 à 5 fois supérieur au risque moyen.
- Le risque très élevé touche les sujets appartenant à une famille atteinte d'une forme héréditaire de cancer colorectal. Deux maladies génétiques sont bien individualisées : la polypose adénomateuse familiale (PAF) et le syndrome de cancer colique sans polypose ou syndrome de Lynch (HnPcc). 80 à 100 % des personnes atteintes auront un cancer colorectal au cours de leur vie.

¹² Cummings and Bingham, 1998, BMJ, 317 :1636

¹³ Dancourt V, Faivre J. *Epidémiologie et dépistage des cancers colorectaux*, la revue du praticien, 2004 ; 54 :135-142.

2. Le dépistage

2.1 Prévention et dépistage du cancer colorectal

La prévention passe, dans l'état actuel des connaissances, par des recommandations touchant à l'hygiène de vie : une surveillance accrue, un mode de vie approprié et, probablement aussi, la prise orale de produits de chimio prévention.

La chimio prévention : son intérêt réel reste à apprécier. En effet, le bénéfice « vrai » doit être apprécié en fonction de l'efficacité du produit et des éventuels effets secondaires mais aussi en tenant compte de l'effet protecteur lié à la nécessaire surveillance endoscopique¹⁴.

Des suppléments de calcium ou d'aspirine donnés chaque jour pendant 3 à 5 ans après l'enlèvement d'un polype, ont diminué la réapparition des polypes chez les volontaires (de 15 à 20 %). Les essais cliniques chez des volontaires humains ont eu moins de succès et peu de produits ont été testés à ce jour¹⁵.

Le dépistage du cancer colorectal consiste à détecter dans une population apparemment saine les personnes atteintes de polypes ou de cancer du colon avant les premiers symptômes. Chaque examen a des avantages et inconvénients qui permettent d'établir des recommandations pour son utilisation soit pour le dépistage organisé, soit pour le dépistage individuel du cancer colorectal.

Actuellement, le dépistage organisé des individus âgés de 50 à 75 ans, se fait par l'utilisation du test Hemocult® tous les deux ans. En cas de positivité, une coloscopie est alors prescrite¹⁶.

Le bénéfice du diagnostic précoce s'avère particulièrement important pour le cancer colorectal. Lorsqu'il est détecté à un stade précoce (stade I, cancer superficiel dans la paroi de l'intestin), le taux de survie à 5 ans après le diagnostic dépasse alors 90 %¹⁷. Selon plusieurs études, il est établi qu'en faisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité du test, il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colorectal, avec un taux de participation de 50 %¹⁸.

¹⁴ Benamoug R., 2012, Quelle chimio-prévention du cancer colorectal prescrire en 2012 ? *Post'U* ; 1-6 [visité le 20.05.2012] disponible sur www.fmcastro.org/poctu-main/postu-2012

¹⁵ Corpet D.E.; Taché S., 2002, Most effective colon cancer chemopreventive agents in rats: a systematic review of aberrant crypt foci and tumor data, ranked by potency; *Nutrition and cancer* 43, 1-21

¹⁶ Faivre J., *Épidémiologie et prévention du cancer colorectal*. Springer Digest, 2001.110 pages

¹⁷ Horner MJ et al. *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006*, National Cancer Institute. Bethesda, MD

¹⁸ Faivre J, et al. *Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study*. *Gastroenterology*. 2004;126:1674-80.

2.2 En France, la généralisation du dépistage a été un long procédé

La mise en place du dépistage a été un long procédé en France. La Conférence de Consensus sur le cancer du colon, qui s'était tenue à Paris en 1998, avait pris en compte les résultats des études Anglaise et Danoise qui avaient prouvé l'efficacité du dépistage par test de recherche de saignement dans les selles grâce au test Hémocult. Elles avaient aussi démontré que les dépistages annuels et biennaux avaient la possibilité de réduire la mortalité par cancer colorectal. Ainsi, la conférence de consensus avait recommandé la mise en route, sans délai, d'études pilotes et la généralisation du dépistage si les résultats de l'étude Bourguignonne confirmaient les données disponibles¹⁹. Les premiers résultats de l'étude française²⁰ étaient disponibles en 1999, indiquant qu'on pouvait faire reculer la mortalité par cancer colorectal.

En 2000, un avis consensuel sur le dépistage des cancers était présenté par le Comité Consultatif des experts cancérologues de la Communauté Européenne²¹. Il recommandait la mise en route du dépistage du cancer colorectal par la recherche d'un saignement occulte dans les selles. Il précisait que les tests immunologiques et la coloscopie chez les sujets à risque moyen ne pouvaient être recommandés dans l'état des données disponibles. C'est dans ce contexte que la SNFGE (Société Nationale Française de Gastroentérologie) avait fait siennes ces recommandations et avait lancé une campagne de destinée aux autorités sanitaires²². En septembre 2001, une loi votée au parlement français avait défini la liste des cancers relevant d'un dépistage organisé : sein, colorectal et col de l'utérus. Dans toute l'Europe, des arguments scientifiques avaient conduit à l'introduction du dépistage du cancer colorectal dans le code européen contre le cancer et à un avis de la Commission Européenne elle-même reprenant les conclusions des travaux des Experts cancérologues émises en 2000²³. En Avril 2002, le Ministre délégué à la santé avait annoncé aux Journées Francophones de Gastroentérologie la mise en route d'actions pilotes.

Il avait fallu encore une année pour résoudre des problèmes techniques et financiers. La loi de santé publique du 09 Août 2004 prévoyait la définition d'une stratégie nationale de

¹⁹ Conférence Consensus. *Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon*. Gastroentérol clin Biol 1998 ;22 (Suppl 3) 51-5295.].

²⁰ Faivre J, Tazi MA, Milan C, Lejeune C, Durand G, Lamour J. *Controlled trial of fecal occult blood screening for colorectal cancer in Burgundy (France). Results of the first 9 years*. Gastroenterology 1999;116:A400.

²¹ Advisory Committee on Cancer Prevention. *Recommendations on screening in the European Union*. Europ J Cancer 2000;36:1473-8

²² Bretagne JF, Faivre J. *La Société Nationale Française de Gastroenterologie recommande la mise en place d'un dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal en France*. Gastroentérol Clin Biol 2000;24:492-3

²³ *Recommendations du Conseil relatives au dépistage des cancers*. Commission des Communautés Européennes, Décembre 2003

dépistage dans les quatre ans qui suivent. En avril 2005, le ministre de la Santé, Philippe Douste-Blazy, annonçait la généralisation progressive du dépistage du cancer colorectal.

Dès 2007, 23 départements pilotes étaient engagés dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Actuellement, il y a généralisation du dépistage sur toute l'étendue du territoire français.

2.3 Des lois fixent le rôle du Département dans le dépistage de masse et les arrêtés ministériels précisent les modalités du dispositif

Deux lois fixent le rôle du Département²⁴ :

Dès 1983, des départements ont été engagés dans la lutte contre le cancer. En 2004, après la deuxième phase de décentralisation, la moitié de ces départements étaient restés engagés dans le dépistage des cancers et soutenaient les structures de dépistage organisé.

- Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État : « Le département est responsable des services et actions suivants et en assure le financement : [...] 3° la lutte organisée contre le cancer pour exercer le dépistage précoce des affections cancéreuses et la surveillance après traitement des anciens malades ».

- Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales : « Le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'État, participer à la mise en œuvre des programmes de santé définis, en application du titre 1 du livre IV de la première partie, notamment des programmes de dépistage des cancers (art.71) ».

Des arrêtés précisent les modalités du dispositif :

Le dépistage du cancer constitue l'une des actions inscrites dans la loi.

- Arrêté ministériel du 24 septembre 2001 : fixe la liste des programmes de dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables : cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus.

- Arrêté ministériel du 29 septembre 2006 : précise les modalités pour le dépistage du cancer du sein et publie le cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal.

²⁴ Pour en savoir plus avec internet : [http : www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

2.4 Les recommandations pour le plan cancer²⁵ 2009-2013

Mis en place entre 2003-2007, le premier plan contre le cancer visait à diminuer la mortalité liée à cette maladie au travers de mesures orientées vers la prévention, le dépistage, la qualité des soins, l'accompagnement social, la formation des professionnels et recherche. L'Institut National du Cancer (INCa) a été créé pour encadrer l'ensemble de ces actions.

Le plan cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au Président de la République par le professeur Jean Pierre Grünfeld en février 2009. Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité de la première version de 2003-2007. L'actuel plan impulse un nouvel élan:

- de recherche et d'innovation,
- de prise en compte des inégalités de santé face au cancer,
- de renforcement de la coordination des soins avec une meilleure implication des médecins traitants,
- un volet « vie pendant et après le cancer ».

La 16^{ème} mesure du plan cancer a notamment pour objectif de faciliter l'inclusion par le médecin généraliste des personnes ciblées, dans les programmes de dépistage organisés ou à une stratégie de détection précoce adaptée à chaque niveau de risque et de faire évoluer les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers en fonction des techniques les plus performantes et de nouvelles stratégies, dans les meilleures conditions d'efficacité et de qualité.

2.5 Il coexiste deux sortes de protocole de dépistages du cancer colorectal: individuel et organisé

Il coexiste deux sortes de dépistages pour le cancer colorectal : le dépistage organisé concernant les personnes âgées de 50 à 74 ans et du dépistage individuel. Le dépistage du cancer colorectal permet d'identifier la maladie à un stade très précoce de son développement et de détecter des polypes, avant qu'ils n'évoluent vers un cancer. Ces deux procédures sont prises en charge par la caisse d'assurance maladie du patient.

Le dépistage individuel

Il est aussi appelé « dépistage opportuniste » et est prescrit par le médecin et concerne les personnes « hors dépistage » et/ou susceptibles d'avoir quelques risques de développer la pathologie cancéreuse (risque élevé ou très élevé). Dans ce cas, le médecin prescrit le test Hemocult® tous les ans et non tous les deux ans comme le

²⁵ Plan cancer 2009-2013 [En ligne]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé Mis à jour le 2 novembre 2009. Disponible sur www.sante.gouv.fr

prévoit le cahier des charges du dépistage organisé. Le dépistage individuel ne fait l'objet d'aucun recueil spécifique et n'est pas évalué. La lecture des tests peut se faire dans n'importe quel laboratoire.

Le dépistage organisé

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal mis en place par le ministère de la Santé, tous les deux ans, aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans. Il est aussi dit « dépistage systématique ».

Au début de la campagne, un courrier personnel est adressé à la personne cible. Il comprend une lettre d'invitation au recto et un questionnaire au verso (Cf. Annexe). Si la personne ne se manifeste pas, il y aura une lettre de relance¹ et une autre de relance² (Cf. Annexe).

Les tests Hemocult® II

En pratique, la réalisation du test Hemocult®II consiste à prélever deux petits fragments de selles de la taille d'une lentille ou d'un grain de riz, qu'il faut ensuite déposer sur une plaquette. Le prélèvement est à effectuer sur trois selles consécutives. Le prélèvement des selles ne peut pas dépasser plus de trois jours. Ensuite, la plaquette (Annexe 5) est à envoyer à un centre de lecture où le test est lu dans des conditions de pratique et d'organisation très rigoureuses. La double lecture simultanée d'un test Hemocult®II, est assurée par deux techniciennes de laboratoire qualifiées et formées, conformément à la législation sur les laboratoires d'analyses de biologie médicale. Un contrôle de qualité à la fois technique et statistique est mis en place selon un cahier des charges précis. Chaque jour, les structures de gestion se chargent des résultats préalablement validés et signés par le biologiste et les envoient à la personne dépistée et au médecin traitant désigné par la personne par la messagerie cryptée « Apicrypt ».

Les expériences pilotes ont montré des taux de positivité de 2 à 3%, une valeur prédictive positive (VPP) de 10% pour les cancers et de 40% pour les adénomes.

Sa sensibilité se situe entre 50% et 60% pour les cancers, d'où une pratique régulière tous les deux ans. La faible sensibilité du test hemocult®II est notamment due au fait que toutes les lésions néoplasiques saignent par intermittence. Cependant ce test permet d'avoir une spécificité très élevée de 98%, permettant d'éviter de trop nombreux faux positifs et ainsi de réduire les risques (1/1000) d'exams inutiles²⁶.

Les tests immunologiques

Le test au Gaïac devrait évoluer à court terme vers un test immunologique. Après prélèvement, les selles sont mises au contact de l'anticorps spécifique de l'hémoglobine

²⁶ Bismuth M., *La consultation de délivrance du test Hemocult dans le cadre du dépistage organisé : étude qualitative.*, Thèse, 2011, Université de Paris 7

humaine. Le résultat de cette mesure est exprimé sous une forme quantitative qui permet d'évaluer la concentration en hémoglobine des selles analysées. En fait, le principe des tests immunologiques repose sur la révélation spécifique de la présence d'hémoglobine humaine, grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux reconnaissant la partie globine de l'hémoglobine. Contrairement au test au gaïac, les tests immunologiques n'entraînent aucune restriction alimentaire.

Un intérêt particulier est porté aux tests immunologiques pour lesquels plusieurs publications attestent d'un gain de sensibilité et de spécificité par rapport au test au gaïac²⁷. Les résultats préliminaires de l'étude menée dans la région de Cherbourg indiquent que lorsque ces tests sont lus de manière automatisée il est possible de fixer le seuil de positivité de façon à éviter un taux de positivité trop élevé²⁸. Cette lecture automatisée permet de standardiser la lecture et de diminuer le temps de révélation au laboratoire. Les premiers travaux suggèrent que les coûts des tests immunologiques sont comparables à ceux des tests au gaïac. Ceci doit être confirmé. Il reste aussi à faire une comparaison directe de ces tests immunologiques avec les tests de référence au gaïac dans une population non sélectionnée. Ces études sont en cours en France et dans le monde.

Le plan cancer 2009-2013 prévoit, par ailleurs, le déploiement progressif de l'utilisation du test immunologique sur l'ensemble du territoire en assurant la continuité, la qualité et la sécurité du programme de dépistage (action 16.3)

La HAS (Haute Autorité de Santé) a rendu son avis favorable et préconise dans le cadre de programme national de dépistage organisé du cancer colorectal son déploiement en 2013.

2.6 L'organisation du dépistage organisé dans le territoire Français se fait à trois niveaux : national, régional et départemental

- Au niveau national, la Direction Générale de la Santé (DGS) arrête la liste des programmes de dépistage, après l'avis de l'Assurance maladie.

Depuis 2005, l'INCa assure le pilotage et le suivi scientifique des programmes. Il a en charge la communication vers le public et les professionnels.

L'INVS est chargé de l'évaluation épidémiologique du programme national de dépistage organisé en mesurant différents indicateurs à partir des données recueillies auprès des structures de gestion départementales du dépistage.

²⁷ Castiglione G., Zappa M., Grazini G., et al., 1996, Immunological vs guaiac faecal occult blood tests in a populationbased screening programme for colorectal cancer. *Br J Cancer*;74:141-4

²⁸ Launoy G., Bertrand H., Berchi C., et al., 2005, Evaluation of an immunochemical faecal occult blood test with automated reading in screening for colorectal cancer in a general average-risk population. *Int J Cancer*;115: 493-496

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite toutes les recommandations pour la prise en charge des personnes dépistées.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) s'assure de la bonne marche des programmes départementaux et soutient la recherche en santé publique dans la région.

- Au niveau départemental et interdépartemental, le dépistage organisé des cancers est mis en œuvre par des « structures de gestion »(SG). Elles sont l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale et la promotion des dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus. La plupart des SG correspondent à des associations « Loi 1901 ». Elles ont pour fonction:

- la sensibilisation et l'information des professionnels de santé. La qualité de leur formation préalable est le déterminant principal de la participation de la population ;
- la sensibilisation de la population (par documentation d'information surtout) ;
- la constitution et gestion des fichiers des personnes dépistées ;
- l'évaluation et assurance qualité.

Les structures de gestion collectent tous les résultats et les transmettent à l'INVS pour évaluation. Elles sont placées sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur ayant généralement une expérience en santé publique.

2.7 Les médecins traitants occupent un rôle indispensable dans le dépistage de masse.

Comme le rappelle le plan cancer 2009 - 2013, un des facteurs majeurs permettant d'atteindre un taux de participation suffisant est l'implication des médecins généralistes. Leur formation est un point essentiel dans le dépistage de masse. Ils ont un rôle central, indispensable puisqu'ils évaluent la conduite à tenir en fonction du niveau de risque²⁹. Ils remettent et expliquent les tests aux patients en insistant sur l'intérêt du dépistage de masse, ainsi que la réalisation technique du test. Il leur revient la responsabilité d'annoncer le résultat et d'accompagner les patients en cas de résultat positif. Ils sont également en première ligne dans la gestion des faux positifs et faux négatifs du dépistage. Lors des expériences pilotes, il a été démontré que le taux de participation à la campagne était multiplié par trois quand les médecins remettaient les tests aux patients³⁰. En France, l'INCa et les structures de gestions départementales organisent de larges campagnes de communication (radio, télé, ...). Aux États-Unis, le dispositif repose plus sur l'intervention des médecins généralistes qui adhèrent très largement au programme.

²⁹ Durand G, Arveux P, Milan C et al., 1992, Vécu d'une campagne de dépistage de masse des cancers colorectaux par les médecins généralistes. *Cah Sociol Demogr Med*; 32 (2-3): 191-205

³⁰ Grepithe.,1981, Etude multicentrique prospective sur la détection des polypes et des cancers rectocoliques dans une population d'hospitalisés et de consultants. *Gastroenterol Clin Biol*; 5:58-66

Effectivement, il existe aux États-Unis une véritable « *culture de la prévention* » relayée par les « *General Practitioners* ». L'Europe était en retard mais avec la publication des recommandations de bonnes pratiques (Guidelines) en termes de dépistage du cancer colorectal, elle s'est rattrapée³¹.

³¹ Benhamiche-Bouvier AM, Clinard F, Phelip J et al. *Colorectal cancer prevalence in France*. Eur J Cancer Prev 2000; 9: 303-307.

Partie 2 États des lieux du dépistage du cancer colorectal

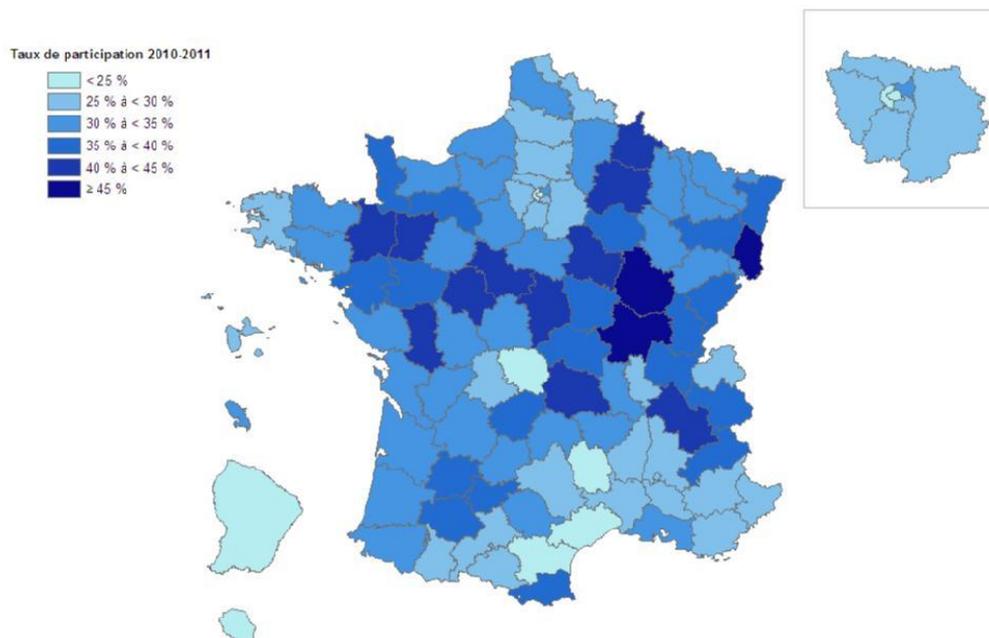
2.1 La participation nationale au dépistage organisé du cancer colorectal est disparate

2.1.1 La définition du taux de participation

Cet indicateur est calculé par l'INVS en remplaçant au numérateur du taux de participation, nous avons le nombre de personnes dépistées (hommes et femmes) est fourni par les structures de gestion, selon un questionnaire annuel standardisé. Tandis qu'au dénominateur du taux de participation, nous retrouvons la population cible du dépistage (hommes et femmes de 50-74ans) dont sont extraites des personnes exclues médicalement ou suite à un refus exprimé.

Au niveau national et à des fins de comparaison entre départements, les dénominateurs utilisés pour le calcul des taux de participation sont les données de population par classe d'âge cible, fournies par l'INSEE calculées de manière identique sur tout le territoire. Chaque année, en mars, les taux de participation nationaux, régionaux et départementaux calculés sur les deux années précédentes, sont rendus publics sur le site internet de l'INVS.

Carte2 : Taux de participation au programme national du dépistage organisé du cancer colorectal dans les départements France métropolitaine et départements d'outre-mer 2010-2011



Source : Institut de Veille Sanitaire, 1 mars 2012

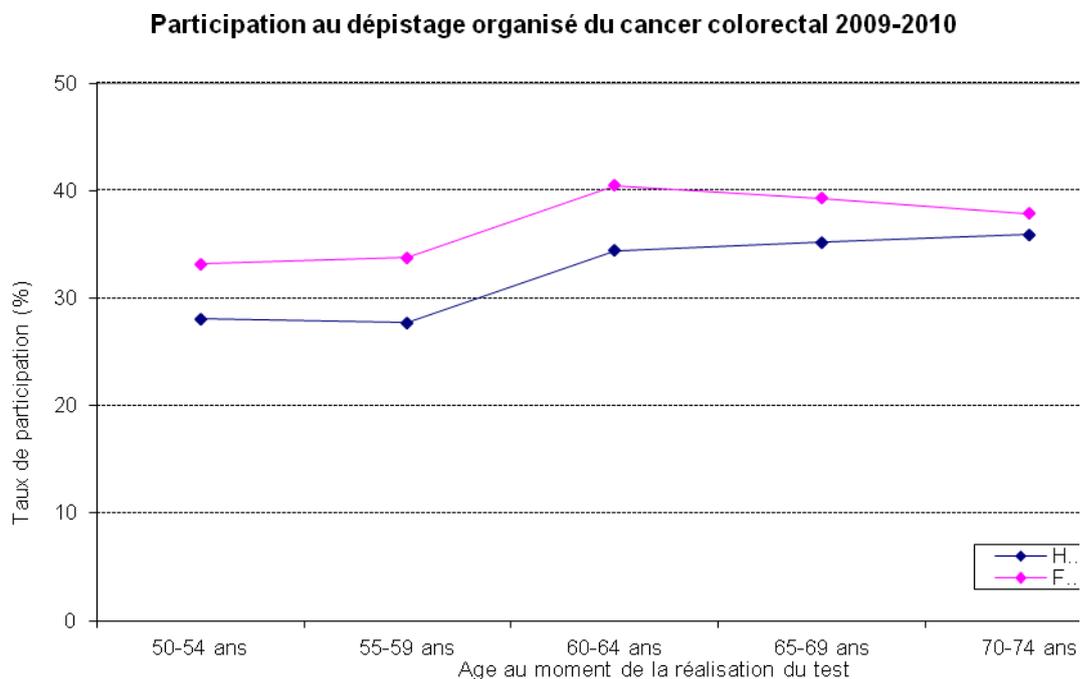
Sur la période 2010-2011³², le taux de participation nationale au dépistage organisé du cancer colorectal était de 32 %. Cette participation au dépistage organisé était inégale selon les départements :

- les taux les plus élevés étaient observés pour la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire (plus de 50 % de participation)
- 5 départements atteignaient le seuil de recommandé de 45 % de participation (Cher, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Isère, Saône-et-Loire)

Chez les hommes, la participation la plus faible était observée pour les hommes âgés de 55 à 59 ans. Après 60 ans, la participation des hommes avait augmenté pour atteindre son maximum (35,2 %) pour la tranche d'âge 70-74 ans. Sur la période 2009-2010, on avait observé les mêmes variations de la participation en fonction de l'âge pour les hommes.

L'évolution de la participation en fonction de l'âge était différente chez les femmes. Si la participation la plus faible était également observée chez les femmes de moins de 60 ans (31,5 %) ; elle était maximale pour la tranche d'âge 65-69 ans (37,3 % de participation). Ensuite, la participation avait décliné pour atteindre 36,0 %. Sur la période 2009-2010, la participation la plus élevée était observée pour la tranche d'âge 60-64 ans.

Graphe 3 :



Quel que soit l'âge, la participation est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

³² Résultats de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Données INVS 2011

Pour les hommes, les constats à l'échelle nationale relatifs aux classes d'âge recouvrent des disparités selon les régions, mais, à l'exception de la région Antilles-Guyane, on observe pour l'ensemble des régions les participations les plus faibles pour les hommes de moins de 60 ans. De même, pour les femmes, des disparités régionales sont observées. Par exemple, en Antilles Guyane, ce sont les femmes âgées de 65-69 ans qui participent le moins activement au programme, tandis qu'en Aquitaine et pour la Réunion, ce sont les femmes les plus âgées (70-74 ans) qui adhèrent le moins massivement. Les taux de participation par région, sexe et âge sont présentés pour les périodes 2009-2010 et 2010-2011. Sur la période 2010-2011, quatre départements (la Corse, l'Indre, la Nièvre et la Guyane) n'étaient pas inclus dans l'évaluation par manque d'antériorité dans le dépistage. Les taux pour les régions correspondant ne sont donc pas directement comparables entre les deux périodes³³.

2.1.2 La participation nationale des personnes cibles reste inférieure aux recommandations européennes de 45 %

Sur la période 2010-2011, plus de 17 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister. Cinq millions d'entre elles ont, au final, réalisé le test, soit un taux de participation de 32,1 % (34 % chez les femmes et 30 % chez les hommes).

Cette estimation est stable par rapport à l'année précédente. Elle reste cependant inférieure aux recommandations européennes de 45 % au minimum (INVS 2010).

Tableau1 : Comparaison des taux de participation standardisé* au dépistage organisé du cancer colorectal de 2010-2011 chez les 50-74ans en France**/ Côtes d'Armor

	France	Côtes d'Armor
Années	2010- 2011	2010 - 2011
Ensemble	32,1%	32,6%
Femmes	34,0%	35,1%
hommes	30,0%	30,0%

Source : INVS - 1 Mars 2012

* Standardisation sur la population française 2009 [Projections de population Insee (scénario central) 2007-2042]

** À l'exception de Mayotte devenu département d'Outre-Mer le 31 Mars 2011

Vers la fin des années 2010, toutes les structures de gestion avaient invité au moins une fois les personnes cibles. Les estimations de taux de participation pour la mi-campagne

³³ Goulard H, Boussac-Zarebska M, Salines E, et al., Avril 2009 Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France – Bilan du programme pilote : actualisation des données au 1er novembre 2007. Saint-Maurice: *Institut de veille sanitaire*, 8 p.

2010-2011 reposent sur l'ensemble des territoires français, à l'exception de la Mayotte devenue département d'Outre-mer en mars de l'année dernière.

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la participation la plus faible est observée pour les sujets les plus jeunes (moins de 60 ans) de la population cible. Chez les hommes, ce sont les personnes les plus âgées (plus de 70 ans) qui adhèrent le plus massivement au programme de dépistage. Chez les femmes, la catégorie d'âge pour laquelle la participation est la plus importante est celle des 65-69 ans. Un effort de sensibilisation au dépistage particulier doit viser les sujets les plus jeunes (INVS 2011).

2.2. Les mesures et les outils de sensibilisation existants stimulent les personnes cibles à réaliser le dépistage

Les mesures et les outils de sensibilisation stimulent les populations cibles à réaliser l'examen médical recommandé. L'efficacité du dispositif de dépistage est tributaire de la pertinence de ces outils. Ils s'adressent parfois directement aux populations concernées, parfois d'autres les visent indirectement par la mobilisation des professionnels de santé et accompagnent les acteurs de terrain.

2.2.1. Informations et communications auprès du grand public se déploient tant au niveau collectif (national et local) qu'individuel.

Cette information directe auprès du public se déploie tant au niveau collectif (national et local) qu'individuel.

- Au niveau national

Dispositifs collectifs

A l'échelle nationale, deux types d'actions de sensibilisations directes sont mises en pratique et se présentent comme de campagnes médiatiques en prenant la forme de spots télévisés (la campagne TV « Des chiffres et des lettres », parodie du célèbre jeu télévisé) et radiophoniques, d'affiches urbains (dans les abribus et arrière de bus). Ces dispositifs ont pour principal objectif d'informer et de favoriser le dialogue sur le dépistage du cancer colorectal entre la personne concernée et son médecin traitant. Les secondes campagnes ont un caractère plus ponctuel, c'est le cas de l'organisation de la journée nationale du dépistage du cancer colorectal, au mois de mars de chaque année, prélude à une forte mobilisation durant tout le mois (Mars bleu).

Le mois de mars de cette année 2012 a encore permis de mobiliser le grand public contre le cancer colorectal. De nombreux événements ont eu lieu sur l'ensemble du territoire (conférences, expositions rassemblements, etc.), de petits rubans bleus, des flyers et des affiches étaient distribués.

Dans ce contexte, la stratégie d'information adoptée en 2012 avait reposé sur 4 axes principaux :

- créer une parole réflexe sur le dépistage du cancer colorectal avec le médecin traitant et poursuivre la pédagogie sur le bénéfice et les modalités concrètes du dépistage;
- renforcer le dispositif auprès des populations susceptibles d'une moins bonne participation au dépistage ;
- accompagner les acteurs locaux dans leur mission d'information des publics ;
- impliquer davantage les médecins généralistes, dont le rôle est central dans les freins à l'adhésion et à la fidélisation dans le cadre des programmes nationaux de dépistage organisé du cancer colorectal³⁴.

- Au niveau local

Nous avons, comme évoqué ci-haut, des campagnes d'informations permanentes et des opérations ponctuelles.

- c'est le cas de l'AdecAmor qui, dans les Côtes d'Armor, a mené des actions dans plusieurs cantons en organisant :

- Des « cafés bleus », qui sont de stands d'information sur le dépistage, animés par les médecins coordonnateurs de la structure de gestion. Ces stands ont été installés dans les principales antennes de la CPAM : Saint Briec, Guingamp, Lannion, Loudéac. Il y a eu le « colon géant », une structure gonflable pédagogique, installé dans la « Galerie Leclerc » de Plérin. Ceci a permis de visualiser l'anatomie intérieure du colon.
- De conférences grand public dans les principales villes du département
- Des campagnes d'affichages en collaboration avec les réseaux des délégués d'Assurance maladie.

Les dispositifs d'information individuels

Ce dispositif repose sur une lettre d'invitation personnalisée que les structures de gestions envoient aux personnes cibles deux mois avant la date anniversaire. La distribution est organisée autour de listes fournies par les CPAM. Ce courrier contient les informations sur le cancer concerné et sa prévention ; il a pour but d'inciter les personnes à consulter leurs médecins traitants afin de participer au dépistage de masse.

Dans tous les départements, un courrier d'invitation est suivi de deux relances.

³⁴ INCa 2012

Tableau 2: Courriers adressés aux personnes cibles par l'AdecArmor 2009-2011 et participation associée³⁵.

	ANNEE D'ACTIVITE		
	2009	2010	2011
Invitation	117 453 / 15 007	55 410 / 19 154	108 097 / 16 671
Relance 1	32 284 / 3023	121 935 / 2646	68 335 / 2126
Relance 2	94 283 / 4243	98 467 / 6275	28 236 / 4805

Source : Rapport d'activité AdecArmor 2012

Les invitations sont éditées chaque mois ; elles concernent les personnes devant faire leur test Hemocult®II, à la date anniversaire du test Hemocult®II précédent ou 5 ans après notion d'un examen coloscopique, plus les nouveaux entrants. Les courriers de relance 1 sont envoyés quatre mois après le courrier d'invitation laissé sans réponse. Tandis que la lettre de relance2 est envoyée cinq mois après le courrier relance1 laissé sans suite.

2.2.2 L'implication et la formation des professionnels de santé restent incontournables pour inciter les populations à participer au dépistage organisé

La sensibilisation des professionnels de santé est indispensable pour qu'eux-mêmes incitent les populations à participer au dépistage organisé. Les structures de gestion développent dans ce but trois types d'action : l'information des professionnels de santé, leur formation et la mise en réseau des acteurs de dépistage organisé³⁶.

Afin d'impliquer les professionnels de santé, les structures de gestion prennent contact avec eux et leur envoient des lettres d'information portant sur le dépistage organisé et sur le rôle qui leur incombe. Chaque médecin généraliste reçoit une « information socle » faisant état des intérêts et avantages du dépistage organisé, ainsi que des résultats d'activités de la structure de gestion concernée. Par exemple, l'AdecArmor diffuse régulièrement un bulletin d'information à destination des médecins du département, pour le dépistage organisé les cancers du sein et colorectal. Parallèlement, sont organisées des réunions de sensibilisation communes aux différents professionnels de santé concernés (médecins généralistes, gynécologues, radiologues, gastro-entérologues, anatomo-cytopathologistes), notamment sous forme de séminaires.

La formation des professionnels : Les structures peuvent élaborer des stratégies d'incitation à la formation continue des médecins et autres professionnels de la santé,

³⁵ Rapport d'activité AdecArmor 2012

³⁶ Auffret C. et al., *Dépistage des cancers : comment atteindre certaines population difficile à toucher*, EHESP 2006, Module interprofessionnel.

pour la meilleure maîtrise de la politique de prévention. Dans les Côtes d'Armor, il y a eu organisation des cours à l'Institut de Formation en soins Infirmiers et à l'École d'aides-soignantes ; des rencontres avec les infirmiers de prévention de la MSA (Instant santé). La structure de gestion veille aussi à la constitution de réseaux entre tous les acteurs du dépistage de masse dans le but de garantir la bonne orientation de la personne dépistée.

2.3 Les données de littérature répertorient les obstacles au dépistage organisé du cancer colorectal

La revue de littérature nous a permis de mettre en évidence des freins liés aux individus notamment le déni face au problème de santé, la gêne et le dégoût de « manipuler » les fèces lors de la réalisation du test Hemocult®II, l'idée que l'on est en bonne santé et donc invulnérable et cette conception largement répandue que seuls les antécédents familiaux sont responsables de la survenue d'un cancer colorectal (Lieberman, 2007) et forcément peu concerné par une campagne de dépistage.

En 2005 une étude en Italie menée par Federici A. avait conclu à la formation insuffisante des médecins généralistes sur les pratiques de dépistage du cancer colorectal. Actuellement, les connaissances des médecins généralistes sont renouvelées par des formations continues.

En 2008 Aubin et al. ont identifié les principaux obstacles soulevés par les médecins généralistes sur le dépistage du cancer colorectal notamment celui du temps ; de sexe du médecin qui semblait influencer l'investissement dans les différents dépistages ; de l'absence de confiance dans sa pratique et l'absence de clarté des recommandations.

Les freins institutionnels au dépistage notamment le débat entre le bénéfice et le risque du dépistage ; les problèmes de démographie médicale

2.4 Le contexte global des cancers en Bretagne et des Côtes d'Armor est comparable

Dans les Côtes d'Armor, comme dans toute la Bretagne, les pathologies responsables du plus grand nombre de décès chez les hommes sont les cancers puis les maladies de l'appareil circulatoire et les morts violentes. A l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès avant les cancers. Parmi les décès

par cancers, les plus nombreux sont ceux des poumons, du colon et rectum et de la prostate chez les hommes et celui du sein chez les femmes³⁷.

Les cancers sont des maladies de plus en plus fréquentes et cette croissance est due au vieillissement de la population mais aussi à des causes plus ou moins bien identifiées comme les facteurs environnementaux, les conditions de travail, l'alimentation, les comportements alcooliques ou tabagiques.

2.4.1 En Bretagne, l'incidence du cancer colorectal avoisine celle de toute la France pour les deux sexes

Selon l'ORS Bretagne, l'incidence des cancers colorectal avoisine celle de toute la France pour les deux sexes jusqu'à 54 ans, ensuite à partir de 55 ans, les taux augmentent régulièrement, plus rapidement chez les hommes que chez les femmes, creusant l'écart entre les deux sexes. Chez les femmes, l'incidence de ce cancer est la même en Bretagne comme en France. Par contre, chez les hommes, la situation est moins favorable puisque les taux bretons sont supérieurs aux taux français à partir de 55 ans, et l'écart entre les 2 populations s'accroît continûment et devient maximal chez les plus âgés. Une diminution de l'incidence au profit des hommes est observée depuis 2000. En 2005, le taux d'incidence avait atteint 40 nouveaux cas de cancer du côlon et du rectum pour 100 000 hommes contre 38 en France métropolitaine. La situation des femmes est plus favorable que celle des hommes ; sur toute la période, elles présentent un taux standardisé d'incidence proche voir égal à celui des françaises. En 2005, le taux avait atteint 23 nouveaux cas pour 100 000 femmes contre 25 en France métropolitaine. Par ailleurs, depuis 2000, l'incidence semble se stabiliser chez les femmes et amorcer une diminution chez les hommes.

2.4.2 Mortalité par cancer colorectal en Bretagne est sensiblement identique à ce qui s'observe en France

En 2004³⁸, la mortalité par cancer en Bretagne est sensiblement identique à ce qui s'observe en France puisque l'Index comparatif de mortalité (ICM) est à 101 (France= base100). L'ICM permet de comparer la mortalité dans la région par rapport à la France en éliminant la différence de la structure d'âge.

- Les hommes bretons présentent une surmortalité de 8% par rapport aux hommes en moyenne française (ICM=108).

³⁷ Belot A., Velten M., Grosclaude P., et al. , décembre 2008, Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005, *Francim, INCa, Inserm, Hôpitaux de Lyon, INVS*

³⁸ ORS Bretagne

- alors que les femmes bretonnes présentent une légère sous mortalité : moins 2% (ICM=98)

Les plus importants cancers chez l'homme, prostate, poumon, colon rectum, vessie, ont une évolution marquée par l'augmentation de la morbidité et la diminution de la mortalité : +10% d'incidence, -16% de mortalité pour le cancer du colorectal. Chez les femmes, on observe une stabilité de l'incidence associée à une baisse de la mortalité des cancers du colon rectum.

Partie 3 Objectif et méthodologie de l'étude

3.1 Objectif

L'objectif de notre étude est d'identifier les freins permettant d'expliquer les faibles taux de participation dans le département des Côtes d'Armor afin que la structure de gestion puisse mieux cibler les actions de sensibilisation des personnes cibles et des médecins généralistes.

3.2 Modalités de l'étude

Cette étude a été menée auprès des médecins généralistes conventionnés exerçant à titre libéral pour leur rôle majeur dans le programme de dépistage. Nous n'avons pas tenu compte de leur mode d'exercice (en cabinet individuel ou en groupe). Nous avons aussi contacté la « ligue contre le cancer » comme représentant des usagers et des personnes malades du cancer.

Notre choix d'aller rencontrer les médecins généralistes a été motivé par le rôle pivot qu'occupe ce dernier dans la stratégie de dépistage par le test Hemocult®II. Plusieurs expériences notamment l'étude de Bourgogne, ont montré que si les médecins traitants s'engagent activement dans le programme de dépistage et s'ils remettaient eux-mêmes les tests à leurs patientèles, les taux de participations sont multipliés par trois car la proportion des tests effectués était de 85 % contre 34 % lorsqu'ils étaient envoyés par la poste³⁹.

L'étude des faibles taux sera donc réalisée selon les axes suivants :

- Le rôle des médecins généralistes :

Quel est leur niveau d'implication dans la promotion du dépistage du cancer colorectal ?

Ont-ils le temps d'en parler aux patients ?

Leurs idées sur les outils actuellement proposés. Ont-ils des attentes particulières ?

- Les difficultés rencontrées :

Selon les médecins généralistes, quelles sont les raisons expliquant le faible taux de participation ?

- Les axes de réflexions

Nous avons réalisé une série d'entretiens avec des médecins généralistes de la ville de Saint Brieuc afin de mesurer leur rôle et implication dans le dépistage organisé auprès de

³⁹ Bretagne JF, Manfredi S, Heresbach D. *Dépistage de masse du cancer colorectal: présent et avenir*. Press Med 2007 ; 36(7-8):1054-63

leur patientèle ainsi que les difficultés rencontrées lorsqu'il faut parler de dépistage. Nous avons aussi recueilli l'avis d'un représentant des usagers.

3.3 Méthodologie

3.3.1 Le processus de l'enquête

Notre étude repose sur un recueil qualitatif où est exploré les motifs de non participation des personnes cibles, le rôle et le niveau d'implication des médecins généralistes. Pour le recueil réalisé, les rendez-vous ont été obtenus par téléphone ensuite ont eu lieu des entretiens face-à-face dans les cabinets médicaux et au siège de la « ligue contre le cancer » de Saint Briec.

3.3.2 Entretien avec les médecins généralistes

La plupart de mes rendez-vous avec les médecins étaient intercalés entre deux consultations. Lors de nos entretiens, nous avons été guidé par une grille qui nous a permis de vérifier que tous les thèmes souhaités étaient abordés. La trame d'entretien a été soumise au président du conseil d'administration et aux médecins coordonnateurs de la structure de gestion AdecArmor. Nous avons tenu compte de leurs remarques et suggestions.

3.3.3 Comment avons-nous choisi les médecins généralistes ?

Notre choix de médecins s'est fait par rapport au nombre des tests Hemocult®II lus par médecins (≤ 20 ou ≥ 21 tests lus). L'échantillon a été constitué à partir d'une liste de médecins libéraux référencés avec les nombres de tests Hemocult®II lus par médecins du 01 octobre 2010 au 30 septembre 2011. Elaboré par le centre de lecture des Hemocult®II, la liste nous a été fournie par l'AdecArmor. Les généralistes ont été contactés par téléphone leur exposant le thème de l'entretien pour une prise de rendez-vous. La population rencontrée représente un peu plus de 50% des médecins contactés (tableau 4). Le motif de refus était, dans la majorité des cas, lié à une activité surchargée. La plupart d'entre eux ont dans leurs actifs moins de 15 des tests Hemocult®II lus. Parmi eux, trois avaient clairement accepté de nous accorder l'entretien mais ils n'ont pas pu dégager un créneau horaire.

La « ligue contre le Cancer » étant la seule association représentant les usagers et les malades de cancer dans les Côtes d'Armor et il nous a semblé important d'obtenir son point de vue.

3.3.3.1 La méthodologie de recueil des informations

Des entretiens individuels semi-directs ont été conduits auprès des médecins généralistes. Nous avons ainsi réalisé 11 entretiens en face à face (8 hommes / 3 femmes). Ce déséquilibre s'explique entre autre par le refus de certains médecins. Les thèmes abordés ont porté sur leur perception du rôle qu'ils occupent dans le dépistage organisé, leur opinion sur le déroulement de la campagne de dépistage et les outils de communication proposés, son intégration dans la pratique quotidienne, les difficultés rencontrées (par eux-mêmes et par leur patientèle) et sur les axes d'amélioration. La durée moyenne des entretiens était de 20 minutes environ. Le déroulé des interviews s'est appuyé sur une grille préalablement et testé sur un médecin généraliste. Tous les entretiens ont été enregistrés après l'accord de mes interlocuteurs.

Hommes : sur les 8 hommes

- 5 ont plus de 20 tests lus
- 3 en ont moins de 20

Femmes : sur les 3 femmes

- Toutes ont plus de 20 tests lus

Un entretien avec la coordonnatrice de la « ligue contre le cancer », représentant des usagers nous a permis d'aborder un seul point : les freins pouvant expliquer les difficultés rencontrées par les personnes cibles et ses éventuelles propositions pour l'amélioration du taux de participation.

Partie 4 Résultat de l'étude et recueil

Les entretiens avec les médecins généralistes et un représentant des usagers ont été menés et ont permis le recueil d'informations à une série de questions guidées par la trame. L'analyse des données recueillies met en évidence leur position, les freins et les difficultés rencontrés, les attentes face au programme de dépistage organisé du cancer colorectal et les propositions d'axes d'amélioration.

4.1 Positionnement des médecins généralistes par rapport au dépistage organisé

Tous les médecins rencontrés sont très favorables et convaincus de la grande nécessité du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Ils sont tous d'accord du fait que les actes de dépistage sont dans leurs attributions mais ils les pratiquent à des degrés. Ces dépistages sont hiérarchisés, avec une priorité accordée aux dépistages des maladies cardiovasculaire, de cancer du sein. Ils n'attachent pas aucune importance sur les caractères organisé ou non du dépistage.

La grande majorité se dit avoir un rôle indispensable dans la prévention. Ils estiment avoir un rôle essentiel dans la campagne de dépistage de masse du CCR. Ils pensent même que sa réussite dépend en partie de leur travail et de leur investissement. Mais leur implication active dans le circuit du dépistage reste encore très limitée.

Un seul médecin estime qu'il n'a pas un rôle majeur mais plutôt un rôle de « courroie de transmission ».

« Je ne suis pas sûr que l'on ait un rôle majeur. Je crois que les médias ont un grand rôle à jouer auprès du public. Les médias ont un impact énorme. Les patients écoutent beaucoup... Je dirai qu'on est un petit peu comme une courroie de transmission ».

Quant à leur opinion sur le déroulement de la campagne, les avis sont partagés. Les uns ont une image très majoritairement positive du programme du dépistage organisé du cancer colorectal. Ils déclarent que ce programme est de bonne qualité et simple. Les lettres de d'invitation et des relances sont expédiées en temps et à l'heure et les patients adhèrent à l'idée de passer le test Hemocult®II. Certains de ces médecins ont été soit membre des anciens membres de la structure de gestion soit avaient travaillé sur une étude de dépistage de masse dans la région ou dans le département. Tandis qu'un autre groupe estime que la campagne de dépistage est presque inexistante et mise à part les quelques jours consacrés au mois de mars de chaque, cela ne se ressent pas. Ils ont

l'impression que les acteurs du terrain, notamment ceux des structures de gestion se donnent plus à la campagne du cancer du sein et négligent le colon.

« Il faudrait quelque chose qui serait plus frappant dans l'esprit. On a l'impression que le dépistage du cancer colorectal n'est plus dans le coup »

Pour nous rendre compte du travail qu'effectue la structure de gestion, nous avons cherché à mesurer sa visibilité des Côtes d'Armor. Tous les médecins la reconnaissent en tant que telle. Il faut signaler aussi que quelques jours avant le début de nos entretiens, ils avaient reçu un courrier leur rappelant les chiffres du dépistage de l'année dernière.

Quant à l'intégration de la prévention et du dépistage lors d'une consultation classique, aucun de médecins interrogés n'aborde le sujet de dépistage avec leur patient en dehors des plaintes touchant la sphère digestive. Une des pistes d'explication pourrait être liée au temps nécessaire à sa proposition en consultation et à l'explication de la réalisation du test. En effet, tous les généralistes disent que l'explication au patient du dépistage du cancer colorectal prend trop de temps. Sauf un qui déclare ne le vérifier systématiquement que dans le cas où il est alerté par son alarme informatique.

« Je ne l'aborde que quand c'est de l'ordre du digestif, constipation, diarrhée ou autre. Mais si quelqu'un vient pour une pathologie quelle qu'elle soit, la réponse c'est non ».

« Non, je n'en parle. Si j'ouvre la boîte de pandore à chaque fois...comment ça va au niveau digestif, orl, de la prostate, etc on s'en sort plus. Ça devient de la folie ».

Étant donné que les médecins ne parlent pas systématiquement du dépistage dans les consultations, nous avons voulu savoir s'il existait de patients qui abordaient le sujet. La réponse était unanime que c'était rare d'avoir dans leur patientèle des personnes qui l'évoquaient en premier. Le rare de fois lorsqu'ils en parlaient, c'était dans le cas où ils avaient reçu une invitation ou une lettre de relance provenant de la structure de gestion. Les médecins estiment que les patients les consultaient pour autres plaintes. Quand le sujet du dépistage du cancer colorectal est abordé en consultation, les médecins déclarent en être les initiateurs dans la plupart de temps.

Le dépistage organisé reposant sur la remise des tests par les médecins généralistes avec comme corollaire les explications, nous avons cherché à savoir si tout cela se faisait comme le recommande le cahier de charge. Nous nous sommes rendu compte que conformément aux recommandations, ce sont les médecins eux-mêmes qui remettent les

tests aux patients. Les médecins sont convaincus qu'après explication, les patients adhèrent à l'idée de les réaliser. Il leur est plus aisé lorsqu'il s'agit d'une personne informée au préalable via la lettre d'invitation ou de relance de la structure.

4.2 Point de vue des médecins généralistes sur les taux faibles de participation

Dans les chapitres précédents, nous avons parlé de l'importance d'un grand nombre de participation au dépistage. Pour rappel, pour tout dépistage de masse, le taux de participation doit atteindre au moins 50 % pour que les objectifs voulus soient remplis et de voir la diminution de la mortalité. Lorsque nous évoquons des chiffres réalisés par le département (32,6%), tous les médecins étaient étonnés du faible taux de participation. Cela prouve que la plupart n'ont pas la notion des personnes qui participent et celles qui ne participent pas. Ceci est probablement lié au fait que les médecins traitants n'ont pas un suivi prévention dans les dossiers de chaque patients et la CPAM 22 ne donne pas de listes répertoriant toutes les personnes n'ayant pas réaliser des tests.

« C'est incroyable. Mais on ne peut pas le savoir au niveau d'une patientèle comment ça se passe. J'ai l'impression de faire tout ce qu'il faut pour que les patients y adhèrent mais c'est vrai qu'on n'a pas un impact. »

4.3 Les freins et difficultés rencontrés par les médecins et les patients

L'importance de la prévention et du dépistage du cancer colorectal n'est plus à prouver et pourtant il existe des freins venant directement des médecins généralistes sensés eux-mêmes convaincre les personnes cibles.

➤ Médecins:

Le principal obstacle, mis en évidence au cours de mes entretiens avec les médecins généralistes, était la contrainte temporelle. Cela impliquait aussi bien les explications à donner au patient concernant le dépistage lui-même que le test Hemocult®II, c'est-à-dire les informations théoriques et pratiques liées à la réalisation du test.

- Manque de temps

La première difficulté qui se présentait au médecin était d'intégrer le dépistage dans la consultation malgré le manque de temps. Beaucoup ont déclaré que la remise du test nécessitait des explications plus ou moins longues et, pour une consultation classique, elle était chronophage. Plusieurs tâches leur sont demandées notamment, les soins, la prévention et l'administratif. Il leur est impossible de s'en sortir pour quelqu'un qui a au moins 15 patients par jour lorsque nous savons qu'une consultation bien menée dure au minimum une demi-heure. Le manque de temps a pour conséquence la relégation de la prévention à un sujet secondaire. Ainsi, la prévention n'a plus de place dans une consultation classique.

« J'avoue franchement qu'on a de moins en moins le temps pour essayer de convaincre les gens à le faire. Peut-être pour d'autres mais moi dans mon exercice, je n'en ai pas »
« Pour nous les médecins, c'est un problème de temps. On essaye de l'intégrer de plus en plus mais on a un problème de temps. »

- Rémunération

Sur ce point, nous n'avons pas recueilli beaucoup d'avis parce que les médecins n'ont pas voulu se manifester. Actuellement, il existe une rémunération forfaitaire proportionnelle au nombre de tests Hemocult® lus. Nous ne saurons pas dire si cela motive ou pas les médecins. Ils évoquent plutôt le prix de la consultation qui n'est pas conséquente.

« Une consultation normale dure 35 minutes. Avec deux consultations par heure, si on fait le compte, ce n'est même 70 euros de l'heure.. »

« On ne peut pas, sur une consultation à 23 euros, passer une heure à faire tout »

- La démographie médicale

En regardant la cartographie du département, nous nous sommes rendus compte que les cantons du centre Bretagne sont les moins performants en termes des taux de participation. Parmi les obstacles identifiés, les problèmes liés à la démographie médicale ont été cités à plusieurs reprises. Les médecins estiment qu'ils ont du mal à trouver des remplaçants parce que les jeunes nouvellement diplômés ne sont pas attirés par la médecine de ville. Dans cette logique, il sera très difficile de trouver des médecins au centre Bretagne avec comme conséquence, une désertification médicale.

« Dans trois ans, j'irai en retraite et dans le quartier...jusque là, je n'ai toujours pas trouvé de remplaçants. J'imagine maintenant la situation du centre Bretagne ».

- Manque d'alerte informatique

Tous les cabinets médicaux des médecins interviewés étaient équipés des matériels informatiques. De tous ces médecins, un seul utilise des alarmes informatiques. Ces alertes lui servent à se rappeler des examens à prescrire lors des consultations et de résultats à récupérer auprès du patient. La plupart de médecins expliquaient la non utilisation des alertes par le fait qu'ils ne maîtrisaient pas bien l'informatique.

« J'ai toujours utilisé des alarmes informatiques pour me rappeler des examens que j'avais prescrit à la consultation précédente. À partir de ça, je peux interpeller mon patient si je ne vois pas de résultats ».

- Patients

Aux obstacles des médecins traitants, viennent s'ajouter ceux des patients : gêne à manipuler les selles, peur du résultat, l'absence de symptômes.

- La gêne à manipuler les selles et à parler de ses parties intimes :

Pour réaliser le test Hemocult®II, il faudra nécessairement prélever une partie de fèces. Tous les médecins pensent que ceci est un frein majeur au dépistage. Ils estiment que le cancer colorectal touche une partie intime du corps rarement mise en avant. Même dans une consultation, les patients ont du mal à évoquer leurs péristaltismes intestinaux intempestifs, à parler de constipation et/ou à signaler à leur médecin traitant la présence de sang dans leurs selles. Pour la plupart des personnes cibles, les modalités pratiques de réalisation du test entraînent un blocage symbolique indépassable, pas très souvent exprimé lors de la remise des tests. Les excréments que l'on doit envoyer à une autre personne par la poste, étaient qualifiés de rebutant. Par le même ordre d'idées, nous nous sommes rendu compte qu'avec cette argumentation, il sera difficile d'avoir de bons résultats avec les prochains tests immunologiques et nous avons voulu le savoir. Seul un médecin avait fait le même constat que nous.

« Si on avait un test avec prise de sang, il y aurait eu moins de problèmes. »

« Même avec les tests immunologiques, ce problème subsistera car c'est le premier prélèvement qui pose problème, ça bloque ! »

- La peur du résultat, de la maladie cancer

Les médecins ont été unanimes : les patients sont animés par la peur. La peur du diagnostic, de la maladie. Le fait que cette démarche diagnostique puisse comprendre en cas de positivité comme examen une coloscopie, joue sans doute beaucoup dans cette perception. Pour autant, les lettres d'invitations envoyées aux personnes cibles, pour les inciter à faire un test d'examen de détection du sang occulte dans leurs selles, peuvent se transformer en sources d'inquiétudes majeures. La peur peut comporter une dimension incitative, mais aussi qu'elle est évoquée comme ce qui fait obstacle au dépistage. C'est ainsi que la plupart de personnes veulent plutôt, faire la politique de l'Autriche.

Selon les médecins, les femmes participent les plus parce qu'elles ont une pudeur différente par rapport aux hommes. Dès l'âge de procréation, elles sont confrontées aux consultations gynécologiques, elles sont déjà dans une démarche préventive avec la prise de pilules, elles sont confrontées à la santé par les enfants, et elles se font déjà dépister lors des campagnes du cancer du sein. Quant aux hommes, rarement la santé n'a été une priorité.

« Les femmes participent plus parce que elles sont moins pudiques à cause des suivies gynécologiques durant toute la vie. Elles ont une pudeur différente par rapport aux hommes. »

« Les femmes ont déjà peur du cancer du sein. Donc dès qu'elles entendent parler de tout ce qui pourrait le prévenir d'un cancer, elles sont très impliquées. »

- L'absence de symptômes et manque de connaissance

L'absence de symptômes explique également la non-adhésion de la population au dépistage. Des personnes en bonne santé qui, justement pour cette raison, estiment ne pas vouloir se faire dépister. Le dépistage suppose en effet, de se prêter à des examens visant à rendre manifeste une maladie qui ne l'est pas. Autrement dit, il faut se considérer comme potentiellement malade, sans avoir les symptômes de la maladie. Pour le grand public, cela suppose d'envisager la santé d'un point de vue négatif, comme un état de maladie qui s'ignore. Or, d'une manière générale, la santé est perçue comme un état de non maladie: il n'y a donc aucune raison de se faire dépister.

Il est aussi claire que la population ont une confusion entre le dépistage et le diagnostic d'une maladie. Le cancer colorectal est moins évident parce le grand public ne le connaît pas bien. Contrairement au cancer du sein, lorsqu'on est opéré, cela ne se voit pas ainsi on en parle beaucoup moins sauf peut-être pour de cas très grave.

« L'évocation de la pathologie, en l'absence de symptôme ne va pas de soi. Il n'est pas évident de donner des explications à un patient qui ne se plaint de rien ».

« Comme on ne présente pas de signes extérieures, on pense qu'on va bien. C'est une maladie interne ».

Représentant des usagers

Notre entretien avec le représentant des usagers n'a fait que confirmer les freins évoqués ci haut par les médecins généralistes. Notamment le manque de temps pour le médecin, la peur de la maladie pour les personnes cibles, l'absence de symptômes, le test rebutant. Le fait de passer chez le médecin généraliste, de payer la consultation pour avoir son test Hemocult®II, était aussi un frein à ne pas négliger.

➤ Axes de réflexions

Il a été difficile d'avoir une réponse claire venant des médecins généralistes. La plupart avaient avoué ne pas savoir quoi répondre. Deux médecins et la représentante des usagers nous ont proposé clairement qu'il faudrait impliquer d'avantage de professionnels de santé notamment les pharmaciens et les infirmiers libéraux pour la distribution des tests Hemocult ®II et pour relayer l'information comme cela se fait avec les Ophtalmologistes où nous avons actuellement des opticiens, les orthoptistes .

Personne ne m'a proposé une solution pour contourner l'obstacle lié au manque de temps qu'ils présentaient.

La motivation et la disponibilité des médecins généralistes ont été évoquées lors de nos entretiens pour espérer voir une amélioration des taux de participations. Nous avons observé une attitude attentiste de la part des médecins généralistes lorsqu'ils évoquaient l'arrivée prochaine de tests immunologiques.

Il faudra que le grand public soit beaucoup plus sensibilisé de ce que représente le cancer colorectal sans attendre seulement le mois de mars.

Partie 5 Perspectives

Les éléments que nous avons obtenus lors de nos différents entretiens, permettent de répondre à la question de départ sur la faible participation des personnes cibles du département des Côtes d'Armor. La mise en parallèle des entretiens avec les médecins généralistes et la littérature a permis de confirmer les différents motifs de non participation, et d'engager des axes de réflexions quant aux améliorations possibles. Notre étude nous a permis d'avoir comme élément nouveau le fait que les médecins ne parlent jamais du dépistage du cancer colorectal si les plaintes évoqués par les patients ne concernent pas la sphère digestive. Nous avons confirmé que les médecins n'ont pas le temps de parler de la prévention et du dépistage aux patients et que les problèmes de démographie médicale posaient réellement problème. Comme la littérature nous l'a démontré, il existe effectivement des freins liés aux individus notamment le déni face au problème de santé, la gêne et le dégoût de « manipuler » les fèces lors de la réalisation du test Hemocult®II ; les patients s'estimant en bonne santé sont moins concernés à l'idée de faire un test Hemocult®II. Nous ne pouvons ni confirmer ni infirmer l'insuffisance de la formation des médecins généralistes sur les pratiques de dépistage en général. Tous les médecins interviewés se disaient confiants aux tests Hemocult®II contrairement aux études menées par Aubin et al en 2008.

Des spécificités liées aux habitants et au département de Côtes d'Armor n'ont pu être mises en évidence. Ceci s'explique par les contraintes rencontrées et les biais exposés ci-dessous.

5.1 Les limites de notre étude

Au départ, nous avons voulu enquêter par l'envoi d'un questionnaire aux personnes réticentes au dépistage du cancer colorectal et par des entretiens avec les médecins généralistes. Vu le temps qui nous restait, connaissant le long délai que pouvait prendre le retour des questionnaires, nous nous sommes limités aux entretiens avec les généralistes uniquement de Saint Brieuc.

- Limite de sélection : Seuls les médecins volontaires ont bien voulu nous rencontrer. Ainsi donc, notre sélection est influencée par la présence en grande majorité des médecins ayant eu plus des tests Hemocult®II lus. Ils ont été plus réceptifs et sont plus actifs dans la promotion de la prévention. Il aurait encore été plus intéressant d'avoir de médecins ayant moins de tests lus.

- Limite de représentativité : L'échantillon n'est pas représentatif et ne comprend que de médecins de Saint Brieuc et agglomérations et un seul représentant des usagers. L'idéal

était de parcourir tous les cantons des Côtes d'Armor principalement ceux du centre Bretagne mais nous étions dans l'incapacité matérielle de le faire.

L'analyse de nos entretiens ne pourra donc pas se faire en comparaison avec les autres médecins du département. N'ayant pas non plus la possibilité de rencontrer l'ensemble des médecins, l'interprétation des résultats ne pourra donc être généralisée.

Notre étude est basée sur des déclarations, donc sujette aux biais. Les résultats doivent être nuancés. Néanmoins, elle nous a permis d'aborder les différentes difficultés rencontrées par les médecins et les patients pouvant expliquer les faibles taux de participation aux différentes campagnes de masse du cancer colorectal dans les Côtes d'Armor.

Pour les médecins, le plus grand problème est celui de manque de temps. Il leur est difficile voire impossible d'intégrer la prévention dans une consultation classique. Quant aux personnes cibles, les obstacles peuvent être résumés par la peur de la maladie, l'examen peu ragoutant, l'absence de symptômes, le manque d'information.

5.2 Les pistes d'actions en direction des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers etc.)

Afin de faciliter l'adhésion de la patientèle à tout processus de dépistage et plus particulièrement à celui du cancer colorectal, les médecins doivent impérativement informer, établir un réel dialogue avec leurs patients pour permettre à ces derniers d'adhérer et de s'engager dans la procédure de dépistage.

Tous les médecins interviewés sont convaincus de l'intérêt de la prévention et notamment du dépistage organisé du cancer du colon et du rectum. Cependant des contraintes temporelles, la complexité des informations à donner aux patients et la multitude de problèmes à gérer au cours des consultations ne leur permettent pas d'exercer leur rôle indispensable dans la prévention comme ils le souhaiteraient. Pour palier au refus de certaines personnes à participer au dépistage organisé du cancer colorectal, lié à la fois par manque de temps pour les médecins généralistes et la peur, les représentations qu'ont les personnes cibles réticentes et donner plus de place à la prévention, il nous paraît pertinent de proposer :

- ❖ La mise en place d'une consultation spécifique dédiée à la prévention. Elle pourra concerner dans un premier temps les personnes âgées de 50 à 60ans du centre Bretagne. Car toutes les statistiques nous montrent que cette tranche d'âge participe le moins dans les différentes campagnes (Cf. graphe3). Elle privilégiera et redonnera une place à la prévention et touchera une plus grande partie de personnes réticentes au dépistage organisé du cancer colorectal.

Cette consultation sera prise en charge à 100% par la caisse primaire d'assurance maladie. L'avantage serait le non déboursement des frais par les patients et il y aura la possibilité de faire la promotion des dépistages des autres cancers (Sein, etc.)

- ❖ Lors des périodes ou des jours plus calmes, inciter les médecins généralistes à ménager du temps spécialement pour les personnes cibles qui viendront consulter en leur parlant du dépistage du cancer colorectal.
- ❖ Intégrer, installer et utiliser des alertes informatiques dans les logiciels métiers pour chaque patient ayant au moins 50ans. Cette alerte leur informera sur les examens à faire et à prescrire si cela n'avait pas été fait.
- ❖ Associer des pharmaciens pour assurer la distribution des tests Hemocult®II aux usagers de la pharmacie. Ainsi il faudra organiser des séances de formations qui incluront des pharmaciens et des infirmiers libéraux.
- ❖ Mise en place d'un fichier de suivi comme une grille informatique à remplir pour suivre toutes les actions de prévention. Les listes leur seront fournies par la CPAM via la structure de gestion.

5.3 Les pistes d'actions en direction de la population cible

Les résultats issus des entretiens et de la littérature mettent en évidence le besoin d'information des populations cibles sur l'ensemble de dépistage ainsi que les freins liés aux représentations. Les actions suivantes sont inscrites dans le principe d'aller vers la population cible et non pas d'attendre qu'elle vienne à l'information et au dépistage organisé. Elles auront un impact significatif sur leur participation.

- ❖ L'idée d'une caravane qui sillonnerait tous les cantons où les taux de participation sont très faibles. Ce véhicule aura à son bord les médecins coordonnateurs de la structure de gestion pour délivrer une information précise et adaptée sur le dépistage de cancer colorectal et distribuer des tests Hemocult®II.

L'idée de la caravane a été déjà proposée pour le dépistage des cancers dans le Vaucluse. Elle a en son sein une équipe faite de médecins généralistes, des radiologues et des manipulateurs de radiographie.

- ❖ Impliquer d'avantage d'acteurs, faire relayer l'information par de spots télévisés, radiophoniques, de messages publicitaires, ne pas attendre seulement le mois de mars.

- ❖ Animer de séances de sensibilisation auprès de la population avec pour objectifs de :
 - Accompagner la population cible dans une réflexion sur l'importance, l'intérêt et l'utilité du dépistage organisé
 - Améliorer les perceptions par rapport à la vulnérabilité face au cancer.
 - Redresser les connaissances sur le dépistage organisé et revaloriser la qualité des programmes de dépistage organisé.
 - Aider à comprendre l'importance des courriers d'invitation et des relances ainsi que le mode d'emploi pour des tests Hémocult®II.

5.4 Les éléments à considérer pour une communication adaptée

Pour favoriser une forte adhésion au programme de dépistage, une bonne stratégie de communication doit être prise en considération. Il nous paraît très important de renouveler et d'adapter régulièrement les messages d'exhortation à la participation au dépistage. Ceci potentialisera les efforts de communication et de sensibilisation. Ainsi il faudra :

- ❖ Organiser des formations à destinations de:
 - Médecins généralistes
 - Pharmaciens et infirmiers libéraux
 - Professionnels œuvrant dans la structure de gestion

En suite répétées régulièrement des campagnes d'informations, où les messages éducatifs de ces campagnes sont relayés par les professionnels de la santé formés.

- ❖ Multiplier des invitations aux personnes cibles pour qu'elles se rendent au centre d'examen afin de se faire dépister. Ainsi, elles seront, elles-mêmes, conscientes qu'elles sont dans une démarche préventive.
- ❖ Renouveler régulièrement les affiches pour plus d'impact (dans les abris de bus et dans les bus, dans les cabinets des médecins généralistes, gastroentérologues, radiologues et pharmacies.
- ❖ Faire intervenir les associations locales qui serviront de relais à la diffusion de l'information : association de personnes âgées, associations communautaires, etc ;
- ❖ Faire intervenir des spécialistes en communication pour améliorer les affiches ;

- ❖ Informer sur le faible taux de positivité du test et des messages portant sur la notion de risque pour aider le public cible à modifier ses propres représentations et croyances vis-à-vis des actions de prévention/dépistage.
- ❖ Donner des témoignages des personnes dépistées avec des formulations adaptées sans manier la peur ;
- ❖ Expliquer le caractère important d'être un grand nombre à se faire dépister ;
- ❖ Faire des invitations groupées colon-sein pour les femmes réticentes n'ayant jamais réalisé les 2.
- ❖ Inciter les personnes à répondre aux invitations que seront lancées par la CPAM et l'AdecArmor. Pour cela, il faudra relayer l'information par la presse écrite notamment avec le journal « Ouest France ».

La conception des affiches destinés au grand public doivent inclure des messages clairs tels que :

1) Le cancer colorectal:

- Est l'un des trois cancers les plus prévalent.
- Est la 2^e cause de mortalité par cancer.
- N'arrive pas qu'aux personnes ayant des antécédents familiaux.

2) Le dépistage :

- Est important même si aucun symptôme n'est perçu par le patient.
- Doit être fait à intervalles réguliers.
- Sur 100%, il n'y a que 2% de tests positifs

5.5 Pour la structure de gestion AdecArmor

Sa visibilité est diluée par celles de l'INCa et de la Ligue contre le Cancer. Pour la rendre plus visible, elle devra :

- ❖ Créer de son propre site Internet pour informer les professionnels de santé et les usagers de ses activités, du déroulement de différentes campagnes et pérenniser les messages de prévention. Ce site permettra aussi d'informer le grand public que les campagnes organisées au niveau national (dont ils entendent parler à la télévision ou à la radio) sont mises en œuvre sur terrain par la structure de gestion.
- ❖ Organiser régulièrement des réunions permettant d'instaurer et de maintenir une dynamique avec les médecins. Ces réunions se feront dans le cadre de formation médicale continue et associeront souvent un autre thème présenté par un

spécialiste du secteur. Ceci pour attirer plus des médecins et permettre d'augmenter l'intérêt des réunions.

- ❖ Ouvrir un poste de « Chargé de mission » ou de « Visiteur santé publique » qui aura pour mission de rencontrer sur le terrain les professionnels de santé et les personnes réticentes et /ou éloignées des pratiques de dépistage. Il cherchera à fidéliser les personnes se trouvant déjà dans le dispositif pour leur parler du dépistage organisé des cancers et leur apporter des nouvelles informations et répondre aux éventuelles questions. Il se déploiera principalement dans les cantons ayant des faibles taux de participation et un problème de démographie médicale.

Les avantages d'avoir un « chargé de mission » seront:

- créer une relation de proximité avec les professionnels de santé et usagers ;
- couvrir de lieux reculés du département ;
- appliquer une stratégie commune de départemental sur le plan de la communication.

Conclusion

Nous nous sommes fixés l'objectif de comprendre les raisons pouvant expliquer les faibles taux de participation dans les Côtes d'Armor. L'étude, que nous avons menée, a permis de mettre en évidence un certain nombre d'obstacles rencontrés par des médecins généralistes ainsi que par les personnes cibles.

Le temps nécessaire pour parler du dépistage incluant la délivrance du test Hemocult®II et les explications à donner était les obstacles principaux évoqués par la majorité des médecins.

Les médecins généralistes étaient bien conscients du rôle qu'ils pourraient avoir dans le dépistage. Ils étaient prêts à s'y investir mais des améliorations devaient être apportées, selon eux, pour que cela puisse se faire dans des conditions optimales. Un médecin interviewé avait conclu en disant : «...*je suis tout à fait d'accord pour le dépistage mais qu'on me donne les moyens*».

Plusieurs études l'ont montré, les médecins généralistes sont indispensables et leur implication contribue à la réussite du déroulement des campagnes du dépistage organisé du cancer colorectal. Elle détermine en effet la participation de la population concernée. Il apparaissait donc intéressant d'avoir leurs avis avant de proposer des axes d'amélioration et de mettre en place des mesures visant à surmonter les obstacles évoqués.

Du côté patient, les plus grands obstacles décrits dans la littérature, peuvent se résumer par : la peur de la maladie, le fait de se sentir en forme et/ou d'être asymptomatique et le test Hémocult®II en soi, rebute beaucoup de personnes. Il pourrait être utile de mener une enquête auprès de la population réticente de tous les cantons de Côtes d'Armor afin de vérifier si l'on retrouve les causes connues de non participation voire d'autres motifs de refus. Il serait également intéressant de mieux prendre en compte hétérogénéité des cantons, des particularités socio-économiques et d'offres de soins.

Bibliographie

Textes juridiques

- Arrêté du 29 septembre 2006 relatif au programme de dépistage des cancers, Journal officiel (JO) n°295, 21 décembre 2006
- Décret n°2005-419 du 3 mai 2005 relatif à l'Institut National du Cancer
- Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistages des cancers

Ouvrages et Manuels

- Bretagne J-F. / éd., 2008, *Dépistage de masse du cancer colorectal : présent et avenir*. La Presse Médicale 2008 ; **36**(7/8) : 1054-1063.
- Sancho-Garnier H. / éd., 1997, *Dépistage des cancers, de la médecine à la santé publique*, les éditions INSERM, 168p

Enquêtes

- Hospices civils de Lyon/Institut de veille sanitaire/Institut national du cancer/Francim/Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010*. InVS. Avril 2010. 75 p.
http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/rapport_projections_nationales_cancer_2010.pdf [consulté le 21.03.2012]
- Synthèse de résultats de la 2^e vague de l'enquête barométrique INCa/BVA, les Français face au dépistage des cancers, collection Enquête et sondages. [En ligne visité le 4.04.2012] disponible sur <http://www.e-cancer.fr/.../1505-synthèse--les-français-face-au-dépistage-des-cancers-resultats-de-la-2eme-vague-barométrique>

Rapports et Études

- Plan cancer 2009 – 2013 : 5 axes, 30 mesures et 118 actions Novembre 2009
- Rapport Grunfeld, Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 pour un nouvel élan, 14 février 2009
- Rapport final du Haut Conseil de la Santé Publique, Evaluation du plan cancer, janvier 2009
- Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la mise en oeuvre du Plan Cancer, 5 juillet 2006
- Recommandations du Conseil relatives au dépistage des cancers. Commission des Communautés Européennes, Décembre 2003
- Rapport d'activité AdecArmor Juin 2012
- Rapport INVS : Résultats de l'évaluation du programme de dépistage organisé du
Billy KABEYA MBOSO - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique -2012

cancer colorectal année 2011

- Rapport INVS : Mortalité observée par cancer en France métropolitaine entre 1984 et 2008

Thèses et Mémoires

- Auffret C. et al., 2006, *Dépistage des cancers : comment atteindre certaines population difficile à toucher*, EHESP, Module interprofessionnel.

- Bénédicte G., 2011, *Les inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer au sein en région Midi-Pyrénées : état de lieux et perspectives*, Mémoire, EHESP, 98p

- Bismuth M., 2011, *La consultation de délivrance du test Hemocult dans le cadre du dépistage organisé : étude qualitative*, Thèse pour le Doctorat en médecine : Université de Paris VII, 157p

[en ligne visité le 23.03.2012] disponible sur www.bichat-larib.com/publications

- Rongere L., 2010, *En quoi les femmes des territoires de Redon-Pipriac St Malo-Dinard semblent avoir des difficultés à participer au programme de dépistage organisé du cancer du sein ?*, Mémoires, EHESP, 74p

Revue et Articles

- Advisory Committee on Cancer Prevention: Recommendations on screening in the European Union. *Europ J Cancer* 2000;36:1473-8

- Belot A., Velten M., Grosclaude P., et al., décembre 2008, « Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005 », Francim, INCa, Inserm, Hôpitaux de Lyon, INVS,

- Benhamiche-Bouvier AM., Clinard F., Phelip J., et al., 2009, «Colorectal cancer prevalence in France ». *Eur J Cancer Prev* 2000; 9: 303-307.

- Bretagne JF., Faivre J., 2000, « La Société Nationale Française de Gastroenterologie recommande la mise en place d'un dépistage généralisé et organisé du cancer colorectal en France », *Gastroenterol Clin Biol*;24:492-3

[visité le 23.03.2012] disponible sur www.jle.com/fr/revues/medecine

- Bretagne JF., Manfredi S., Heresbach D., 2007, « Dépistage de masse du cancer colorectal: présent et avenir », *Press Med*; 36(7-8):1054-63

disponible sur www.jle.com/fr/revues/medecine

- Castiglione G., Zappa M., Grazini G., et al., 1996, «Immunological vs guaiac faecal occult blood tests in a populationbased screening programme for colorectal», *Cancer British Journal* ;74-141-4

- Conférence Consensus, 1998, « Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon », *Gastroentérol clin Biol* ;22 (Suppl 3) 51-5295

- Cummings JH., Bingham SA., 1998, *British Medical Journal*, 12;317(7173):1636-40

[visité le 12.05.2012] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

- Dancourt V., Faivre J., 2004, « Epidémiologie et dépistage des cancers colorectaux », *la revue du praticien*; 54 :135-142.

- Durand G., Arveux P., Milan C., et al., 1992, « Vécu d'une campagne de dépistage de masse des cancers colo-rectaux par les médecins généralistes », *Cah Sociol Demogr Med*; 32 (2-3): 191-205

- Edwards BK., Ward E., Kohler BA., et al. « Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening and treatment) to reduce future rates». *Cancer* 2010; 116(3):544-73.

- Faivre J., 2001, « Épidémiologie et prévention du cancer colorectal », *Springer Digest*, p110

- Faivre J., Tazi MA., El Mirni T., et al., 2004, « Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*;126:1674-80.

- Faivre J., Tazi MA., Milan C., et al.,1999, «Controlled trial of fecal occult blood screening for colorectal cancer in Burgundy (France). Results of the first 9 years». *Gastroenterology* ;116:A400.

- Grepithe. « Etude multicentrique prospective sur la détection des polypes et des cancers rectocoliques dans une population d'hospitalisés et de consultants », *Gastroenterol Clin Biol* 1981; 5:58-66 [En ligne visité le 12.04.2012] <http://www.jle.com/en/revues/medecine/hpg>

- Goulard H., Boussac-Zarebska M., Salines E., et al., avril 2009, « Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum en France – Bilan du programme pilote : actualisation des données au 1er novembre 2007 ». Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 8p.

disponible sur http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage

- Horner MJ et al. « SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006», *National Cancer Institute. Bethesda, MD*

- Launoy G., Bertrand H., Berchi C., et al., 2005, «Evaluation of an immunochemical faecal occult blood test with automated reading in screening for colorectal cancer in a general average-risk population». *Int J Cancer*;115: 493-496

- « Mortalité observée par cancer en France métropolitaine entre 1984 et 2008 », InVS.

- « Projection d'incidence et de mortalité par cancer en France en 2011 », HCL/InVS /INCa/ Francim/Inserm.

- « Survie des patients atteints de cancer en France : étude des registres du réseau », 2007, *FRANCIM, Éd. Springer.*

Ressources sites internet

Site de l'Institut National de la statistique et des Études Économiques : www.insee.fr

Site de l'Institut Nationale de Veille Sanitaire : www.invs.sante.fr

Site Legifrance : www.legifrance.fr

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé : www.travail-emploi-sante.gouv.fr

Site de l'Institut National du Cancer : www.e-cancer.fr

Site de l'ORS Bretagne : www.orsbretagne.fr

Site de l'OMS : www.who.org

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien des médecins généralistes

Annexe 2 : Tableaux des actions à mener

Annexe 3 : Taux de participation 2010 – 2011 par département bretons

Annexe 4 : Plaquettes test Hemocult®II et affiche

Annexe 1 : Grille d'entretien des médecins généralistes

I. Positionnement par rapport au programme de dépistage

- 1) Comment percevez-vous votre rôle dans le dépistage organisé du cancer colorectal ?
Indispensable, majeur, simple acteur ?
- 2) Quelle est votre opinion sur la campagne de dépistage du cancer colorectal ?
Que pensez-vous des outils proposés actuellement?
- 3) Connaissez-vous l'AdecArmor ? Quelles relations avez-vous avec la structure de gestion ? (Appels téléphoniques en cas de problème ? Echange de courriers ?...)

II. Son intégration dans la pratique

- 1) En pratique, comment abordez-vous le sujet du dépistage du cancer colorectal avec vos patients ?
- 2) Avez-vous besoin d'un temps supplémentaire pour parler du dépistage organisé du cancer colorectal ?
- 3) Entre vous et votre patient qui aborde généralement le sujet de dépistage ?
- 4) Pendant vos consultations, en quel moment abordez-vous le sujet en rapport avec le dépistage ?
- 5) Qui remet les tests Hemocult à vos patients ? Les explications sont-elles bien comprises par ceux-ci ?
- 6) Quels sont les principales difficultés rencontrées lorsque vous leur parlez du dépistage du cancer colorectal?

III. Axes de réflexions

- 1) Quelles seraient vos idées pour améliorer le taux de participation à ce dépistage ?

Annexe 2 Participation au DO du CCR 2010 – 2011

		Femmes			
		Nombre de personnes dépistées	Population Insee cible	Taux d'exclusion standardisé* (%)	Taux de participation Insee standardisé* (%)
France entière		2 752 563	9159132	11,5	34,0
Bretagne		148 510	473995	14,3	36,6
	22- Côtes-d'Armor	29 119	95277	13,3	35,1
	29- Finistère	36 143	136519	14,6	31,0
	35- Ille-et-Vilaine	48 755	127641	14,9	45,0
	56- Morbihan	34 493	114559	14,1	35,0

		Hommes			
		Nombre de personnes dépistées	Population Insee cible	Taux d'exclusion standardisé* (%)	Taux de participation Insee standardisé* (%)
France entière		2 241 772	8434764	11,1	30,0
Bretagne		121 925	436169	14,0	32,6
	22- Côtes-d'Armor	23 040	87923	12,2	29,8
	29- Finistère	30 652	125285	14,5	28,7
	35- Ille-et-Vilaine	40 897	117590	15,7	41,6
	56- Morbihan	27 336	105372	13,3	30,0

Annexe 3 : Tableaux des actions à mener

ACTION 1 : Implications des médecins généralistes et des pharmaciens	
Constat	Tous les médecins interviewés sont convaincus de l'intérêt de la prévention et notamment du dépistage organisé du cancer du colon et du rectum. Cependant des contraintes temporelles, la complexité des informations à donner aux patients et la multitude de problèmes à gérer au cours des consultations ne leur permettent pas d'exercer leur rôle de prévention comme ils le souhaiteraient.
Objectif général	- Privilégier et redonner une place à la prévention afin de toucher une plus grande partie de personnes réticentes au dépistage organisé du cancer colorectal.
Méthodes	<ul style="list-style-type: none"> - Associer des pharmaciens pour assurer la distribution des tests Hemocult®II aux usagers de la pharmacie, après des explications - Lors des périodes ou des jours plus calmes, inciter les médecins généralistes à ménager du temps spécialement pour les personnes cibles qui viendront consulter en leur parlant du dépistage du cancer colorectal. - Intégrer, installer et utiliser des alertes informatiques dans les logiciels métiers pour chaque patient ayant au moins 50ans. Cette alerte leur informera sur les examens à faire et à prescrire si cela n'avait pas été fait. - Mise en place d'un fichier de suivi comme une grille informatique à remplir pour suivre toutes les actions de prévention. - Organiser des réunions avec des médecins au début de chaque campagne. - Assurer un retour systématique d'information personnalisée sur la pratique de dépistage dans la patientèle de chaque médecin. - Relayer l'information par des affiches et des flyers à distribuer aux usagers, principalement dans les pharmacies des cantons où il y a de plus faibles taux de participation
Population bénéficiaire de l'action	Toutes personnes âgées de 50 à 74ans

Action2 : expérimentale pour une augmentation du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal	
Constat	Refus de certaines personnes à participer au dépistage organisé du cancer colorectal, lié à la fois par manque de temps pour les médecins généralistes et la peur, les représentations qu'ont les personnes cibles réticentes.
Objectif	Augmenter le taux de participation en organisant des consultations dédiées à la prévention.
Bénéficiaires de l'action	Population âgée de 50 à 60 ans car elle est la moins participante
Méthode	Proposer à la CPAM des Côtes d'Armor de prendre en charge l'intégralité des frais de consultations. À commencer par les cantons où les taux sont les plus faibles, notamment ceux du centre Bretagne. Ces consultations permettront, avant tout, de toucher une plus grande partie des réticents et responsabiliseront le patient.
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de frais pour les personnes ciblées - Possibilité de faire la promotion des dépistages des autres cancers (Sein, etc.)

Action 3 : Chercher à convaincre les personnes réticentes de participer au dépistage organisé du cancer colorectal	
Constat	Les statistiques fournies par l'INVS et les résultats issus des entretiens mettent en évidence le besoin d'information des populations cibles sur le dépistage ainsi que les freins liés aux représentations qu'elles en ont.
Objectif spécifique	Proposer aux professionnels de santé et aux acteurs œuvrant dans le secteur de la prévention, un kit de communication leur permettant d'organiser des séances de sensibilisation auprès de la population cible en visant les plus réticents.
Bénéficiaires de l'action	<p>Population cible âgée de 50 à 74 ans.</p> <p>Possibilité de cibler les personnes les plus réticentes dont l'âge est compris entre de 50 à 60ans.</p>
Population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Les médecins généralistes, les pharmaciens, les infirmières - Les secrétaires des cabinets médicaux - Les structures de gestion du dépistage des cancers - La ligue contre le cancer, les représentants des usagers - Les professionnels de la CPAM : DAM et autres

Méthode	<p>- L'idée d'une caravane qui sillonnerait tous les cantons où les taux de participation est très faible. Ce véhicule aura à son bord les médecins coordonnateurs de la structure de gestion pour délivrer une information précise et adaptée sur le dépistage de cancer colorectal et distribuer des tests Hemocult.</p> <p>- Impliquer d'avantage d'acteurs, faire relayer l'information par de spots télévisés, radiophoniques, de messages publicitaires, ne pas attendre seulement le mois de mars.</p> <p>Animer de séances de sensibilisation auprès de la population avec pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagner la population cible dans une réflexion sur l'importance, l'intérêt et l'utilité du dépistage organisé. - Améliorer les perceptions par rapport à la vulnérabilité face au cancer. - Redresser les connaissances sur le dépistage organisé et revaloriser la qualité des programmes de dépistage organisé. - Aider à la compréhension et à l'importance du courrier d'invitation et du mode d'emploi pour le test Hémocult II.
----------------	---

Action 4: Amélioration des supports de communication	
Constat	Les entretiens auprès des médecins et du représentant des usagers ont montré le manque d'informations sur le dépistage organisé des personnes cibles, des professionnels de santé et des acteurs œuvrant dans le secteur.
Objectif général	Potentialiser les efforts de communication et de sensibilisation
Contenu de l'action	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser des formations qui pourraient être destinées : <ol style="list-style-type: none"> 1) Aux médecins généralistes 2) Aux professionnels de santé libéraux 3) Aux professionnels de la structure de gestion - Réaliser des campagnes informatives, répétées régulièrement dans le temps, où les messages éducatifs de ces campagnes sont relayés par les professionnels de la santé. - Multiplier des invitations aux personnes cibles pour qu'elles se rendent au centre d'examen afin de se faire dépister. Ainsi, elles seront, elles-mêmes, conscientes qu'elles sont dans une démarche préventive.

	<ul style="list-style-type: none"> - Renouveler régulièrement les affiches pour plus d'impact - Travailler avec des associations locales afin qu'elles puissent servir de relais de diffusion de l'information : association de personnes âgées, associations communautaires, etc. - Faire intervenir des spécialistes en communication pour améliorer les affiches - Informer sur le faible taux de positivité du test et des messages portant sur la notion de risque pour aider le public cible à modifier ses propres représentations et croyances vis-à-vis des actions de prévention/dépistage. - Donner des témoignages des personnes dépistées avec des formulations adaptées sans manier la peur - Expliquer le caractère important d'être un grand nombre à se faire dépister - Faire des invitations groupées colon-sein pour les femmes réticentes n'ayant jamais réalisé les 2. - Inciter les personnes à répondre aux invitations que seront lancées par la CPAM et l'AdecArmor. Pour cela, il faudra relayer l'information par la presse écrite notamment avec le journal « Ouest France ».
Population cible bénéficiaire de l'action	- Toute personne cible âgée de 50 à 74 ans

Action : Rendre visible la structure de gestion AdecArmor	
Constat	La visibilité de l'AdecArmor est diluée par celles de l'INCa et de la Ligue contre le Cancer.
Objectif général	Rendre plus visible l'AdecArmor dans le département
Contenu de	<ul style="list-style-type: none"> - Création de son propre site Internet pour informer les professionnels de santé et les usagers de ses activités, du déroulement de différentes campagnes et pérenniser les messages de prévention. Ce site permettra aussi d'informer le grand public que les campagnes organisées au niveau national (dont ils entendent parler à la télévision ou à la radio) sont mises en œuvre sur terrain par la structure de gestion. - Organiser des réunions régulières permettant d'instaurer et de maintenir une dynamique avec les médecins. Ces réunions se feront

l'action	<p>dans le cadre de formation médicale continue et associeront souvent un autre thème présenté par un spécialiste du secteur. Ceci pour permettre d'augmenter l'intérêt des réunions pour les médecins</p> <p>- Ouvrir un poste de « Chargé de mission » ou de « Visiteur santé publique ». Il aura pour mission de rencontrer sur le terrain les professionnels de santé, ainsi que les structures sociales et associatives de proximité les professionnels de santé, intégrer les personnes réticentes et /ou éloignées des pratiques de dépistage, fidéliser les femmes se trouvant déjà dans le dispositif pour leur parler du dépistage organisé des cancers. Il se déploiera principalement dans les cantons ayant des faibles taux de participation et un problème de démographie médicale.</p>
Avantages	<p>- Couverture de lieux reculés du département ;</p> <p>-Application d'une stratégie commune de départemental de communication.</p> <p>- Proximité avec les professionnels de santé et usagers, seul gage de succès et de qualité de telles missions.</p>
Population cible bénéficiaire de l'action	<p>- Professionnels de santé</p> <p>- Toute personne cible âgée de 50 à 74 ans</p>

KABEYA MBOSO

Billy

04 juillet 2012

**Master2 Pilotage des politiques et actions en actions en
santé publique
Promotion 2012**

Identification des freins liés au faible taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal dans le département des Côtes d'Armor : points de vue de médecins généralistes.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP & IEP de RENNES

Résumé :

En 2011, l'incidence du cancer colorectal en France était estimée à 40 500 nouveaux cas et sa mortalité annuelle à 17400 décès. Il représente le 3ème cancer le plus fréquent, après celui du sein et de la prostate, et le 2ème cancer en terme de mortalité derrière celui du poumon. Il est établi qu'en faisant un test Hemocult® tous les deux ans, suivi d'une coloscopie en cas de positivité du test, il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité avec un taux de participation de 50 %. Malgré la généralisation de la campagne de dépistage organisé, la France et les Côtes d'Armor en particulier, ont toujours des taux de participations inférieurs (32%) au référentiel Européen pour espérer réduire sensiblement la mortalité imputable au cancer colorectal.

Le rôle du médecin généraliste étant indispensable dans le dépistage, notre étude a reposé sur des entretiens semi-directifs menés auprès des médecins généralistes où ont été explorés les difficultés rencontrées en pratique, les freins pouvant expliquer le faible taux de participation dans le département des Côtes d'Armor. Les entretiens nous ont permis de proposer des actions en vue d'améliorer et de mieux cibler les actions de sensibilisation des personnes cibles et des professionnels de santé.

Mots clés :

Dépistage, dépistage organisé, cancer, cancer colorectal, hemocult, enquête, médecin généraliste, taux participation, France, Côtes d'Armor, Freins

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.