



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2010-2011

« Mars Bleu » temps fort pour promouvoir le
dépistage organisé du cancer colorectal

Quelles actions pour quels résultats en Meurthe et
Moselle ?

Soutenu en juin 2011

Mademoiselle Amandine VALLATA

Maître de stage :

Docteur Catherine MOREL

Guidant universitaire :

Monsieur Serge BRIANCON

REMERCIEMENTS

Je remercie Mr STINES et Mme MOREL pour m'avoir accueillie en stage, et confié ces différentes responsabilités au sein du projet.

Merci à mes collègues et mes responsables pour m'avoir fait confiance sur la conduite de ce projet, et pour leur investissement lors des nombreuses animations organisées cette année : Daniel, Mr DIDIER, Mme JEANDEL, Mme MOREL, ainsi que le personnel de l'association URILCO.

Merci à toutes les secrétaires de l'ADECA54, pour le soutien et les encouragements qu'elles m'ont apportés tout au long de mon stage : Sandrine, Christine, Élodie, Véronique, Martine et Estelle. Un grand merci à Élodie pour tous les coups de main qu'elle m'a donnés !

Pour leurs conseils et leurs encouragements quant à la rédaction de ce mémoire, je remercie vivement Mme MOREL, Mr DIDIER, Daniel OBERLE. En particulier merci à Geneviève qui malgré son absence lors de mon stage a consacré du temps pour répondre à mes questions.

Je tiens également à remercier l'ensemble des partenaires avec qui j'ai pu collaborer durant mon stage, pour leur implication dans le projet « Mars Bleu » et sans qui tout ce travail ne serait pas possible.

Enfin, à ma famille, j'adresse mes plus vifs remerciements et toute ma gratitude pour l'aide et l'éternel soutien qu'ils m'accordent.

Table des matières

Introduction	9
1 - Contexte	11
1.1 -Épidémiologie du cancer colorectal	11
1.2 -La décision de la mise en place d'un dépistage organisé du cancer colorectal en France	12
1.2.1 -Les études de références	12
1.2.2 -Le programme pilote	12
1.2.3 -Les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé	13
1.3 -Le dépistage du cancer colorectal en Europe	13
1.4 -Le dépistage organisé du cancer colorectal en France : pour qui et comment ?	14
1.4.1 -Population cible et exclusions	14
1.4.2 -Le test HémoCult	15
1.4.3 -La coloscopie	15
1.4.4 -Les tests immunologiques	16
1.5 -La gestion du dépistage organisé du cancer colorectal en France	16
1.5.1 -Le rôle des structures de gestion	16
1.5.2 -ADECA54	17
1.5.2.1 -Historique	17
1.5.2.2 -Le personnel et les partenaires	17
1.5.3 -Les acteurs institutionnels	18
1.5.3.1 -L'Institut National du Cancer	18
1.5.3.2 -L'Institut de Veille Sanitaire	18
1.5.3.3 -L'Assurance Maladie	18
1.5.4 -Le rôle du médecin généraliste	18
1.5.5 -Le rôle du centre de lecture	19
1.6 -Perceptions sur cancer et dépistage du cancer colorectal	19
1.7 -Un élément clé du programme de dépistage : la participation	20
1.7.1 -Définition	20
1.7.2 -Facteurs influençant la participation de la population cible	20
1.7.2.1 -Déterminants socio-économiques et motifs de non participation	20
1.7.2.2 -Les médecins généralistes	21
1.7.3 -Premiers résultats de participation de la campagne nationale	22
1.8 -Le Plan Cancer 2009-2013	22
1.9 -Le mois national de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal : Mars Bleu	22
1.10 -Les objectifs du stage	23
2 - Méthodes	25
2.1 -La conduite du projet	25
2.1.1 -Les réunions préparatoires	25
2.1.2 -La planification	25
2.1.3 -Le choix d'une animation	25
2.2 -La campagne médiatique de l'INCa	26
2.3 -Communication de masse	26
2.3.1 -Professionnels de santé	26
2.3.2 -Cas particulier des pharmaciens	27
2.3.3 -Mairies	28

2.3.4 -Comités sportifs départementaux	29
2.4 -Les actions de terrain	30
2.4.1 -L'établissement de partenariats	30
2.4.2 -Les questionnaires d'évaluation	30
2.4.3 -Les moyens à disposition	31
2.4.3.1 -Les moyens humains	31
2.4.3.2 -Les moyens matériels	31
2.4.3.3 -Les moyens financiers	31
2.4.4 -Les typologies d'interventions	31
2.4.4.1 -Les stands	32
2.4.4.2 -Les ateliers pratiques	32
2.4.4.3 -Les conférences débats	32
3 -Résultats	33
3.1 -Communication de masse	33
3.1.1 -Professionnels de santé	33
3.1.2 -Cas particulier des pharmaciens	33
3.1.3 -Mairies	38
3.1.4 -Comités sportifs départementaux	39
3.2 -Les actions de terrain	39
3.2.1 -Résultats quantitatifs	39
3.2.2 -Résultats qualitatifs	41
3.3 -Ouvertures	42
4 -Discussion	43
4.1 -La conduite du projet	43
4.2 -Communication de masse	43
4.2.1 -Les professionnels de santé	43
4.2.2 -L'action « vitrines bleues »	44
4.2.3 -Les mairies	45
4.2.4 -Les comités sportifs départementaux	45
4.3 -Les actions de terrain	45
4.3.1 - Intention de comportement	45
4.3.2 - Lieux des interventions	46
4.3.3 - Type d'intervention	48
4.3.4 -La remise du test Hémocult	48
4.4 -La participation au dépistage	49
4.5 -Mars Bleu ailleurs en France	50
Index des tables	53
Index des illustrations	55
Bibliographie	57
Annexe I : Les exclusions au DOCCR	I
Annexe II : Le courrier d'invitation au DOCCR	II
Annexe III : Organigramme de l'ADECA54	III
Annexe IV : Carte de France des taux de participation au DOCCR par département sur la période 2009-2010	IV
Annexe V : Les mesures de l'axe dépistage du Plan Cancer 2009-2013	V

Annexe VI : Arbre d'objectifs général sur la réduction de mortalité par CCR	VI
Annexe VII : Arbre d'objectifs général sur l'augmentation de la participation au DOCCR	VII
Annexe VIII : Diagramme de Gantt pour ma période de stage	VII
Annexe IX : Calendrier des animations	IX
Annexe X : La campagne nationale de l'INCa	XI
Annexe XI : La grille d'entretien pour l'évaluation de l'action vitrines bleues	XII
Annexe XII : Article DOCCR pour Mars Bleu	XVI
Annexe XIII : Le coupon réponse du courrier pour les comités sportifs départementaux	XVII
Annexe XIV : Questionnaire d'évaluation pour le public	XIX

Liste des sigles utilisés

ADECA54 : Association pour le Dépistage des Cancers en Meurthe et Moselle

APODCS : Association pour la Promotion et l'Organisation du Dépistage du Cancer du Sein en Meurthe et Moselle

ARCAD : Aide et Recherche en Cancérologie Digestive

ATCD : antécédent

CCR : cancer colorectal

CMP : Centre de Médecine Préventive

CUGN : Communauté Urbaine du Grand Nancy

DO : dépistage organisé

DOCCR : Dépistage Organisé du Cancer Colorectal

DOCS : Dépistage Organisé du Cancer du Sein

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MM : Meurthe et Moselle

SG : Structure de gestion

SLUC : Stade Lorrain Université Club

URILCO : uro-iléo-colostomisés

INTRODUCTION

Selon les données nationales de mortalité, la première cause de décès en France, tous sexes confondus, est les cancers. Le cancer colorectal (CCR) se situe au deuxième rang des décès par cancer, derrière le cancer du poumon et devant le cancer du sein (1). Il évolue lentement et sans donner de signes avant-coureurs pendant longtemps, ce qui explique qu'on le diagnostique souvent trop tardivement. Mais, le dépistage peut permettre d'identifier des cancers à un stade très précoce de leur développement et donc de diminuer la mortalité qui y est associée. Il s'effectue en effet chez des sujets à priori sains, sans symptômes, contrairement à un diagnostic où les symptômes sont déjà là et la maladie plus avancée. On parle de « dépistage organisé » (DO) lorsqu'une démarche précise est définie, respectant un cahier des charges, où des structures de gestion spécifiques sont identifiées, une population cible est définie et où l'organisation est homogène pour toutes ces personnes.

En France, il existe deux programmes nationaux de DO des cancers : sein et colorectal. Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR), généralisé en France à la fin de l'année 2008, s'adresse aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans, soit près de 17 millions de personnes (2). Proposé tous les deux ans, il repose sur la réalisation à domicile d'un test de recherche de sang occulte dans les selles. Il est géré au niveau de chaque département par des structures de gestion : c'est dans celle de Meurthe et Moselle (MM), l'Association de dépistage des cancers (ADECA54) que j'ai effectué mon stage. L'ADECA54 a donc pour missions l'organisation et la gestion du DOCCR depuis 2008, mais également celui du sein depuis 1996 en tant qu'un département pilote.

La réussite d'un programme de dépistage est fortement liée à la participation de la population à ce dépistage : pour diminuer de 15 à 20% la mortalité par CCR, une participation d'au moins 50% de la population cible est nécessaire (3, 4, 5). Les premières études pilotes ont révélés une participation insuffisante (6). Une des mesures phares du Plan Cancer 2009-2013 est orientée vers l'augmentation de 15% de la participation de l'ensemble de la population cible aux DO. Afin de promouvoir le DOCCR, un projet spécifique a été mis en place en France : « Mars bleu ». Sur le modèle d' « Octobre rose » avec le dépistage du cancer du sein, Mars est le mois de sensibilisation en faveur du DOCCR.

A ce titre, l'ADECA54 m'a demandé de développer et coordonner le projet « Mars bleu 2011 » en MM. Mon objectif général était donc de sensibiliser la population de MM sur le DOCCR lors du mois de Mars 2011.

1 - Contexte

1.1 - Épidémiologie du cancer colorectal

En France, le CCR est responsable de 11,9% des décès par cancer, et représente ainsi la deuxième cause de mortalité par cancer. Avec ses 17 400 décès estimés en 2010, il se situe derrière le cancer du poumon (28 700 décès estimés en 2010) et devant le cancer du sein (11 500 décès estimés en 2010) (1). La survie relative à 5 ans est de 56%, mais ce taux est fortement influencé par le stade de développement de la maladie au moment du diagnostic (7).

Tableau I : Survie à 5 ans du CCR en fonction du stade de développement au diagnostic (7)

STADE (classification TNM)	EXTENSION	SURVIE RELATIVE A 5 ANS
Stade I	Paroi jusqu'à la musculuse	94%
Stade II	Paroi au-delà de la musculuse, organe adjacent	80%
Stade III	Ganglions envahis	47%
Stade IV	Métastases viscérales	5%

Il est par ailleurs le troisième cancer en terme d'incidence : 40 000 nouveaux cas estimés en 2010 (dont 53% chez l'homme), contre 71 500 nouveaux cas de cancer de la prostate et 52 500 nouveaux cas de cancer du sein. Sa prévalence partielle à 5 ans (période 1998-2002) est environ de 13% des cas prévalents de cancers (1). Les personnes âgées de 50 ans et plus réunissent à elles seules près de 95% des nouveaux cas. Sur la période 2003-2007, l'âge médian au décès était de 74 ans chez l'homme, et 80 ans chez la femme (1). Des disparités régionales sur les taux de mortalité sont observées, la Lorraine faisant partie des régions où les taux sont les plus élevés.

Les facteurs de risque principaux à développer un CCR sont l'âge, les antécédents familiaux et personnels. Avec une importance moindre, les autres facteurs de risque sont la consommation excessive de viande rouge et de charcuterie, le surpoids, et l'alcool. Comme pour de nombreuses maladies, les fruits et légumes ainsi que l'activité physique ont un rôle protecteur (8).

Ce cancer a la particularité d'être souvent précédé par une tumeur bénigne, le polype adénomateux, dans 60 à 80% des cas (9). En moyenne, celui-ci met plus de 10 ans pour se transformer en cancer (10). Ainsi, l'exérèse des polypes adénomateux permet d'empêcher leur transformation en cancer. Ceux-ci peuvent être détectés précocement, car ils ont tendance à saigner : c'est sur la recherche de ce saignement microscopique dans les selles que repose le DOCCR.

1.2 - La décision de la mise en place d'un dépistage organisé du cancer colorectal en France

1.2.1 - Les études de références

Des essais contrôlés randomisés ont étudié l'efficacité de la pratique biennale d'une recherche de sang dans les selles au moyen du test « Hémoccult » sur la baisse de la mortalité spécifique par CCR dans la tranche d'âge 50-74 ans. L'un Danois, mené de 1985 à 2002, a mis en évidence une réduction de 11% de la mortalité par CCR dans le groupe intervention (à qui on proposait le dépistage via le test Hémoccult) par rapport au groupe contrôle (à qui on ne proposait pas de dépistage) (3). Sur le même modèle, une étude anglaise, menée de 1981 à 1995 a constaté elle une réduction de 15% de la mortalité par CCR dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin (4). Enfin, une autre étude, Française cette fois, et menée en Bourgogne de 1988 à 1998 a permis de constater une réduction de 16% de la mortalité par CCR dans le groupe bénéficiant du dépistage (5). Si l'on ne s'intéresse qu'aux participants au dépistage, la diminution de la mortalité était de 33% pour les études Danoise et Française, et de 39% pour l'étude Anglaise (3, 4, 5). L'ensemble de ces résultats a été considéré comme suffisamment convainquant par les autorités sanitaires Françaises pour décider, en 2001, de débiter des programmes pilotes de DOCCR en France chez les sujets âgés de 50 à 74 ans.

1.2.2 - Le programme pilote

En France, entre 2002 et 2005, 23 départements ont débuté le programme pilote du DOCCR, dont la Moselle en Lorraine. La Direction Générale de la Santé, l'Assurance Maladie et l'Institut National du Cancer (INCa) co-pilotent ce programme, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) est quant à lui chargé de l'évaluation au niveau national. En novembre 2007, 22 départements avaient terminé leur première campagne d'invitation. Le taux de participation moyen à cette campagne a été de 42%, avec une variation allant de 31,1% à 54,2% selon les départements. De plus, le taux de participation chez les femmes était plus élevé : 47% contre 40% chez les hommes(6).

Au vu de ces premiers résultats, la généralisation du dépistage sur tout le territoire Français a pu être officialisée en avril 2005, et a été effective en 2008 (mois variable en fonction des départements).

En 2009, une seconde évaluation a pu être faite sur 18 départements pilotes qui avaient plus de 5ans de recul après le démarrage de leur programme et qui avaient donc terminé leur deuxième campagne d'invitation depuis plus d'un an (délai nécessaire au recueil des données de suivi des dépistages positifs de cette campagne). Le taux moyen de participation était alors de 37,1%, avec une variation allant de 24,1% à 54,2% selon les départements (11).

Les résultats des campagnes de DO dans les départements pilotes ont montré que ce programme de DO a permis de détecter autour de 40 % de cancers au stade I de leur développement (tableau II). Or en 2000, hors dépistage, seulement un sur cinq était détecté au stade I (7).

Tableau II : Répartition des diagnostics de CCR en fonction du stade de développement, avec et sans DO

STADE (classification TNM)	REPARTITION DES DIAGNOSTICS HORS DO	REPARTITION DES DIAGNOSTICS AVEC DO 1 ^{er} test (a) (11)	REPARTITION DES DIAGNOSTICS AVEC DO test subséquent (b) (11)
Stade I	19%	39,8%	43,8%
Stade II	28%	27,9%	22,5%
Stade III	26%	23,3%	25%
Stade IV	22%	9%	8,7%

(a) premier dépistage des personnes dans le programme ; données disponibles pour 14 départements pilotes

(b) dépistage subséquent des personnes dans le programme ; données disponibles pour 14 départements pilotes

L'intérêt du DO apparaît donc clairement : il permet de détecter plus précocement les cancers par rapport à l'absence de dépistage, et donc permet d'améliorer la survie et de diminuer la mortalité par CCR.

1.2.3 - Les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé

Pour faire l'objet d'un DO, une maladie doit répondre à un certain nombre de critères, définis par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1968 (critères de Wilson et Jungner). L'ensemble des données précédentes permet d'affirmer que la mise en place du DOCCR est justifiée.

En effet, le CCR est une maladie grave et fréquente (rappel : 40 000 nouveaux cas estimés en 2010 et 17 400 décès). L'histoire naturelle de la maladie est connue, et le CCR est un cancer qui évolue lentement, un diagnostic précoce peut être fait, au stade asymptomatique. Plus il est pris charge tôt, meilleures sont les chances de survie (rappel : diagnostiqué au stade I la survie à 5ans est de 94%, diagnostiqué au stade IV, elle n'est que de 5%). Il existe des moyens efficaces de traitement pour ce cancer. Le test de dépistage reste acceptable pour la population, et une répétition de ce test n'engendre aucun danger pour elle. De plus, des études ont montré que le dépistage du CCR est rentable en terme de coût-efficacité, par comparaison avec une absence de dépistage (12).

1.3 - Le dépistage du cancer colorectal en Europe

Seules la France, l'Allemagne, l'Angleterre et l'Écosse ont un programme organisé couvrant tout le pays.

L'Allemagne a été le premier pays d'Europe à proposer, dès 1977, un dépistage du CCR : les Allemands de 40 à 74 ans peuvent réaliser annuellement un test de recherche de sang occulte dans les selles. Globalement chaque année 10 % des hommes et 20 % des femmes réalisent le programme proposé (13). La participation étant un élément essentiel pour la réussite du

programme, ces chiffres peuvent expliquer que l'évolution des courbes de mortalité par CCR n'a pas été différente de celle des pays d'Europe de l'Ouest sans programme de dépistage, et que les courbes de survie ne sont pas meilleures. Depuis 2006, le dépistage par coloscopie est aussi proposé, avec jusqu'ici une participation très faible.

Au Royaume-Uni, le DOCCR est déjà une réalité en Angleterre pour les 60-74ans, et en Écosse pour les 50-74ans (10). Il devrait être étendu au Pays de Galles, aucune date n'est prévue pour l'Irlande du Nord.

Dans d'autres pays, le dépistage est en cours de généralisation (13).

Pour l'Italie, la moitié du pays bénéficie d'un programme de DOCCR, qui a débuté en 2005 et repose sur la réalisation d'un test immunologique fait sur une seule selle. En Hollande, il a été annoncé en 2005 et, du fait de la réalisation préalable d'études pilotes, devrait commencer en 2011.

Pour la Belgique, en Wallonie, le dépistage avec un test au gaïac a débuté fin 2009, et devrait se mettre en place prochainement en Flandres avec un test immunologique. La Finlande quant à elle vient de commencer une étude contrôlée portant sur les 60-69ans dans les deux tiers de ses municipalités.

Dans les autres pays, les autorités sanitaires n'ont pas mis en place un DO. Seuls ont lieu des programmes pilotes ou des stratégies de dépistage individuel (13).

En Espagne et au Portugal, quelques programmes expérimentaux, non coordonnés sont en cours.

Dans certains pays comme la République Tchèque ou la Slovaquie, même si le test de recherche de sang occulte dans les selles peut être proposé par les médecins généralistes tous les deux ans, il n'y a pas d'organisation efficace du fait de l'existence de problèmes économiques (10). D'autres pays (Hongrie, Croatie, Slovénie) devraient évoluer, mais aucun calendrier n'a été défini.

Au Danemark, des expériences pilotes sont annoncées depuis longtemps, mais n'ont pas encore débuté.

En Pologne, la stratégie de dépistage repose sur la coloscopie parmi la population des 55-66ans. La Norvège et la Suède évaluent également des stratégies de dépistage par coloscopie.

1.4 - Le dépistage organisé du cancer colorectal en France : pour qui et comment ?

1.4.1 - Population cible et exclusions

La population visée par le DOCCR est les hommes et les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de CCR et ne présentant pas de symptômes particuliers. Le DO n'est pas proposé après 74 ans car, même si le CCR reste fréquent après cet âge, les bénéfices qui peuvent en être retirés sont très variables et dépendent de l'état de santé général de la personne ; l'approche individuelle est donc préférable à partir de 75 ans.

Mais, parmi les 50-74 ans, il existe des cas d'exclusion au DOCCR : les individus à risque élevé

et très élevé de CCR, ou présentant déjà certains symptômes (amaigrissement inexpliqué, troubles du transit...). En effet comme nous allons le voir, le test de dépistage utilisé n'a pas une sensibilité suffisamment élevée pour eux, et il est alors recommandé d'effectuer une coloscopie pour ne rater aucune tumeur. C'est le cas par exemple des sujets avec des antécédents familiaux de CCR, ou encore des sujets présentant une maladie inflammatoire chronique (rectocolite hémorragique ou maladie de Crohn).

Une exclusion au DOCCR n'est pas forcément définitive ; par exemple, une personne sans risque particulier de CCR ayant effectué une coloscopie est exclue du DOCCR pendant 5 ans (étant donné qu'un CCR met en moyenne 10 ans à se développer), et ré-intègre le circuit ensuite. [Annexe I : les exclusions au DOCCR.](#)

1.4.2 - Le test Hémocult

Le test utilisé dans le cadre du DOCCR est un test au gaïac : le test Hémocult II. Il a pour but de révéler la présence de sang occulte dans les selles. Il a une sensibilité de seulement 50% à 60 % pour la détection des cancers ce qui signifie qu'il permet d'en diagnostiquer un sur deux, et de 30% pour les adénomes (encore appelés polypes) à haut risque de transformation en cancer (10). Par ailleurs, une lésion ne saignant pas en permanence, il est possible qu'elle ne saigne pas lors de la réalisation du test. Ces deux points expliquent le fait que le test doit être effectué tous les deux ans, et que tout signe d'alerte pendant cet intervalle (douleurs abdominales et/ou troubles du transit inexpliqués d'apparition récentes, amaigrissement, présence de sang visible dans les selles...), doit orienter le patient vers une consultation médicale.

En revanche la spécificité du test est de 98%, c'est-à-dire qu'il donne une positivité erronée dans seulement 2 cas sur 100 ; le nombre de coloscopies inutiles est donc limité. Sa valeur prédictive positive est de 30% pour les adénomes et 10% pour les cancers (10). Ainsi, si le test est positif, le risque d'avoir un adénome est de 30%, et le risque d'avoir un cancer est de 10%.

En pratique pour la réalisation du test, il s'agit de prélever deux petits échantillons sur une selle, et de les mettre sur les plaquettes d'analyse qui sont fournies avec le test. La manipulation est à faire sur 3 selles, 3 jours différents. Multiplier les prélèvements permet d'augmenter les chances de repérer un saignement. Le test est réalisé par le patient lui-même, qu'il retourne à un laboratoire pré-défini pour analyse, via une enveloppe T.

Si le test est négatif (97 à 98% des cas (1)) cela signifie qu'aucun saignement n'a été détecté. La personne devra alors refaire le test deux ans plus tard ; les signes d'alertes devant être surveillés pendant ce temps.

Si le test est positif (2 à 3% des cas (1)) cela signifie qu'un saignement a été détecté ; un examen plus approfondi par coloscopie est nécessaire pour en trouver la cause.

1.4.3 - La coloscopie

La coloscopie est l'examen de référence pour mettre en évidence d'éventuelles anomalies du côlon ou du rectum, et permet également de retirer des polypes. Elle ne convient pas à un dépistage de masse du fait de plusieurs facteurs : acceptabilité pour les patients, coûts, durée,

risques liés à l'anesthésie, risques de perforation et d'hémorragies...

Après un test positif, dans 60% des cas, la coloscopie ne révélera rien d'anormal. Rappelons que dans 10% des cas elle révélera la présence d'un cancer, et dans 30% des cas la présence d'un adénome. Ce dernier pourra alors être retiré directement pendant l'examen, évitant ainsi qu'il ne se transforme en cancer.

1.4.4 - Les tests immunologiques

De nouveaux tests de recherche de sang occulte dans les selles ont été développés : il s'agit de tests immunologiques. Bien qu'il manque des études de leur impact sur la réduction de la mortalité par CCR, leur utilisation dans le cadre du DOCCR pourrait améliorer les résultats du programme.

Par exemple des études sur les tests Magstream® et OC-Sensor® ont révélé une meilleure sensibilité pour la détection des cancers et des adénomes par rapport au test Hémocult, mais une moins bonne spécificité ce qui peut conduire à réaliser plus de coloscopies inutiles. Le coût serait plus élevé mais raisonnable en regard du nombre d'années de vie gagnées (14). De plus, il semble que l'adhésion des patients au dépistage soit meilleure avec des tests immunologiques qu'avec des tests au gaïac (14, 15).

En cas de changement officiel du type de test dans le DOCCR, des conséquences organisationnelles importantes seront à prévoir : répartition et nature des centres de lecture, nouveau contrôle qualité, nouveau cahier des charges, augmentation potentielle du nombre de coloscopies réalisées... La Haute Autorité de Santé recommande toutefois aux institutions compétentes d'engager dès maintenant le processus de remplacement du test Hémocult par un test immunologique à lecture automatisée, en précisant que les conditions optimales d'utilisation de ces tests (choix du test, du seuil de positivité, du nombre de prélèvements...) s'affineront au cours du processus et au vu des résultats des études en cours.

1.5 - La gestion du dépistage organisé du cancer colorectal en France

1.5.1 - Le rôle des structures de gestion

Sur les territoires, la gestion des DO (cancer du sein et colorectal) est assurée par des structures de gestion (SG) départementales, suivant un cahier des charges publié au Journal Officiel (16). Elles doivent s'assurer de la qualité du dispositif et collecter des données pour permettre l'évaluation du programme à l'échelle départementale, qui sera fournie à l'InVS pour une évaluation nationale du programme.

Les personnes appartenant à la population cible, les hommes et les femmes de 50 à 74 ans dans le cas du DOCCR, sont identifiées via des fichiers des caisses d'Assurance Maladie (tout régime). La SG leur envoie alors par courrier des invitations à consulter leur médecin traitant pour parler du dépistage, et voir si le test Hémocult leur est indiqué ou non. [Annexe II : Le courrier d'invitation au DOCCR.](#)

Des relances postales sont envoyées aux personnes, trois mois, puis six mois après la première invitation, si elles n'ont pas répondu à l'invitation et que la SG ne recense aucun test à leur nom

ni aucun signalement d'exclusion. La dernière relance est accompagnée du test.

Pour les patients positifs au test, la SG veille à leur suivi et à la collecte de différentes données grâce au recueil des comptes rendus des examens complémentaires (coloscopie, chirurgie, anatomopathologie...) et des traitements. Ces données servent à l'évaluation de la campagne.

Elle est aussi en charge de l'approvisionnement en tests Hémocult des médecins généralistes, et de la formation de tous les médecins généralistes et gastroentérologues du département sur le DOCCR.

Enfin la SG participe à la sensibilisation et à l'information des hommes et femmes de 50 à 74 ans sur le DOCCR. L'ADECA 54 est la SG pour le département de MM. C'est par rapport à sa mission de sensibilisation du public qu'ADECA54 s'implique activement dans le mois de mobilisation contre le CCR, Mars Bleu.

1.5.2 - ADECA54

1.5.2.1 - Historique

En mars 1992, sous l'impulsion du Dr. STINES, est créée l'Association pour la Promotion et l'Organisation du Dépistage du Cancer du Sein en Meurthe et Moselle (APODCS) (association de loi 1901). Dès juillet 1996, la MM fait partie des départements pilotes du programme dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) et l'envoi des premières invitations aux femmes de 50 à 74 ans débute alors. En 2002, l'APODCS devient l'ADECA54 car le DOCCR va s'ajouter à ses missions. C'est en janvier 2008 que l'ADECA54 envoie les premières invitations au dépistage du CCR et marque de ce fait le début du DOCCR en MM.

L'ADECA54 a un statut associatif mais n'est pas une association d'usagers, elle est mandatée par le Ministère de la Santé, l'Assurance Maladie et l'INCa.

1.5.2.2 - Le personnel et les partenaires

L'équipe de l'ADECA54 est composée d'un président, de deux médecins coordinateurs, deux responsables du conseil scientifique, un responsable communication, une chargée de projets et six secrétaires. [Annexe III : organigramme de l'ADECA54.](#)

Il est à noter que lors de mon stage, la chargée de projet était en congé maternité. Son remplacement a été assuré par un autre chargé de projet mais qu'à 1/3 temps pendant 4 mois, soit 1 jour et demi par semaine, et par moi-même.

Les principaux financeurs de l'ADECA54 sont le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie.

Son conseil d'administration regroupe des représentants des professionnels de santé, des structures de santé ou d'associations d'usagers (Centre Alexis Vautrin, maternité régionale, ligue contre le cancer, l'association des uro-iléo-colostomisés (URILCO 54/55), association symphonie...), des assurances maladie (régime général, mutualité sociale agricole...).

1.5.3 - Les acteurs institutionnels

1.5.3.1 - L'Institut National du Cancer

L'INCa a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan Cancer 2003-2007, pour coordonner les actions de lutte contre le cancer. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la Santé et de la Recherche, ses domaines d'activités sont : la santé publique (dépistage et prévention), l'information du public, la recherche médicale et l'amélioration de la qualité des soins. Par rapport au DOCCR, l'INCa a participé à l'élaboration du cahier des charges, et est un précieux acteur dans la promotion du dépistage : publication de nombreux documents d'information sur le sujet à destination de la population et des professionnels de santé, diffusion de message de sensibilisation via des spots radios et télévisés, création et remise d'outils aux SG pour les aider dans leur mission de promotion du DOCCR.

1.5.3.2 - L'Institut de Veille Sanitaire

L'InVS a vu le jour en mars 1999, en application de la loi du 1er juillet 1998 relative au « renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ». Il exerce une mission de surveillance de l'état de santé de la population et d'alerte des pouvoirs publics en cas de menace pour la santé. Par rapport au DOCCR, l'InVS est en charge de l'évaluation nationale de la campagne de dépistage grâce aux données collectées et fournies par chaque SG départementale. Cette évaluation permet de vérifier la conformité de la mise en œuvre des programmes aux spécifications du cahier des charges national, de disposer d'indicateurs d'activité précoce et, à terme de mesurer l'impact de ces programmes en termes de mortalité évitée. Elle est nécessaire aux instances de pilotage des programmes pour la prise des décisions relatives à leur poursuite ou à leur modification.

1.5.3.3 - L'Assurance Maladie

L'Assurance Maladie intervient à plusieurs niveaux dans le programme national du DOCCR. Elle finance, avec l'État, les frais de gestion des SG, assure à 100% la prise en charge de l'achat et de la lecture des tests de dépistage, et s'occupe de la rémunération des médecins traitants. Elle participe également à la campagne de communication de l'INCa.

1.5.4 - Le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est vraiment au cœur de la démarche du DOCCR. En effet, c'est lui qui remet le test au patient ou l'oriente vers un gastroentérologue en fonction de ses antécédents. De plus, il est chargé de donner au patient les explications nécessaires à la réalisation du test et au renseignement des différents documents, s'assure de sa bonne compréhension afin de limiter les tests non analysables (auquel cas le patient doit effectuer un nouveau test) et l'informe de la conduite à tenir après la réception des résultats (qu'ils soient positifs ou négatifs). Le médecin généraliste reçoit les résultats et s'ils sont positifs, oriente son patient vers un gastroentérologue afin qu'il effectue une coloscopie.

Afin que le SG puisse tenir à jour ses fichiers patients, le médecin doit lui signaler les tests qu'il

remet ainsi que toutes les exclusions (temporaires ou définitives) qu'il constate (antécédents familiaux, coloscopie récente, refus du patient de bénéficier du dépistage...).

Pour ces missions supplémentaires, les médecins généralistes perçoivent une rémunération, versée par l'Assurance Maladie : c'est un montant forfaitaire par an, par rapport au nombre de tests Hémocult réalisés par leurs patients, c'est-à-dire en fonction du nombre de tests lus par le centre de lecture, et pas en fonction du nombre de tests remis aux patients.

1.5.5 - Le rôle du centre de lecture

Une fois le test réalisé par le patient, il l'envoie par voie postale au centre de lecture via une enveloppe T. Chaque département possède son centre de lecture ; en MM, il s'agit du Centre de Médecine Préventive (CMP). C'est ici que les tests seront analysés, grâce à l'ajout d'un réactif qui met en évidence un changement de couleur temporaire s'il y a présence de sang. Une double lecture simultanée est effectuée, ce qui garantit une qualité des analyses.

Les résultats sont ensuite envoyés à la personne et son médecin traitant, et sont saisis instantanément dans la base de données de l'ADECA54 grâce à une liaison en réseau entre le CMP et l'ADECA54.

1.6 - Perceptions sur cancer et dépistage du cancer colorectal

L'INCa a mené deux études barométriques, une en 2005 (INCa/IPSO) puis une en 2009 (INCa/BVA), afin de suivre l'évolution des connaissances et des perceptions des Français sur le dépistage des cancers. Elles peuvent servir de supports pour les actions de sensibilisation.

Le cancer est la maladie redoutée des Français ; ils sont 92,3% à le citer spontanément parmi les trois maladies qu'ils considèrent comme les plus graves, bien devant le sida et les maladies cardiovasculaires. Les mots « peur » « angoisse » et « mort » atteignent respectivement les notes de 8, 7.9 et 7.2 sur 10 pour leur degré d'association au cancer. Cependant, près de 9 enquêtés sur 10 approuvent tout de même l'idée que les cancers se soignent mieux aujourd'hui (17).

Concernant le dépistage des cancers en général, son image est plutôt positive au sein de la population française, et son utilité reconnue. En effet, 97% des Français s'accordent sur l'idée que le dépistage permet d'augmenter les chances de guérison, et 88% pensent qu'il permet de diminuer le nombre de personnes qui meurent d'un cancer (1).

La notoriété du dépistage du CCR est élevée : environ 9 personnes sur 10 déclarent savoir que ce dépistage existe. En revanche, la connaissance des modalités pratiques est encore confuse, mais meilleure dans les départements pilotes, qui ont mis en place le programme de DOCCR dès 2002. Début 2009, 52% des Français (+24 points par rapport à 2005) citaient le test de recherche de sang dans les selles comme test de référence pour le dépistage du CCR (60% dans les départements pilotes), alors qu'en 2005, c'était la coloscopie qui était majoritairement citée. La forte association qui persiste entre ce dépistage et la coloscopie peut expliquer qu'il soit perçu comme le plus désagréable, devant les dépistages des autres cancers (col de l'utérus, sein et peau), et comme tout aussi douloureux (à égalité avec le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus). Il est cependant intéressant à noter que ces « mauvaises » perceptions

sont en baisse par rapport à 2005 (1).

Enfin, 53 % des 50-74ans déclarent que c'est à partir de 50ans qu'il est recommandé de se faire dépister. En revanche, la fréquence du dépistage reste floue pour les 50-74 ans : 38% pensent que l'examen doit être bisannuel (1).

Il est important de noter que suite à la généralisation du DOCCR (fin 2008) l'ensemble de ces perceptions peut encore avoir évolué.

1.7 - Un élément clé du programme de dépistage : la participation

1.7.1 - Définition

Les études de référence dans le domaine du DOCCR ont montré que la participation à la campagne de dépistage était un élément clé qui conditionnait la réussite du programme pour parvenir à réduire la mortalité par CCR (3, 4, 5). La démonstration est faite qu'il est possible de diminuer la mortalité spécifique du CCR de 15 à 20% à condition que la moitié de la population concernée participe au dépistage tous les 2 ans (et qu'une coloscopie soit faite en cas de test positif) (3, 4, 5).

La participation correspond au nombre de personne ayant réalisé le test Hémocult divisé par le nombre total de 50-74ans du département auquel on retranche toutes les exclusions.

Le calcul du taux de participation est donc le suivant :

$$\text{Taux de participation} = \frac{\text{Nombre de personnes dépistées}}{\text{Nombre de personnes cibles du département} - \text{Nombre d'exclusions}}$$

Le référentiel européen préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 45%, avec un taux souhaitable de 65% (2). Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de DO.

1.7.2 - Facteurs influençant la participation de la population cible

1.7.2.1 - Déterminants socio-économiques et motifs de non participation

Différentes études menées dans certains départements pilotes ont permis de s'intéresser aux déterminants socio-économiques pouvant influencer la participation au DOCCR et de décrire les motifs de (non)participation.

Dans ces études, les déterminants mis en évidence sont :

- le sexe : les femmes participent plus que les hommes (18, 19)

Contexte

- l'âge : les plus jeunes dans la tranche d'âge 50-74ans participent moins que les autres (18, 19)
- le niveau de précarité : comme pour les soins de santé en général, la participation diminue avec le niveau de précarité financière et le fait de ne pas avoir de mutuelle (18, 19)
- la situation familiale : le fait de vivre en couple est associé de façon positive à la participation au dépistage

Les motifs de non participation dans la littérature sont globalement les mêmes, mais leur importance respective varie beaucoup en fonction des études ; à savoir que pour l'instant peu d'études ont été réalisées à ce sujet. Les motifs mis en avant par des personnes qui n'ont pas participé (hors exclus) sont que (1, 19, 20) :

- elles ne se sentent pas concernées
- elles avaient d'autres problèmes à ce moment
- elles ne sont pas convaincues de faire le test
- elles n'ont pas consulté le médecin
- le médecin n'en a pas parlé
- elles ont peur des résultats
- elles n'ont pas de symptômes
- il s'agit d'un oubli, d'une négligence

Une confusion entre dépistage et diagnostic est ici mise en évidence : certains citent la non apparition de symptômes comme raison de ne pas faire le test Hémocult. Or si symptômes il y a, c'est un examen diagnostic qui est nécessaire, une coloscopie dans le cas du CCR et non un examen de dépistage.

L'intérêt de l'envoi de relances postales voire du test est ici mis en évidence pour les personnes ne participant pas car elles ne consultent pas leur médecin, pour celles qui avaient d'autres problèmes ou pour celles qui avaient simplement oublié.

1.7.2.2 - Les médecins généralistes

L'implication active des médecins traitants est capitale pour avoir un taux de participation élevé. Dans 50% des cas, le test est réalisé à la demande des professionnels de santé plutôt qu'à l'initiative de la personne. L'expérience acquise indique que près de 90% des tests qu'ils remettent, sont faits (1).

Sachant que les médecins généralistes ont une place essentielle dans le DOCCR, il est intéressant de se pencher sur la question des freins rencontrés par ces professionnels eux-mêmes par rapport à leur participation au DOCCR. Il apparaît que le temps est le principal obstacle identifié : il faut du temps pour informer les patients et leur expliquer l'intérêt du dépistage, du temps pour leur expliquer la réalisation du test, pour remettre les documents accompagnant le test ; une durée difficile à intégrer en plus d'une consultation habituelle (21).

1.7.3 - Premiers résultats de participation de la campagne nationale

Au terme de la généralisation de ce programme de dépistage à l'ensemble du territoire national, la participation sur 2009- 2010 a été évaluée pour 95 départements qui avaient invité l'ensemble de leur population cible sur cette période. L'évaluation de l'ensemble des 100 départements d'au moins une campagne complète ne sera disponible qu'en 2012.

Sur les deux années étudiées, près de 17 millions de personnes de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et 5,14 millions d'entre elles ont adhéré au programme. Le taux de participation nationale au dépistage sur cette période est de 34,0 % (36,5% chez les femmes et 31,4% chez les hommes) (2). Il est inégal selon les régions et les départements. [Annexe IV : carte de France des taux de participation au DOCCR par département sur la période 2009-2010.](#)

Pour les 23 départements pilotes, il est de 36,5% contre 33% pour les départements non pilotes ; il reste dans tous les cas inférieur à l'objectif minimal préconisé de 45% (2). Seuls huit départements atteignent ou dépassent cet objectif. Le taux le plus élevé est en Saône et Loire et atteint 55,6%. En MM, la participation s'élève à 37,2% (38,9% chez les femmes et 35,3% chez les hommes) sur cette période 2009-2010.

1.8 - Le Plan Cancer 2009-2013

La lutte contre le cancer constitue l'une des trois priorités du Président de la République dans le domaine de la santé, avec la maladie d'Alzheimer et les soins palliatifs. Après le premier Plan Cancer 2003-2007 lancé par Jacques Chirac, Nicolas Sarkozy a annoncé, en novembre 2009, le Plan Cancer 2009-2013, s'inspirant du rapport du professeur Jean-Pierre Grünfeld.

Sur ses 30 mesures, le Plan Cancer 2009-2013 comporte 3 mesures (14-15-16) consacrées aux DO des cancers (sein et colorectal). [Annexe V : les mesures de l'axe dépistage du Plan Cancer 2009-2013.](#)

La mesure 14 fait partie des six mesures phares de ce Plan Cancer, avec comme objectif d'augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux DO ; cette augmentation devant être de 50 % dans les départements rencontrant le plus de difficultés. Parmi les actions prioritaires identifiées : favoriser l'adhésion de la population cible et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation (action 14.1), entre autres en sensibilisant les personnes concernées par le DOCCR et en mobilisant les professionnels de santé.

1.9 - Le mois national de sensibilisation au dépistage du cancer colorectal : Mars Bleu

Pour répondre aux objectifs de participation au dépistage fixés par le Plan cancer 2009-2013, l'INCa, (en partenariat avec le Ministère chargé de la Santé, l'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole et le Régime Social des Indépendants), a lancé « Mars Bleu ». Sur le modèle d'Octobre rose, destiné au cancer du sein, Mars bleu est le mois dédié à la mobilisation contre le CCR. L'objectif est de sensibiliser principalement la population cible à l'importance du

dépistage de ce cancer, et de favoriser le passage à l'acte de ces personnes en les incitant à en parler avec leur médecin traitant. Mais la campagne a aussi pour but de sensibiliser la population en général et d'impliquer un maximum d'acteurs, notamment les professionnels de santé, le but final recherché étant d'augmenter la participation au DOCCR.

En France, ce mois de mobilisation existe depuis 2009 seulement et est donc encore peu connu. En 2007 et 2008, l'INCa avait lancé une « semaine nationale contre le cancer colorectal », la couleur bleue associée à la campagne n'étant arrivée qu'en 2008 (et en 2007 le dépistage n'était pas encore généralisé à la France entière). Par comparaison, octobre est le mois de sensibilisation du cancer du sein en France depuis 1994 avec la campagne « Le cancer du sein, parlons-en ! », et « Octobre rose » existe depuis 2003 (22).

Le mois de mars est par ailleurs la période retenue par de nombreux pays occidentaux pour communiquer sur le CCR, par exemple les États-Unis, le Canada, l'Allemagne, la Suisse, l'Autriche, l'Italie, le Luxembourg...

1.10 - Les objectifs du stage

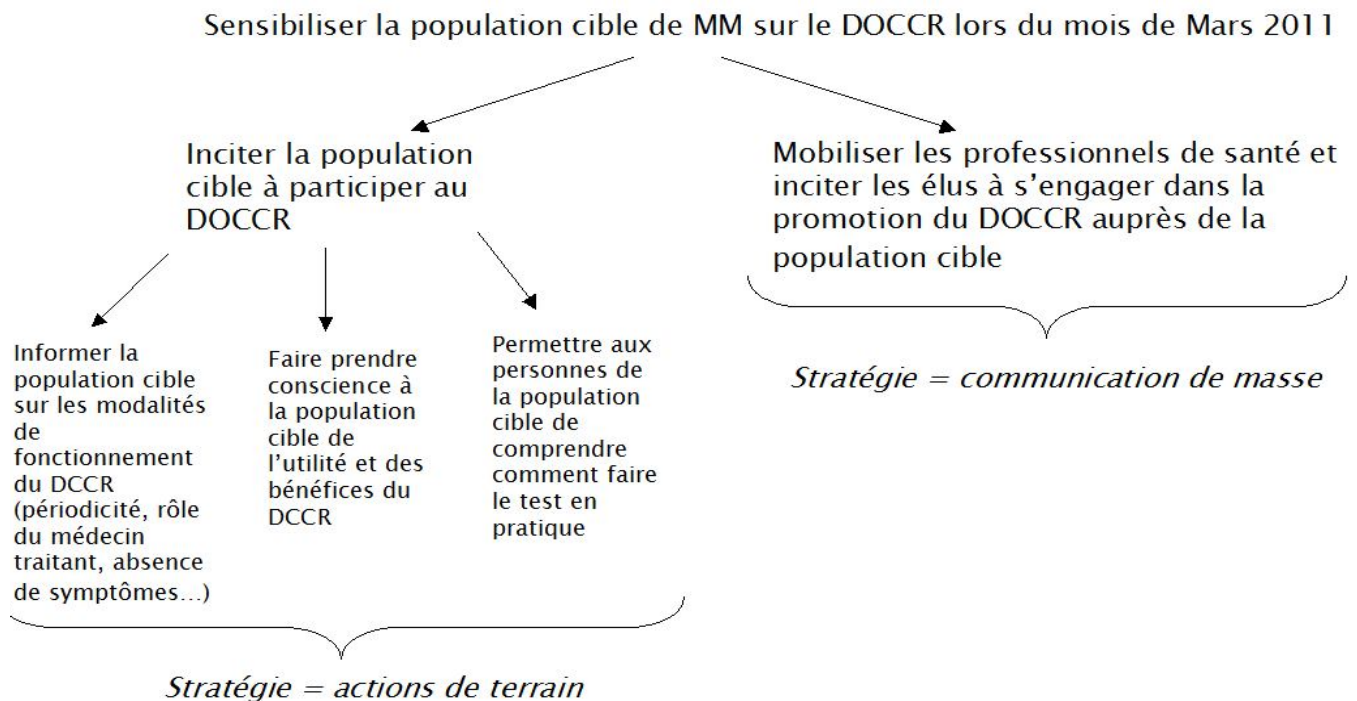
L'ADECA54 relaie « Mars Bleu » depuis le lancement de la campagne en 2008, avec un investissement croissant d'années en années. La chargée de mission étant en congé maternité, j'ai été prise en stage afin de mettre en place le projet Mars bleu 2011 en MM. Ce projet a pour but d'augmenter la participation de la population cible au DOCCR en MM ; cela s'inscrit dans un objectif encore plus général de santé de réduction de la mortalité par CCR. La participation de la population cible n'est bien sûr pas le seul axe sur lequel il faut agir pour diminuer la mortalité par CCR, mais c'est sur cet axe qu'est orienté ma mission de stage. **Annexe VI : arbre d'objectifs général sur la réduction de mortalité par CCR.**

De même pour pouvoir augmenter la participation, il faut agir sur plusieurs axes ; par exemple en prenant les axes de la charte d'Ottawa :

- élaborer une politique publique saine (ex : gratuité du dépistage pour les patients)
- créer un environnement favorable (ex : test facile à réaliser et non douloureux)
- renforcer l'action communautaire (ex : intervenir dans des groupes existants)
- acquérir des aptitudes individuelles (ex : connaître les bénéfices du dépistage)
- réorienter les services de santé (ex : formation des médecins généralistes)

Par rapport au projet Mars Bleu, ma mission était donc orientée principalement vers l'axe « acquérir des aptitudes individuelles », et certains objectifs se recoupant, dans une moindre mesure vers l'action communautaire ou la réorientation des services de santé (mobilisation des professionnels). **Annexe VII : arbre d'objectifs général sur l'augmentation de la participation au DOCCR.**

Suite aux premiers chiffres de participation en 2009-2010 en MM, il semble important de développer la promotion du DOCCR. C'est dans ce cadre que s'intègre ma mission de stage. A mon niveau, mon objectif de stage était donc de sensibiliser la population de MM sur le DOCCR lors du mois de Mars 2011. L'arbre d'objectif de ma mission est le suivant :



En devant mettre en place différentes actions pour le projet Mars Bleu, j'étais principalement en charge d'un travail organisationnel ; cela prenant du temps il a été difficile de développer un travail d'étude plus analytique. Avant mon arrivée, quelques décisions avaient déjà été prises par rapport à l'orientation de ce projet.

Par ailleurs, il m'a paru opportun de comparer les différents types d'actions menées afin de juger de la pertinence de chacune, et pouvoir développer des pistes pour Mars Bleu 2012.

2 - Méthodes

Pour atteindre mon objectif de sensibilisation de la population, je me suis orientée vers deux axes principaux : le contact direct avec la population cible, via les actions de terrain, et la mobilisation d'acteurs relais via la communication de masse. En parallèle à cela, il y avait toute la communication nationale faite par l'INCa.

2.1 - La conduite du projet

2.1.1 - Les réunions préparatoires

Deux réunions de préparation du projet Mars Bleu 2011 ont été faites à l'ADECA54. Une première avec les deux médecins coordinateurs, le chef de projet remplaçant et moi-même, le 4 janvier 2011. Cela nous a permis de faire un point sur l'orientation du projet Mars bleu souhaitée cette année par l'ADECA54, et de soumettre aux médecins coordinateurs les pistes déjà trouvées.

Une seconde réunion avec ces mêmes personnes, plus le responsable communication de l'ADECA54, la directrice des projets santé de la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN), son assistante et une chargée de projets de Nancy Ville Santé, a été faite le 7 janvier 2011. Cela a permis aux différentes parties d'échanger leurs idées pour Mars Bleu 2011, leurs possibilités, de répartir les différents rôles, de fixer des dates butoirs...

2.1.2 - La planification

Nous avons établi un calendrier prévisionnel répertoriant les principales tâches à effectuer pour l'ensemble du projet Mars bleu 2011, leurs durées et échéances, et les personnes impliquées. [Annexe VIII : Diagramme de Gantt pour ma période de stage.](#)

Un autre calendrier, spécifique aux actions de terrain, a également été établi, et répertoriait le lieu de l'intervention, les horaires, le(s) intervenant(s), et le matériel à utiliser. [Annexe IX : Calendrier des animations.](#)

2.1.3 - Le choix d'une animation

Une de mes missions était de proposer à l'ADECA54 des animations que nous pourrions faire sur le terrain. J'ai donc développé et préparé plusieurs actions : parcours progressif sur différents stands suivant le parcours lorsqu'on fait le dépistage (à faire lors de randonnées par exemple), évaluation chiffrée pour une tombola, animations mettant en jeu les sens, reposant sur des effets d'optiques...

Parmi toutes les animations proposées, une a été retenue, car elle demandait très peu de moyens (humains, matériels et financiers) et a plu à l'ensemble de l'équipe. Elle a également été présentée et approuvée par les membres de l'Assemblée Générale de l'ADECA54.

Comme vu dans le contexte, un des freins au dépistage pour la population cible est l'absence de symptômes. Il fallait donc pouvoir lui faire comprendre que ce n'est pas parce que qu'on ne voit rien qu'il n'y a rien, et qu'il est important de faire le dépistage quand il n'y a pas de

symptômes. Afin de capter l'attention du public, une animation ludique a été créée. Elle reposait sur l'idée de « faire apparaître l'invisible » comme le fait le test Hémocult. Pour cela, nous avons utilisé des stylos à encre invisible, où l'écriture se révélait grâce à une lampe à UV. En résumé, cela consistait à montrer aux gens un schéma d'un intestin apparemment sain à l'œil nu, mais qui, une fois éclairé par la lampe à UV, comportait des polypes. Cela permettait de faire le lien avec l'utilité du test Hémocult, notamment pour des publics avec des difficultés de compréhension.

2.2 - La campagne médiatique de l'INCa

Chaque année pour Mars bleu, l'INCa crée de nouveaux supports, avec un message principal à faire passer à la population. Cette année ce message était « Dès 50ans, c'est le moment », sous-entendu qu'il est temps de parler du dépistage avec son médecin traitant. C'est l'ensemble de ces supports qui sert de moyen matériel pour les actions : l'ADECA54 (et toutes les SG) peut les commander gratuitement. La campagne nationale de l'INCa était également diffusée à large échelle dans différents médias. Cette année, elle s'est étalée depuis début mars jusqu'à mi-avril. [Annexe X : la campagne nationale de l'INCa.](#)

Un des pré-requis pour les différentes actions était donc de commander auprès de l'INCa les différents documents dès que ceux-ci étaient disponibles, en comptant les trois semaines de délai pour le repiquage « ADECA54 » avec les coordonnées de la structure, puis la livraison.

2.3 - Communication de masse

2.3.1 - Professionnels de santé

Le DOCCR et Mars bleu ne sont mis en place que depuis 2008. Cela étant relativement récent, une des bases est de communiquer sur ces sujets, pour faire connaître le dépistage et ses modalités, et faire de Mars bleu un mois symbolique dans les représentations des gens, comme Octobre rose. Le nombre de personnes de la population cible étant élevé, environ 194 350 personnes en MM (source INSEE 2010), l'ADECA54 a besoin de relais sur le terrain. C'est pourquoi une sensibilisation et une mobilisation des professionnels de santé sont nécessaires.

Il a donc été décidé d'envoyer un courrier à différents types de professionnels accompagné d'un kit de documents (affiches, dépliants, cartes postales...) qu'ils pouvaient remettre à leurs patients, afficher dans leur cabinet... D'une part cela permet de sensibiliser les professionnels de santé sur le sujet du DOCCR, d'autre part d'être le relais de l'INCa qui ne peut diffuser ses documents dans chaque département à chaque professionnel de santé, c'est le rôle de relais qu'a l'ADECA54.

Ainsi pour la première fois, des envois ont été faits à tous les médecins généralistes, gastroentérologues, médecins du travail, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, et établissements de santé de MM. Le budget d'ADECA54 étant limité, il n'a pas été possible de faire cet envoi à d'autres professionnels cette année.

Les médecins généralistes sont le pivot dans la démarche de DOCCR, car ce sont eux qui remettent ou non le test aux patients en fonction de leurs antécédents. Or, ils ne sont que 34%

à vérifier systématiquement la réalisation de ce dépistage chez leur patientèle de 50-74 ans (1). Bien qu'en MM ils aient presque tous reçu une formation, Mars bleu est le moment de les solliciter pour leur rappeler leur rôle. Les gastroentérologues intervenant aussi directement dans la démarche du DOCCR (quand le test Hémocult est positif), il était essentiel de les inclure à cette action.

Mobiliser l'ensemble des médecins du travail permet de toucher indirectement les salariés.

Les établissements de santé (hôpitaux, cliniques, centres de santé...) ont été choisis car c'est un lieu privilégié pour diffuser des informations santé, cela est même nécessaire.

Pour compléter cela, les infirmières et kinésithérapeutes en raison de leur relation de proximité avec leurs patients, ont également reçu cette année un kit de documents sur le DOCCR. De plus, certains d'entre eux, ainsi que certains dentistes, s'étaient manifestés pour s'impliquer dans la promotion du DOCCR.

Pour réaliser cette action, il a tout d'abord fallu obtenir des listings d'adresses. L'ADECA54 n'avait à disposition que le listing des médecins généralistes. Pour les autres, il fallait faire des demandes auprès de partenaires, auprès des Ordre régionaux ou nationaux.

Il a fallu ensuite préparer les courriers types qui accompagneraient les kits de documents. Parallèlement, il a fallu décider du contenu des kits pour chaque type de professionnel, en tenant compte du poids des kits pour faire des envois les plus efficaces possibles.

La dernière étape mais non pas la moindre, a été de procéder à l'envoi : mise sous plis, étiquetage, affranchissement de milliers de documents.

Pour respecter le calendrier de la campagne nationale, nos envois devaient parvenir à nos destinataires début mars.

2.3.2 - Cas particulier des pharmaciens

Pour les pharmaciens, la demande a été plus poussée. La présidente de l'Ordre Régional des Pharmaciens fait partie du conseil scientifique du CCR à l'ADECA54. Elle a souhaité que ses confrères s'impliquent activement dans la démarche Mars Bleu. Pour cela, il a été proposé une action : « vitrines bleues ». Pour les pharmaciens, cela consistait à décorer leur vitrine en bleu durant le mois de Mars afin de rappeler la couleur bleue du sujet, interpeller leurs clients et susciter leur intérêt.

Pour informer toutes les pharmacies de cette action et officialiser la démarche, il a été décidé de faire paraître cette information dans le bulletin de l'Ordre Régional des pharmaciens. Un article présentant le DOCCR et Mars bleu, et proposant l'action « vitrines bleues » a donc été rédigé par l'ADECA54 pour pouvoir paraître dans le bulletin de janvier 2011. Le bulletin étant régional et non départemental, il a été co-signé par les autres SG de Lorraine. La présidente de l'Ordre Régional des Pharmaciens a également écrit un article pour soutenir notre démarche et rappeler aux pharmaciens les articles du Code de Santé Publique qui leur attribuent une mission de santé publique.

Comme pour les autres professionnels de santé un kit de documents a été envoyé à chaque pharmacie de MM, accompagné d'un courrier leur rappelant notre proposition pour les «

vitrines bleues ». Les étudiants de sixième année de pharmacie étaient en stage en mars, nous avons donc proposé de les associer à la démarche, pour l'installation de la vitrine ou le contact avec les clients pour parler du DOCCR.

Pour évaluer cette démarche, une enquête qualitative téléphonique a été faite auprès d'un échantillon représentatif des pharmacies de MM. Les pharmacies de l'échantillon ont été sélectionnées par tirage au sort parmi la liste exhaustive des pharmacies de MM ; une fonction dans l'outil informatique Excel permet de faire cette manipulation. Pour pouvoir être représentatif, cet échantillon était composé de 20% des pharmacies de MM, soit environ 56 pharmacies, arrondi à 60 pharmacies.

Une grille d'entretien a été constituée. Les objectifs principaux étaient de connaître l'adhésion des pharmacies à l'action « vitrines bleues » et à la promotion du DOCCR, leur compréhension du sujet, leurs motivations et les freins à la réalisation, leurs idées d'amélioration, l'utilisation faite des kits de documents envoyés, le rôle des étudiants stagiaires... Selon le cas, les questions étaient ouvertes (freins, facteurs favorisant...), ou fermées (sur l'utilisation des documents), mais la plupart étaient des questions ouvertes pour explorer au mieux les avis des pharmaciens.

La grille a été construite de façon à être pratique pour l'enquêteur. En effet les entretiens téléphoniques n'étant pas enregistrés, ce dernier devait la remplir au fur et à mesure. Pour cette raison, des réponses types qu'il serait possible d'avoir avaient déjà été réfléchies et inscrites dans la grille, de façon à ce que l'enquêteur n'ait plus qu'à cocher si la phrase était citée. Tout ce qui apparaissait dans la grille mais qui n'était pas dire (annotations pour l'enquêteur, réponses-types) était surligné en gris pour le différencier des questions à poser.

Avant d'être utilisée pour les entretiens de l'échantillon, la grille a été testée sur d'autres pharmacies, afin de la corriger, la ré adapter pour qu'elle soit plus rapide à remplir, reformuler les questions mal comprises...

Annexe XI : La grille d'entretien pour l'évaluation de l'action vitrines bleues.

2.3.3 - Mairies

Les mairies peuvent avoir un rôle considérable en tant qu'acteurs de promotion de la santé auprès de leurs habitants. C'est pourquoi il a été jugé judicieux de toutes les sensibiliser sur le sujet du DOCCR et d'essayer de les impliquer. Nous avons choisi de leur envoyer un courrier d'information sur le DOCCR et Mars bleu, et de leur proposer de nous soutenir dans notre action en publiant un article sur ce sujet, que nous avons rédigé, dans leur bulletin municipal du mois de mars 2011 si possible. Le but était que chaque foyer de MM puisse recevoir l'article et soit ainsi sensibilisé et informé sur le DOCCR et Mars Bleu.

Pour cela il a fallu tout d'abord obtenir un listing de toutes les mairies du département : recherches internet, prises de contact...

Le courrier a été rédigé à destination des maires. L'article étant tout public, il fallait qu'il soit facile à lire et succinct ; d'autant plus que pour augmenter les chances que les mairies

acceptent de publier notre article dans leur bulletin municipal, il fallait qu'il soit assez court, ne prenne pas trop de place. Une deuxième version de l'article a été rédigée pour les mairies qui ne pouvaient pas publier en mars (délai trop court ou pas de bulletin en mars), afin que le contenu reste cohérent avec la date de publication. [Annexe XII : Article DOCCR pour Mars Bleu.](#)

L'article n'a pas été envoyé avec le courrier ; pour l'obtenir les mairies devaient nous répondre par mail et de cette façon nous pouvions à la fois leur transmettre l'article en version électronique (nécessaire pour qu'elles puissent l'intégrer à leur bulletin) mais aussi et surtout connaître le nombre de mairies qui souhaitaient participer à cette action.

L'évaluation prévue était donc quantitative. Dans le courrier, des informations supplémentaires étaient demandées aux mairies afin de pouvoir faire une évaluation un peu plus poussée : le nombre d'habitants de la commune, le nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans, le nombre de bulletins municipaux distribués.

Afin de laisser un temps de réponse suffisant, et que les mairies soient encore dans la phase de préparation du bulletin de mars, il fallait que le courrier parte mi-janvier.

Par ailleurs, comme pour les professionnels de santé, des envois de kits de documents de l'INCa ont été faits à toutes les mairies du département, début mars.

2.3.4 - Comités sportifs départementaux

Suite à une action positive dans une association sportive lors d'Octobre rose 2010, l'ADECA54 avait souhaité développer davantage les interventions envers le milieu sportif pour Mars bleu 2011.

L'idée est d'associer au sport le fait de prendre soin de soi et de sa santé, la notion de bien-être, donc d'y associer le dépistage qui est également synonyme de prendre soin de soi et de sa santé.

Nous avons décidé de contacter les comités sportifs départementaux, par courriers adressés aux présidents de chaque comité.

Le listing d'adresses a pu être créé grâce au recueil des informations nécessaires sur le site internet du comité départemental olympique et sportif de MM. Nous n'avons pas contacté les quelques comités sportifs à destination des enfants ou adolescents en raison de la population cible que nous visons.

D'une part le courrier présentait le DOCCR et Mars bleu, d'autre part nous proposons d'instaurer un partenariat. Celui-ci pouvait consister en plusieurs modalités : diffusion d'un article dans le bulletin d'information ou sur le site internet du comité, intervention directe de l'ADECA54 auprès des adhérents, participation de l'ADECA54 à une manifestation du comité, simple remise de documentation... Afin d'avoir en détails les éléments de réponse dont nous avons besoin, un coupon réponse a été élaboré et joint au courrier, ainsi qu'une enveloppe T qui permettait aux comités de nous retourner gratuitement le coupon réponse (pour augmenter les chances de réponses). [Annexe XIII : le coupon réponse du courrier pour les comités sportifs départementaux.](#)

Pour laisser un temps de réponse suffisant à notre courrier, et que nous ayons le temps de programmer des interventions si nous étions beaucoup sollicités par les comités, les courriers devaient partir mi-janvier.

Enfin, comme pour les autres partenaires que nous avons sollicités, nous avons envoyés un kit de documents de l'INCa à chaque comité sportif, début mars.

2.4 - Les actions de terrain

2.4.1 - L'établissement de partenariats

La première étape a été de prendre contact avec différents partenaires afin de leur proposer la mise en place d'une action dans le cadre de Mars bleu 2011. Un certain nombre de contacts étaient déjà existant car des actions avaient déjà été menées avec eux les années précédentes, pour Mars Bleu ou Octobre Rose. Comme ils connaissaient déjà bien l'ADECA54, la prise de contact et l'installation d'un partenariat pour Mars bleu 2011 était donc relativement rapide. Les partenaires reprenaient parfois contact avec nous par eux même pour nous demander d'intervenir.

Pour d'autres actions, il a fallu initier la démarche.

Comme expliqué précédemment, l'ADECA54 souhaitait cette année expérimenter des actions dans les milieux sportifs. Pour cela, nous nous sommes orienté vers trois axes :

- la recherche de manifestations sportives ayant lieux au mois de mars en MM, et susceptibles de rassembler plus particulièrement les 50 – 74 ans : randonnée pédestre, courses, VTT, concours de pétanque, de pêche...
- un envoi de courrier aux comités sportifs départementaux, leur proposant que l'on intervienne auprès de leurs adhérents lors d'un événement organisé par le comité
- une aide apportée par la CUGN qui a envoyé notre proposition par mail à toutes ses communes, en leur demandant de nous transmettre une liste des clubs / associations sportives qui pourraient être intéressés

Par ailleurs, une demande plus particulière a été faite auprès du Stade Lorrain Université Club (SLUC) Nancy Basket. Nous souhaitions pouvoir tenir un stand d'information dans le hall d'entrée du stade, lors d'un match de l'équipe de Nancy, où se regroupent en moyenne plus de 5 000 spectateurs.

Un autre projet particulier a aussi été testé cette année. En mars avait lieu la quatrième édition du Salon du tourisme en MM. Les statistiques de la troisième édition en 2009 étaient particulièrement intéressantes par rapport à notre population cible : il y avait eu entre 8 000 et 9 000 visiteurs, et 72% avaient au moins 50ans (23). C'est pourquoi nous avons fait les démarches pour pouvoir y avoir un stand cette année, mais gratuitement étant donné notre budget. Notre demande a été acceptée.

2.4.2 - Les questionnaires d'évaluation

Un questionnaire à destination du public a été établi. Il reprend certains objectifs du stage, par exemple : notre intervention vous a-t-elle convaincu de faire le dépistage (inciter la population

cible à participer au DOCCR) ; vous a-t-elle aidé à comprendre comment faire le test (permettre aux personnes de la population cible de comprendre comment faire le test).

Ce questionnaire visait aussi à connaître les connaissances et pratiques actuelles des personnes quant au DOCCR, d'évaluer l'impact que notre intervention a pu avoir sur elles et de prévoir le comportement qu'elles pourraient avoir face au DOCCR suite à notre intervention. En effet, si l'on s'appuie sur la théorie de Prochaska, un changement de comportement passe par plusieurs phases dont celle d'avoir l'intention d'opter pour un comportement en question, dans notre cas faire le dépistage. Ainsi il est intéressant de connaître ce que les gens ont l'intention de faire.

Annexe XIV : Questionnaire d'évaluation pour le public

Les intervenants de l'ADECA54 avaient également à remplir un petit compte rendu après chaque animation, ce qui permettait de connaître le nombre de personnes rencontrées, et de faire part des principales impressions par rapport à l'animation en question.

2.4.3 - Les moyens à disposition

2.4.3.1 - Les moyens humains

Pour rappel, la chargée de projet n'était pas présente pendant mon stage ; un autre chargé de projet avait été embauché à 1/3 de temps pour assurer une partie de son remplacement. Lui et moi avons reçu une formation pour pouvoir assurer les interventions seuls. Les deux médecins coordinateurs pouvaient également assurer les interventions, ainsi que le responsable communication voire le président mais dans une moindre mesure car ces deux derniers sont des bénévoles. Enfin, l'association URILCO 54/55 apporte son soutien à l'ADECA54 depuis plusieurs années et faisait donc partie des intervenants possibles.

2.4.3.2 - Les moyens matériels

Les moyens matériels étaient l'ensemble des documents et supports de l'INCa (kakemonos, expositions, stand du « café bleu », un mannequin où l'on peut voir le développement d'un polype dans l'intestin...), et les supports de l'ADECA54 liés au DOCCR (exemple d'un courrier d'invitation, kits de tests Hémocult...).

En plus de cela, l'ADECA54 a fait faire de grandes bâches (2m sur 60cm et 2m sur 1m20) et des tee-shirts sur le thème du DOCCR, avec les messages et logos clés de l'INCa et de l'ADECA54. Les tee-shirts pouvaient ainsi être portés par les intervenants lors des animations.

2.4.3.3 - Les moyens financiers

L'ADECA54 ne disposait pas de moyens financiers pour les animations de terrain.

2.4.4 - Les typologies d'interventions

Plusieurs formes d'animations ont été utilisées dans des contextes différents, l'évaluation me permettra de les comparer et de tirer des conclusions pour l'an prochain.

2.4.4.1 - Les stands

Il s'agissait d'intervenir dans différents lieux publics en y tenant un stand d'information. Les gens avaient ainsi accès à l'ensemble des documents de l'INCa, pouvaient poser leurs questions, essayer l'animation avec le stylo à UV, nous pouvions leur expliquer comment faire un test Hémocult...

Dans ce type d'action, même si une communication est faite au préalable pour annoncer le stand, il s'agit plutôt de rencontres fortuites avec les gens.

2.4.4.2 - Les ateliers pratiques

Il s'agissait de faire réaliser en groupe avec de la gouache le test Hémocult, après avoir expliqué ce qu'était le DOCCR. Ce type d'animation était à destination des publics en difficultés, qui ne comprenaient pas comment faire le test, ne savaient pas lire...

Pour ce type d'action, nous intervenions auprès de groupes existants, et il s'agissait d'une intervention prévue, les groupes étaient là pour ça.

2.4.4.3 - Les conférences débats

Il s'agissait de faire une présentation détaillée sous forme de diaporama du CCR et du DOCCR devant un public : qu'est ce que le CCR, quels sont les facteurs de risques, pourquoi faire un dépistage, comment, pour qui est-ce destiné... Suite à cela, le public peut poser ses questions, faire part d'un témoignage...

Pour ce type d'action, c'est la population qui doit d'elle-même faire la démarche de venir à la conférence ; cela requiert une communication préalable qui annonce la conférence (cela n'était pas à la charge de l'ADECA54).

3 - Résultats

3.1 - Communication de masse

3.1.1 - Professionnels de santé

Au total, 2863 envois ont été faits (pharmacies y compris), soit plus de 81 000 documents envoyés aux professionnels de santé de MM.

Nous avons eu quelques retours spontanés : des questions plus précises sur le DOCCR, ou lors d'actions de terrain nous avons parfois rencontré ces professionnels qui venaient nous dire qu'ils avaient reçu nos documents.

Il n'y a pas eu de demandes de documentation supplémentaire (cela était proposé dans le courrier).

3.1.2 - Cas particulier des pharmaciens

Au total, les 60 pharmacies prévues ont bien été appelées. Cela s'est étalé sur 6 jours, sachant qu'il a fallu prendre de nombreux rendez-vous téléphoniques pour diverses raisons (pas de réponse à l'appel, absence de la personne pouvant répondre...), souvent reprogrammés plusieurs fois.

Trois pharmacies ont refusé de répondre à l'enquête, ce qui donne un taux de réponse de 95%.

Remarque : selon le temps disponible des pharmaciens, parfois certaines questions n'ont pas été posées, ce qui fait que pour chaque question analysée, le total ne sera pas forcément de 57 pharmacies.

Quatre pharmacies ont répondu avoir réalisé une vitrine bleue durant le mois de mars, soit près de 7%. Sur ces quatre pharmacies, seules deux ont réalisé la vitrine bleue spécifiquement pour l'évènement Mars Bleu, soit près de 3,5%, les deux autres avaient en fait une vitrine bleue déjà installée pendant cette période.

La moitié des pharmacies avait bien entendu parler de l'opération « vitrines bleues », et 23 d'entre elles l'associaient spontanément au DOCCR. Pour la moitié des pharmacies qui déclaraient ne pas avoir entendu parler de « vitrines bleues », il fallait leur rappeler le sujet pour qu'elles s'en souviennent : « ah mais si ! vous savez il y a tellement de choses parfois je ne sais plus » ; pour le reste, « vitrines bleues » leur restait un terme étranger, même avec les explications.

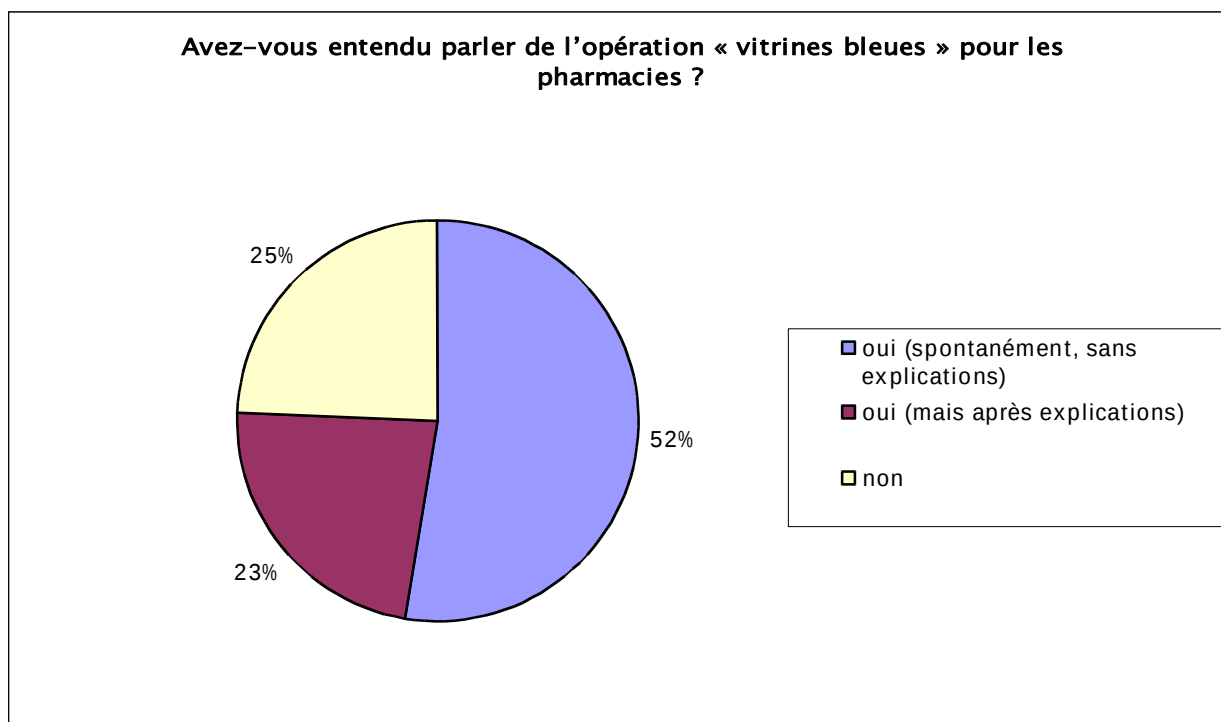


Illustration 1 : Connaissance de l'opération « vitrines bleues » parmi les pharmacies enquêtées

Seize pharmacies se rappelaient tout à fait de notre article paru dans le bulletin de l'Ordre, et savaient nous expliquer quelles étaient nos attentes principales : « il fallait faire parler du DOCCR », « vous espériez qu'un maximum de pharmacies se mobilise pour le DOCCR », « le but était que toutes les vitrines soient bleues, en lien avec la campagne, c'est pour attirer l'œil ». Dix huit se rappelaient avoir lu notre article mais ne pouvaient pas nous expliquer ce qu'elles se souvenaient « oui je l'ai vu, mais je ne me souviens plus exactement », « si si je l'ai lu, mais en diagonal donc je ne sais plus trop là ». Vingt et une déclaraient ne pas l'avoir vu ou ne pas avoir lu le bulletin de l'Ordre.

Globalement les pharmacies ont pensé que la date de publication de notre article, la quantité de documents envoyés et la période d'envoi de ceux-ci étaient adaptés (tableau III).

Résultats

Tableau III : Appréciation des pharmacies par rapport à la date de la publication de l'article dans le bulletin de l'Ordre, la quantité de documents reçus et la date de réception de ceux-ci

	Trop tôt ou Trop Effectif - (%)	Trop tard ou Pas assez Effectif - (%)	Adapté Effectif - (%)	Sans avis Effectif - (%)
Date de publication de l'article dans le bulletin de l'Ordre	6 - (10,9)	1 - (1,8)	21 - (38,2)	27 - (49,1)
Quantité de documents reçus	7 - (13,5)	1 - (1,9)	39 - (75)	5 - (9,6)
Période de réception des documents	0 - (0)	5 - (9,6)	39 - (75)	8 - (15,4)

Bien que peu vitrines bleues aient été faites, les documents envoyés ont été presque toujours utilisés, une seule pharmacie a déclaré ne pas s'en être servi du tout, cinq ont expliqué ne pas les avoir reçus. Les dépliants et cartes postales ont en moyenne été plus utilisés que les affiches : ils ont été cités 45 fois contre 33 fois pour les affiches. Mais ils étaient rarement remis directement en main propre, seules 8 pharmacies ont déclaré le faire soit 13% environ.

Treize pharmacies ont affirmé que les clients ont posé des questions sur le DOCCR, contre 38 pharmacies où il n'y a pas eu de questions de la part des clients ; les questions étaient par exemple « quel est le processus à suivre pour faire le dépistage ? », « à quel âge doit-on le faire ? », « vers qui faut-il se diriger ? », « est-ce vraiment utile ce dépistage ? », « si je n'ai pas d'antécédents dois-je le faire quand même ? ».

Les pharmacies quant à elles ont été 34 à admettre ne pas parler spontanément du DOCCR à leurs clients, même pendant le mois de sensibilisation.

Parmi les messages transmis par les pharmaciens aux clients, les plus fréquents étaient « il faut faire le test, il est facile et indolore », « il faut en parler avec votre médecin », « plus on s'y prend tôt, meilleures sont les chances de guérison », « c'est bien de faire le dépistage surtout s'il y a des antécédents familiaux » (cités 5 fois chacun). D'autres messages ont été transmis (cités une fois chacun) « dès qu'il y a des troubles, il faut voir votre médecin car c'est que c'est déjà avancé », « il faut faire au moins une première fois le test à 50ans, après si c'est pas tous les deux ans... ».

La mobilisation des stagiaires a peu fonctionné : sur les 12 pharmacies ayant signalé avoir un étudiant en stage, seuls 3 ont révélé que le stagiaire s'était impliqué dans la promotion du DOCCR (soit par l'installation de la vitrine, soit par discussion avec les clients).

Les facteurs favorisant et les freins à l'implication des pharmacies dans la promotion du DOCCR ou dans l'action « vitrines bleues » relevaient d'une question ouverte afin de rassembler un maximum d'idées. Pour l'analyse, ils ont été classés par thème.

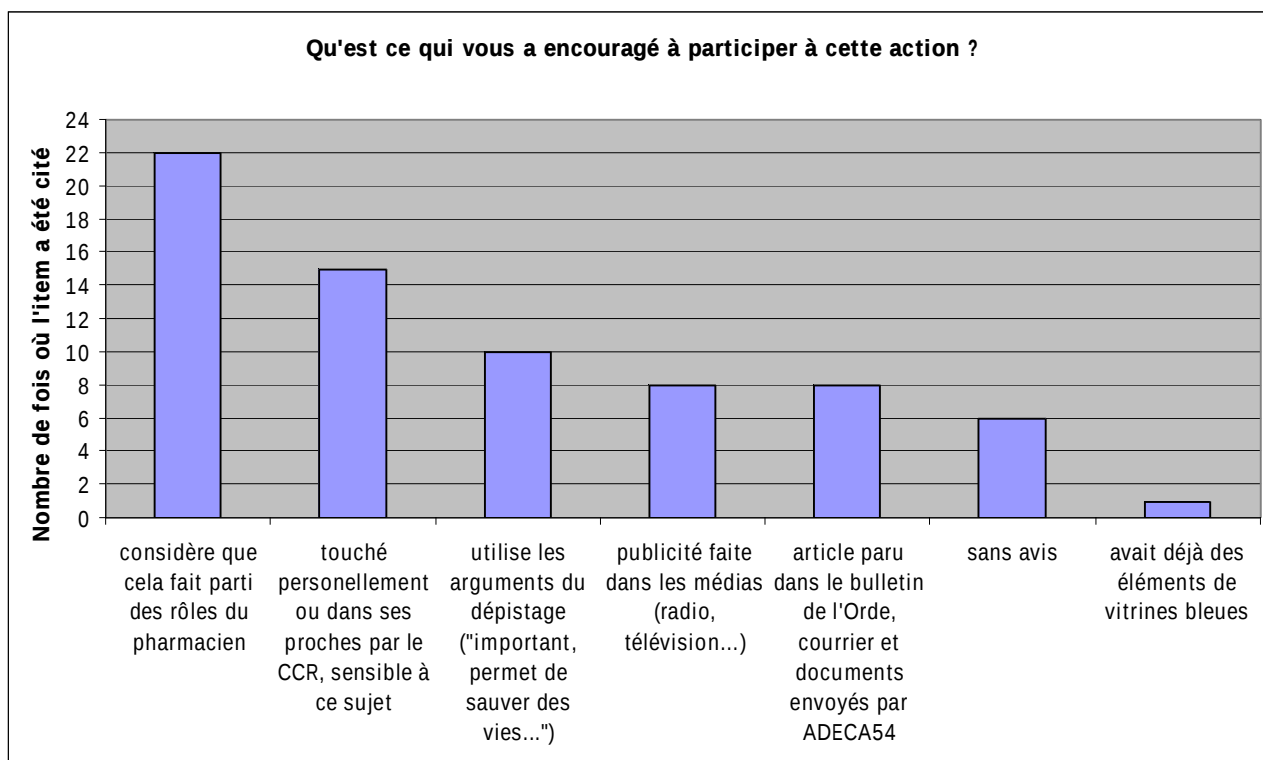


Illustration 2 : Les facteurs favorisant la participation des pharmaciens de MM à la promotion du DOCCR, lors de Mars bleu

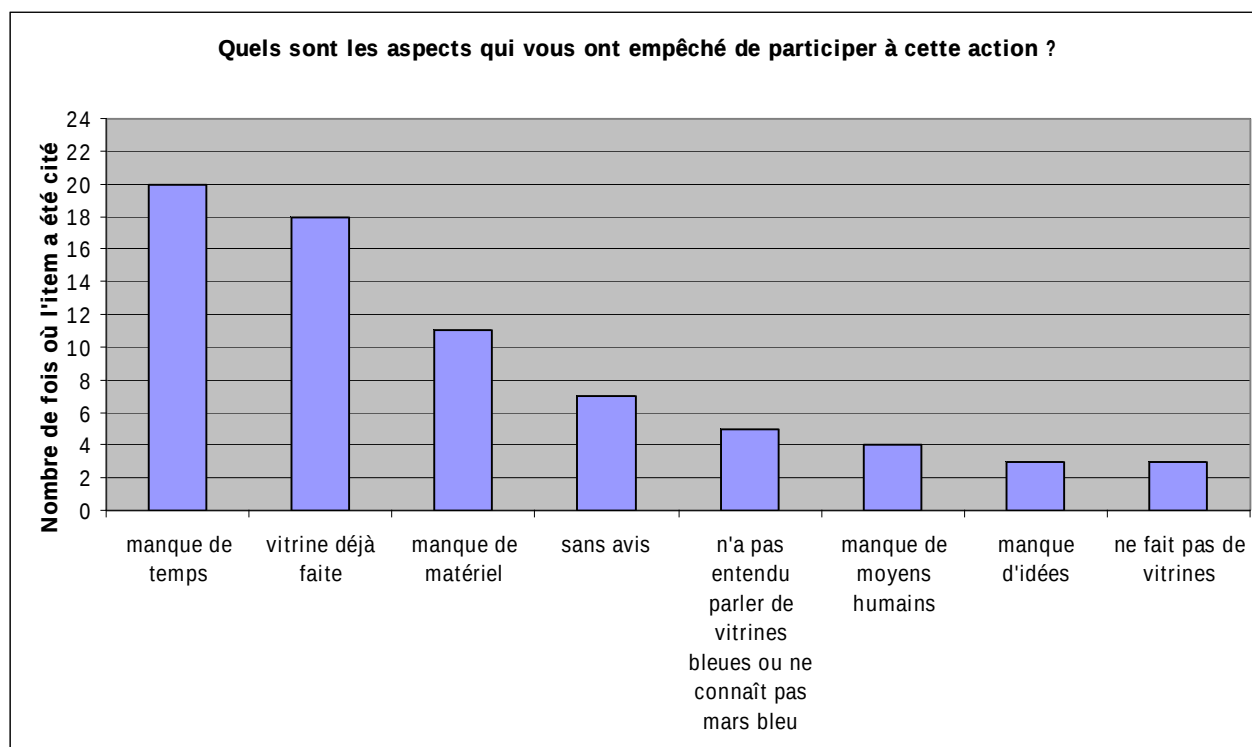


Illustration 3 : Les freins rencontrés par les pharmaciens de MM, pour la réalisation de l'action « vitrines bleues »

Résultats

Vingt six pharmacies ont déclaré que le fait de voir d'autres pharmacies se mobiliser pour Mars Bleu pourrait les influencer à faire une vitrine bleue également, contre 19 qui ont déclaré que cela ne les influencerait pas.

Les seize pharmacies qui ont indiqué posséder un écran télévisé étaient toutes d'accord pour y diffuser des spots de l'INCa lors d'une prochaine mobilisation.

Enfin, les propositions d'amélioration pour la campagne 2012 étaient diverses mais nous avons pu les regrouper par thèmes :

- fournir du matériel : « des kits vitrines tout fait », « des choses qui se collent au sol ou à suspendre », « en plus des kits de documents, proposer des kits vitrines et les intéressés les réserveraient »
- refaire la même chose : « là c'était bien, je ne vois pas ce que vous pourriez faire de plus », « refaire pareil, un article dans le bulletin de l'Ordre, courriers et kits de documents à tout le monde c'est bien »
- prévenir plus tôt : « il faudrait le savoir tôt, si cette opération est systématique tous les ans, on pourrait réserver la vitrine en avance », « quand les vitrines sont déjà faites c'est pas évident de les changer donc il faudrait le savoir plusieurs mois à l'avance, quand on prépare le planning des vitrines »
- contact direct ou téléphonique : « il faudrait que quelqu'un passe pour nous rencontrer et nous remettre les documents, nous expliquer comment organiser les vitrines, cela motiverait plus car des campagnes d'affichage on en reçoit tout le temps », « passer un coup de fil au mois de février pour rappeler l'opération »
- parler plus de l'opération, faire plus de publicité autour de cela
- en plus de communiquer via l'Ordre, communiquer aussi via le syndicat
- autres : « nous envoyer des tests HémoCult », « essayer d'avoir un retour par les pharmacies pour les motiver, qu'elles aient quelque chose à remplir ; par exemple pour le diabète on envoie les résultats des glycémies faites aux gens », « nous donner des phrases types à dire pour lancer la conversation sur le sujet ».

Pour la campagne 2012, à votre avis que pouvons nous faire pour impliquer davantage l'ensemble des pharmacies de Meurthe et Moselle ?

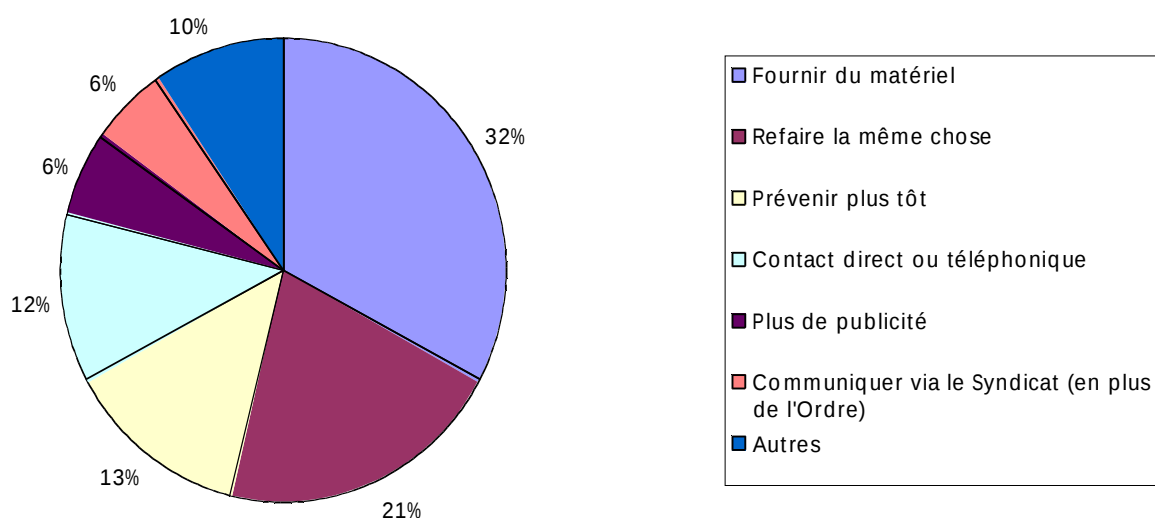


Illustration 4 : Propositions d'amélioration par les pharmaciens de MM, pour une éventuelle reconduite du projet « vitrines bleues » lors de Mars Bleu 2012

3.1.3 - Mairies

La proposition de publication d'un article sur Mars bleu et le DOCCR dans le bulletin municipal a été faite à toutes les mairies du département, soit 594 communes. Nous avons eu une réponse de 54 d'entre elles, soit un taux de réponse positive de 9,1%. Plus de la moitié de ces communes étaient de très petites communes, avec moins de 1000 habitants.

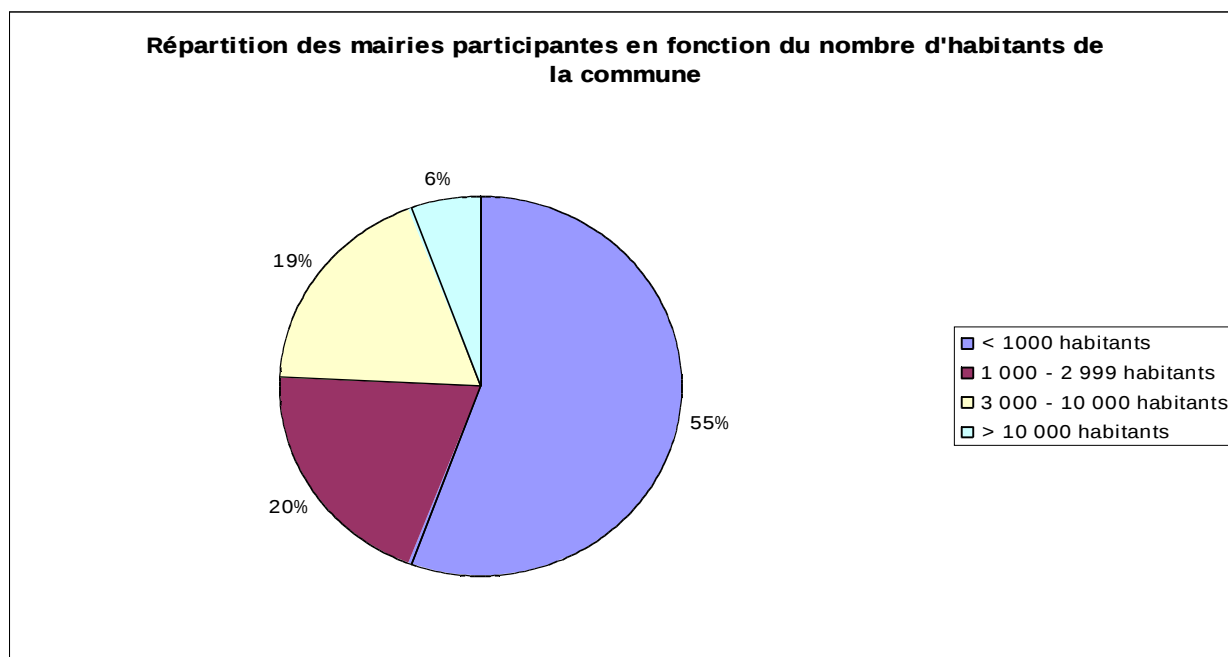


Illustration 5 : Répartition des mairies de MM ayant répondu positivement à notre demande, en fonction du nombre d'habitants de la commune

Grâce aux renseignements relevés auprès des mairies sur le nombre d'habitants de leur commune et à un complément avec les données du recensement de l'INSEE de 2007 pour les données manquantes, nous pouvons estimer à 37 384 le nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans ayant pu recevoir notre article, via le bulletin municipal. Tout âge confondu, ce nombre s'élève à 135 441 Meurthe et Mosellans. En revanche, nous n'avons pas eu assez d'information pour pouvoir déterminer le nombre de foyers touchés.

Deux mairies ont également mis en ligne l'article sur leur site internet.

3.1.4 - Comités sportifs départementaux

Au total, nous avons envoyé un courrier à 65 comités et seul un comité nous a retourné le coupon-réponse, soit un taux de réponse de 1,5%. Le comité en question souhaitait diffuser notre information à ses adhérents via messagerie électronique et sur le site internet du comité. Il n'avait en revanche aucune manifestation au mois de mars susceptible de rassembler les 50 – 74 ans.

3.2 - Les actions de terrain

3.2.1 - Résultats quantitatifs

Vingt-deux animations ont eu lieu au mois de mars, et encore quatre autres au mois d'avril (qui n'avaient pu avoir lieu en mars pour une question de disponibilité).

Les animations se sont déroulées dans 5 types de lieux :

- lieux de soins : polyclinique Gentilly, Centre Alexis Vautrin... (5 animations)
- lieux administratifs : Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Conseil Général... (7 animations)
- lieux de sports et loisirs : clubs de gymnastique, de pêche, de randonnée... (6 animations)
- lieux de population en situation de précarité : foyers de résidents, association Amitiés tsiganes... (4 animations)
- événementiel : Salon du tourisme, Journée de la Femme... (4 animations)

Afin de pouvoir comparer l'intérêt des différentes interventions, le nombre moyen de personnes sensibilisées par heure a été calculé pour chaque lieu d'intervention et pour chaque type d'intervention. Le mode de calcul a été le suivant : nous avons passés 18h à tenir des stands dans les lieux de soins, et nous y avons rencontrés au total 29 personnes soit $29/18 = 1.6$ personnes / heure.

Tableau IV : Nombre de personnes sensibilisées par heure en fonction du lieu et du type d'intervention

	Lieux de soins	Lieux administratifs	Lieux de sports et loisirs	Lieux population en situation de précarité	Événementiel	Total
Nombre total d'heures passées sur le lieu (en heures)	20	18	8	9,5	19,5	75
Nombre total de personnes rencontrées sur le lieu	49	110	329	129	395	1012
Nombre moyen de personnes rencontrées par heure sur le lieu	2,5	6,1	41,1	13,6	20,3	16,7
- sur les stands (en personnes/heure)*	1,6	6,5	53,8	12,2	17,6	13,1*
- sur des ateliers pratiques (en personnes/h)*	-	-	-	15,5	-	15,5*
- sur des conférences débat (en personnes/h)*	10	0	3	-	70	16*

*résultat pondéré par le nombre d'heures sur chaque lieu ou pour chaque type d'intervention

3.2.2 - Résultats qualitatifs

Par rapport au nombre de personnes rencontrées, peu de questionnaires d'évaluation ont pu être récupérés suite à nos différentes interventions. La majorité de nos interventions étaient de type stand, et les gens qui s'y arrêtaient ne restaient pas longtemps, il n'était pas facile de leur faire remplir un questionnaire. Nous avons obtenu 88 questionnaires en tout ; 73 des personnes ayant rempli le questionnaire appartenaient bien à la tranche d'âge 50 – 74 ans, soit 83%. La moyenne d'âge totale était de 57,2 ans et 61.4% étaient des hommes.

Le tableau suivant permet de connaître les résultats principaux de l'impact de l'intervention sur les personnes rencontrées.

Tableau V : Principaux résultats des questionnaires d'évaluation : impact de l'intervention sur les personnes y ayant assisté, par type d'intervention

	oui tout à fait (en %)	oui un peu (en %)	non pas vraiment (en %)	non pas du tout (en %)
Notre intervention vous a-t-elle fait réfléchir sur le dépistage du CCR ?	73,8 – 100 – 95,5	16,7 – 0 – 4,5	6 – 0 – 0	3,5 – 0 – 0
Vous a-t-elle aidé à comprendre comment faire le test en pratique ?	64,4 – 100 – 95,7	26,4 – 0 – 4,3	5,7 – 0 – 0	3,5 – 0 – 0
Vous a-t-elle convaincu de faire ce dépistage ?	78,6 – 100 – 97,7	10,7 – 0 – 2,3	10,7 – 0 – 0	0 – 0 – 0
– attendre de recevoir votre courrier d'invitation ET attendre d'avoir besoin d'une consultation médicale pour aller parler de ce dépistage avec votre médecin traitant OU – attendre de recevoir votre courrier d'invitation, et consulter votre médecin traitant dans le seul but de parler de ce dépistage OU – en parler dès que possible à votre médecin, sans attendre de recevoir le courrier d'invitation	SI OUI, vous allez (en %)			
	44 – 16,7 – 68,4			
	10,8 – 33,3 – 23,7			
	45,2 – 50 – 7,9			

Légende : en noir les stands, en rose les conférences débats, en vert les ateliers pratiques

Les messages importants que le public a retenu sont par exemple : « Plus un cancer est

découvert à temps, plus on a de chance d'en guérir » ; « Il faut en parler autour de nous » ; « Le dépistage est important à partir de 50ans et tous les 2 ans » ; « Il faut faire le test ».

Pour les personnes qui n'étaient pas vraiment convaincues de faire le dépistage suite à notre intervention, les raisons données étaient les suivantes : « A cause des complications éventuelles s'il faut faire une coloscopie : perforation intestinale » ; « J'ai d'autres problèmes de santé plus importants ».

Les questions posées par les personnes étaient majoritairement d'ordre pratique : « comment se fait le test ? », « comment on fait si on ne va pas à la selle tous les jours ? », « le support fourni dans le kit ne tient pas sur le toilette, comment faut-il faire ? ». D'autres questions fréquemment posées étaient « pourquoi que jusqu'à 74 ans ? » ou « pourquoi que à partir de 50 ans ? ».

Parfois des personnes prenaient des petits tas de documents et nous expliquaient que c'était « pour les collègues qui ne sont pas passés au stand ! » (dans les lieux administratifs). On peut parler de personnes relais. Dans la même idée, les personnes qui avaient moins de 50 ans disaient parfois « moi je n'ai pas l'âge encore mais je vais prendre les documents pour mes parents, je ne sais pas s'ils l'ont fait [le dépistage]... ».

3.3 - Ouvertures

La demande faite auprès du SLUC Nancy Basket a été acceptée mais n'a pas pu être concrétisée cette année, le délai étant trop court pour le SLUC. L'ADECA54 interviendra donc au SLUC lors d'un match de l'équipe de Nancy, mais en mars 2012, voire peut être également au mois d'octobre 2011, pour l'événement Octobre Rose.

Suite à une de nos interventions dans un foyer de résidents, la directrice de ce foyer a souhaité que nous intervenions plus régulièrement, pas seulement une fois en mars. Le public du foyer étant un public avec des difficultés de compréhension, il a besoin de plus de suivi. D'autres interventions auprès de ces personnes se feront donc plusieurs fois dans l'année.

Suite à notre intervention à la Maison des usagers du CHU de Nancy, la responsable a souhaité poursuivre notre partenariat pour Octobre Rose 2011 et souhaite que l'ADECA54 mène une action de sensibilisation auprès du personnel hospitalier, et des femmes à la sortie du self d'un ou plusieurs hôpitaux.

Lors des entretiens avec les pharmacies, j'ai pu être en contact avec la présidente des maîtres de stage. Cette dernière a apprécié notre démarche et souhaite y impliquer davantage les étudiants stagiaires pour Mars Bleu 2012. Pour cela, elle a proposé de sensibiliser les étudiants en pharmacie lors d'une réunion préparatoire pour leur stage, qui a lieu à la faculté vers le mois de novembre. Elle souhaite donc qu'ADECA54 la contacte au mois d'octobre 2011 pour préparer cette action ensemble.

4 - Discussion

4.1 - La conduite du projet

Je suis arrivée en stage le 9 décembre, il a fallu un certain temps pour me familiariser avec la structure et ses missions, avec le sujet du DOCCR, tout le contexte. Puis préparer des actions, créer ou obtenir des listings, contacter les gens, leur laisser le temps de répondre, organiser le planning... Sachant que les actions devaient être mises en place pour mars, soit à peine 3 mois après mon arrivée, le délai était très court. L'idéal serait de commencer à préparer Mars Bleu vers les mois de juillet-août, et de commencer à préparer Octobre Rose vers janvier-février.

Le contexte cette année était assez particulier pour plusieurs raisons, qui ont pu nuire au projet Mars Bleu 2011. Tout d'abord comme expliqué précédemment, la chargée de projets était en congé maternité pendant la durée de mon stage. Le chargé de projets remplaçant a été embauché à 1/3 temps et cela n'était pas suffisant pour que l'on puisse travailler correctement et suffisamment ensemble, surtout sachant le court délai pour mettre en place le projet. Les médecins coordinateurs ont pu se libérer pour participer à plusieurs actions de terrain, mais ayant un emploi du temps déjà chargé à l'ADECA54, cela était difficile.

De plus, la CUGN qui est normalement un relai important lors d'Octobre Rose n'a pas vraiment pu s'impliquer cette année pour Mars Bleu, car l'élue à la Santé était en campagne électorale durant tout le mois de mars pour les élections cantonales.

Enfin, pour l'académie de Nancy/Metz il y avait cette année deux semaines de vacances scolaires au mois de mars. D'une part, cela a posé problème pour l'organisation de certaines manifestations, d'autre part nous pouvons supposer que lors de ces deux semaines de vacances nous avons du rencontrer moins de monde lors de nos actions de terrain que s'il n'y avait pas eu de vacances.

4.2 - Communication de masse

4.2.1 - Les professionnels de santé

La communication de masse faite auprès des professionnels de santé n'a pas été évaluée, cela aurait demandé beaucoup de temps, je n'ai pas pu le prévoir dans mon planning de stage. Il est en effet très difficile de joindre ces professionnels de santé par téléphone pour faire une enquête, ils ont peu de temps, sont en consultation. Une enquête par courrier aurait pu être faite, mais cela aurait eu un coût supplémentaire (frais d'envoi) et ne donne pas de bons taux de réponses. De plus pour ne pas surcharger les médecins généralistes de courriers de l'ADECA54, il n'était possible d'envoyer de courriers aux médecins généralistes pour faire une enquête. Ces envois sont plutôt réservés à l'ADECA54 pour signaler des erreurs dans le remplissage des fiches d'inclusion ou d'exclusion au DOCCR... Or étant donné l'importance de ces professionnels dans le DOCCR, c'était surtout leurs réponses qui auraient été intéressantes.

On peut cependant remarquer qu'aucun des professionnels de santé n'a fait de demande de documentation supplémentaire, alors qu'ils ont reçu entre 10 et 30 dépliants selon le type de professionnels, et qu'en un mois, il y a probablement certains endroits où il y a plus de 30

patients âgés entre 50 et 74ans. De là plusieurs suppositions peuvent être faites : les professionnels n'ont pas remis en main propre les documents mais ils les ont mis dans la salle d'attente, dans la salle d'attente les gens ont peut être lu le document mais l'ont reposé ensuite ce qui fait qu'il en reste toujours, les professionnels n'ont pas prêté attention aux documents...

4.2.2 - L'action « vitrines bleues »

L'action « vitrines bleues » à proprement parlé a connu peu de succès. Cela était prévisible car nous ne pouvions pas fournir de matériel de décoration aux pharmacies (faute de moyens financiers), mis à part quelques documents. En revanche, les documents envoyés ont bien été utilisés, donc il y a quand même eu une certaine mobilisation de la part des pharmacies.

Parmi les propositions d'amélioration relevées lors des entretiens téléphoniques, « fournir du matériel » était l'item le plus cité (32%) mais l'ADECA54 ne pourra pas agir sur cela. En revanche, l'ADECA54 pourrait informer plus tôt les pharmacies à propos de l'action « vitrines bleues » ce qui leur permettrait de prévoir cela dans leur planning de vitrines (représente 13% dans les propositions d'amélioration) ; « vitrine déjà faite » était le deuxième frein rencontré pour l'action vitrines bleues. Il faudrait commencer à les informer de cette action vers le mois de novembre, car plusieurs pharmacies m'ont dit qu'elles préparaient leur planning de vitrines pour l'année, vers la fin de l'année précédente.

Ensuite, un contact téléphonique pour rappeler l'opération un mois avant (12% dans les propositions d'amélioration) pourrait être envisagé. Pour minimiser le temps nécessaire à cette activité, il faudrait prévoir un court discours à dire, qui rappellerait rapidement en quoi consiste l'opération vitrines bleues, et qui donnerait quelques idées de décoration (le manque d'idées pour décorer les vitrines faisait partie des freins rencontrés par les pharmaciens). Ainsi, il faudrait prévoir une conversation de 3 à 5 minutes par pharmacies. Sachant qu'il y a 278 pharmacies en MM, cela prendrait approximativement entre 14 et 23 heures, soit théoriquement entre 2 et 3 jours et demi, pour une personne à temps plein (7 heures par jour). En réalité, cela prendrait plus de temps, car il est difficile de consacrer une journée entière de travail à une tâche unique, et car il faudra probablement prendre plusieurs rendez vous téléphoniques. Au total, il faudrait prévoir une semaine et demi pour cette activité, mais ce temps pourrait être réduit si deux ou trois personnes y travaillaient : la chargée de projets aidée par les médecins coordinateurs ou les secrétaires.

Enfin, comme suggéré dans les propositions d'amélioration faites par les pharmacies, l'ADECA54 pourrait communiquer via le Syndicat en plus de communiquer via l'Ordre Régional des pharmaciens ; cela reste une activité réalisable, il suffit de prendre les contacts avec le Syndicat.

Si ces différentes activités sont menées en plus de ce qui a été fait cette année, cela permettrait de satisfaire à 52% des propositions d'amélioration (dont 21% qui portaient sur « refaire la même chose que ce qui a été fait cette année »).

Il pourrait par ailleurs être envisagé de prévoir des sessions de formation des pharmaciens sur le DOCCR. En effet, le cahier des charges du DOCCR spécifie qu'une attention particulière doit être apportée à ces professionnels de santé (16). De plus après analyse des entretiens

téléphoniques, on peut s'apercevoir que certains conseils prodigués par les pharmaciens aux clients n'étaient pas exacts ou portaient à confusion : « il faut faire au moins une première fois le test à 50ans, après si c'est pas tous les deux ans... » mais il est au contraire essentiel de le faire tous les deux ans, c'est de cette façon que le DOCCR est efficace en terme de réduction de mortalité par CCR ; «dès qu'il y a des troubles, il faut voir votre médecin car c'est que c'est déjà avancé » mais le message devrait plutôt être qu'il ne faut pas attendre les troubles pour faire le DOCCR, le test Hémocult n'étant pas destiné à des personnes présentant des troubles ; « c'est bien de faire le dépistage surtout s'il y a des antécédents familiaux » mais s'il y a des antécédents familiaux, la personne n'entre plus dans le DOCCR, elle a d'autres modalités de suivi médical, c'est justement quand il n'y a pas d'antécédents que le DOCCR est indiqué.

4.2.3 - Les mairies

A première vue, la proportion de communes de moins de 1000 habitants ayant répondu est élevée par rapport à la proportion des plus grandes communes. Mais cela s'explique par le fait que les communes de moins de 1000 habitants sont nombreuses en MM : elles représentent plus de 80% des communes. Ainsi, si l'on tient compte de la proportion de chaque catégories de communes étudiées (< 1 000 habitants, 1000-2999 habitants, 3000-10000 habitants, >10 000 habitants) on se rend compte que les taux respectifs de réponse positive sont de 6,2% - 16,4% - 27,8% - 33,3%. Les grandes communes ont finalement mieux répondu que les petites communes.

Les listings d'adresses que nous avons pu obtenir étaient à destination du maire, qui n'était pas forcément l'interlocuteur idéal pour cette action. Dans les petites mairies, cela ne pose pas problème car la communication se fait plus facilement dans les petites structures. Mais dans les grosses mairies, il aurait fallu pouvoir s'adresser directement aux élus santé, car là notre courrier s'est peut être parfois perdu.

4.2.4 - Les comités sportifs départementaux

La mobilisation du milieu sportif via les comités sportifs départementaux n'a pas fonctionné. Comme ils n'ont jamais été contacté par l'ADECA54, envoyer un courrier était peut être trop impersonnel ; un contact téléphonique en soutien du courrier aurait sûrement permis de donner de meilleurs résultats. Sachant qu'ils ont maintenant été sollicité une première fois, si cette action est reconduite l'an prochain le taux de réponse pourrait être meilleur.

4.3 - Les actions de terrain

4.3.1 - Intention de comportement

En regard de l'analyse des questionnaires d'évaluation, aucune des personnes rencontrées n'a pas été du tout convaincue de faire le dépistage du CCR. Au pire, elles n'étaient pas vraiment convaincues de faire le dépistage, mais cet item n'a été rapporté que pour les stands et qu'à 10,7%. Pour le reste, les personnes étaient majoritairement tout à fait convaincues de faire le dépistage, et dans une moindre mesure, seulement un peu convaincues. Un biais doit cependant être mis avant dans l'analyse des questionnaires d'évaluation : la part des réponses positives « oui tout à fait » doit être surestimée car les personnes qui ont pris le temps de

répondre au questionnaire sont plutôt celles qui se sont intéressées à notre discours, et les personnes qui globalement n'étaient pas intéressées ou pas convaincues par notre discours ont sûrement moins répondu au questionnaire.

Une analyse plus fine des questionnaires permet de constater le fait suivant : sur les 73 personnes âgées de 50 à 74 ans ayant rempli un questionnaire, 37 n'avaient jamais réalisé de test Hémocult, « par crainte de savoir », « par fainéantise »... Pour les autres, soit elles n'étaient pas concernées (car suivies par coloscopie...), soit elles avaient déjà réalisé un test Hémocult ; mais en discutant avec ces dernières il s'est avéré qu'un bon nombre avait réalisé le test Hémocult lorsque c'était le CMP qui le proposait, ce qui n'entre pas dans le DOCCR. Le questionnaire ne permettait pas de distinguer les personnes ayant réalisé un test Hémocult via le CMP il y a X années, de celles qui participaient au DOCCR actuellement. En revanche, il est encourageant de constater que parmi les 37 personnes de 50-74ans n'ayant jamais réalisé de test Hémocult avant notre intervention, 33 ont répondu qu'elles étaient maintenant tout à fait convaincues de faire ce dépistage (soit 89,1%), 3 qu'elles étaient un peu convaincues (soit 8,1%), et une seule n'était pas vraiment convaincue (soit 2,7%). Ces résultats sont très encourageants pour continuer à mener des actions de terrain auprès de la population.

Pour les personnes qui pensaient faire le dépistage (tous âges confondus), elles devaient choisir entre plusieurs façon possibles d'agir (voir questionnaire d'évaluation). Une des possibilités de réponse était de devancer l'envoi de l'invitation en parlant du dépistage avec son médecin, autrement dit de prendre les choses en main soit même. Il est intéressant d'observer qu'environ 50% des personnes ont choisi cette option dans les animations type stand ou conférence débat, qui étaient tout public , alors que pour les animations de type ateliers, qui étaient organisées pour les milieux précaires, seules 7,9% des personnes ont choisi cette option. Cela laisse penser que les populations les plus en difficultés ont besoin de plus de suivi et de soutien des professionnels que la population générale.

4.3.2 - Lieux des interventions

En terme de temps-efficacité, les actions dans le milieu sportif étaient les plus intéressantes, avec en moyenne plus de 40 personnes sensibilisées par heure. Il s'agissait d'intervention lors de la fin d'un cours de gymnastique, au départ d'une randonnée, lors d'un concours de pêche... Un bémol par rapport aux interventions dans le milieu sportif est que l'on peut imaginer que parfois, les personnes qui s'entretiennent en faisant du sport, auront plus tendance à prendre spontanément soin de leur santé, donc feraient le dépistage du CCR suite à la réception du courrier de l'ADECA54, même sans avoir été sensibilisées avant.

Les interventions dans les lieux de soins étaient au contraire les moins intéressante en terme de temps-efficacité, et celles où l'on a rencontré le moins de personnes en tout. Selon mon point de vue, tenir des stands dans ce genre de lieux est très discutable. En effet, les personnes se rendent dans un lieu de soins car elles sont malades voire gravement malades, ou parce qu'elles viennent voir une personne malade. Elles ne sont absolument pas réceptives à des messages de prévention et cela est compréhensible. De plus, il y a de plus fortes chances de tomber sur quelqu'un atteint d'un CCR et la situation peut devenir délicate.

Sur les lieux administratifs, il est également difficile de sensibiliser les gens ; il y a peu de monde, ils évitent souvent le stand, il faut aller à la rencontre des gens. En revanche, nous

Discussion

avons tenu des stands dans deux endroits différents : soit à l'accueil (donc plutôt pour les visiteurs), soit à la sortie du self (donc plutôt pour le personnel). Cette deuxième possibilité s'est révélée plus efficace. Cela peut s'expliquer par le fait que les gens sont plus réceptifs au moment du repas, moment de détente, que lorsqu'ils viennent pour régler des problèmes administratifs.

Intervenir lors de gros événements comme le salon du tourisme, permet de rencontrer beaucoup de monde. Mais pour ce genre d'événement, comme pour le SLUC, il faut s'y prendre en avance pour effectuer une demande de partenariat, car ce genre de manifestations sont prévues et organisées longtemps en avance.

Les personnes sont donc plus réceptives à des messages de prévention lorsque l'on intervient dans un contexte de détente (sport, salon, self), bien que cela peut parfois avoir l'effet inverse du type « je suis là pour me détendre je n'ai pas envie de parler de cancer ».

En regard des objectifs du Plan Cancer 2009-2013 visant la réduction des inégalités de recours au dépistage, les actions envers les populations précaires devraient être davantage développées. Les ateliers pratiques de réalisation du test Hémocult faits parmi ces populations cette année ont été très positifs. En effet les personnes que nous avons rencontrées dans les foyers de résidents ou dans les associations de public précaire n'étaient pas réfractaires au dépistage, mais elles ne comprenaient pas bien de quoi il s'agissait, comment il fallait procéder pour obtenir puis réaliser le test ; certaines ne savaient pas lire, le mot « selles » est bien souvent incompris (confusion avec le sel de cuisine). Cela a été pris en compte dans la communication faite cette année par l'INCa, car une des phrases du film pédagogique était « on dit selles parce qu'on n'ose pas dire caca ». Les documents d'informations tout public ou les modes d'emploi du test Hémocult pourraient d'ailleurs comporter également cette explication.

D'autres interventions parmi les populations en situation de précarité seraient à prévoir pour Mars Bleu 2012. Nous avons en effet cette année essayé d'obtenir des autorisations pour intervenir lors de permanences organisées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour les personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle. Cela n'a pas été possible cette année, mais il serait judicieux de relancer les demandes pour Mars Bleu 2012.

Par ailleurs, multiplier les actions de terrain envers les populations précaires ne serait pas suffisant pour toucher un maximum de ces personnes. L'ADECA54 peut certes mener quelques actions directement auprès des populations, mais le plus rentable serait de créer des personnes relais. Ainsi, des actions de sensibilisation des travailleurs sociaux de MM, ou du personnel des associations pour public précaire pourraient être mises en place par l'ADECA54, sur le DOCCR. On peut imaginer faire des envois de kits de documents accompagnés d'un courrier de sensibilisation lors de Mars Bleu 2012, comme cela a été fait cette année pour les professionnels de santé.

Un autre lieu d'intervention pourrait être intéressant à tester lors de Mars Bleu 2012 : les salles d'attentes ou les accueils des cabinets médicaux. En effet c'est lors d'une consultation chez son médecin traitant que le thème du DOCCR doit être abordé. Ainsi, en sensibilisant les gens juste avant leur consultation chez le médecin, on augmenterait considérablement les chances que le

sujet de DOCCR soit abordé pendant la consultation. En pratique, les difficultés rencontrées risquent d'être similaires à celles rencontrées cette année sur les lieux de soin. Les gens qui viennent en consultation sont malades, et n'ont pas forcément envie d'être sollicités à ce moment. Cependant, cela reste une piste à explorer car de bons résultats pourraient en découler.

4.3.3 - Type d'intervention

Dans le tableau V de la partie résultats, il apparaît que ce sont les conférences débats qui ont le meilleur impact sur la population (100% de « oui tout à fait » pour chaque item) . Ceci est à relativiser : très peu de questionnaires ont pu être donnés car peu de personnes participaient à ce genre d'action. De plus, les personnes qui venaient à ce genre d'événement étaient des personnes déjà sensibilisées sur le sujet car déjà atteinte d'un CCR, ou ayant un proche atteint, donc soit elles étaient suivies par coloscopie, soit elles participaient déjà au DOCCR. Ce ne sont donc pas les personnes que l'on souhaite toucher.

Les ateliers pratique semblent avoir plus d'impact sur les gens que les simples stands (voir tableau V). En effet, sur les stands la discussion avec les gens est brève, de 2 à 5 minutes. Une animation de type atelier durait environ 2 heures en tout. Jusqu'à présent sur les stands, les gens pouvaient découvrir le test Hémocult, mais nous ne proposons pas d'essayer de le réaliser à l'aide de gouache. Il serait dorénavant intéressant de réserver un endroit pour que les gens puissent s'installer et réaliser le test Hémocult avec de la gouache, afin qu'ils comprennent mieux comment cela fonctionne. En effet 95,7% des personnes déclaraient avoir tout à fait compris comment se réalisait le test après un atelier pratique, contre 64,4% après s'être simplement renseigné sur le stand.

Quelque soit le type d'intervention ou le lieux d'intervention, il a été remarqué que beaucoup de questions posées par les gens étaient d'ordre pratique, et portaient souvent sur la façon de récupérer les selles. Les conseils que je donnais aux gens étaient des techniques dont certaines personnes m'avaient parlé. Mais il serait intéressant que les gens puissent échanger directement entre eux, sur les moyens employés pour récupérer les selles, les difficultés rencontrées... Cela permettrait de les rassurer, de voir que d'autres personnes rencontrent les mêmes difficultés. Pour cela, un forum de discussion pourrait être ouvert sur le site internet de l'ADECA54. De plus, le thème « colorectal » est tabou pour beaucoup de personnes, il touche l'intimité et ce n'est pas facile d'en parler face à face. Sur un forum, les gens pourraient s'exprimer plus librement.

4.3.4 - La remise du test Hémocult

Un aspect gênant est que les actions de terrain menées servent à promouvoir le DOCCR mais que si les gens sont intéressés nous ne leur remettons pas le test Hémocult. Ils doivent attendre de recevoir leur invitation ou ils peuvent en parler avec leur médecin qui peut les inclure au programme si cela leur est adapté. Cela est dommage car une fois que l'on a accroché les gens, il faudrait pouvoir leur donner tout de suite le test, tant que leur motivation est élevée. Le fonctionnement du DOCCR ne l'autorise pas à cause des personnes à haut risque de CCR : le test Hémocult a une sensibilité de 50% environ, c'est à dire à qu'il permet de

diagnostiquer un CCR sur deux (10). Pour les personnes à haut risque de CCR, le test n'est donc pas assez puissant, une coloscopie est nécessaire sans quoi un cancer sur deux ne serait pas détecté avec le test. C'est pour cette raison que le médecin traitant est essentiel dans le programme de DOCCR : il doit déterminer pour chaque patient s'il faut faire le test ou plutôt une coloscopie.

On ne peut donc pas remettre le test à toutes les personnes que cela intéresse lors des actions de terrain, mais on pourrait en revanche jouer sur l'envoi de l'invitation (le courrier d'invitation est un courrier personnalisé, avec des étiquettes patients, un code barre pour l'identification... ; c'est donc un document spécifique qui se prépare et pas un simple courrier type que l'on pourrait distribuer à tout le monde). Pour pouvoir inclure une personne au programme de DOCCR, de nombreux renseignements sont nécessaires : ainsi pour que l'inclusion puisse se faire, il faudrait que les personnes remplissent une fiche de renseignements que l'ADECA54 établirait (nom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, adresse...). Les personnes de 50-74ans intéressées rempliraient cette fiche lors des rencontres de terrain et cela permettrait ensuite au médecin coordinateur de préparer et d'envoyer l'invitation. Ainsi, la procédure serait quand même accélérée, la personne serait encore motivée par nos encouragements, et le médecin traitant ne serait pas évité. Cette proposition a été faite à l'ADECA54 mais ne peut se mettre en application, faute de temps du médecin coordinateur pour traiter ces demandes, car si certaines personnes n'ont pas reçu le courrier d'invitation cela signifie peut être qu'elles ont été exclues par leur médecin traitant car elles sont suivies par ailleurs. Il est donc proposé aux personnes de 50-74ans intéressées par le DOCCR de téléphoner directement à l'ADECA54 ; de cette façon le médecin coordinateur peut consulter les fichiers informatiques simultanément, vérifier que la personne est éligible au DOCCR, ou le cas échéant lui en expliquer les raisons.

Nous pouvons quand même souligner ici que même si les personnes ne vont pas chez leur médecin, au bout de deux invitations de relance le test Hémocult finit par leur être envoyé directement par voie postale : tous les 50-74ans (non exclus) peuvent donc obtenir le test Hémocult, même s'ils ne vont pas chez leur médecin.

4.4 - La participation au dépistage

La participation au dépistage se calcule sur deux années, afin d'avoir invité une fois l'ensemble de la population cible du département à se faire dépister. Les chiffres disponibles sont ceux pour la période 2009-2010 et pour rappel la participation était alors de 37.2% en MM. Pour le moment, nous ne pouvons donc pas avoir de chiffres pour la participation en 2011. En revanche, nous pouvons connaître le nombre de tests Hémocult réalisés par mois (illustration 6 ci-dessous).

Ces chiffres doivent être pris avec une grande précaution car ils dépendent du nombre d'invitations envoyées pendant le mois en question, et cela peut être relativement variable d'un mois à l'autre. De plus, il peut y avoir un grand délai entre le moment où la personne reçoit l'invitation, et le moment où elle réalise le test : ainsi pour une invitation envoyée en mars par exemple, le test ne sera peut être réalisé qu'en juin ou même plus tard. Enfin, n'étant pas dans une étude expérimentale, aucune relation de cause à effet ne peut être établie entre ces chiffres et les actions menées par l'ADECA54. De nombreux autres facteurs peuvent intervenir dans la décision de réaliser le dépistage : il y a par exemple toute la campagne médiatique de l'INCa, le rôle du médecin traitant...

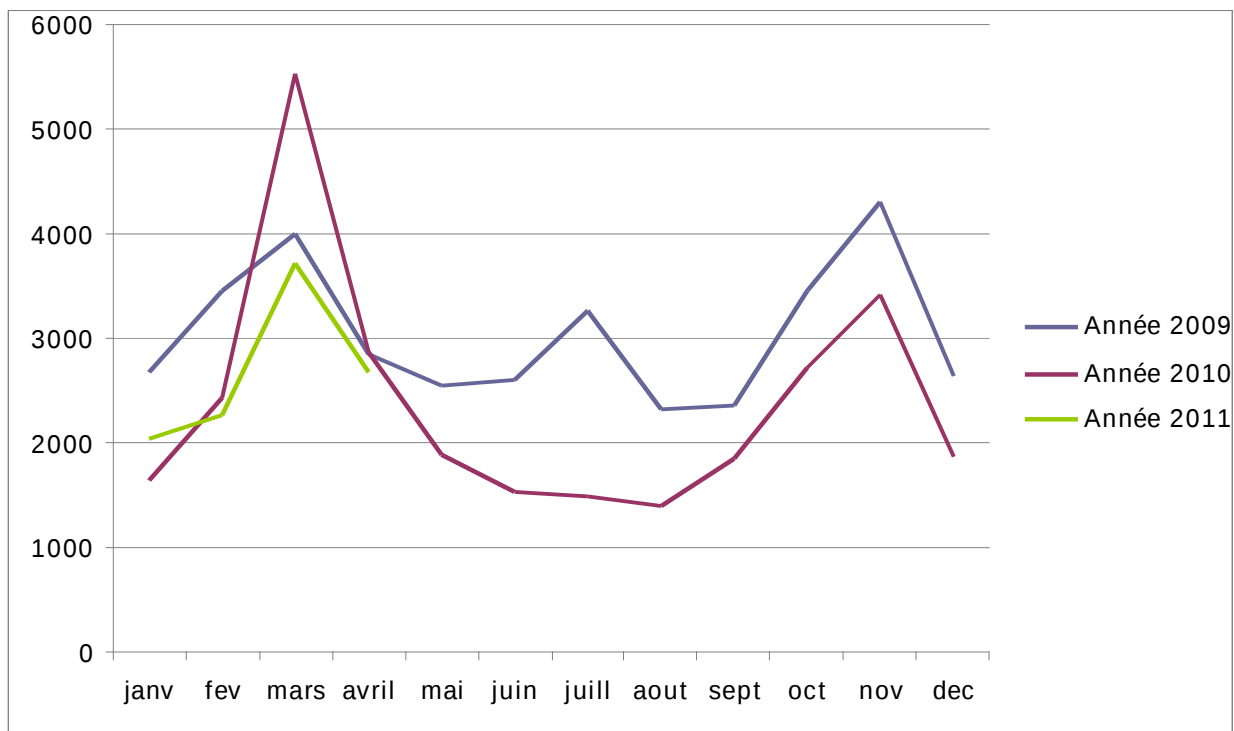


Illustration 6 : Nombre de tests Hémocult réalisés par mois, de janvier 2009 à avril 2011 en MM

4.5 - Mars Bleu ailleurs en France

Huit départements ont enregistré une participation au DOCCR supérieure à 45% sur la période 2009-2010 (Ardennes, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Indre-et-Loire, Isère, Loire-Atlantique, Lot-et-Garonne, Saône-et-Loire) (2). Je me suis donc intéressée aux actions menées dans ces départements pour Mars bleu 2011. Par exemple il y a eu : organisation d'une « marche bleue », stands d'informations dans les centres commerciaux, pharmacies, marchés ou supermarchés, distribution de serviettes siglées sur le thème du DOCCR dans la restauration collective, conseils téléphoniques personnalisés, passage du Colon Tour®. Le Colon Tour® est une campagne de communication organisée par la Société Française d'Endoscopie Digestive et la fondation Aide et Recherche en Cancérologie Digestive (ARCAD), qui met en œuvre un colon géant gonflable à l'intérieur duquel le grand public peut cheminer, se familiariser avec les polypes, et ainsi mieux comprendre l'intérêt d'une prévention via le DOCCR. Le Colon Tour® visite plusieurs villes de France, mais pas uniquement pour Mars Bleu. Il n'est pour le moment pas passé en Lorraine, mais cette campagne ayant rencontré du succès dans les autres départements, il est prévu que 40 autres villes françaises en bénéficient à partir de septembre 2011 (les villes ne sont pas encore connues) (24).

Pour rappel en France, le plus haut taux de participation au DOCCR est celui de Saône et Loire avec 55.6% de participation sur la période 2009-2010 (2). J'ai donc ainsi souhaité connaître

Discussion

plus précisément ce qui était mis en place dans ce département pour Mars Bleu. Suite à un contact téléphonique avec la SG de ce département, je suis actuellement en attente de réponse ; n'ayant pu l'avoir à temps pour mon mémoire, j'espère pouvoir l'obtenir pour la soutenance. Mais il est à signaler que la Saône et Loire fait partie des départements pilotes au programme de DOCCR et ils ont en moyenne un taux plus élevé de participation. De plus, c'est dans la région Bourguignonne qu'une des études de référence au DOCCR a été menée dès 1988, et le professeur Jean Faivre, qui travaille beaucoup sur ce sujet, œuvre dans cette région.

Index des tables

Tableau I : Survie à 5 ans du CCR en fonction du stade de développement au diagnostic (7)	11
Tableau II : Répartition des diagnostics de CCR en fonction du stade de développement, avec et sans DO	13
Tableau III : Appréciation des pharmacies par rapport à la date de la publication de l'article dans le bulletin de l'Ordre, la quantité de documents reçus et la date de réception de ceux-ci	35
Tableau IV : Nombre de personnes sensibilisées par heure en fonction du lieu et du type d'intervention	40
Tableau V : Principaux résultats des questionnaires d'évaluation : impact de l'intervention sur les personnes y ayant assisté, par type d'intervention	41

Index des illustrations

Illustration 1 : Connaissance de l'opération « vitrines bleues » parmi les pharmacies enquêtées	34
Illustration 2 : Les facteurs favorisant la participation des pharmaciens de MM à la promotion du DOCCR, lors de Mars bleu	36
Illustration 3 : Les freins rencontrés par les pharmaciens de MM, pour la réalisation de l'action « vitrines bleues »	36
Illustration 4 : Propositions d'amélioration par les pharmaciens de MM, pour une éventuelle reconduite du projet « vitrines bleues » lors de Mars Bleu 2012	38
Illustration 5 : Répartition des mairies de MM ayant répondu positivement à notre demande, en fonction du nombre d'habitants de la commune	39
Illustration 6 : Nombre de tests Hémocult réalisés par mois, de janvier 2009 à avril 2011 en MM	50

Bibliographie

- (1) Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2010. Boulogne-Bilancourt: Institut National du Cancer, novembre 2010, 286 p. (Collections rapports & synthèses)
- (2) Institut de veille sanitaire. Evaluation du programme de dépistage du cancer colorectal [en ligne]. [consultée le 24/03/11]. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/cancers_depistage/participation_depistage_colorectal_2009_2010.htm>
- (3) Kronborg O, Jorgensen OD, Fenger C, Rasmussen M. Randomized study of biennial screening with a faecal occult blood test : results after nine screening rounds. Scand J Gastroentero. 2004 Sep;39(9):846-851.
- (4) Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MHE, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, James PD, Mangham CM. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet. 1996;348:1472-1477.
- (5) Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, Dassonville F, Bonithon-Kopp C. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004 Jun;126(7):1674-1680.
- (6) Goulard H, Boussac-Zarebska M, Bloch J. Évaluation épidémiologique du programme pilote de dépistage organisé du cancer colorectal, France, 2007. Bull Epidemiol Hebd. Janv 2009;(2-3):22-25.
- (7) Bossard N, Velten M, Remontet L, Belot A, Maarouf N, Bouvier AM et al. Survival of cancer patients in France : a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). Eur J Cancer. 2007 Jan;43(1):149-160.
- (8) Institut National du Cancer. Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations. Janv 2009. 54p.
- (9) Institut national du cancer. Dépistage organisé du cancer colorectal : un moyen décisif pour lutter contre la 2^e cause de décès par cancer en France [en ligne]. Février 2008. [consultée le 15/12/10]. Disponible sur <<http://www.e-cancer.fr>>
- (10) Faivre J, Lepage C, Dancourt V. Le dépistage organisé du cancer colorectal en France et en Europe : historique et état des lieux. Bull Epidemiol Hebd. Janv 2009;(2-3):17-19.
- (11) Goulard H, Jezewski-Serra D, Duport N, Salines E, Danzon A. Évaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France, résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire;décembre 2010. 12 p.
- (12) Walsh JM, Terdiman JP. Dépistage du cancer colorectal : applications cliniques. JAMA. Avr 2003;289(4):264-268.

(13) Faivre J. Le dépistage organisé du cancer colorectal en Europe : état des lieux. *Cancéro dig.* 2010;2(2):101-103.

(14) Haute autorité de santé. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles (iFOBT) dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Déc 2008. 59p.

(15) Hoffman RM, Steel S, Yee EF, Massie L, Schrader RM, Murata GH. Colorectal cancer screening adherence is higher with fecal immunochemical tests than guaiac-based fecal occult blood tests: a randomized, controlled trial. *Prev Med.* 2010 May-Jun;50(5-6):297-299.

(16) Ministère de la santé et des solidarités. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. *Journal officiel de la république française*, n°295, 21 décembre 2006, 48p.

(17) Institut national du cancer. Les représentations sociales du cancer. In : *Un nouveau regard sur les cancers.* 2009. p. 7-12.

(18) Pornet C, Dejardin O, Morlais F, Bouvier V, Launoy G. Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. *Bull Epidemiol Hebd.* Mars 2010;(12):109-112.

(19) Goulard H, Boussac-Zarebska M, Duport N, Bloch J. Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. *Bull Epidemiol Hebd.* Janv 2009;(2-3):25-30.

(20) Blay JY, Eisinger F, Rixe O, Calazel-Benque A, Morère JF, Cals L. Le programme Edifice : analyse des pratiques de dépistage du cancer en France. *B Cancer.* Nov 2008;95(11):1067-1073.

(21) Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Le Trung T, Decorre Y, Rousseau M et al. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colorectal et envisager les moyens de les surmonter. *Exercer.* 2008;19(80):4-7.

(22) Association Le cancer du sein, parlons-en. Mois du cancer du sein : historique de la campagne [en ligne]. [consultée le 19/04/11]. Disponible sur <http://www.cancerdusein.org/cds/index.php?option=com_content&task=view&id=31&Itemid=119>

(23) Comité départemental du tourisme de Meurthe et Moselle. Résultat des enquêtes 3ème édition du salon du tourisme [en ligne]. [consultée le 10/01/11]. Disponible sur <http://www.tourisme-meurtheetmoselle.fr/getdocument/827/Synthese-Bilan-_SalonTerredEmotions-mars-2009.pdf>

(24) Fondation Aide et Recherche en Cancérologie Digestive. Colon gonflable géant : le Colon

Bibliographie

Tour® [en ligne]. [consultée le 28/04/11]. Disponible sur
<<http://www.fondationarcad.org/nos-actions/sensibilisation-prevention-et-depistage/colon-gonflable-g%C3%A9ant-le-colon-tour>>

ANNEXE I : LES EXCLUSIONS AU DOCCR

Type d'exclusion	Position du Groupe National de Suivi
Antécédents (ATCD) de Cancer colorectal	Définitive
ATCD de Polypes adénomateux et suivi par coloscopie	Définitive
Polypes hyperplasiques de grande taille (1 cm) et suivi régulier	Définitive
Maladies inflammatoires chroniques intestinales	Définitive
ATCD familiaux de cancer - Un ATCD de 1er degré avant 65 ans - Deux ATCD ou plus quel que soit l'âge	Définitive
ATCD familiaux de polypes adénomateux avancés au 1er degré et suivi coloscopique	Définitive
Examens : - coloscopie totale complétée ou non par un lavement baryté et/ou un coloscanner - coloscanner seul - recherche de sang dans les selles (autre modalité que le test Hémoccult)	- 5 ans - 2 ans – sous réserve - 2 ans
Maladies intercurrentes (autres cancers, maladies, personnes dépressives, ...), évènements de vie, accidents récents	Définitive si l'exclusion est signée par le médecin traitant Sinon exclusion de 2 ans
Refus	Définitive si refus explicite, sinon exclusion de 2 ans

ANNEXE II : LE COURRIER D'INVITATION AU DOCCR



Association pour le Dépistage
des Cancers en Meurthe et Moselle
La résidence
2 rue du Doyen J.Parisot
54519 Vandoeuvre-les-Nancy Cedex
Tel : 03.83.44.87.08

Vandoeuvre-les-Nancy, le 14/09/2008

Reference 5430040789

MME TEST TEST
rue du bout

54000 NANCY



Madame, Monsieur,

Aujourd'hui on pourrait guérir beaucoup plus de **cancers colorectaux** (appelés aussi cancers de l'intestin) si ils étaient détectés plus tôt. On pourrait même en éviter un grand nombre : ils se développent souvent à partir de **petites lésions** qu'il suffit de repérer et de soigner avant qu'elles ne deviennent des cancers. C'est pourquoi il est important, à partir de **50 ans**, de **se surveiller régulièrement**.

Le Ministère en charge de la santé a donc engagé un programme national de dépistage. L'Association de dépistage des cancers (ADECA 54) l'organise en Meurthe et Moselle, en relation avec votre médecin traitant.

Dès votre prochaine visite chez votre médecin traitant, nous vous invitons à lui présenter cette lettre. Il vous conseillera et vous remettra, si il le juge indiqué, un test de recherche de sang dans les selles. Ce test est simple et à faire chez vous. Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

En vue de ce rendez-vous, nous vous recommandons de lire attentivement le dépliant joint.

Dr Catherine MOREL,
Médecin coordinateur



Présentez cette lettre et les étiquettes au médecin en début de consultation.



* 5 4 3 0 0 4 0 7 8 9 *
MME TEST TEST
Né(e) : 01/01/1950 F
54000 NANCY



* 5 4 3 0 0 4 0 7 8 9 *
MME TEST TEST
Né(e) : 01/01/1950 F
54000 NANCY



* 5 4 3 0 0 4 0 7 8 9 *
MME TEST TEST
Né(e) : 01/01/1950 F
54000 NANCY



* 5 4 3 0 0 4 0 7 8 9 *
MME TEST TEST
Né(e) : 01/01/1950 F
54000 NANCY



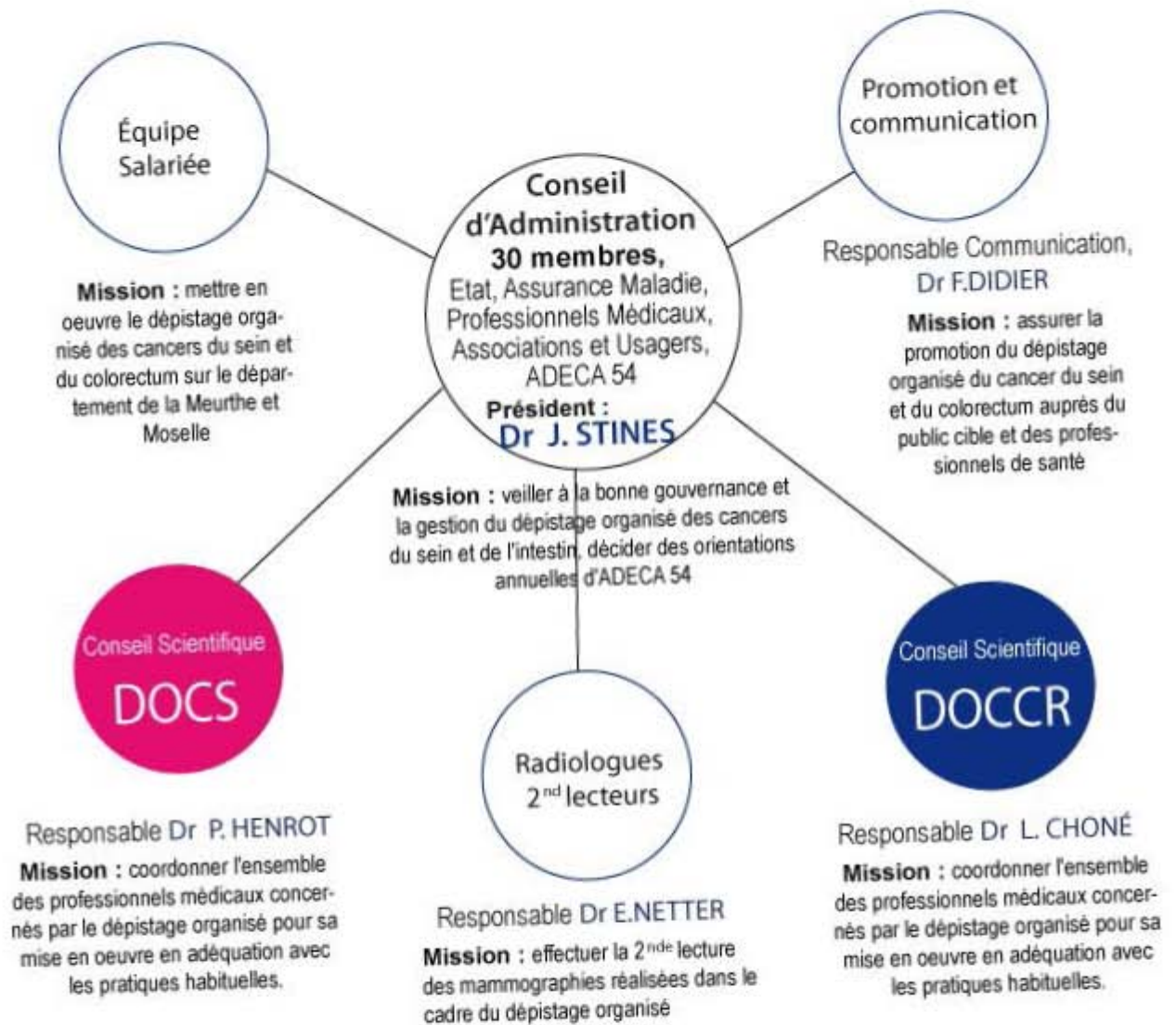
* 5 4 3 0 0 4 0 7 8 9 *
MME TEST TEST
Né(e) : 01/01/1950 F
54000 NANCY



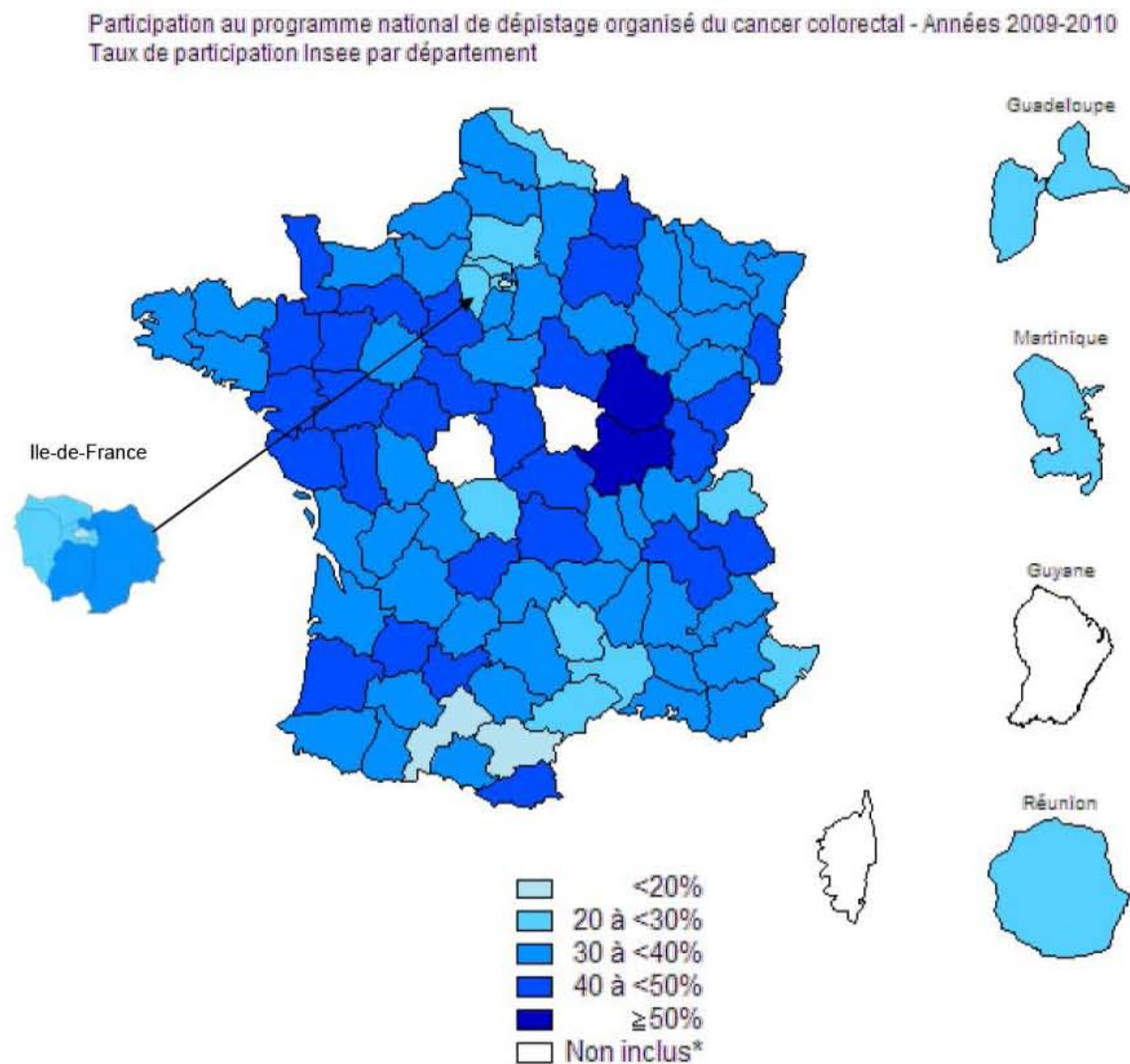
* 5 4 3 0 0 4 0 7 8 9 *
MME TEST TEST
Né(e) : 01/01/1950 F
54000 NANCY

Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant.
Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier.

ANNEXE III : ORGANIGRAMME DE L'ADECA54



ANNEXE IV : CARTE DE FRANCE DES TAUX DE PARTICIPATION AU DOCCR PAR DÉPARTEMENT SUR LA PÉRIODE 2009-2010



* Départements n'ayant pas 2 ans de recul depuis la mise en place de leur programme départemental

Sources : Institut de Veille Sanitaire - 1 Mars 2011

ANNEXE V : LES MESURES DE L'AXE DÉPISTAGE DU PLAN CANCER 2009-2013

Mesure 14. Lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

14.1 Favoriser l'adhésion et la fidélisation dans les programmes de dépistage et réduire les écarts entre les taux de participation.

14.2 Mettre en place des actions visant à réduire les inégalités d'accès et de recours au dépistage (socio-économiques, culturelles et territoriales).

14.3 Favoriser l'accès aux examens adaptés aux niveaux de risque.

Mesure 15. Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

15.1 Rechercher une meilleure efficience des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion appelées centres de coordination des dépistages des cancers.

15.2 Améliorer le suivi des résultats du dépistage.

Mesure 16. Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.

16.1 Augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs de programmes nationaux de dépistage organisé des cancers.

16.2 Définir les modalités d'évolution vers de nouvelles techniques de dépistage et des stratégies des programmes nationaux de dépistage.

16.3 Déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire.

16.4 Définir les modalités techniques permettant d'exploiter pleinement les possibilités offertes par les mammographes numériques pour le dépistage du cancer du sein.

16.5 Étudier l'impact des nouvelles technologies de recherche du papillomavirus et de la vaccination sur l'ensemble de la stratégie de lutte contre le cancer du col de l'utérus.

16.6 Expérimenter des stratégies d'actions intégrées de dépistage du cancer du col de l'utérus en permettant l'accès au dépistage des femmes peu ou non dépistées.

Mesure 17. Assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers.

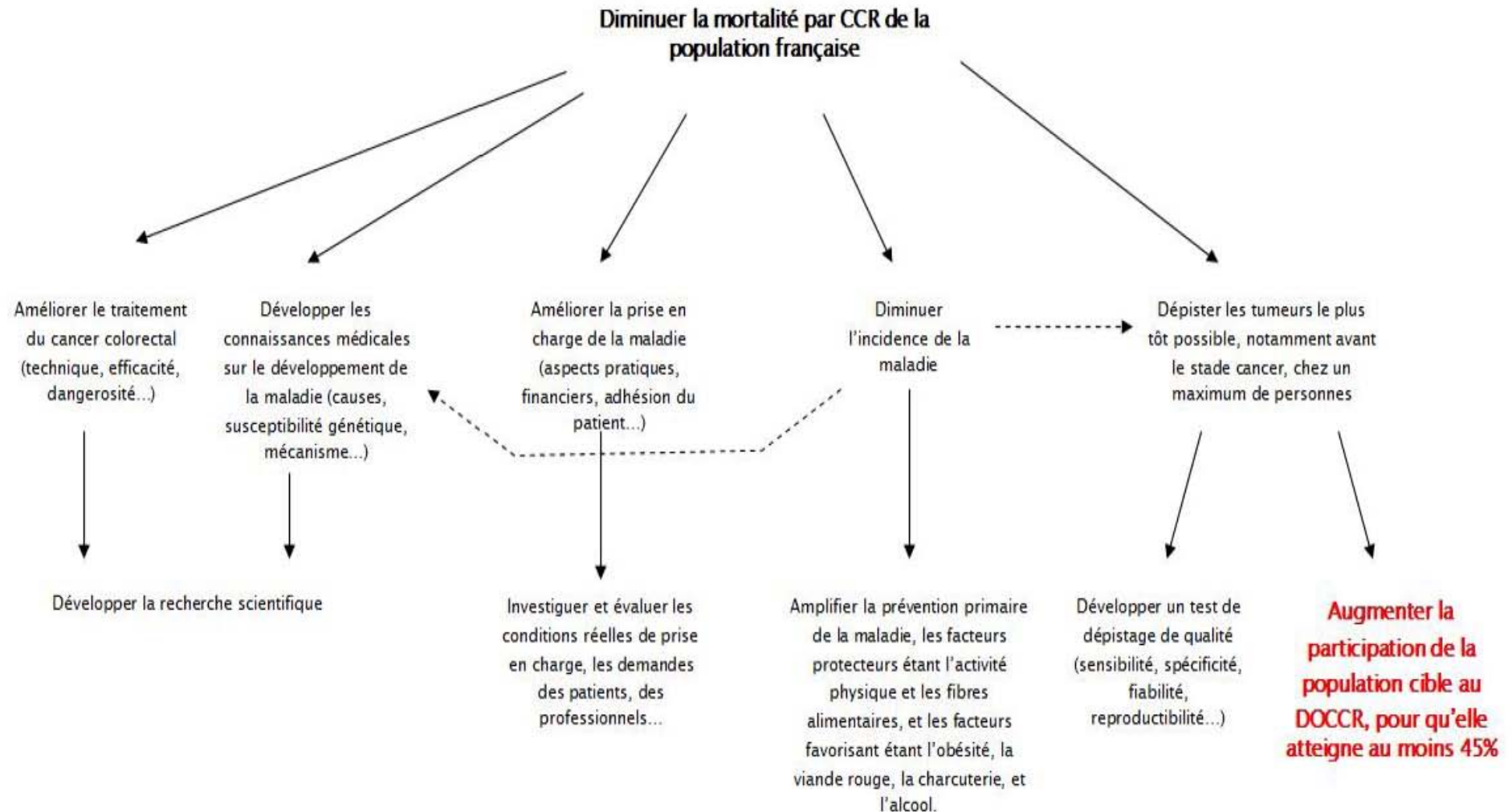
17.1 Définir une stratégie de détection précoce du cancer de la prostate.

17.2 Améliorer la détection précoce des cancers de la peau.

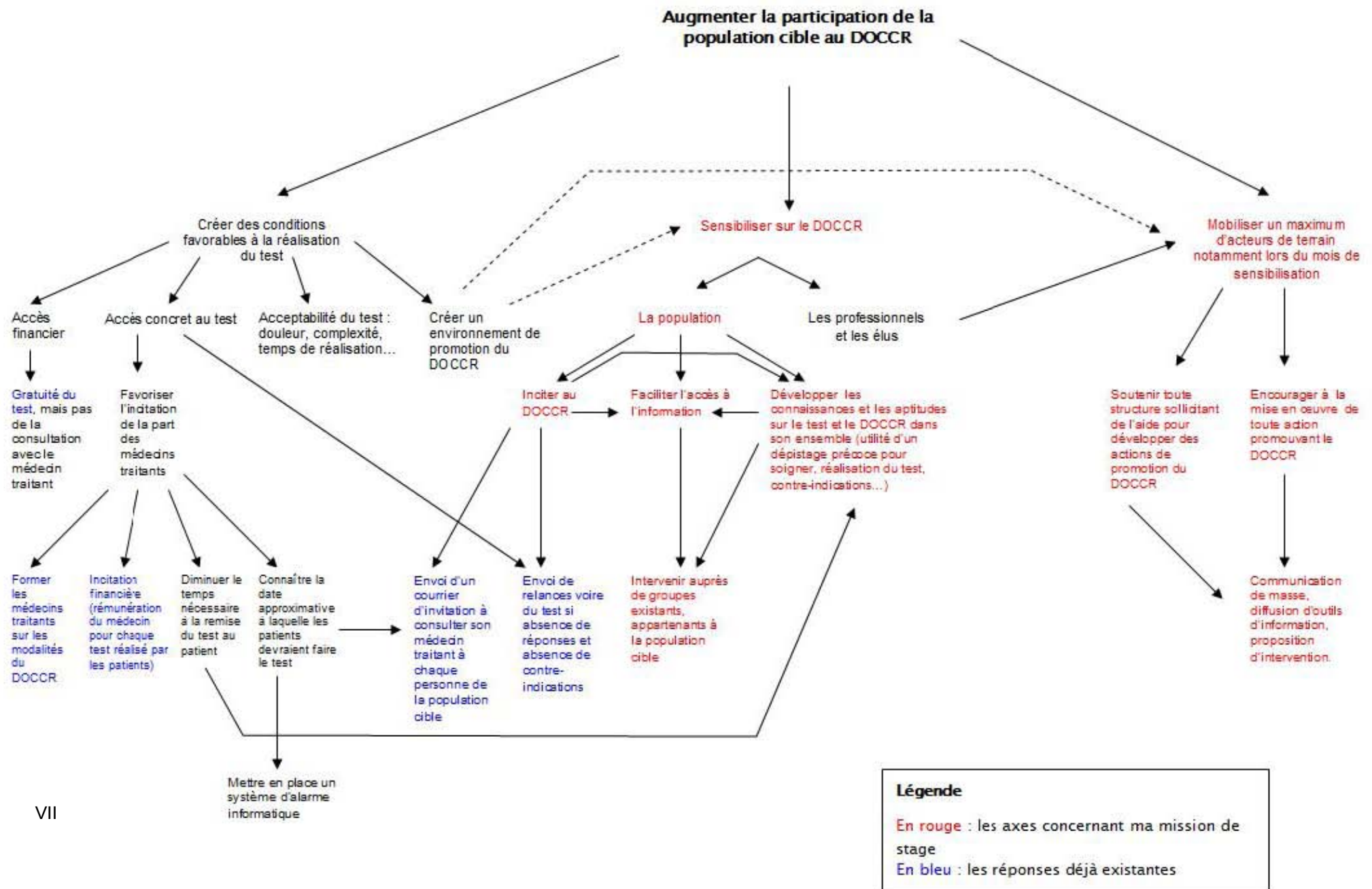
17.3 Améliorer la détection précoce des cancers de la cavité buccale.

17.4 Prendre en compte les nouvelles opportunités de dépistage en fonction de l'évolution des connaissances et des traitements.

ANNEXE VI : ARBRE D'OBJECTIFS GÉNÉRAL SUR LA RÉDUCTION DE MORTALITÉ PAR CCR



ANNEXE VII : ARBRE D'OBJECTIFS GÉNÉRAL SUR L'AUGMENTATION DE LA PARTICIPATION AU DOCCR



ANNEXE VIII : DIAGRAMME DE GANTT POUR MA PÉRIODE DE STAGE

		décembre			janvier				février				mars					avril				mai
Tâche	Qui	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21
Recherche bibliographique	CP1 - CP2																					
Recherche d'évènements ayant lieu en mars	CP1																					
Invention et proposition d'actions de terrain pour Mars bleu	CP1																					
Rédaction de l'article pour le bulletin de l'Ordre régional des pharmaciens (y compris validation par l'équipe et par les autres SG lorraines)	CP2																					
Création du listing des mairies et des comités sportifs départementaux	CP1																					
Proposition du partenariat aux mairies et comités sportifs (création de l'article, des courriers, et coupons-réponses, validation par l'équipe) + envoi	CP1																					
Recherche et création des différents listings pour les envois de masse	CP1 - Méd 1																					
Commande des outils auprès de l'INCa (délai réception prévu, y compris repiquage ADECA54)	Méd 1																					
Seconde commande d'outils (stock insuffisant)	Méd 1																					
Commande d'autres outils : demande de fabrication de bâches et tee-shirts "publicitaires" pour Mars bleu (y compris recherche de fournisseurs, comparaison des prix et délai prévu de livraison)	CP2-Méd1-CP1																					
Mise sous pli, étiquetage, et envoi des kits de documents aux différentes catégories déterminées	S - CP1																					
Gestion des réponses des mairies et comités sportifs (réponse, envoi de l'article, enregistrement des commandes de documents, recueil de données pour l'évaluation)	CP1																					
Prises de contacts et gestion des sollicitations pour les actions de terrain pour Mars bleu	CP1																					
Création d'un questionnaire d'évaluation pour les actions de terrain	CP1																					
Animations de terrain	CP1-CP2-Méd1-Méd2-Resp Com																					
Recueil et analyse des compte rendus d'animation de chaque animateur	CP1																					
Création d'une grille d'entretien pour les enquêtes téléphoniques auprès des pharmacies	CP1																					
Enquête téléphonique auprès des pharmaciens	CP1																					
Analyse des enquêtes des pharmaciens	CP1																					

en jaune = prévu

en saumon = temps réel supplémentaire

CP = chef de projet ; méd = médecin ; S = secrétaires ; resp com = responsable communication

ANNEXE IX : CALENDRIER DES ANIMATIONS

Calendrier des animations – mars 2011

Date	Lieux	Heures	Commentaires	C.M	C.J	F. D	Autre	A.V.	D.O.	URIL	Café bleu	Expo 17/ 31	Kakem. (6)	Bâches	Films	Autres (ordi...)
Mars																
1																
2																
3	CPAM	12h30-16h30	CJ : 12h30-14h30		(X)			X		X			X	frise		
4	Laneuveville club tennis	20h		X									X			diapo, ordi vidéo, écran
5																
6	Club Randonnée Toul	12h-14h						X	X		X		X		X	ordi, rallonge
7																
8	Polyclinique Gentilly	10h-16h	CM : 11h30	(X)					X	X			X		X	
	Journée F, Champigneulle	14h-18h					J Stines	X						mixte		diaporama
9																
10	CPAM	8h30-12h30	CM : 11h-12h30	(X)					X				X			
11																
12																
13																
14	Club Gym Champs le bœuf	17h45				X										quest CUGN
	ASL vandoeuvre EXT	8h45							X							quest CUGN
15	Sac à dos Laxou (rando)	13h30							X							quest CUGN
	Maison des usagers CHU Nancy	16h-18h				X				X			X		X	ordi etc
16																
17																
18																
19	Salon tourisme	10h-19h	CJ 10h15h, Ur 14-17h, DO 17-18h		X				X	X	X		ADECA54		X	ordi, enceinte
20	Salon tourisme	10h-18h							X		X		ADECA54		X	ordi, enceinte
	Pêche Vandoeuvre EXT	8h-12h	venir a 7h30-45	(X)				X								quest CUGN
21	CAV	9h30-12h 14h-16h	matin CJ, apm CM AV	X	X			X				X				
22	Resto Conseil général	12h-14h		X	X										X	ordi, vidéoopr ? Écran ?
23	Carrefour santé	14h-17h30						X		X		X			X	ordi, vidéoopr ? Écran ?
24																
25	Jarville centre socioculturel	9h30-11h30				X			X	X	X ?				X	diaporama, test H
26																
27																
28	CHU Nancy	9h-17h	DO matin, CJ apm		X				X			X				
	Foyers de résidents Neuves Maison et Toul	14h-16h		X				X								test H, gouache
29																
30																
31	Salon des Halles Lunéville	14h30-18h	installer a 14h	X	X					X		X ?			X	
	amitiés tziganes	9h-12h			X								X			

Calendrier des animations – avril 2011

Date	Lieux	Heures	Commentaires	C.M	C.J	F. D	Autre	A.V.	URIL		Café bleu	Kakem. (6)	Bâches	Films	Autres (ordi...)
Avril															
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15	Conf débat Gondreville	15h-17h				X						ADECA54		X	ordi, diapo, ampli, rallonge
16															
17															
18															
19	CAMIEG Pont a mousson	11h45-13h30	rdz 11h-11h15			X					X	ADECA54		X	ordi, ampli, rallonge
20	REPONSE	15h30-17h30	rdz 14h30		X			X				sein + colon	mixte	?	
21	CAMIEG Villers	11h45-13h30	rdz 11h45		X							X		X	ordi, ampli, rallonge
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

ANNEXE X : LA CAMPAGNE NATIONALE DE L'INCA

Une campagne TV (7 mars au 24 avril 2011)

La campagne TV « Des chiffres et des lettres », parodie du célèbre jeu télévisé, a pour objectif de mettre le sujet du dépistage du cancer colorectal à l'esprit du grand public, sur un mode humoristique.

Diffusée sur les chaînes hertziennes (TF1, France 2, France 3 et Canal+), une sélection de chaînes de la TNT (TMC, Direct 8, iTélé, BFM TV et Arte), une sélection de chaînes du câble et du satellite (Jimmy, Paris Première, LCI, TV Breizh, Discovery Channel, 13e rue, TV5, Planète Thalassa, Voyage, Eurosport, Sport + et Infosport) et sur une sélection de chaînes des DOM.



Une campagne radio du (14 mars au 19 avril 2011)

Elle est composée de trois spots différents. Diffusée sur une sélection de stations les plus en adéquation avec la cible des plus de 50 ans (RTL, France Inter, Europe 1, France Bleu, Nostalgie, RMC, France Info et sur une sélection de stations diffusant dans les DOM).

Une campagne presse

Diffusée dans la presse quotidienne régionale, à raison de trois annonces presse (les dimanches 13, 20 et 27 mars), et dans le magazine *Bien Sûr Santé* diffusé dans les salles d'attente des cabinets médicaux.

Une campagne pédagogique sur Internet

Un film d'animation de 2 minutes, accessible notamment sur la page dédiée du site de l'INCa, sur YouTube et sur Facebook. Le film était promu par une campagne de bannières durant tout le mois de mars sur le portail Orange, Senior Planet, Médisite et 44 sites de titres de presse régionale. Le film était également visible dans 900 pharmacies du 14 au 27 mars.



Populations spécifiques

Le dispositif a été renforcé auprès de certaines populations susceptibles d'une moins bonne participation au dépistage (les hommes, et particulièrement les 50-54 ans, les populations d'origine migrante et les populations en situation de vulnérabilité) : diffusion sur des stations radios ou chaînes télévisées spécifiques, sites internet, partenariats avec la Caisse d'allocations familiales, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale...

Les outils de l'INCA

Les outils mis à disposition par l'INCA sont nombreux : affiches, cartes postales, dépliants, jetons de caddies, kits d'exposition ...



ANNEXE XI : LA GRILLE D'ENTRETIEN POUR L'ÉVALUATION DE L'ACTION VITRINES BLEUES

Grille d'entretien – action vitrines bleues

Données générales

Pharmacie n° _____

Heure début d'appel :

Heure fin d'appel :

Durée :

Présentation – connaissances globales sur le sujet

Avez-vous entendu parler de l'opération « vitrines bleues » pour les pharmacies ?

☐ oui ☐ non

Si oui : savez-vous dans quel but cette opération a été lancée ?

Si non : lui expliquer rapidement (Mars bleu – Dépistage cancer colorectal)

Article bulletin de l'Ordre régional des pharmaciens

Un article et une annexe sont parus dans le bulletin de l'Ordre régional des pharmaciens au mois de janvier : qu'est ce que vous avez compris de nos attentes ?

ou ☐ ne se rappelle pas de l'article / de l'annexe

Aurait-il fallu le publier :

☐ Plus tôt ☐ Plus tard ☐ Date adaptée

Précisions :

Vitrines bleues – Mars bleu : ce qui a été fait

Avez-vous participé à l'opération vitrines bleues ou Mars bleu ?

☐ oui ☐ non

Si non : questions ci-dessous sur l'utilisation des documents envoyés + partie les freins

Si oui : Description



Pour cette occasion avez-vous utilisé :

- les documents envoyés par l'ADECA54 ? ☐ oui ☐ non
Si oui : lesquels ?

Affichettes « j'ai 50 ans, je dis colorectal »	Affiches multilingues	Cartes postales	Dépliants
		A disposition clients ? ☐ oui ☐ non Remises en main propre ? ☐ oui ☐ non	A disposition clients ? ☐ oui ☐ non Remis en main propre ? ☐ oui ☐ non

Si non : avez-vous bien reçu les documents ? que sont-ils devenus ?

Que pensez vous des quantités de documents envoyés ?

☐ trop ☐ pas assez ☐ quantité adaptée

Si insuffisant : proposer un nouvel envoi

Précisions :

Que pensez vous de la période où les documents ont été envoyés ?

☐ Trop tôt ☐ Trop tard ☐ Période adaptée

Précisions :

- les documents d'autres structures ? ☐ oui ☐ non

Si oui : lesquels ?

- des supports réalisés par vos soins (vitrines bleues) ? ☐ oui ☐ non

Si oui : lesquels ?

Les clients vous ont-ils posés des questions : ☐ oui ☐ non
 Si oui : exemples de questions

Quel est le message principal que vous avez transmis à vos clients ?

☐ Il faut faire le test ☐ en parler à son médecin ☐ important, permet d'éviter cancer
☐ autre

Les facteurs favorisants

Qu'est ce qui vous a encouragé à participer à cette action ?

Documents envoyés par ADECA54	Messages médias (TV-radio)	Article bulletin de l'Ordre des pharmaciens	Autres
			☐ utilise les arguments du dépistage ☐ touché personnellement ou dans ses proches

Aviez-vous un étudiant en pharmacie en stage pendant cette période ? ☐ oui ☐ non

Si oui : Comment a-t-il contribué à cette action ?

☐ mise en place des affiches

Les freins

Quels sont les aspects qui vous ont empêché de participer à cette action ?

Contrats d'affichage avec les laboratoires pharmaceutiques	Temps	Ressources humaines	Idées	Méconnaissance ADECA54 / Dépistage / Mars bleu	Autres
					☐ Matériel

Influence des pairs

Avez-vous vu des pharmacies qui ont participé à l'action ? ☐ oui ☐ non ☐ pas fait attention

Si oui : Qu'avez-vous alors pensé ?

Si non : Le fait de voir les autres pharmacies se mobiliser pour Mars bleu peut-il vous influencer ?

☐ oui ☐ non

La campagne 2012

Pour la campagne 2012, à votre avis, que pouvons nous faire pour impliquer davantage l'ensemble des pharmacies de Meurthe et Moselle ?

Disposez vous d'un écran sur lequel vous seriez d'accord de diffuser les spots TV de l'INCA ?

☐ oui ☐ non, pas d'écran ☐ non, écran mais pas d'accord pour diffusion

Eventuelles photos des vitrines bleues ?

☐ oui ☐ non ☐ pas de vitrines bleues

Remerciements

Remarques enquêteur :

ANNEXE XII : ARTICLE DOCCR POUR MARS BLEU

Mars bleu 2011

Depuis 2008, le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) est mis en place dans notre département. C'est un problème de santé qui nous concerne tous.

Pourquoi ? Ce cancer est fréquent : 40 000 nouveaux cas sont détectés chaque année en France. Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer. Et pourtant, diagnostiqué à temps, il peut être guéri dans plus de 9 cas sur 10.

Comment ? Ce dépistage organisé concerne les hommes et les femmes de 50 à 74 ans. Il repose sur la recherche de saignement occulte dans les selles, très souvent seul signe d'alerte pouvant évoquer un cancer à son début. Tous les deux ans, un courrier est adressé aux personnes concernées, les invitant à consulter leur médecin traitant qui leur remet, si nécessaire, le test *Hémocult* à réaliser à domicile.

L'ADECA 54 est la structure qui gère ce dépistage en Meurthe et Moselle suivant un cahier des

charges établi au niveau national, assurant la qualité du dispositif.

Quels résultats ? On estime que pour réduire de 20% la mortalité du cancer colorectal, une participation de 50% à la campagne de dépistage est nécessaire.

Après Octobre rose, Mars bleu ? Mars a été choisi comme le mois de mobilisation nationale afin de sensibiliser la population à l'intérêt du dépistage précoce du cancer colorectal.

Alors, profitez de ce mois tout en bleu pour vous informer sur ce dépistage, vous ou vos proches, et surtout pour **en parler avec votre médecin !**

*Pour plus
d'informations :*

Tel : 03.83.44.87.08



ANNEXE XIII : LE COUPON RÉPONSE DU COURRIER POUR LES COMITÉS SPORTIFS DÉPARTEMENTAUX

COLLABORATION « MARS BLEU » COUPON REPONSE A retourner à ADECA 54 au moyen de l'enveloppe T ci jointe															
1. Nombre de personnes de 50 à 74 ans adhérant à votre fédération ? Hommes : _____ Femmes : _____															
2.1 Disposez vous : - d'un site internet : ☐ oui ☐ non Si oui, merci d'indiquer son adresse : http://															
2.2 Disposez vous : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 40%;"></th><th style="width: 10%;">OUI/NON</th><th style="width: 20%;">Quelle est sa fréquence de parution ?</th><th style="width: 30%;">Quand sa prochaine parution est-elle prévue ?</th></tr></thead><tbody><tr><td>D'une lettre d'information à diffusion postale</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D'une lettre d'information à diffusion électronique</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> - Autre(s) moyen(s) de communication (précisez) :					OUI/NON	Quelle est sa fréquence de parution ?	Quand sa prochaine parution est-elle prévue ?	D'une lettre d'information à diffusion postale				D'une lettre d'information à diffusion électronique			
	OUI/NON	Quelle est sa fréquence de parution ?	Quand sa prochaine parution est-elle prévue ?												
D'une lettre d'information à diffusion postale															
D'une lettre d'information à diffusion électronique															
2.3 Seriez vous d'accord pour nous laisser publier gratuitement un encart sur l'un ou plusieurs de ces supports pour le mois de mars 2011 ? ☐ oui ☐ non - un simple bandeau, où vous pourriez mettre un lien vers notre site internet : ☐ oui ☐ non - 1/3 de page (Nous vous fournirions le texte et les logos correspondants à la campagne) : ☐ oui ☐ non															
2.4 Si oui, dans le ou lesquels de vos supports ?															
2.5 Si oui, quelle serait la date limite pour vous fournir le texte et les logos ?															
		Tournez svp 													

3.1 Votre fédération organise-t-elle une manifestation sportive au mois de mars, susceptible de rassembler plus particulièrement les 50-74ans ?

☐ oui ☐ non

3.2 Si oui, pouvez-vous nous donner de plus amples informations sur cet évènement (date, horaire, nombre de participants, organisation générale...) ?

3.3 Seriez vous d'accord pour que nous intervenions lors de cet événement (stand, animation, discussion, remise de documentation...) ? ☐ oui ☐ non

- Diffuser de la documentation aux participants : ☐ oui ☐ non

- Mettre en place un stand tenu par vos soins avec l'aide d'un médecin ou une infirmière de votre association : ☐ oui ☐ non

- Animation, discussion avec un membre de l'ADECA54 (dans la mesure du nombre de demande) : ☐ oui ☐ non

4. Compte-tenu de votre manifestation avez vous d'autres idées complémentaires d'animations ?

5. Coordonnées de la personne à contacter (nom, prénom, fonction, adresse, tel fixe, tel mobile, adresse électronique) – nom de la fédération



NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOS REPONSES.

ANNEXE XIV : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION POUR LE PUBLIC



Qu'en pensez-vous ?

Votre âge :

Vous êtes : ☐ un homme ☐ une femme

Avant aujourd'hui, que connaissiez vous sur le dépistage du cancer colorectal ?

.....

.....

.....

Connaissiez-vous ADECA54 avant cette rencontre ? ☐ oui ☐ non

Aviez-vous déjà entendu parler de « Mars bleu » ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà réalisé le test de dépistage HémoCult ? ☐ oui ☐ non

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

Notre intervention vous a-t-elle fait réfléchir sur le dépistage du cancer colorectal :

☐ oui tout à fait ☐ oui un peu ☐ non pas vraiment ☐ non pas du tout

Vous a-t-elle aidé à comprendre comment faire le test en pratique :

☐ oui tout à fait ☐ oui un peu ☐ non pas vraiment ☐ non pas du tout

Vous a-t-elle convaincu de faire ce dépistage :

☐ oui tout à fait ☐ oui un peu ☐ non pas vraiment ☐ non pas du tout

SI OUI, vous allez (1 réponse – lire toutes les propositions avant de répondre) :

☐ attendre de recevoir votre courrier d'invitation ET attendre d'avoir besoin d'une consultation médicale pour aller parler de ce dépistage avec votre médecin traitant

☐ attendre de recevoir votre courrier d'invitation, et consulter votre médecin traitant dans le seul but de parler de ce dépistage

☐ en parler dès que possible à votre médecin, sans attendre de recevoir le courrier d'invitation

SI NON, pourquoi ?

.....

.....

.....

Quel(s) message(s) important(s) retenez vous de cette rencontre ?

.....

.....

.....



Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à nous appeler : 03.83.44.87.08

RÉSUMÉ

Le cancer colorectal (CCR) est la deuxième cause de décès par cancer en France. Pourtant diagnostiqué à temps, il peut être guéri plus 9 fois sur 10. Ainsi, afin de réduire la mortalité par CCR de la population française, le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) a été mis en place en France en 2008. Il concerne les hommes et les femmes de 50 à 74 ans et repose sur la recherche de saignement occulte dans les selles.

La participation de la population au dépistage est l'élément essentiel qui conditionne la réussite du programme ; 50% de participation à la campagne de dépistage permet de réduire d'environ 20% la mortalité par CCR. Or beaucoup de personnes concernées, mal informées ou réticentes en raison de l'aspect tabou du sujet, ne bénéficient pas de cette offre. Le DOCCR a donc besoin d'une large promotion. Mars a été choisi comme le mois de mobilisation nationale afin de sensibiliser la population à l'intérêt du DOCCR. On parle de « Mars Bleu ». Comment a été mené ce projet en Meurthe et Moselle ? Quels en sont les résultats ? C'est ce que rapporte ce mémoire.

MOTS CLEFS : DÉPISTAGE ORGANISÉ, CANCER COLORECTAL, PARTICIPATION AU DÉPISTAGE, MARS BLEU, SENSIBILISATION DE LA POPULATION, MEURTHE ET MOSELLE

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is the second leading cause of cancer death in France. However, diagnosed in time, it can be cured more than 9 times out of 10. Thus, to reduce CRC mortality of the French population, organised CRC screening was introduced in France in 2008. It concerns men and women aged 50 to 74 years, and is based on blood search in the stool.

Adequate level of participation is essential for the success of a screening program ; 50% of screening participation can reduce CRC mortality by 20%. But many people, not informed or reluctant because of this taboo subject, don't use the program. CRC screening needs a large advancement. March has been chosen as the national mobilization month in order to convince the population of the benefits of CRC screening. We talk about « Blue March ». How this project was conducted in the French department of Meurthe et Moselle ? What are the results ? This is what is explained in this report.

KEYWORDS : ORGANIZED SCREENING, COLORECTAL CANCER, SCREENING PARTICIPATION, BLUE MARCH, AWARENESS CAMPAIGN, MEURTHE ET MOSELLE (FRENCH DEPARTMENT)

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Association pour le Dépistage des Cancers en Meurthe et Moselle

La résidence

2 rue du Doyen Jacques Parisot

54519 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex