



HAL
open science

Le rôle du pharmacien d'officine face aux inégalités de santé dans les dépistages organisés des cancers

Coralie Martin

► **To cite this version:**

Coralie Martin. Le rôle du pharmacien d'officine face aux inégalités de santé dans les dépistages organisés des cancers. Sciences pharmaceutiques. 2013. dumas-00927489

HAL Id: dumas-00927489

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00927489>

Submitted on 13 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.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>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2013

N°

**Le rôle du pharmacien d'officine face aux inégalités de santé dans les
dépistages organisés des cancers**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE
DIPLOME D'ETAT

MARTIN Coralie

Née le 14 juin 1988

A Vienne (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE
GRENOBLE*

Le : 20 décembre 2013

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Dr Marie JOYEUX - FAURE

Directeur de thèse : Dr Dominique CHARLETY

Membres : Pr Mireille MOUSSEAU

Dr Catherine EXBRAYAT

Dr Lionel TROUILLON

*La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Christophe RIBUOT**

Vice-doyen et Directeur des Études : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2013-2014

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES (n=12)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I.)
DECOU	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I.)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MARTIN	Donald	Laboratoire TIMC-IMAG (UMR 5525 UJF-CNRS)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOESSIDJEW	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=6)

ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
CORNET	Marie-Jo	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PI-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (LAB, PU-PH)

PROFESSEURS EMERITES (n=2)

CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
GRILLOT	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (L.A.P.M.)

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHIE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (n=32)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (I. A. P. M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L. B. F. A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologies (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L. C. I. B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I. B. S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L. A. P. M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D. P. M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-FAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L. B. F. A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I. B. S)
GEZE	Annhelle	Pharmacotechnie (D. P. M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D. P. M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D. P. M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D. P. M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L. B. F. A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L. C. B. M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L. E. C. A)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L. E. C. A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D. P. M)
OUKACINE	Farid	Chimie Thérapeutique (D. P. M)
PERES	Bastle	Pharmacognosie (D. P. M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D. P. M)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L. C. I. B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D. P. M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D. P. M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D. P. M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U. V. H. C. I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D. P. M)

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIEN HOSPITALIER (n=3)

BEDOUC	Pierrick	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoit	Pharmacie (MCU-PH-IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C./MCU-PH)

PROFESSEUR CERTIFIE (PRCE) (n=2)

FITE	Andrée	P.R.C.E.
GOUBIER	Laurence	P.R.C.E.

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=4)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

PROFESSEUR AGREGE (PRAG) (n=1)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M)
-----------------	---------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=3)

CHANOINE	Sébastien	Pharmacie Clinique (UF-CHU)
GARNAUD	Cécile	Parasitologie-Mycologie
VAN NOLLEN	Laetitia	Biochimie Toxicologie (HP2-DNTP-BGM)

MEDAILLE D'OR D'ANNE D'INTERNAT SUPPLEMENTAIRE (n=2)

BERNARD	Delphine	période de 6 mois – novembre 2013 à avril 2014
GAUTIER	Elodie	période de 6 mois – mai 2014 à novembre 2014

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



ATER (n= 3)

BRAULT Julie	ATER	Pharmacologie - Laboratoire HP2 (JR)
GRAS Emmanuelle	ATER	Physiologie-Pharmacologie - Laboratoire HP2 (JR)
LEHMANN Sylvia	ATER	Biochimie Biotechnologie (JR)

MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS

BEL	Coraline	(01-10-2012 au 30-09-2014)	
BERTHOIN	Lionel	(01-10-2012 au 30-09-2014)	Laboratoire (TIMC-IMAG-THEREX)
ROSSON	Anthony	(01-10-2013 au 30-09-2015)	Laboratoire GEN
CAVAREC	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
CHRISTEN	Aude	(01-10-2013 au 30-09-2015)	DCM
CRESPO	Xenia	(01-10-2013 au 30-09-2015)	LBGE
LECERF-SHMIDT	Florine	(01-10-2012 au 30-09-2014)	Pharmacochimie (DPM)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Laboratoire (TIMC-IMAG)
MELAINE	Feriel	(01-11-2011 au 31/10/2014)	Laboratoire HP2(JR)
MORAND	Jessica	(01-10-2012 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
NASRALLAH	Chady	(01-10-2011 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2(JR)
OUIDIR	Maroua	(01-10-2011 au 30-09-2014)	
THOMAS	Ariandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)

Professeur Invité

NURISSE	Alessandra	(01/11/13 au 31/12/2013)
----------------	------------	--------------------------

CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Physiologie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Cancérogénèse et Ostéogénèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
LAFM : Laboratoire Adaptation et Ostéogénèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCTB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LPCA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Reactions Pharmaceutiques
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Métabolisme et de Cognition
UVIICI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Remerciements

A Mme JOYEUX – FAURE de m’ avoir apporté son aide en acceptant de soutenir ce projet et d’ avoir accepté de présider mon jury de thèse.

Un grand merci à Mme CHARLETY d’ avoir accepté de m’ encadrer tout au long de ce travail, pour ses conseils et ses encouragements.

A Mme EXBRAYAT de m’ avoir fait partager ses connaissances et son expérience dans le domaine des dépistages organisés des cancers tout au long de la rédaction de ce mémoire de thèse.

A Mme MOUSSEAU de m’ avoir orienté au début de mon travail et d’ avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A M. TROUILLON, pour ses précieux conseils lors de la rédaction de ce travail, pour les connaissances qu’ il m’ a transmises lors de nos heures travaillées ensemble à l’ officine.

A l’ ensemble des enseignants de la faculté de Grenoble de m’ avoir permis d’ acquérir peu à peu, toutes les clés de l’ exercice officinal.

Plus particulièrement, un grand merci à Mme Christelle Melo de Lima pour son aide au cours de cette étude dans la rédaction de mes résultats statistiques.

Merci à tous les titulaires des officines qui ont accepté de participer à cette étude, de m’ avoir accueillie et intégrée à leur équipe officinale le temps de l’ enquête.

Je remercie tout particulièrement Pauline Meunier, Roselyne Chaudier, Carole Fontaine et Mélanie Giroux pour leur implication dans cette étude.

A M. BERNARD pour ce stage de fin d’ étude, les samedis et les étés passés dans votre officine. Merci à vous et à toute l’ équipe de la pharmacie PASTEUR (Céline, Estelle, Françoise, Marie, Lionel) pour votre accueil, votre patience et vos conseils qui me sont si précieux au quotidien dans l’ exercice de ma profession.

A mes amies Camille, Marjorie et Samia pour ces merveilleux moments passés à vos cotés, à la fac et en dehors. Ces années n'auraient pas été les mêmes sans vous.

A Marine pour ce DU d'orthopédie passé ensemble, à Maud, à Pauline pour ces supers moments passés avec vous.

A mes amis (Fleurine, Sébastien, Coralie, Adrien, Mickaël, Benoit, Angélique, Kevin, Lucie) pour votre soutien et votre présence pendant toutes ces années.

A vous, mes parents, qui m'avez toujours encouragé et soutenu, dans les bons comme dans les mauvais moments. Je vous remercie du fond du cœur.

A toi, Joris, mon petit frère, pour tous les instants de complicité partagés et ton soutien. Je suis fière de toi.

A toute ma famille (tantes, oncles, cousins et cousines) et à ma belle-famille qui m'ont toujours encouragé.

A toi, Jérôme, pour ta patience, ton courage pendant ces longues années grenobloises et l'amour que tu m'apportes depuis toutes ces années.

Table des matières

Introduction.....	18
1 Définitions et cadre règlementaire.....	19
1.1 Définition.....	19
1.1.1 Dépistage.....	19
1.1.1.1 Définition globale.....	19
1.1.1.2 Dépistage individuel.....	19
1.1.1.3 Dépistage organisé.....	20
1.1.1.3.1 Conditions d'un dépistage organisé.....	20
1.1.1.4 Dépistage et diagnostic.....	20
1.1.1.5 Limites du dépistage.....	21
1.1.2 Prévention.....	22
1.1.2.1 Définition générale.....	22
1.1.2.2 Prévention primaire.....	22
1.1.2.3 Prévention secondaire.....	22
1.1.2.4 Prévention tertiaire.....	23
1.2 Cadre règlementaire en France.....	23
1.2.1 Les Plans Cancer.....	23
1.2.1.1 Le plan cancer 2003-2007.....	23
1.2.1.2 Le Plan Cancer 2009-2013.....	24
1.2.1.3 Le troisième Plan Cancer.....	26
2 Les dépistages organisés en France.....	27
2.1 Le cancer du sein.....	27
2.1.1 Epidémiologie.....	27
2.1.1.1 Incidence et taux d'incidence.....	28
2.1.1.2 Mortalité et taux de mortalité.....	28
2.1.1.3 Survie à 5 ans en France.....	29
2.1.2 Facteurs de risque.....	29
2.1.3 Facteurs protecteurs.....	32
2.2 Le dépistage organisé du cancer du sein.....	32

2.2.1	Situation en France	32
2.2.2	Méthodologie du dépistage organisé du cancer du sein	33
2.2.2.1	Pilotage du dépistage	33
2.2.2.2	Modalités de dépistage	33
2.2.2.3	L'assurance qualité du programme de dépistage.....	36
2.2.2.4	Coexistence dépistage organisé/ dépistage individuel.....	36
2.2.2.5	Efficienc e du programme de dépistage organisé du cancer du sein	36
2.2.3	Le taux de participation	37
2.2.4	Facteurs d'adhésion et freins à la participation	39
2.2.5	Perspectives d'évolution	40
2.2.6	Conclusion sur le dépistage organisé du cancer du sein	42
2.3	Le cancer colorectal	42
2.3.1	Épidémiologie	42
2.3.1.1	Incidence et taux d'incidence	42
2.3.1.2	Mortalité et taux de mortalité	43
2.3.1.3	Survie nette des patients	44
2.3.2	Facteurs de risques	44
2.3.3	Facteurs protecteurs.....	46
2.4	Le dépistage organisé du cancer colorectal	46
2.4.1	La situation en France	46
2.4.2	Méthodologie du dépistage organisé du cancer colorectal.....	46
2.4.2.1	Pilotage du dépistage	46
2.4.2.3	L'assurance qualité du programme de dépistage.....	48
2.4.2.4	Efficienc e du programme de dépistage	48
2.4.3	Le taux de participation.....	49
2.4.4	Facteurs d'adhésion et freins à la participation	52
2.4.5	Perspectives d'évolution	52
2.4.6	Conclusion sur le dépistage organisé du cancer colorectal	53
3	Le rôle du Pharmacien	54
3.1	Introduction	54
3.2	Face aux demandes des Français	54
3.3	Un avenir prometteur	55
3.3.1	Vers un élargissement des missions du pharmacien	55

3.3.2	Des associations encourageantes.....	56
3.4	Des pharmaciens impliqués dans leurs nouvelles missions.....	57
3.4.1	Le test Hémoccult II® à l'officine	57
3.4.2	Formation de « personnes relais » au sujet du dépistage organisé du cancer du sein	60
3.4.3	FORMADOC 1	61
3.4.4	FORMADOC 2	62
3.5	Conclusion : le développement de nouvelles missions	63
4	Etude descriptive réalisée en milieu urbain (Grenoble et agglomération grenobloise).	64
4.1	Matériel et méthode	64
4.1.1	Lieu de l'étude.....	64
4.1.2	Sélection des pharmacies	64
4.1.3	Date de l'étude	67
4.1.4	Type d'étude.....	68
4.1.5	Mode de recueil des données	68
4.1.5.1	Recueil des données.....	68
4.1.5.2	Présentation et intégration à l'équipe officinale le jour du recueil des données	68
4.1.5.3	Grille d'observation des pharmacies	69
4.1.5.4	Questionnaire pharmacien/préparateur.....	70
4.1.5.5	Questionnaire patient.....	71
4.1.6	Comparaison des données	77
4.1.6.1	Comparaison des données entre milieu rural et milieu urbain	77
4.1.6.2	Comparaison des données entre les secteurs de la ville de Grenoble et de son agglomération.....	77
4.1.7	Analyse des données	78
4.2	Résultats.....	81
4.2.1	Analyse de la grille d'observation des pharmacies	81
4.2.1.1	Aménagement des officines.....	81
4.2.1.1.1	Confidentialité.....	82
4.2.1.1.2	Brochures et affiches de prévention	84
4.2.2	Analyse du questionnaire pharmacien/préparateur	88
4.2.2.1	Effectif	88

4.2.2.2	Officinaux et prévention	89
4.2.2.3	Officinaux, clientèle et cancer	92
4.2.2.3.1	Questions des patients au pharmacien sur le thème du cancer.....	92
4.2.2.3.2	Sujets abordés par le pharmacien à son patient sur le thème du cancer....	93
4.2.2.3.3	Compétences sur le dépistage organisé du cancer du sein	94
4.2.2.3.4	Compétences sur le dépistage organisé du cancer colorectal.....	98
4.2.2.3.5	Facilité de parler des dépistages en fonction du sujet.....	101
4.2.2.3.6	Freins rencontrés pour parler des dépistages organisés	104
4.2.2.3.7	Intérêt d'une formation sur le thème des dépistages organisés des cancers et attentes des officinaux quant à son contenu.	106
4.2.3	L'analyse du questionnaire patient.....	109
4.2.3.1	Effectif	109
4.2.3.2	Le dépistage organisé du cancer du sein	111
4.2.3.2.1	Connaissances du sujet.....	111
4.2.3.2.2	Mammographie, participation au dépistage organisé/dépistage individuel et impressions.	121
4.2.3.2.3	Femmes et informations complémentaires sur le dépistage organisé du cancer du sein	128
4.2.3.3	Le dépistage organisé du cancer colorectal	130
4.2.3.3.1	Connaissances du sujet.....	131
4.2.3.3.2	Participation au dépistage organisé du cancer colorectal.....	142
4.2.3.3.3	Informations complémentaires et dépistage organisé du cancer colorectal 148	
4.2.3.4	Le dépistage et la pharmacie	151
4.2.3.4.1	L'officine, un lieu de prévention.....	151
4.2.3.4.2	Le pharmacien d'officine, un acteur de prévention	152
4.3	Discussion.....	157
4.3.1	L'étude réalisée en milieu urbain	157
4.3.1.1	Les points forts de l'étude	157
4.3.1.1.1	Le type d'étude.....	157
4.3.1.1.2	L'analyse des données.....	157
4.3.1.1.3	Recueil des données	158
4.3.1.1.4	Nombre de participants	158
4.3.1.2	Limites de l'étude	158

4.3.1.2.1	La durée de l'étude.....	158
4.3.1.2.2	Les biais d'échantillonnage.....	158
4.3.1.2.3	Les effectifs.....	159
4.3.1.3	La grille d'observation des pharmacies.....	159
4.3.1.4	Le questionnaire pharmacien/préparateur.....	160
4.3.1.5	Le questionnaire patient.....	161
4.3.1.5.1	Le dépistage organisé du cancer du sein.....	161
4.3.1.5.2	Le dépistage organisé du cancer colorectal.....	163
4.3.2	Les inégalités territoriales (comparaison avec l'étude FORMADOC).....	164
4.3.2.1	Dates des études.....	164
4.3.2.2	Lieux des études.....	165
4.3.2.3	La grille d'observation des pharmacies.....	165
4.3.2.4	Le questionnaire pharmacien/préparateur.....	166
4.3.2.5	Le questionnaire patient.....	167
4.3.2.5.1	Le dépistage organisé du cancer du sein.....	167
4.3.2.5.2	Le dépistage organisé du cancer colorectal.....	168
4.3.2.5.3	Le dépistage et la pharmacie.....	169
4.3.3	Les inégalités sociales.....	169
4.3.3.1	Le questionnaire patient.....	170
4.3.3.1.1	Le dépistage organisé du cancer du sein.....	170
4.3.3.1.2	Le dépistage organisé du cancer colorectal.....	170
4.3.3.1.3	Le dépistage et la pharmacie.....	171
4.3.4	Campagnes de sensibilisation à l'officine.....	171
4.3.5	Types de formations susceptibles d'intéresser les équipes officinales.....	172
Conclusion	175
Bibliographie	177
Annexes	184
Serment des Apothicaires	196

Liste des figures

Figure 1 : Classification des résultats de la mammographie (Système BI-RADS de l'American College of Radiology, 2002) (31)	35
Figure 2 : Schéma d'organisation du programme de dépistage organisé du cancer du sein (32)	35
Figure 3 : Programme National de dépistage organisé du cancer du sein – Taux de participation 2011-2012 par région (34)	38
Figure 4 : Programme National de dépistage organisé du cancer du sein – Taux de participation 2011-2012 par département (34).....	39
Figure 5 : Programme de dépistage organisé du cancer colorectal – Années 2011 -2012 – Taux de participation régionaux standardisés (Population de référence : France 2009) (50)..	50
Figure 6 : Programme de dépistage organisé du cancer colorectal – Années 2011 -2012 – Taux de participation départementaux standardisés (Population de référence : France 2009) (50).....	51
Figure 7 : Carte des secteurs de la ville de Grenoble	66
Figure 8 : Illustration des hypothèses H0 et H1 en fonction de la valeur seuil (Useuil) sur une loi Normale.....	80
Figure 9 : Illustration des hypothèses H0 et H1 en fonction de la valeur seuil (χ^2 seuil).....	81
Figure 10 : Analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) pour les différents paramètres étudiés dans les pharmacies sélectionnées pour l'étude en milieu urbain.	87
Figure 11 : Positionnement des officinaux sur leur rôle en tant qu'acteur de prévention et d'éducation pour la santé à la question : « Estimez-vous que faire de la prévention ou de l'éducation pour la santé fait partie du rôle du pharmacien ? »	89
Figure 12 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine à la question « Estimez-vous que faire de la prévention ou de l'éducation pour la santé fait partie du rôle du pharmacien ? »	90
Figure 13 : Positionnement des officinaux sur le fait de parler spontanément des dépistages organisés des cancers à leurs patients en réponse à la question « Vous arrive-t-il de parler spontanément du dépistage organisé ? »	93
Figure 14 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine à la question « Vous arrive-t-il de parler spontanément du dépistage organisé ? »	94
Figure 15 : Niveau de connaissances des officinaux en matière de dépistage organisé du cancer du sein (estimé à partir des réponses à la question : « Pensez-vous avoir les compétences ou connaissances nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer du sein avec votre clientèle ? »).....	96
Figure 16 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine sur le niveau de connaissances en matière de dépistage organisé du cancer du sein (à partir des réponses à la question : « pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer du sein avec votre clientèle ? »).....	97

Figure 17 : Niveau de connaissances des officinaux en matière de dépistage organisé du cancer colorectal (estimé à partir des réponses à la question : « Pensez-vous avoir les compétences ou connaissances nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer colorectal avec votre clientèle ? »).....	99
Figure 18 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine sur le niveau de connaissances en matière de dépistage organisé du cancer colorectal (à partir des réponses à la question : « pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer colorectal avec votre clientèle ? »).	100
Figure 19 : Positionnement des officinaux en réponse à la question « Vous pourriez parler plus facilement ... ? ».....	102
Figure 20 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine à la question « Vous pourriez parler plus facilement ... ? ».....	103
Figure 21 : Comparaison des sources d'information du dépistage organisé du cancer du sein citées par les femmes en milieu rural et en milieu urbain (question à réponses multiples)..	114
Figure 22 : Réponses obtenues à l'affirmation « Lorsqu'on participe au dépistage, l'autopalpation des seins n'est pas nécessaire » en fonction du niveau social des zones étudiées en pourcentage.	117
Figure 23 : Participation régulière au dépistage (organisé ou non) tous les 2 ans en fonction du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de la des femmes en milieu urbain.....	123
Figure 24 : Comparaison des impressions des femmes participant au dépistage organisé du cancer du sein entre le milieu rural et le milieu urbain en pourcentage (Plusieurs réponses possibles).....	126
Figure 25 : Comparaison des raisons de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein entre le milieu rural et le milieu urbain en pourcentage.	127
Figure 26 : Informations complémentaires souhaitées sur le dépistage organisé du cancer du sein en fonction du niveau social des zones étudiées en milieu urbain (question à réponses multiples).....	130
Figure 27 : Comparaison des sources d'information du dépistage organisé du cancer colorectal citées en milieu rural et en milieu urbain (question à réponses multiples).....	133
Figure 28 : Sources d'informations en fonction du niveau social des zones étudiées en milieu urbain exprimées en pourcentage (question à réponses multiples).	134
Figure 29 : Réponses obtenue à l'affirmation « L'intervalle entre 2 tests de dépistage organisé est de 2 ans » en fonction du niveau social des personnes interrogées en pourcentage.....	137
Figure 30 : Réponses obtenue à l'affirmation « C'est le test de recherche de sang dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine » en fonction du niveau social des zones étudiées en pourcentage.	138
Figure 31 : Nombre de personnes ayant un suivi individuel pour le cancer colorectal en fonction du taux de participation au dépistage organisé pour ce cancer en milieu urbain.....	143
Figure 32 : Comparaison des raisons de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal entre le milieu rural et le milieu urbain en pourcentage.....	147
Figure 33 : Demande d'informations complémentaires des personnes en fonction du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal en milieu urbain.....	149

Figure 34: Informations complémentaires souhaitées sur le dépistage organisé du cancer colorectal en fonction du niveau social des zones étudiées en milieu urbain (question à réponses multiples).....	150
Figure 35 : Comparaison des réponses obtenues en milieu urbain entre le pharmacien et le médecin à la question « Demander des informations sur le dépistage organisé des cancers à votre pharmacien/médecin vous semble : ? » (Question à réponses multiples).....	153
Figure 36 : Comparaison des réponses choisies (en pourcentage) en milieu rural et en milieu urbain à la question : « demander des informations sur les dépistages organisés des cancers à votre pharmacien vous semble : ? » (Question à réponses multiples).	154
Figure 37 : Comparaison des réponses choisies (en pourcentage) en milieu rural et en milieu urbain à la question : « demander des informations sur les dépistages organisés des cancers à votre médecin vous semble : ? » (Question à réponses multiples).....	155

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des officines dans les différents secteurs qui ont participé à l'étude..	67
Tableau 2 : Lieu de remplissage des questionnaires en fonction des pharmacies participant à l'étude par secteur.	74
Tableau 3 : Regroupement des secteurs de la ville de Grenoble et son agglomération en fonction du profil des IRIS et répartition des individus interrogés dans chaque regroupement.	78
Tableau 4 : Description des officines sélectionnées pour l'étude descriptive en milieu urbain (Grenoble et agglomération grenobloise).....	82
Tableau 5 : Supports de prévention dans les officines sélectionnées pour l'étude en milieu urbain.....	85
Tableau 6 : Effectif des personnes ayant accepté de répondre au questionnaire pharmacien/préparateur.	88
Tableau 7 : Fréquence des réponses à la question « Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer du sein avec votre clientèle ? » en milieu rural et en milieu urbain.	98
Tableau 8 : Fréquence des réponses à la question « Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer colorectal avec votre clientèle ? » en milieu rural et en milieu urbain.	101
Tableau 9 : Fréquence des réponses à la question « Vous pourriez parler plus facilement ... ? » en milieu rural et en milieu urbain.....	104
Tableau 10 : Freins rencontrés par les officinaux pour parler des dépistages organisés des cancers à leurs patients (question à réponses multiples).	105
Tableau 11 : thèmes de formation attendus par les officinaux (questions à réponses multiples).	108
Tableau 12 : Attentes particulières des officinaux sur une éventuelle formation (question ouverte).....	109
Tableau 13 : Répartition des patients ayant accepté de participer à l'étude en fonction du sexe et de leur âge.	110
Tableau 14 : Dépistage organisé du cancer du sein et sources d'information (question à réponses multiples).....	113
Tableau 15 : Cancer du sein et dépistage : connaissances des femmes interrogées.....	118
Tableau 16 : Comparaison des réponses similaires au sujet du dépistage du cancer du sein en milieu rural et en milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($U_{obs} < 1,96$).	119
Tableau 17 : Comparaison des réponses ayant une différence significative au sujet du cancer du sein entre le milieu rural et le milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($U_{obs} > 1,96$).....	120
Tableau 18 : Motifs de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein (Question à réponses multiples).....	124
Tableau 19 : Dépistage organisé du cancer colorectal et sources d'information (question à réponses multiples).....	132

Tableau 20 : Cancer colorectal et dépistage : connaissances des sujets interrogés.....	139
Tableau 21 : Comparaison des réponses similaires au sujet du dépistage du cancer colorectal en milieu rural et en milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($u_{obs} < 1,96$).	141
Tableau 22 : Comparaison des réponses ayant une différence significative au sujet du cancer colorectal entre le milieu rural et le milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($U_{obs} > 1,96$).....	142
Tableau 23 : Motifs de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal (question à réponses multiples).....	145

Liste des abréviations

ACR : American College of Radiology
ADCN : Association des Dépistages des Cancers dans le département du Nord
ADEC 29 : Association pour le DEpistage des Cancers dans le Finistère
ADN : Acide Désoxyribo Nucléique
AFSSAPS : Agence Française de Sécurité SANitaire des Produits de Santé
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer
CMU-C : Couverture Maladie Universelle - Complémentaire
CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
DGS : Direction Générale de la Santé
FADO-colon : Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé - colon
FADO-sein : Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé - sein
FIP : Fédération Internationale Pharmaceutique
FORMADOC : FORMAtion au Dépistage Organisé des Cancers
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IMC : Indice de Masse Corporelle
INCa : Institut National de Cancer
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS : Institut de Veille Sanitaire
IRIS : Ilôt Regroupé pour l'Information Statistique
ODLC : Office De Lutte contre le Cancer
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RSA : Revenu de Solidarité Active
THM : Traitement Hormonal de la Ménopause
UTIP : Union Technique InterPharmaceutique

Introduction

Le cancer du sein et le cancer colorectal totalisent plus de 90 000 nouveaux cas de cancers en France en 2012. Ce chiffre, en constante augmentation, fait de ce sujet un des enjeux principaux de santé publique. Depuis dix ans, le gouvernement français tente de lutter contre ce fléau en fixant des objectifs précis au travers des Plans Cancers.

La France bénéficie de deux programmes de dépistages organisés (sein et colorectal) généralisés sur tout le territoire. Cet atout majeur de prévention enregistre cependant des taux de participation trop faibles par rapport aux objectifs fixés.

De plus, depuis la mise en place de ces dispositifs, des inégalités de santé importantes sont apparues. Les résultats sont hétérogènes sur le plan territorial (milieu rural/milieu urbain) mais aussi sur le plan social (milieu aisé/zones défavorisées).

Différents leviers sont envisagés afin d'inciter la population à participer davantage aux dépistages organisés des cancers notamment celui d'impliquer dans le système, d'autres acteurs comme les pharmaciens.

C'est dans ce contexte qu'il est important de savoir quelle place les pharmaciens d'officines pourraient occuper dans les programmes de dépistages organisés des cancers et comment ils arriveraient à lutter contre les inégalités de santé présentes en France, en 2013.

1 Définitions et cadre réglementaire

1.1 Définition

1.1.1 Dépistage

1.1.1.1 Définition globale

Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques d'application rapide systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour poser un diagnostic et, si besoin est, pour la mise en place d'un traitement.

Le dépistage s'inscrit dans la prévention secondaire (1).

1.1.1.2 Dépistage individuel

On parle de dépistage individuel lorsque la décision de faire le test de dépistage est à l'initiative du médecin traitant en accord avec le patient (2) ou du médecin spécialiste. Cette démarche est effectuée indépendamment des invitations de dépistage proposées par les autorités de santé. Ce type de dépistage s'adresse en général à des personnes ayant un risque plus élevé de développer une pathologie et qui nécessite un suivi spécifique (3) .

1.1.1.3 Dépistage organisé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le dépistage organisé (ou communautaire) est proposé à une population sélectionnée parmi la communauté. Il s'appuie sur des campagnes de dépistage réalisées par les autorités de santé sur la base de recommandations nationales. La participation des personnes à ce type de dépistage est basée sur le volontariat (4). C'est un service de santé publique dont on doit rechercher le taux de participation le plus important possible (5).

1.1.1.3.1 Conditions d'un dépistage organisé

L'OMS a défini des critères afin de caractériser un dépistage organisé (6) :

- Dans un premier temps, la pathologie étudiée doit être un problème de santé publique. Les coûts humains et financiers doivent en faire des enjeux majeurs.
 - Il est nécessaire de connaître l'histoire naturelle de la maladie et cette maladie doit être décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique par un test dit de dépistage. Il est également essentiel de cibler les tranches d'âges concernées par ce dépistage.
- Le test diagnostique doit être approprié et disponible

1.1.1.4 Dépistage et diagnostic

Le dépistage est une étape à part entière et se dissocie complètement de la partie diagnostic. Un test de dépistage peut être un examen biologique ou clinique, qu'il est possible de pratiquer sur un nombre important de personnes à un coût unitaire le plus faible possible. Ce test doit donc permettre de différencier les personnes probablement saines des personnes probablement malades « avec une certaine marge d'erreur ». Il est moins précis qu'un test

diagnostic et ne constitue pas une base de traitement. Après un test de dépistage positif, les sujets sont orientés vers un médecin qui confirmera ou infirmera le diagnostic en effectuant d'autres tests (6).

A l'inverse, un test diagnostic est réalisé sur des sujets probablement malades ou présentant des troubles définis. Il peut coûter plus cher qu'un test de dépistage mais il constitue une certitude diagnostique grâce à des examens spécifiques et une base de traitement (6).

1.1.1.5 Limites du dépistage

Un test de dépistage « idéal » doit être sensible (limiter le nombre de faux-négatifs), spécifique (limiter le nombre de faux-positifs) et dénué de nocivité.

Cependant, aucun test n'est fiable à 100%, il existe toujours des « faux-positifs » (test de dépistage positif mais les tests diagnostic démontreront l'absence de lésion) ou des « faux-négatifs » (test de dépistage négatif alors que l'individu dépisté est porteur d'une lésion suspecte) (7).

Le sur-diagnostic fait partie des limites très controversés du dépistage (notamment dans le cadre du dépistage du cancer du sein).

Malgré quelques inconvénients, les dépistages ont montré de réels bénéfices (8) (diminution du nombre de décès par cancers notamment pour le cancer du sein) d'autant plus s'il s'agit de dépistage organisé répondants à des critères prédéfinis.

1.1.2 Prévention

1.1.2.1 Définition générale

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention est définie comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » ou à diminuer ses conséquences. Suivant les différentes étapes de la maladie à laquelle elle intervient, l'OMS précise plusieurs types de prévention (9)

1.1.2.2 Prévention primaire

Elle intervient avant l'apparition de la maladie. Elle permet de diminuer l'incidence d'une maladie (nombre de nouveaux cas de cette maladie pendant une période donnée) dans une population (9). Cette prévention a notamment pour but de limiter l'exposition aux différents facteurs de risque dit « modifiables » tels que l'alcool, le tabac, l'obésité... et de favoriser les facteurs dits « protecteurs » de la maladie (10).

1.1.2.3 Prévention secondaire

Elle intervient au tout début de la maladie. Elle ne joue pas sur l'incidence de la maladie mais sur la prévalence (c'est-à-dire sur le nombre de cas présents à un moment donné dans une population donnée, rapporté à la population totale). Le but de cette prévention est de détecter précocement la maladie afin de s'opposer à son évolution grâce à un traitement approprié, de diminuer ou de supprimer les facteurs de risques. Elle s'adresse à des individus sains, ne présentant aucun symptôme clinique de la maladie en question (9).

1.1.2.4 Prévention tertiaire

Ce dernier type de prévention est présent une fois que la maladie est installée. Elle peut permettre de diminuer la prévalence en limitant les récurrences de la maladie. Elle contribue à éviter les complications et participe à la réinsertion sociale et psychologique du patient (9).

1.2 Cadre réglementaire en France

1.2.1 Les Plans Cancer

1.2.1.1 Le plan cancer 2003-2007

Le Plan Cancer 2003-2007 lancé le 24 mars 2003 a impulsé « une dynamique irréversible dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades » (11). Il s'articulait en 70 mesures déclinées en 200 actions et classées en 6 chapitres dont celui concernant le dépistage (comportant 8 mesures) et 2 en particulier concernant les dépistages organisés :

- Mesure 21 : « Respecter l'engagement de généralisation du dépistage organisé du cancer du sein d'ici fin 2003, en impliquant la médecine générale et libérale »
- Mesure 25 : « Faciliter l'utilisation de l'Hémocult II ® ».

Grâce à ce Plan Cancer, le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004 à tout le territoire français (et à partir de 2005 en Guyane).

D'après l'évaluation de ce Plan, de fortes disparités concernant le taux de participation des programmes de dépistages organisés sont apparues entre départements mais également au sein des départements eux-mêmes.

1.2.1.2 Le Plan Cancer 2009-2013

Annoncé par le Président français le 2 novembre 2009 à Marseille, le Plan Cancer 2009-2013 (12) est organisé en 5 axes principaux : la recherche, l'observation, la prévention et le dépistage, les soins et comment vivre pendant et après le cancer.

Ce Plan Cancer intervient à la suite du Plan Cancer 2003-2007. Il insistera sur des points différents, notamment une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer (inégalités territoriales et sociales), un investissement dans la recherche et l'innovation, un renforcement de la coordination des soins et des initiatives médico-sociales et sanitaires pour accompagner au mieux la vie des patients pendant et après le cancer. Les 3 priorités de ce plan restent les inégalités face au cancer, la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux et le rôle du médecin traitant.

Le plan Cancer 2009-2013 s'articule en 30 mesures détaillées et 118 actions. Concernant le dépistage, ces mesures sont :

- Mesure 14 : « lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage »
- Mesure 15 : « améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé des cancers »
- 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.
- Mesure 17 : « assurer une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers ».

En ce qui concerne la pertinence du plan, l'incidence et le nombre de décès par cancer ne cesse d'augmenter en France. De plus, le nombre de décès prématurés par cancers toutes causes confondues et quel que soit le type de cancer chez les hommes et pour le cancer du sein chez les femmes situent la France dans une position défavorable par rapport aux pays

européens. Le taux de survie des cancers à 5 ans est très variable en fonction des cancers, mais cela conditionne la vie pendant et après le cancer.

La gouvernance du Plan Cancer 2009-2013 est assurée par une équipe spécialisée de l'INCa. Elle renseigne, de manière trimestrielle, un comité de pilotage interministériel (assuré par la direction générale de la santé à l'aide d'indicateurs de suivi qui permettent d'évaluer l'avancement du plan.

Les inégalités sociales et territoriales restent une des priorités du Plan Cancer 2009-2013. Il est toutefois difficile de mesurer ces paramètres, et c'est pour cette raison que la DGS souhaite insister sur 4 points qui ont été soulignés lors de l'évaluation à mi-parcours du Plan Cancer 2009-2013 (13) :

- « mener à son terme dans des conditions rigoureuses l'expérimentation du volet social intégré au parcours de soins et prévoir d'évaluer l'impact sur la réduction des inégalités sociales de santé des actions et projets de recherche prévus »
- « faire un état des lieux des inégalités sociales relatives au cancer à partir des informations existantes en matière de morbidité et mortalité, de prévention et de dépistage, d'accès aux soins et à l'innovation et de reste à charge, de vie après la phase aiguë de la maladie et l'intégrer dans le prochain rapport annuel sur la situation du cancer en France »
- « mettre en place de façon urgente un suivi et un pilotage national de l'objectif de réduction des inégalités sociales de cancer en rendant effective une mission dédiée à cet effet au sein du comité du pilotage et en produisant les indicateurs pertinents de suivi des actions »
- « intégrer dans les mesures de prévention et de prise en charge médicale la prise en compte du gradient social ».

Le rôle du médecin traitant est également mis en avant dans ce Plan Cancer en lui confiant « les pratiques préventives », l'information dans le dépistage des cancers et la prise en charge des patients atteints de cancer.

Selon le 5^{ème} rapport d'étape du Plan Cancer 2009-2013 en Juin 2012 (14), l'avancement et le suivi des mesures sont plutôt encourageants. En effet, l'essentiel des actions du Plan progressent selon le planning prévu ; sur les 119 actions que présentent le Plan, 101 sont réalisées en temps et en heure. Cependant, certaines semblent plus difficiles à mettre en place. Il est important de retenir que les connaissances et l'information sur les cancers a progressé au cours de ces dernières années et cela permet de mieux agir sur les facteurs de risque, la prévention et le dépistage. Malgré des perspectives plutôt encourageantes, les programmes de prévention et de dépistage n'atteignent pas encore les objectifs. Les efforts fournis ne doivent donc pas être relâchés, en particulier pour diminuer les inégalités de santé face au cancer.

1.2.1.3 Le troisième Plan Cancer

Le troisième Plan Cancer est déjà en préparation. Le gouvernement a invité les citoyens à proposer leurs idées et ceci jusqu'au 20 mai 2013.

Les recommandations de ce nouveau Plan (15) seront organisées en 5 axes thématiques et 5 axes transversaux. La prévention et le dépistage arrivent en première position des 5 axes thématiques suivis par « la recherche », « les métiers, la formation et pratique de la cancérologie », « le parcours de soins » et « la vie pendant et après le cancer ».

L'un des principaux objectifs annoncés de ce troisième Plan Cancer est de réduire effectivement les inégalités de santé (territoriales et sociales) liées au cancer (inégalités de participation aux dépistages, de mortalité et de survie).

2 Les dépistages organisés en France

Les habitudes des Français sont régulièrement évaluées grâce à des études barométriques. Ces enquêtes ont pour but de réaliser des comparaisons et donc de percevoir les évolutions (amélioration, stagnation, détérioration) des variables étudiées. Pour cela, ces enquêtes sont répétées dans le temps et suivent des méthodologies et des questionnaires semblables (16).

Selon l'étude Barométrique « Les Français face aux dépistage des cancers » (17) (réalisée par l'INCa en 2009 sur 1013 personnes représentatives de la population française de plus de 25 ans), 92% des français citent le cancer parmi les trois maladies qu'ils jugent le plus grave et 61% estiment qu'il s'agit de « la pire des maladies ». Cette angoisse est compensée par le fait que 97% des français admettent que le dépistage des cancers permet d'augmenter les guérisons, 96% pensent qu'il s'agit d'une « bonne habitude à prendre pour faire attention à sa santé » et 92 % considèrent que se faire dépister régulièrement permet de prévenir les cancers. C'est dans cette optique plutôt positive que les dépistages organisés des cancers ont été mis en place progressivement par le gouvernement français.

2.1 Le cancer du sein

2.1.1 Epidémiologie

Le cancer du sein est le cancer qui touche le plus de femmes en termes de fréquence et d'incidence dans l'union européenne. Il s'agit de la première cause de mortalité par cancer chez la femme (18).

2.1.1.1 Incidence et taux d'incidence

Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), le nombre de nouveaux cas de cancer du sein en France métropolitaine a été en 2012 de 48 763 cas. Ce chiffre est en diminution par rapport à l'estimation de 2011 (53 000). Malgré cette baisse, le cancer du sein reste au premier rang des cancers incidents chez la femme, loin devant le cancer colorectal et celui du poumon (avec des incidences respectives estimées à 19 000 et 12 000 cas en 2011) (18).

Le taux d'incidence « rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée (population incidente) à la population dont sont issus les cas (pendant cette même période) (population cible). Il est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie » (19). Il s'exprime le plus souvent par un nombre de cas rapporté à 100 000 personnes par année afin de pouvoir les comparer entre les populations et dans le temps. Pour le cancer du sein, le taux d'incidence, standardisé monde, s'élève à 88,0 pour 100 000 femmes.

L'âge moyen du diagnostic en France en 2012 est de 63 ans, contre 61 ans en 2005 (18).

2.1.1.2 Mortalité et taux de mortalité

Le nombre de décès par cancer du sein en France en 2012 est de 11 886. Il était estimé à 11 500 en 2011, on note donc une très légère augmentation. C'est le cancer féminin le plus meurtrier, en première place devant le cancer colorectal (avec une mortalité de 8300) et le cancer du poumon (8100 décès).

Le taux de mortalité, standardisé monde, est de 15,7 femmes pour 100 000, en 2012. Ce taux correspond au rapport du nombre de décès de l'année par cancer du sein à la population totale moyenne de l'année.

L'âge moyen du décès par cancer du sein en 2012 était de 72 ans (18).

2.1.1.3 Survie à 5 ans en France

La survie nette des patientes diagnostiquées entre 1989 et 2004 à 1 an, 5 ans et 10 ans est respectivement de 97%, 86% et 76% (18).

2.1.2 Facteurs de risque

Le risque absolu (ou risque de base) de développer une maladie est « le rapport du nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une certaine population et pendant une période donnée, sur le nombre de personnes à risque au début de la période » (20).

Le risque relatif associé à une exposition « est le facteur par lequel on multiplie le risque absolu (celui de la population non exposée, 1 par définition). Il indique donc à l'échelle d'une population, une diminution (si inférieur à 1) ou une augmentation (si supérieur à 1) de la probabilité de la population exposée à développer la maladie » (20).

Les facteurs de risque irrémédiables

Un des facteurs de risque indiscutable et irrémédiable est l'âge. En effet, plus la patiente avance en âge, plus le risque de développer un cancer du sein augmente. Ce risque augmente chaque année à partir de 30 ans. Plus de 50% des cancers se déclarent après 65 ans (21).

Les facteurs hormonaux sont impliqués dans l'augmentation du risque de développement d'un cancer du sein. Une puberté déclarée précocement et une ménopause tardive exposent à un taux d'œstrogènes élevé sur une longue période qui favorisent le développement du cancer du sein (élévation de 4% de ce risque par année en moins de puberté et 3% par année supplémentaire à la ménopause) (22). L'hypothèse la plus probable est celle du vieillissement cellulaire qui entraînerait une accumulation des dommages cellulaires ou membranaires au cours de la vie.

La prise d'œstrogènes exogènes augmente de 25% le risque de cancer du sein. Ce sur-risque diminue 10 ans après l'arrêt du contraceptif oral (20).

Pour les progestatifs utilisés en pré ménopause, on retrouve également une augmentation du risque chez les personnes traitées en revanche, le risque n'est plus présent chez les patientes ayant été traitées et qui ont arrêté le traitement. Selon de nombreuses études (23), un THM (Traitement Hormonal de la Ménopause) augmente le risque de développer un cancer du sein. En 2005, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) remplacée aujourd'hui par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) a expliqué que le risque était dépendant du THM mis en place (24). Un traitement progestatif associé à des œstrogènes, quel que soit la voie d'administration, est un facteur de risque de développement d'un cancer du sein même sur une courte période (inférieur à 2 ans).

Ce risque est diminué lorsque le progestatif utilisé en association est la progestérone micronisée ou son isomère, la dydrogestérone sur le long terme (23). Enfin, ces molécules n'ont pas prouvé leur toxicité sur les risques d'apparition d'un cancer du sein sur des traitements à court terme.

Les prédispositions génétiques existent pour le cancer du sein. En effet, une femme ayant des antécédents familiaux (mère ou sœur atteinte de cette maladie) a environ deux fois plus de risque de voir la pathologie se développer qu'une femme sans antécédents familiaux (25). Ceci peut être expliqué en partie par la génétique de la famille mais il ne faut pas sous-estimer l'environnement (souvent similaire dans une même famille).

Certains gènes ont été identifiés comme présentant un sur-risque comme BRCA1 et BRCA2 dont les mutations sont à l'origine de cancers du sein, ou encore p53, PTEN, ATM... ils représentent 5 à 10% des formes familiales des cancers du sein.

Le risque de développer un cancer du sein est également augmenté en cas d'antécédent personnel d'un premier cancer gynécologique (sein, endomètre ou ovaire...).

Les facteurs modifiables

Les facteurs comportementaux sont des facteurs modifiables sur lesquels il est possible de « jouer » pour diminuer les risques de développer la maladie. Ils sont cependant difficiles à estimer car leurs effets sont complexes (20).

L'alcool est jugé « convaincant » en pré et post-ménopause avec une augmentation du risque de près de 10% à chaque verre supplémentaire consommé par jour en moyenne, quel que soit le type de boisson alcoolisée (26). L'alcool augmenterait le taux d'œstrogènes circulant et participerait à la production de métabolites mutagènes à partir de l'éthanol (27).

L'alimentation semble jouer un rôle important surtout en cas de régime « type occidental » (riche en frites, charcuterie...). Les aliments à forte charge glycémique et riche en acides gras *trans* présenteraient un sur-risque pour cette pathologie (28).

Le surpoids et l'obésité sont également mis en cause, notamment en post-ménopause où un gain d'indice de masse corporelle (IMC) de 5kg/m² élève le risque de 8% (26).

Enfin, une activité physique insuffisante serait à l'origine d'un sur-risque de développement d'un cancer du sein (26).

Les facteurs environnementaux comme l'exposition aux radiations ionisantes (rayons X et gamma) et le travail posté de nuit ont été l'objet d'étude par le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) avec une classification en groupe 1 (risque avéré) pour les radiations ionisantes et en groupe 2A (cancérogène probable) pour le travail posté de nuit (29).

2.1.3 Facteurs protecteurs

Le fait d'avoir ses enfants avant l'âge de 30 ans protégerait les femmes contre le développement d'un cancer du sein. L'allaitement permettrait également de diminuer ce risque de 4% pour chaque année supplémentaire d'allaitement (en durée cumulée).

L'hypothèse la plus probable est la différenciation des cellules mammaires qui seraient à l'origine de la diminution à terme, du risque de cancérogénèse. (20)

La consommation de légumes et d'un régime dit « méditerranéen » serait en faveur d'une diminution du risque pour cette maladie (20).

L'activité physique est associée à une diminution du risque de cancer du sein en post-ménopause à un niveau de preuve dit « probable ». L'activité physique diminuerait le taux circulant de diverses hormones et facteurs de croissances (insuline, IGF-1, œstrogènes) et stimulerait l'immunité (27).

2.2 Le dépistage organisé du cancer du sein

2.2.1 Situation en France

Les premières expériences en ce qui concerne le dépistage organisé du cancer du sein ont eu lieu en 1989. Dès 1991, dix départements avaient été choisis pour mener ces actions de prévention. De nombreux départements se sont rajoutés pour arriver à un total de 32 départements en 2001. Le premier Plan Cancer en 2003 avait prévu une généralisation de ce programme à tout le territoire français à partir de 2004.

2.2.2 Méthodologie du dépistage organisé du cancer du sein

2.2.2.1 Pilotage du dépistage

Au niveau national, le programme de dépistage organisé du cancer du sein est géré par le Ministère de la Santé. La Direction Générale de la Santé (DGS) et l'institut National du Cancer (INCa) sont en charge du suivi et de l'expertise de ce programme. Le financement est assuré par l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé et des collectivités locales. C'est l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) qui intervient pour l'évaluation régulière de ce programme de dépistage.

Ce sont les ARS (Agences Régionales de Santé) qui assurent le pilotage et l'animation du programme de dépistage organisé du cancer du sein au niveau régional.

Enfin, au niveau départemental ou interdépartemental, la coordination est réalisée par les structures de gestion (30). Leur rôle est primordial puisqu'elles servent d'interface entre le médecin traitant, le gynécologue et le radiologue, elles sont responsables de la sensibilisation et l'information sur les dépistages organisés des cancers auprès du grand public et des professionnels de santé. Elles s'occupent également de la constitution et de la gestion des fichiers, de l'invitation des personnes par courrier, l'envoi des résultats aux patients et aux médecins traitants. Elles sont également en charge du suivi du processus de dépistage, de l'assurance qualité du dispositif et ce sont aussi elles qui collectent les données pour le pilotage et l'évaluation du programme (31).

2.2.2.2 Modalités de dépistage

Toutes les femmes de 50 à 74 ans, sans symptômes apparents ni facteurs de risque particuliers sont invitées tous les 2 ans, par courrier individualisé, à réaliser une mammographie de dépistage (2 clichés par sein : face et oblique) et un examen clinique des seins auprès d'un

centre de radiologie agréé (liste des centres agréés fournie). L'invitation est envoyée par la structure de gestion départementale ou interdépartementale, les femmes bénéficiaires ont été identifiées à partir des fichiers de l'Assurance Maladie, qui prend en charge cette démarche à 100% grâce aux étiquettes présentes dans le courrier reçu. Quel que soit le suivi de la patiente (gynécologue, médecin traitant ou aucune surveillance médicale), elle est invitée à participer au dépistage organisé du cancer du sein et bénéficie de cette prise en charge intégrale sur présentation de ces étiquettes au centre de radiologie agréé. Si la patiente ne répond pas au premier courrier d'invitation, des courriers de relance lui sont envoyés.

Les radiologues agréés doivent suivre une formation spécifique, préalable et continue, et travailler dans le cadre d'une convention en accord avec l'Assurance Maladie. Ils sont dans l'obligation d'effectuer au minimum 500 mammographies par an dont la moitié dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

Chaque mammographie effectuée est soumise à une interprétation selon la classification BI – RADS/ACR (classification de 1 à 5) afin d'organiser et d'harmoniser la prise en charge des patientes (Figure 1).

En cas de mammographie non pathologique (ACR 1 et 2) lors de la première lecture au centre de radiologie, le cliché est envoyé à la structure de gestion départementale pour une seconde lecture effectuée par un deuxième radiologue expert. Ce dernier doit, en plus des exigences citées ci-dessus, réaliser un minimum de 1500 relectures.

Si la deuxième lecture détecte une anomalie, un courrier est envoyé à la patiente, à son médecin traitant et / ou son gynécologue.

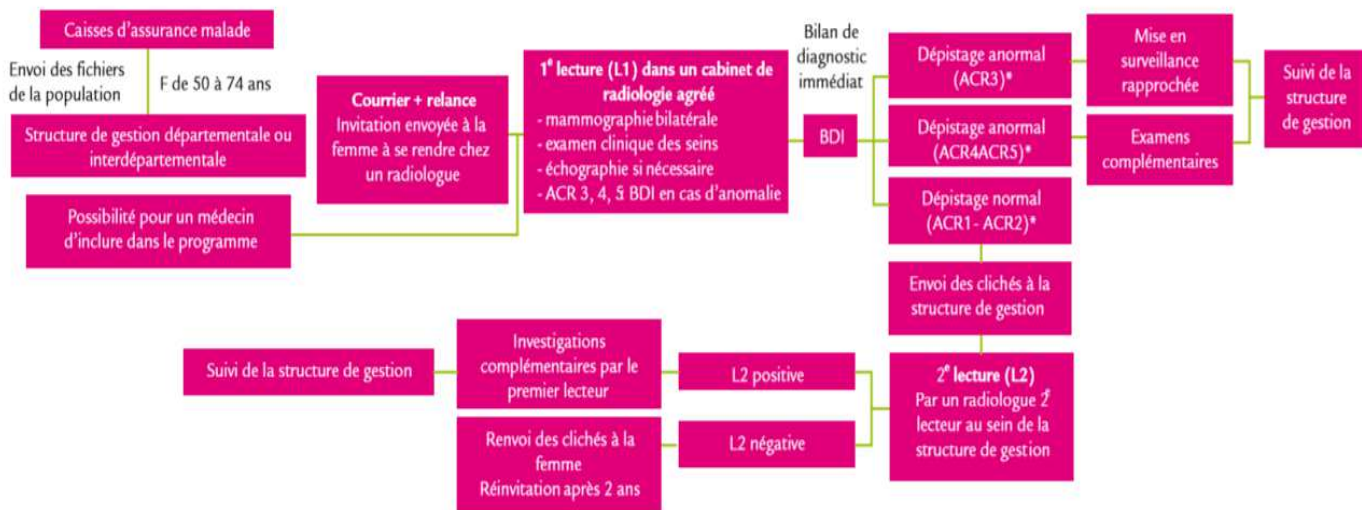
Lorsque la mammographie est dite « pathologique » (ACR 3, 4 et 5) à la première lecture, un bilan diagnostique est réalisé immédiatement. Une démarche de suivi adaptée est mise en place, à savoir un retour à une surveillance normale ou rapprochée, soit à la mise en place d'un traitement. Pour les mammographies classées ACR 4 et 5, des examens complémentaires

(échographie, cytologie, biopsie) doivent être réalisés pour confirmer ou éliminer le diagnostic de cancer. Ces examens sont pris en charge au taux habituel de remboursement par l'Assurance Maladie (32) (Figure 2).

Figure 1 : Classification des résultats de la mammographie (Système BI-RADS de l'American College of Radiology, 2002) (31)

ACR 0	Des investigations supplémentaires sont nécessaires: échographie, agrandissement de calcifications...
ACR 1	Mammographie normale.
ACR 2	Présence d'anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.
ACR 3	Présence d'une anomalie probablement bénigne qui justifie une surveillance à court terme (tous les 6 mois).
ACR 4	Présence d'une anomalie indéterminée ou suspecte qui indique une vérification histologique.
ACR 5	Présence d'une anomalie évocatrice d'un cancer.

Figure 2 : Schéma d'organisation du programme de dépistage organisé du cancer du sein (32)



*La classification ACR permet de codifier les images (1-2: normal et bénin; 4: nécessitant une vérification histologique; 5: très suspect de cancer)

2.2.2.3 L'assurance qualité du programme de dépistage

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein est soumis à un cahier des charges publié le 21 décembre 2006 au Journal Officiel. Le matériel utilisé est contrôlé deux fois par an par des organismes agréés selon les recommandations de l'ANSM. Des normes strictes sont imposées pour que ce programme soit le plus performant possible. L'épidémiologie est quant à elle, évaluée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Chaque changement dans le programme est soumis à une évaluation afin d'estimer le bénéfice apporté ; ce fut le cas lors de la mammographie numérique, introduite dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2008 (30).

2.2.2.4 Coexistence dépistage organisé/ dépistage individuel

Pour faciliter l'accès au dépistage organisé, le Ministère de la Santé a choisi d'instaurer ce programme sur l'utilisation du système de santé existant. Cependant, de nombreuses femmes n'adhèrent pas au programme de dépistage organisé car elles ont un suivi individualisé (dépistage individuel). Peu de données sont disponibles sur la démarche individuelle car elle n'est pas évaluée (contrairement au dépistage organisé), il n'y a pas de seconde lecture par un radiologue expert et les exigences qualité sont moins recherchées. La présence d'assurance qualité permet une garantie supérieure de qualité et de performance (30).

2.2.2.5 Efficience du programme de dépistage organisé du cancer du sein

Ce programme est justifié médicalement et économiquement cependant une participation élevée est nécessaire. En effet, un taux de participation de 70% doit être rapporté pour qu'un effet significatif soit perceptible sur la diminution de la mortalité (31).

2.2.3 Le taux de participation

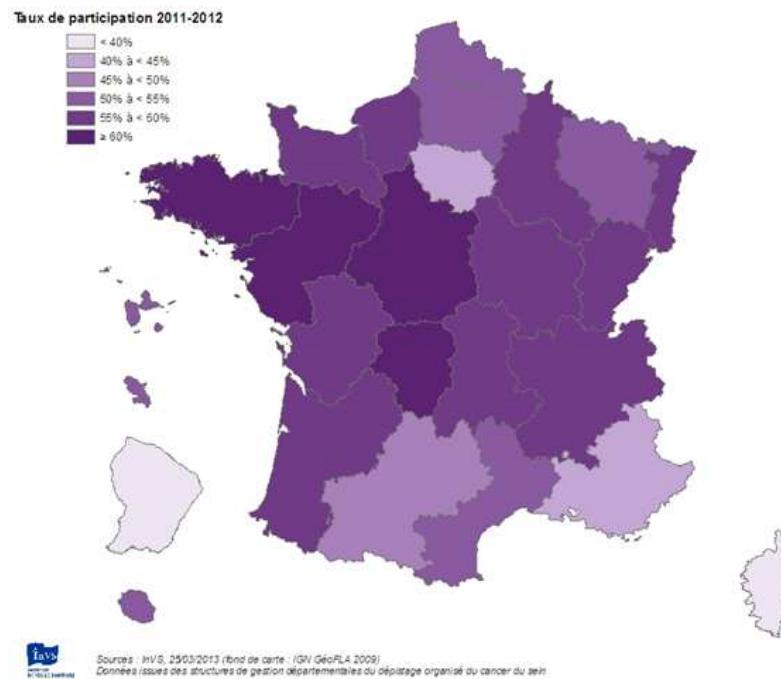
Les objectifs fixés pour le programme de dépistage organisé du cancer du sein est de 70%. Comme dit précédemment, il s'agit d'une cible importante à atteindre pour obtenir une efficience et un résultat significatif en terme de mortalité. Cependant ce but n'est pas encore atteint puisque le taux de participation en 2012 s'élève à 52,7% pour la France entière (soit près de 2 500 000 femmes). Les chiffres dessinaient une pente ascendante jusqu'en 2008, puis un plateau a été atteint au cours des quatre dernières années (33).

Ce taux de participation n'est pas équivalent en fonction des régions et des départements.

Deux régions ont des taux de participation très bas ; il s'agit de la région Ile-de-France et la Corse avec des valeurs inférieures à 40%. On observe en revanche 6 régions (Bretagne, Pays de la Loire, Centre, Bourgogne, Franche-Comté et Limousin) où le taux de participation est plus qu'encourageant par rapport aux objectifs fixés.

La région Rhône-Alpes (qui nous intéressera dans la suite de ce travail) se situe proche de la moyenne nationale avec un taux de participation de 54,9% soit 240 006 femmes) (34) (Figure 3).

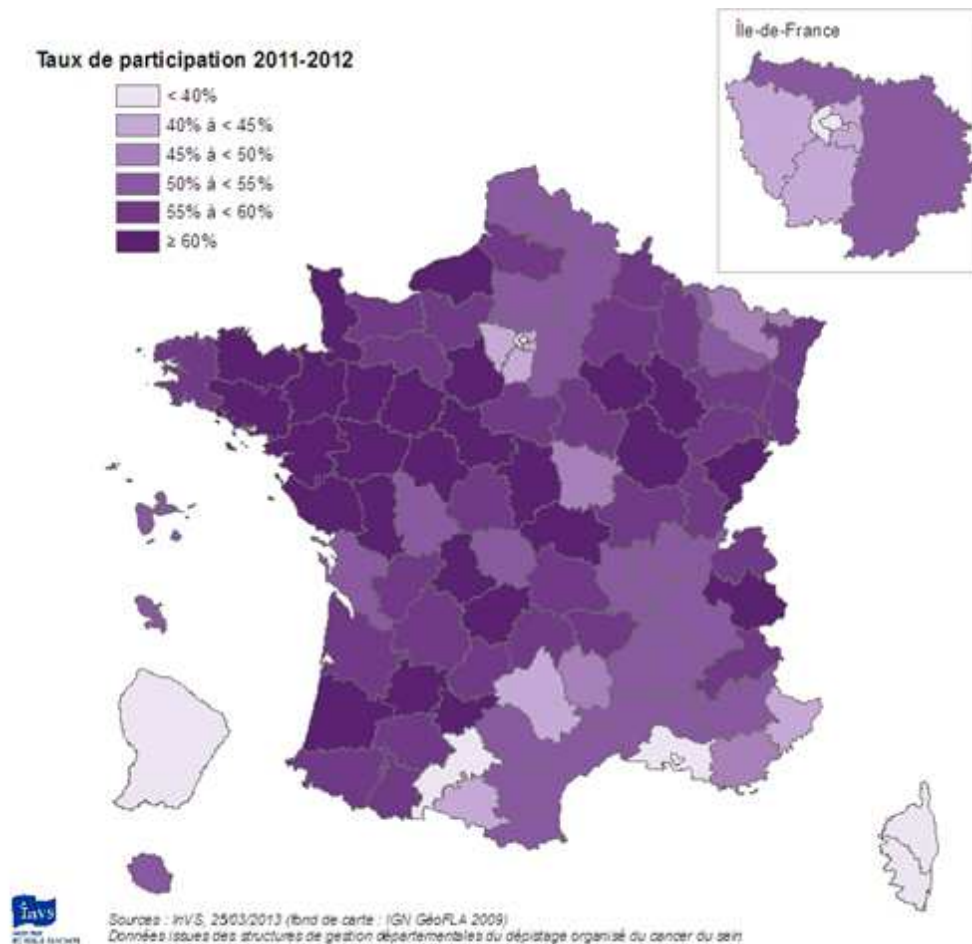
Figure 3 : Programme National de dépistage organisé du cancer du sein – Taux de participation 2011-2012 par région (34)



En ce qui concerne les départements, une très nette séparation Nord/Sud apparaît. Les femmes des départements du Nord de la France sont visiblement plus coopérantes au dépistage organisé du cancer du sein que dans le Sud de la France (en mettant de côté Paris et les Yvelines).

Les deux départements qui vont nous intéresser pour la suite de ce mémoire de thèse sont situés dans la région Rhône-Alpes. Ils ont un taux de participation pour l'année 2012 qui se situe dans la même tranche, entre 50 et 55% et c'est pour cette raison qu'il est intéressant de les comparer. Il s'agit de la Loire (54,7%) et de l'Isère (53,4%). Ces départements ont cependant un taux de participation supérieur à la moyenne nationale ce qui reste encourageant (Figure 4).

Figure 4 : Programme National de dépistage organisé du cancer du sein – Taux de participation 2011-2012 par département (34).



2.2.4 Facteurs d'adhésion et freins à la participation

Il est important de connaître les motivations et les inquiétudes des françaises face au dépistage du cancer du sein afin de pouvoir mener des actions efficaces et pertinentes en répondant à leurs attentes.

Selon l'étude FADO-sein (Facteurs d'adhésion au Dépistage Organisé – sein), le suivi par un médecin généraliste est un facteur favorisant à la participation ; il joue un rôle central dans ce domaine (35). Les femmes vivant en couple et celles dont le niveau d'études est supérieur ou équivalent à un baccalauréat participent davantage au dépistage organisé que les autres. En effet, il a été décrit dans le Baromètre Cancer (16) que la précarité sociale et économique, les

disparités linguistiques et culturelles influençaient négativement la participation des femmes. Le fait de ne pas se sentir concernée, notamment par l'absence de symptômes, et la coexistence du dépistage individuel (initié en général par un suivi gynécologique) sont des freins non négligeables au dépistage organisé du cancer du sein (16) (35).

Des actions sur le terrain semblent être indispensables à mettre en place pour augmenter l'adhésion des femmes à ce dépistage. La qualité du programme est un élément à mettre en avant pour obtenir le plus grand nombre de participantes, en particulier celle suivies par le biais du dépistage individuel. Le médecin traitant mais aussi tous les autres professionnels de santé semblent avoir un rôle à jouer dans la sensibilisation à la participation au dépistage organisé du cancer du sein.

2.2.5 Perspectives d'évolution

Le dépistage organisé du cancer du sein mis en place en 2004 préconisait des installations de mammographies analogiques. A partir de 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) a autorisé l'utilisation de mammographies numériques dans le dépistage organisé du cancer du sein (36). Les mammographies de dépistage s'inscrivent dans le cadre de la prévention secondaire. Elles ont pour objectif d'apporter un bénéfice sur la mortalité par cancer du sein avec une réduction de l'ordre de 15 à 21% selon les études. Malgré ce bénéfice non négligeable, la mammographie de dépistage reste un sujet polémique en terme de sur-diagnostic et de risque de cancers radio-induits.

Le sur-diagnostic correspond à « la détection par le dépistage de lésions cancéreuses qui n'auraient pas donné de symptôme du vivant de la personne. Ces cancers sont bien réels, confirmés histologiquement mais n'auraient jamais eu de conséquences cliniques durant la vie des personnes et n'auraient donc pas été identifiés en l'absence de réalisation d'un dépistage » (37). Les progrès de l'imagerie, la mise en place d'un programme de dépistage mais aussi la

crainte des médecins/radiologues d'une procédure médico-légale en cas de non détection sont des facteurs qui amènent à la détection de lésions de plus en plus petites et à des stades histologiques de plus en plus précoces. La proportion de diagnostic en excès semble difficile à évaluer mais les études réalisées rapportent une valeur comprise entre 1 et 10% (38).

En ce qui concerne les cancers radio-induits, leur estimation est également difficile à estimer. Le sein est l'organe le plus radiosensible du corps humain et les études épidémiologiques ont montré que les rayonnements ionisants étaient un facteur carcinogène pour le sein. Les cancers radio-induits « sont la conséquence de l'irradiation reçue au cours d'examens ou de traitements utilisant des rayons ionisants » (37). Pour les femmes âgées de 50 à 74 ans ciblées par le dépistage organisé du cancer du sein, le risque de décès par cancers radio-induits est de l'ordre de 1 à 20 cas pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme.

Du fait des controverses présentes autour du dépistage organisé du cancer du sein, chaque incidence mammographique doit être justifiée. La tomosynthèse est une nouvelle technologie déjà utilisée pour le diagnostic des cancers du sein. Cet examen nécessite trois clichés par sein (contre deux pour les mammographies numérique ou analogique). Cependant, son rapport bénéfice/risque est favorable (39) : elle permet d'étudier le volume global du sein en une série de coupes millimétriques dans le but d'éviter les superpositions de tissu normal et pathologique (qui représente une limite à la lecture des images) (40). La sensibilité de cette examen est augmentée de 5 à 10% : 9 cancers sur 1000 seront détectés contre seulement 6,7 pour 1000 avec les mammographies analogiques ou numériques. D'autres avantages par rapport aux mammographies déjà existantes apparaissent : la précision étant plus importante, le nombre de faux positifs seraient diminués et il y aurait donc une baisse des examens complémentaires (échographie, biopsie). De plus, cet examen semble plus adapté pour les seins denses dont la lecture des images est limitée avec les technologies existantes. Des études

complémentaires devraient être réalisées en vue d'une éventuelle utilisation dans le cadre du dépistage organisé.

2.2.6 Conclusion sur le dépistage organisé du cancer du sein

Aujourd'hui, plus d'une femme sur deux participe au programme de dépistage organisé du cancer du sein. Cependant, ce chiffre est encore loin des objectifs fixés par les autorités. La sensibilisation des femmes doit rester une priorité, en particulier les femmes qui n'effectuent jamais de mammographie ou celles qui participent au dépistage individuel. En effet, ces dernières (nombre estimé à 10%) doivent être informées de la supériorité du dispositif grâce à la seconde lecture et à la présence d'un contrôle qualité.

2.3 Le cancer colorectal

2.3.1 Épidémiologie

2.3.1.1 Incidence et taux d'incidence

En 2011, le cancer colorectal se situe au troisième rang de l'ensemble des cancers incidents tous sexes confondus derrière la prostate et le cancer du sein (41) (au troisième rang chez l'homme derrière le cancer du poumon et de la prostate et au deuxième rang chez la femme, derrière le cancer du sein) (18).

Le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal estimés en 2012 en France est de 42 152 tous sexes confondus contre 40 500 selon les estimations de 2011. 55,1% de ces nouveaux cas sont des hommes (23 226 cas masculins). Ce taux est en légère augmentation par rapport aux cas estimés en 2011 qui représentaient 53% des nouveaux cas diagnostiqués. Les femmes représentent 18 926 cas parmi tous les cas estimés en 2012 (42) (18).

Le taux d'incidence standardisée monde en 2012 est de 38,4 pour 100 000 hommes et de 23,7 pour 100 000 femmes (contre respectivement 36,3 et 24,7 selon les estimations de 2011). Une baisse est à noter quel que soit le sexe des individus.

A partir de 50 ans, les taux d'incidence augmente, de manière plus rapide chez l'homme alors qu'avant cet âge, les courbes de la femme et de l'homme ont des valeurs faibles et proches (18).

L'âge moyen au diagnostic de la maladie en 2012 n'a pas changé depuis 2005 ; il est de 70 ans pour les hommes et de 73 ans chez les femmes (18) (42).

2.3.1.2 Mortalité et taux de mortalité

D'après les prévisions de 2011, le cancer colorectal se situe, tous sexes confondus au deuxième rang des décès par cancer juste derrière le cancer du poumon (29 100 décès) et devant le cancer du sein.

Le nombre de décès par cancer colorectal en 2012 est proche de celui estimé en 2011 avec 17 722 cas (contre 17 500 en 2011). On compte 9 275 hommes et 8 447 femmes.

Le taux de mortalité standardisée monde s'élève en 2012 à 13,3 pour 100 000 hommes et 7,9 pour 100 000 femmes (valeurs estimées pour 2011 : 13,8 pour 100 000 hommes et 8,2 pour 100 000 femmes). Ces résultats sont plutôt encourageants puisqu'on peut noter une baisse de ces valeurs.

Il est important de remarquer que le taux de mortalité a subi une baisse considérable depuis les 25 dernières années puisque pour les hommes, cette valeur a chuté de 23%, et de 25% pour les femmes entre 1984-1988 et 2004-2008 (18).

L'âge moyen au décès en 2012 pour les hommes est le même que pour la période 2004-2008 ; il est de 75 ans. Pour les femmes cet âge s'élève à 79 ans (80 ans pour la période 2004-2008) (42) (18).

2.3.1.3 Survie nette des patients

La survie nette « est la survie que l'on observerait si la seule cause de décès des patients atteints de cancer était le cancer » (43). La survie nette des patients diagnostiqués entre 1989 et 2004 est de 79% (80% pour les hommes et 79% pour les femmes). Cette valeur passe à 56% cinq ans après le diagnostic (56% chez l'homme et 57% chez la femme). Dix ans après le diagnostic, la survie nette est de 50% (48% chez l'homme et 52% pour les femmes) (42).

Le pronostic est étroitement lié au stade de développement de la maladie au moment du diagnostic. En effet, selon une étude américaine, pour les patients diagnostiqués entre 1999 et 2005, la survie à 5 ans est de 90,8% lorsque la maladie a été découverte au stade local, 69,5% si celle-ci a atteint le stade régional (atteinte ganglionnaire) et 11,3% au stade métastatique (44).

En terme de survie à 5 ans, la France se situe dans l'une des meilleures de l'Union Européenne pour cette localisation de cancer contre une moyenne de 53,5% pour l'ensemble des pays européens (45).

2.3.2 Facteurs de risques

Facteurs de risque endogènes

Ces facteurs sont dits « irrémédiables » ou « non modifiables ». Pour le cancer colorectal, il s'agit principalement :

- Des antécédents familiaux de cancer colorectal : une personne ayant un membre de sa famille de premier degré (parent, frère, sœur ou enfant) ayant développé un cancer colorectal a entre 2 et 2,5 fois plus de risque d'en développer un à son tour. Les mécanismes ne sont pas connus mais l'hypothèse la plus probable reste le risque génétique.

- La polypose adénomateuse familiale : due à des mutations sur les gènes APC et MYH.
- Le syndrome de Lynch ou syndrome HNPCC : mutations sur les gènes qui contrôlent la réparation des erreurs survenant lors de la duplication de l'ADN au moment de la division cellulaire.
- Les antécédents personnels de cancers : une personne ayant déjà déclaré un cancer (colorectal ou autre) est plus susceptible de développer un cancer colorectal qu'une personne sans antécédent personnel. En cas d'antécédents de cancer de l'ovaire, de l'endomètre ou du sein chez la femme, le risque de développer un cancer colorectal est accru.
- Maladies inflammatoires du colon : Il s'agit notamment de la Maladie de Crohn et de la Rectocolite Hémorragique. Ces personnes sont soumises à une surveillance régulière par coloscopie.
- La présence de polypes : les polypes accroissent sensiblement le risque de cancer colorectal. Tous les polypes ne deviennent pas cancéreux cependant, les retirer est un moyen efficace de prévenir l'apparition d'un cancer colorectal.
- L'âge : le risque de cancer colorectal augmente avec l'âge comme la plupart des autres cancers en particulier à partir de 50 ans.

Facteurs de risque exogènes

Ces facteurs sont dits « modifiables ». L'alimentation est le principal facteur de risque du cancer colorectal. En effet, une alimentation trop calorique (riche en graisses d'origine animale ou saturées) et une consommation importante de viande rouge augmenteraient le risque de cancer colorectal.

De la même façon la consommation d'alcool et de tabac favoriserait la survenue de ce cancer.

La sédentarité et le surpoids font également partie des facteurs de risque de cancer colorectal.

2.3.3 Facteurs protecteurs

Peu de facteurs ont prouvé leur effet protecteur dans le cadre du cancer colorectal. Cependant, la consommation de fruits et légumes frais (fibres) ainsi que l'activité physique pratiquée régulièrement (30 minutes journalière) et la limitation du surpoids diminueraient les risques de ce type de cancer.

La modération de la consommation d'alcool et de tabac est également favorable pour diminuer le risque de cancer colorectal.

2.4 Le dépistage organisé du cancer colorectal

2.4.1 La situation en France

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place progressivement à partir de 2008 après une expérimentation dans 23 départements pilotes de 2002 à 2007 (46).

2.4.2 Méthodologie du dépistage organisé du cancer colorectal

2.4.2.1 Pilotage du dépistage

Comme pour le dépistage organisé du cancer du sein, ce programme est piloté à différents niveaux :

- Au niveau national : Le Ministère de la Santé, la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Institut National du Cancer (INCa) sont responsables du dépistage organisé du cancer colorectal en lien avec les différents régimes d'Assurance Maladie. Les évaluations épidémiologiques sont assurées par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) à partir des données collectées auprès des structures de gestion départementales, interdépartementales ou régionales. La Haute Autorité de Santé (HAS) est impliquée

dans les recommandations de bonnes pratiques des programmes de dépistages organisés des cancers.

- Au niveau régional : Les ARS s'occupent de l'animation et du suivi du programme de dépistage ainsi que des demandes budgétaires.
- Au niveau local : Les structures de gestion départementales ou interdépartementales sont présentes pour assurer l'organisation et la promotion du dépistage organisé auprès de la population et des professionnels de santé. Ces structures sont financées par l'Assurance Maladie, la DGS et par l'Etat (via les ARS et les Conseils généraux). Elles peuvent obtenir des subventions de la part d'autres organismes comme la Ligue contre le Cancer (47).

2.4.2.2 Modalités de dépistage

Ce dépistage s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans. Cette population cible est invitée par courrier, par les structures de gestion départementales ou interdépartementales, à consulter son médecin traitant. Ce dernier évalue le niveau de risque du patient en fonction de son histoire personnelle et/ou familiale et lui remet le test Hémocult II® en cas d'éligibilité.

Dans un premier temps, le test Hémocult II® (ou test au gaïac) doit être effectué par le patient lui-même, à son domicile. Il s'agit d'un test de recherche de sang dans les selles à effectuer tous les 2 ans. Le patient est tenu de prélever 2 fragments de selles sur 3 selles consécutives. Le test est ensuite envoyé par la poste à un laboratoire agréé.

La suite des événements dépend de la lecture du test ; si le test est négatif, un nouveau test Hémocult II® devra être effectué 2 ans après. Si des symptômes apparaissent pendant cet intervalle, les patients doivent consulter leur médecin traitant. Si le test s'avère positif, le patient est orienté vers un gastroentérologue pour effectuer une coloscopie. Cet examen permet de détecter 4,9 adénomes avancés et 1,5 à 1,8 cancers pour 1000 personnes. Si la

coloscopie met en évidence des lésions, le patient bénéficiera d'une prise en charge adaptée. En revanche, si la coloscopie ne signale aucune lésion, aucun test ne sera effectué au cours des 5 prochaines années.

Si le patient ne donne pas suite au premier courrier en allant consulter son médecin traitant et/ou en n'effectuant pas le test, une lettre de relance lui est envoyée 3 mois plus tard. Si le patient ne se manifeste toujours pas, une seconde lettre de relance lui est destinée avec le test Hémocult II® au bout de 6 mois (48).

Le médecin traitant joue un rôle central puisque c'est lui qui évalue l'éligibilité des patients au test Hémocult II®, mais c'est aussi lui qui les oriente en cas de positivité du test. Il est tenu d'expliquer comment utiliser le test avant de le remettre au patient.

La sensibilité du test reste cependant modeste puisqu'elle est de 50 à 60% (49).

2.4.2.3 L'assurance qualité du programme de dépistage

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal est soumis à un cahier des charges précis permettant une harmonisation et une pérennisation de la qualité du dispositif. Les acteurs principaux du dépistage organisé du cancer colorectal bénéficient de formations (médecin traitant, gastroentérologues et acteurs locaux de dépistage). Les tests Hémocult II® sont envoyés dans des laboratoires agréés de par leur formation, des contrôles qualité internes, d'une double lecture simultanée des tests, des relations avec les autres partenaires du dépistage, une organisation spécifique de la lecture du test et du délai de réponse (47).

2.4.2.4 Efficience du programme de dépistage

Comme pour le dépistage organisé du cancer du sein, ce programme est justifié cependant pour une diminution notable de la mortalité, il serait nécessaire que la moitié de la population

cible participe au dépistage organisé. L'objectif du Plan Cancer 2009 – 2013 fixait un taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal de 60% (49).

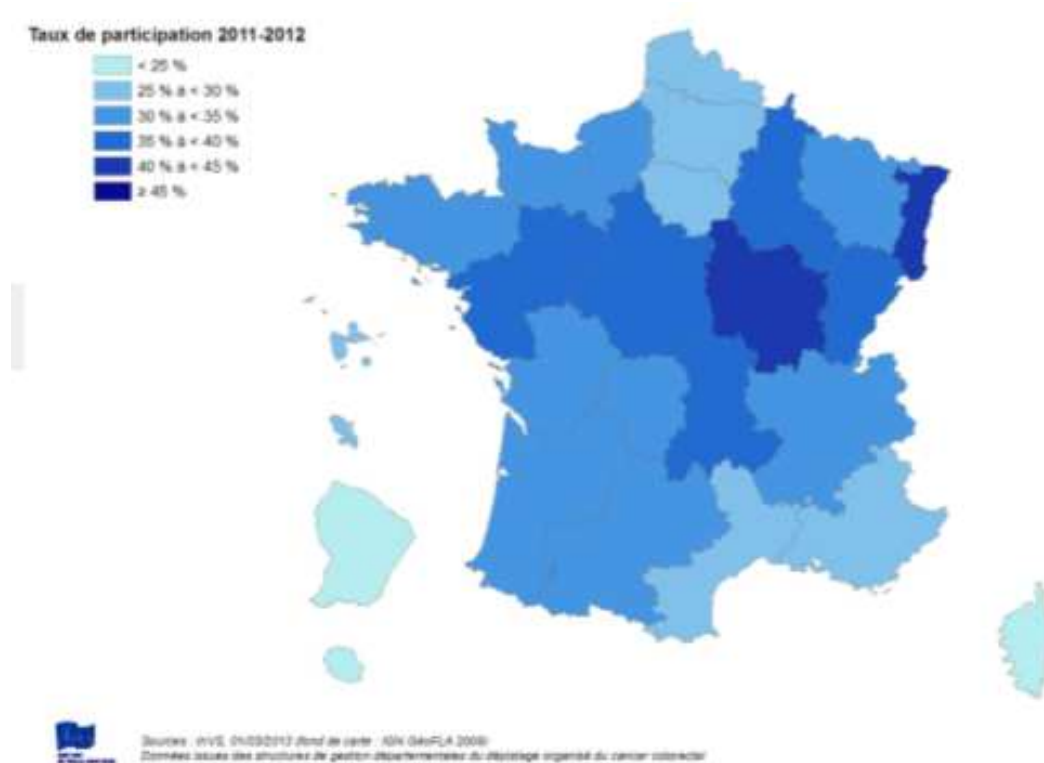
2.4.3 Le taux de participation

Près de 5 millions de personnes ont réalisé le test de dépistage organisé du cancer colorectal sur la période 2011-2012 ce qui correspond à un taux de participation de 31,7%. Ce chiffre est stable par rapport à la période précédente mais reste encore loin des objectifs fixés par le Plan Cancer 2009-2013 (50).

Comme pour le cancer du sein, de fortes disparités sont présentes entre les régions. L'Alsace et la Bourgogne sont les meilleurs élèves en la matière avec des taux de participation supérieurs à 40% (respectivement 44,1% et 42,9%). En bas du tableau, on retrouve la Corse avec un taux inférieur à 10% (7,1%).

La région Rhône-Alpes dépasse la moyenne nationale avec un taux de participation de 33,2% pour la période 2011-2012 (50) (Figure 5).

Figure 5 : Programme de dépistage organisé du cancer colorectal – Années 2011 -2012 – Taux de participation régionaux standardisés (Population de référence : France 2009) (50)

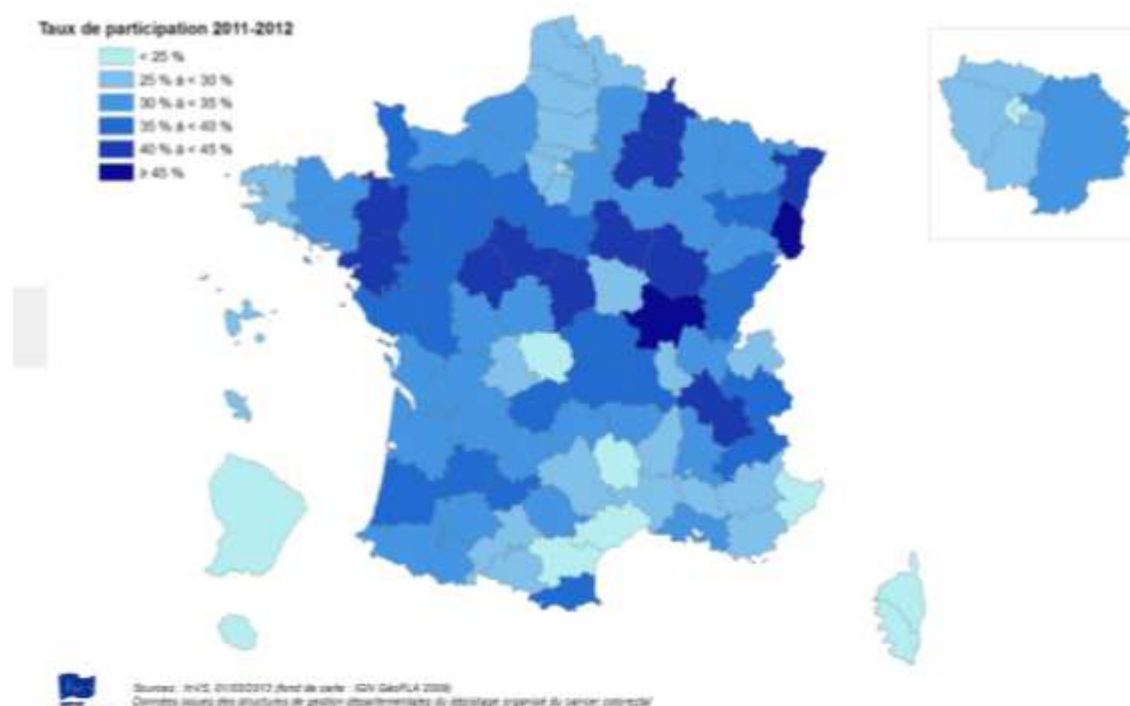


Le taux de participation sur la période 2011-2012 est également très différent en fonction des départements. Les meilleurs taux de participation sont retrouvés dans le Haut-Rhin (47,1%), la Saône et Loire (51,4%) et l'Isère (44,2%). 10 autres départements ont des taux de participation supérieurs à 40% (Bas-Rhin, Côte d'Or, Yonne, Ille-et-Vilaine, Cher, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Ardennes, Marne et Loire-Atlantique). Parmi ces 13 départements ayant un taux de participation élevé, 8 faisaient partie de la période d'expérimentation : ils étaient appelés « départements-pilotes » et ont pu bénéficier du programme de dépistage du cancer colorectal avant les autres départements.

En revanche, de nombreux départements restent à un taux de participation en dessous de 25% sur la même période (Guyane, Paris, Hauts-de-Seine, La Réunion, Aude, Hérault, Lozère, Creuse, Alpes-Maritimes) voire en dessous de 10% (Corse). Pour 6 de ces départements, le dispositif a été mis en place tardivement (Décembre 2007-Mars 2008 voire après) ce qui leur

laisse une marge de progression pour les années à venir. En revanche, l'Hérault et les Alpes-Maritimes sont les « mauvais élèves » puisqu'ils faisaient partie de l'expérimentation pour le dépistage du cancer colorectal pourtant leur taux de participation ne dépasse pas les 25% (50). Pour la suite de ce travail, l'Isère et la Loire ont été comparée cependant, ces deux départements ne sont pas rentrés en même temps dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal ; l'Isère faisait partie des « départements-pilotes » depuis 2002 alors que le département de la Loire n'a intégré le dispositif qu'en Septembre 2007 (47) (Figure 6).

Figure 6 : Programme de dépistage organisé du cancer colorectal – Années 2011 -2012 – Taux de participation départementaux standardisés (Population de référence : France 2009) (50).



2.4.4 Facteurs d'adhésion et freins à la participation

L'étude FADO colon (Facteurs d'adhésion au Dépistage Organisé du cancer du côlon) (47) (51) a montré que le fait d'être une femme et d'être sensibilisée à d'autres dépistages (cancer du sein et cancer du col de l'utérus) favorisait la participation au dépistage organisé du cancer colorectal.

En revanche, les freins à la participation restent nombreux : 36% des personnes ont déclaré avoir d'autres problèmes à ce moment-là, 26% ne sont pas convaincus par ce dispositif, 14% des personnes ne se sentent pas concernées. La peur des résultats intervient à hauteur de 9% et 4% des répondants estiment avoir manqué d'explication pour la réalisation du test (51).

Le fait d'être un homme et de ne pas vivre en couple est un facteur de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal. Cette étude a également montré que les personnes jeunes (<60 ans) participaient moins au test Hémocult II® et les raisons financières (notamment l'absence de mutuelle) augmentaient cette non-participation (51).

2.4.5 Perspectives d'évolution

Des appels d'offres ont été lancés en 2013 pour que les tests immunologiques remplacent le test au gâïac dès 2014. Ce test a été approuvé par la Haute Autorité de Santé en 2008.

Grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux spécifiques de la partie globine humaine, le test permet de détecter l'hémoglobine humaine dans le prélèvement de selles analysé.

Le test immunologique présente de nombreux avantages en comparaison avec le test au gâïac :

- Il est plus sensible et plus spécifique ; en effet il est capable de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4 fois plus d'adénomes avancés avec des saignements plus faibles.
- Sa lecture automatisée permet une meilleure standardisation et une diminution du nombre de tests non analysables. La lecture quantitative du test permet de choisir un seuil de positivité ; l'assurance qualité en est donc renforcée.
- L'utilisation du test est plus simple puisqu'un seul prélèvement de selles est nécessaire contre 6 pour le test au gaïac. De plus, la technique de prélèvement est plus fiable, la manipulation des selles sera limitée et l'ergonomie du test sera mieux étudiée. L'acceptabilité de ce test par la population serait donc augmentée.
- Le test étant plus fiable, le nombre de coloscopie serait donc diminué. En effet, cet examen est considéré à risque faible mais des complications peuvent apparaître. Les plus courantes sont les perforations de la paroi intestinale, les hémorragies et dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, très rarement, le décès de l'individu (47).

L'avenir du test immunologique semble prometteur. Sa supériorité par rapport au test au gaïac dans de nombreux domaines et pour un coût qui serait « raisonnable pour la société » (47) le place en position favorable pour les années futures. Les évaluations permanentes par les autorités compétentes du test et de l'organisation du dépistage permettront d'améliorer régulièrement ses modalités d'utilisation.

2.4.6 Conclusion sur le dépistage organisé du cancer colorectal

Le dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal est bien implanté sur le territoire français cependant la participation reste faible (moins de 1 français concerné sur 3). Le test immunologique envisagé pour 2014 semble être un levier pour augmenter le taux de

participation au dispositif. Les meilleures performances qu'il offre vont certainement permettre d'augmenter la confiance et l'adhésion des médecins traitants, ainsi que celles de la population cible.

3 Le rôle du Pharmacien

3.1 Introduction

Un des objectifs principaux est de faire augmenter, encore et toujours, le taux de participation aux dépistages organisés des cancers. Ce taux national en constante évolution depuis 2004 connaît un certain ralentissement pour arriver à un score de 52,7% en 2012 pour le cancer du sein et de 31,7% pour le cancer colorectal sur la même période. Les inégalités de santé au sujet des cancers et de leur dépistage sont des leviers importants à soulever et c'est pour cette raison que le troisième Plan Cancer en a fait une de ses priorités. Faire intervenir de nouveaux partenaires comme les pharmaciens semble être un point intéressant à approfondir.

3.2 Face aux demandes des Français

D'après l'étude Baromètre Médecins/Pharmaciens parue en 2003, les demandes des patients sur l'éducation pour la santé sont de plus en plus nombreuses. 12,2% des pharmaciens disent avoir « souvent » été confrontés à des questions sur les dépistages des cancers et 55,1% estiment que ces interrogations arrivent « rarement ». Les demandes les plus fréquentes des patients concernent les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal (52).

De plus, le pharmacien n'est pas considéré comme un commerçant (53) mais véritablement comme un professionnel de santé (87%) de par sa proximité géographique et les conseils qu'il donne (53). La pharmacie est une des principales portes d'entrée dans le système de santé. En effet, il est souvent plus facile de passer la porte d'une pharmacie que de prendre rendez-vous

chez un médecin et ceci quel que soit le niveau social et la localisation géographique des personnes (54).

3.3 Un avenir prometteur

3.3.1 Vers un élargissement des missions du pharmacien

La Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) a déclaré en 2006 (55) que le pharmacien est un professionnel de santé facilement accessible qui présente des atouts considérables pour intervenir dans la prévention et la gestion des maladies chroniques. Il est capable d'aider à réduire les facteurs de risque des maladies en apportant des conseils de prévention et en signalant aux équipes de soins qui l'entourent, des comportements à risque.

Ces dernières années ont marqué un virage important dans la profession notamment avec la loi HPST le 21 juillet 2009. L'Ordre National des Pharmaciens a mis en avant dans un communiqué de presse les nouvelles missions du pharmacien (56). Il a un rôle d'acteur de santé, dans la prévention, le dépistage en offrant au patient les soins les plus personnalisés. Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) demande également des soins axés sur les patients. Les pharmaciens doivent agir pour la prévention des maladies et développer des programmes de dépistages. Une des nouvelles missions du pharmacien d'officine est de participer au suivi des traitements et des maladies, au dépistage précoce et à la prévention (57).

Un des rapports les plus marquants pour la profession est le rapport Rioli (58). Ce document propose de mettre en place des « rendez-vous santé » à l'officine proposé à chaque patient pour permettre la mise en œuvre de mesures individuelles (résultats biologiques, tension artérielle, prise de glycémie...) spécifiques à chacun. Ce point de vue est plutôt intéressant notamment pour les patients qui n'envisagent pas de consulter un médecin dans l'immédiat

car ils ne se sentent pas malades. Cela pourrait permettre d'éviter les retards de diagnostic. Ce rapport prévoit, dans le contenu de ces rendez-vous, la prévention des cancers. Ces rencontres seraient prises en charge par les régimes obligatoires et complémentaires afin de garantir l'universalité et une large accessibilité sociale.

Le Cespharm, l'INCa, l'Ordre national des pharmaciens et le Ministère de la Santé et des Sports mettent aussi en avant le rôle du pharmacien en proposant aux officinaux des documents concernant les dépistages organisés des cancers (notamment pour le cancer du sein). Elle met en avant le fait que, pour le dépistage organisé du cancer du sein, certaines femmes « attendent tout simplement, pour réaliser ce dépistage, qu'un professionnel leur en parle » (59).

Enfin, pour certains départements (comme les Côtes d'Armor) participant à la distribution du test Hémocult II® à l'officine, l'Assurance Maladie indique directement sur son site internet (www.ameli.fr) qu'il n'est plus nécessaire de prendre rendez-vous chez son médecin traitant pour obtenir le test Hémocult II®. Ce test de dépistage est disponible en officine et le pharmacien donnera toutes les explications nécessaires à sa bonne utilisation (60).

3.3.2 Des associations encourageantes

L'INCa a publié un rapport d'activité en mai 2011 où les pharmaciens sont considérés comme des « partenaires » pour diffuser des messages en direction des populations spécifiques. L'INCa place les pharmaciens, au même titre que les gynécologues ou les médecins traitants, comme des informateurs et acteurs de sensibilisation sur le programme de dépistage organisé du cancer du sein. Ce rapport a été conçu dans l'optique de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage (61).

La Ligue contre le cancer met aussi l'accent sur le rôle du pharmacien dans ce domaine en proposant une campagne de dépistage du cancer colorectal qui a eu lieu du 1^{er} au 15 mars

2013 (en collaboration avec Pharmagest (LGPI, logiciel de gestion en pharmacie d'officine). Un questionnaire en ligne rapide intégré au logiciel LGPI pour sensibiliser les personnes de 50 à 74 ans à l'importance du dépistage organisé du cancer colorectal a été proposé. A la fin du questionnaire, une fiche conseil pouvait être imprimée et remise aux patients qui le souhaitaient (62).

3.4 Des pharmaciens impliqués dans leurs nouvelles missions

95% des pharmaciens estiment que leur métier évolue et que des missions telles que la prévention et l'éducation pour la santé font partie de cette métamorphose. 97% sont conscients d'être des vecteurs de mise en œuvre pour ces nouvelles missions. Lors de la Journée annuelle de l'Ordre en Novembre 2006 (63), le pharmacien de ville est déjà considéré comme « fortement impliqué en matière de prévention des cancers ». Il est capable d'intervenir au niveau des facteurs de risque (tabac, alcool, nutrition...). Pour le dépistage des cancers, le pharmacien est présent sur le plan des conseils, de l'information et de l'incitation à la participation. Des tentatives convaincantes ont été entreprises au cours de ces dernières années.

3.4.1 Le test Hémocult II® à l'officine

Le département du Nord (avec l'association ADCN) proposait, entre 2004 et 2009, le test Hémocult II® dans les pharmacies. Les patients avaient alors le choix de récupérer leur test soit chez leur médecin traitant, leur gastroentérologue ou chez leur pharmacien. Cependant, les subventions (identiques à celles accordées aux médecins généralistes équivalent à 3,00 euros par test délivré) ont été retirées en 2009 au grand regret des officinaux et des intervenants de l'ADCN. Les officinaux sont toujours autorisés à remettre le test.

A la suite des résultats obtenus sur la période 2008 – 2010, l’ADEC 29 (structure de gestion départementale du Finistère) a réalisé une synthèse sur la participation des pharmaciens au dépistage organisé du cancer colorectal (64). Dans ce département, le test était disponible dans les officines avant même la mise en place du dépistage organisé. Depuis, l’ADEC 29 propose une distribution de ce test par les pharmaciens en première relance en laissant la priorité au médecin traitant, pour la réponse au premier courrier. Sur la période 2008-2010, la distribution par les officinaux en première relance permettrait d’éviter l’envoi postal, plus coûteux et moins performant sur :

- le taux de participation (12,46% pour les officinaux versus 8,08% pour l’envoi postal lors de la dernière campagne de dépistage)
- le taux de tests non interprétables qui pourrait s’expliquer par les conseils apportés par le pharmacien (5,56% vs 12,70% en faveur de la distribution en officine)
- le taux de coloscopie après un test Hémocult II® positif (88,5% versus 79,4% toujours en faveur de la distribution du test en officine sur la même période) (65).

De nombreux avantages peuvent être mis en avant avec une telle organisation :

- Pour les usagers :
 - o Le test Hémocult II® est disponible pour une population à faible fréquentation médicale
 - o Les pharmacies forment un maillage géographique de proximité notamment dans les zones à faible densité médicale.
 - o Cette voie d’accès reste moins contraignante en temps et moins onéreuse pour les usagers que de payer une consultation chez le médecin traitant (sensibilisation aux difficultés financières de l’Assurance Maladie).
 - o Intervention de professionnels de santé exclusive.

- Pour la structure de gestion :
 - o L'acheminement des tests passerait par la même voie que celle des médicaments avec notamment des économies de frais d'affranchissement présents lors d'un envoi postal.
 - o Circuit de récupération des tests non utilisés facilité
 - o Possibilité d'une indemnisation à l'acte de dépistage pour le pharmacien (déjà présent pour les médecins).
- Pour le pharmacien :
 - o Valorisation de son métier dans le domaine de la prévention.

Cependant, des freins restent à surmonter pour que cette organisation se mette en place de manière durable :

- Incompréhension de certains médecins considérant l'implication du pharmacien comme une concurrence
- Une confidentialité insuffisante pour un interrogatoire du patient et des explications à donner. Ce problème semble désormais résolu par la présence obligatoire depuis 2013, d'une zone de confidentialité pour la mise en place des entretiens pharmaceutiques.
- L'indemnisation des pharmaciens inexistante pour le moment.

Face à la motivation des officinaux et à un taux de participation qui stagne, l'implication des pharmaciens semble être une réponse efficace aux questions posées par rapport à l'amélioration du taux de participation aux dépistages organisés des cancers. Avec l'organisation proposée par l'ADEC 29, la première phase reste exclusivement médicale. Le pharmacien n'interviendrait qu'à partir de la première relance, à la place d'un envoi postal, coûteux et moins performant. L'efficacité du programme de dépistage en serait améliorée.

Une demande de financement de projet a été déposée en 2010 auprès de l'INCa (Institut National du Cancer) pour défendre ce point de vue.

3.4.2 Formation de « personnes relais » au sujet du dépistage organisé du cancer du sein

De septembre 2008 à mars 2011, l'ODLC (structure de gestion départementale des dépistages organisés en Isère) a mis en place des formations de « personnes relais » volontaires en collaboration avec les Ateliers Santé Ville (ASV) des communes de l'Isère. Les profils de ces personnes relais est en général des femmes, actives ou retraités, souvent membres d'associations. L'objectif principal est de créer un réseau de personnes volontaires capables de délivrer des messages de prévention de qualité aux populations sujettes aux inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein.

Ces formations sont organisées en deux demi-journées depuis 2010 :

- Session 1 : Représentations, Etre personne relais c'est quoi, Attentes, Anatomie, Epidémiologie, traitement, programme.
- Session 2 : Ce qu'on a retenu, 2ème lecture à l'ODLC, discussion sur les freins, objectifs et clefs pour agir, comment créer le contact, comment aborder le sujet... mises en situations (jeux de rôles) (66).

D'autres perspectives ont été explorées puisque des « Santé au féminin et Théâtre action » ont été initiées en 2010 grâce aux Ateliers Santé Ville de la ville de Grenoble. Il s'agit de mettre en scène des situations afin de faire prendre conscience aux personnes de l'importance du dépistage organisé du cancer du sein.

Les pharmaciens sont des « fournisseurs de services médicaux » qui interagissent avec toutes les populations (des plus aisées aux plus défavorisées) (67). Ils peuvent apporter des conseils appropriés sur les examens à effectuer (mammographie, test Hémoccult II®...).

3.4.3 FORMADOC 1

Le projet FORMADOC s'intéresse au dépistage des cancers en milieu rural car dans ces cantons, le taux de participation reste souvent inférieur à la moyenne nationale ou à celle du département dont ces zones territoriales font parties. En effet la ruralité est considérée comme un facteur prédictif de non-participation au programme de dépistage organisé (68). La forte proportion de classe ouvrière et agricole et la faible densité de professionnels de santé sont souvent la cause de recours aux soins tardifs (68) (69) .

En plus des professionnels de santé déjà intégrés dans ces programmes de dépistage tels que les médecins généralistes, gynécologues et radiologues dans les centres de radiologie agréés, il est intéressant d'intégrer le pharmacien d'officine (69). En effet, dans les zones rurales, le pharmacien est un « interlocuteur privilégié » et les officines sont des lieux fréquentés par toutes les classes sociales. Ces arguments montrent en effet que les officines peuvent former un relais d'information fiable pour les patients. Se rajoute à ces points forts, la volonté actuelle des pharmaciens de faire évoluer la profession notamment dans le cadre de la loi HPST.

Il s'agit d'un travail de réflexion entre les pharmaciens d'officines, l'association départementale *Vivre!* impliquée dans le dépistage des cancers et la fédération départementale de Familles Rurales pour créer des actions de proximités plus pertinentes auprès des pharmaciens d'officine.

L'objectif principal étant d'augmenter le taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal en incitant la population rurale à adhérer à ces programmes par le biais d'un réseau de professionnels. Pour que les pharmaciens d'officines soient impliqués dans cette démarche, le but était de créer des outils, des formations permettant de valoriser leur champ d'intervention souvent méconnu des autres professionnels de santé (tels que les médecins généralistes) et du grand public.

Le projet FORMADOC a été réalisé en 2 étapes :

- La phase 1 appelée « étude pilote » a été réalisée dans le pays Roannais entre fin 2008 et l'année 2009. Dans un premier temps, une enquête descriptive a été menée au sein d'officines afin de mieux connaître les besoins et les attentes des pharmaciens (titulaires et assistants), des préparateurs et de leur clientèle sur le sujet des dépistages organisés des cancers. Ceci a été réalisé grâce à des questionnaires patientèle/pharmaciens/préparateurs de manière à recueillir les différents points de vue de chacun et permettre une réflexion collective. Enfin des form'actions (une formation suivie d'une action) ont été mises place à partir de Septembre 2009 pour aider les équipes officinales à se former sur les dépistages organisés des cancers, pour pouvoir en parler avec plus d'aisance et ainsi inciter les patients à intégrer le programme.
- La phase 2 correspond à l'évaluation de ces form'actions et à une extension de cette étude à d'autres départements de la région Rhône-Alpes/Auvergne (Auvergne, Rhône et Ardèche) en 2010.

3.4.4 FORMADOC 2

Sur le modèle de FORMADOC 1, des form'actions ont été mises en place au premier semestre 2012 (après une étude pilote dans le quartier de Montreynaud à Saint-Etienne).

FORMADOC 2 a pour but de former des professionnels relais (officinaux, soignants et acteurs du secteur social) pour accompagner les populations en difficulté vers les dépistages organisés des cancers. Ces formations permettent de promouvoir les dépistages organisés dans les zones urbaines défavorisées de la région Rhône-Alpes.

Au final, une formation a été bâtie en quatre temps :

- La première séance permet d'identifier les points principaux des dépistages organisés des cancers. Il s'agit d'une partie théorique qui apporte des connaissances et une meilleure compréhension de l'intérêt du dispositif.
- Des mises en situation fictives ont lieu lors de la deuxième séance pour que les professionnels relais puissent s'entraîner à l'argumentation afin d'acquérir des techniques de communication et aborder plus facilement le sujet des dépistages organisés des cancers.
- Lors de la troisième étape, une action de sensibilisation aux dépistages organisés a été menée dans un quartier défavorisé grâce à des partenaires associatifs.
- La dernière étape permettait d'accompagner les professionnels relais dans leur démarche.

Le but de ce projet est de former un réseau de professionnels relais permettant de véhiculer un message fort et convaincant en mettant en place des actions pérennes auprès des populations les plus défavorisées (70).

3.5 Conclusion : le développement de nouvelles missions

L'implication du pharmacien aux campagnes de dépistages organisés semble être une solution pour répondre aux objectifs fixés. La motivation de la profession, la demande croissante des patients, des autorités qui suivent les initiatives et des résultats plus qu'encourageants sont certainement les clés d'un accès au dépistage plus égalitaire et une augmentation du taux de participation aux dépistages organisés des cancers.

4 Etude descriptive réalisée en milieu urbain (Grenoble et agglomération grenobloise).

C'est dans un contexte de lutte contre les inégalités d'accès aux soins (territoriales et sociales) (15) que s'inscrit cette étude. Elle a pour but d'estimer les inégalités de santé présentes en milieu urbain en 2013 et de comparer les différences qu'il pourrait y avoir entre le milieu urbain et le milieu rural (étude réalisée en 2008, projet FORMADOC).

4.1 Matériel et méthode

4.1.1 Lieu de l'étude

Cette enquête a été réalisée au sein de la ville de Grenoble et de son agglomération (Echirolles, Saint-Martin-d'Hères, Meylan et Biviers). Ce cadre urbain a été choisi afin de pouvoir comparer les différentes réponses obtenues à l'étude FORMADOC, réalisée en 2008 par Eulalie KER et l'association *Vivre !* dans le pays Roannais, en milieu rural.

4.1.2 Sélection des pharmacies

Les pharmacies ont été dans un premier temps sélectionnées en fonction de leur agrément de maîtres de stages à la faculté de pharmacie de Grenoble et de leur accueil d'un étudiant stagiaire en 6^{ème} année. Il y avait alors 31 pharmacies. Ces pharmacies ont été contactées par mail par la responsable des stages de 6^{ème} année de pharmacie. De nombreuses pharmacies d'officines ont refusé de participer à cette étude par « manque de temps », ou en raison de « scepticisme personnel » et d'une « méfiance de la clientèle vis-à-vis de ce sujet ». Certaines de ces pharmacies ont alors été recontactées par téléphone ou en me présentant directement dans les officines.

Au total, 11 officines ont accepté de participer à cette étude. Parmi les officines participant à l'étude, 5 l'ont réalisé pendant la présence du stagiaire de 6^{ème} année, les 6 pharmacies d'officine restantes ont participé à l'étude en dehors du stage officinal.

Les officines sélectionnées ont également été choisies en fonction de leur position géographique pour couvrir au maximum la ville de Grenoble et son agglomération. Nous avons choisi de découper Grenoble et son agglomération en 7 secteurs. Pour ce découpage, nous avons utilisé la carte des secteurs de la ville de Grenoble (Figure 7) qui répartit la ville de Grenoble en 6 secteurs. Les secteurs ont été agrandis pour que les officines ayant leur agrément de maître de stage soient incluses dans cette répartition géographique. Un septième secteur a été ajouté afin d'inclure dans l'étude les pharmacies d'officine des villes de Meylan et Biviers qui ont acceptés de participer à notre enquête. Cette répartition nous permettra de réaliser une comparaison entre les différents secteurs de la ville de Grenoble et de son agglomération.

Pour le secteur 5, aucune pharmacie ayant l'agrément maître de stage n'a souhaité participer à cette étude. En revanche, une pharmacie n'ayant pas l'agrément de maître de stage a accepté de m'accueillir une journée pour que je puisse effectuer l'enquête.

Tableau 1 : Répartition des officines dans les différents secteurs qui ont participé à l'étude

Secteur	Nombre total de pharmacies	Nombre de pharmacies participant à l'étude
Secteur 1	5	2
Secteur 2	9	2
Secteur 3	2	1
Secteur 4	4	1
Secteur 5	2 (+1)	1
Secteur 6	3	1
Secteur 7	6	3
Total	31 (+1)	11

Au total, 42 professionnels de santé (pharmacien, préparateur et étudiant en 6^{ème} année de pharmacie) et 90 patients ont accepté de participer à cette étude.

4.1.3 Date de l'étude

L'étude a débuté le 15 avril 2013 et s'est terminée le 1^{er} juillet 2013. Le questionnaire a été proposé dans les pharmacies ayant l'agrément de maître de stage du 15 avril 2013 au 31 mai 2013. Pour les pharmacies ayant été contactées par téléphone ou en me présentant après le stage officinal, l'enquête a été réalisée sur une ou deux demies-journées.

4.1.4 Type d'étude

Il s'agit principalement d'une étude descriptive. Elle a pour but de recueillir des informations sur les dépistages organisés des cancers en terme de connaissances, besoins et attentes sous différents angles : les professionnels de santé concernés (pharmaciens et préparateurs) (Questionnaire pharmacien/préparateur – Annexe 2) mais aussi du point de vue des patients (Questionnaire patient – Annexe 3).

4.1.5 Mode de recueil des données

4.1.5.1 Recueil des données

Dans un premier temps, les questionnaires ont été envoyés à toutes les pharmacies d'officine accueillant des stagiaires en 6^{ème} année de pharmacie le 15 avril 2013 par mail avec des explications sur le but de cette thèse, le matériel et la méthode employée. A partir de cette date et ce jusqu'au 31 mai 2013, l'enquête a été réalisée par les étudiants en 6^{ème} année officine qui ont accepté de participer.

Suite à un taux de participation peu élevé, je me suis rendue directement dans les pharmacies pour faire remplir les documents nécessaires à l'étude en proposant de rester une demi-journée ou une journée entière selon le bon vouloir des titulaires des pharmacies. Une date était fixée en fonction de l'affluence de la clientèle et de la présence du personnel afin que le jour choisi soit le plus propice au recueil des données.

4.1.5.2 Présentation et intégration à l'équipe officinale le jour du recueil des données

En général, les pharmaciens titulaires ayant accepté de m'accueillir avaient expliqué à leur équipe la raison de ma venue. Cependant, à mon arrivée et ceci dans chaque officine, je me

suis présentée et j'ai expliqué à toute l'équipe présente (l'équipe dans son ensemble ou par petit groupe) que je réalisais une enquête sur les dépistages organisés des cancers et le rôle du pharmacien d'officine dans ce domaine. Je leur ai précisé qu'une enquête similaire avait été réalisée en 2008 en milieu rural et que le but de mon travail était de comparer les résultats ruraux à des résultats recueillis en milieu urbain, mais aussi de faire un comparatif entre les différents secteurs de la ville de Grenoble. Un des objectifs principaux de l'étude est ainsi de mettre en évidence les attentes et les besoins du personnel des pharmacies d'officine grâce au questionnaire pharmacien/préparateur (Annexe 2) mais aussi les attentes, les craintes et la vision des patients sur ce sujet grâce au questionnaire patient (Annexe 3).

J'ai laissé le soin à l'équipe et au titulaire de choisir le lieu de remplissage du questionnaire patient (au comptoir ou dans un lieu confidentiel) et à quel moment (avant, pendant ou après la délivrance).

4.1.5.3 Grille d'observation des pharmacies

Une grille d'observation a été remplie dans chaque officine ayant participé à l'étude. Certaines parties de la grille sont renseignées rapidement par le stagiaire grâce à une simple observation (telles que la présence de brochures concernant le dépistage organisé, la visibilité de celles-ci, l'amplitude d'ouverture de la pharmacie...), d'autres grâce au titulaire et à l'équipe officinale (surface de l'officine, le nombre de pharmaciens et de préparateurs au total dans l'officine). Enfin, les dernières données, comme l'attitude des patients devant l'attente ou les périodes d'affluence, ne seront renseignées qu'à la fin de la période d'observation en général.

4.1.5.4 Questionnaire pharmacien/préparateur

Caractéristiques :

Ce questionnaire est en tout point identique à celui utilisé lors de l'étude FORMADOC en 2008 et étudié par Eulalie KER (72) (Annexe 2). Il comprend 11 questions à réponses unique ou multiple. Seuls des exemples ont été rajouté à la question 2 pour permettre une meilleure compréhension de celle-ci. Un item a également été rajouté à la question 8 (méfiance ou scepticisme personnel) car ceci nous semblait pertinent.

A qui est-il destiné ?

Toutes les personnes de l'équipe officinale (pharmaciens/préparateurs/étudiants) ont été invitées à remplir un questionnaire pharmacien/préparateur dans le but de connaître le point de vue et leurs connaissances vis-à-vis de ce sujet, leurs attentes et leurs besoins (formations et renseignements nécessaires). Seules les personnes présentes pendant les périodes d'observation ont pu remplir les questionnaires.

Dans les pharmacies où les questionnaires ont pu être diffusés pendant le stage officinal (du 15 avril 2013 au 31 mai 2013), tous les membres de l'équipe ont pu être interrogés en présence d'un(e) étudiant(e) en 6^{ème} année de pharmacie.

Quels sont les objectifs de ce questionnaire ?

Ce questionnaire permet d'avoir une vision professionnelle sur le métier (grâce aux réponses des questions 1 et 2), de constater les connaissances des officinaux sur ce sujet (questions 4, 5, 6 et 7), les raisons pour lesquelles ce sujet est abordé par seulement 14% des pharmaciens d'officine (73) (question 8) et enfin d'appréhender leurs besoins et leurs attentes par rapport à une éventuelle formation sur ce sujet (questions 9 et 10). La question 11 permettait aux professionnels de s'exprimer sur le sujet et d'apporter leurs suggestions.

Difficultés rencontrées lors du remplissage de ce questionnaire :

De nombreux répondants ont eu des difficultés à répondre à la question 2 concernant leur participation aux actions de prévention et d'éducation pour la santé. Pour la plupart, ils se sont demandés si ces actions devaient être effectuées lors de « journées spéciales » ou au quotidien. Dans de nombreux cas, les pharmaciens et les préparateurs participent à ce genre d'actions très régulièrement notamment lors de prise de tension, de glycémie capillaire, de conseils hygiéno-diététiques... Pour la majorité des répondants, ces actions font parties du rôle du pharmacien d'officine (74).

Au final, 42 professionnels de santé (pharmacien, préparateurs et étudiants en 6^{ème} année de pharmacie) ont accepté de répondre à ce questionnaire.

4.1.5.5 Questionnaire patient

Caractéristiques :

Le questionnaire patient a été fortement inspiré de celui utilisé lors de l'étude FORMADOC en 2008 et étudié par Eulalie KER pour sa thèse (72) afin de pouvoir les comparer. Il est composé de 21 questions réparties en 3 grandes parties : « Le dépistage du cancer du sein », « le dépistage du cancer colorectal » et « le dépistage organisé et la pharmacie ».

Les modifications apportées par rapport aux questionnaires FORMADOC :

- Dans la partie « le dépistage organisé du cancer du sein » :

Question 3 :

- l'item B a été reformulé car celui-ci ne semblait pas suffisamment clair. « Le risque d'avoir un cancer du sein diminue avec l'âge » est devenu « Le risque d'avoir un cancer du sein diminue quand l'âge augmente ».

- La question I du questionnaire de 2008 a été supprimée car nous la trouvions redondante avec la J (Item I du questionnaire FORMADOC : « La plupart des cancers du sein peuvent se guérir s'ils sont décelés à temps » et item J « Plus un cancer est décelé tôt, plus les chances de guérison augmentent »).
- 2 nouvelles questions ont trouvé leur place en J et en K, questions auxquelles nous souhaitions répondre après étude du questionnaire (« Dans le dépistage organisé du cancer du sein, je peux continuer à être suivie par mon gynécologue et/ou par mon médecin traitant et/ou par mon radiologue » et « Dans le dépistage individuel, je peux bénéficier de la deuxième lecture de radiologues experts à l'ODLC »).

Question 4 : nous avons précisé « par l'ODLC » qui met en place le dépistage organisé pour qu'il n'y ait pas de confusion de la part des personnes interrogées.

Question 5 b) : ajout de 2 items qui nous semblaient pertinents suite aux orientations que nous souhaitions prendre pour notre étude. (« Vous ne vous sentez pas concernée par ce dépistage (absence d'antécédents familiaux) » et « Vous redoutez les frais médicaux que cela pourrait engendrer »).

Question 6 : rajoutée en intégralité (« Connaissez-vous la différence entre le dépistage organisé mis en place par l'ODLC et le dépistage individuel ? »).

- Dans la partie « le dépistage organisé du cancer colorectal » :

Question 12 : rajoutée en intégralité (« Avez-vous un suivi individuel pour le dépistage du cancer colorectal en dehors de celui mis en place par l'ODLC ? »).

Question 13 : nous avons précisé par qui le dépistage organisé était mis en place pour qu'il n'y ait pas de confusion pour les personnes interrogées.

Question 13 b) :

Des propositions ont été rajoutées pour essayer de comprendre quelles sont les raisons pour lesquelles les patients ne participaient au dépistage organisé (75) (« Vous ne vous sentez pas

concerné par ce dépistage », « Manque de temps », « Vous redoutez les frais médicaux que cela pourrait engendrer », « le test me rebute »).

Aucune modification n'a été apportée sur la partie « le dépistage et la pharmacie ».

A qui est-il destiné ?

Ce questionnaire s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans, c'est-à-dire toutes les personnes concernées par les dépistages organisés. Les femmes interrogées devaient répondre aux questions concernant le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, les hommes étaient concernés uniquement par le dépistage organisé du cancer colorectal.

Lieu de remplissage du questionnaire :

Dans les pharmacies où ce questionnaire a pu être diffusé pendant le stage officinal (du 15 avril 2013 au 31 mai 2013), les questionnaires ont été remplis dans la majorité des cas à l'officine en présence de l'étudiant(e) en 6^{ème} année (41/49 soit 83,7%). Les 16,3% (8/49) des questionnaires restants ont été remplis par le patient à son domicile (par manque de temps lors de leur passage à l'officine). Ces officines sont indiquées en rouge dans le tableau 2 ci-dessous.

Dans les pharmacies où l'enquête s'est déroulée en dehors du stage officinal (entre le 1^{er} juin et le 1^{er} juillet, la totalité des questionnaires ont été remplis en ma présence, dans un endroit confidentiel (bureau ou endroit en retrait de l'espace de vente) (32 questionnaires sur 41 parmi les 6 pharmacies) ou au comptoir après la délivrance (9 questionnaires sur 41 parmi les 6 pharmacies), selon le bon vouloir du titulaire qui avait accepté de m'accueillir. Ces officines sont indiquées en bleu dans le tableau 2 ci-dessous.

Au total, 90 sujets ont souhaité répondre au « Questionnaire patient ».

Tableau 2 : Lieu de remplissage des questionnaires en fonction des pharmacies participant à l'étude par secteur.

Secteur	Pharmacie	lieu de confidentialité	Comptoir	à domicile	Total
1	1	3	0	0	3
	2	0	7	0	7
2	3	2	0	0	2
	4	2	1	0	3
3	5	15	0	0	15
4	6	12	0	3	15
5	7	8	0	0	8
6	8	4	1	0	5
7	9	7	0	4	11
	10	19	0	0	19
	11	1	0	1	2
Total		73	9	8	90

Difficultés rencontrées lors du remplissage du questionnaire :

Lorsque le questionnaire a été rempli dans une zone de confidentialité : les questions étaient lues par les patients ou par l'étudiant en 6^{ème} année qui remplissait les renseignements. Pour les questions 3 et 11 (propositions et réponses en VRAI/FAUX/NE SAIS PAS), les étudiants en 6^{ème} année ayant participé à l'étude avaient un exemplaire avec les réponses aux questions (document pour la personne accompagnant le remplissage du questionnaire – Annexe 4). Les réponses aux patients étaient données à la fin de chaque proposition ou bien à la fin de la

question lorsque toutes les propositions avaient été vues. Dans ce cadre, les patients se confiaient et parfois posaient des questions sur le sujet.

Lorsque le questionnaire a été rempli au comptoir, après la délivrance, les patients étaient plus distraits par ce qu'il se passait dans l'espace de vente et donc moins attentifs aux questions posées. J'ai aussi pu remarquer que ces personnes se confiaient moins que les personnes interrogées dans un espace confidentiel, aucune n'a posé de questions complémentaires sur ce sujet.

Enfin, lorsque les questionnaires ont été remplis au domicile du patient, les réponses aux propositions « VRAI/FAUX/NE SAIS PAS » étaient données lors du retour du questionnaire. En ramenant le questionnaire, les patients n'ont pas posé de questions en revanche, ils se sont plus exprimés par écrit sur le questionnaire dans la partie « commentaires ».

- Dans la partie « le dépistage organisé du cancer du sein » :

Question 3 : La proposition B (« le risque d'avoir un cancer du sein diminue quand l'âge augmente ») a été sujet à réflexion pour de nombreuses personnes. Les patientes étaient souvent obligées de réfléchir longuement au sens de la question pour en comprendre le sens et donner leur réponse. Pour l'item K (« Dans le dépistage individuel, je peux quand même bénéficier de la deuxième lecture de radiologues experts à l'ODLC »), je me suis aperçue qu'il arrivait un peu tôt dans le questionnaire. En effet, les patientes ne connaissant pas la réponse la découvraient lors de cette question, et par conséquent savaient répondre à la question 6 (« connaissez-vous la différence entre le dépistage organisé mis en place par l'ODLC et le dépistage individuel ? »). Je leur demandais alors, à la question 6, de faire abstraction de ce que je leur avais dit précédemment à ce sujet afin que la réponse à la question 6 ne soit pas biaisée.

- Dans la partie « le dépistage du cancer colorectal » :

Pour certaines personnes, le mot colorectal ne leur évoquait rien, je leur expliquais dans ce cas, d'une manière simplifiée, qu'il s'agissait du cancer des intestins.

Dans la question 3, la proposition E (« c'est le test de recherche dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine ») a semblé « ambiguë » à de nombreux patients. En effet, le fait que la partie importante de la question se trouve en fin de phrase a induit en erreur les personnes. Pour la proposition J (« le test se fait à domicile »), les personnes étaient quelquefois perdues car elles ne savaient plus si le « test » en question était l'Hémocult II® ou la coloscopie.

- Dans la partie « le dépistage et la pharmacie » :

Une réponse arrivait spontanément pour la réponse 20 (« pensez-vous que la pharmacie soit un espace assez confidentiel pour parler de ce sujet ?) par les patients : « ça dépend ». Certains ont dans un premier temps considéré le comptoir de la pharmacie, puis le lieu de confidentialité (bureau disponible pour le remplissage du questionnaire), certains ont parlé des personnes présentes dans la pharmacie, dans l'espace de vente qui pourraient les empêcher de poser leur(s) question(s) (suivant les périodes d'affluence).

Enfin, la question 21 (« si votre pharmacien vous conseillait de participer au dépistage organisé, quelle serait votre réaction la plus probable ? »), ne semblait pas très « utile » pour les personnes qui participent très régulièrement au dépistage organisé des cancers. Les patients ne savaient pas trop quoi répondre à cette question lorsqu'ils étaient dans ce cas de figure.

4.1.6 Comparaison des données

4.1.6.1 Comparaison des données entre milieu rural et milieu urbain

Cette comparaison a pour but de mettre en avant les inégalités territoriales s'il y a lieu. Pour cette comparaison, les données sont exploitées en totalité, sans tenir compte des secteurs de la ville de Grenoble et de son agglomération.

4.1.6.2 Comparaison des données entre les secteurs de la ville de Grenoble et de son agglomération.

La ville de Grenoble et son agglomération ont été découpées en 7 secteurs (Figure 1).

Grâce aux données disponibles sur le site de l'Insee (www.insee.fr), nous avons ensuite effectué des regroupements en fonction du profil des IRIS (Îlots regroupés pour l'Information Statistique) des zones étudiées. Les IRIS correspondent à des petites unités géographiques les plus petites possibles, mises à disposition par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Un IRIS est défini comme un « voisinage » d'environ 2000 habitants. Les IRIS étudiés ont été classés en fonction du taux de bénéficiaires à la CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire), le taux de bénéficiaires du RSA (Revenu de Solidarité Active) ainsi que le taux de population immigrée. Ces trois facteurs reflètent le niveau social des zones étudiées.

On obtient alors 3 groupes qui permettront de comparer les résultats obtenus en fonction du niveau social des zones étudiées. Les 3 groupes obtenus sont : (Tableau 3)

- Regroupement « aisé » : Pharmacies 3 et 4 (appartenant au secteur 2) + Pharmacies 9, 10 et 11 (appartenant au secteur 7).
- Regroupement « intermédiaire » : Pharmacies 1 et 2 (faisant partie du secteur 1) + Pharmacie 6 (appartenant au secteur 4) + Pharmacie 7 (appartenant au secteur 5)

- Regroupement « difficulté-intermédiaire » : Pharmacie 8 (du secteur 6) + Pharmacie 5 (appartenant au secteur 3). Ce regroupement est un peu particulier dans le sens où seule la pharmacie du secteur 6 a un profil IRIS « difficulté ». Le nombre de personnes interrogées dans cette pharmacie étant relativement faible (5 personnes), il a été décidé de la regrouper avec les données de la pharmacie du secteur 3 assez proche géographiquement (environ 3 kilomètres) et de profil IRIS « intermédiaire ».

Tableau 3 : Regroupement des secteurs de la ville de Grenoble et son agglomération en fonction du profil des IRIS et répartition des individus interrogés dans chaque regroupement.

Regroupement	Secteurs regroupés	Nombre de femmes	Nombre d'hommes	Nombre total de personnes
Regroupement aisé	« 2+7 »	22	15	37
Regroupement intermédiaire	« 1+4+5 »	23	10	33
Regroupement difficulté-intermédiaire	« 3+6 »	16	4	20
Total	-	61	29	90

4.1.7 Analyse des données

La totalité des réponses obtenues a été rentrée dans une base de données (Excel®) puis exportée vers le logiciel de statistique R (<http://cran.r-project.org>).

Une analyse statistique a été réalisée par une statisticienne à partir de tableaux de fréquences obtenus par un tri à plat des données. Par la suite, pour répondre à certaines questions que

nous nous posions, la statisticienne nous a aidé à effectuer un tri croisé afin d'établir ou non des relations entre les variables concernées.

Une analyse en composante principale a été réalisée pour mettre en évidence les liens entre les différents facteurs de la grille d'observations des pharmacies.

Afin de tester les biais possibles liés à l'échantillonnage entre les différents secteurs de la ville de Grenoble et son agglomération, un test de Chi2 d'indépendance a été utilisé.

Lorsque les conditions nous le permettaient ($np > 5$ et $n(1-p) > 5$ où n correspond à l'effectif et p à la fréquence observée), des tests de comparaison de fréquences ont été utilisés pour comparer les résultats (notamment pour comparer le milieu urbain et le milieu rural). Des tests de Chi2 ont été appliqués lors de l'exploitation des résultats du questionnaire patient (Annexe 3) au sujet du cancer du sein et du cancer colorectal (notamment pour les comparaisons entre les secteurs de la ville de Grenoble et de son agglomération). Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, des regroupements de classes ont été réalisés afin de pouvoir appliquer le test du chi2 d'indépendance.

Pour les tests réalisés manuellement, les résultats sont exprimés sous forme de U_{obs} (pour les tests de comparaison de fréquences) ou χ_{obs} (pour les tests de Chi2 d'indépendance).

Pour les tests ayant été confirmés par le logiciel de statistique R (<http://cran.r-project.org>), la pvalue a pu être ajoutée.

Le U_{obs} ou le χ_{obs} sont comparés à une valeur seuil : U_{obs} est comparé à $U_{seuil} = 1,96$ qui correspond à un risque d'erreur $\alpha = 5\%$ et χ_{obs} est comparé à un χ^2_{seuil} dépendant du degré de liberté et du risque d'erreur $\alpha = 5\%$ fixé (dans tous les tests effectués cette valeur sera égale à 9,21). Ces valeurs correspondent à « une abscisse » sur un graphique.

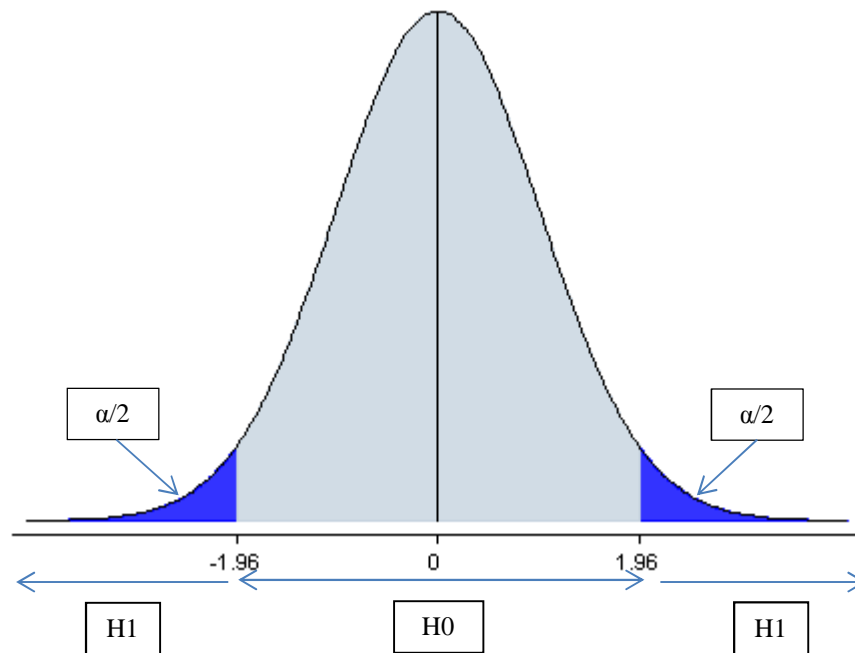
Pour les tests de comparaison de fréquences où « pr » correspond à la fréquence obtenue en milieu rural et « pu » à la fréquence obtenue en milieu urbain :

- $H_0 : pr = pu$
- $H_1 : pr \neq pu$

Si U_{obs} est compris entre -1,96 et 1,96 (valeur de Useuil), l'hypothèse H_0 est retenue : il n'y a donc pas de différence significative entre la « pr » et « pu » (pour un risque d'erreur $\alpha = 5\%$), ce qui correspond à l'interprétation standard : $pvalue > \alpha = 0,05$.

Si U_{obs} est inférieur à -1,96 ou supérieur à 1,96, l'hypothèse H_1 est retenue : il y a une différence significative entre les deux valeurs comparées (pour un risque d'erreur $\alpha = 5\%$), ce qui correspond à l'interprétation standard : $pvalue < 0,05$ (76) (Figure 8).

Figure 8 : Illustration des hypothèses H_0 et H_1 en fonction de la valeur seuil (Useuil) sur une loi Normale.



Pour un test de χ^2 d'indépendance où « pr » correspond à la fréquence obtenue en milieu rural et « pu » à la fréquence obtenue en milieu urbain :

- H_0 : « pr » est indépendant de « pu »
- H_1 : « pr » est dépendant de « pu »

Si χ_{obs} est inférieur à 9,21, l'hypothèse H_0 est retenue, c'est-à-dire qu'il y a indépendance entre les 2 variables, ce qui correspond à l'interprétation standard : $pvalue > 0,05$.

En revanche, si χ_{obs} est supérieur à χ^2 seuil (c'est-à-dire 9,21), il y a alors dépendance entre les deux variables (76), ce qui correspond à l'interprétation standard $pvalue < 0,05$ (76) (Figure 9).

Figure 9 : Illustration des hypothèses H_0 et H_1 en fonction de la valeur seuil (χ^2 seuil).



4.2 Résultats

4.2.1 Analyse de la grille d'observation des pharmacies

4.2.1.1 Aménagement des officines

Les officines ayant accepté de participer à l'étude avaient des profils très différents tant au niveau de l'équipe officinale qu'en terme de superficie, d'affluence et d'amplitude d'ouverture. En effet, l'étude a porté sur Grenoble et son agglomération, par conséquent, on retrouve des pharmacies de centre-ville de petite superficie (par manque de place) avec des amplitudes d'ouverture très grandes et une clientèle de passage très importante mais aussi des pharmacies de quartiers voire même de village (Biviers) qui ont des superficies plus importantes, des amplitudes d'ouverture moins importantes et une patientèle plutôt fidèle avec moins de passage (Tableau 4).

Tableau 4 : Description des officines sélectionnées pour l'étude descriptive en milieu urbain (Grenoble et agglomération grenobloise).

Légende du tableau ci-dessous :

Surface	Amplitude d'ouverture	Confidentialité
A<30m ²	A<50h	A: non
30m ² ≤B<60m ²	50h≤B≤55h	B: un peu
C≥60m ²	C>55h	C: oui

	Pharmacies	Surface de vente	Amplitude d'ouverture	Confidentialité au comptoir	Zone de confidentialité
Secteur1	1	B	B	B	Oui
	2	C	C	A	Non
Secteur2	3	A	B	B	Oui
	4	A	B	A	Non
Secteur3	5	C	C	A	Oui
Secteur4	6	B	C	C	Oui
Secteur5	7	A	C	C	Oui
Secteur6	8	C	A	C	Oui
Secteur7	9	B	A	B	Oui
	10	B	B	C	Oui
	11	B	A	B	Oui

4.2.1.1.1 Confidentialité

Le critère « confidentialité assurée » correspond à l'existence de comptoirs éclatés ou d'espaces de confidentialité délimités au sein de l'officine (72). Grâce à cette définition, on

peut donc observer que seules 36,4% (4/11) des officines participant à l'étude possèdent un agencement des comptoirs permettant une confidentialité avérée. En revanche, la plupart des officines (81,8% (9/11)) possèdent une zone à l'écart des comptoirs (bureau, espace orthopédie...) offrant une réelle confidentialité.

Comparaison entre secteurs :

On remarque que seules 2 pharmacies (pharmacie 2 et pharmacie 4) ne possèdent aucun endroit de confidentialité que ce soit au comptoir ou bien à l'écart des comptoirs. On remarque également que ces 2 officines font parties des secteurs 1 et 2 de la ville de Grenoble, c'est-à-dire des officines de centre-ville. L'une d'entre elle possède pourtant une surface de vente très importante qui réduit considérablement la surface à l'arrière de l'officine et « empêche » la présence d'une zone de confidentialité (Pharmacie 2). La pharmacie 4 est très petite en superficie : les 2 comptoirs présents se font face au centre de l'officine, l'espace de vente est réduit (moins de 30m²). Dans ces deux officines, le bureau du titulaire (qui pourrait servir de zone de confidentialité) est à l'étage avec des escaliers escarpés, l'espace n'est donc pas adapté pour accueillir les patients qui ont pour certains des difficultés à se déplacer. Après discussion avec le titulaire d'une de ces 2 pharmacies, la clientèle est surtout une clientèle de passage ce qui peut expliquer que l'espace est plutôt optimisé pour la vente de produits et non pour des espaces de confidentialité.

On peut observer également qu'une très grande surface de vente n'augmente pas la confidentialité au comptoir. En effet, seule 1 des 3 pharmacies possédant une grande surface de vente possèdent une confidentialité avérée au comptoir. Les autres pharmacies ayant participé à l'étude ont des surfaces de vente plus petites au bénéfice d'une confidentialité au comptoir voire même d'une zone de confidentialité à l'écart des comptoirs.

Comparaison avec l'étude FORMADOC :

En comparaison avec les officines sélectionnées dans le Roannais, les pharmacies de Grenoble et de l'agglomération grenobloise ont des amplitudes d'ouvertures plus importantes qu'en milieu rural. En effet, les valeurs ont été revues pour la légende car en milieu rural, la tranche d'amplitude d'ouverture la plus élevée était supérieur à 44h. Toutes les pharmacies ayant accepté de participer à l'étude en milieu urbain auraient été dans cette catégorie.

De plus, dans l'étude FORMADOC, aucune pharmacie sélectionnée ne possédait de « véritable espace de confidentialité ». Pour les pharmacies de Grenoble et de l'agglomération grenobloise sélectionnées, cette zone de confidentialité est présente dans 81,8% (9/11) et dans 36,4% (4/11), cette confidentialité est présente même au comptoir. Ceci peut s'expliquer par l'évolution de la profession vers des entretiens pharmaceutiques et des zones de confidentialité obligatoires afin d'effectuer ces entretiens (77) (pas encore mis en place quand FORMADOC a eu lieu).

4.2.1.1.2 Brochures et affiches de prévention

90,9% des pharmacies sélectionnées (10/11) mettent des brochures à disposition de leur patientèle en revanche seule une de ces pharmacies avait une affiche concernant un dépistage organisé (il s'agissait du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus lors de l'opération ayant eu lieu en juin 2013). La plupart des brochures concernent le diabète, les risques cardiovasculaires, le tabac... Seule une pharmacie (pharmacie du secteur 3) ne proposait aucune brochure au moment où j'y suis allée, cependant, lors de ma venue dans cette officine, une patiente a demandé au pharmacien s'il possédait une brochure sur les facteurs de risques cardiovasculaires. Ce qui est surprenant, c'est que cette officine est une des plus grandes des officines sélectionnées pour cette enquête. L'espace de vente est dédié à la parapharmacie

(présence de brochures sur les gammes de parapharmacie) mais aucune brochure de prévention (Tableau 5).

Tableau 5 : Supports de prévention dans les officines sélectionnées pour l'étude en milieu urbain.

Légende du tableau ci-après :

Brochures	Visibilité	Intérêt
A: absentes	A: non visible	A: pas d'intérêt
B: présentes mais ne concernant pas les dépistages organisés (DO) des cancers	B : un peu	B: un peu
C: présentes et dont certaines concernent les dépistages organisés (DO) des cancers	C: bonne visibilité	C: intérêt pour les brochures

	Pharmacie	Brochures	Visibilité	Intérêt
Secteur1	1	B	B	B
	2	B	B	C
Secteur2	3	B	B	C
	4	B	C	C
Secteur3	5	A	A	B
Secteur4	6	B	B	A
Secteur5	7	B	C	C
Secteur6	8	C	C	C
Secteur7	9	B	B	C
	10	B	C	C
	11	B	B	B

En ce qui concerne la visibilité, 4 pharmacies sur 11 (36,4%) tentent de mettre en valeur leurs brochures grâce à des présentoirs prévus à cet effet, des endroits « points chauds » dans leur officine. Ceci semble plutôt porter ses fruits car l'intégralité de ses officines rapporte un intérêt important des patients pour les brochures.

Pour cette question, 7 pharmacies sur 11 (soit 63,6%) des pharmacies estiment que les patients portent un intérêt certain aux brochures et affiches de prévention malgré une plus ou moins bonne visibilité. Ce chiffre est légèrement revu à la baisse lors de la question suivante sur « l'attitude des patients face à l'attente ». En effet, seulement 6 pharmacies sur 11 (54,5%) ont signalé un intérêt pour les brochures et affiches de prévention. La réponse la plus donnée a été la passivité face à l'attente dans 81,8% (9/11).

En revanche, lorsque les brochures sont peu mises en avant, l'intérêt des patients pour celles-ci est moindre.

La Figure 10 est une analyse factorielle des correspondances multiples. Il s'agit d'une méthode statistique permettant de projeter des variables qualitatives dans un plan.

Grâce à ce « graphique », il est possible de former quatre groupes :

Groupe 1 : Des brochures absentes sont obligatoirement non visibles (Brochures A + Visibilité A)

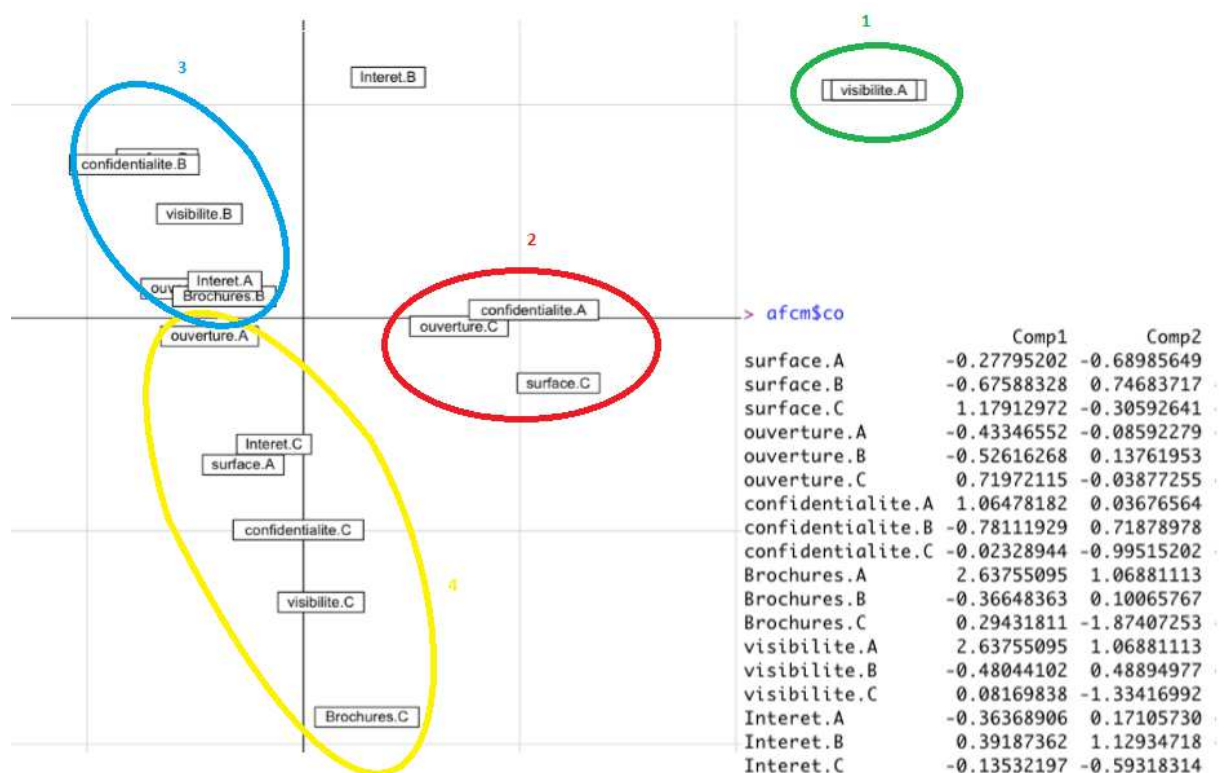
Groupe 2 : Ce regroupement montre que, parmi les officines étudiées, celles qui ont une surface de vente très importante, sont celles qui ont une large amplitude d'ouverture mais ce sont aussi celles qui ont le moins de confidentialité au comptoir.

Groupe 3 : Pour ce groupe, on se rend compte que les officines qui sont « moyennes » dans les domaines de l'amplitude d'ouverture, de la surface de vente, de la confidentialité, des brochures et de leur visibilité ne rapportent pas plus d'intérêt pour les brochures. En effet, grâce à ce groupe, on comprend que si les brochures sont peu visibles, les patients ne s'y

intéressent pas. (Surface B + Ouverture B + Confidentialité B + Brochures B + Visibilité B mais Intérêt A).

Groupe 4 : Ce groupe confirme les constatations du groupe 3 et montrent certaines perspectives d'évolution. En effet, on a dans ce groupe : Surface A + Ouverture A + Confidentialité C + Brochures C + Visibilité C et donc un Intérêt C. Ceci signifie donc qu'en mettant en valeur les brochures (Visibilité C) on obtient un intérêt plus important des patients (Intérêt C). Ce sont pourtant des pharmacies n'ayant pas une très grande surface de vente et des amplitudes d'ouvertures très larges mais qui privilégient cependant une certaine confidentialité et un dialogue avec leur patientèle.

Figure 10 : Analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) pour les différents paramètres étudiés dans les pharmacies sélectionnées pour l'étude en milieu urbain.



En comparaison avec l'étude FORMADOC, le nombre de pharmacies possédant des brochures à la disposition des patients est plus important en milieu urbain (90,9%) qu'en milieu rural (76,5%). Malgré cette différence de pourcentage, il n'y a pas de différence significative entre ces deux valeurs selon le test de comparaison de fréquences ($U_{obs} : -0,97$ et $\alpha : 5\%$). Cependant, lors de l'étude FORMADOC, 58,8% des officines proposaient des brochures pour les dépistages organisés des cancers contre une seule pharmacie en milieu urbain.

4.2.2 Analyse du questionnaire pharmacien/préparateur

4.2.2.1 Effectif

Au cours de l'enquête, du 15 avril au 1^{er} juillet 2013, 42 professionnels ont accepté de répondre à ce questionnaire (pharmaciens : 50,0% soit 21/42, préparateurs : 40,5% soit 17/42 et étudiant en 6^{ème} année de pharmacie : 9,5% soit 4/42) (Tableau 6).

Tableau 6 : Effectif des personnes ayant accepté de répondre au questionnaire pharmacien/préparateur.

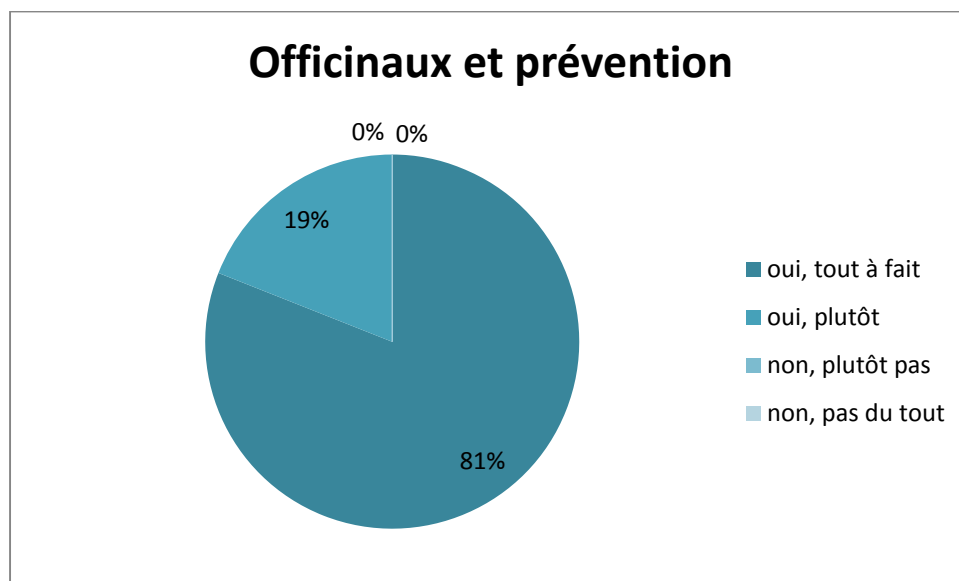
	Pharmacien	Préparateur	Etudiant	Total
Secteur 1	3	3	1	7
Secteur 2	3	1	1	5
Secteur 3	4	3	0	7
Secteur 4	2	3	1	6
Secteur 5	3	3	0	6
Secteur 6	2	1	0	3
Secteur 7	4	3	1	8
Total	21	17	4	42

Dans les officines où l'enquête a été réalisée pendant le stage officinal (du 15 avril au 31 mai), la plupart des pharmaciens et préparateurs ont pu être interrogé. Les étudiants en sixième année de pharmacie étaient également invités à répondre à cette enquête.

4.2.2.2 Officinaux et prévention

Pour les officinaux, la prévention et l'éducation pour la santé font partie du rôle du pharmacien. En effet, la totalité des personnes ont répondu « oui, tout à fait » ou « oui, plutôt ». Les réponses négatives n'ont jamais été évoquées (Figure 11).

Figure 11 : Positionnement des officinaux sur leur rôle en tant qu'acteur de prévention et d'éducation pour la santé à la question : « Estimez-vous que faire de la prévention ou de l'éducation pour la santé fait partie du rôle du pharmacien ? »

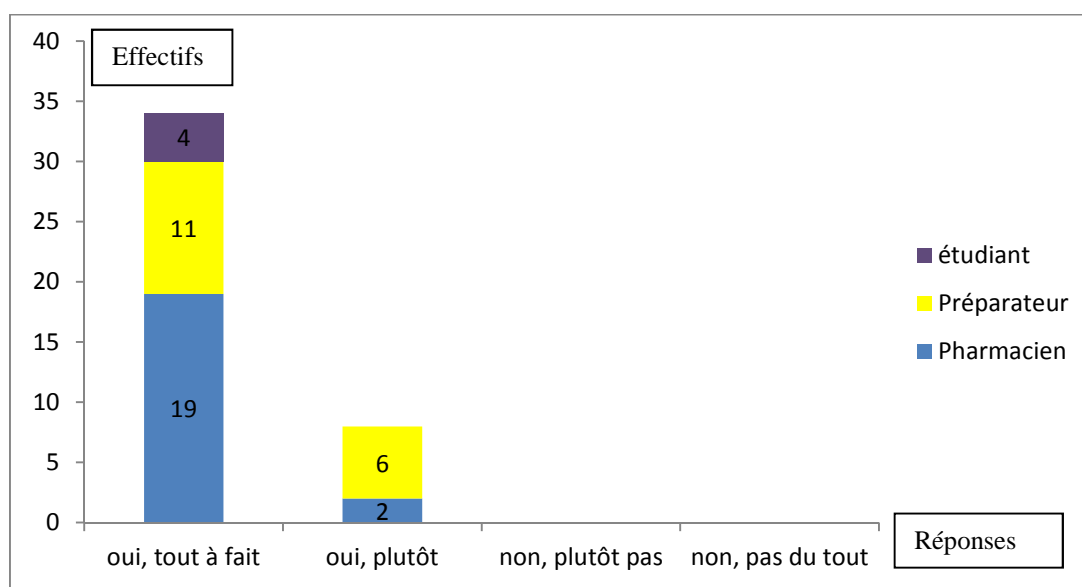


En regardant la répartition des réponses plus en détail, on observe que sur les 21 pharmaciens ayant répondu à cette question, seuls 2 ont coché la réponse « oui, plutôt ». Les 19 autres, c'est-à-dire 90,5% considèrent que faire de la prévention ou de l'éducation pour la santé fait partie intégrante de leur métier. Les réponses des étudiants en 6^{ème} année de pharmacie sont

également encourageantes puisque les 4 personnes ayant répondu ont coché la réponse « oui, tout à fait ». Parmi les préparateurs, les réponses sont plus mitigées : 11 préparateurs sur 16 ont également répondu « oui tout à fait » soit 64,7% et donc 35,3% ont coché la case « oui, plutôt ».

Toutes ces réponses restent très encourageantes puisque tous les officinaux, qu'ils soient pharmaciens, préparateurs ou futurs pharmaciens se considèrent comme des acteurs de prévention et d'action pour la santé auprès des patients (Figure 12).

Figure 12 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine à la question « Estimez-vous que faire de la prévention ou de l'éducation pour la santé fait partie du rôle du pharmacien ? »



59,5% des professionnels (25/42) confirment participer à des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Cependant, parmi les 25 personnes ayant répondu positivement, la majorité sont des pharmaciens (18/25 soit 72,0%) et seulement 24,0% sont des préparateurs. Les actions de prévention sont souvent menées par les pharmaciens car d'après une des préparatrices interrogées, la formation qu'elle a reçue n'est pas suffisante pour effectuer ces

actions et elle ne se sent pas assez compétente pour répondre aux questions que lui posent les patients.

Les actions de prévention et d'éducation pour la santé les plus souvent citées sont :

- Le diabète et les auto-mesures glycémiques (évoquées 12 fois) dans les 7 secteurs étudiés ainsi que l'hypertension artérielle et les prises de tension (cité 11 fois) dans cinq des 7 secteurs étudiés lors de cette enquête.
- Les règles hygiéno-diététiques viennent ensuite (citées 4 fois) ainsi que la nutrition. Dans une des pharmacies, des rendez-vous avec un diététicien sont proposés une fois par mois aux patients afin de discuter de surpoids et d'obésité. Les dyslipidémies et le cholestérol ont également été cités par deux pharmaciens.
- D'autres thèmes ont été évoqués comme le tabac (cité une fois), les maladies infectieuses (VIH) (une fois), le cancer (une fois), le soleil (une fois) et les anti-vitamines K (cités deux fois).

40,5% des officinaux estiment ne pas participer à des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Cependant, ce chiffre est à nuancer car pour la plupart des réponses négatives, les personnes pensaient à des « campagnes » de prévention et de dépistages et pas à des actions quotidiennes au comptoir. C'est notamment le cas d'un pharmacien qui a répondu dans un premier temps négativement car il a précisé que les partenariats associatifs étaient rares. Il essaie de faire de la prévention au quotidien, au comptoir et après m'avoir posé la question de savoir si cette prévention quotidienne était prise en compte, il a changé sa réponse en « oui ».

4.2.2.3 Officinaux, clientèle et cancer

4.2.2.3.1 Questions des patients au pharmacien sur le thème du cancer

Il était important dans un premier temps de savoir si les patients posaient des questions aux officinaux sur le thème du cancer en proposant une question à réponses multiples.

- « les symptômes de la maladie » : il s'agit du thème le plus fréquemment abordé par les patients selon les professionnels de la pharmacie d'officine (45,3% soit 19 réponses sur 42 répondants à la question).
 - o 47,6% des pharmaciens (10/21)
 - o 41,2% des préparateurs (7/17)
 - o 50,0% des étudiants (2/4)
- « le dépistage » : Un tiers (14/42) des répondants ont déjà eu à répondre à des questions posées par la patientèle sur le dépistage des cancers.
 - o 23,8% des pharmaciens (5/21)
 - o 52,9% des préparateurs (9/17)
 - o 0,0% des étudiants (0/4)
- « les facteurs de risque » : 26,2% (11/42) des officinaux relatent avoir déjà été questionnés par leur clientèle sur ce thème.
 - o 23,8% des pharmaciens (5/21)
 - o 29,4% des préparateurs (5/17)
 - o 25,0% des étudiants (1/4)
- « Aucun de ces thèmes » : 11 participants sur 42 (26,2%) n'ont jamais été sollicités sur ces thèmes au sujet du cancer.

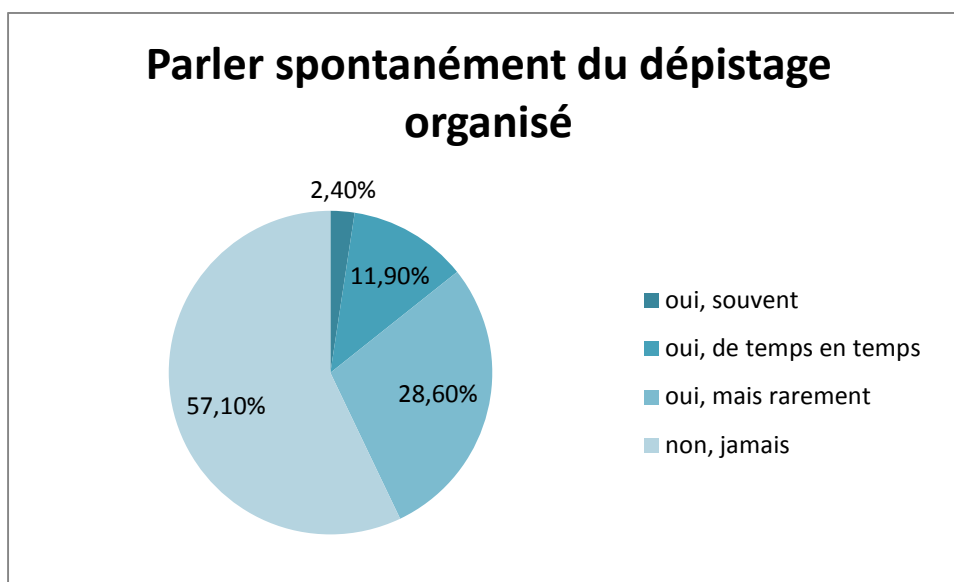
4.2.2.3.2 Sujets abordés par le pharmacien à son patient sur le thème du cancer

A l'inverse, il était également intéressant de constater la proportion d'officinaux qui arrivent à parler spontanément de ce sujet au comptoir.

La réponse « non jamais » est majoritaire avec plus de la moitié des répondants (57,1% soit 24 personnes sur 42). Seule une personne (une pharmacienne) aborde le sujet régulièrement avec ses patients (elle ne m'a cependant pas donné plus d'explication concernant ce comportement).

Les réponses « oui de temps en temps » et « oui, mais rarement » ont des pourcentages inférieurs avec respectivement 11,9% (5/42) et 28,6% (12/42) (Figure 13).

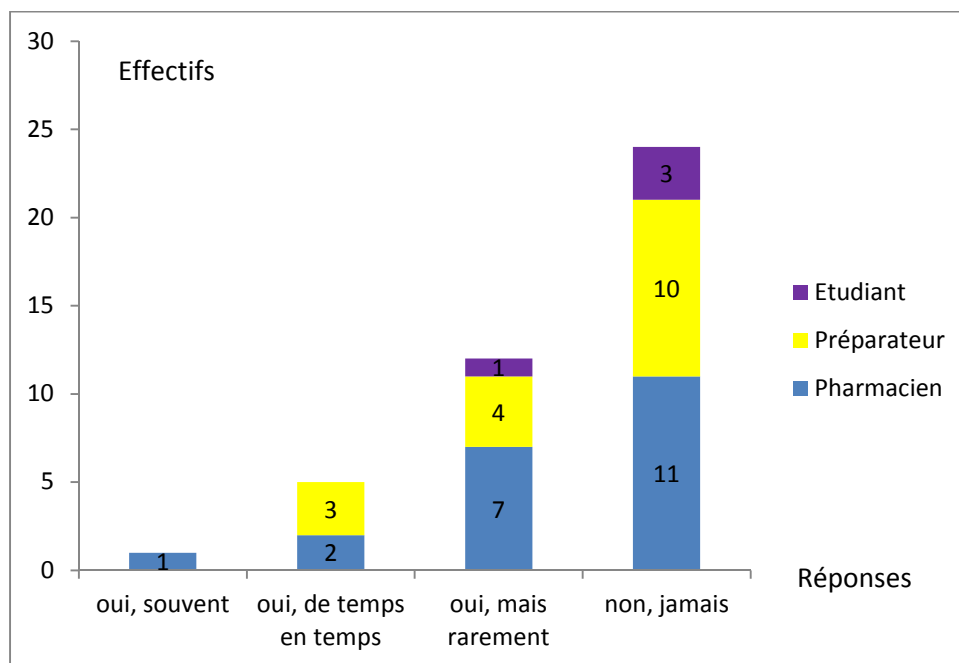
Figure 13 : Positionnement des officinaux sur le fait de parler spontanément des dépistages organisés des cancers à leurs patients en réponse à la question « Vous arrive-t-il de parler spontanément du dépistage organisé ? »



Parmi les 5 personnes ayant répondu « oui, de temps en temps », il y a 3 préparateurs et parmi les 12 personnes ayant opté pour la proposition « oui, mais rarement », on retrouve 4 préparateurs. Ce n'est effectivement pas la majorité (7/17), cependant le constat pour les

pharmaciens est le même (11 pharmaciens ne parlent jamais spontanément du dépistage à leurs patients contre 10 qui en parlent souvent (1/10), de temps en temps (2/10) ou rarement (7/10)). En effectuant une comparaison de ces réponses (regroupement de toutes les réponses positives « oui, souvent » et « oui, de temps en temps » sans compter les étudiants (car trop peu nombreux), il n’y a pas de différence significative entre les réponses des pharmaciens et celles des préparateurs (test du χ^2 avec une pvalue : 0,79) (Figure 14).

Figure 14 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l’officine à la question « Vous arrive-t-il de parler spontanément du dépistage organisé ? »



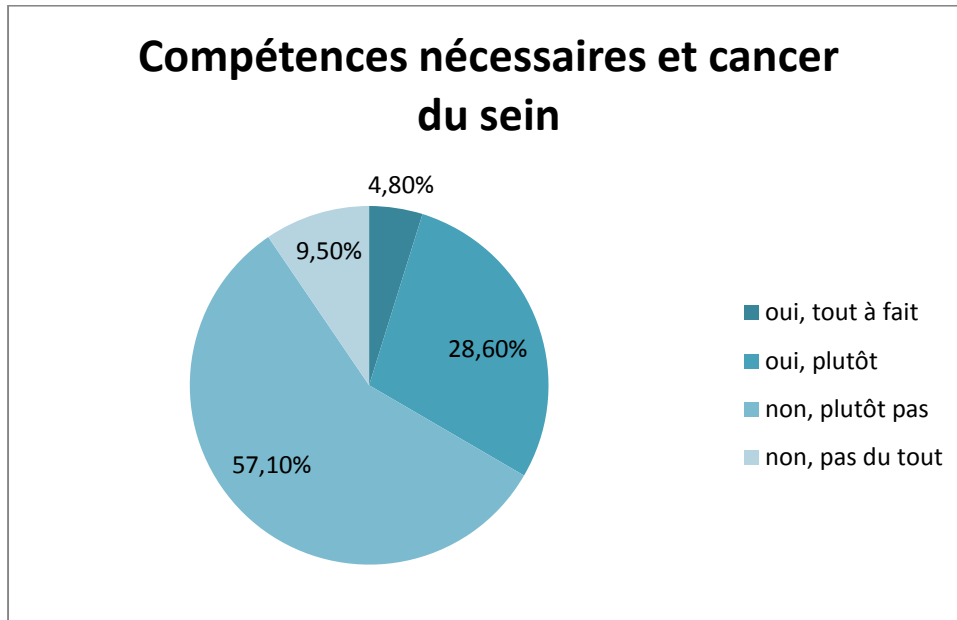
4.2.2.3.3 Compétences sur le dépistage organisé du cancer du sein

Il est important de s’interroger sur les connaissances des officinaux en matière de dépistages organisés. En effet, il est toujours plus facile de parler ou de répondre aux questions des patients lorsque le sujet de discussion est connu et maîtrisé.

En ce qui concerne le dépistage organisé du cancer du sein, seules 2 personnes sur 42 estiment avoir suffisamment de connaissances pour pouvoir aborder le sujet. Ces 2 personnes sont pharmaciens : le premier est diplômé depuis deux ans et estime que la formation donnée à la faculté de pharmacie est adaptée. La seconde personne est une pharmacienne qui participe aux dépistages organisés (cancer du sein et cancer colorectal). De ce fait, elle pense avoir les compétences nécessaires pour pouvoir parler de ce sujet à ses patients. Par ailleurs, c'est cette même personne qui avait répondu « oui souvent » à la question « Vous arrive-t-il de parler spontanément du dépistage organisé ? ».

On remarque que la majorité des personnes (57,1% soit 24/42) ont répondu « non, plutôt pas ». Ces personnes estiment en général avoir quelques « connaissances de base » pour ne pas répondre « non, pas du tout », cependant, elles estiment ne pas maîtriser suffisamment le sujet pour pouvoir l'aborder avec leurs patients. En revanche, 28,6% des officinaux (12/42) ont répondu « oui, plutôt » à cette question, ce qui est plutôt encourageant (Figure 15).

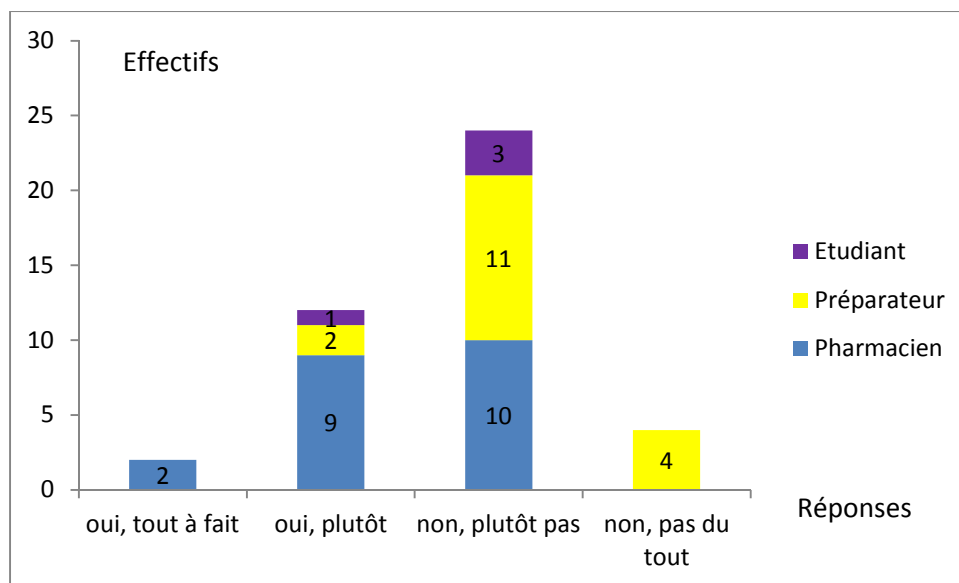
Figure 15 : Niveau de connaissances des officinaux en matière de dépistage organisé du cancer du sein (estimé à partir des réponses à la question : « Pensez-vous avoir les compétences ou connaissances nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer du sein avec votre clientèle ? »)



Comme dit précédemment, les 2 officinaux ayant répondu « oui, tout à fait » sont des pharmaciens (un assistant et une titulaire). A l'inverse, 9,5% des personnes estiment ne pas avoir les connaissances pour pouvoir aborder le sujet (4/42). On remarque que ces personnes sont des préparateurs (Figure). Quand on regarde plus en détail les réponses intermédiaires, on observe un rapport pharmacien préparateur/pharmacien inversé ; 11 préparateurs contre 10 pharmaciens pour la réponse « non, plutôt pas » soit un rapport de 1,1 et 2 préparateurs contre 9 pharmaciens pour la réponse « oui, plutôt » soit un rapport de 0,2. Grâce à la figure 16, on peut se rendre compte que la majorité des préparateurs (11/17) et près de la moitié des pharmaciens (10/21) pensent ne pas avoir les connaissances nécessaires pour aborder le sujet. Comme précédemment, les réponses positives (« oui, tout à fait » et « oui, plutôt ») ont été regroupées d'une part et les réponses négatives (« non, plutôt pas » et « non, pas du tout ») d'autre part (sans tenir compte des réponses des étudiants, trop peu nombreux). Il y a bien une

différence significative entre les réponses des pharmaciens et celles des préparateurs (pvalue : 0,02 avec un test du Chi2). Cela signifie que les pharmaciens ont plus de connaissances sur le cancer du sein que les préparateurs.

Figure 16 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine sur le niveau de connaissances en matière de dépistage organisé du cancer du sein (à partir des réponses à la question : « pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer du sein avec votre clientèle ? »).



Comme dans le milieu rural, la majorité des réponses est « non, plutôt pas » (45,8% en milieu rural et 57,1% en milieu urbain). La proportion de personnes ayant répondu « oui tout à fait » est semblable (2/48 en milieu rural et 2/42 en milieu urbain) (Selon le test de comparaison des fréquences : $U_{obs}=0,14$ (pvalue : 0,89) avec un intervalle de confiance de 5%, par conséquent, ces 2 valeurs sont identiques).

En revanche, il y a un fort écart sur la dernière proposition « non pas du tout » : en effet en milieu rural, cette réponse a été évoquée à hauteur de 35,4% dont 5 pharmaciens contre seulement 9,5% en milieu urbain (4 préparateurs et aucun pharmacien) (Selon le test de comparaison des fréquences : $U_{obs}=2,9$ (pvalue : 0,004) avec un intervalle de confiance de

5% par conséquent ces 2 valeurs sont différentes). Cependant, lorsqu'on réalise un test de comparaison de fréquences sur les réponses négatives (c'est-à-dire « non, pas du tout » et « non, plutôt pas »), on n'obtient pas de différence significative avec un intervalle de confiance de 5% (Uobs=1,58 (pvalue : 0,11) avec 81,2% en milieu rural et 66,6% en milieu urbain) (Tableau 7).

Tableau 7 : Fréquence des réponses à la question « Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer du sein avec votre clientèle ? » en milieu rural et en milieu urbain.

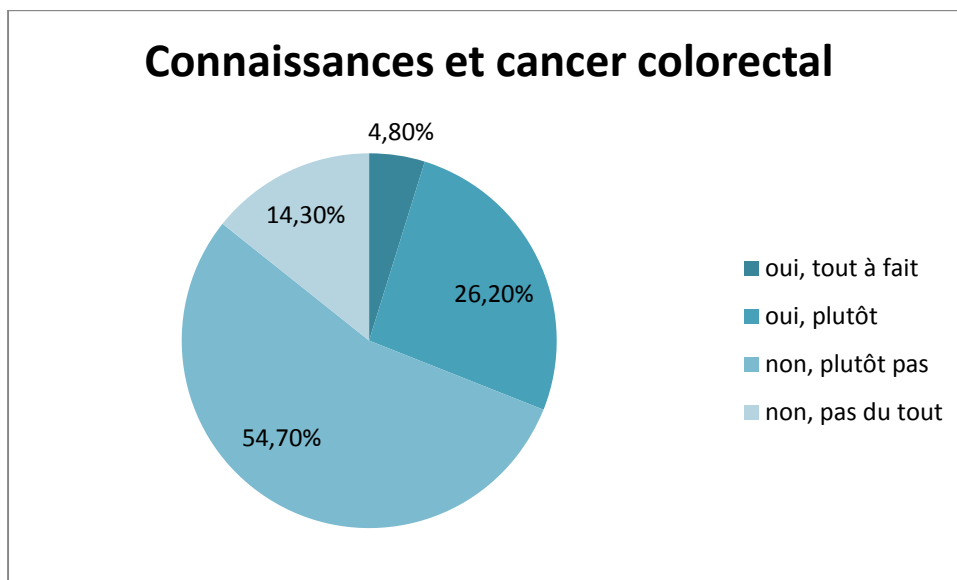
Propositions	Milieu rural	Milieu urbain
Oui, tout à fait	4,2%	4,8%
Oui, plutôt	14,6%	28,6%
Non, plutôt pas	45,8%	57,1%
Non, pas du tout	35,4%	9,5%

4.2.2.3.4 Compétences sur le dépistage organisé du cancer colorectal

Comme pour le dépistage organisé du cancer du sein, 2 pharmaciens (4,8% des officinaux) ont répondu avoir les connaissances nécessaires pour pouvoir aborder le sujet du dépistage organisé du cancer colorectal avec leurs patients. Ce sont les 2 mêmes personnes que pour le dépistage du cancer du sein, et ceci, pour la même raison.

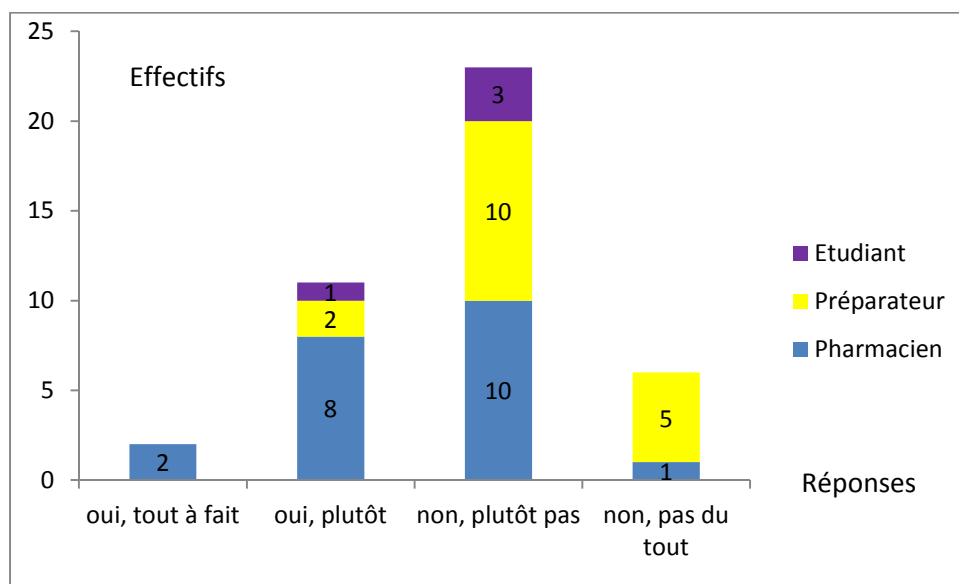
La réponse la plus couramment donnée à cette question est « non, plutôt pas » avec 54,7% des répondants (23/42). Ce résultat est légèrement plus faible en comparaison avec la même question posée pour le dépistage organisé du cancer du sein. En revanche, le taux de réponse « non, pas du tout » est plus élevé (14,3% soit 6/42) que pour la même question pour le dépistage organisé du cancer du sein (Figure 17).

Figure 17 : Niveau de connaissances des officinaux en matière de dépistage organisé du cancer colorectal (estimé à partir des réponses à la question : « Pensez-vous avoir les compétences ou connaissances nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer colorectal avec votre clientèle ? »)



Les deux personnes ayant répondu « oui tout à fait » à cette question sont des pharmaciens (comme dit précédemment). A l’opposé de cette réponse, on retrouve un pharmacien et 5 préparateurs qui ont choisi de répondre « non, pas du tout ». On remarque que la majorité des préparateurs ne se sentent pas à l’aise avec ce sujet puisqu’ils sont 15 sur 17 (88,2%) à répondre « non, plutôt pas » ou « non pas du tout ». Cette proportion va dans le même sens pour les pharmaciens puisque 11 sur 21 ont choisi de répondre « non, plutôt pas » ou « non pas du tout » à cette question (soit 52,4%). Comme pour le cancer du sein, les réponses positives pour le cancer colorectal ont été regroupées d’un côté et les réponses négatives d’un autre côté (les réponses des étudiants ont été écartées à cause de leur effectif trop faible). Il existe une différence significative entre les réponses des pharmaciens et les réponses des préparateurs (pvalue : 0,044 avec un test du Chi²). Les préparateurs ne se sentent pas suffisamment compétents sur le sujet, contrairement aux pharmaciens (Figure 18).

Figure 18 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine sur le niveau de connaissances en matière de dépistage organisé du cancer colorectal (à partir des réponses à la question : « pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer colorectal avec votre clientèle ? »).



Comme pour le dépistage organisé du cancer du sein, la réponse « oui, tout à fait » à une proportion identique en milieu rural et en milieu urbain. (2/48 en milieu rural et 2/42 en milieu urbain) (Selon le test de comparaison des fréquences : $U_{obs}=0,14$ (pvalue : 0,89) avec un intervalle de confiance de 5%, par conséquent, ces 2 valeurs sont identiques).

A l'inverse, lorsqu'on compare les résultats pour la réponse « non pas du tout » entre le milieu rural et le milieu urbain, selon le test de comparaison des fréquences, les pourcentages sont différents : 35,4% en milieu rural et 14,3 en milieu urbain ($u_{obs}=2,29$ (pvalue : 0,022) avec un intervalle de confiance de 5%, les fréquences sont donc différentes). Cependant, si on regroupe toutes les réponses négatives (« non, plutôt pas » et « non, pas du tout ») et que l'on réalise un test de comparaison des fréquences, on obtient un $U_{obs}=1,86$ (pvalue : 0,06) ce qui signifie qu'avec un intervalle de confiance de 5%, il n'y a pas de différence significative entre les deux pourcentages (69,0% en milieu urbain et 85,4% en milieu rural) (Tableau 8).

Tableau 8 : Fréquence des réponses à la question « Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer colorectal avec votre clientèle ? » en milieu rural et en milieu urbain.

Propositions	Milieu rural	Milieu urbain
Oui, tout à fait	4,2%	4,8%
Oui, plutôt	10,4%	26,2%
Non, plutôt pas	50,0%	54,7%
Non, pas du tout	35,4%	14,3%

Les étudiants ayant répondu à l'enquête réalisée en milieu urbain sont tous issus de la faculté de pharmacie de Grenoble. Nous avons pu bénéficier lors de notre formation en cancérologie d'un cours magistral sur les dépistages des cancers et en particulier des dépistages organisés. C'est notamment pour cette raison qu'une étudiante a pu répondre « oui, plutôt » aux questions concernant les connaissances sur les dépistages organisés des cancers du sein et colorectal.

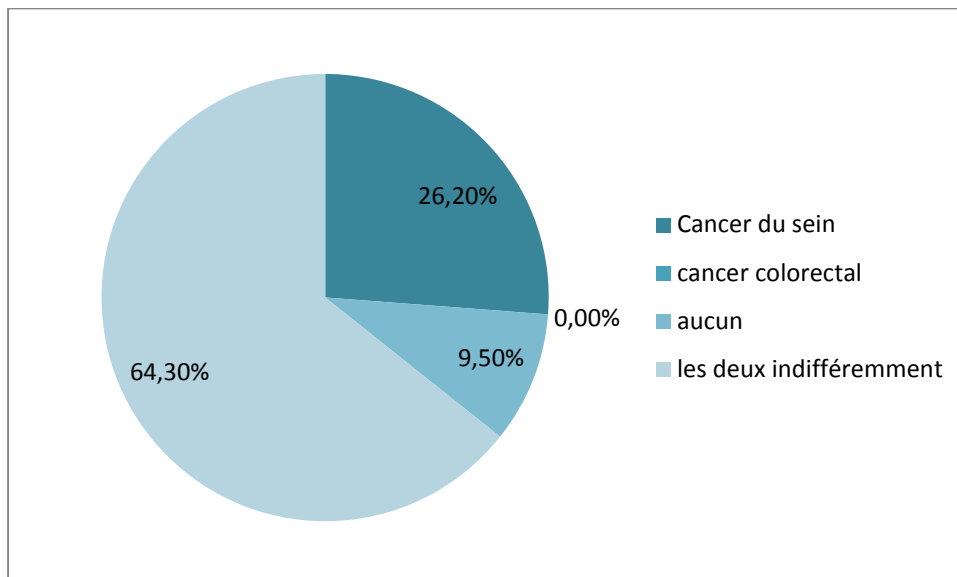
4.2.2.3.5 Facilité de parler des dépistages en fonction du sujet

Lorsqu'on demande aux officinaux s'ils ont plus de facilité à parler d'un dépistage ou d'un autre, les réponses sont les suivantes (Figures 19) :

- Pour 64,3% des officinaux, les deux dépistages organisés peuvent être abordés aussi facilement qu'il s'agisse du dépistage du cancer du sein ou de celui du cancer colorectal. Ce résultat montre que plus de la moitié des officinaux n'ont pas de crainte à parler d'un dépistage plutôt que d'un autre.

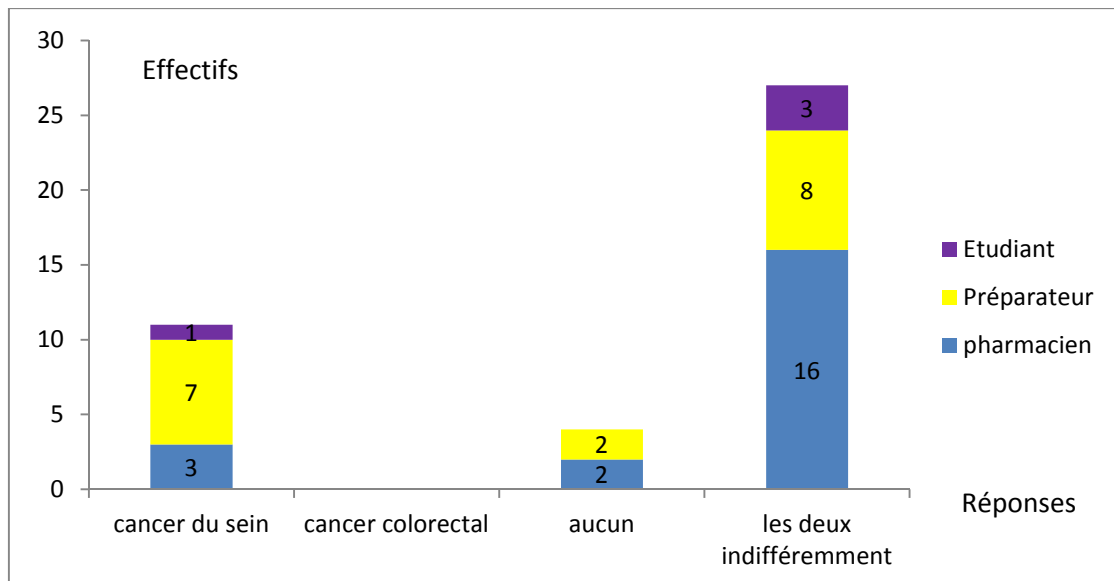
- 11 personnes sur 42 (26,2%) parleraient plus facilement du dépistage du cancer du sein que de celui du cancer colorectal.
- Aucune des 42 personnes interrogées ne pense qu'il est plus facile de parler du dépistage du cancer colorectal.
- 9,5% (4/42) des officinaux pensent qu'aucun des deux dépistages organisés n'est facile à aborder.

Figure 19 : Positionnement des officinaux en réponse à la question « Vous pourriez parler plus facilement ... ? »



En analysant les réponses des officinaux à la question précédente, on observe que les 11 personnes ayant opté pour la réponse « dépistage du cancer du sein » sont toutes des femmes (Préparatrices, pharmaciens ou étudiantes). Les pharmaciens sont 76,2% (16/21) à pouvoir parler indifféremment des deux dépistages organisés contrairement à une petite moitié pour les préparateurs (8/17 soit 47,1%) (Figure 20).

Figure 20 : Répartition des réponses en fonction du statut professionnel au sein de l'officine à la question « Vous pourriez parler plus facilement ... ? ».



Contrairement au milieu rural, il n'y a aucune réponse en faveur du dépistage du cancer colorectal pour cette question. La réponse majoritaire était également « les deux indifféremment ». En effet, il n'y a pas de différence significative entre la valeur obtenue en milieu rural (79,2%) et celle en milieu urbain (64,3%) (Test de comparaison de fréquence, $U_{obs} = -1,57$ (pvalue : 0,12) et $\alpha = 5\%$). En revanche, 26,2% des officinaux ont choisi la réponse « le dépistage du cancer du sein » contre seulement 4,2% en milieu rural. Il existe une différence significative entre ces deux résultats (test de comparaison de fréquence, $U_{obs} = 2,96$ (pvalue : 0,003) avec $\alpha = 5\%$) (Tableau 9).

Tableau 9 : Fréquence des réponses à la question « Vous pourriez parler plus facilement ... ? » en milieu rural et en milieu urbain.

Propositions	Milieu rural	Milieu urbain
Dépistage du cancer du sein	4,2%	26,2%
Dépistage du cancer colorectal	8,3%	0%
Aucun des deux	8,3%	9,5%
Les deux indifféremment	79,2%	64,3%

4.2.2.3.6 Freins rencontrés pour parler des dépistages organisés

Le frein le plus fréquemment évoqué par les officinaux est le manque de formation et d'information sur le sujet (29/42). En effet les officinaux trouvent que les formations sont inexistantes et l'information mal relayée. Certains disent même que les patients sont informés des actualités avant les officines et cela peut être gênant dans la conversation (par le biais des médias et notamment de la télévision). Ce sont les préparateurs qui sont le plus en demande de formation avec 15/17 réponses (88,2%) contre 12/21 pour les pharmaciens (57,1%). C'est ce qui est souligné en seconde position avec le manque de support d'information que la moitié des officinaux ont choisi de cocher. 47,6% des officinaux évoquent également un manque de temps (dont 9 pharmaciens et 9 préparateurs).

Les quatre personnes ayant évoqué l'absence de rémunération sont des pharmaciens (titulaires ou assistants). Selon eux, la rémunération à l'acte (78) pourrait être une solution intéressante pour ce type d'entretien.

Seuls trois officinaux (1 préparateur et 2 pharmaciens) mentionnent une thématique trop personnelle ou un scepticisme personnel par rapport à ce sujet. Ils représentent 7,2% des personnes interrogées, un faible pourcentage, ce qui est plutôt encourageant pour le futur.

Le manque de confidentialité revient assez fréquemment (31,0% des répondants). Toutes les pharmacies ne sont pas équipées de zones de confidentialité et ce peut être un frein pour les officinaux à aborder le sujet des dépistages organisés des cancers (Tableau 10).

Trois pharmaciens ont ajouté leur propre ressenti notamment la difficulté à amener le sujet dans la conversation. L'un d'entre eux aimerait être incité via l'ordre des pharmaciens. Enfin, le dernier suggère une meilleure interaction entre pharmacien et médecin traitant pour une prise en charge coordonnée du patient. En effet, le but n'est pas de « prendre la place du médecin traitant » mais de renforcer l'action de prévention.

Tableau 10 : Freins rencontrés par les officinaux pour parler des dépistages organisés des cancers à leurs patients (question à réponses multiples).

Propositions	Nombre de réponses obtenues	% des répondants
Manque de temps	20	47,6
Manque de formation et d'information	29	69,0
Manque de supports d'information	21	50,0
Méfiance ou scepticisme de la clientèle	8	19,0
Absence de rémunération	4	9,5
Thématique trop personnelle	1	2,4
Manque de confidentialité	13	31,0
Méfiance ou scepticisme personnel	2	4,8
Autre	3	7,1
Nombre total de réponses	101	
Nombre de répondants	42	

4.2.2.3.7 Intérêt d'une formation sur le thème des dépistages organisés des cancers et attentes des officinaux quant à son contenu.

41 officinaux sur les 42 interrogés seraient prêts à suivre une formation pour pouvoir communiquer plus facilement sur le thème des dépistages organisés des cancers. La seule personne ayant opté pour la réponse négative est une préparatrice pour qui l'âge de la retraite approche et qui ne trouverait pas l'utilité de faire cette formation, elle dit qu'elle ne la mettrait pas en application. Cependant, elle souligne l'importance de former les préparateurs et les pharmaciens car pour elle, c'est un véritable problème de santé publique. Cette préparatrice n'a donc pas répondu à la question concernant les thèmes attendus par les officinaux dont les résultats sont reportés dans le tableau 11.

En ce qui concerne le contenu d'une éventuelle formation, les officinaux sont nombreux à attendre des rappels sur le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein (36/41 soit 87,8%) et du cancer colorectal (30/41 ou 73,2%). 68,3% d'entre eux (28/41) aimeraient que cette formation comporte une partie sur la méthodologie de prévention et d'éducation pour la santé. En effet, un pharmacien a même rajouté que cette méthodologie peut être utile dans d'autres domaines et que notre formation universitaire n'est, pour lui, pas suffisante dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Comme en milieu rural, les officinaux expriment le besoin de revoir les modalités des dispositifs de dépistages organisés (cancer du sein et colorectal) ainsi qu'une méthodologie de prévention et d'éducation pour la santé.

En revanche, à Grenoble et dans son agglomération, les officinaux sont seulement 19 sur 41 à souhaiter avoir des rappels généraux sur les cancers (épidémiologie, importance du diagnostic précoce, facteurs de risque, conséquence d'un dépistage positif...) contre 40 officinaux sur 48 en milieu rural ($U_{obs}=3,70$ (pvalue : 0,0001) avec le test de comparaison de fréquences avec $\alpha=5\%$, les deux pourcentages sont donc bien différents).

Les deux réponses les moins citées sont « les représentations et inquiétudes du public par rapport au dépistage et au cancer » et « de pouvoir développer un partenariat associatif et/ou professionnel » avec respectivement 36,6% (15/41) et 29,3% (12/41) des répondants. Le constat est le même qu'en milieu rural.

Tableau 11 : thèmes de formation attendus par les officinaux (questions à réponses multiples).

Propositions	Nombre de réponses obtenues	% des répondants
Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein : organisation, démarche à effectuer, avantages et différences avec le dépistage individuel...	36	87,8%
Le dispositif de dépistage du cancer colorectal : organisation, démarche à effectuer, déroulement du test utilisé...	30	73,2%
La méthodologie de prévention et d'éducation pour la santé : utilisation de supports et d'outils, communication, message à apporter...	28	68,3%
Les représentations et inquiétudes du public par rapport au dépistage et au cancer	15	36,6%
Les cancers : épidémiologie, importance du diagnostic précoce, facteur de risque, conséquence d'un dépistage positif	19	46,3%
De pouvoir développer un partenariat associatif et/ou professionnel	12	29,3%
Autre	5	12,2%
Nombre total de réponses	140	-
Nombre de répondants	41	-

Parmi les 41 officinaux interrogés, 5 ont suggéré leurs idées quant au contenu d'une éventuelle formation (Tableau 12)

Tableau 12 : Attentes particulières des officinaux sur une éventuelle formation (question ouverte).

Attentes particulières des officinaux sur le thème des dépistages organisés des cancers	Type de formation attendue par les officinaux	Attentes particulières des officinaux en matière d'action à mener
<p>Méthodologie pour une meilleure utilisation au comptoir</p> <p>Etre informé sur les chiffres de la prévention pour pouvoir expliquer son intérêt aux patients (avoir des chiffres à l'appui).</p> <p>Brochures sous forme de PDF à éditer en cas de besoin</p> <p>Population cible, démarche et prise en charge</p>	<p>Formation adaptée aux préparateurs dans un amphithéâtre (comme un cours)</p>	<p>Affiches + faire venir une personne à l'officine pour prendre en charge l'équipe et les patients la première fois.</p>

4.2.3 L'analyse du questionnaire patient

4.2.3.1 Effectif

Lors de cette enquête, 90 personnes ont été interrogées. Pour les cinq pharmacies ayant eu le questionnaire pendant le stage officinal, 2 à 19 questionnaires ont pu être remplis entre le 15 avril et le 31 mai 2013 soit une moyenne de 9,8 questionnaires par pharmacie. Pour les pharmacies ayant participé à l'étude entre le 1^{er} juin et le 1^{er} juillet 2013, entre 3 et 15 questionnaires ont été renseignés ce qui correspond à une moyenne de 6,8 questionnaires par pharmacie. Si on regroupe ces deux résultats, on obtient une moyenne de 8,4 questionnaires

par pharmacie sur la durée totale de l'enquête. Le nombre de personnes incluses dans l'étude a été très variable en fonction des pharmacies (périodes d'affluence différentes en fonction des pharmacies, localisation en centre-ville ou en agglomération).

Parmi les 90 personnes interrogées, on compte 67,8% (61/90) femmes et 32,2% (29/90) étaient des hommes. En ce qui concerne l'âge des patients ayant participé à l'étude, la tranche d'âge la plus représentée a été celle des « 60-74 ans » avec 68,9% des répondants (62/90) soit plus de deux tiers, contre 31,1% (28/90) pour les « 50-60 ans » (Tableau 13).

Tableau 13 : Répartition des patients ayant accepté de participer à l'étude en fonction du sexe et de leur âge.

Secteur	Sexe		Age	
	Homme	Femme	50-60ans	60-74ans
secteur1	3	7	4	6
secteur2	2	3	1	4
secteur3	3	12	2	13
secteur4	6	9	6	9
secteur5	1	7	3	5
secteur6	1	4	1	4
secteur7	13	19	11	21
Total	29	61	28	62
Pourcentage	32,20%	67,80%	31,10%	68,90%

63,3% des personnes (57/90) (39 femmes sur 61 et 18 hommes sur 29) sont retraitées contre un tiers d'actifs (33,3%) (21 femmes sur 61 et 9 hommes sur 29). Les individus en recherche d'emploi sont en minorité avec seulement 3,3% des répondants (2 hommes et 1 femme).

En ce qui concerne le statut marital, plus de la moitié des personnes interrogées sont mariés/pacsés/concubinage (58,4% soit 52/90) (32 femmes sur 61 et 20 hommes sur les 29 interrogés). Les veufs et divorcés représentent presque un tiers de la population participant à l'étude (26/90). Parmi ces 26 personnes, 21 sont des femmes contre 5 hommes. Les célibataires sont peu nombreux en comparaison des deux parts précédentes, 12,4% qui inclut 4 hommes et 7 femmes.

Grâce aux regroupements, le test du chi² d'indépendance a pu être réalisé afin d'évaluer l'indépendance de 2 variables qualitatives. Il n'y a pas de différence significative entre les différents secteurs et l'âge (pvalue : 0,17), le sexe (pvalue : 0,27), le statut marital (pvalue : 0,34) et le statut professionnel (pvalue : 0,07).

4.2.3.2 Le dépistage organisé du cancer du sein

Pour cette partie, seules les femmes étaient interrogées (61 femmes au total sur les 90 participants à l'étude).

4.2.3.2.1 Connaissances du sujet

Sur 61 femmes ayant répondu à la question « Avez-vous déjà entendu parler du dépistage organisé du cancer du sein ? », 5 ne connaissaient pas son existence.

En revanche, si le nombre de réponses positives en milieu urbain (56/61) est comparé à celui obtenu en milieu rural (94/94), il ressort une différence significative grâce au test de comparaison de fréquences (Uobs : -2,82 avec $\alpha = 5\%$).

Les femmes connaissent bien l'existence du programme de dépistage organisé puisque le pourcentage le plus faible des 3 groupes formés en fonction du niveau social des zones étudiées est de 86,4%.

Les sources d'informations sont nombreuses : la plus fréquemment citée est l'item « par une association » qui est indirectement l'ODLC (association de gestion départementale qui coordonne les dépistages organisés des cancers en Isère) avec 29 réponses sur 61 répondantes (soit 47,5%). Le gynécologue est la réponse qui arrive en second en obtenant 24 réponses (24/61 ou 39,3%). Les médias occupent la troisième place avec 16 patientes qui ont entendu parler du dépistage du cancer du sein par le biais de publicités télévisées, radios... Le médecin généraliste n'arrive qu'en quatrième position, alors qu'il fait partie intégrante de l'organisation des dépistages des cancers (14/61 ou 23,0%). L'entourage est cité 9 fois sur 61 (14,8%) et 7 patientes ont rajouté qu'elles avaient eu des informations par le biais d'une clinique ou d'un hôpital, par un radiologue, par la sécurité sociale MGEN, ou par les connaissances acquises au cours de leur exercice professionnel (infirmière). Une patiente a participé à un « atelier » de 2 heures proposé par sa commune (« santé Saint Martin d'Hères ») et une autre a également ajouté avoir lu des informations sur ce sujet dans des brochures et magazines disponibles à la pharmacie.

En revanche, la réponse « par le pharmacien » proposée systématiquement aux patientes n'a été choisie qu'une seule fois et ce n'était pas la réponse unique (la patiente a également coché « par le gynécologue » et « par une association ») (Tableau 14).

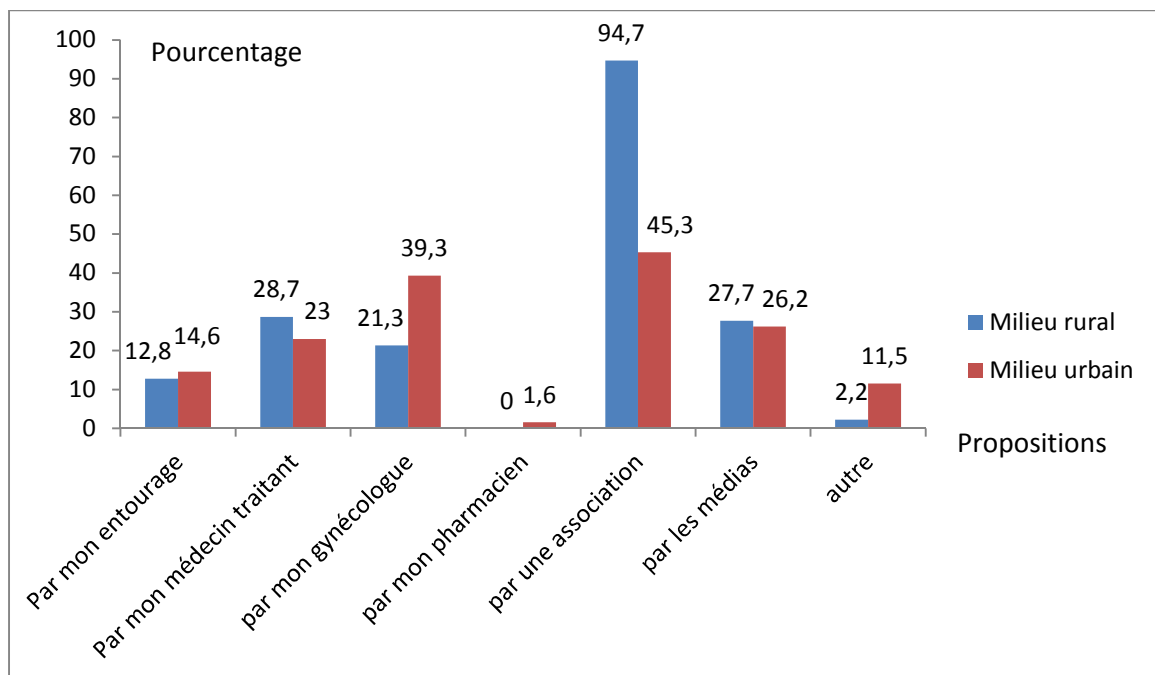
Tableau 14 : Dépistage organisé du cancer du sein et sources d'information (question à réponses multiples).

Réponses proposées	Nombre de réponses obtenues	Pourcentage des répondants
« Par mon entourage »	9	14,6%
« Par mon médecin traitant »	14	23,0%
« Par mon gynécologue »	24	39,3%
« Par mon pharmacien »	1	1,6%
« Par une association »	29	45,3%
« Par les médias »	16	26,2%
« Autre »	7	11,5%
Nombre total de réponses	100	-
Nombre de répondants	61	-

En comparaison avec le milieu rural, il n'y a pas de différence significative sur le rôle que joue le médecin traitant auprès des patientes concernant le dépistage organisé du cancer du sein (test de comparaison de fréquences avec Uobs : 0,79). Cependant, il existe une forte différence entre les résultats obtenue en milieu rural et en milieu urbain pour la réponse « par une association » sous-entendant « *Vivre !* » pour le milieu rural (Loire) et « l'ODLC » pour le milieu urbain (Isère). En effet, grâce au test de comparaison de fréquences, on obtient un Uobs à 6,74 (94,7% en milieu rural contre 45,3% en milieu urbain). On retrouve également une forte différence pour la réponse « par le gynécologue ». En milieu rural, cette réponse a été citée 20 fois sur 94 possibles (soit 21,3%) et 24/61 fois en milieu urbain (39,3%). Par le même test que précédemment, Uobs : 2,42 avec α : 5% ce qui signifie que ces pourcentages

sont différents et qu'en ville, les femmes sont informées de manière plus importante par les gynécologues sur le dépistage du cancer du sein qu'en campagne (Figure 23). Ceci peut s'expliquer par une plus forte densité de gynécologues en ville qu'en milieu rural (79) (Figure 21).

Figure 21 : Comparaison des sources d'information du dépistage organisé du cancer du sein citées par les femmes en milieu rural et en milieu urbain (question à réponses multiples).



Les sources d'information du dépistage organisé du cancer du sein ne sont pas tout à fait les mêmes en fonction des regroupements de la ville de Grenoble et son agglomération. Le groupe « aisé » a l'information par le biais du gynécologue (54,5% ou 12/22) alors que les pourcentages sont plus faibles dans les autres regroupements (26,1% dans le groupe « intermédiaire » et 37,5% dans le groupe « difficulté intermédiaire »). Ce dernier regroupement a plutôt choisi la réponse « par une association » à 81,3% (seulement 22,7% dans le groupe « aisé » et 47,8% dans le groupe « intermédiaire »). Cependant il n'existe pas

de différence significative entre les réponses des différents groupes du milieu urbain (χ_{obs} : 7,08).

Concernant le cancer du sein :

88,5% des femmes interrogées (54/61) savent que le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, ce qui laisse 11,5% (7/61) qui ne connaissaient pas cette réalité. Parmi les 61 femmes interrogées, seules 41 (soit 67,2%) savaient que le risque d'avoir un cancer du sein augmentait avec l'âge. 27,9% (soit 17/61) pensaient même que ce risque diminuait lorsque l'âge augmentait (Tableau 15).

En ce qui concerne la fréquence du cancer du sein chez les femmes, les connaissances sont identiques que ce soit en milieu rural (87,2%) ou urbain (88,5%) ($U_{\text{obs}} = 0,24$ avec le test de comparaison des fréquences, il n'y a donc pas de différence significative sur ces deux résultats) (Tableau 16). En revanche, une légère différence apparaît en ce qui concerne le risque de développer un cancer du sein en fonction de l'âge ($U_{\text{obs}} = -1,98$ selon le test de comparaison des fréquences). En milieu urbain, les femmes semblent moins connaître ce risque (27,9% ou 17/61) qu'en milieu rural (14,9% soit 14/94) (Tableau 17).

Le niveau social n'influe pas sur les connaissances que les femmes ont du cancer du sein. En effet, à la question « le risque d'avoir un cancer du sein diminue quand l'âge augmente », on n'obtient pas de différence significative (χ_{obs} : 4,75 ou p_{value} : 0,09).

Concernant le traitement du cancer du sein :

Pour la proposition « Plus un cancer est décelé tôt, plus les chances de guérison augmentent », 95,1% des patientes ont donné la réponse « VRAI » attendue. Ce taux est intéressant puisque cela prouve que les femmes ont des notions relativement précises sur les traitements et le cancer du sein (Tableau 15). Ce pourcentage est comparable à celui obtenu en milieu rural (94,7%) ($U_{\text{obs}} = 0,11$ selon le test de comparaison des fréquences) (Tableau 16).

Les réponses pour cette affirmation sont également très nombreuses quels que soient les profils sociaux des zones étudiées (90,9% pour le regroupement « Aisé », 100% pour le milieu « Intermédiaire » et 93,8% pour le milieu « Difficulté – Intermédiaire »).

Concernant le dépistage du cancer du sein :

Parmi les femmes interrogées, 83,6% (51/61) savaient que le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans. 57 d'entre elles pensent à juste titre que toute anomalie détectée à la mammographie n'est pas obligatoirement un cancer (93,4%). Seule une femme pensait que si elle participait au dépistage organisé, elle n'aurait jamais de cancer (taux de bonnes réponses : 98,4% soit 60 femmes sur 61). 88,5% des femmes sont d'accord avec le fait que la mammographie est le meilleur examen pour le dépistage du cancer du sein (54/61) mais 14 femmes pensaient que le dépistage organisé dispensait de l'autopalpation (47/61). Parmi les 61 femmes interrogées, 58 d'entre elles (95,1%) savaient que l'intervalle de temps entre deux tests de dépistage organisé est de deux ans et qu'il est important d'y participer régulièrement (Tableau 15).

Il existe une différence entre le milieu rural et le milieu urbain en ce qui concerne les connaissances sur le dépistage organisé du cancer du sein. La population rurale semble moins connaître le fait que si l'on participe au dépistage, il est tout de même possible de développer un cancer du sein (89,4% en milieu rural contre 98,4% en milieu urbain donc Uobs : 2,13). En revanche, en milieu urbain, les patientes semblent moins informées sur le fait que l'autopalpation des seins est nécessaire (90,0% lors de l'étude FORMADOC contre 77,0% en milieu urbain en 2013 soit Uobs : 2,29) (Tableau 17).

Lorsqu'on compare les différents regroupements de Grenoble et son agglomération, l'affirmation « Lorsqu'on participe au dépistage, l'autopalpation des seins n'est pas nécessaire » n'obtient pas des résultats semblables (χ_{obs} : 14,59 ou pvalue = 0,0006). Ce sont

les femmes du milieu « intermédiaire » qui ont opté le plus souvent pour la réponse attendue (95,7% ou 22/23) puis celle du milieu « difficulté – intermédiaire » (87,5% ou 14/16). Seule la moitié (50,0% ou 11/22) des femmes du regroupement « aisé » ont choisi cette même réponse (Figure 22).

Figure 22 : Réponses obtenues à l'affirmation « Lorsqu'on participe au dépistage, l'autopalpation des seins n'est pas nécessaire » en fonction du niveau social des zones étudiées en pourcentage.

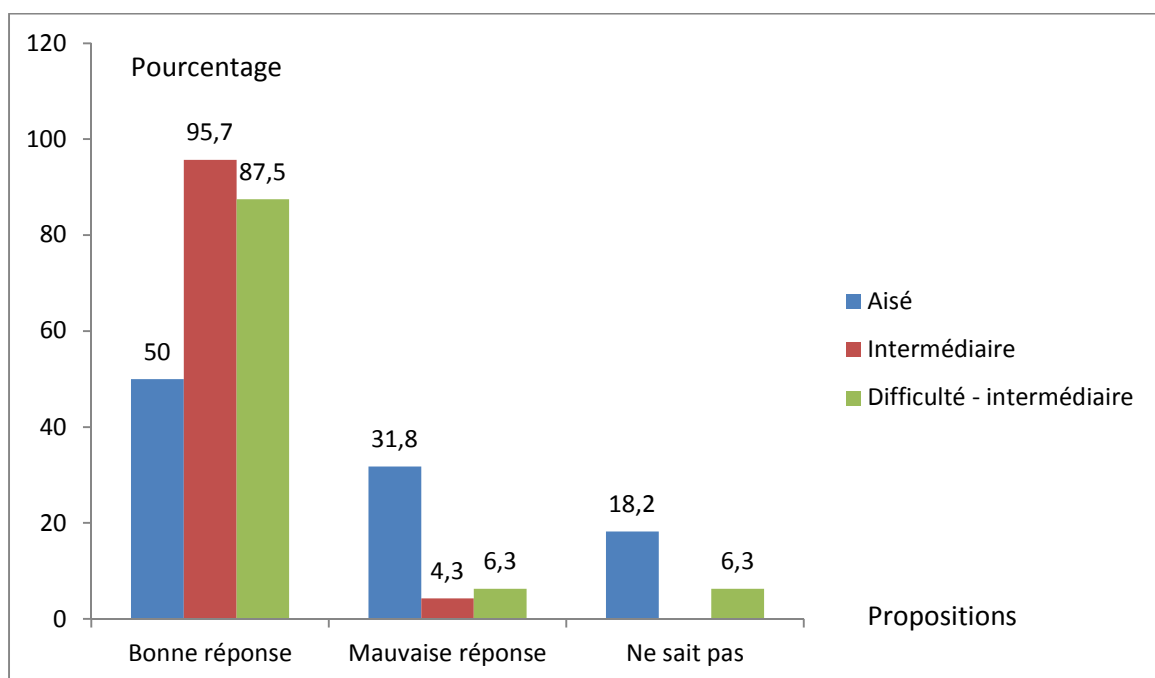


Tableau 15 : Cancer du sein et dépistage : connaissances des femmes interrogées

Affirmation	Réponse attendue	Bonne réponse		Mauvaise réponse		Ne sait pas	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
« Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins »	VRAI	54	88,5%	4	6,6%	3	4,9%
« Le risque d'avoir un cancer du sein diminue quand l'âge augmente »	FAUX	41	67,2%	17	27,9%	3	4,9%
« Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans »	VRAI	51	83,6%	6	9,8%	4	6,6%
« Toute anomalie détectée à la mammographie est un cancer »	FAUX	57	93,4%	3	4,9%	1	1,6%
« Si l'on participe au dépistage, on n'aura jamais de cancer »	FAUX	60	98,4%	1	1,6%	0	0,0%
« Lorsqu'on participe au dépistage, l'autopalpation des seins n'est pas nécessaire »	FAUX	47	77,0%	9	14,8%	5	8,2%
« Le meilleur examen de dépistage de lu cancer du sein est la mammographie »	VRAI	54	88,5%	4	6,6%	3	4,9%
« Il est important de participer au dépistage organisé tous les 2 ans »	VRAI	58	95,1%	2	3,3%	1	1,6%
« Plus un cancer est décelé tôt, plus les chances de guérison augmentent »	VRAI	58	95,1%	1	1,6%	2	3,3%
« Dans le dépistage organisé par l'ODLC, je peux continuer à être suivie par mon gynécologue et/ou médecin traitant et/ou radiologue »	VRAI	58	95,1%	0	0,0%	3	4,9%
« Dans le dépistage individuel, je peux bénéficier de la deuxième lecture de radiologues experts à l'ODLC »	FAUX	24	39,3%	24	39,3%	13	21,3%

Tableau 16 : Comparaison des réponses similaires au sujet du dépistage du cancer du sein en milieu rural et en milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($U_{obs} < 1,96$).

Affirmations	Réponse attendue	Milieu rural		Milieu urbain		Uobs
		Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%	
« Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins »	VRAI	82/94	87,2	54/61	88,5	0,24
« Plus un cancer est décelé tôt, plus les chance de guérison augmentent »	VRAI	89/94	94,7	58/61	95,1	0,11
« Il est important de participer au dépistage organisé tous les 2 ans »	VRAI	89/94	94,7	58/61	95,1	0,11
« Le meilleur examen de dépistage du cancer du sein est la mammographie »	VRAI	81/94	86,2	54/61	88,5	0,42
« Toute anomalie détectée à la mammographie est un cancer »	FAUX	84/94	90,0	57/61	93,4	0,74
« Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans »	VRAI	72/94	76,6	51/61	83,6	1,05

Tableau 17 : Comparaison des réponses ayant une différence significative au sujet du cancer du sein entre le milieu rural et le milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($U_{obs} > 1,96$).

Affirmations	Réponse attendue	Milieu rural		Milieu urbain		U _{obs}
		Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%	
« Le risque d’avoir un cancer du sein diminue quand l’âge augmente »	FAUX	14/94	14,9	17/61	27,9	1,98
« Si l’on participe au dépistage, on n’aura jamais de cancer »	FAUX	84/94	89,4	60/61	98,4	2,13
« Lorsqu’on participe au dépistage, l’autopalpation des seins n’est pas nécessaire »	FAUX	85/94	90,4	47/61	77,0	2,29

Concernant la différence entre dépistage individuel et dépistage organisé :

La majorité des femmes interrogées (58/61 soit 95,1%) savaient que malgré la prise en charge du dépistage organisé du cancer du sein par l’ODLC, elles pouvaient continuer à être suivies par leur médecin traitant ou leur gynécologue.

Cependant, à l’affirmation « Dans le dépistage individuel, je peux bénéficier de la deuxième lecture de radiologues experts à l’ODLC », les réponses étaient beaucoup plus hésitantes de la part des patientes. En effet, seules 24/61 ou 39,3% savaient que la deuxième lecture est un avantage réservé au dépistage organisé et qu’elle n’est pas réalisée en cas de dépistage

individuel. Sur cet item, il y a eu autant de réponses « VRAI » que de « FAUX », ce qui montre que l'un des principaux avantages du dépistage organisé du cancer du sein est très mal connu des femmes éligibles à ce programme (Tableau 15).

Malgré des disparités, il n'y a pas de lien entre le taux de bonne réponse et le niveau social pour cette question (χ^2 : 5,41 ou p : 0,06).

Ce constat est confirmé par les réponses obtenues à la question « Connaissez-vous la différence entre dépistage organisé et dépistage individuel ? » où χ^2 : 2,85.

4.2.3.2.2 Mammographie, participation au dépistage organisé/dépistage individuel et impressions.

Parmi les femmes interrogées, 1 seule n'a jamais fait de mammographie. Elle fait partie de la tranche d'âge 60-74 ans, est veuve et retraitée. Elle dit ne pas se sentir concernée par ce dépistage car elle n'a pas d'antécédents familiaux. Elle a également rajouté qu'elle n'avait pas de moyen de transport pour se déplacer ni aucun proche pour l'accompagner et la distance entre le centre de radiologie et son domicile lui semble trop grande (elle est résidente dans l'agglomération grenobloise et pas dans Grenoble même). Cependant ce questionnaire l'a fait réfléchir, et malgré « sa négligence », elle souhaite obtenir des informations complémentaires sur le dépistage organisé, les démarches à effectuer pour y participer, son déroulement et les mammographies du dépistage organisé mis en place par l'ODLC.

Sur 60 femmes ayant déjà réalisé une mammographie, 14 d'entre elles ne sont suivies que par le dépistage organisé et 33 sont suivies, en plus du dépistage organisé, par un(e) gynécologue.

Au total, 47 femmes sur 60 (78,3%) participent au programme de dépistage organisé du cancer du sein mis en place par l'ODLC. Chez les 14 femmes suivies uniquement par le dépistage organisé, le taux de participation régulier, c'est-à-dire tous les 2 ans, est de 100% (14/14) et 8/14 (57,1%) connaissent l'avantage de la deuxième lecture de la mammographie

en comparaison avec le dépistage individuel ce qui peut expliquer leur grande fidélité. Concernant les femmes participant au dépistage organisé avec un suivi gynécologique, 1/33 (3%) déplore un décalage entre les recommandations de son gynécologue et la réception du courrier de l'ODLC. 4 d'entre elles (4/33 soit 12,1%) passent des mammographies tous les ans en raison d'antécédents familiaux (3 tous les ans en alternant les mammographies de l'ODLC et les mammographies prescrites par le gynécologue dont une avoue passer plus souvent par son gynécologue). Seules 2 personnes parmi les 33 (6%) ne participent pas tous les deux ans au programme de dépistage. Cependant, la différence entre dépistage organisé et dépistage individuel semble être plutôt bien expliquée puisqu'elles ne sont que 15,1% (5/33) à l'ignorer.

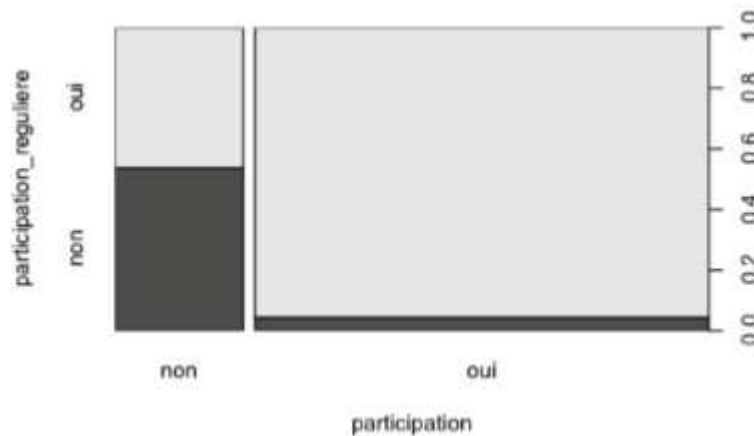
Les impressions des 47 femmes ayant déjà participé au moins une fois au dépistage organisé sont les suivantes :

- 87,2% (41/47) sont satisfaites de l'accueil des centres de radiologies agréés
- 66,0% (31/47) estiment que les délais d'attente des résultats sont corrects
- 59,6% (28/47) parlent d'une prise en charge de qualité
- 27,7% (13 sur 47) trouvent l'examen douloureux
- 17,0% (8/47) sont angoissées par la mammographie
- 6,4% (3/47) trouvent l'examen embarrassant.
- 4,3% (2/47) auraient aimé être plus écoutées par le radiologue lors de cet examen.

Trois d'entre elles ont souhaité ajouter leurs remarques : l'une a précisé qu'avec le temps, les appareils se sont perfectionnés et améliorés, ils sont donc moins douloureux, une autre n'a pas voulu cocher la réponse A (examen douloureux) mais souhaite tout de même dire que ce n'est pas agréable. Enfin une dernière dit qu'il faut bien choisir son centre de radiologie car dans certains centres « la cadence est infernale, comme du travail à la chaîne », et cela ne lui convient pas.

13 femmes sur 60 (21,6%) avouent ne pas réaliser leur mammographie de contrôle dans le cadre du programme de dépistage organisé. Leurs mammographies sont effectuées après prescription de leur gynécologue. Cependant il est à noter que 46,2% d'entre elles n'effectuent pas de contrôle régulièrement, tous les 2 ans (6/13) (Figure 23) et elles sont 69,2% (9/13) à ignorer la différence entre le dépistage organisé et le dépistage individuel.

Figure 23 : Participation régulière au dépistage (organisé ou non) tous les 2 ans en fonction du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de la des femmes en milieu urbain.



Parmi les 61 femmes interrogées au total pour cette enquête, 14 ne participent pas au dépistage organisé (13 à cause d'un dépistage individuel et 1 autre n'a encore jamais réalisé d'examen). Les raisons de la non-participation au dépistage organisé sont variables. La réponse la plus fréquemment donnée est la préférence du dépistage individuel proposé par le médecin avec 9 réponses sur 14 (64,3%). 3 d'entre elles ne comprennent pas l'intérêt du dépistage organisé (21,4%) et 14,3% (2/14) pensent qu'il est de moindre qualité. Les autres causes sont citées dans le tableau 18.

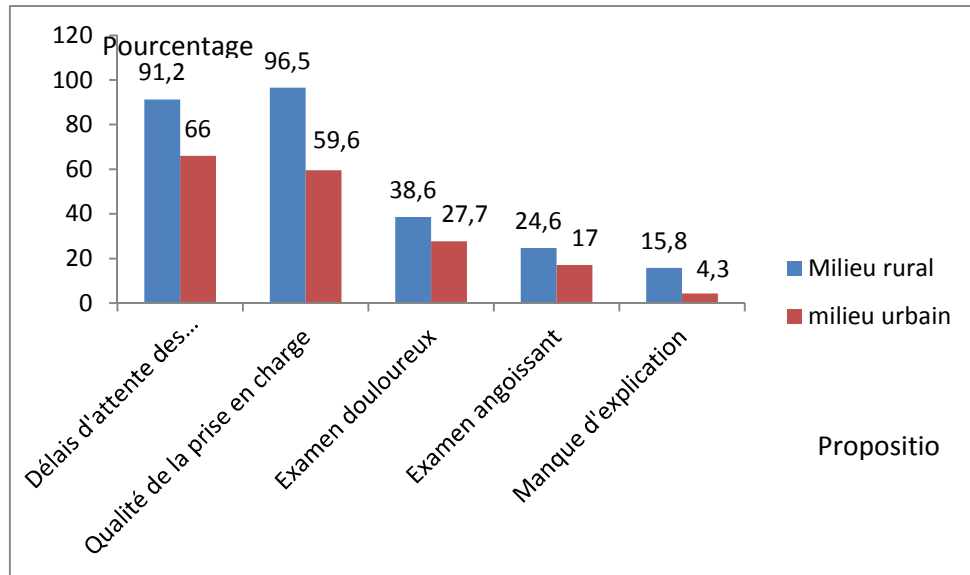
Tableau 18 : Motifs de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein (Question à réponses multiples).

Propositions	Nombre de réponses obtenues	Pourcentage de répondants
« Vous préférez le dépistage individuel proposé par votre médecin »	9	64,3%
« Vous pensez que le dépistage organisé est de moindre qualité »	2	14,3%
« Vous vous sentez angoissée par l'examen »	0	0%
« Vous vous sentez angoissée par les résultats »	0	0%
« La distance entre votre domicile et le centre de radiologie est trop grande »	1	7,1%
« Vous n'avez pas de moyen de transport, ni proche pour vous accompagner »	1	7,1%
« Manque de temps »	0	0%
« Vous ne comprenez pas l'intérêt du dépistage organisé »	3	21,4%
« Vous n'avez pas eu assez d'information sur ce sujet »	0	0%
« Vous ne vous sentez pas concernée par ce dépistage »	1	7,1%
« Vous redoutez les frais médicaux que cela peut engendrer »	0	0%
Autre :		
« négligence + n'a pas les papiers sous la main »	1	7,1%
« le gynécologue a conseillé le dépistage individuel »	1	7,1%
« le suivi individuel est satisfaisant et n'a pas de raison de changer ses habitudes »	1	7,1%
« Personne ne lui a jamais proposé »	1	7,1%
« vient juste d'avoir 50 ans »	1	7,1%
« impressions de bâclage et pas d'échographie systématique »	1	7,1%
Nombre total de réponses	23	-
Nombre total de répondants	14	-

Il est important de constater qu'il n'y a pas de différence significative concernant le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein entre le milieu rural (57/90 ou 63,3%) et le milieu urbain (47/60 soit 78,3%) (Uobs : 1,95). Le nombre de femmes n'ayant jamais effectué de mammographie ne présente aucune différence non plus (4 sur 94 en milieu rural contre 1 sur 61 en milieu urbain donc Uobs : 0,93).

Pour les sujets qui participent aux mammographies du dépistage organisé, les femmes interrogées en milieu rural semblent plus satisfaites que les femmes du milieu urbain en ce qui concerne les délais d'attente des résultats (91,2% dans le Roannais contre 66,0% à Grenoble et son agglomération) (Uobs : 3,19) et la qualité de la prise en charge (96,5% ou 55/57 en milieu rural en comparaison avec 59,6% en milieu urbain) (Uobs : 4,67). Elles sont en revanche le même nombre dans les deux milieux à dire que l'examen reste douloureux (38,6% en milieu rural et 27,7% en milieu urbain) (Uobs : 1,17), angoissant (24,6% lors de l'étude FORMADOC contre 17,0% en 2013 en milieu urbain) (Uobs : 0,94). Le manque d'explication (cité 9 fois sur 57 en milieu rural et 2 fois sur 43 en milieu urbain) ne présente pas de différence significative non plus (Uobs : 1,44) (Figure 24).

Figure 24 : Comparaison des impressions des femmes participant au dépistage organisé du cancer du sein entre le milieu rural et le milieu urbain en pourcentage (Plusieurs réponses possibles).



En ce qui concerne le pourcentage de participation au dépistage individuel, le résultat est légèrement supérieur en milieu rural (36,7%) qu'en milieu urbain (21,6% ou 13/60) (Uobs : 1,97).

Le figure 25 décrit les raisons de non-participation du dépistage organisé en faisant apparaitre les réponses du milieu rural et celles du milieu urbain.

Les réponses sont très différentes d'un milieu à l'autre :

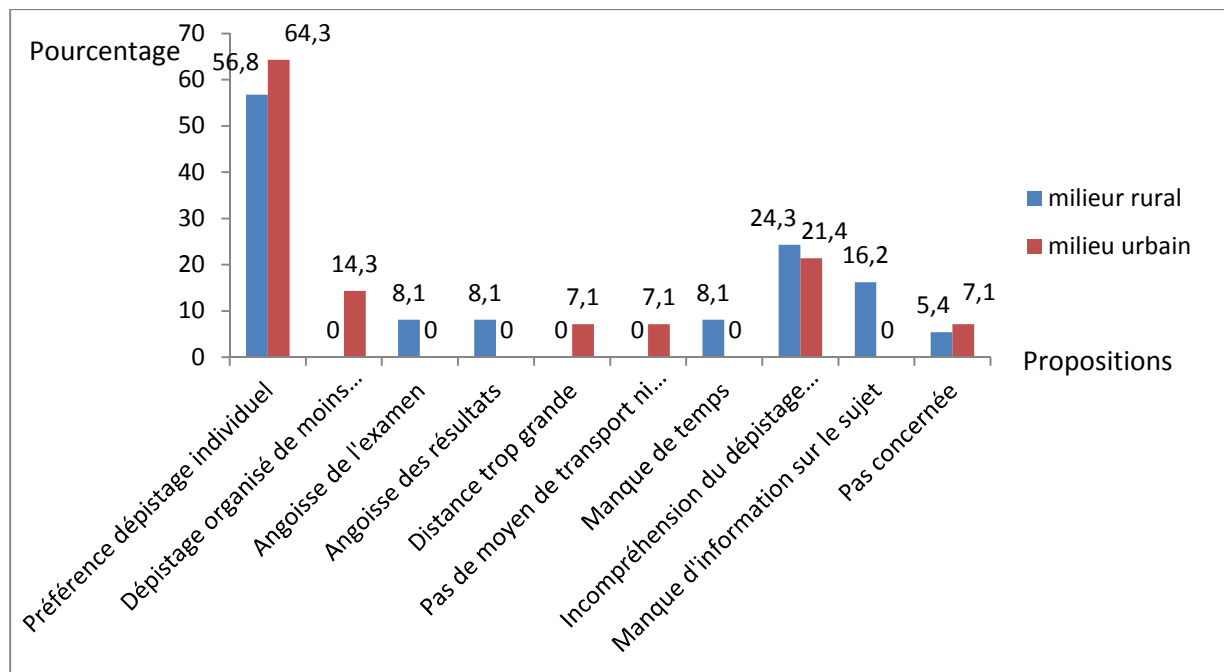
- une femme de l'agglomération grenobloise estime qu'il y a une distance trop importante entre le centre de radiologie agréé et son domicile. Cette réponse est cependant surprenante (présence de transports en commun en milieu urbain)
- 14,3% des femmes du milieu urbain estiment que le dépistage organisé est de moindre qualité (2/14) alors qu'aucune femme du milieu rural n'a répondu cela.
- 8,1% des femmes du milieu rural sont angoissées par l'examen et les résultats (0% en milieu urbain)

- 16,2% des femmes du pays Roannais estiment ne pas avoir eu assez d'information au sujet du dépistage organisé alors que cette réponse n'a jamais été choisie à Grenoble et son agglomération.

Une proposition dans la catégorie « autre » a été proposée dans les deux milieux : 4 femmes en milieu rural (10,8%) et 1 (7,1%) en milieu urbain ont affirmé effectuer un dépistage individuel sur conseil de leur médecin généraliste ou gynécologue. Ceci montre que certains professionnels de santé ne sont pas encore convaincus par l'intérêt du dépistage organisé.

En revanche, les proportions de femmes qui préfèrent le dépistage individuel proposé par leur médecin, qui ne comprennent pas l'intérêt du dépistage organisé ou qui ne se sentent pas concernées sont graphiquement semblables (Figure 25).

Figure 25 : Comparaison des raisons de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein entre le milieu rural et le milieu urbain en pourcentage.



Lorsqu'on compare les regroupements de la ville de Grenoble, le taux de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 27,3% (6/22) dans le groupe « aisé », de 21,7% (5/23) dans le regroupement « intermédiaire » et c'est dans le regroupement « difficulté-intermédiaire » que ce taux est le plus faible (18,6% ou 3/16).

On remarque que les 2 femmes ayant répondu qu'elles ne participaient pas au dépistage organisé du cancer du sein car elles pensaient que celui-ci était de moindre qualité, font parties du regroupement « aisé ». Parmi les 22 femmes de ce regroupement, 6 d'entre elles ne participent pas au dépistage organisé (27,3%) dont 5 disent préférer le dépistage individuel proposé par leur médecin. Ces 5 personnes représentent plus de la moitié (55,6% ou 5/9) de ce choix de proposition puisque 2 femmes sont du regroupement « intermédiaire » et 2 du regroupement « difficulté-intermédiaire ». Enfin, 2 des 3 femmes ne comprenant pas l'intérêt du dépistage organisé viennent également du regroupement « aisé ». La seule femme qui a répondu que la distance entre son domicile et le centre de radiologie est trop grande et qui n'a personne pour l'accompagner appartient aussi à ce groupe (Secteur 7).

La proposition « Vous redoutez les frais médicaux que cela pourrait engendrer » n'a jamais été citée.

4.2.3.2.3 Femmes et informations complémentaires sur le dépistage organisé du cancer du sein

Parmi les 61 femmes interrogées, plus de la moitié ne souhaitent pas avoir d'informations complémentaires (34/61 ou 55,7%).

Parmi les 27 femmes qui souhaitent en savoir plus, 19 participent déjà au dépistage organisé. Elles semblent préoccupées par :

- les renseignements après le dépistage (« notamment en cas de résultats positifs ») (13/19 ou 68,4%)

- le cancer du sein en général (11/19 ou 57,9%)
- des informations sur le dépistage organisé (malgré leur participation) (31,6%) (6/19)
- les mammographies du dépistage organisé mis en place par l'ODLC (31,6%) (6/19).
- Le déroulement et les démarches pour participer au dépistage organisé ne sont réclamés que par 21,1% des femmes (4/19).

Seules 8 femmes sur les 14 ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein (57,1%) souhaiteraient avoir des informations complémentaires sur le sujet. Les demandes les plus citées sont :

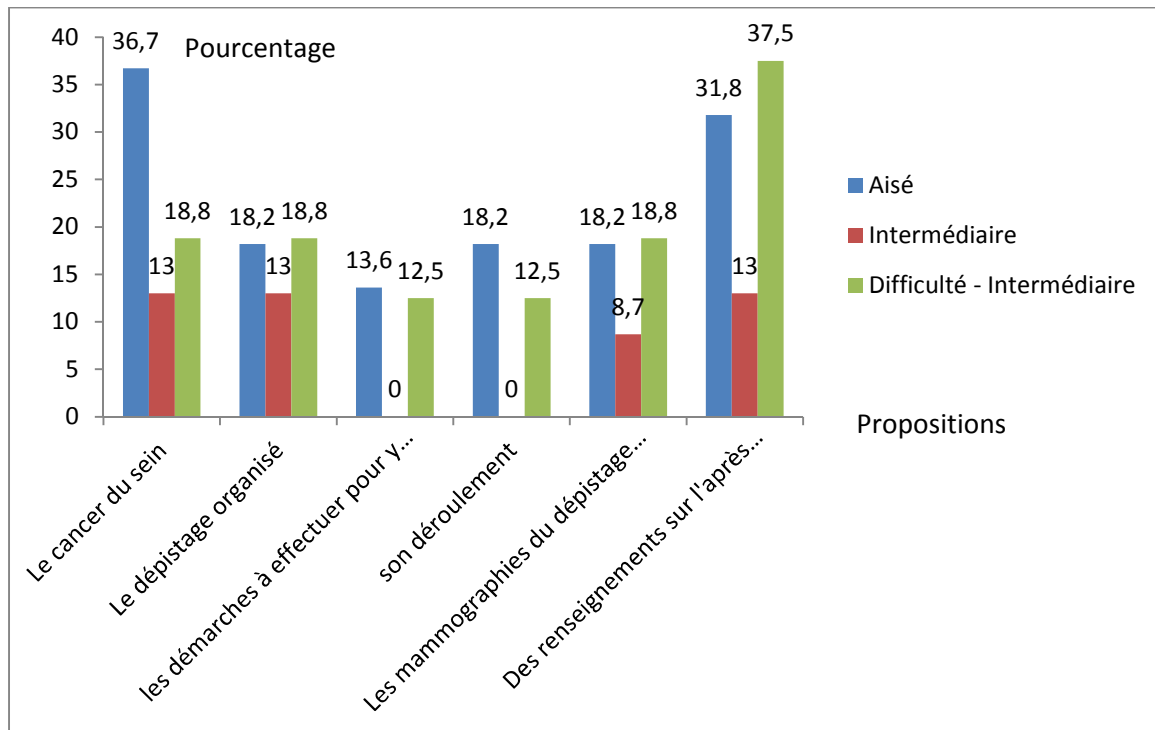
- le cancer du sein (50,0% ou 4/8),
- des informations sur le dépistage organisé (37,5% ou 3/8)
- les mammographies du dépistage organisé (37,5% ou 3/8)
- des renseignements sur l'après-dépistage à hauteur de 37,5% (3/8)
- sur le déroulement (25% ou 2/8) et sur les démarches à effectuer pour y participer (1/8 ou 12,5%).

Les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein souhaitent tout de même avoir plus d'informations complémentaires (57,1% ou 8/14) que les femmes y participant déjà (40,4% ou 19/47).

Les attentes sont les mêmes en milieu rural qu'en milieu urbain. Des renseignements complémentaires sur le dépistage organisé sont demandés à 16,0% dans le pays Roannais et à hauteur de 14,8% à Grenoble et dans son agglomération (Uobs : 0,09 selon le test de comparaison de fréquences). Il en est de même pour les inquiétudes des femmes sur l'après dépistage avec 25,5% en milieu rural et 26,2% en milieu urbain (Uobs : 0,20 selon le test de comparaison de fréquence)

La répartition des réponses à cette question en fonction des regroupements par niveau social de la ville de Grenoble et son agglomération est représentée sur la figure 26 qui suit :

Figure 26 : Informations complémentaires souhaitées sur le dépistage organisé du cancer du sein en fonction du niveau social des zones étudiées en milieu urbain (question à réponses multiples).



4.2.3.3 Le dépistage organisé du cancer colorectal

Pour cette partie, tous les sujets ayant participé à l'étude (29 hommes et 61 femmes) seront pris en compte.

Les réponses obtenues pour cette partie sont très différentes entre le milieu rural et le milieu urbain. Il est important de noter que ces études n'ont pas été réalisées à la même période (2008 pour le pays Roannais et 2013 pour la région grenobloise). De plus, les deux zones étudiées n'appartiennent pas au même département, et ont donc des historiques différents dans ce domaine. Le département de l'Isère a été « département-pilote » pour le dépistage organisé du cancer colorectal depuis 2002 alors que le département de la Loire n'a intégré ce dispositif qu'en septembre 2007.

4.2.3.3.1 Connaissances du sujet

Parmi les 90 personnes, 85 avaient déjà entendu parler du dépistage du cancer colorectal mis en place par l'ODLC soit 94,4%.

Selon le test de comparaison de fréquences, il existe une différence significative entre les réponses obtenues en milieu rural (84,8%) et celles du milieu urbain (94,4%) (Uobs : 2,22 selon le test de comparaison de fréquence).

Quel que soit le profil des IRIS des groupes de Grenoble, les résultats obtenus à cette question sont proches. En effet, 85,0% des individus du regroupement « difficulté – intermédiaire » ont répondu « oui », ils sont 97,0% dans le groupe « intermédiaire » et 97,3% dans le regroupement « aisé ».

Les sources d'informations sont diverses : d'après les personnes interrogées :

- 49,4% ont répondu qu'ils avaient eu l'information par leur médecin (42/85)
- 44,7% pour l'association (en l'occurrence l'ODLC) avec (38/85)
- 14,1% ont choisi la réponse « par le gastroentérologue » (12/85).
- 29,4% des sujets interrogés ont été informés par les médias (25/85)
- 16,5% d'entre eux (14/85) ont eu l'information par leur entourage.
- D'autres réponses ont été proposées par les patients eux-mêmes : par des revues scientifiques, par une association de diabétiques, par la MGEN, 2 femmes ont été informées par leur gynécologue et une personne par le radiologue.

Le pharmacien ne récolte qu'une seule « voix » (1,2%) ; la personne qui a choisi cette réponse a également coché son médecin traitant, son entourage et les médias (Tableau 19).

Tableau 19 : Dépistage organisé du cancer colorectal et sources d'information (question à réponses multiples).

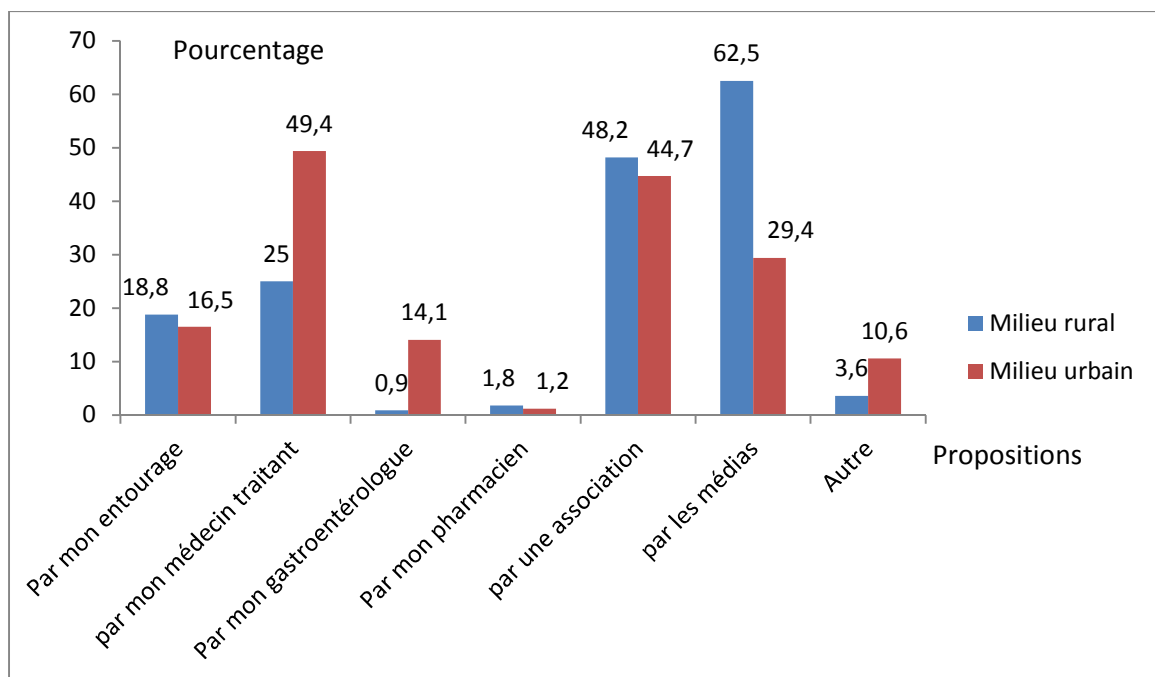
Réponses proposées	Nombre de réponses obtenues	Pourcentage des répondants
« Par mon entourage »	14	16,5%
« Par mon médecin généraliste »	42	49,4%
« Par mon gastroentérologue »	12	14,1%
« Par mon pharmacien »	1	1,2%
« Par une association »	38	44,7%
« Par les médias (télé, journaux, affiches) »	25	29,4%
Autre :		
« Courrier de la sécurité sociale »	2	2,4%
« revue scientifique (Prescrire) »	1	1,2%
« demande spontanée »	2	2,4%
« gynécologue »	2	2,4%
« association de diabétique »	1	1,2%
« radiologue »	1	1,2%
Nombre total de réponses	141	-
Nombre total de répondants	85	-

Par rapport au milieu rural, il y a des différences étonnantes. Le médecin traitant a été plus cité en milieu urbain (49,4% ou 42/85) qu'en milieu rural (25%) alors qu'on entend souvent dire que le médecin traitant en campagne joue un rôle majeur de prévention et de référent (Uobs : 3,54 selon le test de comparaison de fréquences). Les gastroentérologues font eux

aussi l'objet de fortes différences (Uobs : 3,70) entre le milieu urbain (14,1% ou 12/85) et le milieu rural (0,9%). Ceci peut s'expliquer par la plus forte densité de gastroentérologues en ville qu'à la campagne.

Il n'y a en revanche pas de différence significative pour le pharmacien, 1,2% en milieu urbain et 1,8% en milieu rural (Uobs : 0,34) et pour l'association Vivre ! (dans le pays roannais) avec 48,2% et l'ODLC (pour Grenoble et son agglomération) avec 44,7%. (Uobs : 0,49) (Figure 27)

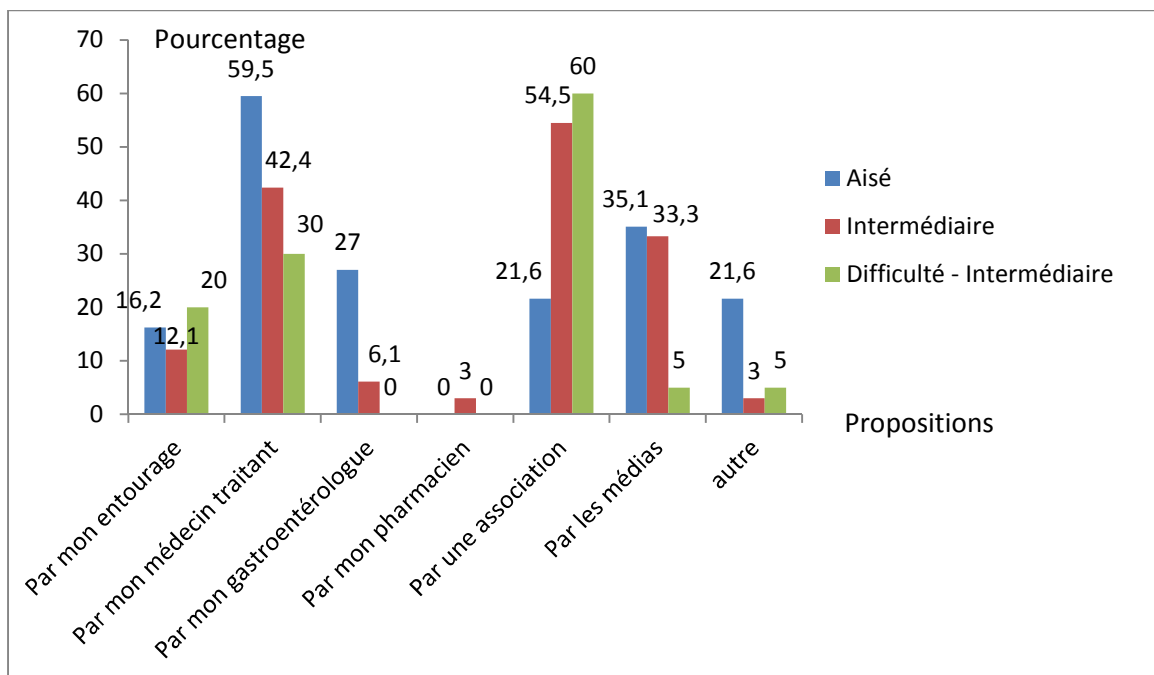
Figure 27 : Comparaison des sources d'information du dépistage organisé du cancer colorectal citées en milieu rural et en milieu urbain (question à réponses multiples).



En fonction du niveau social, les sources d'information semblent différentes. D'après le graphique ci-dessous, le regroupement « aisé » est plus informé que les autres par le corps médical (médecin traitant et/ou gastroentérologue). En effet, grâce à un test de chi² d'indépendance qui compare l'apport d'information par le corps médical (médecin traitant + gastroentérologue) et l'information obtenue par l'association, les sources d'informations sont

bien différentes en fonction du niveau social des individus (χ^2 : 14,18). De plus, les sujets du regroupement « aisé » ont pour 8 d'entre eux d'autres sources d'informations (gynécologue, radiologue, revue scientifique Prescrire, association de diabétiques...) (Figure 28).

Figure 28 : Sources d'informations en fonction du niveau social des zones étudiées en milieu urbain exprimées en pourcentage (question à réponses multiples).



Les individus participant à l'étude ont ensuite été soumis à un questionnaire VRAI/FAUX sur le thème du cancer colorectal. 1 personne n'a pas répondu par oubli (la personne a sauté la page 4 du questionnaire).

Concernant le cancer colorectal en général :

74,1% des personnes (66/89) pensent à juste titre que ce cancer est un des plus fréquents. En revanche, parmi les 23 personnes n'ayant pas donné cette réponse, il y a 19 femmes (8 ont dit

que ce n'était pas un des cancers les plus fréquents et 11 ne savaient pas) contre 4 hommes. Toutes les femmes ont dit hésiter avec la fréquence du cancer du sein dont elles ont beaucoup d'informations (Tableau 20).

Les antécédents familiaux de polypes et de cancer colorectaux sont connus par la majorité de la population puisque 75 personnes sur les 89 interrogées ont choisi la réponse attendue (84,3%) (Tableau 20).

Le cancer colorectal est aussi bien connu en milieu rural qu'en milieu urbain. Il n'y a pas de différence significative entre les deux milieux : $U_{obs} = 1,40$ pour l'affirmation « Le cancer colorectal est un des cancers les plus fréquents » (65,2% dans le Roannais et 74,1% en milieu urbain) et pour « Le risque d'avoir un cancer colorectal est plus élevé chez les personnes qui présentent des antécédents familiaux de polype ou de cancer », $U_{obs} = 0,12$ (84,9% en milieu rural contre 84,3% en milieu urbain) (Tableau 21).

Il n'existe pas de différence de connaissances en fonction du niveau social des personnes ayant participé à cette étude, en particulier à la question « Le cancer colorectal est un des cancers les plus fréquents » ($\chi_{obs} : 0,62$).

Concernant le dépistage organisé du cancer colorectal :

Les sujets interrogés semblent avoir intégré le fait que le dépistage organisé du cancer colorectal permet de détecter très tôt certaines anomalies avant qu'elles ne deviennent cancéreuses (95,5% ou 85 bonnes réponses sur 89) et presque le même nombre à savoir que la participation au dépistage n'exclut pas le risque de cancer (84/89 ou 94,4%). 83 personnes ont également donné la réponse attendue concernant la possibilité d'être suivi par un médecin traitant ou gastroentérologue en complément du dépistage organisé du cancer colorectal.

Le programme de dépistage semble bien compris des patients car 84,3% (75/89) savent que ce dépistage s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans et 79,8% (71/89) à savoir que

le test s'effectue tous les 2 ans. Si le résultat du test est positif, 86,5% (77/89) des personnes interrogées sont conscientes que leur médecin traitant les orientera vers un spécialiste afin de réaliser une coloscopie (Tableau 20).

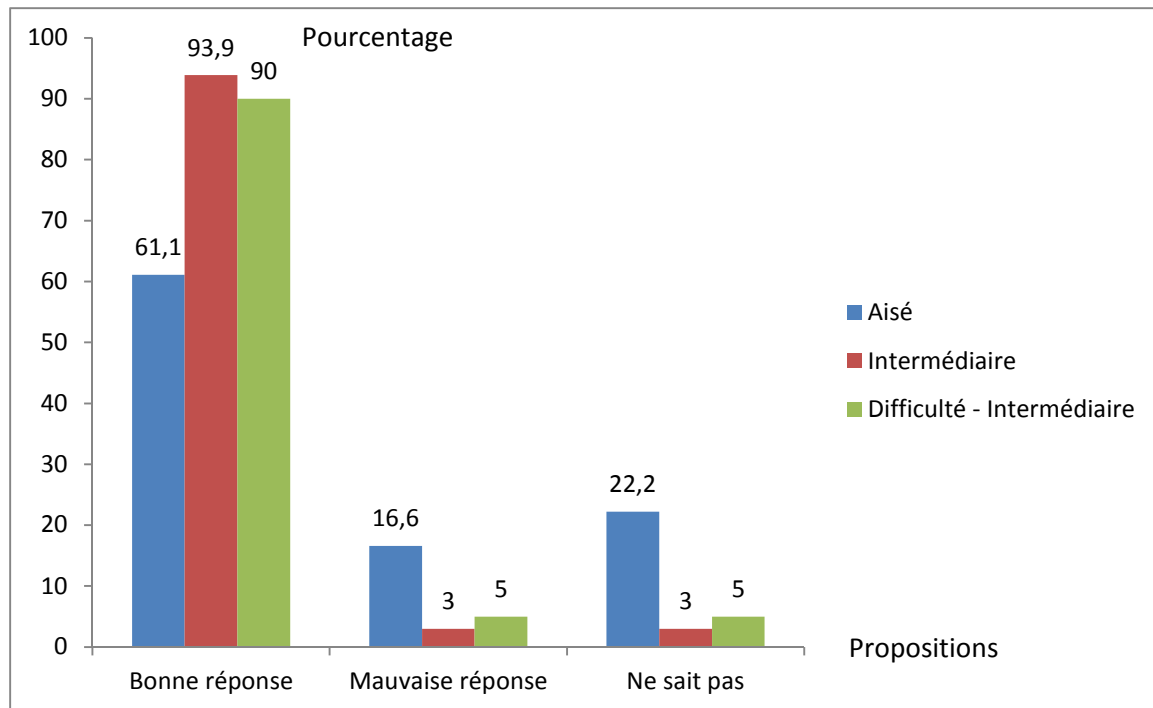
Les participants à l'étude savent que ce test se réalise à domicile (89,9% ou 80/89) mais plus de la moitié (52,8% ou 47/89) ignorent que la présence de sang dans les selles n'est pas forcément synonyme de cancer colorectal et que le test ne permet pas de poser de diagnostic certain (Tableau 20).

Deux affirmations montrent une différence entre le pays Roannais et la ville de Grenoble et son agglomération. A la question « L'intervalle de temps entre 2 tests de dépistage est de 2 ans », seules 53,8% (71/132) des personnes ont choisi la réponse attendue en milieu rural alors qu'elles sont 79,8% (71/89) en milieu urbain (Uobs : 3,96).

Le même constat est observé à l'item « Le test se fait à domicile », où le taux de bonnes réponses est de 37,9% (50/132) en milieu rural et de 89,9% (80/89) en milieu urbain (Uobs : 7,70) (Tableau 22).

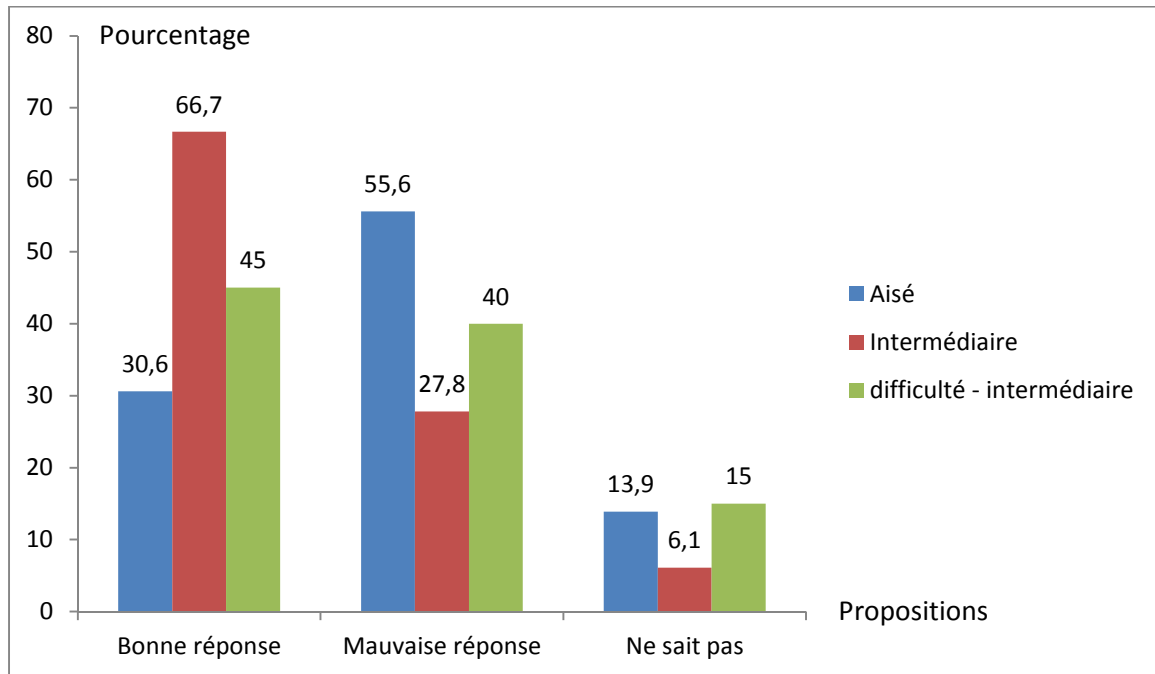
Les regroupements de la ville de Grenoble et de son agglomération en fonction du profil des IRIS montrent une différence de connaissance à la proposition « L'intervalle entre 2 tests de dépistage organisé est de 2 ans ». Le regroupement « intermédiaire » est à 93,9% de bonnes réponses (31/33), le groupe « difficulté-intermédiaire » à 90,0% (18/20). Il y a donc une différence significative avec le regroupement « aisé » qui est à 61,1%. Pour cette affirmation, le taux de réponse attendue est influencé par le niveau social (χ_{obs} : 13,16) (Figure 29)

Figure 29 : Réponses obtenue à l'affirmation « L'intervalle entre 2 tests de dépistage organisé est de 2 ans » en fonction du niveau social des personnes interrogées en pourcentage.



Il existe également une très forte différence entre les regroupements de la ville de Grenoble et son agglomération à la proposition « C'est le test de recherche de sang dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine ». Comme précédemment, c'est le groupe ayant le profil « aisé » qui a le taux de bonnes réponses le plus faible (30,6% ou 11/36) contre 66,7% (22/33) pour le groupe « intermédiaire » et 45% (9/20) pour le regroupement « difficulté-intermédiaire » ($\chi_{\text{obs}} : 29,11$) (Figure 30).

Figure 30 : Réponses obtenue à l'affirmation « C'est le test de recherche de sang dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine » en fonction du niveau social des zones étudiées en pourcentage.



Concernant le pronostic du cancer colorectal :

Le fait que le cancer colorectal se guérit dans plus de 9 cas sur 10 lorsqu'il est détecté tôt est une affirmation connue de 83,1% de la population étudiée grâce notamment à la campagne de publicité télévisée menée par le gouvernement et l'INCa à l'occasion de Mars bleu 2013 (Tableau 20).

Cette affirmation est aussi bien connu en milieu rural (74,2% ou 98/132) qu'en milieu urbain (83,1% ou 74/89) (Uobs : 1,56).

A la vue des résultats obtenus à cette question, le niveau social ne semble pas influencer sur les connaissances concernant le pronostic du cancer colorectal (80,6% pour le groupe « aisé », 87,9% pour le milieu « intermédiaire » et 80,0% pour le regroupement « difficulté-intermédiaire »).

Tableau 20 : Cancer colorectal et dépistage : connaissances des sujets interrogés.

Affirmations	Réponse attendue	Bonne réponse		Mauvaise réponse		Ne sait pas	
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
« Le cancer colorectal est un des cancers les plus fréquents »	VRAI	66	74,1	11	12,4	12	13,5
« Le cancer colorectal se guérit dans plus de 9 cas sur 10 lorsqu'il est détecté tôt »	VRAI	74	83,1	2	2,2	13	14,6
« Le risque d'avoir un cancer colorectal est plus élevé chez les personnes qui présentent des antécédents familiaux de polype ou de cancer »	VRAI	75	84,3	2	2,2	12	13,5
« Le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans »	VRAI	75	84,3	6	6,7	8	9,0
« C'est le test de recherche de sang dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine »	FAUX	42	47,2	37	41,6	10	11,2
« En cas de symptôme, le médecin traitant oriente le patient vers un gastroentérologue pour une coloscopie »	VRAI	77	86,5	2	2,2	8	9,0
« Le dépistage organisé du cancer colorectal permet de détecter très tôt certaines anomalies avant qu'elles ne deviennent cancéreuses »	VRAI	85	95,5	2	2,2	2	2,2
« L'intervalle de temps entre 2 tests de dépistage organisé est de 2 ans »	VRAI	71	79,8	8	9,0	10	11,2
« Si l'on participe au dépistage, on n'aura jamais de cancer »	FAUX	84	94,4	3	3,4	2	2,2
« Le test se fait à domicile »	VRAI	80	89,9	5	5,6	4	4,5
« Dans le dépistage organisé par l'ODLC, je peux continuer à être suivi(e) par mon médecin traitant et/ou par mon gastroentérologue »	VRAI	83	93,3	3	3,4	3	3,4

Peu de différences existent entre le milieu rural et le milieu urbain en ce qui concerne les connaissances sur le dépistage organisé du cancer colorectal malgré le fait que le programme était récent au moment de l'étude FORMADOC en 2008 alors que le système est mieux appréhendé par les personnes concernées en 2013.

Tableau 21 : Comparaison des réponses similaires au sujet du dépistage du cancer colorectal en milieu rural et en milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($u_{obs} < 1,96$).

Affirmation	Réponse attendue	Milieu rural		Milieu urbain		Uobs
		Effectif	%	Effectif	%	
« « Le cancer colorectal est un des cancers les plus fréquents » »	VRAI	86/132	65,2	66/89	74,1	1,40
« Le cancer colorectal se guérit dans plus de 9 cas sur 10 lorsqu'il est détecté tôt »	VRAI	98/132	74,2	74/89	83,1	1,56
« Le risque d'avoir un cancer colorectal est plus élevé chez les personnes qui ont des antécédents familiaux de polypes ou de cancer »	VRAI	112/132	84,9	75/89	84,3	0,12
« Le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans »	VRAI	98/132	74,2	75/89	84,3	1,79
« C'est la recherche de sang dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine »	FAUX	53/132	40,1	42/89	47,2	1,05
« En cas de symptôme, le médecin traitant oriente le patient vers un gastroentérologue pour une coloscopie »	VRAI	120/132	90,9	77/89	86,5	1,03
« Le dépistage organisé du cancer colorectal permet de détecter très tôt certaines anomalies avant qu'elles ne deviennent cancéreuses »	VRAI	121/132	91,7	85/89	95,5	1,10
« Si l'on participe au dépistage, on n'aura jamais de cancer »	FAUX	115/132	87,1	84/89	94,4	1,77

Tableau 22 : Comparaison des réponses ayant une différence significative au sujet du cancer colorectal entre le milieu rural et le milieu urbain grâce au test de comparaison de fréquences ($U_{obs} > 1,96$).

Affirmation	Réponse attendue	Milieu rural		Milieu urbain		Uobs
		effectif	%	Effectif	%	
« L'intervalle de temps entre 2 tests de dépistage est de 2 ans »	VRAI	71/132	53,8	71/89	79,8	3,96
« le test se fait à domicile »	VRAI	50/132	37,9	80/89	89,9	7,70

4.2.3.3.2 Participation au dépistage organisé du cancer colorectal

Près de trois quarts des personnes interrogées participent au dépistage organisé du cancer colorectal mis en place par l'ODLC (74,2% soit 66/89). Parmi ces personnes, on compte 47 femmes (71,2%) pour 19 hommes (28,8%). Ce sont les retraités qui participent le plus au programme de dépistage avec 45 participants, il y a également 30 actifs et 1 personne à la recherche d'un emploi. Enfin, 65,6% des personnes participant à ce dépistage sont mariées/pacsées/concubinage (43/66), 22,7% (15/66) sont veufs (ves) ou divorcé(e)s et 12,1% sont célibataires (8/66).

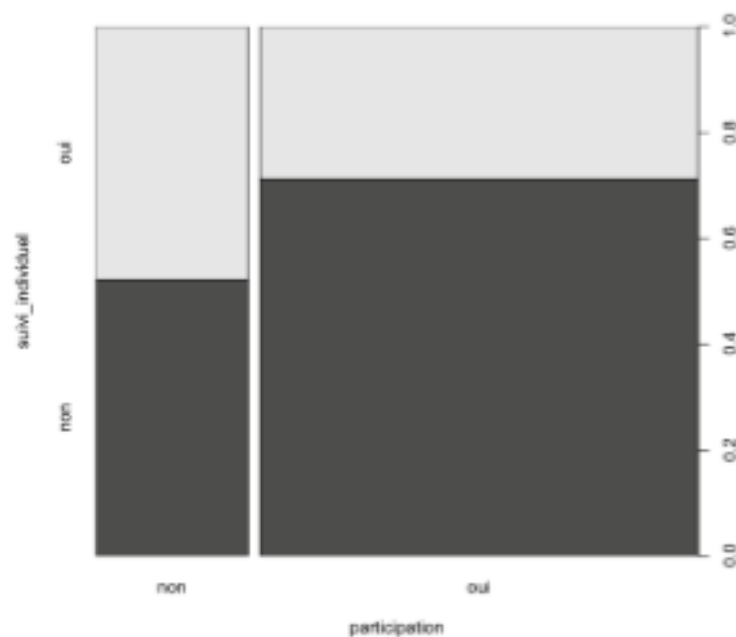
La comparaison avec le milieu rural est très nette puisqu'au cours de l'étude FORMADOC, seuls 22 patients avaient participé au test de dépistage (22/132 ou 16,7%) ($U_{obs} : 8,56$).

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal n'est pas dépendant des regroupements de la ville de Grenoble et son agglomération ($\chi_{obs} : 0,71$).

23 personnes n'ont jamais participé au dépistage organisé du cancer colorectal soit un quart des sujets interrogés (25,8%). On compte parmi eux 60,9% de femmes (14/23) et 39,1% d'hommes. Sur les 14 femmes n'y participant pas, la moitié effectue pourtant le dépistage organisé du cancer du sein (7/14) et 6/14 utilisent le dépistage individuel pour le cancer du

sein. 60,9% sont des personnes âgées de 60 à 74 ans. Il y a presque autant de retraités (47,8% ou 11/23) que de personnes actives (43,5% ou 10/23) et presque autant de personnes mariées (pacsées ou en concubinage) (39,1% ou 9/23) que de sujets veufs ou divorcés (47,8 ou 11/23). Parmi ces 23 individus, seule la moitié est suivie (11/23) pour le cancer colorectal ce qui signifie que l'autre moitié n'a aucun suivi en ce qui concerne ce cancer. Ces dernières personnes représentent 13,5% des sujets interrogés au cours de l'étude réalisée en milieu urbain (Figure 31)

Figure 31 : Nombre de personnes ayant un suivi individuel pour le cancer colorectal en fonction du taux de participation au dépistage organisé pour ce cancer en milieu urbain.



89,4% des personnes pensent que ce test est simple à réaliser (59/66) cependant 6 estiment avoir manqué d'informations avant de le réaliser (9,1%) dont 5 appartiennent au groupe « aisé ». Les délais d'attente des résultats sont satisfaisants pour 59,1% des individus (39/66).

Les réponses données en milieu rural sont plutôt en accord avec celles obtenues en milieu urbain en ce qui concerne les impressions du test Hémocult II® notamment sur les délais d'attente des résultats qui sont satisfaisants de part et d'autre ($\chi_{obs} : 6,66$).

Les raisons de la non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal sont nombreuses et variées :

- 26,1% estiment que le test est rebutant (6/23)
- 26,1% ne se sentent pas concernés par ce dépistage notamment en l'absence d'antécédents familiaux de cancer colorectal.
- 13,0% (3/23) des sujets étudiés ne comprennent pas l'intérêt d'un tel dépistage.
- 8,7% (2/23) des patients se disent angoissés par les résultats ou manquer de temps pour réaliser le test.
- 4,3% (1/23) n'ose pas en parler à son médecin.
- 4,3% (1/23) estime ne pas avoir assez d'information au sujet du test et du dépistage organisé du cancer colorectal. Cette personne souhaite avoir des informations complémentaires sur le test Hémocult II® et des renseignements sur l'après dépistage en cas de résultat positif.

De nombreux individus (15/23 ou 65,2%) ont souhaité ajouter des causes pour expliquer leur non-participation au dépistage organisé du cancer (Tableau 23).

Tableau 23 : Motifs de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal (question à réponses multiples)

Réponses proposées	Nombre de réponses obtenues	% de répondants
« Vous vous sentez angoissé par les résultats »	2	8,7
« Vous n'osez pas en parler à votre médecin »	1	4,3
« Vous n'avez pas de moyen de transport, ni proche pour vous accompagner chez le médecin »	0	0,0
« Vous ne comprenez pas l'intérêt du dépistage organisé »	3	13,0
« Vous n'avez pas eu assez d'information à ce sujet »	1	4,3
« Vous ne vous sentez pas concerné par ce dépistage »	6	26,1
« Manque de temps »	2	8,7
« Vous redoutez les frais médicaux que cela pourrait engendrer »	0	0,0
« Le test me rebute »	6	26,1
Autre		
« par négligence »	3	13,0
« pas envie »	1	4,3
« dépistage individuel car antécédents familiaux »	5	2,1
« vient d'avoir 50 ans et vient de recevoir le test »	2	
« angoisse d'un traitement anticancéreux et de l'attente des résultats car le patient a déjà connu cela pour un cancer de la prostate »	1	8,7
« selles trop liquides »	1	4,3
« manque de sérieux de recevoir un courrier pas la poste »	1	4,3
« moindre qualité, examen impersonnel »	1	4,3
Nombre total de réponses obtenues	36	-
Nombre de répondants	23	-

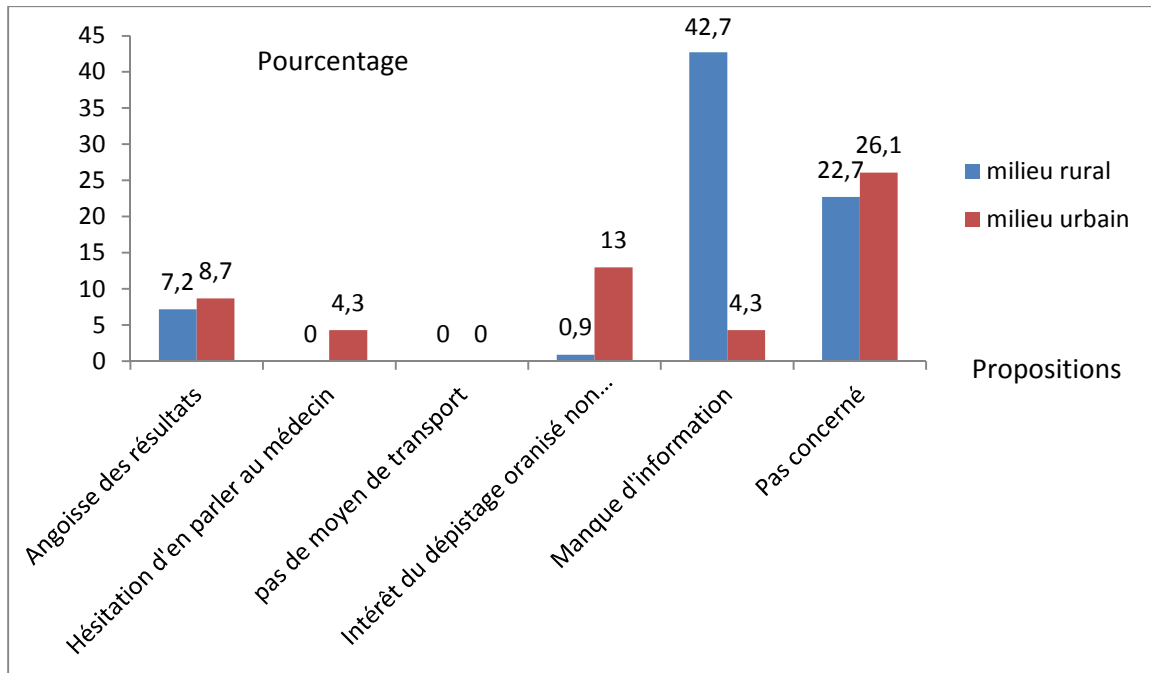
Quel que soit le milieu interrogé (rural ou urbain), le nombre de personnes ne se sentant pas concernées par ce dépistage est sensiblement le même (22,7% dans le pays Roannais contre 26,1 dans Grenoble et son agglomération). Il en est de même pour le nombre de personnes angoissées par les résultats du test (7,2% en milieu rural contre 8,7% en milieu urbain). Les sujets du milieu rural étaient demandeurs d'informations (42,7%) car ils n'en avaient eu que très peu du fait que le programme de dépistage était récent. Quatre ans et demi après, les personnes du milieu urbain semblent avoir suffisamment d'informations puisqu'une seule personne a choisi cette réponse.

Une seule personne ne comprend pas l'intérêt du dépistage organisé en milieu rural (0,9%) alors que 13,0% des personnes doutent de son utilité en milieu urbain.

Aucun individu n'a choisi la réponse « Vous n'avez pas de moyen de transport ni proche pour vous accompagner chez le médecin » ni en milieu rural, ni en milieu urbain.

Enfin 1 personne n'ose pas en parler à son médecin dans la région de Grenoble et son agglomération (Figure 32).

Figure 32 : Comparaison des raisons de non-participation au dépistage organisé du cancer colorectal entre le milieu rural et le milieu urbain en pourcentage.



Comme pour le cancer du sein, c'est le groupe « difficulté – intermédiaire » qui est le plus coopérant avec le programme de dépistage organisé du cancer colorectal avec seulement 17,4% de non-participation (4/23) (43,5% dans le groupe « intermédiaire » et 39,1% dans le regroupement « aisé »).

Parmi les 6 personnes ne se sentant pas concernées par le dépistage organisé du cancer colorectal, 5 font partie du groupe « aisé » soit 83,3% d'entre elles (5/6). La personne qui n'ose pas en parler à son médecin traitant se situe dans le regroupement « difficulté – intermédiaire » cependant elle n'a pas donné d'autre explication sur cette raison. Enfin, le test reste rebutant quel que soit le regroupement étudié puisque 3 personnes du regroupement « aisé » ont choisi cette proposition, 1 du groupe « intermédiaire » et 2 du regroupement « difficulté – intermédiaire ».

4.2.3.3.3 Informations complémentaires et dépistage organisé du cancer colorectal

Plus de la moitié des personnes interrogées souhaitent avoir des informations complémentaires (51,1% ou 46/90)

- C'est la pathologie du cancer colorectal qui revient le plus souvent en étant cité 33 fois parmi les 46 répondants (71,7%). Une personne a ajouté qu'elle aimerait avoir des précisions sur la localisation d'un cancer colorectal (« où se situe-t-il exactement ? »). Cette constatation montre effectivement que le cancer n'est pas encore bien connu des patients et pose encore beaucoup d'interrogations malgré des réponses plutôt correctes lors des questionnaires VRAI/FAUX/NE SAIT PAS examinés précédemment.
- La proposition qui arrive en seconde place est « des renseignements sur l'après-dépistage » demandée 26 fois (56,5%). Ce taux de réponse est représentatif de l'angoisse qu'un éventuel diagnostic peut provoquer chez les patients.
- 41,3% des personnes (19/46) souhaiteraient avoir plus d'informations sur le test Hémocult II®.
- 32,6% (15/46) aimeraient avoir plus de détails sur le dépistage organisé du cancer colorectal.
- 10 personnes voudraient connaître les démarches à suivre pour y participer (21,7%). Parmi ces 10 personnes, 5 ne participent pas au dépistage organisé en temps normal mais à la fin de ce questionnaire, ces individus semblaient plutôt intéressés par l'idée.

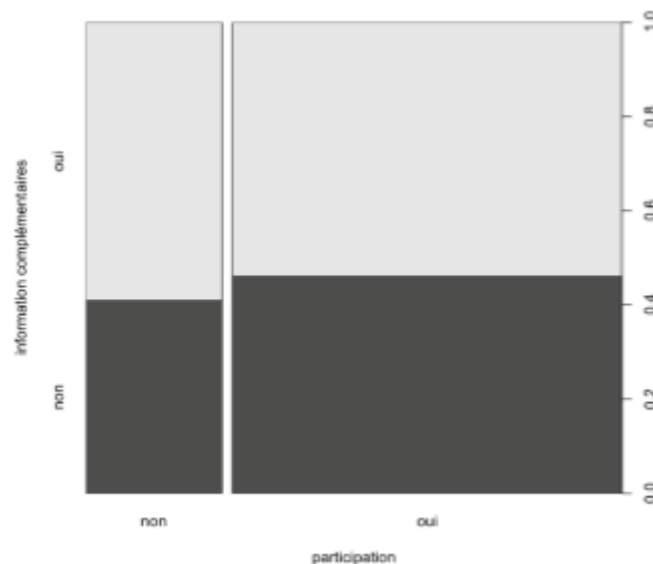
Parmi les 23 sujets ne participant pas au dépistage organisé, plus de la moitié (13/23 ou 56,5%) souhaitent avoir des informations complémentaires. Leurs demandes sont sensiblement les mêmes que les personnes participant déjà au dépistage organisé :

- 69,2% souhaiteraient avoir plus d'informations sur le cancer colorectal (9/13)
- 61,5% voudraient avoir des renseignements sur l'après dépistage (8/13)

- 53,8% (ou 7/13) aimeraient connaître le fonctionnement du dépistage organisé du cancer colorectal (avantages et inconvénients) et le test Hémocult II®.

10 personnes ne participant pas au dépistage organisé ne souhaitent avoir aucune information complémentaire sur les différents sujets ; ceci montre leur refus de participer au dépistage organisé pour le moment (Figure 33).

Figure 33 : Demande d'informations complémentaires des personnes en fonction du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal en milieu urbain.

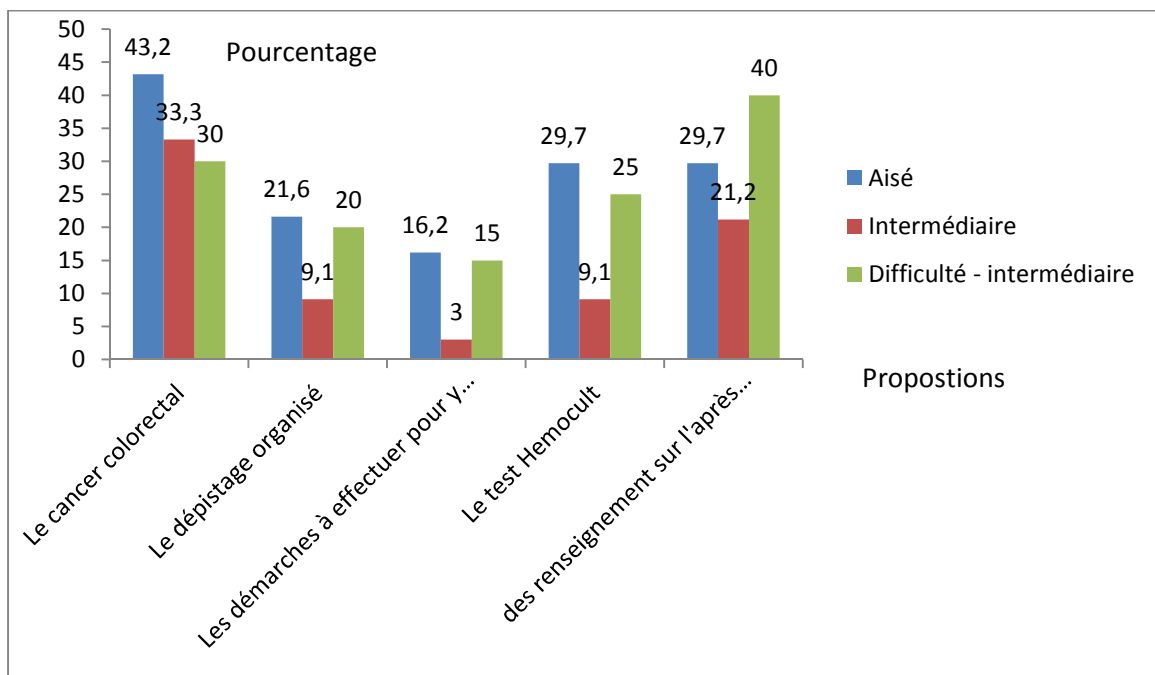


Lorsqu'on compare les résultats obtenus en milieu rural (34,8% ou 46/132) et en milieu urbain (51,1% ou 46/90), il existe une différence significative entre les deux (Uobs : 2,42).

Ce résultat est plutôt étonnant car il montre que les patients du milieu urbain sont plus « curieux » sur le sujet que les individus du milieu rural alors qu'au moment de l'enquête dans le Pays Roannais, le sujet était récent et peu connu de la population. On peut voir grâce à ce constat une forme de réticence et de méfiance de la part des personnes au départ qui semble s'atténuer avec le temps puisque 5 ans plus tard, les patients sont devenus demandeurs d'informations.

Des renseignements sur le cancer colorectal sont demandés dans les 3 regroupements de la ville de Grenoble et son agglomération (43,2% dans le groupe « aisé », 33,3% pour le groupe « intermédiaire » et 30,0% pour le regroupement « difficulté – intermédiaire »). Comme dit précédemment, l'après – dépistage est une préoccupation majeure dans les 3 groupes, très importante dans le regroupement « difficulté – intermédiaire » (40%), près de 30,0% dans le groupe « aisé » et 21,2% dans le groupe « intermédiaire ». La répartition des résultats obtenus est la suivante : (Figure 34)

Figure 34: Informations complémentaires souhaitées sur le dépistage organisé du cancer colorectal en fonction du niveau social des zones étudiées en milieu urbain (question à réponses multiples).



4.2.3.4 Le dépistage et la pharmacie

4.2.3.4.1 L'officine, un lieu de prévention

71,1% des personnes ayant participé à l'enquête se disent attentives aux messages de prévention santé diffusés dans les pharmacies (38/90 ont répondu « oui, tout à fait » et 26/90 ont choisi « oui, plutôt »). Ceci signifie que plus d'un quart des personnes (27,8% ou 25/90) ne sont pas sensibles à ces messages de prévention. Une personne a choisi de répondre « il n'y en a pas dans la pharmacie où je vais » en précisant qu'il n'en avait jamais vu. Cependant, d'autres participants de cette pharmacie ont choisi d'autres réponses (4 pour « oui, tout à fait », 4 ont choisi « oui, plutôt », « non pas du tout » a été coché 3 fois, « Non pas du tout » n'a jamais été choisi).

En revanche, les réponses sont plus tranchées lorsque les conseils sont apportés par le pharmacien car 50% des personnes (45/90) se disent « très sensibles » à ces messages et 47,8% y sont « plutôt sensibles » (43/90). 2 personnes sont « plutôt peu sensibles » à ces messages (1 homme et 1 femme qui proviennent tous deux du regroupement « intermédiaire »).

Enfin pour 57,8 % des personnes, la pharmacie d'officine est un lieu suffisamment confidentiel pour pouvoir parler de sujets tels que les cancers et les dépistages (26/90 ont répondu « oui tout à fait » et la même proportion « oui plutôt »). Cependant, plus d'un tiers (38/90) estiment que ce lieu n'est pas assez confidentiel (24/90 ont dit « Non plutôt pas » et 14/90 « non, pas du tout »). La plupart des personnes ont tout de même rajouté que cela dépendait des pharmacies et des périodes d'affluence des officines.

Il n'y a aucune différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural en ce qui concerne la prévention à l'officine. Les messages de prévention sont aussi bien remarqués dans le pays Roannais (59,5% soit 78/131) que dans la ville de Grenoble et son agglomération (71,1% ou 64/90) (Uobs : 1,76 pour les réponses positives et Uobs : 1,82 pour les réponses

négatives). Les conseils donnés par le pharmacien sont également aussi bien accueillis en ville (97,8% ou 88/90) qu'à la campagne (94,7%) (Uobs : 1,15) et la confidentialité est estimée de la même façon en milieu rural (54,2%) qu'en milieu urbain (57,8% soit 52/90) (Uobs : 0,53). Aucune différence n'existe non plus entre le regroupement par IRIS de la ville de Grenoble et son agglomération : les réponses à la question « êtes-vous attentif aux messages de prévention santé diffusés dans les pharmacies ? » sont similaires (χ_{obs} : 0,22), la sensibilité des personnes aux messages de prévention donnés par le pharmacien est semblable (χ_{obs} : 2,88). Les personnes portent le même jugement sur le fait que l'officine soit un lieu suffisamment confidentiel quel que soit le regroupement (« aisé », « intermédiaire » ou « difficulté – intermédiaire ») (χ_{obs} : 1,76).

4.2.3.4.2 Le pharmacien d'officine, un acteur de prévention

Lorsqu'on pose la question aux patients pour savoir s'ils leur est déjà arrivé de poser des questions à ce sujet à leur pharmacien, les trois quarts (75,6% ou 68/90) ont choisi la réponse « non jamais ». Il est intéressant tout de même de noter qu'à l'inverse 24,4% de la population urbaine s'est déjà renseignée sur ce sujet auprès de leur pharmacien.

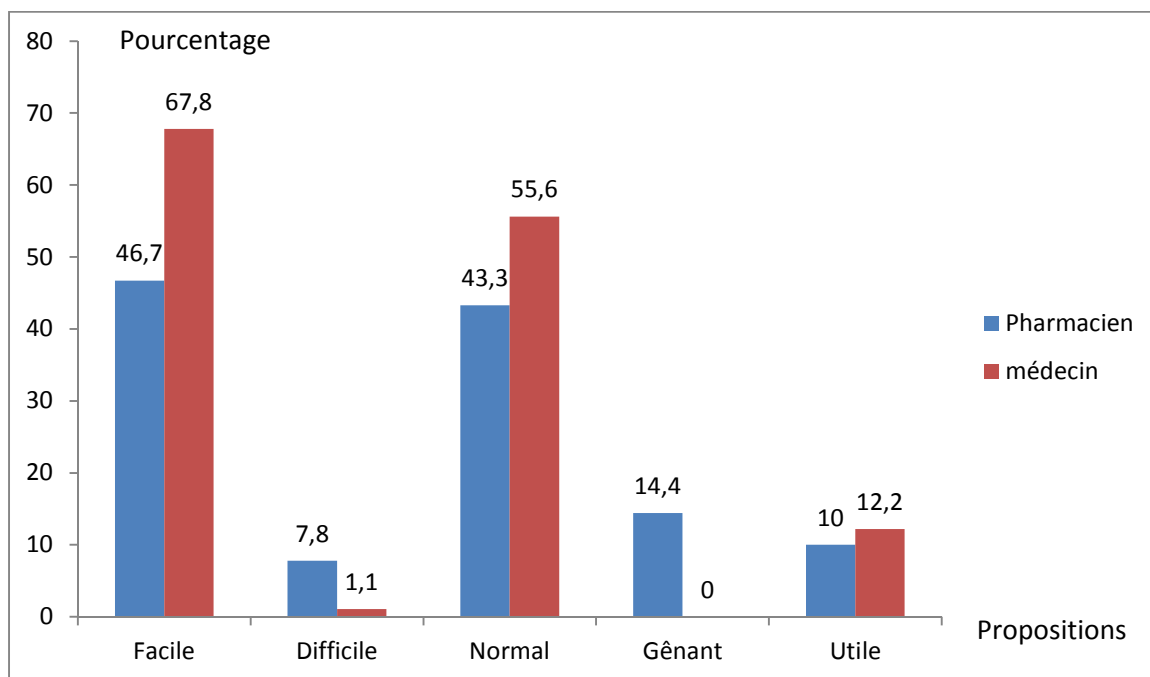
Les pharmaciens de Grenoble et de l'agglomération grenobloise semblent donc plus sollicités sur les dépistages organisés des cancers qu'en milieu rural où 93,8% (123/131) n'ont jamais posé la question (Uobs : 3,86).

Malgré une différence au niveau territorial, les réponses sont identiques dans toutes les pharmacies de la ville de Grenoble et de son agglomération (χ_{obs} : 1,22). Cependant, il est également intéressant de noter que c'est le regroupement « aisé » qui pose le moins de question à ce sujet (81,1% (30/37) contre 75% (15/20) pour les personnes issues des IRIS « difficulté – intermédiaire » et 69,7% pour le groupe « intermédiaire » (23/33)).

Lorsqu'on demande aux personnes leur ressenti sur le fait de demander des renseignements sur les dépistages organisés des cancers à leur médecin et à leur pharmacien (question 18 et

19), il existe une différence significative entre les deux (pvalue : 0,026). 42 personnes trouvent la démarche « facile » avec leur pharmacien contre 61 avec leur médecin. 43,3% des personnes (39/90) trouvent la démarche « normale » avec leur pharmacien contre 50/90 (55,6%) avec leur médecin. 14,4% des personnes se sentiraient gênées de demander des informations sur les dépistages organisés des cancers à leur pharmacien alors que personne ne trouve cela gênant avec le médecin. 7 personnes (7,8%) trouvent la démarche « difficile » avec leur pharmacien alors que ce résultat baisse à 1,1% (1/90) pour le médecin traitant. En ce qui concerne l'utilité de cette démarche, elle paraît identique que les questions soient posées au médecin traitant (11/90 ou 12,2%) ou chez le pharmacien (9/90 ou 10,0%) (Figure 35).

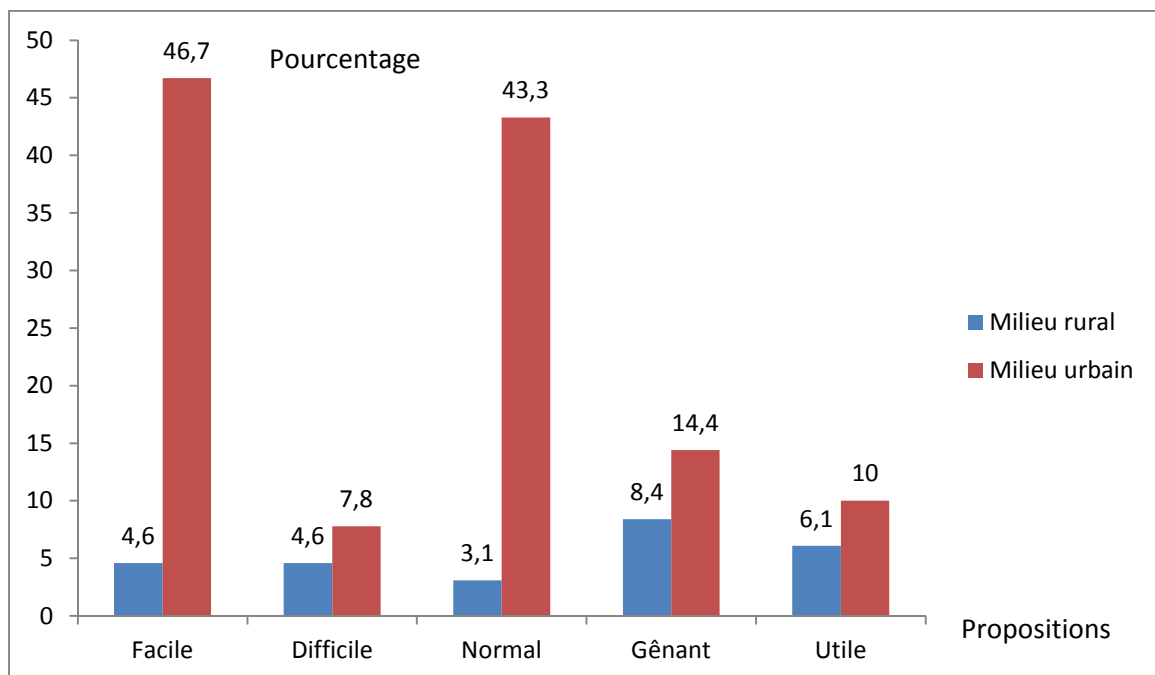
Figure 35 : Comparaison des réponses obtenues en milieu urbain entre le pharmacien et le médecin à la question « Demander des informations sur le dépistage organisé des cancers à votre pharmacien/médecin vous semble : ? » (Question à réponses multiples).



De fortes différences sont présentes entre l'étude faite en 2008 dans le pays Roannais et celle faite à Grenoble et son agglomération en 2013. En milieu rural, seuls 4,6% des sujets trouvent

la démarche « facile » avec le pharmacien (Uobs : 7,46 en comparaison avec le milieu urbain (46,7%)) et 3,1 la trouve « normale » (Uobs : 7,43 en comparaison avec le milieu urbain (43,3%)). Pour les autres propositions concernant le pharmacien, il n'existe pas de différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural : la fréquence observée (Uobs) pour « difficile » est de 0,99, celle pour « gênant » est de 1,41 et enfin la Uobs de la réponse « utile » est de 1,07 (Figure 36).

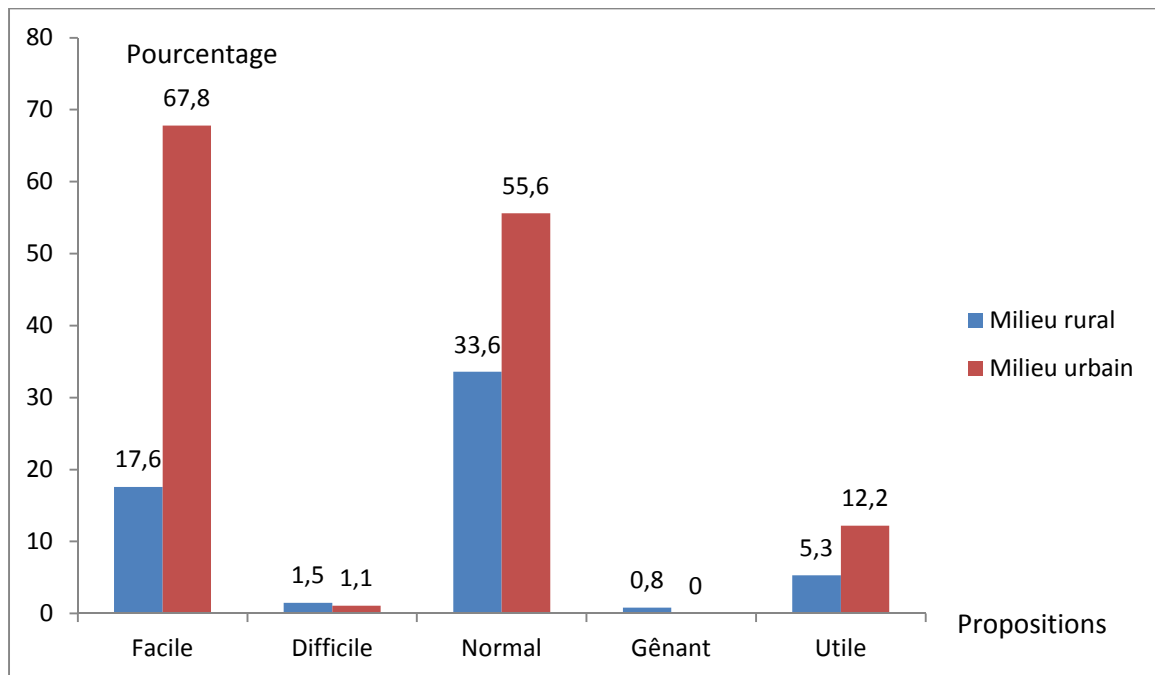
Figure 36 : Comparaison des réponses choisies (en pourcentage) en milieu rural et en milieu urbain à la question : « demander des informations sur les dépistages organisés des cancers à votre pharmacien vous semble : ? » (Question à réponses multiples).



Il existe une différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural en ce qui concerne la facilité et la normalité à parler du sujet à son médecin (respectivement Uobs : 7,55 et 3,25). Les autres réponses ne présentent pas de différences significatives (Uobs : 1,85 pour « utile », 0,85 pour la réponse « gênant » et 0,25 pour « difficile »). Il est cependant important

de préciser que la réponse « gênant » n'a jamais été choisie en milieu urbain et 1 seule personne a répondu que cela lui semblait difficile (Figure 37)

Figure 37 : Comparaison des réponses choisies (en pourcentage) en milieu rural et en milieu urbain à la question : « demander des informations sur les dépistages organisés des cancers à votre médecin vous semble : ? » (Question à réponses multiples).



Il n'existe pas de différence significative parmi les regroupements de la ville de Grenoble et son agglomération sur le fait de demander des informations à son pharmacien ($\chi_{obs} : 2,81$) ou à son médecin ($\chi_{obs} : 0,56$).

Enfin, 68,9% des personnes interrogées (62/90) écouteront leur pharmacien si celui-ci leur suggérerait de participer aux dépistages organisés des cancers et 1 femme a dit qu'elle l'écouterait et qu'elle en parlerait à son médecin par la suite ce qui augmente le score à 70,0% (63/90). 28,9% des personnes interrogées (26/90) préféreraient dans un premier temps en

parler à leur médecin traitant. 1 personne aimerait en parler à son entourage et 2 individus en parleraient à un autre professionnel de santé (« gastroentérologue, infirmière... »).

En milieu rural, les personnes semblent plus confiantes en leur pharmacien qu'en ville, puisque 90,1% des sujets (118/131) avaient répondu qu'ils écouteront leur pharmacien si celui-ci leur conseillait de participer au dépistage organisé des cancers alors que ce résultat n'est que de 70,0% en milieu urbain (Uobs : 3,81).

Aucune différence n'apparaît en revanche en fonction des profils sociaux des IRIS de la ville de Grenoble et son agglomération. Le constat est donc le même que pour le milieu urbain en règle générale ; près de 70,0% de la population serait prête à suivre les conseils de leur pharmacien si celui-ci leur proposait de participer aux dépistages organisés des cancers.

Quelques personnes (16/90) ont souhaité ajouter des commentaires à ce questionnaire :

- Nécessité d'un lieu confidentiel pour parler de ce sujet librement (7 personnes sur 16).
- Test Hémocult II® disponible à la pharmacie, sans être obligé de prendre rendez-vous chez le médecin et payer une consultation (4/16).
- la prévention est un des rôles majeurs du pharmacien et il est important que ce professionnel de santé soit présent et apporte des informations sur ce sujet (2/16).
- « le médecin est plus habilité à ce genre de chose » (2/16)
- Ne comprend pas l'intérêt de la mammographie de dépistage organisé notamment pour les personnes sans antécédents de cancer du sein (1/16), interrogations sur la « dose de rayons » reçu lors de cet examen (malgré une participation au dépistage organisé régulière).

4.3 Discussion

4.3.1 L'étude réalisée en milieu urbain

4.3.1.1 Les points forts de l'étude

4.3.1.1.1 Le type d'étude

Comme pour l'étude FORMADOC, cette enquête s'intéresse aux dépistages organisés des cancers (sein et colorectal) selon trois axes différents : le pharmacien et le dépistage, le public et le dépistage et enfin le public et le pharmacien d'officine.

Cette enquête permet d'évaluer sur une même population, les inégalités de santé et d'accès aux soins sur le plan social qui font partie des priorités du troisième Plan Cancer.

Les résultats obtenus permettent d'étudier également les inégalités territoriales en comparant l'enquête FORMADOC réalisée en milieu rural et celle réalisée en 2013 en milieu urbain mais aussi les inégalités sociales sur les différents secteurs de la ville de Grenoble et son agglomération.

Des « form'actions » sont déjà à disposition (suite à l'étude FORMADOC puis à son évolution avec FORMADOC 2) pour permettre à tous les professionnels de santé (officinaux, soignants et salariés du secteur social) de se former et apprendre à communiquer sur ce sujet. Cette étude aura permis de préciser les attentes des officinaux, et grâce au questionnaire patient, de connaître les « lacunes » de la population afin de cibler au mieux le discours à leur délivrer.

4.3.1.1.2 L'analyse des données

Un des intérêts majeurs de cette étude est notamment le fait d'avoir mis en œuvre des tests statistiques appropriés qui permettent des comparaisons avec les études réalisées précédemment. Ceci permet de porter un avis en terme de causalité.

4.3.1.1.3 Recueil des données

L'étude a été réalisée pendant un mois et demi dans les pharmacies ayant accepté de participer pendant la présence d'un stagiaire de 6^{ème} année ce qui permet de capter toutes les populations à n'importe quelle heure de la journée, et n'importe quel jour de la semaine. Cet avantage n'a pas été présent dans toutes les officines ce qui amène à un point négatif détaillé ci-dessous.

4.3.1.1.4 Nombre de participants

Le nombre de participants reste un point fort de cette étude. En effet, grâce à ce nombre très largement supérieur à 30, des tests statistiques ont pu être réalisés. Cependant, lors d'une étude comme celle-ci, plus le nombre de participants est important, plus les résultats sont représentatifs.

4.3.1.2 Limites de l'étude

4.3.1.2.1 La durée de l'étude

La durée de l'étude est un des éléments importants à souligner car elle n'a pas été la même dans toutes les officines. En effet, elle s'est déroulée sur une période courte de 2 mois et demi au total (du 15 avril au 1^{er} juillet 2013). Pour les pharmacies ayant accepté de participer à l'étude à partir de mi-avril, les questionnaires ont pu être diffusés pendant un mois et demi (jusqu' à fin mai) alors que l'enquête s'est déroulée sur une demi-journée ou une journée dans les autres pharmacies, au cours du mois de juin/juillet.

4.3.1.2.2 Les biais d'échantillonnage

Pour l'étude, plusieurs enquêteurs (5 étudiants en 6^{ème} année au total) ont accompagné les patients lors du remplissage du questionnaire. Un « Document pour la personne

accompagnant le remplissage du questionnaire » (Annexe 4) était à disposition des enquêteurs pour normaliser au mieux la démarche et aider les enquêteurs à répondre aux interrogations des patients. Parmi les 90 patients interrogés, 56 l'ont été par la même personne, cependant, un biais d'investigation n'est pas à écarter.

La population participant à l'étude représente à elle seule un biais d'échantillonnage car ce ne sont que des patients qui se rendent à la pharmacie. De plus, les patients qui m'ont été présentés par les équipes officinales ont été « choisies » (les personnes « accessibles », celles qui « accepteraient facilement », que « ça ne dérangerait pas »). Enfin, parmi tous ces individus, seuls ceux ayant accepté de participer entrent dans cette étude.

4.3.1.2.3 Les effectifs

Les effectifs parfois trop faibles ont limité l'analyse statistique notamment lors des comparaisons entre les regroupements des IRIS de la ville de Grenoble et son agglomération. Des comparaisons descriptives ont alors été effectuées. Il faut aussi souligner que lorsque les effectifs sont faibles, ils ne sont pas toujours représentatifs de la population ce qui peut expliquer des résultats surprenant ou en désaccord avec des études déjà présentes dans la littérature.

Les biais de recrutement seraient minimisés si le nombre de participants était supérieur mais aussi en augmentant le nombre d'officines sélectionnées.

4.3.1.3 La grille d'observation des pharmacies

Elle permet de mettre en évidence l'intérêt plus ou moins important des patients pour les brochures, affiches de prévention, magazines... mis à leur disposition du point de vue des pharmaciens en fonction de l'aménagement des officines. Il en ressort que, lorsque les brochures sont mises en valeur (présentoirs par exemple), les patients présentent un fort

intérêt pour celles-ci d'après le personnel des pharmacies. Même lorsque les brochures et affiches ont une visibilité dite « moyenne », l'intérêt des patients est présent. Cela montre que les personnes se présentant dans les pharmacies sont intéressées par les informations médicales mises à leur disposition. Cependant l'attitude des patients pendant l'attente est, selon les équipes officinales interrogées, « la passivité ». Cette attitude serait à exploiter pour pouvoir transmettre des messages de prévention sur les dépistages organisés des cancers grâce à des écrans ou tablettes électroniques par exemple ou en mettant plus en avant les brochures et affiches de prévention. Cependant, cela demande un certain investissement de la part des pharmacies pas toujours possible financièrement ou même en terme de place dans l'espace de vente des officines.

4.3.1.4 Le questionnaire pharmacien/préparateur

81% des officinaux (pharmaciens et préparateurs) pensent que la prévention fait partie de leur métier dont 90,5% de pharmaciens. Cependant de nombreux freins ont été soulevés lors de cette étude au sujet des dépistages organisés des cancers. La mise en place de formations semblables à celle de FORMADOC 1 permettrait d'aider les pharmaciens et préparateurs à :

- Acquérir des informations supplémentaires sur le sujet car 57,1% d'entre eux ne pensent pas avoir les connaissances suffisantes pour parler du dépistage organisé du cancer du sein spontanément et 69,0% ne pensent pas en savoir suffisamment sur le dépistage organisé du cancer colorectal. Près de la moitié des pharmaciens (47,6% pour le cancer du sein et 54,7% pour le cancer colorectal) et plus des trois quarts des préparateurs (88,2% dans les deux cas) ne se sentent pas suffisamment compétents dans ce domaine. La formation permettrait de répondre à leurs attentes en termes de manque de formation et d'information.

- Apprendre à communiquer plus facilement sur le sujet des dépistages organisés des cancers car plus de la moitié des officinaux n'en ont jamais parlé spontanément (57,1%) et 10% d'entre eux trouvent difficile d'amener le sujet dans la conversation.

Le problème de la confidentialité semble en partie résolu puisque des zones prévues à cet effet sont devenues obligatoires dans les pharmacies d'officine grâce aux entretiens pharmaceutiques mis en place au 1^{er} janvier 2013. Le sujet des dépistages organisés peut être abordé lors de ces entretiens pour les personnes concernées et la zone de confidentialité pourrait permettre de parler plus librement de ce sujet que ce soit pour les patients ou pour les officinaux.

Enfin certains officinaux aimeraient avoir des brochures « avec un message simple » à disposition notamment lors des opérations « Octobre Rose » et « Mars Bleu » à disposer dans les sacs des patients. La plupart d'entre eux pensent que cette démarche les aiderait à aborder le sujet plus facilement car 64,3% des officinaux n'ont pas de difficulté à parler des dépistages organisés des cancers.

4.3.1.5 Le questionnaire patient

4.3.1.5.1 Le dépistage organisé du cancer du sein

L'étude FADO-sein parue en Juin 2007 (35) (sur une étude faite en 2005) a permis de mettre en évidence les facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein. La comparaison de cette étude réalisée sur la France entière à notre étude réalisée en 2013 peut être intéressante pour voir d'éventuelles évolutions au cours de ces six dernières années.

Lors de l'étude FADO-sein, les femmes participant au dépistage organisé du cancer du sein trouvaient l'examen douloureux (11,2%) et embarrassant (5%). Lors de l'étude réalisée en 2013 sur notre territoire, ces valeurs sont respectivement de 27,7% et 6,4%. Le résultat pour la réponse « examen embarrassant » est du même ordre de grandeur et cela ne semble pas

diminuer avec les années. Il est difficile d'expliquer la différence obtenue pour la réponse « examen douloureux » ; cela est peut-être dû au fait d'une étude réalisée sur un territoire restreint en 2013 et uniquement urbain (Grenoble et agglomération grenobloise) contre la France entière pour l'étude FADO-sein.

1 femme (2,1%) lors de l'étude faite en 2013 en ville s'interroge beaucoup sur la dangerosité de l'examen pour la santé. Elle participe cependant au dépistage organisé. Ce chiffre, proche de celui de l'étude FADO-sein (0,3%), montre que la balance bénéfice/risque de l'examen est peut-être encore mal connue de la population cible et il serait important d'insister sur les avantages du dépistage.

Pour les raisons de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein, 65,9% des personnes déplorait un décalage entre les mammographies prescrites par leur gynécologue et l'envoi par courrier de celle du dépistage organisé lors de l'étude FADO-sein. De ce fait, la mammographie de dépistage organisé n'est pas réalisée. Ce pourcentage tombe à 3% pour l'étude réalisée en milieu urbain (Grenoble et agglomération grenobloise). Aucune femme n'a choisi de répondre « par manque de temps » à Grenoble alors que cette réponse avait été choisie à hauteur de 23,8% en 2005. Enfin 7,1% des femmes estiment ne pas être concernées en milieu urbain alors que ce chiffre était de 20,1% il y a 8 ans au niveau national. Trois hypothèses sont alors envisageables :

- les études n'ayant pas été réalisées sur la même période, à 8 années d'écart, les mentalités ont pu évoluer (plutôt dans le bon sens) puisque le manque de temps et l'oubli ne sont plus des raisons valables et l'absence d'antécédents freine moins les femmes que lors de l'étude FADO-sein
- soit l'étude faite en 2013 possède un effectif trop faible pour être comparée à l'étude FADO-sein

- soit les populations des deux études ne sont pas comparables car seule la population urbaine a été étudiée en 2013.

Les deux études sont en revanche sur la même longueur d'onde sur la proposition « mon médecin m'a déconseillé le dépistage organisé » (6,2% pour FADO-sein et 7,1% pour l'étude faite en 2013). En 8 ans, la proportion de médecin déconseillant la participation au dépistage organisé ne semble pas avoir diminué.

L'étude FADO-sein concluait en disant qu'il était indispensable d'insister sur le fait que la participation au dépistage organisé n'est pas incompatible avec un suivi gynécologique régulier. Cette affirmation semble bien intégrée par les femmes puisqu'elles sont 95,1% lors de l'étude réalisée en milieu urbain à l'avoir affirmé également. En revanche, comme les conclusions de l'étude FADO-sein le précisent, il est nécessaire de renforcer l'information sur la qualité du dépistage organisé et sa plus-value (double lecture, assurance qualité du dispositif) par rapport au dépistage individuel, élément peu clair à l'esprit des femmes, encore en 2013.

4.3.1.5.2 Le dépistage organisé du cancer colorectal

Une étude FADO-colon, sur le même modèle que l'étude FADO-sein a été réalisée entre 2006 et 2007 pour évaluer les facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal.

Comme lors de l'étude FADO-colon, on remarque que les femmes sont plus sensibilisées à participer au dépistage organisé du cancer colorectal que les hommes (proportion de femmes en milieu urbain 47/61 ou 77,1% contre 19/39 hommes soit 48,7%, Uobs : 3,13). En effet, elles sont également concernées par le dépistage organisé du cancer du sein cela est un facteur d'adhésion selon l'étude FADO-colon (51).

89,4% des personnes trouvent le test facile à réaliser (contre 61% lors de l'étude FADO-colon). Cela semble concordant avec le fait que les deux études ont 6 ans d'écart et que le test a eu le temps d'être utilisé par les patients, et des améliorations ont été apportées pour faciliter son utilisation. Les délais d'attente des résultats sont similaires (63,0% pour l'étude FADO-colon et 59,1% pour l'étude réalisée en milieu urbain) ce qui montre que le dépistage organisé pour ce cancer n'a pas perdu en qualité au cours des années.

Cependant, le test reste rebutant pour de nombreuses personnes 11% lors de l'étude FADO-colon et même 26,1% pour la population urbaine. Certaines personnes se demandent s'il n'existerait pas, à l'heure actuelle, des techniques « plus modernes » que le test Hémocult II®. De plus, à l'heure actuelle, 4,4% des personnes souhaiteraient obtenir le test sans être obligées d'aller chez le médecin (contre 7,5% en 2007). Cette baisse est probablement due au fait que le test est envoyé par la poste après une deuxième relance par les organismes de gestion départementaux.

Lors de l'étude FADO-colon, 14% des personnes disaient ne pas se sentir concernées par ce dépistage. Ce chiffre est plus élevé en 2013, à Grenoble et dans son agglomération, les patients sont 26,1% à penser cela.

La proportion des personnes estimant manquer d'explications afin de réaliser le test est sensiblement le même (9% en 2007 contre 8,7% en 2013). La peur du résultat du test est de 4% en 2007 sur la France entière et 4,3% pour la population urbaine en 2013.

4.3.2 Les inégalités territoriales (comparaison avec l'étude FORMADOC)

4.3.2.1 Dates des études

Les deux études n'ont pas été réalisées à la même période de l'année. En effet, l'enquête FORMADOC a été réalisée entre le 25 octobre et le 20 décembre 2008, c'est-à-dire à la fin du mois d'octobre (Octobre Rose). L'étude réalisée en milieu urbain a été effectuée entre le 15

avril et le 1^{er} juillet 2013, c'est-à-dire après la campagne Mars Bleu pour le dépistage organisé du cancer colorectal. Ces périodes diamétralement opposées au cours d'une année civile ont pu influencer les réponses des participants (en fonction des campagnes de dépistage).

4.3.2.2 Lieux des études

Les deux enquêtes ont certes été réalisées dans la même région (Rhône-Alpes) mais elles n'ont pas été faites dans le même département. Ceci peut constituer un biais puisque les centres de gestion des dépistages organisés sont départementaux et par conséquent pas organisés de la même façon. Cependant, le travail est sensiblement le même qu'il soit fait par l'association *Vivre !* dans la Loire ou par l'ODLC en Isère, ce biais est donc à nuancer.

Les historiques différents des deux départements (l'Isère a été département-pilote pour le dépistage organisé du cancer colorectal contrairement à la Loire) peuvent influencer les connaissances des Ligériens et des Isérois.

4.3.2.3 La grille d'observation des pharmacies

Il n'y avait pas, lors de l'étude FORMADOC de « véritable zone de confidentialité » dans les officines étudiées. En 2013, ces zones de confidentialité au sein des pharmacies sont devenues un espace obligatoire afin de mettre en place les entretiens pharmaceutiques (77).

Il y avait plus de brochures concernant les dépistages organisés des cancers en milieu rural en 2008 qu'en milieu urbain en 2013. Cette constatation pourrait être liée au fait que l'étude FORMADOC a été réalisée pendant le mois d'octobre, mois officiel de la campagne de dépistage du cancer du sein (Octobre Rose). A cette occasion, des brochures sur ce sujet sont susceptibles d'avoir été mises en avant contrairement aux autres mois de l'année. L'étude réalisée en milieu urbain n'a pas eu lieu ni pendant le mois d'Octobre (Octobre Rose pour le cancer du sein), ni pendant le mois de Mars (Mars Bleu pour le cancer colorectal)).

L'emplacement des brochures et affiches de prévention semble jouer un rôle majeur vis-à-vis des patients. Il est donc primordial de ne pas négliger leur place au sein de l'officine. Plus elles sont mises en avant (présentoirs, écrans au-dessus des comptoirs...), plus les patients sont attentifs aux messages délivrés.

4.3.2.4 Le questionnaire pharmacien/préparateur

En ce qui concerne les connaissances des officinaux sur les dépistages organisés des cancers, les équipes officinales de Grenoble et son agglomération ont peu choisi la réponse « Non, pas du tout » contrairement au milieu rural lors de l'étude FORMADOC. Deux hypothèses pourraient permettre d'expliquer cette différence :

- Comme dit précédemment, ces deux études n'ont pas été réalisées à la même période et le dépistage du cancer colorectal était moins connu en 2008 (car il venait d'être généralisé sur le territoire français) qu'en 2013, lors de l'étude en Isère (qui a été en plus département pilote pour ce dépistage).
- Les officines sélectionnées sont des pharmacies possédant l'agrément de maîtres de stage et ont l'habitude d'accueillir des étudiants en pharmacie. Les étudiants peuvent être une « source d'information » supplémentaire pour les titulaires d'officine et les équipes officinales. De plus, la faculté de Grenoble est réputée pour former les étudiants à prendre en charge les patients dans leur intégralité (pharmacie clinique, éducation thérapeutique...) les informer et les responsabiliser le plus possible à la prévention des pathologies.

4.3.2.5 Le questionnaire patient

4.3.2.5.1 Le dépistage organisé du cancer du sein

Les femmes de Grenoble et de son agglomération connaissent moins l'existence du dépistage organisé du cancer du sein que dans le département de la Loire en 2008.

Les sources d'information sont également différentes en fonction des deux territoires. En effet, lors de l'étude FORMADOC, les femmes ont majoritairement été informées par l'association *Vivre !* alors que la réponse « information par une association » a été moins choisie en milieu urbain. Dans le questionnaire proposé aux patientes, nous aurions peut-être dû rajouter ODLC de manière explicite en face de la réponse « par une association ». La valeur pour cette réponse aurait certainement été différente. En revanche, en milieu urbain, une des principales sources d'information est le gynécologue contrairement au milieu rural. Les grandes villes comme Grenoble concentrent les spécialistes tels que les gynécologues qui sont donc moins nombreux en milieu rural.

En revanche, une contradiction apparaît lorsqu'on regarde le taux de participation au dépistage individuel. En effet, il était plus important en 2008 en milieu rural (36,7%) qu'en 2013 en milieu urbain (21,6%). Le suivi par un gynécologue, est d'après l'étude FADO - sein (35), un facteur de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein. Les études n'ayant pas été réalisées à la même période, il est possible que le dépistage organisé ait gagné du terrain et que cette constatation ne soit plus vraie dans la Loire en 2013 (implication des gynécologues à la participation au dépistage organisé du cancer du sein).

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein n'est cependant pas dépendant des territoires puisqu'il n'y a pas de différence entre le milieu urbain et le milieu rural.

La distance entre le domicile des patientes et le centre de radiographie ne semble pas être un frein à la participation au dépistage organisé du cancer du sein car cette réponse n'a jamais été

choisie en milieu rural contrairement à ce que l'on aurait pu penser, et une seule fois en milieu urbain (différence non significative).

4.3.2.5.2 Le dépistage organisé du cancer colorectal

Les sources d'information concernant l'existence du dépistage du cancer colorectal présentent des différences entre le pays Roannais (84,8%) et la ville de Grenoble et son agglomération (94,4%). Le médecin traitant et le gastroentérologue jouent un rôle prépondérant en milieu urbain mais cela s'explique par le fait que lors de l'étude FORMADOC, le dépistage organisé du cancer colorectal venait d'être généralisé à tout le territoire français depuis une année alors que l'Isère étant un département pilote depuis 2002 pour ce dépistage. De plus les spécialistes tels que les gastroentérologues sont plus nombreux en milieu urbain et les patients semblent s'y rendre plus facilement.

Les connaissances et le taux de participation au dépistage organisé sont différents dans ces deux études, mais comme précédemment, on peut mettre cet écart sur le compte de la date des études.

En 2008, ce dépistage semblait être un sujet encore très « tabou » en milieu rural car il était mal connu et peu de personnes souhaitaient avoir des informations complémentaires sur le sujet. En 2013, la population urbaine, qui connaît plus ce dépistage, est plus demandeuse d'informations auprès du pharmacien ou d'un autre professionnel de santé. Ceci met en évidence le fait que, même si le dépistage est de plus en plus connu, il est nécessaire d'apporter continuellement des conseils et des explications aux patients afin de les rassurer, pour que les tests soient effectués régulièrement et en toute confiance et par conséquent réussir à faire augmenter le taux de participation.

4.3.2.5.3 Le dépistage et la pharmacie

Près d'un quart de la population urbaine avoue avoir déjà demandé des informations sur les dépistages organisés des cancers à leur pharmacien. Ce chiffre était très inférieur en milieu rural en 2008 (moins de 10%). Lorsqu'on interroge les personnes sur le fait de demander des informations sur les dépistages organisés des cancers à leur pharmacien et à leur médecin, les réponses entre le milieu rural et le milieu urbain sont également divergentes. Cependant, il faut noter que les deux études ont été réalisées à 5 ans de différence, dans des départements différents, alors que le dépistage organisé du cancer colorectal venait d'être généralisé à tout le territoire français lors de l'étude FORMADOC. Cette différence est la preuve que les mentalités ont déjà évolué depuis ces cinq dernières années ; de plus en plus de personnes estiment que le pharmacien est capable de répondre à leurs questions sur le sujet des dépistages organisés des cancers.

4.3.3 Les inégalités sociales

Les effectifs relativement faibles de cette étude notamment après regroupement par IRIS n'ont pas permis d'obtenir des résultats concordant aux différentes études déjà publiées dans la littérature. En effet, la durée de l'étude n'a pas été la même dans toutes les IRIS de la ville de Grenoble et son agglomération. De plus, un biais d'échantillonnage important se greffe à cette partie puisque les personnes ne parlant pas la langue française ou les personnes âgées ne pouvant pas se déplacer n'ont pas été incluses pour répondre au questionnaire.

4.3.3.1 Le questionnaire patient

4.3.3.1.1 Le dépistage organisé du cancer du sein

Peu d'écarts sont ressortis de cette étude sur le dépistage organisé du cancer du sein. La seule différence est apparue sur la mise en place de l'autopalpation des seins indispensable malgré une participation au dépistage organisé et cette constatation ne va pas dans le même sens que les études déjà présentes dans la littérature (pour notre étude, c'est le milieu « aisé » qui semblait le moins informé devant le regroupement « difficulté-intermédiaire » et le groupe « intermédiaire »).

Ce constat opposé aux études déjà réalisées est probablement dû aux effectifs faibles de cette étude.

Pourtant, il ressort de l'étude FADO-sein, que les facteurs socio-économique (précarité, barrière de la langue), les raisons financières, les personnes âgées esseulées, les représentations et les connaissances sur le cancer du sein (peur du cancer et des traitements, fatalité de la pathologie) sont des freins au dépistage et à la prévention en général (80).

4.3.3.1.2 Le dépistage organisé du cancer colorectal

Les sources d'informations sont différentes en fonction du niveau socio-économique des zones étudiées. En effet, les personnes se situant dans un IRIS dit « aisé » sont informées par leur médecin traitant ou leur gastroentérologue. Pour les zones dites « intermédiaires » ou « difficultés-intermédiaires », l'information provient plus facilement d'association (ODLC) ou des médias (télévision, magazines, radio...).

D'autres différences sont apparues, notamment sur les connaissances du dépistage organisé du cancer colorectal (intervalle de temps entre deux tests de dépistage, la recherche de sang dans les selles permet le diagnostic) allant à l'encontre d'autres études déjà présentes dans la

littérature. En effet, dans cette étude réalisée en milieu urbain, ce sont les secteurs classés « difficulté-intermédiaires » qui sont les plus coopérants au dépistage organisé du cancer colorectal contrairement à ce qui a été souligné lors d'une étude réalisée dans tout le département de l'Isère en 2012 (« les personnes résidants dans les IRIS les plus défavorisées participent moins au dépistage organisés du cancer colorectal que les personnes habitants dans des endroits moins défavorisés » avec une différence entre les deux milieux de « 25% ») (81). Cette étude a également montré le rôle prépondérant du médecin traitant dans la distribution du test Hémocult II® ainsi que les explications et l'impact sur le taux de participation (contrairement à un envoi par courrier sans explications orales) (81).

4.3.3.1.3 Le dépistage et la pharmacie

Le niveau social des zones étudiées n'influe pas sur les réponses données dans cette partie du questionnaire. Malgré cela, ce sont les personnes de la zone « aisée » qui posent le moins de questions à leur pharmacien.

Toutes les personnes du milieu urbain semblent d'accord sur le fait que le pharmacien doit jouer un rôle de prévention important du fait de son accessibilité, mais il est primordial que la pharmacie possède un espace de confidentialité pour pouvoir parler librement de ce sujet.

4.3.4 Campagnes de sensibilisation à l'officine

Les officines, qu'elles soient situées en milieu rural ou en ville, dans des IRIS « aisés » ou « en difficulté » forment un maillage territorial intéressant et important aux yeux des patients. En effet, le pharmacien est perçu comme un professionnel de santé accessible et de confiance qui peut répondre aux questions de sa patientèle et donner des conseils de qualité.

Les équipes officinales sont elles aussi prêtes à s'impliquer dans des campagnes de prévention utiles et efficaces auprès des patients. La preuve en est, préparateurs et pharmaciens

participeraient volontiers à une formation à hauteur de 97,6%. Ils souhaiteraient avoir quelques rappels concernant le cancer du sein et colorectal ainsi que sur les dépistages organisés de ces cancers mais aussi et surtout des outils de communication pour aborder ce sujet avec leurs patients.

Pour eux, il serait intéressant de développer ce genre d'action pendant les périodes prévues à cet effet, notamment pendant « Octobre Rose » pour le cancer du sein et « Mars Bleu » pour le cancer colorectal.

De plus, les officines sont devenues des lieux adaptés et privilégiés pour de telles actions grâce à leur zone de confidentialité désormais obligatoire. Cette configuration semble être une opportunité intéressante à exploiter pour pouvoir parler sans gêne du dépistage organisé du cancer du sein, voire même distribuer des tests Hémocult II® dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal et apporter tous les conseils nécessaires à sa bonne utilisation.

4.3.5 Types de formations susceptibles d'intéresser les équipes officinales.

Les préparateurs sont plutôt demandeurs de formations sous forme de « cours présentiels » (sur le modèle des formations UTIP). Nombreux sont ceux qui estiment que l'enseignement donné lors de leurs études n'est pas adapté à cet aspect de la pharmacie d'officine. Pour que les officinaux intéressés puissent participer à ces formations, il est indispensable de leur proposer des formations adaptées à leurs horaires. L'avantage est bien sûr de pouvoir mettre en place des jeux de rôles. L'inconvénient majeur est que les professionnels seraient « obligés » de se déplacer.

Les pharmaciens sont plutôt demandeurs de formations rapides surtout en ce qui concerne les connaissances sur le sujet (sous forme de formation en e-learning). Il s'agirait simplement d'un rappel par rapport à des informations déjà connues. Cette formation unique (en une seule

fois) peut se faire directement à l'officine sans demander aux professionnels de se déplacer. L'inconvénient est cependant l'absence de mises en situation permettant de faciliter l'abord du sujet.

En revanche, préparateurs et pharmaciens souhaiteraient, parallèlement à des améliorations de leurs connaissances, des « clés », des « outils » pour faciliter la communication avec leurs patients. Les formations mises en place par FORMADOC semblent être une bonne approche : mise en situation, conseils à donner... Ces formations doivent être réalisées en petits groupes pour faciliter les questions et les échanges entre les professionnels de santé. Ces formations, présentes dans certains départements de la région Rhône-Alpes, ont été étudiées depuis peu (2013) dans le département de l'Isère grâce à l'ODLC (formation de professionnels médico-sociaux). Cependant, aucun des officinaux ayant participé à l'étude grenobloise n'avait été informé de ces formations.

Enfin, une autre solution pourrait être envisagée : celle de former une personne par pharmacie qui serait considérée comme « personne – référente » ou « personne – relais » (pour reprendre l'expression mise en place par l'ODLC). Cette personne (préparateur ou pharmacien) serait formée sur le sujet et susceptible de prendre rendez-vous avec les patients, dans la zone de confidentialité, comme cela a déjà été mis en application pour les traitements anticoagulants. Elle pourrait aussi former l'équipe officinale.

Afin de contenter la majorité des officinaux, la solution serait de proposer, dans un premier temps, une formation en e-learning qui permettra d'apporter les connaissances ou de faire de simples rappels sur les cancers du sein et colorectal puis sur les dépistages organisés (taux de participation, modalités...). Dans un deuxième temps, pour les personnes intéressées (une « personne-référente » par officine (ou plus)), il serait judicieux de mettre en place une

formation présentielle, en une seule séance (contrairement à ce qui avait été proposé lors de l'étude FORMADOC avec 3 séances) avec des mises en situation pour connaître des outils de communication. En effet, lors de l'évaluation de FORMADOC (69), le taux de participation des officinaux diminuait au fur et à mesure des séances. L'ODLC est très engagé dans ce domaine, auprès des patients (formation de « personnes-relais » qui ne sont pas professionnels de santé) mais ce concept paraît véritablement à développer pour les préparateurs et les pharmaciens.

La sensibilisation aux dépistages organisés doit être réalisée toute au long de l'année mais deux périodes sont propices à appréhender le sujet plus facilement avec les patients : « Octobre Rose » et « Mars Bleu ». Les équipes officinales apprécieraient d'avoir une documentation pertinente et adaptée aux patients pendant ces périodes pour faciliter la discussion et inciter les personnes à participer aux dépistages organisés des cancers.

Le pharmacien est un acteur de santé qui peut toucher toutes les populations (aisées comme en difficulté) par sa proximité et ses conseils. Aucune population ne doit être laissée à l'écart des informations concernant le dépistage organisé des cancers et l'étude faite en 2013 sur notre territoire l'a bien démontré. Le dépistage individuel semble être plus pratiqué dans les IRIS aisés et c'est aussi cette population qui doit être visée pour faire augmenter les taux de participation. Il semble donc important d'inclure les officinaux dans des programmes tels que ceux-ci afin de relayer des informations de qualité et durable dans le temps.

Thèse soutenue par : Coralie Martin

Titre : Le rôle du pharmacien d'officine face aux inégalités de santé dans les dépistages organisés des cancers

Conclusion

Les dépistages organisés des cancers restent une priorité pour les autorités de santé, dont les inégalités de santé qui concernent plusieurs mesures du nouveau Plan Cancer (Troisième Plan Cancer).

Les dépistages organisés des cancers sont des dispositifs évalués continuellement dans un souci d'amélioration. C'est notamment pour cette raison que le test Hémocult II® sera remplacé prochainement par son homologue, plus performant. Le but est d'améliorer en permanence la performance des dépistages et les taux de participation tout en certifiant le bon usage des techniques par les professionnels de santé et la sécurité des patients.

L'implication de nouveaux acteurs semble être une des alternatives pour permettre d'augmenter les taux de participation aux dépistages organisés des cancers, qui restent encore trop faibles. Les objectifs des dépistages organisés doivent être mis en valeurs pour favoriser l'adhésion de la population et de tous les professionnels de santé. C'est dans ce contexte que le pharmacien d'officine est capable d'intervenir ; il bénéficie de la confiance des patients de par ses connaissances et ses conseils. L'officine reste un lieu privilégié pour la prévention secondaire d'autant plus que des zones de confidentialité sont de plus en plus présentes. L'information sur les dépistages organisés apparaît également par les affiches, les brochures qui lorsqu'elles sont mises en avant, sensibilisent fortement la population.

La pharmacie d'officine est une porte d'entrée dans le système de santé pour de nombreuses personnes et les équipes officinales sont amenées à rencontrer toutes les populations, qu'elles viennent d'un milieu aisé ou défavorisé, de zone rurale ou urbaine. La proximité du pharmacien doit être mise à profit pour tenter de minimiser les inégalités de santé présentes sur le territoire.

Les équipes officinales du milieu urbain ont les mêmes attentes que celles exerçant en milieu rural. Les formations qui leur sont proposées devraient permettre de leur apporter toutes les connaissances nécessaires sur les dépistages organisés des cancers et d'aborder le sujet plus facilement avec les patients. Cependant, d'autres formations sont à envisager pour faciliter davantage l'adhésion des officinaux déjà très volontaires : une formation en e-learning d'accès plus facile qu'une formation présentielle ou un mélange associant une formation en e-learning et une séance présentielle. La formation de personnes-relais à l'officine et l'élaboration d'outils spécifiques permettraient d'apporter un service supplémentaire aux patients au sein de l'officine.

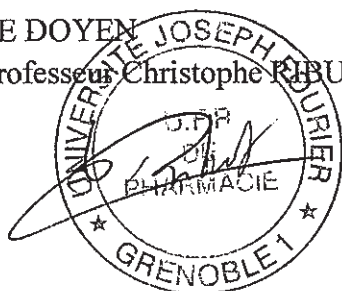
L'ODLC s'est beaucoup impliqué dans le dépistage organisé des cancers notamment pour le dépistage organisé du cancer colorectal. Cet investissement est aujourd'hui encore d'actualité car l'Isère est « département-pilote » pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus qui propose un frottis, tous les 3 ans, à toutes les femmes de 25 à 65 ans. Le pharmacien semble être un des professionnels de santé le mieux placé pour évoquer ce sujet avec ses patientes qu'il voit régulièrement.

Le pharmacien est un professionnel de santé dont le rôle social est bien présent. Il se doit d'« exercer dans l'intérêt de la santé publique » (Serment des Apothicaires). Les modes de rémunération susceptibles d'être modifiés et les nouveaux besoins des patients incitent le pharmacien à changer la vision qu'il a de son métier. L'évolution vers de nouvelles missions et le développement d'autres champs de compétence semble inéluctable pour la profession de pharmacien d'officine et l'économie de notre pays.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 21/12/2013

LE DOYEN
Professeur Christophe RIBUOT



LE PRESIDENT DE LA THESE
Dr Marie JOYEUX-FAURE

M. JOYEUX-FAURE

Bibliographie

1. Université Paul Sabatier. Apprentissage de l'exercice médical, Sous module 1, la médecine fondée sur les preuves. Toulouse;; année universitaire 2009-2010.
2. Institut National du Cancer (INCa). www.e-cancer.fr. [en ligne]. [consulté le 8 mai 2013].
3. Institut National du Cancer. www.e-cancer.fr. [En ligne]. [Consulté le 8 mai 2013]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/moyenspouragir/html/detecter/qu-est-ce-que-le-depistage.html#depistage-organise-et-individuel>.
4. Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en Santé (ANAES). Guide méthodologique : Comment évaluer à priori un programme de ddépistage. Saint-Denis-La-Plaine;; Mai 2004.
5. Launoy G. Le dépistage individuel ou collectif. , Santé, Société et Solidarité; 2010.
6. Arnaud C. Evaluation des procédures de dépistage module I: apprentissage de l'exercice médical, sous-module: "la médecine fondée sur les preuves", deuxième cycle des études médicales. Toulouse.
7. La ligue contre le cancer pour la vie. Le dépistage des cancers-Grand public. Paris; Octobre 2009.
8. Institut National du Cancer (INCa). www.e-cancer.fr. [En ligne].; 2012 [Consulté le 18 août 2013].
9. A.Flajolet. Mission au profit du gouvernement relative aux disparité territoriales des politiques de prévention sanitaire. Paris; 16 Octobre 2007.
- 10 Haute Autorité de Santé (HAS). Note de cadrage - dépistage du cancer du sein en France : . identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Saint Denis La Plaine; Avril 2011.
- 11 Institut National du Cancer (INCa). Plan Cancer 2003-2007 ; 2003.
.
- 12 Institut National du Cancer (INCa). Plan Cancer 2009 - 2013 ; 2008.
.
- 13 Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation à mi-parcours du Plan Cancer 2009 - 2013. ; Mars . 2012.
- 14 Institut National du Cancer (INCa). Octobre rose 2012, dépistage organisé du cancer du sein. . Dossier de presse ; 2012.
- 15 VERNANT JP. Recommandations pour le Troisième Plan Cancer ; Juillet 2013.
.
- 16 François Beck, Arnaud Gautier. Baromètre Cancer2010. Saint Denis: Institut National de

- . prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Collection Baromètre Santé; 2012. Rapport No.: ISBN 978-2-9161-9232-1.
- 17 Institut National du Cancer. Les Français face au dépistage des cancers. Synthèse des Résultats de la deuxième vague de l'enquête barométrique INCa/BVA Janvier/février 2009. Boulogne-Billancourt; Collection Enquêtes & Sondages; 2009. Rapport No.: BROBAROBVA09.
- 18 Institut National du Cancer (ouvrage collectif). La situation des cancer en France en 2012. Boulogne-Billancourt: INCa, Etats des lieux et des connaissances; Décembre 2012.
- 19 Insee (Institut national de la statistique et des études économiques). <http://www.insee.fr>. [En ligne]. [Consulté le 24 août 2013]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/taux-incidence.htm>.
- 20 M.Touillaud, Fournier A, Falette N., Fervers B., Dossus L., Clavel-Chapelon F. Facteurs de risque : hormones, génétique, environnement et comportements. Le concours médical. 2012 mars: p. 186-188.
- 21 Sécurité Sociale L'assurance Maladie. www.ameli-sante.fr/. [En ligne].; mis à jour le 3 avril 2013. [Consulté le 10 septembre 2013]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/cancer-du-sein/facteurs-risque-cancer-du-sein.html>.
- 22 Collaborative group on hormonal factor in breast cancer. Communication personnelle. University of Oxford; 2011.
- 23 Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Fournier A, Mesrine S, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F. Estrogen-progestagen menopausal hormone therapy and breast cancer: does delay from menopause onset to treatment initiation influence risks? Villejuif Cedex.; 1 novembre 2011. Rapport No.: 27(31):5138-43. doi: 10.1200/JCO.2008.21.6432. Epub 2009 Sep 14 PMID: 19752341.
- 24 Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé (AFSSAPS). Traitement hormonal substitutif de la ménopause. ; 2005.
- 25 Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58,209 women with breast cancer and 101,986 women without the disease. ; 27 Octobre 2001. Report No.: 358(9291):1389-99.
- 26 International WCRF. The second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. août 2008. 67(3):253-6. doi: 10.1017/S002966510800712X.
- 27 Programme National Nutrition Santé (PNNS). Nutrition & Prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations. Paris/Boulogne Billancourt;; Janvier 2009.
- 28 ANSES Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

- . Nutrition et cancer Légitimité de recommandations nutritionnelles dans le cadre de la prévention des cancers. Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort;; Mai 2011.
- 29 International Agency for Research for Cancer. Attributable causes of cancer in France in the year . 2000. disponible sur : <http://www.iarc.fr>. IARC Working group reports; 2007.
- 30 Institut National du Cancer. <http://www.e-cancer.fr/>. [En ligne].; 17 septembre 2013 [Consulté le . 3 novembre 2013]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>.
- 31 Institut National du Cancer. Dépistage organisé du cancer du sein : un pilier du Plan Cancer. . Document destiné aux professionnels de santé. Boulogne - Billancourt;; Dépistage; Novembre 2005. Report No.: n°1.
- 32 Institut National du Cancer (INCa). Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. . Rapport du groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED). Boulogne - Billancourt;; Collection Etat des lieux & des connaissances; Octobre 2012.
- 33 Institut de Veille Sanitaire. <http://www.invs.sante.fr/>. [Online]. [cited 2013 novembre 11]. . Available from: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme>.
- 34 Institut de Veille Sanitaire (InVS). <http://www.invs.sante.fr/>. [En ligne].; 2013 [Consulté le 3 novembre 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme>.
- 35 Institut de Veille sanitaire (InVS). Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO - sein. Saint Maurice: collection "dépistage des cancers", Maladies chroniques et traumatiques; Juin 2007.
- 36 Haute Autorité de Santé (HAS). Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein - Recommandations en santé publique. , Evaluation économique et santé publique; 2006.
- 37 Institut National du Cancer (INCa). Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein - Quels éléments en 2013. Boulogne-Billancourt;; 2013.
- 38 D. Puliti et al. Overdiagnosis in mammographic screening for breast cancer in Europe : a literature review. J Med Screen. 2012: p. 42-56.
- 39 Vazquez E. Tomosynthèse "un rapport bénéfique sur insque favorable". Manip info. 2012 . Novembre: p. 14.

- 40 Hayek J. La mammographie sous tomosynthèse sous la loupe de l'expert. Hospitalia magazine. . 2012 Octobre: p. 65.
- 41 Institut national du cancer. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en . 2010. Hospices de Lyon, InVs, INCa, Francim, Inserm; 2011.
- 42 Institut National du Cancer (INCa). lesdonnees.e-cancer.fr. [En ligne].; 15 juillet 2013 [Consulté le . 2 octobre 2013]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/28-donnees-essentielles/41-epidemiologie-cancer-colorectal-france-metropolitaine-donnees-essentielles.html>.
- 43 Institut de Veille Sanitaire (InVS). www.invs.sante.fr. [En ligne].; 12 février 2013 [Consulté le 2 . octobre 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2013/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-1989-2007>.
- 44 Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, et al. www.seer.cancer.gov. . [En ligne].; 2009 [Consulté le 2 octobre 2013] [SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD]. Disponible sur: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/.
- 45 Sant M, Allemani c, Santaquilani M, Knijn A, Marchesi F, Capocaccia R. the EUROCARE Working . Group -4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. 2009. 45(6) : 931-91.
- 46 Institut de Veille Sanitaire (InVS). <http://www.invs.sante.fr/>. [En ligne].; 2013 [Consulté le 10 . novembre 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-progra>.
- 47 Institut de Veille Sanitaire. <http://www.invs.sante.fr/>. [En ligne].; 2009 [Consulté le 10 novembre . 2013] [n°2-3]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2009/02_03/beh_02_03_2009.pdf.
- 48 Haute Autorité de Santé (HAS). <http://www.has-sante.fr/>. [En ligne].; 2008 [Consulté le 12 . novembre 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/rencontres08_presentationr19_jviguier-1.pdf.
- 49 Institut National du Cancer (INCa). <http://www.e-cancer.fr/>. [En ligne].; 2013 [Consulté le 10 . novembre 2013]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>.
- 50 Institut de Veille Sanitaire (InVS). <http://www.invs.sante.fr/>. [En ligne]. [Consulté le 11 novembre . 2013]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-progra>.

- 51 Goudard H, et al, Institut de Veille Sanitaire (InVS). Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal : étude FADO-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. Saint-Maurice; BEH thématique 2-3; 13 janvier 2009.
- 52 Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). Baromètre Santé médecins/pharmaciens 2003. Baromètres santé. ; 2003. Report No.: ISBN 2-908444-86-0.
- 53 IPSOS Santé. Etude "Les Français et leur pharmacien". Rapport d'étude. ; Janvier 2008.
- 54 Etude Delphi : La pharmacie d'officine comme lieu de premier recours du système de santé. Genève: Faculté de médecine/faculté des sciences, Service formation continue; 2004.
- 55 Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP). <http://www.fip.org/>. [En ligne].; 2006 [Consulté le 31 octobre 2013]. Disponible sur: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=288&table_id.
- 56 Ordre National des Pharmaciens. "La loi HPST, c'est le moment d'en parler" un film pour informer les pharmaciens sur leurs nouvelles missions. Communiqué de presse. ; 2012.
- 57 Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne. Livre Blanc de la pharmacie d'officine européenne. ; 2012.
- 58 Rioli M., et al. Le pharmacien d'officine dans le parcours de santé. ; 9 Juillet 2009.
- 59 ARS Poitou Charentes Santé. www.ars.poitou-charentes.sante.fr. [En ligne].; 2010 [Consulté le 31 octobre 2013]. Disponible sur: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_Sante/prevenir_les_risques/Cancers/20130918_BrochurePharmacien_DepistageCancersein_2010.pdf.
- 60 l'Assurance Maladie. <http://www.ameli.fr/>. [En ligne].; 2013 [Consulté le 31 octobre 2013]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-cotes-d-armor/en-ce-moment/cancer-colorectal-test-disponible-en-pharmacie_cotes-d-armor.php.
- 61 Institut National du Cancer (INCa). Rapport d'activité 2010. , Rapports et Synthèses; Mai 2011.
- 62 N. Clastres. Campagne de dépistage du cancer colorectal, Mobilisez-vous du 1er au 15 Mars 2013. Février 2013..
- 63 Ordre National des Pharmaciens. La pharmacie d'officine en France - Bilan et perspectives. , Livre Blanc Janvier 2008; Décembre 2007.
- 64 Foll Y. Synthèse sur la participation des pharmaciens au dépistage organisé du cancer colorectal. ; 2010.

- 65 Foll. Y. Argumentaire sur la participation des pharmaciens au dépistage organisé du cancer colorectal - Résultats enregistrés. ADEC29.
- 66 Chevallier J. GA. Journée Acsé/ INCa. 23 mai 2011. ODLC.
- 67 Sumesh Kachroo MDS. Pharmacists Should Assume a Larger Role in Overcoming the Racial/Ethnic Barriers to Breast Cancer Screening. Journal of Managed Care Pharmacy. 2006 Juin: p. 406 - 407.
- 68 Haute Autorité de Santé. La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution. ; Novembre 2011.
- 69 Dutertre L. KJ,KJ. FORMADOC, « Form'action » des officinaux au dépistage organisé des cancers dans des cantons ruraux à faible participation de la région Rhône-Alpes. Institut de Cancérologie de la Loire.
- 70 Institut National du Cancer (INCa), Cancéropole du Grand-Est, Ville de Besançon, Université de Franche-Comté, Besançon EA 3188. 3ème Colloque International, Sciences Humaines et Cancérologie. Livret des résumés. Besançon: Université de Franche-Comté; Octobre 2012.
- 71 <http://www.grenoble.fr/>. [En ligne]. [Consulté le 26 juillet 2013].
- 72 E., KER. Rôle du pharmacien d'officine dans le dépistage organisé des cancers. Thèse. Clermont-Ferrand;; 2010.
- 73 INPES (Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé). <http://www.inpes.sante.fr/>. [En ligne].; 1998/1999 [Consulté le 13 juillet 2013].
- 74 <http://www.cespharm.fr/>. [En ligne].; 2012 [Consulté le 13 juillet 2013].
- 75 Pierre Mazet/ODENORE/INPES/ANSA/ODLC. Etude « PRÉCARRÉ » Evaluation de l'efficacité de la forme d'organisation « centre de santé Motifs de participation et de non participation au dépistage du cancer.Enquête qualitative auprès des habitants de deux territoires de l'agglomération grenobloise. ; Octobre 2009.
- 76 Christelle Melo De Lima. Etude des fréquences. Cours de statistiques UFR de Pharmacie Grenoble 2013..
- 77 L., SIMON. Actualité enjeux A la conquête des AVK. Le pharmacien de France. 2013 Janvier;(1246).
- 78 Groupe de travail pharmaciens d'officine. Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins. Rapport Rioli. ; 9 juillet 2009.
- 79 CODE, Hervé Joan-Grangé Cabinet. Les notes territoriales des l'AdCF Enjeux de mandat 2008-

- . 2014. Paris: AdCF (Assemblée des Communautés de France), Santé et Territoires; 2008.
- 80 Institut National du Cancer. Octobre Rose 2012, Dépistage organisé du cancer du sein. Dossier de . presse. ; 2012.
- 81 Poncet F et al. Determinants of participation in organized colorectal cancer screening in Isère . (France). 2012. Clin Res Hepatol Gastroenterol (2012),disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinre.2012.04.011>.
- 82 Institut National du Cancer. Inégalités sociales de santé et dépistage organisé du cancer du sein. . Boulogne-billancourt:, Actes de colloque et de séminaire; octobre 2012. Report No.: ACTDEPSEIN13.
- 83 Institut National du Cancer. www.e-cancer.fr. [En ligne]. [Consulté le 8 mai 2013]. Disponible sur: . <http://www.e-cancer.fr/moyenspouragir/html/detecter/qu-est-ce-que-le-depistage.html#depistage-organise-et-individuel>.

Annexes

Annexe 1 : Grille d'observation des pharmacies

Semaine d'observation :

Nom et localisation de la pharmacie

Nombre de pharmacien(s) présents chaque jour dans l'officine :

Nombre de préparateur(s) en pharmacie :

Lieu/Aménagement de l'officine	OUI	NON
Comptoirs linéaires		
Comptoirs espacés		
Autre (préciser) : plots écartés, espaces confidentiels		
Présence de brochure de prévention/promotion de la santé (facteur de risque (soleil, alimentation, tabac...))		
Présence de brochures sur les cancers et/ou le dépistage des cancers		
Observations : schéma de l'officine, surface, emplacement et type de brochures, vitrine...		

	Période d'affluence
Début de matinée	
Fin de matinée	
Début d'après-midi	
Fin d'après midi	

	Attitude du client devant l'attente
Passivité	
Intérêt pour les produits de parapharmacie	
Intérêt pour l'affichage et/ou les brochures d'information	

Observations : Type de public, dialogue pharmacien/client...

.....

Annexe 2 : Questionnaire Pharmacien/Préparateur

Ce questionnaire a été élaboré par le Département de Santé Publique de l'Institut de Cancérologie de la Loire en collaboration avec l'association de gestion du dépistage organisé de la Loire, *Vivre !* et celle de l'Isère, l'ODLC.

Nous souhaitons mener cette enquête afin d'obtenir le point de vue des pharmaciens concernant leur rôle d'acteur de prévention, notamment sur le thème du dépistage organisé des cancers.

Nous désirons également repérer et comprendre leurs besoins, leurs difficultés et leurs attentes en vue d'élaborer des formations sur ce sujet dans le bassin grenoblois.

Statut :

Pharmacien

Préparateur

- 1) Estimez-vous que faire de la prévention ou de l'éducation pour la santé fait partie du rôle du pharmacien ?

Oui, tout à fait

Oui, plutôt

Non, plutôt pas

Non, pas du tout

- 2) Vous arrive-t-il de participer à des actions de prévention/d'éducation pour la santé ? (dans ou hors de l'officine) (diabète, hypertension artérielle)

Oui, parfois

Non, jamais

Si oui, lesquelles ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 3) Quels sont les thèmes parfois abordés par votre clientèle au sujet du cancer ?

La prévention primaire, les facteurs de risque

Le dépistage

Les symptômes de la maladie

Aucun de ces thèmes

- 4) Pensez-vous avoir les compétences nécessaires pour aborder la question du dépistage organisé du cancer du sein avec votre clientèle ?

Oui, tout à fait

Oui, plutôt

Non, plutôt pas

Non, pas du tout

5) Même question concernant le dépistage organisé du cancer colorectal

- Oui, tout à fait
- Oui, plutôt
- Non, plutôt pas
- Non, pas du tout

6) Vous arrive-t-il de parler spontanément du dépistage organisé ?

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Oui, mais très rarement
- Non, jamais

7) Vous pourriez parler plus facilement :

- Du dépistage du cancer du sein ?
- Du dépistage du cancer colorectal ?
- Des deux ?

8) D'après vous, quels pourraient être les freins que vous pourriez rencontrer pour parler du dépistage organisé ?

- Manque de temps
- Manque de formation et d'information
- Manque de supports d'information
- Méfiance ou scepticisme de la clientèle
- Absence de rémunération pour cette activité
- Thématique trop personnelle
- Manque de confidentialité
- Autre :

.....
.....

9) Seriez-vous prêt à suivre une formation qui vous permettrait de communiquer plus facilement sur le dépistage organisé ?

- Oui
- Non

10) Qu'attendriez-vous de cette formation et de son contenu ?

- Acquérir de nouvelles connaissances sur :
- Le dispositif de dépistage organisé (cancer du sein et cancer colorectal) : organisation, démarche à effectuer, avantages et différences avec le dépistage individuel...
- La méthodologie de prévention et d'éducation pour la santé : utilisation de supports et d'outils, communication, message à apporter...
- Les représentations et inquiétudes du public par rapport au dépistage et au cancer
- Les cancers : épidémiologie, importance du diagnostic précoce, facteur de risque, conséquence d'un dépistage positif....
- De pouvoir développer un partenariat associatif et/ou professionnel
- Autre :

.....
.....

11) Avez-vous des suggestions ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation

Annexe 3 : Questionnaire Patient

Ce questionnaire a été élaboré par le Département de Santé Publique de l'Institut de Cancérologie de la Loire en collaboration avec « l'association de gestion du dépistage organisé de la Loire », *Vivre !* et celle d'Isère, l'Office De Lutte contre le Cancer (ODLC).

Nous souhaitons mener une enquête sur la perception et les connaissances du dépistage organisé des cancers, de la clientèle des pharmacies de Grenoble et l'éventuelle implication des pharmacies en termes de conseils et de diffusion d'informations sur ce thème.

Age :

Entre 50 et 60 ans (non inclus)

Entre 60 et 74 ans (inclus)

Sexe :

Homme

Femme

Statut professionnel :

Actif

En recherche d'emploi

Retraité

Statut marital

Marié(e)/pacsé(e)/en concubinage

Célibataire

Veuf(ve)/divorcé(e)

Le dépistage organisé du cancer du sein :

(Ignorer cette partie et passez directement à la question 9 si le participant est un homme)

1) Avez-vous déjà entendu parler du dépistage organisé du cancer du sein mis en place par l'ODLC ?

Oui

Non

2) Si oui, par qui ? (plusieurs réponses possibles)

Par mon entourage (famille amis)

Par mon médecin généraliste

Par mon gynécologue

Par mon pharmacien

Par une association

Par les médias (télé, journaux, affiches...)

Autre (à préciser) :

3) Pouvez-vous répondre par Vrai ou Faux ou Ne sait pas aux affirmations suivantes ?

	Affirmations	VRAI	FAUX	NE SAIS PAS
A	Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins			
B	Le risque d'avoir un cancer du sein diminue quand l'âge augmente			
C	Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans			
D	Toute anomalie détectée à la mammographie est un cancer			
E	Si l'on participe au dépistage, on n'aura jamais de cancer			
F	Lorsqu'on participe au dépistage, l'autopalpation des seins n'est pas nécessaire			
G	Le meilleur examen de dépistage du cancer du sein est la mammographie			
H	Il est important de participer au dépistage organisé tous les 2 ans			
I	Plus un cancer est décelé tôt, plus les chances de guérison augmentent			
J	Dans le dépistage organisé par l'ODLC, je peux continuer à être suivie par mon gynécologue et/ou par mon médecin traitant et/ou par mon radiologue			
K	Dans le dépistage individuel, je peux bénéficier de la deuxième lecture de radiologues experts à l'ODLC			

4) Avez-vous déjà participé au dépistage du cancer du sein mis en place par l'ODLC ?

- Oui
 Non

5) Avez-vous un suivi individuel pour le dépistage du cancer du sein en dehors de celui mis en place par l'ODLC ?

- Oui
 Non

Si oui, par qui ? (médecin généraliste, gynécologue).....

a) Si oui (pour au moins une des 2 réponses précédentes), quelles ont été vos impressions ? (plusieurs réponses possibles)

- Examen douloureux
 Examen angoissant
 Examen embarrassant
 Bon accueil de l'équipe du centre de radiologie
 Ecoute insuffisante
 Délai d'attente des résultats satisfaisant
 Prise en charge de qualité
 Autre

b) Si non (pour la question 4), pourquoi ?

- Vous préférez le dépistage individuel proposé par votre médecin
 Vous pensez que le dépistage organisé est de moindre qualité
 Vous vous sentez angoissée par l'examen (mammographie)
 Vous vous sentez angoissée par les résultats
 La distance entre votre domicile et le centre de radiologie est trop grande
 Vous n'avez pas de moyen de transport, ni proche pour vous accompagner

- Manque de temps
- Vous ne comprenez pas l'intérêt du dépistage organisé
- Vous n'avez pas eu assez d'information sur ce sujet
- Vous ne vous sentez pas concernée par ce dépistage (absence d'antécédents familiaux...)
- Vous redoutez les frais médicaux que cela pourrait engendrer
- Autre (à préciser) :

6) Connaissez-vous la différence entre le dépistage organisé mis en place par l'ODLC et le dépistage individuel ?

- Oui
- Non

7) Participez-vous régulièrement (tous les 2 ans) au dépistage organisé du cancer du sein ?

- Oui
- Non

8) Souhaiteriez-vous qu'un professionnel de santé vous apporte des compléments d'informations concernant... ? (plusieurs réponses possibles).

- Le cancer du sein (incidence, prévalence, facteurs de risque, moyens de prévention, traitements...)
- Le dépistage organisé (objectifs, utilité, avantages et inconvénients, différence avec le dépistage individuel...)
- Les démarches à effectuer pour y participer
- Son déroulement (centre de radiologie agréé près de mon domicile, qualité de l'accueil et de la prise en charge...)
- Les mammographies du dépistage organisé mis en place par l'ODLC (matériel utilisé, sensations...)
- Des renseignements sur l'après dépistage (délai d'attente des résultats, que se passe-t-il si les résultats s'avèrent positifs ?....)
- Autre (à préciser) :

Le dépistage organisé du cancer colorectal

9) Avez-vous déjà entendu parler du dépistage organisé du cancer colorectal mis en place par l'ODLC ?

- Oui
- Non

10) Si oui, par qui ? (plusieurs réponses possibles)

- Par mon entourage (famille, amis)
- Par mon médecin généraliste
- Par mon gastroentérologue
- Par mon pharmacien
- Par une association
- Par les médias (télé, journaux, affiches...)
- Autre (à préciser) :

11) Pouvez-vous répondre par Vrai ou Faux ou Ne sait pas aux affirmations suivantes ?

	Affirmations	VRAI	FAUX	NE SAIS PAS
A	Le cancer colorectal est un des cancers la plus fréquents			
B	Le cancer colorectal se guérit dans plus de 9 cas sur 10 lorsqu'il est détecté tôt			
C	Le risque d'avoir un cancer colorectal est plus élevé chez les personnes qui présentent des antécédents familiaux de polype ou cancer			
D	Le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans			
E	C'est le test de recherche de sang dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine			
F	En cas de symptômes, le médecin traitant oriente le patient vers un gastroentérologue pour une coloscopie			
G	Le dépistage organisé du cancer colorectal permet de détecter très tôt certaines anomalies avant qu'elles ne deviennent cancéreuses			
H	L'intervalle de temps entre 2 tests de dépistage organisé est de 2 ans			
I	Si l'on participe au dépistage, on n'aura jamais de cancer			
J	Le test se fait à domicile			
K	Dans le dépistage organisé par l'ODLC, je peux continuer à être suivi(e) par mon médecin traitant et/ou par mon gastro-entérologue			

12) Avez-vous un suivi individuel pour le dépistage du cancer colorectal en dehors de celui mis en place par l'ODLC ?

- Oui
 Non

Si oui, par qui ? (médecin traitant, gastroentérologue...).....

13) Avez-vous déjà participé au dépistage organisé du cancer colorectal mis en place par l'ODLC ?

- Oui
 Non

a) Si oui (pour au moins une des 2 réponses précédentes) quelles ont été vos impressions ? (plusieurs réponses possibles)

- Test simple à réaliser
 Manque d'explications
 Délai d'attente des résultats satisfaisant
 Autre (à préciser) :

b) Si non (pour la question 13) pourquoi ?

- Vous vous sentez angoissé par les résultats
 Vous n'osez pas en parler avec votre médecin
 Vous n'avez pas de moyen de transport, ni proche pour vous accompagner chez le médecin
 Vous ne comprenez pas l'intérêt du dépistage organisé
 Vous n'avez pas eu assez d'information à ce sujet
 Vous ne vous sentez pas concerné par ce dépistage (absence d'antécédents familiaux...)
 Manque de temps
 Vous redoutez les frais médicaux que cela pourrait engendrer
 Le test me rebute
 Autre (à préciser) :

- 14)** Souhaiteriez-vous qu'un professionnel de santé vous apporte des compléments d'information concernant... ? (plusieurs réponses possibles)
- Le cancer colorectal (incidence, prévalence, facteurs de risque, moyens de prévention, traitements...)
 - Le dépistage organisé (objectifs, utilité, avantages et inconvénients...)
 - Les démarches à effectuer pour y participer
 - Le test Hémocult® (matériel utilisé, mode d'emploi...)
 - Des renseignements pour l'après-dépistage (délai d'attente des résultats, que se passe-t-il si les résultats sont positifs ?...)
 - Autre (à préciser) :

Le dépistage organisé et la pharmacie

- 15)** Etes-vous attentif (ve) aux messages de prévention santé diffusés dans les pharmacies (brochures, affiches...) ?
- Oui, tout à fait
 - Oui, plutôt
 - Non, plutôt pas
 - Non, pas du tout
 - Il n'y a pas de messages de prévention dans les pharmacies où je vais

- 16)** Etes-vous sensible aux conseils de prévention que vous apporte votre pharmacien ?
- Très sensible
 - Plutôt sensible
 - Plutôt peu sensible
 - Pas du tout sensible

- 17)** Vous arrive-t-il de poser des questions sur la prévention des cancers à votre pharmacien ?
- Oui, souvent
 - Oui, ça m'est déjà arrivé
 - Non, jamais

- 18)** Demander des informations sur le dépistage organisé des cancers à votre pharmacien vous semble (plusieurs réponses possibles)
- Facile
 - Difficile
 - Normal
 - Gênant
 - Utile

- 19)** Même question concernant votre médecin traitant :
- Facile
 - Difficile
 - Normal
 - Gênant
 - Utile

- 20)** Pensez-vous que la pharmacie soit un espace assez confidentiel pour parler de ce sujet ?
- Oui tout à fait
 - Oui, plutôt
 - Non, plutôt pas
 - Non, pas du tout

21) Si votre pharmacien vous conseillait de participer au dépistage organisé, quelle serait votre réaction la plus probable ?

- Vous l'écouteriez car vous avez suffisamment confiance en lui
- Vous en parleriez d'abord à votre médecin
- Vous en parleriez d'abord à votre entourage
- Vous en parleriez d'abord à un autre professionnel de confiance

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci pour votre participation

Annexe 4

Document pour la personne accompagnant le remplissage du questionnaire.

Date :/...../2013

Nom de la pharmacie :

Lieu pour le remplissage du questionnaire (au comptoir, avant, pendant ou après la vente, lieu de confidentialité) :

Réponses aux tableaux :

Question 3) :

	Affirmations	VRAI	FAUX
A	Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins	✓	
B	Le risque d'avoir un cancer du sein diminue quand l'âge augmente		✓
C	Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 74 ans	✓	
D	Toute anomalie détectée à la mammographie est un cancer		✓
E	Si l'on participe au dépistage, on n'aura jamais de cancer		✓
F	Lorsqu'on participe au dépistage, l'autopalpation des seins n'est pas nécessaire		✓
G	Le meilleur examen de dépistage du cancer du sein est la mammographie	✓	
H	Il est important de participer au dépistage organisé tous les 2 ans	✓	
I	Plus un cancer est décelé tôt, plus les chances de guérison augmentent	✓	
J	Dans le dépistage organisé par l'ODLC, je peux continuer à être suivie par mon gynécologue et/ou par mon médecin traitant et/ou par mon radiologue	✓	
K	Dans le dépistage individuel, je peux bénéficier de la deuxième lecture de radiologues experts à l'ODLC		✓

Question 11) :

	Affirmations	VRAI	FAUX
A	Le cancer colorectal est un des cancers la plus fréquents	✓	
B	Le cancer colorectal se guérit dans plus de 9 cas sur 10 lorsqu'il est détecté tôt	✓	
C	Le risque d'avoir un cancer colorectal est plus élevé chez les personnes qui présentent des antécédents familiaux de polype ou cancer	✓	
D	Le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans	✓	
E	C'est le test de recherche de sang dans les selles qui permet de diagnostiquer un cancer de façon certaine		✓
F	En cas de symptômes, le médecin traitant oriente le patient vers un gastroentérologue pour une coloscopie	✓	
G	Le dépistage organisé du cancer colorectal permet de détecter très tôt certaines anomalies avant qu'elles ne deviennent cancéreuses	✓	
H	L'intervalle de temps entre 2 tests de dépistage organisé est de 2 ans	✓	
I	Si l'on participe au dépistage, on n'aura jamais de cancer		✓
J	Le test se fait à domicile	✓	
K	Dans le dépistage organisé par l'ODLC, je peux continuer à être suivi(e) par mon médecin traitant et/ou par mon gastro-entérologue	✓	

Commentaires et/ou questionnement du patient lors du remplissage du questionnaire :

.....

.....

.....



Serment des Apothicaire

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

