

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

FACULTE DE MEDECINE

Année 2013

n° _____

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Mlle REAUX Laurie
Née le 03 septembre 1982 à Béthune

Présentée et soutenue publiquement le

**Formation des médecins généralistes au dépistage de
masse du cancer colorectal : Etude descriptive.**

Président : Professeur AUBERT Jean-pierre

Directeur : Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

DES de Médecine Générale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre AUBERT,

Pour avoir accepté de présider cette thèse.

A Madame le Professeur Isabelle AUBIN-AUGER,

Pour avoir accepté de diriger ma thèse,

Pour m'avoir accompagnée et soutenue tout au long de ce travail.

A tous les Médecins Coordinateurs du DOCCR ainsi qu'à leurs collaborateurs,

Sans qui ce travail n'aurait pas pu être possible.

Aux Membres du Jury,

Pour leur présence.

A mes parents, ma sœur, et plus largement à ma famille et mes amis,

Pour m'avoir accompagnée tout au long de mes études,

Simplement pour être auprès de moi dans la vie.

A mon conjoint, à ma fille Léane et à son petit frère à venir,

Je vous aime.

Abréviations Utilisées

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
(remplacée par la HAS en 2005)

CCR : Cancer Colo-rectal

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGS : Direction Générale de Santé

DO : Dépistage Organisé

DPC : Développement Professionnel Continu

FMC : Formation Médicale Continue

GE : gastro-entérologue

HAS : Haute Autorité de Santé (ex-ANAES)

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

InCA : Institut National contre le Cancer

MC : Médecin coordinateur

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SG : Structure de Gestion

SNFGE : Société Nationale Française de Gastro-entérologie

TABLE DES MATIERES

Remerciements -----	p.2
Abréviations utilisées -----	p.3
I. INTRODUCTION -----	p.7
II. MATERIEL ET METHODES -----	p.15
1. Type d'étude -----	p.15
2. Lieu et Population de l'étude -----	p.15
3. Paramètres recueillis -----	p.15
4. Questionnaire -----	p.16
5. Analyse des Données -----	p.18
6. Remarque -----	p. 18
III. RESULTATS -----	p. 19
1. Taux de participation à l'étude -----	p.19
2. Description de l'échantillon : Modalités de formation initiale	
a) Formations présentielle -----	p.20
b) Autres formations -----	p.25
3. Description de l'échantillon : Les formations de rappel ---	p.27
4. Description de l'échantillon : Modalités d'invitation aux campagnes -----	p.28
5. Formation des nouveaux MG -----	p.29
6. Relation entre démographie médicale et participation au DOCCR ? -----	p.30
7. Données des 7 meilleurs départements en termes de participation 2010/2011 -----	p.31

8. Données des moins bons départements en termes de participation 2010/2011-----	p.32
9. Points positifs et obstacles -----	p.32
a) Obstacles -----	p.32
b) Points positifs -----	p.34
IV. DISCUSSION -----	p.35
1. Forces et Faiblesses -----	p.35
a) Difficultés de recueil -----	p.35
b) Points faibles-----	p. 36
c) Points forts -----	p. 36
2. Points clés identifiés -----	p.37
3. Littérature existante -----	p.37
4. Bonnes pratiques de Formation -----	p.40
5. Perspectives éventuelles -----	p.42
a) Arrivée des Tests Immunologiques -----	p.42
b) La Formation des MG -----	p.43
c) Modification du calendrier d'invitations ? -----	p.44
d) Tarification à la performance (P4P) -----	p.45
e) Essais d'intervention ? -----	p.46
V. CONCLUSION -----	p.47
VI. ANNEXES -----	p.48
1. Comparatif HémocultII/Test immunologique -----	p.49
2. Liste des structures de gestion actualisée -----	p.51
3. Fiche de recueil de données -----	p.57
4. Centralisation des données recueillies -----	p.59
a) Formations présentielle -----	p.60
b) Autres -----	p.74

c) Données quantitatives -----	p.91
5. Comparatif des meilleurs départements (2010/2011) ----	p.99
VII. BIBLIOGRAPHIE -----	p.106

I- Introduction

Au niveau mondial, le cancer colorectal (CCR) représente, tous sexes confondus, le 3^{ème} cancer en termes de fréquence (après les cancers de la prostate et du sein), avec 40.500 nouveaux cas estimés en 2011 en France. Il est le 2^{ème} en termes de mortalité (après celui du poumon), avec 17.500 décès estimés en 2011, toujours en France (1). Bien que l'incidence ait quasiment doublée des années 80 à nos jours, on note une tendance à une stabilisation ces dernières années ; en parallèle, le taux de mortalité est plutôt à la baisse : ceci peut être expliqué par un vieillissement de la population, de meilleures techniques de détection (diagnostic plus précoce, en plus grand nombre), une amélioration de la prise en charge thérapeutique.

L'étude épidémiologique des CCR a permis de distinguer plusieurs groupes en fonction de leur risque de développer un CCR (2):

- 1) Risque moyen : individus des deux sexes, de plus de 50ans, sans antécédent personnel ni familial (96% des cas de CCR surviennent après 50ans, dont 52% entre 50 et 74 ans)
- 2) Risque élevé : tout individu ayant un antécédent personnel ou familial de CCR ou d'adénome, ainsi que ceux porteurs d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn)
- 3) Risque très élevé : tout individu porteur d'un syndrome héréditaire, dont les 2 principaux sont la Polypose Adénomateuse Familiale et le syndrome HNPCC (Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer) ; on estime qu'ils représentent 2 à 5 % des cas de CCR.

Le CCR est un candidat idéal pour la mise en place d'un dépistage de masse organisé, selon les critères OMS parus en 1968 (3) :

- 1) c'est une pathologie fréquente comme nous venons de le voir,
- 2) c'est une pathologie dont le pronostic est grave, avec une mortalité tous stades confondus d'environ 50% (4, 5),
- 3) son histoire naturelle est connue : le CCR résulte dans 60 à 80% des cas de la lente transformation d'un polype adénomateux (tumeur bénigne mais lésion précancéreuse) en lésion maligne ; cette évolution durant en moyenne 10 ans,
- 4) il n'existe pas, à ce jour, de prévention primaire efficace,
- 5) il existe un intérêt établi d'un diagnostic précoce. En effet, un traitement efficace existe en cas de découverte au stade précoce ou au stade précancéreux : exérèse chirurgicale des polypes/adénomes avant leur transformation cancéreuse ou des CCR à un stade précoce, avec de bons résultats en termes de survie (survie à 5 ans au stade I de 94%) (4, 6)
- 6) le test de dépistage existant (hemocult II), qui permet la recherche de sang occulte dans les selles, répond aux critères OMS pour un dépistage organisé : simple, acceptable, peu onéreux, sans danger, d'efficacité démontrée avec un compromis acceptable entre sensibilité et spécificité.
- 7) L'efficacité du dépistage est avérée. Plusieurs études contrôlées, réalisées au sein de populations bien définies (individus à « risque moyen » âgés de 50 à 74 ans), montrent qu'il est possible de diminuer la mortalité par CCR de 15 à 20% lorsqu'une recherche de sang occulte est réalisée dans les selles tous les 2 ans ; la réduction de mortalité étant plus importante (de l'ordre de 30%) si l'on considère seulement les participants au dépistage (7, 8, 9, 10). Toutefois, cet effet sur la réduction de mortalité n'est obtenu que lors d'une participation de la population d'au moins 50%.

En France, l'étude Bourguignone (11), dont les résultats ont été publiés en 1999, a confirmé qu'il était possible avec cette stratégie de faire reculer la mortalité par CCR dans notre pays.

La décision selon laquelle le CCR devait dorénavant relever d'un dépistage organisé a été prise par arrêté du Parlement Français le 24 septembre 2001. Ce dépistage a d'abord été mis en place dans 23 départements pilotes, à partir de 2003 ; puis la décision d'une généralisation à l'ensemble du territoire fut prise en 2005. Cette généralisation se fera très progressivement de 2007 à début 2009.

Le dépistage organisé du CCR en France :

- Le programme français cible la population de 50 à 74 ans (soit environ 17 millions d'individus), à risque moyen, non symptomatiques (12). Les personnes d'âge compatible, identifiées à partir des fichiers de l'assurance maladie, sont invitées tous les deux ans par leur structure de gestion à se rendre chez leur médecin généraliste pour demander à pratiquer un test de dépistage (HemoccultII). Celui-ci consiste en la réalisation au domicile de deux prélèvements sur une selle, à déposer sur une plaquette, procédure répétée sur trois selles (soit 6 prélèvements au total), dans un intervalle maximal de 10 jours, pour recherche de traces de sang occultes. Les trois plaquettes sont adressées au centre de lecture à l'aide d'une enveloppe T fournie. Le test et la lecture sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. La personne, son médecin et la structure de gestion sont informés du résultat du test par le centre de lecture. En cas de test négatif, la personne est réinvitée deux ans plus tard et une consigne de surveillance des signes d'alerte (saignement digestif, troubles du transit inexplicables, douleurs abdominales inhabituelles) doit être systématiquement donnée. En cas de test positif, une coloscopie doit être réalisée. Les personnes n'ayant pas donné suite à la première invitation font l'objet d'un courrier de

relance à trois mois, suivi, en l'absence de réponse, de l'envoi du test directement au domicile, six mois après l'invitation initiale.

- Des critères d'exclusion au dépistage ont été retenus: les sujets symptomatiques (présence de sang dans les selles, douleurs abdominales, modification récente de transit...), ainsi que les sujets à risque élevé ou très élevé seront l'objet d'une stratégie individuelle de dépistage ; les autres motifs d'exclusion sont un test de dépistage datant de moins de 2 ans, une coloscopie complète normale datant de moins de 5 ans, un refus du patient, une maladie grave intercurrente. L'exclusion pourra être définitive ou temporaire. Il appartient au médecin généraliste de rechercher ces critères.

- Jusqu'à présent, le test de dépistage utilisé est le test Hemocult II : il s'agit d'un test au Gaïac (apparition en moins d'une minute après révélation par de l'eau oxygénée, d'une réaction colorée bleue en présence d'hémoglobine). Sa sensibilité est peu élevée (50%, ne diagnostiquant qu'un cancer sur deux), mais sa spécificité est excellente (98%), permettant de limiter les faux positifs à 2 % des cas et limitant ainsi au maximum le nombre de coloscopies inutiles. Sa valeur prédictive positive est également élevée (40%). Le caractère intermittent des saignements en cas de volumineux polype ou de CCR explique la nécessité de réaliser plusieurs prélèvements.

D'autres tests de dépistage existent, notamment les tests immunologiques, dont la réaction détecte spécifiquement l'hémoglobine humaine, et permettent d'obtenir par lecture automatisée un résultat (semi-) quantitatif. Pour un taux de positivité égal (et donc un même nombre de coloscopie), les tests immunologiques détectent 1,2 à 1,3 fois plus de cancer et 1,5 à 2 fois plus d'adénomes avancés que les tests HemocultII. Conformément à la mesure 16.3 du Plan Cancer 2009-2013, l'utilisation de ces tests dans le dépistage organisé devrait progressivement remplacer celle des HemocultII. (*Annexe I*) (13, 14)

- Le dépistage de masse est piloté au niveau national par le Ministère de la santé, la Direction Générale de santé (DGS) et l'Institut National du Cancer (InCA). Au niveau local, le programme est coordonné par les structures de gestion (SG) départementales ou interdépartementales (au nombre de 90 pour 99 départements). A noter qu'il s'agit des mêmes structures de gestion que celles déjà en place pour le dépistage organisé du cancer du sein. L'évaluation épidémiologique est réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Les structures en charge de l'organisation des dépistages :

- gèrent et assurent la sécurité des fichiers des personnes ciblées par les dépistages
- envoient les lettres invitant les personnes à se faire dépister ainsi que les relances
- participent à la sensibilisation et à l'information des populations concernées
- **organisent la formation des médecins** et professionnels de santé sur les dépistages
- assurent le suivi des dépistages
- veillent à la qualité du dispositif
- collectent les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes et les transmettent à l'InVS.
- sont responsables, pour le dépistage du cancer colorectal, de l'approvisionnement des médecins généralistes en tests de dépistage.

- Les médecins généralistes (MG) ont un rôle central et fondamental au sein du dispositif de dépistage.

On peut citer parmi d'autres :

- Informer les patients sur le CCR et son dépistage
- Rechercher les critères d'inclusion/exclusion au DOCCR
- Remettre le test aux patients éligibles et leur expliquer les modalités pratiques de réalisation
- Convaincre les patients réfractaires à la réalisation de l'hémocultII ou de la coloscopie (en cas de test positif)
- Participer à la mise à jour de la base de données des SG, en leur retournant les fiches d'inclusion/exclusion complétées.

Justification de l'étude :

Le taux de participation de la population cible est un point essentiel pour que le programme de dépistage soit efficace ; or, l'objectif européen minimal de 45% est loin d'être atteint (32,1% en 2010-2011)(15). Par ailleurs, il souffre localement d'importantes disparités (de 8,3% en Corse à 52,6% en Saône et Loire)(16).

De par leur rôle central, l'implication des MG est également un facteur majeur de réussite du dépistage. L'expérience des départements pilotes montre que 85 % des tests remis par les médecins généralistes sont réalisés par les patients (versus 15 % en cas d'envoi postal direct), et que la première cause évoquée par les non-participants au dépistage est que leur médecin ne leur en a pas parlé (17).

Plusieurs études ont été réalisées sur les freins au dépistage (18, 19). Parmi les résultats : la formation du médecin est mise en cause.

L'organisation de cette formation est l'une des missions des structures de gestion départementales; ces dernières étant assez « libres » quant aux modalités et contenus de ces formations. En effet, le cahier des charges, publié au Journal Officiel de décembre 2006 est très succins : « *Les séances de formation portent sur l'épidémiologie, l'intérêt et les limites du dépistage, et l'organisation*

pratique du ou des programmes. Des outils de formation (CD-Rom et brochures), approuvés par l'INCA, sont mis à la disposition des structures de gestion qui les utilisent prioritairement » (20). Le cahier des charges à destination des structures de gestion n'est pas beaucoup plus précis : « La structure de gestion organise la formation des médecins traitants sur le dépistage du cancer colorectal. L'ensemble des gastro-entérologues et des médecins généralistes doit être formé. Les médecins du travail peuvent également être invités aux sessions de formation. Une formation par groupe d'une cinquantaine de médecins maximum est un préalable au démarrage d'une campagne de dépistage du cancer colorectal. Les séances de formation peuvent concerner le dépistage des trois cancers et comprendre une partie commune sur l'épidémiologie, l'intérêt et les limites du dépistage. Des outils de formation élaborés au niveau national sont disponibles. Les médecins généralistes non présents aux séances de formation doivent être contactés par téléphone ou visités par un membre de la structure de gestion. L'ensemble du corps médical, et notamment les médecins du travail, seront informés.»

L'hypothèse est la suivante : le type de formation reçue (contenu, format, support, intervenants,...) pourrait influencer l'investissement du généraliste dans le dépistage du CCR, et par ce biais, influencer le taux de participation de la population cible.

Nous allons d'une part faire un état des lieux de la formation reçue par les généralistes, d'autre part recueillir les chiffres officiels de participation au dépistage (population cible et médecins impliqués) ; pour enfin tenter de voir s'il pourrait exister une corrélation entre ces différents items.

Si une formation optimale, permettant un taux de participation optimal, se dégageait, un cahier des charges précis pourrait être mis en place au niveau national.

Ceci serait d'autant plus intéressant qu'il sera bientôt nécessaire de réaliser une nouvelle campagne de formation des médecins généralistes lors du remplacement effectif des tests Hemocult II par les tests immunologiques, prévu pour 2014.

II- Matériel et Méthodes

1- Type d'Etude

Il s'agit d'une étude non interventionnelle, rétrospective, et majoritairement descriptive.

Cette étude n'a donc pas nécessité l'approbation du comité d'éthique (CPP : Comité de Protection des Personnes).

2- Lieu et population de l'étude

Comme vu précédemment, l'un des objectifs de l'étude était de faire un état des lieux de la formation au DOCCR reçue par les médecins généralistes de France. Nous avons choisi de prendre comme cible, les différentes structures de gestion en charge de cette formation, c'est-à-dire les 89 structures de gestions départementales réparties sur la France Métropolitaine.

La liste de ces SG a été obtenue sur le site internet de l'InCA, et mise à jour par moi-même (*Annexe II*: à noter que les lignes téléphoniques directes ainsi que les mails personnels des médecins coordinateurs ne figurent pas sur cette annexe).

3- Paramètres recueillis

Un certain nombre de données quantitatives ou binaires ont été recueillies à partir des différentes sources officielles que sont l'InVS, l'InCA et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (21, 22, 23). Nous avons ensuite demandé aux SG de corroborer ces résultats.

Ces données quantitatives sont :

- La date d'entrée dans le DOCCR

- Le département considéré est-il un département Pilote (O/N)
- Les taux de participations de la population cible lors de la 1^{ère} campagne et lors de 2010/2011
- La démographie médicale du département au moment de la réalisation des formations initiales et lors de 2010/2011

D'autres données quantitatives ont également été recueillies, mais directement auprès des SG, celles-ci n'étant pas relatées dans les sites officiels ; notamment les taux de participation médicale au DOCCR, ainsi que le nombre de MG ayant été formé.

Les autres paramètres recueillis sont quant à eux plus axés sur la formation des MG et plutôt qualitatifs ou binaires. Ils ont été recueillis par l'intermédiaire d'une Fiche de Recueil (cf Intervention) envoyée à l'ensemble des SG du territoire.

On peut citer :

- Indemnisation du MG participant à la formation (O/N)
- Existence d'une formation de rappel (O/N)
- Modalités d'organisation et de prise de contact avec les MG
- Description de la formation (type, intervenants, durée, supports...)
- Modalités d'invitation au dépistage
- Points forts/points faibles

4- Questionnaire

- Outils : La base du travail a consisté en la réalisation d'un Fiche de Recueil de Données (*Annexe III*). Celle-ci a été réalisée grâce à l'aide du Dr Tu LE TRUNG, médecin coordinateur du DOCCR de la structure de

gestion du val-d'oise (PSVO), ainsi qu'à celle du Dr AUBIN-AUGER Isabelle, ma directrice de thèse.

Des modifications finales ont ensuite été apportées suite aux « remarques » des premiers répondants.

- Durée du recueil : Le recueil de données a débuté début mai 2012 ; la date d'arrêt a été arbitrairement désignée au 06 août 2012, soit une durée totale d'environ trois mois.
- Démarchage : Initialement, une sélection de départements avait été faite de telle sorte à avoir un échantillon représentatif (fonction de la géographie, des taux de participation, de la date d'entrée dans le DOCCR...). Finalement, nous avons décidé de faire un recueil le plus exhaustif possible. Pour cela, j'ai effectué un démarchage téléphonique direct auprès de l'ensemble des SG de France métropolitaine. La séquence de démarchage était la suivante : prise de contact téléphonique avec la SG (accueil ou secrétariat), laquelle me communiquait, après accord du médecin coordinateur, les coordonnées téléphoniques directes ou le mail de ce dernier. Je leur exposais ensuite, par téléphone ou mail, le sujet de la thèse, ses objectifs ainsi que les modalités de recueil de données ; le tout associé à un envoi par courrier électronique de la fiche de recueil.
- Modalités de réponse : Plusieurs modalités de réponse étaient possibles pour les médecins coordinateurs. Tout d'abord, pour les départements pour lesquels cela était possible (c'est-à-dire les départements d'Ile de France), je proposais de me déplacer directement à la structure de gestion pour un entretien. La seconde possibilité était de prendre rendez-vous pour un entretien téléphonique. Dans ces deux cas, c'est moi qui complétais la fiche de recueil, et je la soumettais ensuite à la validation du médecin coordinateur. Une troisième et dernière modalité était proposée

aux médecins coordinateurs : remplir par leurs propres soins la fiche de recueil et me la retourner par courrier électronique. Dans ce cas, après réception et lecture de la fiche, il m'arrivait de leur demander des compléments d'information également par retour de courrier électronique.

5- Analyse des données

L'analyse des données a été purement descriptive avec formulation d'hypothèses pour des travaux ultérieurs.

6- Remarque

Un autre volet était initialement prévu dans ce projet de thèse : il s'agissait de réaliser des entretiens individuels auprès d'un échantillon de Médecins Généralistes des différents départements ayant répondu à l'enquête (*ressenti et perception de la formation reçue? Qu'en ont-ils retenu? Modification de leur implication avant/après formation ?*) .

Ceci n'a finalement pas pu être réalisé, par manque de temps et de moyens.

III- RESULTATS

1- Taux de participation à l'étude

Au cours des 3 mois pendant lesquels le recueil a été réalisé, soixante-neuf départements métropolitains ont répondu de manière positive (sans présager du caractère complet ou incomplet de cette réponse), soit 72.63% (69/95).

Par conséquent, seuls vingt-six départements n'ont pas donné de réponse, soit 27,36% (26/95).

On observe plusieurs catégories de « non répondants » :

- Le refus de répondre, qui concernait 4 départements (4.21%). Cette catégorie représente 15.4% des non-répondants. Les raisons évoquées étaient le manque de temps, puis l'implication simultanée dans d'autres travaux de recherche.
- Un « mauvais calendrier » (congrés, délai recueil passé, pas d'accès aux archives...), qui concernait 7 départements (7.36%). Cette catégorie représente 26.9% des non-répondants.
- Les autres : ils correspondaient aux départements non joignables ou ceux n'ayant donné aucune réponse, que cette dernière soit positive, négative ou de « mauvais timing ». Cette catégorie concernait 14 départements (14.73%) et représente 53.8% des non-répondants.

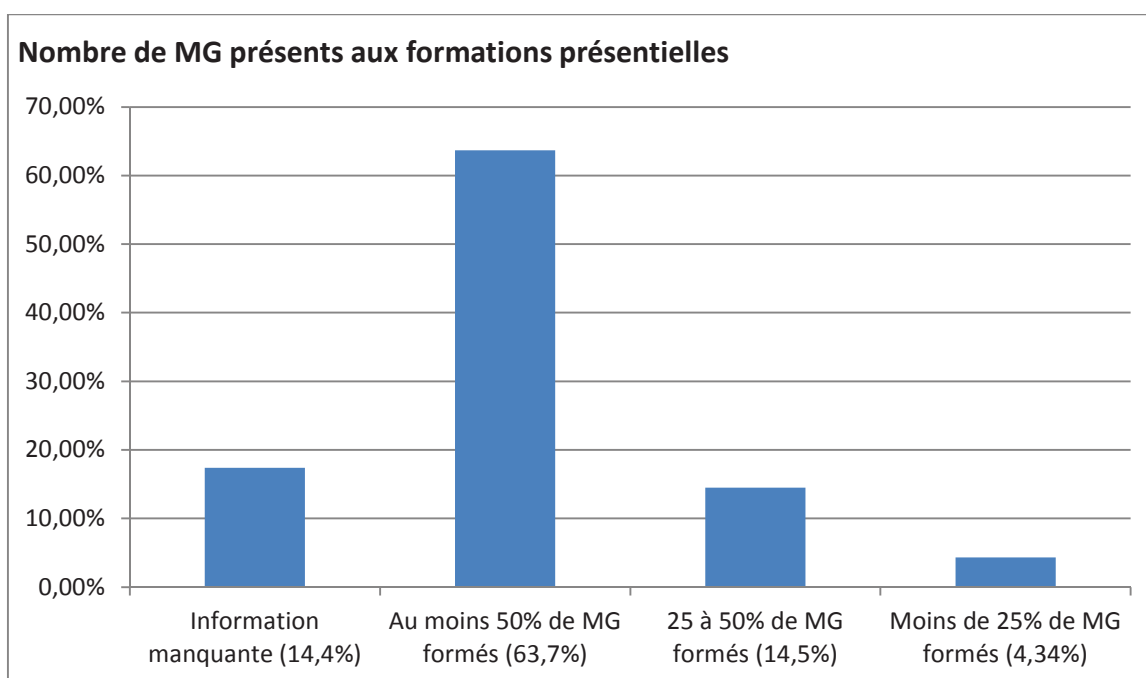
A noter que seuls 2 départements n'ont pas reçu la fiche de recueil, la Corse (20) et la Savoie (73), pour l'une des raisons suivantes : absence de mail valide ; échec des tentatives de contact téléphonique avec la SG ; absence de site internet ou site en construction lors du recueil.

2- Description de l'échantillon : Modalités de formation initiale

a) FORMATIONS PRESENTIELLES : description, grandes similitudes et différences

La totalité des départements répondants ont organisé ce type de formation initiale.

1. Nombre de MG formés par ce mode :



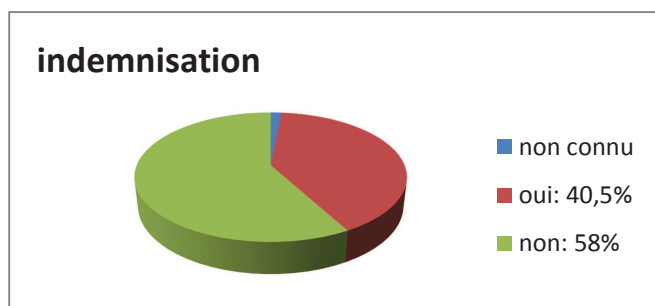
A noter que les 3 départements ayant moins de 25% de MG formés par ce biais appartenait chacun à une catégorie différente de taux de participation.

2. Type/durée des réunions :

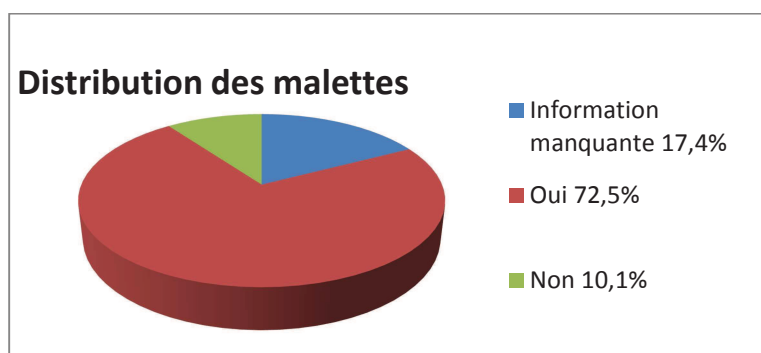
- Information manquante : $2/69 = 2.9\%$
- 1 journée séminaire : 2 départements + 1 ayant réalisé 2 réunions sur 42 sous ce format => $3/69 = 4.34\%$
- 2 soirées : $3/69 = 4.34\%$
- 1 soirée : $62/69 = 89.85\%$. Parmi eux, 3 départements avaient également organisé une conférence générale pour l'ensemble de MG ou des réunions publiques. Dans l'immense majorité des cas (excepté 2 départements), la soirée conférence ou FMC avait été suivie d'un dîner ou buffet, impliquant le plus souvent la participation d'un laboratoire.

3. Indemnisation :

Seul 1 département n'avait pas renseigné cette information.

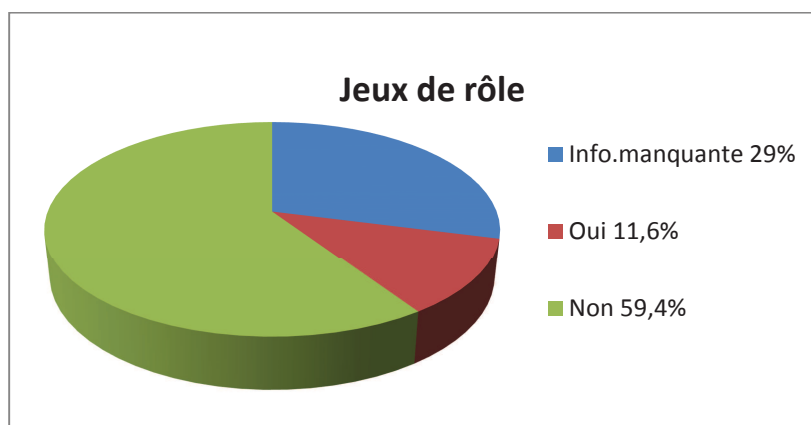


4. Distribution des malettes lors des réunions :

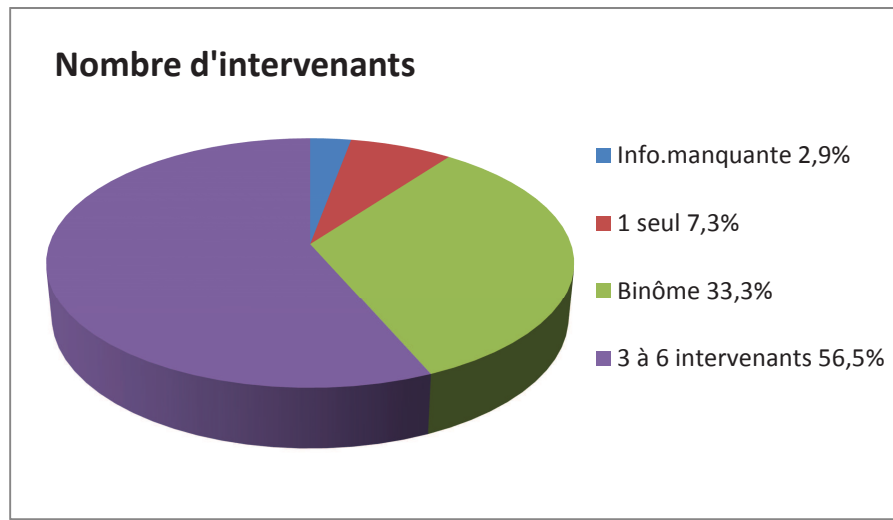


5. Réalisation de jeux de rôle/mises en situation clinique :

De nombreux départements n'ayant pas réalisé de jeux de rôle, avaient réalisé des pré-/post-tests.



6. Intervenants :



Dans le cas des binômes (23/69), la configuration la plus fréquente était médecin coordonnateur (MC) + gastro-entérologue (GE) (16/23) ; les autres configurations possibles étant MG+GE ou MC+MG ou MC+assistante.

Lorsqu'il y avait au moins 3 intervenants (maximum 6) (39/69), la configuration la plus fréquente était un trinôme constitué du MC, d'un GE et d'un MG.

Dans le cas des intervenants multiples, la répartition du « temps de parole » était en majorité équitable (seuls 6 départements pour lesquels le MC était l'intervenant principal).

7. Nombre de MG par réunion :

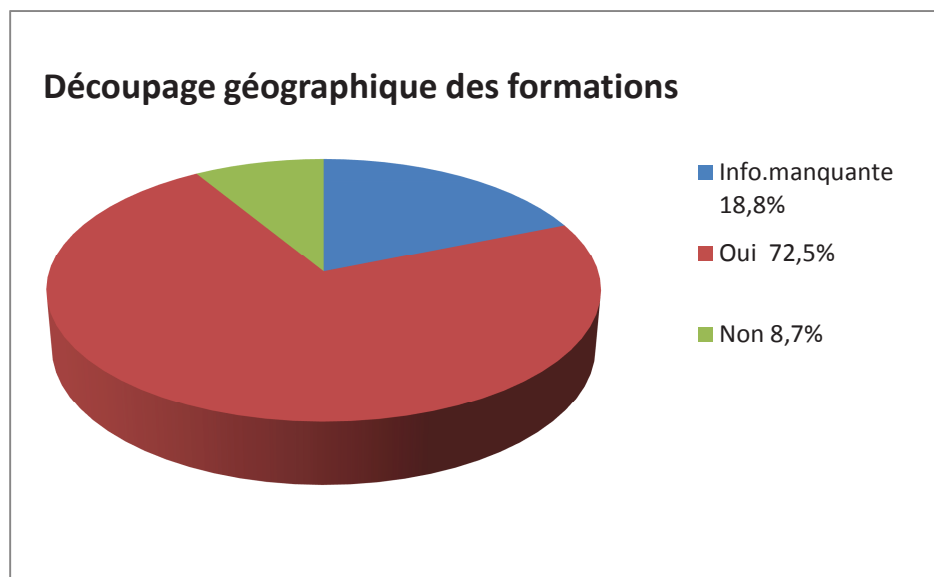
- Information manquante : $16/69 = 23.2\%$
- Les réunions avaient lieu en petits groupes de 50 MG maximum, conformément au cahier des charges, avec le plus souvent 15 à 30MG par réunion.
- Deux exceptions à cette règle : le Maine et Loire (49) avec un maximum de 80MG par réunion, et la Saône et Loire (71) avec un maximum de 70MG par réunion.

8. Contenu/Support :

La totalité des départements avait utilisé un support de formation type « diaporama ». L'élaboration de ce support avait été réalisée par :

- Information manquante : $12/69= 17.4\%$
- Comité de pilotage, conseil scientifique ou équipe pluridisciplinaire : $18/69= 26.46\%$
- Utilisation du support réalisé par l'InCA/SNFGE/InVS, avec remaniements locaux : $17/69= 24.63\%$
- Le MC ou les intervenants eux-mêmes : $22/69= 31.88\%$

9. Réalisation des formations selon un découpage géographique :



Généralement les formations d'un secteur précédaient l'envoi des invitations à la population dans ce même secteur.

10. Dates de réalisation des réunions



11. Relation avec la démographie médicale ?

Parmi les départements ayant une démographie médicale supérieure ou égale à 1000 MG, soit 14 départements, on retrouve :

- 6 départements (soit 42.9%) dans lesquels la participation des MG aux réunions présentielle a été inférieure à 50%
- 4 départements (soit 28.5%) dans lesquels la participation des MG aux réunions présentielle a été d'au moins 50%
- 4 départements pour lesquels cette information n'est pas connue.

Parmi les départements ayant une démographie médicale faible (c'est-à-dire inférieure ou égale à 300 MG), soit 15 départements, on retrouve :

- 1 seul département, soit 6.6%, pour lequel la participation des MG aux réunions présentielle a été inférieure à 50%
- 13 départements, soit 86.7%, pour lesquels la participation des MG aux réunions présentielle a été d'au moins 50% (dont 7 départements, soit 46.7%, qui ont vu plus de 70% de leur MG participer à ces réunions).
- 1 seul département pour lequel cette information est manquante.

Au total, au moins 50% des MG ont été formés par réunion présentielle dans 2/3 des cas. Ces réunions se déroulaient sur une seule soirée dans 90% des cas, par petits groupes de 50MG maximum, avec intervenants multiples et distribution des malettes dans la grande majorité des cas, n'étaient pas indemnisées et ne

comportaient pas de jeux de rôle dans près de 60% des cas. Enfin, le support utilisé était celui mis à disposition par l'InCA/SNFGE/InPES que dans ¼ des cas.

a) AUTRES FORMATIONS INITIALES:

1. Modalités proposées :

Seuls 2 départements n'ont pas renseigné cette information, soit 2.9%.

Seuls 4 départements ne proposaient aucune formation **initiale** alternative, soit 5.8%.

La quasi-totalité des départements, hormis les 4 sus-cités, proposait au moins l'une des trois formations alternatives suivantes :

- Formation individuelle par visite au cabinet du MG (ou à la SG), réalisée par le MC (ou un collaborateur)
- Formation individuelle par téléphone, réalisée par le MC (ou un collaborateur)
- Envoi postal (ou par voie électronique) des documents de formation.

Trois départements (soit 4.35%) se démarquaient par la mise en place de modalités de formation alternatives supplémentaires, permettant la formation individuelle de volontaires :

- Organisation de (demi-)journées « Portes Ouvertes »
- Tenue d'un stand d'information et de formation, par le MC, lors d'un Congrès Médical
- Création par le MC d'un « Blog » dédié à la formation, contenant entre autres un diaporama d'autoformation. Les MG étaient informés de l'existence de ce blog par courrier individuel.

2. Nombre de MG formés :

Si nous considérons la proportion globale de MG formés, quel que soit le type de formation reçue, la grande majorité des départements avaient répondu aux objectifs :

- Au moins 80% de MG formés : $60/69 = 87\%$ des départements.
- 50 à 80% de MG formés : $6/69 = 8.7\%$
- Moins de 50% de MG formés : $1/69 = 1.4\%$
- Information manquante : $2/69 = 2.9\%$.

Si nous considérons les formations initiales alternatives aux réunions présentiels :

- Information manquante : $13/69 = 18.8\%$
- Moins de 25% de MG formés : $22/69 = 31.8\%$
- De 25 à 50% de MG formés : $24/69 = 34.8\%$
- Au moins 50% de MG formés : $10/69 = 14.5\%$ (dont 3 départements qui avaient formés à plus de 70% leurs généralistes grâce aux formations alternatives).

Les formations individuelles par visite au cabinet ne faisaient pas partie des alternatives pour 31.8% des départements (22/69).

Pour d'autres départements, les formations alternatives se limitaient uniquement à l'envoi postal du matériel de formation : c'est le cas de 7 départements, soit 10.1%. A noter également que pour 8 départements (soit 11.6%), la formation par envoi postal avait été équivalente ou majoritaire sur les autres types de formation.

Le détail n'étant pas connu pour tous les départements, il n'a pas été possible de comparer la proportion de MG formés selon chaque type de formation initiale.

3- Description de l'échantillon : Les formations de rappel

La signification du terme « formation de rappel » n'ayant pas été explicité dans la feuille de recueil de données, son interprétation avait donc été différente selon les départements.

Globalement, il y a eu 2 significations majoritaires :

- Formation de rappel au sens collectif du terme
- Formation individuelle/information continue (visites régulières au cabinet des MG, lettres ou courriers périodiques, statistiques personnelles...)

1. Information manquante : $5/69= 7.2\%$

2. Absence de formation de rappel : $32/69= 46.4\%$. L'interprétation de ce chiffre étant rendue difficile par la non connaissance de la signification de ce terme pour chaque département...

3. Formation individuelle/Information continue : 19 départements

- o Visite régulière (1/an ou 1/2ans) au cabinet du MG : $10/69=14.5\%$
- o Résultats personnalisés : $4 /69= 5.8\%$
- o Lettres périodiques (fréquence de 3/an à 1/an) : $7 /69=10.1\%$
- o Phoning : $1/69= 1.5\%$

4. Formation de groupe :

- o A part : 2 départements avaient organisé des formations de groupe dans le cadre d'études pilotes utilisant les tests immunologiques.
- o 5 départements avaient organisé des réunions de groupe (maximum 3), qui n'avaient connu que très peu de succès (très faible participation des MG). Un département a dû annuler ces réunions pour cause de participation nulle des MG.
- o 5 départements organisaient des réunions de groupe lors du démarrage de la 2eme, voire 3eme, campagne (résultats de la campagne achevée, rappels sur le DOCCR et nouveautés)

- 2 départements sortaient du lot en termes de formation de rappel : la Saône et Loire (71) et l'Yonne (89).
- ⇒ La Saône et Loire (71) : A chaque début de campagne depuis 2003 (la moitié du département est concernée 1 année sur 2), organisation de réunions (environ 5) divisées en 2 parties. La première permettant au MC de présenter les résultats de la dernière campagne ainsi que les nouveautés éventuelles, et permettant aux MG de récupérer leurs kits de dépistage (la nécessité de retirer les kits en personne les « oblige » en quelques sortes à assister à cette réunion). La seconde partie correspond à une réunion de FMC sur le thème du dépistage (gynécologique ou gastroentérologique) avec intervention d'un spécialiste du secteur.
- ⇒ L'Yonne (89) : Formation de rappel mixte, à la fois individuelle (visites au cabinet) et collective. La version collective se présente sous 2 formes : réunions de groupe organisées par la SG environ tous les 2 ans (MC pour résultats et nouveautés, et spécialistes divers pour FMC), et réunions informelles annuelles de discussion entre MG d'une part et GE/Chirurgien/oncologue d'autre part (sans intervention de la SG).

4- Description de l'échantillon : Modalités d'invitation aux campagnes

- 1^{ère} campagne (C1): (résultats donnés sur les 69 départements répondants)
 1. Information manquante : $26/69 = 37,7\%$
 2. Selon découpage géographique : $27/69 = 39,1\%$
 3. Selon date de naissance : $12/69 = 17,4\%$
 4. Mixte, selon date de naissance et découpage géographique : $1/69 = 1,45\%$

5. Tirage au sort/étalement sur 2 ans (sans critère géographique ni d'âge) : $3/69= 4,34\%$

- Campagnes suivantes : Dans la majorité des départements, les nouveaux entrants dans le dépistage sont invités selon les mêmes modalités qu'en C1. Les résultats suivants correspondent donc aux personnes ayant déjà été invitées au moins une fois.

1. Selon découpage géographique : $3/69= 4,34\%$. Ce mode permet théoriquement, en faisant des invitations groupées de la population, d'avoir une phase médicale « coup de poing » courte de 6 mois durant laquelle les MG sont fortement mobilisés ; en contrepartie, ils sont relativement tranquilles sur les 18 mois restants de la campagne.
2. Selon la date anniversaire du dernier événement : $58/69= 84\%$. A noter que l'un de ces départements tente de revenir depuis la dernière campagne à des invitations selon découpage géographique.
3. Information manquante : $7/69= 10,14\%$.

5- Formation des nouveaux généralistes

- Information manquante : $37/69= 53.6\%$
- Formation individuelle par visite au cabinet (ou par téléphone, notamment si distance importante) : $27/69= 39.1\%$. Cette formation peut être systématique, proposée ou uniquement sur demande du MG lui-même.
- Envoi postal des documents de formation et des kits de dépistage : $5/69=7.2\%$ + 2 départements mixtes (c'est-à-dire proposant également les visites).

6- Relation entre démographie médicale et participation au DOCCR ?

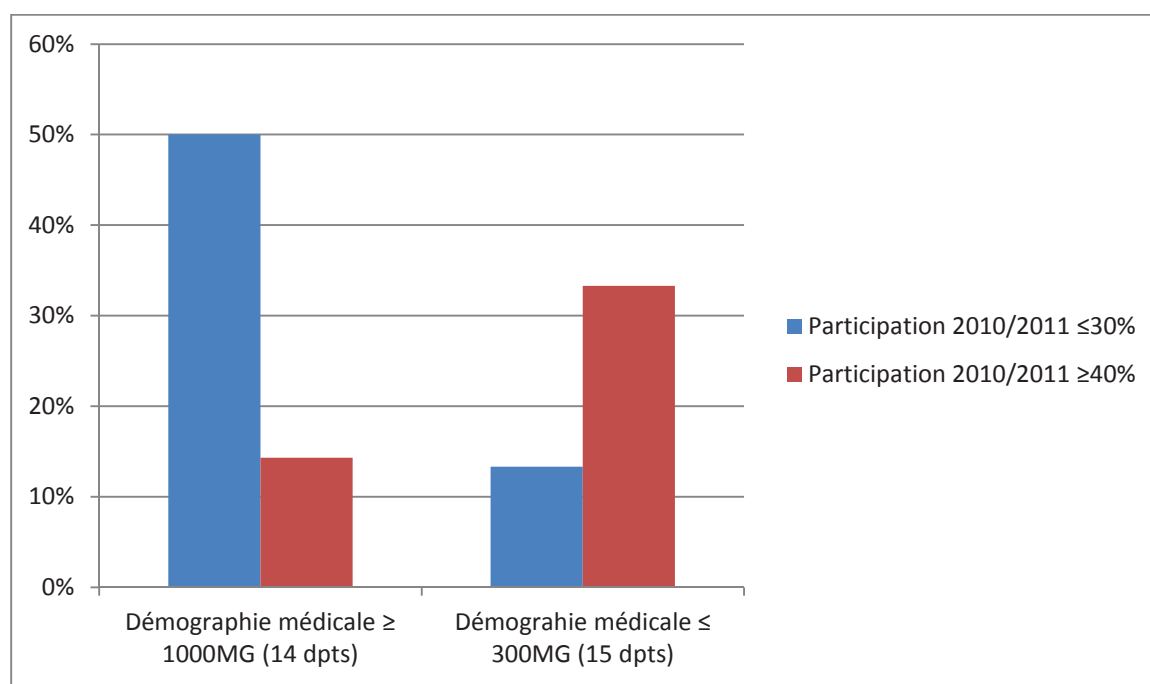
Une hypothèse possible serait qu'il existe une relation entre la démographie médicale d'un département et le taux de participation au DOCCR ; ce dernier paraissant meilleur dans les départements dont la démographie médicale est plus faible. Ceci reste une hypothèse émise selon les données qualitatives suivantes, mais non « prouvée » statistiquement.

Parmi les départements dont la démographie médicale est supérieure ou égale à 1000 MG, soit 14 départements :

- Participation 2010/2011 $\leq 30\%$: $7/14 = 50\%$
- Participation 2010/2011 $\geq 40\%$: $2/14 = 14.3\%$

Parmi les départements dont la démographie médicale est inférieure ou égale à 300 MG, soit 15 départements :

- Participation 2010/2011 $\leq 30\%$: $2/15 = 13.3\%$
- Participation 2010/2011 $\geq 40\%$: $5/15 = 33.3\%$



7- Données des 7 meilleurs départements en termes de taux de participation 2010/2011 (Annexe V)

Un certain nombre de données apparaissent communes à la quasi-totalité de ces départements.

On peut souligner :

- Leur ancienneté dans le processus du DOCCR : en effet, 5 de ces 7 départements sont d'anciens départements pilotes.
- Une forte participation médicale au DOCCR avec un minimum à 93% pour 2010/2011 ; cette participation étant même supérieure à 98% pour 6 d'entre eux.
- Une proportion de MG formés par réunion présentielle d'au moins 50%, à l'exception d'un département. Par contre, l'indemnisation ne semble pas discriminative puisque seuls 4 des 7 départements la pratiquent et que le département ayant formé le plus grand nombre de généralistes par ce biais (l'Yonne) ne les indemnisaient pas.
- Une démographie médicale modérée (558 MG par département en moyenne) pouvant laisser supposer qu'il est plus « facile » d'organiser la formation au DOCCR dans les départements moins denses. L'exception est l'Isère dont la démographie médicale est supérieure à 1000 MG ; ce département étant également celui parmi les 7 dont la proportion de MG formés en réunion présentielle est moindre.
- Une forte implication des structures de FMC locales avec intervention de leaders de ces structures.
- Des formations de rappel, soit de groupe, éventuellement avec une structure qui « oblige » les MG à venir à ces réunions pour récupérer les kits de dépistage ; soit individuelles au cabinet du MG.
- L'existence d'un interlocuteur MG pour servir de relais.
- Une formation quasi-systématique des MG nouvellement installés.

8- Données des moins bons départements en termes de participation

2010/2011

Beaucoup de données sont manquantes pour ces départements.

Quelques observations peuvent toutefois être faites :

- Aucun de ces départements ne faisait partie des départements Pilotes
- Il existait peu de choix quant aux modalités alternatives de formation initiale
- La participation aux formations présentiels était rarement indemnisée
- Les invitations aux campagnes ultérieures se faisaient toutes selon la date anniversaire du dernier évènement
- Il y avait peu de formations de rappel organisées.

9- Les points positifs et obstacles

- Les obstacles/critiques/points négatifs :

1- Du point de vue des MG :

Les points suivants sont apparus comme des obstacles, relatés par les responsables de chaque structure, sans que les MG concernés n'aient été directement interrogés.

Tout d'abord, les MG, quel que soit leur département, souffrent d'un manque criant de disponibilité (sollicitations multiples de la part des patients, de la sécurité sociale, des laboratoires...etc... ; gestion administrative d'un cabinet libéral ; secrétariat ; FMC ;...). Ceci explique également leur lassitude à participer à des réunions de formation vespérales ; le soir étant souvent leur seule plage horaire « vacante » non dédiée au travail. Ce manque de disponibilité apparaît de loin comme le plus fréquemment cité.

Le second obstacle le plus fréquemment cité est le caractère chronophage du côté administratif du DOCCR (nombreuses étiquettes à coller, carnet d'inclusion/exclusion à renseigner puis à renvoyer, ...), lequel s'ajoute au temps incompressible dédié aux explications données au patient.

Le troisième point négatif pointé du doigt est la rémunération insuffisante des MG : rémunération forfaitaire faible, dépendante du nombre de tests lus, et non du nombre de tests remis et expliqués aux patients.

Les points négatifs suivants sont beaucoup plus marginaux :

- Critique de la présence d'un laboratoire
- Septicismisme concernant l'efficacité du dépistage

2- Du point de vue de la SG :

Seuls les points négatifs principaux sont relatés ci-dessous.

Une grande partie des SG ont rapporté des difficultés, parfois majeures, à établir la vraie liste des MG cibles. Deux explications à cela : d'une part, de nombreux médecins inscrits comme « généraliste » n'exercent pas en tant que tel, par exemple les acupuncteurs, phlébologues, homéopathes... Il n'est pas toujours simple pour les SG de les identifier afin de les exclure des MG cibles pour le DOCCR (et par conséquent de les exclure également des statistiques) ; Par ailleurs, certaines SG se sont vu refuser la transmission des listings de MG par les CPAM ou CDOM.

L'organisation de cette formation est extrêmement chronophage pour le MC, lequel est impliqué à tous les niveaux de l'organisation (établissement des listings, invitations, réalisation du contenu des formations, participation aux formations présentiels et aux formations individuelles...). Ceci va de pair avec une logistique très lourde et des difficultés de coordination des différents intervenants.

D'autres obstacles sont communs avec ceux cités plus haut. Tout d'abord un problème pécuniaire, avec une absence d'indemnisation systématique des MG participants à la formation. On retrouve également le problème majeur de disponibilité des MG (hypersollicitations et Burn-out des MG), avec absentéisme malgré inscription préalable et difficulté de fidélisation lors des campagnes successives.

- Les points positifs :

La très grande majorité des SG ont noté un excellent accueil des MG présents lors des formations ; au biais près que les MG participants étaient probablement les MG les plus intéressés par le sujet.

Un certain nombre de MC/SG nous ont confié leur impression d'une meilleure implication des MG qui étaient venus aux réunions.

Par ailleurs, il semble que globalement, les MG aient apprécié les réunions lorsqu'il y avait des intervenants multiples ; de même qu'ils ont apprécié lorsque la formation était proposée sous différents formats (réunions de groupe, formation individuelle par téléphone ou visite, journées portes ouvertes, ...).

IV- DISCUSSION

1-Forces et Faiblesses

a) Difficultés de recueil

- Nécessité de déployer une énergie importante et soutenue pour obtenir les données : ce recueil nous a demandé la réalisation d'un phoning/ mailing abondant avec souvent présence d'intermédiaires et la nécessité de nombreuses relances pour réussir, dans un premier temps à joindre les MC, puis éventuellement dans un second temps, à obtenir les données (nombreux départements, MC occupés, MC en temps partiel, difficulté pour coordonner les disponibilités de chacun...).
- Biais de mémorisation : lorsque les MC en place sont les mêmes qu'à l'époque des formations initiales, ils ne sont pas toujours en mesure de fournir des réponses avec exactitude et puisent dans leurs souvenirs pour nous fournir les réponses. En effet, toutes les données demandées ne sont pas archivées par écrit au niveau des SG (ou l'accès à ces archives n'est pas facile et demande du temps). Parfois, les MC actuels sont différents de ceux présents au démarrage du DOCCR : dans ce cas, une partie des données est manquante ou approximative par manque de « source ».
- Présence de questions parfois trop ouvertes ou comprises de manière différente selon les répondants, amenant à des difficultés d'interprétation des résultats.

b) Points Faibles

- Malgré un taux de participation global conséquent, soit 72%, ce travail n'a pas pu être exhaustif. En effet, il y a près de 28% de départements non répondants, mais on note également une grande disparité entre les réponses des différents départements avec un certain nombre de données manquantes.
- Difficulté à établir une relation de cause à effet entre le type de formation reçue par les MG et le taux de participation de la population cible. Il aurait fallu, outre un recueil plus exhaustif, pouvoir réaliser des tests statistiques quantitatifs, avec agglomération de résultats et prise en charge des facteurs de confusion : ceci ne nous a pas été possible.
Il ne nous est par conséquent pas possible de répondre à la question posée et de conclure sur un type de formation plus pertinent qu'un autre.
Toutefois, des tendances semblent se dégager.

c) Points Forts

- Plusieurs études ont déjà traité des obstacles au DOCCR (16 ; 17 ; 18) : dans leurs résultats, la formation des MG était mise en cause.
L'originalité de ce travail tient au fait que nous avons voulu nous concentrer sur ce seul frein : la formation reçue par les MG sur le DOCCR est-elle discriminante pour la participation de la population cible ?
- Cette étude se distingue également par la tentative d'exhaustivité du recueil de données, qui est à la fois une faiblesse mais aussi une force.
Nous n'avons pas voulu limiter le champ d'action à une sélection de départements comme c'est généralement le cas.

2- Points Clés identifiés

Globalement, cette étude montre que le cahier des charges concernant les formations a été respecté. En effet, plus de 90% des MG ont été formés, toutes modalités confondues. Dans 2/3 des cas, au moins 50% des MG ont été formés par réunion présentielle, en groupes de 50 MG maximum. Mais ce cahier des charges n'est-il pas trop flou ?

La grande majorité des MG a donc reçu une formation initiale au DOCCR ; mais il n'est malheureusement pas possible, selon les observations de cette étude, de présumer d'un type optimal de formation initiale.

Par contre, il y a proportionnellement très peu de formations de rappel organisées. Or celles-ci sembleraient améliorer l'implication des MG dans le DOCCR.

Enfin, outre la formation, nos résultats suggèreraient l'existence d'autres déterminants. Tout d'abord, nous pouvons évoquer l'hypothèse selon laquelle la mobilisation des généralistes pour la formation au DOCCR serait plus « aisée » dans les départements ayant une démographie médicale plus faible (cf III.2.a.11). Mais ceci n'est pas un facteur modifiable. Un autre déterminant à prendre en compte, modifiable celui-ci, pourrait être le mode d'invitation aux campagnes successives. Ce point est détaillé plus loin dans la discussion.

3 –Littérature existante

Plusieurs thèses traitant de la formation des MG au DOCCR ont déjà été soutenues (24, 25, 26).

- La première, parue en 2008 (24), permettait de comparer la participation et la qualité du dépistage des MG selon leur mode de formation initiale (séminaire versus visite au cabinet), dans le département des Alpes Maritimes. Les résultats semblaient meilleurs (plus d'inclusions, moins

d'exclusions, plus de coloscopies réalisées en cas de test positif) dans le groupe « séminaire ». Le biais principal était l'absence de randomisation du type de formation : le mode « séminaire » était probablement choisi par les MG les plus motivés.

- Une seconde également parue en 2008 (25), analysait les obstacles au DOCCR suite à la première campagne dans le département de la Marne. La totalité des MG avait reçu une formation initiale par courrier, mais seul 42,9% d'entre eux avait assisté à une formation complémentaire (de groupe ou individuelle) : l'analyse du jugement de la formation, aussi bien sur le fond que sur la forme, était significativement meilleur dans le groupe « courrier + formation complémentaire ». On notait également que presque un quart des MG souhaitait une formation de rappel, principalement sous forme d'une lettre d'information régulière.
- Enfin, une étude récente réalisée en Gironde et parue en 2013 (26), comparait deux groupes de MG en termes de participation au DOCCR : le groupe des « plus actifs » versus le groupe des « moins actifs ». La participation des MG à la formation initiale de groupe était significativement meilleure dans le groupe des « plus actifs » (72,4% vs. 34,2% ; $p < 0,001$). Par ailleurs, parmi les MG les moins actifs, près de 90% d'entre eux déclaraient qu'une meilleure rémunération ne les ferait pas changer d'avis sur le DOCCR ; alors que 45% d'entre eux étaient susceptibles de modifier leur pratique avec l'arrivée des nouveaux tests immunologiques.

L'augmentation du taux de participation au DOCCR reste un objectif majeur, qui fait partie du plan cancer 2009/2013 (avec pour objectif une augmentation de 15% de la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés) (27).

Dans cette optique, de nombreux articles et thèses ont recherché les obstacles à la réalisation du DOCCR (19, 28, 29, 30, 31). Ces obstacles, et par conséquent les points d'impacts possibles, sont multifactoriels (19): en rapport avec le patient (manque de sensibilisation au DOCCR, oubli, manque de temps, non sollicitation par son médecin de famille, sensation de bonne santé les éloignant du dépistage, mauvaise compréhension du DOCCR, peur qu'une mauvaise réalisation du test par eux-mêmes aboutisse à un faux résultat, ...), en rapport avec le MG (formation insuffisante et pas assez spécifique, doute sur la pertinence du DOCCR et sur l'efficacité du test Hémocult, lourdeur technique et administrative, manque de temps/surcharge de travail, difficulté à persuader les patients asymptomatiques, rémunération inadaptée, ...), et en rapport avec l'organisation. Ces différents niveaux d'action se retrouvent dans l'axe Prévention-Dépistage du plan cancer 2009/2013, avec les 3 mesures suivantes :

- Mesure 14 (mesure phare), reflétant le niveau d'action « patient » : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages. On retrouve notamment une amélioration de la sensibilisation de la population générale (campagnes publicitaires, « Mars Bleu », ouverture en 2011 du site internet www.e-cancer.fr centralisant toutes les données disponibles).
- Mesure 15, reflétant le niveau d'action « organisation » : Améliorer la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage (optimisation du fonctionnement des SG, et amélioration du suivi des résultats).
- Mesure 16, reflétant le niveau d'action « MG » : Augmenter l'implication du médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage.

Suite aux travaux sus-cités, plusieurs propositions ont été formulées, mais non appliquées pour la plupart :

- Poursuite des formations
- Mise en place d'une consultation dédiée au dépistage
- Faciliter et améliorer la délivrance des tests par une « consultation type »

- Simplification administrative
- Utilisation d'alertes informatiques/outils de rappel informatique
- Valorisation de l'implication des MG par la généralisation des retours personnalisés sur les pratiques et un mode de rémunération adapté.

Les données recueillies dans notre travail montrent que d'après les SG, les MG ayant été formés semblent plus réactifs et plus impliqués. Ce résultat est corroboré par une étude réalisée en Franche-Comté en 2010 (32). Bien qu'il semble y avoir un lien réel entre une bonne pratique du dépistage et la participation du MG à la formation initiale, cette dernière n'est donc de loin pas le seul facteur influençant la participation au DOCCR.

4- Bonnes Pratiques de formation

Nos résultats suggéreraient que les formations interactives, et plus répétées (formations de rappel) seraient plus efficaces.

Ceci est corroboré par la littérature qui nous apporte plusieurs pistes pour mettre en place un type de formation optimal.

L'ANAES a publié en 2000 (33), sur la base d'une revue de la littérature, un avis sur les méthodes appropriées pour la diffusion et la mise en œuvre des recommandations médicales. Etaient considérées comme des interventions inefficaces ou d'efficacité discutée : la diffusion simple d'information, la FMC sous forme didactique pure (présentations formelles, cours, enseignements, assurant une transmission passive de l'information) et les leaders d'opinions (« professionnel de santé désigné par ses collègues comme influent en terme de formation). A l'inverse, étaient considérées comme interventions efficaces : les audit-retour d'information (feedback) (tout résumé d'une performance de soins réalisés sur une période donnée et pouvant être transmis a posteriori au médecin

sous quelque forme que ce soit), les FMC interactives (toute intervention assurant un apprentissage interactif avec participation des médecins formés), les visites à domicile, et les rappels au moment de la prescription (reminders) (toutes les interventions qui font en sorte de rappeler au clinicien, au moment où il examine un patient, prescrit des examens ou un traitement, les recommandations concernant la bonne pratique à réaliser dans un contexte précis). L'ANAES souligne également les points suivants : l'impact des interventions diminue rapidement à l'arrêt de celles-ci ; il est conseillé d'associer plusieurs méthodes de mise en œuvre des recommandations ; les rappels informatiques sont les seuls à permettre d'envisager la mise en œuvre simultanée de nombreuses recommandations.

Une autre revue de la littérature, parue en 2010 (34), a également eu pour but de déterminer quelles étaient les meilleures méthodes d'apprentissage. Il en est ressorti que :

- Les programmes de formation les plus efficaces étaient d'une durée minimale d'une journée, étaient centrés sur le participant et axés sur la pratique de compétences. Ils incluaient : jeux de rôles, feedback/commentaires, et discussion en petit groupe.
- Les présentations orales, informations écrites, et modélisations doivent être utilisés uniquement comme support. Ils ne doivent représenter qu'un complément pour les stratégies ACTIVES centrées sur la PRATIQUE.
- La combinaison d'une formation didactique ET pratique semble améliorer les capacités d'acquisition.

L'article paru dans Preventive Medicine en 2012 (35) relate une étude dans laquelle le but était de déterminer si des facteurs liés aux MG influençaient la participation de la population au DOCCR, et d'identifier des sous-groupes de personnes associés à une plus faible participation, afin de pouvoir mettre en

place des actions ciblées pour améliorer la participation au DOCCR. L'étude a effectivement mis en évidence des sous-groupes de population sur lesquels les campagnes de sensibilisation devaient se focaliser (par exemple, les hommes de moins de 60ans). A l'inverse, les actions visant à renforcer l'influence des MG sur la participation du patient doivent être adressées à l'ensemble de la population des MG ; en d'autres termes : TOUS les MG doivent être la cible des interventions de formation, et non pas certains sous-groupes.

Enfin, dans une thèse soutenue récemment (36), une formation des MG à une meilleure communication avec leurs patients (37), dans le cadre d'une relation centrée sur le patient, avait permis d'augmenter significativement le taux de participation au DOCCR de la population éligible des médecins formés. Cette formation permettait également de donner aux médecins des méthodes pour motiver les patients non demandeurs. Ceci amène à penser qu'une formation optimale devrait porter à la fois sur le DOCCR lui-même via les méthodes sus-citées, mais également sur les modalités de communication avec les patients.

5- Les Perspectives Eventuelles

a) Arrivée des Tests Immunologiques

En novembre 2011 a été publiée la « synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage » (14). Hormis dans quelques départements tests, le remplacement effectif des Hémocult II par les tests immunologiques n'est pas encore effectué. Il devrait prendre forme au cours de l'année 2014.

L'arrivée de ces tests devrait permettre, au moins en théorie, d'augmenter le taux de participation au DOCCR. En effet, ils devraient diminuer certains obstacles décrits, aussi bien du point de vue du patient que de celui du MG (38).

Concernant les patients, une meilleure acceptabilité du test est à prévoir. En pratique, le patient prélève, à l'aide d'un bâtonnet, un échantillon de selle et l'introduit dans le tube de prélèvement qui contient un tampon stabilisateur : le contact avec la selle est donc limité (diminution du nombre de prélèvements de selle, 1 seul contre 6 actuellement, sur un support différent).

Concernant les MG, certains étaient sceptiques quant à la fiabilité des tests HémocultII et devraient revoir leur position avec les tests immunologiques. En effet, ces derniers ont une meilleure sensibilité à spécificité équivalente, sont spécifiques de l'hémoglobine *humaine*, et ont une lecture à la fois *quantitative* et *automatisée* ; autant de points qui étaient décriés par les détracteurs des HémocultII.

Par ailleurs, le lancement des tests immunologiques devrait être une bonne occasion de relancer la formation des médecins, ainsi que des campagnes de sensibilisation du grand public.

b) La Formation des MG

La formation des MG est un point important dans le processus d'implication des MG au dépistage du CCR. Elle est d'autant plus importante à poursuivre que les modalités techniques du DOCCR vont prochainement évoluer.

Plusieurs propositions peuvent être formulées :

- Intégrer les formations au DOCCR dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC), mis en place à partir du 1^{er} janvier 2013 par la Loi HPST. Le DPC étant obligatoire, ce pourrait être un moyen de convaincre voire contraindre les réfractaires à toute formation.
- Organiser des formations qui satisfassent aux critères de formation les plus efficaces selon la littérature, à savoir notamment les formations de groupe interactives basées sur la pratique mettant l'apprenant au centre de la formation, et les visites au cabinet.

- Multiplier et diversifier les types de formations proposées ainsi que les outils, afin de répondre aux attentes spécifiques d'une majorité de MG. Par exemple : vidéos, Blog avec cas cliniques/tests, journées portes-ouvertes, ...etc...
- Prévoir des « formations de rappel » systématiques, notamment par l'intermédiaire de lettres d'information régulières (feedback), avec résultats personnels/régionaux/nationaux, nouveautés, points à améliorer.
- Prévoir la formation *systématique* des nouveaux MG.

Enfin, et bien que cela ne semble pas le principal point d'impact pour améliorer la participation aux formations des MG, il faut peut-être envisager une indemnisation systématique de participation à ces formations.

c) Modification du calendrier d'invitations ?

Un autre levier possible pour augmenter la participation au DOCCR repose sur les modalités d'invitations de la population aux campagnes successives.

Quatre des départements ayant les meilleurs résultats au niveau national en terme de participation, ont un mode de fonctionnement différent des autres : la Côte-d'Or (21), le Haut-Rhin (68), la Saône-et-Loire (71) et l'Yonne (89), ayant chacun un taux de participation approchant ou dépassant les 45%.

Ces départements envoient leurs invitations selon un découpage géographique du département, et non à la date anniversaire du dernier évènement. Les invitations à la population cible sont donc envoyées de façon massive tous les 2 ans sur une période courte de 3 mois, avec phase médicale « coup de poing » également courte de 6 mois. Ceci permet une sollicitation des MG de façon concentrée sur une courte période, permettant de les dégager de ce travail de santé publique le reste du temps. Cette méthode semblerait également avoir un effet de dynamique de groupe concernant la participation de la population cible.

Dans le système « classique » dans lequel la population cible est invitée selon la date anniversaire du dernier évènement, les MG doivent rester impliqués/concernés en permanence, ceci pouvant expliquer une démobilisation progressive des MG au fil du temps.

La critique principale faite au système d'invitation selon découpage géographique est le non-respect du délai de 24 mois devant s'écouler entre la réalisation de 2 tests HémoCultII, selon le cahier des charges. En effet, dans ces départements, le délai moyen entre la réalisation de 2 tests est de 22 mois. Si cette méthode permet effectivement d'augmenter la participation au DOCCR et par conséquent son efficacité en terme de santé publique, ne faut-il pas considérer cet intervalle de temps (et donc le coût supplémentaire que cela induit) comme une « entorse acceptable » au cahier des charges ?

d) Tarifification à la performance (P4P)

Le paiement à la performance (P4P) ou ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) est entré en vigueur en janvier 2012. Il correspond à une rémunération annuelle des MG en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique, d'organisation du cabinet et d'efficience. Il repose sur 29 indicateurs tels que, par exemple : l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié, la prescription de génériques, le pourcentage de patients hypertendus et diabétiques atteignant les objectifs thérapeutiques recommandés, le pourcentage de femmes ayant réalisé une mammographie parmi celles éligibles au dépistage, ...etc... Aucun de ces indicateurs ne concerne à ce jour le CCR.

Dans nos observations, l'existence d'une indemnisation pour participer à la formation initiale du DOCCR ne semble pas être un argument majeur pour augmenter l'implication des MG dans la formation et donc dans la participation au DOCCR. Toutefois, l'intégration du DOCCR en tant qu'indicateur à part entière du P4P, pourrait inciter les MG à en parler davantage à leurs patients (et par ce biais augmenter la participation de la population cible), et pourrait

renforcer l'idée que l'augmentation du taux de dépistage du CCR fait partie des objectifs de santé publique en France.

e) Essai d'intervention ?

Les propositions faites nécessiteraient d'être corroborées par des études interventionnelles, méthodologiquement et statistiquement valides.

Il faudrait éventuellement prévoir :

- Un essai d'intervention comparant deux types de formation ;
- Un essai d'intervention comparant les deux modalités d'invitations aux campagnes de dépistage du CCR.

Mais dans tous les cas, la participation au DOCCR étant multifactorielle, il faudrait garder en tête à la lecture des résultats, qu'il existe de nombreux facteurs de confusion.

V- CONCLUSION

La formation est un point important dans le processus d'implication des MG au dépistage du CCR.

Un certain nombre de tendances apparaissent dans ce travail. La grande majorité des médecins généralistes ont reçu une formation initiale au DOCCR, avec globalement, un cahier des charges qui est respecté. Les observations récoltées dans cette étude n'ont pas permis de mettre en évidence un type de formation optimale. Il en ressort toutefois que les MG ayant été formés semblent plus impliqués dans le DOCCR, que les formations interactives semblent plus efficaces, qu'il faudrait diversifier et multiplier l'offre de formation, et qu'il faudrait généraliser les formations de rappel (notamment sous forme de feedback) ainsi que la formation systématique des MG nouvellement installés. Mais ceci nécessiterait bien évidemment d'être confirmé par d'autres travaux. Par ailleurs, d'autres facteurs rentrent bien sûr en ligne de compte, tels que le patient en particulier, les facteurs d'incitation plus généraux (rémunération à la performance?), et les facteurs organisationnels (modification du calendrier d'invitations ?).

L'arrivée des tests immunologiques devrait permettre de relancer le processus en apportant une nouvelle opportunité de formation des MG et en levant un certain nombre d'obstacles décrits depuis la mise en place du dépistage de masse du CCR.

VI- ANNEXES

1. Comparaison Test Immunologique et HémocultII
2. Liste des structures de gestion
3. Fiche de recueil de donnée
4. Centralisation des données recueillies
5. Comparatifs des meilleurs départements (2010/2011)

1- Comparaison Test Immunologique / HémocultII : Synthèse des avantages (+) et inconvénients (-) des tests immunologiques en comparaison des tests au gaïac HémocultII

	Test immunologique	Test au Gaïac
Spécificité et sensibilité analytiques	(+) Spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine humaine Plus spécifiques des saignements colorectaux que les tests au Gaïac car la globine est rapidement digérée dans l'estomac et l'intestin grêle Détektent des saignements plus faibles	Non spécifique de l'hémoglobine humaine, basé sur la mise en évidence de l'activité pseudoperoxydase de l'hème
Sensibilité et spécificité clinique	(+) Sensibilité estimée entre 70 et 85% Spécificité entre 95 et 98% Permettent de détecter jusqu'à 2-2,5 fois plus de cancers et 3-4 fois plus d'adénomes avancés, pour un nombre de coloscopies 2-4 fois supérieur. Permettent de détecter plus de lésions précancéreuses et de cancers à stade précoce. (-) Plus de faux positifs et donc de coloscopies inutiles, sans baisse de la VPP.	Sensibilité 50-60% Spécificité 98% Moins de faux positifs et donc de coloscopies inutiles
Nombre de prélèvements	(+) 1 à 2 prélèvements à réaliser sur 1 à 2 selles	6 prélèvements sur 3 selles

Stabilité	<p>Test en phase liquide</p> <p>De façon hétérogène pour les tests, le risque de protéolyse de la globine augmente avec le délai et les températures élevées (à partir de 20°C)</p>	<p>Test en phase solide</p> <p>Activité peroxydase de l'hème considérée comme stable pendant au moins 14jours.</p>
Lecture des tests	<p>(+)</p> <p><u>Automatisée :</u></p> <p>Lecture reproductible qui permet une analyse répétée d'un échantillon</p> <p>Enregistrement et archivage des résultats</p> <p>Renforcement de l'assurance qualité de la lecture</p> <p><u>(Semi-)Quantitative :</u></p> <p>Détermination de la concentration en hémoglobine dans le tampon des tests (ng/mL)</p> <p>Ajustement du seuil de positivité et donc contrôle des taux de positivité et du rapport Se/Sp</p>	<p><u>Visuelle (coloration bleue) :</u> lecture unique à 1 min, non réanalysable.</p> <p>Pas d'archivage des résultats</p> <p><u>Qualitative :</u> résultat positif ou négatif</p>
Coût	<p>Achat d'un tube : 1,44 à 3,48€</p> <p>Lecture d'un tube : 2,10 à 4,61€ (hors temps de personnel)</p> <p>Transport aller d'un tube : 0,44€</p> <p>Transport retour d'un tube : 1,22€</p>	<p>Achat d'un test : 1,16€</p> <p>Lecture d'un test : 4,50€ (réactif et temps personnel)</p> <p>Transport aller d'un test : 0,44€</p> <p>Transport retour : 0,74€</p>

2- Liste des structures de gestion

N°	Département	Structure de gestion	Téléphone			
1	Ain	ODLC 01 - 12 rue de la Grenouillère 01000 Bourg-en-Bresse odlc01@odlc.org MC : Anne Bataillard (anne.bataillard@odlc.org)	04-74-45-30-30			4 rue François Mazenq - 12000 Rodez adeca12@wanadoo.fr Directrice : Dr NZIET Caline (caline.nziet@adeca12.fr)
2	Aisne	AINSE PREVENTIS 10-12 rue Jean Martin - 02000 Laon aisne.preventis@wanadoo.fr	03 23 23 58 48	13	Bouches du Rhône	ARCADES Association pour la Recherche et le Dépistage des Cancers du Sein - Parc Mure Bat.A 16 boulevard des Aciéries - CS 90006 - 13395 Marseille cedex10 Site : http://www.arcades-depistages.com/ secretariat@arcades-depistages.com MC : Dr Laurence LE RETRAITE (laurence.leretraite@arcades-depistages.com) Dr. Yves RINALDI, Coordinateur du Programme de DOCCR (secretariat.colorectal@arcades-depistages.com) Secrétaire : Mlle Muriel BENZEKRI (secretariat.colorectal@arcades-depistages.com)
3	Allier	ABIDEC Association Bourbonnaise Interdépartementale de Dépistage des Cancers - BP 735 - 03007 Moulins Cedex contact@abidec03.fr MC : Josette Puvinel (josette.puvinel@abidec03.fr)	04 70 20 09 03			
4	Alpes de Haute Provence	APREMAS Association de Prévention des Maladies Cancéreuses - 227 avenue de la Lanterne - 06200 Nice site : http://apremas.org/ Secrétariat : secretariat@apremas.org Directrice : claire Granon (direction@apremas.org) MC : Laurent Bailly (laurent.bailly@apremas.org) Délégué de santé publique : Natacha Didier (natacha.didier@apremas.org)	04 92 29 72 81			
5	Hautes Alpes	ADOC 05 Association pour le Dépistage Organisé des Cancers 1 bis rue Carnot - Résidence Ladoucette - Bât A - 6ème étage 05000 Gap Site : http://www.adoc05.org contact@adoc05.org MC : Dr ROBITAIL Stéphane (srobitail@adoc05.org)	04 92 53 91 41	14	Calvados	MATHILDE Association pour le Dépistage et la prévention du Cancer du Sein dans le Calvados - 28 rue de Bailey - 14000 Cæn Site : http://www.mathilde.asso.fr/ info@mathilde.asso.fr MC : Dr Quartier
6	Alpes Maritimes	Idem 4 (APREMAS)	04 92 29 72 81			
7	Ardèche	Drôme Ardèche Prévention Cancer - 9 rue Georges Méliès - 26 000 Valence Site : http://www.prevention-cancers-26-07.fr/ depistagecancers@cg26.fr MC : Dr PARE Etienne (epare@dapc.fr)	04 75 43 04 61	15	Cantal	ARDOC Association Régionale des Dépistages Organisés des Cancers - 7 rue Edith Piaf - 63039 Clermont Ferrand Cedex 2 Site : http://www.ardoc.org/ depistage@ardoc.org MC : Miche Dapoigny (mdapoigny@chu-clermontferrand.fr) Responsable administrative : Chantal Mestre (chantal.mestre@ardoc.org) (04 73 43 06 61)
8	Ardennes	SAC 08 Société Ardennaise de Cancérologie 6, Avenue Forest BP 365 - 08106 Charleville-Mézières Cedex Site : http://sac08.fr/ Sac08@magic.fr Directrice : Dr CHARLIER Béatrice (b.charlier@sac08.fr) MC : Jean Botokeky (j.botokeky@sac08.fr)	03 24 59 27 09	16	Charente	ORCHIDEE Organisation Charentaise d'Information et de Dépistage 10, chemin de Frégeneuil- CS 72317 SOYAUX - 16023 ANGOULEME cedex Site (en construction) : https://depistage-organise-cancer.esante-poitou-charentes.fr/portail/orchidee-16/presentation,634.html MC : Dr Françoise BOLVIN (j.bolvin@magiconline.fr)
9	Ariège	GIP Dépistage des cancers en Ariège - 6 cours Irénée Cros - 09000 Foix contact@gip09.fr	05 34 09 87 90			
10	Aube	ADECA 10 Association pour le dépistage des cancers 14 rue Jean-Louis Delaporte - 10000 Troyes Site : http://www.adeca10.fr/ contact@adeca10.fr MC : Pierre Cressély	03 25 41 62 87	17	Charente Maritime	Association LUCIDE 17 1 Bd Vladimir – Fief Montlouis – 17 100 Saintes Site : https://depistage-organise-cancer.esante-poitou-charentes.fr/portail/lucide-17/presentation,632,566.html MC : Anne Feyler (a.feyler@magic.fr) Responsable administrative: Eve Reboul-Bellouard e.reboul@magic.fr
11	Aude	ADOC 11 - 38 route Minervoise - 11000 Carcassonne Site : http://www.depistage-cancer.com/ contact@adoc11.fr MC : Philippe Peytour (peytour.philippe@adoc11.fr)	04.68.72.72.00	18	Cher	ADOC18 Action de Dépistage Organisé des Cancers 485 route de Varye - 18230 Saint Doulchard
12	Aveyron	ADECA 12 Association pour le Dépistage des Cancers	05 65 73 30 36			

		Site : http://www.depistage-cancer.fr/centre/adoc-18 Adoc18@irsa.asso.fr MC : Dr Allard (allard@irsa.asso.fr)		30	Gard	Gard Lozère Dépistage 42 rue de Forez – BP 99034 - 30971 Nîmes Cedex 9 gld@gldepistage.fr Directeur : Dr CANONGE Marielle (m.canonge@gldepistage.fr)	0 800 801 301 04 66 21 76 50
19	Corrèze	ADCCO Association pour le Dépistage des Cancers en Corrèze 29 quai Gabriel Péri - 19000 Tulle adcco19@orange.fr MC : Michèle Lajoux	05 55 26 22 23	31	Haute Garonne	DOC31 (Dépistage Organisé des Cancers en Haute Garonne) 22 rue Guillemain Tarayre - 31000 Toulouse doc31@doc31.com MC et directeur : Dr Artus ALBESSARD : albessard@doc31.com	05 34 41 91 31
20	Corse	A.R.CO.DE.CA Association Régionale Corse du Dépistage des Cancers Le Miramar, 25 ter Rue Luce de Casabianca – 20200 Bastia Ou 7 rue des Halles – 20000 Ajaccio Site : http://www.arcodeca.fr/ depistages@arcodeca.fr	04 95 34 56 78 (bastia)	32	Gers	ADGC Association de Dépistage Gersois des Cancers 29 chemin Baron - BP 41 - 32001 Auch Cedex adgc@magic.fr MC : Vincent Sarlon	05 62 05 80 06
			04 95 73 10 03 (ajaccio)	33	Gironde	AGIDECA Association Girondine pour le Dépistage des Cancers Le Kennedy Bât C - 21-23 avenue JF Kennedy - 33692 Mérignac Site : http://www.agideca.fr/ agideca@wanadoo.fr MC : Dr Catherine PAYET (catherine.payet@agideca.fr)	05 57 29 14 60
21	Côte d'Or	ADECA 21 - 16/18 rue Nodot - 21000 Dijon MC : Dr Vincent Dancourt (vincent.dancourt@wanadoo.fr)	03 80 76 45 80				
22	Côtes d'Armor	ADEC ARMOR Association pour le Dépistage des Cancers 1 rue de la Fontaine Saint-Brieuc - 22000 Saint Brieuc MC : Dr SALIOU gaëlle : medecins.adecarmor@gmail.com Coordinatrice Adecarmor : Marie-Pierre LE GOFF admi.adecarmor@gmail.com	02 96 60 83 00	34	Hérault	DEPISTAGES 34 209 rue des Apothicaires - 34196 Montpellier Cedex 5 Site : http://www.depistages34.fr/ icc@depistages34.fr Directrice : Jeanine Chérifcheikh	0 800 801 301 04 99 23 33 53
23	Creuse	ADOC 23 - rue Marcel Brunet - 23014 Guéret Cedex Adoc23@wanadoo.fr MC : Lysiane Bugeon	05 55 41 23 80	35	Ile et Vilaine	A.DE.C.I 35 7, rue Armand Herpin Lacroix CS 84019 - 35040 Rennes Cedex Site : http://www.adeci35.fr/ adeci35@wanadoo.fr MC : Dr MALLARD gaud, Dr PIETTE christine, et Dr DURAND gerard	02 99 30 40 10
24	Dordogne	Centre VITALIS – CPAM de Dordogne 17 rue Louis Blanc - 24009 Périgueux Cedex vitalis.dordogne@cpam-perigueux.cnamts.fr MC : Dr BORDES François (francois.bordes@cpam-perigueux.cnamts.fr)	05 53 35 58 90	36	Indre	CREDEP CANCERS CH de Chateauroux – Pavillon 9, Centre Médico Social - Rue Jules Chauvin - 36000 Chateauroux credep36@magic.fr , credep36@credep36.fr MC : Martine Valette	02.54.60.67.56
25	Doubs	ADECA-FC Association pour le Dépistage des Cancers en Franche-Comté - 3 rue Paul Bert - 25000 Besançon contact@adeca-fc.org MC : Raouchan Rymzhanova (rrymzhanova@adeca-fc.org)	03 81 47 14 71	37	Indre et Loire	Centre de coordination des dépistages des cancers CCDC CHRU de Tours - Hôpital Trousseau, 10eme étage 37044 Tours Cedex 9 Site : http://www.ccdc37.fr/ depistage37@chu-tours.fr MC : VIGUER jérôme, HAGUENOER Ken, SENGCHANH somany / Secrétaire CCR : ROBLIN florence	02 47 47 98 92
26	Drôme	Idem 7	04 75 43 04 61				
27	Eure	DECAD'E 337 rue Gay Lussac - ZI de Nétreville - 27000 Évreux decad.e@magic.fr MC : Dr CANVILLE Sylvie : s.canville@magiconline.fr	02 27 34 10 00				
28	Eure et Loire	ADOC 28 ZAC d'Archevilliers - 1 rue Joseph Fourier - 28000 Chartres Site : http://www.depistage-cancer.fr/centre/adoc-28 adoc28@wanadoo.fr MC : Dr MICHAUD Dominique (michaud.dominique@libertysurf.fr)	02.37.34.27.55	38	Isère	ODLC Office Départementale de Lutte contre le Cancer – 19 chemin de la Dhuy - Maupertuis - BP 139 - 38244 Meylan Cedex Site : http://www.odlc.org/ contact@odlc.org MC : Dr EXBRAYAT Catherine (catherine.exbrayat@odlc.org)	04 76 41 25 25
				39	Jura	Idem 25	03 81 47 14 71
29	Finistère	ADEC 29 Association pour le Dépistage des Cancers 1 avenue du Baron Lacrosse - BP 95 - 29802 BREST Cédex 9 Site (en construction) : http://www.adec29.org/ adec29@gmail.com , contact@adec29.org	02 98 33 85 10	40	Landes	CGDC40 Centre de Gestion des Dépistages des Cancers des Landes 8 Rue Victor Lourties - 40003 Mont de Marsan Cedex depistage.cancer@cpam-montdemarsan.cnamts.fr	05 58 85 83 93

		MC : Dr GUIMARD Didier (didier.guimard@cpam-montdemarsan.cnamts.fr)				Rue Marguerite Pery - Parc Energie - Bâtiment 11 52115 Bettancourt-La-Ferée Cedex Site : http://adeca52.fr/ adeca52@adeca52.fr		
41	Loir et Cher	ADOC 41 Association de Dépistage Organisé des Cancers Tour de consultation 3 rue Robert Debré - 41260 La Chaussée Saint Victor adoc41@wanadoo.fr MC : Dr marie-noëlle MAILLIEZ : medecin.adoc41@orange.fr	02 54 43 67 26		53	Mayenne	CAMELIA Campagne Mayennaise d'Etude et de Lutte Inter-régimes contre les Affections liées au cancer 90 avenue Chanzy - BP 0609 - 53006 Laval Cedex association.camelia@wanadoo.fr MC : Dr SIMON Loïc (lsimon.camelia@orange.fr)	02 43 49 38 30
42	Loire	VIVRE ! 58 rue Robespierre - BP 20 279 - 42014 Saint Étienne Cedex 2 contact@depistage-vivre.fr MC : Dr Jeanine KUNTZ-HUON (janine.kuntz@depistage-vivre.fr)	04.77.01.09.93		54	Meurthe et Moselle	ADECA 54 (Association pour le Dépistage des Cancers en Meurthe et Moselle) La Résidence - 2 rue du Doyen Jacques Parisot 54519 Vandœuvre-lès-Nancy Site : http://www.adeca54.org/ adeca54@adeca54.org MC : Dr MOREL Catherine (cmorel@adeca54.org) Chargée de communication : Me HERAULT geneviève	03 83 44 87 08
43	Haute-Loire	Idem 15	04 73 43 06 60					
44	Loire Atlantique	Cap Santé Plus-44 - BP 96531 - 44265 Nantes Cedex 2 Site : http://www.cap-sante-plus-44.org/ info@cap-sante-plus-44.org MC : Dr Marie-Laure SAUVAGE : drml.sauvage@orange.fr	02 51 79 80 20 ou 16					
45	Loiret	ADOC Loiret - BP 40016 - 45015 Orléans Cedex 1 Site : http://www.depistage-cancer.fr/centre/adoc-45 secretariat.adoc45@wanadoo.fr MC : Dr HUBERT Jean-baptiste (medecin.adoc45@wanadoo.fr)	02 38 54 74 00		55	Meuse	A.M.P.M. Association Meusienne de Prévention Médicale 31 rue du four - 55000 Bar le duc ampm55@wanadoo.fr MC : Véronique Rivière-Simonet (vriviere.ampm@wanadoo.fr)	03 29 46 46 00
46	Lot	ADECA 46 Association pour le Dépistage des Cancers 64 bd Gambetta - 46000 Cahors Site : http://www.adeca46.fr adeca46@wanadoo.fr MC : Dr raul jorge CASAUX	05 65 20 86 50		56	Morbihan	ADECAM - Association pour le Dépistage des cancers en Morbihan 14 allée François-Joseph Broussais - BP 297 - 56008 Vannes Cedex Site : http://www.adecam.fr/ adecam56@wanadoo.fr MC : Dr BROUSSE-POTOCKI Josiane	02 97 40 29 39
47	Lot et Garonne	Structure de gestion des dépistages des cancers Centre Examens de Santé d'Agen rue Georges Guignard - 47550 Boe MC : Dr MARC-VRIGNAUD elizabeth : elizabeth.marc@cpam-agen.cnamts.fr	05 53 77 02 58		57	Moselle	AMODEMACES Association Mosellane pour le dépistage des maladies cancéreuses 16 rue Graham Bell - 57070 Metz Site : http://www.amodemaces.fr/ amodemaces@amodemaces.fr MC : Yves Spyckerelle (y.spyckerelle@amodemaces.fr)	03 87 39 39 40
48	Lozère	Idem 30	0 800 801 301 04 66 21 76 50		58	Nièvre	ADECA 21-58 : 03 80 76 45 80 Maison de la Prévention centre de dépistage et de prévention des cancers 58000 Nevers : 03 86 59 95 65	
49	Maine et Loire	CAP SANTÉ 49 - 11 rue des Noyers - 49000 Angers site : www.cap-sante-49.fr capsante49@wanadoo.fr MC : Dr anne-sophie Le Duc-Banaszuk : banaszuk.as@capsante49.fr (+ Dr Georges ZERBE zerbe.georges@capsante49.fr médecin généraliste actuellement à la retraite investit dans la formation des professionnels de santé)	02.41.05.06.68		59	Nord	ADCN 59 Association pour le Dépistage des Cancers dans le Nord BP 339 - 59026 Lille Cedex Site : http://www.adcn.fr/ contact@adcn.fr MC : Dr COCKENPOT Brigitte (b.cockenpot@wanadoo.fr)	03 20 06 38 12
50	Manche	IRIS Manche - 70 rue du Buot - 50000 Saint Lo irismanche@magic.fr MC : Dr QUERTIER marie christine : mc.quertier@magic.fr	02 33 77 80 30		60	Oise	ADCASO - Association pour le Dépistage des Cancers dans l'Oise 5 ter Rue Clément ADER- ZAC Mercières II- BP 80041 60321 Compiègne Cedex adcaso2@wanadoo.fr MC : Chantal De Seze Responsable administrative : Sophie Avril (sophie.avril@adecaso.fr)	03 44 95 33 20
51	Marne	ADPS Dépistage 51 - 25 rue du Jard - 51100 REIMS adps-depistage51@magic.fr MC : Dr ARNOLD franck et Dr THIRION michel	03 26 84 93 31					
52	Haute Marne	ADECA 52 Association pour le dépistage des cancers en Haute-Marne	03 25 04 32 18		61	Orne	Régie Départementale de la prévention et du suivi des cancers - Dépistage des cancers dans l'Orne - PSS (Pôle Sanitaire Social)	0 800 21 51 17

		3 rue Marchand Saillant - 61016 Alençon pss.dcs@cg61.fr MC : Dr NOTARI Annick (NOTARI.Annick@cg61.fr)				16 rue François Guise - 73000 Chambéry		
62	Pas de Calais	OPALINE 62 - 70 rue Mollien - BP 39 - 62100 Calais Site : http://www.opaline62.fr/ opaline62@opaline62.fr , opaline62@wanadoo.fr MC : Marie-laure Forzy (ml.forzy@opaline62.fr)	03 21 19 04 10		74	Haute Savoie	Réseau pour le Dépistage des Cancers en Haute-Savoie 2 avenue de Chevène - BP 50126 - 74003 Annecy Cedex rdc74@cg74.fr MC : André Peccoud	04 50 33 22 90
63	Puy de Dôme	Idem 15, 43	04 73 43 06 60		75	Paris	ADECA 75 Association pour le Dépistage des cancers à Paris 82 rue Beaubourg 75003 PARIS Site : http://www.adeca75.org/ contact@adeca75.org MC : Guillaume Petit (g.petit@adeca75.org)	0 800 10 50 32
64	Pyrénées Atlantiques	Centre PYRADEC Centre des Pyrénées Atlantiques pour le Dépistage des Cancers 26 bis avenue des Lilas – BP 9085 - 64051 Pau Cedex 9 centre.pyradec@wanadoo.fr MC : Bernard Iragne (bernard.iragne@cpam-pau.cnamts.fr ou bernard.iragne@wanadoo.fr)	05.59.90.31.10 05.59.90.30.63	ou	76	Seine Maritime	Association EMMA - 42 rue des Chouquettes - 76190 Yvetot Site : http://www.emmasm.fr/ (+ rubrique contact) MC: BENHAMMOUDA Ahmed (benhammouda@magiconline.fr)	02 35 96 48 87
65	Hautes Pyrénées	DOC 65 Dépistage Organisé des Cancers 8 place au Bois - 65021 Tarbes Cedex doc65@doc65.fr MC : Dr MIALHE frederic	05 62 93 92 53		77	Seine et Marne	ADC 77 (Association pour le Dépistage des Cancers en Seine-et-Marne) Parc du Levant - 333 rue Marguerite Pery - 77563 Lieusaint Cedex adc77@adc77.org MC : KAUFMANIS aldis : a.kaufmanis@adc77.org	01 60 62 00 00
66	Pyrénées Orientales	dépistages 66 1 Impasse de la Vigneronne - BP 39946 - 66962 Perpignan Cedex 9 Site : http://www.depistages66.fr/ secretariat.depistages66@wanadoo.fr MC : Isabelle Moulichon (isabelle.moulichon@depistages66.fr)	04 68 55 18 99		78	Yvelines	ADMY Association de Dépistage de Masse organisé des cancers dans les Yvelines 18, avenue Dutartre - BP 120 - 78153 LE CHESNAY Cedex Site : http://www.admy78.org/1.aspx contact.kc@admy.fr , contact@admy.fr MC : Dr Sall Alassane : a.sall@admy.fr	01.39.23.99.75
67	Bas Rhin	ADECA Alsace (colorectal) 122 rue Logelbach – 68000 Colmar Site : http://www.adeca68.fr/ contact@adeca-alsace.fr MC : Isabelle Gendre (isabelle.gendre@adeca-alsace.fr)	03 89 12 70 13		79	Deux Sèvres	ARCANDE 79 - 13 rue de la boule d'or - BP 8720 - 79027 Niort Cedex Site : https://depistage-organise-cancer.esante-poitou-charentes.fr/portail/arcande-79/presentation.622,536.html MC : Sandrine Arlot-Lamade (sandrine.arlot-lamade@magic.fr)	05 49 05 12 74
68	Haut Rhin	ADECA Alsace (colorectal) 122 rue Logelbach – 68000 Colmar Site : http://www.adeca68.fr/ contact@adeca-alsace.fr MC : Isabelle Gendre (isabelle.gendre@adeca-alsace.fr)	03 89 12 70 13		80	Somme	ADEMA 80 Association pour le dépistage des maladies dans la Somme 7 rue Jean Calvin - 80048 Amiens Cedex 1 Site : http://www.adema80.fr/ adema.80@wanadoo.fr , contact@adema80.fr MC : Hélène Delattre-Massy	03.22.72.11.81
69	Rhône	ADEMAS 69 Association pour le Dépistage des Maladies du Sein 5 bis rue Cleberg - 69322 LYON CEDEX 05 Site : http://www.ademas69.asso.fr/ contact@ademas69.asso.fr MC : Patricia Soler-Michel (patricia.soler-michel@ademas69.asso.fr)	04 72 84 65 30		81	Tarn	ADECA 81 Dépistage Cancers du Tarn 1 Bis r Lavazière BP 37 – 82001 ALBI cedex Site : http://www.ccdcmp.com/ et http://www.le-site-de.com/adeca-81-association-tarnaise-de-depistage-des-cancers-albi-cedex_153145.html depistage.cancer81@wanadoo.fr MC et Directeur : Max Barraud-Krabe	05 63 38 61 15
70	Haute Saône	Idem 25, 36	03 81 47 14 71		82	Tarn et Garonne	GIP 82 Dépistage des cancers en Tarn-et-Garonne 12 rue du Général Sarraïl - 82000 Montauban Site : http://www.ccdcmp.com/ centreprevention@cpam-montauban.cnamts.fr MC : Valentin Amon (valentin.amon@magiconline.fr)	05 63 91 77 80
71	Saône et Loire	ADéMaS 71 Association de Dépistage des cancers en Saône et Loire 14 rue de la Grange Saint Pierre - 71850 Charnay les Macon Site : http://www.ademas71.org/ contact@ademas71.org MC : Nassime Touillon (n.touillon@ademas71.org)	03 85 39 39 98		83	Var	ISIS 83 - Place Général Pouyade - BP 1307 - 83076 Toulon Cedex isis83@magic.fr MC : Marie-Dominique Harmel (md.harmel.isis83@magic.fr)	04 94 42 68 81
72	Sarthe	GEMS Groupement d'Etudes des Maladies de la Sarthe 17 rue Edgar Brandt - 72000 Le Mans gems72.ccr@magiconline.fr , info@gems72.com MC : Nicole Moutarde (n.moutarde@magiconline.fr)	02.43.50.12.91		84	Vaucluse	ADCA 84	04.32.74.16.73
73	Savoie	DOC Dépistage organisé des cancers en Savoie	04 79 68 30 40					

		106 avenue de Tarascon - Saint Ruf 2 - Bâtiment B - 84000 Avignon Site : http://adca84-depistages.fr/ adca84@magic.fr MC : Michel Merquay (m.merquay-adca84@magiconline.fr)		94	Val de Marne	ADOC 94 Association pour le Dépistage Organisé des Cancers dans le Val de Marne - 68 rue de Paris - 94340 Joinville le Pont Site : http://www.adoc94.com/struct.gestion@adoc94.org MC : Dr BRIXI Zahida : zahida.bixi@adoc94.org	01.55.12.03.20 ou N°Vert : 0 800 69 27 78
85	Vendée	AUDACE - 82 bd d'Angleterre - Résidence Victoria BP 209 - 85005 La Roche sur Yon cedex depistage@audace85.fr MC : Frederic Mariani (frederique.mariani@audace85.fr)	02 51 05 55 58	95		P.S.V.O (Prévention et Santé en Val d'Oise) Immeuble Le Centaure - 14 A avenue du Centaure 95800 Cergy-Saint-Christophe MC : Dr Tu Le Trung : tu.letrung.psvo@magiconline.fr	01 34 24 57 10 ou N° Vert : 0 800 332 357
86	Vienne	DOCVIE Dépistage Organisé des Cancers dans la Vienne 79 rue de Saint Eloi - 86000 Poitiers Site : https://depistage-organise-cancer.esante-poitou-charentes.fr/portail/docvie-86/presentation,629,557.html docvie@magic.fr MC : TOURNOUX-FACON caroline	05 49 62 75 58				
87	Haute Vienne	ADDC Siège Social : 6 rue Louvrier de Lajolais 87000 LIMOGES Siège Administratif : 22 Avenue Jean Gagnant - 87037 LimogesCedex Site : http://www.addc87.com/index.php adcs.marylenepazault@wanadoo.fr , adcs87.secretariat@wanadoo.fr MC : Dr PAZIAULT Marylène	05 55 45 88 88				
88	Vosges	AVODECA Association Vosgienne Dépistage du Cancer du Sein 12 rue entre les deux portes - 88000 Épinal avodeca@magic.fr MC : Dr MAIRE Anne : a.maire@avodeca.fr	03 29 68 28 39 ou 36.10				
89	Yonne	AIDEC Association Icaunaise de Dépistage des Cancers 3 rue du Général De Billy St GEORGES sur BAULCHE - CS 10144 - 89002 AUXERRE CEDEX Site : www.aidec.fr info@aidec.fr MC : Dr RIGAUD Christian : c.rigaud@aidec.fr Chargée de Promotion du dépistage : Nicole COURTET n.courtet@aidec.fr	03 86 52 72 99				
90	Territoire de Belfort	Idem 25,36,70	03 81 47 14 71				
91	Essonne	ADMC Association pour le Dépistage des Maladies Cancereuses Centre Médical de Bligny - BP 20365 - 91959 Courtaboeuf cedex colorectal@admc91.org MC : Dr Hamou Ait Hadad : h.aithadad@admc91.org	01 64 90 52 12				
92	Hauts de Seine	ADK92 Association pour le dépistage des cancers dans les Hauts-de-Seine - 10 rue des Carriers - 92000 Nanterre Site : http://www.adk92.org/contact.adk92@magic.fr MC : Dr DEHE Sophie sdehe.adk92@magic.fr	01.41.37.23.08 ou N°Vert : 0 800 800 444				
93	Seine Saint Denis	CDC93 (Comité Départemental des Cancers) 41 avenue de Verdun - 93146 Bondy Cedex Site : http://www.cdc93.fr/cdc93@cdc93.fr MC : Dr SAÏFI Samira : ssaifi@cdc93.fr	01.55.89.09.34 ou N° Vert : 0 800 50 42 37				

3- Fiche de Recueil de Données :
Formation des Généralistes au dépistage du CCR

DEPARTEMENT n° :	
Coordonnées de la structure de gestion	
Date du début de dépistage organisé	
Taux de participation de la pop° cible : 1 ^{ère} campagne et dernière campagne (2010-2011)	
Démographie médicale (nombre de MG total actifs dans votre département) : Initiale (au moment des formations initiales) et lors de dernière campagne (2010-2011)	
ORGANISATION DU DEPISTAGE	
Identité du médecin coordonnateur : + Coordonnées (mail ou tel) : Parcours jusqu'à ce poste (formation, motivations) :	
Structures ou individualités ayant été sollicitées pour organiser le dépistage ds votre département :	
Nombre ou % de MG participant au dépistage (au moins 1 test remis) et/ou indemnisé (au moins 10 tests/an): lors de 1 ^{ère} campagne et lors de dernière (2010-2011)	
FORMATION DES MG	
Structures ou Individualités ayant été sollicitées pour organiser la formation des MG :	
Organisation : <ul style="list-style-type: none"> - Modalité d'obtention du listing de MG (pages jaunes, URCAM, ordre des médecins...) - Modalité de prise de contact avec les MG (courrier individuel, laboratoire, association de FMC...) - Les MG du listing ont-ils tous été contacté ? - Prise de contact spécifique avec les 	

<p>MG n'étant pas venu aux formations ? Si oui, modalités ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de MG formés ? - Existence d'une « formation de rappel » ? - Indemnisation du MG participant à la formation ? 	
<p>Modalités ++ (à détailler svp):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Format : journée/soirée ? En 1 ou pls fois ? Réunion en petits groupes /conférence /repas ? CD-Rom / Kit autoformation/ Visite au cabinet/ RDV téléphonique ? - Intervenants : nombre et qualité des acteurs de la formation (MG, gastro entérologue, santé publique, chirurgien..) ? Quelle place est laissée à chacun ? - Contenu/Support : Quels supports ou méthodes pédagogiques sont utilisés ? Qui les a conçus ? Peut-on nous les procurer ? 	
<p>Problèmes, suites :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obstacles rencontrés pour organiser la formation des MG ? Si oui, le(s)quel(s) ? - Accueil de ces formations par les MG ? - Avez-vous eu des retours (critiques, compliments, remarques...) suite aux formations ? Si oui, le(s)quel(s) ? 	
<p>COURRIERS D'INVITATION :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Envoi des invitations selon un découpage géographique ? - OU Envois sont faits à la date anniversaire du dernier HemocultII fait ? 	

4- Centralisation des Données Recueillies

a) Centralisation des Données Recueillies : Formations Présentielles										
Département	Dates de réalisation des réunions	Réalisation selon découpage géographique (O/N)	Nbre de réunions réalisées	Nbre de MG par réunion	Nbre de MG formés par ce biais	Type et durée de la formation	Intervenants	Contenu/ Support	jeux de rôles (O/N)	Distribution des maquettes (O/N)
3- Allier Rq : dépt test pr test immuno (nvelle formation en 2009/2010)	?	O	10	?	280/336 (83,3%)	1 soirée ; avec pot en fin de réunion	1 méd coordonnateur + 1 GE libéral ou hospitalier	Diaporama	?	O + memento
4- Alpes maritimes	Oct/nov 2008	?	6	20	122/177 (69%)	1 soirée ; + pot	Binôme GE + MG	?	?	O
6- Alpes de hautes provence	Sept 2005 à décembre 2006	O	30	15	455	Véritable séminaire d'1 journée pleine (samedi)	2MG (maître de stage ou enseignant) + 1SP + 1GE	Elaboration par MG du CHU de Nice + qq GE Diaporama + expression libre + Quizz + mises en situations	O	O
5- Hautes Alpes	Sur 18 mois	O	?	3-18	132/168	1 soirée	1 seul intervenant : le coordinateur (ex chirurgien) OU 1 SP (appartenant à la SG)	Diaporama édité par l'InVS	N	O
7- Ardèche + 26- Drôme	2008	N (réalisation de réunions ds les 2 dpts, ms pas de découpage au sein même de chaque dpt)	22	30	688/804 (85,6%)	1 soirée	1 MG formateur + 1GE + le MC	Diaporama réalisé localement par MC + ppt des GE	N	O
8- Ardennes	oct 2003 à avril 2004	O	7	5-20	Environ 50% (soit 130/260)	1 soirée ou une matinée (selon habitude FMC locale) + repas (mini cocktail)	1 représentant SG (MC ou président) + 1 GE	Support conçu par l'équipe pilote (MC SG 51 et MC08, Président URML, gastros)	N	N
10- Aube	1mois1/2	O (4 villes)	12	15-20	220/240	1 soirée conférence avec	MC (90%)	Diaporama conçu par	N	O

						apéritif dinatoire	+ 1GE (10%)	MC		+ cdROM du diaporama
13- Bouches du Rhône	Fin 2002 à 2005	O	63	18	1137/2600 (43,7%)	1 soirée, ds les locaux de URML PACA	MC + 1GE + URML	Réalisation par ARCADES et CPAM	N (ms pré/p ost-tests)	O + cdROM remis
14- Calvados		O	?	Petits groupes	?	Séminaire d'1 journée	2 MG + le MC de l'époque	?	?	?
15- Cantal	Sur 4 mois	?	6	10-25	113/159 (71,1%)	1 soirée de 4h + buffet -1ère partie : diaporama -2 ^{ème} partie : débat/échange avec participants	binôme (1 MG + 1GE) 6 ge et 5 MG ont reçu préalablement, une formation globale et se sont vus remettre en ensemble d'outils pour mener à bien les interventions sur site.	un CD-ROM élaboré et construit par les médecins formés préalablement par la SNFGE inspiré de celui de l'INPES	N	O
43- Haute Loire	Sur 4 mois	?	7	10-25	129/221 (58,62%)	1 soirée de 4h + buffet -1ère partie : diaporama -2 ^{ème} partie : débat/échange avec participants	binôme (1 MG + 1GE) 7 ge et 7 MG ont reçu préalablement, une formation globale et se sont vus remettre en ensemble d'outils pour mener à bien les interventions sur site	un CD-ROM élaboré et construit par les médecins formés préalablement par la SNFGE inspiré de celui de l'INPES	N	O
63- Puy de Dôme	Sur 4 mois	?	23	10-25	344/637 (54%)	1 soirée de 4h + buffet -1ère partie : diaporama -2 ^{ème} partie : débat/échange avec participants	binôme (1 MG + 1GE) 23 ge et 23 MG ont reçu préalablement, une formation globale et se sont vus remettre en ensemble d'outils pour mener à bien les interventions sur site	un CD-ROM élaboré et construit par les médecins formés préalablement par la SNFGE inspiré de celui de l'INPES	N	O
17- Charente maritime	Avril à sept 2008	O	15	20-30	434/712 (61%)	1 soirée terminée par buffet -présentation diapo =MC -réponses questions=MC+GE	1 SP (le MC) + 1GE	Diaporama élaboré par l'INCA , la SFNGE et la SFED, remanié par la structure de gestion pour	N	N (envoi ultérieur par voie postale ou coursier)

								personnaliser les données (chiffres départementaux) [Réalisation d'1 réunion préparatoire avec GE et MG relais pr finaliser le diaporama]		
18- Cher	Avril à Novembre 2007	O (organisation par cantons du sud au Nord)	13	5 à 17	113/189 (60%)	1 soirée Intégration à une FMC ou réunion ds locaux ADOC18	Le MC +/- 1GE (pas de chirurgien ni laboratoire)	Diaporama réalisé par MC + GE	N	O +CDrom utilisable en Cs
19- Corrèze	Janv à juin 2008	O	?	10-30	Env.96/240 (40%)	1 soirée +/- repas Présentation diaporama puis discussion	Le MC de ADCCO toujours + 1GE (ou chir ou onco) si possible	Base = diaporama InCA, +/- ajout images colo par GE	N	?
22- Côtes d'Armor	Début 2007	O en 19 secteurs (réunion 1 mois avt début du dépistage ds le secteur concerné)	12	24 en moyenne	289présents/416invités (69,5%) (mais 537 MG en 2007)	1 soirée Diaporama puis questions-réponses	1 MC (sur les 3) + 1GE + biologiste du centre de lecture HemocultII	Base = documents InCA	N	O
23- Creuse	2007-2008	O	?	?	?	Soirée de FMC + repas Présentation diaporama puis questions-réponses, tjs en binôme (MC pr côté organisationnel et GE pour côté médical)	Le MC + 1 GE libéral (tjs le même)	Diaporama réalisé par le MC	N	O + aide mémoire
24- Dordogne	?	O	10 (2 par ville ppale et 3 pour la préfecture)	?	269/414 (65%)	Soirée de FMC avec dîner ou buffet Diaporama, présentation du kit -test et imprimés- et échanges avec la salle	Co-animation par le MC + 1GE + le méd formateur de la FMC	Diaporama conçu par URPS Aquitaine (refus du diaporama national de InCA)	?	O
Franche-Comté (25-39-70-90)	Janv 2007 à juin 2008	O	23 (+ 1 test)	28 en moyenne	646/1234 (52%)	1 soirée + Buffet 20h-23h (FMC) MG de la FMC présente la plupart des diapos ; les	MG de la FMC + MC + 1GE	Diaporama de l'InCA/InPES	N Pré/p ost- tests	?

						autres apportent précisions + réponses aux questions				
27- Eure	Mars à juin 2008	O	12	10 à 40	Env. 60% (env. 253/421)	1 soirée + repas par labo Diaporama : orga dépistage par MC et CCR par GE	Le MC DeCADE + 1GE	Réalisation diaporama par DéCADE et GE	O	O
28- Eure et Loire	Avril à octobre 2008	O	7	Env.20	163/310 (52,6%)	1 soirée + collation	1 MC + 1GE secrétaire au bureau ADOC + 1représentant CPAM + Secrétaire de la SG	Diaporama InCA	N	O
30- Gard et 48- Lozère	?	?	?	?	?	1soirée vidéoconférence + Buffet (laboratoire)	1 MC (dir. De la SG) + 1 GE	?	?	?
31- Haute Garonne	Octobre 2008 à octobre 2009	O	22	En moy. 36	?	1 soirée avec apéro + dîner (laboratoire)	1 méd de SP + 1 GE (50%/50%)	Diaporama InCA, adapté au département	N	O
32- Gers	Nov-Déc 2008	N	9	10 à 20	143/200 (71,5%)	1 soirée + Repas	1GE + 1MC + 1biologiste centre de lecture (+/- 1MG local)	Support ppt SNFGE/SFED/InCA	N	O
33- Gironde	Octo 2008 à Mai 2009	O	36	6 à 36	783/1527 (51,2%)	1 soirée + repas ou buffet	1 MG + 1 GE + 1 MC	Diaporama local réalisé conjointement par URML et organismes de formations médicales (OFM), gastro-entérologues et membres du conseil scientifique de l'AGIDECA	?	O
35- Ile et Vilaine	Nov 2002 à janv 2003	O	25 formations	Moy. 25	615/820 (75%)	2 soirées + repas (payé par ADECI35) Soirée 1= épidémio	MC + 1GE	Support local + Contenant les travaux du Pr FAIVRE	N	O

						Soirée 2= Organisation concrète du DOCCR				
38- Isère	Juin 2002 à mai 2003	O	14 (9 en fin 2002 et 5 en 2003)	20 à 25	320/1184 (27%)	1 soirée	MC + 1 GE + 1 MG (responsables FMC, syndicats, MG membres de l'ODLC) Tous les GE ont participé à tour de rôle aux f°.	Power point de chacun des intervenants + remise d'un document récapitulatif + dvd inca/snfge	N	N (les MG en avaient depuis 1990= début DOCCR pr les femmes)
40- Landes	Sur 7 mois	O	17	12 à 45	426/440 (97%)	1 soirée en (conférence/débat / démo/mise en scène)	MC + 1 GE + 1 médecin de organisme de formation	Support régional fait par coordinateurs + Organisme de formation médical + urml	O	O (+ signature des conventions)
41- Loir et Cher	?	O	10	5 à 20	135/270 (50%)	1 soirée Logistique assurée par Laboratoire (sauf 1 soirée) Nb : implication du chef service gastro du CHU=>formation des 12 GE libéraux/hospitaliers + « contrat » passé avec eux	MC + 2GE 1 libéral + 1hospitalier)	1 ^{ère} partie = gastro, support = diaporama fait par Coordinateur + Chef de service de gastro, modifié au fur et à mesure: épidémiologie et éléments scientifiques 2 ^{ème} partie = coordinateur = tout les aspects pratico-pratiques +/- TP	O	O
42- Loire	Nov.2007 à Janv.2008	O	17	20 à 30	379/758 (50%)	1soirée + apéritif dinatoire	MC + 1MG du secteur géographique + 1GE du secteur	Diaporama tiré du kit de formation de l'INPES	N	N (envoi postal ultérieur)
44- Loire Atlantique	Etalement sur les 2 années de C1	O (formations par secteur géographique	42	?	?	1) 1 soirée (40/42) - 29 en gr.deFMC (dt repas avec labo)	1 MC + 1 MG formateur désigné par un	3 parties du diaporama : le CCR (épidémio,	N (ms pré/p ost	O

		le mois précédent l'envoi à la population des invitations)				-13 organisées par SG (avec buffet par la SG) 2) en journée (2/42) + 5 réunions publiques organisées avt l'envoi des invitations	des organismes de formation+ 1 GE (En tout, 11 MG et 12 GE se sont répartis les réunions) Aide d'une secrétaire (logistique++)	traitement, prévention...)/ rôle du médecin traitant dans le DO, comment faire le test/organisation locale du DO Validation du module de f° par convention tripartite (SG/URML/Ensemble des orga de FMC locales)	test)	
45- Loiret	Déc.2007 à Fév. 2008	O	5	10 à 15	63/546 (11,5%)	FMC – 1 soirée	MC + 1GE 50%/50%	Diaporama préparé par chacun des intervenants	N	?
47- Lot et Garonne	?	O (3 secteurs)	14 (4 à 6 par secteur)	Moy.20	240/315 (76,2%)	FMC – 1 soirée repas + conférence	MC + 1GE du secteur + 1MG de l'organisme de FMC Répartition 1/3 chacun	Diaporama réalisé par URML	N	O
49- Maine et Loire	Sur 3 mois	O (réunions ds les 4 + gdes villes du département)	12	20 à 80	?	Soirée buffet	MC + 1MG + 1GE (ou chir digestif ou oncologue)	Intro globale par le MC (1 diaporama) Puis passage avec binôme MG/GE par petits groupes de 20 (1diaporama)	N	O +CD-ROM
50- Manche	?	?	?	?	?	1 Soirée + repas/buffet - Diaporama par le MC - puis Questions/réponses : Organisation (MC, aspect technique (GE) Indemnisation et présentation convention	MC + 1 administratif de la SG + Président de la SG (MG) + 1 GE + 1 représentant CPAM	Validation en aval par comité de pilotage : financeurs (CPAM) et médecins (1 anapath, 1 oncologue, 1 GE et 2 MG) Diaporama de	N	O

						(représentant CPAM)		conception « locale » (en s'appuyant sur les supports existants ou proposé par l'INCA)		
51- Marne	Sept.2005 à Février 2006 (dc après le début du dépistage)	N	17	10 à 20	210/510 (41,2%)	1 soirée	Président du groupe de FMC (animateur) + 1 GE (points médicaux spécifiques)+ MC (présentation du DO)	Présentation Powerpoint créé par l'ADPS + matériel (kit Hemocult / Fiches d'exclusion / Carnets à souches / Triptyques Inca.....)	N	N (envoi postal en début de campagne à tout les MG)
53- Mayenne	2004 à 2009	O (3 zones géographiques)	1 réunion grand public en 2003 puis 2 à 4/an pdt 6 ans	8 à 12	115/228 (50,4%)	1 soirée + repas par labo Exposé puis questions/réponses Coordinateur : aspects du dépistage Gastroentérologue : exposé plus général sur le cancer du colon	MC + 1 GE + 1 médecin relais (12 méd.relais ont été formés)	?	?	N
54- Meurthe et Moselle	Novembre 2007 à avril 2009	O	29	23	656/721 (91%)	1 soirée Conférence + repas Le MG introduit la séance Le GE : ½ temps formation La conseillère scientifique + MC: ½ temps formation	Conseillère scientifique Gastroentérologue service GE CHU + 1 GE du secteur + 1MG responsable FMC du secteur + le MC	<u>Support :</u> Diaporama Classeur formation <u>Conception :</u> La conseillère scientifique et le médecin coordinateur	?	O
55- Meuse	?	?	?	?	143/158 (90,5%)	1 soirée + buffet dinatoire (laboratoire) Diaporama + questions/réponses - MC pour la stratégie et	Le MC + 1 GE	Diaporama conçu par le MC	?	O

						l'organisation pratique - GE pour l'épidémiologie et les notions plus cliniques.				
56- Morbihan	Janvier à juin 2008	O (14 zones)	19	?	467/665 (70,2%)	1 soirée + repas ds le cadre d'une FMC Diaporama + remise d'un document et CD-Rom Epidémiologie CCR: incidenc mortalité, facteurs de risque ... Histoire naturelle de la mala Pourquoi un DOCCR ? Mise en place pratique dans le Morbihan : le rôle de MG Enjeux Questions diverses 50/50 entre MC et GE	Le MC + 1 GE + 1 médecin relais (1MG par secteur)	Diaporama conçu par ADECAM	N	O
57- Moselle	Juin 2004 à décembre 2005	O	34 (pls réunions organisés par zone)	?	467/935 (50%)	1 soirée avec repas	MC + 1GE + 1MG	Diaporama et dossiers locaux (réalisés par MC + GE)	?	O (envoi postal pour les absents)
60- Oise	?	?	13	?	80/516 (15,5%)	1 soirée avec cocktail dinatoire (partenariat laboratoire)	MC + 1 ou 2 GE du secteur + 2 assistantes de la SG	? NB : avait été pensé par les assistantes de la structure après avoir pris conseil auprès des autres structures de gestion ayant déjà démarré le DO CCR depuis plus de deux ans. Une entreprise locale a réalisé la conception du kit complet à remettre aux MG	?	O + CD-Rom (diaporama explicatif des enjeux de la campagne du DO CCR et de l'organisatio n technique)

61- Orne	Sur 2 ans	O (par secteur de FMC)	?	En moy. 25	148/212 (70%)	1 soirée	Au total, 6 intervenants possibles : MG, GE, anapath ou santé publique	Diaporama INPES + Diaporama adapté au terrain (réalisation locale)	?	O
62- Pas de Calais	Avril 2008 à février 2010	O (7 zones)	30	En moy. 30	956/1470 (65%)	1 soirée + Buffet (labo) de 20h30 à 22h30	MC + 1 GE + 1 MG Répartition 1/3 chacun. (1 ou 2 GE par secteur ; et 1 MG par secteur mandaté par URPS)	Diporama INCA modifié + diapos faites par la SG + diapos faites par le MG ; le tout validé ensemble avec l'URPS + film de présentation du test de l'INCA	N	O
66- Pyrénées Orientales	?	N	?	4 à 30	?	1 soirée SANS repas : réunion orale + diaporama	Le MC de l'époque (MG)	Un Powerpoint pour les formations groupées. Un schéma du dépistage pour les formations individuelles.	N	O
67- Bas-Rhin	Décembre 2007 à novembre 2008	O (par groupes de cantons)	33		884/1154 (76.6%)	1 soirée Réunion en 3 parties : - GE = l'épidémio, - MG = rôle du médecin - membre ADECA = l'organisation pratique. + cas cliniques			N	O
68- Haut-Rhin	Septembre 2003 à septembre 2004	O (par groupe de 2 à 4 cantons, avec alternance Nord/Sud)	24	Moy. 19	487/627 (77,6%)	1 soirée FMC (20h30/23h) + Repas (labo : 5 au total) Pas d'attribution de temps de parole au labo. - Pré/post tests - GE : epidémio, rationnel dépistage, performances Hemocult	MG leaders des groupes de FMC ont été pris comme formateurs. 4 formateurs/soirée : MG + GE + dir. de SG + président de asso de FMC	Elaboration préalable des FMC par 1 groupe de formateurs (5MG + 4 GE)(équilibre ds répartition géographique, parité généralistes -	O	O

						<ul style="list-style-type: none"> - MG : rôle du MG ds la campagne DOCCR - SG : déroulement de la campagne - CCL par président de FMC 		spécialistes et libéraux - hospitaliers) Rq : diaporama INPES dispo trop tardivement		
71- Saône et Loire	?	O (4 zones)	?	15 à 70	250/500 (50%)	1 soirée FMC + Buffet (laboratoire)	2 ou 3/soirée : MC + MG local (FMC) +/- GE => le MC présente le projet et les autres font des remarques, répondent aux questions ou donnent des conseils	Diaporama conçu par le MC avec l'aide des membres de conseil scientifique + FILM du Pr Faivre	?	O
75- Paris	2007 à 2008	N	<i>10 en 2008 + autres</i>	?	1125/2353 (47,8%)	1 soirée avec plateau repas (labo) à Faculté de paris V, Hôpital Cochin et Hôtel Dieu	Le MC + le coordinateur technique du CCR + 1 MG + 1 GE => Répartition : -Partie Santé Publique : MC -Organisation du DO CCR : le coordinateur technique -Place et rôle du MG dans le DO : le MG -Partie cancer du côlon, suivi, coloscopie : GE	power point conçu par ADECA - un problème de santé publique - Principe du dépistage organisé - L'outil du dépistage - Organisation du DO (le circuit du dépistage) - L'indemnisation des médecins	?	O

76- Seine Maritime	10/12/2007 au 11/09/2008	O (par cantons)	26	8 à 42	462/1179 (39,18%)	1 soirée + repas Conférence Cas cliniques	MC + président de FMC + GE =>répartition : -Intérêt du dépistage : GE -Processus du dépistage : médecins de FMC -Modalités du dépistage : MC	Power point conçu par une équipe de GE, professeurs de santé publique, responsable de FMC, inspiré par diaporama INPES	N	O
77- Seine et Marne	?	?	?	?	?	1 formation = 2 soirées + repas	1GE + le MC/médecin de SP	Power point conçu par le MC Documents INCa	?	?
79- Les Deux-Sèvres	Sur 2 mois avant le lancement du dépistage => nov. à déc. 2007	O	3	10	30/315 (9,6%) (soit 10% des formés)	?	1 seul intervenant = le MC	Power point de l'InCA	?	?
80- Somme	De Février à mai 2007	O	28	20 en moy.	403/566 (71,2%)	1 soirée + repas	Le MC + 1 ou pls GE (+/- autre MG) - Partie médicale : les GE - Partie pratique : le MC	- Les formateurs ont été tous destinataires d'un CD ROM de formation - Power point + fiche d'autoévaluation pour certaine FMC - Participation du Service d'hépto- gastro-entérologie du CHU Amiens Picardie	N	O
83- Var	Du 20/05/2008 au 17/12/2008	O (6 zones)	35 prévues Dont 12 annulées	20 en moy.	387/1185 (32,65%)	- soirées de formation sur une zone et une période donnée : 5 à 8 dates proposées par zone, sur 3	- 1 binôme MG/GE par soirée (6 binômes au total formés par	CDRom élaboré par l'URML PACA pour la campagne des Bouches du Rhône et	N	O + présentation de la

			=> 23			à 4 semaines avec 2 ou 3 lieux différents - 1 soirée 20h30 à 23h30 + buffet offert par laboratoire (charte éthique) - Organisation conjointe par l'URML PACA et ISIS 83 - Conférence + Ateliers en sous-groupes + Questions/réponses	<i>des médecins de l'URML, des médecins membres d'ISIS 83 (gastro-entérologues) et le médecin coordonnateur d'ISIS 83</i> - participation 50/50	adapté au Var + questionnaire de satisfaction + Pré/post-tests		convention
84- Vaucluse	?	?	?	?	423/650 (65%)	Réunion type FMC sous la responsabilité d'1 GE du GAMAD (Groupe Avignonnais des Maladies de l'appareil Digestif)	?	?	?	O
85- Vendée	?	O	13	12 en moy.	172/524 (32,8%)	1 soirée FMC	Le MC + 1 GE - GE : formation médicale et scientifique - MC : formation sur la logistique du DOCCR	Power point conçu par l'InCA et revu par le MC et le GE.	N	O
86- Vienne	Fin 2008	O (par « grandes villes » réparties sur le département)	1 dizaine	15 en moy.	165/442 (37,3%)	1 soirée FMC (avec réseau oncologie du Poitou-Charente)	?	?	N	N (distribution par déléguées CPAM ou envoi postal)
88- Vosges	Février à juin 2008	O (par secteur de garde)	?	10 à 25	331/350 (94,61%)	1 formation = pls soirées Conférence + repas + Pré/post tests	3 intervenants/soirée : 1 GE = partie théorique médicale 1 MG = partie	diaporama et mise en situation Conçus par qq membres du conseil scientifique	O	O

							application mise en situation 1 épidémiologie = partie administrative			
89-Yonne	2007 : Cantons sud 2008 : cantons nord	O	10 à 15	Minimum 10	300/375 (80%)	2 étapes : 1) 1 Soirée conférence de présentation, globale (+buffet par labo) 2) F° de groupe = 1 soirée organisée par SG (+ buffet par labo) <i>Rq : lors de arrivée des tests immunologiques => la formation envisagée est individuelle au cabinet</i>	1) « conférence » : Pr FAIVRE + le MC 2) Groupe : MC + assistante <i>Nb : présence de spécialistes systématique pr les réunions de rappel</i>	Pr les F° de groupe : diaporama réalisé par MC	O	O
91- Essonne	Juin à Novembre 2003 Puis Mai à octobre 2004	O 2003 : f° des MG puis invitations zone sud 2004 : zone nord	?	15 à 20	?	1 soirée (+ repas par labo) Diaporama + Pré/post test + Questions/réponses	Duo : 1 MG + 1GE GE : épidémiologie et intérêts de HémocultII MG : aspects pratiques	Diaporama conçu en interne Diaporama + Pré/post test	N	O
92- Hauts de Seine	?	?	?	?	?	1 soirée conférence + repas	Trio : MC + 1 MG + 1 GE	Diaporama Livret CDrom	?	?
93- Seine Saint Denis	?	?	?	?	50%	1 soirée conférence + repas (laboratoire)	MC + 1GE	Kit de formation InVS	?	O + Conventio n
94- Val de Marne	Sur 1 an (2007)	O	30 à 40	20 à 25	485/970 (50%)	1 soirée + Buffet Implication initiale des FMC/Amicales locales volontaires	1 MC ou personnel de la SG + 1binôme GE/MG Répartition : - épidémiologie, critères	Formation d'un Comité Pédagogique représentatif (MG, GE, amicales/FMC, faculté de médecine Créteil,...) qui a décidé :	O	O

							<p>inclusion/exclusion...= GE</p> <p>- Jeux de rôle+++ MG</p> <p>- Aspects concrets/pratiques sur organisation et modalités du DOCCR= ADOC</p>	<p>- du contenu de la formation</p> <p>- du type de formation et de la méthode pédagogique + a mis en place des exercices de simulation (jeux de rôle)</p> <p>- de désigner des groupes/binômes de formateurs (1 MG + 1 GE) + refonte des diaporamas par MG et GE ensembles</p>		
95- Val d'Oise	Novembre 2007 à Décembre 2008	O (4 secteurs géographiques)	?	6 à 50	733/846 (86,6%)	<p>- 1 soirée d'information commune pour tous les MG (le 15 oct 2007),</p> <p>- puis F° de groupe : 1 soirée + repas</p>	<p>1 MG (ROA ou Ass° FMC) + 1 Gastro + 1 MC – env. 1/3 du temps chacun.</p>	<p>Contenu : 3 diaporamas</p> <p>-Partie généraliste : fait par ROA</p> <p>-Partie Gastro : fait par spécialiste (CHU Bichat)</p> <p>- Partie PSVO : fait par MC</p> <p>Rq : un Conseil Scientifique (GE, onco, MG...) est garant de la qualité du dépistage</p>	N	O

b) Centralisation des Données Recueillies : Autres Formations

Département	Obtention listing	Modalités de prise de contact ? Labo ?	Formation alternative (aux réunions)	Type de formation de rappel	Formation des nouveaux MG	Modalité d'invitation à la 1ere campagne	Invitation aux campagnes suivantes
3- allier	CPAM	- Courriers individuels - société SKD (hémocult) - laboratoire d'analyse - FMC	F° individuelle par téléphone ou visite au cabinet		?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
4- alpes de Hte Provence	Listing existant du cancer du sein + mise à jour à partir CPAM	- courriers individuels - téléphone pour les non répondeurs	F° individuelle : - Visite au cabinet par délégué de SP - Envoi postal des documents + formation téléphonique	Visite d'un délégué au cabinet x 1/an <i>+ Sollicitation récente d'Aprémas auprès des FMC locales pour avoir une soirée/an destinée au dépistage en général.</i>	visite au cabinet par délégué de SP	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
6- alpes maritimes	Listing existant du cancer du sein + mise à jour à partir CPAM	- courriers individuels	F° individuelle : - Visite au cabinet par délégué de SP (2 ont été engagés par Aprémas) - Entretien téléphonique (et envoi de la documentation par voie postale)	- Visite au cabinet x1/an des MG par les délégués de SP - 2 formations de 2j ont été organisées par organismes extérieurs à Aprémas (1 quinzaine de MG inscrits à chacune) <i>+ Sollicitation récente d'Aprémas auprès des FMC locales pour avoir une soirée/an destinée au dépistage en général.</i>	visite au cabinet par délégué de SP	Selon découpage géographique (lorsqu'une zone a fini la formation : envoi des invitations pr débiter dépistage) + Parfois (grandes villes), envoi des invitation en fction de l'âge de la population	Selon date anniversaire du dernier évènement Depuis l'année dernière : essai de retour à un découpage géographique => invitation en lots d'une zone géographique (en théorie les MG auront leur activité de dépistage concentrée sur qq semaines/mois) ;

							semble convenir plutôt pour zones rurales
5- hautes alpes	Listing des MG participant au DOCS + pages jaunes Refus de l'ordre des médecins d'envoyer le listing	Courrier individuel +/- appel téléphonique	F° individuelle proposée : Visite au cabinet ou dans les locaux d'ADOC05 après contact téléphonique ou par courrier		visite proposée au cabinet ou à la SG en fonction du lieu d'exercice + envoi systématique d'un kit de dépistage (lettre expliquant le fonctionnement du dépistage + diaporama de formation + bilans départementaux + bilans invs + matériel de doccr)	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
7- ardèche + 26- drôme	Refus CNOM/CDOM de transmettre le « listing » officiel => Tous moyens (CPAM, pages jaunes, ...)	- Courriers personnalisés - FMC	Aucun f° alternative proposée	renvois des résultats de campagne 2 fois par an individualisés pour chaque médecin	Envoi postal systématique de la documentation et du matériel nécessaire	Tirage au sort aléatoire par âge/sexe/canton	Selon date anniversaire du dernier évènement (à 22 mois du dernier HemocultII)
8- ardennes	Listing du DO CS mis à jour continuellement + CPAM/3mois	- Associations FMC (formation présentée à l'URML aux présidents des associations FMC puis intégrée dans le programme) - Contact téléphonique des absents par le MC	Contact téléphonique des absents par le MC + Envoi postal du kit de formation (version papier) si le souhaite <i>Rq : (à savoir qu'en 1989 une campagne de dépistage avait été mise en place et les médecins avaient déjà</i>		F° individuelle : Téléphonique ou visite à la SG ou visite au cabinet en fonction des disponibilités du médecin nouvellement installé	?	Selon date anniversaire du dernier évènement

			<i>été formés pour l'Hémocult lors de réunions FMC. Les absents avaient été visités à leur cabinet médical. Cette campagne avait été organisée avec celle du cancer du sein mais n'a pas perduré)</i>				
10- aube	CPAM Ordre des médecins Pages jaunes	Courriers Courriels Téléphone	- Visite au cabinet ou formation téléphonique - Simple envoi postal de la documentation et matériel		F° individuelle : - Visite au cabinet - Déplacement du MG à la SG - F° téléphonique - Envoi postal	Etalement selon date de naissance	Selon date anniversaire du dernier évènement
13- bouches du rhône	CPAM	Courriers Individuels Puis Téléphone et Déléguée médicale (depuis 2005)	- Téléphone - autres ? - F° individuelle par visite au cabinet par la déléguée médicale (depuis 2005)	Lettre d'ARCADES x1/an: informations sur état des lieux des campagnes de dépistage (sein, colon et col) pour l'année écoulée.	F° individuelle par visite au cabinet par la déléguée médicale	Selon découpage géographique	Selon date anniversaire du dernier évènement
14- calvados	CDOM	Courriers individuels Téléphone	- F° individuelle par visite au cabinet - Courriers à l'ensemble des MG non participants (à la F° de groupe)	<i>Nvelle soirée d'information lors de la mise en place des tests immunologiques en nov.2008</i>	?	Selon découpage géographique par cantons (cohérence avec la formation des MG)	Selon date anniversaire du dernier évènement
15- cantal 43- Haute loire 63- Puy de dôme	CPAM	- 1 ^{er} temps= mailing (proposition de dates) - 2 nd temps= relance et démarche personnalisée des visiteurs médicaux des laboratoires ++ (logistique	F° individuelle de rattrapage des médecins volontaires mais absents, réalisée par le MC : - F° téléphonique +	Non au sens collectif du terme	?	Découpage selon année de naissance : - 1ere année= né en année paire - 2eme année= né en année impaire	Selon date anniversaire du dernier évènement

		des formations)	envoi des supports de F° par voie postale - ou Visite au cabinet				
17- charente maritime	CPAM	- Courriers individuels de LUCIDE 17 avec fax de relance en l'absence de réponse - Visiteuses médicales du laboratoire - 1 structure de FMC - appui logistique d'un MG dit « relais » par secteur	- Courrier + envoi des documents de formation par voie postale - Si MG demandeur : F° individuelle par téléphone ou visite au cabinet par le MC		Envoi postale d'un support écrit de formation + des « kits »	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
18- cher	- CDOM - URCAM	- PAS de laboratoire - Courriers individuels - Structures de FMC locales	Contact téléphonique des absents Puis : F° individuelle par téléphone ou visite au cabinet Réalisation par le MC ou un personnel administratif de la SG	<i>A part : réalisation de formations lors de la mise en place de l'étude Hémo (tests immunologiques)</i>	- Visite au cabinet : remise des kits et formation - MG déjà installés/formés dans un autre département : F° téléphonique (déplacement au cabinet uniquement si besoin) avec envoi des tests par voie postale	Selon découpage géographique par cantons (du sud au nord du département) (parallèlement à la réalisation des formations)	Selon date anniversaire du dernier évènement
19- corréze	Fichier interne + Mise à jour CPAM et CDOM	- Associations de FMC - Participation de laboratoires (logistique)	Contact des absents par tél ; Puis envoi des supports de formation par mail ou voie postale	Lettre d'information x2-3/an (données départementales + rappels sur le DOCCR et ses modalités)	?	Découpage selon année de naissance : - 1ere année= né en année paire - 2eme année= né en année impaire	Selon date anniversaire du dernier évènement
22- côtes d'armor	CPAM	Courrier Individuel	- Si présence d'un MG du même cabinet : F°		?	Selon découpage géographique	Selon date anniversaire du

			par le pair avec remise des kits et d'un dossier documentaire - Sinon : F° téléphonique				dernier évènement
23- creuse	CPAM	- Contact des organismes de FMC par la SG - puis invitations par courrier envoyées par les FMC - appui logistique de laboratoires	F° en réunion des adhérents de FMC et des volontaires Les autres : réception par voie postale des kits + Aide mémoire + support de formation si le désire		?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
24- dordogne	Listing existant du DOCS + CPAM	Courrier individuel, courriels URPS, Phoning par la SG +/- FMC, plaquette d'information...	- Visite des délégués de l'assurance maladie - ou F° téléphonique - ou envoi à domicile du diaporama de formation et du kit de distribution	?	?	?	?
25- Doubs 39- Jura 70- Hte saone 90- Belfort	CPAM (mise à jour trimestrielle)	Invitation aux formations via la FMC locale, avec coupon-réponse Les non répondeurs : relance téléphonique.	Ceux qui n'ont pas pu venir à une réunion : relance pour autre date de réunion Ceux qui ne veulent pas venir aux réunions : envoi malette et documentation au cabinet (+ coordonnées des MG formateurs et ADECA si nécessité de les joindre)		?	Invitations ont débutées APRES que toutes les formations aient eu lieu 1ere vague : âgés de 73 ou 74 ans + ceux dt année de naissance est paire 2eme vague : ceux dt année de naissance est impaire	Selon date anniversaire du dernier évènement
27- eure	CPAM	- Courriers individuels et relance téléphonique par	- F° par téléphone - Visite au cabinet par		?	?	Selon date anniversaire du

		la SG - Association de FMC - Relance par laboratoire	le MC (après prise rdv tél) - ou Simple envoi postal : malette avec matériel+ livret explicatif et CD ROM				dernier évènement (à 22 mois du dernier HemocultII)
28- eure et loire	?	?	- Envoi postal : documentation + malette - Information + précise uniquement sur demande du MG		Pas de F° organisée : envoi postal des kits (F° possible sur demande expresse du MG)	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
30- gard 48- lozère	?	Laboratoire	?	3 réunions réalisées	?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
31- haute garonne	CPAM hte garonne (mise à jour trimestrielle)	Phoning+Courrier par laboratoire (partenariat), puis par boîte externe de phoning.	1) 17 matinées « portes ouvertes » été 2009 2) Envoi postal matériel+Courrier aux MG non venus aux réunions ni aux matinées en novembre 2009	(simple visite au cabinet des MG « récalcitrants »)	Visite systématique au cabinet	Selon découpage géographique (le même que pour les formations)	Selon date anniversaire du dernier évènement
32- gers	Base de donnée propre + CO départemental	Courrier individuel par SG + Soutien logistique d'un laboratoire (7 réunions sur 9)	1) Visite au cabinet 2) Envoi documents + ppt voie postale puis Formation téléphonique 20-30min	1 soirée (février 2009)	Visite au cabinet	Etalement sur 2 ans (pas de critère géographique)	Selon date anniversaire du dernier évènement
33- gironde	Liste réalisée pr le DO K.sein (base=CPAM gironde)	Courrier AGIDECA (dates de f° + OFM organisatrice)=>inscription MG auprès des OFM Relance des OFM des MG <u>de leur secteur</u> , non inscrits	Visite au cabinet d'une déléguée médicale (705/1527 : 46,2%), sur 10 mois		?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement

35- ile et vilaine	CPAM	1 médecin relais/canton Contact téléphonique de ts les MG par méd relais ou MC	Envoi postal des documents + Formation téléphonique Pas de visite au cabinet	C2etC3 : réunion cantonale en début de campagne (résultats et nouveautés) C4etC5 : Visites au cabinet par Assistante de recherche	Visite au cabinet systématique	Découpage géographique : 1 ^{ère} année Zones périphériques du département 2 ^{ème} année Rennes et son pourtour	- Invitation 3 mois avt date anniversaire du dernier évènement - Non participants ou nvx entrants : idem C1
38- isère	Réalisation du listing en 1990 (DOCCR couplé à celui du sein et col pour femmes de 50-69ans) puis mise à jour progressive	Courriers ODLC+ relais par laboratoire	1) Visite au cabinet par délégué à information médicale d'ODLC 2) Téléphone (si refus visite)	Visite au cabinet par délégué à information médicale d'ODLC	Visite au cabinet	Particulier : invitations srt des hommes Les femmes de 50-69ans faisaient déjà parties d'un dépistage organisé...	Selon date anniversaire du dernier évènement
40- landes	CPAM (SG attachée à la CPAM)	Courriers individuels d'invitation + Phoning de rappel par la SG (pas de laboratoire)	1) Visite au cabinet par le MC 2) F° Téléphonique + envoi matériel par voie postale (si distance trop importante pour visite)		1) Visite au cabinet par le MC 2) F° Téléphonique + envoi matériel par voie postale (si distance trop importante pour visite)	Découpage géographique (par canton ou secteur activité)	Selon date anniversaire (-2mois) du dernier évènement
41- loir et cher	CPAM, pages jaunes, Ordre des Médecins...croisement des différents listing => liste exhaustive	Information par délégués (laboratoire); puis courrier individuel et phoning	Visite au cabinet (après RDV tél) par MC ou infirmière dédiée	Pas de f° de rappel de groupe, mais : - Statistiques perso/an - Bulletin d'Information x 2/an, envoyé au cabinet (contenant résultats, messages importants...) - Visite au cabinet/2 ans par Chargée de communication (résultats, listes de patients n'ayant jamais	Visite au cabinet	Etalement sur 2 ans ; invitations par zones géographiques après formation des MG de cette zone	Selon date anniversaire (-2 mois) du dernier évènement (ex ; à 22mois du dernier HemocultII)

				fait/exclus/positifs ms n'ayant pas fait la colo...etc ...)			
42- loire	Listing du DO cancer sein	Courriers individuels de la SG	Courrier individuel => Création d'un Blog dédié avec diaporama d'autoformation (réalisé par MC)		Envoi malette + brochure de l'INPES : Le DO CCR et courrier de recommandations	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
44- loire atlantique	CPAM + listing des remplaçants par le CO	Courrier d'information Puis Courrier invitation réunion Puis relance tél pr non répondeurs + Rappel systématique la veille de la réunion	1) Visite au cabinet (Certains se sont déplacés à la SG) 2) Formation par téléphone (rare++) (prêt ponctuel d'une infirmière de prévention par la MSA, pour aide aux visites)	?	Visite au cabinet	Envoi selon découpage géographique et date de naissance - 35 secteurs - 2008 : année naissance paire - 2009 : année naissance impaire	Selon date anniversaire du dernier évènement
45- loiret	Listing du DO cancer sein + Pages jaunes	Courrier d'invitation à une FMC Puis Appel des non participants	Visite de F° individuelle au cabinet (après prise rdv tél)	Non : en groupe Visite au cabinet/2ans (si souhait des MG)	?	Etalement sur 20 mois (mars 2008 à décembre 2009), selon découpage géographique par cantons	Selon date anniversaire du dernier évènement
47- lot et garonne	URCAM, CPAM, Orde des Médecins SG attachée à la CPAM	Courrier individuel puis appel téléphonique	F° individuelle par visite au cabinet (après acceptation téléphonique) par MC (diaporama identique à celui FMC)		?	?	?
49- maine et loire	Conseil de Ordre (ms incomplet) Listing de la SG Logiciel OSIsanté	Participation Laboratoire (visites au cabinet) + Courriers de la SG Rappel des absents par tel	- Si absence aux FMC pr non disponibilité : F° individuelle par visite au cabinet - Pr tt les absents :		?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement

			envoi postal des 2 diaporamas de formation + Kit par voie postale				
50- manche	CPAM/3mois + Mise à jour progressive par personnel administratif de la SG	Courrier individuel Puis relance téléphonique	- Visite au cabinet par MC - rarement : f° téléphonique	réunion de restitution des résultats de C1 avec rappel des points clés du DO CCR	?	?	?
51- marne	Base propre ADPS (DO cancer sein) + confrontation base CPAM51	- Pr tous MG, en début de C1 : Courriers individuels avec kit d'hémocults et procédures de dépistage écrites (rappel épidémiologique, méthodologie du DO, critères d'inclusion / exclusion, carnet de prescription personnel, fiche de réapprovisionnement, mode d'emploi du test, carnet de demande de prises en charge) - Courriers d'invitation aux soirées par SG + Contacts par les FMC locales	- Visite au cabinet par le MC	A la demande (groupe de FMC), mais non en global	A LA DEMANDE des nveaux MG : visite au cabinet du MC	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
53- mayenne	URCAM	- Courriers individuels - FMC (cercle Ambroise Paré) - Laboratoire	- Lettre + kit dépistage + Disponibilité téléphonique du MC - Visite au cabinet par le MC des MG participants peu. - (triade courrier/visite/téléphone semble mieux acceptée et moins	Courriers ciblés + « Brèves de Dépistage » (Plaquette d'information annuelle sur les résultats départementaux du dépistage organisé)	Visite au cabinet systématique du MC + Convention à signer	?	Selon date anniversaire du dernier évènement (21 mois après)

			chronophage)				
54- meurthe et moselle	Ordre des Médecins et CPAM (+ pages jaunes pr les n° de tél) Listing trimestriel des nouveaux MG installés transmis ADECA 54 par Ordre des médecins	2 courriers individuels (invitation + confirmation) Et entretien téléphonique la veille de la formation Intervention des responsables de FMC et des visiteurs médicaux des laboratoires	Formation individuelle au cabinet/à ADECA54 et rarement par tél ⇒ Durée : 1h	?	Formation individuelle systématique à ADECA54 (après prise de contact tél par le nouveau MG ou ADECA54)	Découpage géographique	Selon date anniversaire du dernier évènement (22 mois après HémocultII)
55- meuse	Ordre des Médecins (Organismes de FMC co-organisateur des séances de formation, Laboratoire pour relance par les visiteurs médicaux et soutien logistique.)	courriers individuels co-signés SG/FMC, relance des labos via les visiteurs médicaux, confirmation inscription par courrier et rappel téléphonique la veille de la réunion.	Formation individuelle par tél ou au cabinet	3 séances organisées 1 an après début de C1 => très faible participation (15MG)	?	?	?
56- morbihan	CDOM en 2002 pr le DOCS + mises à jour régulières depuis	- Courriers - FMC - puis MG absents des réunions contactés par téléphone	Formation individuelle par : - Envoi postal - Visite du MC au cabinet - le MC à la SG - un collaborateur (ds les cabinets de groupe) - un visiteur médical	?	?	Découpage géographique par cantons regroupés en "zones" (14) ; invitations envoyées juste après la réunion de formation des médecins de la zone (vague d'est en ouest)	Selon date anniversaire du dernier évènement (22 mois après HémocultII)
57- moselle	CPAM	Courriers Individuels	Contact par téléphone, puis : - Visite au cabinet - ou Envoi postal de documentation	- Pas de formation de groupe (envisagée pour passage au test immuno - « lettre de l'amodemaces » x 2/an	?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement
60- oise	- base de données de la	- Courrier individuel avec	Dépôt par coursier	Non car trop faible	?	?	?

	structure de gestion régulièrement mise à jour par information de la patientèle et des médecins - listing de la CPAM du département	coupon-réponse (choix parmi ttes les dates) -En absence de réponse : 2 ^{ème} courrier d'invitation à la réunion du secteur - Confirmation téléphonique le jour J - Soutien d'un Laboratoire (présentation et participation financière)	dans chaque cabinet médical le kit de démarrage et divers outils de communication du DO CCR accompagné d'un courrier explicatif	participation aux formations initiales			
61- orne	CPAM	Courriers	Visite au cabinet après contact téléphonique		?	Selon découpage géographique	Selon découpage géographique mais tendance à éparpillement ...se rapproche de + en + d'une organisation selon date anniversaire dernier évènement...
62- pas de calais	CDOM, CPAM, URCAM, pages jaunes, et URPS	- Courrier individuel - FMC - Laboratoire	Contact tél de tt les MG absents aux réunions par visiteur de URPS (lui-même formé par le MC) Puis Formation individuelle : - par un visiteur URPS au cabinet (+ remise des Kits) - Par le MC en rdv téléphonique (+ envoi postal des kits)	En début de C2 : 1 réunion générale pour présenter les résultats de C1 et booster le démarrage de C2	?	Selon découpage géographique : envoi des invitations juste après la formation des MG d'un secteur	Selon date anniversaire du dernier évènement
66- pyrénées orientales	Pages jaunes	- Courriers individuels pour inviter aux formations de groupe	Contact tél de tt les MG absents aux réunions, puis		Formation individuelle par téléphone ou	Selon découpage géographique : par cantons	Selon date anniversaire du dernier évènement

		- Contact téléphonique pour les absents : pr formation individuelle	formation individuelle si d'accord : par visite au cabinet ou téléphone (par un chirurgien digestif à la retraite)		visite au cabinet	(et entrée ds le dépistage à 50 ans et 6 semaines)	
67- bas rhin	Fait par ADECA sans aide extérieure : pages jaunes + site AMELI ; mise à jour annuelle	Invitation par ADECA avec coupon réponse et relance téléphonique toujours par ADECA (phoning+++++ par ADECA	- Formation individuelle par visite au cabinet - F° individuelle par téléphone - Organisation de 3 journées « portes ouvertes » ds local de Ordre des Médecins (MC présent jusqu'à 21h, les MG pouvant venir se faire former et recevoir le matériel) - Tenue d'un stand lors d'un congrès par le MC : f° individuelle des volontaires	deuxième tour de formation lors du démarrage de la 2 ^{ème} campagne en partenariat avec ADEMAs (dépistage du cancer du sein) et EVE (dépistage du cancer du col)	visite au cabinet par MC jusqu'en 2008 puis Formation par téléphone (rendement équivalent, pour perte de temps en trajets,..., moindre)	Selon découpage géographique	- Selon découpage géographique : nouveaux entrant et ceux n'ayant jamais répondu - Selon date anniversaire du dernier évènement pour les autres
68- haut rhin	Fait par ADECA sans aide extérieure : pages jaunes + site AMELI ; mise à jour annuelle	Invitation par ADECA avec coupon réponse et relance téléphonique toujours par ADECA (phoning+++++ par ADECA	Si non venus : autre date FMC proposée, PUIS si tjs pas venu, formation individuelle par tél de 20min avec MG formateur ou dir. de SG ET remise du matériel par visite au cabinet	deuxième tour de formation lors du démarrage de la 2 ^{ème} campagne en partenariat avec ADEMAs (dépistage du cancer du sein) et EVE (dépistage du cancer du col)	visite au cabinet par MC jusqu'en 2008 puis Formation par téléphone (rendement équivalent, pour perte de temps en trajets,..., moindre)	Selon découpage géographique : Invitations 1 à 4 semaines après la formation de groupe ds une zone (= 2à4 cantons contigus et alternance zones Nord/Sud)	- Selon découpage géographique : nouveaux entrant et ceux n'ayant jamais répondu - Selon date anniversaire du dernier évènement pour les autres
71- saône et loire	CPAM Pages jaunes	- Courrier individuel - Contact avec les associations de FMC pr	- Pas d'emblée - Formation ciblée++ = si taux de participation	Tous les 2 ans depuis 2003 : département divisé en 2 zones	?	Selon découpage géographique : Invitation de la	Selon découpage géographique : -Département = 2

		insertion des réunions dans le cadre du programme des FMC - soutien financier des laboratoires pour le buffet	faible : téléphone, courrier, statistiques personnelles et visite personnalisée par le MC.	géographiques : chaque zone est concernée 1 année sur 2. => Au début de chaque campagne (début d'année civile) : réunions de remise de test avec les FMC locales, pour la zone concernée (environ 5 réunions par an). Les médecins sont sollicités pour venir chercher leurs kits et la campagne démarre dès le lendemain de la réunion. (<i>médecins +/- obligés de venir aux réunions pour prendre les colis</i>) => MC présente les résultats des campagnes précédentes et les nouveautés éventuelles. Ensuite un intervenant spécialiste du secteur présente un sujet en rapport avec un des deux domaines (gastro ou gynéco)		moitié du département la 1ere année ; et l'autre moitié la 2eme année de C1.	zones -chaque zone est concernée 1 année sur 2 => invitation de façon groupée de la population de la moitié du département tous les 2 ans, avec phase médicale « coup de poing » de 6 mois (dc implication intensive des MG que 6mois tous les 2ans)
75- paris	CPAM	- Courriers individuels - Visiteurs médicaux des laboratoires - Direction des Centres de Santé	- F° individuelle par visite au cabinet d'un MC - Formation ds les Centres de Santé		A la demande : Visite au cabinet	?	Selon date anniversaire du dernier évènement

76- seine maritime	URCAM Pages jaunes Ordre des Médecins	- Téléphone avec présidents de FMC + décision d'une journée de FMC - parfois aide des laboratoires	- F° individuelle par téléphone - F° individuelle par visite du MC au cabinet	Phoning (appel de 10 MG/semaine environ, par le MC)	Uniquement sur sollicitation du nouvel installé : tél ou visite	Selon découpage géographique : Invitation par canton lors de C1	Selon date anniversaire du dernier évènement
77- seine et marne	CPAM	- Courriers individuels - Soutien logistique de laboratoires	Prise de contact par courrier avec MG non allés aux f° de groupe F° individuelle par téléphone		?	Selon date de naissance : -1ere année : envoi aux pers nées les années paires -2eme année : envoi aux pers nées les années impaires	?
79- les deux sèvres	Pages jaunes Listing CPAM	- Contact téléphonique par secrétaire d'ARCANDE pour prise de RDV	Formation individuelle au cabinet par visite du MC (90% de médecins formés par ce biais)		?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement <i>« et par intégration par les médecins généralistes grâce à des feuilles de demandes de bon de prise en charge que chaque médecin ont. »</i>
80- somme	URML CPAM	Courriers cosignés par ADEMA 80 et les représentants des GE libéraux et publics/association de FMC/laboratoire Sanofi	- Formation individuelle par visite du MC au cabinet - Envoi postal du diaporama de formation et du matériel (si refus visite ou impossibilité)	- Echec d'une tentative d'organisation d'une formation de rappel - « Bulletin d'ADEMA' »	Visite au cabinet par le MC	Le premier courrier a été envoyé selon âge dégressif, les sortants du dépistage « 74 ans » ont été invités les premiers	Selon date anniversaire du dernier évènement
83- var	URML PACA	- Courriers individuels (invitation aux FMC) avec bulletin réponse (+ chèque	Visite au cabinet d'un agent délégué à l'information d'ISIS		?	Selon découpage géographique : envoi des invitations dans	Selon date anniversaire du dernier évènement

		de caution à faire 70€) - Laboratoire	(SG) après prise de rdv téléphonique, des MG non venus aux FMC			une zone, après réalisation des formations sur cette zone. 6 zones au total.	
84- vaucluse	CPAM CDOM Pages jaunes	- Courriers individuels - Associations de FMC	Pas d'alternative aux réunions. Formations de rappel depuis 2 ans	- Visite du MC au cabinet lors du réapprovisionnement en tests. Permet un échange sur les patients du MG et de faire passer information (formation ?) sur le dépistage. Améliore le ressenti du dépistage par le MG. - A la demande : émission de stat sur l'activité, transmission d'articles sur le dépistage, échange plus général...	?	?	?
85- vendée	CPAM	- Courriers individuels - Associations de FMC	Formation individuelle par délégué de santé publique lors Visite au cabinet		?	Selon découpage géographique : par canton du nord au sud	Selon date anniversaire du dernier évènement
86- vienne	CPAM	- Courriers individuels - Associations de FMC	Envoi postal à TOUS les MG (plaquette, mode emploi,...) Et Visite au cabinet des Déléguées de la CPAM : présentation du DOCCR et remise des malettes par ces biais		?	?	Selon date anniversaire du dernier évènement

88- vosges	CDOM CPAM Pages jaunes Liste de garde =>Aucune liste exhaustive	- Courriers individuels envoyés par société extérieure - Relance téléphonique des MG par la SG (chronophage) - participation de laboratoires	- F° individuelle par visite du MC au cabinet - F° individuelle par le MC à la SG - F° par les pairs	Pas de f° de rappel en tant que tel, mais courriers réguliers	?	Invitation par date de naissance les premières années	Selon date anniversaire du dernier évènement
89- yonne	Listing initial= CPAM Puis m à j progressive selon contacts avec les MG et après convention avec CPAM (SG mise au courant des « entrées/sorties » de MG)	- téléphone - courriers individuels	F° individuelle = visite au cabinet par assistante (promotion du dépistage des cancers) +/- le MC, après prise rdv téléphonique	Oui : 2 formes - Visite Mme Courtet/2ans (<i>dossier avec tous les résultats (89/National/personnel s) est remis au MG => mesure appréciée, permettant autoévaluation et motivation</i>) - Réunions entre MG et GE/Chir/Onco régulières, de discussion, depuis 2009/2010 (1/an) - formation de rappel a la demande des MG (env. Ts les 2ans) : MC (résultats et nouveautés) + spécialistes	F° individuelle au cabinet par assistante +/- MC	Selon découpage géographique : 2007= cantons sud 2008= cantons nord	Selon découpage géographique : Année paire : cantons nord Année impaire : cantons sud (phase médicale les 6 1ers mois puis phase postale en sept/oct)
91- essonne	CPAM	- Courriers individuels - participation des laboratoires (phoning ; visiteurs médicaux)	F° individuelle au cabinet par le MC (après prise rdv tél)	?	F° individuelle au cabinet	Selon découpage géographique : 2003 :Zone Sud 2004 : Zone Nord	Selon date anniversaire du dernier évènement
92- hauts de seine	Pages jaunes URCAM CDOM...	- Courrier individuel - Téléphone Puis : Phoning des MG non	- F° individuelle par visite au cabinet ou par téléphone - Envoi d'un CD-Rom	Oui	?	Selon découpage géographique : Zones Nord/Sud	- Anciens participants : selon date anniversaire du dernier évènement

		venus aux soirées de f°	de formation à TOUS++				- Non répondants ou nouveaux entrants : selon découpage géo Nord/Sud
93- seine saint denis	CPAM	- Courrier individuel - laboratoire partenaire SKD <i>Rq : mis en place d'un dépistage avant le DO proprement dit. Dr G. Gastro/ chef de gastro avicenne / l' ADCCR / Le CMS de Bagnolet / un réseaux de médecin généraliste</i>	- F° individuelle par visite au cabinet	Visite au cabinet	?	Selon découpage géographique : Progression d'Est en Ouest (invitation d'une zone QUE si f° des MG= 80%)	Selon date anniversaire du dernier évènement
94- val de marne	CPAM + enquête téléphonique par ADOC pour éliminer les médecins inscrits comme MG mais n'exerçant pas en tant que tel (homéopathe, phlébologue...)	Contact direct++ téléphonique (secrétariat dédié initialement)	- F° individuelle au cabinet par une chargée de prévention de ADOC (après prise rdv téléphonique)		F° individuelle au cabinet par une chargée de prévention de ADOC	Selon découpage géographique (avec envoi des invitations après formation d'env.70% des MG du secteur)	Selon date anniversaire du dernier évènement
95- val d'oise	CPAM Ajustement par CNOM et pages jaunes	- Courrier individuel - Relance téléphonique en absence de réponse	- F° individuelle par téléphone (20 minutes en moy.) par un stagiaire de santé publique - F° individuelle par visite au cabinet d'une déléguée de SP + CD-Rom ou ppt envoyés par mail ds les 2 cas		F° individuelle par téléphone ou par visite au cabinet de la délégué de SP	Selon découpage géographique (4 secteurs)	Selon date anniversaire du dernier évènement

b) Données Quantitatives

N° département	Département	Dpt Pilote O/N	Date du début de dépistage organisé	Taux de participation de la pop° cible		Démographie médicale		Nbre ou% de MG participants au dépistage		Nombre de MG formés				Indemnisation O/N	Formation de rappel
				1 ^{ère} campagne	dernière campagne (2010-2011)	Initiale (au moment des formations initiales)	lors de dernière campagne (2010-2011)	initial	dernière campagne	total	réunions	visites	téléphone ou autre		
3	Allier	O	avr-04	53%	38%	336	378	310/336 (92,3%) (1test)	312/378 (82,5%) (1test)	?	280/336 (83,3%)	?	?	N	N
4	Alpes-de-Haute-Provence	N	déc-08	32,30%	27,80%	177	185	?	?	161/177 (91%)	122/177 (69%)	27/177 (15,2%)	12/177 (6,8%)	O	O
5	Hautes-Alpes	N	01/10/2008	31,10%	37,40%	168	206	162/168 (96,4%) (1test)	180/206 (87,4%) (1test)	148/168 (88,1%)	132/168 (78,6%)	16/168 (9,5%)		O	N
6	Alpes-Maritimes	O	déc-05	30,60%	26,30%	?	1339	1140 (1test) (544 conventionnés)	?	?	455 (env.30 à 35%)	?	?	O	O
7+26	Ardèche+Drôme	N	mai-08	ardèche: 30,7% et drôme 33,4%	C2 en cours: en 2010-2011: ardèche 33,5% et drôme 30,3%	804	792	indémnisés 782/804 (97,3%)	?	688/804 (85,6%)	688/804 (85,6%)	0	0	N	O
8	Ardennes	O	déc-04	41,90%	43,90%	260	249	260/260 (100%) (1test)	249/249 (100%) (1test)	?	130/260 (50%)	0	?	O	N
10	Aube	N	01/09/2008	25%	37,80%	240	238	225/240 (93,75%) (1test)	235/238 (98,7%) (1test)	240/240 (100%)	220/240 (91,7%)a	20/240 (8,3%)		N	N
13	Bouches-du-Rhône	O	nov-02	42%	35%	2600	2432	?	2237/2342 (92%) (1test)	2420/2600 (93%)	1137/2600 (43,7%)	0	1283/2600 (49,3%)	O	N
14	Calvados	O	juin-04	37%	32,20%	?	595	?	459/595 (77,1%) (indémnisés)	?	?	?	0	O	N

15	Cantal	N	févr-08	37,90%	32,30%	159	153	135/159 (84,9%)	133/153 (86,9%)	156/159 (98%)	113/159 (71,14%)	0	43/159 (26,8%) tel+envoi postal	O	N (pas globale)
17	Charente- Maritime	N	sept-08	32,50%	32,60%	712	699	669/712 (94%)	650/699 (93%)	484/712 (68%)	434/712 (61%)	50/712 (7%)		N	N
18	Cher	N	mai-07	52%	44,8	189	215	?	215/215 (100%)	189/189 (100%)	113/189 (60%)	76/189 (40%)	0	N	"+/-" (etude test immuno)
19	Corrèze	N	juil-08	40,80%	35,80%	240	250	238/240 (99,2%); (222/240= 92,5%) indemnisés)	246/250 (98,4%) (dt 218/250= 87,2% indemnise s)	240/240 (100%)	96/240 (40%)	0	144/240 (60%) (mail: 58 ou postal: 86)	N	O
22	Côtes-d'Armor	N	juil-07	36%	32,60%	537	532	151/537 (28,1%)	576?	537/537 (100%)	289presents/416invi tes, 289/537 (53,8%)	0	248/537 (46,2%)	?	?
23	Creuse	N	oct-08	28,50%	25%	?	114	123	?	100%	?	0	?(voie postale)	N	N
24	Dordogne	N	janv-09	33%	30,40%	414	386	414/414 (100%) (dt 373/414= 90% indemnisés)	383/386 (99,2%) (dt 336/386= 87% indemnise s)	385/414 (93%)	269/414 (65%)	107/414 (25,8%)	9/414 (2,2%)	O	?
25+39+70+ 90	Doubs+Jura+Ha ute Saône+Territoir e de Belfort	N	juin-08	25: 42,1% - 39: 41,3% - 70: 33,9% - 90: 33,2%	C2 en cours: 2010- 2011: 36,6% (25) - 37,2% (39) - 33,7% (70) - 32,7% (90)	1234	1026 (CNOM)	1230/1234 (99,7%)	?	1234/12 34 (100%)	646/1234 (52,3%)	0	588/1234 (47,7%) envoi postal	N	N

27	Eure	N	juin-08	36,80%	32,50%	421	418	415/421 (98,5%)	412/418 (98,5%)	337/421 (80%)	253/421 (60%)	84/421 (20%) (tel+visite+poste)		O	N
28	Eure-et-Loir	N	avr-08	41,20%	33,90%	310	302	?	271/302 (89,7%)	310/310 (100%)	163/310 (52,6%)	0	147/310 (47,4%) par voie postale	N	N
30+48	Gard+Lozère	N	sept-08	Gard 28,4% - Lozère 27,5%	C2 en cours: en 2010- 2011: Gard 28,5% et Lozère 27,2%	Gard: 761 - Lozère 70 => 831 total	Gard: 753 - Lozère: 63 => 816 au total	865??	883??	729/831 (87,7%)	?	?	?	N	O
31	Haute-Garonne	N	2009	16,40%	28,40%	1392	1373	?	?	1392/13 92 (100%)	902/1392 (64,8%) par réunions+ phoning+portes ouvertes et 490/1392 (35,2%) par envoi postal et 0/1392 par visites		N	N	
32	Gers	N	mai-09	32,40%	32,20%	200	200	190/200 (95%) (dt 189/200= 94% indemnise s)	190/200 (95%) (dt 184/200= 92% indemnise s)	200/200 (100%)	143/200 (71,5%)	57/200 (28,5%)		N	O (1 soirée)
33	Gironde	N	déc-08	31,50%	32,70%	1527	(1664?)	1431/1527 (93,7%)	?	1488/15 27 (97,4%)	783/1527 (51,2%)	705/152 7 (46,2%)	0	O	N (ms prévu)
35	Ille-et-Vilaine	O	déc-02	51,80%	43,40%	820	839	803/820 (98%)	839/839 (100%) (dt 751/839= 89,5% indemnise s)	804/820 (98%)	615/820 (75%)	0	189/820 (23%)	O	O à chaque début de campagn e
38	Isère	O	2002	?	44,90%	1184	1201	1109/1184 (93,6%) (dt 744/1184= 62,8% indemnise s)	1117/1184 (93%) (dt 841/1184= 70% indemnise s)	1066/11 84 (90%)	320/1184 (27%)	746/1184 (63%)		O	O
40	Landes	N	sept-08	43,00%	2010- 2011: 33% (en cours)	440	426?	410/440 (93,2%)	en cours	431/440 (98%) (2%de refus)	426/440 (97%)	5/440 (1%)	0	O	N

41	Loir-et-Cher	N	déc-07	40%	42,50%	270	256	257/270 (95,2%)(dt 222/270= 82,2% indémnisés)	256/256 (100%) (dt 237/256= 92,6% indémnisés)	267/270 (98,9%) (3 refus)	135/270 (50%)	132/270 (48,9%)	0	N	O
42	Loire	N	mars-08	34,4% (33,5% d'après le site)	34,50%	758	771	571/758 indémnisés (75,3%)	620/771 indémnisés (80,4%)	569/ 758 (75%)	379/758 (50%)	0	190/758 (25%) (courrier+Bl og)	N	N
43	Haute-Loire	N	févr-08	37%	32,20%	221	219	187/221 (84,6%)	194/219 (88,6%)	196/221 (88,67%)	129/221 (58,4%)	0	67/221 (30,3%) tel+envoi postal	O	N (pas globale)
44	Loire-Atlantique	N	janv-08	41,60%	39,50%	1076	1100	1058/1076 (98,3%)	1100/1100 (100%)	1057/10 76 (98,2%)	?	?	rares	N	O
45	Loiret	N	mars-08	31,10%	32%	546	529	432/546 (79,1%) (dt 335/546= 61,3% indémnisés)	427/529 (80,7%) (dt 361/529= 68,2% indémnisés)	460/546 (84,2%)	63/546 (11,5%)	397/546 (72,7%)	0	N	O
47	Lot-et-Garonne	N	nov-08	45,10%	38,20%	315	300	312/315 (99%)	297/300 (99%) (Ddt 279/300= 93% indémnisés)	312/315 (99%)	240/315 (76,2%)	72/315 (22,8%)	0	O	N
49	Maine-et-Loire	N	janv-08	40,20%	37,80%	693	739	662/693 (95,5%)	672/739 (90,9%)	658/693 (95%)	mini 240/693 (35%) si 20MG par soirée	maxi 416(60%)	0	N	N
50	Manche	N	mars-08	41,40%	37,70%	416	385	?	?	411/416 (98,8%)	?	?	rares	N	O
51	Marne	O	déc-04	27%	41,50%	510	580	486/510 (95,3%)	547/580 (94,3%)	510/510 (100%)	210/510 (41,2%)	10/510 (1,9%)	290/510 (56,9%) par courrier	N	a la demande

53	Mayenne	O	nov-03	44,14%	41%	228 (2003), 231(2004)	225	170/228: 74,5%(2003), 230/231: 99,6% (2004)	221/225 (98,2%)	228/228 (100%) (dont courriers)	115/228 (50,4%)	113/228 (49,6%) (courrier + telephone majoritaire)		N	O
54	Meurthe-et-Moselle	N	janv-08	32,20%	32,60%	721	740	663/721 (92%)	659/740 (89%)	714/721 (99%)	656/721 (91%)	58/721 (8%)	0	O	N
55	Meuse	N	oct-07	39,80%	32,90%	158	142	137/158 (87%)	142/142 (100%)	156/158 (98,7%) (2 refus)	143/158 (90,5%)	0 à 13 (0 à 8,2%)	0 à 13	N	O
56	Morbihan	N	janv-08	39,70%	32,40%	665	663	594/665 (89,3%) en 2008, 607/665 (91,3%) en 2009	584/663 (88%) en 2010, 600/663 (90,5%) en 2011	663/665 (99,7%)	467/665 (70,2%)	61/665 (9,2%)	57/665: 8,6% par courrier, 78/665: 11,7% par associés	N	?
57	Moselle	O	sept-04	38,90%	34,50%	935	935	925/935 (98,9%)	925/935 (98,9%)	935/935 (100%) (en comptant formation postale)	467/935 (50%)	468/935 (50%)		O	O
60	Oise	N	avr-07	?	28%	516 (571 dont exercice particulier)	516 (571 dont exercice particulier)	?	516/516 (100%) (dt 479/516= 92,8% indemnisés)	516/516 (100%)	80/516 (15,5%)	0	436/516 (84,5%) par courrier	N	N
61	Orne	O	2004	50%	42,70%	212	202	212/212 (100%)	202/202 (100%)	212/212 (100%)	148/212 (70%)	64/212 (30%)	0	O	N
62	Pas-de-Calais	N	juin-08	33%	32,1% (en cours)	1470	1354 (CNOM)	1440/1470 (98%)	?	1426/1470 (97%)	956/1470 (65%)	367/1470 (25%)	103/1470 (7%)	N	O
63	Puy-de-Dôme	O	mai-04	37,30%	40,20%	637	648	608/637 (95,4%)	601/648 (92,7%)	518/637 (81,3%)	344/637 (54%)	0	174/637 (27,3%)	O	N (pas globale)
66	Pyrénées-Orientales	O	avr-04	33,80%	39%	523	682	476/523 (91%)	indémnisés: 438/682 (64,2%)	476/523 (91%)	?	?	?	N	N

67	Bas-Rhin	N	déc-07	45%	40,40%	1154 (+154 MT)	1146	1132/1154 (98,1%)	indémnisés : 1089/1146 (95%)	1131/1154 (98%)	884/1154 (76,6%)	247/1154 (21,4%) dt 3 jours de f° individuelles (en sus des visites et tel) + congrès		O	O
68	Haut-Rhin	O	sept-03	54,30%	44,90%	627 (+120 MT)	669	618/627 (98,6%)	indémnisés : 636/669 (95%)	608/627 (96,9%)	487/627 (77,6%)	121/627 (19,3%)		O	O
70	Haute-Saône														
71	Saône-et-Loire	O	2003	50%	53%	500	474	500/500 (100%)	474/474 (100%)	250/500 (50%)	250/500 (50%)	0	0	N	O
75	Paris	N	sept-07	16,6% (8,1% 2008 et 25,1% 2009)	15,40%	2353	2382	?	1711/2382 (71,8%) (dt 1050/2382 = 44% indemnifiés)	2008: 1841/2353 (78,2%) en 2011: 2248/2382 (94,4%)	1125/2353 (47,8%)	346/2353 (14,7%)	370/2353 (15,7%) formés en centre de santé	N	N
76	Seine-Maritime	N	janv-08	38%	32%	1179	1177	1122/1179 (95,16%) (dt 1055/1179= 89,5% indemnifiés)	1177/1179 (100%) (dt 977/1177= 83% indemnifiés)	537/1179 (45,54%)	462/1179 (39,18%)	75/1179 (6,36%)	0	O	O (phoning)
77	Seine-et-Marne	N	janv-08	24,60%	28,90%	880	993	880/880 (100%)	921/993 (92,7%)	en 2011: 982/993 (98,9%)	?	0	?	N	N
79	Deux-Sèvres	N	janv-08	38,70%	43,20%	315	312	271/315 (86%) indemnifiés	268/312 (86%) indemnifiés	299/315 (95%)	30/315 (9,6%) (soit 10% des formés)	269/315 (85,4%) (soit 90% des formés)	0	N	N
80	Somme	N	avr-07	36%	29,80%	566 (654 avec remplaçants)	600	indémnisés 508/566 (89,7%)	indémnisés 463/600 (77,16%)	532/566 (94%)	403/566 (71,2%)	35/566 (6,2%)	94/566 (16,6%) par envoi postal	N	N
83	Var	N	juil-08	30,70%	C2 en cours; 25,9% 2010-2011	1185	1137	?	1063/1137 (93,5%) (dt 890/1137= 78,3% indemnifiés)	954/1137 (80,5%)	387/1185 (32,65%)	567/1185 (47,84%)	0	O	N

84	Vaucluse	N	mai-08	33%	32%	650	588 (CNOM)	503/650 (77,4%) (dt 455/650= 70% indémnisés)	503/588 (85,5%) (dt 406/588= 69% indémnisés)	423/650 (65%)	423/650 (65%)	0	0	N	O
85	Vendée	N	fin 2007	43%	34,60%	524	506	519/524 (99%)	501/506 (99%)	520/524 (99,2%)	172/524 (32,8%)	348/524 (66,4%) par déléguée de SP	0	O	N
86	Vienne	N	oct-08	37%	C2 en cours; 31,7% 2010- 2011	442	436 (CNOM)	indémnisés 330/442 (74,6%)	indémnisés 393/436 (90,1%)	442/442 (100%)	165/442 (37,3%)	277/442 (62,7%) par visite déléguée CPAM + postal		N	N
88	Vosges	N	juin-08	37,90%	C2 en cours; 36,9% 2010- 2011	350	342	350/350 (100%) (dt 313/350= 89,4% indémnisés)	342/342 (100%) (dt 308/342= 90% indémnisés)	350/350 (100%)	331/350 (94,61%)	19/350 (5,4%) Visite au cabinet ou formation par les pairs		N	O (courriers)
89	Yonne	N	juin-07	47,8% (2007:34,74 %, 2008: 62,19%, 2009: 46,51%)	43,30%	375	264	373/375 (99,5%)	262/264 (99,2%) (dt 215/264= 81,4% indémnisés)	375/375 (100%)	300/375 (80%)	75/375 (20%)	0	N	O++
91	Essonne	O	oct-03	30%	29,30%	env. 1000	941 (CNOM)	800/1000 (80%) (zone sud: 422/489 = 86%)	800/941 (85%)	800/1000 (80%) (zone sud: 439/489 = 89,7%)	?	?	0	O	?

92	Hauts-de-Seine	N	2008	23,7% (2009-2010)	23,3% (2010-2011)	env. 1500	1223 (CNOM)	750/1500 (50%)	612/1223 (50%)	1470/1500 (98%)	?	?	? (+ CD-Rom pour tous)	O	O
93	Seine-Saint-Denis	O	01/06/2006 (mais fin de 1ere campagne d'invitations en 2009)	34,30%	30,20%	?	? 1000 (CNOM)	1138 ; indémnisés 789	1247 ; indémnisés 981	80%	50%	30%	0	O	O
94	Val-de-Marne	N	juin-07	35,6%??	27,60%	970	970	?	956/970 (98,5%)	960/970 (98,9%)	485/970 (50%)	475/970 (48,9%) visite par chargée de prévention	0	O	N
95	Val-d'Oise	N	juin-08	?	28,80%	?	846	?	744/846 (88%) (dt 583/846= 68,9% indémnisés)	803/846 (95%)	733/846 (86,6%)	20/846 (2,4%) (+ ppt par mail)	50/846 (5,9%) (+ ppt par mail)	N	N

5- Comparatif des meilleurs départements (2010/2011)

	71- Saône et Loire	68- Haut Rhin	38- Isère	18- Cher
Dates				
Pilote O/N	O	O	O	N
Date début	2003	Septembre 2003	2002	Mai 2007
Part° et Invitat°				
Tx part° C1	50%	54.3%	?	52%
Tx part° 2010/11	52.6%	44.9%	44.9%	44.8%
Mode invit C1	Découpage géographique (moitié du 71 la 1ere année puis autre moitié la 2eme année)	Selon découpage géographique : Invitations 1 à 4 semaines après la formation de groupe ds une zone (= 2à4 cantons contigus et alternance zones Nord/Sud)	Particulier : invitations srt des hommes Les femmes de 50-69ans faisaient déjà parties d'un dépistage organisé...	Selon découpage géographique par cantons (du sud au nord du département) (parallèlement à la réalisation des formations)
Mode invitation 2010/11	Découpage géo (moitié du dépt concerné 1année/2, avec invitation groupée de la pop° et phase médicale coup de poing de 6 mois)	- Selon découpage géographique : nouveaux entrant et ceux n'ayant jamais répondu - Selon date anniversaire du dernier évènement pour les autres	Selon date anniversaire du dernier évènement	Selon date anniversaire du dernier évènement
Médecins				
Démographie C1	500	627	1184	189
DémoG 2010/11	474	669	1201	215
Tx participation C1	100%	618/627= 98.6%	1109/1184= 93.6% (dont 744/1184= 62.8% indemnisés)	?
Tx participation 2010/11	100%	636/669= 95% (indemnisés)	1117/1201= 93% (dont 841/1201= 70% indemnisés)	215/215= 100%
Organisation				
Obtention listing	CPAM, pages jaunes	Fait par ADECA sans aide extérieure : pages jaunes + site AMELI ; mise à jour annuelle	Réalisation du listing en 1990 (DOCCR couplé à celui du sein et col pour femmes de 50-69ans) puis mise à jour progressive	- CDOM - URCAM
Modalités contact	- Courrier individuel - Contact avec les associations de FMC pr insertion des réunions dans le cadre du programme des FMC - soutien financier des laboratoires pour le buffet	Invitation par ADECA avec coupon réponse et relance téléphonique toujours par ADECA (phoning+++++ par ADECA	Courriers ODLC+ relais par labo pharmaceutique (astra zeneca)	- PAS de laboratoire - Courriers individuels - Structures de FMC locales
Formations présentiellees				

Nbre MG formés	250/500= 50%	487/627= 77.6%	320/1184= 27%	113/189= 60%
Indemnisation O/N	N	O	O	N
Dates réalisation	?	Septembre 2003 à septembre 2004	Juin 2002 à Mai 2003	Avril à Novembre 2007
Découpage géo O/N	O (4zones)	O (par groupe de 2 à 4 cantons, avec alternance Nord/Sud)	O	O (organisation par cantons du sud au nord)
Nbre de réunions /nbre de MG par réunion	? / 15 à 70	24 / 19 (moyenne)	14 / 20 à 25	13 / 5 à 17
Format/type	1 soirée FMC + Buffet (labo)	1 soirée FMC (20h30/23h) + Repas (labo : 5 au total) Pas d'attribution de temps de parole au labo.	1 soirée	1 soirée Intégration à une FMC ou réunion ds locaux ADOC18
Intervenants	2 ou 3/soirée : MC + MG local (FMC) +/- GE => le MC présente le projet et les autres font des remarques, répondent aux questions ou donnent des conseils	MG leaders des groupes de FMC ont été pris comme formateurs. 4 formateurs/soirée : MG + GE + dir. de SG + président de asso de FMC Déroulement : - Pré/post tests - GE : epidémio, rationnel dépistage, performances Hemocult - MG : rôle du MG ds la campagne DOCCR - SG : déroulement de la campagne - CCL par président de FMC	MC + 1 GE + 1 MG (responsables FMC, syndicats, MG membres de l'ODLC) Tous les GE ont participé à tour de rôle aux f°.	Le MC +/- 1GE (pas de chirurgien ni laboratoire)
Support/contenu	Diaporama conçu par le MC avec l'aide des membres de conseil scientifique + FILM du Pr Faivre	Elaboration au préalable des FMC par 1 groupe de formateurs (5MG + 4 GE)(équilibre ds répartition géographique, parité généralistes - spécialistes et libéraux - hospitaliers) Rq : diaporama INPES dispo trop tardivement	Power point de chacun des intervenants + remise d'un document récapitulatif + dvd inca/snfge	Diaporama réalisé par MC + GE
Jeux de rôle O/N	?	O	N	N
Distribution des maquettes O/N	O	O	N (les MG en avaient depuis 1990 : début DOCCR pr les femmes)	O + CD-Rom utilisable en consultation
Autres formations alternatives				
O/N	N	O	O	O
Modalités	(uniquement formation ciblée++ = si taux de participation faible : téléphone,	Si non venus : autre date FMC proposée, PUIS si tjs pas venu, formation individuelle	1) Visite au cabinet par délégué à information médicale d'ODLC	Contact téléphonique des absents Puis : F° individuelle par téléphone ou

	courrier, statistiques personnelles et visite personnalisée par le MC.)	par tél de 20min avec MG formateur ou dir. de SG ET remise du matériel par visite au cabinet	2) Téléphone (si refus visite)	visite au cabinet Réalisation par le MC ou un personnel administratif de la SG
Nbre MG formés au total	250/500= 50%	608/627= 96.9% Dont 121/627= 19.3% par tél/visite	1066/1184= 90% Dont 746/1184= 63% par visite/tél	189/189= 100% Dont 76/189= 40% par visite/tél
Formation rappel				
De groupe : O/N	O	O	N	N
Autre : O/N	N	N	O	N
Type si Oui	Tous les 2 ans depuis 2003 : département divisé en 2 zones géographiques : chaque zone est concernée 1 année sur 2. => Au début de chaque campagne (début d'année civile) : réunions de remise de test avec les FMC locales, pour la zone concernée (environ 5 réunions par an). Les médecins sont sollicités pour venir chercher leurs kits et la campagne démarre dès le lendemain de la réunion. <i>(médecins +/- obligés de venir aux réunions pour prendre les colis)</i> => MC présente les résultats des campagnes précédentes et les nouveautés éventuelles. Ensuite un intervenant spécialiste du secteur présente un sujet en rapport avec un des deux domaines (gastro ou gynéco)	Deuxième tour de formation lors du démarrage de la 2 ^{ème} campagne en partenariat avec ADEMAs (dépistage du cancer du sein) et EVE (dépistage du cancer du col)	Visite au cabinet par délégué à information médicale d'ODLC	NB : réalisation de formations lors de la mise en place de l'étude Hémo (tests immunologiques)
Formation des nvx MG				
	?	visite au cabinet par MC jusqu'en 2008 puis Formation par téléphone (rendement équivalent, pour perte de temps en trajets,..., moindre)	Visite au cabinet	- Visite au cabinet : remise des kits et formation - MG déjà installés/formés dans un autre département : F° téléphonique (déplacement au cabinet uniquement si besoin) avec envoi des tests par voie postale

	8- Ardenne	35- Ile et Vilaine	89- Yonne
Dates			
Pilote O/N	O	O	N
Date début	Décembre 2004	Décembre 2002	Juin 2007
Participation et Invitation			
Tx participation C1	41.9%	51.8%	47.8%
Tx participation 2010/11	43.9%	43.4%	43.3%
Mode invitation C1	?	Découpage géographique : 1 ^{ère} année Zones périphériques du département 2 ^{ème} année Rennes et son pourtour	Selon découpage géographique : 2007= cantons sud 2008= cantons nord
Mode invitation 2010/11	Selon date anniversaire du dernier évènement	- Selon date anniversaire du dernier évènement (Invitation 3 mois avt) - Selon découpage géographique (idem C1) : Non participants ou nvx entrants	Selon découpage géographique : Année paire : cantons nord Année impaire : cantons sud (phase médicale les 6 1ers mois puis phase postale en sept/oct)
Médecins			
Démographie C1	260	820	375
Démographie 2010/11	249	839	264
Tx participation C1	260/260= 100%	803/820= 98%	373/375= 99,5%
Tx participation 2010/11	249/249= 100%	839/839= 100% (dont 751/839= 89.5% indemnisés)	262/264= 99,2% (dont 215/264= 81.4% indemnisés)
Organisation			
Obtention listing	Listing du DO CS mis à jour continuellement + CPAM/3mois	CPAM	Listing initial= CPAM Puis m à j progressive selon contacts avec les MG et après convention avec CPAM (SG mise au courant des « entrées/sorties » de MG)
Modalités contact	- Associations FMC (formation présentée à l'URML aux présidents des associations FMC puis intégrée dans le programme) - Contact téléphonique des absents par le MC	1 médecin relais/canton Contact téléphonique de ts les MG par méd relais ou MC	- téléphone - courriers individuels
Formations présentiellees			
Nbre MG formés	130/260= 50%	615/820= 75%	300/375= 80%
Indemnisation O/N	O	O	N
Dates de réalisation	Octobre 2003 à Avril 2004	Novembre 2002 à janvier 2003	2007 (cantons sud) et 2008 (cantons nord)
Découpage géo O/N	O	O	O
Nbre de réunions /nbre de MG par réunion	7 / 5 à 20	25 / 25 (moyenne)	10 à 15 / minimum 10
Format/type	1 soirée ou une matinée (selon habitude FMC	2 soirées + repas (payé par ADECI35)	2 étapes :

	locale) + repas (mini cocktail)	Soirée 1= épidémiologie Soirée 2= Organisation concrète du DOCCR	1) 1 Soirée conférence de présentation, globale (+buffet par labo) 2) F° de groupe = 1 soirée organisée par SG (+ buffet par labo)
Intervenants	1 représentant SG (MC ou président) + 1 GE	MC + 1 GE	1) « conférence » : Pr FAIVRE + le MC 2) Groupe : MC + assistante (chargée de la Promotion des dépistages des cancers) <i>Nb : présence de spécialistes systématique pr les réunions de rappel</i>
Support/contenu	Support conçu par l'équipe pilote (MC SG 51 et MC08, Président URML, gastros)	Support local + Contenant les travaux du Pr FAIVRE	diaporama réalisé par MC
Jeux de rôle O/N	N	N	O
Distribution malettes O/N	N	O	O
Autres formations alternatives			
O/N	O	O	O
Modalités	Contact téléphonique des absents par le MC + Envoi postal du kit de formation (version papier) si le souhaite <i>Rq : (à savoir qu'en 1989 une campagne de dépistage avait été mise en place et les médecins avaient déjà été formés pour l'Hémocult lors de réunions FMC. Les absents avaient été visités à leur cabinet médical. Cette campagne avait été organisée avec celle du cancer du sein mais n'a pas perduré)</i>	- Envoi postal des documents + Formation téléphonique - Pas de visite au cabinet	Formation individuelle par visite au cabinet (MC ou son assistante), après prise de rdv téléphonique
Nbre de MG formés au total	?	804/820= 98% Dont 188/820= 23% par téléphone	375/375= 100% Dont 75/375 = 20% par visite
Formation rappel			
De groupe : O/N	N	O (C2 et C3)	O
Autre : O/N	N	O (C4 et C5)	O
Type si Oui		- C2etC3 : réunion cantonale en début de campagne (résultats et nouveautés) - C4etC5 : Visites au cabinet par Assistante de recherche	- Réunions entre MG et GE/Chir/Onco régulières, de discussion, depuis 2009/2010 - Visite Assistante du MC/2ans (<i>dossier avec tous les résultats (89/National/personnels) est remis au MG => mesure appréciée, permettant autoévaluation et motivation</i>)

Formation des nouveaux MG			
	F° individuelle : Téléphonique ou visite à la SG ou visite au cabinet en fonction des disponibilités du médecin nouvellement installé	Visite au cabinet systématique	Formation individuelle par visite au cabinet

BIBLIOGRAPHIE

- 1- InCA (en ligne) (consulté le 30/04/2013) – Fiche 68 : Incidence et mortalité estimées des cancers (5 principales localisations) en France métropolitaine en 2011. Sources : Francim, Hospices Civils de Lyon, Inserm, InVS, InCA.
- 2- Goulard H, Boussac-Zarebska M, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal : étude Fado-colorectal, France, décembre 2006-avril 2007. BEH 2009; 2-3: 25-29.
- 3- Critères OMS dépistage de masse: Wilson J, Jungner G. The principles and practice of screening for disease. Geneva WHO 1968.
- 4- Etude des registres Francim : Bossard N, Velten M, Remontet L, Belot A, Maarouf N, Bouvier AM *et al.* Survival of cancer patients in France: a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (Francim). Eur J Cancer 2007; 43(1):149-160.
- 5- Sant M, Aareleid T, Berrino F *et al.* EURO CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990-94 - Results and commentary. Ann Oncol. 2003;14; 61-118.
- 6- Horner MJ *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/ <http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/>, based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009 (+ Etude Francim)
- 7- Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet. 1996; 348:1467-71
- 8- Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW *et al.* Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996; 348:1472-7
- 9- Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D *et al.* Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004; 126
- 10- Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM *et al.* Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med. 1993; 328:1365-71

- 11- Faivre J, Tazi MA, El Mrini T, Lejeune C, Benhamiche AM, Dassonville F. Faecal occult blood screening and reduction of colorectal cancer mortality : a case-control study. Br J Cancer 1999;79:680-3
- 12- Conférence de Consensus: Prévention, Dépistage et Prise en charge des Cancers du Côlon – 1998 ; Mise à jour en 2005
- 13- HAS - Place des iFOBT dans le programme de dépistage organisé du CCR en France – Décembre 2008
- 14- Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage, INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2011.
- 15- European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis – First edition: Luxembourg: Publications office of the European Union, 2010.
- 16- InVS (en ligne) (consulté le 05/05/2012) <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-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2010-2011>
- 17- Viguié J, Calazel-Benque A, Eisinger F, Pivrot X. Organized colorectal cancer screening programmes: how to optimize efficiency among general practitioners. European Journal of Cancer Prevention 2011; 20:26-32.
- 18- Goulard H, Boussac-Zarebska M, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer colorectal: étude Fadocolorectal, France, décembre 2006-avril 2007. BEH 2009; 2–3: 25–9
- 19- Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Jean-Pierre Lebeau, Laurence Baumann, Lieve Peremans and Paul Van Royen: Obstacles to colorectal screening in general practice - Family Practice 2011; 28:670–676
- 20- Ministère de la santé et de la solidarité : Cahier des Charges publié au JO : Annexes à l'Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers
- 21- Site internet InCA : <http://www.e-cancer.fr/>
- 22- Site internet InVS : <http://www.invs.sante.fr/>
- 23- Site internet CNOM : <http://www.conseil-national.medecin.fr/>

- 24- Auteur : Ledoré Vanina. Directeur : Pr Hofliger Philippe. Evaluation de la participation et de la pratique des médecins généralistes à la campagne de dépistage du cancer colo-rectal dans les Alpes-Maritimes. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR de Nice, 2008.
- 25- Auteur : Rozoy Emeline. Directeur : . Comment améliorer la participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal dans la Marne ? Enquête auprès des médecins généralistes après la première campagne. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR de Reims, 2008.
- 26- Auteur : Laborde Mathilde. Directeur : . Enquête sur les facteurs pouvant expliquer les inégalités de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal, basée sur l'étude de 500 généralistes de Gironde. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR de Bordeaux, 2013.
- 27- Site internet : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/> (consulté le 15/05/13), avec version pdf à télécharger : http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf
- 28- Christos Lionis, Elena Petelos : Early detection of colorectal cancer : barriers to screening in the primary care setting. Family Practice 2011; 28:589-591.
- 29- Auteur: Enault Marie-alice. Directeur: Aubin-Auger isabelle. Difficultés posées par le dépistage du cancer colo-rectal par test Hemoccult chez les médecins généralistes du Val d'Oise. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR Paris 7 Denis Diderot, 2012.
- 30- Auteur : Rameau Hugues. Directeur : Pr Hofliger Philippe. Facteurs déterminants la participation des patients et des médecins au dépistage organisé du cancer colo-rectal dans les Alpes Maritimes. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR de Nice, 2008.
- 31- Auteur : Gaye Nancy. Directeur : Aubin-Auger isabelle. Identifier les obstacles au dépistage du cancer colo-rectal en médecine générale et envisager les moyens de les contourner. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR Paris 7 Denis Diderot, 2011.
- 32- Auteur : Maître Audrey. Directeur : Dr Bonnans. Analyse de l'implication des médecins généralistes dans la première campagne du dépistage organisé du cancer colo-rectal en Franche-Comté. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR de Besançon, 2010.

- 33- ANAES : Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Janvier 2000.
- 34- Berkhof M, Van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, Van der Beeke AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns* 2011; 84:
- 35- Julien Le Breton, Neige Journy, Claude Attali, Philippe Le Corvoisier, Zahida Brix, Sylvie Bastuji-Garin, Karine Chevreul : Improving participation in colorectal cancer screening : Targets for action. *Preventive Medicine* 55 (2012) 488–492
- 36- Auteur : Youssefian Anne. Directeur : Aubin-Auger isabelle. Formation des médecins généralistes aux méthodes de communication : efficacité dans le DOCCR. Un essai randomisé contrôlé en cluster. Thèse pour le Doctorat en Médecine. UFR Paris 7 Denis Diderot, 2013.
- 37- Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Josselin Le Bel, Katrien Bombeke, Dan Baruch, Anne Youssefian, Jean Pierre Lebeau, Tu Le Trung, Lieve Peremans, Paul Van Royen. From qualitative data to GP training on CRC screening. *JCED* 2013 ; in press
- 38- Quintero E, Hassan C, Senore C, Saito Y. Progress and challenges in colorectal cancer screening. *Gastroenterology research and practice* 2012.;doi 10: 1155/2012/846985

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse

Université ... *Paris Diderot* ...

Le Professeur *AUBERT*

[Signature]

Date *18 juin 2012*

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Université Paris Diderot - Paris 7

Professeur Benoît Schlemmer

DOCTEUR JEAN PIERRE AUBERT

01 - MEDECINE GENERALE

32, RUE HERMEL

75018 PARIS

75 1 45006 5

"CONV. HONO. LIBRES"

Tél. 01 46 06 92 82

100 | **3** | **31** | **1** |

CAB CONV. Z.I.S.D. ZIK

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen

Benoît SCHLEMMER

RÉSUMÉ


Introduction: Le cancer colorectal est fréquent et grave, bien que curable dans 90% des cas à un stade précoce. Son dépistage est généralisé en France depuis 2008. Pour être efficace sur la réduction de mortalité, une participation de la population cible de 45% est nécessaire : ces taux sont rarement atteints. L'implication des généralistes (MG), par leur rôle central, est un facteur majeur de réussite du dépistage. Plusieurs études réalisées sur les freins au dépistage mettent en cause leur formation. Notre hypothèse est que le type de formation reçue pourrait influencer l'investissement du MG dans ce dépistage, et par ce biais, influencer le taux de participation de la population cible.

Méthode: Etude rétrospective, descriptive, non interventionnelle visant à faire un état des lieux de la formation reçue par les MG, et à recueillir les chiffres de participation au dépistage (population cible et médecins impliqués). Un questionnaire a été adressé à l'ensemble des structures de gestion de métropole.

Résultats: 72% des départements ont répondu. Aucune formation optimale, permettant une meilleure participation, n'a pu être objectivée. Globalement: le cahier des charges est respecté avec plus de 90% de MG formés; les MG formés semblaient être plus impliqués ; les formations interactives semblaient meilleures. La nécessité d'une diversification des formations, d'une majoration des formations de rappel, et d'une formation systématique des nouveaux installés ont été mis en évidence.

Conclusion: La formation reste un point essentiel dans le processus d'implication des MG au dépistage du CCR. L'arrivée imminente des tests immunologiques devrait permettre de relancer le processus.

MOTS CLÉS : Médecine générale – Dépistage – Cancer colorectal – Formation

18-6-2013
F. AUBIER - ALGER


18.6.13
JP. AUBIER
