



EFFICACITÉ COMPARÉE D'UN CHOIX INFORMÉ ET D'UN APPEL À LA PEUR APPLIQUÉS AU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL. UNE ÉTUDE RANDOMISÉE CONTRÔLÉE

[G. Broc](#), [B. Denis](#), [K. Gana](#), [I. Gendre](#), [A. Pascual](#)

Presses universitaires de Grenoble | « [Revue internationale de psychologie sociale](#) »

2015/3 Tome 28 | pages 59 à 96

ISSN 0992-986X

ISBN 9782706124945

Article disponible en ligne à l'adresse :

[https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-
sociale-2015-3-page-59.htm](https://www.cairn.info/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2015-3-page-59.htm)

Distribution électronique Cairn.info pour Presses universitaires de Grenoble.

© Presses universitaires de Grenoble. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Efficacité comparée d'un choix informé et d'un appel à la peur appliqués au dépistage du cancer colorectal. Une étude randomisée contrôlée

*Comparative effectiveness of an informed choice and fear appeal
on colorectal cancer screening program invitation.
A randomized controlled trial.*

G. Broc*, **

B. Denis**

K. Gana**

I. Gendre**

P. Perrin**

A. Pascual*

Résumé

La participation au dépistage organisé du cancer colorectal est le moteur de la rentabilité et de l'efficacité du dispositif. Les taux n'atteignent cependant pas les objectifs fixés et ne cessent de diminuer. L'objectif de cette recherche est de soumettre à l'épreuve des faits des stratégies communicationnelles utilisées pour inciter les personnes éligibles au dépistage du cancer colorectal. Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée auprès de participants âgés de 50 à 52 visant à comparer l'efficacité de deux stratégies de communications. La première était basée sur le choix informé et exposait les avantages et inconvénients du dépistage. La seconde était basée sur l'appel à la peur. Trois courriers (persuasion

Abstract

The participation to colorectal cancer screening program determines the efficiency and cost-effectiveness of the program. However, participation rates do not reach the expectations and decrease continuously. The goal of the present research was to test the efficiency of different communication strategies used to encourage eligible targets to colorectal cancer screening. The present study is a randomized controlled study conducted on 50 to 52 years old individuals. Two communications strategies were compared. The first was based on informed choice and exposed the pros and cons of screening. The second was based on the fear appeals. Three letters (informed choice, fear appeal and

Mots-clés

communication;
cancer colorectal;
dépistage; persuasion;
comportement;
observance

Keywords

communication;
colorectal cancer;
screening; persuasion;
behavior; compliance

* Laboratoire de Psychologie EA4139 Santé et Qualité de Vie, Université de Bordeaux

** Association pour le Dépistage du Cancer colorectal en Alsace (ADECA Alsace), Colmar
Auteur correspondant : Guillaume Broc, Université de Bordeaux, Laboratoire de Psychologie,
3 ter Place de la victoire, 33076 Bordeaux cedex. E-mail : guillaume.broc@u-bordeaux.fr
Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

par choix informé, persuasion par la peur et contrôle) ont été constitués et adressés après randomisation à 8660 personnes éligibles au test pour la première fois. Un entretien téléphonique a été mené auprès de 40 individus ne s'étant pas fait dépister pour mesurer leurs attitudes concernant le courrier. Les résultats indiquent, d'abord, que 25,90 % des sujets avaient lu le courrier les invitant à se faire dépister, et 13,70 % se sont fait réellement dépister. Il n'y avait pas de différence significative de participation au dépistage entre les différents courriers. Cependant, le choix informé améliorait la qualité de l'information sur les risques du dépistage et suscitait une plus grande inquiétude à se faire dépister que les autres courriers. Les résultats sont discutés et mis en perspective à la lumière des modèles théoriques en psychologie de la prévention des comportements de santé. La pertinence des campagnes basées sur le mailing direct est discutée en référence aux travaux récents en marketing.

control letters) were conceived and sent to 8660 individuals who were eligible to a first time screening test. A phone interview was conducted with 40 individuals who did not receive screening, in order to measure their attitudes concerning the mail. Results indicated, first, that 25,90 % of the subjects had read the mail inviting them to the screening test, and 13.70 % were really screened. The three letters generated the same detection rate. However, the informed choice improved the quality of the information about the risks of the screening and aroused a bigger concern to be detected than the other mails. Results are discussed in light of the psychological models of prevention in term of health behaviors. The relevance of campaigns based on direct mailing is discussed in reference to the recent works in marketing.

Le dépistage permet un diagnostic précoce et augmente les chances de guérison tout en réduisant le recours aux traitements lourds tels que la chimiothérapie et la radiothérapie. Dépisté tôt, le cancer peut être guéri 9 fois sur 10. Il a été démontré qu'un dépistage régulier permettait de réduire de 15 % la mortalité par cancer colorectal (Hewitson, Glasziou, Watson, Towler & Irwig, 2008). Le dépistage apparaît également comme un des grands enjeux de la dépense médicale (Renaud, Com-Ruelle & Lucas-Gabrielli, 2008). L'INCa (2007) évalue à 2 milliards d'euros le coût de prise en charge des cancers digestifs, coût principalement imputable à l'hospitalisation (ORSAL, 2013). Diagnostiquer tôt permet de limiter le recours à certains actes médicaux onéreux (actes chirurgicaux, chimiothérapies, radiothérapies) donc d'alléger cette prise en charge.

L'Assurance maladie, le ministère de la Santé et les conseils généraux s'accordent ainsi à prendre en charge financièrement le dépistage pour une tranche stratégique de la population. Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal repose sur un test de recherche de sang dans les selles (Hemoccult®). Ce test est proposé tous les 2 ans aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans à risque moyen de cancer colorectal. Le programme de dépistage organisé vise de forts taux de participation pour augmenter son efficacité et son ratio coût/efficacité (Lejeune et al., 2004). La participation nationale n'est cependant que de 31,00 % en 2012-2013 (InVS, 2013) et ne cesse de diminuer (33,80 % en 2009-2010). Elle reste loin des recommandations européennes (45 %) et des objectifs du Plan Cancer 2009-2013 (60 %).

L'objectif de cette recherche était de soumettre à l'épreuve des faits l'efficacité de plusieurs approches communicationnelles utilisées dans les campagnes d'invitation au dépistage organisé du cancer colorectal.

État des recherches sur le dépistage du cancer colorectal

Outre les facteurs différentiels de participation tels que le sexe, le statut socio-économique ou les antécédents du risque et de la pratique (McQueen et al., 2007; Senore et al., 2010; Withaker et al., 2011), un impact certain des messages de prévention est observé sur le dépistage du cancer colorectal. La littérature montre ainsi un réel bénéfice de participation avec l'utilisation de relances (Libby et al., 2011; Steele et al., 2010). Les sollicitations sont en revanche moins efficaces par courrier qu'en face-à-face (Holden, Jonas, Porterfield, Reuland & Harris, 2010) ou par téléphone (Wahab, Menon & Szalacha, 2008). Les approches personnalisées sont de manière générale plus efficaces pour inciter au dépistage du cancer colorectal que les interventions standardisées (Rakowski et al., 1998). Ce bénéfice s'observe en faveur des courriers signés du médecin (Hewitson, Ward, Henegan, Halloran & Mant, 2011) ou encore des courriers présentant des arguments centrés sur la subjectivité (Orbell, Perugini & Rakow, 2004) ou le besoin spécifique en éducation du bénéficiaire (Ruffin, Feters & Jimbo, 2007).

Les stratégies appliquées au dépistage organisé restent cependant rares (Costanza et al., 2005 ; 2009 ; LaPelle et al., 2008).

Sur un plan plus théorique, la littérature en psychologie compte une pluralité de modèles explicatifs du comportement (Munro, Lewin, Swart & Volmink, 2007). La plupart s'appuient sur les théories motivationnelles du traitement de la communication¹ (Petty & Cacioppo, 1986), de la motivation et de la volition au changement² (De Vries et al., 2003), de l'autorégulation des émotions³ (Girandola, 2000) et de l'identification de la motivation⁴ (Ryan & Deci, 2000). Appliqués au dépistage organisé du cancer colorectal, ces modèles font l'hypothèse qu'un message suscitera davantage d'observance des recommandations si 1) il est accessible à l'attention de sa cible (e.g., caractéristiques du message), 2) génère une motivation suffisante (e.g., vulnérabilité et sévérités perçues du risque), 3) soutient les vecteurs de l'action (e.g., attentes, bénéfices du dépistage, valorisation du sentiment d'auto-efficacité), 4) limite les informations préjudiciables à l'action (e.g., ambiguïté, entrave aux besoins de compétence, d'appartenance ou d'autonomie du bénéficiaire), 5) établit le caractère dysfonctionnel du *statu quo* (e.g., danger à ne pas se faire dépister). Deux approches de la communication ; l'appel à la peur et le choix informé, se distinguent particulièrement dans ce contexte.

1. Nous renvoyons particulièrement le lecteur au modèle de probabilité d'élaboration (Cacioppo et Petty, 1984 ; Petty et Cacioppo, 1986) et du traitement heuristique de l'information (Chaiken, 1980 ; 1987), à la théorie du système biaisé défensif (Chaiken, Giner-Sorolla et Chen, 1996 ; Das, De Wit et Stroebe, 2003) ainsi qu'aux théories classiques du traitement de l'information (Jakobson, 1963 ; Lasswell, 1948 ; McGuire, 1999).

2. Le lecteur intéressé retrouvera dans ce regroupement théorique les modèles sociocognitifs classiques tels que le modèle des croyances relatives à la santé (Becker, 1975), la théorie du comportement planifié (Ajzen et Madden, 1986) ou la théorie sociocognitive (Bandura, 1977), mais aussi les conceptions processuelles du changement de Prochaska et Diclemente (1982), Weinstein (1988), Gollwitzer (1993) et Schwartz (1992) articulées dans le I-Change Model (DeVries et al., 2003).

3. Ce champ conceptuel recoupe les théories classiques (Bandura, 1991 ; Leventhal, Nerenz et Steele, 1984) et temporelles (Hall et Fong, 2007 ; Lang et Carstensen, 2002) de l'autorégulation ainsi que les appels à la peur (Girandola, 2000) parmi lesquels les modèles de la motivation à la réduction (Janis, 1967), de la motivation à la protection (Rogers, 1983) et des réponses parallèles (Leventhal, 1970 ; 1971 ; Witte, 1992).

4. Le champ regroupe les théories de l'autoperception (Bem, 1972) et de la dissonance cognitive (Festinger, 1957 ; Joule, 1987), les paradigmes de trivialisatation et de mésattribution (Fointiat et al., 2011 ; Martinie et Fointiat, 2010) ainsi que la théorie de l'autodétermination (Ryan et Deci, 2000) vers lesquels nous renvoyons le lecteur intéressé.

Appels à la peur et communication persuasive

La première approche concerne le champ des appels à la peur (Girandola, 2000). Cette approche considère les processus motivationnels à l'œuvre dans a) le traitement de la communication (Das, De Wit, & Stroebe, 2003), b) l'autorégulation (Leventhal, Zimmerman, & Gutmann, 1984) et c) l'adhérence aux recommandations (Witte, 1992). L'intérêt de la communication persuasive par induction de peur dans le champ de la prévention et du dépistage est principalement d'optimiser le traitement de l'information par le sujet (Rothman & Kiviniemi, 1999). L'objectif serait ici d'induire ou de renforcer chez lui une motivation préexistante dont l'énergie pourra être canalisée dans le sens du changement (Boer & Seydel, 1995). L'appel à la peur permettrait en outre de faciliter l'adhérence aux recommandations tout en limitant la prégnance des influences délétères telles que la réactance psychologique (Brehm, 1966) qui survient lorsque le sujet sent son autonomie menacée (conseils de prévention non sollicités, paternalisme, harcèlement, suspicion de manipulation) et devient motivé à la défendre (Huver, Engels & De Vries, 2006).

Le but de l'appel à la peur n'est pas tant «d'effrayer pour persuader» que de faire prendre conscience (Priolo & Milhabet, 2008, p. 212). Gallopel-Morvan (2005) rappelle que les campagnes de santé publique recourent de plus en plus depuis 1999 aux inductions de peur, lesquelles à bon escient permettent d'atteindre un tel objectif. Une telle efficacité pourrait être expliquée à l'aune de certains modèles dont les modèles des réponses parallèles (Witte, 1992) et du traitement central biaisé défensif (De Hoog et al., 2007). L'effet constructif de la peur est associé dans ces modèles à la coaction des inductions de menace et de contrôle perçus dans le message. La peur doit y être suffisamment motivante (Rogers & Mewborn, 1976) sans pour autant être traumatisante (Miles, Voorwinden, Mathews, Hoppitt & Wardle, 2009). Cette motivation doit alors rapidement être canalisée dans le sens de l'action par les inducteurs d'efficacité et d'auto-efficacité relatifs à la recommandation sous peine d'être réduite par des stratégies défensives (Spitzenstetter, 2006). L'appel à la peur préconise d'apporter aux personnes inquiètes des alternatives sans risque et efficaces à court terme qu'elles puissent se sentir capables de mettre en œuvre pour réguler leur

angoisse (Floyd et al., 2000). Une stratégie peut être de coupler une présentation menaçante des dangers de l'inaction (cadre négatif) avec un déroulé rassurant des avantages à l'action (cadre positif) (Banks et al., 1995).

Choix informé et communication persuasive

La deuxième approche est empreinte de l'ambition majeure des politiques de santé à mettre un terme aux dérives de la persuasion classique sur le risque comme en témoignent les objectifs du troisième Plan Cancer (2014-2019). Plus que jamais, les individus affichent aujourd'hui leur détermination à agir et décider par eux-mêmes (Van Dam, Kuipers, Steyerberg, Leerdam & De Beaufort, 2013), ce qui implique pour eux de connaître les tenants et aboutissants de chaque alternative (bénéfices, limites, écueils) pour prendre part aux décisions. Les campagnes de promotion taisent cependant les risques du dépistage et survendent l'efficacité du dispositif. Jørgensen et al. (2008) qualifient de sorte sans réserve ces campagnes de propagande. Ils souhaitent que la communication de prévention présente les limites comme les avantages à se faire dépister, c'est-à-dire qu'elle privilégie la transparence, l'éducation plutôt que la persuasion et permettent in fine un choix informé (Stefanek, 2011).

Dans les faits, le choix informé concilie les apports de la persuasion classique sur le risque (menace et contrôle perçus) avec les nouvelles exigences en matière d'éducation et de respect de l'autonomie du bénéficiaire. Plus globalement et même si elle s'en défend, la perspective articule intuitivement les apports de l'école de Yale (Houts, Doak, Doak & Losatzo, 2006; Lasswell, 1948; McGuire, 1999; Rohrmann, 2000; Rothman & Kiviniemi, 1999) en matière de communication (transmission du message, compréhension et mémorisation, probabilité d'élaboration, vivacité). En pratique, la stratégie s'apparente au consentement éclairé médical tout en s'en détachant néanmoins par une forme moins standardisée (Rimer, Briss, Zeller, Chan & Woolf, 2004). Le professionnel ne présélectionne aucune option ni ne cherche plus l'approbation de son patient à un choix bilatéral entre deux alternatives, autrement dit à un non-choix en vérité. Désormais, le patient a accès à l'intégralité de l'éventail d'options (Vennin, 2007). Il a ainsi connaissance des avantages, des limites et des

risques à se faire dépister ou non, devenant ainsi éclairé dans sa prise de décision. Cette alternative au paternalisme médical (Ploug, Holm & Brodersen, 2012) permet d'améliorer le niveau et la qualité des connaissances du bénéficiaire sur l'objet de prévention et de l'aider à se forger des attentes plus réalistes sur le dépistage (Rimer et al., 2004). L'approche pallie les effets nuisibles d'un manque d'information en faisant la lumière sur les zones d'incertitudes du dépistage. Elle tend de fait à résoudre l'ambiguïté du message, et par là même, la méfiance des bénéficiaires à son encontre (Han, Moser, & Klein, 2006). Le choix informé optimise la crédibilité prêtée au message (expertise de la source médicale, source transparente et digne de confiance). Les bénéficiaires sont ainsi mis en confiance, ce qui réduit leur réactance et les incite plus favorablement à suivre la recommandation (Petty & Cacioppo, 1979). La stratégie met également l'accent sur la liberté de décision de la personne (libre choix, droit au refus, panel d'alternatives), laquelle constitue en soi un facteur d'engagement (Guéguen et al., 2013).

Le Plan Cancer 2014-2019 encourage les professionnels de santé à impliquer les bénéficiaires dans le processus d'information et de décision, souhaitant prodiguer à ces derniers les moyens de réaliser un choix informé. À notre connaissance, peu d'études testent pourtant l'efficacité d'un choix informé sur le comportement (Steckelberg, Hülfenhaus, Haastert & Mühlhauser, 2011) et aucune à une si grande échelle.

Objectifs de la présente recherche

L'objectif principal de cette recherche était de comparer, par l'entremise d'une étude randomisée contrôlée, l'impact du recours au choix informé et à l'appel à la peur dans les courriers d'invitation sur la participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Un objectif secondaire était d'examiner l'impact qualitatif des messages sur la satisfaction des sujets envers le processus d'information (décryptage du message, qualité de l'information reçue) et de décision (attitude envers le dépistage, identification à la décision).

Concernant notre objectif principal, nous nous attendons au regard de la littérature et particulièrement à la méta-analyse de Rimer et al. (2004) à ce que le choix informé ait un impact

délétère sur le dépistage comparativement à l'appel à la peur. La stratégie peut en effet susciter par l'évocation des risques du dépistage des attentes réductrices d'inconfort (Aimee et al., 2008), de douleur (Senore et al., 2010) ou de dangerosité de la recommandation (donc du contrôle) (Meszaros et al., 1996)), contrairement au champ de l'appel à la peur.

Concernant notre objectif secondaire, on s'attend à ce que le choix informé améliore effectivement la qualité de l'information et de la décision mais induise une plus grande peur du dépistage que l'appel à la peur (Rimer et al., 2004). En présentant le contrôle comme une menace potentielle en soi, le choix informé fait que les sujets se méfient davantage de la recommandation et développent une attitude plus négative envers le dépistage (Smith et al., 2010).

Méthode

Participants

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a démarré en 2003 dans le Haut-Rhin et en 2007 dans le Bas-Rhin (Denis, 2007). Il est géré par l'Association pour le Dépistage du Cancer Colorectal en Alsace (ADECA Alsace) et concerne les hommes et les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de cancer colorectal⁵ qui sont invités par courrier à participer tous les 2 ans. À chaque campagne, 4 courriers successifs sont envoyés, les 2 premiers invitant les personnes à se rendre chez leur médecin généraliste pour un dépistage du cancer colorectal, le suivant envoyant le test à domicile, le dernier étant une simple relance.

Était potentiellement éligible dans cette étude randomisée contrôlée tout résident alsacien âgé de 50 à 52 ans invité pour la toute première fois au dépistage organisé du cancer colorectal. Parmi ces personnes nous avons tiré au sort un échantillon de 9 000 individus que nous avons répartis au hasard dans 2 groupes recevant soit un courrier expérimental (N=3000), soit un courrier contrôle (N=6 000), ce dernier étant le courrier habituellement

5. C'est-à-dire des personnes de 50 ans, sans test réalisé depuis moins de deux ans ou de coloscopie depuis moins de 5 ans, sans antécédent familial ou personnel de CCR, de maladie type Crohn, rectocolite ulcérohémorragique (RCUH) et/ou de symptomatologie digestive récente.

employé par ADECA. Le groupe expérimental est randomisé en 2 groupes de 1500 sujets recevant un courrier de «persuasion par choix informé» (courrier PPCI) ou de «persuasion par la peur» (courrier PPLP) que nous allons présenter en détail.

Procédure

Les sujets ont été inclus dans l'étude au mois de juillet 2012, l'intégralité des courriers ayant été envoyée automatiquement via un routeur en début de mois. Les envois ont été faits au moyen d'enveloppes assorties du logo officiel du ministère de la Santé. Un unique dépliant était également joint à l'envoi pour informer sur le cancer colorectal et sur son dépistage.

Le courrier du groupe contrôle (GC) était le courrier d'invitation classiquement employé par ADECA Alsace (cf. annexe 1). Il différait sur le fond et sur la forme avec les deux courriers expérimentaux. Les courriers PPCI (cf. annexe 2) et PPLP (cf. annexe 3) différaient quant à eux seulement sur le fond.

Sur la forme, les courriers expérimentaux PPCI et PPLP détaillaient des blocs principaux d'information (titres marqués, gras) pour capter l'attention du récepteur et susciter son intérêt même en lecture superficielle (Petty & Cacioppo, 1986). Sur le fond, ils opérationnalisait la sévérité du risque contrairement à GC par un cadrage négatif (risque à ne pas se faire dépister) faiblement anxiogène pour PPCI («lorsqu'on attend les symptômes, [le cancer] est difficile à soigner et à guérir») et particulièrement vivide pour PPLP («Sans dépistage ou si vous attendez d'avoir mal, le cancer colorectal est diagnostiqué souvent trop tard et devient difficile à soigner (chimiothérapie, rayons)»). L'induction de contrôle (efficacité et auto-efficacité perçues) était quant à elle neutre pour GC (simple éducation au dépistage), sujette à caution pour PPCI («limites et inconvénients du dépistage», «pas fiable à 100 %», «peut manquer un cancer», «la coloscopie n'est pas sans risque : environ 5 complications pour 1 000 coloscopies (hémorragie, perforation)») et appuyée par la recommandation médicale pour PPLP («95 % des médecins traitants, convaincus de son efficacité, le proposent en Alsace»).

Le tableau 1 résume les distinctions majeures entre les différents protocoles.

TABLEAU 1.
Tableau comparatif des
différentes procédures.

Opérationnalisations		GC	PPCI	PPLP
Probabilité d'élaboration	Ergonomie (forme)	1 seul bloc de texte uniforme absence de titre	blocs principaux d'informations titres accentués (gras, police plus grande)	blocs principaux d'informations titres accentués (gras, police plus grande)
	Signature	non nominative	nominative (nom du médecin)	nominative (nom du médecin)
Menace	Vulnérabilité au risque	facteur de risque (sans emphase)	facteur de risque (avec emphase) cadrage négatif à faible vivacité cadrage distal	facteur de risque (avec emphase) cadrage négatif à forte vivacité cadrage proximal du risque
	Sévérité du risque	–	faible vivacité	forte vivacité
Efficacité	Bénéfices de la recommandation	cadrage positif distal	cadrage positif distal	cadrage positif distal et proximal
	Utilité	neutre (éducation au dépistage)	<u>critiquée</u> (limites et risques de la recommandation) (---)	approuvée (médecins convaincus)
Auto-efficacité	Facilitation	praticité / gratuité (allusion sans emphase)	praticité / gratuité (emphase et détails) soutien du médecin (conseils) <u>dangers de la coloscopie</u> (---)	praticité / gratuité (emphase et détails) soutien du médecin (conseils)

Mesures

Pour notre premier objectif, notre variable dépendante était la participation effective au dépistage. Pour ce faire, seuls les tests faits dans un délai compris entre un minimum de 18 jours après l'inclusion des sujets (10 jours pour envoyer, 4 jours au sujet pour recevoir le courrier et 4 jours pour le réaliser) et un maximum de 180 jours après cette date étaient considérés.

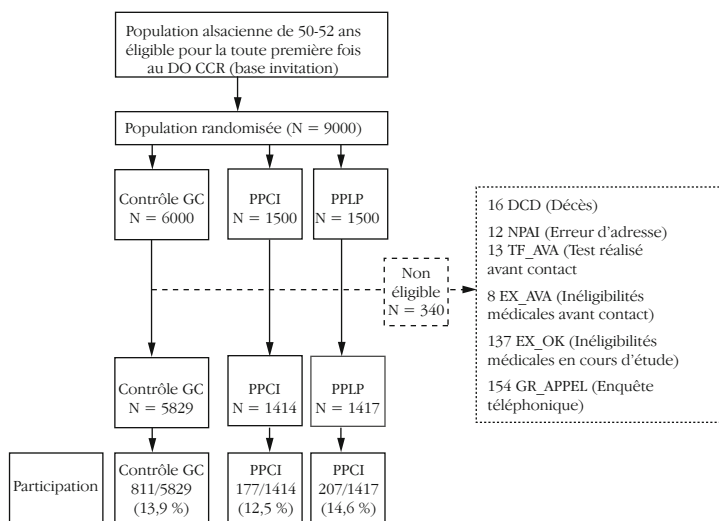
Notre objectif secondaire était d'évaluer la perception de la qualité de la campagne de dépistage. Un groupe indépendant constitué d'un échantillon de personnes tirées au sort dans la base médicale d'ADECA Alsace a été contacté par téléphone. Il s'agissait d'individus qui recevaient pour la première fois des courriers pour ce type de campagne de dépistage. Ces personnes ont ainsi répondu à un entretien dans la semaine suivant leur réception du courrier. Les indicateurs mesuraient sur une échelle de Likert allant de 1 «pas du tout d'accord» à 4 «tout à fait d'accord» 1) la qualité de rappel, de lecture et de compréhension du dépistage organisé du cancer colorectal (critères usuels d'efficacité de la communication) 2) le jugement des sujets sur la qualité de l'information générale ou spécifiquement reçue sur le cancer colorectal, le dépistage organisé du cancer colorectal, ses bénéfices, ses risques et sa pratique (critères d'efficacité de la campagne retenus par les promoteurs du choix informé) 3) le jugement des sujets sur la qualité de leur décision (liberté, part du courrier dans l'opinion et la décision à se faire ou ne pas se faire dépister). L'autonomie de décision étant un critère central de l'efficacité de la campagne (Irwig et al., 2006). 4) L'attitude des sujets sur le dépistage organisé du cancer colorectal (en accord avec les théories de l'autorégulation et des appels à la peur). Étaient particulièrement mesuré le fait d'être concerné par le dépistage organisé du cancer colorectal (menace perçue), rassuré par le dépistage organisé du cancer colorectal (contrôle perçu) mais aussi le fait d'avoir peur du dépistage (notamment pour contrôler notre hypothèse sur un effet délétère de la présentation des risques du dépistage organisé du cancer colorectal).

Résultats

Parmi les 9 000 personnes tirées au sort, 340 se sont avérées ne pas être éligibles à l'étude et ont été écartées (cf. figure 1). La population éligible était âgée de 50,6 ans en moyenne (ET=0.41). Elle était majoritairement bas-rhinoise (61,2 %) et à 50,9 % représentée par des femmes. 8660 personnes étaient donc éligibles, réparties comme suit dans les différentes conditions expérimentales : GC = 5829, PPCI = 1414, PPLP = 1417.

Le courrier PPLP a permis d'obtenir 14,6 % (207/1417) de dépistage contre 13,90 % pour le courrier GC (811/5829) et 12,5 % (177/1414) pour le courrier PPCI. Toutefois, on notera qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre ces résultats, χ^2 (2, n = 8660) = 2,796, p = .247. De plus, les comparaisons par groupes deux à deux avec ajustement de Bonferroni n'ont indiqué aucune différence significative entre les différentes conditions.

FIGURE 1.
Flow chart de l'étude
randomisée contrôlée.



Concernant l'analyse qualitative, 54 sujets ont pu être contactés (35 %) sur les 154 tirés au sort. Parmi eux, 25,9 % (14/54) seulement ont lu le courrier avant l'appel (ce taux est identique pour les 3 courriers). Au regard de ce faible pourcentage, nous avons proposé aux sujets n'ayant pas lu de les recontacter afin qu'ils lisent le courrier et répondent à l'enquête. Au final, 40 sujets

ont participé à l'enquête⁶; les scores obtenus aux 14 échelles de Likert sont présentés dans le tableau 2.

	GC	PPCI	PPLP	Ensemble courriers	Sign. Kruskal- Wallis
	m sd	m sd	m sd	m sd	
Décryptage du message					
Facilité de lecture	3.90 0.32	3.77 0.44	3.87 0.35	3.84 0.37	.665
Compréhension	4 0	3.92 0.28	3.73 0.8	3.87 0.53	.480
Qualité de l'information					
De manière générale	3.70 0.48	3.67 0.49	3.67 0.49	3.68 0.47	.982
Sur le cancer colorectal	3.60 0.52	3.77 0.44	3.43 0.65	3.59 0.55	.317
Sur le dépistage organisé	3.60 0.52	3.62 0.65	3.57 0.51	3.59 0.55	.895
Sur les bénéfices du dépistage	3.60 0.7	3.77 0.44	3.50 0.52	3.62 0.55	.371
Sur les risques du dépistage	2.50 0.97	3.83 0.39	2.29 1.07	2.86 1.10	.000***
Sur la pratique du dépistage	3.50 0.53	3.54 0.66	3.21 0.8	3.41 0.69	.495
Attitudes envers le dépistage					
Concerné	3.10 0.99	3.77 0.44	3.64 0.63	3.54 0.73	.177
Rassuré	3.67 0.71	3.54 0.66	3.50 0.52	3.56 0.61	.593
Peur du dépistage	1.40 0.84	1.92 0.95	1.14 0.36	1.49 0.80	.025*
Qualité de la décision					
Liberté de décision	3.78 0.7	4 0	4 0	3.89 0.39	.014*
Part du courrier dans l'opinion	1.50 0.97	1.77 1.17	1.64 0.84	1.65 0.98	.744
Part du courrier dans la décision	1.90 1.1	2.23 1.24	2.29 1.27	2.16 1.19	.739

*=p<.05; ***=p<.001

6. Avec parfois des valeurs manquantes concernant certaines questions (personnes pressées par exemple).

TABEAU 2.
Scores moyens obtenus pour l'enquête qualitative aux échelles de Likert allant de 1 «pas du tout d'accord» à 4 «tout à fait d'accord» (résultats globaux et par courrier).

Les sujets ont estimé le courrier véritablement facile à lire ($m=3,84$; $ET=0,37$) et à comprendre ($m=3,87$; $ET=0,53$). D'une manière générale, ils ont jugé l'information de bonne qualité ($m=3,68$; $ET=0,47$). Plus spécifiquement, ils ont estimé avoir été bien informés sur le cancer colorectal ($m=3,59$; $ET=0,55$), le dépistage organisé ($m=3,59$; $ET=0,55$) ainsi que sur la pratique ($m=3,41$; $ET=0,69$) et les bénéfices ($m=3,62$; $ET=0,55$) de la recommandation. Les sujets considéraient toutefois ne pas avoir été vraiment informés par le courrier des risques inhérents au dépistage ($m=2,86$; $ET=1,10$). Ils se sentaient néanmoins concernés ($m=3,54$; $ET=0,73$) et même rassurés par la possibilité qu'il leur était de se faire dépister ($m=3,56$; $ET=0,61$).

Sur certains points toutefois, les réponses différaient en fonction des types de courriers. Une analyse de Kruskal-Wallis indiquait que l'information sur les risques du dépistage n'a pas été perçue de la même manière selon les courriers ($p < .001$). Plus précisément, les sujets du groupe PPCI ont estimé avoir été mieux informés sur les risques et limites du dépistage proposé que le groupe GC (*Bonferroni* $p < .01$) et que le groupe PPLP (*Bonferroni* $p < .001$). Concernant la peur du dépistage, l'analyse de Kruskal-Wallis révélait également une différence entre les courriers ($p < .05$). Des analyses par groupes deux à deux ont révélé que les sujets du groupe PPCI avaient davantage peur du dépistage que les sujets du groupe PPLP (*Bonferroni* $p < .05$) mais pas du groupe GC. Le test de Kruskal-Wallis pointait une autre différence concernant la liberté de décision ($p < .05$). Les sujets du groupe GC se sentaient ainsi moins libres de décider que les autres groupes. L'analyse de Bonferroni montrait toutefois que les différences deux à deux n'étaient significatives ni avec PPCI ($p = .117$) ni avec PPLP ($p = .096$). Aucune autre différence significative n'est apparue entre les 3 courriers.

Discussion

L'objectif de cette recherche était de soumettre à l'épreuve des faits l'efficacité de certaines stratégies communicationnelles utilisées dans le cadre de l'incitation au dépistage du cancer colorectal. Pour ce faire une étude randomisée contrôlée a été réalisée portant sur l'impact d'un choix informé et d'un appel à

la peur sur le dépistage organisé du cancer colorectal. Nous en discuterons les principaux résultats.

Tout d'abord, il est important de souligner que seuls 25,9 % des sujets avaient lu le courrier les invitant à se faire dépister, et 13,7 % se sont fait réellement dépister. Ce faible taux révèle une limite majeure des campagnes de prévention reposant sur une invitation postale en France. Les prospectus et les lettres commerciales qui inondent les boîtes aux lettres des Français, y sont pour quelque chose ici car de plus en plus de messages mendent l'attention limitée du récepteur qui s'en désensibilise et ne traite plus ou de façon superficielle ces trop nombreuses informations. Ce problème n'est pas propre aux campagnes de sensibilisation en matière de santé. Il serait donc pertinent de se référer à la façon dont les chercheurs en marketing, conscients de cette overdose publicitaire, s'y prennent pour rendre le mailing direct efficace en manipulant le design des enveloppes, le timing ou encore le caractère ciblé des messages (Feld, Frenzen, Krafft, Peters & Verhoef, 2013). Le recours au média téléphonique plutôt qu'au courrier pourrait même être privilégié (Heranney, Fender, Velten & Baldauf, 2011).

Dans un second temps, l'étude montrait qu'il n'existait pas de différence significative entre les courriers en termes de participation au dépistage. En effet, les courriers PPCI et PPLP n'avaient pas d'effet significativement différent sur la participation par rapport au courrier GC employé par la structure de gestion du dépistage organisé du cancer colorectal. L'explication la plus plausible à ce résultat reste encore que la prise de décision de se faire ou non dépister n'est pas déterminée par le courrier dans l'immense majorité des cas. Comme nous le constatons en effet, le courrier n'est pas lu dans près de 75 % des cas, ce qui interroge la pertinence de la stratégie d'incitations postales sur le terrain du dépistage organisé. Une autre explication peut être que les trames ne prenaient pas assez acte des freins à la communication. Knowless et Linn (2004) ont ainsi rassemblé dans leur ouvrage un ensemble de stratégies permettant de contrecarrer la résistance à la persuasion. Parmi elles, les stratégies alpha (e.g., vivacité et répétition des arguments forts, crédibilisation de la source, recours à la preuve sociale) visent le tassement de la résistance par l'induction de cognitions

favorables au changement (forces d'attraction). Elles sont articulées aux stratégies oméga (e.g., évocation de plusieurs points de vue, alternatives, garanties) axées sur la réduction des cognitions dirigées vers la résistance (forces d'évitement). À la lecture de telles recommandations, nous pourrions ainsi préconiser de renforcer au sein du courrier les éléments valorisant l'estime personnelle du bénéficiaire (e.g., le placer en tant qu'expert de la question du dépistage) ainsi que sa liberté de décision (e.g., choix entre aller chez le médecin et recevoir le test à domicile). Nous pourrions également prendre le parti de placer l'individu dans la position d'honorer certaines normes sociales (Sieverding et al., 2010) telles que la consistance interne en rappelant les dépistages passés de la personne (l'incitant ainsi à agir de manière consonante) ou la réciprocité en mettant en avant l'investissement des salariés de la structure de gestion pour que l'individu préserve sa santé (la réponse de ce dernier étant vue comme un contre-don attendu). De telles stratégies recensées par Knowless et Linn (2004) restent cependant difficilement applicables sur le terrain du dépistage organisé régi par un cahier des charges strict et où une connaissance précise et privilégiée de chaque bénéficiaire est compromise (dépistage de masse).

Enfin, l'analyse téléphonique révélait dans un troisième temps que d'un point de vue qualitatif, les sujets du groupe PPCI déclaraient être les mieux informés sur les risques et limites du dépistage. Comme attendu avec la PPCI, prodiguer un choix informé permettait bel et bien d'améliorer la qualité des connaissances de la personne afin de lui permettre une prise de décision éclairée (Rimer et al., 2004; Smith et al., 2010; Steckelberg et al., 2011). Le revers de la médaille étant que les sujets mis au courant de tels risques liés à l'action préventive entretenaient une plus grande méfiance vis-à-vis de la recommandation (Han et al., 2006). Il est en effet montré que lorsque l'examen comporte lui-même un risque (Banks et al., 1995), un coût (Aimee et al., 2008) ou ne constitue pas un moyen de protection face au risque (Leventhal, 1971), il est indiqué de mettre l'accent sur les dangers à ne pas adopter la recommandation (Banks et al., 1995). Ainsi, on interdit à l'individu toute négation de son risque, rendant le *statu quo* inconfortable. Or, si le courrier PPLP opérait ce cadrage négatif de l'information (risque à ne pas se faire dépister),

tel n'était pas le cas pour le courrier PPCI qui, de surcroît, admettait pour la personne une menace à se faire dépister pour pallier, sans trop d'assurance, un risque pour le moins incertain. En phase d'évaluation des coût-bénéfices, les sujets n'estimeraient plus le dépistage comme un moyen efficace et sûr de faire face à la maladie (Witte & Allen, 2000). Nous avons observé une plus grande appréhension des sujets vis-à-vis du dépistage organisé du cancer colorectal dans le courrier PPCI. Les sujets n'avaient cependant pas peur, ce qui nous permet de légitimer le recours au choix informé dans ce contexte.

Au vu des résultats, une piste d'amélioration concrète des courriers actuels serait en définitive de les rendre plus attractifs par un contenu bref (Edwards et al., 2002) ou imagé (Houts et al., 2006) dans le respect des procédures autorisées par le cahier des charges national du dépistage organisé du cancer colorectal. L'information complémentaire (notamment sur les limites et les risques du dépistage organisé du cancer colorectal) serait dès lors rapportée dans la plaquette éducative associée (Gøtzsche, Hartling, Nielsen & Brodersen, 2008), permettant en cela de rendre l'incitation plus exhaustive, plus objective et mieux éclairante (Jørgensen et al., 2008). La mise à disposition d'un lien internet dédié exclusivement aux bénéficiaires (adresse ou QR-code sur le courrier) serait utile en ce sens et permettrait qui plus est un complément d'incitation ajusté à la problématique du bénéficiaire (sensibilisation au risque, aide sur la pratique, etc.). Ce type d'intervention informatisée (algorithmes de réponse) se base généralement sur le stade du sujet par rapport au changement et produit un bénéfice durable sur le comportement (Costanza et al., 2005; Prochaska, DiClemente, Velicer & Rossi, 1993; Ruffin, Fetters & Jimbo, 2007). Les recherches futures gagneront ainsi certainement à puiser dans les apports plus larges du marketing particulièrement concerné par ces questions de communication.

Plutôt que la communication en elle-même, les comportements passés des individus (e.g., refus répétés d'adhérer à des actions de prévention, inscription dans des conduites à risque, habitude prise de ne pas se préoccuper de sa santé en l'absence de symptômes, etc.) ont pu exercer une influence prépondérante sur la participation et mériteraient de fait d'être explorés

(Hagger et al., 2002; Priolo & Milhabet, 2008). Girandola et Michelik (2008) rapportent que «l'engagement dans un comportement participe à définir la force de l'attitude qui lui est conforme» (p. 77) et que cette attitude devient dès lors résistante au changement. De ce point de vue, la communication engageante serait particulièrement intéressante pour renforcer la persuasion (Girandola & Joule, 2008). La stratégie consiste à obtenir des bénéficiaires en amont de la communication un acte préparatoire congruent avec le comportement cible. Cette action les rend par la suite plus sensibles au contenu du message persuasif, augmentant ainsi leur probabilité d'action. En associant des modalités d'implication aux stratégies de persuasion classique, la stratégie présenterait en outre l'avantage de rendre le bénéficiaire plus autonome et satisfait de ses décisions (Grandjean & Guéguen, 2011; Guéguen et al., 2011). Pour autant, aucune étude à notre connaissance n'opérationnalise encore la communication engageante au travers de l'appel à la peur.

Plus que la trame cependant, le véritable problème de l'incitation postale reste le fait que le courrier n'est généralement pas lu la plupart du temps. En effet, qu'importe la trame, le public concerné boude la lecture des documents lui étant adressés en dépit du logo officiel du ministère de la Santé apposé sur les enveloppes. Les individus s'estiment suffisamment informés (Internet, médecin généraliste, médias) et ce indépendamment de leur niveau réel de connaissances sur le dépistage. Face à ce problème, l'utilisation du média téléphonique pourrait comme nous l'évoquions être une solution (Heranney, Fender, Velten & Baldauf, 2011). Le média favoriserait qui plus est à lui seul l'adhérence au dépistage des cancers (Saywell et al., 2004). Il permettrait en outre d'établir un choix informé ou un appel à la peur individualisé qui tiennent plus facilement compte au contact du bénéficiaire de sa subjectivité (Holden, Jonas, Porterfield, Reuland & Harris, 2010) et de ses motivations (Wahab, Menon & Szalacha, 2008). Des recherches appliquées au dépistage organisé du cancer colorectal montrent ainsi des effets positifs sur la participation (Menon et al., 2011; Wahab et al., 2008). Le coût-efficacité de la stratégie d'entretien téléphonique dans son application au dépistage organisé du cancer colorectal mériterait cependant de plus amples investigations (Broc et al., 2015; Denis et al., 2012).

Enfin, le courrier d'invitation conviait le bénéficiaire à consulter son médecin traitant. Or, la recommandation médicale reste un déterminant majeur de la participation (Jacobson et al., 2004; Karwalajtys et al., 2006). Le fait que le médecin recommande la pratique du test favorise ainsi l'adhésion de son patient (Senore et al., 2010; Tanner-Smith & Brown, 2010). À l'inverse, sa participation chute lorsqu'il émet des doutes sur l'utilité, l'efficacité ou le risque d'une telle démarche (Han et al., 2006; Mosca et al., 2006). Des investigations qualitatives de type exploratoire ou benchmarking auprès des médecins généralistes et plus généralement des personnes relais de l'information sur le dépistage organisé du cancer colorectal serviraient à mieux comprendre de telles variations/désaccords dans la recommandation (Denis et al., 2003; Labergerie, 2013). À l'issue, des actions ciblées telles que des formations participatives basées sur l'engagement pourraient être déployées (Quintard, Lecigne, Pascual, Rogues & Parneix, 2010). Il serait également permis d'adapter et d'optimiser les outils d'information, d'échanges et de communication déjà mis en place à destination des médecins généralistes (sites internet, formations médicales classiques et individuelles, revue interne d'information, guide de bonne pratique, etc.).

Conclusion

L'objectif de cette étude était de vérifier si comparativement à la persuasion par la peur, le recours hautement souhaitable au plan éthique du choix informé était envisageable dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, ce conformément aux recommandations du Plan Cancer 2014-2019. Une étude randomisée contrôlée a ainsi été menée pour mettre à l'épreuve des faits ces considérations. Au final, il apparaît que la persuasion par choix informé s'avère tout aussi efficace que la persuasion par la peur pour encourager la participation au dépistage moteur de la «rentabilité» et de l'efficience du dispositif. Le choix informé présente toutefois le net avantage d'améliorer la qualité de la campagne, c'est pourquoi nous recommandons qu'il soit considéré au sein du protocole d'invitation et se substitue aux courriers classiquement utilisés par les structures de gestion du dépistage.

Un certain nombre de limites à cette étude étaient toutefois à souligner.

La première repose sur la grande proximité dans l'opérationnalisation des paradigmes des différents courriers. Les courriers PPCI et GC généraient ainsi de la peur au même titre que le courrier PPLP. Il est en effet impossible dans le cadre d'une information sur un risque de santé de proposer un message qui n'induisse pas de peur. Ajoutons que le courrier contrôle utilisé par la structure de dépistage organisé du cancer colorectal opérationnalise lui aussi intuitivement certains paradigmes conceptualisés par différents courants en psychologie. Chaque courrier se distingue cependant des autres par une appropriation différente de cette motivation. Il est fortement probable que ces différences n'aient pas été perçues en raison de la lecture superficielle des courriers. De la même manière, le fait d'avoir mis en avant par la PPCI un risque de complication anesthésique ou endoscopique n'a sans doute pas été considéré par le sujet. En effet, il n'en était qu'à se demander s'il allait ou non réaliser un prélèvement de selles voire s'il se sentait concerné par le cancer colorectal. Si la coloscopie devenait l'examen recommandé, sans doute constaterions-nous les mêmes effets délétères observés dans la méta-analyse de Rimer et al. (2004) sur le choix informé. Il est ainsi montré que le besoin d'information émane parfois plus d'une volonté du médecin que de celle du bénéficiaire (Benbassat, Pilpel & Tidhar, 1998). Prodiguer un choix informé dans une telle situation (informations non pertinentes sur la coloscopie) aura pu rendre le message complexe (Fenton, 2011) et confus (Han et al., 2006; Rothman & Kiviniemi, 1999). L'écueil est aussi que la mise en avant des risques suscite une défiance de la recommandation chez le destinataire (Sitbon & Maresca, 2002) et mobilise en lui des mécanismes défensifs en l'absence de contrôle perçu sur la maladie (Girandola, 2000). Plus que l'information objective, la communication se doit de ne pas oublier d'intégrer la subjectivité de l'individu qui traite, évalue, ressent cette même information. Ce dernier préférant par exemple s'en remettre à l'influence médicale plutôt qu'à sa propre intuition (Karwalajtys et al., 2006), défendre son autonomie plutôt que d'agir avec raison (Ackerman & Hilsenroth, 2001) ou encore ne porter crédit qu'aux contingences proximales du risque et du contrôle plutôt que d'anticiper l'avenir (Whitaker et al., 2011).

Concernant les résultats de l'enquête téléphonique visant à évaluer la qualité de la campagne d'incitation, la procédure de recueil reposait essentiellement sur du déclaratif en plus de composer avec des personnes davantage ouvertes et concernées (biais d'accessibilité). Elle a donc très certainement été influencée par de la désirabilité sociale (Crown & Marlowe, 1960, 1961) et de la clairvoyance normative (Jouffre, Py & Somat, 2001). Les sujets préféreraient en l'occurrence témoigner leur accord plutôt que de s'engager dans un processus coûteux de justification. En dépit des tentatives de recadrage, les individus sollicités répondaient en outre difficilement aux items en se référant au courrier («le courrier vous a-t-il bien informé sur le cancer colorectal»). Ils livraient davantage un sentiment général, sans identifier l'origine de leurs connaissances, tant et si bien qu'ils en venaient parfois à juger des courriers suffisamment informatifs sur les risques du dépistage alors qu'ils ne traitaient pas la question. Ce fait pourrait s'expliquer par la présence d'une brochure identique jointe aux différents courriers qui mentionnait certaines limites et certains risques au dépistage organisé du cancer colorectal.

Soulignons également que la question du test de recherche de sang dans les selles n'est pas celle de la coloscopie, ni celle de la mammographie ou de la vaccination. Elle ne sous-tend pas les mêmes enjeux, les mêmes risques ni les mêmes promesses d'efficacité. Comme nous le rappelons dans le courrier PPCI, le test de recherche de sang dans les selles est en soi sans risque, ce qui n'est pas le cas des autres examens pour lesquels l'impact de la décision éclairée pourrait être cette fois-ci préjudiciable. Le recours au choix informé doit donc être envisagé avant tout spécifiquement dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal par recherche de sang dans les selles. Il peut même être recommandé puisqu'à efficacité égale par rapport au courrier PPLP, le choix informé améliore qui plus est la qualité de l'information prodiguée. Les usagers sont ainsi mieux préparés aux limites et aux risques relatifs au dépistage. La démarche de sensibilisation est de sorte plus éthique, plus déontologique, plus objective, comme en font le constat les auteurs de la perspective (Jørgensen et al., 2008; Vennin, 2007). L'application du choix informé à d'autres problématiques de santé demanderait en revanche de plus amples recherches.

Enfin, notons que le test Hemoccult® a récemment été remplacé par le test immunologique OC Sensor®. Comme son prédécesseur, le test OC Sensor® détecte la présence de sang dans les matières fécales mais permet en plus de quantifier cette détection de sorte à pouvoir établir un seuil au-delà duquel la coloscopie sera recommandée. La démarche pour le patient reste donc identique à ceci près qu'un seul prélèvement de selles au lieu de six est maintenant suffisant pour permettre la détection. La performance du test immunologique est par ailleurs accrue puisque le test détecte deux fois plus de cancer et près de 2,5 fois plus de polypes adénomateux que son prédécesseur. Le test Hemoccult® et le test OC Sensor® sont comparables en termes de limites et de risque (faux positifs et faux négatifs). La présente recherche et ses préconisations s'appliquent donc également au test OC Sensor®. Plus encore, notre recommandation sur la conduite d'études qualitatives auprès des médecins généralistes apparaît d'autant plus d'actualité pour explorer la manière dont ces derniers se représentent et accueillent le nouveau test. Les premiers pas de l'OC Sensor® offrent par là même une opportunité unique d'accompagner le changement de pratique et d'améliorer la qualité des échanges entre professionnels de santé et structures de gestion ; l'occasion s'il en est d'enfin harmoniser la recommandation dans l'intérêt premier des bénéficiaires.

Références

- Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy*, 38, 171-185, doi:10.1037/0033-3204.38.2.171
- Aimee, J.S., Hall, S., Greiner, A., Buckles, D., Born, W.K., & Ahluwalia, J.S. (2008). The Impact of Socioeconomic Status on Perceived Barriers to Colorectal Cancer Testing. *American Journal of Health Promotion*, 23, 97-100, doi:10.4278/ajhp.07041938
- Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474, doi:10.1016/0022-1031(86)90045-4
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215, doi: 10.1016/0146-6402(78)90002-4
- Bandura, A. (1991). Social cognitive Theory of Self-Regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287. Accès <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1991OBHDP.pdf>
- Banks, S.M, Salovey, P., Greener, S., Rothman, A.J., Moyer, A., Beauvais, J. & Epel, E. (1995). The Effects of Message Framing on Mammography Utilisation. *Health Psychology*, 14, 178-184, doi: 10.1037/0278-6133.14.2.178
- Becker, M.H. (1975). The Health Belief Model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 324-473.
- Bem, D.J. (1972). Self-perception theory. *Advances in experimental social psychology*, 6, 1-57. Accès http://web.mit.edu/curhan/www/docs/Articles/15341_Readings/Motivation/Bem_Self-Perception_Theory_in_Adv_Experiment_Soc_Psych_vol6_p1.pdf
- Benbassat, J., Pilpel, D. & Tidhar, M. (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision. *Behavioral Medicine*, 24, 81-88, doi:10.1080/08964289809596384

Boer, H. & Seydel, E.R. (1995). Protection Motivation Theory. In Conner, M. & Norman, P. (eds). Predicting Health Behaviour. Buckingham. Open University Press, 95-120.

Broc, G., Denis, B., Gana, K., Gendre, I., Perrin, P. & Pascual, A. (2015). Impact of the telephone motivational interviewing on the colorectal cancer screening participation. A randomized controlled study. *European Review of Applied Psychology*, 65, 133-142, doi: 10.1016/j.erap.2015.04.002

Cacioppo, J.T. & Petty, R.E. (1984). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Consumer Research*, 11, 673-675. Accès <http://acrwebsite.org/volumes/6329/volumes/v11/NA-11>

Chaiken, S. (1980). Heuristic Versus Systematic Information Processing and the Use of Source Versus Message Cues in Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 752-766, doi: 10.1037/0022-3514.39.5.752.

Chaiken, S. (1987). The heuristic model of persuasion. In Zanna, P., Olson, J.M. & Herman, C.P. (Eds.). *Social influence: The Ontario symposium* (5). Hillsdale, NJ, Erlbaum, 3-39.

Chaiken, S., Giner-Sorolla, R. & Chen, S. (1996). Beyond accuracy: defense and impression motive in heuristic and systematic information processing. In Gollwitzer, P. M. et Bargh, J. A. (Eds). *The psychology of action: linking cognition and motivation to behavior*. New York, The Guilford Press, 553-578.

Costanza, M.E., Luckmann, R., Stoddard, A.M., Avrunin, J.S., White, M.J., Stark, J.R., ... Rosal, M.C. (2005). Applying a stage model of behavior change to colon cancer screening. *Preventive Medicine*, 41, 707-719, doi: 10.1016/j.ypmed.2004.12.013

Costanza, ME., Luckmann, R., White, M.J., Rosal, M.C., LaPelle, N. & Cranos, C. (2009). Moving mammogram-reluctant women to screening: A pilot study. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 343-349, doi: 10.1007/s12160-009-9107-6

Das, E., De Wit, J.B. & Stroebe, W. (2003). Fear appeals motivate acceptance of action recommendations: evidence for a positive bias in the processing of persuasive messages. In Marchioli, A. (2006). «Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents

modèles de la communication persuasive». *Communication & Marketing*, 1, 17-36, doi : 10.3917/mama.031.0017

De Hoog, N., Stroebe, W. & De Wit, J.B.F. (2007). The Impact of Vulnerability to and Severity of a Health Risk on Processing and Acceptance of Fear-Arousing Communications: A Meta-Analysis. *Review of General Psychology*, 11, 258-285, doi: 10.1037/1089-2680.11.3.258

Denis, B., Broc, G., Gendre, I., Gana, K. & Perrin, P. (2012). Tailored telephone counseling to increase adherence of underusers in an organized colorectal cancer screening program with FOBT: a randomized controlled trial [abstract]. *Gastroenterology*;142Suppl1:S767-S768. Accès <https://www.deepdyve.com/lp/elsevier/tu1181-tailored-telephone-counseling-to-increase-adherence-of-NrcqnbhxBT>

Denis, B., Perrin, P., Cailleret, A.-F., Guth, F., Ruetsch, M. & Strentz, P. (2003). Dépistage du cancer colorectal: Enquête auprès des médecins généralistes d'un département français. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 27, 992-997, doi: 10.1097/MEG.0b013e3283221124.

Denis, B., Ruetsch, M., Strentz, P., Vogel, J.Y., Guth, F., Boyaval, J.M., ... Perrin, P. (2007). Short-term outcomes of the first round of a pilot colorectal cancer screening programme with guaiac based faecal occult blood test. *Gut* 56, 1579-1584, doi: 10.1136/gut.2007.126037

De Vries, H., Mudde, A., Leijds, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., ... Kremers, S. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA) : an example of integral prevention. *Health Education Research: Theory and Practice*, 18, 611-626, doi: 10.1093/her/cyg031

Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R. & Kwan, I. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal*, 324, 1-9, doi: 10.1136/bmj.324.7347.1183

Feld, S., Frenzen, H., Krafft, M., Peters, K., & Verhoef, P. C. (2013). The effects of mailing design characteristics on direct mail campaign performance. *International Journal Of Research In Marketing*, 30, 143-159, doi:10.1016/j.ijresmar.2012.07.003

Fenton, J.J. (2011). A decision aid to enhance informed decision making about bowel cancer screening improved knowledge but reduced screening uptake. *Evidence-Based Medicine*, 16(3), 78-79, doi:10.1136/ebm1179

Festinger, L. (1957). A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, CA, Stanford University Press.

Floyd, D.L., Prentice-Dunn, S. & Rogers, R.W. (2000). A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 407-429, doi: 10.1111/j.1559-1816.2000.tb02323.x

Fointiat, V., Somat, A. & Grosbras, J.-M. (2011). Saying, but not doing: Induced Hypocrisy, Trivialization, and Misattribution. *Social Behavior and Personality*, 39, 465-476, doi: <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2011.39.4.465>

Gallopel-Morvan, K. (2005). La peur est-elle efficace dans un contexte Français de lutte contre les comportements tabagiques? *Decisions Marketing*, 37, 7-16. Accès <http://www.escp-eap.eu/conferences/marketing/pdf/gallopel.pdf>

Girandola, F. (2000). Peur et persuasion: Présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. *L'année psychologique*, 100, 333-376, doi : 10.3406/psy.2000.28644

Girandola, F. & Joule, R.-V. (2008). La communication engageante. *Revue électronique de Psychologie Sociale*, 2, 41-51. Accès <http://psychologiesociale.eu/files/rep2.girandola-joule.pdf>

Girandola, F. & Michelik, F. (2008). Engagement et persuasion par la peur : vers une communication engageante dans le domaine de la santé. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40, 69-79, doi: 10.1037/0008-400X.40.2.69

Gøtzsche, P.C., Hartling, O.J., Nielsen, M. & Brodersen, J. (2008). Screening for breast cancer with mammography. [Dépistage du cancer du sein par la mammographie]. Pamphlet. Accès www.cochrane.dk or www.screening.dk.

Grandjean, I. & Guéguen, N. (2011). Testing a binding communication strategy in a company: how could persuasive information be more efficient? *Social Behavior and Personality*, 39, 1209-1216, doi: <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2011.39.9.1209>

Guéguen, N., GrandJean, I. & Meineri, S. (2011). Adhésion de salariés à un projet d'entreprise par le biais d'actions de communication engageante. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, 82, 19-32, doi : 10.3917/grhu.082.0019.

Guéguen, N., Joule, R.V., Halimi-Falkowicz, S., Pascual, A., Fischer-Lokou, J. & Dufourcq-Brana, M. (2013). I'm Free but I'll Comply With Your Request : Generalization and Multidimensional Effects of the "Evoking Freedom" Technique. *Journal of Applied Social Psychology*, 43, 116-137, doi: 10.1111/j.1559-1816.2012.00986.x

Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D. & Biddle, S.J.H. (2002). A Meta-Analytic Review of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior in Physical Activity: Predictive Validity and the Contribution of Additional Variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 24, 3-32. Accès http://www.researchgate.net/publication/43501322_A_Meta-Analytic_Review_of_the_Theories_of_Reasoned_Action_and_Planned_Behavior_in_Physical_Activity_Predictive_Validity_and_the_Contribution_of_Additional_Variables

Hall, P., A. & Fong, G.T. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 1, 6-52, doi: 10.1080/17437190701492437

Han, P.K., Moser, R.P., & Klein, W.M. (2006). Perceived ambiguity about cancer prevention recommendations: Relationship to perceptions of cancer preventability, risk, and worry. *Journal of Health Communication*, 11(1), 51-69, doi:10.1080/10810730600637541

Heranney, D., Fender, M., Velten, M. & Baldauf, J.J. (2011). A Prospective Randomized Study of Two Reminding Strategies: Telephone versus Mail in the Screening of Cervical Cancer in Women Who Did Not Initially Respond. *Acta Cytologica*, 55, 334-340, doi: 10.1159/000327527

Hewitson, P., Glasziou, P., Watson, E., Towler, B., Irwig, L. (2008). Cochrane systematic review of colorectal cancer screening using the fecal occult blood test (hemocult): an update. *American Journal of Gastroenterology*, 103, 1541-1549, doi: 10.1111/j.1572-0241.2008.01875.x

Hewitson, P., Ward, A., M., Heneghan, C., Halloran, S., P. & Mant, D. (2011). Primary care endorsement letter and a patient leaflet to improve participation in colorectal cancer screening: results of a factorial randomized trial. *British Journal of Cancer*, 105, 475-480, doi:10.1038/bjc.2011.255

Holden, D.J., Jonas, D.E., Porterfield, D.S., Reuland, D., & Harris, R. (2010). Systematic Review: Enhancing the Use and Quality of Colorectal Cancer Screening. *Annals of Internal Medicine*, 152, 668-676, doi: 10.7326/0003-4819-152-10-201005180-00239

Houts, P.S., Doak, C.C., Doak, L.G., & Loscalzo, M.J. (2006). The role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Education and Counseling*, 61, 173-190, doi:10.1016/j.pec.2005.05.004

Huwer, R.M.E., Engels, R.C.M.E. & De Vries, H. (2006). Are anti-smoking parenting practices related to adolescent smoking cognitions and behavior? *Health Education Research: Theory and Practice*, 21, 66-77, doi:10.1093/her/cyh045

Irwig, L., McCaffery, K., Salkeld, G. & Bossuyt, P. (2006). Informed choice for screening: implications for evaluation. *British Medical Journal*, 332, 1148-1150, doi.org/10.1136/bmj.332.7550.1148

Jakobson, R. (1963). *Les fondations du langage. Essais de linguistique générale*. Paris, Editions de Minuit.

Jacobsen, P.B., Lamonde, L.A., Honour, M., Kash, K., Hudson, P.B. & Pow-Sang, J. (2004). Relation of Family History of prostate Cancer to Perceived Vulnerability and Screening Behavior. *Psycho-Oncology*, 13, 80-85. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14872526>

Janis, I.L. (1967). Effects of fear arousal on attitude change: Recent developments in theory and experimental research. In Girandola, F. (2000). Peur et persuasion: Présentation des recherches (1953-1998) et d'une nouvelle lecture. *L'année psychologique*, 100, 333-376, doi : 10.3406/psy.2000.28644

Jørgensen, K.J., Brodersen, J., Hartling, O.J., Nielsen, M. & Gøtzsche, P.C. (2008). Informed choice requires information about both benefits and harms. *Journal of medical Ethics*, 35, 268-269, doi: 10.1136/jme.2008.027961

Joule, R.V. (1987). La dissonance cognitive : un état de motivation ? *L'année psychologique*, 87, 273-290. DOI : 10.3406/psy.1987.29204

Karwalajtys, T., Kaczorowski, J., Lohfeld, L., Laryea, S., Anderson, K., Roder, S., & Sebaldt, R.J. (2006). Acceptability of Reminder Letters for Papanicolaou Tests: A Survey of Women from 23 Family Health Networks in Ontario. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29, 829-834, doi: 17915066

Knowles, E.S. & Linn, J.A. (2004). Resistance and persuasion. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

INCa (2007). Analyse économique des coûts du cancer en France. *[Document en ligne]*. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/le-presse/dossiers-de-presse/1546>.

Laberge, A. (2013). *Opinion des médecins généralistes en Alsace vis-à-vis du dépistage des cancers, du dépistage organisé du cancer colorectal et d'ADECA Alsace*. Thèse de médecine, Université de Strasbourg.

Lang, F.L. & Carstensen, L.L. (2002). Time Counts: Future Time Perspective, Goals, and Social Relationships. *Psychology and Aging*, 17, 125-139, doi: 10.1037/0882-7974.17.1.125.

LaPelle, N., Costanza, M.E., Luckmann, R., Rosal, M.C., White, M.J. & Stark, J.R. (2008). Staging Mammography Nonadherent Women: A Qualitative Study. *Journal of Cancer Education*, 23, 114-121, doi: 10.1080/08858190802039094

Lasswell, H.C. (1948). The structure and function of communication in society. In Bryson, L. (1948). *The Communication of Ideas*. New York, Institute for Religious and Social Studies, 37-51.

Lejeune, C., Arveux, P., Dancourt, V., Béjean, S., Bonithon-Kopp, C., & Faivre, J. (2004). Cost-effectiveness analysis of fecal occult blood screening for colorectal cancer. *International Journal Technology Assess Health Care*, 20, 434-439.

Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15609792>

Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in experimental social psychology*, 5, 119-186, doi: 10.1080/03637759209376276

Leventhal, H. (1971). Fear appeals and Persuasion: the differentiation of a motivational construct. *American Journal of Public Health*, 61, 1208-1224, doi: 10.2105/AJPH.61.6.1208

Leventhal, Nerenz et Steele (1984). Illness representations and coping with health threats. In Baum, A., Taylor, S.E. et Singer, J.E. (Eds.). *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 219-252.

Leventhal, H., Zimmerman, R.S. & Gutmann, M. (1984). Compliance: A self-regulation approach. In Robichaud-Ekstrand, S., Vandal, S., Viens, C., Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59-77, doi : SOIN-04-2008-00-724-0038-0814-101019-200803083

Libby, G., Bray, J., Champion, J., Brownlee, L., A., Birrell, J., Gorman, D., R., ...Steele, R., J., C. (2011). Pre-notification increases uptake of colorectal cancer screening in all demographic groups: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Screening*, 18,24-29, doi: 10.1258/jms.2011.011002

Martinie, M.-A. & Fointiat, V. (2010). Enfreindre sans craindre : tolérance à la dissonance dans le paradigme de l'hypocrisie induite. *Psychologie française*, 55, 41-47, doi : 10.1016/j.psfr.2010.02.003

McGuire, W., J. (1999). *Constructing social psychology: creative and critical processes*. Cambridge, University Press.

McQueen, A., Vernon, S.W., Myers, R.E., Watts, B.G., Lee, E.S. & Tilley, B.C. (2007). Correlates and predictors of colorectal cancer screening among male automotive workers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 16, 500-509, doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0757

Menon, U., Belue, R.B., Wahab, S., Rugen, K., Kinney, A.Y., Maramaldi, P., ...Szalacha, L.A. (2011). A Randomized Trial Comparing the Effect of Two Phone-Based Interventions on Colorectal Cancer Screening Adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 294-303, doi: 10.1007/s12160-011-9291-z

Miles, A., Voorwinden, S., Mathews, A., Hoppitt, L.C., & Wardle, J. (2009). Cancer fear and the interpretation of ambiguous information related to cancer. *Cognition and Emotion*, 23, 701-713, DOI: 10.1080/02699930802091116

Mosca, L., Mochari, H., Christian, A., Berra, K., Täubert, K., Mills, T., ...Lee Simpson, S. (2006). National Study of Women's Awareness, Preventive Action, and Barriers to Cardiovascular Health. Circulation: *Journal of the American Heart Association*, 113, 525-534, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.588103

Munro, S., Lewin, S., Swart, T., & Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *Biomedical Central Public Health*, 7:104 doi:10.1186/1471-2458-7-104, 1-16.

Orbell, S., Perugini, M. & Rakow, T. (2004). Individual Differences in Sensitivity to Health Communications: Consideration of Future Consequences. *Health Psychology*, 23, 388-396, doi: 10.1037/0278-6133.23.4.388

O.R.S.A.L. (2013). Les cancers du colon et du rectum en Alsace [Document en ligne]. Disponible sur : <http://www.orsal.org/activites/tbr/pdf/7599als.pdf>

Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1979). Effects of Forwarning of Persuasive Intent and Involvement on Cognitive Responses and Persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 173-176, doi: 10.1177/014616727900500209

Petty, R., E. & Cacioppo, J., T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 123-205, doi : 10.1007/978-1-4612-4964-1_1

Ploug, T., Holm, S. & Brodersen, J. (2012). To nudge or not to nudge: cancer screening programmes and the limits of libertarian paternalism. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66, 1193-1196, doi: 10.1136/jech-2012-201194

Priolo, D. & Milhabet, I. (2008). Quand l'engagement précède l'appel à la peur: une forme de communication engageante. *L'année psychologique*, 108, 207-242, doi: 10.4074/S00035033080002029

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288, DOI: 10.1037/h0088437

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F. & Rossi, J.S. (1993). Standardized, Individualized, Interactive, and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation. *Health Psychology*, 12, 399-405, DOI: 10.1037//0278-6133.12.5.399

Quintard, B., Lecigne, A., Pascual, A., Rogues, A.-M. & Parneix, P. (2010). Efficacité comparée de deux stratégies de prévention des infections nosocomiales : impact sur les représentations et les pratiques auto-déclarées. *Le Travail Humain*, 73, 239-260, DOI : 10.3917/th.733.0239

Rakowski, W., Ehrich, B., Goldstein, M.G., Rimer, B.K., Pearlman, D.N., Clark, M.A., ... Woolverton, H. (1998). Increasing mammography among women aged 40-74 by use of a stage-matched tailored intervention. *Preventive Medicine*, 27, 748-756, doi: 10.1006/pmed.1998.0354

Renaud, T., Com-Ruelle, L., & Lucas-Gabrielli, V. (2008). Impact des pratiques médicales sur le coût de prise en charge du cancer. Le cas du cancer du colon en Ile-de-France. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39, doi : 10.3917/pos.394.0283, 283-295

Rimer, B.K., Briss, P.A., Zeller, P.K., Chan, E.C.Y., & Woolf, S.H. (2004). Informed Decision Making: What is Its Role in Cancer Screening? *Cancer* (Supplement), 101, 1214-1228, doi 10.1002/cncr.20512

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. *Social Psychophysiology*, 153-176.

Accès http://www.researchgate.net/publication/229068371_Cognitive_and_physiological_processes_in_fear_appeals_and_attitude_change_A_revised_theory_of_protection_motivation

Rogers, R.W. & Mewborn, C.R. (1976). Fear Appeals and Attitude Change: Effects of Threat's Noxiousness, Probability of Occurrence, and the Efficacy of Coping Responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 54-61, doi: 10.1037/0022-3514.34.1.54

Rohrmann, B. (2000). A socio-psychological model for analyzing risk communication processes. The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, 2000. Accès <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2000-2/rohrmann.htm>.

Rothman, A.J. & Kiviniemi, M.T. (1999). Treating People With Information: an Analysis and Review of Approaches to Communicating Health Risk Information. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 44-51.

Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10854457>

Ruffin, M.T., Feters, M.D. & Jimbo, M. (2007). Preference-based electronic decision aid to promote colorectal cancer screening: Results of a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 45, 267-273, doi: 10.1016/j.ypmed.2007.07.003

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55, 68-78, doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68

Saywell, R.M., Champion, V.L., Skinner, C.S., McQuillen, D., Martin, D. & Maraj, M. (1999). Cost-Effectiveness Comparison of Five Interventions to Increase Mammography Screening. *Preventive Medicine*, 29, 374-382, doi: 10.1006/pmed.1999.0568

Saywell, R.M., Champion, V.L., Skinner, C.S., Menon, U. & Daggy, J. (2004). A Cost-Effectiveness Comparison of Three Tailored Interventions to Increase Mammography Screening. *Journal of Women's Health*, 13, 909-918, doi:10.1089/jwh.2004.13.909

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In Schwarzer, R. (Ed.). *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC, Hemisphere, 217-243.

Senore, C., Armaroli, P., Silvani, M., Andreoni, B., Bisanti, L., Marai, L., ...Segnan, N. (2010). Comparing Different Strategies for Colorectal Cancer Screening in Italy: Predictors of Patients' Participation. *The American Journal of Gastroenterology*, 105, 188-198, doi: 10.1038/ajg.2009.583

Sitbon, A. & Maresca, B. (2002). «L'évaluation des campagnes de prévention du Sida». *Publications & Sourcing*, N°S1513.

Accès <http://www.credoc.fr/pdf/Sou/etudesida.pdf>

Sieverding, M., Mattern, U. & Ciccarello, L. (2010). What Role Dépistage organisé Social Norms Play in the Context of Men's

Cancer Screening Intention and Behavior? Application of an Extended Theory of Planned Behavior. *Health Psychology*, 29, 72-81, doi: 10.1037/a0016941

Smith, S.K., Trevena, L., Simpson, J.M., Barratt, A., Nutbeam, D., & McCaffery, K.J. (2010). A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, doi:10.1136/bmj.c5370, 1-13

Spitzenstetter, F. (2006). Optimisme comparative dans le milieu professionnel: l'influence de la fréquence et de la gravité sur la perception des risques d'accident du travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 12, 279-289, doi : 10.1016/j.pto.2006.05.001

Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Haastert, B. & Mühlhauser, I. (2011). Effect of evidence based risk information on "informed choice" in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 342, d3193, doi:10.1136/bmj.d3193

Steele, R.J.C., Kodtouro, I., McClements, P., Watling, C., Libby, G., Weller, D., ...Fraser, C. (2010). Effect of repeated invitations on uptake of colorectal cancer screening using faecal occult blood testing: analysis of prevalence and incidence screening. *British Medical Journal*, 341, c5531, 1-6, doi: http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c5531

Stefanek, M.E. (2011). Uninformed Compliance or Informed Choice? A Needed Shift in Our Approach to Cancer Screening. *Journal of the National Cancer Institute*, 103, 1821-1826, doi: 10.1093/jnci/djr474

Tanner-Smith, E.E. & Brown, T.N. (2010). Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health*, 8, 95-125, doi:10.1057/sth.2009.23

Van Dam, L., Kuipers, E.J., Steyerberg, E.W., Leerdam, M.E., & De Beaufort, I.D. (2013). The price of autonomy : should we offer individuals a choice of colorectal cancer screening strategies? *The Lancet Oncology*, 14, e38-e46, doi: 10.1016/S1470-2045(12)70455-2

Vennin, P. (2007). «Consentement éclairé ou choix informé? Un dilemme éthique en pratique quotidienne». *Bulletin du Cancer*, 94, 453-459, doi: 10.1684/bdc.2007.0341

Wahab, S., Menon, U. & Szalacha, L. (2008). Motivational interviewing and colorectal cancer screening : A peek from the inside out. *Patient Education and Counseling*, 72, 210-217, doi:10.1016/j.pec.2008.03.023

Weinstein, N.D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7, 355-386. Accès <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3049068>

Whitaker, K.L., Good, A., Miles, A., Robb, K., Wardle, J. & Von Wagner, C. (2011). Socioeconomic Inequalities in Colorectal Cancer Screening Uptake: Does Time Perspective Play a Role? *Health Psychology. Advance online publication*. doi: 10.1037/a0023941

Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329-349, doi:10.1080/03637759209376276

Witte, K. & Allen, M. (2000). A Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns. *Health Education & Behavior*, 27, 591-615, doi: 10.1177/109019810002700506

Annexe 1. Courrier contrôle GC

 **Dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace**
ADECA Alsace - 122, rue de Logelbach - B.P. 30593 - 68008 COLMAR CEDEX
Médecin coordinateur : Dr. I. GENDRE - Directeur : Dr. Ph. PERRIN
☎ 03 89 12 70 13 ☎ 03 89 12 70 17 ✉ secret@adeca-alsace.fr www.adeca-alsace.fr

*«I_ID2» *«I_ID2»
*«I_ID2» *«I_ID2»
*«I_ID2» *«I_ID2»

Identifiants

Mme «I_PRENOM» «I_NOM»
«I_RES_ADR1»
«I_RES_ADR2»
«I_CP» «I_VILLE»

En partenariat avec votre caisse d'assurance maladie «I_REGIME»

Colmar, le 31/10/2012

**Le cancer de l'intestin peut être guéri
et même évité grâce au dépistage**

Madame «I_NOM»,

Vous avez entre 50 et 74 ans, vous êtes concernée !

Après 50 ans, le cancer colorectal (cancer de l'intestin) est fréquent, particulièrement en Alsace.

Dépisté tôt, on peut le guérir 9 fois sur 10. Il est même possible d'en éviter un grand nombre : la plupart proviennent de polypes, petites lésions qu'il suffit d'enlever avant qu'elles ne deviennent des cancers.

C'est pourquoi, ADECA Alsace (Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace), en partenariat avec les médecins généralistes et spécialistes de la région, votre régime d'Assurance Maladie et les Conseils Généraux, vous propose de vous faire dépister.

Les polypes et le cancer de l'intestin peuvent être détectés tôt grâce à un test de recherche de sang dans les selles. C'est un test simple que l'on fait chez soi. Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Nous vous invitons à vous rendre chez votre médecin généraliste. Il vous conseillera et répondra à vos questions. À l'issue de la consultation, il vous remettra le test s'il est indiqué.

Apportez lui ce courrier avec les étiquettes autocollantes.

**En Alsace, la campagne a déjà permis
de guérir 428 cancers et d'en éviter 2166 :
Faites le test tous les deux ans !**

Votre médecin généraliste, partenaire d'ADECA Alsace

Loi Informatique et Libertés : Les informations personnelles vous concernant font l'objet d'un traitement informatisé. Le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du Directeur d'ADECA Alsace.
Pour en savoir plus : www.adeca-alsace.fr

Annexe 2. Courrier persuasion par choix informé PPCI

 **Dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace**
ADECA Alsace - 122, rue de Logelbach - B.P. 30563 - 68008 COLMAR CEDEX
Médecin coordinateur : Dr. I. GENDRE - Directeur : Dr. Ph. PERRIN
☎ 03 89 12 70 13 ☎ 03 89 12 70 17 ✉ secret@adeca-alsace.fr www.adeca-alsace.fr

«I_ID2» *«I_ID2»*
«I_ID2» *«I_ID2»*
«I_ID2» *«I_ID2»*

Identifiants

Mme «I_PRENOM» «I_NOM»
«I_RES_ADR1»
«I_RES_ADR2»
«I_CP» «I_VILLE»

En partenariat avec votre caisse d'assurance maladie «I_REGIME»
Colmar, le 31/10/2012

Madame «I_NOM»,

Le cancer colorectal (cancer de l'intestin) vous concerne !

- Dès 50 ans, le cancer colorectal est fréquent : 500 Alsaciens(ne)s décèdent de ce cancer chaque année.
- Il est particulièrement silencieux : lorsqu'on attend les symptômes, il est difficile à soigner et à guérir.

Un dépistage vous est proposé

- Un test simple à faire chez vous en quelques minutes, pris en charge à 100%.
- Il détecte la présence de traces de sang dans les selles (matières fécales).
- Si le test est positif (2 fois sur 100), une coloscopie est nécessaire pour préciser l'origine du saignement.

Bénéfices du dépistage

- Il diminue le risque de mourir d'un cancer colorectal : 1 à 2 décès évités pour 1000 personnes dépistées.
- Il augmente les chances de guérison et diminue le recours aux traitements lourds, chimiothérapie et rayons.
- De plus, il permet de détecter et d'enlever les polypes avant qu'ils ne progressent vers le cancer.

Limites et inconvénients du dépistage

- Comme tout test, le test proposé n'est pas fiable à 100% :
 - un test positif ne signifie pas la présence d'un cancer : 5 fois sur 10 la coloscopie est normale, 4 fois sur 10 un ou des polypes sont détectés et enlevés et moins d'une fois sur 10 un cancer est diagnostiqué.
 - un test négatif n'est pas une assurance tout risque contre le cancer : le test peut manquer un cancer. C'est la raison pour laquelle il est recommandé de refaire le test tous les 2 ans.
- Le test lui-même est sans risque, par contre la coloscopie n'est pas sans risque : environ 5 complications pour 1000 coloscopies (hémorragie, perforation).

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser. Parlez-en à votre médecin

- Il saura vous conseiller, vous remettra le test ou vous indiquera le dépistage le mieux approprié pour vous.
- Apportez-lui ce courrier avec les étiquettes autocollantes.

Pour plus d'information, vous pouvez me contacter aux coordonnées ci-dessus ou consulter notre site internet.

Dr. Isabelle GENDRE
Médecin coordinateur

Loi Informatique et Libertés - Les informations personnelles vous concernant font l'objet d'un traitement informatisé. Le droit d'accès et de modification s'exerce auprès du Directeur d'Adeca Alsace.
Pour en savoir plus : www.adeca-alsace.fr

Annexe 3. Courrier persuasion par la peur PPLP



Dépistage organisé du cancer colorectal en Alsace
ADECA Alsace - 122, rue de Logelbach - B.P. 30593 - 68008 COLMAR CEDEX
Médecin coordinateur : Dr. I. GENDRE - Directeur : Dr. Ph. PERRIN
☎ 03 89 12 70 13 ☎ 03 89 12 70 17 ✉ secret@adeca-alsace.fr www.adeca-alsace.fr

«I_ID2»

«I_ID2»

«I_ID2»

«I_ID2»

Mme «I_PRENOM» «I_NOM»
«I_RES_ADR1»
«I_RES_ADR2»
«I_CP» «I_VILLE»

En partenariat avec votre caisse d'assurance maladie **«I_REGIME»**

Colmar, le 31/10/2012

**Le cancer de l'intestin peut être guéri
et même évité grâce au dépistage**

Madame «I_NOM»,

Vous avez entre 50 et 74 ans, vous êtes concernée !

Après 50 ans, le cancer colorectal (cancer de l'intestin) est fréquent, particulièrement en Alsace.

Dépisté tôt, on peut le guérir 9 fois sur 10. Il est même possible d'en éviter un grand nombre : la plupart proviennent de polypes, petites lésions qu'il suffit d'enlever avant qu'elles ne deviennent des cancers.

C'est pourquoi, ADECA Alsace (Association pour le dépistage du cancer colorectal en Alsace), en partenariat avec les médecins généralistes et spécialistes de la région, votre régime d'Assurance Maladie et les Conseils Généraux, vous propose de vous faire dépister.

Les polypes et le cancer de l'intestin peuvent être détectés tôt grâce à un test de recherche de sang dans les selles. C'est un test simple que l'on fait chez soi. Il est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Nous vous invitons à vous rendre chez votre médecin généraliste. Il vous conseillera et répondra à vos questions. A l'issue de la consultation, il vous remettra le test s'il est indiqué.

Apportez lui ce courrier avec les étiquettes autocollantes.

**En Alsace, la campagne a déjà permis
de guérir 428 cancers et d'en éviter 2166 :
Faites le test tous les deux ans !**

Votre médecin généraliste, partenaire d'ADECA Alsace

Loi Informatique et Libertés : Les informations personnelles vous concernant font l'objet d'un traitement informatisé. Le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du Directeur d'ADECA Alsace.

Pour en savoir plus : www.adeca-alsace.fr