



EHESP

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : **mars 2011**

**Les inégalités d'accès au dépistage
organisé du cancer du sein en région
Midi-Pyrénées : état des lieux et
perspectives**

Bénédicte GALÉA

Remerciements

Je tiens à remercier l'équipe du Groupement Régional de Santé Publique avant sa dissolution pour m'avoir accueillie chaleureusement en stage : Caroline, Laurent, Dominique et Patricia.

Je remercie également toutes les personnes rencontrées au cours des entretiens relatifs au mémoire professionnel pour leur accueil, leur disponibilité et leurs réponses à mes questions.

Je remercie également Madame Marie-Elisabeth Cosson pour m'avoir orienté dans toutes les étapes de ce mémoire.

Je remercie toutes les personnes qui s'investissent dans l'organisation du dépistage organisé du cancer du sein.

Enfin, je remercie mes proches ainsi que tous les collègues et amis de la promotion des Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale 2009-2011 pour ces moments de partage et d'aide au cours de la réalisation de nos mémoires.

Sommaire

Introduction.....	1
1. Le dépistage organisé du cancer du sein : une nécessaire priorité de santé publique	7
1.1 Le dépistage organisé du cancer du sein s'inscrit dans un processus de généralisation aujourd'hui effective	7
1.1.1 La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein s'est imposée pour réduire la mortalité liée à la maladie	8
1.1.2 Une politique du dépistage organisé du cancer du sein assurée par un programme national et orientée aujourd'hui sur l'égal accès de toutes au dépistage sur l'ensemble du territoire.....	10
1.1.3 Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein doit cependant laisser une place prépondérante à l'information des femmes	11
1.2 La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein en France n'a pourtant pas fait disparaître les inégalités de recours et d'accès au dépistage ..	14
1.2.1 Des disparités dans le recours au dépistage	14
1.2.2 Des inégalités d'accès au dépistage.....	16
1.3 Le dépistage organisé du cancer du sein est l'aboutissement d'une collaboration d'acteurs dont le succès dépend de leur engagement	18
1.3.1 Une multitude d'acteurs impliqués dans le pilotage du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.....	19
1.3.2 L'implication variable des professionnels de santé	22
2. Le dépistage organisé du cancer du sein est intégré au sein de la région Midi-Pyrénées mais révèle des inégalités de recours et d'accès intra départementales et interdépartementales	24
2.1 L'identité de la région Midi-Pyrénées	24

2.1.1 Une région marquée par des disparités entre les milieux urbains et ruraux ...	25
2.1.2 Le diagnostic territorial des départements de la région Midi-Pyrénées révèle des inégalités de recours et d'accès au dépistage organisé du cancer du sein	26
2.2 Les stratégies de communication et de sensibilisation révèlent des initiatives locales hétérogènes	29
2.2.1. La situation du Lot : une communication relayée par divers organismes sur l'ensemble du territoire.....	29
2.2.2 La situation en Haute-Garonne : une communication qui s'est intensifiée en 2010	30
2.2.3 La situation en Aveyron : l'existence d'un « Comité féminin pour la prévention et le dépistage des cancers » et d'un mammobile	32
2.3 Des actions de proximité auprès des publics fragilisés	35
2.3.1 L'exemple d'une association féminine implantée dans une zone urbaine sensible à Toulouse	35
2.3.2 L'exemple d'une association toulousaine de prostituées	36
2.3.3 Les actions de l'Atelier Santé Ville de Toulouse : un volet consacré au dépistage du cancer du sein	38
3. Perspectives d'évolution : l'importance du dépistage organisé doit être renforcée	39
3.1 La nécessité d'une coordination régionale.....	39
3.1.1 Une réflexion commune des acteurs indispensable.....	40
3.1.2 L'ARS permettra d'assurer un pilotage régional à travers le Projet Régional de Santé Publique	42
3.2 Perfectionner des actions de sensibilisation adaptées aux divers profils des femmes	44
3.3 Redéfinir l'activité du médecin traitant : favoriser la convergence entre le médical et le social	47

3.3.1 Remettre le médecin traitant au cœur du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.....	47
3.3.2 Un outil à améliorer : les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)	49
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	54
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADECA 12	Association aveyronnaise de Dépistage des Cancers
ADECA 46	Association Iotoise de Dépistage des Cancers
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CAMIEG	Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières
CAPI	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CUCS	Contrats Urbains de Cohésion Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DOC 31	Dépistage Organisé des Cancers de Haute-Garonne
DGS	Direction Générale de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FNPEIS	Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire
GIP	Groupement d'Intérêt Public
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ORMIP	Observatoire Régional de Santé Midi-Pyrénées

PRS	Plan Régional de Santé
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RSI	Régime Social des Indépendants
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Introduction

L'acte de dépistage répond à un objectif de rationalisation, sous une forme inhabituelle dans le domaine de la santé : s'intéresser à une collectivité, un groupe qui ne présente aucun signe clinique ni demande. C'est une action d'envergure finalisée sur une pathologie. Celle du cancer du sein par exemple.

En France, près de 50 000 nouveaux cas de cancer du sein sont diagnostiqués chaque année, soit 36,7% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme.¹ Le poids de cette pathologie incite à développer des modes de prévention. Le diagnostic précoce représente ainsi un enjeu majeur. Diagnostiquer le plus précocement possible un cancer permet non seulement de mettre en place une thérapeutique efficace et utile pour le patient mais également d'augmenter ses chances de survie. C'est l'objectif des dépistages. En effet, « *Le dépistage permet la détection de lésions potentiellement malignes, puis le diagnostic de cancer à un stade précoce ou même préinvasif, en l'absence de symptômes ou de signes cliniques* »². Cette approche préventive, pour être utile, doit permettre de traiter de façon plus efficace et au moindre coût une série d'affections décelées précocement. Il s'agit de prendre en compte, d'une part, le risque de la personne à qui est proposé le dépistage et, d'autre part, le coût du test et de la procédure. L'approche du dépistage est différente de celle du diagnostic. Toutes deux ont un objectif commun, celui de permettre un traitement le plus précoce et donc le plus efficace possible. En revanche, les intentions et les procédures sont différentes : collectives et rationnelles pour le dépistage organisé, individuelles et personnalisées pour le diagnostic précoce. Le dépistage est une démarche de santé publique s'adressant à des personnes n'ayant aucun signe clinique. Telle est l'hésitation que peut susciter le dépistage : il s'adresse à des personnes a priori en bonne santé et son objectif vise à repérer le nombre de personnes qui devront subir des examens complémentaires.

La France fait donc coexister deux systèmes : le dépistage individuel et le dépistage organisé.

Le dépistage individuel encore appelé spontané ou opportuniste consiste en « *une approche personnelle de mise en œuvre dans le cadre d'une demande de soins et opportuniste au sens où elle consiste à profiter d'un acte médical pour rechercher une affection* »³ Toutefois, son coût pour la collectivité et la difficulté à évaluer précisément le bénéfice en termes de santé publique conduisent les pouvoirs publics à promouvoir un

¹ Institut National du Cancer, rapport d'activité 2009, mai 2010, p.43

² Aurélie Bourmaud, Alice Nourissat et Franck Chauvin, 20 février 2010 « Dépistage et diagnostic précoce des cancers : deux démarches pour un même objectif », La Revue du praticien, Tome 60 n°2 p.184

³ G. Brückner, Epidémiologie. Santé Publique., Ellipse, édition 1989.

dispositif de dépistage organisé. « *Le dépistage organisé encore appelé dépistage de masse consiste quant à lui en une approche planifiée au niveau d'une population indépendamment de sa demande de soins et qui aboutit à la séparer en deux groupes, l'un à probabilité faible, l'autre à probabilité forte d'être atteint d'une maladie. Pour ce dernier groupe, l'on doit prévoir la mise en œuvre systématique d'examens complémentaires de diagnostic et un traitement si nécessaire* »⁴.

Le dispositif de dépistage organisé repose sur une structure de gestion départementale qui invite tous les deux ans les femmes âgées de 50 à 74 ans à un examen clinique des seins et une mammographie. Ces structures de gestion sont appelées centres de coordination des dépistages des cancers.

L'examen est pris en charge à 100% et est effectué chez le radiologue choisi par la femme parmi une liste de spécialistes agréés. Tout cliché négatif ou bénin fait l'objet d'une seconde lecture par un second radiologue. Un bilan diagnostique immédiat est établi en cas d'anomalie. Le médecin traitant et/ou le gynécologue, prévenus, assurent généralement le suivi.

S'il a fallu attendre 2004 pour que le dépistage organisé du cancer du sein soit généralisé sur l'ensemble du territoire français, à l'exception de la Guyane, pour autant, des expériences avaient été menées auparavant dans des départements pilotes dès les années quatre-vingt. Mais ce n'est qu'en 2003, avec la mesure 21 du Plan Cancer qu'a été prévue la généralisation du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein sous l'égide du Ministère de la Santé, de l'Assurance maladie, et le soutien de la Ligue nationale contre le cancer. Cette généralisation est aujourd'hui effective depuis 2004 et se concrétise à travers un programme national fondé sur l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

Aujourd'hui, si le plan cancer 2003-2007 a été le vecteur de l'expression d'une politique de santé publique et plus particulièrement de la décision de généraliser le dépistage organisé du cancer du sein à toute la France, les ambitions des pouvoirs publics ne se sont pas arrêtées à cet unique plan. En effet, un nouveau plan cancer a été annoncé le 2 novembre 2009 par le Président de la République à Marseille. Il s'agit du deuxième Plan Cancer 2009-2013. S'il conserve un socle commun de propositions du plan cancer 2003-2007, il affiche de nouvelles ambitions, notamment de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage.

En région Midi-Pyrénées, si la mortalité par cancer du sein a diminué et affiche un taux inférieur à la moyenne nationale, en revanche, son incidence, c'est-à-dire le nombre de

⁴ G. Brückner, *Epidémiologie. Santé Publique.*, Ellipse, édition 1989.

nouveaux cas décelés chaque année, continue d'augmenter. En 2005, la région enregistre 2120 nouveaux cas de cancer du sein chaque année⁵.

Les huit départements de la région Midi-Pyrénées (Ariège 09, Aveyron 12, Gers 32, Haute-Garonne 31, Hautes-Pyrénées 65, Lot 46, Tarn 81 et Tarn-et-Garonne 82) ont tous intégré le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein. Néanmoins, tous les départements n'ont pas le même niveau de participation des femmes à ce dépistage. De plus, la région Midi-Pyrénées fait figure de mauvaise élève car elle se situe parmi les cinq dernières régions en matière de taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein.

Dans le cadre de mon stage d'abord à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) Midi-Pyrénées, puis à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Midi-Pyrénées, je me suis intéressée à cette problématique. En effet, mon stage initial d'observation, au sein du Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) a poussé ma curiosité à connaître l'organisation du dépistage organisé de manière générale puis au sein de la région Midi-Pyrénées, en lien avec mon maître de stage Madame Raphaëlle Michaud qui trouvait la problématique intéressante dans le cadre du métier d'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS).

En effet, ce sujet entre dans les missions des IASS puisqu'il interroge l'organisation, le développement et l'animation d'un dispositif de santé publique. En effet, les IASS, à travers leur rôle d'animation, favorisent l'accompagnement dans la sensibilisation auprès des professionnels impliqués dans le dispositif de dépistage organisé et, par ricochet, auprès des populations. Mais encore, ce sujet entre dans les missions d'intégration et de développement social des IASS. Ces derniers sont en effet amenés à participer à la politique de prévention des cancers et chargés de rendre effectif l'accès à ce type de prévention aux personnes en situation de précarité.

A ce titre, le décret du 24 décembre 2002 portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale précise dans son titre premier, à l'article trois que « *les membres du corps de l'inspection sanitaire et sociale sont chargés (...) de la mise en œuvre des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales de l'Etat (...) A ce titre il assurent notamment des missions (...) de pilotage, d'animation et de contrôle des dispositifs en matière de santé publique, d'intégration, d'insertion et de développement social* ». ⁶

⁵ <http://www.orsmip.org/tlc/documents/bulletincancers2008.pdf>

⁶ Décret n° 2002-1569 portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale

Enfin, ce thème d'étude intéresse les IASS désormais intégrés dans une structure régionale qu'est l'ARS. Ils pourront avoir une capacité de fédération des différents acteurs impliqués dans un dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

Cependant, lors du stage d'exercice professionnel cinq mois plus tard, mon stage s'est déroulé dans une nouvelle structure qu'est l'ARS Midi-Pyrénées, avec un nouveau maître de stage et au service affaires générales qui ne s'intéresse pas directement aux politiques de santé publique. Dans un tel contexte, il n'a pas toujours été aisé de trouver les interlocuteurs.

Pour appréhender le sujet, j'ai travaillé à partir d'une question : quels sont les freins et les leviers possibles à un égal accès au dépistage organisé du cancer du sein au sein d'une même région ?

Afin d'y répondre, j'ai posé deux hypothèses.

Première hypothèse : le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein ne fait pas de doutes aujourd'hui quant à sa légitimité. Sa généralisation s'est effectuée il y a maintenant sept ans. Cependant, dans le cadre du Plan Cancer 2009-2013, la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage est une question préoccupante. La politique relative au dépistage organisé du cancer du sein, afin de lutter contre les inégalités d'accès et de recours, cherche à atteindre un résultat précis : l'augmentation de la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein.

Seconde hypothèse : pour parvenir à une augmentation de la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein, l'accent doit être notamment mis sur la communication, l'information et la sensibilisation qui peuvent être faites aux femmes. Pour ce faire, nombre d'acteurs sont impliqués dans le dispositif mais la lisibilité de leurs rôles n'est pas toujours évidente. Afin d'améliorer le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein, il semble nécessaire de rechercher une harmonisation et un partenariat des acteurs agissant tous pour une priorité de santé publique. D'autre part, augmenter la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein implique que soient dans un premier temps recensées les non-participantes et agir dans un second temps auprès des profils de ces non-participantes.

Au regard de la thématique, il avait été prévu initialement de traiter du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Or, dans la région Midi-Pyrénées, le dépistage organisé du cancer colorectal est effectif depuis seulement janvier 2010. Ainsi, les données relatives au dépistage organisé du cancer colorectal ne sont pas

disponibles et ce, d'autant plus que l'étude d'une campagne de dépistage doit s'analyser sur deux années pour permettre d'établir une comparaison.

Afin d'établir mon étude, j'ai en premier lieu mis en œuvre une méthodologie articulant une recherche documentaire généraliste sur le sujet et une autre spécifique aux procédés de la région Midi-Pyrénées. A cet égard, les données épidémiologiques réalisées par l'Observatoire Régional de Santé Midi-Pyrénées (ORMIP) ont été une source d'information importante pour établir un diagnostic régional. Les rapports publics sont aussi une source d'information considérable.

Cette littérature s'est accompagnée d'observations aux réunions et de discussions avec les professionnels de l'ARS intervenant dans ce champ.

Plus concrètement encore, j'ai également établi une étude de terrain par la rencontre de huit acteurs de terrain. En premier lieu, les responsables des structures de gestion de quatre départements : l'Aveyron, le Lot, l'Ariège et la Haute-Garonne. Ces quatre départements ont été volontairement choisis pour plusieurs raisons.

Dans un premier temps, parce qu'ils constituent des départements de tailles différentes, certains de petite taille d'autres de grande taille permettant alors d'évaluer la différence dans l'offre de soins existante.

Dans un second temps, parce qu'ils sont des départements ruraux et urbains permettant de comprendre les inégalités d'accès dues à l'éloignement géographique, de comprendre la différence au sein d'un département de grande taille entre les catégories socioprofessionnelles favorisées habitant en général en centre ville et celles, plus défavorisées, se situant en général en périphérie.

Ces entretiens ont permis d'analyser les propositions de chaque structure notamment pour faire évoluer les campagnes de sensibilisation et les solutions pour pallier les inégalités d'accès. Enfin, ils ont permis de comprendre les stratégies de chacun et déterminer si les structures travaillent en partenariat.

Ensuite, j'ai pu réaliser un entretien auprès du service prévention de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Haute-Garonne. Deux entretiens ont été dirigés vers deux associations agissant pour des publics spécifiques : l'association Grisélidis, association pour les travailleuses du sexe et l'association Mosaïka, association d'accueil, d'écoute, d'échanges et d'accès à la citoyenneté des femmes située dans un quartier de zone urbaine sensible (ZUS). Enfin, un entretien a été mené avec la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville (ASV) de Toulouse.

Il n'a pas été possible de rencontrer des femmes mais la littérature concernant la participation des femmes a été utilisée pour compléter l'étude.

Mon ambition initiale était de rencontrer les responsables des structures de gestion des huit départements. Ce souhait n'a pas pu être réalisé dans la mesure où l'ARS ne voulait

pas engager sa responsabilité en me prêtant une voiture de fonction. Ainsi, j'ai dû mobiliser un agent à chacun de mes déplacements dans les départements autres que la Haute-Garonne. J'ai alors voulu réaliser des entretiens téléphoniques mais cela n'a pas été possible face à leurs refus.

Cette étude de terrain s'est appuyée sur une méthode d'entretiens semi-directifs pour les responsables des structures de gestion et la CPAM de Haute-Garonne. Une grille a été élaborée en fonction de chaque acteur. Des entretiens exploratoires ont été conduits pour les associations et l'ASV de Toulouse. Cette méthode m'a permis à la fois de collecter des données, de recueillir le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et d'analyser les problématiques soulevées par la thématique du dépistage organisé du cancer du sein. Les réponses étaient recueillies sous forme de notes remises en forme par la suite. Puis une analyse de chaque compte rendu a pu être réalisée.

Au terme de ce travail, il semble possible d'établir que dans un contexte où le dépistage organisé constitue une nécessaire priorité de santé publique (I), ce dispositif intégré au sein de la région Midi-Pyrénées révèle des inégalités de recours et d'accès intra-départementales et interdépartementales (II). L'amélioration du dispositif de dépistage organisé devrait ainsi passer par un renforcement du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein (III) afin d'atteindre le résultat souhaité, à savoir l'augmentation de la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein.

1. Le dépistage organisé du cancer du sein : une nécessaire priorité de santé publique

« Le cancer n'est pas une maladie nouvelle mais avec l'augmentation de l'incidence et du nombre de personnes atteintes, il est devenu un véritable enjeu de santé publique »⁷.

En 2008, la France enregistre 11 773 décès par cancer du sein.⁸

La réduction de la mortalité liée à cette maladie devient ainsi une véritable priorité de santé publique. Pour y répondre, la généralisation du dispositif de dépistage organisé s'est clairement imposée. Cette dernière est aujourd'hui effective depuis 2004 (1.1) et se concrétise par l'organisation d'un programme national de dépistage organisé. Le dépistage est en effet une action de santé publique qui n'a de chance de réussir que si elle est organisée, coordonnée, évaluée et contrôlée. Un programme de dépistage ne s'improvise pas. Néanmoins, malgré les progrès liés à l'existence certaine d'un dispositif de dépistage organisé du cancer du sein assurant un égal accès de toutes au dépistage sur l'ensemble du territoire français, des inégalités dans son accès subsistent (1.2).

1.1 Le dépistage organisé du cancer du sein s'inscrit dans un processus de généralisation aujourd'hui effective

Le cancer du sein est un fait majeur de santé publique en France. Il est le premier des cancers féminins.

Alors que la France recensait 21 704 nouveaux cas de cancer du sein en 1980, elle en compte 49 814 en 2005⁹. L'incidence a ainsi plus que doublé en 25 ans. Ceci s'explique par l'augmentation de la population et par son vieillissement.

En 2008, il constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme¹⁰ et est également la première cause de mortalité prématurée, c'est-à-dire, avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans. Par conséquent, les objectifs recherchés sont une baisse de la mortalité par cancer du sein (1.1.1), un égal accès de toutes au dépistage (1.1.2) allant de pair avec une obligation d'information à destination des femmes visées (1.1.3).

⁷ Haut Conseil de la Santé Publique, Evaluation du Plan cancer, rapport final janvier 2009 p.23 consultable sur www.hcsp.fr

⁸ http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=6&sous_theme=0&type=2&nivgeo=0&numpage=4&nombre=20

⁹ Guy Launoy et le réseau FRANCIM, 20 février 2010, « Epidémiologie des cancers en France », La Revue du praticien, tome 60, n°2, page180.

¹⁰ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06205

1.1.1 La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein s'est imposée pour réduire la mortalité liée à la maladie

Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein est le fruit d'une construction progressive.

Le dépistage organisé du cancer du sein s'est amorcé dès 1985 par une phase d'expérimentation dans trois départements : le Rhône, le Bas-Rhin et l'Hérault. Initialement, le régime général de l'assurance maladie finançait des programmes expérimentaux au titre du Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS).

Plus de dix années plus tard, la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999¹¹ concrétise une prise en charge à 100% des actes réalisés dans le cadre d'un programme de dépistage organisé.

Progressivement, les sites pilotes se multiplient. En 1991, dix départements français sont dotés d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein. Ces premières expériences ont été menées sous l'impulsion de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

En revanche, la programmation lancée par la Direction Générale de la Santé (DGS), déterminée à assurer un dépistage généralisé, s'est heurtée aux négociations difficiles avec les caisses d'assurance maladie désireuses de ne pas engager une somme d'argent trop importante.

Les modalités de mise en œuvre du dispositif font l'objet de normes rigoureuses inscrites dans un cahier des charges. Ces dernières imposent notamment aux radiologues des clauses techniques strictes telles que la double lecture ou le contrôle de la qualité du mammographe. De plus, le cahier des charges détermine les conditions de fonctionnement du système d'information concernant les fichiers des femmes invitées et dépistées.

A partir de 2000, le gouvernement Jospin lance un Programme National de lutte contre le cancer (2000-2005), dit « Plan Gillot », sous l'égide du Ministère chargé de la santé. L'objectif deux préconise la généralisation des programmes de dépistages performants comme le dépistage organisé du cancer du sein. Le programme national ambitionne alors de faire bénéficier le maximum de femmes, entre 50 et 74 ans, d'un dépistage garantissant un égal accès aux soins et des normes de qualité.

¹¹ Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999

Après évaluation conjointe de la DGS et de la CNAMTS, un nouveau cahier des charges est adopté, renforçant le volet qualité et évaluation du dispositif. Il établit également la prise en charge de l'acte de dépistage mammographique par l'assurance maladie.

Trois années plus tard apparaît le Plan Cancer 2003-2007. Ce dernier se décline en 70 mesures destinées à renforcer la lutte contre le cancer. Les mesures 21 à 28 visent à mettre en place un dépistage mieux organisé. La mesure 21 généralise le dépistage organisé du cancer du sein. Ainsi, le Plan Cancer s'analyse en un vecteur d'une politique de santé publique et plus particulièrement de la décision de généraliser le dépistage organisé du cancer du sein à toute la France.

Le décret du 7 mai 2003 crée par conséquent une Mission interministérielle de lutte contre le cancer dans le but de mettre en œuvre les mesures du Plan Cancer¹². Cependant, cette mission disparaît une année plus tard et est remplacée par la création, via la loi du 9 août 2004¹³ relative à la politique de santé publique, d'un groupement d'intérêt public : l'Institut national du cancer (INCa).

A partir de 2004, la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein est effective dans tous les départements à l'exception de la Guyane. Ces derniers disposent désormais d'un dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

Les professionnels de santé, les services de l'Etat, les Conseils généraux, l'Assurance Maladie, les associations, la Ligue contre le cancer et les Comités féminins notamment se sont mobilisés pour parvenir à cette généralisation.

Cette dernière s'est avérée essentielle parce qu'elle a permis des avancées en terme de qualité et a abouti à la rédaction de nouveaux cahiers des charges nationaux. Ceux-ci ont permis d'homogénéiser les pratiques ; les formations à destination des radiologues premier et deuxième lecteurs se sont développées, le parc des mammographes s'est renouvelé et l'arrêté du 24 janvier 2008¹⁴ a permis l'introduction de la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein. Cet arrêté a été pris suite à un avis favorable de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2006¹⁵, permettant l'introduction de la mammographie numérique à condition qu'elle respecte un contrôle qualité défini par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).

¹² Décret 2003-418 du 7 mai 2003 portant création d'une mission interministérielle pour la lutte contre le cancer

¹³ Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁴ Arrêté du 24 janvier 2008 portant introduction de la mammographie numérique dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein

¹⁵ Avis de la HAS, octobre 2006, Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein, consultable sur www.has-sante.fr

Le dépistage organisé du cancer du sein est aujourd'hui matériellement assuré par un programme national.

1.1.2 Une politique du dépistage organisé du cancer du sein assurée par un programme national et orientée aujourd'hui sur l'égal accès de toutes au dépistage sur l'ensemble du territoire

La mise en place d'un programme national de dépistage organisé du cancer du sein s'inscrit dans le mouvement de généralisation. Les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à bénéficier tous les deux ans d'une mammographie de dépistage. Celle-ci comprend un examen clinique réalisé par le médecin radiologue et deux clichés par sein (de face et oblique externe) puis un cliché complémentaire si nécessaire, ainsi qu'une deuxième lecture systématique en cas d'examen normal. Les actes de dépistage sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre du tiers payant. La première lecture est également prise en charge par l'Assurance Maladie.

Le programme garantit un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire et fait bénéficier chaque femme de la même garantie de qualité et de prise en charge. Il répond au souhait exprimé auparavant par le plan « Gillot ».

Le programme français fait appel aux structures médicales existantes. Les mammographies sont effectuées dans les cabinets de radiologie publics et privés. La personne qui accepte le dépistage organisé choisit son radiologue dans la liste des radiologues participant au programme. Les radiologues s'engagent à se former, à effectuer un contrôle de qualité de la chaîne de lecture des mammographies de leur cabinet et à transmettre les fiches d'interprétation des mammographies à la structure de gestion, ainsi que les clichés qu'ils jugent normaux pour deuxième lecture. La deuxième lecture est alors prise en charge par le budget de la structure de gestion référent.

Quant au contrôle des matériels radiologiques, il est placé sous l'autorité de l'AFSSAPS, il est obligatoire, pour tous les appareils, sur tout le territoire.

Ce programme s'analyse comme un véritable programme de santé publique dans la mesure où il contribue à modifier la qualité sans cesse renouvelée des mammographies pour l'ensemble de la population féminine.

Parce que le Plan Cancer représente une étape essentielle, pluriannuelle, et parce qu'il agit comme un « *catalyseur* »¹⁶, un nouveau Plan Cancer a été présenté en 2009. Il est la

¹⁶ Mathilde Chapet, 2007, Développement, pilotage et animation d'un dispositif de santé publique : l'exemple du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France, Mémoire EHESP, p. 8

déclinaison du rapport remis au Président de la République par le Professeur Grünfeld en 2009 « *Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013* ». ¹⁷

Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité du Plan cancer 2003-2007. Cependant, même s'il conserve un socle commun de propositions, le nouveau Plan cancer affiche l'ambition « *d'impulser un nouvel élan* » ¹⁸.

En effet, il insiste sur la meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures visant leur correction. Pour y répondre, le premier thème du Plan sur les trois proposés vise à mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers.

Le dépistage organisé du cancer du sein doit poursuivre les contraintes fortes de qualité et de sécurité et son impact dépend de la participation. L'on constate une augmentation dans la participation au dépistage organisé du cancer du sein mais ceci n'est pas révélateur de la compréhension de son intérêt par le public visé. Ainsi, le Plan cancer 2009-2013 insiste sur la nécessité de ne relâcher aucun effort et de développer de nouvelles stratégies pour que le plus grand nombre y participe. En effet, suivant l'objectif de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage, le Plan cancer 2009-2013 aspire à une augmentation de 15% de la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés.

Mais encore, il insiste sur le déploiement de nouvelles stratégies « *pour limiter autant que possible les effets des inégalités sociales qui freinent la participation* » aux dépistages.

Pour y parvenir, il semble essentiel de ne pas négliger l'information en direction des femmes. Elle est une étape capitale vers l'augmentation de leur participation au dépistage organisé du cancer du sein.

1.1.3 Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein doit cependant laisser une place prépondérante à l'information des femmes

Comme le soulignent les professeurs Sophie A. Lelièvre et Marie-Laure Moquet-Anger, « *L'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein repose sur la participation volontaire de personnes a priori non-malades. Les résultats de la mammographie pouvant être lourds de conséquences pour la santé et la vie sociale, cet acte doit être précédé d'une information claire, loyale et appropriée [...] permettant le recueil du consentement*

¹⁷ Rapport Grünfeld , Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 pour un nouvel élan , 14 février 2009

¹⁸ Plan cancer 2009-2013 introduction

libre et éclairé. Respecter les droits des personnes qui prêtent leur concours à une action de santé publique, c'est optimiser la réussite de celle-ci »¹⁹

Si le dépistage organisé du cancer du sein gagne aujourd'hui en légitimité grâce notamment aux ambitions des pouvoirs publics à travers le Plan cancer, il n'en reste pas moins qu'il constitue en lui-même un acte médical délicat.

En effet, il établit un diagnostic et permet un éventuel traitement de la maladie. Comme tout acte médical, le dépistage doit s'accompagner d'une information du patient.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²⁰ prévoit l'obligation d'information précédant un acte médical. Cette information est nécessaire au recueil du consentement libre et éclairé du patient. Elle se doit également d'être claire et précise. Elle doit porter sur les investigations proposées, leur utilité, leurs conséquences, et les risques potentiels. Elle doit être délivrée au cours d'un entretien individuel, incombant au professionnel de santé compétent. Il s'agira du médecin proposant le dépistage et/ou celui qui l'exécutera s'il s'agit ou non du même praticien. Cette obligation d'information cède face à l'urgence, l'impossibilité ou le refus de la personne d'être informée.

Au-delà d'une obligation purement juridique, l'information des patientes peut aussi s'analyser en un devoir tant éthique que politique des pouvoirs publics qui encouragent le dépistage. En effet, la volonté de participer à un dépistage organisé exige un effort supplémentaire d'appréciation des avantages et inconvénients dans la mesure où les personnes prenant cette décision ne sont pas a priori malades.

Ainsi, les conséquences de leur acceptation au dépistage peuvent s'avérer dommageables. Pour ce qui est du cancer du sein, les risques peuvent être de deux ordres : soit le refus de participer au dépistage organisé peut engendrer la perte de chance d'un diagnostic précoce ; soit la volonté de participer au dépistage peut entraîner le changement de statut de la personne qui se verra malade.

C'est pourquoi, dans le cas du cancer du sein comme tout autre cancer, la difficulté de communication au patient est d'intégrer à la fois des données intéressant la santé publique et une information personnelle au patient. Participer au dépistage du cancer du sein implique pour les femmes non seulement de prendre la décision mais également de participer volontairement à une action de santé publique.

C'est pourquoi, l'information a et doit garder une place prépondérante.

¹⁹ Sophie A. Lelièvre, Marie-Laure Moquet-Anger, Communication et responsabilités en matière d'information sur le dépistage du cancer du sein, Revue de droit sanitaire et social n°3 mai-juin 2009, p.480

²⁰ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Cette nécessité est confirmée par l'arrêté du 29 septembre 2006²¹ relatif aux programmes de dépistage des cancers. Il précise les modalités de la communication de l'information qui doivent être conformes à la loi du 4 mars 2002²² relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : « *L'information fournie doit être précise et aisée d'accès pour tous. Elle doit s'appuyer sur des données scientifiques, y compris celles relatives aux inconvénients potentiels des dépistages* ».

L'information est majoritairement communiquée à travers les campagnes de dépistage, notamment la campagne « Octobre rose » pour ce qui est du cancer du sein. L'information personnalisée par le médecin traitant n'a lieu que si une discussion est engagée avant la mammographie.

Ainsi, tant le moment que la forme de la communication de l'information varient d'une femme à l'autre. Par conséquent, les femmes invitées au dépistage du cancer du sein ne sont pas en situation d'égalité. C'est pourquoi, pour les femmes qui prennent la décision de participer au dépistage organisé, il faut s'assurer qu'elles bénéficient d'une information suffisamment claire quant aux avantages et risques que représente l'acte de dépistage.

A ce titre, l'arrêté du 29 septembre 2006²³ rappelle que l'information communiquée aux femmes doit inclure les « *inconvénients potentiels* » du dépistage.

L'information des inconvénients que peut représenter l'acte de dépistage est essentielle. En effet, si le dépistage organisé constitue aujourd'hui un objectif de santé publique fortement encouragé par les pouvoirs publics, il n'est pas pour autant dénué de limites. L'une des principales tient à la possibilité de faux résultats, nommés « faux positifs » ou « faux négatifs ». Les personnes dépistées sont classées en sujets positifs ou en sujets négatifs selon que la maladie recherchée, en l'occurrence le cancer du sein, ait été supposée présente ou absente. Dans chacune des deux situations, les investigateurs ont pu se tromper. Dès lors, il existe quatre possibilités de résultats : la maladie existe réellement et a été trouvée et l'on parle de vrai positif ; la maladie existe vraiment mais les investigations ne l'ont pas trouvée et l'on parle de vrai négatif ; les investigations ont trouvé une maladie qui n'existe pas et l'on parle de faux positif ou de surdiagnostic et, enfin, la maladie n'existe pas et les investigations n'ont rien trouvé et l'on parle de faux négatif. Ce sont ces deux derniers qui marquent la grande limite dans le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein dans la mesure où ils sont difficiles à répertorier et à présenter. Ils sont liés à la fiabilité technique du test et à l'aptitude des radiologues et

²¹ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

²² Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²³ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

sont graves quant aux chances de survie des patients parce qu'ils sont accompagnés d'un retard à la détection du cancer.

Cependant, dans le cadre du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein, ces risques diminuent grâce à la deuxième lecture de la mammographie, systématique en cas de résultat lors de la première lecture.

L'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein dépend de la qualité de l'information délivrée en la matière mais aussi de l'acceptation des femmes à un risque de diagnostic de cancer et les possibles conséquences psychologiques qui en découlent. Cependant, en dépit des efforts préconisés par le Plan cancer 2009-2013, et même si des avancées sont aujourd'hui notables en matière d'information et d'acceptation notamment des femmes, les inégalités de recours et d'accès au dépistage organisé du cancer du sein demeurent.

1.2 La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein en France n'a pourtant pas fait disparaître les inégalités de recours et d'accès au dépistage

Il est important de saisir la différence entre le recours et l'accès. La frontière entre les deux n'est pas toujours aisée, parfois mêmes les causes peuvent être similaires.

Le recours à un dispositif ne signifie pas qu'il est inaccessible. Il est accessible mais les personnes ne s'en servent pas ou plus.

L'accès aux soins quant à lui peut être défini comme « *l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus ou les groupes de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé* »²⁴ Or, pour pouvoir utiliser les services de santé, encore faut-il les avoir compris et y accéder si bien que l'accès à la santé recouvre plusieurs significations : la compréhension des moyens disponibles, son utilisation et sa faculté d'utilisation.

Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein cumule les deux situations : des disparités dans son recours (1.2.1) et des inégalités dans son accès (1.2.2).

1.2.1 Des disparités dans le recours au dépistage

La question du recours aux soins met en avant diverses logiques : logique d'adhésion aux soins, logique de résistance à la démarche de soins, logique de renoncement aux soins.

²⁴ Pierre Lombrail, 2008, « Soins et prévention : un levier majeur pour réduire les inégalités », La santé de l'homme, n°397, septembre-octobre 2008, p. 38

Divers indicateurs permettent d'expliquer les disparités pouvant exister dans le recours aux soins. Deux indicateurs sont révélateurs d'une diversité sociale existant au cœur des villes et au sein des quartiers : la part des cadres et professions intellectuelles supérieures et la part des employés et ouvriers. La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est très souvent plus élevée dans le centre des villes que dans les quartiers d'habitat social.

Ainsi, le niveau d'études, et, par conséquent, la profession exercée et le niveau de revenu ont un impact sur le style de vie et influent sur les comportements vis-à-vis de la santé.

Un autre indicateur est révélateur des disparités existant dans le recours aux soins : le nombre de familles monoparentales. Très souvent, dans le cas des familles monoparentales, l'adulte est une mère. Les conditions de vie sont souvent plus difficiles et certaines familles cumulent alors des vulnérabilités qui pourront avoir une influence sur le comportement du recours aux soins : faible niveau de formation et de qualification, mauvaises conditions de logement, exposition au chômage. Les mères sont de surcroît visées par le dépistage du cancer du sein. En plus des diverses vulnérabilités qu'elles peuvent cumuler, on peut penser que la charge que représente la « gestion » quotidienne d'une famille leur laisse peu de temps pour se consacrer à leur santé en général et à leur suivi gynécologique en particulier.

De même la part de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) peut générer des contrastes importants en matière de recours aux soins. Tandis que cette part est en général plus faible au centre des villes elle a tendance à être plus élevée dans les quartiers d'habitat social.

En matière de dépistage organisé du cancer du sein, ces indicateurs peuvent expliquer les disparités existantes. Le niveau d'études, la qualification, le revenu, la monoparentalité, l'isolement...sont autant de facteurs pouvant expliquer que les femmes pourront pour certaines accepter de recourir au dépistage organisé mais très souvent seront surtout amenées à résister à la démarche d'une pratique de dépistage du cancer du sein ou à la refuser. Dans les quartiers situés au centre des villes, les femmes iront spontanément vers un dépistage à titre individuel. Dans les quartiers d'habitat social, peu de femmes iront vers un dépistage du cancer du sein, qu'il soit individuel ou organisé.

A cet égard, l'Observatoire Régional de Santé de Midi-Pyrénées souligne que « *les comportements de recours aux soins montrent qu'au-delà des caractéristiques socio-économiques des individus les comportements de recours sont associés à un niveau socio-économique du contexte de résidence. Cet effet pouvant être dû aux attitudes, aux valeurs et aux attentes des individus à l'égard du système de soins partagés dans le milieu de résidence* ». ²⁵

²⁵ <http://www.orsmip.org/tlc/documents/profiltoulouse231110.pdf>

Enfin, l'INCa a mené une enquête barométrique en janvier/février 2009 afin de mieux comprendre les attitudes, opinions, connaissances et pratiques déclarées des Français par rapport au dépistage des cancers.²⁶ Cette enquête révèle que « *trop de français sont encore convaincus que le dépistage est nécessaire uniquement si des symptômes ou douleurs sont ressenties* ». Outre le fait que cette confusion provienne en majorité des personnes âgées, les personnes des catégories les plus populaires (les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées et les personnes ayant peu de diplômes) sont aussi concernées par ce constat. En effet, les personnes sans diplôme considèrent pour 42% d'entre elles que le dépistage est utile uniquement en cas de symptômes et 39% considèrent que si l'on fait un dépistage, c'est que l'on a de fortes chances d'avoir un cancer. 38% des ouvriers partagent cette dernière opinion. Enfin, 44% des personnes qui n'ont pas le baccalauréat déclarent que le cancer est une maladie dont on ne guérit pas.

1.2.2 Des inégalités d'accès au dépistage

Les inégalités d'accès à un système de soins peuvent être multiples : géographiques, maillage sanitaire fragile, socio-économiques, culturelles, liées à la compréhension du système de soins, à l'information, etc.

Une étude récente publiée au Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire fait apparaître que « *le cancer du sein présente une situation particulière : les femmes ayant une situation sociale élevée ont à la fois des taux d'incidence les plus élevés et la meilleure survie* ».²⁷

Ainsi, dans le cas du cancer du sein, les inégalités sociales de mortalité combinent deux situations opposées : d'une part les femmes ayant une faible situation sociale étant favorisées pour l'incidence mais défavorisées pour la mortalité et d'autre part les femmes ayant une situation sociale élevée étant défavorisées pour l'incidence mais favorisées pour la mortalité.

Les inégalités sociales pour la survie sont liées à un meilleur accès aux soins et à un recours au dépistage plus important parmi les femmes ayant une situation sociale favorisée. Depuis l'amélioration de la pratique du dépistage organisé à travers sa généralisation notamment, cette amélioration à un niveau global pourrait avoir néanmoins augmenté les inégalités sociales de mortalité si l'accès au traitement, la qualité du traitement ou le dépistage sont liés à la situation sociale.

²⁶ Les Français face au dépistage des cancers, Synthèse des résultats de la 2^e vague de l'enquête barométrique INCa/BVA, Collection Enquête et sondages, p. 9. Disponible également sur www.e-cancer.fr

²⁷ Gwenn Menvielle, Annette Leclerc, Jean-François Chastang, Danièle Luce, 2 septembre 2008, « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », BEH, n°33, p.292

Plusieurs profils de femmes peuvent être distingués et permettent de comprendre la vision de chacune à l'égard du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

Des facteurs structurels peuvent expliquer la perception de l'organisation et du mode de mise en œuvre des campagnes de dépistage. Ainsi, pour les femmes issues de milieux sociaux favorisés, le caractère « organisé » du dépistage est très souvent associé à un sentiment de moindre qualité.

De même, l'expérience personnelle que les femmes concernées ont avec la médecine ou ses institutions peuvent expliquer leur position à l'égard du dispositif de dépistage organisé. Lorsque cette expérience est critique ou vécue de manière traumatisante, les femmes auront une position négative à l'égard du dispositif.

Mais encore, certaines femmes sont fortement inscrites dans un système de santé libéral et auront le réflexe d'effectuer des dépistages mais hors campagne, sous contrôle de professionnels connus en lesquels ils ont une totale confiance.

Enfin, la précarité constitue le facteur constituant le plus grand un frein à la participation des femmes au dépistage de sorte que deux grands profils de femmes qui ne participent pas au dépistage organisé du cancer du sein peuvent être retenus : les femmes les plus favorisées socialement et les femmes les plus défavorisées.

Les femmes en situation de vulnérabilité sociale, économique, identitaire, habitent pour la plupart en milieu rural ou dans des quartiers d'habitat social en périphérie des grandes villes, donc éloignées des centres de soins. Elles ne fréquentent pas de gynécologues mais un médecin généraliste qui ne l'encourage pas systématiquement à participer aux campagnes de dépistage et, ce faisant, elles ne saisissent pas bien l'enjeu du dispositif de dépistage organisé, ni le sens du courrier les invitant à y participer. Elles n'ont jamais été dépistées ou l'ont été depuis trop longtemps et ne perçoivent pas la portée préventive de l'acte de dépistage. Elles vivent souvent cet acte comme imposé par les institutions sans en comprendre l'enjeu. A ce titre, une enquête avait été recommandée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en 1997 puis mise en place en 1998 par la DGS et la Ligue nationale contre le cancer. L'étude a été confiée à l'association Recherches et évaluation sociologiques sur le social, la santé et les actions communautaires. Des sociologues ont alors mené des entretiens directs auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans n'ayant pas effectué de dépistage au cours de la précédente campagne dans quatre départements : l'Allier, la Loire, le Rhône et le Val-d'Oise. L'échantillon a été constitué en accord avec la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) sur la base des fichiers des différentes caisses d'assurance maladie des femmes invitées et non-participantes. Cet échantillon a été divisé en milieu rural et milieu urbain.

Il ressort des entretiens²⁸ que la plupart des femmes en situation de vulnérabilité vivent le dépistage comme un acte imposé par les institutions : « *si je n'allais pas, peut-être qu'ils allaient arrêter l'aide qu'ils me donnent pour vivre* », « *si je suis à 100% et je ne vais pas à ces examens, la Sécurité sociale pourrait me faire des problèmes* ».

Quant aux femmes les plus favorisées, « *maîtresse de leur destinée* »²⁹, elles habitent le plus souvent en milieu urbain et ont donc un accès aux soins plus aisé. Elles ont intégré les routines préventives de type médical dans leur vie quotidienne. Elles ont peur du cancer et ont saisi la portée du dépistage. Elles pensent souvent que le dépistage organisé peut être utile pour les femmes de catégorie socioprofessionnelle inférieure à elles. Elles ont un suivi gynécologique régulier et ont déjà pratiqué le dépistage du cancer du sein mais à titre individuel. Elles associent le dépistage organisé à un dépistage de moindre qualité.

Afin d'améliorer le recours au dépistage organisé du cancer du sein et de pallier les inégalités dans l'accès au dépistage organisé du cancer du sein, il semble essentiel que le dispositif soit coordonné par les acteurs en présence. Ces derniers sont nombreux, rendant parfois difficile la lisibilité du dispositif mais leur collaboration ne peut qu'être gage d'un progrès du dispositif.

1.3 Le dépistage organisé du cancer du sein est l'aboutissement d'une collaboration d'acteurs dont le succès dépend de leur engagement

Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein s'avère être une organisation complexe en raison notamment de sa lourdeur. En effet, il dénote un certain enchevêtrement des compétences lié à la multitude d'acteurs impliqués (1.3.1).

Il est également complexe parce qu'il fait intervenir à la fois des structures de gestion pilotes au niveau local, en lien avec des acteurs de terrain divers (1.3.2).

Enfin, sa complexité résulte de l'engagement variable des professionnels de santé concerné par le dispositif (1.3.3).

²⁸ Fernando Bertolotto, Milchel Joubert, Monique Leroux, Smeralda Ruspoli, Rosemary Ancelle-Park, Christine Jestin, Nicole Albi, Hélène Sancho-Garnier, « Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein », 21 janvier 2003, Numéro thématique Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 04/2003, pp. 24-25

²⁷ Fernando Bertolotto, Milchel Joubert, Monique Leroux, Smeralda Ruspoli, Rosemary Ancelle-Park, Christine Jestin, Nicole Albi, Hélène Sancho-Garnier, « Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein », 21 janvier 2003, Numéro thématique Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 04/2003, pp. 24-25

1.3.1 Une multitude d'acteurs impliqués dans le pilotage du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein

Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein s'articule en trois niveaux : national, régional et départemental avec en toile de fond, l'Assurance maladie.

L'Etat définit les stratégies de mise en œuvre du dispositif de dépistage et rédige le cahier des charges. Par l'intermédiaire de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), il assure le suivi et l'évaluation du programme à partir d'indicateurs comme le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein, le taux de participation par âge au programme national de dépistage organisé du cancer du sein, et des indicateurs départementaux nombreux tels les nombre de femmes dépistées, le taux de mammographies effectuées, etc.

Dans l'objectif d'une stratégie globale de lutte contre le cancer, le Plan cancer 2003-2007 a abouti à la constitution d'une agence dédiée à cette lutte : l'Institut National du Cancer (INCa). L'INCa est un groupement d'intérêt public créé par l'article 33 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique³⁰ et a été effectivement mis en place en mai 2005. Il est un opérateur de l'Etat chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Il a atteint toute sa légitimité grâce à son expertise en matière de pathologies cancéreuses. Il est ainsi le référent des entités publiques de l'Etat ou relevant de l'Etat. Il intervient dans quatre grands domaines : la recherche médicale et scientifique, l'amélioration de la qualité des soins, l'information des publics et en matière de santé publique. Ce dernier domaine regroupe d'une part la prévention et vise, de manière globale, à la réduction du nombre de cancers par de mesures préventives telles que la détection des facteurs de risque. Il regroupe d'autre part le dépistage. Les missions de l'INCa en matière de dépistage consistent à développer le repérage, le dépistage et le diagnostic précoce, améliorer les connaissances sur les dépistages, contribuer en la mise en œuvre des politiques de dépistages, faciliter l'articulation entre le dépistage et les soins et participer à la formation et à l'information des professionnels.

Le pilotage national est assuré par le Ministère en charge de la santé. Il est guidé par une logique politique à travers les ambitions présidentielles inscrites dans le Plan cancer et doit obtenir des résultats suite aux actions engagées.

Depuis la convention entre la Direction Générale de la Santé et l'INCa du 12 juillet 2006³¹, les dispositifs de dépistage en France sont conduits par deux comités : le Comité national

³⁰ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

³¹ Convention 2006-2007 relative à la mise en œuvre de la politique nationale de dépistage des cancers, entre l'Etat et l'Institut National du Cancer, signée le 12 juillet 2006

stratégique des dépistages des cancers et le Comité de pilotage du dépistage des cancers. Il s'agit donc, selon les termes même de l'INCa, d'un « co-pilotage ».

D'une part, le Comité national stratégique des dépistages des cancers est représenté par la DGS et a pour mission de soulever des propositions au ministre chargé de la santé en matière de politique de dépistage des cancers.

D'autre part, le Comité de pilotage du dépistage des cancers est représenté par l'INCa et est chargé de la mise en œuvre opérationnelle et du suivi des actions ou propositions faites par le Comité national stratégique des dépistages des cancers.

Au niveau régional, ce sont aujourd'hui les ARS qui assurent l'articulation des programmes de dépistage avec les Plans Régionaux de Santé (PRS). Elles sont garantes de la qualité du programme et sont compétentes pour évaluer les besoins en formation des professionnels de santé.

L'Assurance Maladie quant à elle est un acteur essentiel en termes de prise en charge de l'acte de dépistage via la mammographie. Pour ce faire, elle doit négocier avec les professionnels de santé afin de déterminer les conditions de remboursement de l'acte de dépistage, de favoriser leur adhésion et de s'assurer que ces professionnels adoptent les bonnes pratiques. Enfin, les CPAM fournissent aux médecins coordonnateurs des structures de gestion les fichiers des patientes appartenant à la population cible.

Quant à la mise en œuvre concrète du dépistage, elle s'organise à travers une entité départementale : la structure de gestion.

Ces dernières pilotent le programme de dépistage organisé et occupent une place très importante.

En vertu de l'arrêté du 29 septembre 2006³² relatif aux programmes de dépistage des cancers, « *les structures de gestion sont l'instance opérationnelle assurant l'organisation locale des dépistages organisés des cancers à l'échelle d'un ou plusieurs départements* ». Elles ont un statut juridique varié : elles peuvent être des associations ou des groupements d'intérêt public.

Elles ont un rôle pivot en ce qu'elles coordonnent le programme de dépistage organisé du cancer du sein au niveau local et ont un rôle polyvalent en ce qu'elles assument des missions multiples. En effet, elles sont responsables de dix missions :

- elles assurent les relations avec les professionnels de santé concourant au dépistage ;
- elles sont chargées de sensibiliser et d'informer les professionnels et la population ;
- elles organisent la seconde lecture des mammographies jugées normales ;

³² Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

- elles gèrent les fichiers des personnes dépistées ;
- elles organisent les relations avec les personnes dépistées ;
- elles sont chargées du recueil des données et de la transmission des résultats aux personnes concernées ;
- elles doivent assurer une gestion optimale des moyens financiers au travers de l'utilisation du budget ;
- elles organisent l'évaluation interne et assurent la qualité du programme ;
- elles retournent l'information vers les professionnels de santé ;
- elles conservent les données.

Ceci est révélateur d' « *une complexité et lourdeur du dispositif* »³³.

Une telle organisation s'est davantage complexifiée lorsque la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales³⁴ a prévu la recentralisation des activités de prévention sanitaires confiées aux départements par les lois de décentralisation précédentes en 1983. Cette recentralisation est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Auparavant, le département était en charge de l'organisation du dépistage du cancer du sein dans son territoire. Désormais, cette compétence revient à l'Etat de façon pleine et entière dans le but de mettre en œuvre un programme de dépistage organisé harmonisé sur l'ensemble du territoire.

Cependant, le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein a été touché par cette recentralisation. Les structures de gestion avaient auparavant comme interlocuteur principal le Conseil général qui finançait la majeure partie du budget de fonctionnement des structures de gestion. Ces dernières ont dû changer de référent. Néanmoins, certaines ont continué à travailler avec le Conseil général dans un cadre conventionnel prévu par la loi tandis que d'autres se sont complètement désengagés.

Ces trois niveaux national, régional et départemental impliquent ainsi l'existence d'acteurs multiples agissant avec des intérêts et des logiques d'intervention différentes, pouvant paralyser la lisibilité du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

Ces acteurs sont représentés par diverses institutions et organismes chargés du pilotage du dispositif.

Enfin, le programme de dépistage organisé du cancer du sein est également réalisé sur le territoire grâce à des acteurs de terrain divers.

³³ Bernier M, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Résultats du dépistage du cancer du sein, n° 1678, Assemblée Nationale, n° 362 Sénat

³⁴ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Les médecins coordonnateurs des structures de gestion ont un rôle central dans la mesure où ils sont chargés de la garantie de l'organisation et de la qualité du programme. Ils mènent les campagnes, gèrent la logistique, transmettent les résultats aux médecins traitants et assurent l'interface entre le dispositif et les professionnels de santé.

Les représentants des Conseils généraux sont également importants puisqu'ils symbolisent l'administration du département et s'assurent de l'effectivité du dispositif sur leur territoire.

Enfin, les associations ont un rôle majeur parce qu'elles consolident l'accessibilité au dépistage organisé et peuvent avoir une certaine influence sur le taux de participation. Elles encouragent la prise en compte du vécu des différentes populations et sont garantes du respect des intérêts des femmes dans le programme.

Cette multitude d'acteurs impliqués dans le pilotage du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein peut entraîner des difficultés dans la répartition des compétences de chacun. Les acteurs sont nombreux à tel point que l'on peut s'interroger sur une véritable coordination entre eux.

Sans oublier les professionnels de santé qui doivent impérativement adhérer et s'impliquer pour permettre le développement du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

1.3.2 L'implication variable des professionnels de santé

Les professionnels de santé concernés par le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein sont les radiologues, gynécologues et médecins généralistes. Leur adhésion au dispositif de dépistage organisé du cancer du sein est essentielle dans la mesure où ce sont eux qui peuvent inciter les femmes à participer.

L'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers prévoit que *« le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié des personnes, tant pour l'incitation au dépistage que pour la remise des résultats et le suivi des personnes. Les campagnes ne peuvent se faire sans son adhésion. La structure de gestion doit concentrer une partie de ses actions de communication sur les médecins (médecin traitant généraliste et médecins spécialistes concernés par le dépistage, les informant des modalités de déroulement des campagnes, afin qu'ils puissent à leur tour informer leur patient de l'importance du dépistage des cancers. Elle incite les médecins traitants et les autres professionnels de santé (ou les médecins spécialisés concernés par le dépistage) à*

*proposer l'examen de dépistage, lors d'une consultation, à leurs patients appartenant à la population cible ».*³⁵

Une enquête a été menée conjointement par le Centre de lutte contre le cancer Epidaure à Montpellier, la Ligue nationale contre le cancer, l'Institut de gestion de Rennes de l'Université de Rennes et le groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer en 2001³⁶. Bien qu'ancienne puisque réalisée à une époque où la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein n'était pas effective, même si certaines avancées ont été réalisées, cette enquête est toujours d'actualité. Elle met en évidence les principaux facteurs influençant la participation des femmes au dépistage organisé. Une des raisons majeures évoquée par les non-participantes est l'absence d'engagement des médecins de ville (généralistes et gynécologues). En réaction à ce problème, la DGS et la Ligue nationale contre le cancer ont réalisé un sondage téléphonique, via une agence spécialisée, auprès de mille généralistes dont 50% exerçaient dans un département où existait un dépistage organisé, puis 250 gynécologues dans plusieurs départements dont 45% exerçaient dans un département où existait un dépistage organisé.

Pour commencer, à cette époque, le dépistage était encore mal connu. Les avantages qu'offre le dépistage organisé (gratuité, qualité des tests, examens complémentaires, suivi et évaluation permanente) étaient ignorés. Pourtant, 70% des médecins généralistes connaissaient les intérêts du dépistage organisé mais considéraient qu'il présentait deux inconvénients majeurs : le sentiment d'exclusion du généraliste du programme de dépistage organisé et la lourdeur administrative qui les accompagne. De plus, certains associaient et associent aujourd'hui encore le dépistage organisé à un dépistage de moindre qualité.

Les gynécologues quant à eux connaissaient bien l'existence du dépistage organisé du cancer du sein. S'ils reconnaissaient bien les avantages du dépistage organisé, procurant qualité, équité et amélioration du suivi, pour autant, ils se sentaient aussi exclus du dispositif et invoquaient une lourdeur administrative et une baisse de qualité des soins. C'est pourquoi, ils associent souvent le dépistage organisé à un dépistage « au rabais ». Quant aux radiologues enfin, ils adhéraient en général au principe du dépistage organisé du cancer du sein mais ne jouaient pas toujours le jeu parce qu'ils sont intimement liés aux gynécologues.

Aujourd'hui, ces arguments sont toujours invoqués par les médecins généralistes et les gynécologues. Néanmoins, des progrès ont été réalisés. En effet, les structures de

³⁵ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, première partie, II Relations avec les professionnels de santé concourant aux dépistages organisés, II-1. Relations avec les médecins généralistes et spécialistes concernés

³⁶ Hélène Sancho-Garnier, Karine Gallopel et le groupe de pilotage de la ligue nationale contre le cancer, BEH Numéro thématique Dépistage organisé du cancer du sein n°04/2003 du 21 janvier 2003, « Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis des dépistages organisés : analyse d'une enquête par sondage, p.26

gestion se sont efforcées de sensibiliser les médecins généralistes et spécialistes, de les responsabiliser afin d'être un véritable pivot dans l'accompagnement des femmes au dépistage du cancer du sein et ce, conformément à l'arrêté du 29 septembre 2006³⁷ relatif aux programmes de dépistage des cancers. Si certains ont revu leur position et ont accepté d'inciter les femmes à participer au dépistage organisé du cancer du sein, d'autres conservent une position paternaliste, privilégiant ainsi la prescription individuelle.

La déclinaison régionale des impératifs liés au dépistage organisé du cancer du sein n'est pas toujours facilitée par les acteurs en présence qui développent parfois des stratégies d'action trop individuelles oubliant ainsi que le dépistage organisé du cancer du sein s'inscrit dans une démarche de santé publique et par conséquent, partenariale. Si le dispositif est intégré sur l'ensemble du territoire français, pour autant, il existe encore des inégalités de recours et d'accès au sein même des régions. Tel est le cas notamment de la région Midi-Pyrénées.

2. Le dépistage organisé du cancer du sein est intégré au sein de la région Midi-Pyrénées mais révèle des inégalités de recours et d'accès intra départementales et interdépartementales

Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein est intégré sur du territoire de la région Midi-Pyrénées depuis 2004 et est effectif depuis cette date. Sept ans après la phase de généralisation, la région Midi-Pyrénées fait apparaître des disparités tant au niveau du recours qu'en matière d'accès.

Les disparités dans le recours sont plus significatives en Haute-Garonne, plus particulièrement à Toulouse. Elles sont aussi existantes au sein des autres départements mais sont davantage liées à la représentation qu'ont les femmes vis-à-vis du cancer du sein et se manifesteront davantage par un renoncement. En revanche, les inégalités d'accès, si elles sont aussi présentes en Haute-Garonne à Toulouse, sont beaucoup plus marquées à un niveau interdépartemental.

2.1 L'identité de la région Midi-Pyrénées

La région Midi-Pyrénées est une région vaste marquée par de fortes disparités en des territoires urbains et des territoires ruraux.

³⁷ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

2.1.1 Une région marquée par des disparités entre les milieux urbains et ruraux

La région Midi-Pyrénées est une région vaste, composée de huit départements. La répartition de la population a une structure spécifique. Un tiers des habitants vivent dans la métropole toulousaine, un tiers dans les zones rurales et un tiers dans les zones urbaines. Malgré cet apparent équilibre, la région est en fait inégalement peuplée. Les contrastes de densité humaine et d'attractivité démographique alimentent de fortes disparités. Ces dernières s'analysent en quatre écarts. Tout d'abord, la région Midi-Pyrénées a une capitale régionale dont l'aire urbaine atteint les 900 000 habitants, dont la croissance a alimenté un vaste espace périurbain et qui a absorbé plus de la moitié des nouveaux arrivants.

La région Midi-Pyrénées est en outre composée de villes moyennes dont les modalités de développement sont très diverses.

Mais encore, elle comprend des espaces ruraux résidentialisés.

Enfin, elle est constituée de vastes espaces ruraux ou montagneux peu peuplés.

De l'étendue de la région, de sa structure et répartition démographique résultent des difficultés particulières pour un accès à la santé pour tous.

Par ailleurs, la région Midi-Pyrénées est affectée par des situations défavorables susceptibles d'altérer l'accès à la santé.

En effet, elle renferme des disparités d'un département à l'autre. Ces disparités infrarégionales ne s'atténuent pas : malgré la baisse des taux de mortalité dans tous les départements, il reste des départements (Ariège, Hautes-Pyrénées) où les taux de mortalité sont plus élevés et même devenus supérieurs à la moyenne nationale.

La région Midi-Pyrénées compte également des zones vulnérables. Ceci s'explique par des situations toujours moins favorables de certains cantons des Pyrénées, du Tarn-et-Garonne mais aussi dans des communes rurales et isolées des autres départements. Ces disparités renvoient à un constat majeur, celui des inégalités sociales et territoriales de santé. C'est en effet le plus souvent dans les zones rurales, parfois enclavées, et qui, en plus, cumulent différents facteurs de risques liés à leur particularité de peuplement (personnes en situation précaire, personnes isolées, de faible niveau de formation et de revenu) que les résultats sont les plus défavorables.

L'observation par territoire de santé confirme l'opposition rural/urbain qui apparaît comme un déterminant important de ces disparités de santé dans la région. Cette opposition urbain/rural n'est pourtant pas l'unique justification aux inégalités d'accès et de recours qui persistent au sein de la région Midi-Pyrénées.

2.1.2 Le diagnostic territorial des départements de la région Midi-Pyrénées révèle des inégalités de recours et d'accès au dépistage organisé du cancer du sein

L'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées (ORSMIP) a réalisé en décembre 2009 un bilan de santé dans chacun des huit départements composant la région Midi-Pyrénées³⁸. Ce bilan est accompli à partir du suivi et des indicateurs de santé accessibles.

Chaque bilan s'articule autour de trois axes. Le premier présente les caractéristiques sociodémographiques et économiques du département susceptibles d'affecter la situation épidémiologique et influencer sur les besoins de santé (densité, département à dominante rurale ou urbaine, le vieillissement de la population, le niveau de précarité financière).

Le deuxième axe s'appuie sur l'analyse des indicateurs de santé témoignant du niveau sanitaire du département (espérance de vie, mortalité prématurée, disparités de santé). Cet axe comprend également des indicateurs sur l'accès à la prévention, avec notamment le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein.

Ces deux premiers axes sont très intéressants dans l'analyse des inégalités pouvant exister entre les différents départements composant la région.

Enfin, le troisième axe relate le suivi des indicateurs illustrant les différents comportements et facteurs de risques pour la santé dans le département.

Sur les huit départements de la région Midi-Pyrénées, la moitié sont des départements ruraux. Une grande partie de la population vit dans les espaces à dominante rurale dans le Gers, le Lot, l'Aveyron et l'Ariège. De plus, ces départements, en plus d'être à dominante rurale cumulent pour les quatre une faible densité de population. En revanche, à l'exception de l'Ariège, ce sont les départements de la région les moins touchés par la précarité financière. Quant à la situation sanitaire, elle est favorable dans les trois mêmes départements, à l'exception de l'Ariège qui occupe une place préoccupante à tous les niveaux.

En ce qui concerne les quatre autres départements (Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Tarn et Tarn-et-Garonne), à dominante plus urbaine, les indicateurs révèlent des profils différents d'un département à l'autre.

La Haute-Garonne constitue un département de contrastes dans sa répartition démographique et sa structure sociale. En effet, si le département présente une situation socio-économique souvent plus favorable que dans le reste de la région et une précarité financière moins visible, il existe toutefois des disparités. Les écarts de revenus y sont les

³⁸ www.orsmip.org

plus importants de la région. Quant aux indicateurs de santé, s'ils font apparaître une situation sanitaire et épidémiologique la plus favorable des huit départements, avec notamment une espérance de vie la plus élevée tant pour les hommes que pour les femmes ou une mortalité générale et prématurée bien inférieure à la moyenne nationale tant chez les hommes que chez les femmes, il n'en reste pas moins que ceci masque des disparités géographiques et des inégalités sociales de santé.

Le Tarn est le deuxième département le plus peuplé de la région et se situe parmi les dix départements de métropole qui ont les espérances de vie les plus élevées à soixante ans. Il est un département de la région présentant le moins de difficultés en ce qu'il ne présente pas de disparités.

Enfin, les départements du Tarn-et-Garonne et des Hautes-Pyrénées sont les deux départements plus concernés par les situations de précarité. Le premier constitue le département où la part des populations en situation de précarité est la plus forte de la région. Le second présente un taux de chômage des plus élevés de la région.

Ainsi, si la région Midi-Pyrénées est l'une des régions où l'espérance de vie est la plus élevée, elle n'est pourtant pas épargnée par les problèmes liés à la précarité financière, au chômage, à l'isolement ou à l'éloignement géographique.

En ce qui concerne plus précisément le cancer du sein, les huit départements, sans exception, sont touchés. En effet, le cancer du sein représente dans ces huit départements la première cause de décès prématuré témoignant de besoins de prévention.

Ici encore, les disparités sont grandes : certains départements affichent une diminution significative de la mortalité par cancer du sein (Hautes-Pyrénées, Tarn, Ariège), d'autres au contraire affichent une augmentation préoccupante de la mortalité par cancer du sein (Aveyron, Lot). Enfin, les trois derniers départements présentent une situation spécifique. La Haute-Garonne présente certes une sous-mortalité par cancer du sein mais une augmentation de l'incidence de ce cancer. Le Gers expose un taux de mortalité par cancer du sein élevé dans certains cantons ruraux. Le Tarn-et-Garonne enfin présente une mortalité par cancer du sein plus élevée dans des cantons limitrophes au Gers et à l'Aveyron et plus faible dans des cantons proches du Lot et de la Haute-Garonne.

Une étude récente de l'ORMIP sur le « Profil Santé Toulouse » a été menée en novembre 2010³⁹ et permet de donner des explications en termes d'inégalités de recours et d'accès. Dans un premier temps, l'ORMIP souligne qu'à Toulouse, 44,5% des cadres et professions intellectuelles supérieures se groupent au centre de la ville tandis que plus de 70% des employés et ouvriers vivent dans les quartiers d'habitat social. Mais encore,

³⁹ <http://www.ormip.org/tlc/documents/profilitoulouse231110.pdf>

près de 13% des familles monoparentales vivent dans la métropole et dans 85% des cas, l'adulte est une mère. Egalement, 8,6% des bénéficiaires de la CMU-C vivent au centre de Toulouse contre au moins 30% dans les quartiers d'habitat social.

Ceci confirme que le faible niveau de formation et de qualification, les mauvaises conditions de logement, l'exposition au chômage, l'isolement, l'éloignement géographique, etc...., peuvent influencer tant sur le recours que l'accès aux soins.

A cet égard, la coordinatrice de l'Atelier Santé Ville (ASV) de Toulouse, qui travaille dans les quartiers de zones urbaines sensibles où l'habitat social est majoritaire, explique qu'en matière de dépistage organisé du cancer du sein notamment, il faut avoir conscience des différences d'existence dès le départ. Dans ces quartiers, poursuit-elle, la part de gynécologues est restreinte parce qu'ils sont concentrés au centre de la ville expliquant que peu de femmes ont un suivi gynécologique régulier et les freins au recours sont multiples : le déni, la peur, les tabous, la langue et la dimension culturelle.

En outre, la participation aux campagnes de dépistage du cancer du sein n'est pas homogène dans l'ensemble de la région Midi-Pyrénées. Sur les huit départements, seuls deux ont un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein inférieur à la moyenne nationale et régionale. Ce constat doit être nuancé par la pratique d'un dépistage spontané important.

En revanche, dans les cinq autres départements, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est supérieur à la moyenne nationale et régionale et est complété par un plus faible taux de dépistage spontané.

Le taux de participation sur la région Midi-Pyrénées s'élève, pour l'année 2009 à 47,8%⁴⁰. Ce taux est inférieur au taux national qui s'élève, en 2009, à 53%⁴¹. Il recouvre ainsi des réalités différentes suivant les départements : Ariège 45,5%, Aveyron 47,4%, Haute-Garonne 36,7%, Gers 63,4%, Lot 55,9%, Hautes-Pyrénées 53,8%, Tarn 53,7%, Tarn-et-Garonne 62,7%.

Dans ce cadre, des actions de communication et de sensibilisation sont initiées en Midi-Pyrénées, afin de répondre aux besoins de prévention. Elles sont toutefois hétérogènes.

⁴⁰ Source INSEE

⁴¹http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers_depistage/participation_depistage_sein_2008_2009.htm

2.2 Les stratégies de communication et de sensibilisation révèlent des initiatives locales hétérogènes

Les entretiens conduits auprès de trois responsables de structures de gestion dans trois départements particuliers (Lot, Aveyron, Haute-Garonne) ont mis en évidence la nécessité d'élaborer une stratégie de communication afin de sensibiliser toujours plus les femmes pour participer au dépistage organisé du cancer du sein. Ce dernier, parce qu'il est la première cause de décès prématuré dans l'ensemble de la région Midi-Pyrénées témoigne d'un besoin de prévention qui doit être satisfait à travers la communication et partant, la sensibilisation aux femmes.

L'élaboration d'une campagne de dépistage doit pour ce faire se référer à des réalités sociales et culturelles.

Chacun des huit départements de la région Midi-Pyrénées sont impliqués mais de façon hétérogène pouvant s'analyser comme un facteur de disparités dans l'accès au dépistage organisé.

2.2.1. La situation du Lot : une communication relayée par divers organismes sur l'ensemble du territoire

L'entretien mené avec le responsable de la structure de gestion de l'Association lotoise pour le Dépistage des Cancers (ADECA 46), a révélé l'importance que cette association attache à la communication qui est faite auprès des femmes. Celui-ci a insisté dans un premier temps sur la nécessité de disposer de relais dans tout le département afin qu'il n'y ait pas de situations d'inégalités. Pour ce faire, il utilise diverses stratégies. Des relais sont mobilisés dans tout le département et sont divers, au premier rang desquels la presse. Elle est en effet un excellent moyen pour toucher le public. La presse constitue un très bon relai de communication et d'information au dépistage du cancer du sein non seulement pour les populations urbaines mais aussi pour les populations rurales et défavorisées. En effet, le responsable d'ADECA 46 a très clairement manifesté sa volonté de « *toucher le public hors du centre de Cahors. Ce qui me préoccupe, ce sont les populations défavorisées situées en périphérie, habitant le plus souvent dans des quartiers HLM et souffrant de l'isolement* ». Pour ce faire, en collaboration avec les services de presse, un journal gratuit destiné à recueillir de nouveaux abonnements, consacrant des pages sur le dépistage organisé du cancer du sein est distribué dans les boîtes aux lettres des personnes vivant dans ces quartiers.

Mais encore, ADECA 46 travaille en lien avec la mairie de Cahors et le Conseil général afin de relayer l'information relative au dépistage organisé du cancer du sein. La mairie

diffuse des messages sur des panneaux électroniques et le Conseil général prête gratuitement les abribus pour diffuser les campagnes de dépistage.

ADECA 46 travaille aussi activement avec le service de transports en commun. A ce titre, d'une part, les arrières des bus, familièrement appelés les « culs de bus », sillonnent la ville avec l'affichage du dépistage organisé du cancer du sein. D'autre part, le service chargé de l'affichage sur les « culs de bus » offre en supplément un autre service dans le bus : des dépliants présentant les horaires consacrés au dépistage organisé.

En outre, ADECA 46 multiplie les relations avec les commerçants afin de relayer l'information. Concrètement, il a rassemblé les pharmaciens, la poste, les boulangers à travers les sacs à pain portant cette année 2010 l'inscription « *le dépistage c'est la santé, le faire c'est la conserver* », les salons de coiffure et les esthéticiennes. Il envisage à l'avenir de continuer cet effort de communication à travers d'autres commerçants comme les bouchers, mais également la chambre des métiers afin de sensibiliser à la fois les secteurs du bâtiment, de l'alimentaire et du service.

Par ailleurs, ADECA 46 entretient des relations suivies avec les médecins spécialistes et généralistes. Toujours dans l'optique de favoriser un accès égal sur l'ensemble du territoire lotois, cette association favorise une approche par cantons afin de mobiliser les spécialistes concernés sur tout le département, « *pour une meilleure répartition et un accès optimal* ». L'intérêt recherché est aussi d'établir une équité dans la réputation des spécialistes. C'est pourquoi, ADECA 46 ne mobilise pas d'une année sur l'autre les mêmes spécialistes. D'une part ceci permet aux spécialistes de se faire connaître et d'autre part, cela permet progressivement de tous les impliquer dans le dépistage organisé du cancer du sein et de gagner leur adhésion au dispositif.

2.2.2 La situation en Haute-Garonne : une communication qui s'est intensifiée en 2010

Le responsable du Groupement d'intérêt public de Dépistage Organisé des Cancers de Haute-Garonne (DOC 31), explique qu'en 2003, peu de temps avant la généralisation du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein, les actions de communication étaient réalisées en partenariat avec la Ligue contre le cancer ou de manière autonome. Il était difficile de trouver des partenaires voulant s'impliquer dans le dispositif et relayer l'information sur le département de Haute-Garonne, si bien que le responsable de DOC 31 qualifie l'instauration du dépistage organisé comme un « *dépistage fait dans la douleur* ». La problématique était financière. En effet, un budget communication était prévu pour chaque structure de gestion dans la région Midi-Pyrénées, identique, quelle que soit la densité de population des départements. Dès lors, les campagnes de

communication se réduisaient à la consécration d'articles relatifs au dépistage organisé dans quelques magazines et des spots publicitaires à la radio. Aucun travail en partenariat n'était développé.

A partir de 2009, pour sensibiliser les femmes à la pratique d'un dépistage organisé du cancer du sein et parvenir à augmenter leur participation, l'objectif de DOC 31 est en premier lieu une communication essentiellement orientée vers les professionnels de santé du département avec l'objectif d'établir un référentiel d'harmonisation et de coordination des pratiques professionnelles en matière de dépistage organisé. Ainsi, entre octobre 2008 et septembre 2009, plus de neuf cent médecins ont été rencontrés : 22 réunions ont été organisées et 17 matinées « portes ouvertes ». L'objectif affiché était de réunir les professionnels de santé afin de les responsabiliser et de les impliquer.

Pour autant, la communication en direction des populations concernées par les dépistages n'a pas été négligée : médias écrits (publication tout au long de l'année dans un magazine gratuit « l'Air du temps » proposant des informations relatives au dépistage, articles dans la « Revue de la Sécurité sociale Midi-Pyrénées »), affichage dans le métro de Toulouse dans une station par mois, spots radiographiques et télévisuels, animation de réunions « grand public ». Des actions de communication voient le jour et s'intensifient. Néanmoins, le responsable de DOC 31 ne cache pas que les actions de communication ne sont pas suffisamment coordonnées et leur portée reste trop faible. Ainsi, il affirme que « *Seul un partenariat avec l'ensemble des acteurs de santé de notre département et de la région peut permettre de générer non plus de simples « vaguelettes » mais une véritable « vague » visible par tous* ». Pour ce faire, à l'initiative de DOC 31, un Comité de pilotage d'Octobre rose a été créé le 17 mars 2010. Ce comité réunit des représentants des petites et grandes institutions de la Haute-Garonne ayant un rapport direct ou indirect avec le cancer. Deux groupes de réflexion ont vu le jour lors de la création de ce comité de pilotage : un groupe chargé d'imaginer la communication à destination du grand public et un groupe chargé d'imaginer la communication à destination des professionnels de santé. Les partenaires du premier groupe sont l'ARS, la CPAM Haute-Garonne, la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG), la Mutualité Sociale Agricole (MSA), Le Régime Social des Indépendants (RSI), la Mutualité Française Midi-Pyrénées, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), l'Institut Claudius Regaud, la Mairie de Toulouse représentée par l'association du Cancéropôle, l'Association de l'Oncopôle Toulouse Midi-Pyrénées, le Cancéropôle Grand Sud-Ouest, la Ligue contre le cancer, l'Association Stars (Science, Technologie, Art, Recherche, Savoir) et Sanofi Aventis France.

Les partenaires du groupe dédié à la communication vers les professionnels de santé est composé de radiologues, médecins de santé publique, gynécologues, gynécologue sénologue, praticiens, chirurgien, anatomopathologistes et médecin généraliste.

Le projet proposé par le Comité de pilotage d'Octobre rose vise d'une part à faire parler du dépistage et transmettre les messages essentiels aux populations concernées en utilisant des vecteurs culturels et non pas uniquement les canaux traditionnels. Ici se situe l'originalité de la campagne octobre rose en Haute-Garonne. En effet, en complément des supports classiques de communication, les messages de santé publique sont relayés par des événements culturels tels que des créations artistiques dans différents quartiers de Toulouse. Des rencontres théâtrales, menées par la troupe « Les Délieuses de langues » ont été organisées dans divers quartiers et à destination de divers publics : quartiers défavorisés et publics fragilisés. L'objectif est d'apporter une sensibilisation de manière ludique et interactive, et d'ouvrir des échanges collectifs autour du dépistage du cancer du sein.

Le projet du Comité de pilotage d'Octobre rose ambitionne d'autre part de viser les femmes n'ayant jamais participé et dépistage organisé du cancer du sein et les femmes effectuant un dépistage individuel. Cette stratégie est intéressante et permettra sans doute des avancées. En effet, la sensibilisation au dépistage organisé du cancer du sein est difficile pour deux catégories de femmes : les femmes n'ayant jamais participé au dépistage organisé et souvent fragilisées par divers facteurs de vulnérabilité et les femmes qui ont compris la nécessité d'un dépistage du cancer du sein mais non la nécessité de son caractère organisé.

2.2.3 La situation en Aveyron : l'existence d'un « Comité féminin pour la prévention et le dépistage des cancers » et d'un mammobile

L'existence d'un Comité féminin pour la prévention et le dépistage des cancers et l'existence d'un mammobile sont les deux points forts constituant un réel avantage pour un département tel que l'Aveyron. En effet, en Aveyron, 40% des femmes concernées par le dépistage du cancer du sein vivent à plus de 60 kilomètres d'un équipement mammographique⁴².

C'est en 1991, à l'initiative de l'Assemblée Départementale des Elues Aveyronnaises qu'un projet de mise en place d'une campagne de dépistage organisé du cancer du sein en Aveyron a débuté, soit plus de dix années avant sa généralisation. En 1994, le Ministère de la Santé accepte le dossier de candidature de l'Aveyron pour la mise en place d'une campagne de dépistage organisé du cancer du sein. Dès le départ, le projet prévoit que le dispositif aveyronnais comprendra des cabinets de radiologues existants et une unité mobile de dépistage qui permettra à la population rurale d'avoir un accès facilité

⁴²http://www.cg12.fr/site/haut/menu_principal/missions/sante_et_solidarite/le_depistage_mammobile/mammobile

au dépistage. En juin 1999, l'Assemblée Départementale des Elues Aveyronnaises suscite la création d'une association : le Comité féminin pour le dépistage du cancer du sein en Aveyron. Elle a pour vocation d'accompagner les femmes à chaque moment de leur préoccupation par rapport au dépistage. Les membres fondateurs de cette association sont des femmes représentatives de la société aveyronnaise toutes convaincues de l'intérêt d'un dépistage précoce du cancer du sein : élues, médecins, pharmaciennes, infirmières, gynécologues, Présidente des familles rurales, assistantes sociales, etc. En avril 2000, le Conseil général achète et équipe le mammobile. Il met en place une équipe constituée d'un médecin généraliste spécialisé en radioprotection et formé à l'examen clinique des seins dans le cadre du dépistage, de deux manipulatrices en électroradiologie formées à la radioprotection, au contrôle de qualité, ainsi qu'à la pratique des mammographies de dépistage. Le personnel du service comprend également une secrétaire chargé de l'organisation des rendez-vous et du suivi des dossiers ainsi qu'un chauffeur qui assure le déplacement et l'entretien du camion.

Par ailleurs, le mammobile est équipé d'un sénographe permettant d'effectuer les mammographies et faisant l'objet d'une déclaration à l'Office de Protection contre les Radiations Ionisantes. Il répond aux critères de qualité indiqués dans le cahier des charges et subit régulièrement les contrôles de qualité réglementaires. Le mammobile est aussi équipé d'une développeuse permettant de développer les clichés immédiatement. Cependant, les clichés ne sont pas interprétés dans le mammobile.

En janvier 2001, le mammobile est présenté à Rodez. Une réunion entre le Conseil général et les caisses d'assurance maladie jette les bases d'une structure de gestion sous la forme d'une association : l'Association aveyronnaise pour le Dépistage des Cancers (ADECA 12) constituée le 28 juin 2001.

C'est ainsi qu'en octobre 2001 débute en Aveyron la première campagne de dépistage organisé du cancer du sein. En 2007 est introduit le dépistage organisé du cancer colorectal si bien que le Conseil général a décidé de la création d'un pôle de dépistage des cancers.

En juin 2008, le Comité féminin devient Comité de sensibilisation pour le dépistage des cancers en Aveyron. Il inclut le dépistage organisé du cancer colorectal et a pour mission l'information et la sensibilisation de la population pour plusieurs dépistages. Ce comité est constituée sous la forme d'une association Loi 1901 et a pour objet d'informer, de sensibiliser, de rassurer, d'accompagner les aveyronnaises et aveyronnais dans toutes les actions de dépistage et de prévention des cancers.

Le Comité occupe une place essentielle dans les campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. Le « noyau dur » du comité de sensibilisation planifie, organise, anime, communique sur la campagne de dépistage. Il fonctionne en binôme, par canton et apporte le message aux personnes relais. Pour être toujours plus proche des habitants et

les sensibiliser au mieux, il est mis en place dans chaque canton un comité local constitué de relais de terrain. Ce Comité local devient le relais et l'interlocuteur privilégié du comité de sensibilisation dans la mesure où il connaît bien les particularités de leur canton et de leur population.

Enfin, le Comité de sensibilisation n'est pas figé dans ses actions. Elles sont en constante adaptation, remaniement et création en fonction de la participation et de la réaction de la population aux campagnes de dépistage : mise en place de réunions d'information publiques dans chaque canton ou communes, organisation de conférences menées des spécialistes (oncologues, psychologues, cancérologues) suivies de groupes de parole, interventions auprès des salariés et bénévoles d'associations ou d'entreprises, interventions auprès des étudiants infirmiers de 2^{ème} et 3^{ème} année de l'IFSI et des aides-soignants de la Croix-Rouge, création d'affiches spécifiques, de dépliants et tracts pour les deux campagnes, dédramatisant le concept du dépistage, création de cartes postales envoyées à chaque foyer des cantons avant l'intervention du Comité, campagne d'affichage sur les abribus du département, distribution de tracts sur les marchés, opération avec les esthéticiennes du département qui sensibilisent durant le mois d'octobre les femmes au dépistage du cancer du sein, etc. L'on peut souligner aussi la spécificité du département aveyronnais de ne pas laisser les populations rurales isolées. En effet, un partenariat avec Groupama d'Oc Assurance, permet de proposer, en milieu rural, une possibilité de transport pour les femmes n'ayant pas de moyen de locomotion pour aller se faire dépister au mammobile.

Le Comité et l'organisation du mammobile par ADECA 12 sont situés dans les mêmes locaux prêtés par le Conseil général. Le mammobile est un moyen peu développé en France, original et permettant de pallier les inégalités d'accès au dépistage organisé.

Une « carte interactive »⁴³ à jour permet d'identifier les mois de passage du mammobile sur deux années. A ce jour, sont disponibles les passages pour les années 2011 et 2012. Il est un excellent moyen de participation des femmes au dépistage du cancer du sein surtout si l'on observe le peu de cabinets de radiologie existants sur le territoire aveyronnais. Deux cabinets sont situés sur le territoire de l'Aveyron Nord (Decazeville), trois sur le territoire de l'Aveyron Sud (Millau et Saint-Affrique), six au Centre (Rodez) et un dans l'Ouest (Villefranche de Rouergue). Aucun cabinet n'est présent dans l'Est du département ce qui témoigne d'une situation d'inégalité géographique d'accès à la santé préoccupante.

Si le mammobile est un outil de lutte contre les inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein, pour autant, il présente un inconvénient majeur ainsi que l'a clairement expliqué la responsable de la structure de gestion ADECA 12. En effet, s'il permet

⁴³ <http://www.depistage-cancers-aveyron.com/fr/despistage-prs-chez-moi/carte.php>

d'établir des clichés, en cas de résultat positif lors de la deuxième lecture, la patiente devra être suivie dans des cabinets situés dans des zones souvent éloignées de chez elles.

Dans ces trois départements, choisis volontairement parce qu'ils sont à la fois ruraux et urbains, la communication est essentielle pour développer la participation au dépistage organisé du cancer du sein. Néanmoins, le travail en réseau, crucial aux yeux du responsable de DOC 31, n'est pas ou peu développé.

2.3 Des actions de proximité auprès des publics fragilisés

Les actions de proximité sont essentiellement portées par les associations. Ces dernières apportent leur contribution sur les thématiques spécifiques de la prévention et de l'accès aux soins. Œuvrant en proximité, pouvant par la connaissance qu'elles ont du terrain, mesurer le lien entre santé et difficultés sociales, leur rôle est important : elles peuvent créer des dynamiques sur les territoires et sensibiliser les habitants à tel ou tel aspect de santé. La rencontre de deux associations toulousaines m'ont permis de comprendre que de telles actions auprès des publics rencontrant des difficultés de recours et d'accès au dépistage organisé sont essentielles.

2.3.1 L'exemple d'une association féminine implantée dans une zone urbaine sensible à Toulouse

Si les associations sont les mieux placées pour développer un travail de proximité et connaître les besoins des populations, celles-ci ne sont pas suffisamment soutenues et mises en réseaux. C'est pourquoi très souvent, des projets sont construits de manière trop isolée et restent ainsi éphémères. Parfois même, aucun projet n'est construit alors même que la structure associative est la mieux placée pour développer des projets de proximité.

Tel est le cas par exemple à l'association Mosaïka implantée dans une Zone Urbaine Sensible (ZUS) à Toulouse, plus précisément dans le quartier Reynerie. Cette association est « *une association de femmes pour les femmes* ». Elle est un lieu d'accueil, d'écoute, de convivialité et d'accès à la citoyenneté. Elle permet de créer ou recréer du lien social, de trouver ou retrouver une participation citoyenne et l'accès au droit commun, contribuer à la construction de projets personnels et permettre aux femmes de trouver ou retrouver un épanouissement dans leur vie de famille. Je suis allée à la rencontre de cette association dans la mesure où la troupe théâtrale « Les Délieuses de langues » lancée

par DOC 31 s'y est rendue lors de la campagne octobre rose afin de sensibiliser les femmes de ce quartier en proposant un spectacle au public féminin illustrant les représentations des freins au dépistage organisé du cancer du sein et ouvrant par la suite le débat entre le public et un médecin présent à la réunion. En effet, la responsable de l'association a bien précisé que la rencontre a été très bien menée dans la mesure où c'était ludique et interactif. Ceci a permis de sensibiliser les femmes présentes et de leur faire connaître le dispositif. La plupart méconnaissaient l'existence du dispositif. Pourtant, il s'agit d'une association de femmes. Ainsi, lorsque j'ai posé la question « y a-t-il des actions engagées en matière de prévention et plus précisément en matière de cancer du sein ? » la réponse a été négative. Certes la troupe théâtrale s'est rendue à Mosaïka à la demande de DOC 31 qui ne savait pas comment atteindre ce public et a permis d'établir une séance interactive.

Néanmoins, la responsable de l'association m'a fait part des difficultés à mettre en place des actions relatives notamment au dépistage du cancer du sein parce qu'« *il faut du temps, beaucoup de travail en amont des moyens humains et financiers que nous n'avons pas* ». J'ai poursuivi en lui demandant s'il y avait des partenariats avec d'autres associations de la zone. La réponse est sans appel : non seulement Mosaïka est la seule association de femmes présentes sur le territoire de la ZUS mais en plus, les actions sont très segmentées et propres à chaque quartier. Il n'y a aucun partage entre les quartiers même s'ils sont très près les uns les autres, « *chacun son quartier* ».

Ceci permet de comprendre que même si les associations féminines semblent les mieux placées pour agir auprès des femmes et les sensibiliser au dépistage du cancer du sein, il n'en reste pas moins qu'elles souffrent d'un manque de moyens humains et matériels pour mener à bien cette sensibilisation. Pour autant, la représentation théâtrale a eu un effet positif dans la mesure où cela a permis de faire comprendre à certaines femmes que le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein existe et ce, de manière pédagogique et interactive. Ainsi, les actions de DOC 31 avec ce public, même minimales, doivent se poursuivre afin que le message de sensibilisation perdure.

2.3.2 L'exemple d'une association toulousaine de prostituées

L'association Grisélidis est une association de santé communautaire travaillant avec les « travailleuses du sexe » dans le centre de Toulouse. L'action communautaire travaille avec et non pour les personnes. Cette méthode de travail est utilisée avec des

communautés stigmatisées et éloignées du système de soins. La santé est abordée de manière globale et pas uniquement comme l'absence de maladie.

L'une des finalités de cette association est plus précisément l'accès à la santé.

Le public est majoritairement composé de femmes et de personnes migrantes. Environ 80% sont d'origine étrangère.

En 2010, grâce aux efforts menés par DOC 31 pour développer les partenariats, l'association Grisélidis a constitué un relai d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein. Ceci s'est fait de deux façons : à travers la représentation théâtrale et grâce aux tournées réalisées par l'association elle-même.

Les Délieuses de langue, sont également venues faire une représentation théâtrale dans les locaux de l'association. Selon l'infirmière de l'association, une telle action s'est avérée non seulement ludique, à la portée de toutes les femmes, mais a de plus permis d'engager des discussions collectives sur le thème du cancer du sein. Les « travailleuses du sexe » sont avant tout des femmes et par conséquent concernées par le cancer du sein. Ceci a permis à l'association de comprendre les freins à la pratique d'un dépistage du cancer du sein. Ces facteurs sont liés dans la plupart des cas à l'absence de couverture sociale, ce qui les conduit à ne pas faire du dépistage organisé du cancer du sein leur priorité. Les freins se manifestent également à travers la représentation qu'ont ces femmes de la maladie. Très souvent, elles ne veulent pas savoir ou attendent d'avoir un problème pour en parler. Enfin, dans beaucoup de cas dans le milieu de la prostitution, le principal frein est dû à la difficulté de la représentation qu'ont les femmes du médecin, celui-ci ayant envers elles une attitude trop souvent stigmatisante. Il y a avec ces professionnels de santé une véritable difficulté à instaurer d'une relation de confiance.

Par ailleurs, l'association Grisélidis travaille dans un objectif « d'aller vers ». Elle mène une présence quotidienne sur le terrain de travail et de vie des personnes concernées. L'action de l'association se manifeste dans ses locaux mais également hors ses murs. A travers ses « tournées » en bus, l'association, tout en favorisant l'instauration d'un lien de confiance, a pu relayer l'information relative au dépistage organisé du cancer du sein. Et l'interlocuteur de l'association souligne que les tournées sont divisées en deux temps : le jour et la nuit. Elle précise que les tournées de jour s'adressent à un public plus âgé de femmes et donc visées directement par le dépistage organisé du cancer du sein. Pour autant, l'association manifeste la volonté d'agir aussi au plus près des jeunes femmes, parce que selon elle, la santé c'est aussi agir en amont.

La principale difficulté réside dans le fait que si des actions sont aujourd'hui engagées auprès de publics fragiles, elles sont aujourd'hui encore trop timides. C'est pourquoi il est nécessaire de les maintenir et de les renforcer, ainsi que le précise l'interlocuteur de l'association Grisélidis.

2.3.3 Les actions de l'Atelier Santé Ville de Toulouse : un volet consacré au dépistage du cancer du sein

Depuis la circulaire interministérielle du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des Ateliers santé ville⁴⁴, la généralisation de cette démarche dans le cadre des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) a été décidée et rendue effective progressivement dans les territoires concernés en France. Cette démarche vise à affirmer le rôle des villes aux côtés des services de l'Etat dans le développement de projets locaux de santé et la mise en œuvre de la politique nationale et régionale de santé au niveau local. Les ASV doivent permettre, sur les territoires prioritaires situés en ZUS, d'identifier les problématiques et questions de santé touchant les publics les plus fragilisés puis d'élaborer, en proximité et de manière partenariale et participative, des actions et mesures correctrices susceptibles de contribuer à la réduction des facteurs d'inégalité dont souffrent ces populations.

A Toulouse, la coordinatrice de l'ASV travaille sur le dépistage organisé du cancer du sein dans les quartiers Reynerie et Bellefontaine, situés en ZUS.

Cette action est récente et importante aux yeux de la coordinatrice de l'ASV qui croit beaucoup au travail de proximité. Elle a été mise en œuvre au cours de la campagne octobre rose 2010. L'objectif principal est de mener un travail d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein adapté au public visé. Ce travail nécessite du temps et une mise en réseaux de partenaires sur le long terme afin que la connaissance du dépistage organisé du cancer du sein se « banalise ». Pour parvenir à informer le public, l'ASV a trouvé plusieurs moyens originaux : la réalisation d'un film déroulant le portrait de femmes connues dans les quartiers visés dont la réalisation finale est prévue pour avril 2011, travailler avec des écrivains publics et organiser des « sorties dépistage ».

La réalisation d'un film est pertinent pour ces quartiers parce qu'il est réalisé par des femmes connues dans ces quartiers. Selon la coordinatrice de l'ASV, il est nécessaire, pour atteindre ces publics, de s'appuyer sur les ressources des habitantes qui peuvent constituer d'excellents moteurs. Elles seront les mieux placées pour expliquer, valoriser et sensibiliser sans aspect moralisateur. Ceci permettra non seulement de mobiliser les femmes mais également d'échanger sur le sujet.

Par ailleurs, l'ASV mobilise des écrivains publics. Ce sont des écrivains qui ont un rôle particulier. Ils offrent une aide dans la démarche d'accès aux soins et aux droits, un

⁴⁴ Circulaire DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des Ateliers santé ville

accompagnement des personnes en difficulté sociale qui maîtrisent mal la langue française et ont besoin du soutien d'un professionnel. Il permet de consolider les liens sociaux et indirectement, il apporte sûrement une confiance plus grande aux femmes dans ces quartiers qui iront peut-être plus facilement se faire dépister.

Quant aux « sorties dépistage », l'idée est intéressante en ce qu'elle permet aux femmes qui ont souvent très peur, ainsi que le précise la coordinatrice de l'ASV, d'être accompagnées dans la démarche de dépistage. A ce jour, cette action n'est qu'une prévision, elle n'est pas encore mise en œuvre.

Pourtant, l'importance du dépistage organisé se doit d'être confortée et renforcée par les acteurs impliqués.

3. Perspectives d'évolution : l'importance du dépistage organisé doit être renforcée

Des actions concrètes se développent de plus en plus dans la région Midi-Pyrénées et sont particulièrement innovantes en Haute-Garonne. Elles sont cependant aujourd'hui encore nombreuses à être réalisées de façon individuelle et non collective. Ceci s'explique pour des raisons parfois politiques, parfois financières mais aussi pour des raisons personnelles. Il est difficile de convaincre dans un premier temps les médecins généralistes encore trop guidés par une médecine curative et non préventive. Pourtant, ils sont les interlocuteurs placés au plus près des populations, ils ont un rôle pivot comme le souligne la loi HPST.⁴⁵ C'est pourquoi, ainsi que le précise le plan cancer 2009-2013, il est nécessaire de replacer le médecin traitant au cœur du dispositif de dispositif de dépistage organisé du cancer du sein. (3.3).

Ceci ne pourra pas se faire sans l'implication commune et partagée des acteurs de terrain tels que les responsables des structures de gestion ou des structures associatives afin de porter ensemble un message de santé publique.

Une coordination régionale est ainsi nécessaire (3.1) afin de perfectionner les actions de communication et de sensibilisation aux divers profils de femmes (3.2) sur l'ensemble de la région.

3.1 La nécessité d'une coordination régionale

Les initiatives locales sont trop hétérogènes et ne permettent pas d'atteindre une clarté dans le dispositif au sein de la région Midi-Pyrénées. Augmenter la participation des

⁴⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

femmes au dépistage organisé du cancer du sein doit nécessairement passer par une mutualisation des acteurs et une coordination régionale, assurée par l'ARS.

3.1.1 Une réflexion commune des acteurs indispensable

Au cours des entretiens réalisés avec quatre responsables de structures de gestion, à la question posée « y a-t-il une réflexion commune entre les huit structures de gestion ? », tous n'ont pas répondu de la même façon, révélant parfois les tensions pouvant exister entre les différentes démarches adoptées par chaque structure de gestion. Si la réponse n'est pas unanime, ceci s'explique en grande partie par l'hétérogénéité des structures de gestion. Il existe deux formes juridiques. Les structures sont soit des groupements d'intérêt public, soit des associations. En Midi-Pyrénées, quatre structures de gestion ont un statut associatif (Aveyron, Gers, Lot et Tarn), quatre ont un statut de GIP (Ariège, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Tarn-et-Garonne).

A la question « y a-t-il une réflexion commune entre les huit structures de gestion ? », le responsable de la structure de gestion de Haute-Garonne affirme que « *la réponse est à la fois positive et négative* ». En effet, DOC 31 avait proposé initialement au Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) qui avait en charge la gestion et l'animation des programmes de dépistage des cancers, deux solutions : un budget attribué au prorata de la population ou la création d'un « pot commun ». Le GRSP a refusé, marquant une négation à l'existence d'une réflexion commune.

Néanmoins, la réponse est positive eu égard à la création d'un site internet commun⁴⁶. Or, cette réponse doit être nuancée parce que tous les responsables des structures de gestion n'y ont pas adhéré. En effet, les structures de gestion du Lot et de l'Aveyron ont refusé d'adhérer à ce principe d'un portail électronique commun.

DOC 31 souligne qu'il existe une réflexion commune à d'autres égards. D'une part, parce qu'une informaticienne a été engagée sur la région dans son ensemble et partage ses compétences entre les départements toujours à l'exception du Lot et de l'Aveyron. D'autre part, parce que quatre médecins travaillant en Haute-Garonne partagent leurs compétences en Ariège et Tarn-et-Garonne. Enfin, parce qu'il existe un référentiel de codage commun entre six départements à l'exception du Lot et de l'Aveyron, permettant la réalisation d'études épidémiologiques.

Par la suite, observant l'isolement des départements du Lot et de l'Aveyron en matière d'actions communes, j'ai cherché à connaître les raisons justifiant un tel isolement. Le responsable de la structure DOC 31 m'a dès lors fourni l'explication. En ce qui concerne l'Aveyron, la raison expliquant son isolement est une raison politique. En effet, le financement de la structure de gestion ADECA 12 provient en partie du Conseil général.

⁴⁶ Site internet commun : www.ccdcmp.com

Depuis 2004, l'Etat s'est progressivement substitué aux conseils généraux dans le financement des structures de gestion. Dès lors, un certain nombre de conseils généraux se sont désengagés. Cependant, ceux qui le souhaitent ont pu signer une convention avec les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) permettant de conserver la compétence en matière de gestion des dépistages organisés des cancers et les crédits alloués. Les autres structures de gestion ont signé une convention avec les DRASS. Ainsi, les actions entreprises en Aveyron dépendent de la volonté propre du Conseil général dans le domaine des dépistages organisés des cancers. Ce concours peut prendre plusieurs formes d'actions de communication au service du dépistage organisé ou des contributions financières directes à la structure de gestion. Dans le cas de l'Aveyron, nous l'avons vu, il s'agit essentiellement de la mise en place du Comité de sensibilisation et du Mammobile.

En revanche, en ce qui concerne le Lot, si le responsable de la structure de gestion DOC 31 manifeste son incompréhension et dénonce l'« absurde » de la situation, le responsable d'ADECA 46 l'a créée tout seul et manifeste de son côté la peur d'une fédération, d'une crainte d'être absorbé par les autres structures de type GIP et de voir tout ses efforts réduits à néant.

De son côté l'Ariège répond positivement à la question de l'existence d'une réflexion commune. En effet, le responsable de la structure de gestion insiste sur l'existence d'une réflexion commune médicale. En effet, il précise que si « *les structures ne sont pas fédérées de façon officielle, les médecins coordonnateurs se sont toujours rencontrés régulièrement pour mutualiser leurs réflexions* » et que cette réflexion commune des médecins coordonnateurs permet d'« *harmoniser tous nos supports (textes des lettres d'invitation au dépistage par exemple)* ».

Par conséquent, l'on ne peut que confirmer les propos du Haut Conseil en Santé Publique dans son rapport final relatif à l'évaluation du plan cancer en janvier 2009⁴⁷. En effet, si « *le statut associatif permet de préserver une forme d'indépendance et de souplesse [...] il implique cependant une double fragilité. D'une part il est vulnérable sur le plan financier, porté bien souvent par la volonté de quelques acteurs [...], d'autre part il se trouve dans une situation d'isolement, peu impliqué au sein des dispositifs de cancérologie ou des structures de santé publique* ».

⁴⁷ Rapport final du Haut Conseil de la Santé Publique *Evaluation du Plan Cancer*, janvier 2009, p. 241

Inversement, une structure de gestion disposant d'une autorité régionale « *a le mérite d'être neutre et de permettre un véritable engagement de la communauté médicale* »⁴⁸

Ainsi, un travail de mutualisation des structures de gestion des dépistages organisés des cancers paraît nécessaire non seulement pour avoir un pilotage régional fluide mais également pour éviter les doublons et mener des actions de communication et d'information complémentaires sur l'ensemble de la région.

L'ARS constitue aujourd'hui l'instance qui permet d'assurer la cohérence entre la promotion des dépistages, de la prévention et de l'accès au système de soins. Elles permettent de relayer et d'adapter la politique nationale.

3.1.2 L'ARS permettra d'assurer un pilotage régional à travers le Projet Régional de Santé Publique

En 2009, le Haut Conseil de la Santé Publique⁴⁹ préconise une clarification des rôles au niveau institutionnel. Il souligne l'intérêt de définir des objectifs à atteindre au niveau national, chaque région étant par la suite libre d'adopter l'organisation qui lui paraît la plus pertinente, sous l'autorité des ARS. Ainsi, l'ARS constitue une véritable opportunité pour assurer une harmonisation du pilotage régional des dépistages et pour assurer la cohérence entre la promotion des dépistages.

L'ARS peut assurer un tel pilotage régional à travers un outil issu de la réforme Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) : le PRS. Il est défini par le décret du 18 mai 2010⁵⁰ relatif au projet régional de santé. Le PRS porte sur l'ensemble du champ de compétences de l'ARS. Il a vocation à proposer une vue d'ensemble et une mise en cohérence et à garantir dans chaque région la transversalité des actions. Ainsi, il est a priori un outil d'harmonisation des actions entreprises sur une région. Il comprend un plan stratégique régional de santé (PSRS) qui est décliné dans le cadre de schémas régionaux d'organisation puis de programmes régionaux et territoriaux. Ce PSRS est élaboré à partir d'un diagnostic qui comprend notamment une évaluation des besoins et une analyse qualitative et quantitative de l'offre existante et de son évolution prévisible. Il fixe les objectifs et orientations pluriannuels de santé visant à améliorer la réponse aux besoins de santé et l'efficience du système de santé. En matière de dépistage des cancers, la déclinaison du PRS en PSRS est un outil intéressant et gage d'une amélioration du dispositif en ce qu'il permet d'améliorer les besoins de prévention et en ce qu'il vise la

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Ces objectifs sont par la suite déclinés en schémas d'organisation notamment un schéma régional de prévention. Les schémas sont eux-mêmes déclinés en plan d'actions qui prennent la forme de programmes régionaux tels que le programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et de programmes territoriaux.

En région Midi-Pyrénées, l'élaboration du PRS fait l'objet d'une réflexion méthodologique organisée autour de trois axes : la définition des territoires de santé, le diagnostic sur les besoins de santé et le diagnostic sur le système de santé. Une telle approche est intéressante en ce qu'elle s'appuie sur la participation active des acteurs locaux témoignant d'une prise en compte des besoins de chaque population dans les départements de la région. La définition des territoires de santé implique de déterminer un ou plusieurs découpages territoriaux destinés à répondre aux besoins identifiés. Le diagnostic sur les besoins de santé permet l'évaluation des besoins de santé non satisfaits et l'identification des leviers d'action afin d'améliorer l'état de santé de la population. Enfin, le diagnostic sur le système de santé induit une analyse globale du système de santé visant à identifier les principaux dysfonctionnements et inadéquations dans les prises en charge, en vue de définir les actions pouvant améliorer l'efficacité du système de santé.

En matière de besoins de prévention que représente le dépistage organisé des cancers, le PRS permet d'avoir une approche globale du système de santé et vise à décloisonner l'offre de prévention.

En région Midi-Pyrénées, l'arrêté du 1^{er} septembre 2010 définit chaque département comme un territoire de santé. Il existe donc désormais non plus quinze secteurs de santé mais huit territoires de santé. L'ARS, via le PRS, assure ainsi une meilleure lisibilité et un décloisonnement. A ce jour, une cartographie des besoins de santé est en préparation dans chaque département. Ils seront les lieux d'organisation de la santé, au plus près des besoins locaux et permettront une organisation plus optimale des moyens de prévention et de lutte contre l'exclusion. Le découpage de ces bassins de santé est actuellement en phase de concertation. Il intègre sur certaines zones une dimension interdépartementale, plus en phase avec les habitudes locales de recours aux soins.

Toutefois, la grande hétérogénéité des territoires en Midi-Pyrénées doit être prise en compte dans les domaines d'action de l'ARS. A ce titre, la stratégie de l'ARS Midi-Pyrénées est articulée autour de quatre grandes priorités au premier rang desquelles l'amélioration de l'état de santé de la population et la promotion de l'égalité face à la santé. A cet égard, l'action de l'ARS Midi-Pyrénées est principalement centrée sur certains territoires et sur les populations les plus vulnérables. L'analyse par territoire menée par l'ORSMIP met en évidence une situation épidémiologique plus défavorable en Ariège, dans les Hautes-Pyrénées et dans le Tarn-et-Garonne.

Le problème à ce jour reste qu'il existe une prévalence de la précarité financière faisant apparaître une situation défavorable dans certains quartiers urbains et cantons ruraux mais l'ARS ne dispose que d'informations parcellaires sur les inégalités sociales de santé. Dans le cadre du PRS, l'ARS s'attachera à développer la politique de prévention. La promotion de l'égalité face à la santé sera prise en compte de manière transversale dans l'ensemble des politiques menées par l'ARS. Elle trouvera une modalité d'expression privilégiée à travers les Contrats Locaux de Santé. La circulaire du 20 janvier 2009⁵¹ relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation de la mise en place des contrats locaux de santé identifie les contrats locaux de santé comme de « *nouveaux outils de développement local [qui] permettront de coordonner l'action publique de l'ARS et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées. Le contrat local de santé aura vocation à s'appliquer à l'ensemble des territoires de santé qui seront déterminés par l'ARS* ».

Une telle démarche a déjà été proposée en milieu urbain à Toulouse et en milieu rural en Ariège.

3.2 Perfectionner des actions de sensibilisation adaptées aux divers profils des femmes

L'objectif essentiel en matière de dépistage organisé est d'assurer un taux de participation important, afin de parvenir à animer et développer le dispositif et assurer son efficacité. Dans cette optique, les actions de communication, d'information et de sensibilisation auprès des femmes sont essentielles. Pour améliorer le dispositif, il faut cibler les femmes qui ne participent pas au dépistage, déterminer leurs profils et adapter les moyens devant être mobilisés afin de parvenir à les intégrer dans le dépistage organisé du cancer du sein et, par conséquent, augmenter le taux de participation.

Dans un premier temps, il semble essentiel de répertorier les femmes qui ne participent pas au dépistage organisé du cancer du sein en région Midi-Pyrénées. Dans ce cadre, l'IASS pourrait affirmer son rôle de coordinateur en proposant, avec l'appui d'un médecin inspecteur de santé publique pouvant aider à la réalisation d'une étude de besoins et à l'interprétation des données ainsi que l'appui des structures de gestion disposant des fichiers de femmes via l'assurance maladie, la réalisation d'une étude afin de mieux connaître les femmes qui ne participent pas au dépistage organisé du cancer du sein.

⁵¹ Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

Plusieurs études ont certes été menées au niveau national concernant les freins à la participation des femmes âgées de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein. Or, les données régionales ne sont pas suffisamment fournies. C'est pourquoi, il paraît intéressant de mener une telle étude au niveau régional, plus précisément au niveau de la région Midi-Pyrénées. L'IASS aurait une mission d'« assembler » : il dispose à ce titre d'une capacité d'animation et de fédération des acteurs, capable de favoriser l'émergence et le dynamisme d'un réseau propre à améliorer le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein, en réunissant divers acteurs impliqués tels que les acteurs institutionnels et associatifs.

Il coordonnerait les remontées des besoins et permettrait à l'ARS de disposer d'une meilleure visibilité sur les actions possibles à améliorer.

Une première phase de cette action pourrait être constituée par un appel à chaque responsable de structure de gestion afin que ceux-ci répertorient en amont, grâce aux fichiers de l'assurance maladie, les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein, en fonction des courriers envoyés. Un délai raisonnable de deux mois pourrait être laissé à chaque responsable afin de procéder à ce recensement.

Une seconde phase consisterait à réunir les huit responsables de structures de gestion et les représentants d'associations féminines. Cette réunion permettrait dans un premier temps d'analyser le nombre de non-participantes au dépistage organisé du cancer du sein. Chaque responsable de structure et les représentants des associations féminines pourraient proposer des questions spécifiques, afin d'établir, de manière concertée et adaptée à chaque département, une grille d'entretien. Il paraît nécessaire de réunir les associations féminines car cette solution aurait l'avantage de mobiliser une entité proche des femmes disposant d'un local pour administrer les questionnaires.

Une fois cette grille d'entretien déterminée, un temps pourra être consacré à la réalisation des questionnaires.

Ces questionnaires préciseront notamment l'âge exact, l'emploi, le niveau de diplômes, le lieu d'habitation, la situation familiale, le nombre d'enfants, la connaissance ou non du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

Enfin, une fois les questionnaires retournés, ils seront traités et analysés. Ceci permettra d'établir un bilan sur le ou les profils des femmes qui ne participent pas au dépistage organisé du cancer du sein.

Concernant la réalisation du bilan, le recours à un sociologue professionnel serait souhaitable. L'appui du service « informatique » peut aussi constituer une aide importante pour le traitement des données recueillies.

Cette préconisation pourrait se décliner en une fiche-action qui pourrait se présenter de la façon suivante :

<p><u>Fiche action</u> : mise en place d'un questionnaire à destination des femmes non-participantes au dépistage organisé du cancer du sein</p>
<p><u>Objectif</u> : augmenter le taux de participation des femmes au dépistage organisé dans la région Midi-Pyrénées</p>
<p><u>Sous-objectifs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- lister les non-participantes au dépistage organisé du cancer du sein- atteindre les non-participantes- déterminer les profils des non-participantes
<p><u>Porteur du projet</u> : ARS (IASS, MISP, service « informatique »)</p>
<p><u>Partenaires</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- structures de gestion- associations féminines- sociologue
<p><u>Modalités de réalisation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- répertorier les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein- réunion des partenaires- élaboration d'un questionnaire précis- réalisation des questionnaires- traitement des questionnaires
<p><u>Modalités d'évaluation</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- indicateur d'activité : nombre de femmes ayant participé au questionnaire- indicateur d'évaluation : augmentation du taux de participation dans la région Midi-Pyrénées

De plus, l'établissement du ou des profils de femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein serait un levier intéressant pour adapter les campagnes de communication. Ainsi par exemple, une communication spécifique pourrait être utile auprès de la population de femmes qui adhèrent difficilement au programme de dépistage

organisé et privilégient le dépistage individuel. De même, un travail spécifique pourrait être mené auprès des relais communautaires pour attirer les femmes issues de l'immigration, avec des outils d'information adaptés et éventuellement traduits. Ou encore, une communication spécifique pourrait être réalisée dans les villes de zones urbaines sensibles avec un argumentaire adapté pour présenter le programme dans ces zones.

Afin de connaître plus en détail les profils de femmes qui ne participent pas au dépistage organisé du cancer du sein, un acteur essentiel doit être davantage mobilisé : le médecin traitant. Il est l'interlocuteur le plus proche des populations et est le mieux placé pour connaître l'environnement médical et social des femmes.

3.3 Redéfinir l'activité du médecin traitant : favoriser la convergence entre le médical et le social

Le médecin traitant est celui qui est le mieux placé pour comprendre les populations féminines. Il dispose d'une capacité d'écoute et de dialogue et est capable de gérer les angoisses des femmes. De par sa proximité, il est celui qui peut connaître au mieux l'environnement social des femmes. C'est pourquoi, si son rôle prépondérant est inscrit dans l'arrêté du 29 septembre 2006⁵² relatif aux programmes de dépistage des cancers, ce rôle doit être réalisé de manière plus concrète.

3.3.1 Remettre le médecin traitant au cœur du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein

L'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers souligne que « *le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié des personnes tant pour l'incitation au dépistage que pour la remise des résultats et le suivi des personnes* »⁵³.

S'il est vrai que le médecin traitant est véritablement impliqué dans le circuit de dépistage organisé du cancer colorectal, il n'en va pas de même en matière de dépistage organisé du cancer du sein. Il n'est pas suffisamment intégré dans le circuit d'invitation et de suivi du dépistage organisé du cancer du sein comme l'indique pourtant l'arrêté du 29 septembre 2006.

⁵² Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

⁵³ Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, II Relations avec les professionnels de santé concourant aux dépistages organisés, II-1 Relations avec les médecins généralistes et spécialistes concernés.

Impliquer le médecin traitant dans le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein revient à donner une mission de prévention à celui-ci. Or, la représentation de la médecine est essentiellement curative. Donner une mission de santé publique aux médecins généralistes supposerait de changer de paradigme, en passant d'une médecine curative à une médecine préventive intégrant l'environnement social des personnes. Or, tous les médecins généralistes acceptent peu de se voir confier des missions de prévention et de santé publique. Pourtant, le médecin traitant semble être le mieux à même de pouvoir orienter les femmes vers un dispositif de dépistage organisé du cancer du sein. Le médecin traitant a une information inégalable de ses patients et des facteurs de risque pour leur santé. En effet, il dispose d'une capacité d'écoute et de dialogue avec ses patientes, d'une capacité de se rendre à domicile, d'une connaissance du patient dans son environnement (famille, village, quartier). Ainsi, s'il agit favorablement auprès des femmes concernées par le dispositif en les orientant vers un dépistage organisé, il peut être un excellent levier pour augmenter les taux de participation. Or, s'il est placé au plus près des populations, le médecin traitant n'est pas forcément celui qui se sentira le plus investi d'une mission de prévention et, plus généralement, d'une mission de santé publique.

En matière de dépistage organisé du cancer du sein, le problème résulte du fait qu'aujourd'hui, ainsi que le souligne le rapport Grünfeld, « *le dépistage organisé du cancer du sein dispose de résultats suffisamment solides pour qu'il ne faille pas bouleverser son organisation* »⁵⁴.

C'est pourquoi, en matière de dépistage organisé du cancer du sein, il apparaît plus opportun d'encourager le développement de programmes organisés pour l'ensemble d'un groupe de populations à risque, en raison de leur situation socio-économique, sans pour autant tomber dans la stigmatisation de ces populations. En effet, le suivi gynécologique et le dépistage du cancer du sein sont moins fréquents dans les catégories sociales les plus défavorisées. Les obstacles sont multiples : économiques, administratifs, psycho-sociaux, culturels voire personnels.

Ainsi, afin d'encourager la participation des femmes des catégories sociales défavorisées, il serait souhaitable dans un premier temps d'encourager la formation initiale et continue des professionnels au dépistage, les médecins généralistes n'ayant pas reçu une formation suffisante dans ce domaine. Mais il ne suffit pas de les former. Il faut également leur rappeler sans cesse leur implication dans le dispositif de dépistage organisé.

Un effort majeur de formation doit être engagé en direction des médecins généralistes. Ils sont une clé de réussite d'un programme de dépistage de masse. Ils peuvent permettre

⁵⁴ Rapport Grünfeld , *Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 pour un nouvel élan* , 14 février 2009, p. 26

une participation suffisante au dépistage et limiter les effets délétères. Leurs informations et conseils sont déterminants sur l'efficacité et la qualité du programme. Ils peuvent ainsi donner des conseils sur les objectifs du dépistage, sur ses différentes étapes, sur l'éventualité d'une nouvelle convocation, sur la signification d'un résultat positif. Ils peuvent en outre être l'interlocuteur privilégié permettant de rassurer les femmes faussement dépistées. Ils sont enfin les mieux placés pour accompagner et gérer l'anxiété des participantes en situation d'attente de résultat.

Un outil a été proposé par l'Assurance Maladie afin d'inciter les médecins à s'impliquer davantage dans des missions de prévention, en particulier le dépistage organisé du cancer du sein. Toutefois, cet outil ne s'avère pas suffisamment incitatif.

3.3.2 Un outil à améliorer : les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Dans l'entretien mené avec le service prévention de la CPAM de Haute-Garonne, une piste d'amélioration a été soulevée afin d'inciter les médecins traitants à orienter leur patientes vers le dispositif de dépistage du cancer du sein. Cette amélioration possible s'incarne dans les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 donne la possibilité à la CNAMTS de proposer à des médecins libéraux conventionnés des CAPI. En effet, l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 énonce que : *« Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne. Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé »*⁵⁵.

⁵⁵ Loi de financement de la sécurité sociale n° 2007-1786 pour 2008, article 43, codification article L 162-12-21 du Code de la sécurité sociale.

Ces derniers reposent sur les objectifs définis par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique⁵⁶, les recommandations de la HAS et de l'AFSSAPS.

Il s'agit d'un contrat conclu entre l'assurance maladie et les médecins. Ce contrat instaure le principe d'une rémunération à la performance sur la base de trois grands objectifs : la prévention, le suivi de pathologies chroniques et l'optimisation des prescriptions. En matière de prévention, le dépistage du cancer du sein est visé. Ainsi, la signature d'un CAPI pourrait permettre aux médecins traitants de jouer un rôle d'orientation des femmes vers le dépistage du cancer du sein, moyennant une rémunération supplémentaire. Ceci est un levier permettant aux médecins d'adhérer plus facilement et de s'impliquer dans le dépistage du cancer du sein.

Le CAPI est en outre un contrat d'adhésion volontaire et réversible.

Il est un outil intéressant dans la mesure où il peut consolider la participation aux actions de prévention, en particulier le dépistage du cancer du sein.

Cependant, le CAPI montre des limites. Dans un premier temps, ainsi que l'a souligné l'interlocuteur du service prévention de la CPAM de Haute-Garonne, les CAPI ne mentionnent pas précisément le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein. Seul un dépistage est mentionné. Ainsi, si le médecin a la faculté, à travers le CAPI, d'orienter ses patientes vers un dépistage du cancer du sein, il n'est pas certain que cette orientation sera celle d'un dépistage organisé. Les patientes seront sûrement plus orientées vers un dépistage individuel.

Dans un second temps, le même interlocuteur déplore le caractère volontaire et réversible du contrat. A tout moment un médecin peut quitter le programme.

Mais encore, il semble que ces contrats trouvent leur limite en ce qu'ils ne sont pas véritablement incitatifs. En effet, si la valorisation de la performance médicale est obtenue en échange d'une rémunération complémentaire, il n'y a aucune sanction si les objectifs ne sont pas atteints. Ainsi, les médecins traitants ne sont pas forcément tentés d'accentuer leurs efforts en matière de prévention notamment.

Enfin, le CAPI, ainsi que l'a souligné le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), semble « *antidéontologique* ». En effet, selon le CNOM dans sa décision du 24 avril 2009, « *la relation de confiance indispensable à la qualité de la prise en charge d'un patient serait affectée. Les patients pourraient se demander si le médecin a agi en fonction de son intéressement financier ou pour son seul bien* ». ⁵⁷

Ainsi, l'idée que les CAPI pourraient amener grâce à une compensation financière les médecins traitants à exercer des missions de prévention et plus largement de santé

⁵⁶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

⁵⁷ <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/%C2%AB-capi-%C2%BB-le-non-du-cnom-tels-qu'ils-sont-ils-contreviennent-la-deontologie-654>

publique, est très vite faussée par les inconvénients majeurs qu'ils induisent. Dans l'idéal, ces CAPI devraient être reformulés, intégrant le cas échéant une compensation financière mais avec un engagement pluriannuel sans caractère réversible, des objectifs et des résultats à atteindre. Si ces derniers s'avéraient insuffisants, aucune compensation financière ne pourrait être attribuée.

Conclusion

Le dispositif de dépistage organisé du cancer du sein procède d'une organisation complexe et fait apparaître des limites au sein même des régions. Il implique de multiples acteurs rendant parfois difficile son pilotage. De plus, s'il affiche l'ambition de rendre le dépistage accessible à toutes sur l'ensemble du territoire, cette ambition cède face à ses modalités d'organisation au sein des régions.

En région Midi-Pyrénées, malgré des avancées récentes, cette région se situe parmi celles qui ont le plus faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sur l'ensemble du territoire français. Ce dépistage rencontre diverses limites.

Elles tiennent à un manque d'harmonisation des initiatives locales et un manque de coordination des acteurs impliqués et à la présence d'inégalités de recours et d'accès au dépistage organisé du cancer du sein. De plus, les spécificités régionales s'inscrivent dans ces difficultés.

Dans ce cadre, l'organisation même du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein en région Midi-Pyrénées se doit d'être adaptée en fonction du territoire, en coordonnant les actions multiples des acteurs, principalement des structures de gestion, via la présence des ARS à travers le PRS. En outre, afin d'augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein, il semble nécessaire de répertorier le nombre de non-participantes grâce aux fichiers des structures de gestion et d'analyser les divers profils de ces non-participantes. Ainsi, les actions de communication et de sensibilisation pourront être adaptées à ces profils. Enfin, il reste que l'intervention du médecin généraliste dans la pratique du dépistage du cancer du sein est considérée comme nécessaire et utile ainsi que le précise l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. Or, il n'est pas intégré de manière formelle dans le circuit d'invitation et de suivi. Pourtant, il est le mieux placé pour toucher de près les femmes et les sensibiliser à la pratique d'un dépistage organisé du cancer du sein. Il est donc nécessaire de redéfinir son activité, par des actions de formation initiale et continue, et de le replacer au cœur du dispositif parce qu'il est la principale source susceptible d'augmenter la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein.

La réussite d'une prévention organisée du cancer du sein se mesure au niveau de réduction constatée des inégalités sociales face à cette pathologie. Elle repose sur une politique plus active sur les facteurs sociaux et une offre de proximité autour des territoires de santé dans une organisation au plus près de la population et reposant sur des acteurs certes diversifiés mais devant travailler en partenariat.

La problématique reste que les résultats ne sont pas rapidement disponibles. Si la mise en place d'actions de sensibilisation au dépistage organisé du cancer du sein prend du temps, la visibilité de leur résultat également. Il faudra donc du temps pour parvenir à sa démocratisation.

Bibliographie

• Textes juridiques

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales
- Décret n° 2005-419 du 3 mai 2005 relatif à l'Institut National du Cancer
- Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999
- Arrêté du 27 septembre 2001 relatif aux cahiers des charges des structures de gestion et des radiologues participant au programme de dépistage organisé
- Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers
- Circulaire DGS n°2002/21 du 11 janvier 2002 relative à la généralisation du dépistage organisé des cancers du sein
- Convention 2006-2007 relative à la mise en œuvre de la politique nationale de dépistage des cancers, entre l'Etat et l'Institut National du Cancer, signée le 12 juillet 2006
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé
- Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation de la mise en place des contrats locaux de santé
- Décret n° 2002-1569 portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale
- Circulaire DGS/DHOS/SD1A/2006/383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des Ateliers santé ville

● Articles

- Aurélie Bourmaud, Alice Nourissat et Franck Chauvin, 20 février 2010 « Dépistage et diagnostic précoce des cancers : deux démarches pour un même objectif », La Revue du praticien, Tome 60 n°2 p.184
- Guy Launoy et le réseau FRANCIM, 20 février 2010, « Epidémiologie des cancers en France », La Revue du praticien, tome 60, n°2, page180
- Sophie A. Lelièvre, Marie-Laure Moquet-Anger, Communication et responsabilités en matière d'information sur le dépistage du cancer du sein, Revue de droit sanitaire et social n°3 mai-juin 2009, p.480
- Pierre Lombrail, 2008, « Soins et prévention : un levier majeur pour réduire les inégalités », La santé de l'homme, n°397, septembre-octobre 2008
- Gwenn Menvielle, Annette Leclerc, Jean-François Chastang, Danièle Luce, 2 septembre 2008, « Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°33, p.292
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Institut de veille sanitaire, 21 janvier 2003, Numéro thématique : Dépistage organisé du cancer du sein, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 04/2003, pp. 13-28
- P.Soler-Michel, I.Courtial, A Bremond, 2005, « Participation secondaire des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. Revue de la littérature », Revue d'épidémiologie et de santé publique, n°5 novembre 2005, Volume 53, p.549
- Bernard Junod, Anne-Marie Begué-Simon, 2008, « Ethique du dépistage du cancer du sein », février 2008, n°2, Volume 4, p.75
- Institut National du Cancer, 2005, Dépistage organisé du cancer du sein : un pilier du Plan Cancer, document destiné aux professionnels de santé, novembre 2005, n° 1, 4 p.
- Youcef Mouhoub, 2008, Cancer du sein : accompagner les femmes vers le dépistage, septembre-octobre 2008, La Santé de l'Homme, n° 397, p.41 et 42

● Rapports publics

- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, *Evaluation des mesures du Plan Cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins*, juin 2009
- Rapport final du Haut Conseil de la Santé Publique *Evaluation du Plan Cancer*, janvier 2009

- Rapport de l'Institut National de Veille Sanitaire, *Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein. Contexte, méthodologie et faisabilité*, 2007
- Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la mise en œuvre du Plan Cancer, 5 juillet 2006
- Rapport Grünfeld , *Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 pour un nouvel élan* , 14 février 2009
- Avis de la Haute Autorité de Santé, octobre 2006, *Place de la mammographie numérique dans le dépistage organisé du cancer du sein*
- Plan cancer 2009-2013
- Bernier M, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, *Résultats du dépistage du cancer du sein*, n° 1678, Assemblée Nationale, n° 362 Sénat

● Enquête

- Synthèse des résultats de la 2^e vague de l'enquête barométrique INCa/BVA, *Les Français face au dépistage des cancers*, Collection Enquête et sondages

● Mémoires

- Ken Haguenoer, 2006, *Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France : mise en place de la première évaluation conjointe des trois initiatives locales*, Mémoire EHESP, 55 p.
- Sandrine Pich-Traverset, 2003, *La lutte contre le cancer : une priorité de santé publique. Eléments d'une approche globale en Haute-Garonne*, Mémoire EHESP, 65 p.
- Mathilde Chapet, 2007, *Développement, pilotage et animation d'un dispositif de santé publique : l'exemple du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France*, Mémoire EHESP, 59 p.

● Ouvrages

- H. Sancho-Garnier, C. Béraud, J.F Doré, J. Pierret, P. Schaffer, 1997, *Dépistage des cancers, de la médecine à la santé publique*, Les éditions INSERM, 168 p.
- Séradour B., 2003, *Le dépistage du cancer du sein. Un enjeu de santé publique*, 2^{ème} édition, Collection dépistage et cancer, édition Springer

- **Sites internet**

Site Legifrance www.legifrance.fr

Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé www.sante-sports.gouv.fr

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

Site de l'ORS Midi-Pyrénées www.orsmip.org

Site de la Fédération Nationale des Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers www.comitesdepistagecancers.fr

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

Site de l'Inspection Générale des Affaires Sociales www.igas.gouv.fr

Site du Haut Conseil de la Santé Publique www.hcsp.fr

Site de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques www.insee.fr

Site de la Haute Autorité de Santé www.has-sante

Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins www.conseil-national.medecin.fr

Liste des annexes

Annexe 1 Grilles d'entretiens

Annexe 2 Fiche d'interprétation de la mammographie délivrée par DOC 31

Annexe 1

Grille d'entretien des responsables de structures de gestion

I – Fonctionnement de la structure

Dénomination :

Date de création :

Composition :

Les personnels sont-ils recrutés directement par votre structure ? Dans le cas contraire, quelles sont les modalités de recrutement ?

II – Statut de la structure

Forme juridique :

Avez-vous toujours été constitué sous cette forme ?

Le fait d'être GIP ou association favorise-t-il le partenariat et l'implication des partenaires ?

III – Les relations

• Entre structures

Les structures de la région sont-elles fédérées ?

Existe-t-il un cahier des charges commun à la pratique du dépistage organisé entre les structures ?

Y a-t-il une réflexion commune ?

• Avec les professionnels de santé

Qui sont-ils ?

Ont-ils adhéré ?

Sont-ils impliqués ?

Selon vous, quel devrait être le rôle du médecin traitant en matière de dépistage organisé ?

- Avec les partenaires

Quelles sont les relations avec les collectivités territoriales

Quelles sont les relations avec les tutelles ?

- Avec le public cible

Quels contacts avez-vous avec les populations ciblées dans le dépistage organisé ?

IV – Le dépistage organisé

Quelle est la plus-value du dépistage organisé par rapport aux autres dépistages ?

On constate des écarts dans la participation au dépistage, quelles explications pouvez-vous en donner ?

Quels sont selon vous les facteurs constituant un frein à la participation aux dépistages ?

Quelle serait l'opportunité de créer un portail régional sur le dépistage ?

V – La communication

Quelles sont vos stratégies de communication ?

Quels sont, selon vous, les effets des campagnes « octobre rose » et à venir, « mars bleu » ?

Grille d'entretien à destination de la CPAM de Haute-Garonne

- Quelle est votre implication en matière de dépistage organisé du cancer du sein ?

- Quels sont selon vous les freins à l'accès au dépistage organisé du cancer du sein ?

- Quelles relations avez-vous avec les structures de gestion ?

- Quels seraient les leviers à développer pour pallier les inégalités et augmenter la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein ?

- Mettez-vous des actions en place permettant de rapprocher les femmes du dépistage organisé du cancer du sein ?

- Comment sensibiliser au mieux les femmes ?

- Quel sentiment avez-vous sur l'implication des professionnels de santé ?

Annexe 2



ÉTIQUETTE DÉPISTAGE

DATE DE LA MAMMOGRAPHIE


21.1080.23.71

IDENTIFICATION

NOM D'ÉPOUSE

PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE

DATE DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE

ADRESSE

COMMUNE

CODE POSTAL

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

NOM ET SIGNATURE DU RADIOLOGUE

CACHET DU RADIOLOGUE

GÉNÉRALISTE (à qui vos résultats seront envoyés)

DOCTEUR

ADRESSE

COMMUNE

CODE POSTAL

GYNÉCOLOGUE (à qui vos résultats seront envoyés)

DOCTEUR

ADRESSE

COMMUNE

CODE POSTAL

INFORMATIONS MÉDICALES

▶ AVEZ-VOUS DÉJÀ PASSÉ UNE MAMMOGRAPHIE ? OUI NON NE SAIT PAS
SI OUI : MOIS ANNÉE

▶ AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ OPÉRÉE DU SEIN ? OUI NON NE SAIT PAS
SI OUI : MOIS ANNÉE
POUR QUEL MOTIF ? CANCER DU SEIN DROIT GAUCHE
LÉSION BÉNIGNE
CHIRURGIE ESTHÉTIQUE

▶ AVEZ-VOUS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE AYANT EU UN CANCER DU SEIN OU DE L'OVAIRE ? OUI NON NE SAIT PAS
MÈRE SŒUR FILLE AUTRE
ÂGE DE SURVENUE ÂGE DE SURVENUE ÂGE DE SURVENUE ÂGE DE SURVENUE

▶ PRENEZ-VOUS UN TRAITEMENT HORMONAL POUR LA MÉNOPAUSE ? OUI NON NE SAIT PAS

Pour l'organisation et l'évaluation de cette campagne, les informations concernant les résultats de votre dépistage seront informatisées dans le plus strict respect du secret médical. Conformément aux dispositions de la loi "informatique et libertés", vous pouvez avoir accès aux informations vous concernant auprès de la structure de gestion du dépistage dans votre département.

SIGNATURE DE L'ASSURÉE

348 81976 1 TC-4155 159695-98

JAN - 2010

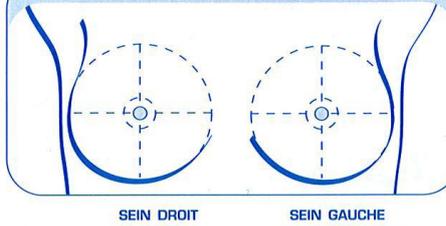
INTERPRÉTATION DU PREMIER LECTEUR

▶ EXAMEN CLINIQUE

REFUS

CODE	DROIT	GAUCHE
M - MAMMECTOMIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - CICATRICE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N - NÆVUS OU AUTRE FORMATION CUTANÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U - ULCÉRATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R - RÉTRACTION DU MAMELON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P - RÉTRACTION CUTANÉE OU MÉPLAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I - INFLAMMATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L - LÉSION ECZÉMATIFORME DU MAMELON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E - ÉCOULEMENT ANORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T - TUMÉFACTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A - ADÉNOPATHIE(S)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Situez l'anomalie en utilisant la lettre code



SEIN DROIT

SEIN GAUCHE

CONCLUSION DE L'EXAMEN CLINIQUE

	DROIT	GAUCHE
NORMAL OU BÉNIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANORMAL (nécessite un bilan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

▶ TYPE DE MAMMOGRAPHE ANALOGIQUE NUMÉRIQUE DR NUMÉRIQUE CR NUMÉRIQUE À BALAYAGE

▶ MARQUE ET TYPE _____ CAD (Computer Aided Diagnosis)

▶ TYPE DE LECTURE ANALOGIQUE NUMÉRIQUE SUR FILM NUMÉRIQUE SUR ÉCRAN

▶ DIFFICULTÉS TECHNIQUES OUI NON PRÉCISER _____

▶ COMPARAISON CLICHÉS ANTÉRIEURS OUI NON

DATE DES CLICHÉS



SI ANOMALIE EST-ELLE

APPARUE

PLUS SUSPECTE

IDENTIQUE OU MOINS SUSPECTE

DROIT



GAUCHE



▶ INCIDENCES COMPLÉMENTAIRES (HORS AGRANDISSEMENT) OUI NON

RÉSULTAT PREMIÈRE LECTURE

▶ DENSITÉ MAMMAIRE TYPE I TYPE II TYPE III TYPE IV

	DROIT	GAUCHE	A - OPACITÉ À CONTOURS SPICULÉS	B - OPACITÉ À CONTOURS NON SPICULÉS	C - MICROCALCIFICATIONS	D - OPACITÉ AVEC MICROCALCIFICATIONS	E - ANOMALIE ARCHITECTURALE	F - DENSITÉ FOCALE ASYMÉTRIQUE	G - AUTRE
NORMAL ACR 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BÉNIN ACR 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANORMAL ACR 0,3,4,5*	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABSENCE DE SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* CLASSEMENT PROVISOIRE AVANT BILAN

ÉCHOGRAPHIE AVEC MAMMOGRAPHIE ACR 1 OU 2 OUI NON

Cette échographie ne modifie pas la classification ACR mammographique et ne fait pas partie du bilan diagnostique.
La mammographie doit passer en L2 quel que soit le résultat de l'échographie.

ÉCHO SUSPECTE OUI NON DESCRIPTION DE L'ANOMALIE _____

CONDUITE À TENIR

	DROIT	GAUCHE	DANS	MOIS
SURVEILLANCE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PRÉLÈVEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVIS SPÉCIALISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CYTOPONCTION MICROBIOPSIE MACROBIOPSIE CHIRURGIE

PRÉCISER _____

▶ si coché, compléter le BILAN DIAGNOSTIQUE en page suivante

**BILAN DIAGNOSTIQUE IMMÉDIAT EN CAS D'ACR 0, 3, 4, OU 5
OU ANOMALIE CLINIQUE**

► REFUS DE LA PATIENTE

Si refus de la patiente, ne pas remplir, le classement reste provisoire. Donner à la femme les mammographies et les comptes-rendus. Dans tous les cas, envoyer la fiche à la structure de gestion. Si le bilan est fait en différé, la fiche d'interprétation du bilan de diagnostic différé sera remplie.

► MOTIF DU BILAN

ANOMALIE RADIOLOGIQUE ANOMALIE CLINIQUE

► EXAMENS RÉALISÉS

AGRANDISSEMENT ÉCHOGRAPHIE CYTOPONCTION (SI IMMÉDIATE)

► CLASSIFICATION DÉFINITIVE DE L'IMAGE EXPLORÉE

	DROIT	GAUCHE	SI ANOMALIE(S)	DROIT	GAUCHE
NORMAL ACR 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A - OPACITÉ À CONTOURS SPICULÉS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BÉNIN ACR 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	B - OPACITÉ À CONTOURS NON SPICULÉS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANORMAL			C - MICROCALCIFICATIONS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACR 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	D - OPACITÉ AVEC MICROCALCIFICATIONS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACR 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	E - ANOMALIE ARCHITECTURALE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ACR 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	F - DENSITÉ FOCALE ASYMÉTRIQUE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ABSENCE DE SEIN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	G - AUTRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CONDUITE À TENIR

	DROIT	GAUCHE		DANS	MOIS
SURVEILLANCE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PRÉLÈVEMENT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CYTOPONCTION	<input type="radio"/>	MICROBIOPSIE <input type="radio"/>
			MACROBIOPSIE	<input type="radio"/>	CHIRURGIE <input type="radio"/>
AVIS SPÉCIALISÉ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
AUTRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
PRÉCISER					

NOM ET SIGNATURE DU RADIOLOGUE

**CACHET DU
RADIOLOGUE**

INTERPRÉTATION DU SECOND LECTEUR



DATE 2^{EME} LECTURE / /

CLICHÉ TECHNIQUEMENT INCORRECT

OUI NON

POSITIONNEMENT DROIT GAUCHE
 QUALITÉ DE L'IMAGE
 QUALITÉ D'IMPRESSIION SUR FILM
 AUTRE

PRÉCISER : (donnez des renseignements suffisamment précis pour que le radiologue puisse corriger les insuffisances techniques).

▶ COMPARAISON AVEC MAMMOGRAPHIE ANTÉRIEURE OUI NON

DATE DES CLICHÉS

/

SI ANOMALIE EST-ELLE

APPARUE

PLUS SUSPECTE

IDENTIQUE OU MOINS SUSPECTE

DROIT

GAUCHE

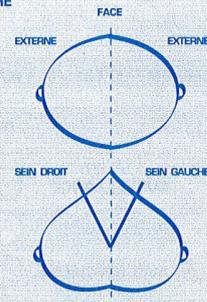
RÉSULTAT SECONDE LECTURE

▶ TYPE DE LECTURE ANALOGIQUE NUMÉRIQUE SUR FILM NUMÉRIQUE SUR ÉCRAN

▶ DENSITÉ MAMMAIRE TYPE I TYPE II TYPE III TYPE IV

DROIT GAUCHE
 NORMAL ACR 1
 BÉNIN ACR 2
 ANORMAL
 ACR 0*
 ACR 3
 ACR 4
 ACR 5

DROIT GAUCHE
 A - OPACITÉ À CONTOURS SPICULÉS
 B - OPACITÉ À CONTOURS NON SPICULÉS
 C - MICROCALCIFICATIONS
 D - OPACITÉ AVEC MICROCALCIFICATIONS
 E - ANOMALIE ARCHITECTURALE
 F - DENSITÉ FOCALE ASYMÉTRIQUE
 G - AUTRE



Il est impossible de classer ACR 3 ou 4 sans bilan. Dans ce cas, classer ACR 0 et demander les examens complémentaires nécessaires. Le classement définitif de l'image et la conduite à tenir proposée ne seront précisés que dans le cas où le bilan a été pratiqué par le premier lecteur et est suffisant, ou dans le cas d'images ACR 5 évidentes.

BILAN DIAGNOSTIQUE PROFIL LOCALISÉ CLICHÉ AUTRE AGRANDISSEMENT ÉCHOGRAPHIE

Si "CLICHÉ AUTRE" coché

PRÉCISER EN CLAIR :

CONDUITE À TENIR

SURVEILLANCE DROIT GAUCHE DANS MOIS
 PRÉLÈVEMENT CYTOPONCTION MICROBIOPSIE MACROBIOPSIE CHIRURGIE
 AVIS SPÉCIALISÉ
 AUTRE

PRÉCISER

NOM ET SIGNATURE DU RADIOLOGUE