

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

Inégalités territoriales et dépistage du cancer du sein

– Groupe n° 30 –

- **Nathalie Agogué**
- **Audrenn Asselineau**
- **Marie-Laure Beaudy**
- **Camille Conan**
- **Marie Deshayes**
- **Alexiane Gagnepain**
- **Assma Hamdi**
- **Murielle Hériaud**
- **Laura Lascassies-Tailhan**
- **Fanny Vizy**

Animatrices

– *Cindy Padilla*

– *Séverine Deguen*

Sommaire

Méthodologie.....	
Introduction	1
PARTIE 1 – État du dépistage du cancer du sein en France	3
1.1. La politique de dépistage organisé du cancer du sein en France	3
1.1.1. Les origines du dépistage du cancer du sein	3
1.1.2. Le contexte actuel.....	3
1.2. Limites de la politique de dépistage organisé du cancer du sein	4
1.2.1. La participation insuffisante interroge	4
1.2.2. Les inégalités territoriales dans le dépistage préoccupent.....	5
1.2.3. De multiples facteurs mis en cause	6
PARTIE 2 – Freins au dépistage organisé du cancer du sein en région lyonnaise	7
1.1 Fortes inégalités territoriales et faible participation au DOCS en région lyonnaise ..	7
1.1.1 Les spécificités de la région lyonnaise	7
1.1.2 Des chiffres de participation décevants, des inégalités préoccupantes	7
1.2 Une concentration des difficultés recensées au plan national en région lyonnaise ...	9
1.2.1 Un cumul de facteurs relevant de l'offre.....	11
1.2.2 Un cumul de facteurs relevant de la demande.....	12
PARTIE 3 – Leviers d'amélioration de la participation au dépistage	15
1.1 Analyse des leviers d'action par facteur en région lyonnaise	15
1.1.1 Un levier de l'offre prometteur.....	15
1.1.2 Levier de la demande plus difficile à mettre en œuvre	16
1.2 Au plan national	16
1.2.1 Les conclusions de l'étude difficilement généralisables	16
1.2.2 Des pistes de réflexion à approfondir	17
Conclusion.....	21
Liste des annexes.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier vivement les animatrices de notre groupe, Mesdames Cindy PADILLA et Séverine DEGUEN, pour leur aide et leurs conseils précieux qui ont fait avancer ce projet.

Nous souhaitons également remercier les différents professionnels rencontrés lors des entretiens dans le cadre de ce module interprofessionnel. La qualité de nos échanges avec eux, leur disponibilité et leur engagement professionnel ont rendu ce travail très enrichissant.

Nous remercions également l'École des Hautes Etudes en Santé Publique pour la mise à disposition des moyens logistiques et financiers nous ayant permis de mener à bien cette étude.

Méthodologie

1. La composition du groupe

Le groupe de travail est composé de dix personnes ainsi réparties : trois élèves directrices d'hôpital, trois élèves directrices d'établissement sanitaire social et médico-social, trois élèves attachées d'administration hospitalière et une élève directrice des soins. Cette mixité d'élèves de différentes filières a permis d'enrichir le travail de groupe et la production collective, et ce en dépit de l'absence de parité. Le sujet n'ayant manifestement intéressé que des femmes

2. Organisation du travail :

Le groupe s'est réuni de manière régulière tout au long de la période du MIP. Plusieurs réunions sont intervenues en amont afin d'organiser et de se répartir le travail. Pendant les semaines consacrées au MIP, le groupe a continué à se réunir en privilégiant des créneaux horaires où un maximum d'élèves était présent.

Au sein du groupe, le travail s'est réparti entre un sous-groupe de 4 élèves chargé de réaliser les entretiens à Lyon et leur restitution. Un autre sous-groupe de 6 élèves a participé à l'élaboration du plan et à la rédaction.

Compte-tenu du planning de l'étude, le groupe a échangé en continu de manière fluide et constructive pour permettre au deuxième sous-groupe d'intégrer les données recueillies lors des entretiens.

3 – Les entretiens :

Le groupe a privilégié des rencontres en présentiel pour les entretiens et a toutefois eu recours à des entretiens téléphoniques.

Le groupe a également veillé à s'entretenir avec des personnes ayant la plus grande diversité de fonctions possibles : médecins, médecins spécialistes, associations... Ce travail a été facilité par l'aide de madame Cindy Padilla qui nous a fait profiter de son réseau.

Une fois que l'essentiel du travail a été réalisé au niveau de la rédaction, le groupe s'est à nouveau réuni pour faire un bilan sur le travail accompli, faire un bilan du travail restant à établir. Il a été décidé que l'ensemble des 10 personnes seraient concernées, en fonction des disponibilités de chacun.

4 - Les limites rencontrées :

Ce travail d'étude a présenté plusieurs limites.

Compte-tenu du délai de réalisation de l'étude, le groupe a rencontré deux principales difficultés.

D'une part, le planning de réalisation du MIP a pu poser des difficultés pour la rencontre avec les différents acteurs. Pour faire face à cette difficulté, le groupe a fait le choix de se rencontrer dès le mois d'avril, pour organiser les entretiens en lien avec les enseignantes référentes et programmer les entretiens. Ce travail préparatoire était indispensable au vu de la faible disponibilité de certaines personnes rencontrées (médecin spécialiste par exemple). Les jours fériés ont également pu constituer un frein. En effet, la semaine du 7 au 11 mai contenait 2 jours fériés et peu d'interlocuteurs étaient disponibles à ces dates-là.

D'autre part, du fait que le groupe était composé d'élèves issues de différentes filières, l'ensemble des élèves n'a pas pu toujours se réunir en présentiel sur le campus. Les directeurs des soins étaient en stage à la fin du MIP.

Pour pallier ce problème, la communication par mail a été privilégiée. Un élève était chargé de réaliser un compte rendu de réunion pour informer l'ensemble du groupe sur l'avancée du travail.

Enfin, les élèves attachées ne pourront peut-être pas se rendre disponible pour la soutenance prévue le 22 juin 2018 car ils seront en stage et donc parfois éloignés de Rennes au plan géographique.

Leur présence dépendra donc de la décision de leur maître de stage, ce qui peut être décevant lorsque que l'on s'est impliqué dans un tel exercice.

Introduction

Le cancer du sein constitue un **problème majeur de santé publique**. Il est la 5^{ème} cause de décès par cancer dans le monde avec 571 000 morts en 2015¹. Il est aussi le cancer le plus fréquemment observé chez les femmes en France, comme dans l'Union européenne et aux États-Unis.

En France, depuis 2003, la lutte contre le cancer est devenue une priorité nationale, avec trois Plans Cancer successifs. En 2015, 54 000 nouveaux cas de cancer du sein¹ chez la femme ont été recensés. Il constitue **la première cause de décès par cancer des femmes** avec plus de 11 000 décès cette même année¹. Le cancer du sein représentait à lui seul **31% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins** en 2012. Encore en 2018, on estime qu'une femme sur 8 sera concernée par le cancer du sein. En revanche ce cancer ne touche que très rarement les hommes (moins d'1 % des cas) ce qui explique que seules les femmes soient concernées par la politique de dépistage de ce type de cancer. La survie nette – c'est à dire celle qu'on observerait si la seule cause de décès des personnes atteintes était le cancer du sein – pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 2010 est de 85% à 5 ans et 76% à 10 ans². Cette amélioration est due à la pratique du dépistage et aux progrès réalisés en matière de prise en charge et de traitement. En France, on observe une baisse conjointe de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de l'ordre de -1,5 % par an entre 2005 et 2012, grâce à un diagnostic de plus en plus précoce permis par le dépistage et la prise en charge thérapeutique.

Le **dépistage** vise à repérer les sujets asymptomatiques présentant des anomalies évocatrices d'un cancer particulier ou d'un stade précancéreux et à les adresser rapidement à la structure appropriée pour le diagnostic et le traitement.

La France a mis en place en 1994 un **programme de dépistage organisé du cancer du sein** (DOCS)³, généralisé depuis 2004⁴. Longtemps promu sans réserve, ce dépistage suscite des polémiques depuis quelques années. Elles ont désormais un retentissement visible dans le taux de participation qui diminue progressivement. De plus, le cancer du sein affiche d'importantes inégalités territoriales d'accès au dépistage et aux soins. On constate

que le taux de participation au dépistage organisé n'atteint pas les objectifs nationaux, 50,7% en 2016 contre un objectif de 70%⁵.

Dans ce contexte, l'objectif de ce travail est d'apporter des connaissances nouvelles sur les **déterminants ou facteurs** qui peuvent expliquer les **inégalités territoriales de dépistage** du cancer du sein. Cette étude aura pour finalité d'identifier les **freins au dépistage et les leviers d'actions** potentiels qui permettraient de réduire les inégalités territoriales dans le dépistage du cancer du sein. La métropole de Lyon constitue le terrain de cette étude en trois axes :

La première partie porte sur le contexte du dépistage du cancer du sein en France et les limites au DOCS. Pour cela il s'agit d'établir un **état des lieux du dépistage**, de présenter ses caractéristiques, les **inégalités territoriales** en la matière ainsi que les **déterminants ou « facteurs »** pouvant expliquer l'insuffisante participation. La deuxième partie expose les **résultats de l'enquête** menée sur le terrain de la métropole de Lyon concernant les **facteurs** des inégalités en matière de recours au dépistage. La troisième partie explore les **leviers d'amélioration de la participation au dépistage et à la réduction des inégalités territoriales** en matière de DOCS, et étudie les conditions d'amélioration de cette participation au **plan national**.

PARTIE 1 – État du dépistage du cancer du sein en France

1.1. La politique de dépistage organisé du cancer du sein en France

1.1.1. Les origines du dépistage du cancer du sein

La lutte contre le cancer du sein se caractérise par une **pluralité de dispositifs** mis en place par les différents Plans cancer (depuis 2003)⁶. Il existe différents programmes de dépistage prévus selon les facteurs de risques de la population cible.

D'abord, un **programme spécifique** pour les femmes « à risque aggravé ou susceptibilités particulières » - recommandations établies par la HAS - qui peut nécessiter un suivi par dépistage(s) à tout moment de leur vie⁷. Chaque femme est également libre de recourir au **dépistage individuel** par mammographie dans le secteur privé ou public. S'ajoutent à ces dispositifs celui du **Dépistage Organisé du Cancer du Sein (DOCS), de droit commun**⁸. Ce programme national de DOCS a été mis en place, en France, en 1994, par la Direction générale de la santé et généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004. Ce DOCS invite par courrier les femmes âgées de 50 à 74 ans à réaliser un examen clinique et une mammographie tous les deux ans, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Il propose, en plus, une vérification (deuxième lecture) de chaque mammographie normale en première lecture, ce qui n'est pas fait pour le dépistage individuel. Le dépistage est coordonné au niveau local par une structure de gestion (une structure pour un ou plusieurs départements, au total 90 structures de gestion pour 99 départements)⁹.

1.1.2. Le contexte actuel

En avril 2017 un **plan d'action pour la rénovation**¹⁰ du DOCS a été publié. Ce programme s'appuie sur les recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa). L'objectif de ce programme est d'augmenter le taux de recours au DOCS tout en renforçant sa légitimité. Pour cela, il s'agit de mettre l'accent sur la **prévention et l'information** à destination des femmes atteignant l'âge d'entrée dans le programme. Elles sont invitées par courrier à consulter un médecin ou gynécologue afin d'être informée sur les avantages et limites du dépistage. Aussi, cette consultation est un moyen de repérer des facteurs de risque et ainsi permettre un suivi personnalisé. Dans cette perspective, en février 2018, le portail www.cancerdusein.e-cancer.fr a été mis en ligne afin de permettre aux femmes de s'informer sur les dispositifs existants en fonction de leur âge et de leurs facteurs de risques. Enfin, ce

EHESP – MIP – 2018

plan de rénovation instaure une consultation pour les femmes de 25 ans n'ayant pas d'antécédents personnels de cancer du sein. L'objectif premier de cette nouvelle consultation est de sensibiliser les jeunes femmes aux facteurs de risque comportementaux (tabac, alcool, habitudes alimentaires, activité physique)¹¹.

Plus récemment, un arrêté du 23 mars 2018 relatif aux programmes de dépistage des cancers¹² positionne au niveau régional leur mise en œuvre opérationnelle et leur pilotage, et modifie l'organisation prévue par l'arrêté du 29 septembre 2006 qui confiait jusqu'alors cette mise en œuvre à des structures de gestion départementales ou interdépartementales. Désormais, un **Centre régional de coordination des dépistages des cancers**, est chargé de la mise en œuvre opérationnelle des dépistages organisés des cancers et de l'organisation des programmes à l'échelle de la région, en appui de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ce Centre est constitué d'une structure régionale et de sites territoriaux. Le pilotage et la coordination des programmes de dépistage des cancers au niveau régional relèvent du directeur général de l'ARS, en lien avec le directeur coordonnateur régional de la gestion du risque de l'assurance maladie (DCGDR) et du directeur de l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole (ARCMSA).

Les sites territoriaux sont chargés de décliner sur un territoire défini les programmes de dépistage, de réaliser des actions de proximité auprès de population ciblées et de développer des relations avec les professionnels de santé impliqués dans les programmes. Le périmètre des territoires est défini en fonction des besoins et des spécificités de chaque région, en accord avec l'ARS, et de manière à assurer un maillage territorial approprié.

1.2. Limites de la politique de dépistage organisé du cancer du sein

1.2.1. La participation insuffisante interroge

Le référentiel européen mis à jour en 2006 préconise un **taux de participation au DOCS de la population cible supérieur ou égal à 70 %**⁵. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de DOCS. En France, le Plan cancer 2009-2013 visait une participation supérieure à 65 % à l'échéance du plan, objectif qui n'a pas été atteint¹³. L'augmentation de la participation reste un objectif principal

du nouveau Plan cancer 2014-2019. En 2014, le taux de participation dans la France entière était de 52,1 %, soit plus de 2 520 000 femmes dépistées au cours de l'année. Il était de **50,7% en 2016**⁵, soit un recul de deux points en deux ans.

Depuis 2008, une légère baisse de la participation est observée. L'agence Santé publique France émet des hypothèses :

- L'impact de la polémique sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein,
- Une éventuelle baisse de l'offre médicale en sénologie,
- Une possible augmentation des démarches de dépistage individuel liée au développement de la tomosynthèse non incluse dans le programme organisé. Il n'est pas possible de calculer précisément la participation au dépistage individuel, mais une étude récente de la HAS l'a estimé à environ 10 %⁴.

La stratégie nationale en matière de cancer du sein, fixée dans les Plans Cancer, repose sur le postulat de la concentration des risques d'incidence sur la tranche d'âge 50-74 et sur une bonne couverture de la cible (70% des femmes de la tranche). La relative stagnation de la participation au dépistage organisé en-deçà de l'objectif, comme la persistance d'inégalités territoriales dans le dépistage organisé est dès lors de nature à remettre en cause l'efficacité de la stratégie nationale de dépistage.

1.2.2. Les inégalités territoriales dans le dépistage préoccupent

La participation au DOCS est en effet variable selon les régions et selon les départements. L'agence Santé publique France note que l'hétérogénéité territoriale de participation, constatée les années précédentes perdure ; avec des écarts entre départements allant de 27 % à Paris à 63 % en Loire-Atlantique. Cette hétérogénéité géographique se retrouve également à l'échelle régionale avec des taux de participation variant de 36,1 % en Corse à 60,5 % dans les Pays de la Loire⁵. Il est donc clair que ces disparités constituent des inégalités territoriales dans la participation au dépistage. Ainsi, la question est de savoir pour quelles raisons Paris ou la Corse se maintiennent à ce faible niveau de participation.

1.2.3. De multiples facteurs mis en cause

Cette insuffisante participation peut s'expliquer par de multiples facteurs qui peuvent être catégorisés selon deux types¹⁴ : les facteurs tenant à l'offre de dépistage, les facteurs tenant à la demande de dépistage.

Les **facteurs tenant à l'offre de dépistage** recouvrent les facteurs de non recours liés à l'ensemble des moyens financiers, humains, techniques, mis en œuvre pour assurer le dépistage du cancer du sein et qui peuvent s'avérer insuffisants pour atteindre les objectifs de participation. Entrent dans le « facteur offre » les caractéristiques : des centres de dépistage, des médecins agréés, de l'information délivrée... qui limitent le recours au dépistage.

Les **facteurs tenant à la demande de dépistage** recouvrent quant-à-eux toutes les caractéristiques et contraintes propres de la population cible et qui peuvent expliquer les phénomènes de non recours et partant, les inégalités de participation.

Au sein de ces deux catégories, une autre distinction a été opérée entre le caractère « quantitatif » et « qualitatif ». En effet, pour le facteur offre, comme pour le facteur demande, les freins au dépistage qui ont été relevés peuvent résulter d'un caractère quantitativement insuffisant, ou qualitativement inadapté, des moyens mis en place au regard des besoins.

Quartiers	Taux de participation au DOCS
Guillotière	20.9%
8ème arrondissement	20.4%
Etats unis	19%
Langlet Santy	19.3%
Mermoz	16.1%
9ème arrondissement	21.7%
Duchère	20.8%

Chiffres Ademas 2016

PARTIE 2 – Freins au dépistage organisé du cancer du sein en région lyonnaise

1.1 Fortes inégalités territoriales et faible participation au DOCS en région lyonnaise

1.1.1 Les spécificités de la région lyonnaise

La région Auvergne-Rhône-Alpes est la deuxième plus peuplée de France après l'Ile-de-France. En termes de **superficie**, elle est la troisième région la plus étendue (70 000 km²)¹⁵. La région est reconnue pour son **attractivité économique**. Lyon est une métropole dynamique, 80 % de la population¹⁶ vivant dans de grandes zones urbaines (pôles urbains rassemblant 10 000 emplois et plus). La région Auvergne-Rhône-Alpes affiche un **taux de chômage de 8,7%**¹⁷ parmi les plus bas de France et le deuxième revenu disponible médian le plus élevé après celui d'Ile-de-France¹⁸. Pour autant, en 2014, 418 200 ménages, soit **12,7 % de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté**. Dans cette région, la pauvreté monétaire se traduit dans les grandes unités urbaines de la région y compris Lyon, et induit une précarité vis-à-vis du logement et de l'emploi.

Il s'agit particulièrement de jeunes adultes, de personnes seules ou de familles monoparentales (mères célibataires le plus souvent).

1.1.2 Des chiffres de participation décevants, des inégalités préoccupantes

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé chez les **femmes**, tant en nombre de décès qu'en nombre de nouveaux cas par an (incidence). En **termes d'incidence**, en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2006 et 2013, 6 837 nouvelles admissions en Affection de longue durée (ALD) par an pour cancer du sein ont été dénombrées. En **termes de mortalité**, la mortalité par cancer du sein a diminué dans la région de 18,6 % entre 1980 et 2013¹⁹. L'évolution régionale du taux standardisé annuel de décès - taux corrigé de l'âge et de la structure de la population - suit de très près la tendance nationale, dans un mouvement de baisse relativement régulier. Au niveau départemental, les taux standardisés de mortalité par cancer du sein sont inégaux; ils s'échelonnent entre 28,5% en Haute-Savoie, département présentant la situation la moins défavorable en termes de mortalité, et 34,5% dans l'Allier²²: taux le plus élevé. L'amélioration de la prévention dans les projets de santé est soulignée dans l'axe 3 du Projet Régional de santé (PRS) de la région Auvergne-Rhône

Alpes. Alors que le taux de participation au DOCS s'élève en France à 50,7 %, **il est de 55,7%** en Auvergne-Rhône-Alpes²⁰. Bien que celui-ci soit au-dessus du taux national il est loin de l'objectif du programme de dépistage **de 70 %**²¹. Au niveau départemental, les taux de participation au dépistage du cancer du sein s'échelonnent entre **48,4 % de participation au dépistage en Ardèche et 60,9 % en Savoie**²².

Les chiffres collectés par l'Ademas 69, association pour le dépistage organisé des cancers dans le Rhône, montre de fortes disparités entre les taux de participation au DOCS selon les quartiers de la région Lyon métropole. Ainsi, le taux de participation moyen dans le département du Rhône est de 51,9%. Sur la région Lyon métropole plus précisément, le taux de participation s'abaisse à 50,2%. Néanmoins, les résultats s'échelonnent de 42% à 62% de participation selon les quartiers (**annexe 1**). L'association Ademas 69 a insisté lors de l'entretien mené dans le cadre de cette étude, sur l'importance de préciser au maximum les données relatives à la participation au DOCS. En effet, au sein d'une même commune, les résultats peuvent varier de manière importante si l'on affine le découpage.

La carte présentée en **annexe 2** illustre les disparités au sein d'un même arrondissement, en s'appuyant sur l'exemple du 9^{ème}. En fonction des quartiers, le taux de participation oscille entre 40,5% pour Balmont le Fort et 60,2% pour les Trois Gouttes – Grand Champ Balmont le Fort est une partie du quartier de la Duchère, qui a été ciblé comme quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) du grand Lyon. Le quartier de la Duchère a, selon les données de l'Ademas, un recours au dépistage moindre que l'ensemble du 9^{ème} arrondissement (45,2% contre 48,7%), et de manière plus générale de la métropole lyonnaise (50,3%).

Cette corrélation entre un plus faible recours au dépistage et les quartiers défavorisés est un élément qui a été de nombreuses fois souligné lors des entretiens avec les différents acteurs rencontrés. A ce titre, un agent de la direction de la santé publique de Villeurbanne, met en avant cette corrélation pour expliquer partiellement le faible taux de recours au DOCS à Villeurbanne.

1.2 Une concentration des difficultés recensées au plan national en région lyonnaise

L'objectif de cette étude était d'établir s'il existe des spécificités lyonnaises en matière de participation au dépistage du cancer du sein, afin d'étudier et de comparer ces résultats à la situation nationale et d'en déduire le cas échéant des pistes d'amélioration pour le DOCS dans la région lyonnaise et éventuellement au plan national. Pour ce faire, nous avons réalisé des entretiens auprès de différents acteurs du bassin lyonnais, intervenant à différentes étapes de la prévention et du dépistage du cancer du sein (**annexe 3**) :

- Établissements de santé
- Réseaux associatifs
- Organismes publics
- Professionnels de santé

Nous avons établi une grille d'entretien (**annexe 4**) visant à obtenir des informations sur l'organisation du dépistage du cancer dans la métropole de Lyon. Les freins les plus fréquemment évoqués dans les entretiens menés sur le terrain sont retracés dans le tableau ci-après et selon la classification précédemment établie.

Les entretiens réalisés dans le délai imparti pour ce travail ne nous permettent pas d'être exhaustif sur l'ensemble des freins relatifs au dépistage du cancer du sein en région lyonnaise. Néanmoins, le fait d'avoir interrogé différents acteurs intervenant à des moments différents de la prise en charge et du DOCS, nous amène à avoir une vision large des freins rencontrés à chaque moment du parcours.

Sur la base de ce retour d'expérience d'acteurs de référence en matière de DOCS, nous avons établis une classification des facteurs par prépondérance, en fonction du nombre de fois où le facteur a été évoqué par nos interlocuteurs.

Tableau récapitulatif des freins au recours au dépistage identifiés lors des entretiens avec les acteurs de terrains

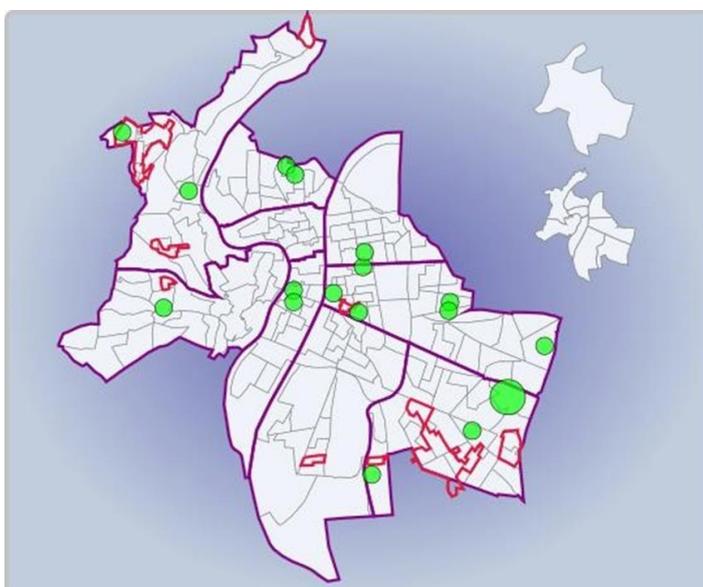
Freins au dépistage			Etablissement de santé		Réseau associatif		Organismes publics			Professionnels de santé			Nombre de fois ou le facteur est évoqué par les acteurs en %
			Hospices civils de Lyon	Centre Léon Bérard	Adémas 69	Ligue contre le cancer	Coordinatrice en santé - Mairie de Lyon	Chargé de projet promotion de la santé - Dir de la santé Villeurbanne	CPAM – animatrice territoriale santé prévention	PH à Lyon	Oncologue du Centre Léon Bérard	Médecin généraliste en zone rurale	
Facteurs tenant à l'offre	Quantitatif	Manque de médecins	✓	✓	✓			✓			✓	50%	
	Qualitatif	Manque d'informations des personnes concernées par le DOCS		✓				✓	✓	✓	✓	50%	
		Manque de mobilisation des professionnels + manque d'informations	✓				✓	✓		✓		40%	
Facteurs tenant à la demande	Qualitatif	Freins culturels				✓		✓	✓	✓		40%	
		Barrière de la langue	✓			✓	✓	✓	✓	✓		60%	
		Peur	✓				✓			✓		30%	
	Quantitatif	Préférence pour dépistage individuel							✓			10%	

Classement des freins par prépondérance : 1- barrière de la langue 2- Manque de médecins / Information inadaptée aux patientes 3- Mauvaise information des médecins / Freins culturels (système de représentations en lien avec le corps et la santé) 4- Peur de l'examen, de la douleur et du résultat 5- Préférence pour le dépistage individuel.

1.2.1 Un cumul de facteurs relevant de l'offre

1.2.1.1 Une offre quantitativement insuffisante

« *Le centre Léon Bérard doit faire face à beaucoup de demande, et, de manière récurrente, à un déficit de radiologues* », Directrice générale adjointe du centre Léon Bérard. Le manque de radiologues est un aspect évoqué de manière appuyée par les différents acteurs.



Localisation des radiologues sur la ville de Lyon (Source Ademas 69)

En violet les limites d'arrondissement, en rouge les limites des quartiers prioritaires politiques de la ville

Cette carte représente la répartition des radiologues sur le territoire lyonnais. On constate de fortes inégalités par arrondissement, et au sein même de ces arrondissements. Plus particulièrement cela révèle une absence de radiologues dans les quartiers prioritaires politiques de la ville (QPV), ce qui vient accroître le non recours au dépistage, constat confirmé par les acteurs rencontrés.

1.2.1.2 Une offre qualitativement inadaptée

« *La controverse sur le dépistage a un réel impact sur l'agglomération lyonnaise* », selon un représentant médecin de l'Ademas 69. Les entretiens ont mis en évidence que les médecins sont les acteurs pivots de l'orientation vers le dépistage. Par conséquent, le recours

dépend en grande partie de leur mobilisation, de l'information qu'ils délivrent ou non, et de la manière dont ils la délivrent. La Directrice générale adjointe du centre Léon Bérard affirme que « *le médecin reste le principal prescripteur de recours au dépistage, même si aujourd'hui beaucoup de patients se renseignent sur internet et font eux-mêmes leur parcours.* ».

Ainsi, il est nécessaire qu'ils disposent d'informations fiables afin d'orienter les femmes vers le dépistage. Néanmoins, certains médecins peuvent être réticents à une telle orientation. Sur la région de Lyon, un groupement de médecins (*FORMA INDEP*) détracteur du dépistage organisé, a une véritable influence qui peut expliquer en partie le non recours au DOCS.

On le constate, les facteurs tenant à l'offre sont particulièrement invoqués par les acteurs rencontrés lors de nos entretiens.

Les facteurs quantitatifs, à savoir le manque de médecin, se place deuxième dans le classement des freins par prépondérance (évoqué dans 50% des entretiens).

Les facteurs qualitatifs relevant d'une information inadaptée aux patientes, et d'une mauvaise information des professionnels se placent respectivement au deuxième et troisième rang des freins, étant évoqué dans 50% et 40% des cas.

Ce classement par prépondérance nous démontre l'importance des facteurs tenant à l'offre dans les freins relatifs au DOCS sur la région lyonnaise, ce qu'il est impératif de prendre en compte dans la réflexion sur les leviers d'amélioration de ce dispositif.

1.2.2 Un cumul de facteurs relevant de la demande

1.2.2.1 Une demande quantitativement surestimée

« *Il faut faire attention aux chiffres : si on prend l'exemple de Lyon 6, il y a de mauvais résultats en termes de dépistage organisé, mais de bons résultats concernant le taux de dépistage individuel.* », affirme une animatrice territoriale du service santé prévention à la CPAM de Lyon. Il y a un risque de biais de mesure dans le taux de participation au DOCS. En effet, l'insuffisante prise en compte des effets de substitution entre les différents modes de dépistage et la relative « invisibilité statistique » de tout un pan des dépistages individuels, réalisés dans le secteur privé, voire des dépistages des femmes à

haut risque, pourraient constituer un facteur explicatif du taux faible de participation au DOCS car les femmes recourent à d'autres formes de dépistage moins bien comptabilisés.

1.2.2.2 Une demande qualitativement mal adressée

« *Le rapport au corps, la religion, la culture, sont des freins réels à la participation au dépistage du cancer du sein* », d'après la chargée de promotion de la santé à la direction de la santé publique de Villeurbanne.

Certaines représentations sont fortement ancrées dans l'imaginaire des femmes, et constituent des freins au DOCS. *Europa Donna France* (coalition européenne contre le cancer du sein) recense et étudie dans une enquête les principaux freins psychologiques à ce dépistage :

La peur de la douleur et d'un sinistre diagnostic.

- La peur que le dépistage porte malheur, le cancer du sein est corrélé à la perte d'une part de féminité
- 34% des femmes ne se sentent pas concernées
- 35% expliquent ne pas être incitées au dépistage par leur médecin traitant
- Il existe aussi des freins culturels en lien avec la nudité pour certaines femmes

Outre ces freins psychologiques, le DOCS étant un dépistage systématique, il présente un biais dit de « surdépistage » et par conséquent de « surtraitement » régulièrement dénoncé par certaines associations (**annexe 5**), accusant l'INCa, notamment dans son nouveau site d'information mis en ligne en février dernier, de passer sous silence les risques liés au dispositif. Le surdiagnostic résulte de la détection par l'imagerie mammographique de lésions cancéreuses dont on ne peut affirmer qu'elles auraient évolué en cancer, rendant le traitement disproportionné au regard du risque. Malgré ces critiques, fondées, la mammographie reste le seul moyen pour dépister le cancer du sein à un stade précoce.

Le classement par prépondérance des freins recensés lors de nos entretiens met en évidence l'importance de la barrière de la langue, facteur qui se classe premier car évoqué dans 60% des entretiens.

Si les freins culturels (système de représentations en lien avec le corps et la santé) se classent troisièmes, à équivalence avec la mauvaise information des médecins, la peur de

l'examen, de la douleur et du résultat se classent quatrièmes et la préférence pour le dépistage individuel constitue le dernier motif de non recours, à la cinquième place.

En dehors de la barrière de la langue, les facteurs relatifs à la demande, bien qu'importants, sont moins représentés que les facteurs relatifs à l'offre dans les données que nous avons recueillies. C'est un constat qu'il est nécessaire de prendre en compte dans une analyse des leviers d'amélioration envisageables.

PARTIE 3 – Leviers d'amélioration de la participation au dépistage

1.1 Analyse des leviers d'action par facteur en région lyonnaise

Parmi les pistes d'amélioration soulevées par les acteurs du DOCS du bassin lyonnais, si l'on se réfère à notre classification de départ, nous pouvons de la même manière répertorier autant de leviers sur l'offre ou sur la demande pour renforcer la participation au dépistage et lutter contre les inégalités territoriales.

1.1.1 Un levier de l'offre prometteur

Dans la mesure où le *facteur offre quantitatif* semble régulièrement invoqué par les acteurs du dépistage à Lyon (cf. Tableau supra), il semble qu'un renforcement des moyens techniques, humains et financiers serait de nature à améliorer la participation au DOCS et partant, à réduire les inégalités territoriales. Un des leviers de renforcement de cette participation pourrait prendre la forme d'un accompagnement du développement de la télé-radiologie par le Centre Léon Bérard ou la mise en place de consultations avancées, assurées par les praticiens de Léon Bérard dans d'autres centres hospitaliers pour faire face au manque de radiologues dans certaines zones du bassin lyonnais et au « désert médical ». Une responsable du Centre Léon Bérard indiquait ainsi, lors d'un entretien, que « *la principale difficulté rencontrée par le Centre est la pénurie de radiologues ce qui a pour conséquence d'allonger le délai pour les rendez-vous.* »

Concernant les axes d'amélioration relatifs à l'*offre d'un point de vue qualitatif*, l'association Ademas 69 préconise un renforcement de la collaboration avec les acteurs relais en matière de DOCS comme les pharmaciens, mais aussi en proposant des formations adaptées aux infirmières à domicile, afin de délivrer des informations de qualité. De même, une formation ciblée des manipulateurs radio permettrait d'agir sur le frein lié à la peur de l'examen. L'Ademas 69 a mis en avant l'importance de la tenue de stands d'information mis en place sur les marchés à Villeurbanne ainsi que la remise en main propre du courrier de prévention. Ces dispositifs permettent de délivrer une information adaptée aux personnes et de lutter contre le non recours lié à la barrière de la langue ou de la technicité des informations en santé. Ce problème est perçu aujourd'hui comme un réel frein à la participation au DOCS des femmes vivant dans des quartiers défavorisés comme nous le souligne très clairement la coordinatrice en santé à la mairie de Lyon, en nous indiquant que « *le problème de la littéracie en santé est réel.* »

1.1.2 Levier de la demande plus difficile à mettre en œuvre

Il apparaît de manière générale très difficile d'agir sur les freins liés à la demande, puisqu'ils découlent de facteurs propres à chaque type de population, chaque territoire. Ainsi, en première intention, il convient de mettre au centre du dispositif le médecin généraliste. Par ailleurs, le déploiement de nouveaux métiers tel que l'animateur en santé ou encore l'infirmière de pratique avancée en oncologie sont autant de leviers qui pourraient faciliter la rapidité d'accès au DOCS et au besoin d'information des femmes.

Concernant le *facteur demande du point de vue quantitatif*, il s'agirait de consolider la collecte des chiffres de participation aux trois types de dépistage : organisé, individuel (y compris dans le secteur privé) et celui pour les femmes à haut risque, pour éviter des effets de substitution statistique entre les chiffres de participation, qui conduise à sous-estimer la participation réelle au dépistage du cancer du sein et non uniquement au DOCS.

Le *facteur demande du point de vue qualitatif* est également difficile à appréhender par les politiques publiques. D'abord techniquement, les freins de cette sous-catégorie sont très personnels, il est donc difficile de les adresser de manière globale ; ils sont de surcroît parfois inconscients ce qui complexifie le travail de pédagogie. Au reste, d'un point de vue éthique, on touche pour cette sous-catégorie à la frontière ténue entre le devoir d'information des pouvoirs publics et professionnels de santé, et le respect du libre arbitre de chacun et du consentement aux soins. Les réticences au dépistage motivées par des convictions religieuses ou la crainte du sur-dépistage ne sont pas illégitimes et peuvent être respectées.

1.2 Au plan national

Les leviers d'amélioration de la participation égale au DOCS sur tout le territoire, ne seront efficaces que si d'une part ils répondent précisément aux freins à cette participation constatés sur le terrain, et d'autre part s'il s'agit de freins sur lesquels il est possible d'agir.

1.2.1 Les conclusions de l'étude difficilement généralisables

La catégorisation proposée précédemment présente un intérêt dans la perspective de l'évaluation des actions à mettre en œuvre pour renforcer la participation au DOCS et à la lutte contre les inégalités territoriales de participation. Elle présente l'avantage de renseigner à la fois la nature des freins (motifs invoqués), mais aussi leur origine et partant les leviers à mobiliser pour agir dessus selon la prévalence d'un type de facteur ou d'un autre. De plus, la

catégorie de facteur est en soi un indice d'efficacité d'action du levier correspondant. Les leviers sur l'offre seront plus faciles à actionner que ceux de la demande, de même pour les leviers d'ordre quantitatifs par rapport aux leviers d'ordre qualitatif. En effet, les freins d'ordre quantitatif supposent schématiquement une réponse assez simple de renforcement des moyens, tandis que les freins d'ordre qualitatif supposent une adaptation fine, au plus près des besoins de la population de chaque territoire pour lutter contre les inégalités de participation ce qui est un travail plus long et complexe qui ne peut se penser sans une collaboration étroite avec les acteurs associatifs, les acteurs QPV *etc.*

Partant, il semble hasardeux de proposer des leviers d'amélioration au plan national sans procéder à un recensement méthodique des freins, territoire par territoire, à la participation au dépistage.

1.2.2 Des pistes de réflexion à approfondir

Il est néanmoins possible d'identifier quatre séries d'hypothèses, pour aider à adapter au mieux les politiques publiques dans l'amélioration de la participation au DOCS, une fois déterminé, sur le territoire considéré, quels sont les facteurs prépondérants de la non-participation.

- 1ère hypothèse : prépondérance de facteurs relatifs à l'offre et quantitatifs

Les principaux facteurs expliquant le non recours au dépistage dans certaines zones sont l'insuffisance des plages horaires pour la prise de rendez-vous, au manque de radiologues agréés, ou le nombre insuffisant de mammographes en bon état de fonctionnement. Il s'agit alors de facteurs d'offre et quantitatifs sur lesquels les pouvoirs publics peuvent agir par l'allocation de moyens financiers, humains, techniques supplémentaires.

- 2ème hypothèse : prépondérance de facteurs relatifs à l'offre et qualitatifs

Les principaux facteurs explicatifs du non recours au dépistage sont : la mauvaise répartition géographique des centres de dépistage concentrés sur des zones de fort recours au détriment des zones de faible recours, la mauvaise desserte de ces centres par les transports en commun, la concentration des créneaux de rendez-vous sur des plages horaires inadaptées aux besoins des personnes ne participant pas au dépistage, une information sur le dépistage inadaptée dans son contenu ou ses modalités aux contraintes des populations

éloignées du dépistage (formalisme, barrière de la langue *etc.*). Il s'agira dans ce cas de freins relevant du facteur offre et qualitatif sur lequel les pouvoirs publics peuvent agir moyennant une adaptation plus fine des modalités d'action, au plus près des besoins des populations exclues, par une meilleure connaissance de leurs contraintes.

- 3ème hypothèse : prépondérance de facteurs relatifs à la demande et quantitatifs

Les principaux facteurs explicatifs de la non-atteinte de l'objectif de 70 % de participation au dépistage tiennent à une surestimation de la population cible du dépistage organisé d'où un score insuffisant. Il s'agira d'un facteur demande et quantitatif. Cette surestimation du besoin de dépistage pourrait résulter de différents éléments : l'insuffisante prise en compte des effets de substitution entre les différents modes de dépistage (évoqués *supra*) ; cette surestimation du besoin peut également résulter d'une surestimation de la population à couvrir sur le territoire considéré (quartier par quartier) qui ne tient pas compte des mouvements de population dans une grande métropole (déménagements entre quartiers, en dehors de la ville). La seule voie d'action sur **ce facteur artificiellement limitant** de l'efficacité du dépistage consisterait en une consolidation de la construction des objectifs de participation (dépistage par dépistage) et en une certification du mode de collecte des chiffres de la participation par mode de dépistage.

- 4ème hypothèse : prépondérance de facteurs relatifs à la demande et qualitatifs

Les principaux facteurs expliquant l'insuffisante participation au dépistage de certaines populations sur le territoire résultent de freins socio-éducatifs de type : refus du dépistage par crainte du risque de surdiagnostic (et de sur traitement) chez les populations aisées et éduquées, ou crainte de la maladie et par extension du milieu médical et de toute démarche de prévention chez les populations les plus modestes et moins éduquées. D'autres freins d'ordre traditionnel ou religieux peuvent également s'inscrire dans cette série de facteurs de type demande et qualitatif : catégorie sur laquelle il est très difficile sinon impossible d'agir pour les raisons invoquées précédemment.

Dans le cadre de cette réflexion, il convient toutefois de souligner qu'une réforme du dépistage obligatoire des cancers est en cours en application de l'arrête du 23 mars 2018¹², visant à instaurer une coordination du dépistage obligatoire au niveau régional avec la création d'un centre régional de coordination.

L'ambition de cette réforme est de mieux structurer l'organisation du DOCS en prenant en compte la logique de territoire notamment pour lutter contre les inégalités territoriales. Les effets de cette réforme sont de deux ordres : si cette réforme peut avoir des effets positifs sur les freins liés à l'offre, les effets sur la demande appellent cependant la vigilance.

Du point de vue de l'offre, cette réforme permettra sans doute un renforcement de la structuration territoriale du DOCS, si elle est associée à l'allocation de moyens supplémentaires, elle permettra d'agir efficacement sur le levier « offre quantitatif ». En effet, les obstacles principaux constatés à Lyon résidaient dans le manque de médecins, la difficulté de prise de rendez-vous, l'accès aux centres de dépistage, la consolidation des informations délivrées aux médecins *etc.* Ainsi, la structuration du DOCS à l'échelle régionale permettrait, non seulement un déploiement de la télémédecine plus pertinent et efficace qu'à l'échelle départementale pour lutter contre le non recours ; mais aussi d'harmoniser l'information relative au DOCS à destination des médecins généralistes, ce qui renforcerait la qualité de l'information délivrée aux patientes à l'échelle régionale (limitant ainsi les inégalités d'un territoire à l'autre).

En revanche, concernant les obstacles liés à la demande, cette réforme impose la prudence quant à sa mise en œuvre. En effet, l'échelon régional se substituera à l'échelon départemental comme niveau de référence en matière de DOCS, ce qui risque d'éloigner les acteurs décideurs du terrain. A l'occasion de cette réforme, les centres départementaux de dépistage perdront leur personnalité juridique, réduisant ainsi leur autonomie d'action et leur adaptabilité aux variables du terrain.

En deuxième lieu, cette réforme fera de l'ARS un acteur majeur du dépistage, ce qui aboutira à renforcer l'inscription de cette politique dans le champ sanitaire au lieu de la décloisonner, au profit de partenariats renforcés avec le secteur médico-social ou encore avec la politique de la ville comme le préconisent pourtant les professionnels du DOCS.

Enfin, cette réforme structurelle aboutira à une recomposition forte de l'écosystème territorial du DOCS, laquelle risque de conduire à une forte désorganisation. Dès lors pour éviter que celle-ci se fasse au prix d'une accentuation brutale des inégalités de participation (largement liée au manque d'information des populations les plus exclues), un effort de communication s'impose pour accompagner les changements induits, sans une forte chute de la participation au dépistage dans les prochaines années.

Conclusion

Le dépistage du cancer du sein à un stade précoce est un enjeu de santé publique de par son impact sur le taux de mortalité associé, et par son incidence puisqu'il concerne une femme sur huit aujourd'hui en France. Quatorze années après sa généralisation, le dépistage organisé du cancer du sein fait l'objet d'une participation tendancielle insuffisante qui se traduit par des inégalités territoriales de participation.

Si les déterminants ou freins à cette participation sont variés et bien renseignés par la littérature sur le sujet, ils restent des obstacles à l'efficacité de la politique de prévention dont l'équilibre général repose sur une bonne couverture (70%) de la population au risque d'incidence le plus fort (femmes entre 50 et 74 ans).

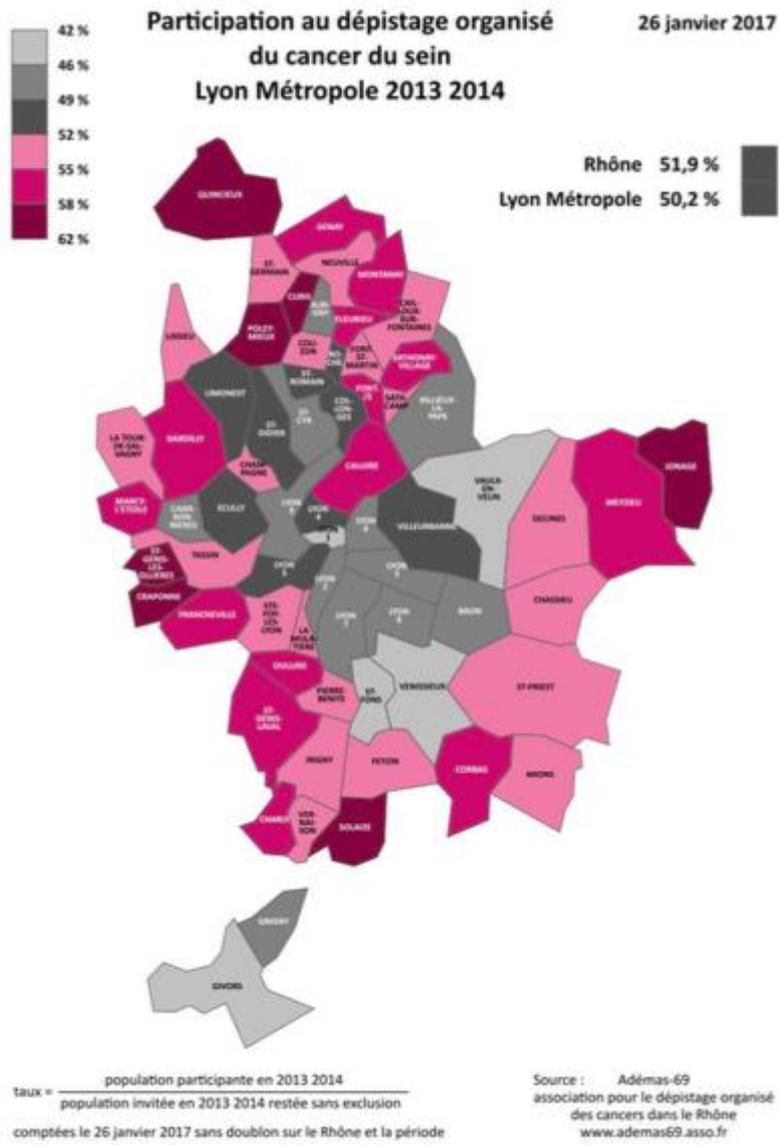
L'étude du DOCS en région lyonnaise a fait apparaître une participation insuffisante, du même ordre qu'à l'échelle nationale, quoique marquée par de plus fortes inégalités de participation entre départements, villes et quartiers. Les freins à la participation mis en évidence par les professionnels du secteur ont permis d'une part de corroborer les facteurs établis dans la littérature scientifique, sans apport nouveau et spécifique à la région, et d'autre part de montrer la part relative des différentes catégories de facteurs explicatifs à ces inégalités de participation. Ainsi, les facteurs tenant à la qualité et la quantité des moyens mis en œuvre par les politiques publiques pour l'organisation du DOCS (facteur offre) constituent un axe prioritaire pour l'amélioration de l'efficacité de la politique, tandis que les facteurs relevant des spécificités propres aux populations ciblées par le dépistage (facteur demande) semblent plus difficilement accessibles même s'ils sont des freins réels.

La comptabilisation séparée des chiffres du dépistage individuel et du DOCS reste un enjeu important de fiabilisation des données relatives à l'efficacité de cette politique, et supposerait la mise en place de procédures rigoureuses de traitement des données de participation à l'échelle des territoires pour neutraliser les éventuels effets de substitution entre ces deux modes de dépistage ou une comptabilisation insuffisante du dépistage individuel.

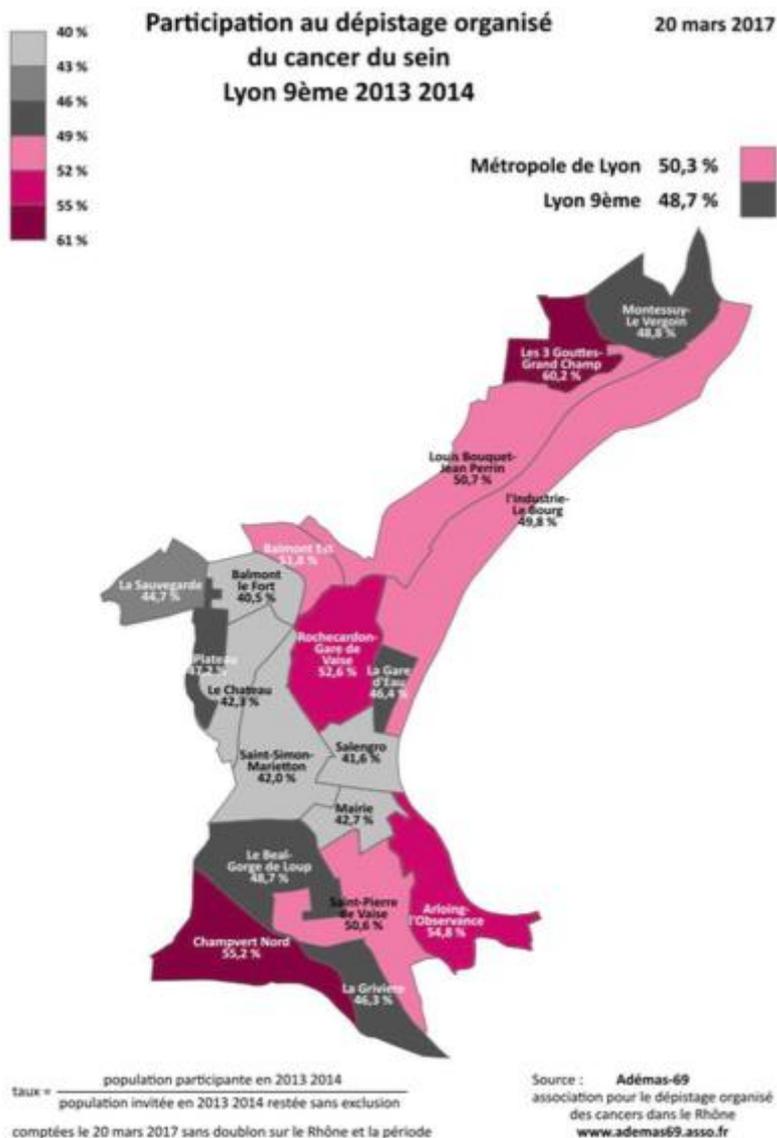
Liste des annexes

- Annexe 1 : Participation au DOCS Lyon métropole 2013-2014
- Annexe 2 : Participation au DOCS Lyon 9^{ème} 2013-2014
- Annexe 3 : Tableau de répartition des entretiens
- Annexe 4 : Grille d'entretien
- Annexe 5 : Lettre INCa

Annexe 1 : Participation au DOCS Lyon métropole 2013-2014



Annexe 2 : Participation au DOCS Lyon 9^{ème} 2013-2014



Annexe 3 : Tableau de répartition des entretiens

	Etablissement	Interlocuteur	Interviewer	Date
Dépistage	ADEMAS 69	Dr <u>Solers Michel</u>	ML <u>Beaudy</u>	03 mai
Système de soins	HCL Service ?	Mme <u>Tanguy</u>	ML <u>Beaudy</u>	3 mai
	Centre L. Bérard Service ?	Mme <u>Beaupère</u>	ML <u>Beaudy</u>	Lundi 30 avril (tél)
Cancer du sein et déterminants	CLB_DPT Santé Environnement	Mme <u>Fervers</u>	<u>Alexiane</u>	15 mai
	Ligue contre le cancer Prévention et santé	<u>Sandrine Estragnat</u>	<u>Assma</u>	15 mai
Prévention et promotion de la santé	DRSM Prévention et santé	Isabelle Vial ou/Et Saida <u>Benrabah/Regine Juen</u>	<u>Alexiane</u>	15 mai
Prévention et promotion de la santé	Ville de Lyon Mission santé	Maryse <u>Arthaud</u>	Muriel	14 mai
Prévention et promotion de la santé	Ville de Villeurbanne Promotion santé	Corinne <u>Bernard</u>	Muriel	9 mai
<u>Cliniques libérales</u>	Radiologue agréé	Vaulx-en-Velin	Assma	15 mai (tél)

Annexe 4 : Grille d'entretien

GRILLE D'ENTRETIEN

- Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre activité et le contact que vous avez, vous plus particulièrement avec le dépistage du cancer du sein et les femmes ?
- Comment est organisé le dépistage du cancer du sein dans la métropole de Lyon ?
- Existe-t-il des spécificités concernant l'incidence du cancer du sein dans la métropole lyonnaise ?
(Notamment par comparaison aux grandes lignes directrices du plan national cancer).
- La pratique du dépistage et l'incidence du cancer du sein sont-elles déclinées de façon identique dans l'ensemble des communes qui la compose ?
- Pensez-vous que la pratique du dépistage est plutôt satisfaisante aujourd'hui comme moyen de prévention du cancer du sein sur tout le territoire ?
(Vis à vis de son efficacité ? de son homogénéité ? autres propositions ?)
- Quels sont les leviers (facteurs facilitant) cette bonne coordination entre dépistage et incidence ?
- De votre point de vue ?
- Quels sont, les freins sous-jacents ?
- De votre point de vue ?
- Dans un objectif d'amélioration du dépistage, quelles pourraient être les actions à mettre en place pour pallier les lacunes que vous identifiez dans la politique du dépistage actuelle ?
(locales ? ciblées ? généralisées ?)

Voici une carte de la métropole Lyonnaise avec ces communes réparties en trois groupes (rouge, jaune et bleu). Les communes en rouges sont des plutôt défavorisées, (importante proportion de chômeurs, et de personnes avec un faible niveau d'éducation), une proportion

élevée de diabétiques (type 2), une faible proportion de THS, un taux de couverture autour de 50% (+faible que les autres). Les communes en bleu sont des communes en opposition favorisées, faible diabétique, fort THS, taux de couverture plus élevé. Et les communes en orange sont les classes moyennes en tout.

- Quelles sont, selon vous, les autres spécificités / facteurs de ces communes qui pourraient expliquer cette répartition et leur lien avec le dépistage ?
- Pouvez-vous distinguer celles qui seraient spécifiques à la métropole Lyonnais de celles qui pourraient mises en place au niveau national ?

Annexe 5 : Lettre INCa

Avril 2018

L'institut national du cancer vient de rendre public son nouveau site d'information « Prévention et dépistage du cancer du sein »¹.

Les reproches formulés en 2016 lors de la concertation citoyenne² sur le dépistage du cancer du sein à propos de son précédent site sont malheureusement toujours d'actualité. La concertation citoyenne demandait qu'une information claire, précise, complète, loyale et neutre sur le dépistage soit fournie aux femmes, leur permettant de décider ou non d'y participer. Or la communication publicitaire de l'Inca exagère les bénéfices du dépistage, et minimise voire passe sous silence ses inconvénients. En outre, le site ne mentionne aucune source ni référence à l'appui de ses affirmations.

Voici les informations qui devraient être données aux femmes selon l'état actuel des connaissances médicales.

Sur 1000 femmes de 50 ans dépistées pendant 10 ans, 4 décéderont d'un cancer du sein. Sur 1000 femmes de 50 ans non dépistées pendant 10 ans, 5 décéderont d'un cancer du sein.

Il est maintenant établi que pour 1 à 6 décès par cancer du sein évités, 19³ femmes seront diagnostiquées avec un cancer qui n'aurait jamais menacé leur vie (surdiagnostic). Ces femmes subiront donc inutilement l'annonce d'un cancer, ses conséquences et ses traitements.

Environ 200 femmes seront faussement alertées, avec un impact physique et psychique important.

En terme de mortalité globale, le bénéfice du dépistage n'est pas démontré. En effet, les décès consécutifs aux traitements et aux cancers radio-induits par les mammographies répétés pourraient contrebalancer le faible effet positif du dépistage.

Le Royaume Uni a précédé la France dans l'exercice de concertation citoyenne et a pris des mesures pour améliorer l'information des femmes notamment sur le surdiagnostic⁴.

Le contraste avec la communication obsolète de l'INCa français est frappant.

Comme le rappelle l'OMS⁵, l'objectif de l'information doit être de permettre aux femmes de prendre

une décision personnelle éclairée, et non de remplir des quotas de participation :

« La recherche d'un fort taux de participation à un programme organisé de dépistage ne devrait jamais prendre le pas sur des décisions éclairées, fondées sur les données de la science et les valeurs et préférences de la personne »

Nous déplorons que l'INCa persiste à mésinformer les femmes, au risque de leur santé et au mépris de leurs droits les plus élémentaires. Nous demandons donc la révision du site et du livret d'information de l'INCa, présentant tous deux les mêmes insuffisances.

Pour en savoir plus

- Analyse critique du site de l'Inca : <https://www.cancer-rose.fr/2175-2/>
- Bleyer A, Welch HG. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *New England Journal of Medicine*. 2012 Nov 22;367(21):1998–2005.

- Dépistage des cancers du sein par mammographie Deuxième partie Comparaisons non randomisées : résultats voisins de ceux des essais randomisés. Rev Prescrire. 2014 Nov;34(373):842–6.
- <http://www.bmj.com/content/359/bmj.j5224> Effectiveness of and overdiagnosis from mammography screening in the Netherlands: population based study P.Autier, M.Boniol et col.

¹ <https://cancersdusein.e-cancer.fr/>

² [depistage-cancer-sein-rapport-concertation-sept-2016](#)

³ <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/52229/0/NewsDetails.aspx>

⁴ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/440824/breast-screening-decide-french.pdf

⁵ WHO position paper on mammography screening, 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137339/1/9789241507936_eng.pdf

Signataires :

Formindép

Association de patients et de professionnels de santé, pour une formation et une information médicales indépendantes et reconnue d'intérêt général.

Dominique Dupagne

Médecin généraliste et blogueur

Cancer Rose

Collectif militant pour une information loyale sur le dépistage du cancer du sein.

Groupe Princeps

Groupe militant pour la meilleure information en matière de surmédicalisation et surtraitements

UFC Que Choisir

Association au service des consommateurs pour les informer, les conseiller et les défendre.



Dr Dominique Dupagne



Pour le groupe PRINCEPS
Dr. Jean-Claude Salomon

Bibliographie

¹ INVS-Santé publique France 2014. Maladies chroniques et traumatismes [en ligne]. [Consulté le 8 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-sein>

² INVS-Santé publique France 2016. Les nouvelles données sur la survie des personnes atteintes en France métropolitaine [en ligne]. [Consulté le 8 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr./Espace-presse/Communiqués-de-presse/2016/Les-nouvelles-donnees-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancers-en-France-metropolitaine>

³ Comité d'orientation, 2016. Ensemble, améliorons le dépistage du cancer du sein, concertation citoyenne et scientifique [en ligne]. [Consulté le 6 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.concertation-depistage.fr/wp-content/uploads/2016/10/depistage-cancer-sein-rapport-concertation-sept-2016.pdf>

⁴ HAS, 2014. Dépistage du cancer du sein en France, identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage, recommandation de santé publique [en ligne]. [Consulté le 11 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage

⁵ INVS-Santé Publique France 2018. Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein, année 2015-2016 [en ligne]. [Consulté le 8 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2016-2017>

⁶ INCa, Les Plans cancer de 2003 à 2013 [en ligne]. [Consulté le 9 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013>

⁷ HAS, 2014. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [en ligne]. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf

⁸INCa, 2018. Le programme de dépistage organisé [en ligne]. [Consulté le 7 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de_sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise

⁹ Santé Publique France, 2013. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2011-2012 [en ligne]. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2011-2012>

¹⁰ Plan d'action de rénovation du dépistage du cancer du sein, Ministère des affaires sociales et de la santé, INCa, 2017[en ligne]. [Consulté le 6 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>

¹¹INCa, 2017. Plan d'action de rénovation du dépistage du cancer du sein, Ministère des affaires sociales et de la santé [en ligne]. [Consulté le 6 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>

¹²Arrêté, 23 mars 2018 portant modification de l'arrête fu 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

¹³ Plan Cancer 2009 – 2013, Rapport final au Président de la République, Juin 2013 [en ligne]. [Consulté le 6 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000559/index.shtml>

¹⁴ HAS, 2011. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [en ligne]. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/note_de_cadrage_depistage_du_cancer_du_sein_-_identification_des_femmes_a_haut_risque_et_modalites_de_depistag.pdf

¹⁵INSEE, janvier 2015. Au 1er janvier 2012, 7 695 000 habitants dans la grande région « Auvergne et Rhône-Alpes » [en ligne]. [Consulté le 10 mai]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285408>

¹⁶Agence d'urbanisme pour le développement de l'agglomération lyonnaise, Septembre 2012. Observatoire partenarial Cohésion sociale et territoriale, Les inégalités sociales et territoriales dans l'agglomération lyonnaise, Cahier n°6 [en ligne]. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.urbalyon.org/AffichePDF/Cahier_n-6_Evolution_des_inegalites_sociales_et_territoriales_dans_l-agglomeration_lyonnaise_-_Observatoire_partenarial_de_la_cohesion_sociale_et_territoriale_dans_l-agglomeration_lyonnaise-3572

¹⁷DIRECCTE Auvergne-Rhône Alpes, Janvier 2017. Taux de chômage régional et départemental, 3^{ème} trimestre 2016 [en ligne]. [Consulté le 8 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://auvergne-rhone-alpes.directe.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.directe.gouv.fr/IMG/pdf/note_trimestrielle_chomage_3t2016_annexe_metrolyon.pdf

¹⁸INSEE, Avril 2014. Revenus-salaires, Rhône-Alpes : des salaires élevés, mais d'importantes disparités entre salariés et entre territoires, *La lettre*, n°229 [en ligne]. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : [https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Insee,+La+Lettre,+revenus-salaires,+Rh%C3%B4ne-Alpes%20A0:+des+salaires+%C3%A9lev%C3%A8s,+mais+d%E2%80%99importantes+disparit%C3%A9s+entre+salari%C3%A9s+et+entre+territoires,+n%C2%B0229+avril+2014\)&ie=UTF-8&oe=UTF-8](https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Insee,+La+Lettre,+revenus-salaires,+Rh%C3%B4ne-Alpes%20A0:+des+salaires+%C3%A9lev%C3%A8s,+mais+d%E2%80%99importantes+disparit%C3%A9s+entre+salari%C3%A9s+et+entre+territoires,+n%C2%B0229+avril+2014)&ie=UTF-8&oe=UTF-8)

¹⁹Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, Novembre 2016. L'évolution des maladies chroniques en Auvergne-Rhône-Alpes [en ligne]. [Consulté le 9 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Evolution_maladies_chroniques.pdf

²⁰Observatoire de la santé Auvergne Rhône Alpes, Octobre 2015. Quelle santé en Auvergne Rhône Alpes [en ligne]. [Consulté le 9 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.ors-auvergne.org/wp-content/uploads/2016/09/483_Quelle-santé-en-Auvergne-Rhône-Alpes_MD.pdf

²¹INVS-Santé publique France, 2017. Taux de participation organisé du cancer du sein 2015-2016 [en ligne]. [Consulté le 8 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>

²² Santé Publique France, 2017. Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein, année 2015-2016 [en ligne]. [Consulté le 8 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>

Thème n°30 Animé par : Cindy Padilla et Séverine Deguen, département Métais, EHESP

INEGALITES TERRITORIALES ET DEPISATAGE DU CANCER DU SEIN

*Agogué Nathalie – DS, Asselineau Audrenn – DH, Beaudy Marie-Laure – DH, Conan
Camille – DH, Deshayes Marie – AAH, Hamdi Assma – D3S, Gagnepain Alexiane – D3S,
Hériaud Murielle – D3S, Lascassies-Tailhan Laura – AAH, Vizy Fanny – AAH.*

Résumé :

En France, la lutte contre le cancer est une priorité nationale. Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer des femmes. A ce jour, on estime qu'une femme sur huit est concernée par ce cancer. En réponse à ce problème de santé publique, a été généralisé en 2004 le programme de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), outil de prévention privilégié. Ce mode de dépistage permet de réduire la mortalité par un diagnostic précoce auprès d'une population à haut risque d'incidence : les femmes de 50 à 74 ans. Ainsi, elles bénéficient, tous les deux ans, d'une mammographie de contrôle suivie d'une double lecture par un médecin spécialiste agréé, pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Pour autant, la participation est insuffisante et en baisse tendancielle depuis 2008 (50,7% en 2016 contre 70% d'objectif). La participation se traduit en outre par de fortes disparités territoriales.

Quels sont les déterminants ou facteurs qui peuvent expliquer les inégalités territoriales? Quels freins au dépistage et quels leviers d'actions pour une meilleure participation ? Autant d'interrogations auxquelles cette étude réalisée sur la métropole de Lyon tente de répondre.

Cette étude révèle une participation insuffisante au DOCS, à l'image des résultats nationaux, associée à de plus fortes inégalités de participation entre départements, villes et quartiers ont émergé. Les freins à la participation mis en évidence dans les entretiens ont permis de corroborer les facteurs établis dans la littérature mais aussi, de montrer la part relative des différentes catégories de facteurs. La comptabilisation compartimentée des chiffres du dépistage individuel et du DOCS reste un enjeu important de fiabilisation des données relatives à l'efficacité de cette politique. Le choix de transférer les structures de gestion du DOCS à l'échelle régionale constitue à son tour un levier d'amélioration en devenir.

Mots clés : cancer – dépistage organisé – prévention – participation – inégalités – freins – leviers

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs
