



---

Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé  
publique

*Promotion : 2021-2022*

**Augmenter la participation au dépistage  
organisé du cancer du sein en  
Bretagne : étude des enjeux du  
déploiement d'un « mammobile »**

---

Bettina Olivo

Septembre 2022



---

# Remerciements

---

Je souhaite adresser mes sincères remerciements au Centre régional de coordination de dépistage des cancers de m'avoir offert l'opportunité de réaliser ce stage, et de travailler sur un projet intéressant et enrichissant. Je remercie dans ce cadre Dr Brousse-Potocki, directrice du CRCDC, pour son soutien, ses encouragements et son accompagnement dans le projet. Également, je souhaite remercier l'équipe médicale de Rennes, de m'avoir accueilli au sein de l'antenne rennaise, d'avoir veillé à ma bonne intégration et à l'avancée de mes missions.

Je tiens ensuite à exprimer ma reconnaissance à tous les membres de l'antenne de Rennes pour l'accueil qui m'a été fait et la gentillesse constante exprimée. Plus particulièrement, je souhaite remercier Mr Desequelle Christophe, Mme Bertin Margot et Mme Vallée Nadine pour les relations de sympathie que nous avons nouées au cours des mois.

Je souhaite adresser mes remerciements à Dr Bramoullé-Catteau de l'antenne du Morbihan, et tous les acteurs rencontrés sur le territoire (de la CPTS de Presqu'îles en Mer, de l'ARS et de la CPAM). Tous ont fait preuve d'une honorable bienveillance à mon égard, et les relations de travail créées ont été source d'enrichissements.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement l'EHESP de m'avoir donné la possibilité de reprendre mes études et de réaliser ce Master 2. Cette année a été source de connaissances, de compétences et l'occasion d'affirmer ma volonté de travailler en santé publique. Je remercie particulièrement Mr Campéon et Mr Le Bodo, pour leurs accompagnements respectifs, leur gentillesse et la disponibilité, constante et bienveillante, dont ils ont fait preuve.

---

# Sommaire

---

Liste des sigles utilisés .....	1
Table des illustrations .....	3
Introduction.....	4
Contexte .....	8
Problématisation .....	16
Méthodologie.....	20
<b>I. L'équité au cœur de la réflexion des dispositifs mobiles .....</b>	<b>28</b>
A. <u>La réduction des inégalités comme l'objectif principal du projet porté par le CRCDC.....</u>	<b>28</b>
1. Le cancer du sein et la participation au dépistage organisé : inégalités sociales et territoriales en Bretagne .....	29
2. Améliorer la participation des femmes au dépistage en favorisant l'équité dans le DOCS ..	34
B. <u>L'équité comme argument face à des situations insulaires spécifiques .....</u>	<b>39</b>
1. Des situations insulaires variées mais une faible participation partagée au DOCS.....	39
2. Le mammobile comme réponse aux obstacles insulaires multiples .....	43
<b>II. Les attentes des différents acteurs au regard de la politique nationale de dépistage .....</b>	<b>47</b>
A. <u>La rentabilité et la réponse aux risques identifiés comme attentes des partenaires.....</u>	<b>47</b>
1. Un dispositif coûteux à rentabiliser : la mise en balance des coûts et de l'efficacité .....	47
2. L'identification préalable des risques et effets négatifs pour une meilleure réussite du dispositif.....	51
B. <u>Ancrages territorial et juridique comme prérequis au dispositif mobile .....</u>	<b>55</b>
1. Un dispositif mobile ancré dans une perspective territoriale.....	55
2. Un régime d'autorisations et de contractualisation autour du mammobile .....	59
Discussion .....	63
Bibliographie.....	69
Sitographie .....	75
Liste des annexes.....	76

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ADECarmor** : Association pour le dépistage des cancers des Côtes d'Armor

**ADEC 29** : Association pour le dépistage des cancers du Finistère

**ADECAM** : Association pour le dépistage des cancers du Morbihan

**ADECI 35** : Association pour le dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine

**AIP** : Association des îles du Ponant

**ANCR CDC** : Association nationale des centres régionaux de coordination des dépistages de cancers

**APS** : Appui au parcours de santé

**ARCMSA** : Association régionale des caisses de mutualité sociale agricole

**ARS** : Agence régionale de santé

**CCNPPS** : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

**CH** : Centre hospitalier

**CLS** : Contrat local de santé

**COFIL** : Comité de pilotage

**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

**CPOM** : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

**CR CDC** : Centre régional de coordination de dépistage des cancers

**DCGDR** : Directeur coordonnateur régional du risque de l'assurance maladie

**DG** : Directeur général

**DGS** : Direction générale de la santé

**DI** : Dépistage individuel

**DO** : Dépistage organisé

**DOCCR** : Dépistage organisé du cancer colorectal

**DOCCU** : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

**DOCS** : Dépistage organisé du cancer du sein

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

**ESAT** : Etablissement ou service d'aide par le travail

**FIR** : Fonds d'intervention régionale

**FRANCIM** : Réseau français des registres des cancers

**HAS** : Haute autorité de santé

**IGAS** : Inspection générale des affaires sociales

**INCa** : Institut national du cancer

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**IRIS** : Ilots regroupés pour l'information statistique

**MSA** : Mutuelle sociale agricole

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ORSB** : Observatoire régionale de la santé de Bretagne

**SPF** : Santé publique France

**ZAC** : Zone d'action complémentaire

**ZAR** : Zone d'accompagnement régional

**ZIP** : Zone d'intervention prioritaire

---

## Table des illustrations

---

### Figures :

Figure 1 : Les dimensions du cadre d'analyse.....	29
Figure 2 : Modèle logique simplifié du projet mammobile.....	36

### Cartes :

Carte 1 : Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans (consultations par an par habitant) en 2018.....	31
Carte 2 : Répartition des sites agréés pour les mammographies du DOCS en 2020.....	33
Carte 3 : Taux de participation au DOCS par communes en 2021.....	35
Carte 4 : Communes avec un taux de participation inférieur ou égal à 50% au DOCS en 2021.....	37
Carte 5 : Les îles bretonnes du Ponant .....	41

### Tableaux :

Tableau 1 : Répartition des communes bretonnes par taux de participation au DOCS en 2021.....	40
Tableau 2 : Taux de participation des îles et temps d'accès au DOCS .....	43

---

# Introduction

---

Le cancer est une pathologie qui est répandue dans l'intégralité du monde et qui peut toucher tout un chacun. On estime, en 2018, à 18,1 millions le nombre de nouveaux cas de cancers et à 9,6 millions le nombre de décès par cancer dans le monde. C'est une pathologie complexe, aux multiples facettes, et qui se développera chez un homme sur cinq et une femme sur six au cours de leur vie (Santé publique France, 2021). La complexité de cette maladie souligne l'importance d'en développer une approche intégrée, allant de la promotion de la santé à la prise en charge thérapeutique de la maladie. Cela implique d'inclure le dépistage comme une composante essentielle de l'approche de la maladie, notamment car les avancées scientifiques ont permis d'améliorer les pronostics et la survie à certains cancers.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Dupays, S., & al., 2022) portant sur le dépistage organisé des cancers en France, publié en janvier 2022, soulève les nombreux enjeux auxquels les structures régionales de dépistage sont confrontées. Parmi les plus importants, on relève d'une part, la stagnation voire la régression des taux de participation de la population et, d'autre part, le manque d'actions dites d'« aller vers » consistant à aller à la rencontre des personnes qui ne se tournent pas vers les dispositifs de santé.

Exerçant une mission de santé publique au nom d'une politique nationale de santé, les structures de dépistage des cancers existent dans un millefeuille d'acteurs nationaux, régionaux et locaux. En termes de pilotage, la politique des cancers est décidée au niveau national par la direction générale de la santé (DGS), en coordination avec le directeur de la sécurité sociale, l'Institut national du cancer (INCa) et Santé publique France (SPF). La mise en œuvre de cette politique est co-pilotée au niveau régional par les pouvoirs publics en santé : l'Agence régionale de santé (ARS), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), l'Association régionale des caisses de mutualité sociale agricole (ARCMSA).

L'opérationnalisation de cette politique nationale repose sur la mise en œuvre territoriale des dépistages. Initialement, ce sont des structures départementales qui ont été mises en place en France. Ces antennes sont l'interlocuteur privilégié des patients dans les départements pour l'organisation, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des dépistages. La Bretagne compte quatre antennes départementales (ADECI 35, ADECarmor, ADEC 29 et ADECAM<sup>1</sup>), qui se sont régionalisées au 1<sup>er</sup> janvier 2019. La régionalisation a conduit à la création des Centres régionaux de coordination des dépistages

---

<sup>1</sup> La structure « ADEC » signifiant « Association pour les dépistages des cancers ». L'ADECI35 correspond à l'antenne d'Ille-et-Vilaine, l'ADECarmor à celle des Côtes d'Armor, l'ADEC29 pour le Finistère et l'ADECAM est celle du Morbihan.

des cancers, associations loi 1901 et relevant du droit public. Chaque région de France est dotée d'un CRCDC, et les antennes départementales demeurent le relais territorial du déploiement des dépistages organisés.

Aujourd'hui les CRCDC sont en charge de l'organisation de trois dépistages sur le territoire français, qui font tous l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) : le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) généralisé en 2004 à l'ensemble de la France, le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) étendu à l'ensemble du territoire en 2008, et le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) depuis 2018. Pour qu'un cancer fasse l'objet d'un DO plusieurs critères doivent être remplis et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en a établi dix (dont : la maladie dont on recherche les cas est une menace grave pour la santé publique ; un traitement à l'efficacité démontrée doit pouvoir être administré aux sujets diagnostiqués positifs ; l'examen doit être acceptable pour la population...) (Wilson, J.M.G. & Jungner, G., 1968). L'objectif du dépistage organisé est de détecter les personnes qui, en population générale, présentent un risque élevé de contracter une maladie, en l'occurrence un cancer. Ainsi, le dépistage est un acte de prévention secondaire, dans un but de diminuer la prévalence des cancers en population générale.

Pour chacun des trois cancers faisant l'objet d'un dépistage organisé, une population cible a été définie. Pour le DOCS, la population cible comprend les femmes âgées de 50 à 74 ans et qui ne font pas l'objet d'un suivi individuel en lien avec un antécédent de cancer du sein, des antécédents familiaux ou tout problème de santé justifiant une surveillance individuelle à l'égard du développement potentiel d'un cancer du sein. Le DOCCR vise quant à lui les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans. Le DOCCU enfin s'adresse aux femmes âgées de 25 à 65 ans. Pour chaque dépistage les professionnels de santé sont engagés et à différentes échelles, allant de la remise du kit par les médecins généralistes pour le DOCCR à la réalisation du frottis du DOCCU par les gynécologues, les sages-femmes et les médecins généralistes.

Le rapport de l'IGAS susmentionné met en évidence les difficultés rencontrées et non résolues que la régionalisation a impliqué pour les CRCDC depuis 2019 dans un contexte pandémique non facilitant. Indépendamment des structures en elles-mêmes, le rapport s'attache à montrer que les participations respectives aux différents dépistages n'atteignent pas les objectifs nationaux, ni les recommandations européennes. Les écarts de participation sont importants entre les départements mais également entre les territoires d'un même département. Plusieurs facteurs ont été mis en avant dans la littérature nationale, et internationale, sur la faiblesse de la participation et les différences entre les territoires. Ces dernières relevant de l'offre de soins, de la demande exprimée sur le territoire et sont liées à l'organisation même des dépistages.

Le dépistage du cancer du sein, le premier à avoir été organisé et généralisé au niveau national, affiche un taux de participation stagnant depuis 2010, voire diminuant depuis 2019 (l'année 2020 a notamment été marquée par la fermeture des CRCDC lors du premier confinement). La participation au DOCS au niveau national atteint 42,8% en 2020, alors que l'objectif national de participation est de 51,9% et la recommandation européenne est de 70%. Les écarts entre les régions sont marqués pour ce dépistage, et d'autant plus à une échelle infra-départementale. La Bretagne affiche une participation variable de ses communes, avec des difficultés qui lui sont propres et liées à certaines spécificités géographiques.

Le CRCDC Bretagne mène une réflexion pour améliorer la participation régionale à ce dépistage, et s'attache à réduire les inégalités d'accès à la mammographie. La Bretagne présente en plus une situation territoriale originale puisqu'elle dénombre plusieurs îles habitées, à des distances variables du continent. Il a alors été proposé, et comme cela a déjà été mis en place dans d'autres régions et départements de France, d'étudier la pertinence d'un dispositif mobile, dit « mammobile », sur la région Bretagne en partenariat avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Presqu'Îles en Mer, à l'origine de l'initiative.

C'est l'objet du présent mémoire, qui s'inscrit dans le cadre d'un stage réalisé au CRCDC Bretagne entre mars et septembre 2022. Les dispositifs mobiles ont fait leur preuve, dans certaines régions de France mais également au niveau international. Ils sont plébiscités pour leur capacité à réduire les inégalités territoriales et sociales de participation au dépistage du cancer du sein. Ainsi, il apparaît pertinent de réfléchir à un tel dispositif pour la région Bretagne, au regard de son organisation géographique, de la répartition de la participation au DOCS et de l'offre de soins sur le territoire. Cette offre mobile viendrait en complémentarité du dépistage déjà en place. Cependant, les dispositifs mobiles présentent des contraintes et des coûts qui nécessitent une étude approfondie de la faisabilité réelle et locale de leur mise en place. Au cours de cette mission, il est apparu utile d'analyser les dimensions du déploiement d'un mammobile en Bretagne qui vise à réduire les inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein.

Pour commencer, nous présenterons la problématique des cancers dans une perspective française ainsi que l'enjeu du dépistage dans une politique nationale de santé. La Bretagne présentant des spécificités territoriales, il est nécessaire de replacer ce dispositif dans un contexte géographique complexe. La méthodologie de ce travail sera par la suite présentée, dans une volonté de couvrir une diversité d'enjeux au moyen d'un cadre d'analyse préalablement choisi.

Le développement du mémoire soulignera d'une part que l'équité est au cœur de la réflexion sur les dispositifs mobiles, tant il s'agit d'augmenter la participation mais aussi de réduire les inégalités d'accès au dépistage, notamment au regard de la situation insulaire en Bretagne. D'autre part, nous mettrons en perspective ces premières considérations avec les attentes des acteurs du territoire, tant au niveau

du rapport coût/efficacité d'un mammobile que dans la perspective d'une nécessaire coopération entre les parties prenantes, organisée et appuyée par différents acteurs du territoire breton. Enfin, ces éléments donneront lieu à une discussion, notamment au regard des enjeux relevés au niveau international d'un dispositif mobile pour le dépistage du cancer du sein.

---

# Contexte

---

## Les cancers en France

Les cancers forment un groupe de « maladies provoquées par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive » (INCa, définition cancer, 2004). Le développement d'un cancer commence par une ou des lésions précancéreuses. En France, les cancers sont la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme depuis 2003 (Viguié, J., & al., 2016). L'incidence des cancers n'est pas la même chez les hommes et les femmes comme le montrent les taux de déclarations des nouveaux cas de cancers en 2018 : le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme (58 000 nouveaux cas), suivi des cancers colorectaux et des poumons (respectivement 20 000 et 15 000 nouveaux cas) ; alors que chez l'homme, le cancer de la prostate est le plus fréquent (50 000 nouveaux cas en 2015), avant les cancers des poumons et colorectaux (respectivement 31 000 et 23 000 nouveaux cas). L'évolution de l'incidence de l'ensemble des cancers montre que cette dernière augmente chez la femme depuis plusieurs décennies, tandis qu'elle n'augmente que de peu chez l'homme (Santé publique France, 2021).

Le cancer responsable du plus grand nombre de décès chez la femme est celui du sein (12 000 décès en 2018), sachant que ce dernier représente un tiers des cancers féminins. Il est suivi du cancer du poumon (10 000 décès en 2018) puis colorectal (8 000 en 2018). Chez les hommes, alors que le cancer de la prostate représente un quart des cancers masculins, c'est celui du poumon qui conduit à davantage de décès (23 000 en 2018). Il est suivi des cancers colorectaux (9 000 décès en 2018) et de la prostate (8 000 décès en 2018) (Santé publique France, 2021).

Plusieurs facteurs de risque influencent le développement des cancers. Notamment les comportements individuels dits défavorables à la santé, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool ou une mauvaise alimentation. Chez l'homme, le tabac et l'alcool sont responsables de 29% et 8,5% des nouveaux cas de cancers, suivis de l'alimentation et des expositions professionnelles. Chez la femme, les causes majeures sont le tabac, l'alcool, le surpoids et l'obésité (responsables respectivement de 9,3%, 7,5% et 6,8% des cancers féminins) (Santé publique France, 2021).

D'autres facteurs de risques sont davantage liés aux expositions professionnelles et à des environnements plus nocifs que d'autres (pollutions de l'air, des eaux, aux métaux...). Certaines infections peuvent également être associées au risque de développer un cancer. C'est notamment le cas de l'association du virus du papillome humain (HPV) et du cancer du col de l'utérus (Rollet, Q., 2021). Enfin, un faible pourcentage de cancers sont héréditaires, pour le cancer du sein on estime que 5 à 10% des cancers sont héréditaires, dits attribuables à une mutation génétique (INCa, 2004).

On observe des disparités géographiques en France dans l'incidence des cancers. Si cette dernière est relativement homogène pour les cancers les plus fréquents (sein, prostate, colorectal), d'autres cancers montrent des répartitions géographiques disparates (comme les mélanomes de la peau, les cancers de la thyroïde), notamment du fait de certains facteurs démontrés. De plus, la répartition de la mortalité par cancer est hétérogène : on observe une surmortalité des cancers du sein et colorectal chez la femme dans le nord du pays (Santé publique France, 2021). Plus globalement, on observe l'influence d'une diversité de facteurs à l'origine des disparités territoriales et sociales dans l'incidence, la prévalence des cancers et la mortalité qui en découle (Aïach, P., 2008). On peut notamment distinguer les rôles respectifs de contextes socio-économiques et environnementaux d'une part, et du système de santé d'autre part, incluant le dépistage organisé.

### **La politique nationale de lutte contre les cancers**

Progressivement, les cancers sont devenus un enjeu de santé publique, puisque l'incidence de nouveaux cas a doublé en 30 ans (Viguié, J., & al., 2016). C'est pour cela que la France s'est dotée depuis 2003 de plusieurs plans cancers. Ces derniers, en tant que feuilles de route pluriannuelles, prônent une approche globale de la lutte contre la maladie, couvrant plusieurs champs : la prévention, l'organisation des soins, l'après maladie et la recherche. Le premier plan cancer, de 2003 à 2007, a permis la structuration du paysage de la cancérologie française et l'organisation d'une coordination entre acteurs. Ce premier plan était surtout orienté vers le domaine de la prévention, du dépistage et de l'organisation des soins (Viguié, J., & al., 2016). Il a notamment induit une rupture en permettant la généralisation à l'ensemble de la population du dépistage du cancer du sein en 2004 (Rumeau-Pichon, C., & al., 2016).

Le second plan cancer (2009-2013) s'est doté d'objectifs plus nombreux avec des thèmes transversaux autour de cinq axes initiaux (dont la prévention et le dépistage) : au cœur de ce plan on retrouve la prise en compte des inégalités de santé, des facteurs individuels et environnementaux. L'accent a surtout été mis sur la personnalisation des prises en charge de la maladie. La généralisation du dépistage organisé du cancer colorectal, s'est faite en 2008.

Enfin, le plan cancer 2014 -2019 a mis l'accent sur la prévention primaire (appuyée sur l'épidémiologie) et secondaire (avec la recherche sur le développement de la médecine personnalisée). Le bilan des plans cancers est mitigé dans le sens où la temporalité de mesure des effets ne correspond pas aux années d'évaluation : les résultats des actions sur la prévention et le dépistage sont plus longs à apparaître (Viguié, J., et al., 2016).

Enfin en 2021, l'Etat français s'est doté d'une stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030). Cette dernière se structure autour de 4 axes :

- Améliorer la prévention (l'axe central de cette stratégie).
- Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients.
- Lutter contre les cancers de mauvais pronostic, avec un appui important sur la recherche.
- Veiller à la transversalité des mesures et qu'elles bénéficient à tous (notamment pour les cancers de l'enfant).

Les éléments développés dans l'axe de prévention mettent l'accent sur le développement du dépistage. Les taux de participation aux trois dépistages organisés n'atteignant pas les recommandations, les effets sur la mortalité ne sont pas entiers. En parallèle, la lutte contre les inégalités est au cœur de cet axe. Il est reconnu que plusieurs facteurs peuvent influencer le recours au système de soins, à la prévention et donc au dépistage. Ce moindre recours représente des pertes de chance face à la maladie (Ministère des solidarités et de la santé, & INCa, 2021).

## **Le dépistage des cancers**

Le dépistage des cancers constitue un véritable enjeu de prévention dans une politique plus large de prise en charge. En effet, la détection précoce des cancers permet d'administrer des traitements plus efficaces, moins lourds et longs ; et permet de réduire la gravité des séquelles (Viguié, J., & al., 2016). Le dépistage correspond aux examens pratiqués chez une population asymptomatique pour détecter les individus malades ou ceux à risque de le devenir, le plus tôt possible. Pour les cancers du col de l'utérus et colorectal, une couverture théorique de 100% par dépistage permettrait de réduire la létalité des cancers et d'éviter la quasi-totalité des cas par la détection des lésions précancéreuses. Alors que pour le cancer du sein, le dépistage ne permet de détecter que les cancers à un stade précoce et les cancers déjà développés. Ainsi, une couverture théorique de 100% permettrait uniquement de réduire la létalité des cancers (Rollet, Q., 2021). La généralisation des dépistages organisés permet donc de proposer une couverture plus importante de la population dans une visée de réduction de la létalité des cancers. Le dépistage organisé repose sur un programme structuré avec des protocoles précis (en termes de population cible, de méthode et de cahier des charges) et une coordination avec les systèmes de santé pour assurer un suivi. Les dépistages s'inscrivent dans un ensemble plus large de services de prise en charge<sup>2</sup> des cancers.

Les dépistages présentent des bénéfices (éviter le développement des cancers, améliorer la qualité de vie, réduire les complications) et des risques (les faux-positifs, les faux-négatifs, le surdiagnostic<sup>3</sup>). C'est

---

<sup>2</sup> La prise en charge des cancers comprend : la prévention primaire et secondaire (comprenant le dépistage), les traitements médicaux et chirurgicaux, les soins de supports (soins et soutiens qui diminuent les effets secondaires des traitements et améliorent les conditions de vie), et l'accompagnement dans l'après-cancer.

<sup>3</sup> Un faux positif est un résultat positif d'examen de dépistage, alors qu'il n'y a pas de lésions ni de pathologie. Un faux négatif, à l'inverse, est un résultat négatif de dépistage alors que des lésions ou une pathologie sont présentes. Le risque de surdiagnostic correspond à la détection et au traitement de lésions qui n'auraient pas évolué en cancer.

donc une analyse des bénéfices et des risques qui doit être effectuée avant la mise en place d'un dépistage organisé (Rollet, Q., 2021).

En France ce ne sont que trois cancers qui font l'objet d'un dépistage organisé en population générale asymptomatique pour le moment. En parallèle du dépistage organisé, demeure le dépistage prescrit par des professionnels de santé dans le cadre d'un suivi individualisé, pour celles et ceux présentant des risques, des symptômes ou ayant des antécédents liés au cancer recherché.

Le dépistage organisé du cancer du sein repose sur une mammographie (clichés de face et de profil) avec une double lecture (contrairement au dépistage individuel<sup>4</sup>) et un examen clinique des seins. Le dépistage organisé en France a été pensé sur le mode de la gratuité pour une égalité réelle d'accès financier à cette prestation pour tout le monde. Ainsi, le coût de réalisation d'une mammographie ne constitue pas un frein à la réalisation du dépistage du cancer du sein pour les femmes.

### **Les obstacles à la participation aux dépistages des cancers**

Les différences de taux de participation entre les régions, les départements et les territoires montrent une inégale participation des françaises. Les freins identifiés à la réalisation du dépistage du cancer du sein sont multiples et renvoient à une diversité d'éléments, car plusieurs mécanismes sont imbriqués dans la construction des inégalités de santé. (Pascal, J. & Lombrail, P., 2016). On peut identifier un processus selon lequel les inégalités sociales vont produire des inégalités de santé : par exemple, plus on descend dans l'échelle des catégories socio-professionnelles, plus les déclarations de détérioration de la santé perçue sont nombreuses. En parallèle, les inégalités territoriales alimentent également les inégalités de santé. On retrouve donc des inégalités dites géographiques ou territoriales, et des inégalités sociales dans la santé et dans la participation au dépistage (Pascal, J. & Lombrail, P., 2016).

Pour le dépistage, du point de vue territorial, l'offre de soins sur le territoire, sa répartition et également la quantité proposée, influence le recours à la santé des individus. L'organisation locale du dépistage peut aussi constituer un frein en lui-même à la participation (éloignement des sites de radiologie, délais de prise de rendez-vous...). Dans la continuité, a été observé un effet du lieu de résidence. Vivre en centre-ville, autrement dit en milieu urbain, est prédictif du recours au dépistage, quand la ruralité semble être un facteur de moindre participation (Galéa, B., 2011). La ruralité n'est pas le seul prédictif d'un moindre recours, car les lieux de vie, et les mécanismes de faveur ou de défaveur qu'ils produisent, sont également au cœur des inégalités (Guillaume, E., 2018).

---

<sup>4</sup> Une des spécificités du dépistage organisé, contrairement au dépistage individuel, est d'assurer une double lecture des clichés de mammographie par des radiologues différents en première et deuxième lectures. C'est un système de contrôle et cela permet une plus grande fiabilité des résultats.

En effet, d'autres freins relèvent davantage de mécanismes socio-économiques, et influencent la situation des participantes (précarité, revenus peu élevés). De manière générale, le niveau d'études, la profession et le niveau de revenus ont un impact sur les comportements de santé, avec une faible place pour la prévention. Ainsi, les femmes les plus défavorisées ont un recours moindre aux soins en général, et donc au dépistage organisé également (Guillaume, E., 2018). Et si le fait de consulter régulièrement des médecins est associé au fait de se faire dépister régulièrement, le recours aux médecins est corrélé au niveau de vie. Dans ce sens, la précarité constitue un frein central au dépistage, puisqu'elle s'accompagne de freins financiers, géographiques ou liés à un défaut d'accès à l'information (Cambon, L., et al, 2007). On voit que le contexte géographique, d'éloignement par exemple des structures de soins, peut être surmonté de freins issus d'une situation socio-économique défavorable.

D'autres obstacles, enfin, interviennent dans la participation au dépistage, tels que le fait d'être en mauvaise santé, les handicaps et autres troubles individuels (Guillaume, E., 2018) ainsi que les représentations, les croyances sur la maladie, la peur de la mort, l'absence de symptômes comme signe de bonne santé (Galéa, B., 2011).

Les inégalités de santé sont « le produit final » des inégalités sociales et géographiques, et le cancer est au cœur de ces inégalités de santé (Aïach, P., 2008). Cela peut se comprendre par la multiplicité des déterminants de cette maladie et de leur relation privilégiée avec le social. C'est donc les inégalités sociales qu'il faut attaquer en profondeur pour limiter leurs effets dans la santé (Aïach, P., 2008). Une multitude de facteurs interviennent dans la participation, ou l'absence de participation, des femmes au DOCS. Et les CRCDC ont dans leurs missions des objectifs d'augmentation de la participation, de promotion des dépistages et d'actions d'« aller-vers » dans un objectif de réduction des inégalités sur le territoire. C'est sur ces inégalités, territoriales, sociales, de santé, que le CRCDC Bretagne doit agir pour augmenter la participation au DOCS. Cependant, la Bretagne présente des spécificités territoriales qui aggravent les inégalités déjà présentes.

## **Le contexte breton sous l'angle des dépistages**

Le territoire breton est une région composée de quatre départements : les Côtes d'Armor, le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan. Une diversité de territoires se retrouvent dans cette région. A la fois des pôles urbains autour des villes principales (Rennes, Brest, Lorient, Vannes, Quimper et Saint-Brieuc) et d'autre part des zones plus rurales<sup>5</sup>, comme le Pays du Centre-Ouest Bretagne, le Pays de Brocéliande et le Pays de Ploërmel-Centre Bretagne (Annexe 2, carte 1). La région Bretagne est bordée de zones côtières et d'îles et archipels. Au total, elle concentre 70% des îles de France métropolitaine, non reliées au continent par un pont. Au total, il y a 1000 îles et ilots entourant la région, dont 12 sont

---

<sup>5</sup> D'après l'INSEE, 1077 communes de Bretagne sur 1208 sont classées comme rurales en 2017 (INSEE, avril 2021).

habités. Ces îles sont de tailles variées, de distances au continent diverses et avec des densités de populations différentes (Annexe 2, carte 2). Les îles bretonnes font partie d'une association, les Iles du Ponant (qui regroupe aussi l'archipel de Chausey en Normandie, et les îles d'Aix et d'Yeu, en Charente-Maritime et en Vendée).

La Bretagne présente une variété de territoires aux populations et caractéristiques très différentes. Au total, la région représente plus de 3 millions d'habitants, répartis inégalement sur le territoire (densités plus importantes de population dans et autour des villes, et sur les zones côtières). La population bretonne tend à vieillir, et la part des 60 ans et plus est plus élevée en Bretagne (26%) qu'au niveau national (24%). Ce vieillissement s'explique notamment par un littoral attractif pour les retraités et un déficit migratoire pour la catégorie des 20-30 ans (ORS Bretagne, 2016 ; INSEE, 2022).

D'un point de vue socio-économique, les territoires sont partagés et divers. Les cadres et les professions supérieures sont davantage installés dans les grandes agglomérations, et peu dans le reste de la Bretagne. Les ouvriers (13% de la population active bretonne) et les agriculteurs (1,3% de la population active) sont répartis sur l'intégralité du territoire avec une densité plus marquée en Centre Bretagne pour ces deux catégories (Annexe 2, cartes 3 et 4). Les disparités socio-économiques se retrouvent entre les territoires (ruraux / urbains) et dans les zones urbaines (certains quartiers sont plus défavorisés que d'autres) (INSEE, 2022). Cependant, la Bretagne est moins marquée que d'autres régions par les disparités sociales. Le centre et les frontières régionales concentrent les fragilités sociales, avec un éloignement important des centres urbains et de l'offre de soins. Les revenus médians les plus hauts sont notamment concentrés autour et dans les aires urbaines (Annexe 2, carte 5) (ORS Bretagne, 2016).

En termes de participation au dépistage organisé du cancer du sein, le taux national en 2020 était de 42,8% (plus bas que les années précédentes, en raison de la crise sanitaire et de la fermeture des CRCDC au premier confinement de mars 2020). Au total ce sont 2 251 689 femmes qui ont été dépistées en France, sur une population cible de 5 250 698 (incluant l'outre-mer) (Santé publique France, 2021). La recommandation nationale de participation est de 51,9%, tandis que la recommandation européenne est de 70% (Dupays, S., & al., 2022). La Bretagne est une région qui affiche une participation plutôt élevée : en 2021, le taux de participation était de 49,1%. Des disparités départementales peuvent s'observer, avec quelques légers écarts entre le Finistère et les autres départements. Depuis 2005, la participation au DOCS en région Bretagne dépasse les 50%, sauf pour l'année 2020 qui a été marquée comme le reste du pays par la pandémie. Le Morbihan a tendance à avoir une participation plus élevée que les autres départements, avec un pic en 2006 atteignant un taux de 70%. La population totale concernée par le DOCS en Bretagne est de 1 204 288 femmes, qui sont donc invitées tous les deux ans

à réaliser une mammographie de dépistage ainsi qu'un examen clinique dans l'un des 71 sites agréés par le CRCDC pour le DOCS (en 2021) (CRCDC Bretagne, 2020).

### **Le CRCDC dans l'environnement des dépistages**

Le Centre régional de coordination de dépistage des cancers de Bretagne (CRCDC) est l'organisme en charge sur le territoire breton de la mise en œuvre des trois dépistages organisés, comme l'étaient anciennement les structures de gestion départementales. C'est jusqu'à présent, le CRCDC qui doit adresser les courriers d'invitation aux femmes concernées par le DOCS, assurer la centralisation des résultats, permettre la réalisation des secondes lectures des mammographies, opérer le suivi des résultats positifs. Le CRCDC est en charge des mêmes missions socles pour les deux autres dépistages organisés : invitations, réception des résultats, suivi des positifs. La régionalisation des antennes départementales responsables des dépistages organisés s'est faite en 2019, en permettant la création des CRCDC et leur attribuant 8 missions : la mise en œuvre du dispositif et la contribution au pilotage national et régional ; les relations avec la population ; le suivi de la population ; les relations avec les professionnels de santé ; la gestion du système d'information ; l'évaluation du dispositif ; l'assurance qualité du dispositif ; la recherche et les expérimentations. Ces différentes missions visent notamment à assurer la participation de toute la cible concernée au dépistage organisé, et d'assurer la promotion des dépistages et de mener des actions d'« aller vers ». La régionalisation opérant en période de crise sanitaire, et se confrontant à des façons, propres à chaque département, de faire, n'a pas atteint son plein potentiel en termes de participation. Cette dernière suppose notamment de lutter contre les inégalités et les difficultés d'accès aux dépistages sur le territoire breton.

C'est dans ce cadre qu'une mission de stage s'est ouverte, avec comme objectif de travailler au déploiement d'un mammobile sur le territoire breton, initialement imaginé par des professionnels de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Presqu'îles en Mer. Ce dispositif mobile, équipé d'un mammographe, d'un échographe et d'une équipe de radiologie embarquée, a pour but de se rapprocher des femmes non participantes au DOCS, et notamment celles qui sont éloignées des centres agréés pour le dépistage. Le but du dispositif étant de proposer une offre complémentaire à celle déjà en place. De manière plus globale, cette mission de stage se dédie à la réflexion sur les difficultés d'accès aux dépistages, sur les actions de promotion des dépistages et à l'innovation par un dispositif mobile. Le mammobile a déjà fait ses preuves dans d'autres territoires français mais aussi internationaux, en permettant de réduire les inégalités de participation. Il s'agit alors d'étudier la pertinence d'un tel dispositif sur le territoire breton.

A partir de l'état des lieux des cancers en France, de la connaissance des freins à la participation et de la présentation de la région Bretagne, il est nécessaire d'approfondir l'intérêt d'un dispositif mobile dans l'amélioration de la participation aux dépistages. En effet, il s'agit de questionner la pertinence du mammobile dans le contexte breton et ce qu'il pourrait apporter au territoire.

---

# Problématisation

---

Le récent rapport de l'IGAS sur la capacité de l'organisation des dépistages à faire face aux enjeux de la politique de lutte contre le cancer, souligne les écarts de participation entre les régions et entre les communes dans le dépistage organisé du cancer du sein. En effet, selon l'IGAS la régionalisation n'a apporté aucune réponse à la stagnation des taux de participation alors que cette nouvelle structuration aurait dû s'accompagner d'un renforcement de la présence des acteurs du dépistage sur le territoire et des actions de promotion des dépistages. L'IGAS estime que « l'organisation et les moyens alloués aux CRCDC aux fins de promotion des dépistages organisés, ne sont pas adaptés aux enjeux territoriaux au regard des objectifs de réduction des inégalités ». Une des recommandations du rapport est alors de « rénover et professionnaliser les actions en matière d'« aller vers » » (Dupays, S., et al., 2022, p.50). Ces actions ont pour but de dépasser les barrières et les inégalités qui freinent la participation aux dépistages organisés.

## La spécificité insulaire bretonne comme exemple type de la difficulté d'accès aux dépistages

Les difficultés intervenant dans la participation au DOCS sont multiples, comme évoqué précédemment. On retrouve des freins contextuels d'une part, liés à la géographie et à l'offre de soins ; et des freins socio-économiques d'autre part. Une des premières inégalités de participation au DOCS repose sur l'éloignement par rapport aux sites agréés pour la réalisation des mammographies. En effet, le CRCDC Bretagne a des conventionnements avec 71 sites radiologiques répartis sur le territoire, mais qui tendent à diminuer avec les années<sup>6</sup> et dont les délais de rendez-vous se rallongent pour la plupart, générant des inégalités d'accès. Or la littérature montre que la probabilité de non-recours au dépistage augmente avec la distance au radiologue (Vallée, A., 2016) et avec le temps de trajet (Rollet, Q., 2021). La Bretagne présente des spécificités avec ses territoires insulaires qui sont d'autant plus éloignés des centres de radiologie par l'absence de site agréé sur les îles, présentant alors un « cadre peu accommodant » (Belliard, A.-M., 2008-2009).

L'insularité contribue aux inégalités d'accès aux soins et de dépistage organisé du cancer du sein. De fait, toutes les îles bretonnes n'ont pas de médecin sur place, ni de pharmacie, et les habitants sont obligés de regagner le territoire pour accéder à une offre de soins plus large. Seule Belle-Ile en Mer est équipée d'un centre hospitalier (AIP, & ARS, 2016). Le dépistage organisé du cancer du sein est affecté par cette spécificité puisqu'aucune île n'est équipée d'un mammographe pour réaliser les dépistages.

---

<sup>6</sup> En 2019, cinq sites ont arrêté la pratique de la mammographie en Ille-et-Vilaine et un site a fermé dans le Morbihan. Sur trois ans, ce sont presque une dizaine de sites qui ont fermé ou cessé leur activité de dépistage en Bretagne.

Ainsi, toutes les femmes concernées par le DOCS doivent réaliser leur dépistage sur le continent. On observe alors des taux de participation inférieurs aux moyennes départementales, par exemple : Ouessant affiche une participation en 2021 de 44,8% contre 48,3% dans le Finistère ; l'île aux Moines a une participation de 40,9% en 2021 pour 49,1% dans le Morbihan dans sa globalité (Document 1<sup>7</sup>). Les difficultés organisationnelles et logistiques que posent le DOCS influencent grandement la participation des femmes îliennes.

Indépendamment des îles, la Bretagne présente des difficultés dans l'accès aux soins de manière générale, la densité de professionnels de santé diminuant. Le zonage de l'Agence régionale de santé (ARS) concernant les médecins généralistes fait état de nombreuses zones en intervention prioritaire (Annexe 2, carte 6). Également, le nombre de radiologues formés en sénologie tend à diminuer sur le territoire (de 80 cabinets en 2019 à 71 cabinets en 2020). Les cabinets encore agréés par le CRCDC sont inégalement répartis sur la région, générant des écarts de distance et de temps de trajet entre les femmes pour accéder à une mammographie (Document 1). L'offre de sénologie se réduisant, et la population concernée par le DOCS augmentant (vieillesse de la population, et attractivité des côtes pour les retraités), les délais pour accéder à un rendez-vous de mammographie augmentent fortement. Ces derniers peuvent atteindre plus d'un an dans certaines zones de Bretagne, comme à Vannes où l'attente dépasse les 12 mois (Document 1). Les délais constituent un véritable frein pour la participation des femmes, auxquels l'éloignement géographique s'ajoute parfois.

Si la Bretagne présente de moindres disparités socio-économiques sur son territoire, bien qu'elles soient tout de même existantes, les disparités géographiques d'accès aux soins sont davantage marquées. Ainsi, l'organisation du DOCS en Bretagne, l'accès aux soins et les spécificités sociales sont des éléments justifiant la mise en place d'actions de promotion des dépistages et d'« aller-vers ».

### **Les mammobiles et les enjeux qu'ils soulèvent dans la réduction des inégalités**

C'est dans cette volonté d'augmenter la participation et de réduire les inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein que le CRCDC souhaite développer un mammobile. Les dispositifs mobiles sont félicités pour cette démarche d'« aller vers » puisqu'ils inversent le paradigme : ce n'est plus à la population cible d'aller en cabinet de radiologie, mais le mammographe qui vient directement au plus proche des femmes concernées. Les unités mobiles de radiographie permettent de réduire les inégalités d'accès, sociales comme territoriales. Le recours au mammobile en France date des années 1990. L'idée de dépister les femmes sur leur lieu de vie vient du Professeur Lamarque, et cela a permis le lancement du premier mammobile dans le département de l'Hérault. Puis en 1992, c'est le Conseil général de

---

<sup>7</sup> Cette référence correspond à un document, non publié, remis dans le cadre du stage. Cela vaut pour toutes les références nommées « document ». Elles seront présentées dans la partie méthodologie.

l'Orne qui va se doter d'un mammobile. Enfin, en 2000, c'est le Conseil général de l'Aveyron qui va s'équiper un mammobile (Ferrié, B., 2013). Ceux de l'Orne et de l'Hérault sont encore en service aujourd'hui, et d'autres régions ou départements souhaitent se doter d'une unité mobile : le département de l'Aude, la région normande (en dehors de l'Orne), l'Île de France et la Bretagne (Document 2).

Le système du mammobile est proche de celui en site fixe : les femmes reçoivent l'invitation à participer au DOCS avec la possibilité d'opter pour le mammobile à la place du site fixe. D'après les expériences déjà menées, la préférence pour le mammobile augmente avec l'éloignement du centre de mammographie. Ainsi, l'intégration d'un mammobile au dispositif existant de dépistage permet d'aider à effacer les inégalités de participation et à augmenter cette dernière (Guillaume, E., et al., 2019). En effet, les trois premiers dispositifs français mettent en évidence l'utilité du mammobile auprès des femmes éligibles vivant en zones rurales, qui ont de fortes chances de ne pas participer (Ferrié, B., 2013). Ainsi un dispositif mobile semble avoir toute sa place en Bretagne puisque les disparités territoriales de participation sont marquées, et plus particulièrement pour les îles et le centre Bretagne.

Cependant, la mise en place d'un mammobile sous-tend de prendre en compte un certain nombre d'éléments et d'étudier la faisabilité réelle sur le territoire. D'une part, la dimension financière représente le principal obstacle à la mobilité car ce dispositif et son équipement constitue une dépense importante et implique également d'inclure les coûts de déplacements, de ressources humaines, logistiques... Le second obstacle se situe en termes organisationnels car il s'agit de permettre un fonctionnement quotidien du mammobile tout en assurant une participation des femmes localement, afin notamment d'assurer le rendement du dispositif (Vallée, A., 2016).

D'autre part, il s'agit de prendre en compte le contexte dans sa globalité. L'enquête Sein Inégalités TERRitoriales, étudiant les inégalités sociales et territoriales de participation au DOCS d'un échantillon de femmes, et l'interaction de ces facteurs avec des caractéristiques contextuelles, nous le démontre. Sur les départements étudiés, plusieurs étaient équipés d'un mammobile (Document 6). Il ressort de cette enquête que « l'intérêt potentiel du mammobile dépend de très nombreuses caractéristiques locales (contextuelles) liées aux caractéristiques sociodémographiques de la population, à la proportion de communes rurales et urbaines, à la densité de population, aux caractéristiques géographiques, à l'offre de soins, aux modalités locales d'organisation du dépistage et à son succès. » (Rollet, Q., 2021). C'est donc un ensemble de données du contexte qu'il s'agit de prendre en compte pour étudier la pertinence du dispositif de mammobile sur le territoire breton.

Enfin, l'idée de mammobile étant apparue au sein de la CPTS de Presqu'îles en Mer, et le CRCDC, porteur du projet, étant conventionné par l'ARS et la CPAM, un certain nombre d'enjeux institutionnels sont à intégrer dans le projet. Par exemple l'expérience en Aveyron, débuté en 2000, a été arrêtée lors du transfert de compétences du Conseil général vers l'Agence régionale de santé. En effet, cette dernière

a jugé peu efficient le dispositif mobile et a coupé les financements pour sa mise en œuvre (Ferrier, B., 2013). Les besoins du territoire, les attentes des partenaires institutionnels et acteurs du territoire (ARS, CPAM, CPTS) doivent être prises en compte, d'une part pour assurer un soutien au CRCDC dans cette mission et d'autre part pour permettre une réelle diminution des inégalités de santé et augmenter la participation au DOCS sur la région Bretagne, et notamment dans les territoires les plus fragilisés.

### **La structure de la réflexion présentée dans ce mémoire**

C'est dans ce cadre et à partir de ces éléments de réflexion que nous nous posons la question suivante : **quels sont les enjeux sous-jacents au déploiement d'un dispositif mobile visant la réduction des inégalités, notamment territoriales, d'accès au dépistage du cancer du sein en Bretagne ?** En effet, on se questionne sur les dimensions à prendre en compte pour déployer un dispositif mobile, les contraintes et les limites d'un tel projet, et les effets attendus d'une stratégie déployée au niveau régional. On s'interroge également sur les attentes des différents acteurs qui prennent part aux activités du CRCDC et qui représentent de potentiels partenaires. Plus globalement, la notion d'enjeux renvoie ici aux questionnements qui accompagnent la construction du projet, et les réponses qui permettent d'en faire un dispositif viable.

Nous nous interrogeons en premier lieu sur la faisabilité du déploiement d'un mammobile par rapport aux spécificités territoriales, notamment les îles, tout en analysant l'enjeu fondamental d'équité devant découler de l'intégration de ce dispositif au programme existant du DOCS. Puis, nous mettrons en perspective le rapport entre l'équité et les autres critères d'appréciation d'un tel projet, et l'inscription du projet dans la vision territoriale de la santé, régie par les agences institutionnelles et les communautés professionnelles de la région Bretagne. Ainsi, nous éclaircirons la place qu'occupe les attentes des partenaires dans ce projet visant à réduire les inégalités et la place du dispositif mobile sur le territoire breton.

Pour répondre à ces questionnements, une méthodologie de travail a été développée, présentée dans la suite de ce mémoire. Appuyée sur les missions réalisées lors du stage au CRCDC, la réflexion a été nourrie des documents et des échanges issus de la construction du projet. Afin d'orienter les réflexions portées sur la pertinence et les effets d'un dispositif mobile pour augmenter la participation au cancer du sein, un cadre d'analyse a été mobilisé.

---

# Méthodologie

---

Afin de traiter efficacement le sujet de départ, à savoir le mammobile, il a été nécessaire de définir le périmètre de la réflexion. Les missions de stage, l'environnement d'une institution régionale et le déroulement de la gestion de projet ont permis de cadrer la thématique. Ainsi, après une première approche de la littérature française sur les dispositifs mobiles, puis internationale, et des sujets afférents (les inégalités de santé, les dépistages des cancers), les premières notions ont émergé. A partir de là, il a été nécessaire de définir comment analyser ces éléments et un cadre d'analyse des politiques publiques a été choisi. Une fois ces éléments définis, la littérature, les données collectées lors du stage et les différentes sources de connaissances ont permis de construire un plan et une problématique. La temporalité du stage ne permettant pas d'arriver au bout de la mission et de voir mis en place le mammobile, la problématique s'est construite autour de l'objectif fondamental du dispositif : la réduction des inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein pour et par l'augmentation de la participation en Bretagne. Une fois défini, les différentes notions et le cadre d'analyse ont servi à délimiter les questions et les angles d'approche sur cette thématique. Ce sont des questionnements autour de la faisabilité, de l'efficacité, des coûts et de l'inscription territoriale du projet qui se sont mis en place et que nous traiterons ici.

Pour appréhender le dispositif de mammobile et le problème de départ qui est l'inégalité d'accès au dépistage organisé du cancer du sein, plusieurs notions et concepts se sont imposés dans la réflexion. Certaines de ces notions sont par ailleurs définies dans le cadre d'analyse mobilisé. Pour les définir, les auteurs se sont inspirés du cadre d'analyse de Salamon en 2002 et d'un cadre conceptualisé par Swinburn et d'autres auteurs en 2005 (CCNPPS, 2010). La mise en place d'un dispositif mobile visant à la réduction des inégalités renvoie à la notion d'équité. En politique publique, ce concept est lié à celui de redistribution et pose la question de la part des bénéficiaires des politiques qui profitent aux groupes ayant davantage de besoins. On pense l'équité en santé comme une volonté de ne pas augmenter les inégalités tout en accroissant la moyenne générale de la santé et de l'état de santé. Veiller à l'équité du dispositif c'est mesurer la probabilité que le mammobile affecte, et notamment ici réduise, les inégalités dans la participation au dépistage du cancer du sein en Bretagne.

La notion suivante que le mammobile nous amène à réfléchir est celle d'efficacité. Cette dernière se définit comme le degré auquel le dispositif atteint ses objectifs. Tous les effets produits au regard de l'objectif de réduction des inégalités d'accès, d'une part, font partie de l'efficacité ; et ceux sur la participation également, d'autre part. En parallèle, les effets produits, anticipés ou non, mais qui ne sont pas liés directement à l'objectif du dispositif sont eux considérés comme « des effets non-recherchés »,

inévitables dans la mise en place d'une action. L'efficacité réelle d'un dispositif est délicate à mesurer donc il s'agit de décomposer les différents effets attendus du mammobile.

Face à l'efficacité, la notion que nous avons mise en balance est celle des coûts. Cette notion renvoie aux coûts financiers liés à la mise en œuvre du mammobile : les coûts peuvent être négatifs (achat du camion, des équipements radiologiques) et positifs. Il s'agit de penser les coûts dans leur globalité : à la fois les coûts de la mise en œuvre (essence, électricité) mais aussi les coûts pour les différents acteurs concernés par le dispositif (notamment la réduction des coûts de déplacement pour les femmes cibles). La balance entre les coûts et l'efficacité nous amène à mesurer l'efficience du dispositif.

Le CRCDC faisant l'objet d'une convention par l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie, l'acceptabilité du mammobile sur le territoire breton est essentiel. Indépendamment des acteurs institutionnels, plusieurs catégories d'acteurs sont concernées par ce projet : les femmes elles-mêmes, les professionnels de santé, les collectivités...La notion d'acceptabilité est centrale dans ce projet, et repose sur la façon dont les différents acteurs jugent le dispositif. Indépendamment de l'efficacité anticipée du dispositif, si le mammobile ne remporte pas l'adhésion des acteurs régionaux, il ne pourra s'inscrire dans le territoire. Il s'agit de considérer les jugements des acteurs sur les caractéristiques du mammobile et sur les conditions de sa mise en œuvre.

Enfin, la dernière notion du cadre d'analyse à définir est celle de la faisabilité. On pense notamment à la faisabilité technique du mammobile : la conformité avec les législations concernées, les résultats des autres programmes de dispositif mobile. Il s'agit également de questionner la place et le rôle de chaque acteur impliqué dans la mise en œuvre pour veiller à une imbrication, et non une confrontation, des compétences et pouvoirs. Enfin, la faisabilité s'entend également dans sa dimension opérationnelle, renvoyant vers la disponibilité du personnel, les ressources matérielles et technologiques nécessaires.

D'autres notions ont été mobilisées, en dehors des définitions du cadre d'analyse. La première, celle d'universalisme proportionné, se rapproche du concept d'équité. L'universalisme proportionné a été défini par Michael Marmot comme visant à proposer des actions pour toute la population mais ciblant davantage les personnes présentant des besoins spécifiques. Cette notion renvoie à une démarche pour une meilleure efficacité des interventions et davantage de justice sociale (Laurence, S., & al., 2019). Dans le cadre du DOCS, l'universalisme proportionné pousse à développer des stratégies spécifiques pour compenser les obstacles rencontrés par les femmes pour la participation, comme c'est le cas avec un dispositif mobile.

S'en suit la notion de territorialisation de la santé, qui est également liée à la question des inégalités. Face au constat que les politiques menées au niveau national permettent des améliorations de l'état de santé mais peuvent en même temps renforcer les inégalités dans les territoires, la territorialisation fait

l'objet d'une attention particulière. Territorialiser des dispositifs et des actions suppose de les ancrer dans les territoires et leurs spécificités pour répondre aux besoins locaux (Rican, S. & Vaillant, Z., 2009). Ainsi, les acteurs régionaux tels que la CPAM, l'ARS ont une volonté de s'appuyer sur une appréciation régionale de l'adéquation entre les besoins de soins et l'offre, et c'est dans ce sens que la mise en place d'un mammobile sur la région est pertinente. De plus, la spécificité de la Bretagne et des îles pose une réflexion supplémentaire en termes de territoire. Enfin, la multiplicité et la diversité des acteurs du champ de la santé, notamment au niveau régional, a conduit à des relations établies sur des conventions et contrats. Ces derniers formalisent les ententes et attentes entre les acteurs d'un même territoire (Perrot, J., 2008). L'idée d'ancrage contractuel trouve sa place dans le cadre du projet mammobile dans le sens où les conventions sont au cœur du CRCDC, de la naissance du projet de mammobile, et dans la mise en œuvre du dispositif.

Le cadre d'analyse mobilisé dans ce sujet et pour ces notions est extrait d'une méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) (CCNPPS, 2010). Ce centre canadien vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé. Ce cadre, initialement mobilisé par les décideurs publics, a été transposé pour le dispositif mammobile, qui répond aux mêmes enjeux qu'une politique publique en santé. Il a été utilisé comme un appui dans cette analyse, un soutien conceptuel plus que théorique en ce qu'il nous a permis de nous poser les bonnes questions et d'orienter la réflexion autour de la faisabilité d'un tel projet. Les mêmes notions, que celles du cadre, peuvent être questionnées au regard du dispositif étudié : l'efficacité, les coûts, l'équité. Grâce à ce cadre, il est possible d'aller au-delà de la question de la faisabilité du dispositif, en questionnant également les effets non-recherchés, les enjeux de l'application du dispositif pour déterminer quelles sont les options, les angles d'approches, offrant les meilleures chances d'efficacité dans le contexte breton actuel. Ce cadre d'analyse s'inspire des sciences politiques, de l'analyse des politiques publiques, des écrits sur la prise de décision informée par les données de santé publique et par des travaux d'évaluation.

L'appui méthodologique offert par le cadre, a permis de poser des questionnements autour des différentes notions explicitées précédemment. Il a permis de construire d'une part la logique d'action de l'unité mammobile, et d'autre part, de relever tous les points d'attention et de vigilance entourant la mise en place du dispositif. La réflexion menée dans ce projet a permis de faire évoluer le cadre pour mieux l'adapter aux problématiques de notre projet et du territoire. Ainsi l'équité a été traitée à part, tandis que le coût et l'efficacité ont été, en partie, questionnés ensemble. Plus globalement, l'utilisation faite du cadre a ouvert une vision d'ensemble sur un dispositif visant à réduire les inégalités d'accès au dépistage et permettant l'augmentation de la participation au DOCS. Cette analyse permet de mettre

en perspective les enjeux du projet de mammobile pour en saisir toutes les dimensions et questionner une balance, presque obligatoire, entre le coût, la faisabilité et l'efficacité. L'appui sur les différentes expériences déjà menées en France pose plusieurs questions sur la faisabilité et l'efficacité du projet. Ce sont donc ces éléments que le cadre vise à questionner.

De plus, les autres concepts mobilisés peuvent s'insérer dans certaines dimensions du cadre d'analyse. En effet, l'universalisme proportionné se retrouve du côté de l'équité, quant à la territorialisation et à la contractualisation, elles peuvent se rencontrer dans la notion d'acceptabilité, particulièrement pour les acteurs institutionnels. Les notions liées au territoire sont globalement en filigrane dans les autres dimensions, à partir notamment de l'idée que le mammobile est initialement pensé comme un dispositif territorial. Ainsi, le cadre permet d'élargir la réflexion au-delà de l'unique de la faisabilité d'un mammobile sur la région Bretagne, et ouvre les différentes dimensions de la gestion de projet.

Le cadre choisi a permis, au départ, de structurer la réflexion sur le dispositif étudié, d'orienter les entretiens menés avec les différents acteurs et il a également été, par la suite, l'outil par lequel l'analyse du dispositif et des données a été faite. En effet, les notions proposées dans le cadre, et l'usage qu'il a pu en être fait, ont permis d'ouvrir une étude à la fois par source d'informations mais également au travers des différents sujets afférents à la thématique.

Enfin, la dimension du projet de mammobile étant régionale, le périmètre de l'analyse s'est basé sur l'intégralité de la région. Des territoires ont fait l'objet d'une attention particulière, à savoir les îles bretonnes non reliées par un pont au continent. A l'origine du projet de mammobile, les îles ont immédiatement été placées au cœur de la problématique de la participation au dépistage organisé du cancer du sein, notamment car l'idée initiale a été portée par l'ancien directeur de la CPTS de Presqu'îles en Mer, regroupant Belle-Ile-en-Mer et la presqu'île de Quiberon. Dans cette analyse, nous avons gardé la même insistance sur la situation des îles, notamment car elles représentent un exemple fort et probant des inégalités territoriales d'accès aux dépistages des cancers en Bretagne.

### **La méthodologie de recherche sur le sujet :**

La recherche en termes de littérature s'est effectuée à partir des bases de données scientifiques, permettant d'aborder les différents angles du sujet : Cairn, Pubmed, Sciencedirect et la HAL (archive ouverte pluridisciplinaire). Plusieurs combinaisons de mots clés et de recherches ont permis d'accéder aux différents éléments : « plans cancer », « inégalités de santé », « mammobile », « accès dépistage sein », « insularité accès aux soins », « approche contractuelle santé », « santé territoires », « réduction des inégalités », « inégalités territoriales dépistage », « obstacles aux dépistages » et « mobile unity for reducing inequalities ». La littérature a également été enrichie par les différentes thèses et les mémoires

qui ont été rédigés sur les thématiques des dépistages des cancers et des inégalités d'accès aux dépistages. Ces données ont été retrouvées sur les moteurs de recherche habituels (Ecosia, Google) mais également dans les bibliographies des articles consultés.

Des sources officielles ont complété les recherches : le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) paru fin mai 2022, les données officielles de Santé publique France (SPF), les articles et pages d'informations de l'Institut national du cancer (INCa) et du Ministère de la santé et des solidarités. Enfin, des outils de cartographie et recensant des données de santé ont été mobilisés au cours du stage et de ce travail : Géodes sur le site de Santé publique France (notamment pour la production de cartes), l'Observatoire régional de la santé de Bretagne (ORSB), l'Observatoire des territoires, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), l'Atlas des démographies des Conseils de l'ordre des professions médicales et OpenStreetMap (pour la production d'une carte).

### **La méthodologie issue de la mission de stage :**

Les missions attribuées durant le stage ont permis d'apporter des éléments à la réflexion autour de la problématique des inégalités d'accès. Dans ce sens, la première tâche confiée a été l'élaboration et la rédaction d'une revue de littérature sur les difficultés d'accès aux trois dépistages organisés. Cette revue de littérature a pris la forme d'une note de quarante pages, appuyée sur la littérature nationale et internationale, et les documents internes du CRCDC. Cette dernière a également été l'occasion de regrouper les informations sur le territoire breton et sur la spécificité des îles du Ponant (le diagnostic territorial, les contrats locaux de santé). Les connaissances issues de cette production ont été mobilisées dans le cadre du mémoire.

Les différents échanges réalisés avec les acteurs du territoire et des institutions régionales, les professionnels des mammobiles existants, ont permis d'enrichir la construction du dossier de mammobile et d'apporter matière à cette production. Les autres missions réalisées dans le cadre du stage, portant sur d'autres sujets, ne seront pas mobilisées ni présentées dans ce travail.

Plusieurs types de données ont été ainsi collectés dans le cadre des différentes missions, les réunions et actions ont fait l'objet d'observations (4 observations) et six entretiens ont été menés avec différents interlocuteurs (également en annexe 1).

### *Données collectées :*

Plusieurs éléments de littérature et des données internes au CRCDC m'ont été transmises dans le cadre de mon stage : des données internes, tel que le rapport d'activité 2020 du CRCDC, et également des études et enquêtes auxquelles le CRCDC (ou les antennes départementales) a été amené à participer. Des éléments mobilisés sont également tirés d'échanges mails et de documents non publiés :

- Document 1 : le fichier des taux de participation aux DOCS et DOCCR par commune de Bretagne en 2021 ;
- Document 2 : mail de l'ANCR CDC (Association nationale des CR CDC) sur les dispositifs mobiles de mai 2022 ;
- Document 3 : Rapport d'activité 2020 du CR CDC Bretagne, apportant une contextualisation, des éléments sur l'actualité des trois dépistages et sur le fonctionnement interne de la structure ;
- Document 4 : une enquête copilotée par l'Adecam (antenne du Morbihan) sur les résistances au dépistage organisé du cancer du sein dans les îles morbihannaises en 2008-2009 par Anne-Marie Belliard ;
- Document 5 : le compte de résultat 2021 APACHE du CR CDC de Bretagne ;
- Document 6 : la présentation de l'enquête SISTER (Sein inégalités sociales et territoriales) de 2021 ;
- Document 7 : une enquête sur les difficultés de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal par l'ADECI 35 (antenne d'Ille-et-Vilaine) et ICONES (cabinet de conseil) en 2006.

Le fichier des taux de participation 2021 aux DOCS et DOCCR par communes en Bretagne (Document 1) a fait l'objet d'un traitement particulier. Les données ont permis d'approfondir les réflexions autour de la spécificité des îles et des zones les plus éloignées des dépistages. La production de cartes à partir de ces données (sur Geodes) a permis une approche de la notion de « gradient territorial » et d'étudier un potentiel décrochage graduel de la participation au DOCS pour les îles. Cette notion n'a pas été développée par la suite puisque ce décrochage graduel de la participation n'a fonctionné que pour deux îles sur quatre, et les autres îles dépendaient des mêmes trajets. Le choix a été fait de laisser ces éléments de côté.

Afin d'enrichir le dossier mammobile, il a été demandé de créer un questionnaire pour les radiologues de la région Bretagne, concernant la mise en place d'un mammobile et de questionner leur intérêt pour y participer en tant que radiologue embarqué. Il n'a pas encore été diffusé à ce jour.

#### *Observations menées :*

La participation aux actions (à Quiberon puis Belle-Ile-en-Mer), auprès des professionnels de santé et du public sur la thématique globale des cancers, ont également été des sources d'observation qui enrichissent les réflexions et apportent des éléments concrets sur la thématique. La participation aux réunions avec d'autres acteurs (le dialogue de gestion avec l'ARS et la CPAM, puis le COPIL régional) a été l'occasion de rencontres pour de futurs échanges et également de nouvelles observations, apportant des éléments diversifiés à la construction du sujet.

Ces participations ont donné lieu aux observations suivantes :

- Observation 1 : une action à Quiberon en mars 2022 avec la CPTS Presqu'îles en Mer sur la thématique des cancers, auprès des professionnels de la presqu'île d'une part, et du public quiberonnais d'autre part ;
- Observation 2 : le dialogue de gestion annuel, qui s'est tenu en mai 2022, avec les acteurs institutionnels du CRCDC (ARS, CPAM, MSA) ;
- Observation 3 : le comité de pilotage des dépistages de cancers en Bretagne de juin 2022 avec différents acteurs du territoire breton (ARS, CPAM, MSA, GCS e-santé, Comité féminin d'Ille-et-Vilaine) ;
- Observation 4 : l'action « bien-être et cancers » à Belle-Ile en Mer, à l'initiative de la CPTS Presqu'îles en Mer, de juin 2022.

Les éléments relevés dans le cadre des observations ont fait l'objet d'un traitement dans une grille de recueil disponible en annexe 3.

#### *Entretiens réalisés :*

La thématique de stage et du mémoire ont été l'occasion de mettre en place des entretiens avec différents acteurs. D'une part, les associations et contacts impliqués dans les autres dispositifs de mammobile ont été contactés par mail, relancés par mail une première fois puis relancés une seconde fois par téléphone. Ces premiers entretiens devaient permettre de constituer un « benchmark » sur les programmes déjà à l'œuvre, leurs difficultés, les réussites, les enjeux et contraintes rencontrés lors de la mise en place des mammobiles. Sur les trois, un dispositif n'a pas pu être joint à ce jour.

D'autre part, des acteurs du territoire ont également été rencontrés pour mieux cerner et identifier les attentes de ces acteurs, leurs visions sur les dispositifs mobiles et ce qu'ils souhaitent dans ce projet de mammobile. Ces entretiens ont été anonymisés.

#### ❖ Les acteurs impliqués dans les dispositifs mobiles français déjà en place :

- Entretien 1 : vendredi 17 juin 2022 en visioconférence,
- Entretien 6 : mercredi 12 juillet 2022 par téléphone.

#### ❖ Les acteurs du territoire breton concernés par le mammobile (associations, structure d'exercice coordonné) :

- Entretien 2 : vendredi 1<sup>er</sup> juillet 2022 en présentiel,
- Entretien 5 : lundi 11 juillet 2022 par téléphone.

- ❖ Les acteurs institutionnels du milieu sanitaire en Bretagne :
  - Entretien 3 : mardi 5 juillet par visioconférence,
  - Entretien 4 : vendredi 8 juillet par visioconférence.

Ces entretiens ont fait l'objet de retranscriptions intégrales, basées sur les enregistrements autorisés lors des échanges. Tous les entretiens ont été analysés et traités dans une grille d'analyse de retranscription, jointe en annexe 4.

Le cadre d'analyse des politiques publiques lie les différentes dimensions évoquées précédemment selon des relations d'influence entre les effets du projet d'une part, et son application d'autre part (figure ci-dessous).

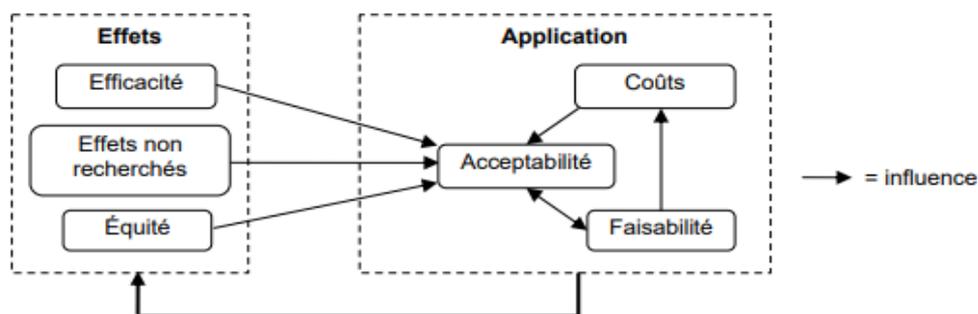


Figure 1 : Les dimensions du cadre d'analyse (CCNPPS, 2010)

Alors que l'objectif premier du mammobile est d'augmenter la participation des femmes bretonnes au dépistage organisé du cancer du sein, l'équité pourrait être la dimension la plus centrale du dispositif. Le cadre d'analyse invite à un questionnement plus large que celui de l'équité. Si les dimensions mobilisées dans ce cadre d'analyse sont celles que nous utiliserons, le projet étudié interroge différemment leurs liens. En effet, nous verrons en premier lieu que l'équité est au cœur du projet et influence l'efficacité du dispositif mobile. En parallèle et second lieu, les coûts et l'efficacité seront également questionnés ensemble en nous invitant à la notion de « rentabilité », centrale pour les financeurs du projet. D'autres dimensions du projet interviendront dans la réflexion et n'apparaissent pas dans ce cadre d'analyse alors qu'elles occupent une place importante.

## I. L'équité au cœur de la réflexion des dispositifs mobiles :

Le dépistage du cancer du sein tel qu'il est en place actuellement en Bretagne semble générer des inégalités de participation entre les femmes. Suite à ce constat, il est essentiel d'interroger la capacité d'un dispositif mobile à réduire les inégalités de participation. D'autant plus face à certains contextes, géographiques, très différents et spécifiques à la région. En ce sens, nous interrogeons les notions d'efficacité, d'équité et de faisabilité que le cadre conceptuel nous invite à questionner à l'égard du projet de mammobile en Bretagne.

### A. La réduction des inégalités comme l'objectif principal du projet porté par le CRCDC :

Les mammobiles ont comme objectif principal la réduction des inégalités de recours au dépistage organisé du cancer du sein et, de manière corrélée, l'augmentation de la participation à ce même dépistage. Questionner l'efficacité d'un mammobile c'est se demander si son objectif, à savoir ici l'augmentation de la participation par la réduction des inégalités, peut être rempli et atteint. Il est

nécessaire également de veiller à l'équité du dispositif, en s'assurant qu'il ne génère pas d'inégalités. Le cadre posé par le projet de mammobile nous invite premièrement à questionner l'égal ou l'inégal accès au dépistage organisé du cancer du sein sur le territoire breton, puis à réfléchir aux effets d'un dispositif mobile en complémentarité du dépistage organisé.

### **1. Le cancer du sein et la participation au dépistage organisé : inégalités sociales et territoriales en Bretagne :**

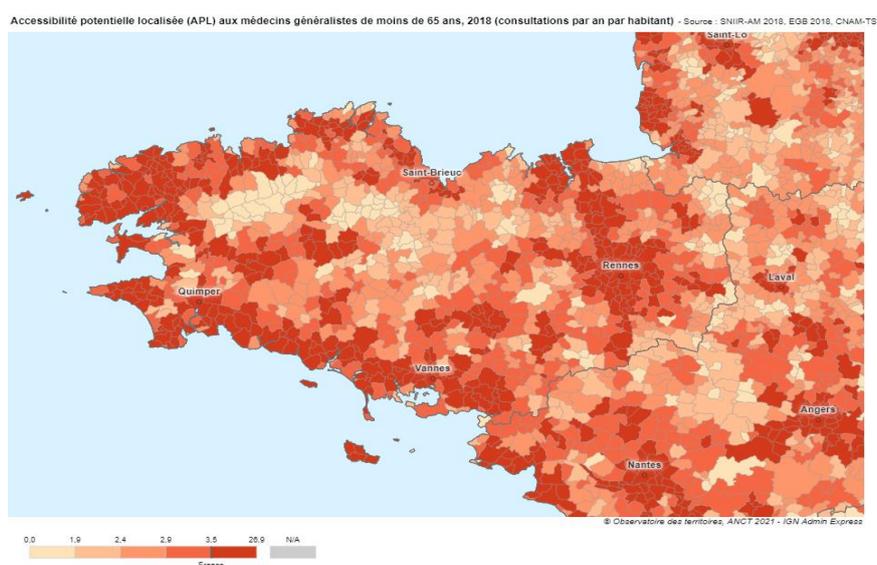
La France est considérée comme l'un des pays européens à avoir les inégalités de santé les plus fortes (Vaillant, Z., Bardes, J. & Rican, S., 2020). Ces dernières peuvent notamment être attribuées aux inégalités sociales qui influent sur la santé, telles que l'éducation, les revenus ou l'emploi. En France, les inégalités se retrouvent face à la maladie comme dans l'accès aux soins (Guillaume, E., 2018). Il a été établi que les inégalités sociales structurent les inégalités de santé. Ainsi, le niveau socio-économique des individus influence leur rapport à la santé, et les inégalités sociales qu'ils peuvent subir se constituent en inégalités de santé. Dans ce sens, Richard Wilkinson évoquait l'idée selon laquelle plus une société est inégalitaire moins le niveau global de santé de la population de cette même société est bon. Il semblerait juste et « économiquement légitime » de lutter contre les inégalités sociales de santé (Helmi, S., & Maresca, B., 2014). Dans cette démarche de réduction des inégalités, la posture à adopter n'est pas de diminuer le niveau de santé des catégories de population les plus favorisées (pour réduire l'écart entre les bouts de l'échelle sociale) mais d'améliorer l'état de santé général de la population et de permettre aux catégories les plus défavorisées de rattraper leur écart (Helmi, S., & Maresca, B., 2014).

Cependant, si les études d'épidémiologie sociale ont bien mis en évidence l'existence d'un gradient social associé à la participation au dépistage organisé du cancer du sein, les inégalités sociales ne sont pas l'unique produit des inégalités de santé. En effet, les variations géographiques de participation au DOCS ne sont pas que le résultat des réalités socio-économiques des femmes issues de ces territoires. Les réalités et inégalités socio-économiques se surajoutent aux spécificités territoriales et à des situations d'enclavement. Plusieurs conditions peuvent être à l'origine de cet isolement. Par exemple, une route séparant un quartier du reste d'une ville, ou l'absence de structures de soins dans un quartier défini, constituent des conditions pouvant générer un isolement de ce quartier et alors une moindre participation au DOCS (Rican, S., & al., 2014).

Si la thématique et l'implication des inégalités sociales sont bien reconnues dans les mécanismes d'inégalités de santé, les disparités géographiques y trouvent moins de résonance. Pour autant, en France, le système de soin est historiquement bâti sur une vision territoriale de la santé par la répartition des établissements sanitaires sur tous les territoires et dans une visée d'égalité de l'accès aux soins. Il

apparaît que les inégalités sociales actuelles s'inscrivent dans un cadre plus large qui est celui des inégalités régionales (Helmi, S., & Maresca, B., 2014).

Dans ce cadre, il est pertinent de s'intéresser à l'accessibilité des soins en se basant sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Il apparaît que l'APL moyenne aux médecins généralistes tend à diminuer, induit par le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins de soins. Cet indicateur témoigne de l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (en dehors des hôpitaux). Dans une étude produite sur l'accessibilité aux soins (DREES, 2020), il s'avère que 3% de la population française est très défavorisée. Parmi eux, on découvre que les trois-quarts vivent dans des territoires ruraux (Legendre, B., 2021).



*Carte 1 : Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans (consultations par an par habitant) en 2018*

En Bretagne, l'APL est au-dessus de la moyenne nationale (3,8 pour la Bretagne contre 3,5 en France) mais la région présente des disparités entre les communes. Les habitants n'ont pas le même recours aux médecins généralistes sur le territoire, et les zones les mieux dotées correspondent aux parties côtières et aux localisations des sites de radiologie. L'accessibilité aux médecins généralistes est un facteur favorisant la participation au dépistage. Cependant, cette carte ne concerne que les médecins généralistes et non les spécialistes, tels que les sage-femmes. La répartition territorialement inégale des professionnels de santé induit des différences dans l'accessibilité aux soins et génère des inégalités territoriales de santé. Les inégalités de santé ne sont pas que le fruit des inégalités socio-économiques entre individus mais sont aussi alimentées par la construction des territoires et par les disparités géographiques qui peuvent exister en termes d'accès et d'offre de soins.

Les cancers sont l'un des « premiers contributeurs des inégalités sociales de santé » (Buzyn, A., 2014). Ils sont au cœur de ces dernières par la diversité et le nombre de déterminants de ces maladies,

et leur lien avec le socio-économique (Aïach, P., 2008). En effet, les inégalités face aux cancers sont sociales, territoriales, environnementales et dépendent aussi de facteurs individuels. On retrouve les inégalités durant toute la période de maladie, même lors de l'après-cancer. Elles sont d'autant plus prégnantes en amont de la maladie, avec une exposition différenciée aux facteurs de risques, et ensuite, par un recours et un accès différencié à la prévention (Buzyn, A., 2014). Concernant la mortalité par cancer, son lien avec la question des inégalités a été mis en évidence : le taux de mortalité par cancer diminue davantage pour les personnes issues des milieux favorisés que pour les individus défavorisés. Ainsi, il apparaît que pour toutes les causes de mortalité confondues, la baisse de la mortalité est plus importante dans les milieux favorisés (Aïach, P., 2008). Le nombre de cancers augmentant, les inégalités semblent s'être creusées entre les catégories socio-économiques. Et alors que la performance du système de soins en oncologie a été pensée sur un modèle universaliste, on observe la mise en œuvre d'inégalités dans l'accès et le recours aux dépistages, aux prises en charge et aux innovations thérapeutiques (Buzyn, A., 2014).

Le cancer du sein est au cœur des inégalités, et on évoque l'existence d'un « gradient social » de participation au dépistage organisé du cancer du sein. En France, le pourcentage de chances de participer au dépistage est plus faible de 29% dans les zones les plus défavorisées par rapport aux plus favorisées. Un constat national a été fait : pour la participation au DOCS, les inégalités territoriales et sociales se retrouvent dans tous les départements (Entretien 1).

Il apparaît que les femmes vivant dans des zones rurales ou loin des centres de mammographies participent moins au dépistage : celles vivant à plus de 15 minutes d'un centre sont 9% moins susceptibles de participer que les femmes en zone urbaine ou plus proche du centre (De Mil, R., & Al., 2019). L'éloignement constitue un frein majeur à la participation, et le suivi réalisé sur plusieurs années montre que les femmes qui ne se font pas dépister régulièrement sont les plus mal desservies en termes de transports et d'offres de soins (Vallée, A., 2016).

En Bretagne, la répartition des sites agréés par le CRCDC pour la réalisation du DOCS compte 71 centres radiologiques agréés en 2021 (Document 3), sachant que des sites formés en sénologie ferment très régulièrement. Ils sont ainsi répartis sur le territoire :



Carte 2 : Répartition des sites agréés pour les mammographies du DOCS en 2020

Légende :

- Les centres hospitaliers
- Les cabinets
- Les cliniques et établissements privés

On observe une répartition inégale des sites de radiologie sur le territoire breton, avec des concentrations autour des villes, et une absence dans certaines zones (dont les îles). Le centre Bretagne a aussi des difficultés (Entretien 4). Si en moyenne en Bretagne les délais de rendez-vous sont de 4 mois, certaines situations sont plus alarmantes, comme dans le Morbihan où l'attente peut dépasser les 12 mois (Document 3). Et les délais ont tendance à s'allonger dans tous les départements, puisque même en Ille-et-Vilaine, département le mieux doté, les délais de rendez-vous sont passés de 2 mois à 6 mois en peu de temps (Entretien 3).

Le recours aux soins est influencé par la répartition des professionnels sur les territoires. Si le fait de consulter régulièrement des médecins est associé au fait de se faire dépister, les sous-densités médicales peuvent conduire à une diminution de la participation au DOCS. En effet en Bretagne, les professionnels de santé tendent à diminuer, et des difficultés concernant l'offre de soins se font sentir sur la région et plus particulièrement dans le centre Bretagne (Entretien 4). Le zonage médecins généralistes de l'ARS de 2021 témoignent d'un certain nombre de zones, notamment côtières et rurales, en « zone d'intervention prioritaire » (Annexe 2, carte 6) (ARS, 2020). Le nombre de gynécologues tend également à diminuer sur la région et ils sont inégalement répartis : une distance entre 30 et 60 kilomètres au gynécologue le plus proche a été relevée dans certaines zones bretonnes en 2021 (FNPS, INSEE & METRIC, 2021). De plus, la densité moyenne de professionnels de la maïeutique est inférieure en Bretagne que par rapport à la moyenne nationale en 2017 (1312 contre 1998) (Bouet, P., & Gerard-Varet, J.-F. 2021). Quand on tient compte du fait que le discours tenu par les professionnels de santé

influe sur la décision de réaliser le DOCS (Gayraud, P., Namer, M., & Granon, C. 2007), la répartition disparate des densités médicales peut constituer un frein.

Le territoire est au croisement d'inégalités géographiques et sociales par l'effet de résidence. Les femmes semblent davantage recourir au dépistage dans les zones urbaines (Galéa, B., 2011), à l'inverse des zones rurales. Les zones défavorisées sont prédictives d'une moindre participation, notamment par l'absence ou la diminution de l'accès aux soins. En effet, on observe une relation statistique positive entre le faible niveau socio-économique du lieu de vie et la faible participation au DOCS (Guillaume, E., 2018). Mis en avant dans le projet SISTER, on voit qu'une augmentation de l'indice de défavorisation de l'IRIS<sup>8</sup> est associée à une plus faible participation (Rollet, Q., 2021). Également, si vivre en milieu urbain est associé à la participation, les villes peuvent être composées de quartiers défavorisés qui afficheront des taux de participation plus bas : à profil socio-économique équivalent, la participation au dépistage diffère en fonction des quartiers d'une ville (Vaillant, Z., & Al., 2020). On dénombre en Bretagne, un certain nombre de quartiers prioritaires dans les villes (Brest, Rennes, Lorient, Saint-Malo, Guingamp) et également des zones urbaines sensibles (Saint-Brieuc, Brest, Rennes, Fougères, Lorient, Vannes), dans lesquels les revenus médians sont bas.

Enfin, les déterminants socio-économiques et la position occupée dans la hiérarchie sociale peuvent constituer des freins par rapport à la participation au DOCS. Ces derniers sont potentiellement d'autant plus prégnants dans le centre et centre ouest de la Bretagne, zones qui concentrent les revenus les médians les plus bas de la région (annexe 2, carte 5). Ces écarts socio-économiques peuvent conduire à des rapports différenciés au système de soins (stigmates liés à l'absence de mutuelle, à la CMU) : les femmes défavorisées ont globalement moins recours aux soins, et donc au dépistage (Guillaume, E., 2018). Dans ce sens, vivre ou avoir vécu des épisodes de précarité dans sa vie impacte négativement le recours au dépistage (Cambon, L., & al, 2007). La position socio-économique peut influencer les représentations en santé et la connaissance de l'organisation du dépistage. La peur du résultat et des traitements induits par un cancer, les antécédents familiaux, les tabous culturels, la barrière linguistique, constituent tout autant des obstacles pour certaines femmes dans le recours au DOCS (Jusot, F., & Goldzahl, L., 2016).

Les îles bretonnes présentent des spécificités organisationnelles. La participation au DOCS des îliennes est influencée par des facteurs qui sont propres aux îles. Cependant, certains freins à la participation sont partagés, tel que l'éloignement des sites de radiologie et les déterminants socio-économiques. Ces éléments seront davantage développés dans la partie suivante (I.B.).

---

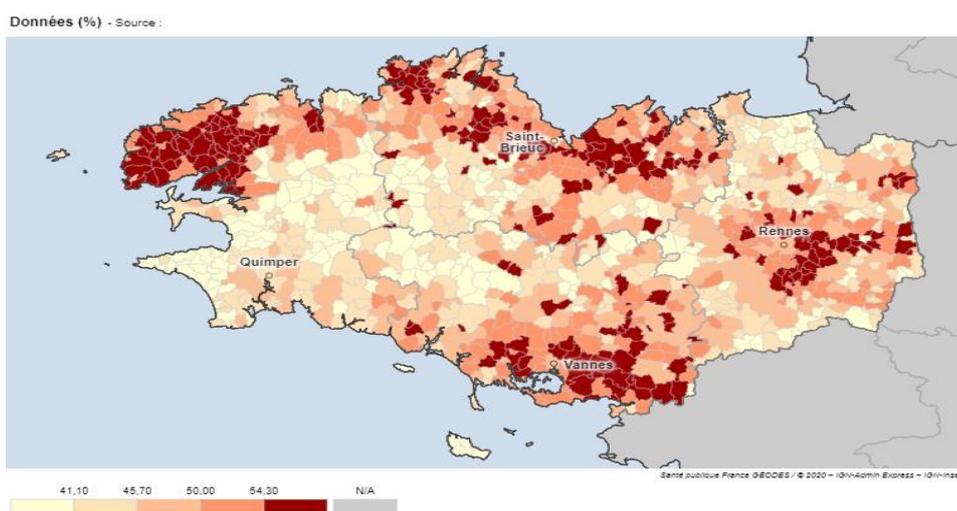
<sup>8</sup> Ilots regroupés pour l'information statistique : mailles de taille homogène permettant le découpage du territoire.

Alors que le cancer est au cœur des inégalités dans un système de soins pensé sur le mode universaliste, on voit que la participation au dépistage est porteuse d'inégalités. On observe une moindre participation dans les zones les plus défavorisées sur un plan socio-économique et dans les zones les plus éloignées des centres de mammographie. L'accessibilité aux centres de radiologie est essentielle pour que la participation soit maximale, et finalement la question des territoires est au cœur de la question des inégalités. Cela nous amène à nous questionner sur le projet de mammobile, son efficacité et sa logique d'intervention par rapport à un territoire marqué par les inégalités de participation. Quels seront les effets du mammobile sur la participation au DOCS ?

## **2. Améliorer la participation des femmes au dépistage en favorisant l'équité dans le DOCS :**

Si le dépistage tel qu'il est organisé sur la région permet une bonne participation globale, certaines femmes sont éloignées du DOCS, notamment par des freins géographiques. Le cadre conceptuel mobilisé nous invite ainsi à questionner le dépistage organisé tel qu'il est déployé actuellement et l'efficacité que le mammobile pourrait avoir sur la participation. De plus, le mammobile se veut un dispositif qui lutte contre les inégalités : il doit assurer l'équité entre les femmes dans le dépistage. Nous questionnons la pertinence et la faisabilité du modèle.

En Bretagne, la participation au DOCS est relativement bonne mais inégalement répartie, comme on le voit sur la carte suivante des taux de participation par communes en 2021 :



*Carte 3 : Taux de participation au DOCS par communes en 2021<sup>9</sup>*

On peut observer sur cette carte que la participation et le recours au dépistage du cancer du sein ne sont pas uniformément répartis sur la région. Les participations dépassant les 54,3% se retrouvent autour des villes, à l'exception de Quimper qui affiche un taux de participation moins élevé qu'à

<sup>9</sup> Données issues du Document 1 et codées sur Geodes pour obtenir la carte.

proximité des autres pôles urbains (Vannes, Rennes, Brest, Saint-Brieuc). Le centre ouest de la Bretagne, et le sud Finistère participent moins au DOCS. Les îles affichent également des taux de participation inférieurs à 45%.

A partir des données du document 1, on peut voir la répartition des collectivités bretonnes en fonction du taux de participation sur les 1207 communes. On obtient le tableau suivant :

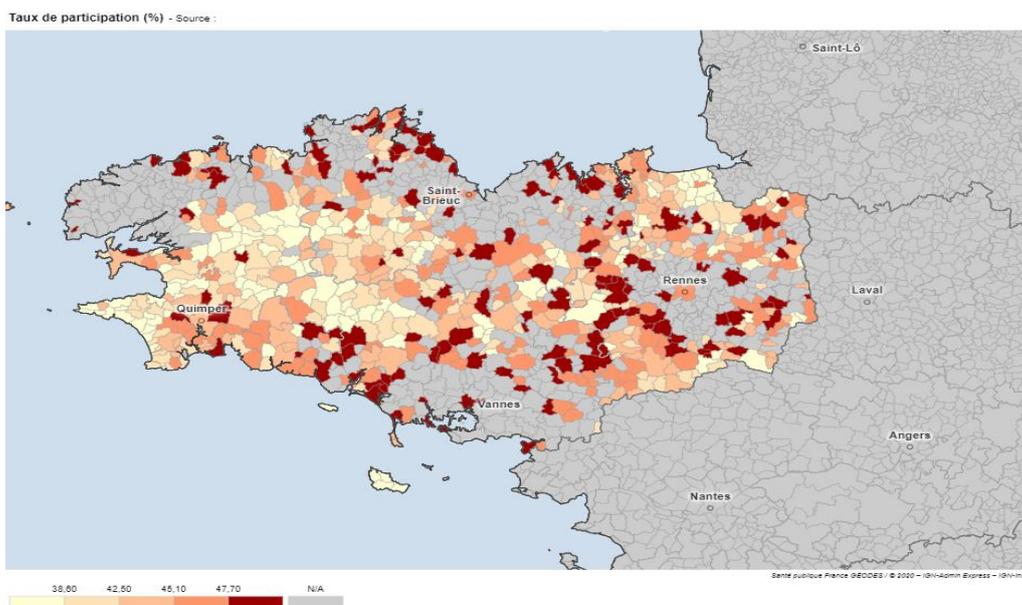
Nombre de communes	Taux de participation au DOCS	Répartition (en %)
20 communes	Participation inférieure ou égale à 30%	1,66%
198 communes	Participation inférieure ou égale à 40%	16,4%
435 communes	Participation inférieure ou égale à 45%	36%
732 communes	Participation inférieure ou égale à 50%	60,6%
1002 communes	Participation inférieure ou égale à 55%	83%
1158 communes	Participation inférieure ou égale à 60%	96%
49 communes	Participation supérieure à 60%	4 %

*Tableau 1 : Répartition des communes bretonnes par taux de participation au DOCS en 2021*

On voit que plus de la moitié des communes bretonnes, soit 60% d'entre-elles, ont une participation inférieure ou égale à 50%. Ainsi, dans la majorité des communes bretonnes, une femme sur deux qui est invitée à réaliser son dépistage, ne le fait pas.

Alors que la participation globale de la Bretagne atteint 49,1%, l'échelle communale nous montre que les communes qui participent le plus sont regroupées (autour des villes) et qu'une partie de la région affiche une participation moins importante, notamment dans le centre de la Bretagne. Globalement les communes participant le plus équilibrent la somme des communes participant le moins, donnant une moyenne acceptable mais loin de la recommandation européenne (de 70%). Le taux de participation le plus élevé est de 67,8%, et ne concerne qu'une seule commune (Document 1). Les sites de radiologie agréés étant situés le long des côtes, on comprend que les femmes du centre de la Bretagne aient moins recours au DOCS, car plus une femme est éloignée du centre de radiologie, plus elle peut se décourager (Entretien 4). Ces éléments nous montrent que le dépistage organisé tel qu'il est mis en œuvre aujourd'hui est générateur d'inégalités dans l'accès aux mammographies et qu'il ne permet pas un égal recours de toutes les femmes à la prévention.

Si on modélise la répartition des communes qui ont un taux de participation au DOCS inférieur ou égal à 50% sur la Bretagne, on obtient la carte suivante :



Carte 4 : Communes avec un taux de participation inférieur ou égal à 50% au DOCS en 2021

On voit par cette carte que les communes qui participent le moins sont relativement regroupées par zones, dont le centre ouest Bretagne qui comprend la plupart des communes participant le moins. Les îles sont également concernées. C'est donc vers ces communes qu'une action doit être engagée afin d'améliorer la participation et de réduire les inégalités d'accès. Le mammobile vise à cibler les territoires sous-dépiétés et où l'offre de radiologie n'est pas suffisante (ou absente) pour permettre aux femmes de réaliser le DOCS. Les zones avec une participation de plus de 47% dans lesquelles un site agréé est existant ne seront pas ciblées en premier lieu. La logique du mammobile est d'apporter une offre complémentaire là où l'offre ne suffit pas. Les zones premièrement ciblées seront donc le centre ouest et les îles, notamment pour ne pas générer de concurrence avec les radiologues déjà en place. La démarche engagée ne vise pas à concurrencer les sites fixes par une unité mobile mais bien d'étendre l'offre disponible par la mise en place d'une unité mobile là où les sites fixes n'atteignent pas les femmes. Le but est d'offrir aux femmes le même accès au DOCS en Bretagne, et d'assurer une équité dans leur participation.

Pour tous les acteurs impliqués dans la thématique des cancers, les objectifs de santé publique et la justice sociale doivent être pensés et réfléchis ensemble (Buzyn, A., 2014). Les femmes en Bretagne n'ont, dans les faits, pas la même possibilité de recours au DOCS, ce qui explique les différences de participation entre les communes. Le déploiement du dépistage organisé du cancer du sein a été pensé sur le mode de l'universalisme, en permettant la mise en place d'un examen gratuit pour toutes les femmes ciblées, dans une volonté d'assurer l'équité face au cancer. Cependant, malgré la gratuité de l'examen, les inégalités sociales et territoriales d'accès et de participation demeurent (Vaillant, Z., & Al., 2020) et aucune action dans le DOCS ne permet de surpasser les obstacles, territoriaux, socio-économiques et culturels, qui ponctuent les parcours de soins des femmes. De plus, la gratuité de

l'examen est relative : l'éloignement génère des frais de déplacement et d'accès à la mammographie. On voit que les actions pensées sur le mode universel sont génératrices d'inégalités puisque ce sont les personnes qui sont les plus à même de s'emparer d'un dispositif qui vont le faire et c'est ce qui est observé avec le dépistage organisé (Entretien 1). Lutter contre les inégalités qui demeurent, indépendamment de celles liées aux revenus qui ont été diminuées par la gratuité du DOCS, c'est également réfléchir à l'efficacité du dépistage et de la prise en charge des cancers. En effet, l'amélioration de l'équité du système de soins et du DOCS est une condition essentielle de son efficacité (Buzyn, A., 2014).

C'est en partant de ce postulat que l'initiative de mammobile prend son sens : développer une unité mobile en ciblant les femmes les plus éloignées du dépistage pour dépasser ces barrières de participation, en complémentarité du programme déjà en place. Le but du dispositif est de cibler les territoires sous-dépistés, en mettant en place une offre complémentaire pour équilibrer celle qui est déployée (Entretien 3). Par cette logique d'action, on fait de l'universalisme proportionné (Entretien 1), qui est une stratégie permettant d'agir sur les inégalités. En effet, l'universalisme proportionné permet de développer des actions en complémentarité des programmes nationaux dans le but d'atteindre les individus hors de ces programmes. L'objectif de ces actions repose sur la volonté d'aller vers les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas participer (Laurence, S., & al, 2019). Ainsi, en inversant la logique d'action du DOCS par le mammobile, ce dernier permet de diminuer l'impact des inégalités territoriales et sociales d'accès et de participation au DOCS. L'intégration du mammobile au dispositif existant de dépistage pourrait aider à effacer les inégalités sociales et territoriales de participation (Guillaume, E., & al, 2019). Les équipes responsables de mammobiles en place sont convaincues que ces dispositifs ont quelque chose à apporter, aussi bien pour les femmes éloignées des centres de radiologie que pour les femmes qui sont éloignées pour d'autres raisons (Entretien 1).

L'existence de programmes similaires permet de juger en partie de la faisabilité du dispositif. Les expériences déjà en place en France (Orne et Hérault) et la littérature française sur les mammobiles montrent bien que les dispositifs mobiles visent et réussissent à réduire les inégalités, sociales et territoriales, d'accès au DOCS. Cela semble ainsi justifier la nécessité d'en déployer un en Bretagne, en ajout du programme actuel afin de garantir un égal accès des femmes puisque l'idée est que l'offre vienne à la population, pour celles qui n'y vont pas (Entretien 4). Cette initiative permettra d'assurer une réelle équité dans l'accès au dépistage en Bretagne. L'équité se reflète notamment dans la politique de santé déployée, et les interventions menées doivent permettre de réduire les inégalités (Guillaume, E., & al, 2017). Par le mammobile et pour réduire les inégalités, on va proposer le dispositif aux femmes éloignées des centres de radiologie : pour qu'elles puissent réaliser les dépistages avec plus de facilités et qu'il y ait moins de renoncement (Entretien 4).

Les expériences de l'Orne, de l'Hérault et de l'Aveyron (arrêtée) ont mis en évidence l'efficacité du mammobile auprès des femmes cibles vivant en zones rurales (Ferrier, B., 2013). Le mammobile trouve également du sens auprès des femmes socialement isolées en milieu urbain. Globalement, le déploiement d'un mammobile en plus du dépistage en cabinets de radiologie, permet l'augmentation de la participation des zones concernées (Ferrier, B., 2013) et a la capacité de réduire les inégalités sociales et géographiques (Rogel, A., Deborde, T., 2020). Le mammobile de l'Orne a été le plus étudié, en place depuis 1992, et les résultats de son fonctionnement témoignent de son efficacité. En effet, la préférence pour le dépistage au mammobile augmente avec le quintile de déprivation sociale (défaveur socio-économique) et avec la distance au centre de radiologie le plus proche. L'efficacité du mammobile dans l'Hérault est aussi symbolisée par le fait que 60 mammographies y sont tous les jours réalisées (Entretien 6), et environ 35 mammographies sont faites dans l'Orne (Entretien 1). Le mammobile en allant vers les femmes qui ne participent pas, augmente bien le taux de participation des zones concernées.

Globalement, les inégalités sociales et territoriales de participation au DOCS sont diminuées par l'ajout du dispositif mobile au programme existant. Le cadre d'analyse met en évidence l'existence d'expériences pilotes comme un critère de faisabilité. Le retour sur les expériences précédentes menées montrent que les effets du mammobile sont « effectivement la réduction des inégalités territoriales et globalement l'augmentation de la participation » (Entretien 1) et confirment la reproductibilité du modèle. Dans l'Hérault, le mammobile sillonne le département là où il n'y a pas de centre d'imagerie et là où les centres ne permettent pas de répondre à la demande, c'est sur ce frein que le mammobile agit (Entretien 6).

L'équité est au cœur de la démarche initiée par le mammobile, en permettant de réduire les effets de l'éloignement ou des inégalités sociales sur le recours (ou l'absence de recours) au dépistage du cancer du sein par les femmes bretonnes. Ces expériences de mammobiles en place témoignent de l'efficacité d'un tel dispositif sur les territoires. En complémentarité des sites fixe de radiologie en place, qu'une partie des femmes bretonnes utilisent déjà ; le mammobile permet à celles qui en sont éloignées, pour diverses raisons, de participer au DOCS. Pour les acteurs institutionnels du territoire, le mammobile est un des leviers qu'ils ont identifiés pour accroître la participation sur les territoires sous-dépistés (Entretien 3).

La logique d'intervention du mammobile est basée sur la réduction des inégalités, comme on peut le voir sur ce modèle logique simplifié (issu du cadre d'analyse) (CCNPPS, 2010) :

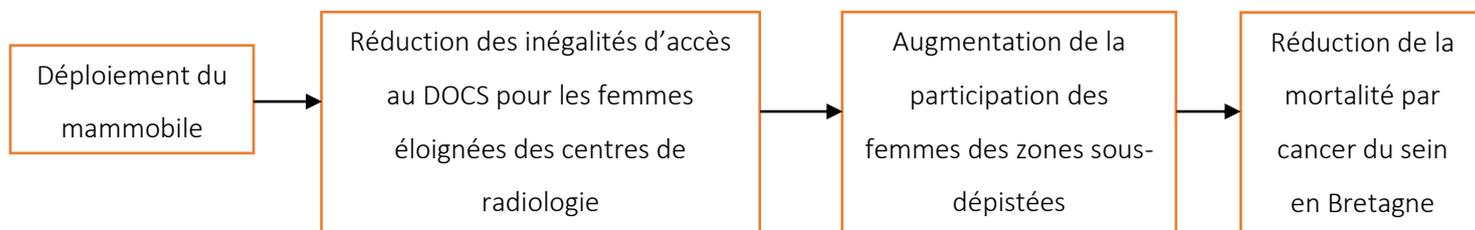


Figure 2 : Modèle logique simplifié du projet mammobile en Bretagne

Le cadre d'analyse s'attache à questionner ce dispositif sur son efficacité et sa capacité à assurer l'équité. Ces deux dimensions, basées sur les expériences et la logique d'intervention du dispositif, semblent répondre aux attentes de faisabilité. L'existence de mammobiles en France, et leur fonctionnement depuis une vingtaine d'années, est la preuve de la plausibilité de l'intervention et des effets d'un tel dispositif sur la participation des femmes. Ces mammobiles permettent aux femmes éloignées des centres de radiologie de participer au DOCS. En réduisant les inégalités d'accès, les mammobiles prouvent leur efficacité et font preuve d'une démarche d'équité.

En Bretagne, des territoires présentent des spécificités, et pour lesquels le mammobile a été imaginé. Les îles sont au cœur de cette initiative et sont les plus marquées par les inégalités territoriales.

## B. L'équité comme argument face à des situations insulaires spécifiques :

L'efficacité du mammobile repose sur sa capacité à réduire les inégalités sociales et territoriales de participation au DOCS en Bretagne. Une partie des femmes les plus éloignées du dépistage, vivent dans les îles de Bretagne et n'ont accès à aucune offre pour le dépistage du cancer du sein de manière locale. Il s'agit de permettre à ces femmes îliennes de participer mais il est légitime de questionner la faisabilité de cette démarche.

### 1. Des situations insulaires variées mais une faible participation partagée au DOCS :

La région Bretagne a la spécificité d'être à la fois une terre continentale et de compter un certain nombre d'îles et d'archipels, non reliées au continent par un pont d'où leur nom « les îles du Ponant ». Une association a été créée en 1971, l'Association des îles du Ponant (AIP) qui regroupe en plus des îles bretonnes, les îles de Chausey, d'Yeu et d'Aix. L'objectif de cette association est de maintenir les services essentiels (sanitaires, sociaux, économiques...) dans un but de préserver une population active et dynamique sur l'ensemble des îles. Également, l'association accompagne les collectivités dans les enjeux liés à l'insularité (Entretien 5). Les îles bretonnes sont réparties entre trois départements : les Côtes d'Armor, le Finistère et le Morbihan.



Carte 5 : Les îles bretonnes du Ponant

En Bretagne, toutes les îles sont habitées sauf l'archipel des Glénan. Elles font donc partie de la cible du DOCS en Bretagne et du mammobile. Il serait tentant de parler « d'une situation insulaire » comme d'un ensemble uniforme pour regrouper ces îles mais « chacune des îles a sa particularité » (Document 4) ; au-delà de partager le fait d'être une île, elles n'ont pas la même histoire (Entretien 5).

Les îles bretonnes, plus ou moins peuplées, sont réparties en plusieurs typologies :

- Petites à proximité du continent : Ile de Bréhat, Ile d'Arz, Ile aux Moines, Ile de Batz,
- Petites et éloignées du continent : Iles d'Houat et Hoëdic,
- Petites et moyennes, éloignées du continent et avec peu de rotations maritimes : Ile d'Ouessant, de Sein et Molène,
- Iles plus peuplées, éloignées du continent et avec de fortes rotations maritimes : Belle-Ile et l'Ile de Groix.

L'île la plus peuplée est Belle-Ile avec plus de 8000 habitants (Entretien 2) alors que la moins peuplée est Hoëdic avec 107 habitants. On constate sur les îles des densités de population variables qui s'accompagne d'offres sanitaires variables. Les temps de traversée pour rejoindre les îles depuis le continent sont également différentes : de 5 minutes de bateau pour l'île aux Moines depuis Vannes à 1h30 pour Ouessant depuis Le Conquet. Seulement quatre îles sur les onze sont à moins de 30 minutes du continent (îles de Batz, Bréhat, d'Arz et aux Moines).

La taille des îles étant variable, la capacité d'installation de dispositifs sanitaires et de professionnels de santé n'est pas équivalente sur les territoires. En effet, l'offre de soins et les attentes en termes de santé sont variables en fonction des îles (Entretien 5). D'après le diagnostic territorial effectué pour le Contrat local de santé (CLS) des Iles du Ponant, l'île d'Arz et de Molène n'ont aucune consultation de médecin généraliste assurée (ni visite hebdomadaire, ni médecin sur l'île) même si depuis, le travail de l'Association des îles du Ponant a été d'assurer une présence médicale sur chaque île (Entretien 5) ; quatre îles seulement sur onze sont équipées d'une pharmacie ; et seule Belle-Ile a sur place un Centre hospitalier (CH) en plus d'un EHPAD. Quatre autres îles ont un EHPAD. On observe que l'offre sanitaire est variable et limitée, et l'offre peut y basculer du jour au lendemain (Entretien 5). Peu de spécialistes

sont présents sur les îles, et se retrouvent surtout sur les îles avec les plus fortes populations (Belle-Ile, Ouessant, Groix) (AIP, ARS, 2016). L'un des défis de l'offre sanitaire est donc de maintenir les présences médicales sur les îles car l'offre y est fragile (Keravec, N., 2016), et le zonage « SROS » ambulatoire de l'ARS de 2014 classent les îles en deux types de zones :

- Fragile (Bréhat, Arz, Moines, Batz, Ouessant, Sein, Molène et Groix),
- Prioritaire (Houat, Hoëdic, Belle-Ile).

Ce zonage permet de classer les territoires en fonction du risque de dégradation de l'offre de soins (AIP, ARS, 2016). Des aides financières, à l'installation, et fiscales peuvent alors être appliquées dans les zones prioritaires afin de veiller au maintien de l'offre sanitaire en place.

L'absence d'une offre de soins équivalente au continent sous-entend que les femmes résidant sur les îles, sont contraintes de regagner la terre ferme afin de réaliser leur dépistage du cancer du sein tous les deux ans. Aucune île n'est équipée d'un mammographe car globalement les îles n'ont pas les infrastructures nécessaires (Entretien 3). De manière plus globale, le document 4 nous apprend que les habitants des îles de Groix et de Belle-Ile n'ont recours aux soins de santé que lorsqu'ils sont malades : « le corps parle quand il y a un problème » (Document 4). De plus, l'absence de soins de proximité limite le recours au système de santé.

L'augmentation de la participation au DOCS est au cœur du CLS des îles (acté pour la période 2016-2020, puis rallongé jusque 2022) et notamment la prévention est un axe qui touche toutes les îles même si les attentes en sont variables (Entretien 5). En effet, le premier objectif du second axe du CLS est « développer un programme de prévention et de dépistage » (AIP, ARS, 2016). Cet objectif fait suite au constat des taux de participation des femmes des différentes îles au DOCS : seules cinq îles ont un taux de participation supérieure à 40% en 2021. Les six autres îles ont alors une participation comprise entre 31,4% et 38,10%. Si les participations au DOCS sont relativement faibles c'est au regard de la distance aux cabinets de radiologie. Les acteurs institutionnels sont particulièrement attentifs aux temps d'accès et ils constatent la difficulté liée à la distance pour toute la population qui vit dans les îles (Entretien 4). Les îles ont des temps de trajet disparates pour l'accès à un cabinet. A partir des données de participation du document 1, on obtient le tableau récapitulatif suivant :

Ile	Taux de participation au DOCS 2021	Port le plus proche (temps en bateau)	Cabinet de radiologie agréé le plus proche	Temps moyen de trajet total (minimum)
Bréhat (22)	37,4%	Arcouest (10min)	Paimpol (6,2km d'Arcouest)	25 min
Batz (29)	46,8%	Roscoff (15 - 25 min)	Morlaix (27km du port)	50 min

Ouessant (29)	44,8%	Le Conquet (1h30)	Saint-Renan (15,6km)	1h40
Sein (29)	38%	Audierne (1h15)	Douarnenez (25km)	1h45
Molène (29)	44,9%	Le Conquet (1h)	Saint-Renan (15,6km)	1h20
Groix (56)	38,1%	Lorient (45min)	Lorient	45 min
Moines (56)	40,9%	Arradon (5min)	Vannes	10 min
Belle-Ile (56)	33,3% Bangor	Quiberon (50min – 1h) depuis Le Palais	Auray (30 km)	1h30
	36,9% Locmaria			
	31,4% Le Palais			
	32% Sauzon			
Houat (56)	47,1%	Quiberon (40min)	Auray (30 km)	1h20
Hoëdic (56)	34%	Quiberon (60min)	Auray (30 km)	1h40
Arz (56)	37,2%	Vannes (20min)	Vannes	25 min

*Tableau 2 : Taux de participation des îles et temps d'accès au DOCS*

On observe que la distance globale au centre de radiologie le plus proche, pour la plupart des îles, est de 1h de trajet, à condition d'être véhiculé. Or, rappelons qu'une femme à une distance de plus de 20min d'un cabinet de radiologie a moins de chances de réaliser sa mammographie de dépistage (De Mil, R., & al, 2019). De plus, il est important de noter que pour la plupart des îles (sauf Groix, l'île aux Moines et Arz), il est nécessaire de posséder et de faire traverser une voiture pour pouvoir rejoindre le cabinet de radiologie une fois sur le continent. Parfois, il est possible d'éviter de prendre une voiture mais, le temps de trajet se rallonge. Par exemple, il est possible de rejoindre Vannes depuis Belle-Ile, cependant la traversée est rallongée de 1h30.

On peut observer avec ces données que les femmes résidant sur les îles les plus proches du continent ne sont pas forcément celles qui participent le plus. L'île de Bréhat a une participation inférieure à 40% alors que le temps global de trajet pour accéder à une mammographie est proche de 30 minutes. Sur l'année 2021, l'île qui a le plus participé est celle d'Houat, alors que le temps global pour réaliser le DOCS est d'environ 1h20. Ainsi, chaque île présente un taux de participation qui lui est propre avec un contexte d'accès à la mammographie qui est également spécifique. De plus, les distances au centre de radiologie se confrontent aux délais de rendez-vous dans chaque département et qui peuvent être un frein à la réalisation du DOCS. La situation particulièrement tendue dans le Morbihan et surtout dans le bassin de Vannes, où les délais de rendez-vous peuvent atteindre 1 an, constitue un frein pour les femmes îliennes. On peut comprendre que la participation des femmes de l'île aux Moines ne soit pas la plus élevée malgré la proximité avec Vannes.

Dans ce contexte, le projet de mammobile trouve toute sa pertinence. Les délais de rendez-vous, surajoutés des distances et des contraintes organisationnelles posées par le fait d'habiter sur une île,

peuvent conduire à un non-recours au dépistage organisé du cancer du sein. Le mammobile permet alors de contrebalancer tous ces freins en offrant localement et directement auprès des femmes le dépistage. L'efficacité d'un tel dispositif est garantie par la levée des obstacles insulaires.

Dans ces contextes insulaires spécifiques l'accès au DOCS doit être simplifié. Les femmes îliennes n'ont pas accès au DOCS comme les femmes du continent. Les îles sont la démonstration de l'absence d'équité dans le DOCS sur le territoire breton. Un des acteurs rencontrés, ajoute à ce sujet que les insulaires ne demandent pas à être traités comme les continentaux mais demandent à être traités équitablement (Entretien 5). Dans ce cadre, il est essentiel de trouver un moyen de rendre l'accès au DOCS plus équitable, et cela repose sur le projet de mammobile.

## **2. Le mammobile comme réponse aux obstacles insulaires multiples :**

Si les freins socio-économiques, territoriaux, individuels à la participation au DOCS se retrouvent chez les femmes îliennes, des obstacles spécifiques liés à la situation insulaire peuvent également influencer le recours au dépistage. Le document 4 remis apporte un éclairage sur ces barrières propres à l'insularité, et confirme la nécessité de développer un dispositif en complémentarité de l'organisation du DOCS. Cette enquête est centrée sur les îles de Groix et de Belle-Ile mais nous donne à voir une réalité qui pourrait se comprendre pour les autres îles.

Dans cette enquête, les élus, les professionnels présents sur place et les femmes ont eu la possibilité d'exprimer leurs opinions sur les obstacles dans le recours au DOCS en Bretagne. Du côté de Groix, un frein lié à l'histoire de l'île occupe une place majeure : la phobie du bateau. Toutes les familles ont perdu un proche en mer et cela a généré une peur des traversées. De plus, les contraintes organisationnelles posées par le fait de devoir rejoindre une ville sur le continent pour se faire dépister constitue « un cadre peu accommodant » (Document 4). Le DOCS nécessite de mobiliser au moins une demi-journée. Les élus et professionnels estiment que faire venir les spécialistes et les professionnels de santé sur l'île serait pertinent.

Du côté de Belle-Ile, les freins organisationnels sont aussi présents : le temps mobilisé pour l'examen dit « une demi-journée de perdue » (Document 4) voire une journée entière de perdue (Entretien 2), la complexité des horaires des traversées, le moyen de locomotion une fois arrivé sur le continent... Les difficultés identifiées par les professionnels du territoire sont, d'une part, territoriales par l'éloignement (l'accès au dépistage est trop éloigné), et économiques d'autre part par le coût global du déplacement (Entretien 2). De plus, le minimum de services de santé disponibles sur l'île conduit à l'idée que le dépistage n'est pas nécessaire si on n'est pas malade, car par la suite les soins exigent à nouveau une certaine organisation et logistique. Les professionnels sont désireux d'avoir un service de proximité pour

le dépistage des cancers (Entretien 2). En l'absence de symptômes, le DOCS représente un temps et un coût importants. Les professionnels de santé parlent d'un coût physique, temporel et financier d'aller sur le continent, et qui s'aggrave avec les pathologies et la vieillesse (Entretien 2). L'idée d'un « service de proximité » trouve tout son sens (Document 4) pour dépasser le frein que représente le déplacement et la situation d'éloignement générée par l'insularité.

Les femmes des deux îles se rejoignent sur un certain nombre de freins : de déplacement en bateau (une phobie pour les femmes de Groix) et son coût ; d'organisation (les horaires de traversée, les horaires de rendez-vous) et culturel, avec l'idée que le recours aux soins n'est nécessaire que quand il y a un problème. Les femmes identifient alors la même solution : que les professionnels soient sur place ou qu'un camion vienne à leur rencontre (Document 4). La présence d'un mammobile pourrait permettre de dépasser des obstacles qui limitent la participation des femmes.

L'enquête menée sur ces deux îles fait apparaître trois constats (Document 4) :

- L'éloignement des sites de consultation est un véritable obstacle ;
- L'importance des freins socio-économiques : le coût de la traversée, du déplacement sur le continent, et l'absence de soins de proximité sur les îles qui conduisent à un recours moindre au système de santé ;
- Une dimension socio-culturelle avec une présence majoritaire de catégories socio-professionnelles ouvrières, employées et retraitées conduisant à un effet cumulatif des inégalités et donc un éloignement du système de soins.

L'objectif du mammobile étant l'augmentation de la participation par la réduction des inégalités, les obstacles soulevés par cette enquête seront réduits. En effet, en faisant venir le mammobile sur les îles, il s'agit d'aller chercher les femmes qui ne se dépistent pas ou plus, dans cette volonté d'équité de la participation et en complémentarité de l'offre actuelle. D'une part car les femmes des îles ont un coût de participation au DOCS que les femmes du continent n'ont pas forcément ; et d'autre part parce que l'atteinte d'un cabinet de radiologie demande une « organisation tellement monstrueuse » que cela en devient un frein (Entretien 2). Au regard de cette situation insulaire, le mammobile démontre son efficacité en apportant la possibilité de réaliser le DOCS aux îliennes, qui n'ont pas le même accès aux cabinets sur le continent que les autres femmes. Il s'agit d'inverser le rapport en faisant venir le mammobile aux femmes, et de répondre aux obstacles de distance et de logistique.

Dans la continuité, une enquête a été menée dans le cadre d'une thèse sur les liaisons entre les îles du Ponant et le continent (Guingot, M., 2019). Cette étude rapporte que des disparités concernant les déplacements entre les îles et le continent existent en fonction de la typologie des îles : les habitants

des îles les plus proches du continent s'y déplacent plus souvent ; les habitants des îles les plus éloignées mais de plus petites en taille se déplacent plus que ceux des grandes, par le manque de services. Ainsi, la proximité au continent et l'absence de services sur l'île sont deux facteurs encourageant les déplacements.

Elle ajoute que même si les outils de navigation ont connu des améliorations, favorisant le maintien face aux aléas d'ordre technique (les avaries) et météorologique (tempêtes), certaines liaisons maritimes restent fortement soumises à la météo. C'est le cas des îles les plus éloignées telles que l'île de Sein, de Molène, d'Ouessant et de Belle-Ile, Houat et Hoëdic ; soit déjà six îles sur les onze. A titre d'exemple, en mars 2022, une action conjointe du CRCDC et de la Ligue contre le cancer à Belle-Ile a été annulée car la tempête qui s'est levée a interrompu la liaison avec le port de Quiberon durant plus de 24 heures.

Dans certains cas, il y a une adaptation des liaisons, rallongeant parfois les traversées mais cela peut constituer un obstacle fort au dépistage : l'organisation prévue autour d'un horaire de rendez-vous est modifiée. La question des tarifs des traversées est également un élément de réflexion, notamment les coûts pour faire traverser les véhicules. Si les habitants bénéficient le plus souvent de tarifs préférentiels, les traversées représentent un coût non négligeable (Guingot, M., 2019) ; auquel toutes les habitantes ne peuvent pas forcément faire face en fonction des situations socio-économiques individuelles.

Le mammobile permettrait ainsi de répondre à ces enjeux liés à l'insularité. Les freins identifiés dans le recours au dépistage des habitantes des îles reposent essentiellement sur la question de l'éloignement géographique des lieux de radiographie. Cet éloignement territorial s'accompagne de plusieurs obstacles : les coûts, l'aléa des traversées, le rapport à la mer, les contraintes organisationnelles... En inversant le mécanisme par la venue sur les îles de la possibilité de dépistage, les habitantes sont attendues à participer davantage. En effet, les professionnels de santé locaux estiment que les femmes viendront se faire dépister si elles ont accès à un mammographe (Entretien 2). On peut alors supposer que le mammobile remplit pleinement son objectif, en augmentant la participation, tout en favorisant l'équité dans le dépistage organisé par la réduction des inégalités sociales et territoriales. De plus, la volonté de coopération des acteurs présents sur les îles et leur désir de se voir développer une offre complémentaire adaptée pour les spécificités insulaires, encouragent ce déploiement. En effet, les professionnels de santé des îles rencontrés sont déjà impliqués dans le projet, et un acteur souhaite être associé à notre démarche pour favoriser sa réalisation (Entretien 5).

Cependant un certain nombre de questions se posent sur la faisabilité technique de la venue du mammobile sur les îles, bien que l'efficacité sur ce contexte spécifique soit certaine. En effet, si les femmes sont contraintes par la mer, le mammobile l'est également. Le premier défi est celui de faire voyager un semi-remorque de 27 tonnes sur les bateaux de traversées en Bretagne. Le mammobile

étant un dispositif lourd et encombrant, il est essentiel de réaliser une enquête préalable de faisabilité auprès des compagnies maritimes et des communes des îles du Ponant afin de déterminer les possibilités de navigation. De plus, l'entretien 1 nous éclaire sur quelques éléments techniques liés au mammobile, dont la sensibilité du dispositif à l'eau de mer (Entretien 1). Les appareils techniques dans le mammobile impliquent une vigilance à l'égard de l'eau de mer et de l'humidité. Également, la stabilité du mammobile est essentielle pour les réglages techniques, ainsi « un bateau qui tangue » n'est pas forcément compatible (Entretien 1).

Malgré le potentiel d'efficacité, la faisabilité du mammobile peut être mise à mal par des questions techniques, liées au contexte de l'insularité. Une étude doit également être menée auprès du constructeur – unique en France – pour connaître les limites d'équilibre, de stabilité, de conditions hydrométriques nécessaires au bon fonctionnement de l'appareil. Néanmoins, si la traversée en mer du mammobile n'est pas réalisable, les professionnels du territoire et de santé estiment conjointement que la présence de l'unité mobile sur les ports d'arrivée des traversées sera la solution la plus adaptée (Entretiens 2 et 5).

Si l'efficacité du mammobile semble assurée, que l'équité permise par un tel dispositif n'est plus à remettre en question par l'apport de l'offre de dépistage là où aucune n'existe, des questions demeurent autour de la faisabilité technique de la venue du mammobile sur les îles. Les expériences déjà en place de mammobile sont encourageantes et laissent entrevoir une reproductibilité du modèle, un critère important de la faisabilité du projet. En parallèle, un tel dispositif régional demande de questionner les attentes des acteurs institutionnels et sanitaires du territoire et des professionnels de santé notamment, autrement dit l'acceptabilité du projet. De plus, les notions de coûts et de rentabilité peuvent se confronter à celle de l'efficacité.

## II. Les attentes des différents acteurs au regard de la politique nationale de dépistage

Le CRCDC évolue dans un environnement associant une diversité de partenaires. Le projet de mammobile engage une pluralité de partenariats et d'acteurs sur la région. Ces derniers sont au cœur des notions d'acceptabilité et de faisabilité, et leurs attentes doivent être remplies par le déploiement du dispositif. D'une part, la question des coûts et de la rentabilité conditionnent la faisabilité du mammobile, et préoccupent les acteurs institutionnels. D'autre part, c'est un dispositif régional qui est porté et les partenaires souhaitent le voir ancré sur son territoire.

### A. La rentabilité et la réponse aux risques identifiés comme attentes des partenaires :

Les effets positifs attendus du déploiement d'un mammobile – l'augmentation de la participation au DOCS et la réduction des inégalités - ont été prouvés dans les expériences déjà en place en France. Les dispositifs mobiles, pensés sur le mode de l'universalisme proportionné, sont complémentaires du dépistage organisé implanté depuis 2004. Par cette double offre, l'équité du DOCS peut être assurée. Cependant, si l'efficacité du mammobile est presque certaine, le rapport avec les coûts générés est à questionner. Ainsi, il apparaît que « les bénéfices attendus doivent être mis en balance avec les inconvénients qu'il crée » (Sancho-Garnier, H., 2019). Le mammobile est un dispositif coûteux, par lui-même et par son fonctionnement et il est nécessaire de questionner sa rentabilité pour déterminer la faisabilité de ce projet.

#### 1. Un dispositif coûteux à rentabiliser : la mise en balance des coûts et de l'efficacité :

Plusieurs obstacles ont été relevés pour la mise en place des mammobiles, dont le premier est financier. Le mammobile est un dispositif coûteux, et il s'accompagne de dépenses afférentes à son équipement et fonctionnement. Ces frais nécessitent de trouver les ressources et les financements adaptés aux besoins car le principal frein est le coût de l'entretien des équipements, des ressources humaines et du suivi des résultats (Vallée, A., 2016).

Le mammobile est un semi-remorque de 27 tonnes, adapté par l'unique constructeur en France de mammobiles. Le coût d'achat du camion équipé s'élève à hauteur de 700 000 euros. Dans deux expériences déjà en place (sauf l'Hérault), ce sont les conseils départementaux qui sont à l'origine de l'achat du mammobile (Entretien 6). Pour les conseils, cette dépense peut assez rapidement être absorbée : « ce sont les départements [...] qui l'ont acheté en sachant que pour eux comme c'est un investissement qui est amorti sur 7 ans, par an ça leur coûte, divisé par quatre, ça doit leur coûter 20 000€ par an, ce qui pour un conseil départemental n'est pas énorme » (Entretien 1). La personne rencontrée stipule que les élus départementaux ne sont pas difficiles à convaincre. Dans ce sens, un des acteurs institutionnels ajoute que les conseils départementaux ayant arrêté leur subvention avec la

régionalisation du CRCDC, ils seraient enclins à financer des actions locales et des projets. Ce même acteur estime que le mammobile est un dispositif de service public et de santé publique, et qu'il est légitime que les collectivités soient impliquées financièrement dans son montage (Entretien 3). En parallèle, d'autres leviers financiers peuvent être levés par les financeurs habituels du CRCDC, s'ils sont justifiés (Entretien 3) et qu'ils rentrent bien dans le cadre de la stratégie nationale de santé au travers du Fonds d'intervention régionale (FIR) (Entretien 4).

Les coûts d'achat comprennent l'équipement même du mammobile. En effet, ce dernier doit inclure les appareils et éléments techniques nécessaires à la réalisation du dépistage : le mammographe, l'échographe et la console de lecture des clichés. Dans le cas de l'Orne, la somme des 700 000€, mobilisée par les conseils départementaux comprenait bien l'unité mobile et les équipements liés au dépistage organisé (De Mil, R., & al, 2019). Ces premiers coûts correspondent au dispositif mobile en lui-même, les coûts suivants sont liés à son fonctionnement.

Dans le cas de la Normandie et de l'Orne, les frais de fonctionnement sont assurés par le CRCDC (Entretien 1). D'après le bilan rétrospectif de l'expérience de l'Orne (De Mil, R., & al, 2019), on voit que ces coûts comprennent une pluralité d'éléments (listes non exhaustives) :

- Ceux liés aux ressources humaines : le financement d'un radiologue ou d'un manipulateur, d'un médecin généraliste en l'absence de radiologue, d'un professionnel du secrétariat, les honoraires des radiologues seconds lecteurs, le salaire du médecin du CRCDC en charge du suivi du DOCS, des chauffeurs et leur formation.
- Ceux liés aux ressources logistiques : l'entretien du camion et des équipements, le carburant, l'assurance du véhicule, le matériel informatique, les fournitures médicales et de bureau, la communication, l'électricité, les logiciels informatiques.

Ces deux listes nous donnent à voir un coût quotidien du mammobile. Ces frais sont pris en charge par le CRCDC, dans l'Orne et l'Hérault, et sont équilibrés par le remboursement des actes de mammographie par la CPAM (Entretien 1). Ainsi, pour que le mammobile soit rentable et que les frais pour le CRCDC soient à l'équilibre, un certain nombre de mammographies sont nécessaires. Dans l'Orne, il est nécessaire de réaliser 38 examens par jour (Guillaume, E., 2018).

Cependant, cette rentabilité n'est pas immédiate. Le premier échange réalisé nous rappelle que dans l'Orne, le fonctionnement est complètement intégré par la population depuis 30 ans (Entretien 1) comme pour l'Hérault, qui atteint 60 mammographies par jour et dévoile que le mammobile a une plus grande capacité d'absorption des rendez-vous qu'un site fixe (Entretien 6). Si ces deux dispositifs sont toujours en place, c'est que leur rentabilité et leur équilibre financier sont acquis. Cela induit d'une part que la rentabilité du mammobile est atteignable, mais d'autre part que le modèle économique peut mettre quelques temps à se stabiliser après le lancement. En effet, il ne faut pas négliger le temps de

démarrage du dispositif, afin d'atteindre les 30-35 mammographies par jour (Entretien 1), temps qui correspond notamment à l'appropriation du dispositif, à la fois par les femmes, par les acteurs locaux et les collectivités territoriales ; et temps durant lequel le modèle économique peut être dans le rouge (Entretien 1).

La question de la rentabilité du dispositif est d'autant plus centrale que le déploiement du mammobile en Aveyron, débuté en 2000, a pris fin au début des années 2010. Le motif évoqué lors de son arrêt était le manque d'efficacité. Le Conseil Général était au cœur du dispositif (achat et équipement) et la structure du dépistage en Aveyron en charge du fonctionnement. Lors du transfert des compétences du Conseil Général à l'ARS, le maintien du mammobile n'a pas été souhaité. L'ARS a jugé le mammobile peu efficace – soit peu efficace par rapport aux coûts engendrés – et a mis un terme à son fonctionnement, malgré la ruralité du département aveyronnais. Le problème mis en avant dans la cessation d'activité du mammobile était son modèle économique (Entretien 6).

Les analyses économiques du dépistage organisé de manière globale et des dispositifs mobiles mettent en avant que le dépistage a un coût élevé mais qu'il permet à terme de faire économiser à la société les coûts de prise en soins d'un cancer. En effet, les coûts des dépistages des cancers peuvent être aussi élevés que le coût annuel moyen des soins de santé par habitant (Sancho-Garnier, H., 2019). En parallèle, les faits montrent qu'un cancer détecté le plus tôt, représente un coût moins élevé en soins et accompagnement. La rentabilité du dépistage organisé, malgré le coût réel et élevé qu'il représente, n'est aujourd'hui plus discutée. En effet, si on prend le rapport financier du CRCDC de 2021 (Document 5), on observe que toutes charges comprises (directes, humaines, immobilières), le coût du DOCS en Bretagne atteint les 3 millions d'euros pour une année. Mais rapportés aux 157 339 dépistages réalisés cette même année, on a un coût moyen individuel de 19,5€. Le montant global du dépistage est à relativiser avec le coût d'un cancer à soigner, et les charges qui pèsent sur la société (perte pour les entreprises par les arrêts de travail, remboursements de l'assurance maladie des traitements). En Poitou-Charentes, une enquête menée en 2010 sur près de 300 femmes établit que le coût moyen de prise en charge d'un cancer du sein est de 15 273€ (+ ou - 5 056€) (Boinot, L., & al, 2010). On peut voir le dépistage comme un investissement à long terme pour limiter les dépenses de santé.

La rentabilité des dispositifs mobiles est davantage discutée. En effet, si les femmes ne se font pas dépister au mammobile, l'investissement ne pourra pas être absorbé par le CRCDC ni par les financeurs. L'analyse coût-efficacité réalisée sur les données rétrospectives du mammobile dans l'Orne montre qu'il est d'autant plus rentable dans les régions éloignées des sites de radiologie et dans les zones défavorisées (De Mil, R., & al, 2019). Le coût différentiel calculé entre une invitation en site fixe, une invitation en site mobile et une invitation aux deux, et la réalisation (ou l'absence) du dépistage, montre que la double invitation est plus rentable pour les femmes éloignées ou en zones défavorisées. En effet,

le coût différentiel induit par la répartition des dépenses entre le dépistage en site fixe et le dépistage en site mobile, est de 23,20€ par femme ; coût qui peut être absorbé par le CRCDC à condition d'une augmentation de la participation. L'unité mobile a un coût élevé mais assure une meilleure rentabilité du dépistage par l'augmentation de la participation. Ainsi, si les femmes participent plus, le coût global du dépistage se réduit. Le mammobile induit des frais supplémentaires mais permet d'augmenter la participation au dépistage (De Mil, R., & al, 2019). La clé de la rentabilité du dispositif mobile en Bretagne est l'augmentation de la participation des femmes au DOCS, à savoir son efficacité.

Les acteurs institutionnels du territoire sont pour cela particulièrement attentifs aux financements du projet. Ils ont conscience de l'investissement que représente le mammobile mais également des effets leviers qu'il pourrait apporter sur la participation au dépistage (Entretien 3). Ils sont prêts à participer au financement du dispositif car c'est un projet dans lequel ils croient et qui leur tient à cœur (Entretien 3). C'est pour cela qu'ils attendent un montage financier complet, à court et long termes, pour justifier de la solidité du projet. Ils attendent un équilibre entre les coûts du dispositif et la réussite du projet par la population qui sera touchée (Entretien 4). C'est alors la dimension de rentabilité qui est mise en avant dans l'analyse financière du projet et qui constitue la principale attente de certains acteurs (Entretien 4). L'acceptabilité du projet pour les acteurs institutionnels bretons repose en partie sur la capacité du projet à être rentable.

A l'inverse, le mammobile offre la possibilité aux femmes qu'il va rencontrer de diminuer les coûts que peuvent représenter le dépistage. Plus spécifiquement pour les îliennes, mais globalement pour les femmes éloignées des centres de radiologie, la venue du mammobile permet de réduire les coûts de déplacement (bateau pour les îles, carburant, transports en communs, demi-journée de congés...) que le dépistage organisé peut générer.

Le mammobile pose donc cette balance entre coûts et efficacité pour assurer sa rentabilité. En reprenant les dimensions du cadre d'analyse, on voit que la rentabilité naît de la balance entre les coûts et l'efficacité pour répondre à la dimension de l'acceptabilité de certains acteurs.

Un des coûts liés au déploiement du mammobile et qui risque d'influencer la participation des femmes, est la part dédiée à la communication auprès des groupes cibles et des collectivités territoriales pour encourager la venue au mammobile. En effet, un certain nombre de risques dont la non-participation des femmes sont à anticiper.

## **2. L'identification des risques et effets négatifs pour une meilleure réussite du dispositif :**

Plusieurs effets, négatifs ou non-prévus, liés au déploiement d'un dispositif mobile ont été identifiés, dans les expériences précédentes et dans la littérature qui en découle. Anticiper ces risques entre dans

le cadre de la réflexion sur la faisabilité et les effets non-recherchés que le cadre d'analyse met en évidence. En ayant connaissance des risques en amont, les moyens de les contourner ou de les éviter peuvent être intégrés à la logique d'intervention du mammobile. De plus, cette anticipation permet de développer une stratégie forte auprès des partenaires.

Le principal risque et effet négatif identifié est lié à l'augmentation du nombre de perdues de vue. Cela correspond aux femmes qui ont eu un dépistage « positif »<sup>10</sup> et qui ne réalisent pas, à la connaissance du CRCDC, les examens complémentaires nécessaires. Ce risque a été identifié dans le recours au dispositif mobile : en site fixe, les examens complémentaires peuvent être programmés assez rapidement voire être réalisés directement, ce qui n'est pas le cas dans un mammobile. Le nombre de perdues de vue augmente par le décalage temporel entre la découverte d'une suspicion et la réalisation des examens complémentaires (Vallée, A., 2016).

Les analyses rétrospectives des dispositifs en Aveyron, dans l'Hérault et dans l'Orne montrent que le nombre de perdues de vue est plus élevé dans le cadre du dépistage au mammobile que dans un cabinet de radiologie. Les raisons identifiées à cette augmentation tiennent au mode de fonctionnement même du mammobile (les premières lectures (L1) des mammographies ne sont pas réalisées au mammobile mais en différé en structure de gestion) et aux contraintes liées aux déplacements nécessaires pour réaliser les examens complémentaires. Tant que le personnel qualifié nécessaire à la réalisation des examens complémentaires et le matériel adéquat ne seront pas présents dans le mammobile, le nombre de perdues de vue ne pourra qu'augmenter (Ferrier, B., 2013). Dans l'Hérault, ils estiment que ce risque est nécessaire au regard d'une balance bénéfico-risque, entre les perdues de vue et l'augmentation de la participation des femmes (Entretien 6).

En ayant connaissance de ce risque en amont, il est possible de réfléchir à le contourner. Il apparaît que les perdues de vue augmentent quand les L1 ne sont pas lues immédiatement (Entretien 1) et qu'il n'y a pas de radiologue présent dans le mammobile pour faire la première lecture. De même, c'est au CRCDC dans sa mission de suivi des cas positifs d'accompagner les patientes et il est attendu que « le CRCDC les lâche pas » (Entretien 1) pour assurer une prise en soin adaptée. Ainsi, le projet de mammobile du CRCDC de Bretagne est pensé de manière différente des expériences des années 1990, et dans la continuité du mammobile de Normandie, par la présence d'un radiologue dans le mammobile (Document 3). Le nombre de perdues de vue devrait être contenu par la présence d'un radiologue embarqué et par le travail du CRCDC dans le suivi des cas positifs. De plus, et dans une volonté d'augmenter la faisabilité du projet, la présence d'un radiologue est nécessaire vis-à-vis de la conformité

---

<sup>10</sup> Dépistage suspect, nécessitant des examens complémentaires car des lésions sont potentiellement présentes.

au cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein<sup>11</sup>. Pour que le dépistage organisé soit complet et conforme, un radiologue doit être présent (Entretien 6).

La question des radiologues représente le second risque identifié. Les radiologues sont les seuls acteurs qui ne sont pas favorables au projet, contrairement aux acteurs de la prévention ou aux collectivités territoriales. A la fois, les radiologues sont dubitatifs sur l'utilité du mammobile (Entretien 1) et en même temps ils le voient comme un générateur de concurrence à l'égard de leur activité, notamment par le constat d'une démographie médicale très tendue (Entretien 3). Les expériences précédentes ont pu montrer une mise en concurrence avec les sites fixes en termes de participation (Vallée, A., 2016) et dans ce sens il est essentiel de convaincre les radiologues de la complémentarité des dispositifs du dépistage. Il y a un travail à réaliser auprès des radiologues et leur faire prendre conscience qu'il y a quand même une base scientifique de constat des inégalités (Entretien 1). En Normandie, il s'avère que la majorité des radiologues qui ont réalisé une vacation dans le mammobile en sont ravis (Entretien 1). Un certain nombre d'échanges et de discussions doivent être mises en place pour convaincre les radiologues du bien-fondé de la démarche et les intégrer dans le fonctionnement, et cela dès le commencement (Entretien 3). Une des propositions des acteurs institutionnels est de commencer par des zones vraiment à distance des cabinets de radiologie, les plus éloignées, pour installer le service et créer l'habitude (Entretien 3). La concertation sur le territoire est centrale, il faut alors associer les radiologues dès le départ pour ne pas avoir de rejet de leur part lors du lancement du projet (Entretien 4). Dans ce cadre, un questionnaire a été préparé pour une diffusion auprès des radiologues bretons. Le but de ce questionnaire est de connaître leurs position et connaissances sur le DOCS, et d'estimer si certains d'entre eux sont prêts à s'engager avec le CRCDC.

Un autre risque identifié est que les femmes ne participent pas à la campagne de dépistage et ne viennent pas au mammobile pour réaliser leur DOCS. Ce risque a été identifié par l'équipe de Normandie, qui se voit contrainte par un protocole de recherche très restrictif sur son usage du mammobile (Entretien 1). Cependant, l'absence de protocole de recherche n'ôte pas le risque puisque si les femmes ne participent pas en cabinet de radiologie, elles peuvent ne pas participer en unité mobile. Il s'avère essentiel de développer une communication grand public, de diffuser des messages à la radio, dans les journaux et créer un site dédié (Entretien 1). De même, mobiliser les acteurs locaux pour en faire des relais semble être propice à la participation des femmes. Une pluralité d'acteurs peut être mobilisée sur le territoire breton pour relayer l'information auprès des femmes : les services du département, les assistants sociaux, les pharmacies, les mairies, les centres de santé etc (Entretien 1).

---

<sup>11</sup> Arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes des dépistages des cancers.

Un levier central pour encourager les femmes à participer, notamment îliennes, est de mobiliser les professionnels de santé locaux pour sensibiliser sur le passage du mammobile (Entretien 5). Ces professionnels sont en contact direct avec les populations insulaires. Un des acteurs rencontrés estime qu'une campagne de sensibilisation est nécessaire, basée sur la technique considérée comme la plus efficace, à savoir la distribution de flyers dans les boîtes aux lettres (Entretien 5). L'information des femmes sera un élément central pour assurer l'efficacité du mammobile et sa rentabilité. Cette information peut d'autant plus représenter une attente de la part des femmes elles-mêmes. En effet, les freins identifiés à la participation au DOCS nous montrent que la sensibilisation des femmes à l'égard de l'examen, de l'objectif de cet acte de prévention secondaire est nécessaire pour qu'elles adhèrent au dépistage. L'information et la communication des femmes concernées peuvent constituer une de leurs attentes, comme celle d'un service de proximité sur les îles (Document 4).

Un risque découle directement du fait que les femmes ne viennent pas : un nombre insuffisant de mammographies réalisées par jour. Si le nombre de mammographies réalisées est insuffisant, le modèle économique du mammobile ne sera pas viable, tout en sachant que le principal obstacle à la mobilité est le coût financier (Vallée, A., 2016). Ainsi, tout mettre en œuvre pour que les femmes soient informées c'est à la fois agir sur l'efficacité du mammobile, pour une augmentation de la participation, et c'est agir sur la rentabilité et la faisabilité financière du projet.

Plus globalement de nombreux défis logistiques et organisationnels encadrent la mise en place du mammobile, et les acteurs de la région ont conscience des difficultés (Entretien 4). En effet, au-delà de la rentabilité financière, un certain nombre de conditions doivent être mises en place pour la bonne conduite du mammobile. D'une part, les conditions dites environnementales du camion ne doivent pas être négligées car les équipements doivent être maintenus à une certaine température (Vallée, A., 2016). En effet, les équipements installés dans le mammobile sont sensibles, réagissent aux vibrations et aux températures, et doivent être protégés. Il y a donc tout un protocole logistique à mettre en place pour s'assurer de la bonne tenue des équipements, qui va de la formation des chauffeurs au fait d'attacher tous les appareils dès que le camion roule (Entretien 1).

D'autre part, toutes les communes ne sont pas équipées de la liaison électrique nécessaire pour l'envoi des clichés donc un groupe électrogène est nécessaire (Entretien 1). Enfin, tout un versant organisationnel conditionne sa bonne réussite (Vallée, A., 2016). En effet, un des points faibles identifiés par les différents acteurs est la lourdeur logistique et administrative de tout ce qu'il faut mettre en place (Entretien 1) et la gestion de tous les aléas quotidiens (Entretien 4). C'est une organisation spécifique qui doit se mettre en place avec le mammobile : son itinéraire et les communes traversées, les plannings des radiologues, des secrétaires, des chauffeurs, l'entretien du camion... (Entretien 1). Une grande

partie du déploiement du mammobile repose sur une organisation précise et coordonnée, pour assurer aux femmes un service de qualité et répondant aux besoins en termes de dépistage du cancer du sein.

Un des défis sur lequel repose le déploiement du mammobile est par ailleurs la coordination des acteurs du territoire. Le mammobile étant un dispositif coûteux, régional, impliquant plusieurs catégories de professionnels, notamment de santé ; une grande partie des acteurs locaux doit être réunie autour de la table : les collectivités, l'ARS, la CPAM, les mutuelles, l'Union régionale des professionnels de santé, les radiologues, les associations et acteurs relais auprès des femmes...C'est un environnement autour de la santé et des femmes qu'il faut créer et faire avancer dans le même sens (Entretien 1). La nature des relations entre le CRCDC Bretagne et ses partenaires institutionnels étant de qualité, un premier pas de coordination est déjà réalisé. D'autant plus, quand on sait que la qualité des échanges sur les territoires ne sont pas équivalentes pour tous les CRCDC de France (Dupays, S., & al., 2022).

Ces acteurs régionaux souhaitent être associés très rapidement à la construction du projet (Entretien 3). Ils attendent que le projet soit formalisé pour acter leur intérêt (Entretien 4) et souhaitent être conviés pour les prochaines étapes de construction (Entretien 5). C'est une coordination globale et territoriale qui doit se mettre en place en Bretagne autour du projet, et elle est nécessaire pour la réussite du projet (Entretien 3). La coordination a débuté par une réunion de relancement du projet avec les acteurs initiaux (la CPTS de Presqu'îles en Mer et le CRCDC), et appuyée par un dispositif d'Appui au parcours de santé (APS Bretagne) chargé de favoriser la coordination des acteurs du territoire pour accompagner les parcours de santé complexes. Une seconde réunion intégrant les représentants territoriaux des partenaires institutionnels est également prévue, et attendue (Entretien 3).

Un des risques soulevés précédemment vis-à-vis de la situation insulaire, est celui de ne pouvoir faire venir le bateau sur les îles bretonnes. Le mammobile est un semi-remorque de 27 tonnes, il est difficilement envisageable de le voir venir sur toutes les îles (Entretien 5). La solution proposée par les partenaires pour réduire au maximum l'inégalité territoriale, est d'installer le mammobile sur le port d'arrivée de la liaison maritime avec l'île (Entretiens 2 et 5). Si un accord est trouvé avec les collectivités et les compagnies maritimes, que les femmes sont amenées par une liaison dédiée à notre mission, alors cela permettrait de faciliter l'accès à la mammographie. Cette solution n'est pas optimale car la difficulté liée au fait de prendre le bateau n'est pas levée mais cela permet de ne pas engager de frais financiers ni la nécessité d'un véhicule (Entretien 2).

Les effets non-recherchés et négatifs sont au cœur de la réflexion pour la construction du projet. Leur identification préalable et la volonté de les dépasser en proposant des alternatives ou le meilleur modèle envisageable de mammobile est un facteur encourageant d'acceptabilité et de faisabilité du

projet. Les attentes des acteurs du territoire sont importantes mais doivent être prises en compte pour que le projet se réalise. Ainsi c'est un dispositif concerté et ancré sur le territoire que les acteurs régionaux souhaitent.

## B. Ancrages territorial et juridique comme prérequis au dispositif mobile :

La réflexion portée sur ce projet a conduit au-delà du cadre conceptuel choisi, en apportant d'autres notions. Ces éléments complètent ceux du cadre, et permettent d'aller plus loin sur l'analyse du mammobile. Dans la continuité de l'acceptabilité, les acteurs impliqués font de l'ancrage territorial une attente de la réalisation du dispositif, et posent la question de la logique de contractualisation et des autorisations que la faisabilité du projet peut interroger.

### 1. Un dispositif mobile ancré dans une perspective territoriale :

Comme l'enquête SISTER le montre (Document 6), un certain nombre de conditions, telles que la proportion des communes rurales ou les caractéristiques géographiques, sont à prendre en compte dans l'organisation du dépistage organisé et d'un dispositif mobile. Ces conditions sont, pour beaucoup, dépendantes du territoire. La notion de territoire occupe une place de plus en plus centrale quand on évoque la santé. En effet, les évolutions dans la politique sanitaire, et notamment la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » de juillet 2009, met en rapport les notions de territoire, de besoins locaux et d'inégalités sociales de santé. Ainsi, le niveau local devient un « échelon d'intervention pertinent » en santé (Viot, M., & al, 2015). La gestion locale de la santé est d'autant plus d'actualité que les inégalités sociales et spatiales se renforcent depuis les années 1980 (Rican, S., & Vaillant, Z., 2009).

Les coûts générés, et l'attente d'efficacité du mammobile, suppose de penser un territoire d'action suffisamment grand pour obtenir le nombre de mammographies nécessaires par jour tout en agissant au plus près des besoins locaux et des inégalités. Ainsi, l'échelon régional semble le plus adapté pour augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein. La région est également le niveau d'action idéal par la présence d'îles dans trois départements sur quatre, et une répartition des zones avec des participations basses sur les quatre départements. Les difficultés rencontrées en Bretagne sont le plus souvent partagées par les quatre départements de la région. De plus, les interlocuteurs privilégiés du CRCDC sont des acteurs régionaux (indépendamment de leurs délégations départementales) : l'ARS et la CPAM. Et c'est avec chaque collectivité traversée que le dispositif devra être préparé. Sans les accords des communes et des acteurs du territoire, le projet de mammobile ne peut se déployer. L'acceptabilité du dispositif mobile repose sur les acteurs de la région d'une part et les collectivités locales d'autre part.

Si le territoire est un des niveaux les plus pertinents pour agir, c'est aussi que depuis quelques années le local est pensé comme l'échelon idéal pour compenser les mécanismes qui tendent à exclure des populations de l'accès à divers services, tels que ceux de santé. On parle d'une politique « correctrice » et c'est ce qui a été mis en place avec le développement des Ateliers santé ville (ASV) au début des années 2000 dans certaines communes françaises (Vaillant, Z., Bardes, J., & Rican, S., 2020). Les politiques de la ville ont conduit à la création d'une typologie permettant de classer les quartiers. Certains, cumulent plusieurs facteurs défavorables (isolement physique, absence de ressources, barrières physiques ou symboliques excluant du reste de la ville) et sont en retrait des politiques et programmes en santé. On peut ainsi voir, au niveau régional, que certaines collectivités voire zones bretonnes sont exclues du reste de la région : la barrière symbolique représentée par la mer, exclue les îles d'un accès égal au dépistage. C'est une idéologie qui s'est développée à Belle-Ile avec la tendance à tout repousser et limiter le nombre de venues sur le continent (Entretien 2). L'isolement de certaines zones, en politique de la ville, rappelle l'importance du déploiement de stratégies d'intervention concertées autour de plusieurs acteurs pour mieux prendre en compte les besoins locaux (Vaillant, Z., Bardes, J., & Rican, S., 2020). Et alors que les collectivités n'ont pas de compétences légales en santé, n'ont pas de moyens pour mener une politique de prévention en santé (Vaillant, Z., Bardes, J., & Rican, S., 2020), la mise en place du passage d'un dispositif mobile dans les communes leur permettrait d'agir en faveur de la santé locale. Le mammobile est pensé comme une action territoriale pour améliorer le déploiement d'une politique nationale.

La démarche territorialisée proposée par le mammobile est intéressante car le territoire peut être le « dénominateur commun d'acteurs diversifiés » (Fleuret, S., 2016). En effet, une pluralité d'acteurs des échelons régionaux comme locaux doivent être réunis autour de la table pour la mise en place du dispositif : l'ARS, la CPAM, la région, les départements, les collectivités, les professionnels de santé, les entreprises pour la liaison maritime... Il s'agit notamment d'une attente de certains acteurs institutionnels de la région. En effet, ils souhaitent faire du mammobile un dispositif concerté, travaillé avec les acteurs et non imposé au territoire (Entretien 3). Ainsi, au-delà du dépistage du cancer du sein, ce qui réunit tous ces différents acteurs c'est le fait d'agir sur le territoire breton. Chaque acteur a des attentes à l'égard du dispositif mobile et qui sont liées à son propre champ de compétences, mais tous pourront se rejoindre sur le même objectif qui est l'augmentation de la participation au DOCS et à plus long terme, la réduction de la mortalité par cancer du sein en Bretagne. En effet, les partenaires institutionnels estiment que tous les acteurs du territoire, réfractaires ou non, se rejoignent sur des grands enjeux collectifs indéniables qui sont l'amélioration de la santé et la réduction de la mortalité (Entretien 3). Le territoire est la donnée qui va relier les acteurs impliqués dans le déploiement du mammobile.

Les professionnels de santé sont au cœur de la réflexion du mammobile, d'une part les radiologues car ils sont directement impliqués dans le dispositif, et d'autre part les autres professionnels de santé intervenant dans le champ du dépistage en tant que relais de prévention. On voit, au cours des actions déployées par le CRCDC en Bretagne, que les professionnels de santé sont intéressés par cette thématique. En effet, à Quiberon comme à Belle-Ile, l'organisation de conférences et d'ateliers pour promouvoir les dépistages organisés auprès des professionnels a rencontré du succès (Observations 1 et 4). Notamment, les professionnels bellilois réunis dans la CPTS Presqu'îles en Mer, sont particulièrement désireux de voir l'offre de soins de proximité se développer sur l'île (Entretien 2) et plus globalement, les îles sont en attente du développement de l'offre car la prévention les touche toutes (Entretien 5). Le territoire étant inégalement doté, ils espèrent voir un service de proximité. Notamment parce qu'il n'est pas justifié que les femmes îliennes n'aient pas le même accès, physique et financier, à la mammographie que le reste des femmes (Entretien 2). La principale attente des professionnels de santé est que leur territoire soit équipé d'un accès au DOCS. D'autant plus que si tous les acteurs nécessaires sont impliqués, le projet de mammobile sera une véritable plus-value pour le territoire (Entretien 4).

Les professionnels de santé sont en attente de services de proximité sur leur territoire et à l'inverse le mammobile a besoin des professionnels de santé de la région. D'une part, pour fonctionner et d'autre part, pour relayer l'information et promouvoir le dépistage. Ainsi, le mammobile devra s'appuyer sur les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et le CRCDC devra en faire des partenaires (Entretien 3). La première CPTS concernée est celle de Presqu'îles en Mer, qui regroupent les professionnels de Belle-Ile et de Quiberon. Les professionnels réunis dans ces communautés travaillent de manière coordonnée et visent à améliorer l'accès aux soins de proximité sur le territoire. Les professionnels de santé sont également les premiers à pouvoir exprimer les particularités de terrain propres à chaque territoire (Entretien 4). Ils représentent aussi des relais d'informations que le CRCDC peut mobiliser afin de promouvoir le passage du mammobile et encourager à la participation des femmes sur les territoires les plus éloignés du DOCS, passant d'une logique de cabinet à une logique territoriale (Fontgalland, C., & Rouzaud-Cornabas, M., 2020).

Selon un partenaire du territoire, la thématique des dépistages est presque toujours inscrite dans le projet de santé des CPTS donc les professionnels du territoire devraient être plus ou moins investis (Entretien 3). Et si la promotion des dépistages organisés n'est pas présente dans tous les projets de santé, le passage du mammobile et sa promotion par les professionnels, entrent dans leur mission commune plus globale qui est d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire, d'autant plus quand le service vient directement pour les patients (Entretien 3). Proposer le mammobile et le promouvoir auprès des CPTS c'est leur proposer un outil pour répondre aux besoins, pallier aux problèmes d'accès à la mammographie, et de répondre aux problématiques locales de non-participation au DOCS

(Fontgalland, C., & Rouzaud-Cornabas, M., 2020). Dans ce cadre, ce partenaire explicite la logique espérée derrière le recours aux CPTS : les CPTS vont mobiliser les médecins généralistes qui vont encourager leur patientèle qui ne se dépiste pas, et être dans une démarche pro-active vis-à-vis des dépistages et du mammobile (Entretien 3)

Les acteurs régionaux, plus institutionnels, ont aussi des attentes à l'égard du mammobile et de l'organisation du DOCS. Ces attentes peuvent être des conditions à l'acceptabilité du projet sur le territoire. Le CRCDC est conventionné par la CPAM, la MSA et l'ARS autour de 4 missions, en contrepartie de financements. Comme on peut le voir lors du dialogue de gestion annuel (Observation 2), le CRCDC doit présenter un certain nombre de « résultats » à ces acteurs : l'évolution des participations dans les communes, les actions réalisées dans les départements, les résultats financiers. Ces trois acteurs régionaux y ont exprimé leurs attentes à l'égard des actions de réduction des inégalités que le CRCDC doit réaliser pour augmenter la participation. Ces attentes ont été réitérées lors du COPIL régional sur la thématique des dépistages des cancers (Observation 3). Dans ce cadre, les deux acteurs institutionnels rencontrés ont exprimé leurs attentes à l'égard du projet. Une des premières attentes du projet est qu'il soit porteur d'une animation territoriale. En effet, ils estiment qu'actuellement toute une partie de la population est éloignée des services et ils voient dans le mammobile un outil pour permettre un retour des services publics dans les villages (Entretien 3). Pour développer cette animation territoriale, ils souhaitent que le projet soit coconstruit avec les acteurs et professionnels des territoires (Entretien 3) et plus globalement, porté par tous les acteurs du dépistage (Entretien 4). Ces éléments de coordination et d'action territoriale sont les conditions d'acceptabilité du projet de mammobile par les partenaires institutionnels. Ils attendent une réelle concertation entre les acteurs régionaux et locaux par risque que le projet ne soit pas accepté localement (Entretien 4). La faisabilité du projet reposant également sur la qualité de la coopération entre les acteurs, on voit que l'acceptabilité et la faisabilité du projet de mammobile sont étroitement liées par tous les acteurs du territoire breton impliqués dans ce projet.

Sur la thématique de la réduction des inégalités, l'ARS est particulièrement impliquée. Comme pour les CPTS, le rapport avec l'ARS est à double-sens. A la fois, le CRCDC a besoin de l'ARS pour fonctionner, et en même temps l'ARS développe des actions en partenariat avec les autres acteurs du territoire pour travailler à la réduction des inégalités sociales de santé (Coruble, G., Sauze, L., & Hugues, R., 2014). En ce sens, l'acteur institutionnel régional rencontré est dans l'attente d'une formalisation du projet, car a donné son accord de principe mais souhaite s'engager activement dans sa construction (Entretien 4). Le fait de « territorialiser » les actions de santé permet de tendre vers une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de soins proposée sur le territoire. En effet, l'échelon local est plus maniable que le niveau national pour améliorer une situation sanitaire, au plus proche des besoins et conditions

locales (Rican, S., & Vaillant, Z., 2009). Le mammobile s’ancre au cœur des spécificités de la région, et notamment auprès des besoins de certains territoires infrarégionaux.

La dimension territoriale est centrale dans le projet de mammobile, notamment car le territoire est un échelon pertinent pour la santé et car il est générateur des inégalités. C’est un dispositif qui se veut au plus proche des besoins locaux, et qui souhaite répondre aux enjeux que la Bretagne pose dans l’accès au dépistage du cancer du sein. Il apparaît que cette dimension territoriale correspond à une attente des acteurs bretons, tout en étant le dénominateur commun de tous ces mêmes acteurs. L’acceptabilité du mammobile est dépendante de la capacité du CRCDC à mobiliser autour des enjeux communs d’amélioration de la participation et de la réduction des inégalités. La volonté de coordination portée par le projet influence positivement la faisabilité du dispositif.

L’acceptabilité du mammobile pose aussi la question des autorisations et des conventionnements que les différents acteurs du territoire et partenaires du CRCDC nécessitent pour accompagner et prendre part au projet.

## **2. Un régime d’autorisations et de contractualisation autour du mammobile :**

Les liens entre le CRCDC et les autres acteurs peuvent faire l’objet de conventionnement et de contrats. La dynamique engagée autour du mammobile s’apparente à la construction et la mise en œuvre d’un CLS dans des zones prioritaires et ciblées.

La santé en Bretagne prend la forme d’une contractualisation entre les acteurs. Le CRCDC lui-même est concerné puisqu’il fait l’objet d’une convention tripartite impliquant l’Agence régionale de santé, la Caisse primaire d’assurance maladie associée à la Mutualité sociale agricole. Cette convention est un Contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) (Entretien 4). Le CPOM induit le financement du CRCDC par ces acteurs régionaux mais oblige la structure à se plier aux évaluations annuelles (dialogue de gestion) et au comité de pilotage régional de la thématique des dépistages (COPIL). Le CRCDC est dépendant des avis formulés et des orientations souhaitées par ces acteurs institutionnels dans la mise en œuvre de ses missions.

En parallèle, il apparaît que le CRCDC est le relais régional d’une politique nationale, l’acteur de référence dans la mise en place des dépistages organisés ; et ces mêmes acteurs régionaux sont dépendants de l’activité et des connaissances du CRCDC. En effet, lors du COPIL régional sur les dépistages des cancers (Observation 3), ces trois acteurs se sont montrés dans l’attente des remontées du CRCDC sur le terrain et la mise en œuvre réelle des dépistages organisés. Le CRCDC est l’acteur de mise en œuvre du dépistage organisé et il détient des informations territorialisées sur les dépistages et les cancers. Une relation d’interdépendance est nouée entre ces partenaires institutionnels déployant

une politique régionale, et le CRCDC comme acteur de terrain régional d'une politique nationale. Un rapport contractuel lie ces différents acteurs.

Dans la continuité, le mammobile pourrait faire l'objet d'un contrat également entre les différentes institutions. Dans l'Orne, le mammobile fait l'objet d'une mise à disposition par les conseils départementaux au CRCDC (Entretien 1). De même, en Bretagne, le mammobile pourrait également être conventionné par les acteurs institutionnels (Entretien 3). Le CPOM qui encadre le financement du CRCDC par l'ARS, comprend l'axe d'« aller-vers » et la mission de réduction des inégalités territoriales de santé. Le mammobile s'inscrit pleinement dedans (Entretien 4). Si des financements sont alloués au CRCDC dans le cadre du Fonds d'intervention régionale (FIR), ils feront l'objet d'un conventionnement. Les partenariats noués autour du mammobile avec les acteurs sanitaires du territoire pourraient s'officialiser par le biais d'une convention, liant les différentes parties et permettant une mise à disposition du mammobile au CRCDC. Cette dynamique de contractualisation du mammobile renvoie à l'acceptabilité du dispositif par les partenaires, notamment institutionnels et dans la continuité des liens conventionnés qu'ils ont avec le CRCDC. La faisabilité du dispositif est également questionnée par la conformité avec les législations.

Les acteurs institutionnels nous rappellent que pour que ce projet soit faisable, un certain nombre d'autorisations sont à obtenir pour le fonctionnement du mammobile, notamment parce que le CRCDC est limité en termes de libertés régionales (Entretien 4). Les contours juridiques du mammobile sont à définir en amont et une étape essentielle est de veiller à la conformité du projet avec le cahier des charges national du CRCDC, les recommandations de l'INCa et les textes existants (Entretien 4). Il s'avère que le recours au mammobile est inscrit dans l'arrêté du 22 février 2019 qui porte modification au cahier des charges des CRCDC (Arrêté du 23 mars 2018). Il y est stipulé que les mammobiles sont reconnus comme permettant de favoriser l'accès de toutes les femmes à la mammographie. Également, le cahier des charges du dépistage du cancer du sein s'applique au mammobile. D'autres autorisations sont nécessaires, tels que les accords de stationnement dans les collectivités, et l'autorisation de médecine foraine délivrée par l'Ordre des médecins (Entretien 3). Cette autorisation fait référence à l'article 74 du code de la santé publique permettant à un médecin de réaliser des consultations et des soins dans une unité mobile. Enfin, une autorisation de l'Autorité de sûreté nucléaire (décision n°2010-DC-0192 de l'ASN du 22 juillet 2010) est nécessaire pour le fonctionnement du mammobile, au titre de la réglementation du nucléaire de proximité (ASN, 2022).

L'idée initiale du mammobile a été portée par un membre de la CPTS Presqu'îles en Mer dans le cadre de la constitution du Contrat local de santé (CLS) des îles du Ponant en 2016. Les CLS sont des outils mobilisés par les collectivités et les professionnels du secteur sanitaire et médico-social pour

travailler à la réduction des inégalités de santé sur les territoires. Ce sont des instruments d'action publique pour une nouvelle gouvernance sanitaire et la réduction des inégalités sociales de santé (Haschar-Noe, N., & Salamero, E., 2014). Les CLS permettent une construction locale de la santé, structurée et organisée autour d'acteurs divers et issus de champs différents (Fleuret, S., 2016). L'idée de mammobile est venue du constat posé par le diagnostic territorial de santé réalisée sur les îles : une surmortalité des personnes atteintes des cancers par les difficultés d'accès aux dépistages (AIP & ARS, 2016). Six îles bénéficient d'un avenant au CLS (Belle-Ile, Houat, Hoëdic, Arz, Moines et Groix) et tous ne font pas référence au mammobile. Seul l'avenant de Belle-Ile y fait mention dans son axe 2 de développement d'une démarche de prévention et de promotion de la santé. Tous les avenants regroupent le même axe, certains incluent 2 actions tandis que d'autres en comptent 3. Quelques différences apparaissent entre les avenants dans la stratégie à déployer pour encourager la prévention des cancers, mais elle reste un axe central du CLS (Entretien 5).

Les stratégies proposées dans ces avenants et dans le CLS visent principalement à rendre le service de santé, à savoir le dépistage organisé, plus accessible à ceux et celles qui en sont le plus éloignés. Cette dynamique renvoie à une logique de réparation des effets des inégalités de santé (Schapman-Segalie, S., & Lombrail, P., 2018). Cette dynamique de réduction des inégalités portée par les CLS se retrouve dans les objectifs du mammobile, ce qui en fait un outil pertinent du CLS de Belle-Ile.

Selon certains acteurs du territoire, CLS et mammobile sont fortement liés, indépendamment de Belle-Ile. D'une part, ils estiment que les CLS peuvent être accompagnateurs du projet, notamment sur la dimension sociale et dans l'appui aux collectivités pour la mobilisation des femmes concernées par le dépistage (Entretien 3). D'autre part, le projet de mammobile entrant dans le cadre des CLS, le CRCDC peut être positionné comme pilote des projets des axes « dépistage des cancers ». En effet, le CRCDC est identifié comme le partenaire systématique de ces contrats pour la thématique de la prévention des cancers et du dépistage (Entretien 4).

De même, les CLS ont historiquement été déployés dans les zones fragiles et/ou prioritaires des villes. La construction de la tournée du mammobile repose notamment sur le zonage médecins défini par l'ARS en 2021 (Annexe 2, carte 6) qui répartit la région à partir des catégories mobilisées en politique de la ville : zones d'intervention prioritaire (ZIP), d'accompagnement régional (ZAR), d'action complémentaire (ZAC) et de vigilance. Le mammobile souhaitant cibler les zones qui participent le moins, à savoir les îles et le centre Bretagne, cela correspond à des ZIP, des ZAR et des ZAC. Cette superposition de la construction des CLS et du mammobile pousse à voir le mammobile comme un outil des CLS et les CLS comme un outil du mammobile. En sachant que les principaux outils des villes en santé publique sont contractuels et sur projet (Vaillant, Z., Bardes, J., & Rican, S., 2020), le mammobile semble entrer pleinement dans le même cadre que les CLS. Cela peut augmenter son acceptabilité auprès des partenaires, notamment des collectivités, dans une perspective territoriale.

Le projet de mammobile en Bretagne s'inscrit dans la continuité de la politique de santé menée dans les régions. En effet, autour du même projet, une diversité d'acteurs se mobilisent pour améliorer l'état de santé et réduire les inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein. Cette stratégie, encourageant l'équité sur le territoire régional, ne serait pas réalisable sans les autorisations délivrées par plusieurs partenaires. C'est un projet coordonné et ancré sur les spécificités régionales que le CRCDC souhaite mettre en place. Un contrat est tacitement passé entre les partenaires régionaux pour favoriser la réduction des inégalités et faire du mammobile une réussite, notamment dans les zones les plus prioritaires et fragiles.

---

## Discussion

---

Le projet de mammobile porté par le CRCDC de Bretagne est un dispositif peu répandu en France dans le cadre du dépistage du cancer du sein, et offre aux structures qui en ont la possibilité d'augmenter la participation au DOCS sur leur territoire. Le cadre d'analyse des politiques publiques utilisé a permis d'orienter la réflexion et de se poser les questions nécessaires pour aborder ce projet. L'analyse des documents transmis, des entretiens et des observations réalisés a apporté un éclairage sur les enjeux sous-jacents de faisabilité, d'acceptabilité et d'équité, du déploiement d'un tel dispositif. Les dimensions évoquées dans ce cadre permettent d'adopter un point de vue réflexif sur les fondements du projet, et questionnent sa logique d'intervention.

Le mammobile breton est pensé comme action complémentaire du dépistage organisé tel qu'il l'est sur la région. En effet, basé sur le principe d'universalisme proportionné, le mammobile se rendra dans les zones éloignées des sites de radiologie agréés pour les mammographies de dépistage. L'objectif de la démarche est bien d'apporter le service de soins là où il n'existe pas, et permettra de lever la barrière de l'inégal accès à la mammographie des femmes en Bretagne. Si l'équité est le fait de ne pas générer d'inégalités par le déploiement du projet, la logique d'intervention du projet nous rappelle que l'équité dans le DOCS est l'objectif du mammobile. En adoptant une démarche d'« aller vers » le CRCDC se place dans sa mission de réduction des inégalités d'accès aux dépistages en Bretagne. La spécificité insulaire et l'enclavement en termes de soins du centre de la Bretagne justifient la nécessité de déployer un dispositif pour répondre à l'inégalité territoriale qui s'est créée par la répartition disparate des radiologues. On attend de ce dispositif complémentaire une augmentation de la participation par un meilleur accès, car l'éloignement généré par la situation insulaire induit une sous-participation des femmes îliennes au DOCS. Le mammobile permettra à toutes les femmes de disposer d'un accès égal à la mammographie, notamment celles vivant séparées par la mer du continent.

L'existence et la réussite de dispositifs semblables sur le territoire en France encourage le déploiement du mammobile en Bretagne. En effet, l'efficacité avérée des dispositifs sur l'augmentation de la participation et la réduction des inégalités, encourage la logique d'intervention portée par le CRCDC. Le contexte aura une influence certaine sur l'efficacité du mammobile, et notamment le modèle choisi en termes de professionnels présents dans le semi-remorque conduira à la production d'effets non recherchés ou à leur absence. En effet, le retour des expériences nous alerte sur l'absence des radiologues dans le mammobile. Si le dispositif n'est accompagné que d'un médecin et de manipulateurs de radiologie, le risque majeur est d'augmenter les pertes de vue par l'intervalle entre le dépistage, le résultat des premières et deuxième lectures des clichés, et le rappel si des examens

complémentaires sont nécessaires. En ayant connaissance en amont de ce risque négatif sur la logique d'intervention, il est possible d'anticiper et d'éviter sa concrétisation.

L'efficacité du dispositif est renforcée par sa faisabilité et son acceptabilité. Pour les acteurs du territoire, notamment institutionnels, ce projet est le levier qu'ils ont identifié pour permettre une augmentation de la participation au DOCS. Les acteurs, au regard des objectifs concrets de réduction des inégalités, sont encourageants et adhèrent au dispositif. Ce projet répond à un certain nombre d'attentes, notamment de la population ilienne, d'avoir un dispositif de proximité et de créer une animation territoriale concernant les dépistages des cancers en Bretagne.

Le retour vers le territoire, la volonté de s'inscrire au plus près des besoins locaux et avec les acteurs de proximité est un axe au cœur de la politique régionale de santé. Les acteurs institutionnels en font un facteur d'acceptabilité : le dispositif doit être ancré territorialement et inclure les acteurs régionaux et locaux dans la démarche. La coordination pluriprofessionnelle est essentielle à la bonne tenue du projet. En effet, les collectivités sont les premiers relais locaux auprès de la population tandis que les professionnels de santé sont au cœur des difficultés d'accès aux soins et de l'accompagnement des femmes dans les démarches de prévention. C'est un projet concerté et coordonné que le CRCDC souhaite développer, notamment en appui sur les structures d'exercice coordonné. Ces dernières occupent une place centrale, et d'autant plus que la CPTS Presqu'îles en Mer était porteuse de l'idée initiale de mammobile. Ce projet sera porté par une pluralité d'acteurs qui sont tous ancrés au niveau (infra)régional et qui portent un regard sur les problématiques du territoire. La qualité de la coopération attendue pour ce projet confirme la volonté de le rendre faisable.

Cependant, des difficultés logistiques et organisationnelles ont été relevées dans la mise en place du projet. En plus de la nécessaire organisation préalable des ressources, humaines comme techniques, le principal frein à la mise en œuvre est le coût du dispositif. Le modèle économique du mammobile est un point de vigilance important pour les partenaires institutionnels. L'exemple de celui de l'Aveyron, et de son arrêt pour manque de rentabilité, pèse sur le développement du projet. Cependant, l'ancrage des mammobiles de l'Orne et de l'Hérault sont la preuve qu'il est possible d'en faire un dispositif rentable. Il sera nécessaire de veiller à l'équilibre financier en réalisant un nombre minimum de mammographies par jour. La démarche est de compenser les coûts générés du dispositif par les remboursements de l'Assurance maladie. Si le montage financier du mammobile est construit à l'équilibre, les partenaires ne verront aucun frein à la réalisation du projet.

Le soutien des partenaires est d'autant plus important que le CRCDC existe par une logique de conventionnement sur le territoire. Il est ainsi dépendant de ses financeurs, et malgré l'autorisation juridique inscrite dans le cahier des charges du CRCDC de mettre en place un mammobile, le CRCDC tient à développer un projet concerté et soutenu par les acteurs du territoire.

Ce cadre d'analyse permet ainsi de poser les réflexions nécessaires à la création d'un tel projet de réduction des inégalités. Les dimensions proposées dans ce cadre ont permis de définir les contours du projet, de clarifier sa logique d'intervention et de relever les points de vigilance et les difficultés. Le projet de mammobile en Bretagne devrait se développer dans les années qui viennent pour améliorer la participation des femmes au DOCS, et dans un objectif à long terme de diminution de la mortalité par cancer. La pérennisation du dispositif est à espérer au regard de la démarche de réduction des inégalités qu'il porte et de la plus-value qu'il peut apporter sur le territoire breton, dont les îles.

L'enquête SISTER (Document 6) souligne l'influence des contextes dans l'efficacité et la pertinence des mammobiles. En parallèle, la littérature internationale fait état de l'usage de mammobiles dans un certain nombre de pays : les Etats-Unis, les pays nord européen (dont la Norvège), la Turquie, le Brésil en sont des exemples. Ce sont d'ailleurs la Hollande et la Suède qui se sont dotées en premières d'unité mobile, dans les années 1970 (Vallée, A., 2016). Tous ces mammobiles visent à accroître la participation des femmes au dépistage du cancer du sein.

Ces pays présentent des contextes très différents de celui de la France, et particulièrement de la Bretagne. Par contexte, on peut relever des géographies très différentes et des situations socioéconomiques peu comparables. Les différences contextuelles entre les pays peuvent poser la question de la pertinence d'un dispositif mobile sur un territoire régional tel que la Bretagne.

Alors que l'Union Européenne défend le programme « Europe contre le cancer » et a adopté une résolution au Parlement pour que tous les pays se dotent d'un dépistage organisé du cancer du sein (De Wolf, C., & al, 2006), la plupart des pays hors de l'Europe n'ont pas de dépistage gratuit et organisé à l'échelle nationale ou régionale.

La pertinence et l'efficacité du mammobile dépendent premièrement de l'organisation initiale du dépistage du cancer du sein. Aux Etats-Unis, le dépistage en site fixe est payant, tandis qu'il est gratuit en unité mobile et beaucoup d'Etats disposent d'un mammobile. En effet, les mammobiles sont de plus en plus utilisés car ils gommant les obstacles au dépistage et sont source d'équité (Van Den Bruele, A. B., & al, 2022). Par exemple en Arkansas, le mammobile a démontré son utilité en ciblant les femmes des comtés ruraux, et en offrant une possibilité de réaliser gratuitement le dépistage (McElfish, P. A., & al, 2019). Aux Etats-Unis, les mammobiles sont reconnus pour réduire les obstacles de coûts et de transports à l'accès au dépistage du cancer du sein (Vang, S., & al, 2018). Peut-on attendre du mammobile en Bretagne qu'il soit efficace alors que le territoire est plus petit et que le dépistage est déjà gratuit ?

En Norvège, les mammobiles sont utilisés dans le cadre du DOCS pour desservir les zones rurales aux caractéristiques sociodémographiques différentes des zones urbaines. Les résultats de l'unité montrent que les femmes des zones rurales participent toujours plus que les femmes proches des sites fixes,

quand bien même la distance à l'unité mobile reste plus importante (Holen, Å., & al, 2020). Cependant, le territoire norvégien reste très différent de la géographie bretonne, et il présente un certain nombre de difficultés qu'on ne retrouve pas en Bretagne (météo, territoire accidenté, grands espaces).

Les enquêtes et études produites sur l'usage des unités mobiles en Turquie ou au Brésil, témoignent de l'efficacité du mammobile sur la réduction des inégalités d'accès à la mammographie, notamment pour les femmes vivant dans des régions isolées ou éloignées des sites fixes. Au-delà des contextes, les mammobiles ont démontré leur efficacité face aux obstacles géographiques et socio-économiques. Tous les pays adhèrent à l'usage d'une unité mobile pour aller vers les femmes. Le contexte breton justifie-t-il l'usage d'un mammobile ? La différence de territoire et d'organisation socio-économique ne prédit pas l'usage qui sera fait du mammobile ni son efficacité. Les expériences concluantes de l'Orne et de l'Hérault, sont la preuve d'une atteinte des objectifs du dispositif sur des territoires infrarégionaux. L'efficacité réelle du mammobile ne pourra être évaluée qu'une fois en place, cependant, au regard des difficultés territoriales d'accès à la mammographie en Bretagne, le mammobile semble être le meilleur moyen (et l'unique ?) d'atteindre les femmes qui ne participent pas. Le contexte insulaire peut représenter une spécificité qui justifie le recours à une unité mobile.

Le mammobile tel qu'il a été pensé par le CRCDC de Bretagne se voudrait plus innovant et plus complet que les unités mobiles seulement dédiées à la mammographie. Le CRCDC Bretagne souhaite aller plus loin dans sa démarche : le dispositif pourrait également servir aux deux autres dépistages organisés. En effet, en Bretagne les taux de participation aux deux autres dépistages (cancer colorectal, cancer du col de l'utérus) n'atteignent pas non plus les objectifs nationaux ni les recommandations européennes. La carte de la participation au DOCCR (dépistage du cancer colorectal) est, sur certaines zones, superposable à celle du DOCS (Annexe 2, carte 7). On suppose que les femmes qui ne participent pas à un dépistage, ne participent pas à l'autre (Entretien 3). En parallèle, la participation au DOCCU (dépistage du col de l'utérus) est plutôt bonne en Bretagne mais certaines zones de la région participent toujours moins que d'autres. Le DOCS n'est pas le seul à se confronter aux inégalités. L'inégalité territoriale affecte aussi les deux autres dépistages par l'affaiblissement des densités médicales, l'allongement des distances aux cabinets et le recul des médecins traitants. De plus, l'inégalité sociale agit aussi sur ces dépistages : la précarité et le niveau de revenus influencent le recours aux professionnels de santé et sont un frein pour la réalisation des dépistages.

Le mammobile breton vise les territoires éloignés des structures de soins. Cet éloignement influençant les trois dépistages organisés, il semble pertinent de l'adapter aux trois dépistages. Concernant le DOCCR, il s'agit de veiller à la non-exclusion du ou de la patiente et de lui remettre le kit de dépistage. Pour le DOCCU, un frottis cervico-vaginal doit être effectué et le mammobile sera déjà équipé d'une salle de consultation avec un fauteuil (pour l'échographie du DOCS). Enrichir l'unité mobile en

permettant d'agir sur les trois dépistages n'implique pas de modification de la structure de l'unité, et ne demande que peu de matériel supplémentaire.

En termes de santé publique, cette unité mobile pensée pour les trois dépistages serait très enrichissante pour le territoire. D'autant plus face aux inquiétudes à l'égard des démographies médicales et du recul progressif des médecins traitants (Entretien 3). Cette démarche s'inscrit, comme pour le DOCS, dans un objectif d'universalisme proportionné et veillerait à une plus grande équité dans l'accès aux trois dépistages en Bretagne. De plus, multiplier les possibilités d'actes, et augmenter les populations cibles, permettrait aussi de veiller à une meilleure rentabilité de l'unité mobile. Ce mammobile se veut au cœur du territoire et de la prévention des cancers.

Dans cette même démarche d'innovation, un certain nombre de possibilités s'ouvrent au CRCDC vis-à-vis de cette unité mobile. Dans un objectif de réduction des inégalités, des populations encore plus éloignées des dépistages pourraient être incluses : les personnes en situation de handicap et les personnes en milieu carcéral.

Le milieu carcéral est peu inclus dans les programmes de prévention alors que la prise en charge sanitaire dans ce contexte doit assurer l'égal accès aux dépistages, qu'en population générale (Champion-Boutoille, C., 2016). En fonction des résultats d'un diagnostic de santé dédié au milieu carcéral, la proposition de ce service pourrait augmenter la participation des personnes détenues dans la continuité de la stratégie de prévention développée. Les dernières enquêtes montrent que pour le DOCCR, la participation de la population carcérale est bien inférieure à celle de la population générale (Champion-Boutoille, C., 2016). Pour le DOCS et le DOCCU, le peu de données indique que les taux d'activité de dépistages sont relativement faibles et hétérogènes en fonction des structures (Ancelle Park, R., & Barbier, C., 2013). L'assurance maladie de Bretagne doit par ailleurs s'entretenir avec le médecin responsable du milieu carcéral en Bretagne dans l'année 2022, ce qui pourrait enrichir la réflexion menée au CRCDC. Un certain nombre de contraintes logistiques et organisationnelles seraient posées par cette démarche mais cela permettrait aux détenus de ne pas perdre la régularité des dépistages et de bénéficier d'une prise en charge médicale si elle est nécessaire.

La seconde population pensée est celle des personnes en situation de handicap. Le CRCDC travaille par ailleurs déjà avec un ESAT (Etablissement ou service d'aide par le travail). Les personnes en situation de handicap sont plus éloignées des dépistages que les personnes valides : les contraintes logistiques de réalisation peuvent être complexifiées, l'accessibilité des lieux d'examens n'est pas totale et les examens, intimes, peuvent être délicats à réaliser. Les difficultés valent pour les trois dépistages et en général les personnes en situation de handicap sont confrontées à des difficultés d'accès aux soins (Couëpel, L., & al, 2011). La réduction des inégalités d'accès est une mission du CRCDC, et dans ce cadre

l'unité mobile pourrait inclure la prise en charge des dépistages organisés des personnes en situation de handicap sur le territoire breton.

Enfin, les dernières avancées du projet ont fait apparaître une limite. Le dispositif mobile ne pourra aller sur les îles. Si des compagnies de transport existent pour affréter les matériaux nécessaires aux travaux publics, la plupart des îles ne peuvent accueillir un semi-remorque sur leur port. La fragilité des équipements du mammobile est incompatible avec la mer, les vibrations et la météo changeante. Il a été décidé que l'unité mobile serait stationnée sur les ports d'arrivées.

Cependant, certaines îles ne disposent pas d'aller/retour journalier. C'est le cas de l'île d'Ouessant, le port ne permettant pas d'amarrer des bateaux durant la nuit, les îliens sont contraints de faire l'aller/retour sur deux jours et de séjourner une nuit sur le continent. L'inverse est possible. Une discussion a été ouverte par l'association des îles du Ponant avec la régie régionale des transports afin de lever cette problématique. Le projet du CRCDC appuiera très certainement la position de l'association et la volonté d'améliorer l'accès au continent, notamment dans un but d'accès aux soins.

---

# Bibliographie

---

## *Chapitres d'ouvrages*

Aïach, P. (2008). 10 – Le cancer au cœur des inégalités sociales de santé : quelles politiques imaginer ?.

Dans : Christophe Niewiadomski éd., *Lutter contre les inégalités sociales de santé : Politiques publiques et pratiques professionnelles* (pp. 171-193). Rennes : Presses de l'EHESP.

Pascal, J. & Lombrail, P. (2016). 17. Inégalités sociales de santé. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 140-147). Cachan : Lavoisier.

Rumeau-Pichon, C., Scemama, O. & Bourdillon, F. (2016). 24. Les grandes stratégies de dépistage en France. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 218-241). Cachan : Lavoisier.

Viguié, J., Bousquet, P., Bessette, D., de Bels, F., Ferrari, C. & Morin, C. (2016). 52. Cancer et politique de lutte contre le cancer. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 490-498). Cachan : Lavoisier.

## *Articles*

Boinot, L., Guignet, J., Tapin, O., Ingrand, P., Jaffre, A., Mathoulin-Pelissier, S. & Migeot, V. (2010). Déterminants des coûts du cancer du sein en Poitou-Charentes du diagnostic à la fin de la première année de suivi. *Journal d'économie médicale*, 28, pp. 51-64.

Buzyn, A. (2014). Le Plan cancer 2014-2019 : un plan de lutte contre les inégalités et les pertes de chance face à la maladie. *Les Tribunes de la santé*, 43, pp. 53-60.

Cambon, L., Mangin, G., & Barthélémy, L. (2007). Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. *Sante Publique*, 19(6), pp. 513-523.

Couëpel, L., Bourgarel, S. & Piteau-Delord (D), M. (2011). Dépistage du cancer chez les personnes handicapées : pratiques et difficultés spécifiques en établissement médico-social. *Pratiques et Organisation des Soins*, 42, pp. 245-253.

- Coruble Gérard, Sauze Laurent, Riff Hugues (2014), « Quelle stratégie peut développer une Agence régionale de santé pour réduire les inégalités sociales de santé ? », *Sante Publique*, Vol. 26, pp. 621-62.
- De Mil, R., Guillaume, E., Launay, L., Notari, A., Launoy, F., Berchi, C., Dejardin, O., Bouvier, V., Guittet, L. (juillet 2019). Cost-effectiveness analysis of a mobile mammography unit for breast cancer screening to reduce geographic and social health inequalities. *Economic evaluation*, 22 n°10, pp. 1111-1118.
- De Wolf, C., Gairard, B., & Scharpantgen, A. (2006). Diversité des programmes de dépistage du cancer du sein dans différents pays. *La lettre du gynécologue*, n°312, pp. 8-11.
- Fleuret, S. (2016). Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? *Sciences sociales et santé*, 34(2), pp. 107-115.
- Fontgalland, C., & Rouzard-Cornabas, M. (2020). De la territorialisation des pratiques de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé. *Santé Publique*, 32(2-3), pp. 239-246.
- Gayraud, P., Namer, M., & Granon, C. (2007). Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein ? *ADSP*, n°58, 4p.
- Guillaume, É., De Mil, R., Quartier, M., Notari, A. & Launoy, G. (2019). Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de dépistage des cancers. *Santé Publique*, 2, pp. 59-65.
- Guillaume, E., Launay, L., Dejardin, O., Bouvier, V., Guittet, L., Déan, P., Notari, A., De Mil, R., & Launoy, G. (2017). Could mobile mammography reduce social and geographic inequalities in breast cancer screening participation? *Preventive Medicine*, 100, pp. 84-88.
- Haschar-Noé, N., & Salamero, E. (2014). Le contrat local de santé : un outil de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. *La Santé en action*, (428), pp. 14-17.

- Holen, Å., Sebuødegård, S., Waade, G. G., Aase, H., Hopland, N.-M., Pedersen, K., Larsen, M., Tsuruda, K. M., & Hofvind, S. (2020). Screening at stationary versus mobile units in BreastScreen Norway. *Journal of Medical Screening*, 27(1), pp. 31-39.
- Jusot, F. & Goldzahl, L. (2016). Les déterminants du recours régulier au dépistage du cancer du sein en France. *Revue française d'économie*, XXXI, pp. 109-152.
- Laurence, S., Lallemand, A., Chappuis, M. & Rochefort, J. (2019). Médecins du monde et le principe d'universalisme proportionné appliqué à la prévention du cancer du col de l'utérus. *Santé Publique*, 2, pp. 53-57.
- McElfish, P. A., Su, L. J., Lee, J. Y., Runnells, G., Henry-Tillman, R., & Kadlubar, S. A. (2019). Mobile Mammography Screening as an Opportunity to Increase Access of Rural Women to Breast Cancer Research Studies. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, 13.
- Perrot, J. (2008). La régulation des pratiques contractuelles. *Comptes rendus biologies*. Vol 31, 12, pp. 933-941.
- Rican, S. & Vaillant, Z. (2009). Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé : Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 27, pp. 33-42.
- Rican, S., Vaillant, Z., Bochaton, A. & Salem, G. (2014). Inégalités géographiques de santé en France. *Les Tribunes de la santé*, 43, pp. 39-45.
- Sancho-Garnier, H. (2019). Le dépistage des cancers : Une démarche de santé publique basée sur l'éthique collective. *Droit, Santé et Société*, 1(1), pp. 46-54.
- Schapman-Segalie, S., Lombraïl, P. (2018). Repères méthodologiques pour l'évaluation des Contrats Locaux de Santé et de leur capacité à réduire les inégalités sociales de santé. *Santé Publique*, HS1 (S1), pp. 47-61.
- Vaillant, Z., Bardes, J. & Rican, S. (2020). De la discrimination positive à la discrimination territoriale : les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé. *Les cahiers de la LCD*, 12, pp. 67-91.
- Vallée, A. (2016). Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ? *Santé Publique*, 28, pp. 599-602.

Van Den Bruele, A. B., Sevilimedu, V., Jochelson, M., Formenti, S., Norton, L., & Sacchini, V. (2022). Mobile mammography in New York City : Analysis of 32,350 women utilizing a screening mammogram program. *NPJ Breast Cancer*, 8(1), 14p.

Vang, S., Margolies, L. R., & Jandorf, L. (2018). Mobile mammography participation among medically underserved women : a systematic review. *Preventing chronic disease*, 15.

Viot, M., Vaillant, Z., Harel, L., Rican, S., Dauchez, M. B., Baron, M., Ndiaye, E. H. M. L., Delpech, E., Bréchenade, S., Ghazi, L. E., & Salem, G. (2015). Transfert de connaissances pour réduire les inégalités infra-communales d'accès au dépistage du cancer du sein. *Sante Publique*, 27(3), pp. 321-330.

### ***Thèses et mémoires***

Champion-Boutoille, C. (2016). Dépistage du cancer colorectal en milieu carcéral : état des lieux de l'organisation et de la réalisation pratique du dépistage organisé en Aquitaine et Poitou-Charentes. *Université de Bordeaux*, 104p.

Ferrier, B., sous la direction de Rouge-Bugat, M.-E. (2013). Impact du mammobile sur le dépistage organisé du cancer du sein : exemple en Aveyron. *Université Toulouse III*, 53p.

Galéa, B., sous la direction de Cosson, M.-E. (2011). Les inégalités d'accès au dépistage organisé du cancer du sein en Midi-Pyrénées : état des lieux et perspectives. *EHESP*, 74p.

Guillaume, E., sous la direction de Launoy, G. (2018). Organisation collective du dépistage des cancers et réduction des inégalités sociales de santé. *Université de Caen Normandie*, 150p.

Guingot, M., sous la direction de Brigand, L., & Boncoeur, J. (2019). L'île, l'entreprise et le navire : étude de la desserte insulaire et des adaptations des entreprises du Ponant. *Université de Bretagne occidentale*, 575p.

Keravec, N., sous la direction de Choquet, A. (2016). La médecine insulaire : perception des médecins généralistes exerçant sur les îles du Ponant. *Université de Rennes 1*, 65p.

Rollet, Q., sous la direction de Launoy, G. (2021). Analyse contextuelle des inégalités sociales et territoriales de participation au dépistage organisé du cancer du sein en France (étude multi-sites sur 43 départements français). Médecine humaine et pathologie. *Université de Caen Normandie*, 231p.

### **Rapports**

AIP, & ARS (2016). Contrat local de santé des îles bretonnes du Ponant. 2016-2020. 101p.

AIP, & ARS (2016). Contrat local de santé des îles bretonnes du Ponant. Diagnostic territorial de santé. 40p.

Ancelle Park, R., & Barbier, C., (2013). Etat des lieux des dépistages des cancers féminins en milieu carcéral. Direction générale de la santé. 25p.

Bouet, P., & Gerard-Varet, J.F. (2021). Atlas de la démographie médicale en France. Ordre national des médecins.141p.

Centre de collaboration nationale sur les politiques publique et la santé (CCNPPS) (2010). Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques. 67p.

Dupays, S., Leost, H., Le Guen, Y. (2022). Le dépistage organisé des cancers en France. Rapport IGAS n°2021-059R, 231p.

Helmi, S., & Maresca, B. (2014). Les inégalités territoriales de santé – une approche des bassins de santé. Cahier de recherche/320, 75p.

Legendre, B. (2021). Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. Etudes & résultats DREES/1206, 6p.

Ministère des solidarités et de la santé, & Institut national du cancer (2021). Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021 – 2030. Feuille de route 2021 – 2025. 58p.

Rogel, A. & Deborde, T. (2020). Inégalités sociales et recours au dépistage du cancer du sein en France : revue « systématique ». Paris. Disponible sur : [Inégalités sociales et dépistage du cancer du sein en France A. Rogel.pdf](#) (Consulté le : 25 juillet 2022).

Wilson, J.M.G. & Jungner, G. (1968). Principles and practice of screening for disease. Public health papers/34, 168p.

### ***Sources législatives et réglementaires***

Arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/3/23/SSAP1805226A/jo/texte>

Arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein.

Disponible sur : [Arrêté du 22 février 2019 modifiant l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage organisé et portant modification du cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

---

# Sitographie

---

ARS, 2020. Disponible sur : [Publication du nouveau zonage médecin | Agence régionale de santé Bretagne \(sante.fr\)](#) (Consulté le : 15 juin 2022).

Autorité de sureté nucléaire (ASN), 2022. Disponible sur : [La réglementation du nucléaire de proximité - 13/01/2022 - ASN](#) (Consulté le : 2 août 2022).

DREES, 2020. Disponible sur : [L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée \(APL\) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#) (Consulté le : 22 août 2022).

Flash INSEE Bretagne n°72, 29 avril 2021. Le rural en Bretagne : un espace attractif. Disponible sur : [Le rural en Bretagne : un espace attractif - Insee Flash Bretagne - 72](#) (consulté le : 16 juin 2022).

FNPS, INSEE & METRIC, 2021. Disponible sur : [CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques \(atlasante.fr\)](#) (Consulté le : 15 juin 2022).

Institut national du cancer, 2004. Définition cancer. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer> (Consulté le : 2 juin 2022).

Institut national du cancer, 2004. Prédispositions génétiques au cancer du sein. Disponible sur : [Prédispositions génétiques - Facteurs de risque \(e-cancer.fr\)](#) (Consulté le : 3 août 2022).

Santé publique France, 2021. Cancers. Disponible sur : [Cancers – Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](#) (Consulté le : 2 juin 2022).

---

## Liste des annexes

---

<b>Annexe 1</b> : Données collectées dans le cadre du stage.....	<b>77</b>
<b>Annexe 2</b> : Les cartes mobilisées et réalisées.....	<b>78</b>
<b>Annexe 3</b> : Grille d'analyse des observations.....	<b>82</b>
<b>Annexe 4</b> : Grille d'analyse des entretiens.....	<b>85</b>

## Annexe 1 : Données collectées dans le cadre du stage

### *Documents collectés*

- Document 1 : fichier des taux de participation aux DOCS et DOCCR en 2021 par communes en Bretagne ;
- Document 2 : mail de l'ANCRDC sur les dispositifs mobiles de mai 2022 ;
- Document 3 : rapport d'activité 2020 du CRDC Bretagne ;
- Document 4 : enquête par A.-M. Belliard sur les résistances au DOCS dans les îles du Morbihan (2008-2009) ;
- Document 5 : compte de résultat APACHE 2021 du CRDC Bretagne ;
- Document 6 : présentation de l'enquête SISTER (2021) ;
- Document 7 : enquête ADECI 35 – ICONES (2006).

### *Observations réalisées*

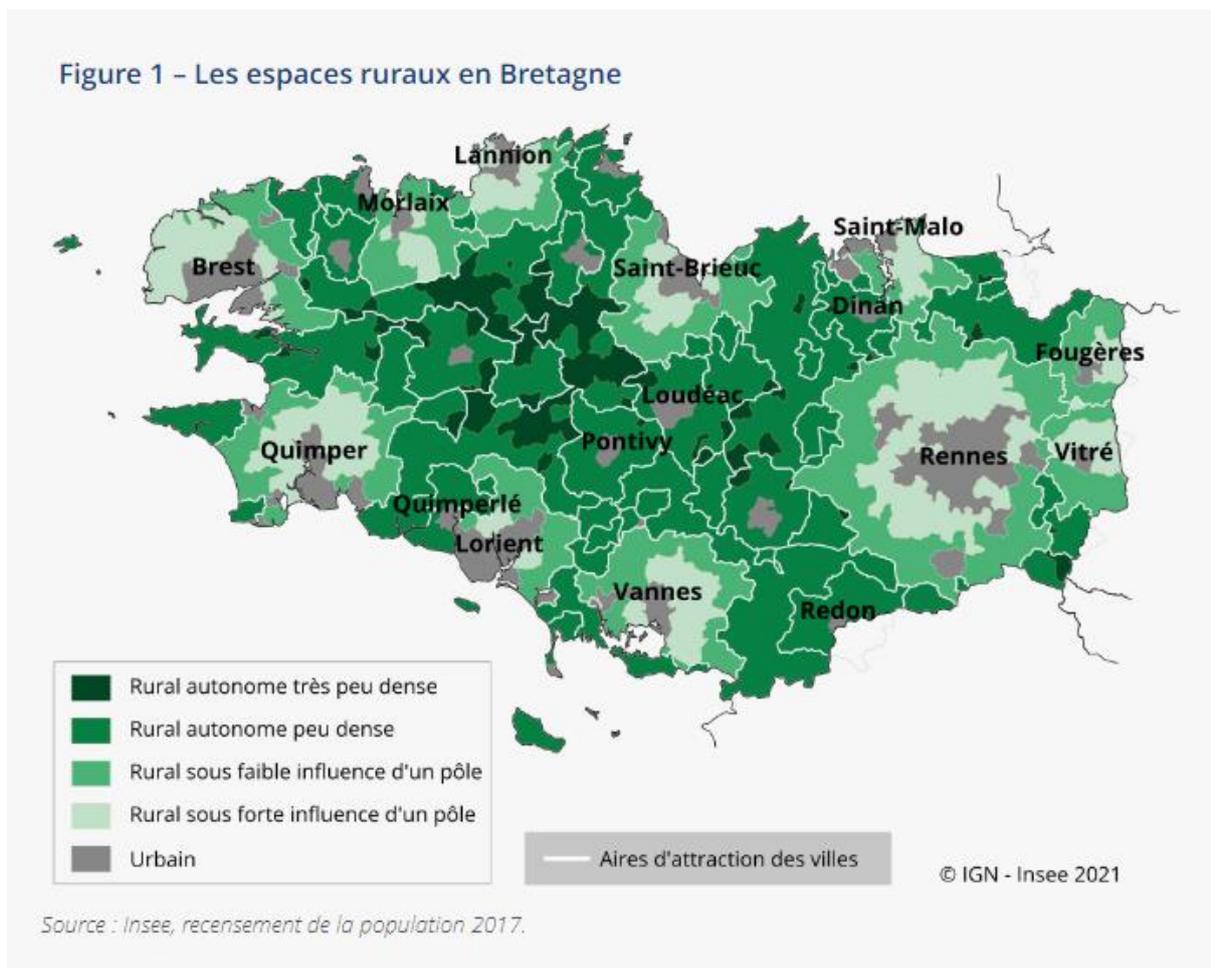
- Observation 1 : action à Quiberon (date : vendredi 25 et samedi 26 mars)
- Observation 2 : dialogue de gestion (date : jeudi 12 mai, matin et après-midi)
- Observation 3 : COPIL régional ARS et acteurs du dépistage (date : mercredi 22 juin, après-midi)
- Observation 4 : action à Belle-Ile en Mer (date : jeudi 30 juillet)

### *Entretiens menés*

- Les expériences de mammobile :
  - Entretien 1 vendredi 17 juin 2022 en visioconférence,
  - Entretien 6 : mercredi 12 juillet 2022 par téléphone.
  
- Les acteurs du territoire breton concernés par le mammobile (associations, structures d'exercice coordonné) :
  - Entretien 2 : vendredi 1<sup>er</sup> juillet 2022 en présentiel,
  - Entretien 5 : lundi 11 juillet 2022 par téléphone.
  
- Les acteurs institutionnels du milieu sanitaire en Bretagne :
  - Entretien 3 : mardi 5 juillet 2022 par visioconférence,
  - Entretien 5 : vendredi 8 juillet 2022 par visioconférence.

## Annexe 2 : Cartes mobilisées et réalisées

Carte 1 : Les zones rurales en Bretagne en 2017 :



Source : FLASH INSEE BRETAGNE n°72

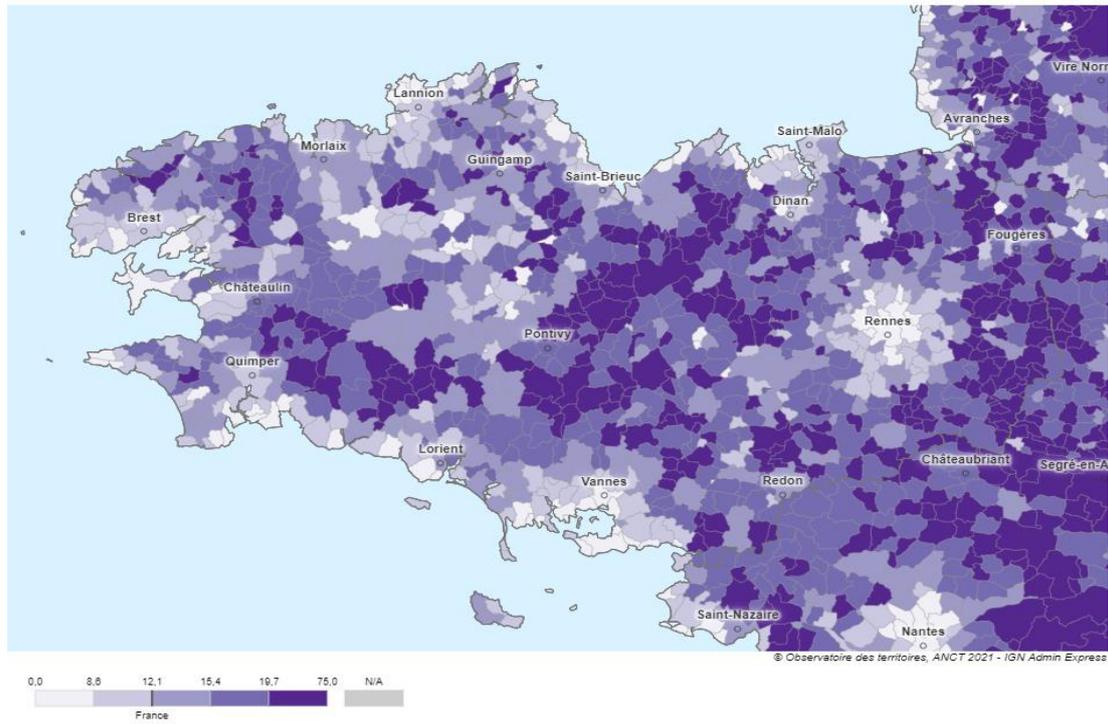
Carte 2 : Les îles bretonnes du Ponant :



Source : Association les Iles du Ponant

### Carte 3 : Part des ouvriers dans la population (%) en 2018 en Bretagne :

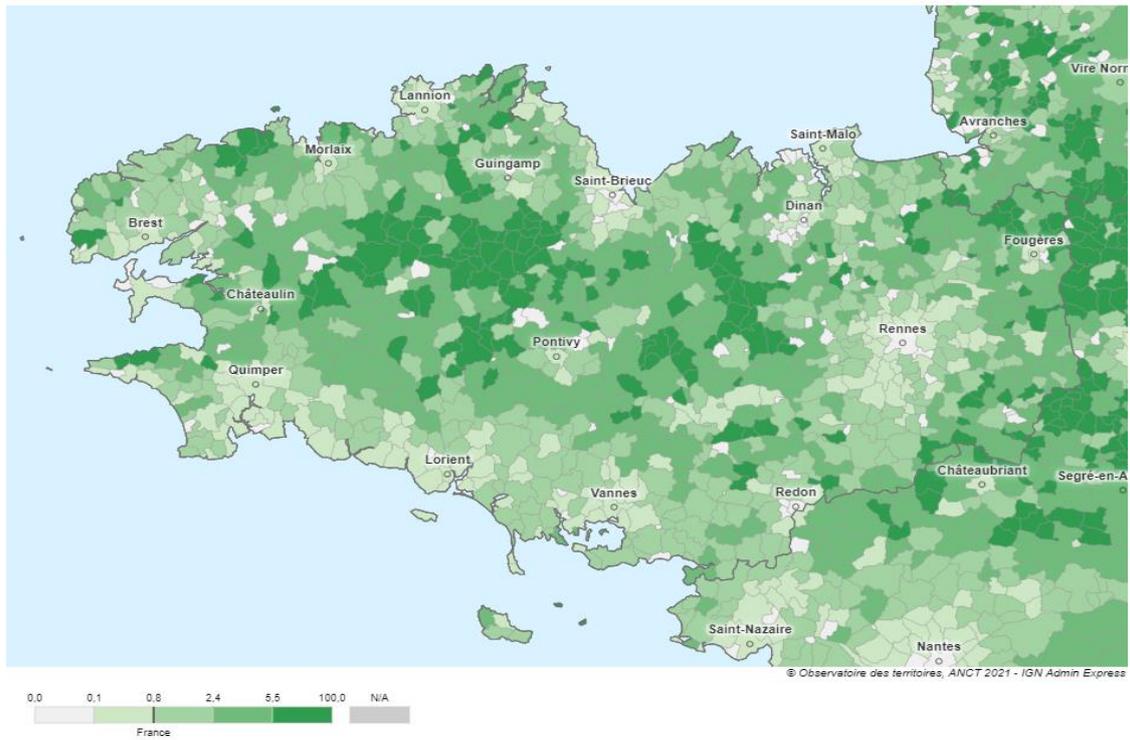
Part des "ouvriers" dans la population - Ensemble, 2018 (%) - Source : Insee, RP 2008-2013-2018



Source : Observatoire des territoires

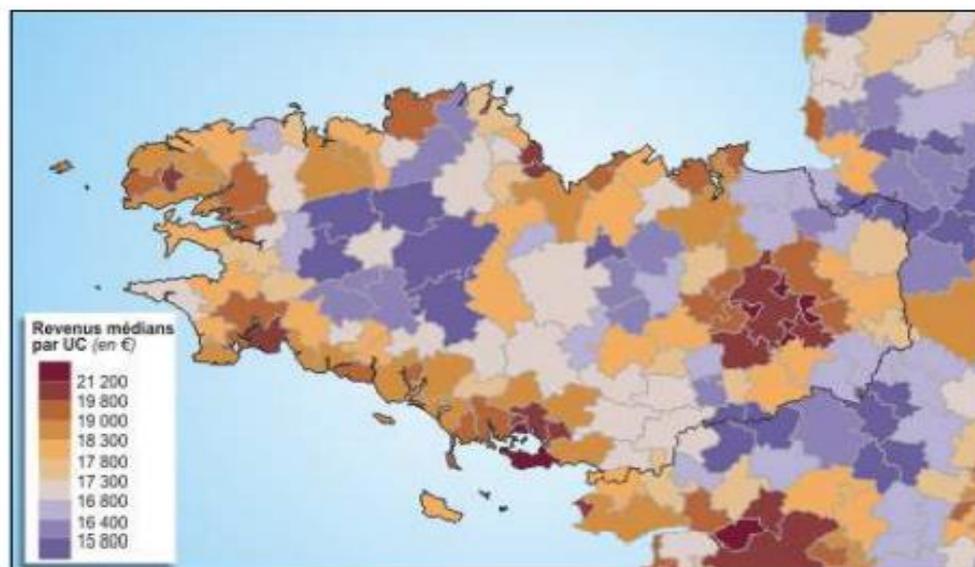
### Carte 4 : Part des agriculteurs exploitants dans la population (%) en 2018 en Bretagne :

Part des "agriculteurs exploitants" dans la population - Ensemble, 2018 (%) - Source : Insee, RP 2008-2013-2018



Source : Observatoire des territoires

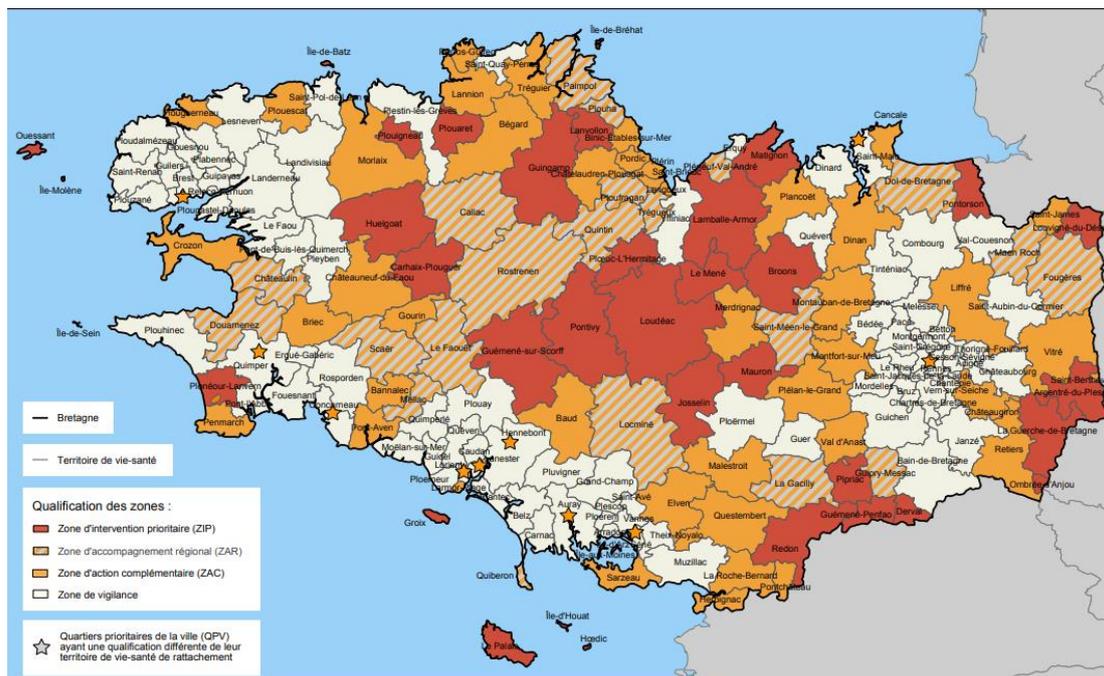
Carte 5 : Répartition des bassins de vie bretons par décile de revenus médians (par unité de consommation) en Bretagne :



Source : Insee- Revenus fiscaux localisés 2010

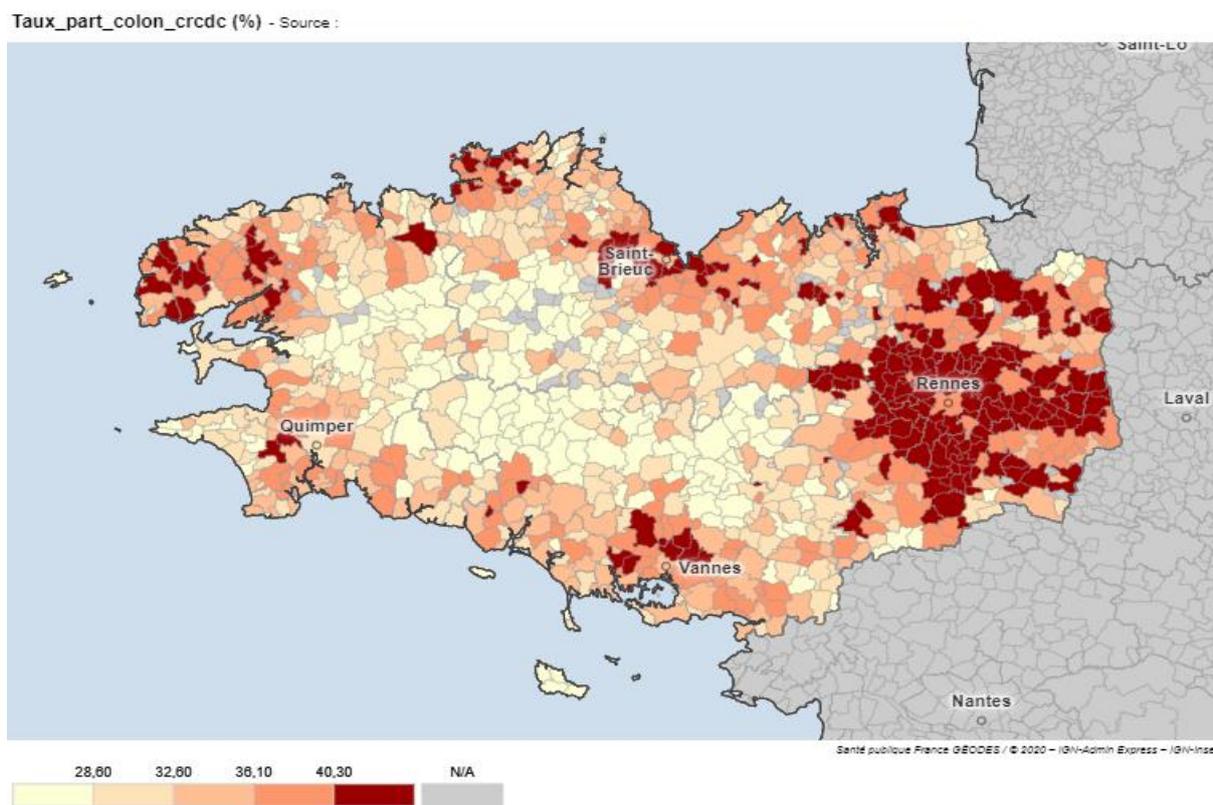
Source : Observation régional de santé de Bretagne, 2016

Carte 6 : Le zonage médecins généralistes par l'Agence régionale de santé (ARS) :



Source : Agence régionale de santé, 2020

Carte 7 : Taux de participation par commune au dépistage organisé du cancer colorectal en Bretagne en 2021 :



Source : Carte produite sur Geodes à partir des données du Document 1

### Annexe 3 : Grille d'analyse des observations

#### Observation 1

Date et lieu	Parties prenantes	Thèmes	Echanges / déroulé
<p>Vendredi 25 mars</p> <p>Quiberon - salle des fêtes</p> <p>Durée : 20h - 00h</p>	<p>Professionnels de la CPTS Presqu'îles en mer</p> <p>Intervenante Ligue contre le Cancer</p> <p>Professionnels locaux de soins de supports</p> <p>Appui au Parcours de Santé - APS - structure de coordination</p> <p>Association Faire face Ensemble</p>	<p>Réunion d'information sur les dépistages et les cancers à destination des professionnels de la CPTS et avec les acteurs du territoire pour créer de la coordination et de l'interconnaissance (ex : Kiné pour femmes opérées après cancer du sein, maquillage et coiffure etc)</p>	<p>1.Intervention de la Ligue</p> <p>2.Présentation des trois DO par CRCDC</p> <p>3.Point par APS</p> <p>4.Point par Faire Face</p> <p>5.Présentation des professionnels arrivés récemment</p> <p>6.Pot / buffet</p>
<p>Samedi 26 mars</p> <p>Quiberon - salle des fêtes</p> <p>Durée : 13h - 17h</p>	<p>Professionnels de la CPTS Presqu'îles en mer</p> <p>Stands de professionnels locaux de soins de supports</p> <p>Stands associatifs (Faire Face Ensemble, la Ligue)</p>	<p>Information et échanges avec la population locale sur les dépistages, l'accompagnement, les soins de support.</p> <p>Les professionnels de la CPTS également invités à découvrir les stands, et à récupérer de la documentation.</p>	<p>1.Conférence prévue - mais non réalisée par manque de public.</p> <p>2.Stands mis en place pour se renseigner, poser des questions, et ateliers tel que celui d'auto-palpation.</p>

## Observation 2

Date et lieu	Parties prenantes	Thèmes	Echanges / déroulé
Jeudi 12 mai matin CPAM – Rennes Durée : 2h20	Directrice CRCDC Président CRCDC Médecin CRCDC (DOCCU) Comptable CRCDC CPAM coordination régionale (2) CPAM 22 (1) CPAM 35 (1) ARS direction Prévention et promotion de la santé (2) MSA - prévention (1)	Dialogue de gestion annuel : évaluation de l'activité et du budget du CRCDC de l'année 2021.	<u>Première partie</u> : les données de participation aux 3D, discussions autour des problématiques RH, des radiologues, projet de numérisation pour DOCS, discussions remise kit DOCCR par pharmaciens, discussions nouveau référentiel INCa pour DOCCU.  <u>Deuxième partie</u> : budget / rapport financier : questions RH au cœur de la réflexion, annonce du départ de la directrice en 2023, modification des statuts du CRCDC pour la future présidence etc.
Jeudi 12 mai après-midi ARS – Rennes Durée : 3h	Directrice CRCDC Président CRCDC Comptable CRCDC CPAM coordination régionale (2) CPAM 22 (1) CPAM 35 (1) ARS direction Prévention et promotion de la santé (2) MSA - prévention	Dialogue de gestion annuel : évaluation des interventions 2021 et perspectives 2022 du CRCDC.	<u>Première partie</u> : présentation de quelques indicateurs dans la continuité du matin. <u>Deuxième partie</u> : bilan des interventions et de l'animation territoriale. Plusieurs pistes évoquées pour la suite : des infirmières et IPA, des relais CPTS, réflexions autour de l'inégalité entre les territoires dans les actions, mettre de l'ordre dans la feuille de route, sollicitations CLS CPTS. <u>Troisième partie</u> : retour de la discussion sur les radiologues en Bretagne, pas de rallonge FIR cette année (par ARS), discussion autour du potentiel DO du cancer pulmonaire (expérimentation dans le 35).

### Observation 3

Date et lieu	Parties prenantes	Thèmes	Echanges / déroulé
<p>Mercredi 22 juin</p> <p>Annexe de la CPAM à Rennes</p> <p>Durée : 14h-17h</p>	<p>CRCDC</p> <p>ARS (plusieurs services)</p> <p>GCS e-santé</p> <p>Comités féminins Ille et Vilaine</p> <p>CPAM</p> <p>Rédactrice feuille de route de la stratégie décennale de lutte contre les K</p>	<p>Ouverture du COPIL</p> <p>Actualités relatives aux dépistages des cancers</p> <p>DOCS et dématérialisation</p> <p>Taux de participation aux DO</p> <p>Mammobile</p> <p>DOCCR + kit par pharma</p> <p>Plan d'actions du CRCDC</p>	<p>2e COPIL régional sur les dépistages. Partenariat étroit ARS - CPAM - MSA sur le cancer : thématique centrale.</p> <p>Bons résultats aux DO en Bretagne mais encore mieux à faire.</p> <p>ARS --&gt; groupe de travail au ministère sur les préconisations du rapport IGAS</p> <p>ARS et CPAM veulent aider et accompagner le CRCDC</p> <p>Acter en COPIL qu'on va s'engager sur le cancer du poumon : enjeu fort en Bzh car sur-incidence de ce K dans le Finistère.</p> <p>Désaccord CRCDC // ARS + CPAM sur préconisation 1 IGAS sur les courriers d'invitations aux DO.</p> <p>Impliquer Ordre des médecins dans projet mammobile.</p>

### Observation 4

Date et lieu	Parties prenantes	Thèmes	Echanges / déroulé
<p>Jeudi 30 juin</p> <p>Belle-Ile - Le Palais</p> <p>Salle : Arléty</p> <p>Durée : 10h30 - 23h30</p>	<p>Médecin 56 CRCDC</p> <p>APS - 3C</p> <p>Faire face ensemble</p> <p>CPTS Presqu'îles en mer (organisatrice)</p> <p>Médecin algologue de Belle-Ile</p>	<p><u>10h30 - 12h</u> : présence sur le marché - invitation à l'événement.</p> <p><u>13h-15h30</u> : conférence pour les professionnels de santé.</p> <p><u>17h30 -19h</u> : ateliers pour le public.</p> <p><u>20h-23h</u> : conférence débat pour le public.</p> <p><u>23h</u> : rangement de la salle.</p>	<p>Difficultés sur le marché à faire venir des participants pour le soir : bcp de gens déjà concernés par les cancers / période de vacances et détente pour certains.</p> <p>Présence d'environ 25 PS le midi : conférence a débordé d'une heure de plus et ils sont restés.</p> <p>Certains posaient des questions – intérêt pour la thématique des cancers et DO.</p> <p>Peu de personnes (public) présentes pour les stands : que ceux.celles venus pour/par connaissance de l'organisatrice.</p> <p>Les mêmes sont revenus pour la conférence le soir : environ 10 personnes du public.</p>

## Annexe 4 : Grille d'analyse des entretiens

### Première partie : trois premiers entretiens réalisés

Thèmes / entretiens	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
<b>Efficacité</b>	<p>Dans l'Orne : mammobile a la potentialité de réduire les inégalités sociales et territoriales.</p> <p>Efficace sur réduction des inégalités et augmentation de la participation.</p> <p>Efficacité quand des F qui n'auraient pas fait de mammo la font au mammobile + qu'elles fassent un choix éclairé.</p>	<p>Les femmes feront le dépistage s'il y a un mammographe sur l'île : il n'y aura pas forcément les 70% de participation attendus mais tjrs plus que les 30% actuels.</p>	<p>L'idée c'est d'avoir un dispositif mobile présent, apporter le service à domicile. Aller vers et créer de l'animation territoriale.</p> <p>Retour du service public dans les villages.</p>
<b>Equité / réduction des inégalités</b>	<p>Orne : mammobile a la potentialité de réduire les inégalités sociales et territoriales.</p> <p>Mammobile pour F éloignées des centres de radio / F éloignées du DOCS pour d'autres raisons.</p> <p>"pour certaines femmes c'est plus qu'un acte de dépistage, on vient vers elles".</p> <p>Approche d'universalisme proportionné.</p>	<p>Mammobile est nécessaire parce que pas de raison que les F iliennes payent + cher que les autres leur DO (car bateau, voiture, journée off etc)</p>	<p>Retour du service public dans les villages, aller dans les zones plus éloignées, plus rurales, plus pauvres.</p> <p>Aussi penser aux publics précaires (voir avec assos), aux personnes en situation de handicap (ESAT), au milieu carcéral.</p>
<b>Faisabilité</b>	<p>Question des îles. Etudier la sensibilité du matériel à l'eau de mer / à la stabilité des bateaux / l'accès bateau tout court.</p> <p>Reste du territoire breton = territoire plat donc pas de difficultés à ce niveau-là. Climat tempéré donc pas trop de difficultés de températures.</p> <p>Voir avec le constructeur pour l'humidité / eau de mer.</p>	<p>Possibilité de faire venir mammobile par une berge (transport régional pour les gros volumes) pour Belle-Ile mais pas sûr pour d'autres îles comme Sein, Houat ou Hoëdic.</p> <p>Sinon, mettre mammographe dans un Algeco qu'on déplace par une grue.</p> <p>Sinon transports collectifs mais question de la confidentialité --&gt; gros pb à Belle-Ile.</p>	<p>Il y a des points logistiques importants à penser.</p> <p>Pas sûr qu'il soit faisable d'aller sur les îles.</p> <p>Beaucoup de communication à faire aussi.</p>
<b>Acceptabilité</b>	<p>Tous les acteurs du territoire sont partants. Les plus dubitatifs et difficiles à convaincre sont les radiologues --&gt; n'ont pas le recul sur les inégalités et difficultés d'accès.</p> <p>Acteurs à convaincre.</p> <p>Re-mobiliser les femmes sur le DOCS : elles ne lisent pas les courriers - sont éloignées du DO tout court.</p>	<p>Les insulaires sont en attente d'une offre de proximité - surtout les moins favorisés car coût de venir sur le continent.</p> <p>Les pros de santé sont intéressés : dynamique de faire venir sur l'île (sauf pour les + favorisés)</p>	<p>Pas de raison, si tout le monde est associé dès le début, aucune raison que ça freine ou que quelqu'un s'y oppose.</p> <p>Action de sensibilisation à développer en amont.</p> <p>Pour la CPAM, projet qui tient à cœur.</p>

<b>Coûts</b>	Il faut 30-35 mammos par jour pour être à l'équilibre. Temps de démarrage nécessaire : équilibre pas immédiat --> intégration du dispositif par partenaires et population. Temps où modèle éco est dans le rouge. CRCDC assume coûts de fonctionnement (essence, RH...). Conseils départementaux qui ont acheté à 4 le camion. Equilibrer les coûts de fonctionnement par les mammos.	Pas coût du mammobile MAIS coûts d'aller sur le continent pour les individus en général et pour le DOCS : coût énergétique (demande du tps, fatiguant d'autant + en hiver avec tempête et mauvais tps), financier (bateau + faire passer la voiture + essence) et logistique (une demi-journée voire une journée de perdue)	Avec TT, peut-être + de chances de faire 30-35 mammos/jour. Peut-être possibilité de financement si bien justifié du côté de la CPAM. Peut-être des financements du côté du FIR. Les CD se sont désengagés du financement des CRCDC mais pourquoi pas ?
<b>Effets non recherchés</b>	Perdus de vues n'augmentent pas quand radiologue embarqué + travail du CRCDC de ne pas lâcher les positives.	//	Altérer les rapports avec les radiologues
<b>Difficultés</b>	Difficulté posée par le programme de recherche --> cadre très contraignant. Pas de liberté possible, trajet très tracé sans communication publique etc. La lourdeur logistique est une difficulté + le temps que ça prend.	Pb principal est de faire venir le mammobile sur l'île : semi-remorque ou Algeco ?	Inclure les radiologues dès le début sinon ça va tendre les rapports.
<b>Logistique</b>	Il faut du personnel dédié : ne pas sous-estimer le temps humain que ça prend. Plannings chauffeurs, radiologues, secrétaires...La communication en amont etc.	Voir avec la région pour trouver comment faire passer le mammobile sur les îles.	S'adosser aux collectivités pour les stationnements etc.
<b>Contractualisation</b>	Pas d'objectifs de réussite pour utiliser le mammobile MAIS convention de mise à disposition des conseils dépa au CRCDC. Pas encore inscrit dans CLS parce que programme de recherche MAIS après les deux ans d'évaluation peut-être. INCa en attente des résultats.	Mammobile ne s'inscrit plus dans la CPTS - Président en a été "chassé" (grosses tensions entre les membres de la CPTS île vs continent). Mais ex-président = président du CH de Belle-Ile. Reste lié au CLS.	Potentiel conventionnement du mammobile par la CPAM.

<b>Partenariats</b>	Collectivités territoriales - ARS - CPAM - MSA - URML - la Ligue pour les actions et en devenir : les CLIC, les points infos etc. La coordination n'est pas toujours facile à faire : réussir à mettre tout le monde autour de la table et que tout le monde se mobilise sur le projet.	La SISA du CH de Belle-Ile Les PS de Belle-Ile sont intéressés.	S'adosser aux collectivités dans ce projet. Les CPTS, les MSP ont souvent ces thématiques dans leurs projets de santé. Les URPS, les Ordres. Les CLS comme accompagnateurs sur la partie "sociale".
<b>Insularité</b>	Sensibilité du dispositif à l'eau de mer. Sensibilité à l'humidité et température. Question de la stabilité dans les bateaux.	Insularité pose l'attente d'avoir un accès de proximité : mob d'un médecin qui a tout fait pour que les pros viennent sur l'île. Aujourd'hui 9 MG pour 8 000 --> offre précaire de soins. Coûts financiers, temporels, logistiques de se déplacer sur le continent. Importance de la confidentialité entre les insulaires. Pas la même vie sur l'île que sur le continent "le temps ne passe pas à la même vitesse". PS motivés pour un tel projet.	En termes de démographie médicale c'est pauvre. Des MG et pas sur toutes les îles. Très peu de spécialistes, sauf pour Belle-Ile. Les îles sont isolées.
<b>Autres</b>	Communication nécessaire à développer auprès des femmes et collectivités + relais : mobiliser en amont du passage du mammobile.	Attentes très précises autour du mammobile pour Belle-Ile --> faire converger les intérêts respectifs. --> très motivé à relancer le projet.	Un pourcentage minimal de participation pour choisir les territoires ? Ne pas oublier le nombre de femmes /communes

Deuxième partie : trois entretiens suivants

Thèmes / entretiens	Entretien 4	Entretien 5	Entretien 6
<b>Efficacité</b>	Que le mammobile soit profitable à la pop --> qu'elle puisse réaliser les DO avec + de facilité. Qu'il y ait moins de renoncement aux DO. Enjeux collectifs indéniables : améliorer la santé, réduire la mortalité.	Ne peut pas dire mais importance en amont de mobiliser les pros de santé des îles et de faire de la sensibilisation en amont. Grosse communication à faire : distribution de flyers en boîte aux lettres.	Fonctionnement totalement intégré : création du DO et du mammobile en même temps. Donc mammobile très efficace, jusqu'à 60 mammos / jour.

<b>Equité / réduction des inégalités</b>	Le mammobile doit être profitable à la population. On connaît les difficultés en Bretagne. Aller vers ceux qui sont le plus éloignés des soins, qui renoncent face aux difficultés.	Projet qui a beaucoup de sens. Les insulaires ne veulent pas être traités comme les continentaux mais de manière équitable.	Sillonne tout le département pour les femmes qui n'ont pas accès la mammo : cabinets trop loin, fermés, avec des délais trop longs – ET pour les femmes qui ont des difficultés de mobilité.
<b>Faisabilité</b>	C'est un beau projet mais on voit bien qu'il y a des difficultés potentielles et qu'il va falloir aller au-delà. Si besoin premier envers la population, le besoin d'un projet concerté arrive en second.	Pas faisable d'aller sur les îles hormis Groix et Belle-Ile. Pas possible de financer des trajets. Essayer de développer les traversées en journée pour les îles du Finistère.	Accord des communes à avoir. Emprunter des routes qui permettent le passage d'un camion. Faire en sorte que les femmes puissent s'y rendre facilement.
<b>Acceptabilité</b>	Importance de la concertation avec les acteurs du territoire pour construire le projet. Pas de raison que quelqu'un s'oppose au projet tant qu'il est bien construit en coordination.	Problématique très importante du CLS donc pas de raison qu'il n'y ait pas d'écho chez les professionnels. Eux trouvent que ce projet a beaucoup de sens.	Difficultés lors du lancement du mammobile. Aujourd'hui encore des médecins réticents : préférence pour les sites fixes. D'autres sont contre les DO tout court.
<b>Coûts</b>	Financeurs habituels du CRCDC, financement FIR complémentaire pourra être demandé. Les conseils départementaux semblent être les + enclins à financer.	Peut-être un levier financier pour participer : à voir dans leur négociation dans le cadre du contrat Plan Etat-région, au titre d'une animation expérimentale.	Frais absorbés par les remboursements de la CPAM. Ils sont à environ 60 mammos/jour donc fonctionnement très rentable.
<b>Effets non recherchés</b>	Altérer les rapports avec les radiologues si pas intégrés à la construction du projet dès le départ.	/	Possible augmentation des pertes de vue car pas de rappel immédiat des femmes, et surtout pas de convocation au mammobile pour les examens complémentaires mais dans un site d'imagerie fixe.

<b>Difficultés</b>	Le montage financier importe énormément, il doit montrer que le projet est bon et stable.	Toutes les îles ne sont pas accessibles en bateau pour un camion.	Pas de radiologues dans le camion. Les lectures se font en structure après donc délai, pas de réponse immédiate aux femmes. Vigilance sur la question des médecins traitants dans les années à venir.
<b>Logistique</b>	Penser aux contraintes administratives et aux autorisations nécessaires.	Beaucoup de questions logistiques avec les îles / les ports / les compagnies maritimes / la région.	Pas de radiologue dans le camion, seulement des manips radio. Autorisations de stationnement à avoir. Les femmes sont invitées en site fixe et peuvent choisir le mammobile. Mettre le mammobile à un endroit bien visible.
<b>Contractualisation</b>	A réfléchir, si financement ARS, convention obligatoire. Voir avec les textes réglementaires et le cahier des charges.  Inscription du projet dans le cadre des CLS.	Activité du mammobile entre dans le cadre du CLS des îles. Question de financement dans le cadre du plan Etat région.	Mammobile impliqué dans le cadre de plusieurs CLS.
<b>Partenariats</b>	Travailler avec les acteurs du territoire : radiologues, les Ordres, URPS, collectivités, CLS, CPTS, ARS, CPAM. Inscription du projet dans le cadre des CLS. Les représentants des usagers aussi peut-être.	Accepte d'être associé à notre démarche.	Pas de radiologues. Ville de Montpellier a un CLS --> mammobile impliqué. Mammobile impliqué dans plrs CLS. Mammobile géré par asso indep du CRCDC mais en collabo avec CRCDC. Appui des communes - autorisations de stationnement. Avec les entreprises qui demandent de venir à la journée aussi.

<p><b>Insularité</b></p>	<p>Difficultés liées à l'insularité sur accès à l'offre de soins. Calculs des distances et temps d'accès qui en disent long sur les difficultés, l'éloignement des soins. Nécessité d'encourager le développement d'offre de soins, d'exercice coordonné etc.</p>	<p>Les attentes et les offres de soin ne sont pas comparables entre les îles, beaucoup de variabilité entre les îles. La situation sanitaire peut devenir fragile en très peu de temps. Beaucoup de travail du CLS pour faire venir et rester des professionnels de santé sur les îles. La prévention reste un gros axe du CLS et relativement commun.</p>	<p>//</p>
<p><b>Autres</b></p>	<p>Penser à inclure dans la méthodologie de projet et dès la construction, les indicateurs et objectifs pour la grille d'évaluation.</p>	<p>Réfléchir à un camion à hydrogène ou électrique --&gt; penser durable.</p>	<p>Pour Aveyron, les conseils dépas ont acheté le mammobile. Expérience arrêtée parce que modèle économique qui pêchait.</p>

OLIVO	Bettina	23 septembre 2022
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein en Bretagne : étude des enjeux du déploiement d'un « mammobile »</b>		
<b>Promotion 2021-2022</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Alors que le cancer du sein chez la femme est le plus mortel en France, son taux de dépistage en Bretagne n'atteint pas les recommandations nationales ni européennes. Un certain nombre de freins à la participation ont été identifiés et le constat des inégalités territoriales et sociales d'accès à la prévention s'applique pour les quatre départements. L'inégalité territoriale est d'autant plus marquée pour les îles habitées qui entourent les côtes bretonnes. Le Centre régional de coordination de dépistage des cancers (CRCDC) de Bretagne, chargé de la mise en œuvre des dépistages organisés sur la région, souhaite dans ce cadre se doter d'un dispositif mobile appelé « mammobile ». L'objectif de cette démarche, dans une perspective de réduction des inégalités, est de proposer une offre complémentaire au dépistage en place en se rendant dans les territoires sous-dépistés et auprès des femmes qui ne se dépistent pas pour le cancer du sein.</p> <p>Ce mémoire vise à analyser ce projet de « mammobile » pour la Bretagne avec l'appui d'un cadre d'analyse des politiques publiques en santé, fondé sur les notions de faisabilité, d'équité, de coûts et d'acceptabilité. Ce travail a permis de mettre en lumière les attentes des acteurs et partenaires du territoire ; d'identifier les risques et effets négatifs du projet ; et de préciser la logique d'action, de réduction des inégalités, sous-jacente.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Mammobile – Inégalités de santé – Dépistages organisés – Santé insulaire – Dispositif mobile – Réduction des inégalités – Cadre d'analyse des politiques publiques.</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		