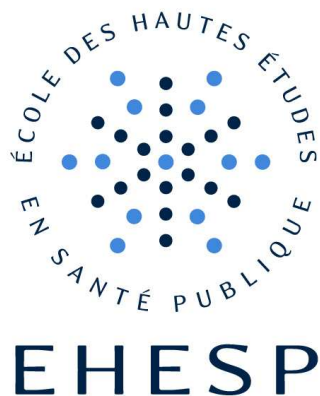




Master 2 PPASP

Promotion : **2010 - 2011**

Date du Jury : **Juillet 2011**

La participation des personnes en situation de précarité au dépistage du cancer.

Exemple de la participation au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer du colon des personnes en situation de précarité à Rennes.

Marine FEVRIER

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

Je tenais à remercier Gérard DURAND, médecin coordonateur à l'ADECI 35, d'avoir accepté de m'accueillir et de m'avoir accompagné durant ce stage dans le cadre du Master PPASP « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique ».

Je tenais à remercier également Olivier GRIMAUD, enseignant et chercheur en santé publique à l'EHESP, de m'avoir suivi au cours de ce stage et dans la rédaction de ce mémoire.

Merci à l'ensemble de l'équipe de l'ADECI 35 pour son accueil et leur disponibilité tout au long de ce travail.

Merci également aux acteurs des différentes structures, impliquées directement ou indirectement dans le dépistage du cancer du sein et du colon, pour leur soutien et leur accueil lors des entretiens.

S o m m a i r e

Introduction.....	2
1. Quelques éléments de contexte.....	5
1.1 Le plan cancer 2009-2013.....	5
1.2 Le dépistage organisé et le dépistage individuel.....	6
1.3 Les acteurs du dépistage.....	7
1.3.1.....	L
es Professionnels de santé.....	7
1.3.2.....	L
es institutions.....	8
1.3.2.1.....	A
u niveau national.....	8
1.3.2.2.....	A
u niveau régional.....	9
1.3.2.3.....	A
u niveau départemental.....	9
1.3.3.....	L
'ADECI 35.....	10
2. Le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon en France	10
2.1 Le cancer du colon.....	10
2.1.1.....	L
e dépistage du cancer du colon.....	11
2.1.2.....	L
'organisation du dépistage organisé.....	12
2.2 Le cancer du sein.....	12
2.2.1.....	L
e dépistage du cancer du sein.....	13
2.2.2.....	L
'organisation du dépistage organisé.....	13
3. Les taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon	14
3.1 Au niveau national.....	14
3.1.1.....	L
e dépistage du cancer du sein.....	15
3.1.2.....	L
e dépistage du cancer du colon.....	16
3.2 Au niveau départemental.....	18
3.2.1.....	L
e cancer du sein.....	18

3.2.2.....	L
e cancer du colon.....	19
4. Dépistage et précarité.....	20
4.1 Précarité et santé.....	20
4.2 Précarité et dépistage organisé du cancer.....	23
4.3 Des actions ciblées pour augmenter la participation au dépistage organisé du cancer des personnes en situation de précarité.....	26
4.4 Un exemple d'action réalisée à Rennes.....	29
5. Hypothèses, objectifs, méthodologie, et résultat de l'étude.....	30
5.1 Les hypothèses.....	30
5.2 Les objectifs.....	32
5.3 La méthodologie.....	33
5.3.1.....	L
a population cible.....	33
5.3.2.....	L
e territoire d'action.....	34
5.4 L'analyse des données.....	35
5.4.1.....	L
a méthode d'analyse des données.....	35
5.4.2.....	Q
uelques données générales.....	36
5.4.3.....	L
a participation des femmes de 60 à 74 ans en fonction de leur domicile à Rennes.....	37
5.4.4.....	L
a participation des femmes de 60 à 74 ans en fonction de leur situation socio économique.....	39
5.4.5.....	L
a participation aux campagnes de dépistage organisé des médecins traitants et l'offre de soins.....	43
5.5 L'enquête auprès des acteurs locaux.....	47
5.5.1.....	L
a méthode d'enquête auprès des acteurs locaux.....	47
5.5.2.....	L
'enquête auprès des acteurs locaux du dépistage du cancer à Rennes.....	47
5.5.3.....	L
e comité féminin d'Ille-et-Vilaine et la délégation départementale de la ligue contre le cancer.....	47
5.5.4.....	L
'atelier santé ville de Rennes.....	49
5.5.5.....	L

e réseau ville hôpital de Rennes.....	50
5.5.6.....	L
es limites.....	52
6. Les préconisations.....	53
6.1 Location d'un camion de radiologie pour le dépistage organisé du cancer du sein dans les cantons où la participation est faible.....	53
6.2 Création de brochures d'information en plusieurs langues.....	53
6.3 Actions au sein des associations caritatives pour promouvoir le dépistage du cancer.....	54
6.4 Action lors des mois d'octobre rose et mars impliquant la population.....	55
Conclusion.....	57
Bibliographie.....	58
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADECI	Association pour le Dépistage des Cancers en Ile-et-Vilaine
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Dispositifs de Santé
AME	Aide Médicale de l'Etat
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Education Sanitaire
ARDEPASS	Association de Recherche et de Dépistage des Pathologies du Sein en Seine-Saint-Denis
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DGS	Direction Générale de la Santé
FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
INCa	Institut National de Cancer
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PRSP	Plan régional santé prévention
RSA	Revenu de Solidarité Active
RVH	Réseau Ville Hôpital
SDF	Sans Domicile Fixe

Introduction

Dans le cadre du Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique, j'ai réalisé mon stage au sein de l'ADECI 35, qui organise le dépistage des cancers du sein et du colon en Ile-et-Vilaine.

L'incidence de ces cancers ne fait qu'augmenter depuis plus de 10 ans, et dans le même temps, la mortalité diminue régulièrement. Le dépistage organisé est devenu, ce ce fait, un enjeu majeur pour détecter précocement ces cancers.

De nombreuses études ont mises en évidence que les personnes en situation de précarité participent moins aux dépistages organisés du cancer. Seulement, les études sur ce sujet sont encore rares, surtout concernant le dépistage organisé du cancer du colon.

C'est pourquoi j'ai décidé de réaliser mon mémoire sur la participation au dépistage organisé du cancer des personnes en situation de précarité, en prenant l'exemple de la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon des personnes en situation de précarité à Rennes.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le cancer est une cause majeure de décès dans le monde à l'origine de 7,6 millions de décès en 2008, soit près de 13% de la mortalité mondiale¹. D'après les projections de l'OMS, le nombre de cas de cancer devrait augmenter pour dépasser 11 millions en 2030 à l'échelle mondiale². Cependant, plus de 30% des décès par cancer pourraient être évités par une meilleure information des populations sur les facteurs de risques et sur les modalités de dépistage des cancers.

Selon les chiffres de l'INCa, il y a eu 357 500 nouveaux cas de cancer en France en 2010, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2008³. Sur ces nouveaux cas de cancers, 203 000 concernaient des hommes et 154 500 des femmes. Le cancer de la prostate reste, de loin, le cancer le plus fréquent chez l'homme (71 500 nouveaux cas), suivi par le cancer des poumons (27 000 cas) et le cancer du colon (21 000 cas).

1 Globocan 2008, IARC, 2010

2 Aide mémoire n°297, février 2011, Organisation Mondiale de la Santé

3 « Situation du cancer en France en 2010 », INCa, mars 2011

Chez la femme, c'est le cancer du sein qui est le plus fréquent (52 500 nouveaux cas), suivi du cancer du colon (19 000 cas) et du cancer du poumon (10 000 cas). Il y a eu 146 500 décès dû au cancer en 2010, c'est la 1ère cause de mortalité chez l'homme et la 2ème chez la femme.

Qu'est ce que le cancer ?

Le « cancer » est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. Le cancer survient à la suite de la modification d'une seule cellule.

La transformation d'une cellule normale en une cellule cancéreuse est un processus qui se déroule en plusieurs étapes, progressant le plus souvent d'une lésion précancéreuse à une tumeur maligne. Ces changements résultent de l'interaction entre des facteurs génétiques du sujet et des agents extérieurs, dont le vieillissement est l'un des facteurs fondamentaux dans l'apparition du cancer.

En effet, l'incidence du cancer augmente de façon spectaculaire avec l'âge, très vraisemblablement à cause de l'accumulation des risques tout au long de la vie, et au fait que les mécanismes de réparation cellulaire perdent généralement de leur efficacité avec l'âge.

Comment diminuer la mortalité de cette maladie?

On sait aujourd'hui beaucoup de choses sur les causes du cancer, sur sa prévention et sur la prise en charge des malades. On pourrait réduire la mortalité de cette maladie en appliquant des stratégies fondées sur la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des malades.

Le dépistage précoce comprend deux volets :

- Le diagnostic précoce qui est une action d'information vers la population générale pour aider à repérer les signes précoces du cancer, afin de faciliter le diagnostic et le traitement de la maladie avant qu'elle ne soit avancée.

- Le dépistage est une action qui vise à l'utilisation systématique d'un test de dépistage dans une population asymptomatique. Il a comme objectif de repérer les individus présentant des anomalies évocatrices d'un cancer ou d'un stade

précancéreux, et à les prendre en charge rapidement pour diagnostic et traitement.

Les programmes de dépistage sont particulièrement efficaces pour certains types de cancers fréquents pour lesquels nous disposons d'un test à un coût abordable et acceptable, et accessible pour la majorité de la population exposée.

1 – Quelques éléments de contexte...

Lancé par le président de la République Jacques Chirac en 2003, le premier plan cancer couvre la période 2003-2007. Ce plan est repris par la loi de santé publique de 2004 qui en fait l'un des cinq plans stratégiques nationaux.

L'une des spécificités de ce plan est de définir une stratégie globale de lutte contre le cancer, intégrant différents domaines d'intervention, dont la prévention et le dépistage. Le dépistage faisant parti du dispositif de prévention.

En effet, la prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé.

La prévention se décline sur trois niveaux⁴ :

- La prévention primaire agit en amont de la maladie et représente les actes destinés à diminuer l'incidence de cette dernière.

- La prévention secondaire représente l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie. Les actions de dépistage font parti de cette prévention secondaire.

- La prévention tertiaire représente l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des des récides dues à la maladie.

Ce plan intègre la constitution d'une agence dédiée au cancer : l'Institut National du Cancer (INCa). Ce premier plan a été suivi d'un second plan initié par le Président de la République, Nicolas Sarkozy, prenant effet en 2009 jusqu'en 2013.

1.1 Le plan cancer 2009-2013.

Le Président de la République, Nicolas Sarkozy, a annoncé le Plan cancer 2009-2013⁵, le 2 novembre 2009. Ce plan a été construit à partir du rapport du Pr Jean-Pierre Grünfeld⁶.

4 Organisation Mondiale de la Santé , conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 1986

5 Plan Cancer 2009-2013 : 5 axes, 30 Mesures et 118 Actions, Novembre 2009

6 Recommandations pour le plan cancer 2009-2013, Pr Grünfeld, Février 2009

Ce plan s'inscrit dans la continuité du précédent et s'engage sur des voies nouvelles, en particulier pour faire face aux problématiques suivantes :

- une meilleure prise en compte des inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers.

- l'analyse et la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux pour personnaliser la prise en charge avant, pendant et après la maladie.

- le renforcement du rôle du médecin traitant, à tous les moments de la prise en charge, pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie.

Ce plan est construit autour de 5 axes : Recherche, Observation, Prévention-Dépistage, Soins, Vivre pendant et après le cancer. Il comprend 30 mesures qui correspondent à 118 actions concrètes.

L'une des 6 mesures phares concerne la lutte contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages. L'objectif de cette mesure est d'augmenter de 15% la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés.

Ce plan représente près de 750 millions d'euros de mesures nouvelles.

1.2 Le dépistage organisé et le dépistage individuel.

La situation française du dépistage du cancer se distingue par la coexistence d'un dépistage organisé et d'un dépistage individuel pour les cancers du sein et du colon, concernant les personnes de 50 à 74 ans.

Le dépistage organisé (ou de masse) est une action de santé publique vers une population apparemment saine et asymptomatique. Le dépistage garantit, dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein, la compétence des radiologues, un contrôle régulier des installations radiologiques, une double lecture de la mammographie, une collaboration de l'ensemble du monde médical, un suivi et une évaluation régulière des résultats.

Le dépistage individuel est proposé individuellement, par le médecin traitant à ses patients, sur la base de facteurs de risques personnels (âge, antécédents familiaux...), ou à la demande du patient. Il est préférable que, les personnes

ayant des antécédents familiaux de cancer, réalisent le dépistage individuel pour dépister au plus tôt des lésions précancéreuses du fait du risque héréditaire élevé de cancer. Cependant le dépistage individuel n'est pas recommandé pour les personnes qui n'ont pas de risques héréditaires élevés de cancer, car le dépistage individuel ne bénéficie pas de l'assurance qualité qui est donnée par le dépistage organisé. C'est pourquoi, il est préférable que, les personnes qui n'ont pas de risques héréditaires élevés de cancers, se dirigent vers le dépistage organisé plutôt que vers le dépistage individuel.

Pour la suite du mémoire et de mon étude, je traiterai seulement du dépistage organisé du cancer, et pas du dépistage individuel.

1.3 Les acteurs du dépistage organisé

Il existe de nombreux acteurs qui participent, de près ou de loin, au dépistage organisé du cancer, avec en premier lieu les professionnels de santé qui sont en contact direct avec la population cible.

Au niveau institutionnel, c'est la structure de gestion départementale qui assure l'organisation locale du dépistage qui est défini au niveau national par la Direction Générale de la Santé (DGS).

1.3.1. Les professionnels de santé

Le médecin traitant joue un rôle pivot dans le dépistage du cancer. En effet, 61%⁷ des patients déclarent avoir réalisé le dépistage du cancer du colon ou du sein car leur médecin traitant leur en avait parlé lors d'une consultation. Le médecin traitant a un rôle d'orientation, d'information et d'incitation au dépistage vis-à-vis de sa patientèle. De plus, il assure, en cas de dépistage positif, la coordination de la prise en charge.

Concernant le dépistage organisé du cancer du sein, le gynécologue représente un médecin référent pouvant orienter la patiente vers un confrère radiologue, donner son avis sur les mammographies réalisées lors du dépistage,

⁷ Etude Barométrique INCa/BVA « Les Français face au dépistage du cancer ».

accompagner la démarche diagnostique et l'orientation de la patiente en cas d'anomalie décelée à la mammographie.

Concernant le dépistage organisé du cancer du colon, le gastroentérologue est un médecin spécialiste de l'appareil digestif qui intervient dans le processus de dépistage du cancer du colon, en cas de test de recherche de sang occulte dans les selles positif (Test Hemoccult II), en réalisant une coloscopie afin de rechercher l'origine du saignement.

Nous allons maintenant nous intéresser aux différentes structures qui impulsent la stratégie et la politique du dépistage organisé des cancers du sein et du cancer du colon.

1.3.2. Les institutions.

Dans cette partie, nous allons étudier l'organisation générale du dépistage organisé des cancers du sein et du colon en France.

1.3.2.1. Au niveau national.

La Direction Générale de la Santé (DGS) occupe le rôle stratégique en déterminant une liste de programmes d'actions concernant le dépistage des cancers. A l'origine ces programmes d'actions étaient définis en collaboration avec l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Education (ANAES), maintenant remplacée par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis 2004, et avec l'Assurance Maladie qui donne son avis sur les différents programmes présentés. Dans ce rôle, la DGS pilote seulement les missions administratives, organisationnelles et budgétaires.

Les programmes de dépistage sont coordonnés sur le plan national par l'Institut national du Cancer (INCa), présidé par le ministre en charge de la santé. Des groupes techniques spécifiques à chaque type de cancer sont créés en son sein. L'INCa est chargé de gérer le pilotage, le suivi scientifique du programme ainsi que la communication du programme vers le public et les professionnels de santé.

L'institut National de Veille Sanitaire (InVs) est chargé du recueil des informations et de l'analyse des résultats de tous les départements participant aux programmes d'actions afin de contrôler la qualité, l'efficacité ainsi que l'atteinte des objectifs fixés par le programme.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Dispositifs de Santé (AFSSAPS) est chargée du contrôle de la qualité des appareils utilisés pour réaliser les mammographies.

La Haute Autorité de Santé (HAS) édite les recommandations pour une bonne prise en charge des personnes dépistées, ainsi que la procédure adoptée en cas de retour positif du dépistage.

1.3.2.2. Au niveau régional.

Actuellement, et depuis la mise en place effective des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010, ce sont ces dernières, en collaboration avec le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), qui sont chargées du bon déroulement de la déclinaison départementale des programmes d'actions nationaux.

L'ARS et le GRSP ont un large panel de partenaires dont l'Assurance Maladie, les Collectivités Territoriales, les Professionnels de santé, les Associations d'usagers...

1.3.2.3. Au niveau départemental.

L'instance opérationnelle est la structure de gestion départementale qui assure l'organisation locale de tous les dépistages organisés nationalement.

Ses missions sont multiples mais les principales sont l'envoi des courriers d'invitation pour le dépistage des cancers du sein et du colon à la population concernée, et l'évaluation de la qualité du programme.

Cette structure est financée par le Fonds National de Prévention d'Education et d'Informations Sanitaires (FNPEIS), lui même financé par l'Assurance Maladie, et par l'Etat (via les dotations des Conseils Généraux).

La structure de gestion est placée sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur ayant une expérience en Santé Publique. La structure comprend un personnel technique.

Le médecin coordonnateur est assisté d'un comité scientifique comprenant les représentants des professionnels de santé impliqués dans les programmes de dépistage.

L'Assurance Maladie possède également une mission de pilotage et de financement des programmes de dépistages organisés. Elle met à disposition de la structure de gestion le fichier de référence de la population cible à partir des fichiers des assurés de l'ensemble des régimes.

1.3.3. L'ADECI 35.

L'ADECI 35 (association pour le dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine) est une structure associative qui s'occupe de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des campagnes de dépistage du cancer du sein depuis 1995 et du cancer du colon depuis 2003.

L'ADECI 35 regroupe les professionnels de la santé, les institutions concernées par ces deux dépistages (Assurance Maladie, Conseil Général, ARS, Union des Mutuelles d'Ile-et-Vilaine, Ligue contre le cancer), et les représentants des usagers.

2. Le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon.

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer.

Il est aujourd'hui possible de détecter précocement certains cancers. Le dépistage peut être réalisé de manière individuelle, à l'initiative du professionnel de santé ou du patient, soit dans le cadre d'un programme national organisé par les autorités publiques.

Nous traiterons seulement du dépistage organisé du cancer du colon et du dépistage organisé du cancer du sein.

2.1 Le cancer du colon.

Avec 16 865 décès, ce cancer se situe au 2ème rang des décès de cancer, et représente 11,6% de l'ensemble des décès par cancer. C'est le plus fréquent de tous les cancers, on dénombre 36 000 nouveaux cas de cancer du colon chaque année en France⁸.

Les facteurs de risques du cancer du côlon sont encore insuffisamment clarifiés pour permettre une proposition de prévention très efficace. Certes, l'âge est un facteur de risque important, mais ce facteur de risque est commun à tous les cancers.

Face à ces constats, le dépistage du cancer du colon apparaît comme un enjeu de santé publique. Selon une étude réalisée en France par le professeur J. Faivre⁹ le dépistage organisé du cancer du colon permet de diminuer la mortalité de 20% si la participation de la population au dépistage organisé est de 50%.

Actuellement, c'est le test Hemoccult II qui permet la mise en évidence d'un éventuel polype ou cancer en détectant un saignement dans les selles.

L'efficacité de ce test est évalué selon sa sensibilité et sa spécificité.

La sensibilité d'un test est la probabilité que ce test soit positif si la maladie est présente. La spécificité d'un test est la probabilité que ce test soit négatif si la maladie est absente.

La sensibilité du test Hemoccult II est de 50%, et sa spécificité de 98%.

Ainsi le test Hemoccult II ne détecte la présence de la maladie que sur une personne sur deux qui en ait porteuse.

La conséquence de cette sensibilité est une augmentation du nombre de cas de faux-positifs (ces personnes, qui sont porteuses de la maladie, auront un résultat au test Hémoccult II négatif), et elles ne seront pas dépistées pour traiter les lésions précancéreuses.

Mais un nouveau test, dit « immunologique », devrait bientôt être distribué à la place du test Hemoccult II. En effet, ce nouveau test est fiable à plus de 80%. Cependant, il coûte plus cher et détecte plus d'anomalies, donc il y aura une augmentation du nombre de coloscopies. Or, la réalisation d'une coloscopie n'est pas sans risques, dans 1 cas pour 1 000 coloscopies il y a perforation du colon, ce qui n'est pas négligeable pour les patients.

8 Brochure « cancer du colon », ligue contre le cancer

9 Faivre et al, Gastroenterology, 2004

2.1.1. Le dépistage du cancer du colon.

En France, le dispositif de dépistage organisé du cancer du colon, expérimenté depuis 2002, est aujourd'hui généralisé sur l'ensemble du territoire. Ce dépistage organisé concerne toutes les personnes, hommes et femmes, de 50 à 74 ans. Cette population bénéficie d'une invitation tous les deux ans à réaliser gratuitement le dépistage du cancer du colon avec le test Hémocult II qui est distribué par le médecin traitant.

Ce test consiste en un prélèvement de selles, de la taille d'une lentille, à déposer sur une plaquette et à renvoyer dans une lettre T au centre de lecture départemental.

Cependant ce test ne concerne que les sujets « à risques moyens » sans symptômes, sans antécédents personnels ou familiaux de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, de polype ou de cancer du colon, ou également de maladie héréditaire prédisposant au cancer du colon (maladie de Lynch). Pour les personnes dites « à risques élevés » le médecin traitant prescrira une coloscopie qui sera à réaliser tous les 5 ans pour un suivi régulier.

2.1.2. L'organisation du dépistage.

La campagne de dépistage commence par l'information préalable de la population, par lettre individuelle. La population cible est invitée à se rendre chez son médecin traitant afin de déterminer si le patient fait parti de la population « à risque moyens », qui bénéficiera du test Hémocult II, ou si il fait parti de la population « à risques élevés », dans ce cas le médecin traitant prescrira une coloscopie.

Après réalisation du test Hemocult II avec prélèvements de 2 fragments de selles sur 3 selles consécutives, le test de dépistage est renvoyé par la poste, dans une enveloppe T, au centre de lecture habilité de la zone géographique concernée.

Le centre de lecture envoie les résultats à chaque patient, au médecin traitant et à la structure de gestion. La structure de gestion s'assure auprès des médecins

traitants que les patients ayant eu un test positif ont éventuellement réalisé une coloscopie, dont les résultats sont fournis par les gastroentérologues.

De plus, la structure de gestion du département gère le fonctionnement des lettres de relance pour inviter les personnes à faire le dépistage du cancer du colon quand elles n'ont pas réalisé le test lors de la première invitation.

2.2 Le cancer du sein

Aujourd'hui en France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Environ 1 femme sur 9, au cours de sa vie, est confrontée à cette maladie. Le meilleur moyen de soigner efficacement cette maladie est de la diagnostiquer le plus rapidement possible avant qu'un signe visible n'apparaisse (grosseur, douleur, modification d'aspect du sein, écoulement...).

Comme pour le cancer du colon, l'âge est un facteur de risque du cancer du sein. D'autres facteurs de risques du cancer du sein sont liés aux caractéristiques propres à l'individu, ou à des comportements et habitudes de vie. D'autres sont liées aux facteurs familiaux ou génétiques.

Le dépistage du cancer du sein est aujourd'hui un enjeu de santé publique, car 1 million de cancers du sein sont découverts chaque année dans le monde, et 400 000 femmes en meurent chaque année. En France, le cancer du sein cause un peu plus de 10 000 décès chaque année.

C'est pourquoi, une mammographie de dépistage est recommandée tous les deux ans entre 50 et 74 ans par les autorités sanitaires françaises.

2.2.1. Le dépistage du cancer du sein.

Le dépistage du cancer du sein, organisé par les pouvoirs publics, est généralisé sur l'ensemble du territoire depuis 2004. Il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, qui sont invitées à se faire dépister tous les 2 ans (mammographie avec double examen de lecture et examen clinique des seins), sans avance de frais et pris en charge à 100% par l'assurance maladie. Le dépistage est géré au niveau départemental par des structures de gestion.

2.2.2. L'organisation du dépistage.

L'organisation du dépistage organisé du cancer du sein est identique à celle organisée pour le cancer du colon concernant l'envoi du courrier d'invitation. Cependant, pour le dépistage du cancer du sein, les femmes sont également invitées à se rendre chez un radiologue afin de réaliser directement la mammographie, sans passer par leur médecin traitant.

La mammographie se déroule au sein d'un cabinet de radiologie du choix de la patiente. La consultation par le radiologue est composée d'un examen clinique, d'une mammographie et d'une première interprétation, dont les conclusions sont communiquées à la femme par le radiologue.

Un dépistage est complété d'emblée par des examens complémentaires en cas de doute.

Une seconde lecture, centralisée à l'ADECI 35, est prévue pour tous les dépistages négatifs déterminés par le premier radiologue, ou pour un dépistage négatif après examens complémentaires.

En effet, cette seconde lecture est une sécurité pour les femmes ayant réalisé le dépistage afin de ne pas passer à côté d'une anomalie. Un courrier de résultat définitif est adressé à la femme et à son médecin par l'ADECI.

Les clichés sont également adressés aux femmes.

3. – Les taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon.

La participation de la population cible aux campagnes de dépistage doit être élevée pour que la campagne de promotion du dépistage soit efficace.

En effet, les pouvoirs publics n'accepteront de mettre les moyens nécessaires à disposition seulement s'il y a une évolution significative du problème que pose la maladie dépistée.

De plus, l'acceptabilité du dépistage est l'élément dont va dépendre l'efficacité du programme de dépistage.

La formation des médecins généralistes et des médecins du travail est très importante. En effet, l'on remarque que ce qui pousse les individus à participer

aux programmes ce sont les informations et les explications qui sont données par le médecin. En revanche, les campagnes médiatiques ont peu motivé les populations à participer au dépistage organisé du cancer du sein ou du colon.

3.1 A l'échelon départementale

La méthode de calcul du taux de participation au dépistage du cancer du sein et du colon se fait comme suit :

Au numérateur du taux de participation:

Le nombre de femmes dépistées est fourni par les structures de gestion, selon un questionnaire annuel standardisé

Au dénominateur du taux de participation :

Au niveau national et à des fins de comparaison entre départements, les dénominateurs utilisés pour le calcul des taux de participation sont les données de population les plus récentes fournies par l'Insee. Ils sont ainsi calculés de manière identique sur tout le territoire.

3.1.1. Le dépistage du cancer du sein

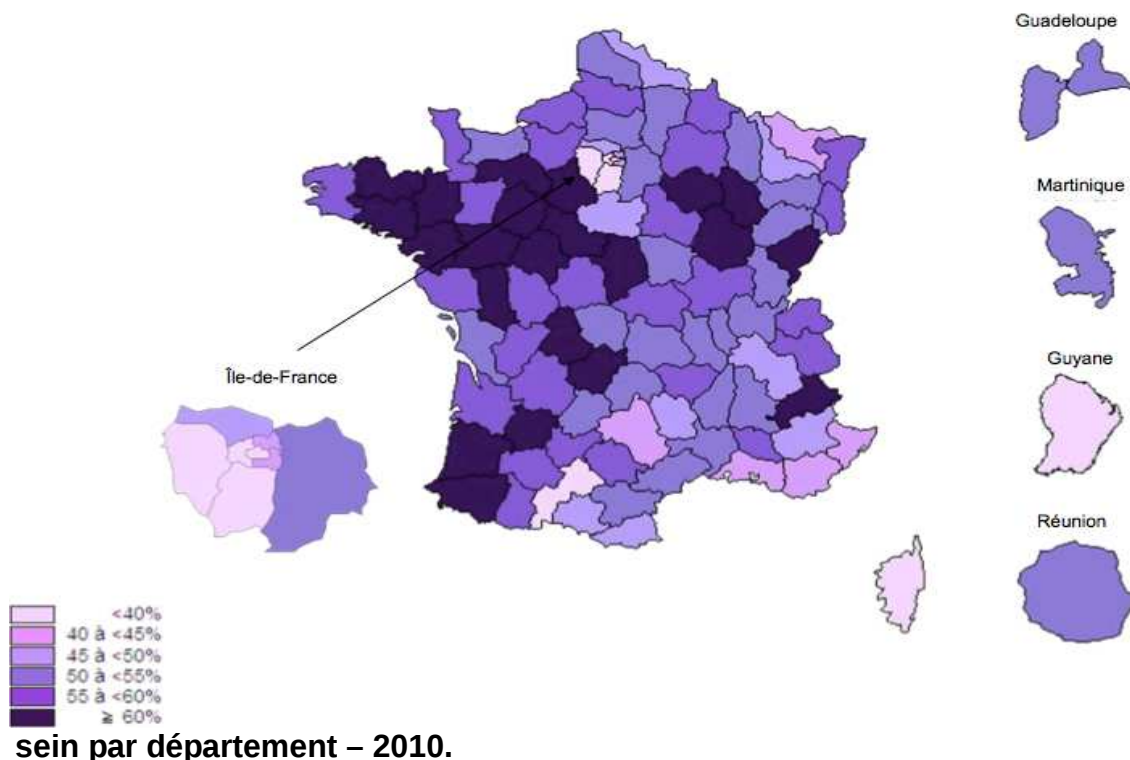
En 2010, le taux de participation France entière est de 52,0 %, soit plus de 2 360 000 femmes dépistées au cours de l'année¹⁰. Les taux publiés précédemment étaient de 40,2 % en 2004 ; 44,8 % en 2005 ; 49,3 % en 2006 ; 50,8% en 2007 ; 52,5 % en 2008 ; 53 % en 2009.

Ainsi, pour la période 2009-2010, durant laquelle l'ensemble de la population cible a été invitée, plus de 4,7 millions de femmes ont bénéficié du dépistage organisé contre 4,6 millions en 2008-2009.

La participation au dépistage organisé est inégale selon les régions et selon les départements. Certaines régions présentent, pour les années 2009 et 2010, des taux de participation supérieurs à 60 % (Pays-de-la-Loire, Limousin, Bretagne), tandis que d'autres ont des taux inférieurs à 45 % (Corse, Guyane, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

10 InVs, Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein, février 2011.

Carte n°1 : Taux de participation Insee au dépistage organisé du cancer du



Source : InVs Février 2011 Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein

Pour la période 2009-2010, aucun département n'a atteint le seuil de référence de 70 % préconisé au niveau européen.

Cependant 5 départements (Haute-Vienne, Cher, Lot et Garonne, Landes, Maine et Loire) s'en approchent avec un taux compris entre 65 et 70 %, et 22 départements se situent entre 60 et 65 % de participation. Le département de Paris se caractérise par le taux de participation au dépistage organisé le plus faible (27,1 %). En effet, la population cible parisienne préfère être dépistée individuellement que par le dépistage organisé.

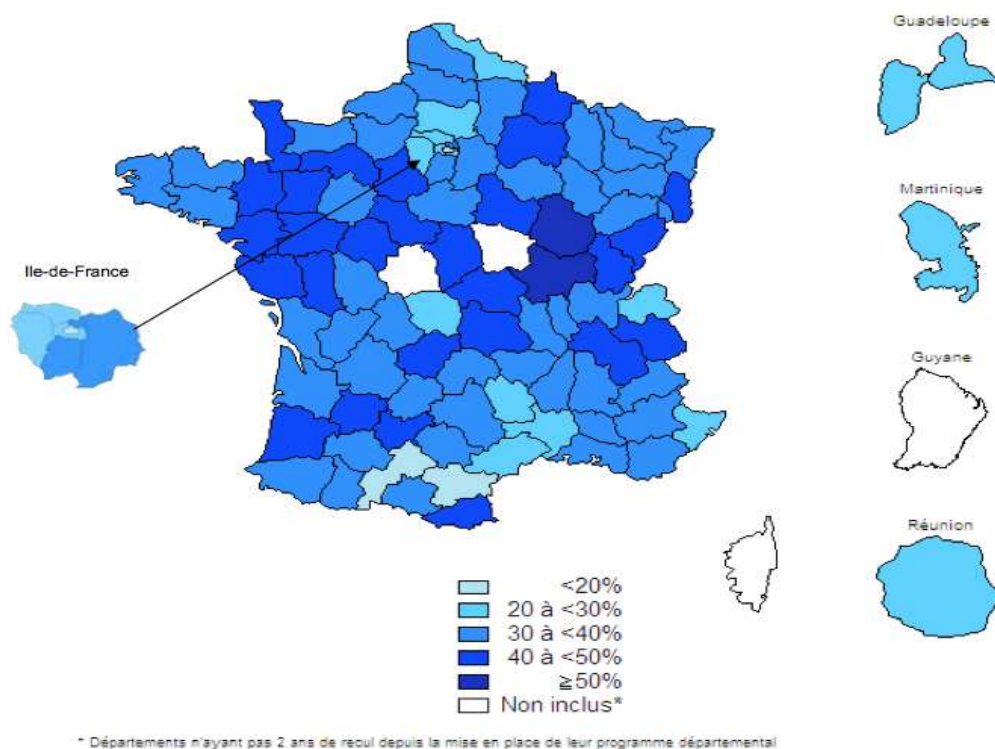
3.1.2. Le dépistage du cancer du colon.

Sur la période 2009-2010, près de 17 millions de personnes de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister et 5,14 millions d'entre elles ont adhéré au programme.

Le taux de participation nationale au dépistage sur cette période est de 34,0 %¹¹. Ce taux est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45 % de participation et loin derrière le taux souhaitable de 65 %.

La participation est plus élevée chez les femmes (36,5 %) que chez les hommes (31,4 %). Le taux de participation est inégal suivant les régions et les départements.

Carte n°2: Taux de participation Insee au dépistage organisé du cancer du colon par département – 2010.



Source : InVs Mars 2011 Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du colon.

Nous pouvons souligner que les disparités départementales concernant la participation au dépistage du cancer du colon sont sensiblement identiques à celles concernant la participation au dépistage du cancer du sein.

Le taux régional le plus élevé est enregistré pour la Bourgogne (52,4 %) et le plus faible pour La Réunion (23,5 %).

Seuls huit départements (Ardennes, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Indre-et-Loire, Isère, Loire-Atlantique, Lot-et-Garonne, Saône-et-Loire) atteignent ou dépassent le seuil minimal acceptable de 45 % de participation pour les années 2009 et 2010.

11 InVs, Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du colon, mars 2011.

Le taux de participation pour les 23 départements pilotes (dont l'Ille-et-Vilaine) est de 36,5 %. Il est plus élevé que pour les départements non pilotes (33,0 %) mais reste sous l'objectif minimal de 45 %.

Le pourcentage de personnes exclues de ce programme (exclusions définitives pour raisons médicales ou temporaires suite à des résultats de coloscopie normaux) varie selon les départements de 2 % à près de 20 %, reflétant certainement une grande disparité dans la documentation de ces exclusions entre départements.

3.2 Données sur les taux de participation à l'échelon infra-départementale : exemple de l'Ille-et-Vilaine.

3.2.1. Le cancer du sein

L'année 2010 a été le début de la 8ème campagne de dépistage du cancer du sein, 39 149 femmes ont réalisé une mammographie de dépistage ce qui a permis de dépasser l'objectif initialement fixé à 38 000.

Le taux de participation progresse très légèrement, et est estimé à 65%¹².

Sur cette année 2010, on peut constater que parmi les femmes dépistées 73% ont déjà réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé depuis moins de 3 ans avec des taux qui augmentent avec l'âge (plus de 86% des femmes de + de 65 ans ont participé à la campagne précédente).

Le taux global de mammographies positives en 1ère et 3ème lecture, nécessitant un bilan, est de 9,1%. Suite au bilan réalisé, 154 mammographies sont restées « suspectes » soit 0,4% des dépistages.

Concernant la 7ème campagne de dépistage du cancer du sein du 1er janvier 2008 au 30 juin 2010, 71 473 dépistages ont été réalisés pour une population totale de 114 449 (population INSEE 2007 moins les femmes exclues) soit un taux

¹² Rapport d'activité 2010, ADECI 35, mars 2011.

de participation pour cette 7ème campagne de 62%¹³.

Ce sont les femmes de 60-64 ans qui participent le plus (77%), et la participation des + de 70 ans est la plus faible (50%).

Nous remarquons, en Ile-et-Vilaine, des disparités concernant la participation des femmes au dépistage du cancer du sein. En effet, les cantons du nord est du département (Louvigné-du-Désert, Fougères Nord, Fougères Sud, Saint-Brice-en-Coglès et Antrain) ont les taux de participation les plus faibles, à savoir inférieur à 50%.

A l'opposé, ce sont les cantons de la périphérie Rennaise qui ont les taux de participation les plus élevés (Liffré, Betton, Cesson-Sévigné, Châteaugiron, Châteaubourg, Bruz, Mordelles, Bécherel et Montfort-sur-Meu), avec une participation supérieure ou égale à 65%.

3.2.2. Le cancer du colon.

En 2010, le 2ème demi-département, à savoir Rennes et sa périphérie, débute sa 1ère année de 4ème campagne, tandis que le pourtour du département poursuit sa 2ème année.

Après avoir baissé de la 1ère à la 3ème campagne, le taux de participation semble se stabiliser en 4ème campagne. Comparé aux autres départements français, l'Ile-et-Vilaine a un taux de participation parmi les plus élevés et supérieur à la moyenne française (34% en 2009-2010).

La 4ème campagne de dépistage du cancer du colon concerne 231 969 femmes et hommes (population INSEE recensement 2007) dont 37 389 personnes qui sont exclues du dépistage (15,4% de la population concernée)¹⁴.

La participation en Ile-et-Vilaine continue à être meilleure pour les femmes que les hommes (54,6% de femmes et en 45,4% d'hommes).

Les personnes âgées de moins de 60 ans sont la catégorie d'âge qui participe le

13 Indicateurs de la 7ème campagne de dépistage du cancer du sein, ADECI 35, Rapport d'activité 2010, mars 2011.

14 Rapport d'activité 2010, ADECI 35, mars 2011

moins au dépistage organisé. Ce sont les 60-74 ans qui participent le plus (autour de 50%), alors que les 50-59 ans participent plus faiblement (autour de 40%).

Toutefois, on observe en 2010, un nombre total de dépistages supérieur de 12 000 par rapport à 2008.

Concernant l'évolution du taux de participation depuis la 1ère campagne de dépistage, nous remarquons une diminution constante du taux de participation d'environ 3% tous les ans.

Ainsi, en 1ère campagne il y a eu 51,8% de la population qui a réalisé le dépistage, en 2ème campagne 47%, en 3ème campagne 46%, en 4ème campagne 43%.

Même si le taux de participation en Ile-et-Vilaine reste inférieur à 50% depuis la 2ème campagne, il s'est néanmoins stabilisé. Par ailleurs, l'Ile-et-Vilaine reste bien placée en terme de participation par rapport aux autres départements.

4. Dépistage et précarité.

La loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998¹⁵ affirme que « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de la santé » (article 67).

Depuis la loi du 27 juillet 1999¹⁶, les personnes confrontées à des difficultés financières peuvent bénéficier de la CMU si elles résident en France de façon stable et régulière depuis au moins 3 mois. Les étrangers en situation irrégulière bénéficient de l'AME.

Ainsi la CMU a atténué le renoncement aux soins pour raisons financières et a permis à 5 millions de personnes vivant très largement sous le seuil de pauvreté de bénéficier d'une excellente couverture complémentaire¹⁷.

La prise en charge strictement médicale déconnectée du champ social est vouée

15 Loi n°98-657 « d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion » du 29 juillet 1998

16 Loi n°99-641 « portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) » du 27 juillet 1999

17 Médecins du Monde, Coordination Mission France, « je ne m'occupe pas de ces patients » - testing sur les refus de soins des MG pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, octobre 2006, p.4

à l'échec pour les populations en situation de précarité. En effet, ces dernières souffrent de multiples pathologies associées à un délitement du lien social.

La situation de précarité rend spécifique les recours aux soins et les comportements vis à vis de la santé. Les recours dans l'urgence¹⁸ sont plus fréquents et on peut penser que les dispositifs de prévention sont d'autant plus délaissés par ces populations que le curatif est souvent traité dans l'urgence.

Le recours aux soins et les comportements des populations vis à vis de leur santé sont des thèmes récurrents dans les préoccupations de santé publique.

4.1 Précarité et santé.

Nous pouvons définir la précarité¹⁹ par « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux* ». Les sécurités dont il est question sont le travail, le revenu, le logement, l'accès aux soins, l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social.

Ainsi, la santé, et plus spécifiquement l'accès aux soins, fait partie des sécurités qui sont nécessaires pour que les populations ne soient pas en situation de précarité.

Cependant, le manque d'une seule des sécurités n'amène pas à la précarité, c'est la combinaison de plusieurs facteurs qui amène une personne à être considérée comme en situation de précarité.

La France a été longtemps en retrait pour ce qui concerne l'attention portée aux inégalités de santé, alors même que les travaux de l'INSEE dès les années 1970, avaient bien établi des différences considérables de mortalité selon les catégories sociales²⁰.

De nombreuses études rapportent, depuis le mouvement hygiénistes du XIXème siècle, l'existence d'un lien entre la santé et la situation socio économique des individus dans les pays industrialisés^{21,22}.

18 P. Mormiche, les disparités de recours aux soins, Economie et statistiques, 1993

19 DGS, Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain : repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat, 1997

20 Desplanques G. L'inégalité sociale devant la mort. Economie et statistiques. 1984, 162 : 29-50.

21 Davey Smith G. Health inequalities. Bristol. The Policy Press. 2003. 548 pages.

Diverses études²³ montrent les difficultés d'accès aux soins des populations en situation de précarité. En effet, ces dernières présentent souvent un état de santé global moins satisfaisant que la population générale, car la santé n'est pas une priorité. Les personnes en situation de précarité ont des priorités plus urgentes comme se nourrir, se loger etc...

La santé et l'accès aux soins ne sont donc pas prioritaires chez les populations en situation de précarité, même si ces dernières ont un besoin de soins. Différentes interprétations sont associées à ce constat²⁴ :

- une interprétation d'ordre économique : les populations en situation de précarité restreignent leur recours aux soins, notamment en cas de non affiliation à une complémentaire santé. La santé n'est pas définie comme une priorité.
- Une interprétation d'ordre socioculturel : les relations avec le monde soignant sont intermittentes du fait de l'absence de médecin référent, il devient alors plus difficile d'établir des contacts en cas de besoins
- une interprétation d'ordre symbolique : en situation de précarité, les personnes se sentent parfois dévalorisées, ce qui peut entraîner une mise à distance de son propre corps et/ou de son état de santé.

Il existe un lien entre la santé des populations en situation de précarité et les difficultés économiques, sociales, culturelles, et les difficultés de représentation de cette population dans la société.

Ainsi, pour améliorer la santé des personnes en situation de précarité sur le long terme, il faut s'intéresser aux barrières sociales qui empêchent ces personnes de sortir de la précarité.

Concernant les pathologies cancéreuses, un article publié en 1997 par

22 Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. Lancet. 1997. 349 : 1655-1659.

23 HCSP, La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Paris, HCSP Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998, 349 p CHAUVIN P., PARIZOT I (dir.) 2007, Vulnérabilités sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens, les éditions de la DIV, études et recherches, Paris, 126 p.

24 INPES, La santé de l'homme, LE CAIN LOUROUGA, Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité

Mackenbach et al²⁵ soulignait que la France était le pays où les inégalités de mortalité par cancer étaient les plus fortes en Europe de l'Ouest. Par ailleurs, cet auteur a démontré que plus les pays sont industrialisés, plus la mortalité par cancer est importante.

Malgré le retard accumulé en France dans le domaine de la recherche sur les inégalités sociales et géographiques de santé, les études visant à identifier les facteurs à l'origine de ces disparités se sont multipliées au cours de ces dernières années²⁶. Ces facteurs sont les mêmes chez nos voisins européens et concernent l'accessibilité géographique et sociale aux centres de soins spécialisés comme facteur explicatif de ces disparités^{27,28}.

En effet, les personnes en situation de précarité recherchent l'immédiateté et la gratuité des soins lorsqu'ils en ont besoin, d'où l'importance de l'accessibilité, tant au niveau médical qu'au niveau social, aux centres de soins pour prendre en charge ces populations spécifiques.

Ainsi, l'étape du dépistage est certainement importante dans la construction des inégalités en matière de santé des patients atteints de cancers. En effet, les personnes en situation de précarité représentent la catégorie de la population qui recourt le moins aux soins, non pas parce qu'elle n'en exprime pas le besoin, mais parce qu'elle n'a pas accès aux soins à cause de certaines barrières (sociales, financières...).

Ces mêmes populations, qui ont d'autres priorités que la santé, n'ont pas d'intérêt à se faire dépister, car si elles ont un cancer, elles n'auront pas le soutien et la motivation nécessaires pour lutter contre cette maladie. Les personnes en situation de précarité préfèrent appliquer une « politique de l'autruche »²⁹.

D'autres études ont montré que la faible participation au dépistage est étroitement liée à un faible niveau socioéconomique individuel, à un faible niveau d'études et de revenu^{30,31}. Voilà quelques raisons pour lesquelles les populations

25 Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*. 1997; 349 : 1655-1659.

26 Leclerc A, Kaminski M, Lang T. Inégaux face à la santé. Paris. Inserm – La découverte ; 2008.

27 Dejardin O, Remonter L, Bouvier AM, Danzon A, Tretarre B, Delafosse P et al. Socioeconomic and geographic determinants of survival of patients with digestive cancer in France. *Br J Cancer* 2006;95(7): 944-9.

28 Blais S, Dejardin O, Boutreux S, Launoy G. Social determinants of access to reference care centres for patients with colorectal cancer – A multilevel analysis. *Eur J Cancer* 2006;42(17):3041-8.

29 Le fait d'ignorer volontairement le danger ou l'échec probable

30 Herbert C, Launoy G, Gugnoux M. Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in

en situation de précarité ont des difficultés d'accès aux soins, et en général, ont des difficultés d'accès au système de santé Français.

4.2 Précarité et dépistage organisé du cancer.

La communication qui a pu être déployée autour des dispositifs de dépistage organisé des cancers ne suffit pas à mobiliser les populations cibles, notamment les populations en situation de précarité. De nombreux freins existent, notamment ceux liés aux représentations qu'ont ces populations de la maladie et de l'acte du dépistage.

Nous n'avons que trop peu de données en ce qui concerne le taux de participation des populations en situation de précarité pour le dépistage du cancer du colon. Cependant, concernant le dépistage du cancer du sein, qui a été le premier cancer à bénéficier d'un dépistage organisé au niveau national en France, une large littérature et études sur la participation des populations en situation de précarité au dépistage organisé du cancer du sein est disponible.

Nous allons donc analyser la littérature concernant la participation des populations en situation de précarité au dépistage organisé du cancer du sein.

Nous pouvons déjà remarquer que, dans différentes études, un niveau socio économique bas associé à un faible recours aux soins augmentent les risques de décéder d'un cancer³².

Ainsi, le constat est que la combinaison de plusieurs facteurs, notamment du facteur social, économique et d'accès aux soins, amène à une mortalité plus importante par cancer. Ce constat, réalisé au niveau de la santé des populations en générale, est donc également présent pour ce qui concerne la mortalité par cancer des populations en situation de précarité.

Les actions de communication en direction du grand public ont peu d'impact sur le taux de participation au dépistage organisé des cancers des personnes en

France : differences between intention to participate and actual participation. Eur J Cancer Prev 1997;6(1);44-52.

31 Ioannou G, Chapko M, Dominitz J. Predictors of colorectal cancer screening participation in the United States. Am J Gastroenterol 2003;98(9);2082-91.

32 CFES. Baromètre Santé 2000 – Résultats. Volume 2. Vanves : Editions CFES : 411-2.

situation de précarité³³³⁴, car la condition de précarité engendre de nombreux freins financiers, géographiques ou liés au défaut d'accès à l'information³⁵³⁶.

Nous remarquons qu'il existe des freins qui concernant le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer du colon, et d'autres qui sont spécifiques à l'un ou l'autre des dépistages.

Une étude³⁷ a été réalisée en France en 2007 concernant les motifs de non participation au dépistage organisé du cancer du colon. Pour 36% de la population sondée, la réalisation du test Hemoccult II n'est pas une priorité, 26% de la population interrogée n'est pas convaincue de l'utilité de réaliser le test, et 14% ne se sentent pas concerné par le dépistage.

Une étude³⁸ réalisée en France en 2002 a identifié différents facteurs qui ont une influence chez les femmes en situation de précarité concernant leur participation au dépistage organisé du cancer du sein. En premier lieu, ce sont les représentations culturelles et les connaissances liées au cancer et au dépistage qui sont un frein pour ces femmes. Ensuite, il y a la peur des professionnels de santé, la complexité de la procédure de dépistage (prise de rendez-vous pour la mammographie...). Enfin, la peur des conséquences financières en cas de dépistage positif du cancer du sein, surtout concernant la faible compensation financière pour l'inactivité professionnelle durant le traitement.

Ces freins sont l'illustration du rapport au dépistage qu'ont les femmes en situation de précarité, cette représentation est déterminée selon trois niveaux³⁹ :

- une représentation fragile de soi : les femmes « précarisées » se considèrent comme non reconnues en tant qu'être humains, femmes et citoyennes. Si pour les femmes non précarisées, il est possible de construire un

33 Ancelle R, Park R, Nicolau J et les coordonnateurs des centres de dépistage départementaux du cancer du sein. Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999. Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire (BEH) 2001; 27: 127-9.

34 Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein. Assemblée nationale session ordinaire de 2003-2004. Disponible sur le site : <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i678.asp> (consulte le 13 mai 2011).

35 ARDEPASS. Concilier santé publique et citoyenneté. Soleil Santé : une expérience participative sur le dépistage du cancer du sein 2006 : 49 p. <http://www.pratiquesensante.info/bd/spip.php?article516> (consulte le 21 mai 2011)

36 INCa : comment mieux prendre en compte les inégalités sociales dans les stratégies d'information mises en place par l'INCa. Rapport de recommandation. Décembre 2006.

37 INVs, Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du colon, H. Goulard, M. Boussac-zarebska, N. Dupont, J. Bloch, 2007.

38 C. Albi, N. Sancho-Garnier, « facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein », BEH 04/2003, 21 janvier 2003.

39 CNAMTS, Ligue contre le cancer, ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Guide méthodologique d'accompagnement – Kit de communication Programme National de dépistage des cancers, 2001.

discours de la responsabilité fondé sur l'image de soi, la question pour les femmes précarisées est d'être simplement reconnues comme femmes.

- Des réalités quotidiennes spécifiques et un rapport à l'autre peu sécurisant : le rapport à l'autre repose souvent sur l'image de soi, celle-ci étant fragilisée chez les femmes précarisées, le réseau relationnel est donc faible et peu fiables. Or, ce manque de fiabilité relationnelle engendre une conception du temps centrée sur le présent, excluant la logique de prévisibilité, de projet et donc de prévention.

- Des relations à la normalité sociétale excluantes : les femmes précarisées ont intériorisé l'idée qu'elles ne correspondent à aucune des catégories de l'organisation sociétale, toute relation institutionnelle étant vécue sur le mode de l'exclusion (par exemple, la convocation au dépistage organisé).

Enfin, une étude⁴⁰ réalisée aux Etats-Unis a démontré que le statut socio-économique des femmes est un déterminant de la participation au dépistage du cancer du sein. Les différences culturelles, les croyances, l'illettrisme et la peur du cancer sont également d'important déterminants concernant la participation de la population au dépistage du cancer du colon.

Une étude⁴¹ réalisée en 2005 par l'ADECI sur le département de l'Ille-et-Vilaine a démontré qu'il existe des motifs de non participation communs aux deux dépistages (les personnes interrogées ne se sentent pas concernées par le dépistage, ou elles ne sont pas convaincues de l'utilité du dépistage), et d'autres motifs sont spécifiques au dépistage du cancer du colon (manque d'information concernant la campagne de dépistage, peur du cancer), et d'autres sont spécifiques au dépistage du cancer du sein (contraintes organisationnelles pour se rendre au cabinet de radiologie pour réaliser la mammographie).

Ainsi la communication préventive en direction des personnes en situation de précarité nécessite une approche plus individuelle, et un travail fondé sur une démarche participative. Nous remarquons également que le critère économique n'est pas le plus important. En effet, ce qui freine le plus les personnes en situation de précarité à participer au dépistage du cancer c'est la représentation du

40 « Uptake in cancer screening programmes : a priority in cancer control », DP. Weller, C. Campbell, British Journal of Cancer, Décembre 2009, 101 : 55-59.

41 ADECI 35- ICONES, Etudes des méthodes de recueil et des motifs de non participation aux dépistages organisés ou à leurs examens complémentaires, 2005

cancer, de la mort, et la représentation des personnes elles-mêmes dans la société.

Nous allons maintenant présenter plusieurs projets qui ont été menés en France et dans le monde qui ont permis d'augmenter la participation au dépistage organisé du cancer des personnes en situation de précarité.

4.3 Des actions ciblées pour augmenter la participation au dépistage du cancer des personnes en situation de précarité.

De nombreuses actions ont été réalisées pour augmenter le taux de participation au dépistage du cancer des personnes en situation de précarité.

Par exemple, une action réalisée aux Etats-Unis auprès des femmes d'origine Indienne⁴², a démontré que l'information donnée sur le dépistage du cancer du sein est plus efficace par téléphone ou en face-à-face, que par simple invitation par courrier ou par des campagnes publicitaires.

En effet, il y a une augmentation de 29% à 41,3% de la participation au dépistage du cancer du sein pour le groupe testé avec le téléphone, et de 34,4% à 45,2% pour le groupe testé par la méthode du face-à-face, comparé à ce qui existait initialement, à savoir l'invitation par courrier et les campagnes publicitaires.

Dans la continuité de cette étude, nous pouvons souligner que la CRAM de Bretagne a décidé de mettre en place une action similaire, en appels sortants⁴³, pour promouvoir le dépistage organisé des cancers du sein et du colon, vers les personnes titulaires de la CMU qui n'ont pas réalisé de dépistage. Cette décision fait suite à l'expérimentation qui a eu lieu dans les Côtes-d'Armor, à l'initiative de la CPAM 22, et qui a remarqué une augmentation de la participation au dépistage du cancer du sein et du colon des personnes ayant été appelées.

Certaines études ont montrées l'importance d'une prise en charge globale des personnes en situation de précarité afin d'augmenter leur participation au

42 M.B. Dignan, L. Burhansstipanoc, J. Hariton et al, A comparison of two Native American Navigator Formats : Face-to-Face and Telephone, Cancer Culture and Literacy Supplement, Cancer Control, Novembre 2005.

43 Ici un appel sortant désigne un appel téléphonique émis à l'initiative de la CPAM pour promouvoir le dépistage du cancer du sein et du colon vers les assurés. On distingue les appels sortants qui sont à l'initiative d'une structure, des appels entrants qui sont le fait du particulier.

dépistage du cancer⁴⁴. Elles recommandent une « démarche d'ensemble » visant à s'appuyer sur les relais qui pourront aider les femmes à s'inscrire dans une démarche de suivi médical, donc de dépistage.

Nous remarquons donc que les actions visant à promouvoir le dépistage du cancer, et plus largement la santé, vers les populations en situation de précarité, dépassent largement le seul cadre de la communication et de l'information, mais correspondent plus à un accompagnement de ces personnes dans les champs sociaux, médicaux et culturels.

En France, en Seine-Saint-Denis, dans la ville de Bondy a été élaboré un projet d'éducation pour la santé sur le dépistage du cancer du sein⁴⁵. Initié par l'ARDEPASS, les services municipaux des Femmes Relais et de Bondy Insertion, un projet d'éducation pour la santé, visant à renforcer le recours au dépistage organisé du cancer du sein des femmes les plus éloignées des sources de communication classiques, s'est mis en place avec la volonté permanente que professionnels, habitants, bénévoles, institutionnels et élus prennent place dans le processus.

Cette action s'inscrit dans une démarche en 5 étapes :

- La réalisation d'un diagnostic auprès des femmes pour mieux comprendre les freins et les facteurs facilitant leurs démarches de dépistage,
- La révision, avec les femmes, des supports de communication existants et la création de nouveaux supports,
- L'analyse des besoins des professionnels, bénévoles et habitantes pour devenir relais sur le dépistage organisé du cancer du sein,

La formation/action,

- Le suivi des actions initiées sur le thème du dépistage du cancer du sein.

Ainsi, depuis 2004, date à laquelle le projet a été mis en place, on a remarqué une augmentation de la participation au dépistage organisé du cancer du sein de 35% en 2004 à 47,2% en 2010. Cependant, nous ne pouvons pas dire quelle est la part de la progression de cette participation qui est imputable directement ou indirectement à cette action car il n'y a pas eu d'études de réalisées pour le savoir.

44 A. Le Cain, P. Mourouga, Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité, La santé de l'homme, janvier/février 2005 ; 375 ; p 34-36.

45 ARDEPASS, Concilier santé publique et citoyenneté, Soleil Santé : Une expérience participative sur le dépistage organisé du cancer du sein, Février 2006.

Toujours en Seine-Saint-Denis, le conseil général en partenariat avec l'assurance maladie, les professionnels de santé et les représentants des usagers, ont créé un dispositif original de visiteurs de santé publique, qui vont sur le terrain pour sensibiliser les professionnels, mais aussi travailleurs sociaux et associatifs, sur le dépistage du cancer du sein⁴⁶. Cette action a été réalisée parallèlement à ce qui se faisait à Bondy, entre 2004 et 2007.

Ces intervenants remarquent que le contact oral direct permet de dédramatiser la mammographie, et de diminuer l'anxiété des femmes face à un examen dont elles ne connaissent pas forcément la teneur.

Dans la continuité ce qui a été réalisé à Bondy en 2004, la réalisation d'un film de huit minutes dans lequel des habitantes témoignent de leurs craintes à se faire dépister avec la mammographie, et de ce qui les a finalement motivées à le faire est un support qui permet de faciliter le dialogue⁴⁷.

Il est difficile d'évaluer la part de la progression du taux de participation au dépistage du cancer du sein directement ou indirectement liée à cette action, même si le taux de participation au dépistage du cancer du sein dans le département a augmenté de 10 points durant la durée de l'action de 2004 à 2008.

Dans la continuité de ce qui a été réalisé à Bondy, une action similaire a été mise en place en 2006, en Lorraine. C'est une action de communication spécifique auprès des femmes précarisées, avec une approche participative basée sur l'éducation par les pairs⁴⁸⁴⁹. Cette action s'est révélée efficace pour 9/10ème des bénéficiaires de l'action, et 24% d'entre elles ont enclenché une démarche de suivi gynécologique auprès d'un médecin. Aujourd'hui, cette expérimentation leur permet de construire un réseau de médiateurs de santé en Lorraine.

Ainsi, nous remarquons qu'il existe des expérimentations pour augmenter la participation au dépistage du cancer des populations en situation de précarité sont plus ou moins efficaces. Cependant, nous remarquons également que ces actions

46 Y. Mouhoub, Seine-Saint-Denis : intégrer les habitantes éloignées du dépistage du cancer du sein, INPES coll. Santé en action, Réduire les inégalités sociales en santé, 2010, p 239-247.

47 T'as fait ta mammo? (vidéo), Sorba J. réal. Association ARDEPASS, 2006 : 8'.

48 Article Santé Publique 2007 « Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès des femmes en situation de précarité » volume 19 n°6 pp. 513-523

49 L'éducation par les pairs est un concept populaire par lequel un groupe de personnes semblable à un autre (du fait de leur âge, situation socio-économique, lieu de résidence) vont mettre en oeuvre des moyens de communication afin d'apporter des connaissances sur un sujet, et ainsi de susciter un changement de comportement chez le groupe destinataire de l'action.

concernent généralement les femmes, et surtout le dépistage du cancer du sein. Nous allons maintenant étudier une action qui a été mise en place en 2009 en Ile-et-Vilaine, à l'initiative de l'ADECI 35, pour promouvoir le dépistage du cancer vers les personnes en situation de précarité.

4.4 Un exemple d'action réalisée à Rennes.

Il existe peu de données récentes sur l'état de santé de la population en situation de précarité en Ile-et-Vilaine. Cependant une action a été réalisée à l'ADECI 35 en 2009, concernant la sensibilisation des populations en situation de précarité au dépistage du cancer du sein et du cancer du colon.⁵⁰

L'action qui a semblé la plus appropriée est une présence affirmée et régulière d'un membre du comité féminin d'Ile-et-Vilaine lors des permanences des associations caritatives (restos du coeur, secours populaire, secours catholique, la croix rouge). Cette action consistait à aborder les personnes présentes, individuellement ou par groupe, pour leur proposer d'échanger à propos du cancer et du dépistage.

Cette action d'information et de sensibilisation avait pour objectif d'inciter les personnes rencontrées à participer régulièrement aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer du colon.

Les résultats obtenus ne sont pas spectaculaires, mais laissent entrevoir une amélioration significative de la participation, puisqu'à l'issue de l'intervention, parmi les personnes n'ayant pas encore réalisé leur dépistage, environ 12% des personnes ont réalisé le dépistage du cancer du sein, et 5% ont réalisé le dépistage du cancer du colon.

Il y a différents freins et obstacles qui ont été identifiés lors de cette étude, comme la diffusion d'informations qui n'est pas suffisante pour inciter les personnes à réaliser le dépistage. L'association forte du cancer à la fatalité et à la mort est à noter : cette remarque pourrait être spécifiques des populations en situation de précarité. En effet, cette idée n'était pas présente dans l'étude sur les motifs de non participation en population générale réalisée par l'ADECI en 2005⁵¹.

⁵⁰ Dépistage des cancers et populations en situation de précarité : conception, mise en oeuvre et évaluation d'une action exploratoire de sensibilisation, octobre 2009

⁵¹ ADECI 35- ICONES, Etudes des méthodes de recueil et des motifs de non participation aux dépistages

Le cancer est abordé très négativement par les populations en situation de précarité, et cet élément semble avoir des répercussions en terme de participation aux campagnes de dépistages.

5. Hypothèses, objectifs, méthodologie et résultats de l'étude.

L'étude suivante, effectuée au cours de mon stage au sein de l'ADECI 35, porte sur la participation des femmes de 60 à 74 ans, qui habitent à Rennes, aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer du colon, durant les 4 dernières années, ce qui correspond aux 2 dernières campagnes de dépistage.

5.1 Hypothèses.

Nous remarquons qu'il y a des disparités régionales, infra départementales et cantonales concernant les taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon. Cependant, il n'y pas encore d'étude sur ce sujet concernant les disparités de participation infra-cantonales.

De plus, des études confirment qu'il existe un lien entre le niveau de précarité sociale et la participation aux dépistages des cancers. Les populations en situation de précarité participent moins au dépistage du cancer du colon comme au dépistage du cancer du sein⁵². De plus, nous remarquons une concentration des personnes en situation de précarité dans certains quartiers dans les villes.

Ainsi, je formule les hypothèses suivantes :

- Les personnes en situation de précarité participeraient moins aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon à cause de leur situation sociale, économique, professionnelle et familiale difficile.
- Il existerait des différences de participation au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du colon entre les quartiers d'une ville. Il y aurait des quartiers avec une participation aux dépistages des cancers du sein et du colon plus élevés que d'autres. Les quartiers avec les taux de participation les plus

organisés ou à leurs examens complémentaires, 2005

52 Ponet, Dejardin, Morlais, Bouvier, Launoy, Facteurs économiques et géographiques de participation au DO du CCR, 2008, Inserm « cancers et populations », CHU Caen, Revue d'épidémiologie et de santé publique

élevés serait ceux qui abriteraient les personnes les plus aisés, alors que les quartiers avec les taux de participation les plus faibles abriteraient les personnes en situation de précarité.

La multiplicité des voies de communication permet aux personnes en situation de précarité d'avoir connaissance des dispositifs⁵³ mis en place pour promouvoir le dépistage des cancers. Pour autant, la diffusion des informations n'entraînent pas d'adhésion complète de la population au dépistage.

Ainsi, je peux faire l'hypothèse suivante :

- Les personnes en situation de précarité ont accès à l'information, mais à une information erronée ou incompréhensible, mettant en cause l'utilisation d'un vocabulaire trop spécifique pour décrire le cancer et son dépistage.

Certains médecins généralistes informent trop peu leur patientèle sur le dépistage des cancers, alors qu'ils devraient systématiquement en parler à toutes leurs patients entre 50 et 74 ans.

Je peux faire l'hypothèse suivante :

- Les zones où les taux de participation aux dépistages des cancers du sein et du colon sont les plus faibles seraient également les zones où les médecins traitants ont un taux de participation faible de leur patientèle aux dépistages des cancers du sein et du cancer du colon.

5.2 Les objectifs.

L'objectif principal de cette étude est de décrire et comprendre la participation des personnes en situation de précarité aux dépistages organisés afin de proposer des actions de promotion du dépistage des cancers du sein et du colon.

En effet, d'après la littérature existante, les personnes en situation de précarité participent moins aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon, et les campagnes dites « classiques » n'arrivent pas à augmenter les taux de participation. C'est pourquoi, il est important de mettre en place des actions spécifiques pour promouvoir le dépistage des cancers vers les personnes en

53 Paugam et alii, nouveaux regards sur la pauvreté. Bilan des recherches depuis 2000.

situation de précarité.

Afin de proposer des actions concrètes et efficaces sur le long terme, il est important de connaître l'état actuel de la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon des personnes en situation de précarité.

Un autre objectif est de savoir si, au sein de Rennes, il y a une différence de participation aux dépistages des cancers du sein et du colon en fonction du lieu du domicile des femmes qui habitent de Rennes.

En supposant que les personnes en situation de précarité ont leur domicile dans des quartiers dit « défavorisés », nous pourrions vérifier si l'hypothèse selon laquelle le taux de participation aux dépistages des cancers du colon et du sein des personnes en situation de précarité est plus faible est vérifiée ou pas.

Nous étudierons également les hypothèses concernant les causes possibles de la différence de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon entre les quartiers de Rennes (non implication des médecins traitants, faible offre de soins, peu d'information des populations sur le cancer...).

5.3 La méthodologie

5.3.1. La population cible

Dans cette étude, la population qui nous intéresse est la population qui est concernée par le dépistage des cancers du sein et du colon, c'est-à-dire les hommes et les femmes de 50 à 74 ans.

Afin de comparer la participation entre les deux dépistages organisés, il était préférable que je porte l'étude seulement sur la population de sexe féminin âgée de 50 à 74 ans.

Ainsi, en me basant seulement sur la population féminine, je pouvais comparer la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer du colon, et ainsi noter les différences de participation entre ces deux dépistages organisés.

Les femmes sont invitées à participer aux dépistages des cancers du sein et du colon. Ainsi, il est intéressant de savoir si les femmes qui participent au dépistage du cancer du sein, participent également au dépistage du cancer du colon et inversement.

De plus, cette information permettra de savoir s'il est préférable d'orienter les actions sur la promotion du dépistage du cancer du sein ou sur la promotion du dépistage du cancer du colon dans un premier temps.

De plus, dans le cadre de mon étude, je considérerais qu'une femme a réalisé le dépistage organisé du cancer du sein et le dépistage organisé du cancer du colon, si ce dépistage a été réalisé durant les 4 dernières années. En effet, pour être efficace, le dépistage doit être réalisé tous les 2 ans. Ainsi, une femme ayant réalisé le dépistage il y a 5 ans, ou plus, sera considérée comme n'ayant pas réalisé le dépistage.

De plus, afin d'avoir des données fiables, il était nécessaire que je choisisse un dénominateur commun à ces deux populations qui participent à l'un, ou à l'autre des dépistages. Je me suis donc basé sur les données du dernier recensement de l'Insee qui datent de 2007, concernant la population Rennaise. Ces données sont disponibles publiquement sur le site internet de l'Insee.

Cependant, les classes d'âge qui sont définies par l'Insee ne correspondent pas parfaitement à la classe d'âge des 50 - 74 ans, population cible concernée par le dépistage organisé du cancer du sein et du colon. En effet, le classement de l'Insee se fait ainsi : les 40 – 59 ans puis les 60 – 74 ans. Ainsi, j'ai choisi de travailler sur les 60 – 74 ans, qui font parti de la population cible du dépistage organisé des cancers du sein et du colon.

5.3.2. Le territoire d'action

Après avoir défini la population cible, il était important de définir le territoire sur lequel va porter l'étude.

Dans un premier temps, et pour des raisons logistiques, j'ai décidé de centrer l'étude sur l'agglomération Rennaise, ce qui me permettrait de me déplacer facilement afin de rencontrer les acteurs du dépistage des cancers sur ce territoire.

Ensuite, après de plus amples réflexions sur le traitement des données et le temps de l'étude, qui ne peut excéder la durée de stage, il était préférable que je travaille essentiellement sur le canton de Rennes.

De plus, pour apporter plus de précision sur le taux de participation des femmes de 60 à 74 ans qui habitent à Rennes, j'ai décidé de diviser la ville de Rennes en quartier.

En effet, Rennes est subdivisée, par l'Insee, en 12 quartiers qui sont les suivants :

Tableau 1 : Caractéristiques des différents quartiers de Rennes.

Quartier	Population totale	Population femmes 60-74 ans.	Indicateurs de précarité	
			Ménages non imposable	Bénéficiaires de la CMUC
Beaulieu Baud	16901	602	36,72%	3,80%
Brequigny	13555	1119	38,75%	8,80%
Centre	22615	1175	34,84%	3,40%
Cleunay Arsenal Redon	14099	654	33,91%	5,60%
Francisco Ferrer Vern Poterie	19314	1129	32,55%	4,30%
Le Blosne	17876	1314	46,50%	14,50%
Maurepas Patton Les Gayeulles	20231	1328	42,44%	10,90%
Moulin du Comte	16133	1150	34,25%	4,50%
Nord Saint Martin	5211	277	21,27%	3,60%
Sud Gare	18335	1150	35,73%	4,20%
Thabor Saint Helier	24658	1242	29,85%	2,30%
Villejean Beauregard	18993	897	40,25%	9,80%

5.4 L'analyse des données

5.4.1. La méthode d'analyse des données

J'ai travaillé sur les données mises à disposition par l'ADECI 35. Ces données, à savoir le nombre de femmes de 60 à 74 ans avec leur adresse, leur âge, et la donnée selon laquelle ces personnes ont participé aux 2 dernières campagnes de dépistage du cancer du sein et du cancer du colon, sont transmises par la CPAM à l'ADECI 35, pour que cette dernière puisse évaluer ses campagnes de dépistage du cancer du colon et du cancer du sein. L'informaticien de l'association a donc regroupé, à ma demande, les données souhaitées (adresse des personnes, âge, participation ou non aux dépistages), et il les a anonymisées afin que nous puissions exploiter ces données de manière confidentielle.

Ensuite, j'ai regroupé ces données par quartier, en fonction des adresses des femmes invitées à faire le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon. Ce travail a été assez laborieux car il a fallu faire correspondre manuellement chaque adresse à son quartier d'appartenance.

Enfin, lorsque les premiers résultats concernant la participation des femmes de 60 à 74 ans qui habitent à Rennes ont été exploités, j'ai pu commencer la deuxième partie de l'étude, à savoir établir une liste des causes possibles de la différence de participation au dépistage organisé entre les quartiers de Rennes . Cette seconde partie de l'étude nous a permis de savoir si la participation de la patientèle des médecins traitants était différente en fonction des quartiers, et s'il y avait une corrélation avec la différence de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon du quartier. L'ensemble de ces données ont été exploitées grâce au logiciel excel.

5.4.2. *Quelques données générales...*

La population totale prise en compte pour l'étude est de 12 037 femmes. Cette estimation est basée sur les chiffres du recensement de l'Insee datant de 2007.

Parmi ces femmes, il y en a 8 937 qui ont réalisé le dépistage organisé du cancer du sein et/ ou le dépistage organisé du cancer colon. Il y a donc 74,25% des

femmes qui ont réalisé au moins un des deux dépistages organisés.

Tableau 2 : Réalisation du dépistage des femmes de 60 à 74 ans à Rennes.

	Sein et colon ⁵⁴	Sein ⁵⁵	Colon ⁵⁶	Total
Nombre de femmes dépistées	4483	3324	1130	8937
Participation des femmes de 60 à 74 ans ⁵⁷	37,24%	27,61%	9,39%	74,25%

Nous remarquons dans ce premier tableau que la participation au dépistage organisé du cancer du sein est très importante à Rennes.

En effet, dans la population totale des femmes de 60 à 74 ans qui habitent à Rennes, 64,85% d'entre elles ont réalisé le dépistage organisé du cancer du sein, contre seulement 46,63% qui ont réalisé le dépistage organisé du cancer du colon, ce qui représente une différence de participation entre les deux dépistages de près de 20% dans la population totale des femmes de 60 à 74 ans.

Nous remarquons également que, parmi les femmes qui ont réalisé au moins un dépistage, il y en a 50,16% qui ont réalisé à la fois le dépistage organisé du cancer du sein et le dépistage organisé du cancer du colon. Il y a 37,19% des femmes qui ont réalisé seulement le dépistage organisé du cancer du sein, et 12,64% qui ont réalisé seulement le dépistage organisé du cancer du colon.

Ainsi nous remarquons une forte participation des femmes de 60 à 74 ans aux dépistages des cancers, car 74,25% des femmes de 60 à 75 ans ont réalisé au moins l'un des deux dépistages. Cependant, nous remarquons qu'il y a une plus faible participation au dépistage organisé du cancer du colon, qu'au dépistage organisé du cancer du sein.

5.4.3. La participation des femmes de 60 à 74 ans en fonction de leur domicile à Rennes.

54 Réalisation à la fois du dépistage organisé du cancer du sein et du dépistage organisé du cancer du colon

55 Réalisation de seulement le dépistage organisé du cancer du sein

56 Réalisation de seulement le dépistage organisé du cancer du colon

57 Mesure du nombre de femmes dépistées par rapport à la population totale de femmes de 60 à 74 ans. (12 037 femmes)

Le tableau ci-dessous représente les taux de participation de la population totale aux différents dépistages à Rennes :

Tableau 3 : Taux de participation de la population totale au dépistage du cancer à Rennes.

	Participation Sein	Participation Colon	Participation Sein et Colon	Total
Moyennes	27,42%	9,41%	38,04%	73,08%

Nous avons 12 quartiers qui composent Rennes. Nous allons maintenant étudier les taux de participation des femmes de 60 à 74 ans en fonction de ces quartiers.

Le tableau ci dessous représente les taux de participation des femmes de 60 à 74 ans en fonction du lieu du domicile à Rennes :

Tableau 4 : Participation des femmes de 60 à 74 ans aux dépistages du cancer du sein et / ou du colon en fonction du lieu de domicile.

	Sein	Colon	Sein et Colon	Sein ou Colon
Centre	33,36%	14,04%	43,42%	90,72%
Nord St Martin	32,13%	15,16%	38,99%	86,28%
Le Blosne	30,14%	8,60%	44,82%	83,56%
Thabor St Helier	32,13%	11,35%	39,37%	82,85%
Brequigny	29,40%	10,72%	42,45%	82,57%
Maurepas Patton les Gayeulles	26,28%	10,62%	39,98%	76,88%
Francisco Ferrer Vern Poterie	27,46%	7,97%	38,80%	74,22%
Villejean Beauregard	27,76%	9,25%	36,68%	73,69%
Cleunay Arsenal Redon	28,75%	7,95%	33,49%	70,18%
Sud Gare	24,09%	7,83%	30,26%	62,17%

Moulin du Comte	21,91%	6,61%	30,26%	58,78%
Beaulieu Baud	15,61%	2,82%	16,61%	35,05%

Ici sont représentés en couleur verte les quartiers où le taux total de participation est supérieur à 80% et en couleur rouge les quartiers où ce même taux est inférieur à 65%.

Nous remarquons qu'il y a une différence de participation au dépistage du cancer en fonction du lieu de résidence des femmes de 60 à 74 ans qui habitent Rennes. Ainsi, il y a 5 quartiers (Centre, Nord St Martin, Le Blosne, Thabor St Helier, Brequigny) qui ont une participation au dépistage du cancer élevée (participation supérieure à 80%), et il y a 3 quartiers (Sud Gare, Moulin du Comte, Beaulieu Baud) qui ont une participation au dépistage du cancer qui est faible (participation inférieure à 65%).

Nous pouvons donc en déduire que le lieu du domicile est un élément qui influence la participation des femmes de 60 à 74 ans aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon.

5.4.4. La participation des femmes de 60 à 74 ans en fonction de leur situation socio-économique

Dans une deuxième partie de l'étude nous avons décidé de classer ces quartiers en fonction de la situation socio-économique (défavorisé ou aisée) des femmes de 60 à 74 ans qui y habitent.

Pour se faire, nous avons utilisé deux indicateurs de l'Insee : le nombre de ménages non imposable et le nombre de personnes de 60 à 74 ans bénéficiaires de la CMUC dans ces quartiers.

Le tableau suivant détaille ces données :

Tableau 5 : Dépistage du cancer et indicateurs de précarité des femmes de 60 à 74 ans à Rennes.

Quartier	Sein ou colon	Sein et colon	sein	colon	Ménages non imposables %	Femmes bénéficiaires de la CMUC %
CENTRE	90,72%	43,32%	33,36%	14,04%	34,84%	11,00%
NORD ST MARTIN	86,28%	38,99%	32,13%	15,16%	21,27%	13,18%
LE BLOSNE	83,56%	44,82%	30,14%	8,60%	46,50%	21,01%
THABOR ST HELIER	82,85%	39,37%	32,13%	11,35%	29,85%	10,74%
BREQUIGNY	82,57%	42,45%	29,40%	10,72%	38,75%	18,22%
REPAS PATTON LES GAYEULLES	76,88%	39,98%	26,28%	10,62%	42,44%	17,17%
FRANCISCO FERRER VERN POTERIE	74,22%	38,80%	27,46%	7,97%	32,55%	14,75%
VILLEJEAN BEAUREGARD	73,69%	36,68%	27,76%	9,25%	40,25%	10,53%
CLEUNAY ARSENAL REDON	70,18%	33,49%	28,75%	7,95%	33,91%	11,56%
SUD GARE	62,17%	30,26%	24,09%	7,83%	35,73%	14,03%
MOULIN DU COMTE	58,78%	30,26%	21,91%	6,61%	35,25%	11,98%
BEAULIEU BAUD	35,05%	16,61%	15,61%	2,82%	36,72%	8,94%

Nous avons représenté en couleur verte les données où le nombre de femmes de 60 à 74 ans bénéficiaires de la CMUC est inférieur à 10%, et en rouge où ce nombre est supérieur à 15%. Nous avons également représenté en vert les données où le nombre de foyers non imposables est inférieur à 30%, et en rouge où le nombre de ces foyers est supérieur à 40%.

Avant de réaliser cette partie de l'étude, nous avons plusieurs hypothèses concernant la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon des femmes qui habitent dans les quartiers dits « défavorisés » et dans les quartiers dits « aisés ». Ainsi nous avons classé les quartiers en deux catégories : défavorisés et aisés. Cela nous permettra de savoir si la situation socio-économique des habitants du quartier a une influence sur la participation des femmes aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon à Rennes.

Les quartiers dits « aisés » sont : Centre, Thabor St Helier, Nord St Martin, Beaulieu Baud, Francisco Ferrer Vern Poterie, Sud Gare.

Les quartiers dits « défavorisés » sont : Moulin du Comte, Maurepas Patton Les Gayeulles, Cleunay Arsenal Redon, Villejean Beauregard, Le Blosne, Brequigny.

Ainsi, nous remarquons qu'il y a 3 quartiers (Le Blosne, Brequigny, Maurepas Patton les Gayeulles) qui ont un nombre élevé de ménages non imposables ainsi qu'un nombre élevé de femmes de 60 à 74 ans qui sont bénéficiaires de la CMUC. Ces données confirment l'hypothèse selon laquelle les quartiers qui ont été définis

précédemment comme « défavorisés » sont bien ceux où les indicateurs, que nous avons choisis comme représentant la précarité, sont les plus élevés.

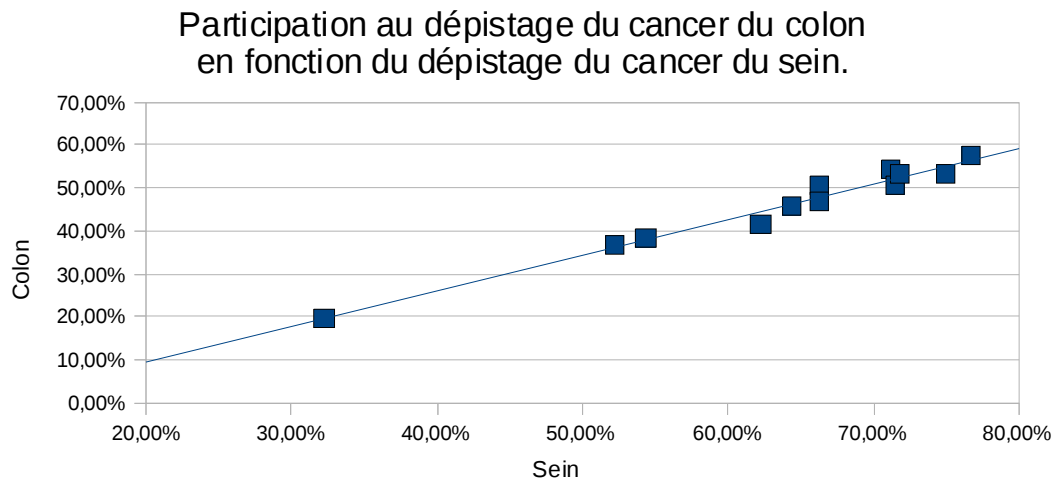
Toutefois, le quartier de Villejean Beauregard est le seul où le nombre de femmes de 60 à 74 ans bénéficiaires de la CMUC est faible et dont le nombre de ménages imposables est élevé. Nous pouvons expliquer cette donnée par le fait que ce quartier est un lieu de résidence pour de nombreux étudiants, d'où le nombre élevé de ménages non imposables.

Nous remarquons que les quartiers défavorisés (Le Blosne, Cleunay Arsenal Redon, Brequigny, Maurepas Patton les Gayeulles) ne sont pas les quartiers où l'on observe une faible participation au dépistage du cancer.

En effet les quartiers qui ont la plus faible participation au dépistage du cancer sont : Sud Gare, Moulin du Comte, Beaulieu Baud. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle les quartiers dits « défavorisés » auraient une faible participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon n'est pas vérifiée dans cette étude. Cependant, nous n'avons utilisé seulement deux indicateurs pour définir la situation de précarité (le nombre de ménages non imposables, et le nombre de femmes de 60 à 74 ans bénéficiaires de la CMUC), nous devons donc analyser cette donnée avec précaution.

Le graphique 1 représente la corrélation entre la participation au dépistage du cancer du colon et la participation au dépistage du cancer du sein entre les quartiers de Rennes. Ce graphique permettra de déterminer si la participation au dépistage du cancer du sein est proportionnellement identique à la participation au dépistage du cancer du colon.

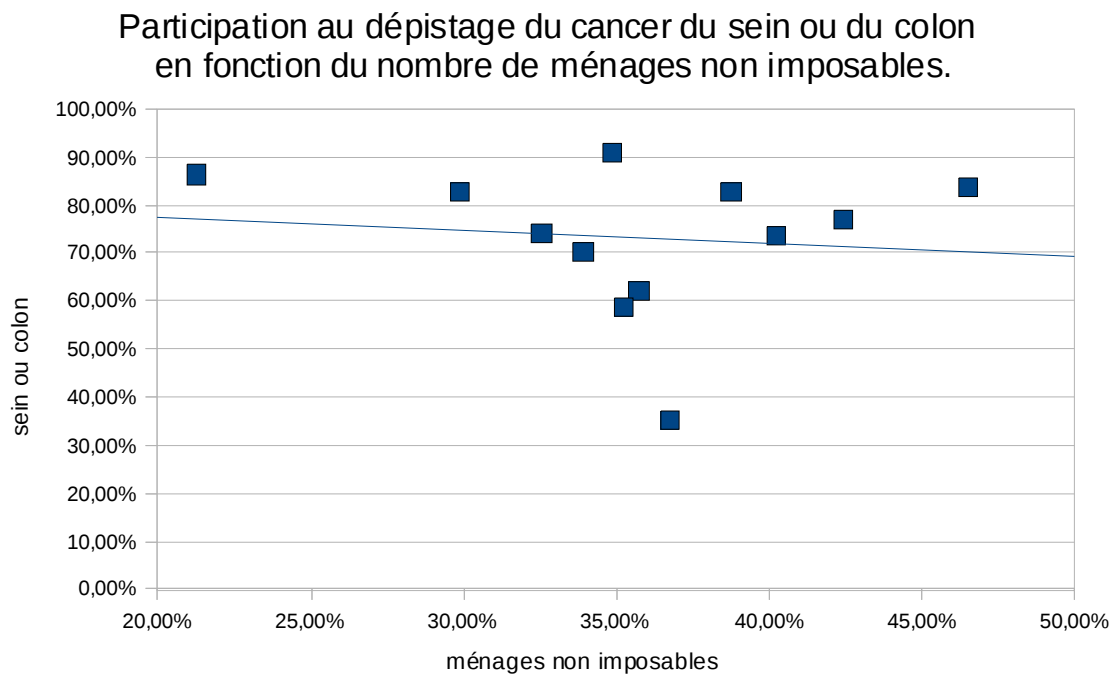
Graphique 1 :



Nous remarquons une corrélation entre la participation au dépistage organisé du cancer du sein et la participation au dépistage organisé du cancer du colon. Les quartiers qui ont une faible participation au dépistage du cancer du sein, ont proportionnellement, une faible participation au dépistage du cancer du colon, et inversement, les quartiers qui ont une participation au dépistage du cancer du sein importante, ont proportionnellement, une participation importante au dépistage du cancer du colon.

Le graphique 2 représente le lien entre la participation aux dépistages des cancers du sein ou du colon et le nombre de ménages non imposables. Ce graphique nous permettra de savoir si la participation aux dépistages est liée au nombre de ménages non imposables de ce quartier.

Graphique 2 :

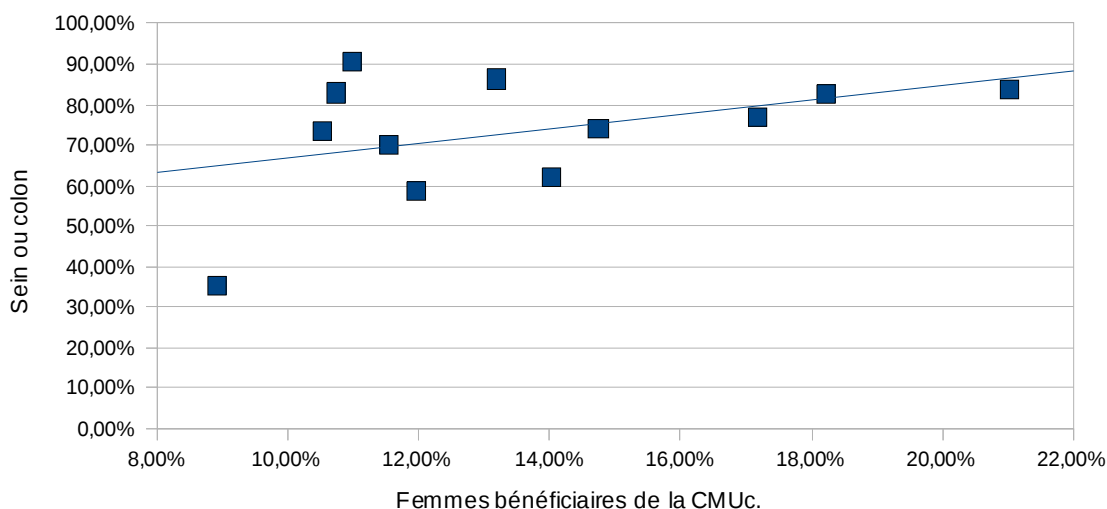


Nous remarquons un nuage de points très éparpillé, et la courbe de tendance ne permet pas de déterminer un lien significatif entre la participation aux dépistages des cancers du sein ou du colon et le nombre de ménages non imposables. Ainsi, le fait qu'il y a plus de ménages non imposables dans un quartier que dans un autre, n'influence pas la participation aux dépistages des cancers du sein ou du colon.

Le graphique 3 représente le lien entre la participation aux dépistages des cancers du sein ou du colon et le nombre de femmes bénéficiaires de la CMUc. Ce graphique nous permettra de savoir si la participation aux dépistages d'un quartier est liée au nombre de femmes bénéficiaires de la CMUc de ce quartier.

Graphique 3 :

Participation au dépistage du cancer du sein ou du colon en fonction du nombre de femmes de 60 à 74 ans bénéficiaires de la CMUc.



Nous remarquons que le nuage de points, ainsi que la courbe de tendance détermine un lien significatif entre la participation aux dépistages des cancers du sein ou du colon et le nombre de femmes de 60 à 74 ans bénéficiaires de la CMUc.

Ainsi, plus il y a de femmes bénéficiaires de la CMUc dans un quartier, plus la participation aux dépistages des cancers du sein ou du colon est élevée. Et inversement, moins il y a de femmes bénéficiaires de la CMUc, plus la participation aux dépistages des cancers du sein ou du colon est faible.

Nous pouvons donc répondre à l'une de nos hypothèses selon laquelle les quartiers où il y a le plus de personnes en situation de précarité à Rennes, ne sont pas ceux où il y a la plus faible participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon. De plus, il n'y a pas de lien entre le nombre de ménages non imposables et la participation aux dépistages des cancers, alors qu'il y a un lien significatif entre le nombre de bénéficiaires à la CMUC et la participation aux dépistages des cancers. Donc, nous ne pouvons pas affirmer que le facteur précarité explique les différences de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon entre les quartiers de Rennes.

5.4.5. L'implication des médecins traitants et l'offre de soins

Dans une troisième partie de l'étude, nous allons nous intéresser à l'offre de

soins ainsi qu'à l'implication des médecins traitants dans la participation de leurs patients aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon.

En effet, l'une des hypothèses est que la faible participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon serait due à une faible participation de la patientèle des médecins traitants, ayant pour cause possible une faible implication de ces derniers pour informer leurs patients sur le dépistage des cancers du sein et du colon.

Afin de répondre à cette hypothèse, j'ai étudié la participation de la patientèle des médecins traitants en fonction des quartiers Rennais. Cette étude ne prend en compte que les médecins traitants ayant leur cabinet à Rennes. Elle ne concerne que les personnes qui ont déclaré un médecin traitant à la CPAM.

Voici les résultats suivants :

Tableau 6 : Participation de la patientèle des médecins aux dépistages du cancer du sein et du colon à Rennes.

Quartier	Nombre de médecins généralistes	cancer du sein	cancer du colon
Beaulieu Baud	6	64,90%	40,95%
Francisco Ferrer Vern Poterie	23	61,38%	43,61%
Brequigny	14	58,04%	46,98%
Sud Gare	11	57,23%	39,04%
Le Blosne	18	57,14%	38,64%
Nord St Martin	10	57,09%	40,19%
Maurepas Patton les Gayeulles	22	56,70%	41,50%
Centre	54	56,64%	38,56%
Thabor St Helier	23	55,64%	39,65%
Cleunay Arsenal Redon	12	55,47%	37,56%
Moulin du Comte	5	52,85%	34,93%

Villejean Beauregard	13	51,54%	37,67%
----------------------	----	--------	--------

Nous remarquons qu'il y a peu de différence concernant la participation des patients des médecins traitants entre les quartiers. En effet, pour le cancer du sein la participation moyenne est de 57,05% avec un écart type de 3,49. Pour le cancer du colon, la participation moyenne est de 39,94% avec un écart type de 3,12.

Donc, nous ne remarquons pas de différence significative de participation de la patientèle des médecins traitants entre les quartiers Rennais. De plus, les quartiers où il y a une faible participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon ne sont pas ceux où la participation de la patientèle des médecins traitants est la plus faible.

Dès lors, nous pouvons dire que l'implication des médecins traitants auprès des femmes de 60 à 74 ans pour promouvoir le dépistage du cancer, est stable et régulière entre les quartiers Rennais. La différence de participation aux dépistages des cancers n'est pas due à une faible implication des médecins traitants pour informer leurs patients.

A partir de ce constat, j'ai émis l'hypothèse selon laquelle les personnes en situation de précarité, supposées être titulaire de la CMU, n'ont peut-être pas déclaré de médecin traitant. Pour vérifier cette hypothèse, j'ai posé la question suivante à la CPAM : Est-ce que les personnes titulaires de la CMU déclarent moins souvent un médecin traitant que les personnes relevant du régime général ?

La CPAM a fait une recherche et le résultat est le suivant : il y a une différence de 5% concernant la déclaration d'un médecin traitant, entre les personnes titulaires de la CMU et les personnes relevant du régime général. Les personnes titulaires de la CMU déclarent moins un médecin traitant. Ce qui peut expliquer que les personnes en situation de précarité vont moins chez le médecin, et elles n'ont pas accès à l'information que ces derniers pourraient leur donner sur le dépistage des cancers.

Nous allons maintenant étudier l'offre de soins concernant les différents quartiers Rennais par rapport à la proximité de cabinet de radiologie, de médecins

généralistes, d'hôpitaux / cliniques dans chaque quartier, ce qui pourraient expliquer la différence de participation aux dépistages des cancers.

Nous remarquons qu'il y a 2 quartiers où il n'y a ni radiologue, ni hôpital / clinique, il s'agit des quartiers de Beaulieu Baud et de Francisco Ferrer Vern Porterie.

Le manque d'offre de soins en radiologie et en hôpital / clinique dans le quartier Beaulieu Baud pourrait être une cause possible de la faible participation de ses habitants aux dépistages des cancers.

En effet, les femmes de 60 à 74 ans peuvent avoir des difficultés de transport à cause du manque de proximité avec l'offre de soins, ce qui pourrait expliquer le fait que les habitants de ce quartier participent moins aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon que le reste de la population Rennaise.

Cependant, parmi les 3 quartiers qui ont une faible participation au dépistage du cancer, il y a seulement le quartier de Beaulieu Baud dont la cause pourrait être un manque de proximité de l'offre de soins.

En effet, pour les 2 autres quartiers, Moulin du Comte et Sud Gare, ils ont au moins un radiologue, et pour Sud Gare une clinique à proximité. Pour ces 2 quartiers, le manque de proximité de l'offre de soins n'est pas une cause possible d'une faible participation de ses habitants aux dépistages des cancers.

Dans cette première partie de l'étude, qui concerne l'analyse de données, nous avons plusieurs éléments qui ont été mis en avant :

- Il y a bien des différences de participation aux dépistages des cancers du sein et du colon des femmes de 60 à 74 ans entre les quartiers Rennais. Cependant, les quartiers ayant une faible participation ne sont pas ceux qui sont définis comme défavorisés. Ainsi, la précarité ne serait pas le seul facteur explicatif de la faible participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon dans certains quartiers Rennais.
- Nous remarquons que c'est le dépistage organisé du cancer du sein qui a la plus forte participation, comparé à la participation au dépistage organisé du cancer du colon.
- L'implication des médecins traitants pour informer leur patientèle n'est pas une cause possible de la faible participation aux dépistages organisés des cancers

du sein et du colon.

– Enfin, le manque d'offre de soins peut être un facteur explicatif seulement dans un seul quartier, mais cette cause ne peut pas être généralisée à l'ensemble des quartiers Rennais.

5.5 L'enquête auprès des acteurs locaux

5.5.1. La méthode d'enquête auprès des acteurs locaux

Mon enquête s'est déroulée auprès des acteurs qui participent, de près ou de loin, au dépistage du cancer : la délégation d'Ille-et-Vilaine de la ligue contre le cancer, la CPAM, le service promotion santé et territoire de la ville Rennes, qui gère l'atelier santé ville, le comité féminin d'Ille-et-Vilaine, le Réseau Ville Hôpital de Rennes, l'association des stomisés de France, les associations caritatives (restos du coeur, secours populaire, secours catholique...).

L'objectif de cette étude est de savoir si ces acteurs notent des obstacles pour les personnes en situation de précarité pour avoir accès aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer du colon, et de connaître les actions qui sont mises en place pour promouvoir le dépistage des cancers vers les personnes en situation de précarité.

5.5.2. L'enquête auprès des acteurs du dépistage du cancer à Rennes.

Après une première partie de l'étude qui nous a révélé que la participation aux dépistages organisés des populations habitants dans les quartiers « défavorisés » de Rennes est plus élevée que la moyenne, nous avons voulu rencontrer les acteurs locaux du dépistage du cancer afin de mieux comprendre leurs actions pour promouvoir le dépistage des cancers du sein et du colon.

Cette partie relate les points importants de ces entretiens réalisés au cours de mon stage.

5.5.3. Le comité féminin d'Ille-et-Vilaine et la délégation départementale de la ligue contre le cancer.

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que l'ADECI 35 ne s'occupe pas de mettre en place des actions sur le terrain pour promouvoir le dépistage du cancer. En Ille-et-Vilaine, ce sont le comité féminin et la délégation départementale de la ligue contre le cancer qui sont les principaux acteurs qui mettent en place des actions pour sensibiliser la population sur le terrain.

J'ai donc rencontré la présidente de l'association du comité féminin d'Ille-et-Vilaine, une chargée de mission de cette association, qui a été auparavant chargée de mission à l'ADECI 35, et deux chargées de prévention de la délégation départementale de la ligue contre le cancer.

Ces structures vont à la rencontre de la population afin d'informer et de discuter du dépistage des cancers du sein et du colon auprès de la population, distribuer des brochures d'information.

Les actions qui sont le plus souvent mises en place sont des permanences lors des jours de marché où les bénévoles distribuent des brochures d'information, des jetons de caddie, des pym's.. Cette distribution permet d'entamer une première approche afin de discuter du dépistage des cancers du sein et du colon avec la population.

Il y a régulièrement des réunions / débats qui sont organisés dans les villes du département qui en font la demande, ou bien dans les cantons où la participation est plus faible que la moyenne départementale afin de promouvoir le dépistage des cancers du sein et du colon.

Cependant, ces actions qui sont menées, déjà depuis plusieurs années, ne réussissent pas à augmenter les taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon de manière significative. En effet, ces actions qui sont devenues « classiques », ne marquent plus les populations pour les inciter à réaliser le dépistage des cancers du sein et du colon.

Toutes ces actions sont réalisées principalement pendant les mois d'octobre et de mars de chaque année, qui sont respectivement les mois dédiés au dépistage du cancer du sein et au dépistage du cancer du colon. Cette saisonnalité permet cependant d'augmenter les taux de participation aux dépistages organisés des

cancers. En effet, lors des mois de mars et d'octobre nous observons des pics de réalisation des dépistages organisés des cancers du sein et du colon.

Afin que des actions soient organisées plus régulièrement tout au long de l'année, le comité féminin et la ligue contre le cancer participent également à des manifestations sportives ou culturelles pour promouvoir le dépistage du cancer. Cependant, toutes ces actions qui ont un impact positif sur la population générale, ne sont pas adaptées à des populations spécifiques comme les personnes en situation de précarité.

En effet, une action menée par une ancienne chargée mission de l'ADECI 35 au sein d'associations caritatives (secours populaire, restos du coeur...) à Rennes, a démontré qu'il faut une approche plus individualisée pour promouvoir le dépistage des cancers du sein et du colon vers les personnes en situation de précarité.

Au delà de l'information donnée sur le dépistage du cancer, c'est une prise en charge globale, en prenant en compte les difficultés sociales, professionnelles et culturelles, qui permettrait à ces personnes de réaliser le dépistage. Il faut donc prévoir un véritable accompagnement pour que les personnes en situation de précarité réalisent le dépistage, surtout concernant la population immigrée ou les personnes sans domicile fixe.

5.5.4. *L'atelier santé ville de Rennes.*

J'ai rencontré la responsable de l'atelier santé ville de Rennes, ainsi que sa stagiaire. L'atelier santé ville de Rennes, qui est géré par le service promotion santé territoire de la ville de Rennes, dont les locaux de « pause santé » sont situés dans le quartier du Blosne à Rennes, organise des actions de communication autour de la santé. Ces actions peuvent être à destination de toute la population Rennaise ou seulement à destination des habitants du quartier du Blosne.

Le local de « Pause Santé » est une structure au sein de laquelle les habitants du quartier du Blosne peuvent se rendre pour poser des questions, ou s'informer sur la santé. C'est dans cet objectif que la responsable de cette structure organise des activités autour de la santé comme des ateliers cuisine ou de la sophrologie.

Le réseau qui a été mis en place avec les habitants de ce quartier depuis quelques années, a permis de questionner les habitants sur leurs besoins en matière de santé. Ainsi, il est apparu que le cancer et le dépistage du cancer est un sujet important pour les habitants de ce quartier, qui est défini comme un quartier « défavorisé », ou il y a beaucoup de personnes en situation de précarité.

Cette structure, qui déploie son action au coeur d'un quartier « défavorisé » de la ville de Rennes, souligne que le sujet du cancer et de son dépistage est très important pour ses habitants. En effet, il y a régulièrement des habitants qui viennent à « Pause Santé » pour avoir des renseignements sur le cancer, les facteurs de risques, la procédure à suivre pour se faire dépister, les traitements pour le guérir.

C'est dans l'optique de renseigner l'ensemble de cette population que l'Atelier Santé Ville a décidé de mettre en place une action commune avec d'autres acteurs locaux du dépistage du cancer, afin de promouvoir le dépistage du cancer au sein du quartier du Blosne.

5.5.5. Le réseau ville hôpital de Rennes.

Afin de mieux connaître les différentes stratégies qui existent pour promouvoir le dépistage des cancers vers les personnes en situation de précarité, j'ai rencontré le Réseau Ville Hôpital (RVH) de Rennes. C'est une association qui se situe également dans le quartier du Blosne, et qui s'occupe de la santé des personnes en situation de précarité et plus particulièrement de la population immigrée. En effet, le RVH s'organise autour de plusieurs pôles dont l'un qui concerne le dépistage de la tuberculose depuis 2010.

En effet, la tuberculose est une maladie dont le nombre de cas est en constante augmentation, ce qui reflète les conditions de vie précaires de la population de ce quartier. Cependant cette maladie est plus fréquente chez la population immigrée et chez les personnes sans domicile fixe. C'est pourquoi le dépistage de la tuberculose est important, le RVH a adopté une stratégie spécifique afin d'inciter ces personnes à venir se faire dépister.

Le RVH organise une fois par an une action sur le terrain pour dépister la tuberculose. Cette action est particulièrement dirigée vers les personnes en situation de précarité (SDF, immigrés...). Cette action a beaucoup de succès, car cette année, l'action se déroulait le 24 mars 2011, lors de la journée mondiale de lutte contre la tuberculose, et le nombre de personnes qui se sont présentées pour réaliser le dépistage a été si important que tous les dépistages n'ont pas pu être réalisés dans la journée.

Cette action a été précédée d'actions de communication autour du dépistage de la tuberculose vers les personnes en situation de précarité. Cette action est réalisée sous forme de jeu de questions / réponses sur le dépistage de la tuberculose.

Afin d'avoir la maximum de personnes à participer à cette action, cette action de communication a été clôturée par la distribution d'un goûter, qui est la principale source de motivation des personnes pour venir participer à cette action.

En parallèle à cette action de communication, le RVH a distribué des brochures d'information et des affiches dans les lieux les plus fréquentés par les personnes en situation de précarité, comme la structure du « puzzle » ou le restaurant « le fourneau ».

Le jour du dépistage, le RVH a loué un camion de radiologie afin de réaliser une radio des poumons, afin de déterminer la présence de la tuberculose. Une convention passée avec le CHU de Rennes leur a permis d'avoir un radiologue du CHU à disposition, ainsi qu'un interne qui a aidé les personnes à remplir un questionnaire anonyme, préalablement à la réalisation de la radio.

Afin d'attirer le plus de personnes pour réaliser le dépistage, cette action s'est également clôturée par la distribution d'une collation.

Cette action a été un véritable succès en 2011, car plus de 60 personnes se sont présentées, et 51 radios ont été réalisées.

Le RVH organisé également un véritable suivi des personnes atteintes de la tuberculose par les médecins du RVH, mais également par une assistante sociale. La présence de l'assistante sociale permet aux personnes atteintes de la tuberculose d'être accompagnées dans les démarches pour rechercher un logement, faire des demandes d'aides sociales, de rechercher un emploi...

Cet accompagnement est indispensable, car les conditions de prise du traitement contre la tuberculose sont particulièrement exigeantes.

De plus, le RVH dispose d'un pôle interprétariat afin que la barrière de la langue ne soit pas un obstacle. C'est donc une approche globale qui est organisée au RVH de Rennes autour du dépistage de la tuberculose vers les personnes en situation de précarité.

Dans cette partie nous avons pu remarquer que les actions « classiques » pour promouvoir le dépistage du cancer ne sont pas adaptées pour les personnes en situation de précarité. En effet, pour augmenter la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon des personnes en situation de précarité, il est préférable de mettre en place un accompagnement individualisé pour leur santé, mais également concernant leur situation professionnelle, sociale et familiale.

Car, comme l'affirme la pyramide de Maslow, il faut d'abord que les besoins d'ordres inférieurs soient atteints pour qu'une personne passe à un besoin d'ordre supérieur.

Or, pour les personnes en situation de précarité, les besoins primaires ne sont pas totalement satisfaits, et la santé, ne faisant pas parti de leurs besoins primaires, n'est pas une priorité. Il faut donc satisfaire les besoins primaires pour que les personnes en situation de précarité soient dans la capacité de réaliser le dépistage organisé des cancers du sein et du colon.

5.6 Les limites de l'étude

Cette étude ne concerne qu'une partie de la population concernée par le dépistage du cancer du sein et du cancer du colon, en ne prenant en compte seulement les femmes de 60 à 74 ans. Nous ne pourrions faire que des suppositions concernant le comportement des personnes qui n'ont pas été prises en compte dans l'étude.

Il aurait été intéressant de travailler à l'échelon de l'Iris, ce qui aurait permis d'avoir des résultats plus précis sur la participation des populations aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon, mais compte tenu de la durée du stage, cette étude n'était pas envisageable.

De plus, cette étude a seulement pris en compte le dépistage organisé du cancer du sein et le dépistage organisé du cancer du colon. Le dépistage individuel des personnes en situation de précarité n'a pas été étudié.

Nous allons maintenant nous intéresser aux différentes actions qu'il serait intéressant de mettre en place pour promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et du colon vers les personnes en situation de précarité.

6. Les préconisations.

Dans cette partie, je vais développer quelques actions à mettre en place en Ille-et-Vilaine pour augmenter la participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon.

6.1 Location d'un camion de radiologie pour le dépistage organisé du cancer du sein dans les cantons où la participation est faible.

A l'instar de ce qu'organise le RVH pour sa campagne annuelle de dépistage de la tuberculose, nous avons remarqué qu'il y a certains quartiers de Rennes, mais également cantons en Ille-et-Vilaine, où il y a une plus faible participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein.

L'Objectif de cette action est de réaliser le dépistage du cancer du sein dans un camion équipé d'un appareil radiologique permettant de réaliser des mammographies. Puis, par la présence d'un radiologue, de réaliser un examen clinique des seins, et de faire une première interprétation des résultats qui sont transmis à la patiente. La mammographie sera directement transmise à l'ADECI pour seconde lecture.

Cette action pourra être réalisée dans des lieux que les femmes fréquentent

régulièrement dans les quartiers de Rennes et les cantons, comme les marchés, les centres commerciaux, les places en face des Mairies, au sein de clinique ou d'hôpitaux etc... Cette action pourra être réalisée dans le cadre d'Octobre rose et de Mars bleu qui sont les mois de promotion du dépistage du cancer du sein et du cancer du colon au niveau national.

Nous pouvons espérer une augmentation de la participation au dépistage du cancer du sein dans les quartiers ou les cantons qui ne disposent pas de cabinet de radiologie.

6.2 Création de brochures d'information en plusieurs langues.

Actuellement, l'ADECI ne dispose que d'une seule version de la brochure d'information concernant le dépistage du cancer du sein, et d'une seule brochure d'information concernant le dépistage du cancer du colon.

Cependant, certaines catégories de population, surtout les personnes immigrés, ne comprennent pas les termes qui sont utilisés dans ces brochures.

C'est pourquoi je préconise la réalisation d'une brochure d'information en plusieurs langues pour faciliter la compréhension du dépistage du cancer des personnes qui ne comprennent pas le français. Cette brochure pourra être réalisée en collaboration avec le Réseau Ville Hôpital de Rennes qui dispose d'un pôle interprétariat.

Cette brochure pourra être réalisée dans les 4 langues les plus rencontrées qui sont l'Arabe, l'Anglais, le Russe, et le Roumain. Il y aura donc une brochure unique en Français avec les informations qui seront traduites en Arabe, Anglais, Russe et Roumain.

L'objectif étant que la majorité des personnes aient accès à l'information, et que la barrière de la langue ne soit plus un obstacle pour réaliser le dépistage.

Ces brochures seront ensuite distribuées par l'ADECI 35 dans le cadre du dépistage organisé des cancers du colon et du sein, et par le comité féminin d'Ille-et-Vilaine et la ligue contre le cancer lors d'actions auprès de la population.

6.3 Actions au sein des associations caritatives lors des mois d'octobre rose et mars bleu pour promouvoir le dépistage du cancer.

Les associations caritatives telles que les restos du coeur, le secours populaire, le secours catholique, et la croix rouge, sont des structures qui sont très importantes pour les personnes en situation de précarité.

Ainsi, je préconise une action au sein de ces associations par des membres du comité féminin d'Ille-et-Vilaine, ou de la ligue contre le cancer, afin de promouvoir le dépistage du cancer du sein pendant le mois d'octobre, qui est le mois consacré au dépistage du cancer du sein, et pendant le mois de mars pour promouvoir le dépistage du cancer du colon, qui est le mois consacré au dépistage du cancer du colon.

6.4 Action pour les mois d'octobre rose et mars bleu impliquant les habitants du quartier du Blosne.

De plus, au cours de mon stage, j'ai élaboré un projet d'action en collaboration avec l'Atelier Santé Ville de Rennes, avec la participation de la CPAM, de l'ADECI, de la délégation départementale de la ligue contre le cancer et du comité féminin d'Ille-et-Vilaine.

Cette action mobilisera ces acteurs pendant les mois de mobilisation nationale pour la promotion du dépistage organisé des cancers du sein et du colon, qui sont le mois d'octobre pour le cancer du sein, et le mois de mars pour le cancer du colon.

Elle prendra la forme d'une réunion / débat pour Octobre rose 2011. L'objectif de cette première étape sera de mobiliser les habitants autour du cancer. La réunion se déroulera à « Pause Santé » avec les habitants. Cette réunion se fera sous forme de d'échanges avec les habitants afin d'aborder les craintes et réticences individuelles face au dépistage. L'objectif de cette réunion est de sensibiliser les habitants afin que certains deviennent des relais d'information vers les habitants

du quartier.

Pour cela, nous proposerons la création de supports de communication en collaboration avec les professionnels pour Mars bleu 2012.

Entre Octobre rose 2011 et Mars bleu 2012, les habitants qui souhaiteront s'impliquer dans la réalisation de supports d'information se réuniront régulièrement au sein des locaux de « Pause Santé ». Cette réalisation se fera en collaboration avec les différents acteurs qui soutiendront et accompagneront les habitants dans cette démarche.

Enfin, les habitants pourront distribuer lors de la campagne de Mars bleu 2012 les supports d'information qui ont été créés, lors des jours de marché, dans les centres commerciaux et dans les lieux de fréquentation des habitants au sein du quartier du Blosne.

Les objectifs de cette action sont d'augmenter les taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon au sein du quartier du Blosne, et de promouvoir une action participative au sein des habitants de ce quartier par rapport au cancer.

Cette action devra être renouvelée régulièrement pendant plusieurs années afin de remarquer une évolution significative des taux de participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du cancer du colon.

Cette action sera évaluée qualitativement et quantitativement.

L'évaluation quantitative permettra de savoir si on observe une augmentation de la participation de la population habitant le quartier du Blosne au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer du colon.

L'évaluation qualitative permettra de savoir si cette action a permis d'enlever certains freins et barrières au dépistage. Cela permettra également d'évaluer le ressenti des habitants qui ont participé à la mise en place de cette action.

Conclusion

La question de la prévention et de la promotion du dépistage des cancers est un véritable enjeu. Les évolutions de la société et des conditions économiques, sociales et culturelles obligent les politiques à adapter leurs stratégies de communication.

L'objectif de cette étude était de décrire les comportements des personnes en situation de précarité vis-à-vis de leurs participations aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer du colon dans les quartiers Rennais. Elle a permis de mettre en évidence que des différences significatives de participation entre les quartiers, et le fait que ce ne sont pas dans les quartiers dits « défavorisés » qu'il y a la participation la plus faible.

Cependant, nous devons analyser ce résultat avec précaution car nous avons seulement utilisé 2 indicateurs pour identifier la situation de précarité de la population de ces quartiers.

Aujourd'hui, de nombreux acteurs se sont mobilisés autour d'une expérimentation qui voit le jour dans le quartier du Blosne, à travers une action qui va promouvoir le dépistage des cancers par et pour les habitants de ce quartier.

Bibliographie

Ouvrages et Manuels :

Le dépistage du cancer du sein : Un enjeu de santé publique R. Ancelle Park
Springer Paris

Health inequalities G. Davey Smith 2003

Inégaux face à la santé A. Leclerc M. Kaminski T. Lang 2008

« Concilier santé publique et citoyenneté. Soleil Santé : une expérience participative sur le dépistage du cancer du sein » Association de Recherche et de Dépistage des Pathologies du Sein en Seine-Saint-Denis (ARDEPASS) 2006.
49p.

Rapports, Etudes et Mémoires :

Rapport InVS : Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein Février 2011

Rapport InVS : Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du colon Mars 2011

Rapport InVS : Dépistage organisé du cancer du sein Evaluation épidémiologique Année 2005

Rapport INCa : La situation du cancer en France en 2010 Mars 2011

Rapport INCa : La situation du cancer en France Octobre 2009

Rapport INCa : Comment mieux prendre en compte les inégalités sociales dans les stratégies d'information mises en place par l'INCa. 2006

Plan Cancer 2009-2013 : 5 axes, 30 Mesures et 118 Actions Novembre 2009

Rapport d'activité 2010 : Association pour le Dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine Mars 2011

Rapport d'activité 2010 : Indicateurs de la 7ème campagne de dépistage du cancer du sein Association pour le Dépistage des cancers en Ile-et-Vilaine Mars 2011

Rapport Comité Français d'Education pour la Santé : Baromètre Santé 2000 – Résultats Volume 2

Rapport du Haut Comité de la Santé Publique : La santé en France 2002

Rapport du Pr Grünfeld : Recommandations pour le plan cancer 2009-2013, Février 2009

Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Assemblée nationale session ordinaire de 2003-2004

Etude barométrique INCa/BVA : Les Français face au dépistage du cancer 2009

Etude Haut Conseil de la Santé Publique : La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé 1998

Etude : Vulnérabilité sociales, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens P. Chauvin P. Parizot 2007

Etude Point Précarité Santé : Dépistage et Précarité : une recherche d'actions en Isère avril 2010

Etude ADECI 35 – ICONES : Etudes des méthodes de recueil et des motifs de non participation aux dépistages organisés ou à leurs examens complémentaires, 2005

Etude ADECI 35 – ICONES – Comité féminin d'Ille-et-Vilaine : Dépistage des cancers et population en situation de précarité : conception, mise en oeuvre et évaluation d'une action exploratoire de sensibilisation, évaluation qualitative des facteurs de participation et de non participation aux dépistages, 2009.

Module interprofessionnel de santé publique « Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en Bretagne : enjeux et faisabilité » EHESP 2009

Module interprofessionnel de santé publique « recours aux soins et suivi médical des personnes en situation de précarité sociale » EHESP 2007

Pratiques en santé précarité : la santé publique à l'épreuve du terrain : repères à l'usage des professionnels de terrain et des services déconcentrés de l'Etat, Direction Générale de la Santé, 1997

Revues et Articles :

« Je ne m'occupe pas de ces patients » - testing sur les refus de soins des MG pour les bénéficiaires de la CMU ou de l'AME dans 10 villes de France, Médecins du Monde, Coordination Mission France, octobre 2006, p.4

« **Les causes de l'augmentation du cancer en France** » Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) Questions de santé publique avril 2009. 4.

« **Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe** » JP. Mackenbach, AE. Kunst Europe Lancet. 1997. 349 : 1655-1859

« **Les disparités de recours aux soins** » P. Mormiche Economie et statistiques 1993. 265 : 45-52

« **L'inégalité sociale devant la mort** » G. Desplanques Economie et statistiques. 1984. 162 : 29-50

« **Socioeconomic and geographic determinants of survival of patients with digestive cancer in France** » O. Dejardin L. Remonter AM. Bouvier A. Danzon B. Tretarre P. Delafosse British Journal of Cancer. 2006. 95(7) : 944-9

« **Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité** » A. Le Cain P. Mourouga La santé de l'Homme. 2005. 375 : 34-36.

« **Social determinants of access to reference care centres for patients with colorectal cancer – A multilevel analysis** » S. Blais O. Dejardin S. Boutreux G. Launoy Eur J Cancer Prev. 2006. 42(17) : 3041-8.

« **Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France : differences between intention to participate and actual participation** » C. Herbert G. Launoy M. Gugnoux Eur J Cancer Prev. 1997. 6(1) : 44-52.

« **Predictors of colorectal cancer screening participation in the United States** » G. Ioannou M. Chapko J. Dominitz Am J Gastroenterol. 2003. 98(9) : 2028-91.

« Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999 » R. Ancelle R. Park J. Nicolau et les coordonnateurs des centres de dépistage départementaux du cancer du sein. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2001. 27 : 127-9.

« A comparison of two Native American Navigator Formats : Face-to-Face and Telephoning » MB. Dignan L. Burhansstipanoc J. Hariton Cancer Culture and Literacy Supplement. Cancer Control. 2005

« Seine-Saint-Denis : intégrer les habitantes éloignées du dépistage du cancer du sein » Y. Mouhoub. INPES coll. Santé en Action, Réduire les inégalités sociales en santé. 2010. p 239-247.

« Facteurs économiques et géographiques de participation au dépistage organisé du cancer du colon » Ponet Dejardin Morlais Bouvier Launoy. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2008. Page

Ressources Sites Internet :

Ministère de la Santé : www.sante.gouv.fr

Institut National du Cancer (INCa) : www.e-cancer.fr

Haute Autorité de Santé (HAS) : www.has-sante.fr

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) :
www.afssaps.sante.fr

Institut de Veille Sanitaire (InVS) : www.invs.sante.fr

La Ligue contre le cancer : www.ligue-cancer.net

Liste des annexes

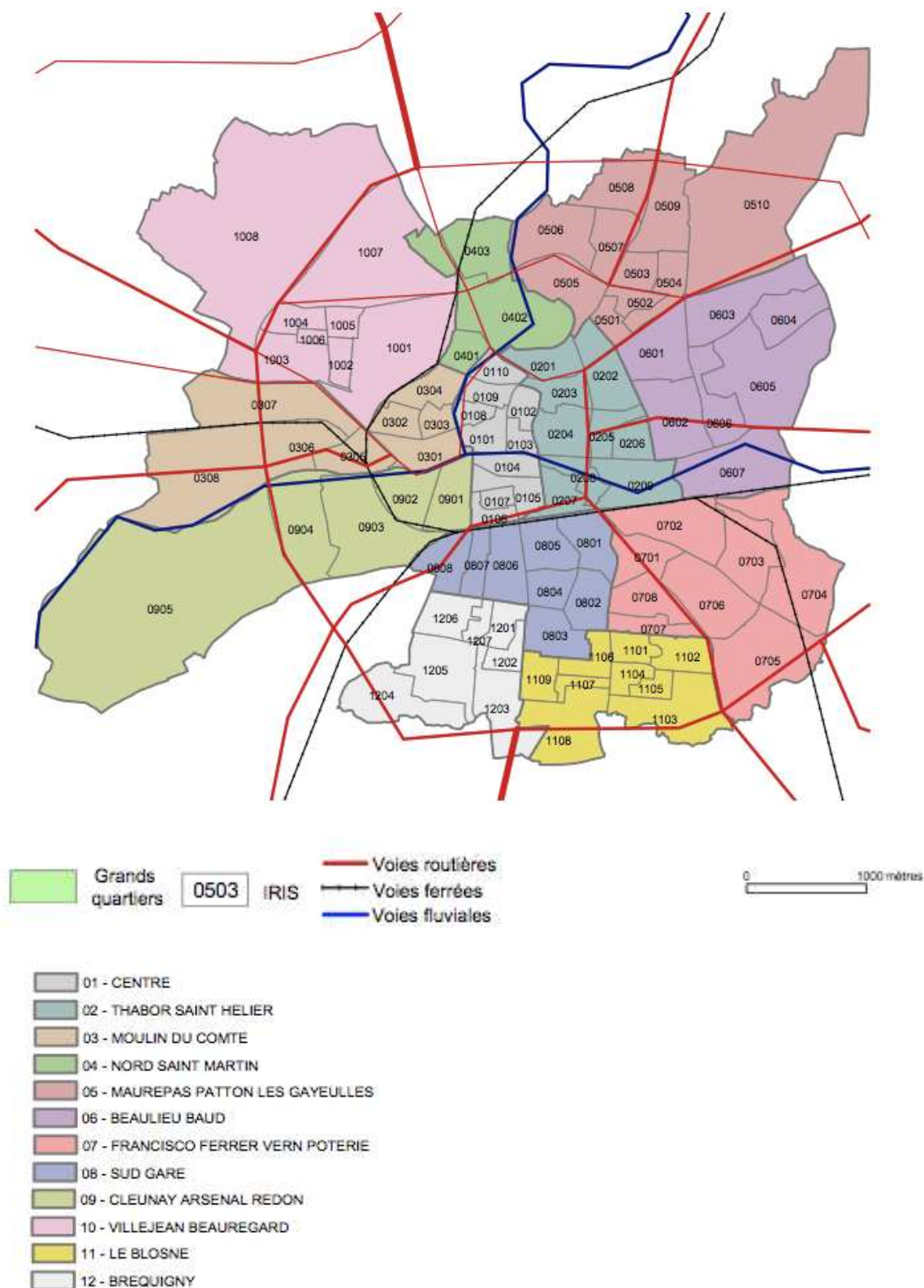
Annexe 1 : Carte des quartiers de Rennes

Annexe 2 : Grille d'entretien des acteurs du dépistage

Annexe 3 : Plan cancer 2009-2013

Annexe 4 : Axe Prévention-Dépistage, Plan Cancer 2009-2013

Annexe 1 : Carte des quartiers de Rennes.



Source : INSEE Plan d'assemblage des grands quartiers 2000

Annexe 2 : Grille d'entretien des acteurs du dépistage.

Enquête sur la participation des personnes en situation de précarité au dépistage du cancer du sein et du cancer du colon.

Présentation de l'étude

Présentation de l'acteur

Question 1 : Comportement des bénéficiaires de la structure.

Age, sexe, situation familiale, situation professionnelle, statut socio-économique.

Question 2 : Opinion sur la plus faible participation des personnes en situation de précarité au dépistage du cancer du sein et du colon à Rennes.

Question 3 : Quels sont les demandes des personnes en situation de précarité au sein de la structure ? Il y-t-il un suivi qui est organisé pour cette population ?

Vis-a-vis de la santé en générale, vis-a-vis du dépistage du cancer du sein et du colon.

Question 4: Opinion sur le dépistage organisé et sur le dépistage individuel du cancer du sein et du cancer du colon.

Au niveau national.

Au niveau local.

Au sein de la structure.

Question 5 : Opinion sur les stratégies de communication mises en place pour promouvoir le dépistage du cancer du sein et du colon vers la population générale, et vers les personnes en situation de précarité.

Au niveau national.

Au niveau local.

Au sein de la structure.

Question 6 : Les outils et les actions qui sont mises en place pour promouvoir le dépistage du cancer vers les personnes en situation de précarité au sein de la structure.

Question 7 : Souhait et attentes pour une meilleure participation au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer du colon.

Au niveau national.

Au niveau local.

Plan cancer 2009-2013

5 axes, 30 mesures et 118 actions

5 AXES

RECHERCHE

5 mesures – 26 actions

- Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

Mesures 1 à 5

OBSERVATION

4 mesures – 12 actions

- Mieux connaître la réalité des cancers en France

Mesures 6 à 9

PRÉVENTION – DÉPISTAGE

8 mesures – 37 actions

- Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Mesures 10 à 17

SOINS

7 mesures – 27 actions

- Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Mesures 18 à 24

VIVRE PENDANT ET APRES UN CANCER

6 mesures – 16 actions

- Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion

Mesures 25 à 30

Axe Prévention Dépistage

**Prévenir pour éviter des cancers
ou réduire leur gravité**

8 MESURES

PRÉVENTION

MESURE 10 : POURSUIVRE LA LUTTE CONTRE LE TABAC.

MESURE 11 : PROMOUVOIR DES ACTIONS DE PRÉVENTION
SUR LES LIENS ENTRE L'ALIMENTATION,
L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LES CANCERS.

MESURE 12 : RENFORCER LA PRÉVENTION DES CANCERS
LIÉS À L'ENVIRONNEMENT EN PARTICULIER
DANS LE DOMAINE PROFESSIONNEL.

MESURE 13 : PRÉVENIR LES CANCERS D'ORIGINE INFECTIEUSE.

DÉPISTAGE

MESURE 14 : LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS
ET DE RECOURS AU DÉPISTAGE.

MESURE 15 : AMÉLIORER LA STRUCTURATION DU DISPOSITIF
DES PROGRAMMES NATIONAUX DE DÉPISTAGE
ORGANISÉ DES CANCERS.

MESURE 16 : IMPLIQUER LE MÉDECIN TRAITANT DANS
LES PROGRAMMES NATIONAUX DE DÉPISTAGE
ET GARANTIR L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX TECHNIQUES
LES PLUS PERFORMANTES SUR L'ENSEMBLE
DU TERRITOIRE.

MESURE 17 : ASSURER UNE VEILLE SCIENTIFIQUE ET AMÉLIORER
LES CONNAISSANCES EN MATIÈRE DE DÉTECTION
PRÉCOCE DES CANCERS.

FEVRIER	Marine	05/07/11
Master 2 PPASP Promotion 2011		
La participation au dépistage organisé du cancer du sein et du colon des personnes en situation de précarité à Rennes.		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP Rennes et Sciences Po Rennes		
Résumé : Ce mémoire présente les résultats d'une étude réalisée durant un stage effectué de février à juillet 2011 au sein de l'ADECI 35. L'étude a été menée à Rennes sur la participation des personnes en situation de précarité au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage organisé du cancer du colon. Cette étude est composée de deux volets : une analyse de données et une enquête auprès des acteurs locaux du dépistage. L'objectif est de pouvoir décrire et comprendre les comportements de cette partie de la population vis-a-vis du dépistage organisé des cancers, afin de pouvoir mettre en place des actions pour améliorer leur participation. Cette étude porte sur les femmes de 60 à 74 ans, habitants à Rennes, ayant réalisées ou pas le dépistage du cancer du sein et/ou du colon depuis 4 ans. Le canton de Rennes a été divisé en quartiers pour comparer la participation entre les quartiers dits « aisés » et les quartiers dits « défavorisés », afin de pouvoir mesurer si la participation au dépistage organisé du cancer du sein et au dépistage du cancer du colon sont plus faibles dans les quartiers dits « défavorisés » que dans les quartiers dits « aisés ». Les résultats ont démontrés que la participation est généralement plus faible au dépistage organisé du cancer du colon qu'au dépistage organisé du cancer du sein. De plus, nous remarquons une différence significative de participation aux dépistages organisés entre les quartiers. Cependant, ce n'est pas dans les quartiers dits « défavorisés » ou il y a la plus faible participation aux dépistages organisés des cancers du sein et du colon.		
Mots clés : Dépistage organisé ; Dépistage individuel ; Cancer du sein ; Cancer du colon ; Personnes en situation de précarité ; Rennes ; ADECI 35 ; Participation au dépistage organisé		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		