

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**INTERET DE LA PARTICIPATION DES ÉTABLISSEMENTS
PUBLICS DE SANTÉ AU DEPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER
DU SEIN DANS LE DÉPARTEMENT DU PAS-DE-CALAIS**

– Groupe n°23–

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| – Alain BARTHELEMY | – Angéline FERNANDES |
| – Franck BRIDOUX | – Cécile JOST |
| – Catherine BRUCKERT | – Florence KANIA |
| – Guillaume du CHAFFAUT | – Marie LECUYER |
| – Stéphane EROUART | |

Animatrice :

Dr Isabelle LOENS,

DRASS Nord-Pas-de-Calais

S o m m a i r e

Introduction	1
1 Le cancer du sein : d’une problématique mondiale de santé publique à la mise en œuvre du dépistage organisé dans le Pas-de-Calais	5
1.1 Une problématique mondiale de santé publique	5
1.2 La prise en charge du cancer du sein se fait dans le cadre d’une filière pluridisciplinaire	6
1.3 Le Plan cancer prévoit la mise en place d’un dépistage organisé du cancer du sein.....	7
1.3.1 Le cadre réglementaire	7
1.3.2 Les modalités du dépistage organisé du cancer du sein	8
1.3.3 Une mobilisation de moyens sans précédent.....	10
1.4 Modalités du dépistage organisé dans le Pas-de-Calais	10
1.4.1 Le contexte départemental et les problématiques locales de santé publique.	10
1.4.2 Le dépistage organisé du cancer du sein dans le Pas-de-Calais	11
2 De l’intérêt de la participation des établissements publics de santé au dépistage organisé du cancer du sein.....	12
2.1 La participation des établissements publics de santé au dépistage organisé est aujourd’hui limitée	12
2.2 Néanmoins, cette participation peut présenter certains avantages pour la collectivité.....	14
2.3 Par ailleurs, cette participation est un enjeu pour l’hôpital public	16

3	Propositions pour accroître la participation des établissements publics de santé au dépistage organisé et parvenir au respect des règles de qualité et de sécurité des soins.....	19
3.1	Afin d’accroître la participation de l’hôpital au dépistage organisé, des mesures internes doivent être développées	19
3.2	L’hôpital peut, par ailleurs, réaliser certaines actions en collaboration avec d’autres acteurs	21
3.3	A terme, le retrait des agréments pourrait être envisagé	23
	Conclusion.....	24
	Bibliographie.....	25
	Liste des annexes	Erreur ! Signet non défini.

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

Les membres du groupe souhaitent en premier lieu remercier le Dr Isabelle LOENS, Médecin inspecteur de santé publique à la DRASS Nord-Pas-de-Calais, et animatrice de ce groupe de travail interprofessionnel. Par son accompagnement et sa connaissance du sujet, essentiels lors de la phase de définition et d'orientation du travail, elle a été d'une grande aide à la réalisation de ce rapport. Souhaitons qu'il lui soit utile dans le cadre de la révision du SROS III dans lequel la région est engagée.

Nous remercions également l'ensemble des professionnels interrogés lors de nos entretiens. Qu'ils soient directeurs d'hôpital, radiologues, chirurgiens, médecins DIM, responsables d'associations ou représentants de l'Assurance Maladie, tous se sont montrés disponibles et ont accepté de se plier à l'exercice de l'entretien téléphonique. Ils nous ont ainsi fait partager leurs expériences et leurs réflexions sur ce sujet passionnant mais relativement sensible dans le département du Pas-de-Calais.

Nous saluons également le travail effectué par l'équipe organisatrice du Module Interprofessionnel de Santé Publique 2008 : le responsable du MIP pour ses conseils et son soutien dans le cadre de la réorientation de notre sujet, et le secrétariat pour son aide indispensable à la réalisation de ce travail dans de bonnes conditions matérielles.

Liste des sigles utilisés

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DO : Dépistage Organisé

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

INCa : Institut National du Cancer

MIP : Module InterProfessionnel (de santé publique)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

Introduction

Chaque année, dans le monde, plus de six millions de décès sont attribués au cancer, ce qui conduit l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à le qualifier de « fardeau mondial ». Dans les pays industrialisés, il est la deuxième cause de mortalité, derrière les maladies cardio-vasculaires.

En France, près de 300 000 nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués chaque année, dont 58% chez l'homme et 42% chez la femme. Plus de 150 000 décès étaient attribués au cancer en 2005¹.

Définie comme une priorité nationale par le Président Chirac lors de son second mandat, la lutte contre le cancer a fait l'objet d'un plan pluriannuel doté de moyens financiers importants. L'objectif national était de réduire de 20% la mortalité par cancer en France. Le Plan Cancer comprenait 70 mesures réparties en sept chapitres : prévenir, **dépister**, soigner, accompagner, former, comprendre et découvrir.

Ce plan prévoyait l'organisation d'un dépistage systématique, au sein de populations cibles, pour trois types de cancer : les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. En ce qui concerne le cancer du sein, le dépistage organisé, expérimenté dans certains départements depuis 1989 (depuis 1996 dans le département du Nord par exemple), a été généralisé à tous les départements à partir de 2003.

Des structures départementales de gestion, garantes de la qualité du dispositif grâce à un cahier des charges précis, se chargent d'agréeer les radiologues, publics comme privés, qui participent à ce dépistage organisé.

¹ Données INSEE

Dans le Pas-de-Calais, les mammographies de dépistage sont majoritairement réalisées par le secteur privé – 96,5% selon l’association OPALINE 62, chargée de l’organisation du dépistage dans le département. Néanmoins, certains radiologues publics ont demandé à intégrer le dispositif en 2004 et 2005². Parmi eux, certains ne remplissent pas ou plus les conditions d’agrément.

En préliminaire à la révision du SROS 3 Nord-Pas-de-Calais en 2008, ce travail, mené par des étudiants de l’Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes, fait l’état des lieux du dépistage organisé du cancer du sein dans les établissements publics du Pas-de-Calais. Eclairé par l’avis des différents acteurs de santé concernés, il interroge l’intérêt de la participation du secteur public à ce dépistage organisé. Les conclusions se voudront les plus larges possibles, d’autres départements étant concernés par la même problématique.

En accord avec le responsable du MIP et l’animatrice du groupe, le sujet initial, qui portait sur l’évaluation de l’implication des établissements publics de santé dans le dépistage organisé du cancer du sein, a été modifié. Dans sa nouvelle formulation, il élargit le champ d’investigation en s’interrogeant sur l’opportunité pour ces établissements, de participer au dispositif.

Par ailleurs, le travail s’est cantonné au département du Pas-de-Calais. En effet, les relations entre la structure de gestion et les institutions financières (Assurance Maladie et DRASS) s’étant détériorées dans le département du Nord, il n’est pas apparu opportun d’y mener actuellement cette enquête.

Après avoir analysé des données statistiques sur le sujet, il est apparu que certains radiologues publics n’atteignaient pas les seuils d’activité minimaux imposés par la réglementation en vigueur. Le groupe s’est dès lors interrogé sur les avantages et les inconvénients d’un maintien ou d’un retrait des établissements publics dans le dépistage organisé, pour la collectivité comme pour les établissements eux-mêmes.

² Une carte, jointe en annexe 2 de ce travail, détaille l’implantation des radiologues, hospitaliers et libéraux, participant au dépistage organisé du cancer du sein dans le département.

Méthodologie

Pour répondre à l'objectif de l'étude, le groupe a travaillé en deux temps. En premier lieu, il a recueilli des données statistiques :

- données épidémiologiques mondiales, nationales et régionales sur le cancer du sein,
- données sur l'activité des radiologues agréés publics et privés, dans le Pas-de-Calais, dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

Après analyse de la réglementation en vigueur, des éléments bibliographiques ont également été recueillis :

- éléments tirés de revues de santé publique sur le dépistage organisé du cancer du sein (*Revue hospitalière de France, Revue d'épidémiologie et de santé publique, Revue de la société française de santé publique*),
- éléments sur l'organisation du dépistage des cancers dans la région Nord-Pas-de-Calais (documents de la DRASS),
- éléments tirés de travaux de recherche antérieurs (rapports MIP, mémoire professionnel réalisé à l'ENSP).

Dans un deuxième temps, une étude de terrain a été menée. Dix-huit entretiens téléphoniques ont été réalisés. Tout d'abord, le sujet a été cerné avec l'aide du médecin responsable de la structure départementale de gestion, et celle d'un représentant de l'Assurance Maladie.

Deux établissements ont ensuite été sélectionnés, présentant deux profils très différents. Le premier, le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer, présentait une activité de mammographie importante. Le second, le Centre Hospitalier de Lens, présentait une faible activité de mammographie, mais témoignait d'une démarche volontariste pour participer davantage au dépistage organisé, et ainsi atteindre les seuils exigés pour l'agrément.

Dans chacun de ces établissements, quatre types d'acteurs ont été interrogés : un représentant de la Direction, un radiologue agréé (et éventuellement son chef de service), un chirurgien pratiquant la chirurgie sénologique, et un médecin du Département d'Information Médicale (DIM).

Ensuite, deux radiologues exerçant dans le secteur privé ont également été interrogés : l'un exerçant uniquement dans le secteur privé, l'autre ayant par ailleurs une activité hospitalière publique.

Enfin, des données comparatives ont été obtenues auprès d'acteurs issus d'autres départements : structures de gestion de l'Essonne et des Hautes-Alpes, DDASS de l'Essonne et du Puy-de-Dôme, DRASS d'Ile-de-France, CHU d'Amiens.

Une grille spécifique a été préparée pour chacun de ces entretiens, lesquels ont généralement été réalisés en groupe, enregistrés puis retranscrits. Chaque entretien a fait l'objet d'échanges au sein du groupe permettant d'en dégager les idées essentielles. Il est à noter que la diversité des origines et des formations suivies par les membres du groupe (élèves directeurs d'hôpital, directeurs des soins, directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, médecins inspecteurs de santé publique) a permis d'enrichir cette analyse.

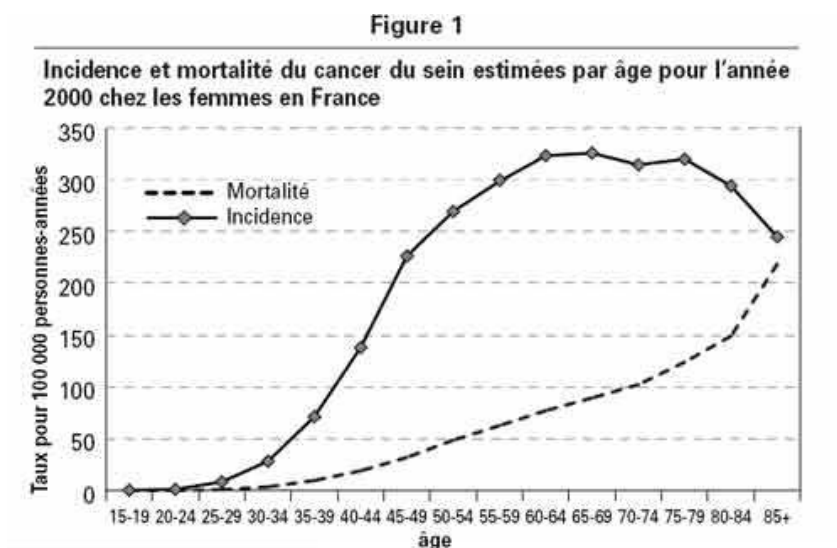
1 Le cancer du sein : d'une problématique mondiale de santé publique à la mise en œuvre du dépistage organisé dans le Pas-de-Calais

1.1 Une problématique mondiale de santé publique

Chaque année, un million de nouveaux cas de cancers du sein sont recensés dans le monde. La majorité de ces cas sont détectés dans les pays occidentaux (Amérique du Nord et Europe), sans doute du fait d'une meilleure organisation du dépistage et du diagnostic. Malgré les progrès des traitements, 400 000 personnes en meurent chaque année³.

En France, environ 50 000 nouveaux cas sont dépistés annuellement, ce qui en fait le cancer le plus fréquent chez la femme : environ 1 femme sur 9, au cours de sa vie, est confrontée à cette maladie. En outre, près de 12 000 décès ont été attribués au cancer du sein en 2005, ce qui en fait la première cause de mortalité par cancer (20% des décès)⁴.

L'âge moyen des femmes au moment du diagnostic d'un cancer du sein est de 61 ans. L'incidence varie en fonction de l'âge : trois cancers sur quatre se déclarent ainsi chez les femmes après la ménopause, qui survient le plus souvent après 50 ans.



Source :

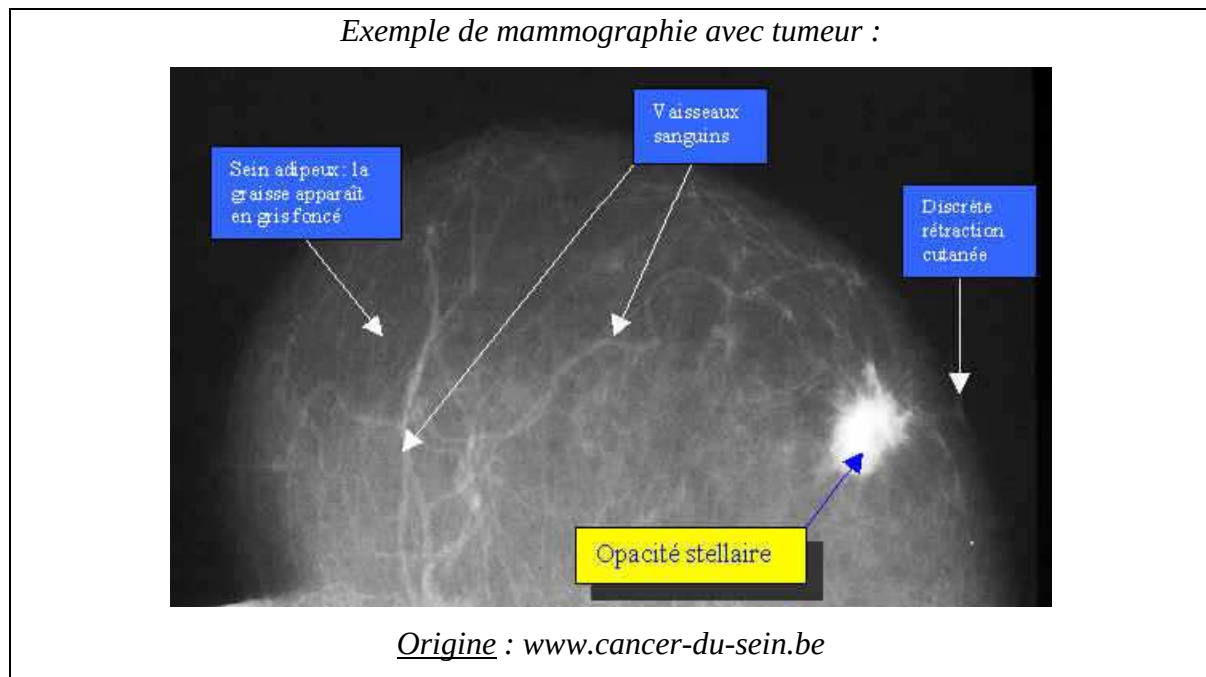
Institut National de Veille
Sanitaire, *Bulletin*
Epidémiologique Hebdomadaire,
n°44/2004, 26 octobre 2004.

³ Données OMS

⁴ Données Institut National du Cancer

1.2 La prise en charge du cancer du sein se fait dans le cadre d'une filière pluridisciplinaire

Le cancer du sein peut faire l'objet d'un dépistage précoce ; la mammographie est l'examen le plus sensible pour diagnostiquer la maladie. Elle est pratiquée par un radiologue, en ville ou à l'hôpital.



Par ailleurs, une surveillance médicale régulière (par le médecin traitant et/ou par un gynécologue) peut également permettre de détecter certains facteurs de risque (notamment antécédents familiaux) ou d'éventuelles anomalies. Un examen clinique et une mammographie sont prescrits par le médecin, puis réalisés par un radiologue. En cas de détection d'une anomalie, certains examens complémentaires sont réalisés : échographie, ponction, biopsie, et éventuellement bilan d'extension.

En cas de diagnostic de cancer du sein, les femmes sont prises en charge dans le cadre d'une filière pluridisciplinaire. Le traitement de première intention repose sur la chirurgie et la radiothérapie. En cas de facteurs de mauvais pronostic, une chimiothérapie, voire une hormonothérapie si la tumeur est réceptive, peuvent être pratiquées.

Dans ce cadre, interviennent de nombreux professionnels de santé : radiologues, chirurgiens, gynécologues, oncologues, radiothérapeutes, psychologues et personnels paramédicaux. Par ailleurs, d'autres professionnels interviennent pour assurer les soins dits de support : prise en charge de la douleur, soutien psychologique, accès aux services sociaux et soins palliatifs.

Une surveillance clinique et paraclinique est ensuite instaurée après traitement, à la recherche d'une récurrence précoce ou tardive.

1.3 Le Plan cancer prévoit la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du sein

1.3.1 Le cadre réglementaire

Quatre textes réglementaires encadrent la prise en charge du cancer du sein :

- l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, complété par trois annexes ;
- le décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le Code de la santé publique ;
- le décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ;
- l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

L'arrêté du 29 septembre 2006 met en œuvre le plan de mobilisation nationale contre le cancer, dit « Plan Cancer ». Il organise l'ensemble des aspects de la lutte contre le cancer : prévention, dépistage, amélioration de la qualité des soins, accompagnement social des patients et de leur famille, formation des professionnels, recherche. Par ailleurs, il crée l'Institut National du Cancer (INCa) chargé de coordonner l'ensemble des intervenants de la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre l'ensemble des mesures du plan.

Le premier décret du 21 mars 2007 précise la mise en place d'autorisations d'activité de traitement des cancers (en chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) et expose les conditions requises pour l'exercice de l'activité. Pour être autorisés, les établissements doivent avoir mis en place une organisation spécifique (annonce, concertation pluridisciplinaire, élaboration d'un programme personnalisé de soins, respect des référentiels de bonne pratique en cancérologie, accès organisé aux soins de support...) Il fixe par ailleurs des seuils d'activité minimale annuelle par établissement. L'ensemble de ces dispositions doit être intégré dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Enfin, les établissements s'engagent à assurer le suivi d'indicateurs de qualité inclus dans leur Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signé avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Le second décret du 21 mars 2007 précise :

- le contenu de la concertation pluridisciplinaire : élaboration formelle d'un projet thérapeutique suite à des réunions de concertation pluridisciplinaires ;
- la continuité des soins : coordonner la prise en charge en amont et en aval de l'activité effectuée ;
- les dispositions particulières à certaines thérapeutiques : formation nécessaire des professionnels médicaux et paramédicaux à l'exercice dans certains domaines (radiothérapie, radiodiagnostic, médecine nucléaire...)

Enfin, l'arrêté du 29 mars 2007 précise quantitativement le nombre minimum d'interventions par nature d'activité. Concernant la chirurgie mammaire, le seuil d'autorisation est fixé à trente interventions par an et par structure. Concernant la radiothérapie, ce seuil est de six cents interventions par an et par structure. Enfin, pour la chimiothérapie, le seuil est de quatre-vingts patients par an et par structure.

1.3.2 Les modalités du dépistage organisé du cancer du sein

Le Plan Cancer prévoit la mise en œuvre d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans (mesure n°21). Une détection plus précoce d'éventuelles tumeurs dans le sein devait en effet faciliter leur traitement, et ainsi accroître les chances de guérison des patientes. L'objectif quantifié de cette action était d'aboutir à une participation de 80% des femmes concernées.

Des structures départementales, généralement associatives, coordonnées au niveau régional par les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP), se sont vues confier l'organisation de ce dépistage généralisé. Placées sous la responsabilité d'un médecin, elles sont financées à part égale par l'Etat et l'Assurance Maladie. Ce financement peut éventuellement être complété par d'autres sources : Conseils généraux, Ligue contre le cancer...

Chargées du recensement de la population ciblée, ces structures adressent, tous les deux ans aux femmes concernées, une invitation à se rendre chez l'un des radiologues agréés du département afin de réaliser une mammographie de dépistage (la liste des radiologues participant au programme est jointe au courrier).

Pour être agréés par la structure de gestion, les radiologues doivent répondre à un cahier des charges précis⁵ : ils doivent notamment bénéficier d'une formation spécifique au dépistage (de même que les manipulateurs en électroradiographie), réaliser un minimum de 500 mammographies par an⁶, faire contrôler leur matériel tous les six mois par un organisme agréé par l'AFSSAPS et signer une convention avec l'Assurance Maladie. En cas de non-respect du cahier des charges, leur agrément peut être retiré, momentanément ou définitivement.

La mammographie réalisée dans le cadre du dépistage organisé est un acte gratuit, réalisé hors du parcours de soins. Exonéré du ticket modérateur d'un euro, il est pris en charge à 100% par la Sécurité sociale, sans avance de frais, quel que soit le type de praticien (public ou privé) chez lequel la femme choisit de se rendre.

En cas de résultat positif, des examens complémentaires (échographie, biopsie...) sont immédiatement demandés pour la patiente. En cas de résultat négatif, une deuxième lecture est systématiquement réalisée, par un médecin plus expérimenté (lisant plus de 2 000 mammographies par an), dans les locaux de la structure départementale de gestion.

⁵ Annexe III B de l'arrêté du 29 septembre 2006

⁶ Des dérogations sont prévues par le décret n°2007-389 du 21 mars 2007 (installations récentes, situations géo-démographiques particulières, etc.)

Celle-ci assure l'envoi des résultats des examens de dépistage aux patientes, et leur précise, le cas échéant, les suites à donner.

En 2007, la participation nationale a été, pour la première fois, supérieure à 50% de la population-cible⁷, contre 33% en 2003 et 45% en 2005.

1.3.3 Une mobilisation de moyens sans précédent

En 2005, le financement du dépistage organisé du cancer du sein a représenté plus de 31 millions d'euros, dont 9 millions d'euros à la charge de l'Etat et 22 millions d'euros à la charge de l'Assurance Maladie⁸. Celle-ci prend en effet en charge à 100% les mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé : ces sommes sont directement versées aux radiologues pour la première lecture, et par le biais de la structure de gestion pour la seconde lecture.

1.4 Modalités du dépistage organisé dans le Pas-de-Calais

1.4.1 Le contexte départemental et les problématiques locales de santé publique.

Avec un peu plus de quatre millions d'habitants, le Nord-Pas-de-Calais est la quatrième région la plus peuplée de France. Au sein de cette région, le département du Pas-de-Calais compte environ un million et demi d'habitants. La région présente des indicateurs socio-économiques et sanitaires globalement défavorables, notamment avec une surmortalité par cancer par rapport au reste de la France, quels que soient l'âge et le sexe. En ce qui concerne les cancers du sein, la surmortalité prématurée dans le Nord-Pas-de-Calais est supérieure de 31% à la moyenne nationale⁹. Cette surmortalité concerne de manière comparable les deux départements de la région. Dans le Pas-de-Calais, 193 000 femmes, âgées de 50 à 74 ans, sont susceptibles de bénéficier d'un dépistage du cancer du sein¹⁰.

⁷ Source : INVS.

⁸ Commission des Finances de l'Assemblée Nationale, *Plan Cancer : passer à une nouvelle étape*, juillet 2006.

⁹ Source : DRASS du Nord-Pas-de-Calais

¹⁰ Données fournies par OPALINE 62

Dès 1999, la région s'est investie dans la lutte contre le cancer, au travers d'un Programme Régional de Santé (PRS) et du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et une Charte de promotion et d'amélioration de la santé des habitants du Nord-Pas-de-Calais sont venus prolonger le dispositif après 2004, avec une attention particulière accordée aux populations les plus précaires. Ces démarches associent l'Etat, l'Assurance Maladie, les collectivités territoriales, les professionnels et les usagers. Ces différents partenaires ont permis la mise en place de structures gérant le dépistage organisé du cancer du sein dans les deux départements (à l'origine sous la compétence du département, compétence transmise depuis 2004 à l'Etat). Dans le Pas-de-Calais, cette structure s'appelle OPALINE 62.

1.4.2 Le dépistage organisé du cancer du sein dans le Pas-de-Calais

Cette association OPALINE 62 est chargée depuis 2003 de l'organisation du dépistage du cancer du sein dans le Pas-de-Calais. Elle est installée à Calais. Son Conseil d'Administration comprend des représentants des professionnels de santé, des malades, des usagers et la médecine du travail.

Les statistiques de la structure sont satisfaisantes, malgré sa mise en place récente, avec un taux de participation des femmes contactées de 47% en 2007, ce qui est proche de la moyenne nationale (50%). Le dépistage individuel n'apparaît pas dans ces chiffres. Les femmes ayant participé au dépistage sont contactées tous les deux ans afin de renouveler leur examen. Une absence de réponse de leur part fait l'objet d'une unique relance au bout de six mois. La participation des radiologues est, elle aussi, satisfaisante puisque 96 radiologues sont agréés.

2 De l'intérêt de la participation des établissements publics de santé au dépistage organisé du cancer du sein

2.1 La participation des établissements publics de santé au dépistage organisé est aujourd'hui limitée

Les chiffres recueillis auprès de la structure de gestion OPALINE 62 donnent la répartition entre les mammographies effectuées dans le secteur public, et celles effectuées dans le secteur privé en 2006 dans le département du Pas-de-Calais. Au total, 42 304 mammographies de dépistage obligatoire ont été réalisées, tous secteurs confondus. Plus précisément, 40 836 ont été faites par des radiologues privés, et 1 468 dans le secteur public, ce qui signifie que seulement 3,59% des actes de dépistage organisé ont été réalisés au sein d'établissements publics de santé.

La directrice de l'association OPALINE 62 est consciente de la faiblesse de l'activité publique. Cependant, de nombreuses personnes interrogées au cours de nos recherches ont souligné la forte concurrence des radiologues libéraux. En matière de radiologie, cette concurrence est liée à la nécessité d'amortissement du matériel (mammographe). L'un de nos interlocuteurs précise que *« le secteur privé a une forte activité de dépistage car ces radiologues se sont organisés pour acheter le matériel nécessaire à la réalisation de cet acte dès la mise en place du dispositif de dépistage organisé, en réalisant qu'il y avait des parts de marché à prendre »*.

Les établissements publics de santé sont également confrontés à un autre type de concurrence. Certains de nos interlocuteurs soulignent en effet un important taux de fuite des femmes concernées vers le Centre Oscar Lambret, situé à Lille. Cet établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier est l'un des vingt Centres régionaux de Lutte Contre le Cancer (CLCC), et bénéficie d'une excellente réputation.

La faible participation des établissements publics de santé au dépistage organisé du cancer du sein s'explique notamment par le fait que les radiologues publics habilités à faire du dépistage organisé sont beaucoup moins nombreux (14) que les radiologues libéraux agréés (82). En effet, la participation des radiologues, publics et privés, au dispositif de dépistage organisé du cancer du sein est subordonnée au respect d'un seuil d'activité réglementaire, prévu par l'annexe III B de l'Arrêté du 29 septembre 2006.

Ainsi, les radiologues sont agréés par la structure de gestion à condition qu'ils respectent le seuil de 500 mammographies annuelles. Or, les mammographies étant réalisées en majeure partie par des radiologues libéraux, il est difficile, pour les radiologues exerçant dans le secteur public, d'atteindre ce seuil. Ces derniers sont donc peu nombreux à être agréés dans le département du Pas-de-Calais. De plus, en 2006, 9 des 14 radiologues agréés exerçant dans le secteur public n'atteignaient pas ce seuil. Ce manquement pose problème, ce seuil d'activité étant considéré comme un gage de qualité du dépistage organisé.

La seconde raison de la faible participation des établissements publics de santé au dispositif de dépistage organisé concerne le recrutement des praticiens. Les deux centres hospitaliers du département sur lesquels nous avons fondé notre étude ne comptent en effet qu'un seul radiologue agréé. De fait, l'activité de dépistage organisé au sein des établissements publics de santé s'en trouve fragilisée. Par exemple, si le radiologue doit prendre des congés, s'il est en arrêt maladie, ou encore s'il vient à quitter l'établissement, ce dernier est dans l'impossibilité d'offrir un rendez-vous de mammographie à ses patientes. Le problème de la pérennité de l'activité est donc un facteur important à prendre en compte. Les établissements concernés en sont conscients, et cherchent à augmenter le nombre de radiologues et le temps médical consacrés à cette activité. Cependant, l'un des professionnels interrogés souligne que la formation des radiologues est longue et peu aisée en raison du faible nombre de services de sénologie au sein des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), permettant d'apprendre à pratiquer des mammographies. Il est donc difficile, pour les établissements, de recruter des radiologues susceptibles d'être agréés car pratiquant cette activité.

Au-delà de cet aspect, c'est un véritable problème de démographie médicale en général qui se pose dans la région Nord-Pas-de-Calais, avec de nombreux problèmes d'attractivité et de fidélisation des praticiens de toute la filière de prise en charge : chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, etc.

Malgré ces nombreuses difficultés et le constat d'une participation limitée, différents éléments témoignent des bénéfices, pour la collectivité en général, de la participation des établissements publics de santé et PSPH au dispositif de dépistage organisé du cancer du sein.

2.2 Néanmoins, cette participation peut présenter certains avantages pour la collectivité

Dans le département du Pas-de-Calais, le taux de participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein est largement inférieur à l'objectif national. En effet, seulement 47% du public cible adhère au dispositif, pour un objectif national de 80%. Ces chiffres révèlent donc l'existence d'une marge de progression dans laquelle les établissements publics de santé et PSPH peuvent s'intégrer. Pour réussir à atteindre ce taux de 80%, leur participation semble ainsi nécessaire. En effet, elle peut permettre d'augmenter et de diversifier l'offre sur l'ensemble du territoire, garantissant une meilleure couverture géographique et sociale. L'augmentation du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans le département du Pas-de-Calais présente un grand intérêt pour l'ensemble de la société car il permet d'améliorer l'état de santé de la population en général, dans un département particulièrement touché par les cancers. Son encouragement est donc fondamental.

Par ailleurs, la participation des établissements publics de santé et PSPH au dépistage organisé du cancer du sein présente d'autres atouts pour la collectivité. D'une part, l'hôpital offre une prise en charge globale grâce à l'existence d'une filière. Et d'autre part, l'hôpital attire un public différent de celui des cabinets privés.

L'existence d'une filière de prise en charge est un atout majeur de l'hôpital. En effet, lorsqu'une personne est dépistée à l'hôpital, elle peut bénéficier d'une prise en charge globale si son état de santé le nécessite : chirurgie, radiothérapie, oncologie, En outre, l'existence d'une filière de prise en charge globale, initiée par le dépistage organisé, est un gage d'excellence et une garantie de performance. En effet, son existence crée au sein de l'hôpital une certaine émulation. Cette stimulation, à la fois intellectuelle et technique, permet à l'hôpital de conserver un corps médical hautement qualifié. Elle lui assure aussi un moyen de recrutement efficace. Enfin, elle lui permet de développer de nouvelles pratiques médicales et d'acquérir du matériel plus performant. En résumé, l'existence d'une filière de prise en charge globale permet à l'hôpital d'être un établissement de pointe. Cette recherche d'excellence et de performance est bénéfique pour l'établissement mais aussi et surtout pour la population car elle lui garantit un niveau optimal de prise en charge.

Par ailleurs, la participation des établissements publics de santé et PSPH au dépistage organisé du cancer du sein permet d'assurer le dépistage des populations les plus vulnérables. Les études portant sur le dépistage organisé du cancer du sein ont révélé la faible participation des femmes issues des milieux les plus défavorisés¹¹. En effet, malgré l'existence d'un dépistage systématique et gratuit, et malgré la communication sur ce dépistage, les femmes en situation de précarité sont difficiles à mobiliser. Cette faible mobilisation, liée à la représentation qu'ont ces femmes de la maladie et du dépistage, s'explique par leur condition de précarité qui engendre de nombreux freins financiers, géographiques et d'accès à l'information. En outre, les actions de communication menées sur le dépistage organisé du cancer du sein sont peu adaptées aux représentations sociales et culturelles liées à la maladie et à l'acte de dépistage des femmes en situation de précarité.

Cette frange de la population est susceptible d'être davantage « attirée » par l'hôpital public. En effet, les entretiens menés auprès des professionnels de santé ont révélé l'existence d'un « profil social » de la population venant se faire davantage dépister à

¹¹ Cambon L., Barthelemy L., Mangin G., « Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité », in *Revue Santé Publique*, novembre-décembre 2007, n°6, pp.513-524

l'hôpital plutôt que dans un cabinet privé. Les plus démunis se rendent moins volontiers dans les cabinets libéraux et préfèrent l'hôpital public car il offre la gratuité des examens complémentaires et de la prise en charge en cas de détection (dispense d'avance de frais). La participation des établissements de santé publics et PSPH au dépistage organisé du cancer du sein semble ainsi fondamentale pour garantir l'accès aux soins et aux traitements des personnes les plus vulnérables. Ces établissements ont un rôle à jouer en direction de ce public.

La participation des établissements de santé publics et PSPH au dépistage organisé du cancer du sein est un atout pour la collectivité car elle peut permettre l'augmentation du taux de participation au dépistage organisé dans le département, elle peut aussi garantir la conservation d'une filière de prise en charge performante et concurrentielle, et enfin, elle peut assurer la prise en charge des plus démunis. Cette participation est également un enjeu majeur pour l'hôpital public.

2.3 Par ailleurs, cette participation est un enjeu pour l'hôpital public

Les établissements publics de santé dans le Pas-de-Calais présentent la particularité de disposer de peu de radiologues agréés pour la réalisation de mammographies de dépistage dans les équipes de radiologie. Dans chacun des deux établissements étudiés, seul un radiologue hospitalier sur cinq est agréé. Par ailleurs, ces derniers effectuent peu d'actes. Il convient dès lors de s'interroger sur l'intérêt, pour les professionnels comme pour les établissements publics, de réaliser de tels actes.

D'un point de vue financier, avec un coût moyen de l'acte proche de 55 euros et une tarification à 66 euros¹², l'intérêt semble minime. Ce point doit toutefois être relativisé : certains radiologues privés, spécialisés dans la mammographie de dépistage (80% de leur activité), réalisant près de 4 000 actes par an¹³, avouent en tirer des revenus conséquents.

¹² Données recueillies auprès du contrôleur de gestion d'un CHU

¹³ Données recueillies auprès d'un radiologue libéral

L'intérêt majeur de l'exercice de cette activité à l'hôpital semble être le recrutement de patientes pour la filière de prise en charge carcinologique. En effet, le service de radiologie étant situé en amont de la filière, le dépistage organisé est un « produit d'appel », comme le soulignait l'un de nos interlocuteurs. A l'inverse, si certains radiologues libéraux orientent leurs patientes tant vers le secteur public que vers le secteur libéral, d'autres travaillent uniquement avec le privé, « privant » ainsi l'hôpital public de patientes.

L'un des avantages du dépistage effectué à l'hôpital semble être la possibilité d'une prise en charge quasi immédiate après découverte d'une anomalie sur une mammographie. Le centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer organise ainsi une réunion pluridisciplinaire dans les 24 heures suivant le diagnostic, et moins de quinze jours séparent le constat de la nécessité d'opérer et la réalisation de l'acte. Dans les deux établissements interrogés, il semble exister une corrélation entre le nombre d'actes de dépistage effectués et le nombre de cancers du sein opérés.

D'après les éléments recueillis auprès des directeurs d'établissement interrogés, le maintien de la filière cancérologique peut également permettre d'assurer la pérennité d'une activité chirurgicale dans ces établissements. Celle-ci pourrait permettre de fidéliser certains praticiens, tentés de quitter ces centres hospitaliers. Ainsi, à Lens, la disparition de la filière cancérologique pourrait provoquer le départ de certains chirurgiens gynécologues, remettant en question l'agrément de maternité de niveau III dont bénéficie l'établissement.

Il est à noter que la réorganisation globale de l'activité cancérologique par l'Institut National du Cancer (INCa) à compter du 1^{er} janvier 2009 (mise en place des seuils d'autorisation) conduira à la disparition de cette activité dans certains établissements. Ce redéploiement pourrait dès lors accroître les flux de patients vers d'autres centres hospitaliers, renforçant la filière de prise en charge des cancers et améliorant ainsi leur réputation. Ces établissements, forts de leur filière et de leur réputation locale, pourraient alors attirer davantage de patients dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

Ainsi, la prise en charge carcinologique semble être un enjeu majeur pour les établissements publics de santé. La multiplication des seuils d'activité, la nécessaire veille technique impliquant une actualisation des connaissances, la renommée de la filière souvent recherchée par les patientes, sont autant d'éléments qui doivent amener les établissements à se mobiliser pour conquérir de nouvelles parts de marché. Certains centres hospitaliers mettent dès lors en œuvre des plans d'action particulièrement offensifs pour développer leur activité de dépistage organisé.

L'exemple du centre hospitalier de Lens est significatif d'un repositionnement sur ce secteur. En effet, consciente des enjeux de santé publique et de l'intérêt stratégique de l'activité de dépistage organisé, la direction de l'établissement a conçu un plan d'action très volontariste. Après une phase de réorganisation interne (locaux, circuit des patientes...) et l'achat d'un équipement numérique performant, un plan de communication interne et externe sera lancé, afin d'accroître significativement la participation du centre hospitalier au dépistage organisé. Ce plan d'action passerait également par le développement de partenariats avec d'autres établissements de la région, parmi lesquels le Centre Oscar Lambret et le centre hospitalier de Béthune.

Concurrencé par un secteur privé particulièrement réactif, et confronté à des contraintes d'organisation plus importantes, l'hôpital public semble ainsi s'être laissé distancer dans cette activité de dépistage organisé, pourtant nécessaire au bon fonctionnement de sa filière de prise en charge cancérologique.

Ces constats conduisent à affirmer la nécessité, pour les établissements publics, de pérenniser leur participation au dépistage organisé. Il convient dès lors d'accompagner la volonté de ces établissements de rester intégrés au dépistage organisé, tout en s'assurant qu'ils remplissent, à terme, les conditions posées par le cahier des charges, visant à garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge.

3 Propositions pour accroître la participation des établissements publics de santé au dépistage organisé et parvenir au respect des règles de qualité et de sécurité des soins

3.1 Afin d'accroître la participation de l'hôpital au dépistage organisé, des mesures internes doivent être développées

Différentes améliorations concrètes et de terrain nous semblent appropriées et envisageables au sein des établissements publics de santé pour faciliter, optimiser et augmenter le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein.

Le pilotage du dispositif peut être renforcé en élaborant une politique d'établissement offensive témoignant de l'importance et de la place que souhaite donner l'institution à cet axe de prévention, à l'image de l'initiative du centre hospitalier de Lens. Sa formalisation comme un objectif prioritaire et stratégique constitue un engagement fort de la direction médico-administrative et un élément fédérateur autour du projet. Cette approche permet alors une adhésion accrue de la communauté médicale dans l'ensemble de la filière de prise en charge : radiologues, chirurgiens, gynécologues, oncologues, radiothérapeutes.

L'intérêt de l'implication de chacun des acteurs dans ce dispositif est double puisqu'il donne à l'établissement les moyens d'anticiper les résistances au changement, mais aussi de faciliter une information continue, des échanges et le suivi du dispositif de façon collective et pluri-professionnelle (médecins cliniciens, DIM, administratifs). Cette co-construction installe une coordination et une responsabilisation de tous les intervenants. Elle peut même être une contrepartie à l'optimisation du fonctionnement de l'établissement et aux investissements envisagés dans le cadre de cette activité. C'est d'ailleurs ce qui s'amorce avec l'apparition de la mammographie numérique qui engendre des surcoûts (équipement, formation) mais facilite le stockage des données et leur transfert pour des lectures à distance.

L'efficience de l'organisation est un point essentiel dans ce dispositif, a fortiori lorsque les personnes concernées ne sont pas des « malades » et ne souhaitent pas être considérées comme tels. Ce sentiment est d'ailleurs relayé par des professionnels hospitaliers en ces termes : « *le dépistage organisé n'est pas du soin* ». Ce constat impose donc la structuration d'un parcours identifié et dédié qui permette de proposer aux femmes un circuit optimisé répondant à leurs attentes. En amont de leur examen, un délai court entre une demande et un rendez-vous, l'amélioration des conditions de stationnement et de la signalétique, l'individualisation d'une salle d'attente, voire un réaménagement des locaux pour le dépistage organisé, et la personnalisation de l'accueil par un professionnel formé à ce type de prise en charge, sont autant de dispositions, parfois déjà initiées dans certains établissements interrogés, et qu'il serait opportun de généraliser. En cas de mammographie suspecte, la réalisation des examens complémentaires (échographie, biopsie) le même jour, voire immédiatement, renforce la qualité de la prise en charge perçue par la femme dépistée et peut l'encourager à être suivie in situ.

La réactivité, indicateur qualitatif majeur dans le dépistage organisé, s'entend aussi en aval du dépistage organisé en termes de délai entre l'examen et la réponse, pouvant faire l'objet d'audits réguliers et s'effectuer en deux temps : délai pour une réponse orale puis écrite. En cas de résultat positif, la connaissance d'une possibilité d'une prise en charge immédiate est un atout essentiel : la mise en œuvre du dispositif d'annonce par la mobilisation de professionnels complémentaires au sein d'une consultation pluridisciplinaire dans les 24 heures, la proposition d'accès à une équipe de soins de support dans la foulée du diagnostic et à une consultation infirmière sont des facteurs influents et rassurants dans la décision du lieu de dépistage.

Pérenniser l'activité par une politique d'attractivité des professionnels est une voie incontournable et complémentaire aux mesures déjà énoncées car elle permet d'avoir une approche prospective et donc de fidéliser des professionnels médicaux, voire d'attirer des médecins libéraux. Cette démarche se traduit par l'achat de matériel performant (formation, actualisation des compétences), le renforcement d'une filière complète de prise en charge et intégrée au dispositif de dépistage du cancer du sein, la mise en place des pratiques innovantes comme le transfert ou la délégation de certaines compétences permettant ainsi de recentrer certains professionnels sur leur cœur d'activité (entre radiologues et manipulateurs en électroradiologie par exemple).

Enfin, en interne, **une communication autour du dispositif** mis en œuvre localement est un levier pour le repérage, l'information et l'orientation de la population cible par les professionnels de l'hôpital. Cette sensibilisation touche l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux et inclut le médecin du travail. Elle permet aux acteurs hospitaliers de relayer l'information, de convaincre de l'intérêt du dépistage et de faciliter la démarche de ces femmes au sein même de l'établissement (prise de rendez-vous...).

3.2 L'hôpital peut, par ailleurs, réaliser certaines actions en collaboration avec d'autres acteurs

Afin de développer la participation des établissements publics au dépistage organisé, un travail en collaboration avec différents acteurs (autres établissements de santé, médecins traitants, gynécologues, associations...) peut également être mené.

La mise en place d'un partenariat entre établissements dans le domaine du dépistage organisé du cancer du sein semble être un outil particulièrement adapté. En effet, afin d'être compétitif par rapport au secteur libéral qui assure à l'heure actuelle une part prépondérante du dépistage de manière efficace, le secteur public a tout intérêt à **mutualiser ses moyens**. C'est ce que nous ont démontré différents professionnels (directeurs, radiologues) travaillant à l'hôpital. Ainsi la mise en commun de moyens logistiques et humains permettrait aux hôpitaux du Pas-de-Calais de répondre à la demande tout en respectant leurs contraintes structurelles, à l'image du partenariat recherché entre les centres hospitaliers de Lens et de Béthune concernant les ganglions sentinelles, qui devrait permettre une prise en charge chirurgicale performante.

Parmi les atouts de la participation de l'hôpital au dépistage organisé, le développement d'une filière globale de prise en charge a été cité précédemment. Un **réseau spécifique de cancérologie**, dans lequel coopéreraient différents établissements de santé voisins, pourrait ainsi être instauré. On peut envisager, à titre d'exemple, une coopération entre le Centre Oscar Lambret spécialisé en cancérologie, ou avec d'autres centres hospitaliers géographiquement proches. Ce réseau permettrait de mutualiser les compétences et les moyens des différents établissements réunis, de créer une émulation et de développer une filière de prise en charge cancérologique plus performante.

L'implication des médecins autres que les radiologues dans le dépistage organisé revêt également une grande importance. La participation active des médecins traitants et des gynécologues au dispositif organisé semble primordiale, ainsi que l'indiquent certains auteurs lorsqu'ils identifient le manque d'adhésion de ces praticiens au dispositif comme l'un des principaux freins à l'efficacité du dépistage organisé¹⁴

En effet, les gynécologues, premiers prescripteurs de mammographies de dépistage individuel, ont un rôle à jouer auprès des femmes afin de les inciter à participer au dépistage organisé lorsque celles-ci atteignent l'âge de 50 ans. Les médecins traitants jouent également un rôle déterminant, dans la mesure où ils sont les premiers et parfois les seuls interlocuteurs des femmes ne participant pas encore au dépistage. On peut ainsi penser que certaines femmes, issues de zones rurales ou de milieux particulièrement défavorisés, n'y participent pas par peur ou par manque d'information. Si elles ne font pas la démarche d'aller à l'hôpital ou chez le radiologue pour se faire dépister, le médecin traitant qui les recevra pourra les informer sur le dépistage, les rassurer et les orienter vers un radiologue agréé.

D'autres acteurs peuvent également accompagner les femmes non ou mal informées sur le dépistage organisé. Les associations occupent ici une place importante en tant qu'acteurs proches des femmes, tant au niveau géographique qu'au niveau social. Elles travaillent à la diffusion et la compréhension de l'information, et peuvent également rassurer les femmes qui redoutent la mammographie. C'est ainsi que le Comité Régional d'Education pour la Santé de Lorraine a mis en place une approche participative basée sur l'éducation dite « par les pairs »¹⁵. Deux groupes de femmes (« femmes-relais ») ont participé à l'élaboration et l'animation d'une action de communication de proximité concernant, notamment, le cancer du sein. Cette action s'est révélée particulièrement efficace puisque 24% des femmes touchées ont enclenché une démarche de suivi gynécologique.

¹⁴ Gayraud P., Namer M., Granon C., « Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein ? », in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°58, mars 2007, pp.12-15.

¹⁵ Cambon L., Barthelemy L., Mangin G., « Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité », in *Revue Santé Publique*, novembre-décembre 2007, n°6, pp.513-524

3.3 A terme, le retrait des agréments pourrait être envisagé

Pour être autorisé à participer au dépistage organisé comme premier lecteur, chaque radiologue, libéral comme hospitalier, doit pratiquer plus de 500 mammographies par an. Ce seuil d'activité a été fixé au terme d'un long débat, afin de garantir la compétence et l'expérience des radiologues participant au dispositif. Or, la situation observée dans les établissements publics du département du Pas-de-Calais n'est pas satisfaisante : certains radiologues publics réalisent en effet moins – parfois beaucoup moins – de 500 actes par an.

Si certaines raisons peuvent justifier le maintien de l'agrément à des professionnels ne remplissant pas cette obligation (absence de professionnels libéraux notamment), tel n'est pas le cas dans ce département, à l'exception peut-être du canton de Béthune.

L'intérêt de la participation des établissements publics au dépistage organisé est certain, tant pour la collectivité que pour les établissements eux-mêmes. Toutefois, l'exigence de qualité et de sécurité de ces actes de dépistage semble devoir primer sur cet intérêt.

En conséquence, un délai de deux à trois ans pourrait être laissé aux établissements, afin de les laisser mettre en œuvre d'éventuels plans d'actions visant à développer leur activité de dépistage. Par ailleurs, ce délai correspondrait également au temps nécessaire à la réorganisation globale de l'activité cancérologique par l'INCa. Au terme de ce délai, et dans l'éventualité où certains radiologues n'atteindraient pas les seuils d'activité requis, la structure de gestion OPALINE 62 pourrait retirer ces praticiens de la liste des professionnels agréés.

Conclusion

Le dépistage organisé du cancer du sein dans le département du Pas-de-Calais est ainsi majoritairement assuré par des professionnels de santé libéraux. Par ailleurs, plusieurs radiologues hospitaliers n'atteignent pas le seuil d'activité (500 mammographies par an) exigé pour être agréés par la structure départementale de gestion.

Néanmoins, l'ensemble des entretiens réalisés a convaincu le groupe de la nécessité du maintien de ces établissements publics de santé (et PSPH) dans le dispositif de dépistage organisé. Offrant une prise en charge globale du cancer du sein, l'hôpital peut en effet attirer une partie de la population ne participant pas au dépistage organisé, et ainsi permettre un accroissement du taux de participation du public-cible.

En outre, le maintien de cette activité à l'hôpital semble également présenter certains avantages pour les établissements publics de santé eux-mêmes. Le dépistage peut en effet faire figure de « produit d'appel » permettant le recrutement de patientes pour la filière de prise en charge du cancer du sein (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie...), les patientes dont le cancer a été diagnostiqué à l'hôpital ayant tendance à y suivre leur traitement.

Dès lors, il apparaît acceptable de transiger, temporairement, sur les seuils d'activité des radiologues, à condition que les établissements s'engagent dans des plans d'action volontaristes visant à développer cette activité. Plusieurs types d'actions, tant à l'intérieur de l'établissement qu'en coopération avec d'autres acteurs, peuvent dès lors être envisagées, avec le soutien des autorités de tutelle et de financement (ARH, DRASS, Assurance Maladie). Néanmoins, au terme d'un délai de deux à trois ans, les agréments pourraient être retirés aux praticiens ne respectant toujours pas le seuil d'activité réglementaire.

Bibliographie

Textes réglementaires

- Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique ;
- Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ;
- Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers ;
- Annexe III B à l'arrêté du 29 septembre 2006 sus-cité : « Cahier des charges pour les radiologues » ;
- Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer ;
- Circulaire DHOS-DGS n°2003-516 du 3 novembre 2003 relative à la participation des établissements de santé publics et participant au service public hospitalier au dépistage organisé du cancer du sein.

Articles de périodiques

- Aubry R., « Améliorer la prise en charge du cancer : l'organisation des soins et du système de santé », in *Revue hospitalière de France*, n°511, juillet-août 2006, pp.48-51.
- Cambon L., Barthélémy L., Mangin G., « Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité », in *Santé Publique*, n°6, novembre-décembre 2007, pp.513-524.
- Delmotte D., Vicenzutti L., Weingertner F., Chevalier D., Triboulet D., Honoré J.-M., « Vers une stratégie de groupe en cancérologie : les hôpitaux publics du Nord-Pas-de-Calais se mobilisent », in *Revue hospitalière de France*, n°516, mai-juin 2007, pp. 37-40.
- Gayrard P., Namer M., Granon C., « Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein ? », in *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n°58, mars 2007, pp.12-15.

- Menvielle G., Chastang J.-F., Luce D., Leclerc A., « Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par cause de décès », in *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n°2, volume 55, avril 2007, pp.97-106.

Travaux de recherche, mémoires professionnels

- Auffret C. (et alii), *Dépistages des cancers : comment atteindre certaines populations difficiles à toucher ?*, Mémoire rédigé dans le cadre du MIP 2006, Rennes, ENSP, mai 2006.
- Chapet M., *Développement, pilotage et animation d'un dispositif de santé publique : l'exemple du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France*, Mémoire rédigé pour la formation d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, Rennes, ENSP, mars 2007.

Autres documents

- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, *Plan Cancer 2003-2007*.
- DRASS/DDASS Nord-Pas-de-Calais, Brochure : « *Le programme de santé Cancers du Plan Régional de santé publique du Nord-Pas-de-Calais* », décembre 2007.
- GRSP Nord-Pas-de-Calais, *Plan régional de santé publique, volet Cancers*, 2007-2011.
- Loens I., Dossier documentaire remis pour le MIP 2008, groupe 23.

Sites Internet

- Site de l'ARH Nord-Pas-de-Calais : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/npc/site.nsf>
- Site de l'Institut National du Cancer : <http://www.e-cancer.fr>
- Site du Conseil général du Pas-de-Calais : <http://www.cg62.fr>
- Site de la DRASS du Nord-Pas-de-Calais : <http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr>
- Site du Centre Hospitalier de Lens : <http://www.ch-lens.fr>
- Site du Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer : <http://www.ch-boulogne.fr>
- Site de l'INSEE : <http://www.insee.fr>
- Site Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Site de l'Assurance Maladie : <http://www.ameli.fr>
- Site de l'Institut National de Veille Sanitaire : <http://www.invs.sante.fr>