



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**« DEPISTAGES DES CANCERS : COMMENT
ATTEINDRE CERTAINES POPULATIONS
DIFFICILES A TOUCHER ? »**

– Groupe n°7 –

- AUFFRET Christiane
- BELET Pauline
- BIZOUX Angélique
- COURTAIS Anne
- DAYRAUD Camille
- FLEURY Jean-Baptiste
- HOUEL Glenn
- MOUTEYEN Christiane
- TEIXEIRA Aguéda
- THAREL Laure

Animateurs

Dr Pascale FRITSCH

Stéphane FAVRET

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 ETAT DES LIEUX DES DEPISTAGES ORGANISES DES CANCERS.....	3
1.1 LES PRINCIPES DES DEPISTAGES ORGANISES DES TROIS CANCERS	3
1.1.1 <i>Des populations cibles pour chaque type de cancer.....</i>	3
A) <i>Le cancer du sein : les femmes de 50 à 74 ans</i>	3
B) <i>Le cancer du col de l'utérus : les femmes de 25 à 65 ans.....</i>	3
C) <i>Le cancer colorectal : les hommes et femmes de 50 à 74 ans</i>	4
1.1.2 <i>Une organisation des dépistages sur trois niveaux.....</i>	4
A) <i>Pilotage et évaluation épidémiologique au niveau national.....</i>	4
B) <i>Comité Technique Régional des Dépistages: coordination au niveau régional.....</i>	5
C) <i>Le niveau départemental : échelon opérationnel de mise en œuvre.....</i>	5
1.1.3 <i>Un dépistage gratuit et répondant à des exigences de qualité.....</i>	6
A) <i>La gratuité des actes de dépistage.....</i>	6
B) <i>Des exigences de qualité et de sécurité.....</i>	6
1.2 LES MESURES DE SENSIBILISATION EXISTANTES	7
1.2.1 <i>Information et communication auprès du public (sensibilisation directe).....</i>	7
A) <i>Les dispositifs d'information nationaux</i>	7
B) <i>Les dispositifs d'information locaux</i>	7
C) <i>Les dispositifs d'information individuels.....</i>	8
1.2.2 <i>Implication des acteurs du dépistage (sensibilisation indirecte)</i>	8
A) <i>L'information des professionnels de santé</i>	9
B) <i>La formation des professionnels de santé.....</i>	9
C) <i>La mise en réseau autour des structures de gestion.....</i>	10
1.3 UNE PARTICIPATION CROISSANTE MAIS INEGALE.....	10
1.3.1 <i>Un dépistage organisé du cancer du sein généralisé</i>	10
A) <i>La première cause de mortalité par cancer chez les femmes.....</i>	10
B) <i>Une très bonne couverture du territoire par le dépistage organisé.....</i>	10
C) <i>Une participation très inégale selon les régions</i>	11

1.3.2	<i>Le dépistage organisé du cancer colorectal.....</i>	11
A)	<i>Une pathologie répandue</i>	11
B)	<i>Une couverture du territoire encore incomplète</i>	11
C)	<i>Des résultats encourageants</i>	12
1.3.3	<i>Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.....</i>	12
A)	<i>Une mortalité en baisse.....</i>	12
B)	<i>Un dépistage organisé actuellement peu répandu sur le territoire</i>	12
C)	<i>Une participation inégale selon l'âge des femmes.....</i>	12
2.	LES OBSTACLES A L'ACCESSIBILITE AU DEPISTAGE ORGANISE.....	13
1.1	LES FREINS LIES AUX INDIVIDUS SUSCEPTIBLES D'ETRE DEPISTES	13
2.1.1	<i>Les situations sociales, économiques et culturelles</i>	13
2.1.2	<i>Les freins matériels.....</i>	14
2.1.3	<i>Les représentations personnelles de la médecine et la peur de la maladie</i>	15
2.2	LES FREINS LIES AUX PROFESSIONNELS DU MILIEU SANITAIRE ET SOCIAL	15
2.2.1	<i>Le manque d'information et de formation des médecins</i>	15
2.2.2	<i>L'absence d'incitation financière des médecins au dépistage</i>	16
2.2.3	<i>La faible implication des autres acteurs sanitaires et sociaux.....</i>	17
2.3	LES FREINS INSTITUTIONNELS AU DEPISTAGE	17
2.3.1	<i>Le pilotage de la politique de lutte contre le cancer encore mal défini</i>	18
2.3.2	<i>Le financement des programmes de dépistage en question avec la recentralisation des compétences de dépistage des cancers</i>	18
2.3.3	<i>Un débat ouvert sur le rapport bénéfice / risque du dépistage</i>	19
3.	PLAN D' ACTIONS POUR ATTEINDRE CERTAINES POPULATIONS DIFFICILES	
A	« TOUCHER »	21
	OBJECTIF GENERAL DU PLAN D' ACTIONS	21
	AXE 1: FACILITER L' ACCES AU DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS POUR LES FEMMES	
	ISSUES DE L' IMMIGRATION	22
	<i>Objectifs opérationnels</i>	22
	<i>Pourquoi avoir choisi ces femmes ?.....</i>	22
	<i>Actions.....</i>	22

AXE 2 : CONVAINCRE LES FEMMES REFUSANT LE DEPISTAGE ORGANISE DES CANCERS AU PROFIT DU DEPISTAGE INDIVIDUEL, DE PARTICIPER AU DEPISTAGE ORGANISE	25
<i>Objectifs opérationnels</i>	25
<i>Pourquoi avoir choisi ces femmes ?</i>	25
<i>Actions</i>	25
? Le plan de communication	26
? La semaine régionale du dépistage organisé.....	27
CONCLUSION.....	29
BIBLIOGRAPHIE	31
FICHE METHODOLOGIE.....	35

Remerciements

La réalisation de notre travail n'aurait pu se faire sans le soutien, les conseils et la contribution de nos deux animateurs, de médecins généralistes, de médecins inspecteurs de santé publique, de représentants de l'Assurance Maladie, de responsables d'associations ou de réseaux de santé.

Nos sincères remerciements s'adressent au :

- Docteur Pascale FRITSCH, médecin inspecteur de santé publique DRASS Alsace, et à Monsieur Stéphane FAVRET, chargé de mission à l'URCAM Alsace pour avoir encadré notre travail, dispensé de nombreux conseils sur le sujet, la rédaction de notre rapport.
- L'ensemble des personnes que nous avons interviewées par téléphone ou rencontrées pour leur grande disponibilité et leur contribution à notre travail.

Liste des sigles utilisés

ADECA68 Association pour le Dépistage du Cancer colorectal dans le Haut Rhin
ADECI 35 Association pour le Dépistage des Cancers en Ile-et-Vilaine
ADEMAS Alsace Association pour le Dépistage des Maladies du Sein
ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CCAM Classification Commune des Actes Médicaux
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CMU Couverture Maladie Universelle
CTRD Comité Technique Régional des Dépistages
DGS Direction Générale de la Santé
DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EVE Alsace Association pour le Dépistage du Cancer du col de l'utérus
GIP Groupement d'intérêt Public
GRSP Groupement Régional de Santé Publique
HAS Haute Autorité de Santé
INCa Institut National du Cancer
INVS Institut National de Veille Sanitaire
MSA Mutualité Sociale Agricole
PMI Protection Maternelle et Infantile
PRAPS Programme Régional d'Accès à la prévention et aux soins
PRSP Programme régional de santé publique
RMI Revenu Minimum d'Insertion
SROS Schéma régional d'organisation sanitaire
URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

N.B. : Les numéros entre parenthèses dans le texte renvoient à la bibliographie.

« Le cancer est une maladie qui nous concerne tous. C'est la raison d'être du plan de mobilisation nationale. C'est un enjeu à la mesure de l'homme. C'est un enjeu de vie. Ouvert par le Président de la République, le chantier de lutte contre le cancer implique l'ensemble des femmes et des hommes, patients, professionnels, chercheurs et gestionnaires.

Je vous invite à unir nos énergies pour combattre ce fléau. »

Jean-François MATTEI
Ancien Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées
(Extrait du Plan cancer 2003-2007).

Introduction

La lutte contre le cancer a été définie comme priorité nationale par le Président de la République, Jacques Chirac, au début de son second mandat. Un Plan cancer quinquennal a été lancé en 2003. Parallèlement le législateur s'est engagé dans une rénovation de la politique de santé publique en France. La loi du 9 août 2004 décline le Plan cancer à l'échelle déconcentrée. Cette convergence d'actions publiques illustre la place primordiale de la lutte contre le cancer dans la politique française de santé publique.

L'émergence de la lutte contre le cancer comme priorité de santé publique est récente. Dès la fin de la première guerre mondiale, les interventions des associations telles que la Ligue contre le Cancer, se sont développées. L'Etat est intervenu de manière croissante à partir de 1922 (inscription pour la première fois de la lutte contre le cancer dans le budget de la Nation) pour s'intensifier depuis une dizaine d'années. Il résulte de ces évolutions que la lutte contre le cancer repose sur un réseau étoffé autour réunissant professionnels de santé, monde associatif et institutions publiques. Tous ces partenaires sont appelés à agir conjointement dans le cadre du Plan cancer 2003-2007 tout en préservant la diversité de leurs actions.

Pièce maîtresse du dispositif de lutte contre le cancer, le Plan cancer a pour objectif de diminuer d'ici 2007 la mortalité par cancer de 20%. A cette fin, il décline soixante-dix mesures autour de six thèmes : Prévenir, **Dépister**, Soigner, Accompagner, Enseigner, Soutenir la recherche.

Le dépistage, pilier fondamental de la lutte contre le cancer, se présente comme une composante d'un dispositif de prévention élargi. La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. Elle se décline sur trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. La prévention primaire consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème. La prévention secondaire cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie. Les techniques de dépistage relèvent de ce type de prévention. La prévention tertiaire vise à prévenir les rechutes ou les complications.

Le dépistage consiste en un examen médical capable de détecter soit une lésion précancéreuse, soit un cancer infraclinique à un stade précoce de son évolution¹. Dans le premier cas, il s'agit de prévenir la survenance d'un cancer ; dans le second cas, il s'agit d'améliorer le pronostic vital. Par la voie d'un diagnostic à un stade précoce, le dépistage permet d'éviter le développement des pathologies cancéreuses par la mise en place d'un traitement thérapeutique adapté. Ainsi les patients dépistés « positifs »

¹ Définition de Christine LANET, Université Lyon 1 Cancérologie.

peuvent voir augmenter leurs chances de guérison et bénéficier d'un traitement souvent moins lourd. Dans cette logique, le dépistage tend à la réduction de la mortalité par cancer.

Pour être efficace, le dépistage doit être précoce. En cas de survenance tardive du dépistage, le cancer est déjà trop évolué ou métastasé. Le dépistage n'a alors plus aucune utilité. La prise en charge interviendra dans une perspective curative et non plus préventive. Il s'agira de guérir et non plus d'empêcher le développement d'un cancer.

Mais l'efficacité du dépistage dépend également d'une autre condition : il doit aussi atteindre un maximum de personnes, estimé aujourd'hui à 80% de la population cible par le Plan cancer 2003-2007. C'est dans le souci d'atteindre une participation maximale des populations qu'a émergé le dépistage organisé des cancers en France. Ce dernier a été mis en place à la fois dans le cadre de la lutte contre le cancer du sein et le cancer colorectal, et émerge dans le cadre de la lutte contre le cancer du col de l'utérus. Il consiste en un dépistage organisé reposant sur une organisation institutionnelle complexe et solide, basée sur des structures de gestion, par opposition au dépistage individuel qui relève de l'initiative de chacun.

Malgré l'existence du dépistage organisé en France, certaines populations n'en bénéficient pas. Près d'un quart des femmes resteraient en dehors du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein (27). Ces populations resteraient exclues du dépistage en raison d'une pluralité de facteurs : socio-économiques, culturels, géographiques...

Ce n'est qu'après avoir analysé la nature des freins qui maintiennent certaines populations en dehors du dépistage organisé des cancers que peuvent être définies des actions spécifiques de sensibilisation. En effet, les actions de sensibilisation adressées au grand public ne suffisent pas toujours. Par la voie d'actions ciblées et adaptées à la situation de ces populations isolées, l'efficacité du dépistage se trouverait renforcée.

Après avoir procédé à un état des lieux des dépistages organisés en France (1), les obstacles à une participation maximale des populations seront analysés (2). De ce constat sera dégagé un plan d'actions visant à atteindre certaines populations aujourd'hui exclues du dépistage organisé (3).

Les propositions seront formulées à l'égard des trois cancers principaux retenus dans le Plan cancer : le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal. Le cas de la région Alsace a été à l'origine des réflexions présentées dans le rapport. Toutefois les suggestions formulées ont vocation à être déclinées sur l'ensemble du territoire français. Elles s'inscrivent dans la logique de dépistage organisé.

1 Etat des lieux des dépistages organisés des cancers en France

1.1 Les principes des dépistages organisés des trois cancers

Les dépistages organisés mis en place pour les trois cancers sont basés sur trois axes² : une population cible définie en fonction des recommandations scientifiques de bonnes pratiques ; des acteurs à l'échelon national, régional et départemental ; un dispositif gratuit et reposant sur des exigences de qualité et de sécurité.

1.1.1 Des populations cibles pour chaque type de cancer

A) *Le cancer du sein : les femmes de 50 à 74 ans*

Conformément aux référentiels scientifiques repris par l'ANAES (25), les femmes de 50 à 74 ans sont invitées (sur invitation de la structure de gestion, sur prescription de leur médecin traitant ou de leur propre initiative) tous les deux ans à réaliser une mammographie de dépistage du cancer du sein. En 2004, l'ANAES n'a pas estimé pertinent d'élargir la tranche d'âge aux 40-49 ans, notamment en raison du manque de performance de la mammographie classique.

B) *Le cancer du col de l'utérus : les femmes de 25 à 65 ans.*

Les femmes de 25 à 65 ans sont invitées à participer au dépistage du cancer du col de l'utérus (basé sur l'analyse du frottis cervico vaginal) tous les trois ans après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Cet examen est complété par le test de recherche de l'infection à papillomavirus (dit test HPV) en cas de frottis incertain. Le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus est, en effet, l'existence d'une infection persistante par un papillomavirus humain (HPV) de type oncogène. Notons qu'en France comme dans les autres pays européens, l'utilisation en première intention du test HPV n'est pas recommandée (26).

² Axes définis dans les cahiers des charges. Les trois cahiers des charges ont été finalisés par les groupes techniques nationaux au 31 décembre 2005. Mais seuls ceux portant sur le cancer du sein et le cancer colorectal sont actuellement disponibles.

C) *Le cancer colorectal : les hommes et femmes de 50 à 74 ans*

Le dépistage du cancer colorectal est préconisé chez les personnes de 50 à 74 ans, tous les deux ans. Ce dépistage s'effectue par la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide du test Hemocult®. En cas de présence de sang, une coloscopie permet de préciser le diagnostic. Toutefois pour les personnes présentant des antécédents familiaux connus, une coloscopie de dépistage est préconisée en première intention.

Les outils de dépistage doivent être précisés. Une étude comparative entre le test biochimique (Hémocult II®), actuellement utilisé, et un test immunologique (Magstream) à lecture automatisée est en cours. Jusqu'à présent, Hémocult® était le seul test dont l'efficacité avait été démontrée dans le cadre d'un dépistage en population générale³.

1.1.2 Une organisation des dépistages sur trois niveaux

L'organisation repose sur trois niveaux : national (groupe technique national), régional (comité technique régional des dépistages des cancers) et départemental (structure de gestion). La mise en place de l'INCa en 2005 va vraisemblablement entraîner des changements dans cette structuration.

A) *Pilotage et évaluation épidémiologique au niveau national*

Pour chaque dépistage organisé, jusqu'en 2005, un groupe technique national - placé sous l'autorité de la Direction Générale de la Santé - était chargé de la conception et du respect du cahier des charges. Il suivait la mise en œuvre du programme de dépistage⁴. La DGS définissait la politique de dépistage, les objectifs et les évaluations nécessaires. Elle veillait à l'assurance de qualité et à la sécurité des programmes de dépistage, ainsi qu'au respect des principes d'éthique, de déontologie, de confidentialité et des droits des personnes.

L'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) était en charge de l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistages organisés. Il s'appuyait pour cela sur le réseau des registres des cancers dans les régions.

³ Un « bon » test de dépistage doit être à la fois sensible et spécifique. La sensibilité d'un test est le rapport vrais positifs / vrais positifs + faux négatifs. La spécificité d'un test est le rapport vrais négatifs / vrais négatifs + faux positifs.

⁴ Le mandat des groupes techniques a été prorogé jusqu'au 31 décembre 2005.

B) Comité Technique Régional des Dépistages: coordination au niveau régional

A l'échelle régionale, c'est le CTRD - co-présidé par le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales et le Directeur de l'URCAM - qui assure la coordination de la mise en œuvre des programmes de dépistage organisé et veillent à leur cohérence avec les orientations du SROS, du PRSP et du PRAPS. Le CTRD - émanation du Comité Régional des Politiques de Santé - exerce des missions d'orientations stratégiques, de définition des besoins en formation, d'assurance qualité des examens de dépistage, de communication et d'évaluation des programmes.

A partir de 2005, la création du Groupement Régional de Santé Publique – loi d'août 2004 - modifie l'organisation régionale. Ce nouveau GIP exercera les missions du Comité Régional des Politiques de Santé.

C) Le niveau départemental : échelon opérationnel de mise en œuvre

L'organisation des dépistages s'articule autour d'une structure de gestion de statut souvent associatif⁵. Celle-ci assure la mise en œuvre des dépistages organisés conformément au cahier des charges national et permet la coordination avec les institutions de tutelle. Elle est aussi en charge de la communication grand public, de la formation des professionnels de santé et du contrôle qualité (des appareils et des examens). En Alsace, il existe une structure de gestion régionale par type de cancer⁶. Dans la majorité des départements, c'est une structure de gestion départementale unique pour les trois cancers (Isère par exemple) qui a été choisie.

Au niveau départemental, l'Assurance Maladie a une mission de pilotage et de financement des programmes de dépistage organisé. Elle met à la disposition des structures de gestion le fichier de référence de la population cible⁷ à partir des fichiers des assurés sociaux de l'ensemble des régimes.

Jusqu'en 2005 (avant recentralisation des compétences), le Conseil général assurait également le pilotage et le financement des dispositifs. Le Conseil général et les organismes d'Assurance Maladie passaient convention avec la structure de gestion notamment pour définir les modalités de gestion et de financement.

D'autres acteurs interviennent au niveau local pour le financement et la mise en œuvre d'actions : associations (Ligue contre le cancer...), communes, Conseil régional.

⁵ Le statut peut varier d'un département à l'autre. Le statut est obligatoirement à but non lucratif (association loi 1901, établissements ou centres d'examen de santé, GIP).

⁶ Mais ces structures tendent actuellement à mutualiser leurs données et outils. A titre d'exemple, ADEMAS et EVE en région Alsace partagent les mêmes locaux.

⁷ Ce fichier indique les personnes ayant bénéficié d'un remboursement d'actes de dépistage à titre individuel ou dans un établissement de santé et la date de cet examen.

1.1.3 Un dépistage gratuit et répondant à des exigences de qualité

A) *La gratuité des actes de dépistage*

Les consultations liées au dépistage sont exonérées du forfait de 1€ mis en place par la réforme de l'assurance maladie. La mammographie de dépistage du cancer du sein est prise en charge à 100% sans avance de frais. Pour le cancer du col de l'utérus, le test HPV est inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale depuis le 30 décembre 2003. Son utilisation en cas de frottis incertain est remboursée depuis le 14 février 2004. Le test Hemocult® est gratuit dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal.

B) *Des exigences de qualité et de sécurité*

L'ensemble des acteurs concernés (notamment les professionnels de santé) est soumis au respect des exigences définies par les cahiers des charges nationaux. L'examen réalisé dans le cadre du dépistage organisé offre des avantages majeurs par rapport au dépistage individuel sur trois points :

Le contrôle qualité. Pour le dépistage organisé du cancer du sein, la qualité des mammographes et des clichés est vérifiée régulièrement (double lecture organisée par la structure de gestion⁸). La qualité des frottis du col de l'utérus est contrôlée. Si le frottis n'est pas correct, la structure de gestion en informe les gynécologues (exemple en Alsace avec l'association EVE). Enfin la qualité des tests Hemocult® est examinée au niveau des centres d'examens.

Le suivi de la prise en charge. La structure de gestion assure la coordination avec les acteurs participant au dépistage organisé pour améliorer l'après diagnostic et la prise en charge thérapeutique. La relance régulière des populations et des professionnels de santé permet un suivi de chaque personne dépistée ou susceptible d'être dépistée.

La formation des professionnels de santé par les structures de gestion. La formation par des membres de la structure de gestion permet une bonne compréhension des enjeux du dépistage organisé par les professionnels et une harmonisation des pratiques.

⁸ Pour le département du Bas-Rhin, la deuxième et troisième lecture a permis de détecter 71 cancers qui n'avaient pas été vus par les premiers lecteurs soit 14,2% des cancers détectés. Source : Bilan d'activité de l'association ADEMAs Alsace au 31 décembre 2005.

1.2 Les mesures de sensibilisation existantes

L'accès au dépistage organisé repose sur le développement de mesures de sensibilisation. Ce sont elles qui conduisent les populations cibles vers un examen médical effectif. De leur pertinence dépend par conséquent l'efficacité du dispositif de dépistage.

Certaines s'adressent directement aux populations cibles, tandis que d'autres les visent indirectement par la mobilisation des acteurs de santé.

1.2.1 Information et communication auprès du public (sensibilisation directe)

Cette information directe auprès du public se déploie tant au niveau collectif (national et local) qu'individuel.

A) *Les dispositifs d'information nationaux*

S'agissant des techniques de sensibilisation directe développées à l'échelle nationale, deux types d'actions sont mises en œuvre.

Les premières s'inscrivent dans une logique de continuité, et se présentent comme des campagnes médiatiques. Elles prennent la forme de spots télévisés et radiophoniques, à l'instar de la campagne « Rendez-vous Santé + » lancée en 2003, d'encarts dans la presse écrite, ou encore d'affichages urbains. Action de sensibilisation plus discrète, en octobre 2005 a été édité un timbre « dépistage du cancer du sein ».

La loi de santé publique d'août 2004 s'inscrit tout autant dans cette approche de sensibilisation en prônant le développement de supports de diffusion pour les déficients sensoriels (création d'un film en langue des signes pour les malentendants, et de cassettes audio pour les malvoyants).

Les secondes ont un caractère plus ponctuel, pouvant être qualifiées « d'opérations coups de poing ». Citons pour exemple l'organisation en 2005 d'une journée nationale du dépistage du cancer du sein, le premier octobre de chaque année, prélude à une forte mobilisation durant tout le mois.

B) *Les dispositifs d'information locaux*

Que ce soit au niveau régional ou départemental, on retrouve la même distinction évoquée supra : campagnes d'information permanentes et opérations ponctuelles.

Par exemple, des acteurs de la région Alsace se sont engagés, parallèlement à une campagne d'information grand public (publications dans la presse locale et la revue du Conseil général), dans la traduction de plaquettes d'information sur le dépistage organisé en turc, arabe et allemand.

S'agissant des opérations ponctuelles, les initiatives sont diverses.

Dans le Doubs, l'organisation de réunions à destination de certaines populations a été initiée par la MSA. Elles sont destinées aux femmes du milieu rural, et portent sur les cancers féminins. D'autres ont été mises en place par la DRASS de Franche-Comté au profit des femmes en situation de précarité⁹. En Rhône-Alpes, sont organisées dans les foyers SONACOTRA des réunions d'information portant sur le dépistage du cancer colorectal et visant particulièrement la population masculine.

En Ile-et-Vilaine, une chargée de mission a été spécialement employée par la structure de gestion ADECI 35 afin de développer des actions de proximité, parmi lesquelles figure la tournée des marchés à bicyclette avec des brochures.

Enfin, citons l'exemple original de la Haute-Vienne où une pièce de théâtre «Des seins d'esprits»¹⁰ a été mise en scène par des professionnels de santé, des malades, anciennes malades, proches et soignants, à l'initiative de la Ligue contre le cancer.

C) Les dispositifs d'information individuels

A l'échelle individuelle, les structures de gestion s'engagent en début de campagne dans une stratégie d'invitation par courrier individuel. Un système de distribution est organisé autour de listes de recensement fournies par les CPAM. Ce courrier contient des informations sur le cancer concerné et sa prévention ; il a vocation à conduire les personnes vers une participation au dépistage organisé.

Parallèlement, une sensibilisation est faite par les médecins généralistes et spécialistes à l'occasion de leurs consultations, et ce par le biais du dialogue ou par la voie d'affichage en salle d'attente. Toutefois, cette action de sensibilisation peut rencontrer certaines difficultés : son effectivité dépend de la volonté du professionnel et du temps dont il dispose.

1.2.2 Implication des acteurs du dépistage (sensibilisation indirecte)

La sensibilisation des professionnels de santé est indispensable pour qu'eux-mêmes incitent les populations à participer aux dépistages organisés. Les structures de gestion développent dans ce but trois types d'action : l'information des professionnels de santé, leur formation, et la mise en réseau des acteurs du dépistage organisé.

⁹ Réunions-débat qui ont permis de rencontrer depuis 2001 420 femmes et 50 travailleurs sociaux.

¹⁰ Source : Comité de la Haute-Vienne de la Ligue contre le cancer – Action menée en 2005

A) L'information des professionnels de santé

Les structures de gestion prennent contact avec les corps médicaux concernés par le dépistage des trois cancers : médecins généralistes, gastro-entérologues, gynécologues, anatomo-cytopathologistes et radiologues. Afin de les impliquer, elles leur envoient des lettres d'information portant sur le dépistage organisé et sur le rôle qui leur incombe dans ce cadre. Les courriers adressés font état des intérêts et avantages du dépistage organisé, ainsi que des résultats d'activité de la structure de gestion concernée. Par exemple, l'association EVE (structure de gestion alsacienne) diffuse régulièrement un bulletin d'information à destination des médecins, sur le dépistage organisé du cancer du col utérin. Parallèlement, sont organisées des réunions de sensibilisation communes aux différents professionnels de santé concernés, notamment sous forme de séminaires.

De manière plus individuelle, parfois le médecin coordonnateur de la structure de gestion procède parfois à un entretien téléphonique avec un médecin généraliste nouvellement installé afin de lui présenter les activités de l'association et le sensibiliser aux actions de dépistage. C'est notamment le cas dans le Haut-Rhin, au sein de l'association ADECA 68 oeuvrant pour le dépistage du cancer colorectal.

Outre cette information, les structures de gestion mettent des outils à la disposition des médecins pour les aider à sensibiliser leurs patients au dépistage organisé. Pour orienter des patients jusqu'ici dépistés individuellement vers le dépistage organisé, des plaquettes d'information et des convocations non nominatives leur sont distribuées.

B) La formation des professionnels de santé

Les structures de gestion élaborent une stratégie d'incitation à la formation continue des médecins. Par exemple, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, certains généralistes ont besoin d'acquérir ou de perfectionner la technique du frottis. D'autres formations insistent sur l'accompagnement à apporter au patient, notamment en matière de dépistage du cancer colorectal reposant sur l'utilisation du test Hemocult®.

En Alsace, les associations ADECA 68, EVE et ADEMAs s'associent pour l'organisation d'une formation commune des médecins généralistes du Haut Rhin. Un taux moyen de participation de 70 % a été enregistré lors des sessions de formation. Ces formations sont financées pour partie par le FAQSV (fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville).

C) *La mise en réseau autour des structures de gestion*

Les structures de gestion veillent à la constitution de réseaux entre tous les acteurs du dépistage organisé. La mise en réseau garantit la bonne orientation des personnes dépistées. A ce titre, sont réunis les établissements de santé publics et privés, les acteurs de proximité comme le Planning familial ou la Médecine du travail, l'Assurance Maladie, et surtout les associations.

Ces techniques de sensibilisation, bien que communes à l'ensemble des dépistages organisés, restent développées de manière inégale selon les maladies cancéreuses. Le dépistage du cancer du sein fait l'objet d'une forte sensibilisation, tandis que les actions en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du colon sont encore peu nombreuses. Celles-ci doivent être étendues, notamment dans les régions encore peu impliquées, afin d'atteindre un taux de participation plus élevé et uniforme sur l'ensemble du pays.

1.3 Une participation croissante mais inégale

La participation active des populations cibles à un programme de dépistage organisé des cancers est déterminante pour sa réussite. Les modalités de participation diffèrent selon le type de cancer dépisté, selon les situations géographiques et démographiques des personnes.

1.3.1 Un dépistage organisé du cancer du sein généralisé

A) *La première cause de mortalité par cancer chez les femmes*

Le cancer du sein représente 36% des cancers féminins ; il est la première cause de mortalité par cancer chez les femmes (20%). En effet, près de 12.000 femmes meurent d'un cancer du sein en France chaque année.

B) *Une très bonne couverture du territoire par le dépistage organisé*

Le dépistage du cancer du sein est relativement ancien. Devant l'importance de ce problème de santé publique, certains départements ont très tôt mis en place un dépistage organisé, notamment à travers le milieu associatif. Par exemple, en Alsace, l'ADEMAS a été créée en 1988. En 1994, la DGS a établi le programme de dépistage systématique du cancer du sein. Ce programme a été redéfini en février 2000 comme priorité de santé publique. En 2001, 33 départements étaient inclus dans ce programme national. Sa généralisation s'est accélérée à partir de 2003 avec 81 départements concernés puis 98 départements en 2004 et 99 en 2005.

C) Une participation très inégale selon les régions

La mise en place et le développement du dépistage organisé du cancer du sein ont permis de dépister un nombre toujours croissant de femmes atteintes de cette pathologie. Par exemple, en 2000, 42.000 nouveaux cas ont été diagnostiqués contre 21.200 cas en 1980 ; aujourd'hui, 46.000 cas sont dépistés par an (28).

Entre 2003 et 2005, le taux de participation des femmes au dépistage organisé a augmenté d'un tiers au niveau national. En 2005 le taux de participation national atteint 45% (contre 33% en 2003) avec près de deux millions de femmes ayant participé à ce programme (18).

Cependant, même si la participation augmente, des disparités régionales persistent. C'est en Bretagne que la participation est la plus élevée (taux proche de 60%). Les régions Pays de Loire et Limousin ont un taux de participation avoisinant les 55%. En revanche, les taux de participation les plus faibles concernent l'Île-de-France (34,3%), la Lorraine (32,1%) et la Corse (31,5%). La grève des radiologues dans certaines régions et l'attente d'un nouveau cahier des charges ont pu limiter la participation en 2005.

Ces chiffres semblent particulièrement bas si on les compare à ceux avancés par une étude Baromètre santé de 2005. 65% des femmes de la classe d'âge de 50 à 74 ans déclarent avoir effectué une mammographie au cours des deux dernières années. Peut-être faut-il voir dans cette différence le maintien d'un dépistage individuel parallèlement au dépistage organisé.

1.3.2 Le dépistage organisé du cancer colorectal

A) Une pathologie répandue

Le cancer colorectal touche aussi bien les hommes que les femmes. En 2000, 36.000 nouveaux cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués et le nombre de décès liés à cette pathologie s'élevait à 16.000 (28). Il est la troisième cause de mortalité par cancer chez les hommes et la deuxième chez les femmes.

Alors que 53% des hommes sont touchés par ce cancer, ce sont les femmes qui participent le plus au dépistage organisé du cancer colorectal. Ce n'est donc pas la population la plus à risque qui est la plus sensibilisée au programme de dépistage.

B) Une couverture du territoire encore incomplète

En Europe, la France apparaît comme précurseur dans la politique de dépistage organisé du cancer colorectal. Suite à deux appels à candidature passés en 2002, 22 départements pilotes ont organisé un dépistage organisé de ce cancer. La généralisation de ce programme est prévue pour le début de l'année 2007, dans le cadre du Plan cancer et des recommandations de l'Académie de Médecine.

C) *Des résultats encourageants*

Le taux moyen de participation pour les départements ayant plus de douze mois d'activité et ayant invité plus de 80% de la population concernée était de 33% (données InVS 2005).

A partir des résultats issus de la première campagne de dépistage organisé du cancer colorectal, se dégagent de grandes disparités de participation selon les départements. Ainsi, l'Ille-et-Vilaine, la Côte d'Or, la Saône-et-Loire et le Haut Rhin présentent des taux de participation supérieurs à 50%. A contrario, les populations du Nord (27%) et de l'Isère (23%) ont moins participé à cette campagne de dépistage (21).

1.3.3 Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

A) *Une mortalité en baisse*

Les dernières données comparatives concernant les décès liés au cancer du col de l'utérus sont relativement anciennes. On peut observer 1941 décès en 1980 contre 1004 en 2000. Par ailleurs, le nombre de nouveaux cas détectés sur cette même période a diminué de 30% (4879 nouveaux cas en 1980 contre 3387 en 2000) (28).

B) *Un dépistage organisé actuellement peu répandu sur le territoire*

A ce jour, il n'existe pas de stratégie nationale de dépistage organisé du cancer utérin. Le dépistage de ce cancer consiste en la réalisation d'un frottis. Ce frottis est pratiqué soit par un gynécologue, soit par un généraliste formé à réaliser cet acte, et cela bien souvent en dehors d'un programme de dépistage organisé.

Comme pour le dépistage du cancer du sein, des associations de professionnels de santé ont mis en place un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans certains départements (par exemple, création en 1990 d'EVE dans le Bas Rhin). Cela concerne 5 territoires en 2006. Le Plan cancer prévoit d'augmenter cette couverture.

C) *Une participation inégale selon l'âge des femmes*

En 2000, 6 millions de frottis ont été réalisés et environ 55% de la population concernée est couverte (28). Ce sont surtout les femmes les plus jeunes qui ont bénéficié d'un dépistage. Par exemple, dans le Doubs entre 1999 et 2004, 70% des femmes âgées de 30 à 34 ans ont eu un frottis. La participation est inférieure à 40% chez les femmes âgées de 60 à 65 ans.

De manière plus générale, en France, 35% des femmes âgées de 25 à 69 ans n'ont jamais eu de frottis ou en ont eu à des intervalles trop espacés (28).

2. Les obstacles à l'accessibilité au dépistage organisé

1.1 Les freins liés aux individus susceptibles d'être dépistés

Les conditions socioéconomiques et culturelles des individus, les difficultés matérielles, les représentations individuelles de la maladie et de la médecine sont autant de facteurs pouvant limiter la participation à un dépistage organisé du cancer.

2.1.1 Les situations sociales, économiques et culturelles

Les campagnes de dépistage touchent les individus différemment selon la catégorie sociale à laquelle ils appartiennent et selon leurs spécificités culturelles.

Concernant le statut socio-économique, deux tendances fortes se dégagent des statistiques. D'une part, le taux de participation au dépistage organisé est plus faible parmi les personnes à la recherche d'un emploi, parmi celles bénéficiant du RMI ou de la CMU, ou encore parmi les ouvriers (11).

D'autre part, ne se sentent pas concernées par les campagnes de dépistage les personnes appartenant à un milieu social favorisé - surtout les femmes pour le dépistage du cancer du sein. Certaines d'entre elles considèrent en effet les dépistages organisés comme des actions de masse et de qualité moindre. Les délais de rendez-vous sont par ailleurs différents dans les deux types de dépistage du cancer du sein. Une femme dans le cadre du dépistage organisé peut attendre jusqu'à quatre mois pour avoir une mammographie alors qu'elle peut l'obtenir en quinze jours dans le cadre d'un dépistage individuel.

Des facteurs socioculturels entrent également en jeu dans l'absence de recours au dépistage organisé. Il s'agit tout d'abord de l'âge : le taux de participation diminue régulièrement à partir de 60 ans, aussi bien en raison de questions pratiques telles que le transport, que du phénomène de génération ; les personnes âgées ne connaissent pas la culture du dépistage organisé et systématique.

L'histoire familiale jouerait également en faveur de la participation. Les personnes qui ont dans leur famille des membres touchés par un cancer auraient plus tendance à aller se faire dépister que les autres qui ne se sentent moins concernées.

La pression familiale peut jouer un rôle dans la démarche de participation au dépistage. Une étude menée en Espagne¹¹ a montré que les femmes célibataires ont un risque plus important de ne pas bénéficier de mammographies régulières que les autres.

Les facteurs religieux et ethniques doivent aussi être pris en compte et peuvent être un frein non négligeable au recours au dépistage.

Il faut ajouter les personnes étrangères pour qui la langue est une barrière à l'accessibilité au dépistage, du fait de l'incompréhension des messages véhiculés par les campagnes.

2.1.2 Les freins matériels

L'éloignement géographique, la non possession de moyens de transport, les difficultés matérielles du quotidien ou encore le manque de temps peuvent limiter la participation au dépistage organisé.

Le problème de transport pour se rendre au cabinet de radiologie ou au cabinet médical peut être discriminant. Ce peut être rédhibitoire pour les personnes économiquement défavorisées ainsi que pour les populations résidant en milieu rural. Ces dernières peuvent être éloignées de toute structure de santé compte tenu de l'inégale répartition de l'offre médicale sur le territoire (notamment des gynécologues).

En outre, le manque de temps pour se rendre sur le lieu de dépistage et y participer, la problématique de la garde d'enfant, le fait d'être préoccupé par d'autres soucis ou problèmes de santé sont d'autres obstacles.

Autant de facteurs que l'on ne peut généraliser ni à une population déterminée ni sur un temps donné mais qui vont à l'encontre de la démarche de participation au dépistage organisé.

La mobilité géographique des individus, de plus en plus importante, ajoute une difficulté dans la mise en œuvre des plans de dépistages organisés ; la mise à jour des fichiers des structures de gestion, indispensable pour l'invitation et le suivi des patients, se complexifie et n'est pas toujours exhaustive.

¹¹ ROHLFS I., BORRELL C., PLASENCIA A., PASARIN MI., Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona (Spain). J. Epidemiol Community Health 1998; 52 pp. 205 et 206.

2.1.3. Les représentations personnelles de la médecine et la peur de la maladie

L'absence de participation aux dépistages organisés est souvent due à des représentations liées au corps et à la santé, ancrées dans l'esprit des individus.

La crainte du cancer, de laquelle découle la peur du résultat du dépistage est un premier frein. Les cancers, leurs évolutions et les traitements sont souvent mal connus des Français. La croyance en la non curabilité du cancer induit un fatalisme vis-à-vis de celui-ci. La conviction d'être en bonne santé est un second frein. C'est alors toute la culture du dépistage qu'il faut diffuser en précisant l'intérêt de la démarche.

Une expérience traumatique de l'exercice de la médecine ou d'un séjour à l'hôpital peut éloigner des structures de soins et a fortiori du dépistage organisé.

Enfin, la pudeur des patients et leur gêne à subir un examen gynécologique ou à pratiquer un test HémoCult® (dépôt de selles sur plaquette pour dépister un cancer colorectal) ne sont pas à négliger. Le travail de mise en confiance et de relationnel du professionnel de santé devient primordial, d'autant plus que cette gêne peut être accentuée lorsque le patient et le médecin sont de sexes différents.

2.2 Les freins liés aux professionnels du milieu sanitaire et social

L'implication des professionnels de santé est l'un des facteurs essentiels à la réussite du dépistage organisé des cancers. Elle reste variable selon les professions concernées.

2.2.1 Le manque d'information et de formation des médecins

Les médecins généralistes, les gynécologues, les gastro-entérologues, les médecins du travail¹², les médecins de PMI et les radiologues jouent un rôle privilégié dans le dépistage organisé des cancers. Ils sont les vecteurs privilégiés des programmes et les porteurs de la démarche de santé publique (80% des frottis réalisés au cabinet du généraliste sont à son initiative). Leur implication suppose une bonne compréhension de la problématique du dépistage organisé.

La participation des médecins à des formations spécifiques favorise leur engagement dans les programmes de dépistage. La formation médicale continue, récemment devenue obligatoire avec la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, devrait avoir un impact positif sur leur implication dans le dépistage organisé. Selon un rapport récent

¹² Certains médecins du travail considèrent cependant qu'il n'est pas de leur ressort de sensibiliser aux dépistages organisés et encore moins de pratiquer des frottis ou de distribuer des tests HémoCult®.

(21), 90% des médecins généralistes ayant suivi des formations en petit groupe remettent à leurs patients le test Hémocult® pour le dépistage du cancer colorectal. Une formation adaptée aux besoins et disponibilités de chaque professionnel apparaît donc comme essentielle pour favoriser la participation des médecins au dépistage.

Cependant même si les freins liés à l'information et à la formation des médecins pourraient être levés, le problème de la démographie médicale et l'inégale répartition géographique des médecins réduisent le temps que peuvent consacrer ces derniers à des actions de formation. Le manque de logiciels informatiques similaires dans les cabinets médicaux et l'absence actuelle de dossier médical commun limitent la coordination entre les professionnels de santé.

Un frein lié au sexe des médecins peut également être relevé. Les femmes généralistes seraient plus actives que les hommes dans les actions de dépistage. Alors qu'elles ne représentaient sur la période 1993-2004 qu'un tiers des médecins, elles ont réalisé plus de 50% des frottis¹³.

2.2.2 L'absence d'incitation financière des médecins au dépistage

L'absence de rémunération spécifique est souvent citée comme un obstacle à l'implication dans les démarches systématiques de prévention et de dépistage. Certains médecins plaident en faveur d'une rémunération davantage basée sur la capitation - à l'exemple des pays du Nord de l'Europe.

Une compensation forfaitaire a été instaurée en France mais elle ne concerne que les médecins généralistes pour le dépistage du cancer colorectal. Les autres professionnels de santé tels les gynécologues n'ont pas bénéficié de cette incitation financière.

Quant aux radiologues, l'Assurance Maladie avait proposé une décote des actes réalisés en dehors du dépistage organisé. Mais le projet a été abandonné suite à un refus des professionnels. Les radiologues ont mis en avant l'importance de la liberté du médecin et du libre choix des patients dans notre pays. Le double accès au dépistage du cancer du sein a donc été maintenu avec des cotations d'actes différentes. Une mammographie dans le cadre d'un dépistage individuel reste plus rémunératrice.

¹³ Rapport d'évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs 2005.

2.2.3 La faible implication des autres acteurs sanitaires et sociaux

La structure de gestion doit impliquer autant les médecins que les établissements sanitaires et sociaux dans le dépistage organisé des cancers. Les partenariats avec les centres hospitaliers et les réseaux de cancérologie restent encore à développer pour améliorer l'après dépistage, l'annonce du diagnostic et les propositions thérapeutiques. Pour le cancer colorectal, certaines structures de gestion ont mis en place une convention avec les gastro-entérologues libéraux et hospitaliers pour le suivi des coloscopies (par exemple en Isère).

La participation des centres de PMI et de planning familial pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les jeunes femmes, reste épisodique. Le fonctionnement de ces deux structures laisse peu de place au dépistage alors même que les actions de prévention font partie intégrante de leurs missions.

Le rôle des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, reste également marginal dans le dépistage organisé. Les responsabilités de chacun ne semblent pas définies (responsabilité de l'établissement par rapport à la participation des usagers ; place des médecins coordinateurs des établissements dans les programmes de dépistage) et sont un frein à une implication forte.

D'autres professionnels du milieu sanitaire et social (travailleurs sociaux, médiateurs, infirmières libérales) jouent un rôle non négligeable auprès de certaines populations (notamment celles issues de l'immigration). Leur implication dans les programmes de dépistage organisé permettrait de toucher ces populations.

De manière plus précise pour le dépistage du cancer du sein, l'information et la formation des secrétaires médicales des cabinets de radiologie ne doivent pas être négligées. Le premier contact s'effectue auprès d'elles.

2.3 Les freins institutionnels au dépistage

L'environnement institutionnel des programmes de dépistage peut être un frein à la généralisation et la mise en œuvre des actions. D'une part, la création d'une nouvelle structure dans le champ du cancer, l'INCa, rend moins lisible le pilotage politique actuel et les responsabilités financières des acteurs concernés. D'autre part, l'existence d'un débat scientifique sur l'intérêt du dépistage peut compromettre la bonne marche du dispositif.

2.3.1 Le pilotage de la politique de lutte contre le cancer encore mal défini

Le pilotage de la politique de lutte contre le cancer est encore mal défini compte tenu de l'arrivée en 2005 d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire, l'INCa. Créé par la loi du 9 août 2004¹⁴ sous forme d'un GIP sous la double tutelle du Ministère de la santé et du Ministère de la Recherche, l'INCa a vocation à constituer une instance d'expertise et de ressources capable d'assurer la coordination du Plan cancer. Cette nouvelle structure, dotée d'un budget de lancement de 11 millions d'euros émanant du Ministère de la santé, n'a été opérationnelle qu'en 2005.

Pour les dépistages organisés, l'INCa doit se positionner dans le paysage des décideurs nationaux en santé aux compétences définies: DGS, CNAM. La vocation initiale de l'INCa est de **coordonner** leur mise en œuvre au niveau national. La CNAM vient d'approuver cette mission dévolue à l'INCa mais les modalités pratiques sont en cours de finalisation. A titre d'exemple, la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre la CNAM et l'Etat pour les trois prochaines années est encore en négociation. Un projet de convention de transferts de compétences est à l'étude entre la DGS et l'INCa.

Ce positionnement encore mal défini des acteurs compromet actuellement tout nouvel agrément de département pour le dépistage du cancer colorectal.

La création de l'INCa coïncide avec la recentralisation des compétences en matière de dépistage des cancers au niveau de l'Etat (loi du 9 août 2004 et loi du 13 juillet 2004 sur les libertés locales). Ce changement n'est pas sans poser le problème du financement des programmes de dépistage.

2.3.2 Le financement des programmes de dépistage en question avec la recentralisation des compétences de dépistage des cancers

Compte tenu de la recentralisation des compétences, certains conseils généraux ont décidé de se désengager du financement du dispositif de dépistage organisé¹⁵. Même si l'Assurance Maladie est le financeur principal du programme de dépistage¹⁶, le retrait des Conseils généraux tend à mettre en péril la pérennité du dispositif.

Dans ce contexte, certains représentants de l'Assurance Maladie nous ont confié leur inquiétude devant le coût des campagnes de dépistage (moyens humains mobilisés, campagnes de communication...) au regard des taux de participation variables selon les départements. La pérennité du dispositif dépendra de la hausse des taux de participation.

¹⁴ Article 32 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁵ Les Conseils généraux qui ont souhaité garder leur soutien au dépistage ont signé une convention avec la DDASS. Le maintien du financement par les conseils généraux contribue à pérenniser un partenariat entre les trois décideurs locaux (Assurance Maladie, Etat, département).

Jusqu'à l'introduction de la nouvelle CCAM, l'Assurance Maladie n'était pas en mesure de distinguer les mammographies qui relevaient du dépistage organisé du cancer du sein de celles relevant d'une prescription individuelle d'un médecin. Elles étaient cotées de manière identique. La nouvelle CCAM prévoit deux cotations différentes en fonction de la nature du dépistage¹⁷.

2.3.3 Un débat ouvert sur le rapport bénéfique / risque du dépistage

L'existence d'un débat scientifique sur le bien-fondé du dépistage organisé des cancers (notamment celui du cancer du sein) peut inciter certains professionnels de santé à refuser le dispositif de dépistage organisé et influencer leurs patients dans ce sens. La vulgarisation de ce débat dans la presse grand public pourrait également dissuader les individus de recourir au dépistage organisé. Une réunion de consensus aura lieu prochainement à l'INCa sur le thème du « surdépistage ». Elle témoigne de la prise de conscience institutionnelle du problème.

Dans la littérature médicale (2)(3), certains spécialistes mettent en avant les effets indésirables liés à la mammographie : manifestation de douleur (d'après une enquête auprès de 200 femmes de 40 ans et plus, 72% déclarent avoir ressenti une douleur modérée) et apparition d'un petit nombre de cancers résultant de l'irradiation répétée des seins (estimation : 7 – 31 pour 100 000).

Un médecin épidémiologiste rennais met en avant les dangers du dépistage organisé du cancer du sein. Il insiste sur l'existence d'un « surdiagnostic » (7). Le dépistage organisé du cancer du sein serait inefficace car il conduirait à repérer et à opérer des tumeurs mammaires qui n'auraient jamais mis la vie des femmes en danger si elles n'avaient pas été dépistées. La croissance du nombre de cancers ne serait pas liée à une épidémie soudaine mais à l'intensification du dépistage (en 1980, 300 mammographes en France, aujourd'hui plus de 2500).

¹⁶ Exemple : pour le dépistage organisé du cancer colorectal dans le département du Haut Rhin, la CPAM finance à hauteur de 600.000 € (85%), le conseil général à hauteur de 100.000 € (15%).

¹⁷ QEQK004 pour une mammographie de dépistage et QEQK001 pour une mammographie bilatérale classique, le coût de l'acte étant de 66, 42 € dans les 2 cas.

3. Plan d'actions pour atteindre certaines populations difficiles à « toucher »

Nous présentons un plan d'actions axé sur deux types de populations représentant la majorité des non participations au dépistage. Nous partons de l'hypothèse que la région à laquelle nous proposons ce plan d'actions dispose d'un dépistage organisé des trois cancers (sein, col de l'utérus, colo rectal).

Trois principes ont guidé le choix des actions proposées :

1. S'appuyer sur les programmes et structures locales existantes : en effet, l'expérience du terrain de ces structures apporte un crédit certain aux actions qui seront entreprises et elles bénéficient d'une confiance déjà installée
2. Aborder le dépistage organisé en tant que dépistage du cancer et non de cancers particuliers.
3. S'appuyer sur la population féminine (et par conséquent cibler des populations féminines) en ce qu'elles sont des vecteurs d'information et de sensibilisation de leur entourage (enfants, conjoints, amies) : elles sont à la fois des populations cibles mais également des populations relais

Objectif général du plan d'actions

L'objectif général de notre plan d'actions est l'amélioration de la participation de certaines populations les plus difficiles à atteindre, au dépistage organisé des trois cancers que sont les cancers du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal.

Cet objectif général se décline en deux objectifs spécifiques. Nous souhaitons :

- Faciliter l'accès au dépistage organisé des cancers pour les femmes issues de l'immigration. Ces femmes souffrent en effet de freins objectifs qui les maintiennent éloignées de la santé et par conséquent, du dépistage organisé des cancers.
- Convaincre les femmes refusant le dépistage organisé des cancers au profit du dépistage individuel

Nous développerons la justification de ces choix dans la description des actions correspondantes à ces objectifs.

AXE 1: Faciliter l'accès au dépistage organisé des cancers pour les femmes issues de l'immigration

Objectifs opérationnels

Les objectifs de ce premier axe du plan d'actions consistent à :

- Faciliter l'accès à l'information des femmes issues de l'immigration sur le dépistage organisé des cancers
- Améliorer l'accessibilité des femmes au dépistage organisé des cancers en organisant une prise en charge psycho-médico-sociale et administrative

Pourquoi avoir choisi ces femmes ?

Malgré l'absence de données statistiques précises sur la non participation de ces femmes, tous les interlocuteurs contactés dans le cadre de notre réflexion ont insisté sur l'importance de sensibiliser ces femmes en particulier ; la récurrence de cette préoccupation nous a convaincu qu'un plan d'actions efficace devait obligatoirement les concerner.

L'idée essentielle est de recréer ou renforcer le lien social qui est souvent absent de la vie de ces femmes ; ce n'est qu'en allant vers elles pour les informer et les aider à se mobiliser que notre action sera plus efficace. Comme cela a été démontré dans l'analyse, ces femmes sont souvent peu ou pas informées sur le dépistage organisé des cancers et il nous semble que le sanitaire ne peut devenir une de leurs priorités que si l'on s'appuie sur les structures sociales qui leur sont déjà familières.

Pour les personnes n'ayant pas recours à la prévention et aux structures de soins, l'accès au dépistage passe obligatoirement par une prise en charge globale (psychologique, sociale et pratique).

Actions

Les actions de terrain nous paraissent davantage appropriées à la situation de ces femmes qu'un plan de communication grand public. Dans ces conditions, elles représenteront l'essentiel de nos propositions.

De façon, nous envisageons d'adapter les modalités d'actions au lieu d'habitation de ces femmes afin de prendre en compte également la réalité géographique.

- ❖ Pour les femmes habitant en zone urbaine : les *régies de quartier*¹⁸ semblent être les meilleurs points de contact entre ces femmes et le dépistage organisé des cancers.

Une *régie de quartier* est une association loi 1901 qui regroupe en partenariat, les collectivités territoriales, les bailleurs sociaux et les habitants pour intervenir ensemble dans la gestion du territoire. Son objectif global est de « recréer ou renforcer le lien social, mobiliser les acteurs ». Elle s'appuie sur un maillage de centres sociaux et d'animateurs socio-éducatifs.

Aujourd'hui l'activité de ces régies est le support d'une mission sociale, et nous proposons de l'étendre à l'activité sanitaire du dépistage des cancers. Le dépistage des cancers bénéficierait ainsi du continuum d'actions déjà effectives dans le champ social. Nous proposons un ensemble d'actions qui s'appuient sur ces régies pour informer et sensibiliser les femmes ciblées au dépistage organisé.

Par ailleurs, s'appuyer sur ces structures, permet de résoudre les difficultés liées à la garde des enfants durant le temps de la prévention (présence de crèches dans les centres sociaux), et celles liées aux démarches administratives des femmes ciblées (aide d'assistantes sociales).

Concrètement, les actions proposées sont les suivantes :

- *L'organisation de réunions d'informations* assurée par les professionnels des centres sociaux des villes, des médecins, ainsi que par des femmes relais volontaires sensibilisées au sein des centres sociaux, qui compléteront ainsi l'action des travailleurs sociaux.
- *Identification des femmes-relais* : il est nécessaire d'attirer des personnes de cultures et de langues différentes afin d'assurer la diffusion de la formation au plus grand nombre de femmes issues de l'immigration
- *La formation des professionnels des centres sociaux et des femmes relais* sur le dépistage des cancers et sur la maladie cancéreuse (pour qu'ils soient aussi en mesure de parler également des traitements) grâce aux experts de terrain de la région (structures de gestion, Ligue contre le cancer, professionnels de santé...)

¹⁸ Cette idée d'utiliser ces régies est une préconisation de la Ligue contre le cancer pour le cas du cancer du sein. Nous nous permettons de la reprendre en y apportant une vision plus élargie (à l'ensemble des cancers) et des éléments pratiques plus nombreux.

- *Les personnels et bénévoles formés* pourront faciliter la démarche de dépistage de ces femmes, notamment en assurant la prise de rendez-vous médicaux et en assumant les formalités administratives (celles relatives à l'Assurance Maladie en particulier).

- *Implication des médecins généralistes et spécialistes* : une incitation financière pour qu'ils apportent leurs contributions aux réunions d'informations et qu'ils consacrent des vacations spécialement réservées aux actes de dépistage (frottis) sera envisagée. Le choix de médecins femmes pourrait être plus judicieux, notamment pour convaincre les femmes réticentes à l'examen de leur corps, de se laisser examiner.

- *Le rôle du médecin traitant s'avère majeur dans l'ensemble de cette démarche*. En effet, le médecin traitant représente une personne de confiance pour ses patients, par conséquent, si celui-ci réussit à créer un lien entre ses patients et d'autres professionnels de santé, peut-être que cette confiance se transmettra et facilitera l'ensemble du dispositif du dépistage.
 - ❖ Pour les femmes concernées habitant en zone rurale, certaines zones étant très difficiles d'accès (zones montagneuses notamment) et peu dotées en cabinets médicaux (notamment de radiologie et de gynécologie),

Nous proposons l'idée d'un **bus équipé d'un mammographe** qui sillonnerait les villages présentant ces difficultés. Ce véhicule (exemple dans le Vaucluse) aura à son bord, des personnels qualifiés (radiologues, manipulateurs radio, et médecins généralistes) pour délivrer une information précise et adaptée sur le dépistage des cancers, et pratiquer la mammographie, le frottis sur place, et de distribuer le test Hémoccult.

Nous espérons que ces actions, inscrites dans le principe d'aller vers les femmes et non pas d'attendre qu'elles viennent à l'information et au dépistage organisé, auront un impact significatif sur leur participation au dépistage des cancers.

AXE 2 : Convaincre les femmes refusant le dépistage organisé des cancers au profit du dépistage individuel, de participer au dépistage organisé

Objectifs opérationnels

Les objectifs des actions dirigées vers ces femmes consistent à :

- Les convaincre de l'intérêt du dépistage organisé, des avantages qu'il présente relativement au dépistage individuel
- Leur faciliter la démarche de dépistage organisé, le rendre moins contraignant relativement au dépistage individuel

Pourquoi avoir choisi ces femmes ?

Beaucoup de nos interlocuteurs ont insisté sur la proportion qu'ils estimaient non négligeable de femmes ayant compris l'importance du dépistage mais privilégiant le dépistage individuel au dépistage organisé. Comme nous l'avons montré précédemment, il est indispensable que le dépistage organisé se substitue aux dépistages individuels dans un souci d'efficacité, de meilleure qualité, traçabilité, le tout dans une logique de démocratie sanitaire.

Il nous paraît donc intéressant dans notre plan d'actions de cibler un deuxième type de population constitué des femmes refusant le dépistage organisé au profit du dépistage individuel.

A la différence de la philosophie des actions développées en direction des femmes issues de l'immigration, il nous paraît que la communication est le vecteur essentiel pour atteindre ce second type de femmes choisi.

Actions

Concrètement, nous proposons :

- De bâtir un plan de communication au message innovant
- De mettre en place une semaine régionale du dépistage (qui aura à la fois un impact en termes de communication et qui permettra la mise en place concrète d'un dépistage organisé facilité).

- Le plan de communication

Le plan de communication proposé n'est pas original dans les supports qu'il utilise. En revanche, le message qu'il se propose de diffuser nous semble innovant. Il portera sur **l'intérêt du dépistage organisé**. Actuellement les campagnes permettent davantage de faire naître l'intérêt du dépistage mais pas particulièrement celui du dépistage organisé. A cette fin, nous proposons d'utiliser plusieurs types de support. Les supports écrits seront :

- Des articles de médecins et un encart publicitaire dans la presse écrite, notamment dans les journaux gratuits (qui présentent actuellement des taux d'audience très intéressants) et dans les magazines féminins (leur impact sur les comportements est en effet non négligeable).
- Des affiches distribuées aux pharmaciens, aux médecins généralistes et spécialistes (gynécologues) qui sont des acteurs incontournables de la vie sociale. Dans les officines et les cabinets, l'attente fréquente offre une belle occasion aux femmes de lire ces affiches et immédiatement après de demander de plus amples informations au professionnel de santé qu'elles sont venues voir.

Les supports audiovisuels seront :

- Un spot télévisé, diffusé en particulier sur une chaîne qui offre des programmes régionaux comme France 3, aux heures de grande écoute : au sein des publicités qui interrompent les journaux d'informations régionales et le programme de première partie de soirée
- Un spot radio, diffusé sur les radios locales mais également nationales dans les programmes concernant uniquement la région.

Pour ce qui est du contenu des encarts publicitaires, affiches et spots, il serait incontournable de faire appel à des professionnels de la communication. Néanmoins, nous nous proposons d'avancer quelques idées.

La participation d'une personnalité régionale nous semblerait avoir un impact positif. Nous choisirions une femme célèbre, connue dans le monde artistique ou sportif, qui expliquerait pourquoi elle a choisi d'intégrer un dépistage organisé, quels avantages concrets elle en a retiré ; elle pourrait également évoquer de façon rassurante la prise en charge qui s'organise quand le dépistage est positif.

- La semaine régionale du dépistage organisé

Après avoir décrit comment convaincre les femmes ciblées de l'intérêt et des avantages du dépistage organisé, nous décrivons ci-après comment nous comptons les attirer concrètement sur les lieux de dépistage.

Comme nous l'avons évoqué dans la seconde partie, beaucoup de femmes invoquent souvent le manque de temps pour ne pas aller se dépister, ce qui masque fréquemment des raisons plus subjectives. Nous avons choisi de permettre une meilleure accessibilité, c'est-à-dire moins contraignante, au dépistage organisé. Concrètement, cela consiste en la mise en place d'une semaine régionale du dépistage organisé des trois cancers.

Cette semaine sera organisée de la manière suivante :

- Nous demanderons à chaque type de professionnels de santé pouvant assurer les dépistages (radiologues, médecins généralistes, gynécologues, gastro-entérologues, ainsi que les professionnels de santé des consultations hospitalières, des centres de PMI et des dispensaires) de consacrer gratuitement un jour de leur temps de travail au dépistage organisé.
- Après consensus, nous élaborerons le calendrier de la semaine du dépistage qui prendra par exemple la forme de « lundi : dépistage chez les médecins généralistes, mardi à l'hôpital, mercredi chez les gynécologues, jeudi dans les centres de PMI et les dispensaires, vendredi chez les radiologues et samedi chez les gastro-entérologues ».
- Nous informerons alors les femmes que nous aurons préalablement atteintes par le biais de notre campagne de communication, de l'organisation de cette semaine régionale du dépistage organisé des cancers (grâce aux mêmes moyens de communication que ceux évoqués précédemment). Dans le message délivré, nous les inviterons également à relayer l'information et ne pas hésiter à convier leur entourage (conjoint, enfants, ami(e)s, parents).
- Une rémunération sur la base d'une consultation de ces professionnels pourrait peut-être être discutée entre les institutionnels régionaux et l'Assurance Maladie, afin de mobiliser un maximum d'entre eux.

Ce type d'actions existe actuellement dans le cadre de journée du dépistage, à l'image de la journée du 18 mai 2006 consacrée au dépistage des cancers de la peau. Elles permettent aux populations convaincues de l'intérêt du dépistage de s'y rendre sans formalités préalables (prise de rendez-vous notamment). Cette idée nous a semblé tout à fait intéressante mais nous avons préféré envisager une semaine complète du dépistage organisé des trois cancers afin de pouvoir faire participer plusieurs types de professionnels de santé sans toutefois obérer leur activité (chacun y consacre une journée). Cela permet également une liberté de choix (professionnel de santé et journée du dépistage) pour la population désirant se faire dépister. Enfin et surtout, cette semaine évitera l'afflux massif de populations sur une journée qui risquerait de beaucoup décourager (files d'attente).

L'efficacité d'une telle action implique un besoin de coordination régionale entre les différents acteurs du dépistage.

L'organisation d'une semaine ne peut que s'appuyer sur l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention sanitaire et sociale, dans le cadre du Plan régional de lutte contre le cancer, du Programme régional de santé publique et du SROS 2005-2009 de 3^{ième} génération. Pour répondre à ce besoin une cellule de coordination pourrait être placée sous l'autorité du GRSP. La majorité des entretiens menés auprès des professionnels en région renforce cette idée d'un besoin de coordination des programmes mis en place. Cette cellule pourrait être chargée non seulement de mettre en forme cette semaine dédiée au dépistage organisé pour l'ensemble des cancers, mais aussi envisager pour cette structure d'autres missions telles que la coordination de la formation (des professionnels et des volontaires), l'élaboration d'études et de statistiques, le suivi des tableaux de bord et la construction de référentiels.

Conclusion

L'efficacité des dépistages organisés dépend de leur précocité et du maximum de personnes de la population cible touchées. L'accès de tous aux dépistages organisés peut être aujourd'hui considéré comme un droit dans une démarche de santé publique. L'analyse des obstacles à la participation de certaines populations permet la mise en place d'initiatives ciblées et adaptées à ces dernières, au delà des actions grand public.

Si l'accès aux dépistages organisés est reconnu comme un droit, est-il véritablement possible de le garantir pleinement ? Peut-on aller jusqu'à imposer à toute la population la participation aux dépistages organisés ? Comment concilier dans une démocratie, une démarche de santé publique et le respect de la liberté individuelle de chacun ?

Bibliographie

ARTICLES

- (1) **Article collectif** « Le dépistage mammographique des cancers du sein en France », Revue Prescrire n° 270, mars 2006.
- (2) **Article collectif** « Effets indésirables des mammographies de dépistage », Revue Prescrire n° 271, avril 2006.
- (3) **Article collectif** « Mammographie et dépistage des cancers du sein », Revue Prescrire n° 272, mai 2006
- (4) **BERNARD J.**, « Dépistage du cancer : « sur diagnostic » et logiques institutionnelles », Colloque à la Faculté de Médecine à Rennes le 2 décembre 2005
- (5) **BERTOLOTTO F., JOUBERT M., LEROUX M. et al.** « Dépistage organisé du cancer du sein. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire 2003/01/21 n°4 Fascicule 4 pp. 24 et 25
- (6) **BOURNOT M.C., ALLIOUX C., HAMON E. et al.** Dépistage organisé du cancer du sein en Loire-Atlantique. Participation des femmes à la campagne 2001-2002. Observatoire Régional de Santé Nantes septembre 2005.
- (7) **COISNE Sophie et LEMARCHAND Fabienne**, « Cancer du sein : les illusions du dépistage », Revue La recherche, l'actualité des sciences n° 395, mars 2006
- (8) **DE BOCK**, Le programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française. Education Santé, octobre 2005. Belgique. P 2-5.
- (9) **FLEMING I.**, « La gestion du cancer : Aspects économiques du dépistage et du traitement du cancer », Revue Hospital 2004/ 05-06
- (10) **GOULARD H, ANCELLE-PARK R, BLOCH J et les structures de gestion :** Dépistage Organisé du cancer colorectal, en France dans 22 départements pilotes : synthèse des entretiens réalisés auprès des structures de gestion sur la mise en place du programme. INVS et Ministère de la Santé. Juin 2005.
- (11) **HUGUENIN ABBEY H**, Réduction des inégalités sociales en matière de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans le département de Loire-Atlantique. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Santé publique et médecine sociale. Université de Nantes. 2005. 87p.
- (12) **INVS**, Numéro thématique : « Dépistage organisé du cancer du sein », Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°4-2003 p.13 du 21 janvier 2003

(13) LAUNOY G, Cancer colo-rectal. Le dépistage organisé en quête d'efficacité. Le Concours Médical, 23 novembre 2005, n°127 36, p 2018-2020.

(14) MANSOUR Z, FLEUR L, SAUGERON AM, et al, Dépistage organisé du cancer du sein en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : communication auprès des femmes de statut précaire et/ou isolées. Santé Publique, 2005/12, V:17, N:4 Fascicule 4 Volume 17 Pages pp. 539-549.

(15) MORGNY C, WEBER A, Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne, DRASS de Bourgogne : « Prévention des cancers gynécologiques : quelles relations des femmes à la santé et au système de soins ? » Septembre 2004. Dijon : ORS Bourgogne. 51p.

(16) VENTURA-MARTINS C, WORONOFF AS, et al, Observatoire régional de la santé de Franche-Comté « Association pour la prévention du cancer du col de l'utérus: Évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs 1993-2004. » Mai 2005. Besançon : ORS. 50p.

(17) WEBER A, LEMERY B, MILLOT I, Observatoire régional de la santé de Bourgogne, DRASS de Bourgogne: Prévention des cancers gynécologiques : points de vue des médecins sur les modalités de dépistage en Bourgogne. Dijon : ORS Bourgogne. Septembre 2004. 51p.

COMMUNIQUES DE PRESSE

(18) INVS, Communiqué de presse, « La participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein augmente mais reste disparate selon les régions », 10 mai 2006

RAPPORTS

(19) Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, *Dépistage du cancer du sein en France*. Rapport FNCLCC juin 2004. 49 p.

(20) INVS, Dépistage du cancer du sein : Rapport d'évaluation du suivi épidémiologique - Données 2001 et 2002, Septembre 2005

(21) Rapport du groupe technique sur le dépistage du cancer colorectal, sous la direction du Pr. Jean FAIVRE, Ministère de la Santé et des Solidarités, 26 avril 2005

(22) CRAES-CRIPS (Collège Rhône-Alpes d'Education pour la Santé Centre Régional d'Information et de Prévention Sida), « *L'accès au dépistage organisé du cancer du sein : quelles démarches participatives ?* », avril 2005

(23) Groupe d'experts pour la prévention des cancers de l'Union Européenne, « Recommandations pour le dépistage du cancer dans l'Union européenne », Novembre 1999, traduit en français par le Dr R. ANCELLE-PARK, Pr. H. SANCHO-GRANIER, Pr. J. FAIVRE,

- (24) Préfecture de la Région Pays de la Loire**, Plan cancer en région Pays de la Loire. Cancer du sein : une mobilisation régionale. Mars 2005. 6 p
- (25) ANAES**, Référentiel d'évaluation «Dépistage du cancer du sein en médecine générale», décembre 2004.
- (26) ANAES** « évaluation technologique et économique sur l'intérêt de la recherche des papillomavirus humains (HPV) dans le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus », mai 2004.
- (27) Haut Comité de la Santé Publique**, Rapport de 1998.
- (28) Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Rapport annuel 2004 – 2005 « La dynamique du Plan cancer. Actions et résultats ».

ENTRETIENS TELEPHONIQUES

- DE ANGELIS**, Gilles, chargé de mission à l'URCAM Rhône Alpes, 10 mai 2006
- EXBRAYAT**, Catherine (Dr), médecin coordonnateur, Responsable du pôle dépistage du cancer du sein et cancer colorectal au sein de l'Office de Lutte contre le Cancer (ODLC) dans le département de l'Isère, 11 mai 2006
- FAHRNER**, Marie Pierre (Dr), médecin, Conseil général du Haut-Rhin, 12 mai 2006
- GENDRE**, Isabelle, médecin coordonnateur ADECA 68, 15 mai 2006
- JUNOD**, Bernard, professeur d'épidémiologie au département EGERIES (Evaluation et Gestion des Risques liés à l'Environnement et au système de Soins), 9 mai 2006
- LAFKIHI**, Nadia, chargée du Projet « Prenons soin de nous et de nos proches », Réseau Santé Mulhousien, 11 mai 2006
- LEPAGE**, Régine, chargée de mission ADECI 35, 16 mai 2006
- LOSSON**, Joseph, Directeur de l'URCAM Alsace, 15 mai 2006
- MAEDER BOUR**, Christine (Dr), médecin coordinateur des réseaux de santé de la commune de Mulhouse, 10 mai 2005
- MEYER**, Olivier, Directeur Centre d'examens de santé, MGEN Strasbourg, 18 mai 2006
- PFANTZER**, Elisabeth, CPAM de Mulhouse, 11 mai 2006

ENTRETIENS

- CREUSVAUX**, Hervé (Dr), Médecin inspecteur de santé publique, DGS, bureau SD5A, 16 mai 2006
- DENIS**, Martine (Dr), médecin coordonnateur, Responsable du pôle dépistage du cancer du sein », ADECI 35, 15 mai 2006
- FENDER**, Muriel (Dr), médecin coordinateur, association EVE Alsace, 15 mai 2006

HOLTERBACH, Marie Gabrielle, chargé de mission « prévention et santé », MSA Alsace,
15 mai 2006

JANSER, Jean-Claude (Dr), Président du Comité Bas-Rhin, Ligue contre le cancer, 15
mai 2006

JUNG, Catherine (Dr), Médecin généraliste (Strasbourg), 15 mai 2006

MITTRY, Emmanuel (Dr), gastro-entérologue, Hôpital Ambroise Paré (Boulogne
Billancourt), 18 mai 2006

MOUROUGA, Philippe (Dr), département dépistage, INCA, 18 mai 2006

PORTAL, Stéphanie, Chargée de mission cancers, DGS, bureau SD5A, 16 mai 2006

VIERLING, Geneviève (Dr), Médecin au Conseil général du Bas Rhin, 16 mai 2006

SITES INTERNET

Site de l'INVS : <http://www.invs.sante.fr>

Site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr>

Site RDVsante + : <http://www.rendezvoussanteplus.fr>

TEXTES JURIDIQUES

Arrêté du 27 septembre 2001 fixant le modèle de la convention type mentionnée à
l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.

Fiche méthodologie

Nous retranscrivons dans cette fiche l'évolution de notre raisonnement par rapport au sujet posé dans le cadre du Module Interprofessionnel 2006.

1° Phase de familiarisation avec le sujet

- Jour 1 : échange sur nos premières impressions par rapport au sujet en présence de Stéphane Favret, animateur du groupe, après la lecture du dossier distribué.
- Préparation de la grille d'entretien et début de prise de rendez vous d'entretiens téléphoniques avec des acteurs locaux (responsables d'association) en veillant à avoir le point de vue de plusieurs régions (Alsace, Rhône Alpes, ...). Grille d'entretien soumise par mél à Stéphane Favret pour avis.
- Décision collective de faire des entretiens physiques à Strasbourg et à Paris compte tenu de la liste de contacts dont nous disposions. (dans ce cadre : élaboration collective du budget prévisionnel du groupe). Pourquoi des entretiens physiques ? Il nous est apparu qu'une rencontre physique pouvait donner une valeur ajoutée à certains entretiens.
- Adoption de principes pour les entretiens : deux personnes par entretien physique et trois personnes pour l'entretien téléphonique (deux pour la prise de notes et une personne pour l'animation de l'entretien – téléphone avec haut-parleur).
- Lecture des documents de la bibliographie conseillée par nos animateurs. Toutes les synthèses des lectures sont tapées et mises à la disposition de chaque membre du groupe sur le serveur RA.
- Période où chacun a pu s'imprégner du sujet sur le dépistage des cancers. Echange sur les conclusions de nos lectures avant la rédaction d'un plan du rapport.

2° Phase d'entretiens téléphoniques et physiques

- Tout au long de la première semaine et début deuxième semaine : entretiens téléphoniques et entretiens physiques (lundi et mardi 2^e semaine à Strasbourg). Chaque entretien faisait l'objet d'un compte rendu tapé mis en ligne dans les meilleurs délais dans notre dossier sur RA.
- La grille d'entretien a été expérimentée et a été adaptée en fonction des interlocuteurs. Elle a constitué surtout un support et a contribué à l'harmonisation des questions / réponses (facilitant les comptes-rendus).

- Pendant cette phase, choix d'un plan pour le rapport final : l'organisation du plan a été discutée collectivement et réaménagée. Nous avons souhaité soumettre notre ébauche de plan pour avis à Stéphane Favret par téléphone. Nous avons décidé de nous partager les différentes parties de notre rapport pour la rédaction.

3° Phase de rédaction du rapport / relecture collective

- Ebauche de rapport soumis à l'ensemble du groupe mardi et mercredi de la 2^e semaine (pour ceux qui étaient en déplacement hors de Rennes pour les entretiens => communication par téléphone et par mél). Echanges réguliers entre nous sur les propositions d'actions.
- Jeudi et vendredi de la deuxième semaine : avis et corrections sur ébauche de rapport par le Docteur Pascale Fritsch, animateur du groupe. Discussion autour du plan d'actions.
- Avant la remise du rapport, chacun relit le rapport et émet des propositions de corrections. Centralisation par mél des propositions de chacun par le référent du groupe. Phase de rédaction des parties annexes. Dernier avis pris auprès du Dr Fritsch et de Stéphane Favret. Dernière relecture avant remise du rapport.