

**EHESP**

---

**Master PPASP**

Promotion : **2009 – 2010**

Date du Jury : **28 juin 2010**

---



**En quoi les femmes des territoires  
de Redon-Pipriac St Malo- Dinard  
semblent avoir des difficultés à participer  
au programme de dépistage organisé  
du cancer du sein ?**



---

**Laurence RONGERE**

---

## Remerciements

---



Je tenais à remercier Christine Le Duigou responsable du service Prévention d'avoir accepté de m'accueillir pour ce stage dans le cadre du Master PPASP « Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique ».

Cette étude est devenue possible grâce à la contribution de plusieurs acteurs que je souhaite remercier.

-  Merci à l'ensemble de l'équipe pour son accueil et le temps que tous m'ont consacré et leur disponibilité tout au long de ce travail.
-  Merci également aux acteurs des différentes structures impliquées directement ou indirectement dans le dépistage du cancer du sein, pour leur soutien.
-  Et enfin mes plus sincères remerciements aux professionnels, aux femmes – qui ont accepté de participer aux entretiens et leur contribution à ce travail.

---

# S o m m a i r e

---

Préambule

Introduction

Partie 1 Cancer du sein et dépistage

**1. Le cancer du sein**

1.1. Un enjeu de santé public

1.2. Les facteurs de risques

**2. Le dépistage**

2.1. Prévention du cancer du sein et dépistage

2.2. Historique du dépistage en France

2.3. Contexte législatif et institutionnel

2.4. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013

2.5. Les protocoles de dépistage

2.5.1. Les dépistages individuels (DI)

2.5.2. Les dépistages organisés (DO)

2.5.2.1. Chronologie du dépistage organisé

2.5.2.2. Les modalités du dépistage organisé

2.5.2.3. Une exigence de qualité

2.5.3. Les limites du dépistage

2.5.3.1. Le surdiagnostic

2.5.3.2. Les cancers radio-induits

2.6. Une organisation du dépistage sur trois niveaux

2.6.1. Nationale

2.6.2. Régionale

2.6.3. Départementale

2.7. Le financement

2.8. Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein

2.9. Le médecin traitant au cœur des dépistages

## Partie 2 Etats des lieux du dépistage du cancer du sein

### 1. Participation nationale au dépistage organisé

- 1.1. Définition du taux de participation
- 1.2. Participation de la population cible des femmes de 50 à 74 ans
- 1.3. Participation de la patientèle des médecins traitants

### 2. Les mesures de sensibilisation

- 2.1. Information et communication auprès du grand public (Sensibilisation directe)
  - 2.1.1. Les dispositifs d'information nationaux
  - 2.1.2. Les dispositifs d'information locaux
  - 2.1.3. Les dispositifs d'information individuels
- 2.2. Implication des acteurs du dépistage
  - 2.2.1. L'information des professionnels de santé au niveau national
  - 2.2.2. L'information des professionnels de santé au niveau local

### 3. Les obstacles à l'accessibilité au dépistage organisé

- 3.1. Les freins liés aux individus
  - 3.1.1. Les situations sociales, économiques et culturelles
  - 3.1.2. Les freins matériels
  - 3.1.3. Les représentations personnelles de la médecine et la peur de la maladie
- 3.2. Les freins liés aux professionnels
- 3.3. Les freins institutionnels au dépistage

### 4. Contexte départemental : Ille et vilaine

- 4.1. Approche globale des cancers en Bretagne
- 4.2. Estimation de l'incidence du cancer du sein
- 4.3. La mortalité par cancer du sein
  - 4.3.1. Définition des indicateurs
  - 4.3.2. Mortalité par cancer du sein Bretagne
  - 4.3.3. Pays de Redon
  - 4.3.4. Pays de St Malo
- 4.4. Modalités pratiques d'organisation : ADECI

- 4.5. Participation aux dépistages : Département Ille-et-Vilaine
  - 4.5.1. Analyse par canton
  - 4.5.2. Les données sources
  - 4.5.3. Les limites du traitement des données
  - 4.5.4. Analyse des taux de couverture des femmes dans le département Ille-et-Vilaine à partir des données du Régime Général
  - 4.5.5. Analyse des taux de participation des femmes dans le département Ille-et-Vilaine à partir des données de l'ADECI
  - 4.5.6. Sélection des territoires de l'étude
  
- 4.6. Analyse démographique des territoires sélectionnés
  - 4.6.1. Les Pays de cantons sélectionnés
  - 4.6.2. Catégories socio-professionnelles
    - 4.6.2.1. Pays de Redon
    - 4.6.2.2. Pays de St Malo
  - 4.6.3. Densité des médecins généralistes libéraux

## Partie 3 Objectif et Méthodologie générale de l'étude

### 1. Objectifs

### 2. Modalités de l'étude

- 2.1. Enquête auprès des professionnels de santé
- 2.2. Enquête auprès des personnes considérées comme non participantes à la campagne de dépistage du cancer du sein

### 3. Méthodologie

- 3.1. Le processus de l'enquête
- 3.2. Les limites de l'étude
- 3.3. Le questionnaire
- 3.4. Sélection de la population des femmes pour l'enquête et l'échantillonnage du questionnaire
- 3.5. Entretiens avec les professionnels de santé
  - 3.5.1. Le choix des professionnels
  - 3.5.2. La méthodologie de recueil des informations

## Partie 4 Résultats de l'étude et recueils

### 1. Analyse des résultats des entretiens auprès des professionnels de santé

- 1.1.1. Positionnement par rapport au dépistage organisé
- 1.1.2. Points de vue des professionnels sur la non participation des femmes
- 1.1.3. Les freins et les difficultés rencontrés
- 1.1.4. Les attentes sur la prévention
  - 1.1.4.1. A destination des patientes
  - 1.1.4.2. A destination des médecins

### 2. Analyse des données pour les personnes considérées comme non participantes à la campagne de dépistage du cancer du sein

- 2.1. Résultat du recueil par questionnaire
  - 2.1.1. Les retours du questionnaire et son exploitation
  - 2.1.2. Description de la population considérée comme n'ayant pas réalisée de mammographie depuis au moins 2 ans
  - 2.1.3. Les motifs déclarés de non adhésion
- 2.2. Résultat du recueil des tables rondes
  - 2.2.1. Echanges sur le dépistage
    - 2.2.1.1. Les Motifs de non réalisation
    - 2.2.1.2. La qualité et le contenu des supports
    - 2.2.1.3. Le discours médical et son impact
  - 2.2.2. Propositions émises sur le dépistage
    - 2.2.2.1. A destination des femmes
    - 2.2.2.2. A destination des professionnels de santé

## Partie 5 Perspectives

### 1. Les pistes d'action

- 1.1. Les pistes d'action en direction des professionnels de santé
- 1.2. Les pistes d'action en direction de la population cible
- 1.3. Les éléments à considérer pour une communication adaptée

## Conclusion

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ADECI</b>	Association pour le Dépistage des Cancers en Ille et Vilaine
<b>AFSSAPS</b>	Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Dispositifs de Santé
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Education Sanitaire
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>CAPI</b>	Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
<b>CIRC</b>	Centre International de Recherche sur le Cancer
<b>CMU</b>	Couverture maladie universelle
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CSP</b>	Catégorie Socio-Professionnelle
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé.
<b>DO</b>	Dépistage Organisé
<b>DI</b>	Dépistage Individuel
<b>FNPEIS</b>	Fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires
<b>GRSP</b>	Groupement Régional de Santé Publique
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>INCa</b>	Institut National de Cancer
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>INvS</b>	Institut National de Veille Sanitaire
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>PRSP</b>	Plan régional santé prévention
<b>RSA</b>	Revenu de Solidarité Active
<b>RSI</b>	Régime Social des Indépendants
<b>SG</b>	Structure de Gestion
<b>URCAM</b>	Union Régionale Caisse Assurance Maladie
<b>UNCAM</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladie

## Préambule

La loi du 13 Août 2004 renforce le rôle de l'assurance maladie dans la prévention en affirmant que les régimes d'assurance maladie concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat.

Dans le contexte de cette réforme, l'Assurance Maladie a défini son programme et ses actions en matière de gestion du risque. L'une des orientations concerne le développement de la prévention.

Pour l'Assurance Maladie les orientations en lien avec la prévention sont :

- **De garantir l'accès des assurés aux soins et de réduire les inégalités de santé**  
*Intégrer la lutte contre les inégalités dans nos programmes de prévention*
- **D'apporter de l'information santé aux assurés**  
*Poursuivre les programmes actuels de prévention et améliorer la participation*  
*Accompagner les patients atteints de pathologies chroniques*
- **D'améliorer la qualité de la prise en charge des assurés**  
*Développer des services d'aide à la sortie des établissements*

Les programmes actuels sont diversifiés. Ils concernent aussi bien les dépistages des cancers (sein, colorectal) que la prévention des pathologies infectieuses aiguës (programme antibiothérapie, vaccination contre la grippe, vaccination ROR) et des pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, asthme). Ils peuvent aussi être orientés vers des populations ciblées selon les différents âges de la vie (dépistage néo natal de la surdité, MT'dents, facteurs de risque de la grossesse, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

Les grandes priorités de la politique régionale de santé publique retenues en Bretagne pour la période 2006/2010 ont été définies en concertation par les représentants des différents acteurs de la santé publique en Bretagne et constituent le PRSP (Plan Régional de Santé Publique). Parallèlement les priorités portées par l'Assurance Maladie dans le cadre de son Programme Régional Commun s'inscrivent dans les objectifs et stratégies d'actions retenus dans le PRSP.

Acteur dans le domaine de la promotion et de la prévention de la santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Rennes s'inscrit dans ces orientations, participe à la mise en place de la politique de santé publique dans le cadre des actions inscrites au PRSP et contribue notamment à la mise en œuvre des dépistages organisés des cancers en Bretagne.

## Introduction

Le taux de participation des femmes au programme de dépistage doit, selon les références européennes, être supérieur à 70 % pour observer une baisse de la mortalité. Ce référentiel est celui de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé.

Depuis le 1er janvier 2004 le Ministère de la Santé a souhaité généraliser le dépistage organisé du cancer du sein à l'ensemble des départements dans le cadre du Plan national cancer lancé en 2003. Le dépistage est coordonné au niveau local par une structure de gestion (une structure pour un ou plusieurs départements, au total 90 structures de gestion pour 99 départements).

En 2007, seule une femme invitée sur deux a participé au dépistage organisé.

*"Ce n'est pas assez !", déplore Elisabeth Bernigaud, présidente des Comités féminins pour la prévention et le dépistage des cancers. »*

La participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein est un des déterminants majeurs de l'efficacité de ce programme et conditionne la réduction significative de la mortalité pour ces cancers. Se pose donc clairement le problème de la sensibilisation et de l'incitation de femmes, à priori en bonne santé, à pratiquer, sur un simple critère d'âge, un examen générateur d'angoisse puisque susceptible de révéler une maladie potentiellement mortelle.

Malgré la réussite de la campagne de dépistage dans le département de l'Ille-et-Vilaine le taux de couverture<sup>1</sup> estimée à partir de la base ERASME de 68 %<sup>2</sup> est inférieur au taux de 70% recommandé au niveau Européen, et de celui de 80% de la Loi de Santé Publique d'août 2004. De plus les données issues de la base régionale ERASME montrent une inégalité sur l'ensemble du département avec un taux de couverture allant de 52 % pour le canton de La Guerche à 82 % pour le canton de Betton.

---

<sup>1</sup> Le taux de couverture comprend le dépistage organisé et individuel

<sup>2</sup> Base du régime général permettant d'estimer le taux de participation à partir des actes de mammographie réalisés en libéral en 2008 pour les femmes nées entre le 1/1/1934 et le 31/12/1958

Dans le cadre de la mission de prévention de la CPAM de Rennes j'ai été sollicitée pour travailler sur la problématique du déficit de participation des femmes ayant un médecin traitant au dépistage du cancer du sein sur certains secteurs de l'Ille-et-Vilaine.

Au cours de ce stage j'ai donc réalisé une étude sur la non participation au dépistage du cancer du sein des femmes ayant un médecin traitant. Effectivement parce que le médecin traitant suit ses patients dans la durée et coordonne leurs soins, il est le mieux placé pour organiser un suivi de prévention personnalisé et peut contribuer à réduire les inégalités face à la santé puisque son action concerne l'ensemble de ses patients, quel que soit leur mode d'utilisation du système de soins.

L'objectif de cette recherche était de connaître et de comprendre les raisons qui expliquent une plus faible participation sur les territoires de Redon/Pipriac, St Malo/Dinard afin de mieux cibler les actions de sensibilisation des femmes et des professionnels de santé.

Afin de réfléchir sur cette problématique, la première partie de ce mémoire sera consacrée à une présentation du cancer du sein en tant qu'enjeu de santé public et à la place du dépistage.

Dans un second temps, un état des lieux de la participation, des mesures de sensibilisation et des obstacles à une participation maximale sera présenté. L'axe de travail pour mener l'étude commanditée par le service prévention au regard de la problématique soulevée sera exposé.

Enfin cette étude réalisée auprès de professionnels de santé et des femmes avec médecin traitant n'ayant pas réalisé de mammographies sera détaillée avant de formuler des actions ciblées et adaptées à la population étudiée.

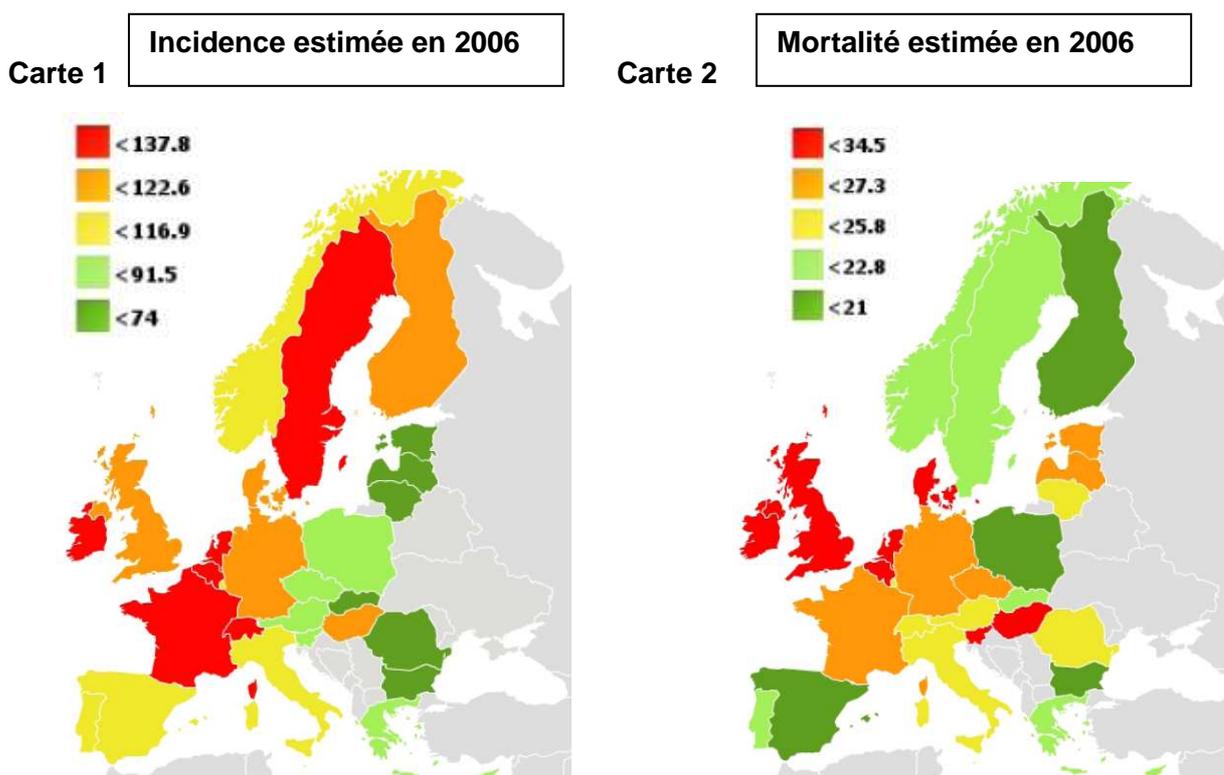
Ces propositions seront présentées au groupe de travail régional composé de l'URCAM, des organismes d'assurance maladie et des institutions lors d'une réunion programmée en juin prochain et pourront être déclinées sur différents cantons Bretons.

# Partie 1 Cancer du sein et dépistage

## 1. Le cancer du sein

### 1.1. Un enjeu de santé public

En Europe, le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez les femmes à la fois en termes d'incidence et de mortalité. (Carte 1 et 2 ci-dessous)



Source : Observatoire Européen du Cancer

**Estimation de l'incidence et de la mortalité pour le cancer du Sein en 2006**  
Taux standardisé sur l'âge<sup>3</sup> (Européen) par 100 000

L'Europe est le continent où la moyenne de cas de cancer du sein est la plus élevée. Depuis 20 ans, il a très fortement augmenté. En 2006<sup>4</sup>, 429 900 nouveaux cas ont été estimés soit 28,9% de l'ensemble des cancers féminins pour une mortalité de 131 900 soit 17,6% de l'ensemble de la mortalité féminine par cancer.

<sup>3</sup> Le taux standardisé sur l'âge permet de comparer la situation des pays en éliminant les effets dus aux différences de la structure par âge des populations. La base est 100

<sup>4</sup> Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007; 18:581-92

En 2006, le taux d'incidence standardisée à la population européenne était de 127,4 pour la France, largement supérieur à celui retrouvé sur la même période en Europe de l'est (70,9), du nord (105,7) et du sud (87,5).

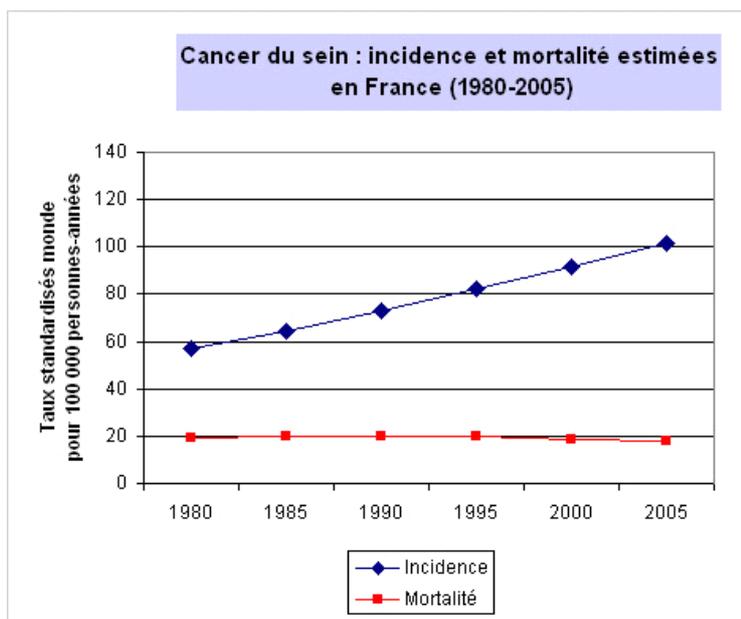
Cependant peu de variations sont observées dans la mortalité par cancer du sein.

Avec 49 814<sup>5</sup> nouveaux cas estimés en 2005 en France, le cancer du sein reste le premier cancer chez les femmes et représente près de 37% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins. Une femme sur 9, au cours de sa vie, est confrontée à cette maladie. Il se situe, tous sexes confondus, au 2ème rang de tous les cancers, derrière le cancer de la prostate.

### Une incidence en hausse depuis 1980 - Une mortalité en décroissance depuis 2000<sup>6</sup>

L'incidence du cancer du sein augmente de façon importante et constante depuis 25 ans avec un taux d'évolution, en moyenne de 2,4% par an entre 1980 et 2005. La mortalité, qui était restée stable depuis 1980, amorce une décroissance en 2000 : le taux d'évolution annuel de la mortalité était de -0,4% en moyenne sur l'ensemble de la période 1980-2005 alors qu'il affiche -1,3% sur la dernière période 2000-2005. (Grphe 1)

Grphe 1



Source : D'après Hospices Civils de Lyon / Institut de Veille Sanitaire / Institut National du Cancer / Francim / Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

<sup>5</sup> Données INVS 21 Février 2008 Source: INCA Institut National du Cancer

<sup>6</sup> Hospices civils de Lyon/ Institut de veille sanitaire/Institut National du Cancer/Francim/Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France pour l'année 2008.Rapport technique. Mars 2009.

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>

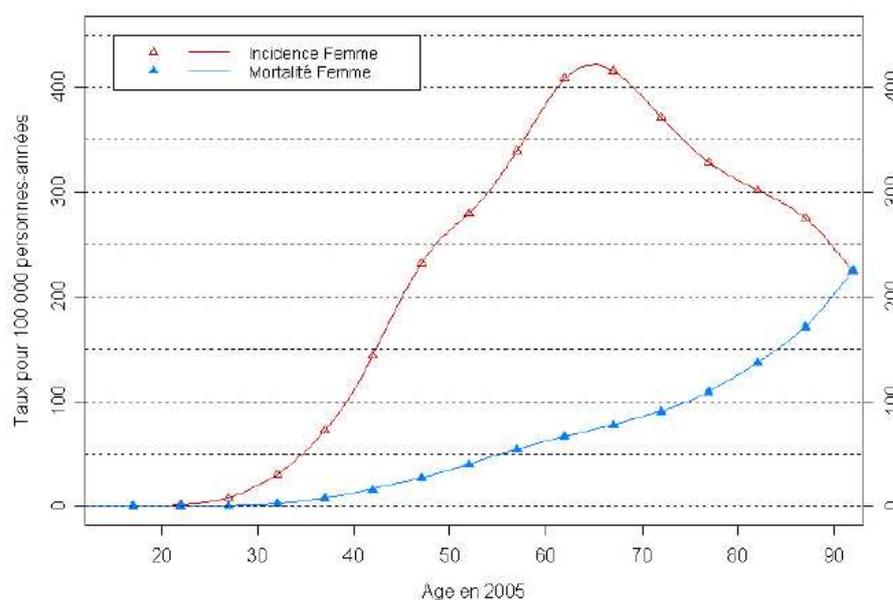
Les évolutions inverses de la mortalité et de l'incidence du cancer du sein peuvent s'expliquer en partie par l'amélioration des thérapeutiques et le diagnostic plus précoce lié au développement du dépistage en France, sans que leurs parts respectives puissent être précisées.

## 1.2. Les facteurs de risque du cancer du sein

Il est très difficile de déterminer la cause d'un cancer du sein. Des études scientifiques ont montré que certaines caractéristiques propres à la personne ou des comportements étaient plus souvent observés chez les femmes ayant eu un cancer du sein que chez les autres femmes. **L'âge est un facteur important** (Grappe 1), le risque d'avoir un cancer du sein augmente avec l'âge (75 % des cas surviennent chez des femmes de plus de 50 ans). Deux cancers du sein sur 3 se déclarent chez les femmes après la ménopause, celle-ci survenant le plus souvent vers 50 ans. Le choix de la tranche d'âge 50-69 ans s'est donc imposé à partir de résultats d'essais randomisés et correspond aux recommandations Européennes pour le dépistage. Après 70 ans, l'intérêt d'un dépistage est plus difficile à démontrer, néanmoins les autorités de santé en France ont jugé utile de le poursuivre au delà de 70 ans. Ainsi le dépistage du cancer du sein est fortement recommandé chez les femmes de 50 à 74 ans

**Grappe 1 :**

**Incidence et mortalité par âge en 2005<sup>7</sup>**



Source

Champ : France métropolitaine, femmes tous âges.

<sup>7</sup> Etude collaborative : FRANCIM- Hospices Civils de Lyon- Institut de Veille Sanitaire- CepenDC 30 janvier 2008

## 2. Le dépistage

### 2.1. Prévention du cancer du sein et dépistage

Dans la mesure où les connaissances sur les facteurs de risque restent malgré tout limitées, on ne peut, à l'heure actuelle, éviter la survenue d'un cancer du sein. En revanche, on peut le détecter très précocement, grâce à la mammographie et améliorer le pronostic du cancer<sup>8</sup>. Les études épidémiologiques ont montré l'importance d'un diagnostic précoce : lorsque la taille de la tumeur est inférieure à 1 cm, sans envahissement ganglionnaire, les chances de survie à 5 ans sont d'au moins 90 % alors qu'elles sont de l'ordre de 55 % en cas d'atteinte ganglionnaire (plus de trois ganglions envahis)<sup>9</sup>. Diagnostiquer tôt les tumeurs de petite taille permet des interventions moins mutilantes, et, participe, avec le progrès thérapeutiques, à la réduction de la mortalité par cancer du sein<sup>10 11</sup>

Il en résulte que le dépistage par mammographie permet de dépister ces tumeurs précoces et contribue à réduire le taux de mortalité par cancer. La grande majorité des sociétés savantes et des autorités de santé publique considère actuellement que la balance bénéfices-risques est en faveur du dépistage et recommande un dépistage systématique par mammographie des femmes de 50 à 69 ans et même au-delà. Dans sa monographie publiée en 2002, le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a conclu que les essais offraient des indications suffisantes de l'efficacité du dépistage mammographique systématique pour réduire la mortalité par cancer du sein. Le CIRC a estimé à environ 35 % la réduction de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans choisissant de participer à un programme de dépistage<sup>12</sup>. La détection précoce des tumeurs par le dépistage est donc un outil important de la lutte contre le cancer du sein. Ces résultats ne peuvent être obtenus que dans le cas d'un dispositif fondé sur une rigueur d'organisation et des normes de qualité maximales et un taux de participation des femmes suffisant.

---

<sup>8</sup> « Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000 » B. Trétarre, AV Guizard, D.Fontaine, les membres du réseau Francim et le CépiDc-Inserm. 2004. BEH. 44 :209-210

<sup>9</sup> Relation of tumor size, lymph node status and survival in 24 740 breast cancers cases. Cancer 1989. 63(1):p 181-187

<sup>10</sup> Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? InVS/INCa. Septembre 2006. 9p. Disponible sur le site Internet de l'Inca :

[http://www.ecancer.fr/v1/fichiers/public/point\\_depistage\\_sein\\_invs\\_inca\\_201006.pdf](http://www.ecancer.fr/v1/fichiers/public/point_depistage_sein_invs_inca_201006.pdf)

<sup>11</sup> Effect of Screening and Adjuvant Therapy on Mortality from Breast Cancer Berry DA et al. New England journal of medicine Volume 353:1784-1792

<sup>12</sup> IARC Handbooks of cancer prevention. Vol 7. Breast cancer screening. Lyon IARC press 2002

Ainsi les conditions pour qu'un dépistage soit pertinent et efficace sont réunies dans le cas du dépistage du cancer du sein.

Il s'agit en effet d'une maladie fréquente et grave, avec une phase préclinique longue permettant la détection à un stade infra clinique.

## 2.2. Historique du dépistage en France

De nombreuses études aux Etats Unis, au Danemark ainsi que des essais randomisés en Suède, Ecosse, Etats-Unis et Canada datant des années 1960-1970 ont montré l'efficacité du dépistage par mammographie chez les femmes de plus 50 ans (diminution de la mortalité d'environ 30 % chez les femmes dépistées). Ces résultats ont été suffisamment probants pour que les responsables de santé publique décident de mettre en place un dépistage organisé.

La Direction générale de la santé a établi, en 1994, un programme national de dépistage du cancer du sein basé sur les recommandations européennes pour la formation, le contrôle de qualité, l'évaluation et sur l'expérience du dépistage dans dix départements pilotes mis en place, entre 1989 et 1991. Ce programme c'est généralisé sur tout le territoire depuis 2004. C'est pourquoi toutes les femmes françaises de 50 à 74 ans peuvent bénéficier désormais d'une mammographie de dépistage gratuite tous les deux ans, grâce au programme national de dépistage du cancer du sein mis en place par l'Etat et les organismes d'Assurance Maladie.

## 2.3. Contexte législatif et institutionnel

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. Ouvert le 14 juillet 2002 ce plan de lutte contre le cancer lancé en 2003 constitue un programme en 70 mesures de différentes natures (*Prévention, dépistage, qualité des soins, formation, accompagnement des personnes...*) avec un objectif de diminuer la mortalité par cancer de 20%.

L'ambition du Plan cancer,<sup>13</sup> outre l'amélioration de l'offre de soins, sa qualité, sa répartition sur le territoire, est de faire une place importante au dépistage avec des procédures visant à garantir un égal accès aux dépistages sur l'ensemble du territoire. La généralisation du dépistage sur tout le territoire correspond à l'un des objectifs du Plan Cancer.

Dans le premier plan cancer (2003-2007) c'est « 80 %<sup>14</sup> des femmes de 50 à 74 ans qui doivent bénéficier du dépistage ».

---

<sup>13</sup> Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers **Annexe 1**

<sup>14</sup> Ce taux cible est supérieur aux recommandations européennes de 70%.

Le dépistage, pilier fondamental de la lutte contre le cancer, se présente comme un dispositif de prévention élargi. La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. Elle peut se définir comme l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. Elle se décline sur trois niveaux :

La prévention primaire qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème.

- La prévention secondaire qui cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie. Les techniques de dépistage relèvent de ce type de prévention.
- La prévention tertiaire qui vise à prévenir les rechutes ou les complications.

Parallèlement à ce plan cancer le législateur s'est engagé dans une rénovation de la politique de santé publique en France. La loi du 9 août 2004<sup>15</sup> affirme la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique. Le texte propose une centaine d'objectifs pour réduire la mortalité et la morbidité évitables et pour diminuer les disparités régionales en matière de santé.

Des plans nationaux sont prévus pour atteindre ces objectifs :

- la lutte contre le cancer
- la lutte contre la violence, les comportements à risque et les pratiques additives
- la santé et l'environnement
- la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
- la prise en charge des maladies rares

#### **2.4. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013**

Le Plan cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au Président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009: «*Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013*».

Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité du Plan cancer 2003-2007.

Il décline 30 mesures, 18 actions autour de 5 axes :

- **Recherche** : Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice des malades
- **Observation** : Mieux connaître la réalité des cancers en France
- **Soins** : Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace
- **Vivre pendant et après un cancer** : Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion
- **Prévention – Dépistage** : Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

---

<sup>15</sup> Pour en savoir plus avec internet : <http://www.legifrance.com/>

Dans le domaine du dépistage, ce plan cancer comprend 4 mesures:

- **Assurer** une veille scientifique et améliorer les connaissances en matière de détection précoce des cancers.
- **Améliorer** la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistage organisé.
- **Impliquer** le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.
- **Lutter** contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage. Cette mesure 14 émane de l'existence de disparités de participation sur le territoire et de fortes inégalités, à la fois socio-économiques et culturelles.

Ce plan cancer confirme un taux de dépistage de 80% alors que les référentiels européens demandent un taux de 70%. En effet le contexte français se distingue par la coexistence d'un programme de dépistage organisé et du dépistage individuel. Ce taux de 80 % fixé par le plan inclus donc le dépistage individuel. Pour atteindre cet objectif de 80 % il faudra augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés et réduire l'écart entre les taux de dépistage des départements.

L'objectif n'est pas d'atteindre une valeur maximale standardisée pour l'ensemble du territoire mais une valeur de progression adaptée pour chacun des départements.

Pour les départements qui ont un taux de dépistage organisé supérieur à 60%, il s'agira d'augmenter leur taux de 1 à 2 points par an, et de viser un objectif de 70%.

Pour les autres départements, l'objectif sera d'atteindre au moins un taux de dépistage organisé de 60%.

Le département de l'Ille-et-Vilaine ayant un taux de dépistage supérieur à 60 % a donc pour objectif d'augmenter de 1 à 2 points son taux de participation. Cette objectif est relayé par la CPAM de l'Ille-et-Vilaine qui avait dans ses indicateurs de gestion du risque pour 2008-2009 un objectif de + 2 points par rapport aux données ERASME.

## **2.5. Les protocoles de dépistage**

Le contexte français se distingue donc par la coexistence du programme de dépistage organisé concernant les femmes de 50 à 74 ans et du dépistage individuel, c'est-à-dire réalisé à l'initiative de la femme et de son médecin (généraliste, gynécologue ou radiologue).

Ces deux procédures sont en terme économique toutes deux prises en charge par l'assurance maladie dans un cadre différent.

### **2.5.1. Le dépistage individuel (DI)**

Il est prescrit par les médecins, et concerne les femmes « hors dépistage », et/ou susceptibles d'avoir quelques risques de développer la maladie. Les femmes prises en charge pendant et après le traitement d'un cancer du sein ou qui bénéficient d'un suivi spécifique en raison de facteurs de risques particuliers (*antécédents familiaux*) seront exclues du dépistage organisé provisoirement ou définitivement. Dans ce cas précis le médecin traitant ou le gynécologue prescrit une mammographie de dépistage tous les ans et non tous les deux ans comme le prévoit le cahier des charges du dépistage organisé. Les modalités de ce dépistage sont proches de celles du dépistage organisé. Au niveau du protocole, la principale différence est l'absence d'une double lecture. De plus ce dépistage ne fait pas l'objet d'un recueil spécifique et n'est pas évalué.

### **2.5.2. Le dépistage organisé (DO)**

#### **2.5.2.1. Chronologie du dépistage organisé**

- **1989** : Premières expériences françaises de dépistage organisé du cancer du sein.
- **1991** : Participation de dix départements.
- **1994** : Définition d'un programme national de dépistage organisé.
- **2001** : Participation de 32 départements à ce programme.
- **2003** : La mesure 21 du Plan cancer prévoit la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein à l'ensemble du territoire, sous l'égide du Ministère de la santé avec le concours de l'Assurance maladie et le soutien de la Ligue nationale contre le cancer.
- **2004** : La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein est effective.

#### **2.5.2.2. Les modalités du dépistage organisé**

La France a fait le choix d'utiliser le système de santé existant qui s'appuie sur les radiologues libéraux. Il concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans et repose sur une mammographie (deux incidences, double lecture des clichés négatifs) et un examen clinique, tous les deux ans. Toute image suspecte implique la réalisation d'examen complémentaires (échographie, agrandissement des images de microcalcification, prélèvement...). Tout cliché négatif ou bénin sera vérifié par un deuxième lecteur. On estime que cette seconde lecture permet de rattraper environ 5% des erreurs d'interprétation. Cette double lecture est donc un élément fort de la fiabilité du dépistage organisé. La mammographie de dépistage est prise en charge à 100 % sans avance de frais.

### 2.5.2.3. Une exigence de qualité

Le dépistage doit répondre à des critères de qualité régis par des cahiers des charges stricts. Il suit les recommandations européennes pour l'assurance qualité de la mammographie de dépistage<sup>16</sup> qui concernent toute la chaîne du dépistage, de la réalisation de la mammographie au diagnostic, ainsi que l'évaluation.

Ces recommandations ont pour objectif d'assurer la qualité et l'efficacité du dépistage et de minimiser les effets délétères.

Pour participer au dépistage organisé du cancer du sein, le radiologue doit répondre aux obligations du cahier des charges national (quant à sa formation, son matériel radiographique, son seuil minimum d'activité de 500 mammographies), avoir signé la convention avec la caisse primaire d'assurance maladie et le protocole avec la structure de gestion. La campagne de dépistage s'inscrit donc dans une démarche d'assurance qualité concernant :

- **Le matériel** : respect de normes strictes, contrôles réguliers par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS).
- **Les radiologues**: justification d'au moins 500 mammographies lues par an<sup>17</sup>.
- **La relecture systématique** des clichés négatifs ou bénins par un radiologue : 8 % de l'ensemble des cancers sont détectés grâce à la seconde lecture<sup>18</sup>. Les seconds lecteurs ont reçu une formation spécifique.

Une collecte de données est également associée à ce dépistage organisé permettant d'en contrôler la performance et d'en évaluer l'impact.

### 2.5.3. Les limites du dépistage

#### 2.5.3.1. Le surdiagnostic

Les efforts importants mis en œuvre pour diagnostiquer les cancers de manière précoce sont contrariés par la problématique du surdiagnostic. Le surdiagnostic correspond au diagnostic d'un cancer de très petite taille qui spontanément n'aurait pas évolué vers un

---

<sup>16</sup> Europe Against Cancer. European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening. Fourth Edition. European Communities, 2006.

<sup>17</sup> Circulaire DGS/SD5A n° 2003-115 du 10 mars 2003 relative au dépistage organisé des cancers du sein.

<sup>18</sup> Présentation de l'Institut de veille sanitaire au colloque « Le dépistage organisé du cancer du sein. Questions et priorités pour un nouvel élan » 28 septembre 2005, « Epidémiologie du cancer du sein et résultats du programme de dépistage », Juliette Bloch et al.

cancer symptomatique du vivant de la femme en l'absence de dépistage. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, le surdiagnostic concerne principalement les tumeurs in situ, première étape de la maladie, dont l'évolution est inconstante et lente. Dans l'état actuel des connaissances, il n'existe pas aujourd'hui de critères prédictifs d'évolutivité des cancers de petite taille et, de ce fait, ils sont traités par sécurité.

Dans le programme français, 12 500 cancers ont été diagnostiqués en 2005 sur les près de 2 millions de femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage organisé<sup>19</sup>. Parmi ces cancers, 13 à 14% représentaient des carcinomes canaux in situ, dont on estime qu'environ un tiers serait peu évolutif.

La principale conséquence du surdiagnostic est le sur traitement (chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie). Au-delà des questions médicales, ce surdiagnostic entraîne un effet psychologique lié à l'annonce d'un cancer et un impact sur des coûts induits inutiles.

Des progrès significatifs ont été réalisés dans la rationalisation des traitements et ce risque de surdiagnostic est pris en compte dans le programme national de dépistage du cancer du sein avec la mise en œuvre de différents travaux par l'INCa et ses partenaires.

L'enjeu actuel soulevé par le surdiagnostic est essentiellement le développement de la recherche autour de l'identification des marqueurs du potentiel évolutif des différentes tumeurs, et d'adapter la prise en charge afin de limiter le sur traitement

### **2.5.3.2. Les cancers radio-induits**

Les cancers radio-induits font référence, dans le cadre du dépistage, aux cancers provoqués par l'irradiation reçue au cours des mammographies de dépistage.

Le risque de cancer radio-induit est très faible et il est négligeable comparativement aux bénéfices escomptés, en particulier dans le cadre d'un respect des recommandations nationales. D'après le CIRC, les cancers radio-induits représentent 1 à 5 décès pour 100000 femmes réalisant une mammographie tous les deux ans à partir de l'âge de 50 ans.

De plus, les nouvelles technologies font appel à des doses d'exposition de plus en plus faibles. Il est important de noter que les doses d'exposition, en 2006 jusqu'à cinq fois plus faibles qu'il y a dix ans. Aussi les cancers radio-induits seront de plus en plus rares.

## **2.6. Une organisation du dépistage sur trois niveaux**

L'organisation repose sur trois niveaux : national (groupe technique national), régional (comité technique régional des dépistages des cancers), départemental (structure de gestion)

---

<sup>19</sup> Source INVS

### **2.6.1. Organisation nationale**

Le rôle stratégique est occupé par la Direction Générale de la Santé qui arrête la liste des programmes de dépistage des cancers après avis de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Education Sanitaire) et de l'Assurance Maladie.

Un cahier des charges a été rédigé par un groupe d'experts auprès de la Direction Générale de la Santé. La DGS pilote les aspects administratifs, organisationnels et budgétaires.

Le pilotage est assuré par l'INCA (Institut National du Cancer) depuis 2005. L'Institut National du Cancer (INCa) assure le suivi scientifique du programme et a en charge la communication vers le public et les professionnels.

L'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) recueille et analyse les résultats de tous les départements pour contrôler la qualité et l'efficacité du programme et surveiller que les objectifs sont bien atteints.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Dispositifs de Santé (AFSSAPS) : contrôle la qualité des mammographies.

La Haute Autorité de Santé (HAS) éditte les recommandations pour la prise en charge des personnes dépistées.

### **2.6.2. Organisation régionale**

Le GRSP (groupement régional de santé publique) et aujourd'hui l'ARS (agence régionale de santé) est garant de la bonne marche des programmes départementaux et soutient la recherche en santé publique dans la région. Il réunit un partenariat large : Assurance Maladie, Collectivités, Institutions, Professionnels de santé, Associations d'utilisateurs....

### **2.6.3. Organisation départementale**

L'instance opérationnelle est la structure de gestion, elle est autonome et gère localement sa campagne avec les acteurs et financeurs locaux.

La Structure de Gestion (SG) du département a donc en charge toute l'organisation et le respect des conditions de réalisation et de qualité du dépistage, selon le cahier des charges national. Elle a également en charge de collecter tous les résultats et de les transmettre à l'InVS pour l'évaluation. 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). Le financement des structures est essentiellement assuré conjointement par l'État (parfois via la dotation aux conseils généraux) et par l'Assurance maladie.

L'assurance maladie a une mission de pilotage et de financement des programmes de dépistages organisés.

Elle met à disposition de la structure de gestion le fichier de référence de la population cible à partir des fichiers des assurés sociaux de l'ensemble des régimes.

D'autres acteurs peuvent intervenir au niveau local tel que les associations (Comités *féminins...*), les collectivités locales ...

## **2.7. Le Financement**

Jusqu'en 2006, l'assurance maladie finançait en grande partie le fonctionnement des structures de gestion avec une participation de l'état, des conseils généraux, de la ligue contre le cancer et des mutualités.

La circulaire DGS/SD 5A/SD1A N° 2007-38 du 23 janvier 2007, relative aux modalités de financement des dépistages organisés des cancers réorganise le circuit de financement des structures de gestion avec une plus grande responsabilité financières de l'état.

L'assurance maladie subventionne les structures de gestion par l'intermédiaire du FNPEIS (Fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires). Cette dotation de l'assurance maladie représente 50% des frais de fonctionnement des SG. L'état prenant en charge également 50%. Par ailleurs, l'assurance maladie verse 4 euros par mammographie lue en deuxième lecture et prend en charge à 100 % les actes de mammographie entrant dans le cadre du programme de dépistage.

Les différents régimes participent au financement à hauteur de 85% pour le Régime Général 7% pour la MSA - 4% pour le RSI et 4% pour les Régimes Spéciaux (Au nombre de 10) Globalement en 2009 pour le département de l'Ille-et-Vilaine l'assurance maladie inter régimes a financé le dépistage du cancer du sein à hauteur de 91%

## **2.8. Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein**

L'évaluation épidémiologique du programme de dépistage réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) est prévue par arrêté du ministère de la Santé (Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers publié au JO du 21 décembre 2006). Elle est publiée annuellement et repose essentiellement sur des indicateurs construits à partir des données collectées par les structures de gestion départementales (*'âge - résultat de la première lecture et le cas échéant de la deuxième lecture - résultat des examens complémentaires - détails anatomo-cytopathologistes des cancers détectés...*).

Ces indicateurs permettent de suivre la mise en place du programme de dépistage et éventuellement d'en ajuster les modalités. Ils fournissent également des éléments de réponse quant à l'efficacité du programme de dépistage en attendant d'avoir suffisamment de recul pour pouvoir étudier son impact sur la mortalité par cancer du sein (au moins 10-15 ans).

Deux des principaux indicateurs d'efficacité du dépistage sont le nombre de tumeurs infracliniques détectées et le nombre de cancers invasifs détectés. Or on ne dispose actuellement d'aucune définition précise au niveau national de ces indicateurs. Quatre groupes d'indicateurs sont utilisés pour évaluer le programme<sup>20</sup> (Tableau 1)

Des recommandations européennes fixent des seuils acceptables pour la plupart des indicateurs. L'évaluation réalisée par l'InVS permet donc de vérifier la conformité de la mise en œuvre des programmes, de disposer d'indicateurs d'activité et, à terme de mesurer l'impact de ces programmes en termes de mortalité évitée. Les aspects médico-économiques des programmes ne sont pas pris en compte.

**Tableau 1 :**

**Indicateurs calculés annuellement par l'InVS**

<b>Les indicateurs d'impact</b>	<b>Les indicateurs de qualité</b>	<b>Les indicateurs précoces d'efficacité</b>	<b>Les indicateurs d'organisation</b>
nombre de mammographies effectuées	taux de rappel ou de tests suspects	taux de cancers détectés	délai entre le dépistage et l'envoi du résultat
nombre de femmes ayant participé au programme pour une première mammographie / pour une mammographie suivante	taux de biopsies chirurgicales	taux de cancers invasifs < ou = 10 mm	délai entre le dépistage et le début du traitement
taux de participation par campagne et par département	valeur prédictive positive de la biopsie chirurgicale	taux de cancer <i>in situ</i>	délai entre deux mammographies
taux de fidélisation		taux de cancers sans envahissement ganglionnaire	
		taux de cancers invasifs < ou = 10 mm et sans envahissement ganglionnaire	

## **2.9. Le médecin traitant au cœur des dépistages.**

Le rapport du Pr Grünfeld<sup>21</sup>, souligne que le médecin traitant est, à tous les niveaux (prévention, dépistage, soins) le pivot du parcours de soins. Il est un des acteurs capables de toucher l'ensemble de la population.

<sup>20</sup> Rapport sur Les résultats du dépistage du cancer du sein par M. Marc BERNIER, Député Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 juin 2004

<sup>21</sup> Pr Jean-Pierre Grünfeld "Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013 – Pour un nouvel élan" remis au Président de la République. Paris 14 février 2009 [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

La place du médecin traitant dans le dépistage organisé du cancer du sein a été renforcée. Ainsi est-il désormais précisé pour le programme de dépistage mis en œuvre par les SG que « *le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié des personnes, tant pour l'incitation au dépistage que pour la remise des résultats et le suivi des personnes. Les campagnes ne peuvent se faire sans son adhésion* » Les SG doivent inviter les médecins à motiver et informer leurs patientes, à proposer la mammographie et à les adresser vers les radiologues du programme.<sup>22</sup>

Si le médecin traitant n'est pas intégré dans le circuit d'invitation et de suivi du dépistage organisé du cancer du sein, son rôle est déterminant pour la participation des femmes de sa patientèle au dépistage.

Les auteurs de l'étude FADO-Sein<sup>23</sup> observent que les femmes sont nombreuses à discuter de l'invitation de dépistage organisé avec leur médecin et que son avis semble avoir une grande influence sur sa réalisation ou non dans le cadre du programme organisé.<sup>24</sup>

De la récente Etude Barométrique Inca/BVA « Les Français face au dépistage »<sup>25</sup> réalisée auprès de 1 013 personnes représentative de la population française âgée de 25 ans et plus (recueil de données par téléphone du 19 au 23 janvier 2009 et du 20 au 21 février 2009) ressortent les enseignements suivants en matière de frein et de motivation.

- 44% des femmes n'ont pas de recours au dépistage parce qu'elles n'ont pas de symptôme.
- Dans 61% des cas, le seul fait qu'un médecin évoque le dépistage influence positivement les femmes alors que la consultation était justifiée par un autre motif

La majorité des freins peuvent donc être levés par le médecin traitant notamment ceux liés à la méconnaissance de ce qu'est un dépistage et l'analyse des motivations rend également compte du rôle décisif que le médecin peut jouer dans la participation de ses patientes.

Ces différentes études plaident donc pour l'engagement des médecins.

---

<sup>22</sup> Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. Annexes I et IIIA (JO 21 déc.)

<sup>23</sup> Facteurs d'adhésion au dépistage du cancer du sein FADO-sein, BEH 2008 ; 44 :429-31 / Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? Analyse de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee- Rev Epidemiol Santé Publique

<sup>24</sup> Duport N et al. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein, France 2005, 44 : 429-31

<sup>25</sup> Etude téléchargeable sur le site de l'INCa : <http://www.e-cancer.fr/>

Parce que le médecin traitant est le mieux placé pour organiser le suivi préventif de ses patients, les partenaires conventionnels de l'Assurance Maladie ont, dès 2006 dans le cadre de la convention nationale des médecins libéraux<sup>26</sup>, mis en œuvre des actions afin de promouvoir le dépistage du cancer du sein organisé ou individuel.

L'assurance-maladie a souhaité par l'avenant N° 12 du 3 mars 2006 de la convention médicale, renforcer ses missions dans le champ de la prévention en intégrant **des** engagements collectifs dans ce domaine.

Cette démarche a été réaffirmée en 2007 dans l'avenant N° 23 qui incite les praticiens à atteindre des objectifs de santé publique collectifs, déclinés en objectifs individuels. Cet avenant introduisait pour la première fois des objectifs individuels, en plus des objectifs collectifs, notamment pour le dépistage du cancer du sein.

En 2008 la loi de financement de la sécurité sociale crée la possibilité de proposer aux médecins un contrat comportant des engagements individualisés: le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale). Le CAPI élaboré par l'UNCAM contient entre autre des objectifs visant à conforter l'implication des médecins traitants dans la prévention en matière de vaccination contre la grippe et de dépistage du cancer du sein.

Avec le CAPI les médecins qui le souhaitent peuvent avoir une contrepartie financière en fonction de leur taux d'atteinte des objectifs de résultats individuels. Ce nouveau mode de rémunération qui propose en sus du paiement à l'acte, un forfait par patient rémunère le temps passé à convaincre le patient de l'intérêt d'un dépistage. Le choix du dépistage précoce du cancer du sein dans les engagements conventionnels et aujourd'hui dans le CAPI témoigne bien de ce rôle essentiel du médecin traitant.

---

<sup>26</sup> Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. (JO 30 mars) ; Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO 3 mai)

## Partie 2 Etats des lieux du dépistage du cancer du sein

### 1. Participation nationale au dépistage organisé

#### 1.1. Définition du taux de participation

##### Numérateur du taux de participation

Le nombre de femmes dépistées est fourni par les structures de gestion (90 structures de gestion pour 99 départements), selon un questionnaire annuel standardisé.

##### Dénominateurs du taux de participation

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

Le taux de participation par année prend en compte la participation pour une année civile. Le nombre de femmes dépistées au cours d'une année peut être influencé par les stratégies d'invitation, en particulier dans les premières années de mise en place du programme. Les taux calculés sur deux ans permettent de prendre en compte une période au cours de laquelle toute la population cible devrait avoir été invitée et ainsi, reflètent mieux la participation des femmes.

#### 1.2. Participation de la population cible des femmes de 50 à 74 ans

Entre 2005-2006 et 2007-2008, le taux national de participation au dépistage organisé des femmes de 50 à 74 ans a progressé régulièrement, passant de 46,9 % à 51,7 %.

En 2008, plus d'une femme sur deux, entre 50 et 74 ans, ont participé à ce dépistage<sup>27</sup> représentant près de 2,3 millions de femmes.

Sur les trois périodes consécutives observées, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, les progressions sont du même ordre dans toutes les classes d'âge<sup>28</sup>. (*Grphe 1*)

La participation est la plus élevée étant parmi les femmes de 60 à 64 ans et c'est cette tranche la plus dépistée qui a le plus progressé sur la période étudiée

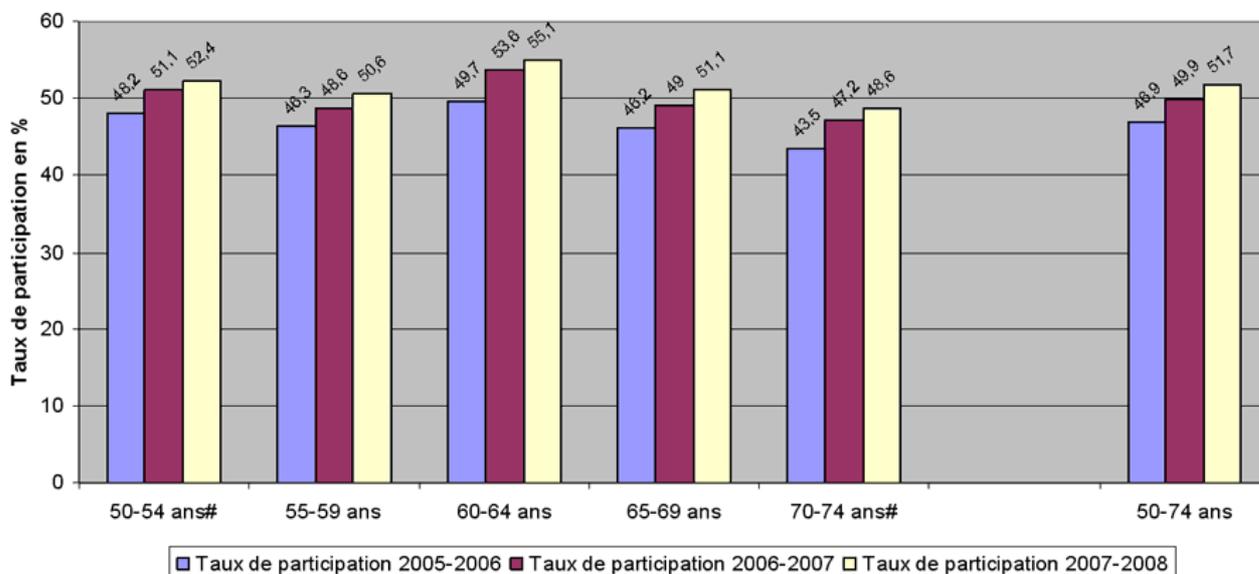
---

<sup>27</sup> Résultats de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein Données INVS

<sup>28</sup> Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein Données INVS Février 2010

## Graphe 1

Evolution nationale des taux de participation au DO du cancer du sein par classe d'âge entre 2005-2006 et 2007-2008\* calculés sur la population Insee



*Source* : Données INVS Février 2010 Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein

*Champ* : France métropolitaine, Taux calculé à partir des estimations INSEE (Projections 2005-2030) sur la base de la population cible totale de la tranche d'âge des 50-74 ans

# La classe 50-55 ans inclut des femmes dépistées qui ont eu 50 ans dans le courant de l'année évaluée; la classe 70-74 ans inclut des femmes qui avaient 75 ans révolus au moment du dépistage, généralement suite à un retard de réalisation de la mammographie après réception de l'invitation envoyée jusqu'à 74 ans.

Les taux présentés ci-dessus sont calculés sur deux ans, ce qui permet de décrire une période au cours de laquelle toute la population cible devrait avoir été invitée et ainsi mieux refléter la participation des femmes.

La référence européenne pour le taux de participation est d'atteindre au moins 70%. La Haute-Vienne est le seul département qui, sur les années 2007 et 2008, dépasse ce seuil de 70 % de participation. Six départements (Cher, Loire-Atlantique, Maine et Loire, Morbihan, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques) ont un taux compris entre 65 et 70 % et 17 départements entre 60 % et 65 % sur les 2 ans. Le département de Paris se caractérise par le taux de participation au dépistage organisé, le plus faible (27,1 %).

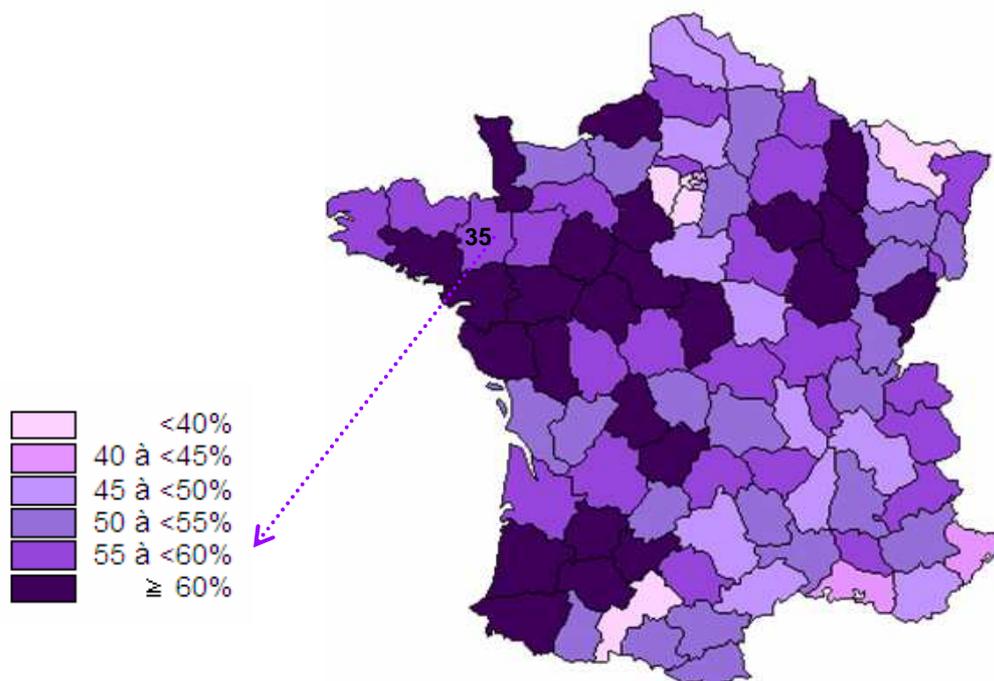
Ces résultats montrent des disparités très importantes d'une région à l'autre. Sur les années 2007 et 2008, les taux de dépistages organisés par département allaient donc de 27,1% à Paris à 71,1% dans la Haute Vienne. Ces écarts peuvent se retrouver au sein d'une même région, tout comme au niveau infra-départemental.<sup>29</sup>

<sup>29</sup> **Annexe 2** Données de participation au DO 2007 2008

Ainsi, dans le département de l'Ille-et-Vilaine<sup>30</sup>, le taux de participation varie de 30 % entre les cantons. On relève au minimum un taux de participation de 41 % dans le canton de Louvigné du Désert et un maximum de 71 % dans le canton de Mordelles. (Carte 1)

### Carte 1 :

**Programme de dépistage du cancer du sein**  
**Taux de participation par département – Années 2007-2008<sup>31</sup>**



Source : INVS Février 2010 Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein

### 1.3. Participation de la patientèle des médecins traitants

La réforme de l'Assurance Maladie adoptée en août 2004 prévoyait que tous les assurés à partir de 16 ans choisissent un médecin traitant. Fin 2008, 85% des assurés ont choisi un médecin traitant et le dispositif a permis d'enregistrer de réels progrès en termes de prévention. Le taux de dépistage des femmes concernées ayant déclaré un médecin traitant a progressé de 4 points : il est passé de 66% en 2006 à près de 70% sur la dernière période évaluée (janvier à juin 2008). Cette progression est associée à une bonne connaissance du dépistage du cancer du sein des médecins traitant : 81% connaissent l'engagement concernant le dépistage du cancer du sein<sup>32</sup>.

<sup>30</sup> Données ADECI sur le DO tout régime - Campagne N°7 2008 2009 Rapport d'activité 2009

<sup>31</sup> Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein Données INVS Février 2010

<sup>32</sup> Sondage CSA réalisé en juin 2008 par téléphone sur plus de 500 médecins sélectionnés selon la méthode des quotas.

Pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, l'Assurance Maladie a mis en place deux indicateurs pour mesurer l'évolution de ce dépistage chez les assurées ayant déclaré un médecin traitant<sup>33</sup>: le nombre total des femmes dépistées et celui des mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé.

Ces données issues de l'Assurance Maladie permettent d'établir une photographie des pratiques de dépistage sur l'ensemble du territoire national.

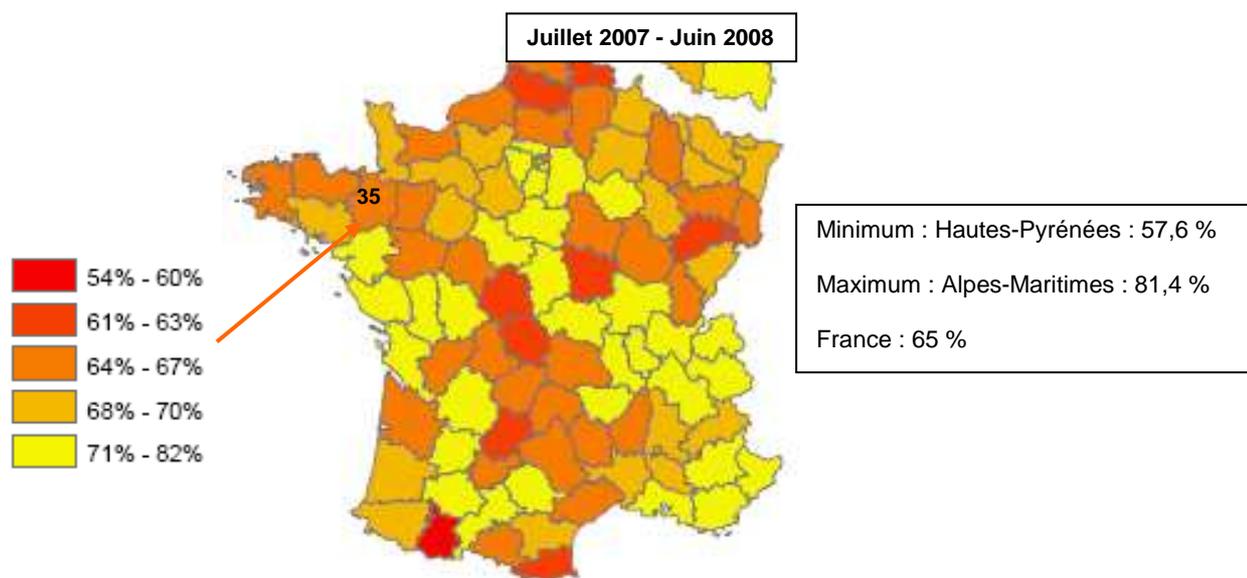
Globalement la progression est réelle mais on observe une grande hétérogénéité du taux de dépistage global (DO + DI) selon les départements (*Carte 2*)

Les médecins traitant ont en moyenne, sur les périodes 2007 et 2008, un taux de patientes âgées de 50 à 74 ans ayant eu une mammographie à fin de dépistage (DO et DI) de 65 % pour un objectif cible de 80 % défini par la loi de santé publique de 2004.

La moitié des médecins n'ont pas atteint le taux de 66%

### Carte 2 :

**Part de femmes entre 50 et 74 ans ayant un médecin traitant généraliste et ayant bénéficié d'une mammographie (dans ou en dehors du dépistage organisé du cancer du sein) – estimation sur 2 ans**  
Taux par département



Source : Assurance Maladie

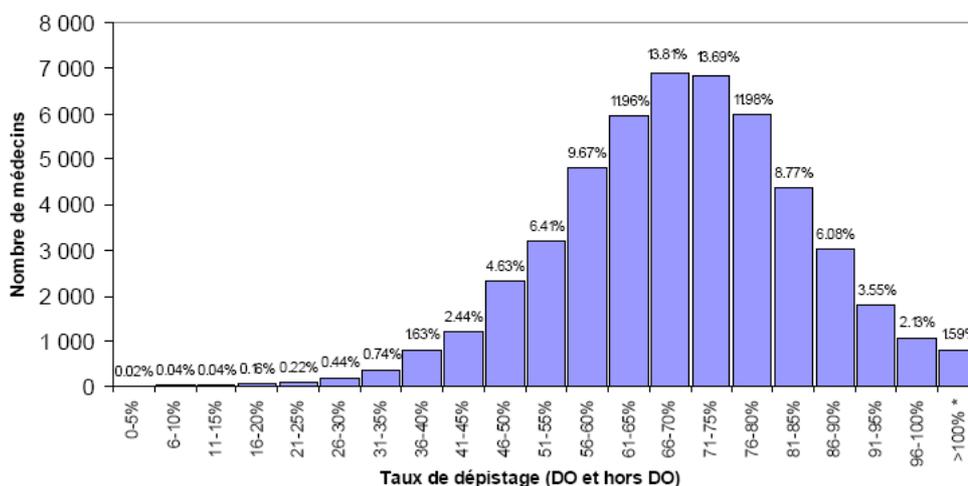
Taux de couverture par département

<sup>33</sup> Le suivi de l'Assurance Maladie est fait à partir des mammographies réalisées en libéral. C'est l'INVS qui suit la progression du dépistage sur la totalité de la population concernée en libéral et en établissements publics.

Et si l'on regarde la patientèle en fonction du médecin choisi, on constate aussi une importante variation de taux de dépistage médecins : 34% des médecins ont un taux d'au moins 76 % de patientes dépistées, 7% plus de 91% de leur patientèle dépistée, mais 10 % des médecins ont moins de 51% de leur patientèle dépistée (*Graphe 1 ci-dessous*)

**Graphe 1 :**

**Répartition des médecins en fonction de leur taux de dépistage (DO et hors DO)**



Source : Assurance Maladie Champ : France métropolitaine

## 2. Les mesures de sensibilisation

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.

### 2.1. Information et communication auprès du grand public (Sensibilisation directe)

Cette information auprès du grand public se déploie tant au niveau collectif qu'individuel.

#### 2.1.1. Les dispositifs d'information nationaux

S'agissant des techniques de sensibilisation développées à l'échelle nationale, deux types d'actions sont mises en œuvre. Les premières se présentent comme des campagnes médiatiques et prennent la forme de spots télévisés, radiophoniques, d'encarts dans la presse écrite ou encore d'affichages urbains. Les secondes ont un caractère plus ponctuel, pouvant être qualifiées « d'opérations coups de poing ».

Citons pour exemple l'organisation de la journée nationale du dépistage du cancer du sein, en octobre de chaque année, prélude à une forte mobilisation durant tout le mois.

Cette campagne a été lancée en 1993 aux Etats-Unis par la Breast Cancer Research Foundation, créée par Evelyn H. Lauder, la vice-présidente de la firme de cosmétiques Estée Lauder.

En octobre 1994 la France s'est jointe à cette action et la campagne de lutte contre le cancer du sein organisée par l'association "Le Cancer du Sein, Parlons-en !" voit le jour. Depuis, le mois d'octobre est rose : c'est la couleur de la campagne de sensibilisation « Le cancer du sein, parlons-en ! »

Ainsi le mois d'octobre est devenu à travers le monde le rendez-vous d'une vaste campagne de mobilisation pour la lutte contre le cancer du sein.

Cette campagne a pour objectif de mobiliser les femmes et leur entourage en les sensibilisant sur le cancer du sein par l'information et le dialogue et sur l'importance du dépistage.

De nombreux événements sont prévus sur l'ensemble du territoire (rassemblements, expositions, concerts, conférences), des petits rubans roses et des brochures d'information sont distribués. De nombreuses associations participent, tel l'Institut national du cancer (INCa) depuis 2005. Dans le cadre du Plan cancer et à l'occasion de ce mois d'octobre consacré à la sensibilisation des femmes au cancer du sein, l'INCa, en lien avec le Ministère de la Santé et l'Assurance Maladie, accompagne les actions de mobilisation menées par les associations de lutte contre le cancer. Ces actions sont placées en priorité sous le signe de l'incitation au dépistage organisé du cancer du sein (mesure 21 du Plan cancer).

A l'occasion de la campagne 2009 le dispositif d'information pour inciter les femmes âgées de 50 à 74 ans à participer au dépistage organisé comprenait notamment :

➤ **Des outils de proximité**

Une affichette et une carte postale, diffusées respectivement à 50 000 et 200 000 exemplaires

Une exposition itinérante rappelant les enjeux du dépistage du cancer du sein.

Des outils de communication : jetons de caddie, mugs...

➤ **Une campagne dans les médias nationaux**

Une campagne radio de 3 spots diffusés du 24 septembre au 27 octobre sur 8 stations : RTL, France Inter, Europe 1, France bleu, Nostalgie, France Info, RMC et Chérie FM

Trois annonces presse « portraits de femmes » diffusées du 26 septembre au 15 novembre dans une sélection de titres de la presse féminine.

➤ **Un roman-photo**

Imprimé à 2 millions d'exemplaires et encarté dans le magazine Femina diffusé dans les départements à faible taux de participation au dépistage, ce roman-photo présente les différentes étapes du dépistage et dédramatise ainsi l'examen.

➤ **Un partenariat exceptionnel avec la série TV « Plus belle la vie »**

A travers ce partenariat, impulsé par la ministre de la Santé et des Sports, l'INCa a mobilisé des comédiennes connues, afin de promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein. Le dispositif comprend : 3 messages radio enregistrés par les comédiennes et diffusés sur RTL et Nostalgie du 26 septembre au 27 octobre.

### **2.1.2. Les dispositifs d'information locaux**

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

Par exemple, le Comité féminin d'Ille-et-Vilaine pour le dépistage des cancers met en place :

- ⇒ Des outils de communication avec la réalisation d'un DVD permettant l'introduction des réunions publiques et la mise à disposition d'un guide pratique sorti en 2005 réactualisé tous les ans
- ⇒ Des actions de terrain dans le cadre d'Octobre Rose avec l'envoi d'un courrier et questionnaire aux 354 maires du département leur proposant des actions sous forme de débats et /ou de matériel. Pour l'année 2009 les réunions mises en place ont permis une dynamique jusque fin avril
- ⇒ Des actions menées dans les entreprises via les comités. Pour exemple à Rennes des journées d'information sur le dépistage ont eu lieu dans des entreprises ou dans des lieux publics. (EDF- SNCF-STAR 1 journée dans le métro)

L'objectif du Comité à travers ces différentes actions est de communiquer avec les femmes sur le thème du dépistage avec un langage compris par le grand public.

### **2.1.3. Les dispositifs d'information individuels**

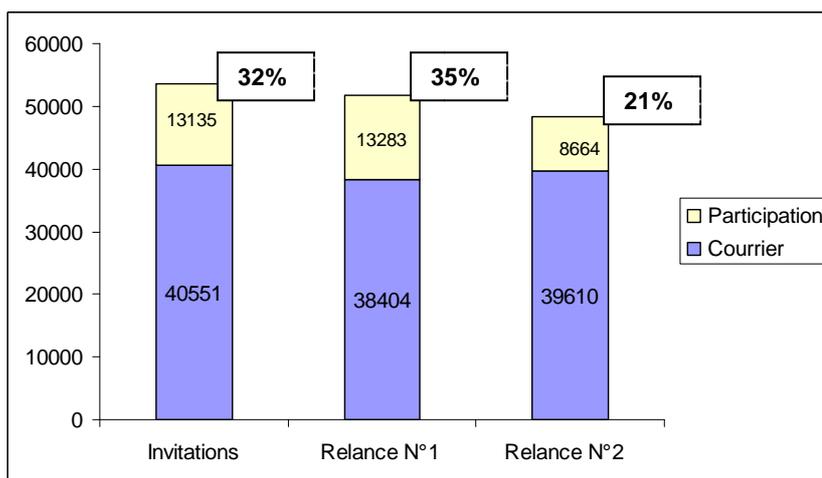
Le dispositif d'information individuelle des femmes, repose sur une invitation personnalisée et représente l'essentiel de l'information. Les structures de gestion s'engagent en début de campagne dans une stratégie d'invitation par courrier individuel.

Ce système de distribution est organisé autour des listes fournies par les organismes d'assurance maladie. Il a vocation à conduire les personnes vers une participation au dépistage.

Pour le département de l'Ille-et-Vilaine un courrier d'invitation est suivi de deux relances. Les  $\frac{3}{4}$  des femmes participent essentiellement après avoir reçu leur courrier d'invitation ou de 1<sup>ère</sup> relance. (Grappe 1)

### Grappe 1 :

**Courriers adressés aux femmes par l'ADECI et participation associée Année 2009**



Source : Rapport ADECI 2009 Champ : Population cible des femmes de 50 à 74 ans Département 35

## 2.2. Implication des acteurs du dépistage

Parallèlement une information est faite par les médecins généralistes et spécialistes à l'occasion de leur consultations, et ce par le biais du dialogue ou par la voie d'affichage en salle d'attente.

La sensibilisation des professionnels de santé est donc indispensable pour qu'eux même incitent les populations à participer aux dépistages organisés.

Dans ce but d'information des professionnels de santé, on retrouve deux niveaux

### 2.2.1. L'information des professionnels de santé au niveau national

L'INCA a développé un programme d'information spécifique en direction des professionnels de santé concernés. Chaque professionnel selon sa discipline et donc sa patientèle a reçu une « information-socle », afin de mieux conseiller les femmes concernées.

#### ➤ A destination des médecins traitants :

Une brochure « le médecin traitant dans le dépistage organisé du cancer du sein » a été

encartée dans le bulletin de l'Ordre National des Médecins de septembre/octobre 2009. Des fiches synthétiques rappelant les conduites à tenir en fonction des niveaux de risque de cancer de leurs patients sont remises par les délégués de l'Assurance Maladie

➤ **A destination de gynécologues :**

Un outil d'information réalisé en partenariat avec le SYNGOF (syndicat des gynécologues de France), a été adressé à tous les gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens, le gynécologue étant un prescripteur majeur de dépistage du cancer du sein.

➤ **A destination des pharmaciens**

Un document synthétique accompagné de dépliants grand public et d'une affiche sur le dépistage organisé du cancer du sein, a été envoyé, en partenariat avec le Cespharm, à l'ensemble des 23 000 officines de métropole et des DOM TOM.

Ce document dédié aux pharmaciens, acteurs de santé de proximité a été élaboré pour leur permettre de conseiller et d'orienter les femmes concernées.

### **2.2.2. L'information des professionnels de santé au niveau local**

Afin de les impliquer les structures de gestion envoient aux médecins 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, ainsi que des résultats d'activité de la structure de gestion.

En Ille et Vilaine, une chargée de mission a été spécialement employée par la structure de gestion ADECI afin de développer des actions de proximité auprès des professionnels de santé.

Dans le cadre du stage des internes de médecine général à la CPAM de Rennes, une intervention de l'ADECI est programmée afin de les sensibiliser sur les dépistages.

A l'occasion des démarches d'installation, les médecins recevront également une information et sur les démarches pratiques des programmes de dépistage.

### **3. Les obstacles à l'accessibilité au dépistage organisé**

Il existe encore de fortes inégalités d'accès et de recours au dépistage.

Les freins au dépistage sont multiples : vulnérabilité sociale, sentiment de n'être pas concerné, doute sur l'intérêt ou l'efficacité du dépistage, peur de savoir, manque de temps, crainte des effets secondaires, éloignement des cabinets de radiologie ou délais pour obtenir un rendez-vous....

### **3.1. Les freins liés aux individus**

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

#### **3.1.1. Les situations sociales, économiques et culturelles**

Il a été montré en particulier par l'Observatoire régional de la santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qu'il existe une corrélation significative entre le taux de chômage et la mortalité par cancer du sein. Ce travail montre que cette corrélation est le reflet d'une inégalité au niveau de l'accès au dépistage et non au niveau de l'accès aux soins. Dans un milieu socio-économique défavorisé et / ou dans un contexte de moindre éducation, les femmes sont globalement éloignées de tout dispositif de prévention et a fortiori du dépistage systématique du cancer du sein. Ainsi le taux de participation au dépistage organisé est plus faible parmi les personnes à la recherche d'un emploi, parmi celles bénéficiant du RSA ou de la CMU, ou encore parmi les ouvriers<sup>34 35</sup>.

Des facteurs socioculturels entrent également en jeu dans l'absence de recours au dépistage organisé. Il s'agit tout d'abord de l'âge :

Différentes études montrent que le taux de participation des femmes a tendance à diminuer avec l'âge. Les données de 2000 de l'InVS indiquent néanmoins que le taux de participation le plus important est observé chez les femmes âgées de 65 à 69 ans.

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 se sentent moins concernées.

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

---

<sup>34</sup> 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 2005

<sup>35</sup> Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : Etude FADO

### **3.1.2. 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. Selon le rapport GRÜNFELD l'éloignement des personnes par rapport au centre de radiologie serait un facteur discriminant, pour le cancer du sein.

### **3.1.3. Les représentations personnelles de la médecine et la peur de la maladie**

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. La conviction d'être en bonne santé en est un second.

Une expérience personnelle antérieure négative vis-à-vis de la médecine ou d'un séjour à l'hôpital peut décourager les femmes à participer au programme de dépistage organisé, dispositif fortement médicalisé<sup>36</sup>.

Enfin, la pudeur des patientes et leur gêne à subir un examen gynécologique 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 la patiente et le médecin sont de sexes différents.

Il faut noter que les facteurs décrits ci-dessus qui influencent la participation, peuvent varier au cours de la vie d'une femme. Comme le suggèrent les taux de fidélisation calculés par l'InVS, la motivation d'une femme à participer au programme de dépistage est susceptible d'évoluer sensiblement avec le temps. En outre, pour le dépistage du cancer du sein qui est le plus ancien, apparaît aujourd'hui un nouveau risque: l'abandon par des femmes qui ont déjà eu deux ou trois mammographies. Ce point a été notamment soulevé par les associations qui soutiennent le dépistage<sup>37</sup>. Cet abandon du dépistage après une première expérience observé chez un trop grand nombre de femmes est très préjudiciable à l'efficacité du programme de dépistage.

---

<sup>36</sup> Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein F Bertolotto et Al

<sup>37</sup> En particulier, l'association Europa Donna.

Ces différents facteurs exposés sont 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.

### **3.2. Les freins liés aux professionnels du milieu sanitaire**

L'implication des professionnels de santé est l'un des facteurs essentiels à la réussite du dépistage organisé des cancers et permet de favoriser le passage à l'acte des plus réticentes, des plus craintives ou des moins sensibilisées. Elle reste variable selon les professions concernées.

*« Les femmes non dépistées accordent un crédit au conseil médical mais un grand nombre d'entre elles indiquent n'avoir jamais eu d'échanges avec le médecin ou le gynécologue, le plus souvent du fait d'un contact trop ponctuel avec la sphère médicale<sup>38</sup> »*

Les médecins généralistes, les gynécologues, et les radiologues jouent un rôle privilégié dans le dépistage organisé du cancer du sein. Ils sont les vecteurs des programmes et les porteurs de la démarche de santé publique. La relation avec le monde médical en général et le médecin traitant en particulier est donc essentielle. D'une part, la fréquence des contacts avec le système de soins (nombre de consultations annuelles avec un généraliste et / ou un gynécologue) est liée à la participation au dépistage<sup>39</sup>. D'autre part, le discours du médecin sur le dépistage est un élément clé de la participation des femmes<sup>40</sup> qui attendent beaucoup d'eux en matière d'information pratique sur l'examen et sa qualité. 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 frottis liés au dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>41</sup>.

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 et d'information de leur patientèle.

Le manque de logiciels informatiques similaires dans les cabinets médicaux et l'absence de dossier médical commun limitent la coordination entre les professionnels de santé.

---

<sup>38</sup> Les femmes face au dépistage organisé du cancer du sein. Enquête Ipsos Santé/INCa Nov. 2005

<sup>39</sup> Barr 2001; Chamot and Perneger 2003.

<sup>40</sup> Chamot and Perneger 2003 ; Lauver 2003.

<sup>41</sup> Rapport d'évaluation de la campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs 2005

### 3.3. Les freins institutionnels au dépistage

L'existence d'un débat concernant le surdiagnostic lié au dépistage organisé du cancer du sein peut entraîner des réticences de la part de certains professionnels de santé face au dispositif du dépistage organisé. La vulgarisation de ce débat dans la presse grand public peut également dissuader les individus de recourir au dépistage organisé.

En témoigne les reportages récents :

➤ *Le Figaro* « Cancer : Vertus et Vices du dépistage » 12 février 2010

➤ *France 2* « Cancer : le problème méconnu des surdiagnostics ... » 24 mai 2010

« Des campagnes d'opinion aux effets délétères » selon un professionnel de santé en radiologie rencontré à l'occasion des entretiens menés lors de l'étude

## 4. Contexte départemental : Ille et vilaine

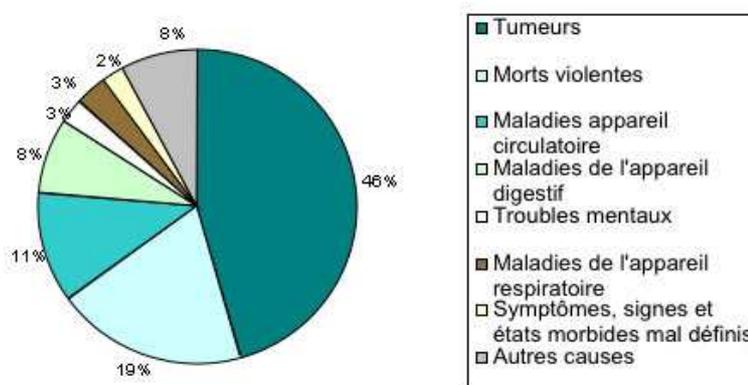
### 4.1. Approche globale des cancers en Bretagne

Les principaux problèmes de santé entraînant un décès sont globalement les mêmes en Bretagne et sur l'ensemble du territoire français : maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs, morts violentes. Chez les femmes, ce sont les maladies de l'appareil circulatoire qui provoquent le plus de décès (36% des décès), devant les cancers (20% des décès).

Pour les femmes de moins de 65 ans le cancer représente 46 % des décès et constitue la première cause de décès prématurés devant les traumatismes, empoisonnements et les maladies de l'appareil circulatoire. (Graphe 1)

#### Graphe 1

**Mortalité prématurée - Répartition des 7 principales causes de décès chez les femmes entre 25 et 64 ans Période 1997-1999**

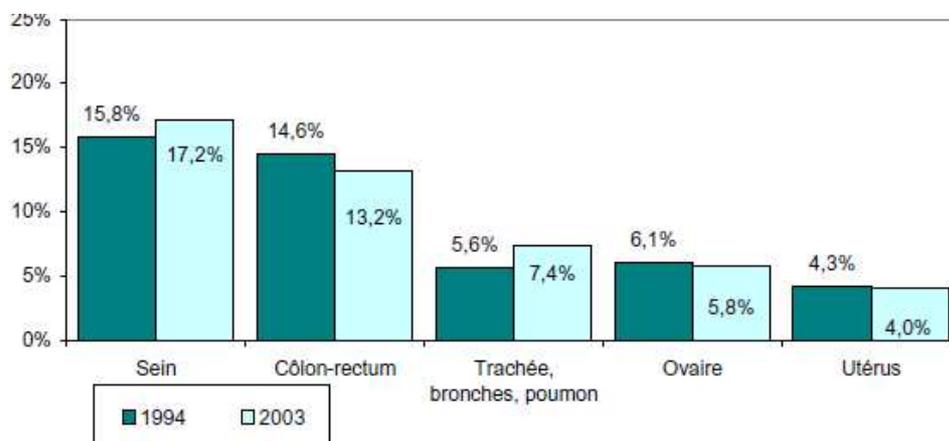


Sources : INSERM CépiDC, Exploitation ORSB Champ : Population des femmes Région Bretagne

En 2003, le cancer du sein et le cancer colorectal, sont les deux premières localisations, représentant respectivement 17.2% et 13.2% des décès par cancer. Ainsi les dépistages peuvent participer à améliorer l'espérance de vie. (Graphe 2)

**Graphe 2 :**

**Répartition des différents types de cancers. Evolution 1994 - 2003**



Source : Source : CépiDc INSERM Exploitation ORS Bretagne

Champ : Population des Femmes Région Bretagne

**4.2. Estimation de l'incidence du cancer du sein**

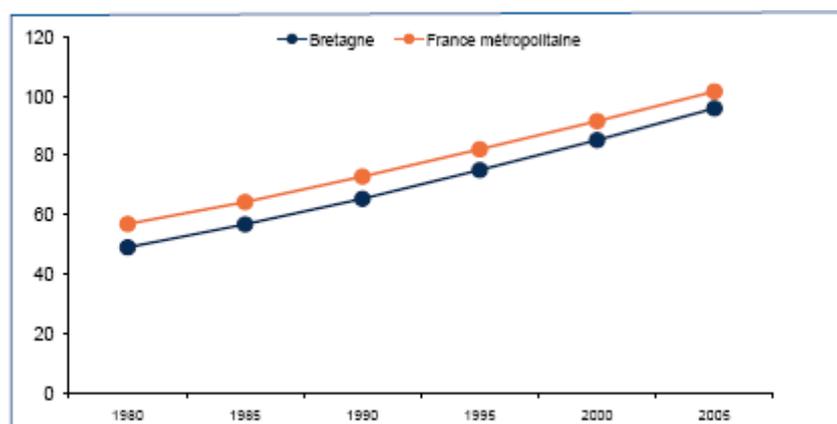
La Bretagne occupe une position favorable parmi l'ensemble des régions françaises puisque avec un ratio standardisé d'incidence (RSI) <sup>42</sup>égal à 93, elle affiche une incidence du cancer du sein inférieure de -7% par rapport à la moyenne nationale, les écarts variant de -11% en Alsace à +31% dans le Nord-Pas-de-Calais.

Cependant entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du sein est en constante augmentation avec un taux standardisé d'incidence de 96 nouveaux cas de cancer du sein pour 100 000 femmes inférieur à celui de la France métropolitaine (102 pour 100 000). (Graphe 3)

<sup>42</sup> Le ratio standardisé d'incidence (RSI) permet de comparer le taux d'incidence d'une population spécifique (région) à celui d'une population de référence (France métropolitaine). Ce ratio standardisé d'incidence se calcule afin d'éliminer les variations de structure d'âge et de sexe. Ce ratio est exprimé en base 100. Il n'existe pas de différence observée entre deux taux d'incidence si le ratio est égal à 100.

### Graphe 3 :

#### Évolution des taux standardisés d'incidence du cancer du sein entre 1980 et 2005



Source : INVS Francim, exploitation ORS Bretagne Unité Taux pour 100 000 femmes  
Standardisation par rapport à la population mondiale

En 2005 le cancer du sein se classe au 1er rang de l'incidence des cancers chez les femmes, avec 2445 nouveaux cas estimés en Bretagne, soit 35% de l'ensemble des nouveaux cas féminins de cancers. L'estimation du nombre de nouveaux cas de cancer du sein selon l'âge, montre la précocité de la survenue de cette affection : le groupe d'âge 45-64 ans totalise le plus fort taux de nouveaux cas de cancer, soit 57% de l'ensemble des cas, chez des femmes âgées de moins de 65 ans.

### 4.3. La mortalité par cancer du sein

#### 4.3.1. Définitions des indicateurs

Taux standardisé de mortalité s'exprime en nombre de décès pour 100 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si celle-ci avait la même structure par sexe et âge que la population de référence.

Indice comparatif de mortalité (ICM) permet de comparer le niveau de risque de décès dans une zone géographique donnée (région, département, territoire de santé,...), à celui d'une zone géographique de référence (la France métropolitaine pour les comparaisons régionales et départementales et la Bretagne pour les territoires de santé) indépendamment des variations de structure d'âge et de sexe. Lorsque l'indice est supérieur à 100, la mortalité de la zone est supérieure à la moyenne de la zone géographique de référence.

Les ICM et les taux standardisés de mortalité sont calculés sur une période triennale.

### 4.3.2. La mortalité par cancer du sein en Bretagne

L'indice comparatif de mortalité par cancer du sein selon les régions françaises en 2005-2007 (ICM Bretagne=92), indique une sous mortalité de 8% par rapport à la moyenne nationale, les écarts variant de -13% en Alsace à +26% dans le Nord-Pas-de-Calais.

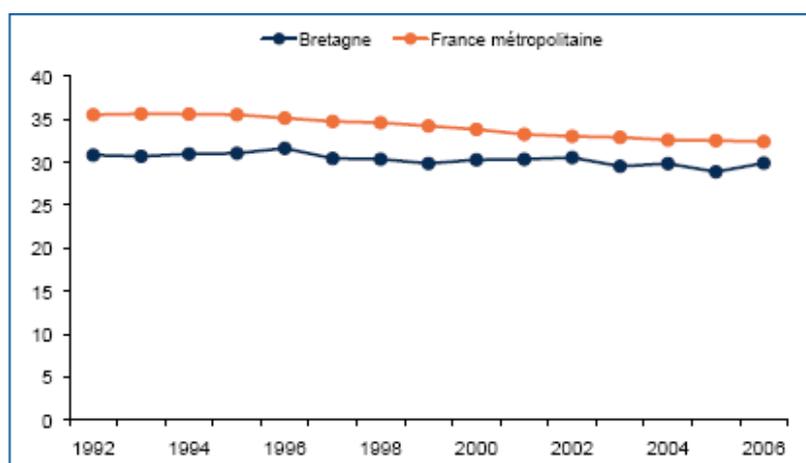
La Bretagne présente une position favorable parmi les régions françaises néanmoins le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez les femmes devant le cancer du côlon rectum et le cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

Sur la période 2005-2007, le nombre moyen annuel de décès par cancer du sein est de 562, soit 18% de l'ensemble des décès par cancer chez les femmes.

Le taux standardisé de mortalité par cancer du sein reste relativement stable depuis la deuxième moitié des années 1990 alors que la tendance est à la baisse au niveau national. Les bretonnes conservent cependant leur avantage sur les françaises mais l'écart entre les 2 populations s'est réduit et le taux standardisé de mortalité atteint 30 décès pour 100 000 bretonnes contre 32 en France métropolitaine. (*Grappe 4*)

#### Grappe 4 :

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer du sein depuis 1991-1993



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors SCORE-Santé, exploitation ORS Bretagne

Unité Taux pour 100 000 femmes

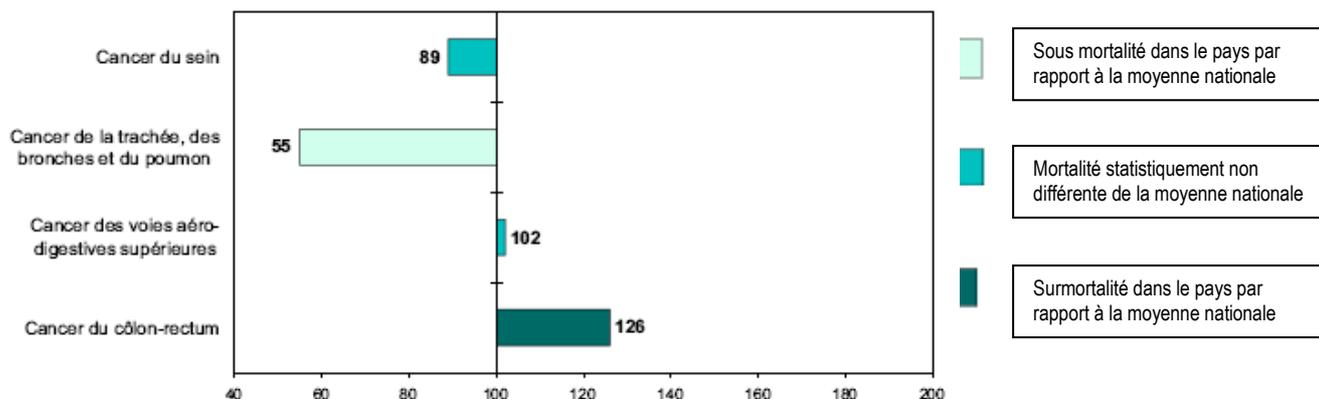
### 4.3.3. Pays de REDON

Entre 1991 et 1999, 422 décès féminins sont survenus en moyenne annuelle dans le pays de Redon et Vilaine). Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause de décès des femmes dans ce pays (163 décès), devant les cancers (88 décès).

Les cancers féminins qui provoquent le plus de décès sont ceux du côlon rectum et du sein. (*Grappe 1*)

#### Grappe 1 :

**Indices Comparatifs de Mortalité chez les femmes dans le pays de Redon et Vilaine en comparaison avec la moyenne française (ICM France métropolitaine = 100) pour les principales localisations cancéreuses – Période 1991-1999**



Source : Sources : INSERM CépiDc, INSEE RGP 1990 et 1999 Exploitation ORSB  
 Champ : Femmes Pays de Redon

**Lecture du graphique** : Il permet de situer le pays par rapport à la moyenne française, pour les principales localisations cancéreuses. Les barres horizontales montrent le risque de mortalité dans le pays par rapport à la moyenne nationale égale à 100.

**Les causes de décès prématurés chez les femmes**

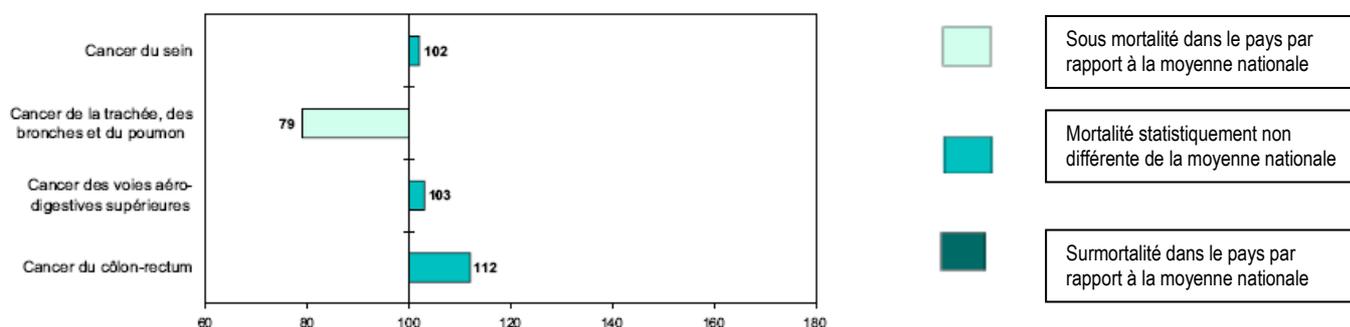
En moyenne annuelle sur la période 1991-1999, les décès prématurés ont concerné 51 femmes dans le pays de Redon et Vilaine, ce qui représente 12% de l'ensemble des décès féminins. Les cancers sont à l'origine de deux décès prématurés sur cinq et constituent ainsi la première cause de mortalité avant 65 ans chez les femmes dans ce pays. Le cancer responsable du plus grand nombre de décès prématurés est le cancer du sein.

**4.3.4. Pays de ST Malo**

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de mortalité féminine (292 décès annuels en moyenne) Sur la période 1991-1999. Les cancers sont la seconde cause de mortalité des femmes (186 décès). Les décès par cancer du sein et du côlon rectum sont les plus nombreux. (Graphe 2)

## Graphe 2 :

### Indices Comparatifs de Mortalité chez les femmes dans le pays de Saint-Malo en comparaison avec la moyenne française (ICM France métropolitaine = 100) pour les principales localisations cancéreuses - Période 1991-1999



Source : Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation ORSB  
Champ : Femmes Pays de St Malo

## Les causes de décès prématurés chez les femmes

Pour la mortalité prématurée, qui concerne les décès avant 65 ans, entre 1991 et 1999, les cancers sont à l'origine de 40 décès prématurés et constitue la première cause de mortalité des femmes devant les morts violentes. Le cancer du sein (11 décès sur 40) étant le cancer qui provoque le plus grand nombre de décès.

### En conclusion

Si les maladies de l'appareil circulatoires sont la première cause de mortalité des femmes devant les cancers, le cancer du sein constitue la première cause de mortalité avant 65 ans chez les femmes dans ces pays.

Une partie importante des ces décès prématurés est considérée comme évitable. Au sein des décès prématurés évitables, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) distingue les décès prématurés évitables « liés aux comportements à risque », et ceux évitables par des mesures de surveillance et de dépistage précoce, comme par exemple les cancers du sein et du côlon rectum.

#### NB:

Les données sur l'état de santé de la population des pays en référence à la moyenne française, présentent des limites dans la mesure où ces données sont issue de la période 1991-1999, et donc relativement anciennes. Seules les données régionales étaient disponibles pour la période 2005-2007.

#### **4.4. Modalités pratiques d'organisation**

Pour le département 35 l'ADECI (Association des dépistages des cancers en Ille-et-Vilaine) est la structure de gestion qui organise localement la campagne, en assurant :

- L'invitation, les relances, de l'ensemble de la population cible à partir des fichiers des caisses d'assurance maladie
- La transmission des résultats aux patientes et à leur médecin
- La tenue de la base de données et l'évaluation à l'échelon départemental
- L'organisation de la seconde lecture des mammographies
- La communication grand public dans sa déclinaison locale (publics ciblés, etc.)
- L'information ponctuelle collective en continu, ou au cas par cas des professionnels
- L'interface avec les professionnels concourant au dépistage
- L'assurance qualité du dispositif en lien avec les différents professionnels impliqués

L'ADECI organise et évalue les campagnes de dépistage depuis 1995.

Tous les 2 ans, les femmes concernées reçoivent un courrier<sup>43</sup> les invitant à se rendre chez un radiologue de leur choix parmi une liste de spécialistes agréés pour un dépistage avec un bon de prise en charge. Les clichés sont lus « en 1<sup>ère</sup> lecture » au cabinet par un radiologue conventionné et transmis à la structure de gestion (ADECI 35) qui organise la 2<sup>ème</sup> lecture. Les clichés sont adressés à la femme avec son courrier de résultat sous quinze jours. Le résultat de l'examen est également adressé au médecin traitant désigné par la patiente.

#### **4.5. Analyse des taux de participation et de couverture**

##### **4.5.1. Analyse par cantons**

L'analyse par canton permet de proposer une cartographie relativement fine des taux de participation. Pour autant le découpage par cantons utilisé par l'Assurance Maladie ne correspond pas exactement au découpage officiel de l'INSEE.

Cet écart concerne les communes de Rennes, Vitré, St Malo et Fougères. Ces constats ont été pris en compte dans l'analyse. Ainsi les données de l'assurance maladie ont été regroupées afin d'avoir des données par cantons comparables.

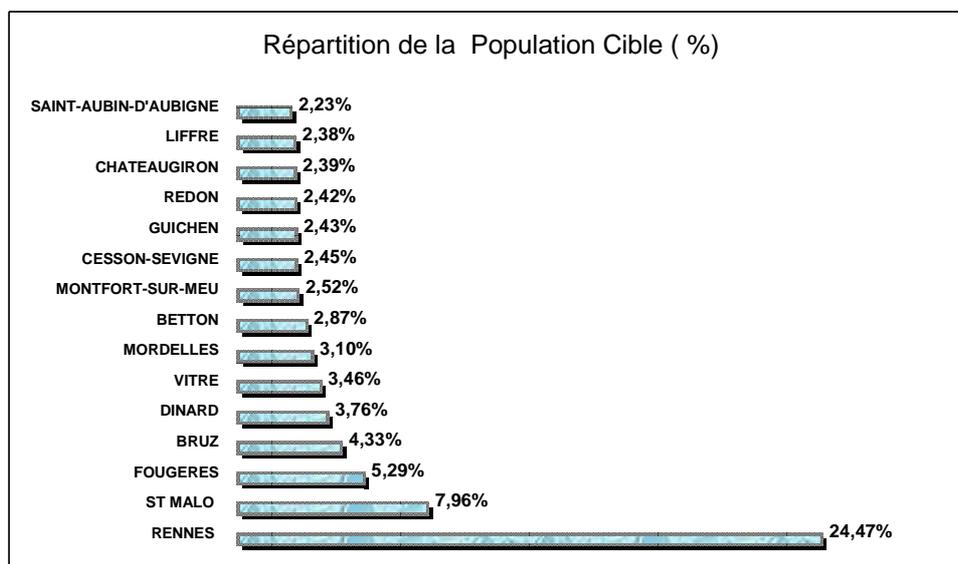
---

<sup>43</sup> Courrier d'invitation et de relance adressé aux femmes dans le cadre du DO, en **Annexe 8**

L'analyse a été réalisée à partir des cantons les plus importants en termes de population cible<sup>44</sup>. Le graphe ci-dessous (*Grappe 1*) représente la répartition de la population cible selon des 15 premiers cantons (**TOP 15 des cantons**).

**Grappe 1 :**

**TOP 15 des cantons**



Le canton présentant la population cible la plus importante est celui de Rennes avec 24,47 % de la population cible totale suivi de St Malo (7,96 %) et Fougères (5.29%).

Les cantons suivants se situent entre 4,33% (Bruz) et 2.33% (St Aubin d'Aubigné). L'ensemble de ces 15 cantons constitue 70% de la population cible totale du département. Le potentiel des 25 autres cantons par rapport à la population cible totale du département est compris entre 1.92% et 0.46%.

**4.5.2. Les données sources**

Les taux de participation pour définir les territoires présentant un déficit de participation ont été analysés à partir de deux sources de données<sup>45</sup>.

- Les données de participation du régime général<sup>46</sup> estimées à partir des actes de mammographie réalisés en libéral en 2008 pour les femmes nées entre le 1/1/1934 et le 31/12/1958. Ces données n'intègrent donc pas les mammographies réalisées en milieu hospitalier.

<sup>44</sup> Population cible = Ensemble des femmes de 50 à 74 ans du département 35

<sup>45</sup> Tableau de taux de participation du Régime général et de l'ADECI **Annexe 3**

<sup>46</sup> Données CPAM = Taux de couverture sur la base des actes réalisés en libéral

- Les données de l'ADECI<sup>47</sup> de la campagne 7 (année 2008 – 2009). Les taux de participation représentent l'ensemble des femmes du département 35 invitées au programme de dépistage pour tous les régimes et les actes réalisés à l'hôpital ou en libéral.

#### **4.5.3. Les limites du traitement des données**

Les données correspondent aux assurés du Régime général qui rassemble environ 70 % de la population française ne sont donc pas exhaustives mais peuvent être considérées comme un indicateur de taux de dépistage. Elles seraient à compléter avec celles des autres régimes d'Assurance Maladie (MSA, RSI...)

Les données CPAM ne prennent pas en considération un dépistage dans un établissement de santé hospitalier. L'absence de ces femmes dans les effectifs entraîne une sous estimation du taux de dépistage.

Les données CPAM sont disponibles pour l'année 2008 or la campagne de dépistage se déroule sur deux années. La dernière campagne a débuté le 1er janvier 2008 et s'est poursuivi sur 2009.

#### **4.5.4. Analyse des taux de couverture des femmes dans le département de l'Ille-et-Vilaine<sup>48</sup> à partir des données du Régime Général**

- Taux de participation des femmes avec médecin traitant ayant réalisé une mammographie en cabinet libéral

La référence européenne pour le taux de participation est d'atteindre au moins 70% et 80% selon la Loi de Santé Publique d'août 2004. Mordelle et Betton sont les seuls départements qui, sur 2008, dépassent ce seuil de 80 % de participation.

Dix cantons (Guichen- Combourg - Rennes - Liffré- Montfort- Grand Fougeray - Bruz - Cesson – Châteaugiron Périphérie Fougères) ont un taux compris entre 70 % et 80%. Les cantons de Redon - St Malo - Pleine Fougères - Pipriac - Argentré Châteauneuf - Vitré) se caractérisent par des taux de participation les plus faibles (de 50 à 60 %).

---

<sup>47</sup> Données ADECI = Taux de participation au dépistage Organisé

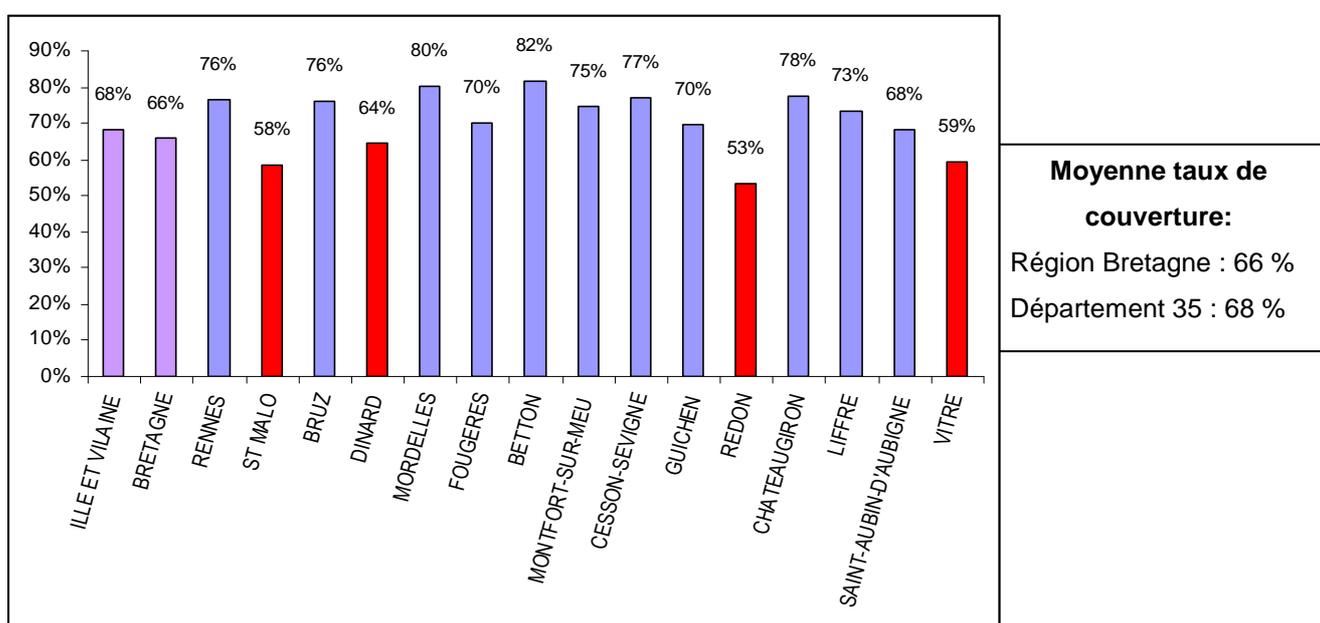
<sup>48</sup> Analyse réalisée à partir des données du régime général et des actes de mammographies réalisés en libéral en 2008 pour les femmes nées entre le 1/1/1934 et le 31/12/1958

Ces résultats montrent des disparités très importantes d'un canton à l'autre. Ainsi, le taux de dépistage varie de 52 % à 82% dans le département de l'Ille et Vilaine.

Concernant les cantons faisant partie du TOP 15 (c'est-à-dire les cantons dont le potentiel de population cible représente plus de 70% de la population cible du département) **St Malo - Vitré - Redon - Dinard** sont concernés par un déficit de participation pour les femmes ayant un médecin traitant et pour tout type de dépistage (DI et DO) (Graphe 1)

**Graphe 1 :**

**Taux de couverture - Données du Régime Général**



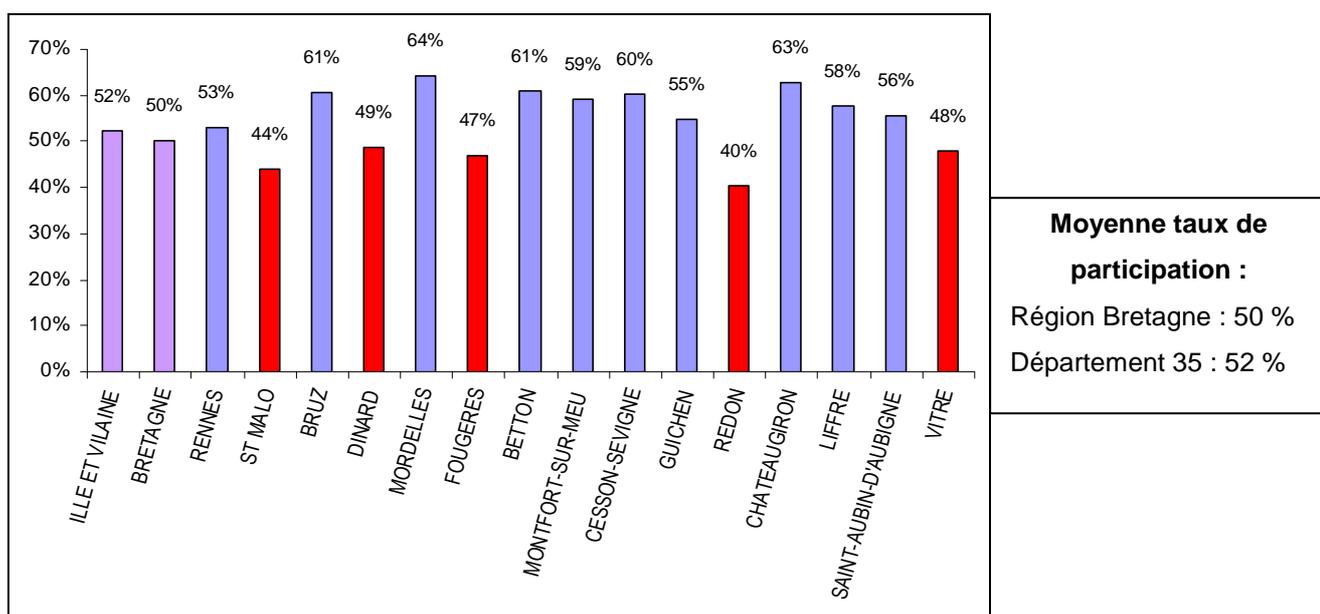
Il faut noter que ce taux de couverture prend en compte la participation des femmes sur une année pour une année civile.

➤ Participation des femmes ayant réalisé une mammographie de dépistage sur le TOP 15 des cantons par rapport au potentiel de population cible.

Pour l'ensemble du département le taux de participation au dépistage organisé varie de 40.5 % pour Redon à 63.4% pour Mordelles. L'analyse du TOP 15 des Cantons, en comparaison du taux de participation de la Bretagne et du département de l'Ille-et-Vilaine montre les écarts les plus importants sur les cantons de **St Malo - Vitré - Redon - Dinard et Fougères.** (Graphe 2)

## Graphe 2 :

### Taux de participation au DO - Données du Régime Général



Ces deux analyses mettent en évidence qu'il existe un déficit de participation à la fois pour le dépistage en général et pour le dépistage organisé sur les cantons de **St Malo Redon et Vitré**.

Pour le canton de Fougères le déficit se situe uniquement au niveau du Dépistage Organisé. Il semblerait que sur ce canton les femmes ont plutôt recours au dépistage individuel et n'intègrent pas la campagne de dépistage.

#### 4.5.5. Analyse des taux de participation des femmes dans le département de l'Ille-et-Vilaine<sup>49</sup> à partir des données de l'ADECI

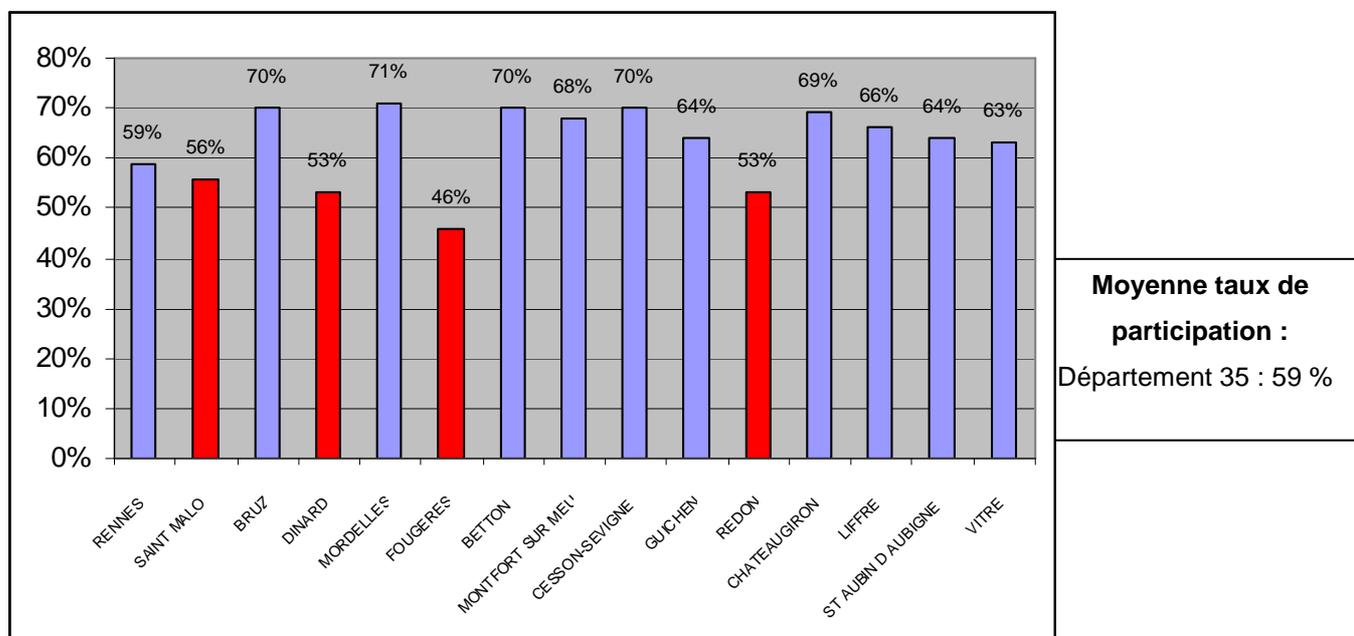
Le graphique ci-dessous (*Grappe 3*) représente **pour le TOP 15 des cantons** le taux de participation des femmes ayant réalisées une mammographie de dépistage dans le cadre de la campagne 7 pilotée par l'ADECI

Les données ADECI concernent les femmes ayant réalisé une mammographie dans le cadre de la campagne à l'hôpital ou en secteur libéral pour l'ensemble des régimes de l'assurance maladie.

<sup>49</sup> Analyse réalisée à partir des données ADECI pour la campagne 7 intégrant les Mammographies réalisées à l'hôpital

On notera que les cantons classés dans le top 15 pour les données du Régime général sont également ceux retrouvés pour les données de l'ADECI. Ceci s'explique par le fait que la population du régime général représente en moyenne 75 % de la population totale.

**Graphe 3 :**  
**Taux de participation DO – Données ADECI**



Les taux présentés ci-dessus sont calculés sur deux ans, ce qui permet de décrire une période au cours de laquelle toute la population cible devrait avoir été invitée et ainsi mieux refléter la participation des femmes.

Si l'on prend comme référence le taux de participation de 59 % du département de l'Ille- et Vilaine, les cantons de **St Malo - Redon - Fougères et Dinard** présentent un déficit en termes de taux de participation au programme de dépistage organisé.

#### 4.5.6. Choix des territoires de l'étude

Les analyses respectives des données du régime général et de celles de l'ADECI montrent que les cantons de Redon- St Malo - Dinard ont un déficit de participation quelque soit le type de dépistage.

Fougères présente la particularité d'être en déficit de participation uniquement pour le dépistage organisé. L'objectif de l'étude étant d'identifier les obstacles, les freins liés au déficit de participation ce canton ne sera pas retenu pour l'enquête.

**St Malo – Dinard – Redon sont donc les cantons retenus pour l'étude**

A noter le pays de Redon et composé de seulement 3 cantons Redon – Pipriac et Maure de Bretagne. Pour le canton de Pipriac zone rurale très proche de Redon le taux de participation est également très faible avec un taux de 44 % pour le dépistage organisé et 59 % pour le dépistage en général. Si Pipriac n'est pas dans le TOP 15 il nous a semblé intéressant de l'inclure dans l'étude avec le canton de Redon.

En conséquence l'étude sera menée **sur les cantons de St Malo – Dinard – Redon et Pipriac**

## 4.6. Analyse démographique des territoires sélectionnés

### 4.6.1. Les Pays des cantons sélectionnés

Le pays de Redon (*Carte 1*) est réparti sur deux régions (Bretagne et Pays de la Loire) et trois départements répartis à 50% sur l'Ille-et-Vilaine, 27% dans le Morbihan et 23% en Loire-Atlantique). Dans ce territoire plutôt rural, Redon constitue le principal pôle de services situé entre les métropoles de Rennes, Nantes, Saint Nazaire et Vannes

Le Pays est caractérisé par une densité de population faible, avec 54 habitants par km<sup>2</sup>. A titre de comparaison, l'Ille-et-Vilaine et la Loire Atlantique comptent respectivement 128 et 166 habitants par Km<sup>2</sup>. La communauté de commune du Pays de Redon connaît la densité la plus élevée avec 78 habitants par Km<sup>2</sup>.

**Carte 1**



La population du pays de St Malo (*Carte 2*) est concentrée sur le littoral à proximité de Saint-Malo et de l'estuaire de la Rance, ainsi qu'à Dol-de-Bretagne et Combourg avec une densité de population (135 habitants au km<sup>2</sup>) supérieure à la moyenne régionale. Saint-Malo constitue le pôle principal du pays.

**Carte 2**



#### **4.6.2. Structure d'âge de la population des femmes**

La répartition de la population des femmes (*Annexe 4 Tableau 1*) montre une population dont la part des plus de 60 ans est supérieure à la moyenne du département pour Redon Pipriac et St Malo Dinard avec pour ces deux territoires une différence plus marquée. Plus l'âge augmente, plus cette proportion est supérieure à celle du département. Pour St Malo Dinard cette proportion plus importante peut s'expliquer notamment par un flux migratoire important à l'âge de la retraite.

#### **4.6.3. Diplôme et Catégories socio-professionnelles**

##### **4.6.3.1. Répartition de la population selon le diplôme**

La répartition de la population de Redon Pipriac selon le diplôme est plus élevée qu'en moyenne départementale pour les niveaux d'étude inférieure au baccalauréat. A contrario, la part des femmes ayant un diplôme supérieur à bac + 2 y est plus faible.

Pour St Malo le profil des femmes selon le diplôme est globalement dans la moyenne du département avec une part plus importante pour le brevet des collèges. (*Annexe 4 Tableau 2*)

##### **4.6.3.2. Répartition de la population des femmes ayant un emploi par catégorie socioprofessionnelle**

Comparée au département de l'Ille-et-Vilaine la répartition de la population (*Annexe 4 Tableau 3*) de plus de 15 ans par catégories socio-professionnelles du pays de Redon à deux particularités :

⇒ La part de la CSP Ouvriers est plus élevée que la moyenne du département 35.

La présence forte de l'industrie sur le pays de Redon, notamment les équipementiers automobile, explique cet écart.

⇒ La CSP Cadre, professions intellectuelles supérieures est par contre sous représentée et s'explique par la faiblesse relative des services dans l'activité du Pays.

La population des femmes (*Annexe 4 Tableau 3*) de plus de 15 ans par CSP du pays de Saint-Malo en comparaison à l'Ille et Vilaine:

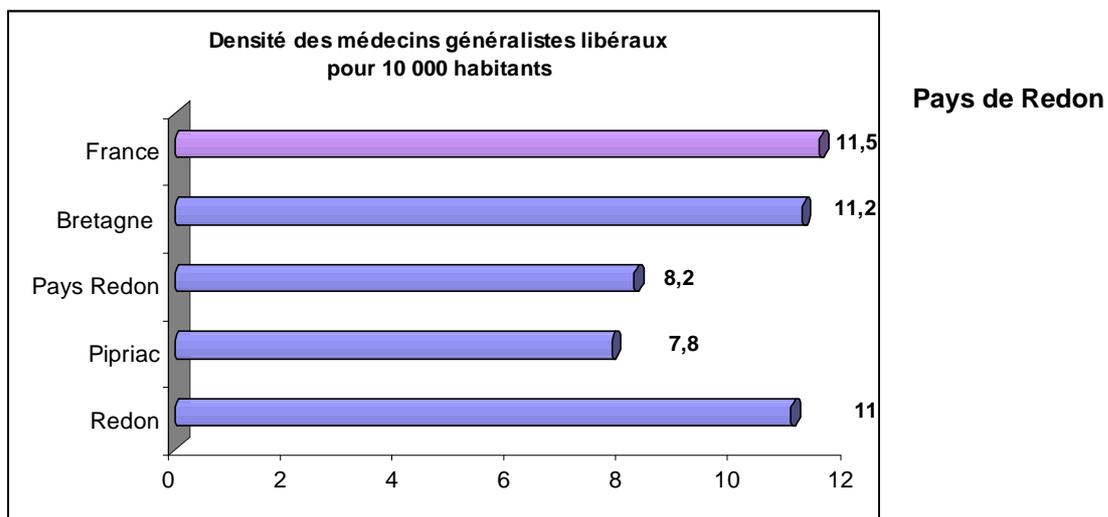
⇒ Compte une proportion d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise supérieure

⇒ Une part prépondérante de l'emploi salarié, essentiellement due aux activités de tourisme et d'hôtellerie

#### 4.6.4. Densité des médecins généralistes libéraux

En 2010, respectivement 20 et 10 médecins généralistes libéraux exercent sur Redon et Pipriac. Les densités se situent parmi les plus faibles de la région. La faible densité en généralistes pourrait être un facteur de limitation d'accès aux soins de proximité. (Graphe 1)

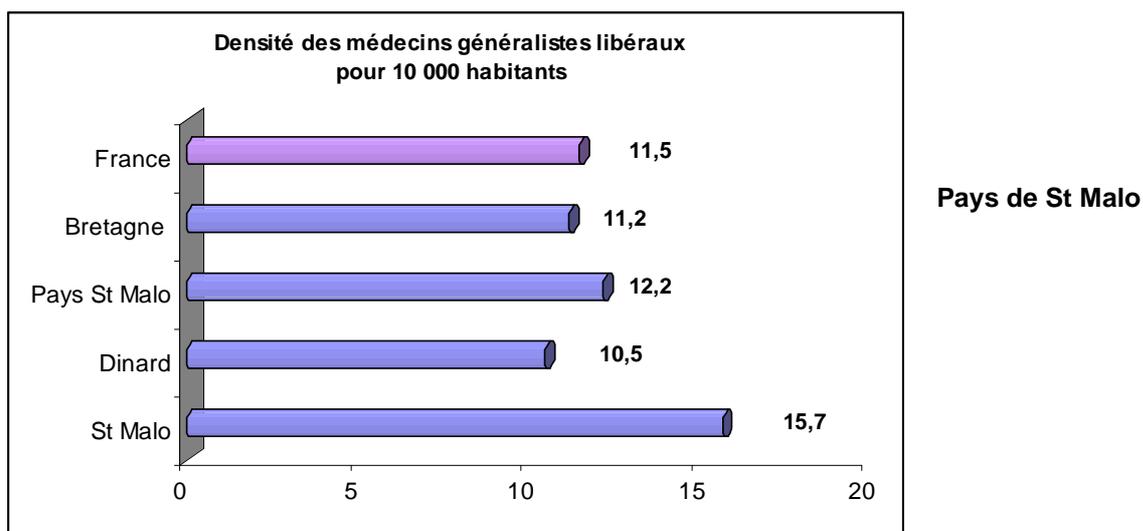
Grappe 1 :



Source : DRASS extrait du fichier Ameli en mars 2003-INSEE RGP 1999

St Malo compte 78 médecins généralistes libéraux, Dinard 25 en 2010. La densité en médecins généralistes libéraux dans le pays ainsi que pour ST Malo est plus élevée que celle de la France. L'influence du tourisme sur les densités médicales est difficile à mesurer. (Graphe 2)

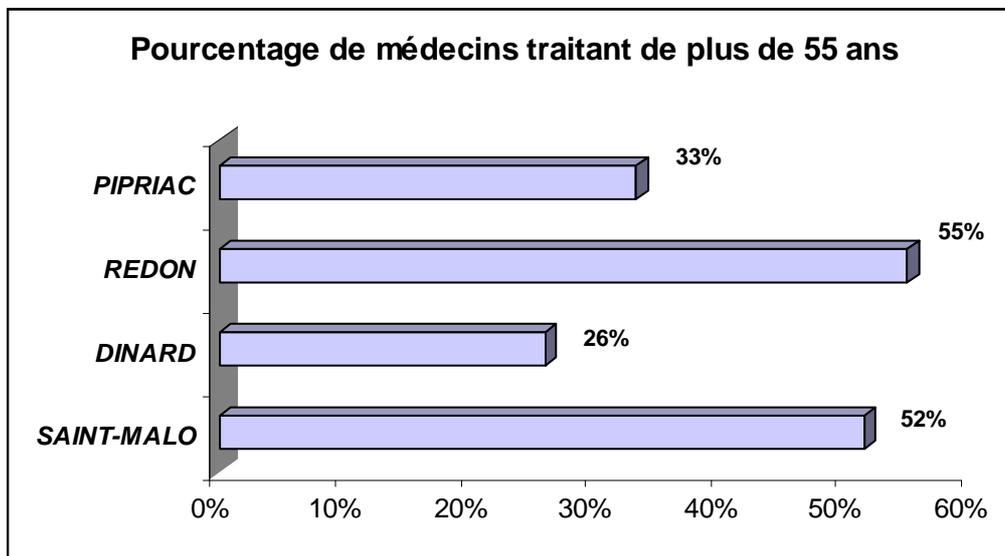
Grappe 2



Source : DRASS extrait du fichier Ameli en mars 2003-INSEE RGP 1999

A l'horizon 2020 la densité médicale devrait chuter en raison des départs à la retraite.  
(Graphe 3)

**Graphe 3**



## Partie 3 Objectif et Méthodologie générale de l'étude

### 1. Objectifs

L'objectif de l'étude est d'identifier les obstacles, les freins permettant d'expliquer le déficit de participation sur les cantons de Redon/Pipriac et St Malo/Dinard afin de mieux cibler les actions de sensibilisation des femmes et des professionnels de santé. Les objectifs concernent donc à la fois :

- Les motifs de non participation des femmes
- L'implication et les attentes des professionnels de santé

### 2. Modalités de l'étude

Cette étude a été menée auprès des femmes ayant un médecin traitant car comme expliqué dans un précédent chapitre le rôle du médecin traitant est majeur en regard des objectifs de la CPAM pour améliorer la participation au dépistage. La structure de gestion du département de l'Ille-et-Vilaine exprime également une forte volonté de s'appuyer sur le médecin traitant pour deux intérêts supplémentaires :

- ⇒ Le repère des exclusions
- ⇒ Le suivi des patientes en cas de dépistage positif

D'ailleurs la lettre d'invitation adressée par l'ADECI invite les femmes à parler de ce dépistage avec leur médecin traitant.

La population des femmes ayant un médecin traitant est estimée à environ 85% de la population totale.

L'étude des motifs de non participation sera donc réalisée selon 3 axes :

#### ➤ **L'acceptabilité des femmes :**

Quels sont les freins et contraintes pouvant expliquer la non participation ?

#### ➤ **Le rôle des professionnels de santé :**

Quel est leur niveau d'implication dans la promotion du dépistage ?

Y a-t-il une offre permettant une bonne accessibilité ?

#### ➤ **Les supports de communication sur la campagne de dépistage**

Qualité et contenu des supports

Les professionnels ont-ils des attentes en termes d'outil ?

Quel est le niveau de connaissance de compréhension des femmes vis-à-vis de la campagne de dépistage ?

Pour mener cette étude, ont été associés les partenaires tels que la structure de gestion ADECI 35, les animatrices territoriales des pays concernés et le Comité Féminin.

L'enquête a été effectuée selon une double approche auprès des femmes et des professionnels de santé.

### **2.1.1. Enquête auprès des professionnels de santé**

Réalisation d'une série d'entretiens avec des professionnels de santé afin de mesurer leur rôle et implication dans le dépistage organisé auprès de leur patientèle.

Les professionnels de santé ciblés sont :

- Les médecins traitants - les radiologues et les gynécologues

### **2.1.2. Enquête auprès des personnes considérées comme non participantes à la campagne de dépistage du cancer du sein.**

Réalisation d'une enquête par envoi d'un questionnaire auprès des femmes n'ayant pas réalisé de mammographies. Cette enquête sera complétée par des groupes de discussion afin de trouver des solutions pour mieux répondre à leurs attentes en termes de sensibilisation au programme de dépistage.

## **3. Méthodologie**

### **3.1. Le processus de l'enquête**

A partir d'un tirage au sort auprès de la population des femmes considérée comme non participante par la Caisse primaire d'Assurance Maladie, un courrier postal est adressé contenant un questionnaire avec une introduction explicative ainsi qu'une enveloppe T retour. Ce questionnaire inclut une demande d'accord pour la participation à un groupe de discussion.

L'étude repose également sur deux recueils qualitatifs où sont explorés les motifs de non participation des femmes, le rôle et l'implication des professionnels de santé.

Pour le recueil réalisé directement auprès des professionnels de santé, un accord préalable est obtenu via un entretien téléphonique. Ce recueil a été réalisé sous forme d'entretien face face alors que pour les femmes il s'agit de groupes de discussion.

La mise en place de ces groupes de discussion s'est faite avec la collaboration des deux animatrices territoriales des pays de Redon et St Malo. Elles ont également participé à ces focus groupes en introduisant la réunion afin de situer ce travail dans le contexte de leurs actions menées au sein des Pays.

### 3.2. Les limites de l'étude

La méthode proposée expose à des limites

➤ Une limite de représentativité :

L'échantillon du questionnaire ne comprend pas de femmes participantes au dépistage. L'interprétation du questionnaire ne pourra donc se faire en comparaison avec un groupe de femmes participantes afin d'établir les motifs des non participantes au regard des participantes.

➤ Une limite de sélection :

L'échantillon des professionnels sollicités est aléatoire. Cependant ont participé, par définition, uniquement les professionnels de santé volontaires.

Les réunions de focus groupe ont été mises en œuvre avec la population des femmes qui se sont portées volontaires en donnant leur accord avec le retour du questionnaire par l'inscription d'un numéro de téléphone pour les joindre.

### 3.3. Le Questionnaire<sup>50</sup>

Le questionnaire élaboré a été soumis aux médecins coordinateurs de la structure de Gestion ADECI et à la présidente de l'association du Comité féminin et tient compte de leurs remarques et suggestions.

Il comprend une partie sur les caractéristiques socio-économiques et le recours aux soins, et une partie spécifique, sous forme de questions fermées concernant le dépistage. L'étude sera en partie réalisée par auto questionnaire entre avril et mai 2008 dans les 4 cantons sélectionnés

### 3.4. Sélection de la population des femmes pour l'enquête et l'échantillonnage du questionnaire<sup>51</sup>

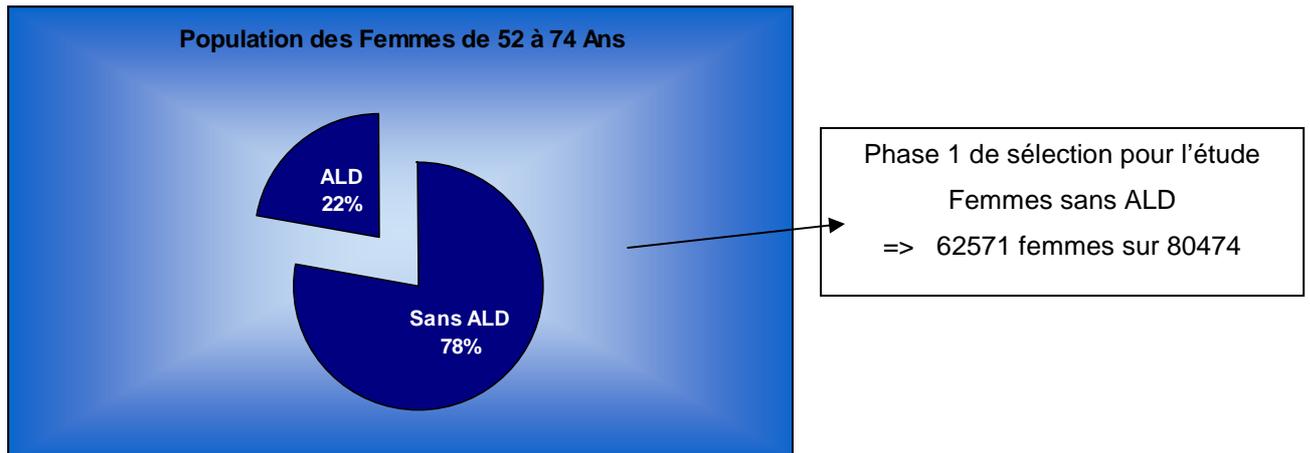
La population ciblée par cette étude est celle des femmes âgées de 52 à 74 ans invitées à participer aux campagnes organisées de dépistage du cancer du sein en Ile-et-Vilaine ayant un médecin traitant et n'ayant jamais réalisé de mammographie. Il s'agit de femmes non exclues de la campagne pour des motifs définis dans le cadre du cahier des charges national. Pour répondre à ce critère, selon les informations de la CPAM les femmes en ALD ont été exclues afin de ne pas cibler les suivis particuliers.

---

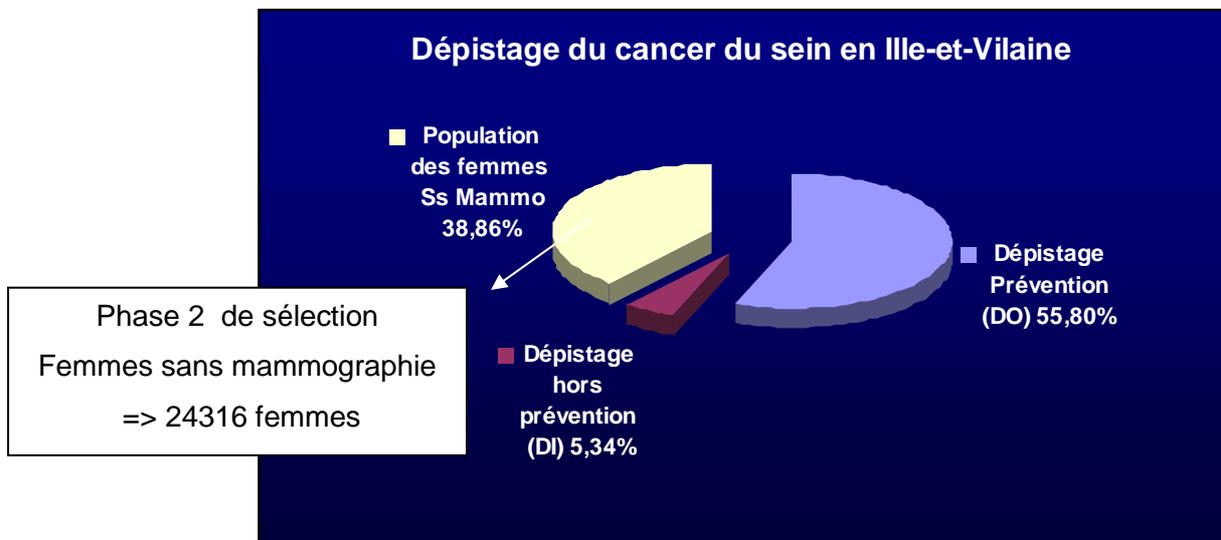
<sup>50</sup> Questionnaire Femmes non participantes **Annexe 5**

<sup>51</sup> Réalisé sur la base d'une requête à partir des données du régime générale du 15 03

## Population des femmes 52 à 74 ans sans ALD pour le département de l'Ille-et-Vilaine<sup>52</sup>



Femmes ne présentant pas d'ALD) de 52 à 74 ans  
Participation au dépistage entre le 01/03/2008 et le 07 /03 /2010  
Estimé à partir des actes de mammographie réalisés en libéral

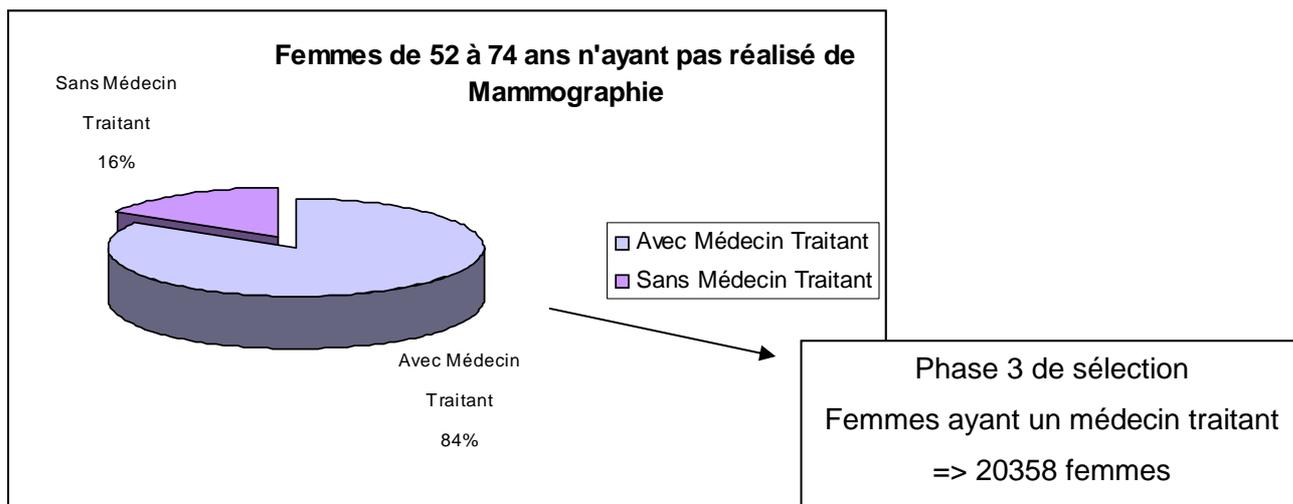


La population ciblée ne concerne pas les femmes de 50-51 ans puisque celles-ci font l'objet de leur première invitation dans l'année de leurs 50 ans et d'un processus de relance dans l'année de leurs 51 ans. Ces femmes ne peuvent donc pas être considérées comme non participantes.

Seules les femmes ayant un médecin traitant seront concernées. Comme vu précédemment la CPAM et l'ADECI considèrent que le médecin traitant joue un rôle majeur. Effectivement il reste l'interlocuteur privilégié des femmes et joue un rôle crucial d'incitation au dépistage organisé du cancer du sein. Son rôle est complémentaire de la dynamique de promotion du dépistage organisé du cancer du sein faite par la structure de gestion.

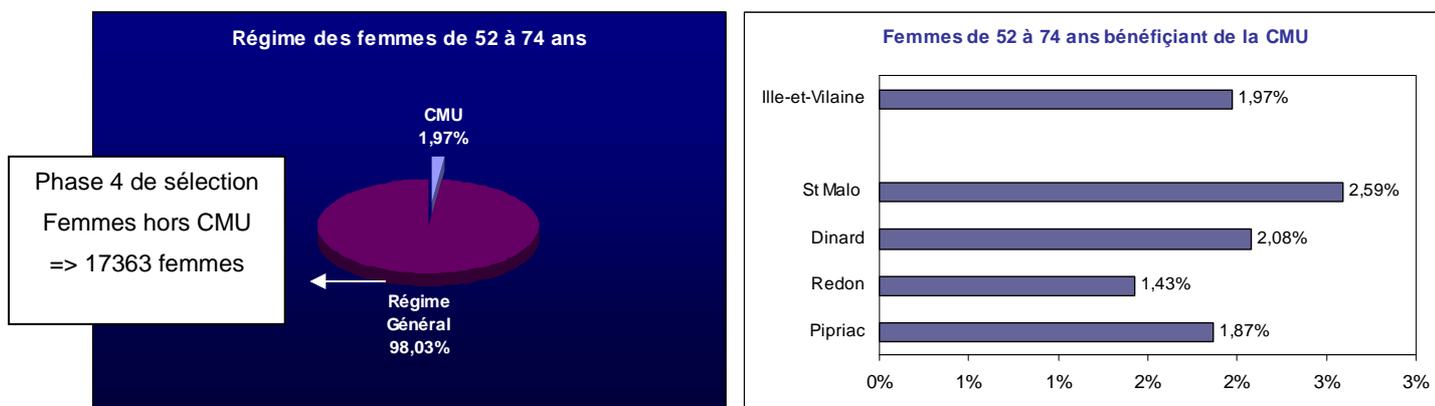
<sup>52</sup> Analyse réalisée sur la base des données du régime général au 11/03 /2010

## Population des femmes n'ayant pas réalisé de mammographie et ayant un médecin traitant



Pour la réalisation de l'étude, les femmes en situation de précarité n'ont pas été incluses dans la population car cette situation est un facteur de non adhésion en soit. Ces femmes ont fait l'objet d'une étude spécifique sous l'égide du Comité Féminin<sup>53</sup>.

## Femmes bénéficiaires de la CMU de 52 à 74 ans N'ayant pas réalisé de mammographie



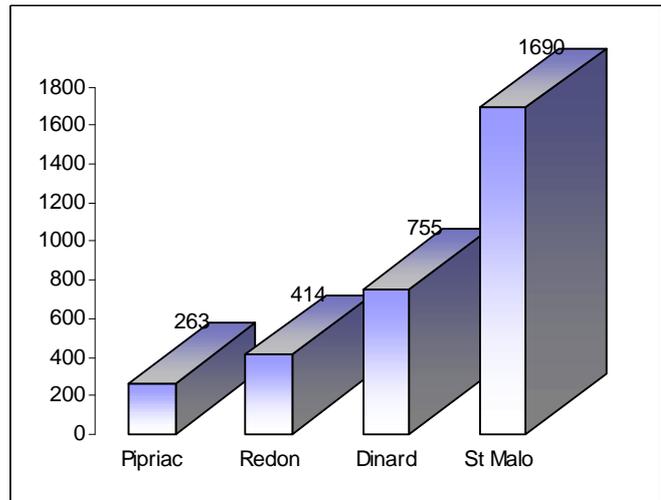
Après mise à jour du fichier il reste 17 712 femmes n'ayant pas réalisé de mammographie depuis 2 ans pour l'ensemble du département 35 et qui serviront de base à la sélection de l'échantillon

Pour les cantons de Redon, Pipriac, St Malo, et Dinard le nombre de femmes n'ayant pas réalisé de mammographie est de 3194 dont 72 bénéficiaires CMU exclues de l'étude soit 3122

<sup>53</sup> Dépistage des cancers e population en situation de précarité  
Evaluation qualitative des facteurs de participation et non participation aux dépistages Octobre 2009  
Mme M. DE SAINT JEAN Mme R. LE PAGE Mme É. QUÉMÉNEUR Dr. G. DURAND Dr. M. DENIS

### Répartition de la population de départ selon les cantons

- 1690 pour le canton de St Malo
- 755 pour le canton de Dinard
- 414 pour le canton de Redon
- 263 pour le canton de Pipriac



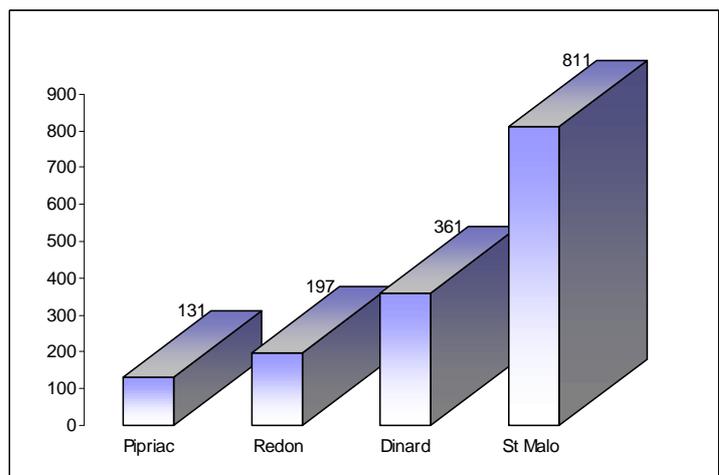
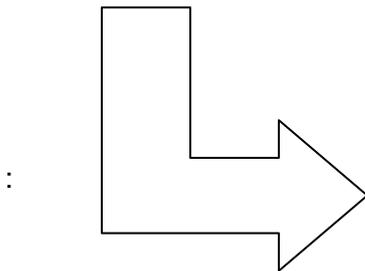
Cette population de 3122 femmes ayant un médecin traitant hors ALD et non bénéficiaires CMU pour les secteurs de Redon-Pipriac et Dinard-St Malo constitue donc la population de départ pour la réalisation de l'échantillonnage de 1500 femmes par tirage au sort

L'échantillonnage a été organisé par tirage au sort dans un objectif de se rapprocher du profil de la population des cantons sélectionnés

Ainsi l'échantillonnage est représentatif de la population étudiée en termes :

- D'âge des femmes
- Du secteur géographique

### Répartition selon les cantons de l'échantillonnage pour l'envoi du questionnaire



### 3.5. Entretiens avec les professionnels de santé

#### 3.5.1. Le choix des professionnels

Les professionnels de santé enquêtés sont issus des cantons de Pipriac / Redon et Dinard / St Malo.

Pour les médecins généralistes, l'échantillon a été constitué à partir d'une liste de médecins libéraux référencés comme médecins traitants des femmes n'ayant pas réalisé de mammographie au cours des deux dernières années.

Afin de réaliser les entretiens auprès des médecins, ceux-ci ont été contactés par téléphone leur exposant le thème de l'entretien pour une prise de rendez-vous.

N'ayant pas la possibilité de rencontrer l'ensemble des professionnels, l'interprétation des résultats ne pourra donc être généralisée. La population rencontrée représente environ 50% des professionnels contactés. (*Tableau ci-dessous*) Concernant les médecins généralistes le motif de refus était lié dans la majorité des cas à une activité surchargée.

#### Répartition des rendez vous obtenus

Professionnels santé	RDV Validé		Refus	Total
	Redon Pipriac	St Malo Dinard		
Généralistes	8	15	25	48
Gynécologues	2	1	6	9
Cabinet Radiologues	2	2		4
Total	12	18	31	61

#### 3.5.2. La méthodologie de recueil des informations <sup>54</sup>

Des entretiens individuels de type semi directif ont été conduits auprès des professionnels de santé. L'entretien en « face-à-face » avec les médecins a permis de rendre les échanges plus riches. Les thèmes abordés lors des entretiens avec les professionnels de santé ont porté sur leur positionnement par rapport au programme de dépistage organisé, son intégration dans la pratique quotidienne, les difficultés rencontrées, le rôle des supports de communication et sur les axes d'amélioration.

La présentation des éléments textuels et visuels (dépliants et plaquettes d'information..) leur a permis de réagir, d'exprimer leurs perceptions, leurs interprétations, leurs expériences.

<sup>54</sup> Grille Entretien **Annexe 6**

## Partie 4 Résultats de l'étude et recueils

### 1. Analyse des résultats des entretiens auprès des professionnels de santé

Trente entretiens avec les professionnels de santé ont été conduits et ont permis le recueil d'informations à une série de questions guides. L'exploitation des données recueillies met en évidence leur position, les freins et les attentes face au programme de dépistage du cancer du sein.

#### 1.1. Positionnement par rapport au dépistage organisé

Les professionnels de santé rencontrés sont sans exception favorables au programme de dépistage organisé du cancer du sein et convaincus de son utilité. Ils soutiennent l'idée qu'il est nécessaire d'accompagner les femmes pour la réalisation de ce dépistage.

Conscients de l'importance de la prévention, ils soulignent la possibilité de mieux faire pour accompagner les femmes à réaliser une mammographie de dépistage.

*« Il existe une marge de progression car ce n'est pas toujours abordé dans la consultation »*

*« J'avoue je me repose sur l'ADECI »*

En cas de demande de renseignements de la part des patientes ils apportent un conseil favorable à la réalisation du dépistage organisé.

*« Pour les femmes qui s'occupent d'elles c'est une démarche que l'on accompagne »*

*« Si elles abordent le sujet je favorise à ce qu'elles participent »*

*« C'est important d'en parler, de revenir à la charge »*

#### 1.2. Points de vue des professionnels sur la non participation des femmes

##### ➤ Impact des campagnes

A leur niveau ils ne connaissent pas spontanément les actions menées à l'occasion de la campagne de sensibilisation « Octobre Rose ».

Selon eux au niveau des patientes, les grandes campagnes ont permis de sensibiliser les femmes non réfractaires mais pour les femmes réticentes, l'impact leur semble faible.

La grande majorité des médecins mettent à disposition les plaquettes de l'ADECI dans la salle d'attente mais est-ce efficace ?

*« L'affiche dans la salle d'attente devient une image faisant partie des murs elle est donc vue sans être vue »*

*« On lit une fois et après on ne lit plus »*

##### ➤ Faiblesse de conviction de certaines femmes

L'intérêt du dépistage n'est pas toujours bien compris, face au cancer qui fait peur. Le dépistage est encore trop souvent considéré comme une manière d'entrevoir

l'éventualité de la maladie. Pour certaines cette peur se traduit par le refus du dépistage pour d'autres elles ne prendront pas le temps, feront preuve de négligence.

A noter cette réticence est d'autant plus importante pour les femmes des quartiers difficiles comme le quartier de La découverte à St Malo.

*« Elles viennent souvent avec leur conjoint voire ne viennent pas et sont représentées par leur époux »*

➤ Un examen embarrassant et douloureux

L'environnement de radiologie n'est pas adapté face à l'angoisse, la pudeur des femmes et le radiologue ne bénéficie pas forcément d'une confiance des femmes.

Un grand nombre de patientes n'ont pas envie de montrer leurs seins, et le cabinet de radiologie n'est pas un lieu où les femmes se sentent rassurées pour l'examen des seins face parfois à une « non prise en considération de la pudeur ».

L'examen peut être une expérience négative, être parfois perçu comme brutale par certaines femmes. En cas de douleur lors des mammographies cela peut avoir un impact négatif voir traumatisant et les femmes ne continueront pas à participer.

➤ Lassitude

Certains professionnels font état d'une lassitude ressentie par les patientes face à la multiplication des relances de prévention. Entre le colon, le col et le sein les sollicitations pour les différents dépistages sont souvent revenues

### **1.3. Les freins et les difficultés rencontrés**

L'importance de la prévention et notamment du dépistage du cancer du sein n'est plus à démontrer, cependant des difficultés se dégagent pour l'ensemble des médecins interrogés quel que soit le canton.

➤ La prévention : Sujet secondaire des consultations

Les consultations n'ont pas de caractère spécifique comme chez le spécialiste.

Ainsi les patientes viennent consulter souvent avec plusieurs motifs et il est difficile de positionner le sujet de dépistage du cancer du sein.

La consultation n'est donc jamais dédiée uniquement à la prévention et sa place dans les pratiques quotidiennes est limitée.

*« Si la patiente vient pour une bronchite nous ne parlerons pas de cancer du sein »*

*« Il est souvent difficile de rajouter le motif de la prévention en plus de ceux pour lesquels les patientes viennent consultés »*

La problématique est donc de trouver une place dans la consultation pour le dépistage du cancer du sein sachant que c'est une démarche qui demande du temps.

Le temps de prévention est un temps de parole, donc un sujet chronophage dans une consultation.

Dans ce contexte les médecins traitants ne pensent pas forcément à faire une démarche proactive par rapport au dépistage du cancer du sein.

*« Pour faire correctement l'incitation à la participation au dépistage il faut avoir le temps de parler »*

*« Je les stimule de temps en temps mais pas systématiquement donc insuffisamment »*

*« On ne va pas forcément ni penser ni avoir le temps d'aborder le sujet »*

*« J'y pense régulièrement mais ce n'est pas toujours systématique »*

Il est également à noter que la gynécologie est peu présente dans les consultations, ce qui ne favorise pas une démarche proactive sur le dépistage du cancer du sein.

*« Notre rôle est plutôt en matière de gynéco d'urgence pour le reste cela nous échappe »*

#### ➤ Une notion floue des femmes dépistées

La plupart des professionnels n'ont pas la notion des femmes qui participent, de celles qui ne participent pas.

*« Je n'ai pas d'idée concernant celles qui ne participent pas »*

Cette méconnaissance est liée à la difficulté de reporter les différents suivis prévention dans le dossier de la patiente entre le cancer du sein, le cancer du colon, la vaccination, le suivi diabétique ... La possibilité d'avoir un item sur les logiciels permettant de faire un rappel pour les dépistages est donc utilisé par une petite minorité.

S'ajoute à cette difficulté, le suivi conjoint avec le gynécologue qui n'est pas forcément connu. Le manque de coordination entre le gynécologue et le médecin traitant est un réel problème concernant le suivi gynécologique des femmes.

*« Deux personnes à s'occuper de gynéco sans coordination »*

#### ➤ Une position du médecin traitant mal définie

La question de la place du médecin traitant leur semble mal définie. Le rôle du médecin traitant est certes considéré par tous comme majeur pour favoriser la participation des femmes par contre son implication active dans le circuit du dépistage du cancer du sein reste limitée

*« Le dépistage du cancer du sein est moins abordé que celui du colon car pour ce dépistage je suis amené à remettre le kit »*

*« On a rien à faire pour le dépistage du cancer du sein »*

De plus les professionnels de santé font état de difficultés concernant le suivi des femmes si le dépistage est positif. Le traitement du cancer du sein reste cloisonné à l'hôpital.

*« Dans le cas d'un dépistage positif on sort du circuit de suivi »*

*« Certaines femmes n'en parlent pas et il peut y avoir une période de « grand blanc »*

➤ Une activité importante

Pour les médecins des deux territoires étudiés l'activité importante présente une difficulté supplémentaire. Ils sont souvent débordés manque donc de temps.

D'ailleurs au cours de cette étude les refus d'entretiens étaient liés au fait que les médecins étaient débordés.

Les raisons de cette activité n'ont pas la même explication selon les territoires.

Pour Redon Pipriac le désert médical est la raison majeure.

Pour Dinard St Malo de plus en plus de personnes ayant une résidence secondaire profitent de leur venue pour consulter et le suivi de clientèle parisienne est de plus en plus important.

➤ Spécificité pour les professionnels de Redon

La réalisation des mammographies sur l'hôpital de Redon est compliquée car un nombre important de radiologues intérimaires interviennent et de ce fait il n'y a pas de référent identifié.

Il existe également des difficultés liées à l'origine possible de la patientèle. Les femmes du département de l'Ille-et-Vilaine ne représentent qu'une partie de leur clientèle, l'autre partie provenant de la Loire Atlantique et/ ou du Morbihan.

Le pays de Redon se trouve en effet sur **trois** départements :

- Ille-et-Vilaine pour les cantons de Redon, Pipriac, Maure de Bretagne et le Grand Fougeray
- Loire Atlantique pour les cantons de Guéméné Penfao et St Nicolas de Redon
- Morbihan pour les cantons de La Gacilly et Allaire

Ces 3 origines possibles se traduisent par des documents (*formulaires, plaquettes, ordonnances..*) différents selon les départements

#### **1.4. Les attentes sur la prévention**

A partir des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé, il est possible de mettre en évidence un certain nombre d'attentes en direction des patientes et des médecins eux mêmes. Ci après l'exposé exhaustif de ces attentes selon les professionnels.

##### **1.4.1. Les attentes exprimées par les médecins à destination des patientes**

➤ Communication

Il faut indiquer des messages clés qui vont toucher les femmes et faire une information simple en utilisant un vocabulaire compris de toutes. Concernant le fond :

- ⇒ Faire une communication concrète en lien avec leur environnement local (Où - Par qui...)

- ⇒ Informer sur la thérapeutique qui fait peur et donner des informations sur le % de rémission avec des chiffres clairs.
- ⇒ Ne pas manier la peur
- ⇒ Faire passer l'information que pour certaines femmes le dépistage les a sauvées.
- ⇒ Être honnête sur le fait que cela fait parfois mal sur une courte durée
- ⇒ Intégrer des témoignages

*« Quand les femmes lisent il faut que cela leur apporte quelque chose car comme cela fait mal elles ne courent pas pour réaliser une mammographie »*

*« Sur la plaquette la partie résultats du dépistage est peut être superflue car ce n'est pas leur problème »*

➤ Invitation :

Adresser des invitations aux femmes spécifiques, personnalisées

- ⇒ Courriers en fonction des profils des patientes et évolutifs au cours du temps
  - ◆ Femmes actives
  - ◆ En fonction de l'âge
  - ◆ Pour les négligents avec un message adapté du type « Vous passez en ville prenez RDV chez le radiologue »
  - ◆ Pour celle n'ayant jamais réalisée de mammographie
  - ◆ Etudier la possibilité de faire une différenciation entre première invitation et renouvellement
- ⇒ Courrier avec une option de remise de prescription par le médecin traitant
- ⇒ Coupler les différents dépistages et faire une invitation commune

➤ Divers

- ⇒ Mettre en place des étapes santé prévention du type des étapes santé diabète
- ⇒ Sensibilisation pour les femmes qui travaillent en entreprise
- ⇒ Sensibiliser les radiologues à l'environnement de la réalisation de la mammographie (Salle froide, seins nus, attentes ...)
- ⇒ Formation des manipulateurs qui vont réaliser l'acte

#### **1.4.2. Les attentes du corps médical**

➤ Communication Formation

Renouveler les affiches plus régulièrement.

Un outil de synthèse reprenant les différents types de prévention pour eux et les patients

Dans les réunions médecins intégrer un sujet prévention mais de manière globale.

➤ Trouver une place pour la prévention

Reconnaître la prévention et décentraliser ce temps

Mettre en place une consultation dédiée au thème prévention.

➤ Suivi des données

Utiliser l'informatique pour la transmission des informations de suivi des patientes n'ayant pas réalisé de mammographies. L'envoi de listes papiers de patientes étant difficile à gérer car les noms ne sont pas retenus sur le long court.

*« Ces listes auront un impact uniquement si nous les voyons dans un délai rapproché par rapport à la réception du courrier »*

*« Recevoir une liste de patiente est une bonne initiative à condition de prendre le temps d'intégrer les données dans le dossier des patientes »*

*« La diffusion de listes est plutôt une bonne chose mais quoique car ce n'est pas la garantit d'une utilisation car nous ne l'aurons pas sous la main »*

*« Nous sommes noyés par les papiers Il faudrait nous adresser les informations sous forme informatique pour les classer dans le dossier des patientes »*

Une transmission codée permettait d'implémenter directement les dossiers patients.

Se baser sur la transmission des données entre Laboratoires d'analyses médicales et les médecins généralistes avec le logiciel Api Crypt.

Centraliser les informations comme la liste des patientes pour l'ensemble des régimes Exemple pour les régimes RSI et ENIM pas d'information alors que la patientèle de ces régimes est significative notamment pour le territoire de ST Malo-Dinard.

➤ Gestion des dépistages

Harmonisation des structures de gestion entre les différents départements

Comprendre le fonctionnement du service radiologie du CH de Redon

Les résultats de ces entretiens doivent être nuancés car il s'agit de déclarations. Comme toute enquête déclarative, celle-ci n'est pas exempte de biais. Il peut exister une différence entre ce qui est dit et ce qui est réellement fait. Elle permet cependant d'appréhender globalement les réticences des médecins généralistes, mais aussi leur intérêt pour le dépistage. La totalité des professionnels interrogés sont favorables au dépistage organisé. Cependant un grand nombre de médecins ne sont pas pro actifs dans la promotion du dépistage par manque de temps et de connaissance de la participation ou non de leurs patientes. Associé au manque de temps l'absence de rémunération spécifique est un frein important à la promotion du dépistage et il existe donc une marge de progression.

## 2. Analyse des données pour les personnes considérées comme non participantes à la campagne de dépistage du cancer du sein

### 2.1. Résultat du recueil par questionnaire

Au total 1500 questionnaires ont été adressés en direction des femmes considérées comme non participantes au dépistage organisé ou individuel selon les données de la CPAM.

#### 2.1.1. Les retours de questionnaire et son exploitation

##### ➤ Retour des questionnaires

Sur les 1500 envois :

⇒ 13 questionnaires ont été réceptionnés avec la mention de « *N'habite pas à l'adresse indiquée* » soit un taux de 0.87 %

⇒ 270 questionnaires ont été retournés soit un taux de retour de 18%.

Ce taux de réponse de 18 % est très satisfaisant pour une enquête par courrier.

En effet ce type d'administration du questionnaire présente l'avantage de la simplicité de mise en place mais les taux de retour peuvent être très faibles (pas plus de 5 % dans certains cas). Le taux de retour enregistré pour Redon Pipriac est un peu plus faible avec 47 questionnaires contre 221 pour Dinard St Malo soit respectivement un taux de retour de 14.33% et 18.85%.

Sur les 270 questionnaires réceptionnés, 42 personnes ont inscrit sur le questionnaire un numéro de téléphone permettant de les joindre pour valider leur participation à un groupe de discussion sur « *Comment mieux informer les femmes sur le dépistage du cancer du sein* » soit un taux d'accord de 15.55% par rapport aux questionnaires reçus.

##### ➤ Exploitation des questionnaires

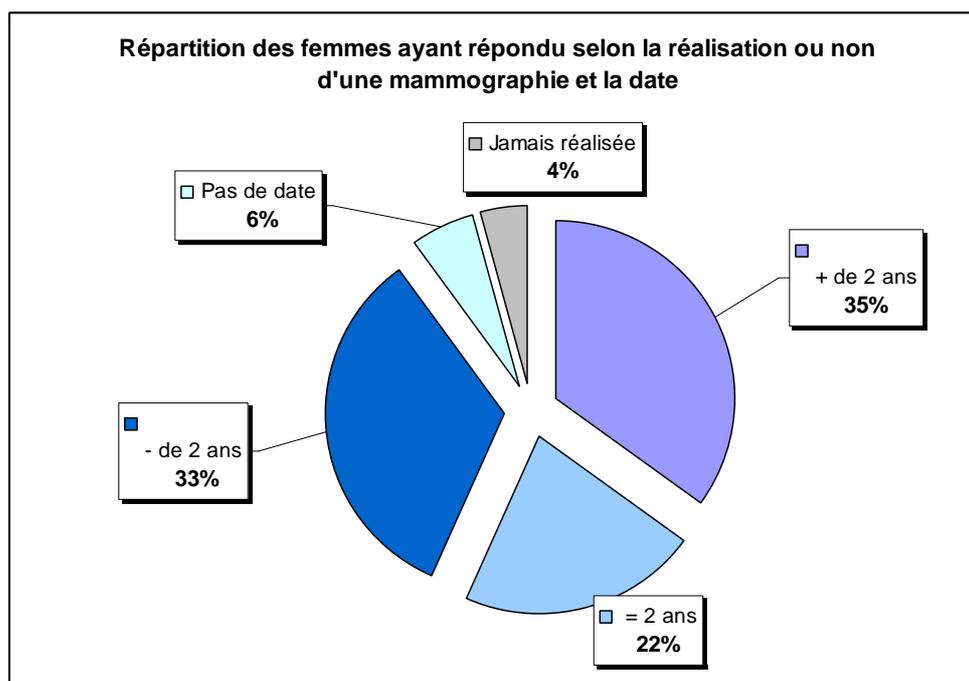
Il n'a pas été possible d'exploiter la totalité des questionnaires reçus. Dans un premier temps 9 questionnaires ont été écartés du fait d'un manque d'information sur la commune.

Ont été également exclus de l'analyse, les questionnaires sans mention de la date de dernière mammographie réalisée (n=15) et toutes les femmes déclarant avoir bénéficié d'une mammographie depuis moins de deux ans ou datée de 2 ans (n=143). (*Tableau 1 Graphe 1*) Le nombre de questionnaires compatible pour les analyses de l'enquête est donc de 102/270 soit 38% des répondants.

**Tableau 1**

Répartition selon la date des femmes selon la date de réalisation ou non d'une mammographie				
+ de 2 ans	= 2 ans	- de 2 ans	Pas de date	Jamais réalisée
91	56	87	15	11

**Graphe 1**



➤ Limites d'exploitation

Il faut noter l'existence de biais dans cette enquête. Le premier est le biais de non-réponse qui a vraisemblablement exclu les femmes les moins intéressées par le dépistage. Le second est inhérent à toute étude déclarative par auto questionnaire qui conduit à une surdéclaration de la pratique de dépistage. On notera d'ailleurs un taux élevé de femmes ayant répondu avoir effectué une mammo dans les deux ans (22% Graphe 1) et qui non pas répondu à la question sur les motifs de non adhésion. C' est pourquoi les questionnaires de ces femmes ont été exclus de l'analyse.

Il est également important de souligner le taux de 33 % de femmes ayant réalisé une mammo depuis moins de deux ans ce qui pose la question des imperfections de la base de données.

**2.1.2. Description de la population considérée comme n'ayant pas réalisé de mammographie depuis au moins 2 ans**

Compte tenu des biais, l'analyse du questionnaire ne permet pas une comparaison des résultats entre les territoires et ne peut conduire à une comparaison avec une population de femmes participantes au programme de dépistage. En conséquence les résultats exposés ci après sont une description des informations recueillies.

➤ Répartition des questionnaires exploitables selon les territoires

Sur les 101 questionnaires exploitables 18 sont de provenance de Redon-Pipriac et 83 de St Malo Dinard. Au regard de la proportion d'envois de questionnaire (N= 328 pour Redon Pipriac et 1172 pour St Malo Dinard) le taux de retour est de 5.5% pour Redon-Pipriac et 7.1% pour St Malo Dinard.

➤ Age

La répartition des retours selon les classes d'âge est retrouvée selon les proportions de la population de départ. (Annexe 7 Tableau 1)

➤ Situation

La question type posée sur la situation socio démographique n'apporte pas d'éclairage au regard de la population étudiée. En effet la tranche d'âge des 52 à 74 ans implique majoritairement une situation de retraité. Pour avoir du sens, il aurait fallu poser la question différemment comme en s'intéressant par exemple à la dernière activité. (Annexe 7)

➤ Recours et accès aux soins

Pour les deux territoires étudiés, les résultats ne montrent pas un moindre recours aux soins. Les femmes ont un suivi régulier chez leur médecin généraliste et possèdent majoritairement une complémentaire santé

Le renoncement pour raisons financières est cité dans environ 10% des cas ce qui montre que l'information de prise en charge à 100% sans avance de frais n'est pas intégré par la totalité des femmes ciblées par le dépistage organisé.

	Dinard-St Malo	Redon-Pipriac
Suivi régulier par un médecin généraliste	91,57%	100,00%
Suivi régulier par un gynécologue	25,30%	38,89%
Suivi médical depuis moins de 12 mois	89,16%	94,44%
Bilan de santé effectué dans les 5 dernières années	30,12%	50,00%
Bénéficie d'une mutuelle complémentaire santé	92,77%	100,00%
Problème financier	10,84%	11,11%

**Lecture du tableau**

Plusieurs questions fermées amenant à une réponse « oui » ou « non » étaient posées dans le questionnaire concernant la thématique d'accès aux soins. Le tableau ci après présente l'exploitation de la réponse « oui » pour les différentes questions.

➤ Connaissance de la campagne

Le dépistage ne souffre pas d'un déficit d'information puisque plus de 90 % des femmes connaissent son existence quelque soit le territoire.

	Dinard-St Malo	Redon-Pipriac
Connaissance Campagne	91,57%	100,00%

➤ Principaux modes de connaissance de la campagne de dépistage organisé.

Les principaux modes de connaissance de la campagne de dépistage sont la lettre d'invitation, le médecin (Généralistes + Gynécologues), et les médias. La lettre d'invitation étant le mode majeur de sensibilisation.

	Redon-Pipriac		Dinard-St Malo		Population total des répondants	
Lettre d'invitation au dépistage	13	72,22%	61	73,49%	74	73,27%
Médecin généraliste	6	33,33%	20	24,10%	26	25,74%
Médias	3	16,67%	17	20,48%	20	19,80%
Gynécologues	3	16,67%	16	19,28%	19	18,81%
Caisse d'assurance maladie	3	16,67%	10	12,05%	13	12,87%
Entourage	1	5,56%	4	4,82%	5	4,95%
Autres (précisez)			1	1,20%	1	0,99%
Total	29		129		158	

**Remarque: Il était possible de donner plusieurs réponses à cette question**

➤ Opinions des femmes sur la mammographie

Les femmes sont nombreuses à penser que la mammographie est utile.

Son caractère embarrassant à effectuer est retrouvé dans les deux groupes

	Redon-Pipriac		Dinard-St Malo		Population total des répondants	
Utile pour votre santé	14	77,78%	58	69,88%	72	71,29%
Embarrassant à passer	3	16,67%	17	20,48%	20	19,80%
Douloureux			19	22,89%	19	18,81%
Autres (précisez)	2	11,11%	2	2,41%	4	3,96%

**Remarque: Il était possible de donner plusieurs réponses à cette question**

➤ Accessibilité au cabinet de radiologie

Alors que l'accessibilité est souvent présentée comme un facteur de non participation, pour la grande majorité des répondants, l'accessibilité au cabinet de radiologie n'est pas évoquée comme étant une difficulté pouvant amener au renoncement à passer une mammographie.

	Redon-Pipriac	Dinard-St Malo	Population globale
Non	17	75	92
Oui	1	5	6
Sans Réponse		3	3
Total	18	83	101

### 2.1.3. Les motifs déclarés de non adhésion

Les principales raisons évoquées étaient plutôt d'ordre personnel (négligence, être en bonne santé, penser ne pas en avoir besoin, la peur du résultat et de l'examen...).

	Redon-Pipriac		Dinard-St Malo		Population total des répondants	
Autre (précisez)	7	38,89%	37	44,58%	44	43,56%
Je suis en bonne santé, je n'ai aucun motif	5	27,78%	20	24,10%	25	24,75%
J'ai peur des résultats			10	12,05%	10	9,90%
J'ai peur de l'examen	1	5,56%	5	6,02%	6	5,94%
(vide)	3	16,67%	3	3,61%	6	5,94%
Je suis trop âgée	1	5,56%	4	4,82%	5	4,95%
Mon médecin ne m'en a pas parlé			3	3,61%	3	2,97%
Je ne suis pas convaincue de le faire	1	5,56%	1	1,20%	2	1,98%
Total	18		83		101	

**Remarque: Pour cette question une seule réponse était possible**

⇒ Réponses associées à la catégorie autre

	Redon-Pipriac	Dinard-St Malo	Population globale
Négligence	1	16	17
Déménagement	3	4	7
Oubli	2	5	7
Pas reçu de convocation		3	3
Autre problème de santé		2	2
Examens = Torture		2	2
Manque de temps	1	1	2
Tous les 3 ans je passe une mammo		2	2
Avoir les mains libres	1		1
Examen complémentaire à chaque fois => trop de stress		1	1
J' y pense mai plus tard		1	1
Pas envi		1	1

## 2.2. Résultat du recueil des tables rondes

Toutes les personnes ayant laissé leur numéro de téléphone, soit 42 femmes, ont été contactées. La prise de contact téléphonique a visé à valider la participation au groupe de discussion. Le contact a été effectif pour 30 femmes sur 42. Pour 12 d'entre elles les dates proposées ne convenaient pas.

Deux réunions ont donc été programmées sur St Malo les 31 Mai et 1er juin avec le soutien de Floriane Mercier animatrice territoriale en santé pour le pays de St Malo. La réunion prévue le 27 mai sur Redon a du être reprogrammée. A ce jour la nouvelle date n'est pas connue. Cette réunion sera également menée avec Marjorie Chanlot, animatrice territoriale en santé du pays de Redon

### 2.2.1. Echanges sur le dépistage

#### 2.2.1.1. Motifs de non participation

Les réunions ont permis un échange sur le dépistage, notamment sur les motifs de non participation. Les motifs relevés sont en lien avec :

➤ La perception individuelle du risque de cancer

Ne pas se sentir concerné : « *Cela n'arrive qu'aux autres* »

La peur du résultat : « *Pas vu pas pris* »

➤ Le caractère embarrassant et angoissant de l'examen

En effet pour les femmes, la salle de mammographie représente un lieu particulier, impressionnant et stressant notamment pendant le moment d'attente.

Face à un examen désagréable la relation avec le corps médical nécessite une certaine délicatesse.

Associé au coté non agréable, la pudeur est un élément important à prendre en considération qui selon les femmes augmentent avec l'âge.

« *On a de moins en moins envie de montrer son corps* »

A l'issue de la mammographie il peut y avoir un examen complémentaire notamment une échographie (qui semble être demandée de plus en plus fréquemment) ce qui ajoute un stress supplémentaire.

En cas d'expérience difficile lors de l'examen ou de demande d'examen complémentaire mal expliqué, cela peut conduire à l'abandon ce qui est préjudiciable à l'efficacité du programme de dépistage.

➤ L'intérêt de l'examen en fonction de l'âge

Après un certain âge, les femmes ne se sentent plus forcément concernées par rapport à la durée de vie restante.

*« Est ce toujours nécessaire en fonction de l'âge »*

➤ La négligence

Ce motif de non participation qui était cité majoritairement dans le questionnaire a également été abordé lors de réunions. Les femmes ne se précipitent pas forcément pour réaliser cet examen pour lequel il faut s'organiser, trouver le temps. Au final sans être défavorable à la réalisation d'une mammographie elles finiront par ne plus y penser, oublier. En plus de ces différents points abordés, les femmes ont le sentiment d'être souvent sollicités et finissent parfois par en avoir un peu marre.

### **2.2.1.2. La qualité et le contenu des supports**

Comme pour les professionnels de santé la sensibilisation « Octobre Rose » n'est pas connue des femmes.

Le grand nombre de brochures, publications ne leur semble pas efficace, elles pensent qu'il faut préférer les spots TV, radio plutôt que trop de publications qui sont jetées.

Concernant les documents spécifiques de l'Ille-et-Vilaine, les affiches dans les cabinets n'ont pas attirés leur attention. Elles trouvent également que le format 3 volets de la plaquette est un peu long et ne se retrouvent pas dans les photos.

La communication sur le thème du dépistage utilise un langage trop médical qui n'est pas toujours compréhensible. Enfin elles ont souligné :

L'importance d'enlever la peur en trouvant des formulations adéquates

De dire la vérité notamment sur l'examen qui n'est pas « marrant », qui peut être douloureux

De mettre en avant la gratuité de l'examen

### **2.2.1.3. Le discours médical et son impact**

Pour les femmes le médecin a un rôle majeur dans l'accompagnement au dépistage mais ne relancent pas forcément.

*« Les médecins jouent ils leur rôle de prévention ? Certains relancent d'autres pas »*

Les consultations sont trop rapides et les femmes ont l'impression qu'ils n'écoutent pas toujours.

*« C'est du chronomètre, ils sont pressés. On les sent ailleurs »*

Pendant la période de contraception les femmes se déclarent mieux suivies, alors qu'après la ménopause le suivi gynéco devient moins important.

Coté radiologue son rôle est également important pour apporter de explications et le bon déroulement de l'examen. Trop souvent l'examen est « manipulateur dépendant » et cela aura pour conséquence d'être plus ou moins bien vécu.

Une spécificité a été soulevée sur St Malo concernant le coût d'archivage de 3 € des dossiers demandé par le cabinet de radiologie. Ce point soulève question notamment si un examen complémentaire doit être réalisé. En effet si ce montant n'est pas réclamé pour l'examen de la mammographie il semble l'être pour l'échographie.

## **2.2.2. Propositions émises sur le dépistage**

Des pistes ont été soulevées par les femmes présentes lors des réunions. Ci après la retranscription des différentes propositions à destination de la population cible et des professionnels de santé.

### **2.2.2.1. Propositions du groupe à destination des femmes**

#### ➤ Invitation

Adresser des invitations personnalisées notamment pour les relances. Faire apparaître sur ce courrier un visuel par rapport au niveau de la relance

*Exemple : Selon le niveau de relance indiquer le niveau par des feux tricolores*

*Invitation = Feu vert Relance 1 = Feu Orange Relance 2 = Feu rouge*

Un engagement avec coupon réponse pourrait il être envisageable ?

Face aux nombreuses sollicitations faire une invitation groupée Colon Sein

#### ➤ Support et Communication

Pour les femmes, certains messages sont important à mettre en avant tels que :

⇒ Expliquer le caractère important d'être un grand nombre à se faire dépister

*« TOUTES ENSEMBLE FAISONS RECULER LA MORTALITE PAR CANCER DU SEIN »*

⇒ Donner des informations pratiques

*Parcours du dépistage : Souligner que la mammographie peut être réalisée sur l'ensemble du territoire*

*Gratuité de l'examen*

⇒ Présenter des statistiques sur la guérison

⇒ Donner des explications pour encourager

*La maladie ne se voit pas forcément => pourquoi attendre une grosseur*

*A toute age il est mieux de vivre en bonne santé.....*

⇒ Mettre l'accent sur le fait que c'est une grande chance de pouvoir bénéficier d'un DO

⇒ Utiliser des termes à connotation forte.

*« Exemple sur la brochure de l'ADECI 35 préférer recommander - nécessaire plutôt que conseiller »*

Afin de prendre en considération les attentes et le ressenti des femmes l'élaboration des documents pourrait être réalisée avec des femmes et des professionnels tels que des psychologues pour plus d'impact.

Par rapport à la masse de documents, un document commun avec les logos des différents partenaires serait préférable.

Etudier la possibilité de mettre un numéro de téléphone sur les plaquettes adressées avec les invitations. Ce numéro pourrait être joint pour toutes questions relatives au dépistage.

#### ➤ Divers

Le document « Ma Lettre » n'est pas forcément lu. Ainsi préférer le relevé de compte pour publier des « flashs infos » ciblés selon les tranches d'âge. (Etapas santé – Dépistage...)

Pour les utilisateurs du site Ameli intégrer des alertes pour information et relance

Organiser des réunions dans différents lieux comme :

Des résidences, îlots d'immeuble, bibliothèque des petits villages, lieu de travail...

En s'appuyant sur des associations, des groupes de femmes déjà existants.

Relayer les campagnes de sensibilisation dans les journaux des communes.

Relancer les femmes par téléphone et proposer les N° des radiologues (Au départ l'idée était de leur proposer un RDV)

Rappeler les femmes qui n'ont jamais réalisés de mammographies par des femmes appartenant à une association.

Le moment de la maternité pourrait être un moment possible pour informer les femmes sur le parcours prévention.

*« Elles deviennent mères et se doivent d'être présente le plus longtemps possible pour leur enfant »*

#### **2.2.2.2. Proposition à destination des professionnels de santé**

##### ➤ Rôle du médecin

Redonner une place aux MG dans le suivi gynéco

Sensibiliser les femmes sur le fait que leur médecin traitant peut faire le suivi gynécologique (Contraception Ménopause – Prévention)

*« C'est le premier professionnel de santé le plus accessible »*

Le médecin devrait plus inciter et avoir un fichier de suivi comme par exemple une grille informatique à remplir pour suivre les actions de prévention.

##### ➤ Suivi prévention

Mettre à disposition un bilan prévention à réaliser dans les salles d'attente via un questionnaire.

*« Réaliser un questionnaire à laisser dans les salles d'attente pour faire un bilan de ce que nous avons réalisé comme actions de prévention »*

En parallèle de ce questionnaire mettre dans les salles d'attentes un panneau ou une affiche récapitulative reprenant toutes les étapes prévention au cours de la vie

➤ Attentes vis-à-vis des radiologues

Mettre en œuvre des formations en « communication – psychologie » pour les personnels qui reçoivent les femmes

Créer un climat d'attente plus agréable respectant la pudeur des femmes lors de l'examen de mammographie

➤ Implication et rôle du pharmacien

Le pharmacien pourrait être plus impliqué dans l'information sur la prévention en général et être un relais de l'information.

Mise à disposition de plaquettes de synthèse à distribuer aux usagers reprenant les affiches des cabinets sur les actions de prévention selon l'âge.

Au moment des campagnes de sensibilisation, relayer l'information par des pancartes destinées aux vitrines des pharmacies.

## Partie 5 Perspectives

Les éléments obtenus lors de cette enquête, ne permettent pas de répondre à la question de départ sur la moindre participation des femmes des territoires de Redon-Pipriac et St Malo-Dinard. En effet, des spécificités liées à ces territoires n'ont pu être mises en évidence ceci s'expliquant par les contraintes rencontrées et les biais exposés.

Cependant la mise en parallèle des entretiens avec les professionnels de santé, des réunions de femmes et du questionnaire a permis de faire émerger différents motifs contribuant à la non participation, et d'engager d'ores et déjà des axes de réflexions quant aux améliorations possibles.

### 1. Les pistes d'action

Les tableaux présentés ci après font état de propositions en terme d'actions et de communication à partir de l'analyse des difficultés et des obstacles ressentis par la population cible, ainsi que du ressenti des professionnels de santé.

#### 1.1. Les pistes d'action en direction des professionnels de santé

L'objectif des actions auprès des radiologues vise à prendre en considération le caractère embarrassant et douloureux de l'examen afin d'éviter un abandon des femmes. Concernant l'enquête par questionnaire menée lors de l'étude, il est important de souligner que seulement 11 femmes sur 270 n'ont jamais réalisé de mammographie (soit 4%). Ce faible taux conforte le phénomène d'abandon et renforce l'idée de la nécessité de **fidéliser les femmes au programme de dépistage**.

<b>ACTION</b> <b>Formation Radiologues</b>		
<b>Objectif visé</b>	<b>Public ciblé</b>	<b>Contenu de l'action</b>
<b>FIDELISER LA PARTICIPATION DES FEMMES</b> Un examen non « manipulateur dépendant » Un examen humanisé prenant en considération : * Le caractère embarrassant et angoissant ( Renforcé par un potentiel examen complémentaire) * La pudeur (qui augment avec l'age).	Radiologues Manipulateurs	<b>FORMATION BONNES PRATIQUES</b> Formations en « communication – psychologie » pour les personnels qui reçoivent les femmes  Sensibiliser les radiologues à l'environnement de la réalisation de la mammographie (Salle froide, seins nus, attentes ...) Créer un climat d'attente plus agréable respectant la pudeur des femmes

Les résultats des entretiens et des focus groupes montrent que les actions menées lors des campagnes nationales ne sont pas forcément connues. **Le relais de l'information**, sous forme orale ou écrite peut passer par **les pharmacies** afin de toucher des territoires autres que les grandes villes.

ACTION Rôle du pharmacien et Implication		
Objectif visé	Public ciblé	Contenu de l'action
<b>POTENTIALISER LES EFFORTS DE COMMUNICATION</b> Impliquer le pharmacien dans l'information sur la prévention en général et être un relais de l'information.	Pharmaciens	Au moment des campagnes de sensibilisation, relayer l'information par des pancartes destinées aux vitrines des pharmacies Mise à disposition de plaquettes de synthèse à distribuer aux usagers. Ces plaquettes pourraient reprendre les affiches des cabinets sur les actions de prévention selon l'âge. Relai de l'information par les DAM sur des pharmacies ciblées
	Pharmaciens ciblés * Milieu rural * Zones en déficit de participation	Relai de l'information pour plus d'impact par les DAM sur des pharmacies ciblées

Les médecins en tant que médiateurs privilégiés de l'information délivrée aux femmes ont un rôle majeur. Le problème du manque de temps nécessite d'imaginer des **temps privilégiés de prévention**. Une réflexion sur le **mode de rémunération** (forfaitisation, salariat), **la place de la gynécologie** semble le corollaire à la mobilisation des médecins.

ACTION Implication du médecin traitant Niveau national		
Objectif visé	Public ciblé	Contenu de l'action
<b>DONNER PLUS DE PLACE A LA PREVENTION</b>	Médecins traitants	Reconnaître la prévention et décentraliser ce temps Etudier la possibilité d'envoi d'une invitation à une consultation dédiée prévention prise en charge par CPAM sans avance de frais
<b>REDONNER UNE PLACE A LA GYNECO</b> Assurer un meilleur suivi ( De la contraception à l'après ménopause)	Médecins traitants	Formation des medecins à la gynéco Sensibiliser les femmes sur le fait que leur médecin traitant peut faire le suivi gynécologique (Contraception Ménopause – Prévention)

La **formation médicale initiale et continue** est à améliorer dans le domaine de la prévention car se limitant souvent à certains domaines.

Les salles d'attente disposent très souvent d'affiches de brochures. **Ces supports de communication** finissent par être trop nombreux limitant leur impact.

L'utilisation de **l'outil informatique** dans l'activité de prévention est particulièrement judicieuse. Il peut s'agir de « **rappels** » dans des logiciels traditionnels qui semblent un moyen efficace pour inciter le médecin à une démarche pro active.

Implication du médecin traitant Niveau local		
<p><b>FORMATION INFORMATION</b> Augmenter l'impact de l'information en salle attente Maintenir une sensibilisation des médecins</p>	<p>Médecins traitants Population cible</p>	<p>Renouveler les affiches pour plus d' impact . Mise à disposition d'affiches récapitulatives sur les étapes prévention Un outil de synthèse reprenant les différents types de prévention pour eux et les patients Intégrer sujet de prévention mais de manière globale dans les réunions FMC Présence de stand Assurance maladie dans les congrès tenus par les DAM Information sous forme de stand dans des lieux publics comme Hall Hopital</p>
<p><b>IDENTIFIER LES FEMMES NON PARTICIPANTES</b> Relancer les femmes non participantes Motiver et apporter des explications selon les profils : * celles qui ont peur du résultat * celles qui ne voient plus l' intérêt par rapport à leur age * celles qui oublient qui font preuve de négligence</p>	<p>Médecins traitants</p>	<p>Sensibiliser les médecins à la mise en place d' alerte informatique Mise en place d'un fichier de suivi comme une grille informatique à remplir pour suivre les actions de prévention.</p> <p>Centraliser les listes des patientes pour l'ensemble des régimes</p> <p>Etudier l'envoi de liste via un logiciel de cryptage Open PGP</p> <p>Transmission codée des liste de patientes permettait d'implémenter directement les dossiers patients. Se baser le logiciel Api Crypt utilisé par les Laboratoires Analyses.</p>

## 1.2. Les pistes d'action en direction de la population cible

Les grandes campagnes, les médias permettent d'atteindre une population large. L'intérêt d'associer des actions d'**informations ciblées** en parallèle de ces programmes est de potentialiser ces efforts de communication.

De plus devant une diffusion d'information trop importante, il s'agit d'intégrer le dépistage dans **une dynamique plus globale**.

ACTION Promotion du dépistage		
Objectif visé	Public ciblé	Contenu de l'action
<p><b>POTENTIALISER LES EFFORTS DE COMMUNICATION</b> Utiliser différents canaux d'Information en adéquation à la population ciblée.</p>	<p>Population cible du dépistage Femmes de 50 à 74 Ans</p>	<p>Publication de « flashs infos » ciblés selon les tranches d'âge. (Etapas santé – Dépistage...) sur relevé Assurance maladie et Assurance complémentaire Pour les utilisateurs du site Ameli intégrer des alertes pour information et relance</p>
		<p>Organiser de réunions en s'appuyant sur des associations, des groupes de femmes existants (Résidences, îlots d'immeuble, lieu de travail ...) Réunion ciblée selon les résultats des territoires auprès de CE d'entreprises sur la base des réunions proposées par le comité féminin 35</p>
		<p>Relayer les campagnes de sensibilisation dans les journaux des communes.</p>
		<p>Relancer les femmes par téléphone Rappeler les femmes qui n'ont jamais réalisées de mammos par des femmes appartenant à une association</p>
		<p>Mettre à disposition un bilan prévention à réaliser dans les salles d'attente via un questionnaire. En parallèle de ce questionnaire mettre dans les salles d'attentes un panneau ou une affiche récapitulative reprenant toutes les étapes prévention au cours de la vie</p>
		<p>Le moment de la maternité pourrait être un moment possible pour informer les femmes sur le parcours prévention.</p>

La **lettre d'invitation** et de rappel au programme de dépistage sont identifiées par l'ensemble des personnes interrogées. **En fonction du profil**, il pourrait être intéressant d'**adapter cet outil** pour augmenter son impact, améliorer l'identification de la structure de gestion.

La possible lassitude des personnes vis-à-vis des campagnes amène à la question d'un regroupement possible des invitations aux programmes de dépistage.

<b>ACTION</b> <b>Optimisation de l' Invitation et des relances</b>		
<b>Objectif visé</b>	<b>Public ciblé</b>	<b>Contenu de l'action</b>
<p><b>RENFORCER L'IMPACT DE L'INVITATION ET DES RELANCES</b> premier mode de connaissance de la campagne</p>	<p>Population cible du dépistage Femmes de 50 à 74 Ans</p>	<p>Adresser des invitations aux femmes spécifiques, personnalisées notamment pour les relances Présentation conjointe ADECI Assurance maladie pour femmes entrant dans la programme Courriers en fonction des profils des patientes et évolutifs au cours du temps Courrier avec une option de remise de prescription par le médecin traitant Un engagement avec coupon réponse pourrait il être envisageable ?</p>
<p><b>OPTIMISER L'INVITATION</b> Eviter le phénomène de lassitude</p>		<p>Face aux nombreuses sollicitations, coupler les différents dépistages et faire une invitation commune groupée Colon Sein</p>

### **1.3. Les éléments à considérer pour une communication adaptée aux ressentis des femmes**

La stratégie de communication pour favoriser la participation au programme de dépistage doit prendre en considération un certain nombre d'attentes.

Les attentes en matière de communication exprimées à la fois par la population cible et les professionnels de santé ont été regroupées dans le tableau ci après.

Il est important d'en tenir compte pour renouveler et adapter régulièrement les messages d'incitation à la participation au dépistage

ACTION Support et Communication			
Objectif visé	Public ciblé	Contenu de l'action	Exemple
<p><b>REpondre aux attentes ressenties des femmes</b> <b>Messages clés</b></p>	<p>Population cible des femmes de 50 à 74 ans</p>	<p>Ne pas utiliser un langage trop médical mais un vocabulaire compris de toutes</p> <p>Communication concrète sur le parcours du dépistage en lien avec leur environnement local (Où - Par qui...) Mettre en avant la gratuité de l'examen Souligner que la mammographie peut être réalisée sur l'ensemble du territoire</p> <p>Expliquer le caractère important d'être un grand nombre à se faire dépister en présentant l'objectif</p> <p>Informé sur la thérapeutique -Présenter des statistiques sur la guérison Ne pas manier la peur - Trouver des formulations adéquates Mettre l'accent sur le fait que c'est une grande chance de pouvoir bénéficier d'un DO Etre honnête notamment sur l'examen qui n'est pas marrant, qui peut être douloureux</p>	<p>Présentation de l'objectif de la campagne La campagne vise à réduire la mortalité par cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans. L'atteinte de cet objectif est conditionnée par un taux de participation qui doit à terme être supérieur à 70 %.</p> <p>« TOUTES ENSEMBLE FAISONS RECULER LA MORTALITE PAR CANCER DU SEIN »</p> 
<p><b>SUPPORT</b></p>		<p>Préférer les spots TV, radio plutôt que trop de publication qui sont jetées. Editer un document commun avec les logos des différents partenaires Elaboration des documents avec des femmes et des professionnels tels que des psychologues pour prendre en considération les attentes et le ressenti des femmes. Etudier la possibilité de mettre un N° de tel a appelé en cas de question sur les plaquettes adressées avec les invitations.</p>	

## Conclusion

L'objectif de cette étude était de comprendre les raisons d'une participation plus faible sur les territoires de Redon - Pipriac et Dinard - St Malo.

Cette question des résistances au dépistage est complexe et une réponse spécifique n'a pu être apportée pour les zones géographiques étudiées. Cependant cette étude a d'ores et déjà mobilisé des acteurs sur ces deux territoires.

En effet la réunion avec les femmes sur St Malo réalisée en collaboration avec F. Mercier, animatrice territoriale, fera l'objet d'une publication dans le journal « *Malo Magazine* » sous le titre : « *Dépistage organisé du cancer du sein - La caisse se mobilise* »<sup>55</sup>

Sur le territoire de Redon, l'hôpital ayant acquis un mammographe numérique, l'inauguration programmée pour le 9 juin prochain se fera avec la participation des différents acteurs impliqués dans le dépistage et le soutien de Marjorie Chanlot, animatrice territoriale, pour le relais de la communication.

L'analyse des obstacles à la participation sur ces territoires conduit cependant à la possibilité de mettre en place des actions pour l'ensemble du département, ou pour tout territoire en déficit de participation.

Ces actions pourront se faire en s'appuyant sur les programmes et structures existantes, en mobilisant les personnes ressources vis-à-vis du dépistage au niveau du département. La structure de gestion doit avoir un rôle central de coordination entre les différents acteurs. Cette coordination est indispensable pour définir des priorités à mettre en œuvre selon les résultats des campagnes.

Cette étude pose également la question de la place de la prévention. L'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la prévention dans nos politiques de santé est donc un enjeu pour le pôle en prévention et promotion de la santé créée au sein des nouvelles Agences Régionales de Santé.

---

<sup>55</sup> Communiqué de presse **Annexe 9**

---

## Bibliographie

---

### Textes juridiques

▷ Loi n°2004-806 du 9 août relative à la santé publique (JO 11 août)

### Ouvrages et Manuels

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

▷ **Incidence du cancer du sein en France et dans les pays développés** : Jacques ESTEVE La Presse médicale (1983) 36:22, 315-321, Masson, 2007

### Rapports, Etudes et Mémoires

▷ **Rapport INVS** : Dépistage organisé du cancer du sein Évaluation épidémiologique Année 2005

▷ **Plan Cancer 2009-2013** : 5 Axes, 30 Mesures et 118 Actions Novembre 2009

▷ **Rapport d'activité 2009** : Association pour le Dépistage des cancers en Ille et Vilaine, Dr ..... Médecin Coordinateur

▷ **Rapport du Haut Comité de la Santé Publique** : « Les inégalités de santé en France, 2002 »

▷ **Rapport du Pr Grünfeld** : Recommandations pour un plan cancer 2009-2013 « Pour un nouvel élan »

▷ **Rapport IGAS** « Evaluation des mesures du plan cancer 2003-2007 relatives au dépistage et à l'organisation des soins » F. BAS-THERON, B. GRESY V. GUILLERMO, L. CHAMBAUD

▷ **Rapport N°1678 Assemblée Nationale** juin 2004 sur les résultats du dépistage du cancer du sein M.BERNIER, Député

### Revue et Articles

▷ **Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000** » B. Trétarre, AV Guizard, D.Fontaine, les membres du réseau Francim et le CépiDc-Inserm. 2004. BEH. 44 :209-210

▷ **Estimation de l'impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein.** Contexte, méthodologie et faisabilité .Eilstein D, Uhry Z, Ancelle-Park R, et al. Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice. Mars 2007, 102p.

▷ **Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ?** InVS/INCa. Septembre 2006. 9p. Disponible sur le site Internet de l'Inca : [http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/point\\_depistage\\_sein\\_invs\\_inca\\_201006.pdf](http://www.e-cancer.fr/v1/fichiers/public/point_depistage_sein_invs_inca_201006.pdf)

▷ **Pratique et organisation des soins volume 38 N°4 octobre – décembre 2007 « Dépistage radiologique du cancer du sein (Synthèse)** » F Colonna

▷ **Effect of Screening and Adjuvant Therapy on Mortality from Breast Cancer**\_ Berry DA et al. New England journal of medicine Volume 353:1784-1792

- ▷ **Pratique de dépistage des cancers féminins en France** : Analyse de l'enquête décennale santé 2003. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J.- Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice. Poster n°40 - Journées scientifiques 2008.
- ▷ **Programme de dépistage du cancer du sein en France** : résultats 2006\_Gorza M, Salines E, Danzon A, Bloch J.. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, septembre 2009, 8 p
- ▷ La revue du Praticien, « **Monographie sur les inégalités sociales de santé** », Tome 54, N°20, 31 décembre 2004.
- ▷ **Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein.**\_ Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Bull Epidemiol Hebd 2008;44: 429-31
- ▷ **Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins (sein et col utérin) en France ?** Analyse de l'enquête décennale santé 2003 de l'Insee. Rev Epidemiol Santé publique (article accepté le 03/07/2008). Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J.
- ▷ **Les logiques de la participation (ou non) au dépistage organisé du cancer du sein en milieu rural** : une enquête dans les départements de l'Orne et du Calvados. Mémoire de master de santé publique professionnel gestion des services et programmes sanitaires et sociaux Paris XI, VI, VII, 20 septembre 2005. Pellissier-Fall A.
- ▷ **Dépistage organisé du cancer du sein. Numéro thématique. Bull Epidemiol Hebd 2003;4.**
  - Ancelle-Park R. Implications du nouveau cahier des charges pour les indicateurs d'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein. Bull Epidemiol Hebd 2003; 4:16.
  - Bertolotto F, Joubert M, Leroux M, Ruspoli S, Ancelle-Park R, Jestin C, et al. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. Bull Epidemiol Hebd 2003; 4:24-25.
- ▷ **La communication pour le dépistage organisé du cancer du sein : avis de femmes.** Bull Epidemiol Hebd 2003; 4:27-28. Sancho-Garnier H, Maignien M, Mergier A et le groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer.
- ▷ **Le programme d'Assurance qualité du dépistage organisé du cancer du sein** : évolution des indicateurs. Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé. Paris, 2003, pp.86-87. Ancelle-Park R, Nicolau J, Paty AC.
- ▷ **Pratiques de la mammographie chez les femmes de 35-75 ans** : étude descriptive dans la population consultant les centres d'examen de santé. Bull cancer 2002, 89 (11), pp. 957-962. Spyckerelle Y. Kuntz C. Giordanella JP. Ancelle Park R
- ▷ **Recommandations pour l'Union européenne pour le dépistage des cancers.** ADSP 2001.34:72-77. Ancelle-Park R, Sancho Garnier H, Faivre J.

### **Ressources Sites Internet**

- ▷ <http://www.legifrance.com/>
- ▷ Ministère de la Santé: [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- ▷ Institut National du Cancer (INCa): [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
- ▷ Haute Autorité de Santé (HAS): [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- ▷ Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS):[www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr)
- ▷ Institut de Veille Sanitaire (InVS): [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)
- ▷ Assurance maladie : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

---

## Liste des annexes

---

### **ANNEXE 1**

Arrêté 29 Septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers

### **ANNEXE 2**

DONNEE DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN ANNEES 2007 ET 2008

### **ANNEXE 3**

DONNEES ADECI 7 ème Campagne

### **ANNEXE 4**

ANALYSE DES TERRITOIRES

### **ANNEXE 5**

QUESTIONNAIRE FEMMES NON PARTICIPANTES

### **ANNEXE 6**

GRILLE ENTRETIEN DES PROFESSIONNELS DE SANTE

### **ANNEXE 7**

TABLEAU D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

### **ANNEXE 8**

COURRIER INVITATION ADECI

### **ANNEXE 9**

COMMUNIQUE DE PRESSE JOURNAL DE LA VILLE DE ST MALO

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 29 septembre 2006  
relatif aux programmes de dépistage des cancers

NOR : SANP0623877A

Le ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1411-6 et L. 1411-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 200-3, l'article L. 321-1 (6°) relatif aux prestations de l'assurance maladie et l'article L. 322-3 (16°) relatif à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 23 août 2006,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le plan de mobilisation nationale contre le cancer constitue un programme de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique. Ce programme a pour objectif de diminuer la mortalité par cancer de 20 % en 2007 en agissant sur 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, création de l'Institut national du cancer, chargé de coordonner l'ensemble des intervenants de la lutte contre le cancer et de mettre en œuvre l'ensemble des mesures du plan.

**Art. 2.** – Le programme de dépistage organisé du cancer du sein et le programme de dépistage organisé du cancer colorectal sont mis en œuvre en application du plan mentionné à l'article 1<sup>er</sup>.

**Art. 3.** – Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein, les examens de dépistage relevant des dispositions des articles L. 321-1 (6°) et L. 322-3 (16°) du code de la sécurité sociale sont constitués par les mammographies effectuées chez les femmes de 50 à 74 ans.

**Art. 4.** – Les programmes de dépistage des cancers sont mis en œuvre par des structures de gestion départementales ou interdépartementales.

**Art. 5.** – Les missions des structures de gestion sont fixées par le cahier des charges joint en annexe 1 du présent arrêté. Les conditions de transmission par la structure de gestion d'éléments administratifs et financiers sont précisées dans l'annexe 2 du présent arrêté.

**Art. 6.** – Les conditions de mise en œuvre du programme de dépistage organisé du cancer du sein sont fixées par le cahier des charges joint en annexe 3 du présent arrêté.

**Art. 7.** – Les conditions de mise en œuvre du programme de dépistage organisé du cancer du côlon et du rectum sont fixées par le cahier des charges joint en annexe 4 du présent arrêté.

**Art. 8.** – L'arrêté du 24 septembre 2001 fixant la liste des programmes de dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables est abrogé à compter de la publication au *Journal officiel* du présent arrêté.

**Art. 9.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 29 septembre 2006.

XAVIER BERTRAND

*Nota.* – Les annexes au présent arrêté font l'objet d'une pagination spéciale (PDC) annexée au *Journal officiel* de ce jour.

[Texte précédent](#)

[Texte suivant](#)

## ANNEXE 2

DONNEE DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN  
ANNEES 2007 ET 2008

	Année 2007			Année 2008			Années 2007-2008		
	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee
<b>France entière</b>	<b>2 182 545*</b>	<b>4 298 980*</b>	<b>50,8*</b>	<b>2 288 192</b>	<b>4 356 501</b>	<b>52,5</b>	<b>4 470 737</b>	<b>8 655 481</b>	<b>51,7</b>
<b>Alsace</b>	<b>62 425</b>	<b>119 108</b>	<b>52,4</b>	<b>68 218</b>	<b>121 332</b>	<b>56,2</b>	<b>130 643</b>	<b>240 440</b>	<b>54,3</b>
Bas-Rhin	38 531	69 378	55,5	39 349	70 701	55,7	77 880	140 079	55,6
Haut-Rhin	23 894	49 730	48,0	28 869	50 631	57,0	52 763	100 361	52,6
<b>Aquitaine</b>	<b>136 677</b>	<b>232 940</b>	<b>58,7</b>	<b>146 867</b>	<b>236 264</b>	<b>62,2</b>	<b>283 544</b>	<b>469 204</b>	<b>60,4</b>
Dordogne	18 140	33 675	53,9	20 680	34 020	60,8	38 820	67 695	57,3
Gironde	52 106	96 515	54,0	57 308	98 189	58,4	109 414	194 703	56,2
Landes	19 115	29 057	65,8	18 476	29 557	62,5	37 591	58 614	64,1
Lot et Garonne	16 189	25 473	63,6	18 309	25 679	71,3	34 498	51 151	67,4
Pyrénées-Atlantiques	31 127	48 222	64,6	32 094	48 821	65,7	63 221	97 042	65,1
<b>Auvergne</b>	<b>56 192</b>	<b>102 211</b>	<b>55,0</b>	<b>57 371</b>	<b>103 087</b>	<b>55,7</b>	<b>113 563</b>	<b>205 297</b>	<b>55,3</b>
Allier	15 704	27 872	56,3	16 601	27 965	59,4	32 305	55 837	57,9
Cantal	6 790	12 319	55,1	7 109	12 385	57,4	13 899	24 704	56,3
Haute-Loire	9 118	16 093	56,7	9 818	16 257	60,4	18 936	32 349	58,5
Puy-de-Dôme	24 580	45 928	53,5	23 843	46 481	51,3	48 423	92 408	52,4
<b>Basse-Normandie</b>	<b>61 508</b>	<b>103 754</b>	<b>59,3</b>	<b>59 370</b>	<b>104 878</b>	<b>56,6</b>	<b>120 878</b>	<b>208 632</b>	<b>57,9</b>
Calvados	24 827	46 340	53,6	24 448	47 027	52,0	49 275	93 367	52,8
Manche	22 719	35 667	63,7	23 054	35 940	64,1	45 773	71 606	63,9
Orne	13 962	21 748	64,2	11 868	21 912	54,2	25 830	43 659	59,2
<b>Bourgogne</b>	<b>67 081</b>	<b>121 928</b>	<b>55,0</b>	<b>69 131</b>	<b>123 281</b>	<b>56,1</b>	<b>136 212</b>	<b>245 209</b>	<b>55,5</b>
Côte d'Or	21 346	35 133	60,8	21 788	35 637	61,1	43 134	70 769	61,0
Nièvre	8 207	18 473	44,4	8 753	18 570	47,1	16 960	37 043	45,8
Saône et Loire	23 148	42 600	54,3	23 957	42 906	55,8	47 105	85 506	55,1
Yonne	14 380	25 722	55,9	14 633	26 169	55,9	29 013	51 891	55,9
<b>Bretagne</b>	<b>133 479</b>	<b>222 789</b>	<b>59,9</b>	<b>137 548</b>	<b>225 643</b>	<b>61,0</b>	<b>271 027</b>	<b>448 432</b>	<b>60,4</b>
Cotes d'Armor	26 252	45 226	58,0	27 959	45 621	61,3	54 211	90 847	59,7
Finistère	38 611	64 478	59,9	38 008	65 109	58,4	76 619	129 586	59,1
Ille et Vilaine	34 102	59 853	57,0	36 103	60 801	59,4	70 205	120 654	58,2
Morbihan	34 514	53 232	64,8	35 478	54 113	65,6	69 992	107 345	65,2
<b>Centre</b>	<b>107 437</b>	<b>179 767</b>	<b>59,8</b>	<b>109 488</b>	<b>182 154</b>	<b>60,1</b>	<b>216 925</b>	<b>361 921</b>	<b>59,9</b>
Cher	17 331	24 334	71,2	16 357	24 510	66,7	33 688	48 844	69,0
Eure et Loir	17 951	28 750	62,4	18 738	29 290	64,0	36 689	58 040	63,2
Indre	10 409	18 372	56,7	10 739	18 438	58,2	21 148	36 810	57,5
Indre et Loire	24 707	40 114	61,6	26 652	40 673	65,5	51 359	80 787	63,6
Loir et Cher	15 407	24 306	63,4	15 791	24 636	64,1	31 198	48 942	63,7
Loiret	21 632	43 893	49,3	21 211	44 607	47,6	42 843	88 500	48,4
<b>Champagne-Ardenne</b>	<b>54 032</b>	<b>91 734</b>	<b>58,9</b>	<b>57 026</b>	<b>92 648</b>	<b>61,6</b>	<b>111 058</b>	<b>184 382</b>	<b>60,2</b>
Ardennes	11 370	19 615	58,0	12 139	19 727	61,5	23 509	39 342	59,8
Aube	13 253	21 324	62,2	14 228	21 563	66,0	27 481	42 886	64,1
Marne	21 499	37 073	58,0	21 271	37 554	56,6	42 770	74 627	57,3
Haute-Marne	7 910	13 723	57,6	9 388	13 805	68,0	17 298	27 528	62,8
<b>Corse</b>	<b>7 259</b>	<b>21 336</b>	<b>34,0</b>	<b>8 027</b>	<b>21 743</b>	<b>36,9</b>	<b>15 286</b>	<b>43 079</b>	<b>35,5</b>
<b>Franche-Comté</b>	<b>44 415</b>	<b>79 139</b>	<b>56,1</b>	<b>45 502</b>	<b>80 033</b>	<b>56,9</b>	<b>89 917</b>	<b>159 172</b>	<b>56,5</b>
Doubs	20 309	34 531	58,8	21 705	34 948	62,1	42 014	69 479	60,5
Jura	9 908	18 342	54,0	10 117	18 499	54,7	20 025	36 840	54,4
Haute-Saône	8 827	16 941	52,1	8 615	17 177	50,2	17 442	34 117	51,1
Territoire de Belfort	5 371	9 326	57,6	5 065	9 410	53,8	10 436	18 736	55,7
<b>Haute-Normandie</b>	<b>73 984</b>	<b>122 699</b>	<b>60,3</b>	<b>70 088</b>	<b>124 453</b>	<b>56,3</b>	<b>144 072</b>	<b>247 152</b>	<b>58,3</b>
Eure	20 943	38 747	54,1	20 652	39 554	52,2	41 595	78 301	53,1
Seine-Maritime	53 041	83 952	63,2	49 436	84 899	58,2	102 477	168 851	60,7
<b>Ile-de-France</b>	<b>269 280*</b>	<b>693 431</b>	<b>38,8</b>	<b>281 468</b>	<b>700 481</b>	<b>40,2</b>	<b>550 748</b>	<b>1 393 912</b>	<b>39,5</b>
Paris	36 137	136 988	26,4	38 097	137 199	27,8	74 234	274 187	27,1
Seine et Marne	39 167	75 650	51,8	43 076	77 341	55,7	82 243	152 991	53,8
Yvelines	32 743	88 865	36,8	36 297	89 906	40,4	69 040	178 771	38,6
Essonne	25 310	74 396	34,0	25 985	75 322	34,5	51 295	149 718	34,3
Hauts-de-Seine	26 674	90 343	29,5	27 845	90 929	30,6	54 519	181 272	30,1
Seine-Saint-Denis	36 598	81 477	44,9	35 722	82 220	43,4	72 320	163 697	44,2
Val de Marne	34 152	78 336	43,6	37 105	79 052	46,9	71 257	157 388	45,3
Val d'Oise	38 499*	67 378	57,1	37 341	68 513	54,5	75 840	135 891	55,8

## ANNEXE 2 (Suite)

### DONNEE DE PARTICIPATION AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN ANNEES 2007 ET 2008

<b>Languedoc-Roussillon</b>	<b>89 169</b>	<b>189 833</b>	<b>47,0</b>	<b>102 812</b>	<b>193 146</b>	<b>53,2</b>	<b>191 981</b>	<b>382 978</b>	<b>50,1</b>
Aude	11 598	27 016	42,9	15 813	27 436	57,6	27 411	54 451	50,3
Gard	26 004	51 332	50,7	27 993	52 351	53,5	53 997	103 683	52,1
Hérault	30 191	71 690	42,1	39 586	73 089	54,2	69 777	144 778	48,2
Lozère	3 120	5 666	55,1	2 877	5 731	50,2	5 997	11 397	52,6
Pyrénées-Orientales	18 256	34 130	53,5	16 543	34 540	47,9	34 799	68 670	50,7
<b>Limousin</b>	<b>35 994</b>	<b>57 219</b>	<b>62,9</b>	<b>38 680</b>	<b>57 590</b>	<b>67,2</b>	<b>74 674</b>	<b>114 809</b>	<b>65,0</b>
Corrèze	10 702	19 437	55,1	13 363	19 573	68,3	24 065	39 010	61,7
Creuse	5 575	10 046	55,5	5 453	10 072	54,1	11 028	20 117	54,8
Haute-Vienne	19 717	27 737	71,1	19 864	27 946	71,1	39 581	55 682	71,1
<b>Lorraine</b>	<b>72 000</b>	<b>161 438</b>	<b>44,6</b>	<b>77 281</b>	<b>162 988</b>	<b>47,4</b>	<b>149 281</b>	<b>324 426</b>	<b>46,0</b>
Meurthe et Moselle	22 501	48 802	46,1	25 298	49 147	51,5	47 799	97 949	48,8
Meuse	8 529	13 533	63,0	7 881	13 651	57,7	16 410	27 184	60,4
Moselle	26 911	71 259	37,8	28 139	72 169	39,0	55 050	143 428	38,4
Vosges	14 059	27 844	50,5	15 963	28 022	57,0	30 022	55 866	53,7
<b>Midi-Pyrénées</b>	<b>91 719</b>	<b>199 499</b>	<b>46,0</b>	<b>96 910</b>	<b>202 231</b>	<b>47,9</b>	<b>188 629</b>	<b>401 730</b>	<b>47,0</b>
Ariège	6 036	11 497	52,5	6 158	11 646	52,9	12 194	23 143	52,7
Aveyron	9 622	21 482	44,8	9 885	21 530	45,9	19 507	43 011	45,4
Haute-Garonne	24 503	73 999	33,1	27 428	75 552	36,3	51 931	149 550	34,7
Gers	8 639	14 686	58,8	9 374	14 788	63,4	18 013	29 473	61,1
Lot	7 566	14 158	53,4	7 358	14 359	51,2	14 924	28 516	52,3
Hautes-Pyrénées	9 515	18 689	50,9	10 584	18 852	56,1	20 099	37 540	53,5
Tarn	15 493	28 337	54,7	16 282	28 630	56,9	31 775	56 966	55,8
Tarn et Garonne	10 345	16 654	62,1	9 841	16 877	58,3	20 186	33 531	60,2
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	<b>123 474</b>	<b>256 793</b>	<b>48,1</b>	<b>130 566</b>	<b>259 197</b>	<b>50,4</b>	<b>254 040</b>	<b>515 990</b>	<b>49,2</b>
Nord	77 255	160 487	48,1	81 382	162 015	50,2	158 637	322 501	49,2
Pas-de-Calais	46 219	96 307	48,0	49 184	97 182	50,6	95 403	193 489	49,3
<b>PACA</b>	<b>157 212</b>	<b>354 875</b>	<b>44,3</b>	<b>162 752</b>	<b>359 855</b>	<b>45,2</b>	<b>319 964</b>	<b>714 730</b>	<b>44,8</b>
Alpes de Haute-Provence	5 831	12 149	48,0	7 103	12 388	57,3	12 934	24 537	52,7
Hautes-Alpes	5 576	9 911	56,3	6 146	10 146	60,6	11 722	20 057	58,4
Alpes-Maritimes	32 881	82 410	39,9	33 670	83 232	40,5	66 551	165 642	40,2
Bouches-du-Rhône	52 747	133 199	39,6	55 266	134 790	41,0	108 013	267 988	40,3
Var	39 938	78 768	50,7	37 914	80 229	47,3	77 852	158 997	49,0
Vaucluse	20 239	38 439	52,7	22 653	39 071	58,0	42 892	77 510	55,3
<b>Pays-de-la-Loire</b>	<b>153 660</b>	<b>236 074</b>	<b>65,1</b>	<b>156 477</b>	<b>239 845</b>	<b>65,2</b>	<b>310 137</b>	<b>475 919</b>	<b>65,2</b>
Loire-Atlantique	54 023	82 136	65,8	56 106	83 566	67,1	110 129	165 702	66,5
Maine et Loire	33 349	49 981	66,7	35 254	50 627	69,6	68 603	100 608	68,2
Mayenne	12 013	20 243	59,3	12 371	20 492	60,4	24 384	40 735	59,9
Sarthe	25 810	38 722	66,7	24 514	39 284	62,4	50 324	78 006	64,5
Vendée	28 465	44 992	63,3	28 232	45 876	61,5	56 697	90 868	62,4
<b>Picardie</b>	<b>57 308</b>	<b>124 046</b>	<b>46,2</b>	<b>68 881</b>	<b>125 936</b>	<b>54,7</b>	<b>126 189</b>	<b>249 982</b>	<b>50,5</b>
Aisne	16 616	36 824	45,1	20 624	37 237	55,4	37 240	74 061	50,3
Oise	20 103	49 760	40,4	26 052	50 742	51,3	46 155	100 501	45,9
Somme	20 589	37 463	55,0	22 205	37 958	58,5	42 794	75 421	56,7
<b>Poitou-Charentes</b>	<b>70 220</b>	<b>129 857</b>	<b>54,1</b>	<b>74 757</b>	<b>131 679</b>	<b>56,8</b>	<b>144 977</b>	<b>261 536</b>	<b>55,4</b>
Charente	11 696	26 589	44,0	15 006	26 838	55,9	26 702	53 427	50,0
Charente-Maritime	25 590	48 512	52,7	26 547	49 374	53,8	52 137	97 886	53,3
Deux-Sèvres	17 524	25 972	67,5	16 216	26 270	61,7	33 740	52 241	64,6
Vienne	15 410	28 785	53,5	16 988	29 198	58,2	32 398	57 983	55,9
<b>Rhône-Alpes</b>	<b>210 137</b>	<b>402 310</b>	<b>52,2</b>	<b>216 710</b>	<b>408 171</b>	<b>53,1</b>	<b>426 847</b>	<b>810 481</b>	<b>52,7</b>
Ain	19 787	36 892	53,6	19 642	37 772	52,0	39 429	74 663	52,8
Ardèche	11 243	23 102	48,7	11 812	23 475	50,3	23 055	46 577	49,5
Drome	16 831	33 530	50,2	18 772	34 066	55,1	35 603	67 596	52,7
Isère	33 587	75 681	44,4	35 791	76 939	46,5	69 378	152 620	45,5
Loire	26 202	53 210	49,2	25 813	53 360	48,4	52 015	106 570	48,8
Rhône	58 041	105 742	54,9	61 102	106 802	57,2	119 143	212 544	56,1
Savoie	17 310	27 958	61,9	15 558	28 433	54,7	32 868	56 391	58,3
Haute-Savoie	27 136	46 196	58,7	28 220	47 327	59,6	55 356	93 523	59,2
<b>Antilles-Guyane</b>	<b>26 140</b>	<b>59 751</b>	<b>43,7</b>	<b>29 928</b>	<b>61 896</b>	<b>48,4</b>	<b>56 068</b>	<b>121 647</b>	<b>46,1</b>
Guadeloupe	11 820	27 419	43,1	12 915	28 348	45,6	24 735	55 766	44,4
Martinique	12 299	25 963	47,4	15 137	26 784	56,5	27 436	52 747	52,0
Guyane	2 021	6 370	31,7	1 876	6 765	27,7	3 897	13 135	29,7
<b>Réunion</b>	<b>21 743</b>	<b>36 455**</b>	<b>59,6**</b>	<b>22 334</b>	<b>37 972</b>	<b>58,8</b>	<b>44 077</b>	<b>74 427</b>	<b>59,2</b>

\* Données corrigées par rapport à la publication de l'année dernière

\*\* Les chiffres publiés l'année dernière étaient provisoires. L'Insee a publié depuis les chiffres de population pour la Réunion, ce qui a permis de recalculer un taux de participation pour l'année 2007 pour la Réunion.

## ANNEXE 3

## DONNEES ADECI 7 ème Campagne

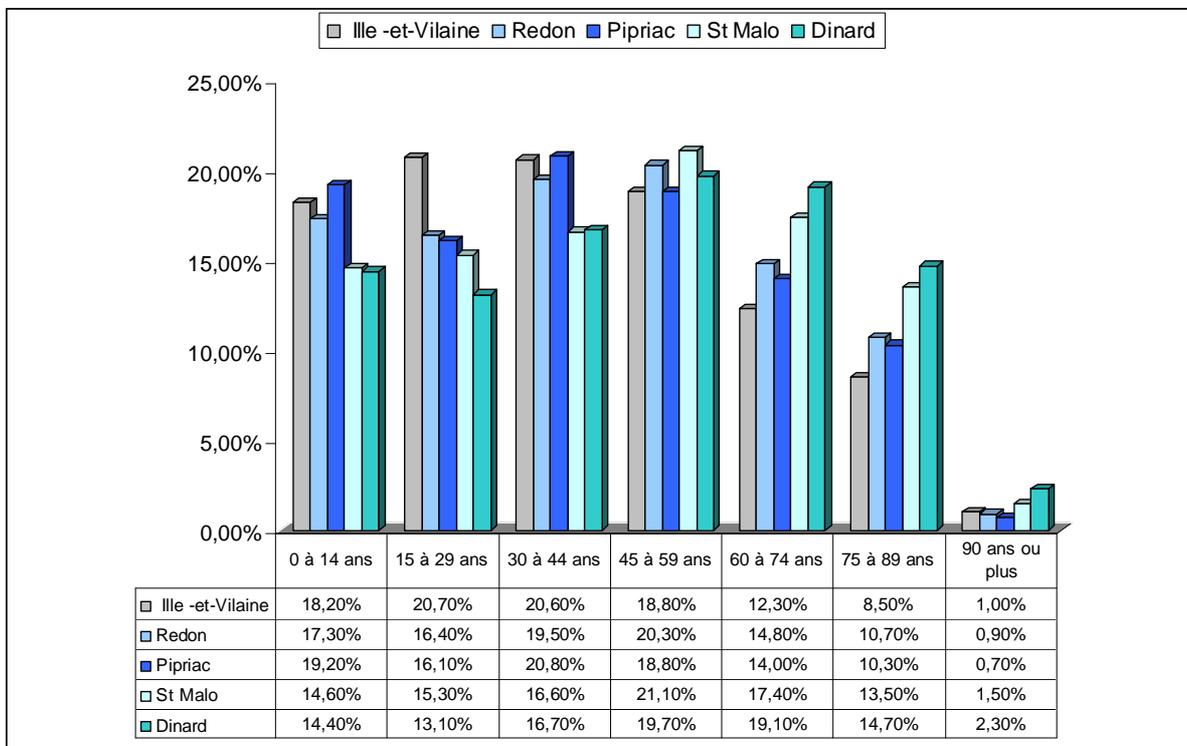
Cantons 35	Nombre de dépistages en campagne 7	dont CPAM		dont MSA		dont RSI		population INSEE 2006	Participation INSEE
		Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%		
ANTRAIN	629	421	66,93	148	23,53	21	3,34	1331	47%
ARGENTRE DU PLESSIS	784	499	63,65	222	28,32	35	4,46	1388	56%
BAIN DE BRETAGNE	1276	940	73,67	179	14,03	47	3,68	2196	58%
BECHEREL	990	622	62,83	179	18,08	47	4,75	1511	66%
BETTON	2289	1579	68,98	94	4,11	51	2,23	3256	70%
BRUZ	3443	2473	71,83	150	4,36	101	2,93	4944	70%
CANCALE	1418	960	67,70	121	8,53	78	5,50	2388	59%
CESSON-SEVIGNE	2153	1429	66,37	85	3,95	55	2,55	3056	70%
CHATEAUBOURG	769	556	72,30	123	15,99	30	3,90	1198	64%
CHATEAUGIRON	1833	1396	76,16	158	8,62	47	2,56	2640	69%
CHATEAUNEUF D'ILLE	927	668	72,06	64	6,90	53	5,72	1644	56%
COMBOURG	1142	784	68,65	160	14,01	69	6,04	1817	63%
DINARD	2240	1758	78,48	49	2,19	155	6,92	4230	53%
DOL DE BRETAGNE	1110	747	67,30	133	11,98	72	6,49	1943	57%
FOUGERES	2767	2178	78,71	292	10,55	112	4,05	6044	46%
GRAND FOUGERAY	315	217	68,89	61	19,37	19	6,03	604	52%
GUERCHE DE BRETAGNE	762	510	66,93	178	23,36	35	4,59	1533	50%
GUICHEN	1720	1270	73,84	151	8,78	50	2,91	2681	64%
HEDE	803	551	68,62	99	12,33	35	4,36	1284	63%
JANZE	987	664	67,27	170	17,22	36	3,65	1620	61%
LIFFRE	1853	1290	69,62	135	7,29	53	2,86	2797	66%
LOUVIGNE DU DESERT	559	347	62,08	158	28,26	34	6,08	1372	41%
MAURE DE BRETAGNE	513	351	68,42	98	19,10	26	5,07	948	54%
MONTAUBAN DE BRETAGNE	708	484	68,36	131	18,50	38	5,37	1167	61%
MONTFORT SUR MEU	2076	1410	67,92	266	12,81	52	2,50	3052	68%
MORDELLES	2463	1822	73,97	117	4,75	62	2,52	3476	71%
PIPRIAC	911	634	69,59	166	18,22	41	4,50	1686	54%
PLEINE FOUGERES	642	455	70,87	93	14,49	25	3,89	1268	51%
PLELAN LE GRAND	1093	711	65,05	162	14,82	65	5,95	1801	61%
REDON	1394	1103	79,12	79	5,67	67	4,81	2633	53%
RENNES	16843	12017	71,35	390	2,32	409	2,43	28401	59%
RETIERS	933	608	65,17	248	26,58	33	3,54	1591	59%
ST AUBIN D AUBIGNE	1679	1186	70,64	199	11,85	57	3,39	2630	64%
ST AUBIN DU CORMIER	529	331	62,57	107	20,23	22	4,16	1075	49%
SAINT MALO	4990	3686	73,87	108	2,16	269	5,39	8943	56%
ST MEENLE GRAND	744	505	67,88	154	20,70	33	4,44	1272	58%
SANT BRICE EN COGLES	722	508	70,36	140	19,39	32	4,43	1555	46%
SEL DE BRETAGNE	359	233	64,90	79	22,01	15	4,18	586	61%
TINTENIAC	649	466	71,80	92	14,18	14	2,16	1155	56%
VITRE	2623	1901	72,47	417	15,90	101	3,85	4172	63%
<b>TOTAL</b>	<b>70 640</b>	<b>50270</b>	<b>71,16</b>	<b>6155</b>	<b>8,71</b>	<b>2596</b>	<b>3,67</b>	<b>118888</b>	<b>59%</b>

## ANNEXE 4

### ANALYSE DES TERRITOIRES

**Tableau 1 :**

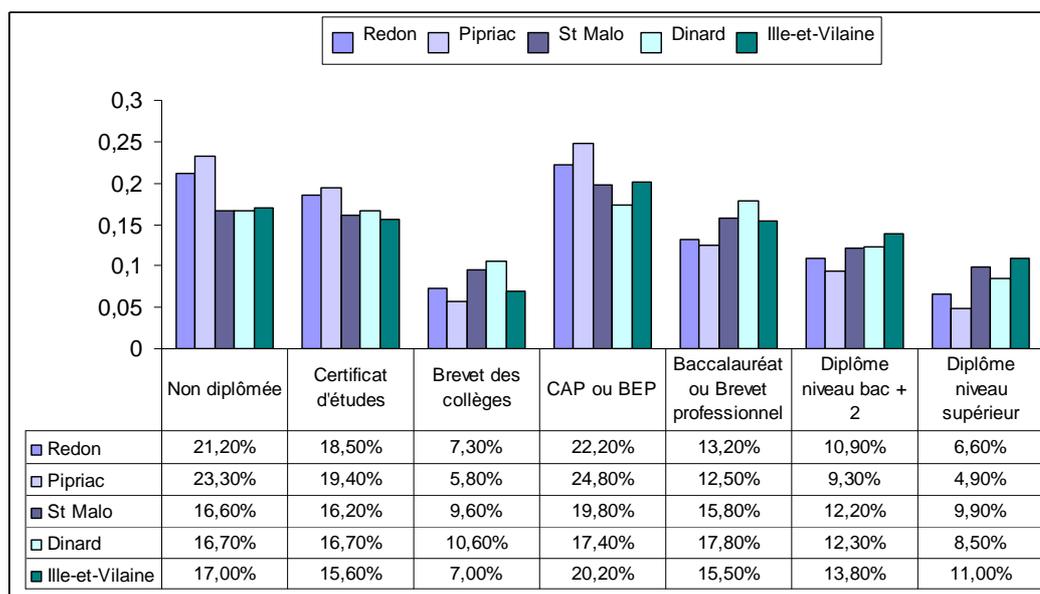
Répartition de la population des femmes par âge en 2006



Source : Insee, RP2006 exploitation principale

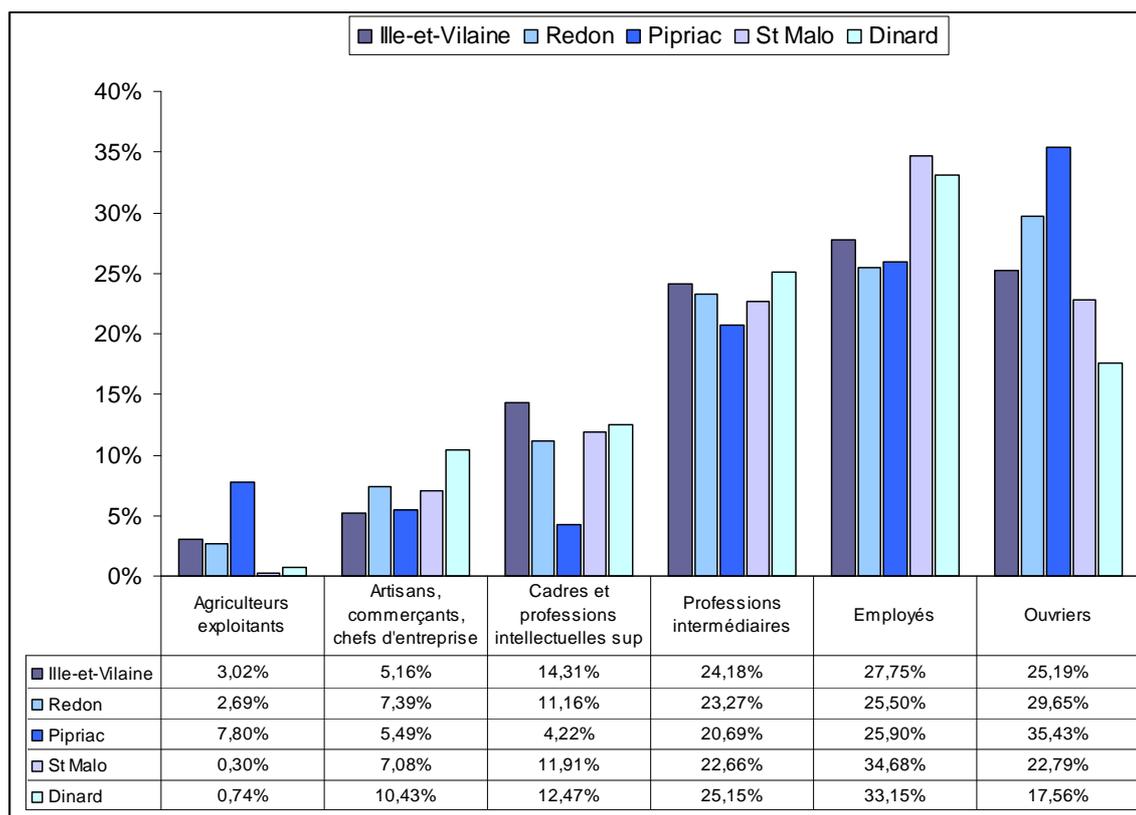
**Tableau 2**

Diplôme le plus élevé de la population des femmes non scolarisée de 15 ans ou plus selon le sexe en 2006



Source : Insee, RP2006 exploitation principale

**Tableau 3 : Population active des Femmes selon la catégorie socio professionnelles**



Sources : Insee, RP2006 exploitations complémentaires.

### Les dix principales entreprises du pays de Redon et Vilaine

Etablissements	Secteur	Classes de salariés
YVES ROCHER La Gacilly	Cosmétique	1 000 à 1 999
FAURECIA INTERIEUR INDUSTRIE Bains-sur-Oust	Equipementier automobile	300 à 399
YVES ROCHER Rieux	Cosmétique	300 à 399
TES ELECTRONIC SOLUTION Langon	Fabrication de cartes électroniques	300 à 399
STE DU BRIQUET JETABLE - BJ75 Redon	Fabrication de briquets jetables	300 à 399
FAURECIA SIEGES AUTOMOBILES St-Nicolas-de-Redon	Equipementier automobile	300 à 399
AFC Redon	Fonderie	100 à 199
CARGILL FRANCE Redon	Fabrication d'additifs alimentaires	100 à 199
ASTEEL FLASH ATLANTIQUE Sainte-Marie	Fabrication de circuits électroniques	100 à 199
SIEBRET FAURECIA Redon	Equipementier automobile	100 à 199

Source : CCI Rennes Bretagne – 2008

### Les dix principales entreprises du pays de St Malo

Etablissements	Secteur	Classes de salariés
GROUPE ROULLIER	Agro-fourniture	1 200 à 1 300
SANDEN	Equipement automobile	800 à 899
GROUPE SABENA TECHNICS DNR	Maintenance aéronautique	600 à 699
GROUPE DELTA DORE	Domotique	500 à 599
COMPAGNIE DES PECHES	Pêche et transformation des produits de la mer	300 à 399
PHYTOMER	Cosmétique – Diététique à base d'algues	100 à 149
LAITERIE DE ST-MALO	Produits laitiers	100 à 149
GOEMAR	Laboratoire de biotechnologie marine	100 à 149
SOTIRA 35	Etude et fabrication de produits composites	100 à 149
COMPAGNIE DES EAUX ET DE L'OZONE	Service des eaux	100 à 149

Source : CCI Pays de St Malo 03/2009

## Enquête sur le dépistage organisé du cancer du sein

réalisée par votre caisse d'assurance maladie

**1. Etes-vous suivie régulièrement par**

	OUI	NON
Un médecin généraliste .....	?	?
Un gynécologue.....	?	?

**2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin généraliste, pour vous-même ?**

? oui ? non



**Si non**, à quand remonte votre dernière visite ..... |\_\_|\_\_| mois

**2. Avez-vous effectué un bilan de santé dans les 5 dernières années ?**

? oui ? non

**3. Connaissez-vous la campagne de dépistage du cancer du sein ?**

? oui ? non



**Si oui**, comment en avez-vous entendu parler :

? Lettre d'invitation au dépistage	? Médias ( <i>télévision, journaux.</i> )
? Médecin généraliste	? Gynécologue
? Caisse assurance maladie	? Entourage (amis, famille.)
? Autres, <i>précisez</i> : .....	

**4. Avez-vous une Complémentaire Santé ?**

? oui ? non

**5. Des difficultés financières vous gênent-elles pour réaliser la mammographie (Radio) de dépistage ?**

? oui ? non

**6. Pour vous la mammographie représente un examen**

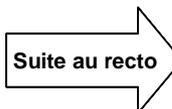
? Utile pour votre santé	? Douloureux
? Embarrassant à passer	
? Autres, <i>précisez</i> : .....	

**7. Avez-vous déjà réalisé une mammographie?**

? oui ? non



**Si oui**, il y a combien de temps .....|\_\_|\_\_| ans



## ANNEXE 5 (Suite)

### QUESTIONNAIRE

8. **Pourquoi n'avez-vous pas réalisé de mammographie dans les deux dernières années ? (Une seule réponse)**

- Je suis en bonne santé, je n'ai aucun signe
- Je suis trop âgée
- Je ne suis pas convaincue de le faire (*Ne croit pas au dépistage*)
- J'ai peur de l'examen (*douleur, pas envie de me faire examiner les seins.*)
- J'ai peur des résultats
- Les explications que j'ai ne sont pas claires (*Invitation...*)
- Mon médecin ne m'en a pas parlé
- Autre, précisez : .....

9. **Rencontrez vous des difficultés pour vous rendre au cabinet de radiologie ?**

- oui       non



**Si oui, précisez :**

- Accessibilité (*Pas de voiture, Manque de transport en commun*)
- Délai de rendez vous chez le radiologue trop éloigné  
*Indiquez le délai de rendez vous .....|\_\_|\_\_| mois*
- Cabinet trop éloigné  
*Indiquez la distance .....|\_\_|\_\_| km*
- Autres, précisez : .....

10. **Qu'est ce qui pourrait vous décider à réaliser une mammographie de dépistage ?**

.....  
.....

11. **Votre situation ?**

- Artisan       Cadre
- Employée       Ouvrière
- Retraitée       A la recherche d'un emploi
- Autre, précisez : .....

12. **Merci d'indiquer :**

**Votre Commune** .....

**Votre Age** : |\_\_|\_\_| ans

Accepteriez vous d'être contactée pour participer à un groupe de discussion avec d'autres femmes afin de réfléchir « *sur comment mieux informer les femmes sur le dépistage du cancer du sein* »

Si oui merci de nous communiquer votre numéro de téléphone où nous pourrions vous joindre : .....

**Merci encore d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire  
Glissez le dans l'enveloppe T ci jointe sans la timbrer**



# Enquête sur le dépistage organisé du cancer du sein

---

Grille d'entretien des professionnels de santé

Présentation de l'étude

**Question 1 : Habitudes de vie de leur patientele**

**Vie sociale, déplacements, recours aux soins et aux droits, tabous,  
culture de l'échange par exemple.**

**Contraintes – Freins – Difficultés**

**Eléments de résolution – de motivation**

**Question 2: Opinion sur le dépistage**

**Quel est votre positionnement par rapport au dépistage organisé ?**

**Quelle est la place de prévention dans les pratiques quotidiennes ?**

**Question 3 : Difficultés rencontrées**

**Face à leur patiente (Freins des patientes)**

**Pour eux même**

**Question 2 : Opinion sur la communication et l'information**

**Pour les patientes - Pour eux**

**Au niveau National Local**

**Connaissance des acteurs**

**Question 5 : Quels sont vos souhaits en matière d'information, de formation ?**

**Question 6 : Actions et attentes pour une meilleure participation**

**Quelles sont vos suggestions pour l'avenir ?**

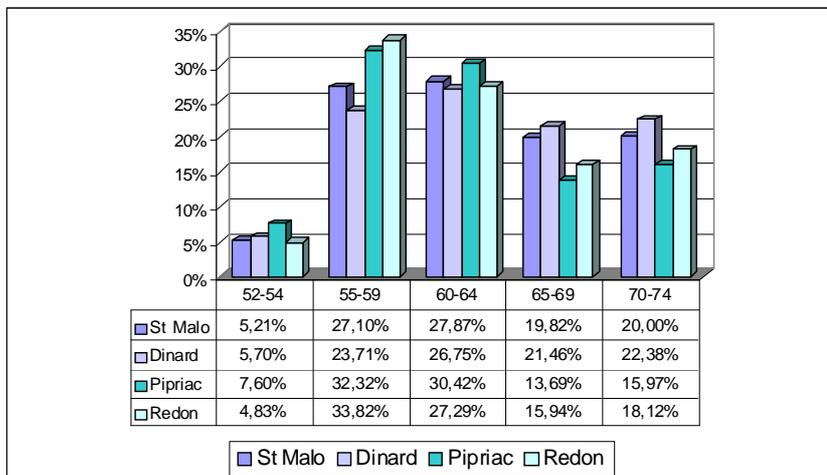
**Quelles solutions voyez vous pour améliorer la participation au DO ?**

## ANNEXE 7

### TABLEAU D'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE

#### ➤ Répartition des retours selon les classes d'âge

##### ⇒ Répartition Population de départ



##### ⇒ Répartition Population des répondants

	Redon-Pipriac	Dinard-St Malo	Population globale
52-54 ans	5,56%	6,02%	5,94%
55-59 ans	33,33%	19,28%	21,78%
60-64 ans	33,33%	25,30%	26,73%
65-69 ans	11,11%	24,10%	21,78%
70-74 ans	16,67%	25,30%	23,76%

#### ➤ Répartition des répondants selon la situation

	Redon-Pipriac	Dinard-St Malo	Population globale
Retraitée	12	59	71
Employée	3	10	13
Autre (précisez)	1	8	9
A la recherche d'un emploi		5	5
Artisan		1	1
Ouvrière	1		1
Sans Réponse	1		1
Total	18	83	101

##### ⇒ Réponses associées à la catégorie autre

	Redon-Pipriac	Dinard-St Malo	Population globale
Artiste Peintre			1
assistante maternelle			1
Cotoreip			1
Fonctionnaire territoriale			1
Invalidité	1	1	2
mere au foyer		1	1
Pensionnée	1		1
pré retraite			1
vacataire			1

## ANNEXE 8

### COURRIER INVITATION ADECI

Madame,

**En Ille-et-Vilaine, comme dans tous les départements, le dépistage des cancers du sein est organisé pour toutes les femmes entre 50 et 74 ans, en collaboration avec tous les professionnels concernés.**

Environ 1 femme sur 9, au cours de sa vie, est confrontée au cancer du sein. Cette maladie est plus fréquente après la ménopause, survenant le plus souvent après 50 ans.

La mammographie (radiographie des seins) est l'examen le plus performant pour dépister des lésions trop petites pour être palpables.

De plus, dans le cadre du dépistage organisé, si la mammographie ne révèle aucune anomalie, elle sera systématiquement relue à l'ADECI 35 par un 2<sup>ème</sup> radiologue pour plus de sécurité.

**Une mammographie gratuite vous est donc proposée.**

**Pour être efficace, il est conseillé de répéter cet examen tous les 2 ans.**

**A l'occasion d'une consultation, parlez-en avec votre médecin qui vous conseillera.**

*Les médecins généralistes, gynécologues, radiologues et médecins du travail d'Ille-et-Vilaine.  
Les Caisses d'Assurance Maladie.*

*La Ligue Contre le Cancer, la Mutualité Française d'Ille-et-Vilaine, le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine.*

**Voir modalités et coupon réponse au verso**

SI VOUS ÊTES DANS L'UN DES CAS SUIVANTS, MERCI DE NOUS RETOURNER CE COUPON  
DANS L'ENVELOPPE T CI-JOINTE SANS L'AFFRANCHIR.

EN RÉPONDANT VOUS ÉVITEREZ UNE RELANCE INUTILE

Vous êtes régulièrement suivie par une mammographie tous les 2 ans en dehors de l'ADECI 35

Date de votre dernière mammographie : ...../...../..... (uniquement celle de moins de 2 ans)  
(ceci nous permettra de vous inviter à une date ultérieure adéquate, 2 ans après celle signalée).

Il est peut être possible pour vous de bénéficier d'une mammographie dans le cadre du dépistage organisé et de ses avantages dont la double lecture des radiographies. **Parlez-en à votre médecin.**

Vous êtes suivie par mammographies rapprochées (tous les 6 mois, 1 an ...) pour :

un cancer du sein découvert en .....(mois/année)

un suivi particulier lié à une autre pathologie du sein ou à des antécédents familiaux particuliers de cancer du sein (date de la dernière mammographie ...../...../.....)

! Si votre dernière mammographie date de plus de 2 ans ou si vous n'en avez jamais passée, parlez-en avec votre médecin.

**Pour prendre votre rendez-vous de mammographie, vous trouverez ci-dessous les coordonnées des sites radiologiques d'Ille-et-Vilaine proposant cet examen :**

<b>BAIN de BRETAGNE</b> Z.I. Château Gaillard	02.99.43.99.90	Centre Hospitalier - 133 rue de la Forêt	<b>RENNES</b> 107 avenue Henri Fréville	02.99.53.01.12
<b>BETTON</b> 2 rue Gabriel Fauré	02.99.55.02.04	<b>MONTFORT sur MEU</b> 2 rue Suroît	<b>RENNES</b> 4 place Saint Guénéolé	02.99.65.67.99
<b>BRUZ</b> 12 place du Vert Buisson	02.99.57.90.90	<b>MORDELLES</b> 33 rue de la Libération	<b>RENNES ST JACQUES</b> 236 bis rue de Nantes	02.99.86.77.67
<b>CESSON SEVIGNE</b> 16 rue de la Croix Connue	02.99.83.25.26	<b>NOYAL sur VILAINE</b> Le Chêne Joli	<b>ST GREGOIRE - CHP</b> 6 boulevard de la Boutière	02.99.23.33.99
<b>CESSON SEVIGNE</b> Polyclinique - Rue du Chêne Germain	02.99.25.52.15	<b>REDON</b> Z.A. Cotard	<b>ST MALO - Les Alizés</b> 12 rue de la Maison Neuve	02.23.52.19.93
<b>CHANTEPIE</b> 100 avenue André Bonnin	02.99.26.19.30	<b>REDON - Centre Hospitalier</b> 8 avenue Etienne Gascon	<b>ST MALO</b> Centre Hospitalier 1 rue de la Marné	02.99.21.28.23
<b>CHATEAUGIRON</b> 12 rue du Général de Gaulle	02.99.37.17.10	<b>RENNES</b> 63 rue Dupont des Loges	<b>VERN sur SEICHE</b> 9 avenue de la Chalotais	02.99.62.11.11
<b>COMBOURG</b> 46 avenue de la Libération	02.99.73.28.28	<b>RENNES - Clinique St Laurent</b> 2 bis rue Saint Laurent	<b>VITRE</b> 18 boulevard des Rochers	02.99.74.58.00
<b>DINARD</b> 40 rue Gardiner	02.99.16.88.31	<b>RENNES</b> Avenue de la Bataille Flandres-Dunkerque	<b>VITRE</b> Centre Hospitalier 30 route de Rennes	02.99.74.14.50
<b>DOL DE BRETAGNE</b> 4 rue Anatole Le Braz	02.99.48.40.64	<b>RENNES</b> 32 rue du Puits Mauget		
<b>FOUGERES Clinique</b> 3 boulevard Saint Germain	02.99.99.67.46	<b>RENNES</b> 180 rue de Brest		
<b>FOUGERES</b>	02.99.17.71.35	<b>RENNES Sainte Elisabeth</b> 4 avenue de la Vistule		

**Il est toutefois possible de réaliser cet examen dans un autre département auprès d'un radiologue agréé pour le dépistage.**

N'oubliez pas de remettre à votre radiologue, lors de votre rendez-vous :

- ce courrier avec les étiquettes jointes
- éventuellement la prescription de votre médecin
- vos précédentes mammographies
- votre carte vitale



## Dépistage organisé du cancer du sein La caisse primaire se mobilise

La participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein est un élément clé de l'efficacité de ce programme.

Certains territoires du département 35 comme St Malo Dinard présentent un taux de participation inférieur à la moyenne. Aussi la caisse primaire conduit une étude ayant pour objectif d'éclairer cette problématique et d'améliorer la participation.

Une série d'entretiens a été réalisée auprès de 20 professionnels de santé (médecins et radiologues), et près de 20% des femmes interrogées dans le canton de ST Malo et Dinard ont répondu à un questionnaire. Une trentaine d'entre elles ont accepté de participer à des groupes de discussion afin de trouver des solutions pour mieux répondre à leurs attentes en termes de sensibilisation au programme de dépistage.

Deux réunions sont donc programmées sur St Malo le 31 Mai et le 1er juin avec le soutien de Floriane Mercier animatrice territoriale en santé pour le pays de St Malo.

### Se faire dépister : C'est simple et gratuit

Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes, âgées de 50 à 74 ans.

Les femmes sont invitées tous les deux ans par un courrier de l'Adeci (Association des dépistages des cancers en Ille-et-Vilaine) ou à l'initiative de leur médecin, à faire pratiquer une mammographie associée à un examen clinique des seins.

La femme prend rendez vous chez un radiologue de son choix parmi des radiologues agréés (la plupart des radiologues réalisant des mammographies le sont).

**Après lecture de la mammographie lecture par deux spécialistes, le résultat est adressé sous 15 jours. Le résultat de l'examen est également adressé au médecin traitant désigné par la patiente.**

Ces examens sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais. Lors de la consultation chez le radiologue, il suffit de se munir du bon de prise en charge reçu avec le courrier d'invitation.