

Cancer du sein en Ile-de-France

Epidémiologie, pratiques du dépistage, orientations pour les actions de promotion de la santé intégrant le dépistage

À l'occasion de la mise en oeuvre du nouveau plan cancer 2009-2013, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France réalise un état des lieux de l'épidémiologie et des pratiques du dépistage du cancer du sein dans la région. Cet état des lieux est complété par une analyse des caractéristiques des actions de terrain promouvant le dépistage du cancer du sein. Celle-ci permet de dégager plusieurs orientations qui peuvent constituer des repères pour les associations ou autres porteurs de projets dans l'élaboration de leur action de terrain visant la promotion de la santé intégrant le dépistage du cancer du sein. Ces orientations ont vocation à améliorer la qualité des actions proposées, par exemple dans le cadre d'appels à projets ou de contrats locaux de santé, et d'aider à la définition, au choix et à l'accompagnement de ces actions par les organismes qui les financent.

Epidémiologie du cancer du sein en Ile-de-France

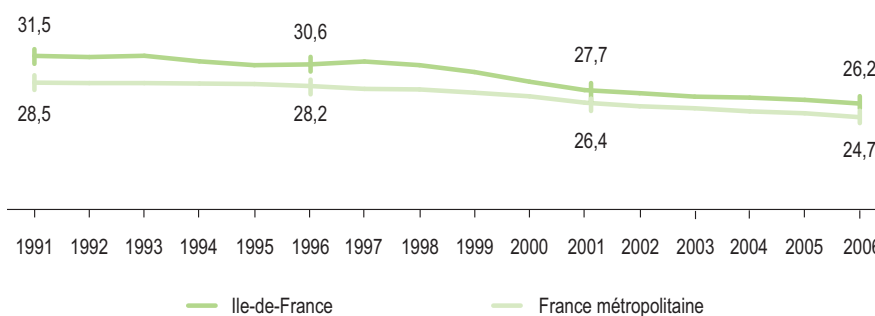
Surmortalité des Franciliennes par cancer du sein

Le cancer du sein est la localisation cancéreuse la plus fréquente et la première cause de mortalité par cancer chez la femme dans le monde avec 458 000 décès estimés en 2008[1].

En Ile-de-France, c'est l'un des deux cancers (avec le cancer du poumon) caractérisé par une surmortalité féminine par rapport aux autres régions françaises. En 2006, les 1 882 décès franciliens représentent un taux standardisé de 26,2 décès pour

100 000 femmes contre 24,7 en France métropolitaine, soit une surmortalité de 6% chez les Franciliennes. Cette surmortalité tend toutefois à se réduire depuis le début des années 1990 (Fig.1), le taux standardisé de mortalité diminuant un peu plus rapidement en Ile-de-France qu'au niveau national (respectivement -1,2% et -1,0% en moyenne par an entre 1991 et 2006).

Fig. 1 : Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du sein entre 1991 et 2006* (nombre de décès pour 100 000 femmes)



*Taux lissés sur trois ans (par exemple le taux 2006 correspond aux années 2005-2007) exprimés pour 100 000 femmes. Standardisation sur la population européenne. Sources : Inserm CépiDC, Insee, exploitation Fnors 2010.

Fortes disparités départementales de mortalité

La surmortalité par cancer du sein des Franciliennes est inégalement répartie dans la région (Fig.2) : en 2006, les taux standardisés de mortalité les plus élevés sont observés en Seine-et-Marne, à Paris et en Essonne. Les taux sont supérieurs à celui de la France métropolitaine dans l'ensemble des départements franciliens sauf en Seine-Saint-Denis.

Il faut noter que la baisse sensible de la mortalité par cancer du sein s'accompagne depuis le début des années 2000, d'une modification de la géographie de ce cancer dans la région : les départements les plus urbanisés du centre de la région ne sont plus ceux où l'on observe les niveaux de mortalité les plus élevés (sauf Paris).

Les estimations d'incidence indiquent une incidence élevée en Ile-de-France en 2005

Le nombre annuel de nouveaux malades, estimé par le réseau français des registres de cancer (Francim), est de 8 759 en Ile-de-France en 2005 (Tab.1), représentant 38% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme. Une femme sur quatre a moins de 50 ans et près de six sur dix entre 50 et 74 ans. Cette même année, 9 217 femmes ont obtenu de l'Assurance maladie la reconnaissance de leur cancer du sein comme affection de longue durée (ALD) et, à ce titre, la prise en charge à 100% des soins correspondants.

En population générale féminine, le taux standardisé de l'incidence estimée du cancer du sein est de 106,1 cas pour 100 000 Franciliennes (Fig.3), soit légèrement plus élevé que la moyenne nationale (101,5 cas pour 100 000 Françaises) et que le niveau moyen de la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest (hormis la Belgique et le Danemark[1]).

Tab. 1 : Cancer du sein : estimation du nombre de nouveaux malades de cancer du sein et admissions en ALD selon l'âge en Ile-de-France en 2005

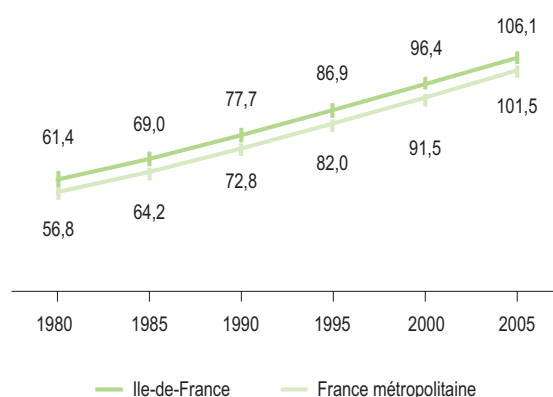
Age des femmes	Nouveaux cas estimés		Admissions en ALD	
	Nb	%	Nb	%
Moins de 50 ans	2 129	24,3	1 614	22,0
50-74 ans	5 114	58,4	6 319*	68,6*
75 ans ou plus	1 516	17,3	867**	9,4**
Tous âges	8 759	100,0	9 217	100,0

*Il s'agit des 50-79 ans.

**Il s'agit des 80 ans ou plus.

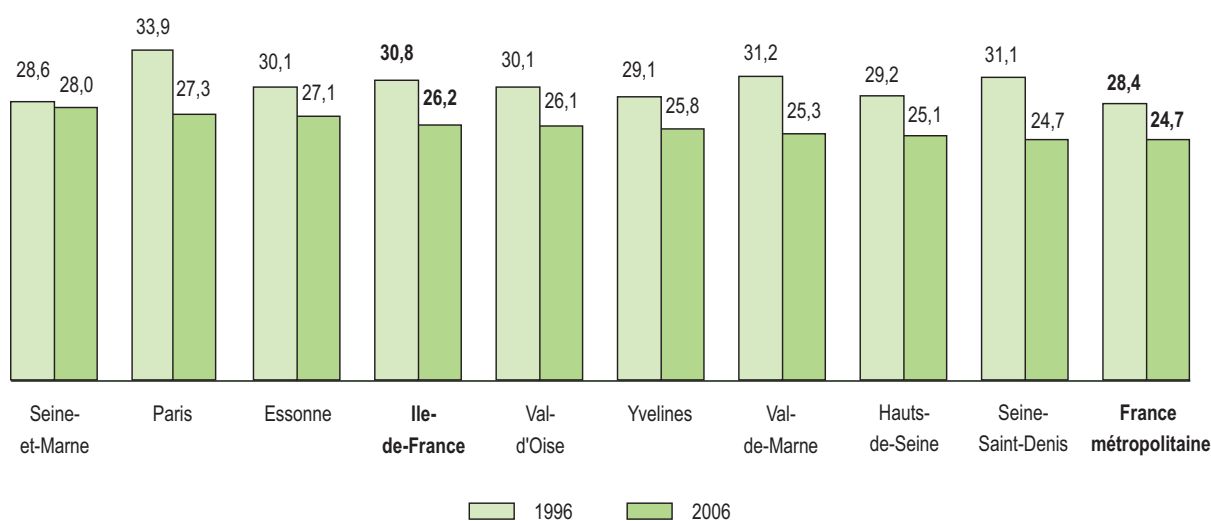
Sources : Francim, Urcam Ile-de-France.

Fig. 3 : Evolution du taux standardisé d'incidence estimée du cancer du sein entre 1980 et 2005 (taux pour 100 000 femmes)



Source : InVS (standardisation sur la population mondiale).

Fig. 2 : Taux standardisés de mortalité par cancer du sein dans les départements d'Ile-de-France en 1996* et 2006* (nombre de décès pour 100 000 femmes)



*Taux lissés sur trois ans (le taux 1996 correspond aux années 1995-1997, le taux 2006 aux années 2005-2007) exprimés pour 100 000 femmes. Standardisation sur la population européenne.

Sources : Inserm CépiDC, Insee, exploitation Fnors 2010.

Depuis le début des années 1980 et jusqu'en 2005, ces taux ont connu une augmentation continue de plus de 2% par an en Ile-de-France comme en France[2], en lien notamment avec le développement d'un diagnostic plus précoce. Cette hausse reflète aussi l'augmentation de la probabilité d'avoir un cancer du sein dans les générations récentes[3], caractérisées notamment par un âge à la maternité plus élevé qu'auparavant[4]. Or cette caractéristique, très présente en Ile-de-France[5], constitue l'un des facteurs de risque du cancer du sein[6,7].

Comparaison des sources de données d'incidence

Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes en France, mais pour laquelle il n'existe pas de système d'enregistrement homogène des cas sur l'ensemble du territoire.

L'estimation du nombre annuel de nouveaux malades atteints d'un cancer du sein calculée par Francim et le nombre de Franciliennes admises en ALD cancer du sein par les trois principaux régimes d'Assurance maladie constituent deux approches de la réalité, complémentaires mais non comparables en raison d'importantes différences méthodologiques. Par exemple les estimations du réseau Francim portent sur les seuls cancers du sein « infiltrants » alors que les admissions en ALD concernent tous les cancers du sein « nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».

Ces approches ne fournissent pas le nombre exact de Franciliennes atteintes par cette maladie.

Les données de survie, anciennes, indiquent une survie à 5 ans d'autant plus élevée que le cancer du sein est diagnostiqué à un stade précoce

En 1999[8], la survie relative à cinq ans des Franciliennes ayant fait une demande de reconnaissance de leur cancer du sein comme affection de longue durée en 1994, variait fortement selon le type, la taille et l'envahissement ganglionnaire de la tumeur lors du diagnostic initial (Fig.4) : de 98% pour les femmes dont la tumeur relevait du stade I (petites tumeurs sans envahissement ganglionnaire) à 20% pour celles dont la tumeur relevait du stade le plus élevé (stade IV). Le taux de survie relative à cinq ans apparaissait particulièrement élevé pour les tumeurs diagnostiquées à un stade précoce et très faible pour les diagnostics plus tardifs.

L'amélioration des thérapeutiques et le développement d'un diagnostic plus précoce (découverte de tumeurs de petite taille et d'évolution de meilleur pronostic) ont participé à l'accroissement du taux de survie à cinq ans en Europe. Entre 1990-1994 et 1995-1999, ce taux est passé de 76,1% à 81,6% en Europe et de 81,3% à 85,3% en France[9,10].

Facteurs de risque, facteurs protecteurs

Les principaux facteurs de risque mis en évidence sont liés à l'histoire hormonale féminine, en particulier l'imprégnation oestrogénique (âge précoce des premières règles, âge tardif de la ménopause), ainsi qu'aux caractéristiques de la vie reproductive comme une première grossesse après trente ans. Or la tendance à l'augmentation régulière de l'âge à la maternité, observée depuis plusieurs décennies, est plus marquée en Ile-de-

France, notamment à Paris[5], que dans les autres régions françaises. Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause sont également associés à une augmentation du risque tout comme le surpoids post-ménopause et l'obésité post-ménopause[6,7].

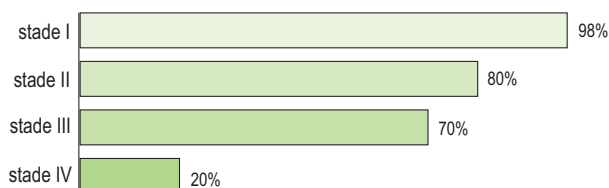
En termes de facteur comportemental, la consommation d'alcool, même faible, augmente aussi le risque[6,7].

Les radiations ionisantes accidentelles ou médicales (radiologie interventionnelle, multiples scanners ou radiographies, radiothérapie) représentent les seuls facteurs de risque environnementaux reconnus[6,7]. Certaines études en populations agricoles suggèrent aussi l'implication des pesticides dans le cancer du sein[7].

Concernant les facteurs génétiques, ils sont impliqués dans 6 à 10% des cas[6].

L'allaitement maternel d'une part et l'activité physique à tout moment de la vie d'autre part sont les principaux facteurs associés à une diminution du risque de cancer du sein[6,7].

Fig. 4 : Survie à cinq ans des femmes atteintes d'un cancer du sein selon le stade* de leur cancer au moment du diagnostic (taux de survie relative à cinq ans, cohorte 1994-1999)**



*Les cancers sont classés en fonction du type, de la taille et de l'envahissement ganglionnaire de la tumeur : du stade I (petites tumeurs sans envahissement ganglionnaire) au stade IV.

**Cette méthode tient compte de la structure d'âge et de mortalité générale dans la population pour le calcul de la survie attendue.

Source : Association Pétri, survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999.

Une étude de la survie des cancers en Ile-de-France[8]

Les services médicaux des principaux régimes d'Assurance maladie ont réalisé sous l'égide de l'association Pétri (Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Ile-de-France) une étude descriptive de la mortalité cancéreuse en Ile-de-France. Un des intérêts de l'étude a été de présenter des résultats en termes de survie au niveau d'une région entière, l'Ile-de-France, qui couvre près de 20% de la population française, et qui par ailleurs ne dispose pas de registre des cancers. Cette étude a débuté en 1994 par une première phase consistant en un recueil exhaustif des cancers incidents déclarés en Ile-de-France à l'Assurance maladie, à partir des admissions en affection de longue durée pour tumeur maligne : 27 080 patients ont ainsi été inclus dans la cohorte. Une deuxième phase a consisté à assurer le suivi à un, trois et cinq ans d'un échantillon de 4 166 patients issus de cette cohorte, permettant d'évaluer la survie pour les principales localisations cancéreuses. L'Assurance maladie n'a malheureusement pas pu renouveler cette étude pour mesurer l'évolution des stades au diagnostic et de la survie selon le stade.

Pratiques du dépistage en Ile-de-France

Enjeux

La mammographie : une technique reconnue pour détecter les tumeurs de petite taille

La mammographie est une technique de radiographie qui met en évidence les tumeurs de petite taille au niveau des seins en l'absence de symptômes cliniques[11]. Elle permet d'améliorer le pronostic vital du cancer du sein, bien plus favorable quand la maladie est détectée à un stade précoce (cf. page précédente).

Le dépistage par mammographie diminue la mortalité et les traitements lourds

Selon la communauté scientifique, le dépistage régulier du cancer du sein par mammographie est « justifié médicalement pour les femmes de 50 à 69 ans puisqu'il diminue la mortalité par cancer du sein dans les essais randomisés de 20% à 35% après plus de quinze ans de suivi »[12,13].

A partir de 50 ans, toutes les femmes doivent pouvoir bénéficier régulièrement d'une mammographie de dépistage

Pour que toutes les femmes de 50 ans ou plus puissent bénéficier d'une mammographie de dépistage, celui-ci nécessite une organisation structurée en population générale afin de s'adresser à l'ensemble des femmes. Par ailleurs, pour que le dépistage atteigne ses objectifs, il est nécessaire de s'assurer aussi de la qualité de la mise en oeuvre de ce dépistage et de son suivi, et donc de disposer d'une évaluation rigoureuse[12]. Pour répondre à ces exigences, des dispositifs standardisés et systématiques de mise en oeuvre et de suivi du dépistage du cancer du sein, intitulés « dépistage organisé », ont été mis en place dans plusieurs pays, dont certains d'Europe de l'Ouest (cf. encadré ci-dessous). Dans ce cadre, un référentiel européen, mis à jour en 2006, a défini deux conditions nécessaires pour observer un recul effectif de la mortalité par cancer du sein[14] : au moins 70% des femmes d'une certaine tranche d'âge doivent réaliser une mammographie de dépistage (70% est la proportion « acceptable », 75% la proportion « préférable ») et ces mammographies de dépistage doivent être répétées tous les deux ans.

Stratégies française et francilienne

En France, la mammographie est recommandée pour le dépistage du cancer du sein depuis les années 1990[15]. Elle est réalisée dans le cadre du suivi médical individuel des femmes ou, depuis 2002, dans le cadre d'un dispositif national : le dépistage organisé (mis en oeuvre dans tous les départements début 2004). Selon la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique[16], il est (notamment) nécessaire que 80% des femmes de 50-74 ans bénéficient d'une mammographie de dépistage, quel qu'en soit le cadre de réalisation : individuel ou organisé, afin de « réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez la femme »[17]. Dans l'étude Pétri (cf. encadré page précédente), 6,5% des femmes suivies entre 1994 et 1999 relevaient du stade le plus élevé (Fig.5). La loi précise aussi que l'information relative à l'ancienneté de la dernière mammographie doit être activement recherchée.

Fig. 5 : Répartition des femmes atteintes d'un cancer du sein selon le stade* de leur cancer au moment du diagnostic (en %)

stade I	stade II	stade III	stade IV
40,4%	39,3%	13,8%	6,5%

*Les cancers sont classés en fonction du type, de la taille et de l'envahissement ganglionnaire de la tumeur : du stade I (petites tumeurs sans envahissement ganglionnaire) au stade IV.

Source : Association Pétri, survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999.

Au niveau francilien, la promotion du dépistage des cancers féminins (cancer du sein et du col de l'utérus), en particulier vis-à-vis des populations à l'écart du dépistage (défavorisées ou vulnérables), a constitué le premier des trente objectifs du Plan régional de santé publique 2006-2010[18]. Plusieurs actions de terrain ont été financées dans ce cadre par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, l'Assurance maladie et le Conseil régional, regroupés au sein d'une institution spécifique : le Groupement régional de santé publique. Elles visaient l'amélioration de l'implication des médecins dans le dépistage du cancer du sein et la sensibilisation des publics à l'écart. Depuis le 1^{er} avril 2010, les orientations stratégiques en matière de dépistage du cancer du sein et le financement d'actions de terrain relèvent de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS) en lien avec l'Assurance maladie.

De la mammographie individuelle à la mammographie collective : le choix français de la coexistence d'un dépistage individuel avec un dépistage organisé

Afin de réduire la mortalité par cancer du sein et limiter les traitements lourds, plusieurs pays industrialisés ont mis en place un dépistage standardisé et systématique du cancer du sein par examen mammographique régulier pour les femmes à partir de 50 ans : le « dépistage organisé ». En France, en Espagne, en Italie, en Finlande, au Canada et en Australie, les mammographies de dépistage organisé coexistent avec les mammographies de dépistage individuel. D'autres pays ont fait le choix exclusif du dépistage organisé (Pays-Bas, Suède,

Royaume-Uni, Nouvelle Zélande). Le dépistage individuel exclusif existe aussi, notamment en Belgique et aux Etats-Unis[19].

Expérimenté à la fin des années 1980 en France, le dépistage standardisé et systématique du cancer du sein a été étendu à l'ensemble du territoire national en 2004. En Ile-de-France, le Val-d'Oise a été le premier département à le mettre en place en 1991, suivi par les Yvelines en 1997, la Seine-Saint-Denis en 1999, l'Essonne en 2000, le Val-de-Marne en 2002, Paris, les Hauts-de-Seine et la Seine-et-Marne en 2003.

Deux modes de dépistage : organisé ou individuel

Dépistage individuel et dépistage organisé ne procèdent pas des mêmes logiques : logique de santé individuelle pour le premier, logique de santé publique pour le second.

Le dépistage individuel désigne la mammographie prescrite par le médecin (généraliste ou souvent gynécologue) aux femmes qui le consultent dans le cadre de leur suivi médical.

Le dépistage organisé est conçu pour améliorer l'égalité d'accès des femmes au dépistage et leur garantir une qualité des pratiques et du matériel.

Le dépistage organisé propose à toute femme âgée de 50 à 74 ans une mammographie prise en charge à 100% par l'Assurance maladie, renouvelable tous les deux ans

Le dépistage organisé cible l'ensemble des femmes âgées de 50 à 74 ans. C'est en effet dans cette tranche d'âge que l'incidence du cancer du sein est la plus élevée (Tab.1) et que le bénéfice du dépistage du cancer du sein en termes de mortalité évitée a été démontré[12,13].

Le dépistage organisé est géré indépendamment de la médecine libérale

L'organisation d'un dépistage qui permette à l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans - qu'elles consultent un médecin ou non - de bénéficier d'un examen clinique et d'une mammographie pris en charge à 100% par l'Assurance maladie, et d'en bénéficier tous les deux ans, a été confiée à des structures départementales, le plus souvent associatives, intitulées « structures de gestion » (ou centres de coordination des dépistages des cancers). Le fonctionnement des structures de gestion est financé à moitié par l'Etat (ARS) et l'Assurance-maladie.

Suite à l'envoi d'une invitation par la structure de son département, toute femme âgée de 50 à 74 ans peut réaliser une mammographie de dépistage chez un radiologue agréé, qu'elle choisit parmi ceux figurant sur une liste fournie avec l'invitation. L'entrée dans le dispositif de dépistage organisé ne repose donc pas, a priori, sur le professionnel de première ligne qu'est le médecin libéral - qu'il s'agisse du médecin généraliste ou du gynécologue. Leur implication dans les structures de gestion est hétérogène. En Ile-de-France, une procédure leur permet toutefois, ainsi qu'aux radiologues, de prescrire directement la mammographie de dépistage organisé en vérifiant l'éligibilité de la femme via un site internet spécifique (www.neonetidf.org).

Suivi épidémiologique et économique du dépistage organisé

Afin de garantir la qualité des pratiques et d'éviter un surdiagnostic, le dépistage organisé est doté de procédures d'évaluations épidémiologique et médico-économique.

A l'inverse, le dépistage individuel ne fait pas l'objet d'un recueil spécifique. De ce fait, il est peu évaluable : le nombre de femmes concernées par le dépistage individuel, le rythme ainsi que la qualité des examens effectués sont peu connus.

Double lecture, formation des intervenants et contrôle du matériel caractérisent le dépistage organisé

Le dépistage organisé est régi par des procédures qui constituent des garanties d'assurance qualité sans équivalent dans le dépistage individuel. Il s'agit principalement de :

- > la double lecture des clichés jugés normaux ou bénins, la première lecture étant effectuée au lieu de réalisation de la mammographie, la seconde au sein de la structure départementale de gestion[20]; cette vérification systématique a permis le diagnostic de 5,3% des cas de cancers identifiés en 2006 par le dépistage organisé à Paris[21] (6,4% en France[22]) ;
- > la formation des radiologues (premier et second lecteurs) et des manipulateurs ;
- > le contrôle du matériel : la définition et la mise en oeuvre de procédures d'évaluation du dépistage organisé ont permis de mettre en évidence la moindre qualité de plusieurs appareils de mammographie utilisés en routine. Des décisions techniques (amélioration de la qualité de l'image par exemple) applicables à l'ensemble des mammographes de France en ont découlé, au bénéfice de toutes les femmes, que celles-ci réalisent leur mammographie dans le cadre du dépistage organisé ou dans un autre cadre.

Le dépistage individuel : un frein établi au dépistage organisé

Au milieu des années 2000, l'existence d'une alternative au dépistage organisé représentait, pour plusieurs auteurs étrangers, le premier frein à la réalisation d'une mammographie de dépistage organisé[19]. Ce constat était partagé par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé en 2004[23], pour qui « l'importance des coûts engagés dans la mise en place généralisée du programme de dépistage organisé du cancer du sein ne peut se justifier que si le dépistage individuel, traditionnellement important en France, disparaît au profit du dépistage organisé »[12]. Plusieurs auteurs décrivent d'ailleurs l'effet peu incitateur du dépistage organisé avec la coexistence d'un dépistage individuel, une partie des femmes et des médecins privilégiant le dépistage individuel au dépistage organisé[24]. Par ailleurs, les médecins représentent les personnes les plus influentes pour convaincre les femmes de passer du dépistage individuel au dépistage organisé[12].

Réponse des femmes à la proposition d'une mammographie de dépistage organisé

Faible utilisation du dépistage organisé en Ile-de-France, en particulier à Paris, dans les Hauts-de-Seine et en Essonne

En 2008 et 2009, 570 445 Franciliennes âgées de 50 à 74 ans ont bénéficié d'une mammographie de dépistage organisé du cancer du sein. Le taux de participation^[25], en faible augmentation depuis 2005 (Fig.6), est de 40,5% dans la région (Fig.7), soit douze points en dessous du niveau national (52,8%). Paris est le département qui enregistre le taux le plus faible de France, suivi des Hauts-de-Seine, de la Guyane puis de l'Essonne. Le Val d'Oise et la Seine-et-Marne sont les seuls départements d'Ile-de-France à dépasser la moyenne nationale.

Aucun département francilien n'atteint (avec le dépistage organisé seul) le seuil de participation au dépistage organisé fixé par le référentiel européen

Toutefois, aucun département francilien n'atteint le seuil « acceptable » de 70% recommandé par le référentiel en vigueur dans l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé. En 2008 et 2009, un seul département français l'a atteint (la Haute Vienne avec 70,0%). Dans ce contexte, une des six mesures « phare » du dernier plan cancer (2009-2013) vise « à augmenter de 15% la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés ». Et cette augmentation devrait être « de 50% pour les départements rencontrant le plus de difficultés ».^[26]

Les Franciliennes de 50-74 ans, diagnostiquées grâce au dépistage organisé, représentent un tiers des nouveaux cas de cancer du sein estimés par Francim

En 2005, soit un an après la généralisation du dépistage organisé à l'ensemble du territoire français, la proportion de cancers détectés suite à la réalisation d'une mammographie de dépistage

organisé était de 6,9 pour 1 000 Franciliennes de 50-74 ans, soit légèrement inférieure au niveau national (7,1 pour 1 000).^[27,28] Les 1 653 cas de cancers diagnostiqués via le dépistage organisé représentaient alors 32,3% des nouveaux cas de cancer du sein estimés pour cette tranche d'âge en Ile-de-France (cf. Tab.1).

La part du dépistage individuel tend à diminuer mais reste importante en Ile-de-France, en particulier à Paris

Le tableau de bord francilien (cf. encadré page suivante) permet l'exploitation des données des différents régimes de l'Assurance maladie associées à celles des structures de gestion. Selon cet outil^[27], 220 000 Franciliennes âgées de 50 à 74 ans auraient bénéficié d'une mammographie de dépistage individuel en 2008, soit 31% d'entre elles (Fig.8). La part du dépistage individuel est particulièrement élevée en Ile-de-France, notamment à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Elle semble relativement importante comparée aux autres régions françaises où, selon l'Institut de veille sanitaire^[29], elle serait d'environ 10%. Cette tendance doit toutefois être considérée avec prudence, en raison de la méconnaissance du caractère comparable de la donnée indicative française avec les données franciliennes.

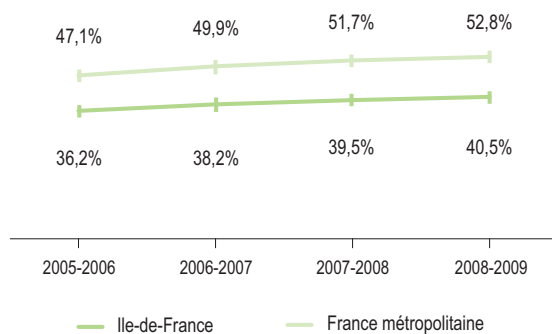
Un seul département francilien atteint l'objectif de dépistage fixé par la loi du 9 août 2004

La proportion de femmes de 50-74 ans ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage - quel qu'en soit le cadre de réalisation : individuel ou organisé - est de 71% en Ile-de-France (Fig.8), mais elle varie de 66% en Essonne à 80% dans le Val d'Oise, seul département à atteindre, en 2008, l'objectif fixé par la loi relative à la politique de santé publique de 2004^[17].

Peu d'évolution de la proportion de Franciliennes à l'écart du dépistage : 3 sur 10 chez les 50-74 ans

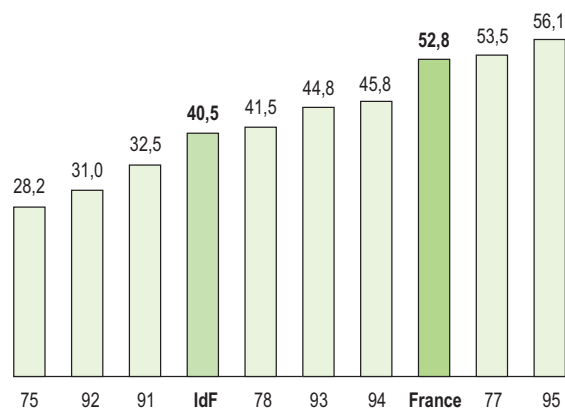
Ces résultats permettent d'estimer la proportion de femmes âgées de 50 à 74 ans totalement à l'écart du dépistage du cancer du sein et qui nécessitent une approche spécifique. En 2008, celle-ci est proche de 30%, valeur comparable à celle des années 2004, 2005, 2006 et 2007.

Fig. 6 : Evolution du taux de participation des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein entre 2005-2006 et 2008-2009 (en %)



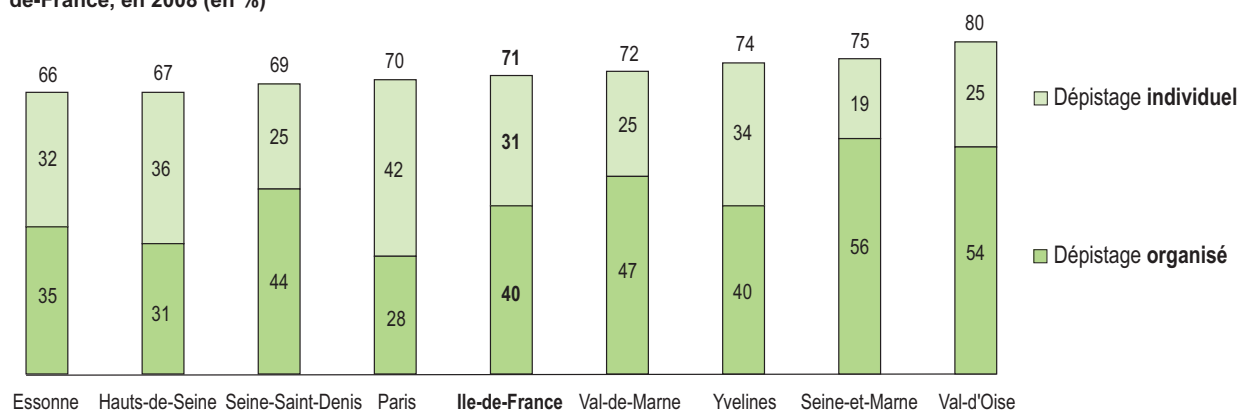
Source : InVS.

Fig. 7 : Taux de participation des femmes de 50-74 ans au dépistage organisé du cancer du sein en 2008-2009 (en %)



Source : InVS.

Fig. 8 : Proportion de femmes de 50-74 ans ayant bénéficié d'une mammographie de dépistage dans les départements d'Ile-de-France, en 2008 (en %)



Source : Drassif/Efect, tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France 2010, exploitation des données 2008.

Un outil de suivi spécifique du dépistage organisé en Ile-de-France : le tableau de bord

Un tableau de bord du suivi du dépistage du cancer du sein en Ile-de-France a été mis en place par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) en 2003 afin de recueillir des données dans un délai relativement court par rapport à la disponibilité des données nationales, et d'aider au pilotage. Il est mis en œuvre par un consultant en santé publique (Efect).

Ce tableau de bord est le fruit d'une démarche participative entre l'Etat, des experts et les coordonnateurs des huit structures de gestion d'Ile-de-France.

Il rassemble les données de différentes sources : Assurance-maladie avec l'appui de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (jusqu'en

2010, ARS depuis), celles des structures de gestion ainsi que diverses sources de contexte (Insee...).

Le tableau met en perspective les données des huit structures de gestion et leur évolution d'une année à l'autre. Les indicateurs élaborés permettent de suivre en particulier la participation et la couverture (cf. Fig.8), le fonctionnement des structures de gestion (rendu des résultats), la qualité des données (taux de positifs...), l'efficacité (proportion de cancers), le délai d'accès au traitement selon les catégories d'ACR[30] des mammographies anormales.

Il est évolutif afin d'améliorer la qualité des données (modification, ajout ou suppression des indicateurs selon leur pertinence).

Pratique régulière de la mammographie

Une information indisponible en routine

Bien que les structures de gestion distinguent la première mammographie de dépistage organisé des mammographies suivantes, elles ne disposent pas des informations relatives aux éventuelles mammographies de dépistage individuel réalisées par une femme entre ses 50 et 74 ans. Cette absence de visibilité représente un obstacle majeur pour rendre compte du caractère régulier et à long terme de réalisation de la mammographie de dépistage, caractéristiques associées à la réduction de la mortalité par cancer du sein ainsi qu'à la réduction de la proportion de cancers du sein à un stade avancé (cf. page 4). Pour une femme de 50 ans, cible du dépistage organisé, cela représente treize mammographies (jusqu'à ses 74 ans). En ce sens, une complémentarité entre les structures de gestion et l'Assurance maladie devrait être développée. Par ailleurs, l'indicateur attaché au caractère régulier de la mammographie aurait vocation à être intégré au cahier des charges nationale.

A l'heure actuelle, seules les enquêtes en population générale apportent quelques premiers éléments de réponse.

72% des Franciliennes de 50-74 ans déclarent avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années

Selon le Baromètre santé 2005 de l'Inpes, si plus de neuf

Franciliennes sur dix de 50-74 ans (tranche d'âge cible du dépistage organisé) déclarent avoir « déjà passé une mammographie » au cours de leur vie (de dépistage ou autre), elles sont seulement 72% à en avoir bénéficié dans les deux dernières années[31] (65% au niveau national[32]). Du fait de son origine déclarative et de l'ignorance du contexte de réalisation de la mammographie (dépistage ou autre), cette proportion n'est qu'indicative. Des informations plus précises sont nécessaires pour mieux rendre compte du caractère régulier et à long terme de réalisation de la mammographie de dépistage organisé en population générale féminine âgée de 50 à 74 ans.

Le suivi épidémiologique du dépistage du cancer du sein : une observation perfectible

Deux axes d'amélioration peuvent être proposés :

> en termes d'incidence, il s'agit de réduire la fréquence de production des estimations régionales (actuellement 5 ans) et de disposer d'estimations à un niveau géographique plus fin que le niveau régional ;

> le caractère régulier de la mammographie est une information qui devrait figurer au sein du cahier des charges national : cela suppose de pouvoir s'appuyer sur les données de l'Assurance-maladie afin de prendre en compte les mammographies de chaque femme réalisées dans le cadre du dépistage organisé et du dépistage individuel.

Orientations pour mener des actions de promotion de la santé intégrant le dépistage du cancer du sein

Les travaux menés depuis 2003 par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales chargée de décliner les orientations stratégiques du premier plan cancer (2003-2007) au niveau régional ainsi que ceux réalisés par l'Observatoire régional de santé sur l'observation des cancers en Ile-de-France (cf. encadré ci-dessous) ont permis de dégager plusieurs orientations susceptibles d'être retenues pour la réalisation d'actions de terrain visant la promotion de la santé, dont la sensibilisation au dépistage du cancer du sein constituerait l'un des volets.

L'exposé des orientations proposées pour mener ce type d'actions met tout d'abord l'accent sur plusieurs aspects fondamentaux, à prendre en compte quel que soit le public ciblé par l'action : sur le fond, la violence psychologique que représente tout acte de dépistage est une caractéristique qui doit être systématiquement considérée ; sur la forme, il convient de

s'appuyer sur les outils existants et de prévoir une évaluation publiée des actions menées. Des orientations ciblées par public viennent ensuite, concernant d'abord les femmes bénéficiaires du dépistage organisé, puis les femmes privilégiant le dépistage individuel, puis celles qui ne se font pas dépister. Enfin, des orientations pour mener des actions visant spécifiquement les médecins libéraux sont présentées. Bien que ces derniers soient peu impliqués dans l'organisation du dépistage, la littérature les désigne comme premiers vecteurs de mobilisation pour l'ensemble des publics. Pour chacun des publics, les orientations débutent par le rappel de l'enjeu représenté en termes de santé publique, suivi des caractéristiques du public, avant la déclinaison des principaux leviers d'intervention. Des tableaux, figurant en annexe, précisent les éléments constitutifs des orientations.

Contexte

Les orientations ont été définies à partir des enseignements issus de plusieurs démarches menées par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France (Drass) et par l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Ile-de-France.

Pour la Drass, il s'agit en particulier :

- > de la formation des coordinateurs des structures de gestion à la mobilisation et l'aide des personnes relais pour parler du dépistage du cancer du sein ;
- > de l'échange d'expériences avec les promoteurs d'actions de sensibilisation au dépistage du cancer du sein vers les personnes à l'écart ;
- > de l'animation de groupes de travail régionaux avec les coordinateurs des structures de gestion ;
- > du soutien des généralistes maîtres de stage sur une recherche-action afin de mobiliser les médecins traitants pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage des cancers ;
- > de l'accompagnement d'un mémoire ayant pour questionnaire « quelle accessibilité pour les femmes avec un handicap moteur au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus »[49].

Pour l'ORS, les travaux concernent :

- > une analyse des déterminants de qualité des actions de promotion de la santé ciblées sur le dépistage du cancer du sein ;
- > un appui méthodologique à la mise en oeuvre d'une action de promotion du dépistage organisé du cancer du sein auprès des femmes malentendantes dans le Val d'Oise, pilotée par l'association Prévention et santé en Val d'Oise (PSVO), structure de gestion du 95 ;
- > le suivi de l'épidémiologie des cancers en Ile-de-France ;
- > une cartographie du taux de participation au dépistage du cancer du sein, avec un maillage fin, pour améliorer la compréhension des facteurs de recours, d'abord dans un quartier parisien, avant extension à l'ensemble de Paris ; ce travail est mené en partenariat avec l'Association pour le dépistage des cancers à Paris (Adéca 75), structure de gestion parisienne ;

> une réflexion issue d'une proposition de réponse à l'appel à projets 2010 de l'Institut de recherche en santé publique ; le projet portait sur le dépistage du cancer du sein à Paris : quels facteurs influencent les femmes qui privilégient le dépistage individuel, quelles sont les caractéristiques des femmes qui ne bénéficient pas du dépistage ? Il devrait être engagé en 2012.

Les deux premières démarches ont été réalisées à la demande et en partenariat avec la Drass (regroupée avec d'autres institutions de santé au sein de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France depuis le 1^{er} avril 2010).

Méthode

Tous ces travaux se sont appuyés sur de vastes recherches bibliographiques, auxquelles le centre de documentation de la Drass a largement contribué en 2009. Les recherches bibliographiques visaient principalement à identifier dans les dix dernières années, les références décrivant des actions de promotion du dépistage du cancer du sein menées en France ou ailleurs auprès des femmes, quelles que soient leurs caractéristiques démographiques, sociologiques, économiques, culturelles.

Des échanges d'expériences avec plusieurs structures de gestion franciliennes ainsi que des associations réalisant des actions de promotion du dépistage du cancer du sein ont également été organisés.

Limites : peu de résultats d'action de terrain publiés, une seule action de terrain évaluée en termes d'efficacité et d'efficience

La plupart des références s'intéresse aux motifs de non-participation au dépistage ; peu relate des actions de terrain. Lorsque c'est le cas, les actions ciblent principalement les femmes « de statut précaire et/ou isolées » ou « en situation de précarité ».

Parmi les actions référencées, un seul article évoque l'évaluation économique de l'action en termes d'efficacité et d'efficience[33].

Les médecins libéraux interrogés sont des généralistes et des gynécologues. Aucune référence ne s'intéresse spécifiquement aux radiologues libéraux.

Par ailleurs, peu de travaux publiés concerne la région francilienne.

Orientations générales

Le dépistage est un acte violent : cette caractéristique doit être prise en compte par l'ensemble des acteurs et nécessite une réflexion sur l'accompagnement des femmes à tous les stades de leur démarche (information, mammographie, suivi)

Les interrogations sur les motifs de non réalisation du dépistage se heurtent à un point crucial : « tous les motifs de non-suivi ne peuvent être dits ». Si l'on se réfère au travail du Craes Rhône-Alpes^[34], les femmes dont les motifs sont inconnus sont le groupe le plus important ; elles ne savent pas ou ne veulent pas argumenter leur absence de suivi, peut-être tout simplement ne le peuvent-elles pas. L'offre de dépistage d'une telle maladie (ou de toute autre maladie comme le Sida...) plonge, inscrit d'emblée dans l'épreuve. L'acte de dépister et celui de se faire dépister ouvrent sur un champ bien particulier : cela interroge la femme (et l'homme) dans son humanité, à savoir sa nécessaire proximité avec la mort, l'incertitude de son identité qui l'oblige à passer par l'autre, à se confronter avec lui et de fait à entrer dans le champ de la Responsabilité et du sens de sa vie. Cette épreuve semble réduire à néant tout espoir de façonner la vie en accord avec l'attente de son désir. En effet, l'acte de dépistage a une fâcheuse tendance à mettre déjà en présence de ce qu'il tente de mettre à jour. La « chose » (tumeur) cherchée peut ne pas être, et pourtant d'une certaine manière, elle est déjà là. C'est une rupture dans le temps de l'insouciance. L'acte de dépistage interpelle la femme sur sa propre capacité à « tenir » devant la perspective d'une annonce positive et de sa suite, dans un contexte où l'engrenage médical est bien davantage perçu que le bénéfice du traitement précoce.^[34]

Cet acte est violent comme d'autres situations médicales car un corps n'est jamais strictement biologique, il est habité par une âme, un sujet, et cette violence est partagée par l'ensemble de l'équipe médicale. Le sein est de plus tout à la fois un lieu intime, fragile et lieu de sensualité. A cela peut s'ajouter chez certaines personnes, un clivage par rapport à son corps, lié à la pudeur ou à un corps vieillissant. Or l'acte technique oblige la femme à se retirer de son corps afin qu'il ne soit plus qu'un objet de recherche et d'exploration. La femme n'a pas d'autre choix que de faire confiance aux différents intervenants techniques qui s'agiteront autour d'elle. Avec cette confiance, c'est tout son rapport à la vie et aux autres qu'elle offre, mais c'est aussi tout cela que les différents intervenants reçoivent lorsqu'ils acceptent de participer de près ou de loin à une telle démarche. C'est de son rapport à elle-même, aux autres et à la vie dont ils doivent répondre à travers les actes techniques et à travers la parole qui les accompagnent. Seul le souci de la présence de l'humanité en l'autre, en cette femme, peut faire que cette violence reste humaine par le regard et l'écoute.^[34]

Les actions de terrain doivent privilégier les outils existants

Ceci suppose l'identification, au niveau national, d'un organisme ressource, par exemple l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ou l'Institut national du cancer (Inca), pour rassembler l'ensemble des outils disponibles et toutes les informations relatives à leur mise en oeuvre ainsi qu'à leur validation sur le terrain. Ce travail pourrait se faire en lien avec les pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé (cf. encadré ci-dessous).

Les actions de terrain doivent être évaluées et cette évaluation doit faire l'objet de publications

La démarche d'évaluation doit être définie dès la phase d'élaboration de l'action. Pour cela, les porteurs d'actions peuvent solliciter les dispositifs compétents en évaluation d'actions de terrain comme l'Instance régionale en éducation pour la santé d'Ile-de-France (Iresp) qui propose notamment des conseils méthodologiques - individuels ou de groupe - en évaluation (ainsi qu'en élaboration de projets).

Afin de favoriser le partage d'expériences, l'évaluation devrait être valorisée à travers une publication mise en ligne notamment sur le site internet de l'organisme ressource mentionné au point précédent.

Les principaux acteurs de l'éducation pour la santé en Ile-de-France^[35]

Associations loi 1901 à but non lucratif, les *Comités départementaux d'éducation pour la santé* (Codes) promeuvent dans leur département des actions d'éducation pour la santé. Ils sont les relais locaux des politiques de prévention régionales et nationales. En 2011, la région francilienne dispose de quatre Codes, situés en Seine-Saint-Denis, dans les Yvelines, en Essonne et dans le Val d'Oise.

Créée en avril 2010, l'*Instance régionale en éducation pour la santé d'Ile-de-France* (Iresp) fédère les quatre Codes et a vocation à développer et à accueillir les Codes à venir dans les départements non-pourvus actuellement. D'autres partenaires seront aussi progressivement associés. Des pistes de mutualisation entre les Codes et des propositions de principes de gouvernance sont en cours de réflexion. Le « *Pôle régional de compétences en éducation pour la santé* » est un dispositif qui correspond à la mise en commun des compétences régionales en éducation pour la santé, par la mise en synergie des principaux opérateurs régionaux dans ce domaine. Les partenaires du pôle francilien sont les quatre Codes regroupés au sein de l'Iresp ainsi que l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), l'Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie (ANITÉA), l'association de lutte contre le sida Aides et le Centre régional d'information et de prévention du sida d'Ile de France (Crips). Le pôle est piloté par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS).

Orientations pour les actions ciblant les femmes qui bénéficient du dépistage organisé

Enjeu : une fidélisation à encourager sur du long terme

Afin d'observer un effet réducteur sur la mortalité par cancer du sein, les femmes doivent bénéficier - régulièrement et à long terme - d'une mammographie de dépistage : tous les deux ans pour les femmes cibles du dépistage organisé selon les recommandations françaises et européennes[14,15]. En effet, « la réduction de la mortalité ne sera perceptible que si la participation des femmes est importante dans la durée »[12]. Or, en 2000, sur 100 femmes ayant déjà effectué une mammographie de dépistage organisé dans les départements où le dépistage organisé existait, 46 en avaient effectué une deuxième dans ce cadre[12]. En 2005-2006, cette proportion était de 49% à Paris[36]. Sous réserve que les 54 Françaises (sur 100) et 51 Parisiennes (sur 100) qui n'ont pas refait de mammographie de dépistage organisé deux ans après la première, n'en aient pas réalisé non plus dans le cadre d'un dépistage individuel (cette information n'est pas vérifiable, cf. page 7), ces chiffres sont très insuffisants au regard du taux cible : 100%. De plus, d'après la littérature internationale[19], il est probable que ces proportions diminuent encore avec les mammographies suivantes. La « fidélisation » des femmes vis-à-vis du dépistage organisé, qualifiée par certains auteurs d'« observance des recommandations »[37], constitue dès lors un enjeu majeur du dépistage.

Qui sont-elles ?

Les caractéristiques des femmes les plus susceptibles de réaliser une mammographie de dépistage organisé sont notamment décrites dans une étude française à travers une comparaison avec les femmes privilégiant le dépistage individuel. Par rapport à ces dernières, elles ont atteint un niveau d'études moins élevé, sont moins souvent suivies par un gynécologue et moins souvent à jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus[38].

Agir sur les facteurs psychologiques présents lors du premier dépistage, notamment en mobilisant les médecins

Les recherches bibliographiques ont permis d'identifier une revue de la littérature relative à la participation « secondaire »[19] des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. La participation secondaire désigne les participations successives des femmes après leur premier dépistage, c'est-à-dire les mammographies de dépistage réalisées régulièrement suite à la première mammographie de dépistage.

L'étude met l'accent sur la qualité de la première expérience de dépistage comme élément déterminant des dépistages suivants : « La première mammographie ne doit occasionner ni douleur, ni embarras ; la prise en charge par l'équipe de radiologie doit être rapide et courtoise. »[19] Ressentie comme « satisfaisante », elle induirait la participation secondaire. Or cette satisfaction est fonction de nombreux facteurs psychologiques sur lesquels il est possible d'agir comme les freins émotionnels (inquiétude, peur), la perception de sa vulnérabilité par rapport au cancer du sein et

la perception des bénéfices de la mammographie. Selon l'étude[19], ces facteurs dépendent notamment de la connaissance qu'ont les femmes du cancer du sein et du dépistage. Par ailleurs, l'influence des comportements passés traduisant une attitude favorable à la prévention (suivi gynécologique régulier ou attitudes positives face à la santé) ainsi que les encouragements des médecins traitants constituent également des facteurs prédictifs de la participation secondaire.

En l'absence de littérature relatant des interventions ciblant spécifiquement les femmes bénéficiant du dépistage organisé, ces éléments suggèrent des actions visant les médecins. Ce point est développé en fin de publication (cf. page 14 et Tab.7). Cette proposition s'appuie également sur les résultats suivants :

- > le rôle clef du médecin comme incitateur au dépistage organisé du cancer du sein[12,39] ;
- > l'influence du médecin comme facteur associé à la pratique régulière et sur le long terme de la mammographie : « le médecin de famille influence grandement les femmes dans leur décision de participer aux dépistages subséquents et de respecter l'intervalle entre les mammographies »[40] ;
- > le fait que « l'information auprès des femmes devrait davantage insister sur la nécessité de pratiquer régulièrement (tous les deux ans) et sur du long terme une mammographie de dépistage »[12].

Orientations pour les actions ciblant les femmes qui privilégient le dépistage individuel

Enjeu : la réalisation de leur mammographie dans le cadre du dépistage organisé

Les femmes qui privilégient le dépistage individuel du cancer du sein ne bénéficient pas des mêmes garanties d'assurance qualité que celles lui préférant le dépistage organisé, notamment la double lecture des clichés jugés normaux ou bénins qui a - pourtant - permis en 2006, le diagnostic de 5,3% des cas de cancers identifiés par le dépistage organisé à Paris[21] (6,4% en France[22]).

Des femmes « maîtresses de leur destinée »[41] ?

Selon la littérature, les femmes qui privilégient le dépistage individuel sont issues de milieux sociaux favorisés[12,41]. Elles associent le dépistage organisé à une image de médecine de masse (cf. encadré page suivante) de moindre qualité à réserver aux populations défavorisées. Elles privilégient le dépistage individuel « sous contrôle de professionnels connus en lesquels elles ont toute confiance »[41].

Un groupe d'auteurs français qualifie ces femmes de « maîtresses de leur destinée »[41] et les décrit comme âgées de moins de 60 ans, urbaines, socialement favorisées, prenant soin de leur santé, sensibilisées aux mesures préventives médicales, bien suivies médicalement, très exigeantes et critiques face à la médecine institutionnelle, préférant se faire dépister hors campagne par « souci de qualité » (ou ne pas se faire dépister après réflexion sur leurs risques personnels). Ce profil est retrouvé en Espagne et en Finlande, autres pays européens où le dépistage individuel coexiste avec le dépistage organisé[19].

L'incitation médicale est indispensable

Aucune action de terrain issue de la revue de la littérature ne cible spécifiquement ces femmes. Néanmoins, parmi les recommandations susceptibles d'améliorer la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein, un article suggère, pour toutes les femmes, de « mettre en valeur la qualité des programmes de dépistage dans une stratégie d'alliance objective avec les femmes » : il s'agit de « valoriser les conditions d'accomplissement d'un bon dépistage en définissant des stratégies de communication leur permettant de faire alliance avec les professionnels »[41]. Compte-tenu de la forte inscription de ces femmes dans le système de soins libéral, de la préférence de certains médecins pour le dépistage individuel[24], et par ailleurs du rôle clef du médecin comme incitateur au dépistage organisé du cancer du sein[12,39], se pose la question des leviers d'action pertinents envers les médecins libéraux. Ceux-ci font l'objet d'un point particulier en fin de publication (cf. page 14 et Tab.7).

Par ailleurs, quel que soit le type d'action envisagée pour motiver les médecins privilégiant le dépistage individuel, il doit insister sur :

> l'absence d'antagonisme entre le « colloque singulier »[42] et le dépistage organisé, souvent qualifié de « dépistage de masse » (cf. encadré ci-contre), comme dans l'étude réalisée en 2010 par l'Union régionale des médecins libéraux[43] ;

> la mention d'une mammographie « prise en charge à 100% par l'Assurance maladie » est préférable à celle d'une mammographie « gratuite », d'autant que ce terme est affecté d'une connotation négative par les femmes privilégiant le dépistage individuel.

Les Parisiennes et le dépistage individuel : en cause l'offre de soins ?

Le département de Paris est caractérisé par une surmortalité par cancer du sein (Fig.2) et cumule le plus haut taux de dépistage individuel d'Ile-de-France (42% en 2008, Fig.8) avec le plus faible taux de dépistage organisé de France métropolitaine (28,2% en 2008-2009, Fig.7). Pourtant, peu d'études sur la recherche des facteurs influençant le dépistage du cancer du sein à Paris ont été publiées. On peut cependant citer les enquêtes transversales TNS-Sofres 2004[44], Osapiens 2006[45] (observatoire de la santé des Parisiens) et Cofado 2007[36] (comportement des femmes vis-à-vis du dépistage organisé du cancer du sein à Paris). Les facteurs d'influence mis en évidence dans ces enquêtes ne diffèrent pas de ceux soulignés par la littérature française et ne permettent pas de conclure à une spécificité des Parisiennes quant aux facteurs individuels qui motivent leur recours au dépistage individuel. L'hypothèse que cette spécificité serait liée - pour partie - aux caractéristiques de l'offre de soins parisienne peut être avancée. Si l'offre est importante à Paris, comparée aux autres régions françaises, elle se caractérise notamment par des proportions de médecins libéraux pratiquant des honoraires libres bien supérieures aux moyennes nationales. En 2007, 38,7% des généralistes libéraux, 54,5% des radiologues libéraux et 87% des gynécologues libéraux pratiquaient des honoraires libres (respectivement 11,7%, 11,8% et 52,9% en France)[46]. Les travaux menés par l'ORS en 2012, à partir des données de la cohorte Constances (consultants des centres d'examen de santé de la Sécurité sociale), devraient permettre d'explorer cette hypothèse.

Dépistage organisé versus dépistage de masse

Le dépistage organisé du cancer du sein est bien souvent assimilé à un dépistage de masse. En France, il n'en présente pas les mêmes caractéristiques, en particulier :

- les femmes ont le libre choix du radiologue qui réalisera la mammographie de dépistage organisé ; cette caractéristique semble toutefois méconnue des médecins libéraux, notamment les gynécologues qui sont attachés à la possibilité d'orienter leurs patientes vers le radiologue de leur choix ;
- les femmes se rendent dans un cabinet de radiologie qui réalise aussi bien des mammographies de dépistage organisé que des mammographies de dépistage individuel.

Orientations pour les actions ciblant les femmes à l'écart du dépistage

Enjeu : dans une région de surmortalité par cancer du sein, où 6,5% des femmes sont diagnostiquées au stade le plus élevé de la maladie, une femme sur trois de 50-74 ans ne bénéficie pas d'un dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme : en Ile-de-France, il représente 19,3% de la mortalité féminine par cancer (2005-2007) et 38% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chez la femme (2005). Parmi les 1 882 Franciliennes décédées d'un cancer du sein en 2006, 41,1% avaient moins de 65 ans (36,8% en France métropolitaine)[47]. C'est, avec le cancer du poumon, la seule cause de décès féminins plus élevée que la moyenne nationale. Dans le contexte français, il est nécessaire que 80% des femmes de 50-74 ans bénéficient d'une mammographie de dépistage (individuel ou organisé) afin de « réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez la femme »[16,17], estimé à 6,5% en 1994 (Fig.5). Pourtant, depuis 2004, année de déploiement du dépistage organisé du cancer du sein sur l'ensemble du territoire national, la proportion de Franciliennes qui ne bénéficient pas d'une mammographie de dépistage évolue peu et stagne aux environs de 30%.

Des populations hétérogènes

Les femmes à l'écart du dépistage du cancer du sein recouvrent une diversité de situations[12,24,39,41,48] qui peuvent se cumuler. Quelques regroupements peuvent être proposés.

Des femmes isolées - socialement et/ou géographiquement, par exemple des veuves retraitées habitant dans un quartier pavillonnaire. Pour les femmes isolées socialement, il peut s'agir de femmes habitant seules ou ne travaillant pas ; en effet, il existe un lien entre isolement social et moindre recours au dépistage et au système de soins ; de même, il existe un lien entre isolement conjugal et moindre recours au dépistage, les femmes mariées ou vivant en couple adoptant un comportement plus favorable face à l'examen de dépistage[39].

Il peut s'agir aussi de femmes éloignées géographiquement des lieux de dépistage et de soins, qui habitent en milieu rural[12,39,41] ou en habitat social en périphérie des grandes villes[39] : leur lieu de résidence peut constituer un obstacle pour se rendre au rendez-vous de mammographie[12,19].

Des femmes qui pour des raisons culturelles ne bénéficient pas du dépistage du cancer du sein car elles ne sont pas familières avec la prévention et le dépistage, par exemple des femmes migrantes [39,41,48] ; en effet, les croyances et attitudes culturelles sont parfois responsables d'un dépistage tardif et peuvent être à l'origine d'une gêne ou d'un embarras pendant l'examen de dépistage[39].

Des femmes illettrées ou analphabètes[39,41,48]

Des femmes ayant des capacités physiques diminuées, par exemple des femmes malvoyantes, malentendantes[41] ou handicapées[49], qui peuvent avoir des difficultés à accéder à l'information ou au lieu même de radiologie.

Des femmes « vulnérables sur le plan social, économique, identitaire »[41]

Un groupe d'auteurs français a tenté de dresser un profil-type des femmes à l'écart du dépistage du cancer du sein, qualifiées de « vulnérables sur le plan social, économique, identitaire », tout en précisant que « comme pour toute typologie, il s'agit d'un pôle qui permet de comprendre tout un ensemble de situations intermédiaires »[41]. La femme vulnérable est décrite notamment comme âgée de plus de 65 ans, habitant en milieu rural ou en périphérie des grandes villes, avec une vision fataliste de la maladie. Même si elle est entourée socialement et encouragée à s'occuper de sa santé, elle ne se sent pas concernée par le dépistage organisé. Elle est peu suivie médicalement et son médecin généraliste ne semble pas l'encourager à se faire dépister.

Les caractéristiques individuelles associées à une moindre pratique du dépistage du cancer du sein peuvent aussi être considérées, par exemple :

- > un âge « élevé », à partir de 65 ans[41] ou de 70 ans[12] : « les femmes plus âgées sont moins anxieuses et croient peu en l'utilité de l'examen »[39] ;
- > un contexte de moindre éducation, de faible niveau d'instruction[12,39,40] : « les femmes peu instruites consultent tardivement »[39] ;
- > un moindre recours aux soins de base[24,41], pour raisons financières[24] ou du fait d'une gestion individuelle des questions intimes[39], parfois en lien avec une expérience personnelle antérieure négative vis-à-vis de la médecine[12,50] ;
- > une méconnaissance de la prévention en général et du caractère préventif du dépistage organisé en particulier[41] ;
- > des représentations de la santé à l'origine d'une méconnaissance de l'intérêt du dépistage : cancérophobie (angoisse, peur, douleur[12,41,48]), peur de se faire dépister[12,24,39], appréhension psycho-culturelle à l'égard de l'examen mammographique à partir d'un certain âge (rapport au corps et à la maladie)[41], risque d'être contrainte de suspendre une activité professionnelle[39]. Ces représentations reflètent les difficultés de compréhension de certaines femmes par rapport à la communication écrite qui leur est proposée[48] (incompréhension de l'invitation[41,50], des brochures[12] ; certaines considèrent tout support écrit comme « inaccessible » et le rejettent de fait[41]), voire l'inadaptation de

la communication pour les personnes en situation de difficulté socio-économique ou de culture étrangère[48]. Elles reflètent aussi le décalage entre les messages de prévention et les conditions de vie ou les préoccupations quotidiennes des femmes à l'écart[12]. Plusieurs niveaux de représentation semblent ainsi déterminer le rapport des femmes précarisées au dépistage : une représentation fragile de soi, des relations à la normalité sociétale excluantes, des réalités quotidiennes spécifiques et un rapport à l'autre peu sécurisant[33].

Les caractéristiques structurelles du dépistage organisé, peuvent également constituer des obstacles

Il s'agit notamment des délais d'attente[39] ou du caractère fortement médicalisé du dépistage qui peut représenter un frein pour les femmes ayant une expérience personnelle critique ou traumatique de la médecine et de ses institutions[41].

En termes de santé publique, on dispose de peu d'informations en routine sur ces femmes

Deux références[12,39] soulignent l'opportunité de disposer du taux de femmes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et participant au dépistage organisé afin d'avoir une meilleure estimation de l'influence du niveau socio-économique sur la participation. Les taux de recours au médecin généraliste ou au gynécologue des femmes bénéficiaires de la CMUC pourraient compléter l'analyse[12]. En ce sens, une démarche a été tentée en Ile-de-France entre 2009 et 2010. Elle n'a pu aboutir en raison de difficultés techniques apparues au niveau de l'utilisation des bases de données de l'Assurance maladie.

Préalables à toute action ciblant les femmes à l'écart

Une analyse fine du contexte social dans lequel l'action sera ancrée est requise, en termes de :

- > connaissance des profils psycho-sociaux des populations cibles, afin de définir l'approche la plus adaptée ;
- > connaissance des dispositifs institutionnels (centres communaux d'action sociale, ateliers santé ville, centres locaux d'information et de coordination gérontologique...) et associatifs locaux, potentiellement relais de l'action ;
- > connaissance de l'offre de soins de proximité et des transports publics pour s'y rendre (cabinets de radiologie...) et organisation de la prise en charge en cas de mammographie anormale.

A cette connaissance s'ajoute la nécessaire détermination des moyens humains, techniques et financiers lors de la phase d'élaboration de l'action ainsi que d'un calendrier prévisionnel et d'un protocole d'évaluation.

Des interventions qui ciblent la santé globale des femmes

L'importance que le cancer du sein soit abordé au sein d'un questionnement plus large construit autour de la santé des femmes, tout comme la possibilité que les femmes acquièrent la capacité de se prendre en charge globalement sur le plan de leur santé sont des résultats importants qui se dégagent de l'ensemble des documents analysés[12,33,50,51...] et des entretiens réalisés.

Des interventions différenciées par profil de femmes

L'importance du lien social pour les femmes qui pour des raisons culturelles ne bénéficient pas du dépistage du cancer du sein : « ce qui compte, c'est le lien »

Les actions menées envers ces femmes, qui sont éloignées du système de soins et qui ne comprennent pas l'invitation, doivent

s'appuyer sur le réseau social dans lequel elles évoluent au quotidien (Tab.2,3,4,5) : il ne s'agit pas de créer de nouvelles dynamiques conviviales mais de recourir à celles en place, propices aux échanges avec des femmes « pairs », voire des femmes ayant eu un cancer du sein qui pourront mettre l'accent sur l'existence d'une prise en charge organisée et l'importance de la solidarité. L'instauration de liens de confiance constitue un préalable à tout échange sur le sujet.

L'appui de médiateurs de santé publique (dont la mission est l'accompagnement aux démarches administratives et l'entrée dans le système de soins) ou de relais locaux constituent des conditions de pérennité (Tab.3,4).

Développer l'accès à l'offre de soins pour les femmes isolées : un levier limité

La littérature (Tab.6) décrit des mammographes mobiles[12] ou

le remboursement d'un mode de transport public individuel[39] préféré à la proposition d'un transport collectif gratuit[52]. Toutefois, le transport ne constituerait pas le fond du problème pour certaines femmes isolées. Il serait davantage un prétexte masquant de la négligence vis-à-vis de la santé, une absence de prise de conscience de l'intérêt du dépistage, une angoisse importante vis-à-vis de l'examen ou encore « quelque chose qui touche à l'intime et qui fait peur »[53]. La prise en compte de cette dimension a été développée précédemment (cf. page 9).

L'incitation médicale est indispensable

Certains auteurs[12,50] soulignent le rôle incitateur que pourrait jouer le médecin sur les représentations de la santé des femmes à l'écart du dépistage, qui ont une grande confiance dans leur médecin[39]. Les leviers d'action envers les médecins sont développés dans la partie suivante.

Récit d'une expérience francilienne de mobilisation d'un quartier en « politique de la ville »[54] du 19^{ème} arrondissement, pour développer la participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2010 : « Flandre rose prend soin de ses femmes »[55]

A Paris, la participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal est marquée par la combinaison d'une grande hétérogénéité socio-économique de la population et d'une offre médicale forte. Pour le sein, la participation oscille entre deux typologies extrêmes, géographiquement déterminées : un groupe d'arrondissements où la couverture globale peut atteindre 85% en 2008 (avec un dépistage organisé autour de 20%) et un autre groupe, dont le 19^{ème} arrondissement fait partie, où la couverture s'élève à 70% (dépistage organisé autour de 30%). En 2010, la volonté de l'Association pour le dépistage des cancers à Paris (Adéca 75), structure de gestion parisienne, de développer de nouvelles actions de sensibilisation dans ces arrondissements a rencontré une dynamique locale très forte dans le 19^{ème} (portée par le comité de Paris de la Ligue contre le cancer, l'association Espace 19, la politique de la ville, la mairie d'arrondissement), à l'origine de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan d'action local.

Ses objectifs stratégiques visaient à développer l'adhésion et la participation du public et des professionnels de santé au dépistage organisé du cancer du sein sur un territoire bien circonscrit, en créant une synergie locale ; rendre accessible l'information et rendre accessible le dépistage lui-même.

Il s'agissait aussi d'évaluer l'impact d'une mobilisation soutenue et générale (professionnels, associations, élus, population) d'un quartier « défavorisé » sur l'augmentation de la participation au dépistage organisé du cancer du sein et de tester un mode opératoire éventuellement reproductible s'il montrait son efficacité. Le plan d'action local correspondant consistait à :

- > stimuler la population cible du dépistage organisé mais non participante par une relance postale spécifique mentionnant le programme d'événements avec tous les lieux de rencontres proposés avec les intervenants du quartier : centre sociaux, d'animations, associations, régie de quartier ; la relance a été envoyée à 1 467 femmes à la fin du mois de septembre 2010 ;
- > adapter les modes de communication locaux en rendant l'information visible, explicite et convaincante ; l'implication des pairs a permis d'une part la création et l'organisation sur trois sites d'une exposition de portraits photographiques d'habitantes avec leurs témoignages sur le dépistage, inaugurée avec les élus, d'autre part la réalisation d'une brochure pédagogique visuelle présentant les étapes du dépistage, illustrée par des femmes du quartier, avec le répertoire des relais disponibles ; d'autres supports d'information ont également été créés : un logo « Flandre rose », une affiche, un flyer, un stand rose[55] (parasol rose, exposition pédagogique), des goodies (Tee-shirts, miroirs, bracelets) ; des visites ont été organisées pour impliquer les professionnels de santé afin de les sensibiliser, de leur fournir de la documentation et de les inciter à utiliser le site internet permettant de vérifier l'éligibilité d'une patiente au dépistage organisé (les pharmaciens ont été visités par l'élus à la santé du 19^{ème} lui-même pharmacien, les généralistes, gynécologues libéraux et centres de santé ont été contactés par téléphone par la chargée de santé publique d'Adéca puis visités par la chargée de prévention de la Ligue contre le cancer) ;
- > adapter les modes de communication locaux en rendant l'information disponible



par la multiplication des lieux de diffusion pour les supports et le développement d'actions de sensibilisation directe à travers des interventions multiples menées par Adéca 75 et la Ligue : animation de six stands lors du bal rose[55] et de la fête du quartier et des commerces, trois réunions d'information pour les professionnels, 17 animations dans les structures du quartier, une participation aux conseils du quartier et des anciens... ;

> proposer un accompagnement des femmes ciblées par le dépistage organisé pour faciliter leur « passage à l'acte » : aide à la prise de rendez-vous grâce aux associations de quartier, accompagnement physique chez le radiologue grâce aux bénévoles de la Ligue, incitation à la prescription par les médecins de ville, sensibilisation des radiologues de l'arrondissement.

Un comité de pilotage a été constitué (comité de la Ligue, mairie du 19^{ème}, Espace 19, Adéca 75, régie de quartier, équipe de développement local) permettant un diagnostic partagé, avec recensement des relais.

Une démarche d'évaluation a été définie en amont du projet et mise en œuvre. Elle comporte trois volets :

> le marquage « Flandre » dans la base d'assurés d'Adéca 75, afin de permettre des comparaisons de type avant/après et ici/ailleurs du taux de participation ; en se limitant au 4^{ème} trimestre 2010 comme période d'observation, toujours plus favorable en raison du mois de communication « Octobre Rose »[55], on note pour 2010, à Flandre 57% de participation (vs 38% en 2009 et 32% en 2008), dans le 19^{ème} hors Flandre 39% (vs 32% en 2009 et 28% en 2008) et pour Paris 33% (vs 29% en 2009 et 24% en 2008) ;

> le développement d'une approche « géographie de la santé » en partenariat avec l'ORS d'Ile-de-France et l'Université Paris XII, notamment pour caractériser le recours aux radiologues, démarche actuellement en cours ;

> le recueil du ressenti du comité de pilotage, des partenaires, des professionnels (une évaluation par téléphone, réalisée par une stagiaire en santé publique d'Adéca 75, a été menée auprès de ceux qui avaient pu être visités comme ceux qui ne l'avaient pas été) et surtout de la population ciblée, à travers des questionnaires et entretiens : la satisfaction globale de la démarche a été rapportée, tant des porteurs de l'action que des partenaires ou du public.

Le seul point qui pose question est le temps considérable consacré à la coordination, aux contacts des relais et aux interventions de terrain par les membres du comité de pilotage, non valorisé au niveau du coût du projet (17 000 euros, financés notamment par l'Institut national du cancer et la Ligue contre le cancer). Ce point est à mettre en perspective avec les résultats à moyen terme.

La démarche « Flandre rose » s'est poursuivie sous une forme simplifiée autour du cancer colorectal pendant le mois de sensibilisation « Mars Bleu ».

Les leçons d'une telle démarche sont à tirer avant la diffusion éventuelle à d'autres quartiers, notamment l'identification de pré-requis indispensables portant particulièrement sur l'implication des partenaires locaux, les moyens humains et financiers. Un rapport détaillant l'action et son évaluation sera disponible courant 2011 auprès d'Adéca 75.

L'implication du médecin est fondamentale, quel que soit le public cible, quel que soit le type d'action

Enjeu : l'efficacité du dépistage organisé

L'analyse de la littérature montre que les médecins libéraux, constituant des relais d'information et d'incitation de proximité incontournables pour l'ensemble des femmes de par :

- > leur « rôle majeur dans l'augmentation de la pratique des dépistages des cancers et également dans l'amélioration des connaissances des patientes »[24] ;
- > « quel que soit le dispositif mis en place, le rôle clef est détenu par le médecin, notamment le médecin généraliste très écouté des populations, y compris précaires »[39] ;
- > la « place valorisée des médecins traitants »[56] ;
- > « le plus important est la mention de la mammographie par le médecin »[40].

Par ailleurs, un rapport parlementaire de 2004 souligne toute l'importance des médecins libéraux pour améliorer l'efficacité du dépistage organisé, encore faiblement utilisé en Ile-de-France (Fig.6,7,8) : « une substitution effective et suffisante du dépistage individuel par le dépistage organisé repose essentiellement sur les médecins »[12]. Ce constat semble d'autant plus important que le contexte d'évolution de la démographie médicale prévoit une réduction des effectifs des gynécologues : « il est d'autant plus important de sensibiliser dès maintenant les médecins généralistes au programme de dépistage du cancer du sein afin qu'ils suppléent, dans les années à venir, le déficit potentiel de gynécologues pour diriger les femmes vers le dépistage. »[12]

Pourtant, sur 100 femmes âgées de 50 à 74 ans, près de 30 d'entre elles ne bénéficient pas d'une mammographie de dépistage ; 31 en bénéficient sans les avantages d'une double lecture et de rappels réguliers ; 40 en bénéficient dans le cadre du dépistage organisé mais toutes ne recommencent pas deux ans plus tard. Ces faits reflètent la coexistence de deux modalités de dépistage en France ainsi que le mode de gestion du dépistage organisé, indépendant de la médecine libérale. Ils participent probablement à l'adhésion insuffisante de plusieurs médecins libéraux au dépistage organisé[41,43], qui se traduit parfois au niveau de leur discours - négatif - sur le dépistage organisé[12,40,57]. Le manque d'incitation des médecins envers leurs patientes serait notamment lié aux lourdeurs administratives du dépistage organisé, à un sentiment d'exclusion[57] et à une implication dans le dispositif de dépistage organisé décrite comme insuffisante[43], ou encore au fait que certains médecins ne soient pas persuadés de l'efficacité du dépistage organisé pour diminuer la mortalité par cancer du sein[43]. Par ailleurs, « la relation du médecin généraliste à la prévention semble souvent directement en cause. »[41]

Des interventions segmentées[43,48,57,58] (Tab.7)

Pour les généralistes, leurs besoins d'information portent principalement sur la plus-value représentée par le dépistage organisé par rapport au dépistage individuel[48,58], sur l'organisation du dépistage et les leviers qui sont à leur disposition comme le site d'éligibilité (www.neonetidf.org, cf. page 5)[58]. Ces résultats rejoignent ceux d'une enquête francilienne récente[43] qui révèlent un besoin de formation au dépistage organisé et à l'organisation du dispositif.

Pour les gynécologues, peu informés des caractéristiques du dépistage organisé en Ile-de-France autres que la seconde lecture (en particulier l'orientation vers le radiologue de leur choix - cf. page 11 encadré colonne 2, les contrôles qualité du matériel en radiologie ou encore le site d'éligibilité www.neonetidf.org, cf. page 5)[43], « le message central doit être basé sur la valeur ajoutée de qualité qu'apporte l'organisation du dépistage, sans pour cela perturber leurs rapports avec les patientes »[57]. La preuve que le dépistage organisé diminue la mortalité par cancer du sein est également un élément à mettre en avant.[43]

Pour les cabinets de radiologie, le besoin de formation[43] aux caractéristiques du dépistage organisé concerne davantage le personnel d'accueil/secrétariat (que les radiologues ou les manipulateurs dont la formation est obligatoire, cf. page 5).

D'avantage de coordination entre les médecins

D'autres résultats se dégagent de l'étude francilienne précitée[43] :

- > la coexistence d'un dépistage organisé avec un dépistage individuel peut constituer une source de tensions entre radiologues et certains gynécologues qui se sentent exclus du dépistage organisé, lorsque le radiologue requalifie une demande de mammographie individuelle en mammographie de dépistage organisé ;
- > le souhait de tous les gynécologues d'être destinataires des résultats de la mammographie de dépistage organisé ;
- > la nécessité d'une diffusion systématique des résultats des mammographies de dépistage organisé aux médecins généralistes et gynécologues. Cela repose sur l'inscription du nom du médecin traitant et du gynécologue au niveau du formulaire de mammographie de dépistage organisé que les femmes complètent chez le radiologue qui le donne à remplir à l'accueil. Le tableau de bord de suivi du dépistage du cancer du sein (cf. encadré page 7) a montré de très faibles taux de remplissage de ces items à Paris par rapport aux autres départements franciliens.

Par ailleurs, les échanges d'expériences avec les structures de gestion ont mis en avant le rôle incitateur des radiologues libéraux dès lors qu'ils étaient investis dans la structure de gestion départementale

Tous ces éléments plaident en faveur d'une mobilisation des médecins concernés par le dépistage organisé, assurée par les médecins coordinateurs des structures de gestion, avec l'appui actif des médecins libéraux impliqués dans les structures de gestion.

Appui sur l'Assurance maladie

Une autre approche considère les médecins de première ligne sous l'angle du médecin traitant. Sur ce point, une référence[59] décrit une convention associant l'Assurance maladie et les structures de gestion pour fournir aux médecins traitants la liste des femmes de 50-74 ans qui l'ont déclaré comme médecin traitant et qui n'ont pas donné suite à l'invitation envoyée par la structure de gestion.

L'extension de cette expérimentation, basée sur le modèle de ce qui est déjà fait pour la vaccination anti-grippale des plus de 65 ans, faciliterait probablement le travail des médecins pour sensibiliser les femmes, mais les négociations engagées en ce sens en Ile-de-France avec l'Assurance maladie n'ont pas encore abouti.

Annexe : tableaux présentant les types d'action de terrain publiés

Les actions, dont les résultats ont été publiés, ciblent essentiellement les femmes à l'écart du dépistage du cancer du sein ou les médecins généralistes et gynécologues libéraux.

Concernant les femmes à l'écart du dépistage, les actions visent l'appropriation du dépistage organisé par ces femmes afin de favoriser leur implication. Elles peuvent être regroupées en cinq types : élaboration de nouveaux outils (Tab.2), communication de proximité par les pairs (Tab.3), communication de proximité par les relais locaux (Tab.4), communication de proximité par l'utilisation des média locaux (Tab.5), accessibilité de l'offre de soins (Tab.6). Ces types d'actions peuvent se cumuler.

Concernant les médecins libéraux, généralistes ou gynécologues, les actions de terrain décrites dans la littérature relatent toutes des interventions de type « rencontres des médecins » (Tab.7). Peu d'actions bénéficient d'éléments d'évaluation.

Pour tous ces publics, les caractéristiques principales des actions sont présentées au regard des freins existants dans les tableaux suivants ainsi que les orientations qui peuvent être proposées pour mener ces types d'actions. Les propositions d'orientations s'appuient également sur les résultats d'enquêtes visant à améliorer la compréhension des freins à l'égard du dépistage organisé ainsi que sur les échanges d'expériences.

Tab. 2 : Action de type « élaboration de nouveaux outils »

Pour quels freins ?	Description des outils
- la compréhension des messages	Des brochures, affiches ou vidéo, qui peuvent être en langue étrangère[57] Exemple d'une méthodologie d'action[39]
- les facteurs psychologiques et culturels	- conception de l'outil : nécessite deux compétences : experts de la communication et professionnels ayant une bonne connaissance des publics cibles - validation auprès de femmes représentatives du public ciblé - test sur le terrain - diffusion « accompagnée » : les partenaires conviennent de ne pas inonder le public avec ces outils, mais de procéder à une diffusion ciblée et, dans la mesure du possible, accompagnée (structures destinataires : acteurs du Praps, CHRS, Pass, centres sociaux ; mailing aux mairies et CCAS, aux pharmacies de la région, aux partenaires institutionnels : Cpm, mutuelles...) ; si l'action est couplée à une action « pairs » ou « relais » (cf. Tab.3,4), la mise à disposition de l'outil sur les lieux de vie et de passage des femmes ciblées doit être envisagée en plus d'être confiée aux relais pour une « diffusion accompagnée » - évaluation sur trois axes, via une enquête téléphonique par questionnaire auprès d'un échantillon des destinataires des outils : intérêt, qualité, utilisation (réception, exposition et mise à disposition, échanges avec le public cible, adaptation, compréhension, stigmatisation, utilité)
Propositions d'orientations pour réaliser ce type d'outils	

SUR LE FOND

Délivrance d'une information complète et de qualité sur le processus de dépistage organisé notamment en termes d'intérêt, d'avantages et de limites[12,51]

Expliciter le terme « dépistage » peu ou mal compris par rapport à « radio des seins » ou « mammographie » plus explicite[48,50]

Communiquer sur les notions d'absence de signes et d'insuffisance de la palpation[51,58] contrebalancées par le bénéfice possible du dépistage « ce n'est pas parce que vous ne sentez rien que vous n'avez rien », « aidez-nous à vous protéger »

Le dépistage : de meilleures chances de guérison et de traitements moins mutilants[51]

La mammographie est normale dans la majorité des cas[51]

L'assurance de qualité du dépistage organisé : intérêt de la deuxième lecture, double incidence[12,50]

Présenter les limites du dépistage : faux positifs, faux négatifs[48,51], coexistence de deux systèmes : dépistage organisé et individuel[48,50], délai important d'attente des résultats définitifs (de deux à trois semaines[48]), mammographie prise en charge à 100% par l'Assurance maladie mais échographie payante[48,50], pas de prise en charge de la mammographie de dépistage pour les bénéficiaires de l'AME[48]

Insister sur l'importance de la pratique régulière du dépistage[58]

Au niveau de la lettre d'invitation

Le fait de recevoir un courrier personnalisé serait un élément favorisant la participation[58]

Aux Etats-Unis (où le dépistage individuel est pratiqué en exclusivité), les femmes se souviennent plus souvent d'une lettre personnalisée par le médecin de famille[43]

En Ecosse, une offre de rendez-vous incluse dans chaque lettre d'invitation (initiale ou rappel) favorise la participation[40]

De façon plus générale

Présenter le sein comme un symbole de féminité et non un organe[51]

Travailler autour des représentations liées au cancer du sein[48]

Utiliser le terme « cancer » en l'associant à un message d'espoir[58]

Eviter l'interpellation des femmes par classes d'âges, privilégier l'interpellation selon un continuum de prise en charge de la santé des femmes[51]

Eviter les statistiques[24,58], les détails techniques relatifs à la mammographie et aux éventuels examens complémentaires (échographies...)

Il est impossible de dissocier prévention et soin : « un travail sur la prévention faisant automatiquement écho à l'après dépistage, au soin, à la maladie et à la mort »[48]

Participation des médecins à l'amélioration de la qualité de cette information[12]

SUR LA FORME

Eviter « la solitude dans l'image », privilégier un visuel de femme anonyme (plutôt que célèbre) d'environ 50 ans évoluant dans son environnement affectif et quotidien[51,58]

Tab. 3 : Action de type « communication de proximité par les pairs »

Pour quels freins ?	Description de l'action et de ses modalités
- la compréhension des messages - les facteurs psychologiques et culturels	<p>Il s'agit de sensibiliser les pairs, c'est-à-dire l'entourage communautaire^[33,48,50], voire familial (y compris les filles des femmes ciblées) ou amical^[40,41,58] afin qu'il puisse devenir vecteur de communication « humaine » et conseiller, orienter et rassurer les femmes dans leur démarche (supériorité des relations interpersonnelles entre les femmes, les médecins et les acteurs associatifs et institutionnels sur les médias)^[58]. En effet, « le recours à des conseillers non professionnels en matière de santé pourrait se révéler un moyen efficace de promouvoir le dépistage du cancer du sein dans les populations difficiles à atteindre. »^[40]</p> <p><u>Exemple d'une méthodologie d'action</u>^[33]</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sélection des pairs - Définition des priorités/messages de communication avec les pairs <ul style="list-style-type: none"> > construits autour d'une santé « positive », davantage centrés sur la promotion du suivi gynécologique que sur le dépistage « une consultation gynécologique annuelle : toutes les femmes sont concernées » > valoriser le rôle de proximité du médecin, plutôt que les dispositifs de dépistage plus institutionnels > cette étape peut nécessiter la révision des supports de communication existants (cf. Tab.2 : action de type « élaboration de nouveaux outils ») - Construction de l'action collective de communication avec les pairs, y compris son animation <ul style="list-style-type: none"> > nécessite des compétences en animation de groupe, éducation pour la santé > nécessite des connaissances sur la thématique même (appui sur la structure de gestion) > animation : présence des pairs et de médecins (libéraux et issus de la structure de gestion) pour renforcer l'animation > forme : par exemple, une plate-forme de ressources et d'échanges sur la santé au féminin autour de panneaux d'exposition, une exposition-débat... - Organiser le suivi dans le temps des pairs^[33,48] - Construction du protocole d'évaluation de l'action : deux cibles^[33] <ul style="list-style-type: none"> > développement des compétences psychosociales des pairs > changement de comportement des femmes cibles (passation d'un questionnaire d'évaluation lors de la manifestation) : 3 indicateurs <ul style="list-style-type: none"> - indicateur prédictif de changement de comportement : « l'intention de s'assurer un suivi gynécologique après l'action » à travers la proportion de personnes qui ont l'intention de prendre rendez-vous avec leur médecin généraliste pour aborder la question du dépistage et du suivi gynécologique après l'exposition - indicateur d'amorce du changement : « la prise de conscience de l'intérêt du suivi pour celles qui ne se sentent pas concernées », par exemple parmi les personnes ne se sentant pas concernées, proportion de celles qui ont changé d'avis - indicateur de passage à l'acte : « la prise de rendez-vous avec les médecins présents lors de l'action » via la proportion de personnes ayant pris rendez-vous auprès d'un des médecins co-animateurs de l'action
Propositions d'orientations pour mener ce type d'action	
<p>Ce type d'action semble particulièrement adapté pour les femmes habitant en zone rurale, isolées et/ou en situation de vulnérabilité sociale^[58]. Il ressort des actions décrites, la nécessité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une communication de proximité de thématique élargie, ciblée sur la santé des femmes (à travers le suivi gynécologique par exemple), et non seulement sur le dépistage, en préservant une démarche de santé communautaire^[12,50] ; à cet égard, communiquer en même temps sur les trois dépistages (sein, col utérin, côlon-rectum) est considéré comme un point fort^[56], notamment le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus « puisqu'ils ont un rôle favorisant l'un sur l'autre »^[24] ; - de prévoir un suivi et un accompagnement dans le temps des pairs^[48] ; - de connaître le contexte organisationnel de l'offre de soins^[33] afin d'éviter que l'action ne génère des besoins non satisfaits par l'existant. <p>Néanmoins, l'insuffisante efficacité (coût/efficacité) des résultats observés dans une action^[33] auprès des femmes cibles encourage à ne pas mener ce type d'action de façon isolée et à la coupler avec une action de communication de proximité par les relais locaux^[48] (cf. Tab.4, second exemple) ou bien à s'appuyer - dès le départ - sur un réseau de « médiateurs pairs, pour la santé »^[33]. Le réseau rassemble des adultes « pairs »^[33], c'est-à-dire des personnes reconnues comme impliquées dans la communauté, afin de les outiller méthodologiquement. Il s'agit de développer des savoirs chez ces personnes, en amont des programmes de communication et de promotion de la santé, en veillant à ce que les thématiques sur lesquelles ce réseau communiquera ne génèrent pas de besoins non satisfaits par l'offre de soins ou de services de santé^[33]. La logique de ce réseau s'appuie sur celle de la médiation en santé publique, démarche initiée depuis 2000 par l'Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, en partenariat avec la Direction générale de la santé et la Délégation interministérielle de la ville, pour permettre aux personnes vulnérables d'accéder plus vite et de façon durable à la prévention et aux soins. Ce programme a développé des interventions de médiateurs de santé en interface avec les publics et les professionnels sanitaires et sociaux en prenant en compte les divers déterminants de la vulnérabilité.^[60]</p>	

Tab. 4 : Action de type « communication de proximité par les relais locaux »

Pour quels freins ?	Description de l'action et de ses modalités
- la compréhension des messages - les facteurs psychologiques et culturels	<p>L'action s'appuie sur des personnes relais en charge d'apporter conseil, soutien et accompagnement[41,48,58]. Les « relais »[39] sont des personnes qui, dans le cadre d'un exercice professionnel ou dans celui d'une activité bénévole (personnels des mairies, des CCAS, associations, aides à domicile, travailleurs sociaux, réseaux mutualistes, clubs du 3^{ème} âge, responsables d'ateliers de cuisine, de couture, d'alphabétisation, centres sociaux...) sont en contact avec des personnes touchées par la précarité ou l'isolement. Ils peuvent inclure les médecins généralistes (pour ce public, cf. Tab.7 : action de type « rencontres des médecins »).</p> <p>En effet, « l'éloignement physique et culturel des publics précaires justifie pleinement l'intervention de relais dont beaucoup se sentent investis de cette mission et s'y impliquent très naturellement. »[39]</p> <p><u>Méthodologie d'action : exemple 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sélection des relais <p>Les personnes relais sont sélectionnées en fonction de leur proximité avec la population cible, définie selon deux approches[33] :</p> <ul style="list-style-type: none"> > un contact récurrent avec un public en précarité par l'exercice professionnel ou bénévole > ou la proximité géographique, voire sociale (notamment lorsque les groupes mobilisés habitent un quartier reconnu comme défavorisé socialement). <p>Il peut être opportun d'inviter les élus locaux[39] afin de renforcer l'implication communale (via par exemple la diffusion d'informations dans le bulletin institutionnel ou l'organisation du transport vers les cabinets de radiologie dans les régions isolées, cf. Tab.5,6).</p> - Formation des relais[39] <ul style="list-style-type: none"> > nécessité des compétences en formation : appui par exemple sur le comité départemental ou régional d'éducation pour la santé > animation par le formateur et le médecin coordinateur de la structure de gestion - Organisation du suivi dans le temps des relais[33,39] - Evaluation de l'action : deux cibles[39] <ul style="list-style-type: none"> > au niveau des personnes relais, en deux temps : <ul style="list-style-type: none"> - à l'issue de la formation : qualité des interventions et des intervenants, volonté de devenir relais - deux mois après la formation : mise en œuvre du rôle de relais et capacité à l'être > au niveau des acteurs du recrutement des relais (comme le comité départemental d'éducation pour la santé par exemple) : quelles « structures » intéressées par ce type d'action (nombre de demandes) ? <p><u>Méthodologie d'action, exemple 2 : d'une logique de communication de proximité à un projet d'éducation pour la santé dont l'objectif est d'obtenir l'adhésion dans la durée des femmes au dépistage organisé[33]</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en oeuvre d'une démarche auprès des habitantes (« pairs ») <ul style="list-style-type: none"> > Sélection des habitantes > Réalisation d'un diagnostic (freins, facteurs facilitant la démarche de dépistage) > Révision des supports de communication existants et éventuellement création d'un nouveau support > Regroupement des habitantes au sein d'une nouvelle entité (nom et logo spécifiques) : légitimité pour intervenir - Mise en oeuvre d'une démarche auprès des relais, associant les habitantes <ul style="list-style-type: none"> > Analyse des besoins des professionnels, bénévoles et habitantes pour devenir relais sur le dépistage organisé du cancer du sein > Formation/action incluant les habitantes - Suivi et accompagnement dans le temps des habitantes : disponibilité de relais de confiance et de proximité, diffusion du n° vert, possibilité de rencontre individuelle - Suivi des actions initiées sur le thème du cancer du sein - Evaluation à prévoir
Propositions d'orientations pour mener ce type d'action	
<p>Ce type d'action nécessite[33] :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de prévoir un suivi dans le temps des relais (et des habitantes, cf. exemple 2 ci-dessus) ; - des compétences en termes d'animation de groupe, de communication et d'écoute, et des connaissances sur le cancer du sein et le dépistage ; - la disponibilité - dès le départ - des moyens logistiques (transport domicile/lieu de rencontre aussi, accueil des enfants en bas âge lors des réunions : pose la question de l'assurance), financiers (Municipalité, politique de la ville, ASV, Conseil général, Conseil régional, structure de gestion, Ligue contre le cancer, Agence régionale de santé...) et humains permettant de concrétiser les étapes prévues ; - la prise de conscience que le projet nécessite un investissement lourd en termes de temps, à concilier avec les échéances pré-établies ; - le portage du projet par la structure de gestion constitue un avantage (expertise, enrichissement de la réflexion, faire le lien avec d'autres groupes de travail, les institutionnels et les médecins libéraux, et plus largement avec les autres expérimentations se déroulant sur l'ensemble du territoire national) ; - l'accompagnement par un prestataire extérieur, familier des démarches communautaires (mission de promotion des pratiques communautaires en matière de santé) ; - des partenariats forts avec l'ensemble des acteurs locaux potentiellement concernés ; - d'identifier le niveau territorial pertinent permettant la mutualisation des moyens mis en œuvre pour la sensibilisation des acteurs associatifs et institutionnels amenés à rencontrer dans le cadre de leurs activités des femmes cibles - l'objectif étant de former les acteurs pour être des diffuseurs d'information ou des promoteurs d'actions auprès des femmes, en particulier celles habitant en zone rurale, isolées et/ou en situation de vulnérabilité sociale[58]. 	

Tab. 5 : Action de type « communication de proximité par l'utilisation des média locaux »

Pour quels freins ?	Description de l'action et de ses modalités
- la compréhension des messages - les facteurs psychologiques et culturels	Une communication de proximité par l'utilisation des média locaux ^[12,39,40] : presse, radios
Propositions d'orientations pour mener ce type d'action	
<p>Il s'agit des radios de proximité, radios associatives communautaires, culturelles, radios sensibilisées à la lutte contre l'exclusion, radios commerciales aussi.^[39] Il semblerait que l'impact soit plus élevé^[39] en s'appuyant sur la presse gratuite (diffusée par exemple dans les gares, les métros) et les revues institutionnelles (Conseils général, Municipalité) que sur la presse écrite locale.</p> <p>L'implication des élus (via la formation des relais par exemple, cf. Tab.4) pourrait faciliter la diffusion des informations dans le bulletin de l'institution qu'ils représentent^[39].</p> <p>Ce type d'action nécessite d'identifier le niveau territorial pertinent permettant la mutualisation des moyens mis en œuvre pour le pilotage d'actions de communication de ce type^[58].</p>	

Tab. 6 : Action de type « accessibilité de l'offre de soins »

Pour quel frein ?	Description de l'action et de ses modalités
l'accessibilité de l'offre de soins (transport), en particulier pour les femmes à faibles revenus et celles vivant en zone rurale ^[12,39,52,53]	Deux modalités d'action : - L'organisation du transport vers les centres de radiologie ^[39,52,53] - Des mammographes mobiles « mammobiles » pour atteindre efficacement des populations isolées ou pour lesquelles un déplacement est un obstacle majeur ^[12]
Propositions d'orientations pour mener ce type d'action	
<p>Favoriser l'implication des élus (via la formation des relais par exemple, cf. Tab.4) peut permettre d'organiser dans les régions isolées le transport vers les cabinets de radiologie^[39].</p> <p>Plus généralement, la question du remboursement du transport doit être examinée^[12,52]. Il semblerait que le transport individuel gratuit (par exemple sous forme d'un « pass » valable une journée) réponde davantage aux attentes des femmes que le transport collectif^[52].</p> <p>Néanmoins, le motif de difficultés de transport constitue pour certaines femmes davantage un prétexte à ne pas réaliser de mammographie de dépistage organisé, masquant des freins psychologiques.^[53]</p>	

Tab. 7 : Action de type « rencontres des médecins »

Pour quel frein ?	Description de l'action et de ses modalités
le manque d'incitation de la part de certains médecins	La littérature fait principalement état de rencontres individuelles et systématiques des médecins par le médecin coordinateur ou d'autres personnels (comme les visiteurs de santé publique) de la structure départementale de gestion du dépistage organisé ^[48,58] , pour leur présenter le dépistage organisé. « Pour jouer son rôle de médiateur privilégié de l'information délivrée aux femmes, il est nécessaire, dans un premier temps, que le médecin traitant ait acquis les principes et modalités du dépistage organisé et qu'il se soit approprié la démarche. » ^[58] Quels médecins ^[43,48,58] ? - les généralistes exerçant en libéral, - les gynécologues exerçant en libéral, - les radiologues exerçant en libéral, - mais aussi ceux exerçant en centre municipal de santé ^[48] , ce qui suppose la connaissance préalable de l'offre de soins sur le territoire visé par le projet.
Propositions d'orientations pour mener ce type d'action	
<p>Des interventions segmentées^[43,48,57,58]</p> <p>- envers les généralistes : leurs besoins d'information portent principalement sur la plus-value représentée par le dépistage organisé par rapport au dépistage individuel^[48,58], sur l'organisation du dépistage et les leviers qui sont à leur disposition comme le site d'éligibilité^[58] ;</p> <p>- envers les gynécologues : « le message central doit être basé sur la valeur ajoutée de qualité qu'apporte l'organisation du dépistage, sans pour cela perturber leurs rapports avec les patientes »^[57] ; la preuve que le dépistage organisé diminue la mortalité par cancer du sein est également un élément à mettre en avant^[43] ;</p> <p>- envers les cabinets de radiologie : le besoin de formation^[43] aux caractéristiques du dépistage organisé concerne davantage le personnel d'accueil/secrétariat que les radiologues ou les manipulateurs dont la formation est obligatoire.</p> <p>Recourir à d'autres acteurs pour impliquer les médecins comme les réseaux médicaux locaux : associations de médecins, Conseil de l'Ordre, syndicats de médecins, réseaux de santé (oncologie et autres comme personnes âgées...), ateliers-santé-ville...^[48]</p> <p>Quid des actions collectives ?</p> <p>Certaines semblent peu efficaces : « De manière générale, les médecins rencontrés n'ont pas été sensibles à l'information envoyée par la structure de gestion départementale »^[58].</p> <p>Par ailleurs, la question de la rémunération/indemnisation des médecins pour leur temps de présence à des rencontres se pose^[48].</p>	

Les auteurs remercient vivement tous les partenaires pour leur aide précieuse.

Références

- [1] Source : <http://globocan.iarc.fr/>. Consulté le 1^{er} février 2011.
- [2] Selon la littérature [61,62], « un ralentissement de la croissance de l'incidence » des cancers du sein en France devrait caractériser les années 2005-2010, potentiellement en lien avec une diminution de la prescription des Traitements hormonaux substitutifs (THS) de la ménopause. Cette tendance n'a pour l'instant pu être mise en évidence en raison de l'indisponibilité des données d'incidence observées issues des registres correspondants pour les années 2005-2010.
- [3] TRETARRE B. Sein : tendances chronologiques. In REMONTET L., BUEMI A., VELTEN M. et al. *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*, Francim, Hôpitaux de Lyon, Inserm, InVS, 2003, p.99.
- [4] BRANGER B., GOUPIL M., MAUDUIT N. et al. *Périnatalité dans les pays de la Loire. Tableau de bord d'indicateur*. ORS Pays de la Loire, « Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire, 2006, 68p.
- [5] Source : Insee.
- [6] La situation du cancer en France en 2009. *Collection Rapports et synthèses*, ouvrage collectif édité par l'Inca, Boulogne-Billancourt, 2009, 206p.
- [7] Cancer et environnement. *Expertise collective*, Inserm, Afsset, 2008, 889p.
- [8] CHINAUD F., SLOTA L., SOUQUES M. et al. Survie à cinq ans des patients ayant eu un diagnostic de cancer en 1994 en Ile-de-France. In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2005, pp.477-490.
- [9] COLEMAN M.P., GATTA G., VERDECCHIA A. et al. Eurocare-3 summary : cancer survival in Europe at the end of the 20th century. In *Annals of Oncology*, 2003, vol.14 (supplément 5), pp.v128-v149.
- [10] SANTA M., ALLEMANIA C., SANTAQUILANI M. et al. Eurocare-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. In *European Journal of Cancer*, 2009, vol.45, n°6, pp.931-991.
- [11] LEBRUN L., BLUM-BOISGARD C. *Evaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein*. Anaes, 1997, 76p.
- [12] BERNIER M. *Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein*. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2004, n°1678 (Assemblée nationale), n°362 (Sénat), 83p.
- [13] BOYLE P., LEVIN B. *World cancer report 2008*. International Agency for Research on Cancer, WHO, 2008.
- [14] PERRY N., BROEDERS M., WOLF C. (de) et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition-summary document. In *Annals of Oncology*, 2008, vol.19, n°4, pp.614-622.
- [15] LEFORT F., DOSQUET P., MAISONNEUVE H. *Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Etude d'évaluation technologique*. Anaes, 1999, 34p.
- [16] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [17] Objectif 50. In *Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement, ministère de la Santé et des solidarités, 2005, pp.263-268.
- [18] *Plan régional Santé publique Ile-de-France 2006-2010*. Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille, Préfecture de la région d'Ile-de-France, 2006, 166p.
- [19] SOLER-MICHEL P., COURTIAL I., BREMOND A. Participation secondaire des femmes au dépistage organisé du cancer du sein. *Revue de la littérature*. In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2005, vol.53, pp.549-567.
- [20] Programmes de dépistage des cancers. Annexes à l'arrêté du 29 septembre 2006 (Annexe au n°295, JO du 21 décembre 2006). Ministère de la Santé et des solidarités.
- [21] *Rapport d'activité 2006*. Association pour le dépistage des cancers à Paris, 2007.
- [22] GORZA M., SALINES E., DANZON A. et al. *Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2006*. Institut de veille sanitaire, 2009, 8p.
- [23] L'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) a été créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, avec pour mission « d'informer le Parlement des conséquences des choix de santé publique afin de contribuer au suivi des lois de financement de la Sécurité sociale ». Supprimé en 2009, ses missions sont désormais exercées directement par les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat.
- [24] DUPORT N., SERRAD., GOULARD H., BLOCH J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? In *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2008, vol.56, pp.303-313.
- [25] Le taux de participation rend compte de la proportion de femmes de 50-74 ans ayant effectivement bénéficié d'une mammographie de dépistage organisé parmi celles invitées à en bénéficier, sur une période donnée.
- [26] *Plan cancer 2009-2013*. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, ministère de la Santé et des sports, 2009, 138p.
- [27] SANNINO N. *Tableau de bord du dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France 2010 - Exploitation 2008*. Drassif, Efect, 2010.
- [28] *Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein. Indicateurs par département sur la période 2004-2006*. Institut de veille sanitaire. [<http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm>]. Consulté le 4 mai 2011]
- [29] Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2008-2009. In *Evaluation des programmes de dépistage des cancers, Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein*, InVS, mis à jour 22 juin 2010. [<http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm>]. Consulté le 10 janvier 2011]
- [30] Les images mammographiques sont classées en six catégories « ACR », en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique (de l'ACR0 à l'ACR5, cf. la classification des anomalies mammographiques du Breast imaging reporting and data system - BI-RADS - de l'American college of radiology - ACR).
- [31] Source : Inpes, Baromètre santé 2005, exploitation ORS ile-de-France 2007.
- [32] Baromètre santé 2005. *Baromètres santé*, Inpes, 2007, 593p.
- [33] CAMBON L., BARTHELEMY L., MANGIN G. Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. In *Santé publique*, 2007, vol.19, n°6, pp.513-523.
- [34] BOUCHET C., ZINCK MC. PAJON P. *Le dépistage organisé du cancer du sein. Formes, acteurs et sens de la communication*. Craes-Crips Rhône-Alpes, Drass Rhône-Alpes, 2001, 84p.
- [35] Source : <http://www.ireps-iledefrance.org/>. Consulté le 4 mai 2011.
- [36] *Le comportement des femmes vis-à-vis du dépistage organisé du cancer du sein à Paris (COFADO)*. Atelier parisien de santé publique, 2007.
- [37] FLAMANT C., GAUTHIER E., CLAVEL-CHAPELON F. Profil des femmes ne respectant pas les recommandations sur le dépistage du cancer du sein par mammographie. Résultats de la cohorte E3N. In *Revue médicale de l'assurance maladie*, 2005, vol.36, n°1, pp.15-22.
- [38] DUPORT N., ANCELLE-PARK R., BOUSSAC-ZAREBSKA M. et al. *Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein*. InVS, 2007.
- [39] MANSOUR Z., FLEUR L., SAUGERON A.M. et al. Dépistage organisé du cancer du sein en région Provence-Alpes-Côte d'Azur : communication auprès des femmes de statut précaire et/ou isolées. In *Santé publique*, 2005, vol.17, n°4, pp.539-549.
- [40] MAJOR D., ROCHETTE L. *Déterminants de la qualité des programmes organisés de dépistage du cancer du sein*. Institut national de santé publique du Québec, Initiative canadienne pour le dépistage du cancer du sein, 2003, 104p.
- [41] BERTOLOTTI F., JOUBERT M., LEROUX M. et al. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2003, n°4, pp.24-25.

- [42] « L'expression Colloque singulier désigne en médecine la principale modalité de la relation médecin-patient, qui sous-tend une large part de la pratique médicale et protégée en particulier le secret médical. Le colloque singulier est, dans son acception première, la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Selon une expression fréquemment prêtée à Hippocrate, c'est « la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». Cette notion est essentielle dans la pratique hippocratique qui voit le médecin et le patient comme des alliés dans l'observation, le pronostic et éventuellement le traitement de la maladie perçue comme une crise dans la vie du patient. » [Source : http://fr.wikipedia.org/wiki/Colloque_singulier. Consulté le 19 avril 2011]
- [43] MOURIES R., GENTY G., SILBERMAN B., PRUDHOMME F. *Cancer du sein, cancer colorectal : les médecins libéraux et les campagnes de dépistages de masse organisés*. Union régionale des médecins libéraux, 22 juin 2010, 29 diapositives. [<http://www.urml-idf.org/Public/>. Consulté le 19 avril 2011]
- [44] VERRY C. *Enquête auprès des Parisiennes sur le dépistage du cancer du sein*. TNS-Sofres, 2004, 43p.
- [45] GUEGUEN J., CADOT E., SPIRA A. Pratiques du dépistage du cancer du sein à Paris : résultats de l'enquête Osapiens 2006. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2008, n°37, pp.332-335.
- [46] Démographie des professions de santé libérales. Système national inter-régimes. 2007.
- [47] Sources : Inserm CépiDC, Insee, exploitation ORS île-de-France 2011.
- [48] *Concilier santé publique et citoyenneté. Soleil Santé. Une expérience participative sur le dépistage du cancer du sein*. Association de dépistage des pathologies du sein en Seine-Saint-Denis, 2006, 94p.
- [49] TAUSAN S. *Dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus - quelle accessibilité pour les femmes avec un handicap moteur ? A partir de l'exemple de la région Ile-de-France*. Mémoire de l'Ecole des hautes études en santé publique, 2008, 55p.
- [50] *Promotion du dépistage organisé du cancer du sein auprès des femmes en situation de précarité en Ile-de-France. Bilan mars 2008. Paris - Seine-et-Marne - Yvelines*. Comité régional d'éducation pour la santé d'Ile-de-France, 2008, 40p.
- [51] SANCHO-GARNIER H., MAIGNIEN M., MERGIER A. et al. La communication pour le dépistage organisé du cancer du sein : avis de femmes. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2003, n°4, pp.27-28.
- [52] Isère - ODLC - Mettre en place un système de transport. In *Partage d'expériences - Inciter les populations en situation de vulnérabilité à participer au dépistage organisé du cancer du sein*, Inca, 2009, p.19.
- [53] FERRAND O. Bilan d'une aide au transport des femmes isolées dans le Cher et recensement des actions similaires en France. In *Un cancer du sein : aujourd'hui et demain*, 2009, pp.19-20.
- [54] « La politique de la ville a pour objectif de prendre en compte, par une intervention publique adaptée, des territoires urbains en difficulté. Les zones urbaines sensibles créées en 1995 correspondaient à la totalité de la géographie d'application de la Politique de la ville. Par la suite, d'autres catégories de quartiers prioritaires ont vu le jour. » [Source : <http://www.ville.gouv.fr/?Geographie-prioritaire>. Consulté le 30 mars 2011]
- [55] « Depuis les années 2000, 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. Un des éléments forts de cette campagne est l'illumination en rose d'un monument, signe de sensibilisation en faveur de la lutte contre le cancer du sein. Cette action s'est étendue au niveau national et international. De Tokyo à New York, d'Auckland à Macao, en passant par Paris ou Cannes. » [Source : http://www.cancerdusein.org/cds/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=199. Consulté le 30 mars 2011]
- [56] ANCELLE-PARK R., NICOLAU J., PATY A.C. et al. Evaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein dans le département de l'Isère. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2003, n°4, pp.17-19.
- [57] SANCHO-GARNIER H., GALLOPEL K. et al. Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis du dépistage organisé : analyse d'une enquête par sondage. In *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, 2003, n°4, pp.26-27.
- [58] DUJONQUOY S., MIGEOT V., GOHIN-PERIO B. Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes. In *Santé publique*, 2006, vol.18, n°4, pp.533-547.
- [59] Vendée - Audace. In *Partage d'expériences - Inciter les populations en situation de vulnérabilité à participer au dépistage organisé du cancer du sein*, Inca, 2009, p.45.
- [60] Source : <http://www.imea.fr/imea-mediation/CollMSP051003Som.php>. Consulté le 20 avril 2011.
- [61] ALLEMAND H., SERADOUR B., WEILLA. et al. Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal. In *Bull Cancer*, 2008, vol.95, n°1, pp.11-15.
- [62] *Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 - Sein*. Francim, Inserm-CépiDC, Hôpitaux de Lyon, Inca, InVS, 2011, 2p. [<http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/projections2010/Default.htm>. Consulté le 3 mars 2011]

Autres repères bibliographiques

- BLUM-BOISGARD C., DEMEULEMEESTER R., JOURDAIN A. et al. Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? In *Santé publique*, 2005, vol.17, n°4, pp.569-582.
- CLOVER K., REDMAN S., FORBES J. et al. Two sequential randomized trials of community participation to recruit women for mammographic screening. In *Preventive medicine*, 1996, vol.25, pp.126-134.
- FLETCHER S.W., HARRIS R.P., GONZALEZ J.J. et al. Increasing mammography utilization : a controlled study. In *Journal of the national cancer institute*, 1993, vol.85, n°2, pp.112-120.
- GODARD SEBILLOTTE C. *Mise en évidence des facteurs associés à la participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans à partir des données de la cohorte Santé inégalités et ruptures sociales (Mémoire universitaire)*. Isped, Inserm, 2010, 75p.
- Identification des freins et des leviers au dépistage organisé des cancers auprès des populations en situation de précarité en région Centre*. Fédération régionale des acteurs en promotion de la santé en région Centre, 2009, 102p. (hors annexes).
- Partage d'expériences - Inciter les populations en situation de vulnérabilité à participer au dépistage organisé du cancer du sein*. Inca, 2009, 58p.
- PEPIN P., BROUSTAL O., GREMY I. *Epidémiologie des cancers en Ile-de-France*. Observatoire régional de santé d'île-de-France, 2011, 8p.
- RIGAL L., FALCOFF H. et al. *Mobiliser les médecins traitants franciliens pour réduire les inégalités de prévention et de dépistage. Rapport final de recherche*. Faculté de médecine Paris Descartes, Société de formation thérapeutique du généraliste, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Conseil régional d'Ile-de-France, 2010, 122p.
- SLATER J.S., NIM HA C., MALONE M.E. et al. A randomized community trial to increase mammography utilization among low-income women living in public housing. In *Preventive medicine*, 1998, vol.27, pp.862-870.

Ce Bulletin a été réalisé par Florence de Maria*, Marie-France d'Acremont**, Philippe Pépin*, Cécile Sommen*, Françoise Marchand-Buttin***, Emilie Bissette*** et Isabelle Grémy*.

*ORS île-de-France

**ARS Île-de-France

***Association pour le dépistage des cancers à Paris (Adéca 75)

L'ORS île-de-France, département autonome de l'IAU île-de-France,
est un observatoire scientifique indépendant financé par
l'Agence régionale de santé d'île-de-France et le Conseil régional d'île-de-France

